



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

INFORME
MUNDIAL
SOBRE LAS
DROGAS

2012



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

**INFORME MUNDIAL
SOBRE LAS DROGAS** **2012**

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

Informe Mundial sobre las Drogas 2012



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2012

© Naciones Unidas, junio de 2012. Reservados todos los derechos en todo el mundo.

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

Se sugiere hacer la cita como sigue: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*.

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

El contenido de la presente publicación no representa necesariamente la opinión ni las políticas de la UNODC, como tampoco las de las organizaciones contribuyentes, ni implica tipo alguno de aprobación.

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

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

Correo electrónico: wdr@unodc.org
Sitio web: www.unodc.org

La UNODC reconoce con agradecimiento la contribución del Gobierno de Austria para sufragar los costos de publicación del *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*.

Se calcula que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010. Los consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0,6% de la población adulta mundial. En general, el uso de drogas ilícitas parece haberse estabilizado en todo el mundo, aunque continúa aumentando en varios países en desarrollo. La heroína, la cocaína y otras drogas se cobran la vida de aproximadamente 0,2 millones de personas cada año, siembran devastación en las familias y causan sufrimiento a miles de otras personas. Las drogas ilícitas socavan el desarrollo económico y social y fomentan la delincuencia, la inestabilidad, la inseguridad y la propagación del VIH.

La producción mundial de opio ascendió a 7.000 toneladas en 2011. Si bien esto se sitúa más de una quinta parte por debajo de la cifra máxima alcanzada en 2007, constituye un aumento si se compara con el bajo nivel correspondiente a 2010, año en que una enfermedad vegetal causó la destrucción de casi la mitad de la cosecha de adormidera de opio en el Afganistán, que sigue siendo el mayor productor del mundo. La superficie total de cultivo del arbusto de coca en el mundo disminuyó en un 18% entre 2007 y 2010 y en un 33% desde 2000. Sin embargo, los esfuerzos por reducir el cultivo y la producción de las principales drogas problemáticas derivadas de plantas se han visto contrarrestados por un auge de la producción de drogas sintéticas, incluido el aumento considerable de la producción y el consumo de sustancias psicoactivas no sujetas a fiscalización internacional.

Aunque cabe elogiar a los Estados Miembros por sus denodados esfuerzos para combatir el problema de la droga, frecuentemente con apoyo de la UNODC, las cifras esbozadas en los párrafos precedentes muestran la magnitud del desafío que tienen ante sí. La respuesta de la UNODC ha consistido en una labor dual: en primer lugar, elaborar un enfoque integrado; y en segundo lugar, centrar la atención en la prevención, el tratamiento, el desarrollo alternativo y la promoción de los derechos humanos fundamentales.

Elaboración de un enfoque integrado

Las corrientes del tráfico de drogas tienen dimensiones mundiales. Vinculan a regiones y continentes, a veces con consecuencias dramáticas para los países afectados. Nuestras actividades de investigación y análisis de tendencias tienen por objeto mejorar la comprensión de esas cuestiones. Sus resultados se aprovechan en la formulación de programas integrados para reducir la oferta y la demanda de drogas ilícitas.

La UNODC está creando programas regionales integrados a la vez que promueve las respuestas interregionales e interinstitucionales. Una de esas iniciativas interinstitucionales es el Equipo de tareas del sistema de las Naciones Unidas sobre la delincuencia organizada transnacional y el tráfico de drogas, establecido en 2011.

En diciembre de 2011 se puso en marcha el Programa regional de la UNODC para el Afganistán y los países vecinos. A fin de apoyar este programa, la UNODC y sus asociados han creado iniciativas transfronterizas, de inteligencia y de control de precursores destinadas a intercambiar información y experiencias y llevar a cabo operaciones conjuntas. Todas estas iniciativas regionales están interconectadas con las redes de aplicación de la ley existentes.

Existen además nuevas iniciativas destinadas a combatir el blanqueo de dinero y a vincular la aplicación de la ley con la búsqueda de medios de sustento alternativos. También se ha puesto en marcha una iniciativa encaminada a dismantelar el tráfico de drogas por mar en el Asia occidental y meridional. La UNODC ha creado asimismo un nuevo programa regional para Europa sudoriental con el propósito de centrar la atención en las zonas a través de las cuales la heroína procedente de la ruta de los Balcanes se introduce en Europa.

Se ha establecido en Panamá un centro de coordinación regional para Centroamérica y el Caribe. La Oficina Regional de la UNODC para México y otros países de la región, que se ha reforzado, se vinculará con dicho centro. Se están creando centros de excelencia en la República Dominicana y México para promover la reducción de la demanda de drogas.

En Centroamérica, una red de fiscales está aplicando prácticas óptimas para fortalecer la justicia penal en esa región. Al mismo tiempo, el Programa mundial de fiscalización de contenedores, cuya finalidad es fiscalizar los contenedores transportados por mar y por aire, se está ampliando y funciona en un mayor número de países. En el África occidental y central se están logrando progresos gracias a la creación de dependencias de lucha contra la delincuencia transnacional.

En el Asia sudoriental, la UNODC proporciona la estructura de base para la cooperación transfronteriza entre los países de la subregión del Gran Mekong, ayuda a establecer sistemas de subsistencia sostenibles mediante planes de desarrollo alternativo y ofrece a los países una base empírica para la adopción de medidas contra la amenaza conjunta de la delincuencia organizada y el tráfico de drogas.

Además, la UNODC contribuye a mejorar la capacidad de lucha contra el blanqueo de dinero y la corrupción en todas las regiones mediante la interrupción de la corriente del producto de las drogas ilícitas, que las redes de la delincuencia utilizan para multiplicar sus actividades delictivas.

Reequilibrio de la política de fiscalización de drogas mediante el desarrollo alternativo, la prevención, el tratamiento y los derechos humanos fundamentales

La UNODC continuará fomentando la cooperación internacional y ayudando a los Estados Miembros a responder a esas amenazas. Sin embargo, si hemos de afrontar esos desafíos, es necesario reducir tanto la oferta como la demanda. Se reconoce cada vez más que el tratamiento y la rehabilitación de los consumidores de drogas ilícitas son más eficaces que el castigo.

Desde luego, no se trata de abandonar las actividades de aplicación de la ley; más bien, la oferta y la demanda deben complementarse. Esto significa equilibrar nuestros esfuerzos de lucha contra el tráfico de drogas con programas de desarrollo alternativo para los agricultores y apoyar la rehabilitación de los consumidores de drogas y su reinserción en la sociedad.

El desarrollo alternativo es la clave para reducir los cultivos destinados a la producción de drogas ilícitas. Actualmente solo alrededor de la cuarta parte del total mundial de agricultores que participan en el cultivo ilícito tiene acceso a la asistencia para el desarrollo. Esto debe cambiar si hemos de ofrecer nuevas oportunidades y alternativas genuinas.

La UNODC también promueve actividades que redunden en una reducción notable de la demanda de drogas ilícitas. Esas actividades son necesarias habida cuenta de los crecientes indicios de consumo de drogas en los llamados países de tránsito. Por ejemplo, los consumidores de cocaína en el África occidental y central son cada vez más numerosos; y las tasas más altas de prevalencia del consumo de opio y heroína se registran en el Afganistán y la República Islámica del Irán.

La fiscalización de drogas tiene por objeto restablecer el equilibrio y prestar más atención al aspecto sanitario mediante la reducción de los casos de sobredosis, los problemas psiquiátricos y la incidencia de infecciones como el VIH y la hepatitis. La prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la salud deben reconocerse como elementos fundamentales de la estrategia mundial para reducir la demanda de drogas. Para respaldar sus actividades, la UNODC aplica un enfoque centrado en los derechos humanos, las convenciones sobre fiscalización internacional de drogas y los principios y normas internacionales.

Ir hacia adelante y no hacia atrás

Recientemente varios países afectados por las altas tasas de violencia, secuestros, corrupción y tráfico de seres humanos relacionadas con la delincuencia organizada transnacional y el tráfico de drogas han solicitado asistencia internacional. Estos países necesitan nuestro apoyo. Es nuestra responsabilidad común hacer todo lo posible por ayudarles.

En ese empeño, debemos tener muy presente asimismo la importancia de las convenciones internacionales relativas a las drogas, la delincuencia organizada y la corrupción. De hecho, casi todas las cuestiones mencionadas en el presente prefacio -la concentración de los esfuerzos en la demanda de drogas, la rehabilitación y la reinserción, el desarrollo alternativo, la responsabilidad común y los derechos humanos fundamentales- son conceptos relevantes de esas convenciones.

La Comisión de Estupefacientes resumió este propósito cuando, en su resolución 55/3, relativa al 100 aniversario de la Convención Internacional del Opio, expresó su determinación de fortalecer la adopción de medidas y la cooperación en los planos nacional, regional e internacional para el logro de las metas de las convenciones sobre fiscalización internacional de drogas, que siguen siendo la piedra angular del sistema de fiscalización internacional de drogas. Nuestra dirección se guía por las convenciones internacionales en materia de fiscalización de drogas y prevención del delito. Debemos avanzar al unísono; de lo contrario, corremos el riesgo de ir hacia atrás y no hacia adelante.

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

PREFACIO
NOTAS EXPLICATIVAS
RESUMEN EJECUTIVO

1. ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE TENDENCIAS RECIENTES DE LOS MERCADOS DE DROGAS ILÍCITAS

- A. Alcance del consumo de drogas ilícitas y consecuencias para la salud
- B. Mercado ilícito de opiáceos
- C. Mercado de cocaína
- D. Mercado de cannabis
- E. Mercado ilícito de estimulantes de tipo anfetamínico

2. EL PROBLEMA CONTEMPORÁNEO DE LA DROGA: CARACTERÍSTICAS, PAUTAS Y FUERZAS MOTRICES

- A. Características fundamentales del problema contemporáneo de las drogas ilícitas
- B. Las tendencias del problema de la droga y su evolución a lo largo del tiempo
- C. Factores que determinan la evolución del problema
- D. Conclusión

ANEXO
Agrupaciones regionales

GLOSARIO

Equipo editorial y de producción

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* se elaboró bajo la supervisión de Sandeep Chawla, Director Ejecutivo Adjunto, UNODC y División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos.

Equipo principal

Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos

Justice Tettey, Alice Hamilton, Beate Hammond y Sabrina Levissianos.

Sección de Estadística y Encuestas

Angela Me, Coen Bussink, Philip Davis, Jonahtan Gibbons, Yuliya Lyamzina, Kamran Niaz, Preethi Perera, Catherine Pysden, Umidjon Rahmonberdiev, Martin Raithelhuber, Ali Saadeddin, Antoine Vella e Irmgard Zeiler.

Sección de Estudios y de Análisis de las Amenazas

Thibault Le Pichon, Raggie Johansen, Anja Korenblik, Suzanne Kunnen, Kristina Kuttinig y Thomas Pietschmann.

La producción del *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* ha sido coordinada por la Sección de Estudios y de Análisis de las Amenazas.

El informe ha sido posible también gracias a la labor y experiencia de muchos otros funcionarios de la UNODC en Viena y en el resto del mundo.

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

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

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

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

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

Los datos demográficos que figuran en el informe proceden de la publicación de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, titulada *World Population Prospects: The 2010 Revision*, disponible en <http://esa.un.org/unpd/wpp>.

En todos los cuadros del informe se utilizan los siguientes signos:

Dos puntos (..) para indicar que se carece de los datos o que estos no se consignan por separado.

El término dólares expresa dólares de los Estados Unidos, a menos que se indique otra cosa.

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

En el presente informe se utilizan las siguientes abreviaturas:

BZP	N-benzilpiperazina	3,4-MDP-2-P	3,4-metilendioxfenil-2-propanona
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Organización de los Estados Americanos)	MDPV	metilendioxiopirovalerona
mCPP	m-clorofenilpiperazina	MIA	módulo de identidad de abonado
DEA	Dirección de Lucha contra las Drogas (Estados Unidos de América)	4-MMC	4-metilmetcatinona
ETA	estimulante de tipo anfetamínico	OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
EUROPOL	Oficina Europea de Policía	OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia	OMS	Organización Mundial de la Salud
INCSR	International Narcotics Control Strategy Report	P-2-P	1-fenil-2-propanona
INTERPOL	Organización Internacional de Policía Criminal	PIB	producto interior bruto
IRA	Ejército Republicano Irlandés	PKK	Partido de los Trabajadores del Kurdistán
LSD	dietilamida del ácido lisérgico	PMK	piperonil metil cetona
MDA	metilendioxi-anfetamina	SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
MDE	N-etiltetanfetamina	SMS	servicio de mensajes breves
MDMA	metilendioxi-metanfetamina	THC	tetrahidrocannabinol
		VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

El capítulo I del *Informe Mundial sobre las Drogas* del presente año contiene un panorama general de las tendencias recientes y de la situación relativa a las drogas en términos de su producción, tráfico ilícito y consumo, así como de las consecuencias del uso de drogas ilícitas en lo que respecta al tratamiento y las enfermedades y muertes relacionadas con dicho uso.

En el capítulo II se traza una perspectiva a largo plazo sobre las características y la evolución del problema de la droga y los principales factores que han incidido en él. Tras un examen de las principales características del problema contemporáneo de la droga se hace una reseña general de los cambios observados en los últimos decenios, para concluir con un análisis de las fuerzas motrices que han conformado la evolución de dicho problema, incluida una breve proyección de sus probables tendencias futuras.

CAPÍTULO I. ESTADÍSTICAS RECIENTES Y ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE LOS MERCADOS DE DROGAS ILÍCITAS

Los datos disponibles más recientes indican que la situación mundial del consumo, la producción y las consecuencias sanitarias de las drogas ilícitas no ha cambiado sustancialmente, a no ser por una recurrencia de las altas tasas de producción de opio en el Afganistán tras la enfermedad que aquejó a la adormidera de opio en 2010 y la resultante cosecha deficitaria. Sin embargo, aunque las aguas revueltas de los mercados mundiales de drogas ilícitas parecen haberse calmado, es posible detectar desplazamientos y cambios subyacentes en sus flujos y corrientes. Estos cambios son considerables y, además, preocupantes, no por la forma en que afectan los datos actuales sino porque demuestran la flexibilidad y adaptabilidad de los proveedores y los consumidores de drogas, así como por las repercusiones futuras que esas modificaciones podrían tener en los principales mercados mundiales de drogas.

El panorama mundial

El volumen de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales de 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) entre los usuarios que se inyectan la droga continúa sumándose a la carga mundial de morbilidad; y, por último, pero no por ello menos importante, aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

Los opioides siguen siendo el tipo de droga predominante en la demanda de tratamiento en Asia y Europa y también contribuyen notablemente a la demanda de tratamiento en África, América del Norte y Oceanía. El tratamiento relacionado con el consumo de cocaína está en demanda principalmente en América, mientras que el cannabis es la droga que da lugar a la mayor demanda de tratamiento en África. La demanda de tratamiento relacionada con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es más común en Asia.

A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. Se ha observado que la producción y el cultivo totales de coca se mantienen estables, mientras que la producción de opio ha vuelto a alcanzar niveles comparables a los de 2009. La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0,3% y el 0,4% y entre el 0,3% y el 0,5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad.

Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, 2010

	Prevalencia (%)		Número (miles)	
	Baja	Alta	Baja	Alta
Cannabis	2,6	5,0	119 420	224 490
Opioides	0,6	0,8	26 380	36 120
Opiáceos	0,3	0,5	12 980	20 990
Cocaína	0,3	0,4	13 200	19 510
Estimulantes de tipo anfetamínico	0,3	1,2	14 340	52 540
“Éxtasis”	0,2	0,6	10 480	28 120
Cualquier droga ilícita	3,4	6,6	153 000	300 000

Opioides

Con una prevalencia anual estimada entre el 0,6% y el 0,8% de la población de 15 a 64 años, el consumo de opioides (especialmente heroína, morfina y opioides de venta con receta consumidos con fines no médicos) se mantiene estable en todos los principales mercados. Tras un descenso pasajero de la producción mundial en 2010 debido a la enfermedad que aquejó a la adormidera de opio en el Afganistán, la producción ha vuelto a alcanzar un nivel cercano al de 2009. La media de los precios al por mayor y al por menor en los mercados de opiáceos que son objeto de un seguimiento más constante, en Europa occidental y central y en América, tampoco ha registrado cambios significativos desde 2009, aunque ello no refleja la situación observada en importantes países productores de opio como el Afganistán y Myanmar donde, pese a un aumento de la producción de opio, los precios en granja siguieron subiendo en 2010 y 2011.

Esto último puede significar que la demanda ilícita de opio y sus derivados continúa en aumento pese a la reciente recuperación de la producción de opio. Aunque resulta difícil atribuirlo a una razón específica, podría tratarse de una subestimación del consumo mundial de heroína, especialmente en países de Asia que constituyen mercados importantes y en países de África que podrían ser mercados emergentes, o bien de una expansión del mercado de opio crudo (no procesado en forma de heroína), la cual podría fomentar un mayor consumo de opio y tal vez dar lugar a un mercado ilícito paralelo de opiáceos como la morfina. El aumento de los precios en la fuente también podría deberse a la especulación en el mercado local.

Si bien es demasiado pronto para conocer exactamente el impacto que ha tenido en los principales mercados ilícitos de opiáceos la cosecha deficiente de adormidera opio de 2010 en el Afganistán, en la mayoría de los países que se proveen de opiáceos del Afganistán hubo una disminución general de las incautaciones en 2010 y en algunos países europeos se observó una escasez de heroína en 2010-2011. Hay indicios de que esa escasez ha motivado a los consumidores de algunos países a reemplazar la heroína por otras sustancias como la desomorfina (también conocida como “krokodil”), el opio acetilado (conocido como “kompot”) y opioides sintéticos como el fentanilo y la buprenorfina.

Pese a que se siguen traficando grandes cantidades de heroína por la ruta principal de los Balcanes, que va del Afganistán a Europa occidental y central pasando por Europa sudoriental, la mayoría de los países de esas regiones comunicó un menor número de incautaciones en 2010. Sin embargo, en los mercados costeros de África, así como en los países del Asia sudoriental, se registra un aumento de las incautaciones. Ya se trate de una búsqueda de nuevas rutas por los traficantes o de una tendencia ascendente del consumo de heroína en esos lugares, la falta de datos disponibles no permite sacar conclusiones definitivas. Lo que sí resulta evidente es que el mercado de opiáceos sigue siendo sumamente flexible y adaptable.

Cocaína

La estabilidad general del consumo y la fabricación de cocaína a nivel mundial encubre tendencias diferentes en los distintos países y regiones. A la luz de los datos disponibles sobre cultivo, producto y tráfico, la fabricación mundial de cocaína ha registrado una disminución general a raíz de un notable descenso de la fabricación de esa droga en Colombia durante el quinquenio 2006-2010. Ha ocurrido un considerable desplazamiento a medida que, durante ese mismo período, el cultivo del arbusto de coca y la producción de coca aumentaban en los otros dos países productores de coca, Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, que se perfilan como productores cada vez más importantes.

Los principales mercados de cocaína siguen estando en América del Norte, Europa y Oceanía (especialmente Australia y Nueva Zelandia). En América del Norte se ha registrado una clara disminución del consumo de cocaína, atribuible sobre todo a un descenso de las tasas de los Estados Unidos, del 3,0% (2006) al 2,2% (2010) de los adultos de 15 a 64 años; sin embargo, no se ha observado una disminución similar en Europa, donde el consumo de cocaína se estabilizó durante ese período. Los datos más recientes procedentes de Australia muestran un aumento del consumo de cocaína.

Hay indicios de que, mientras el mercado de los Estados Unidos seguía proveyéndose casi exclusivamente de cocaína producida en Colombia, en los mercados europeos se produjo un desplazamiento a partir de 2006 que compensó, al menos parcialmente, la escasez de la cocaína producida en Colombia con cocaína fabricada en Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú. La disminución de las incautaciones en Europa, pese a la aparente estabilidad de la oferta de cocaína de la región, indica que está ocurriendo un cambio en las modalidades de tráfico en la medida en que los traficantes probablemente recurren cada vez más al uso de contenedores. En los Estados Unidos de América, la menor disponibilidad de cocaína se ha reflejado en un aumento de los precios desde 2007. Sin embargo, en Europa no se han observado cambios radicales en los

precios desde 2007. En general, los precios en dólares se mantuvieron estables entre 2007 y 2010 e incluso bajaron en algunos países.

Otro factor que incide en la disponibilidad y, sobre todo, en la demanda general de cocaína en distintas regiones es la emergencia de mercados de cocaína nuevos, aunque pequeños, por ejemplo en Europa oriental y el Asia sudoriental. Además, hay algunos indicios de que el tráfico ilícito de cocaína a través del África occidental puede haber tenido efectos residuales en países de esa subregión haciendo de la cocaína una droga problemática junto con la heroína. A la luz de ciertos datos, se observa una expansión del mercado de cocaína, en particular de la cocaína “crack”, en algunos países de América del Sur.

Estimulantes de tipo anfetamínico

La fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina, anfetamina y “éxtasis”), el segundo tipo de droga más consumido en el mundo, resulta difícil de cuantificar debido a que está muy extendida y se realiza a menudo en pequeña escala. Aunque el consumo y las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico se mantuvieron generalmente estables, en 2010 se registró un aumento de las incautaciones de metanfetamina, que duplicaron con creces la cifra alcanzada en 2008, en parte debido al creciente número de incautaciones en Centroamérica y el Asia oriental y sudoriental. Por primera vez desde 2006, las incautaciones mundiales de metanfetamina superaron las incautaciones mundiales de anfetamina, que descendieron en un 42% (a 19,4 toneladas) principalmente a causa de una disminución del número de incautaciones en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y en el Asia sudoccidental.

Pese a un auge importante del desmantelamiento de laboratorios de anfetamina clandestinos, las incautaciones de anfetamina en Europa continuaron su tendencia descendente y alcanzaron su nivel más bajo desde 2002 (5,4 toneladas). No obstante, hay indicios de recuperación en el mercado europeo de “éxtasis”, habida cuenta de que las incautaciones de sustancias del grupo “éxtasis” aumentaron a más del doble (de 595 kilogramos en 2009 a 1,3 toneladas en 2010). La disponibilidad y el consumo de esta droga también parecen estar aumentando en los Estados Unidos, paralelamente a un creciente número de incautaciones de “éxtasis” en Oceanía y el Asia sudoriental.

Por otra parte, todo parece indicar que las organizaciones delictivas involucradas en el contrabando de estimulantes de tipo anfetamínico, especialmente metanfetamina, explotan el África occidental de manera similar a los traficantes de cocaína. En 2008 comenzaron a aumentar las incautaciones de metanfetamina procedente del África occidental; esta sustancia era objeto de contrabando a los países del Asia oriental, en particular el Japón y la República de Corea.

Cannabis

El cannabis es la sustancia ilícita más consumida mundialmente: existen entre 119 y 224 millones de consumidores de cannabis en todo el mundo y el consumo se mantiene estable. Los datos relativos a las incautaciones y la erradicación del cannabis indican que la producción de hierba de cannabis (marihuana) está cada vez más extendida, aunque es muy difícil cuantificarla debido al carácter a menudo localizado y en pequeña escala de su cultivo y producción. Con respecto a la producción mundial en mayor escala de resina de cannabis (hachís), solo se dispone de nuevos datos en relación con el Afganistán.

La importancia relativa de la resina y de la hierba de cannabis varía según la región; la resina de cannabis predomina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental, mientras que en el África septentrional y Europa los mercados de resina de cannabis y de hierba de cannabis son de tamaño comparable. En el resto del mundo, incluidos los Estados Unidos, donde la producción sigue siendo elevada, predomina la hierba de cannabis. Los datos relativos a África son escasos, pero las estadísticas de incautación indican que la hierba también es la forma predominante de cannabis en esta región, excepto en el África septentrional, donde prevalece la resina.

Se supone que la producción de resina de cannabis es muy reducida en Europa, aunque esta región es el mercado más grande de resina de cannabis del mundo y el África septentrional es desde hace mucho tiempo su principal proveedor. La mayor parte de la resina de cannabis procedente del África septentrional que se consume en Europa proviene tradicionalmente de Marruecos; sin embargo, a la luz de datos recientes, la importancia relativa de este país como proveedor podría estar en descenso. De hecho, el Afganistán parece ser actualmente uno de los principales países del mundo en términos de producción de resina de cannabis.

La proliferación del cultivo de cannabis de interior y las diversas tendencias de los precios y las incautaciones de hierba y de resina de cannabis indican un posible desplazamiento en el mercado europeo de cannabis en desmedro del predominio de la resina respecto de la hierba de cannabis, teniendo en cuenta que la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea han comunicado que el cultivo de hierba de cannabis es un fenómeno que parece estar en aumento¹. Aunque suelen ser de escala limitada, los lugares de cultivo bajo techo pueden también albergar operaciones de mayor envergadura a cargo de grupos de la delincuencia organizada, que con frecuencia optan por satisfacer la demanda de los mercados locales a fin de reducir el riesgo inherente al tráfico de cannabis.

Por otra parte, el aumento del cultivo de cannabis bajo techo suele ir acompañado de una mayor potencia del cannabis, lo que apenas se refleja en las estadísticas. Ese aumento de la potencia puede explicar, al menos en parte, la creciente demanda de tratamiento observada entre los consumidores de cannabis, aunque ello también puede vincularse a los efectos acumulativos del uso prolongado de cannabis.

Más allá del “colocón” tradicional: nuevas sustancias y consumo con fines no médicos de fármacos de venta con receta

No se dispone de cifras mundiales relativas al consumo con fines no médicos de las drogas de venta con receta distintas de los opioides y las anfetaminas. Sin embargo, se ha informado de que dicho consumo constituye un problema sanitario cada vez más grave, con tasas de prevalencia que superan las de numerosas sustancias sometidas a fiscalización en muchos países. Por ejemplo, en los Estados Unidos se comunicó una prevalencia durante toda la vida, anual y mensual del consumo con fines no médicos de fármacos psicoterapéuticos (en su mayoría analgésicos) del 20,4%, el 6,3% y el 2,7% respectivamente entre las personas mayores de 12 años en 2010², tasas superiores a las del resto de las drogas excepto el cannabis. Y si bien el consumo de drogas ilícitas suele ser mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres, el uso de tranquilizantes y sedantes con fines no médicos por las mujeres, en los países sobre los que se dispone de datos (en América del Sur, Centroamérica y Europa), es una notable excepción a la regla (y supera el consumo de cannabis)³. Además, hay indicios de un creciente consumo de estas sustancias en combinación con sustancias ilícitas más tradicionales, una forma de politoxicomanía destinada ya sea a potenciar o a contrarrestar sus efectos.

Asimismo, se observa la aparición y el consumo cada vez más frecuentes de nuevas sustancias sicotrópicas cuya composición química se concibe de modo a circunvenir la fiscalización internacional. Muchos países de todas las regiones, en particular Europa, América del Norte y Oceanía, informaron del consumo de tales sustancias como una de las tendencias emergentes en 2010. Entre las más notables de esas sustancias se incluía el análogo de la metcatinona 4-metilmetcatinona (conocida también como mefedrona), y la metilendioxipirovalerona (MPDV), vendidas a menudo como “sales de baño” o “alimento vegetal” y utilizadas como sucedáneos de estimulantes sujetos a fiscalización como la cocaína o el “éxtasis”. De modo similar, los derivados de la piperazina⁴ se venden como sucedáneos del “éxtasis”, y desde 2008 se vienen detectando en las mezclas de hierbas para fumadores varios cannabinoideos sintéticos que emulan el efecto del cannabis pero contienen productos no sujetos a fiscalización.

Las organizaciones del tráfico ilícito de drogas siguen adaptando sus estrategias de fabricación a fin de evitar la detección y esas modificaciones del proceso de fabricación ilícita de sustancias sintéticas presentan nuevos desafíos a las autoridades de fiscalización de drogas en todo el mundo.

Problemas en materia de datos

Quedan por resolver considerables problemas relacionados con la presentación de datos sobre las tendencias del consumo, la producción y el tráfico de drogas ilícitas. Los principales problemas siguen siendo la

¹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011).

² Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. SMA 11-4658 (Rockville, Maryland, 2011).

³ De hecho, la prevalencia mensual del consumo de tranquilizantes por mujeres en América del Sur (1,3%) y en Europa (4,2%) es superior a la prevalencia anual del consumo de cannabis por mujeres en América del Sur (1,0%) o Europa (3,5%).

⁴ Entre esos derivados cabe mencionar la *N*-benzilpiperazina (BZP) y la 3-trifluorometil-fenil-piperazina.

disponibilidad y la presentación de datos sobre los distintos aspectos de la demanda y la oferta de drogas ilícitas en los Estados Miembros. La falta de datos es particularmente aguda en África y en partes de Asia, donde los datos sobre la prevalencia del consumo y las tendencias de las drogas ilícitas son, en el mejor de los casos, vagos. Otros aspectos como los precios y la pureza de las drogas, las pautas de incautación y de tráfico y las dificultades metodológicas para calcular, en algunas regiones, la producción ilícita de sustancias -en particular cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico- constituyen trabas para el análisis y la elaboración de una perspectiva integral del constantemente fluctuante mercado de drogas ilícitas. La mayor parte de esos problemas puede superarse mediante esfuerzos sostenidos en las regiones y los países prioritarios a fin de apoyar y mejorar la reunión de datos de calidad sobre esos diferentes aspectos del consumo de drogas ilícitas. Solo de esta forma podrán cuantificarse debidamente los altos y bajos del mercado mundial de drogas ilícitas.

CAPÍTULO II. EL PROBLEMA CONTEMPORÁNEO DE LA DROGA: CARACTERÍSTICAS, PAUTAS Y FUERZAS MOTRICES

Características fundamentales del problema contemporáneo de las drogas ilícitas

Aunque las sustancias psicoactivas se consumen desde hace miles de años, en los últimos decenios el problema de la droga ha cobrado ciertas características clave ante un telón de fondo punteado por rápidas transiciones socioeconómicas en varios países. Actualmente el consumo de drogas ilícitas se caracteriza por su concentración entre los jóvenes -en particular los hombres jóvenes de entornos urbanos- y por una creciente gama de sustancias psicoactivas. Aunque en muchos países desarrollados los mercados establecidos de drogas ilícitas han mostrado señales de estabilización, el aumento del consumo de drogas parece seguir siendo una constante en muchos países en desarrollo.

Si bien la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilícitas siguen siendo motivos de preocupación, gracias al sistema de fiscalización internacional de drogas parece haberse logrado mantener el consumo de drogas ilícitas bien por debajo de los niveles de consumo comunicados respecto de las sustancias psicoactivas lícitas. Las estimaciones mundiales indican que la prevalencia del consumo de tabaco durante el mes anterior a la reunión de los datos (25% de la población mayor de 15 años) es 10 veces superior a la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante dicho mes (2,5%). La prevalencia anual del consumo de alcohol es del 42% (teniendo en cuenta que el consumo de alcohol es legal en la mayoría de los países), cifra que es ocho veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (5,0%). La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo problemático de drogas. El consumo de drogas representa el 0,9% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos a nivel mundial, o el 10% del total de años de vida perdidos como resultado del consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol y tabaco).

Los niveles de consumo de drogas probablemente serían superiores si no obrara un efecto de contención basado en la edad. El sistema de fiscalización internacional de drogas parece estar frenando el consumo de drogas, especialmente entre los adultos que están menos dispuestos a transgredir las leyes por el hecho de consumir drogas. Si bien la iniciación al consumo de sustancias psicoactivas suele ocurrir durante la adolescencia o la primera juventud, el consumo (legal) de tabaco y alcohol continúa en proporciones mucho mayores a medida que avanza la edad en los mismos grupos demográficos. El consumo de khat -legal en cierto número de países- acusa pautas similares. Frente a una prevalencia del consumo de khat en el Yemen entre las personas mayores de 61 años que es solo un 13% inferior a la del grupo de 21 a 30 años, el consumo de cannabis en los Estados Unidos entre los mayores de 61 años es aproximadamente un 93% inferior al del grupo de 21 a 30 años. En otras palabras, el consumo de sustancias psicoactivas legales tiende a estar distribuido de forma mucho más homogénea entre los distintos grupos de edad que el consumo de drogas ilícitas.

Existe además una diferencia pronunciada entre los géneros en cuanto al consumo de drogas ilícitas, el cual es mucho menor entre las mujeres que entre los hombres en casi todos los países para los que se dispone de datos fiables desglosados por sexo. En los Estados Unidos, donde la diferencia de consumo entre los géneros es pequeña, el consumo de drogas por mujeres representa aproximadamente la tercera parte del consumo por hombres, mientras que en otros países, incluidas la India e Indonesia, el consumo de drogas por mujeres no pasa de la décima parte del de los hombres, aunque es posible que las estadísticas no reflejen todos los casos

de consumo de drogas por mujeres. Sin embargo, hay algunos indicios de que esa disparidad de consumo entre los géneros podría estar disminuyendo en algunos mercados de drogas ilícitas muy firmemente establecidos, especialmente en el ámbito de los jóvenes. No obstante, la excesiva representación de los hombres en la población de consumidores de drogas, confirmada por las encuestas de hogares, las pruebas de drogas en los lugares de trabajo, los datos relativos al tratamiento, las estadísticas de detención y otros datos pertinentes, sigue siendo una característica saliente de las pautas de consumo de drogas.

El impacto en la sociedad

Una de las repercusiones más importantes del consumo de drogas ilícitas son las consecuencias adversas que ello tiene para la salud de los miembros de la sociedad. El consumo de drogas también supone una gravosa carga financiera para la sociedad. En términos monetarios, se requerirían unos 200.000 a 250.000 millones de dólares (entre un 0,3% y un 0,4% del PIB mundial) para sufragar todos los costos de tratamiento relacionados con las drogas en todo el mundo. En realidad, las sumas reales destinadas al tratamiento de la toxicomanía son muy inferiores y menos de una de cada cinco personas que necesita dicho tratamiento lo recibe.

El impacto del consumo de drogas ilícitas en la productividad de una sociedad -en términos monetarios- parece ser aun mayor. Según un estudio realizado en los Estados Unidos, las pérdidas de productividad eran equivalentes al 0,9% del PIB y en estudios realizados en otros países se citaban pérdidas del orden del 0,3% al 0,4% del PIB.

Los costos derivados de la delincuencia relacionada con las drogas también son considerables. Según un estudio, en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte los costos resultantes de la delincuencia relacionada con las drogas (fraude, robo con fuerza en las cosas, robo con violencia o intimidación y hurto en tiendas) en Inglaterra y Gales representaban el 1,6% del PIB, o un 90% del total de los costos económicos y sociales relacionados con la toxicomanía.

Evolución de las pautas del problema de la droga a lo largo del tiempo

Si bien varias de las características generales se han mantenido relativamente constantes durante las últimas décadas, no cabe duda de que las pautas de la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilícitas han experimentado cambios considerables.

Los mercados ilícitos de opiáceos -el tipo de droga más problemático- han mostrado una clara declinación a lo largo del último siglo. La producción tanto lícita como ilícita de opio (incluida la de paja de adormidera) registró un descenso de aproximadamente tres cuartos entre 1906/1907 y 2010. Esta evolución descendente ocurrió principalmente durante la primera mitad del siglo XX. Los niveles mundiales de producción de opio volvieron a aumentar hasta 2000, año a partir del cual se mantuvieron básicamente estables. Mientras que el consumo de opiáceos se ha estabilizado o reducido durante el último decenio en Europa occidental (que fue por largo tiempo el principal mercado de consumo de heroína), la situación en otros mercados ha sido mixta.

En contraste, el mercado mundial de cocaína se ha expandido desde finales del siglo XIX y solo recientemente ha venido mostrando una tendencia a la baja. La producción mundial de cocaína registró un marcado aumento en las décadas de 1980 y 1990 y recién se ha estabilizado en el último decenio. Sin embargo, en los últimos años, las cantidades de cocaína disponibles para el consumo -una vez restadas las incautaciones efectuadas a lo largo de las rutas de tránsito- parecen haber disminuido. El consumo de cocaína en América del Norte, la región con el mercado de cocaína más grande, ha declinado considerablemente durante el último decenio, aunque esa reducción se ha visto contrarrestada en parte por un creciente consumo en Europa y América del Sur.

Como lo ha sido en el pasado, el cannabis sigue siendo la droga ilícita más consumida en todo el mundo. Si bien en varios países desarrollados el consumo de cannabis se ha estabilizado o está en descenso, en muchos países en desarrollo continúa aumentando. El cultivo hidropónico de cannabis, a menudo bajo techo, es común actualmente en muchos países desarrollados. Esto ha redundado en una mayor potencia de la droga y ha permitido acortar la vía de abastecimiento y reducir la necesidad de tráfico interregional.

La fabricación y el consumo ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico siguen aumentando, en contraste con las actuales tendencias generales de las drogas derivadas de plantas. Durante el período 1998-2010, las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico prácticamente se triplicaron, incremento muy

superior al registrado con respecto a las drogas derivadas de plantas. Los mayores aumentos de la demanda durante el último decenio han sido comunicados por países de Asia.

El consumo de drogas es un fenómeno dinámico en que los usuarios ensayan distintas combinaciones de drogas, a veces mezclando drogas lícitas e ilícitas, así como distintas modalidades de consumo. Hay informes de que la politoxicomanía, es decir, el consumo de sustancias diversas ya sea de forma simultánea o sucesiva, es cada vez más frecuente en muchos países. Si bien la combinación de sustancias más común es la del alcohol con diferentes drogas ilícitas, otras combinaciones como el “speedball”, una mezcla de cocaína y heroína, también son frecuentes en muchos lugares. Un gran número de países comunica altos niveles de consumo de drogas de venta con receta con fines no médicos. El consumo de opioides con fines no médicos resulta especialmente problemático y es la causa de que en los Estados Unidos las muertes por sobredosis de opioides de venta con receta se hayan cuadruplicado desde 1999.

Factores que inciden en la evolución del problema

La evolución del complejo problema mundial de las drogas ilícitas se ve impulsada claramente por una serie de factores. Entre estos, cabe mencionar la influencia de las tendencias sociodemográficas, como los equilibrios de género y de edad en la población y la tasa de urbanización. Si el perfil demográfico de una determinada sociedad se modifica, es posible que el comportamiento frente al consumo de drogas refleje a su vez esos cambios. Inciden asimismo en esa evolución los factores socioeconómicos, como los niveles de ingreso disponible, desigualdad y desempleo. Un nivel más elevado de ingreso disponible puede hacer que un mayor número de personas esté en condiciones de adquirir drogas ilícitas, mientras que una alta tasa de desigualdad o desempleo puede aumentar la propensión a consumir drogas ilícitas entre los grupos afectados. Una extensa categoría de fuerzas motrices de índole sociocultural -incluidos los cambios en los sistemas de valores tradicionales y el surgimiento de una “cultura juvenil” relativamente uniforme en muchos países- también influye en la evolución del problema, aunque de formas a menudo difíciles de cuantificar. El análisis muestra asimismo que la existencia de peligros inherentes a las drogas y las percepciones conexas figuran entre las variables clave que determinan el consumo de drogas.

El sistema de fiscalización internacional de drogas y su aplicación han tenido una influencia decisiva en la evolución del problema de la droga. Una amplia gama de acontecimientos políticos y sociales, generalmente imprevisibles y sin aparente relación con la problemática de la toxicomanía, también ha alterado fundamentalmente el desafío que enfrenta hoy en día el mundo con respecto a las drogas. Acontecimientos como la guerra de Viet Nam, así como transformaciones más vastas y profundas, como las que tuvieron lugar al final de la guerra fría, han repercutido indirecta pero sustantivamente en la situación del consumo de drogas ilícitas.

Probable evolución futura del problema de la droga

Un acontecimiento decisivo que habrá que vigilar es el reciente desplazamiento del consumo de los países desarrollados a los países en desarrollo, lo que supondría una mayor carga para países relativamente menos preparados para soportarla. Las tendencias demográficas indican un probable aumento sustancial del número total de consumidores de drogas en los países en desarrollo, no solo debido al mayor crecimiento demográfico proyectado en esas zonas, sino también a su población más joven y a su rápida tasa de urbanización. Además, es posible que la brecha de consumo entre hombres y mujeres comience a cerrarse a medida que aumente el consumo de drogas por mujeres en los países en desarrollo como consecuencia de la desaparición de las barreras socioculturales y de una mayor igualdad de género.

En términos de sustancias específicas, es posible que la prominencia de la heroína y la cocaína en los mercados de drogas ilícitas siga disminuyendo. En contraste, no hay indicios de que la popularidad del cannabis se resienta marcadamente. Es probable que esta droga continúe siendo la sustancia ilícita más consumida y que el consumo de una gran variedad de drogas sintéticas lícitas e ilícitas siga en ascenso. Estas previsiones se basan en el supuesto de que ciertos factores clave se mantendrán estables. Sin embargo, este supuesto podría no materializarse, dado que aún pueden surgir numerosas situaciones y circunstancias imprevistas y en gran medida imprevisibles que repercutan en el problema, como ha sucedido repetidas veces en el pasado. Mientras más se hurga en el futuro, más impredecible resulta la evolución.

Lo que sí puede asegurarse es que los gobiernos y las sociedades seguirán enfrentando diversas opciones de política al abordar los problemas relacionados con las drogas y la delincuencia a la vez que se esfuerzan por lograr la paz y el desarrollo internacionales y el respeto de los derechos humanos.

A. ALCANCE DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

El panorama mundial

En el plano mundial, se estima que en 2010 entre 153 millones y 300 millones de personas de 15 a 64 años (entre el 3,4% y el 6,6% de la población mundial de ese grupo de edad) consumieron una sustancia ilícita por lo menos una vez en el último año. Esto indica que el alcance del consumo de drogas ilícitas se ha mantenido estable, pero los consumidores problemáticos de drogas, que suman aproximadamente entre 15,5 millones y 38,6 millones (casi el 12% de los consumidores de drogas ilícitas), incluidos los que padecen drogodependencia y trastornos resultantes del uso de drogas, siguen siendo motivo de especial preocupación.

Se calcula asimismo que en 2010 entre 99.000 y 253.000 personas fallecieron como consecuencia del consumo de drogas ilícitas a nivel mundial y que esas muertes representaron entre el 0,5% y el 1,3% de la mortalidad general en el grupo de 15 a 64 años de edad¹. Además, se estimaba que en 2008 había en todo el mundo 16 millones de personas que se inyectaban drogas y 3 millones de éstas (el 18,9%) estaban contagiadas con el VIH, aunque no se disponía de cifras relativas a los años posteriores a 2008. En 2010, la prevalencia mundial de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección fue del 46,7%, lo que equivalía a unos 7,4 millones de personas que padecían hepatitis C en todo el mundo. Además, unos 2,3 millones de consumidores de drogas por inyección habían contraído hepatitis B. Hay cada vez más indicios de que el consumo de drogas por otros medios distintos de la inyección también conlleva un mayor riesgo de contraer el VIH, especialmente a causa de la falta de protección en las relaciones sexuales.

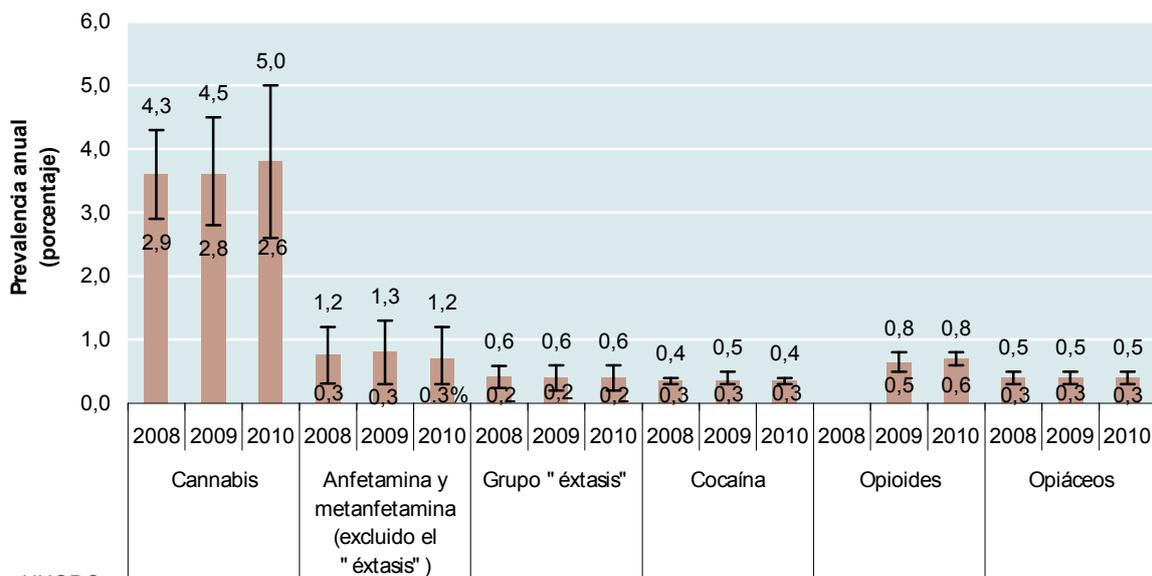
Con una prevalencia anual estimada de consumo de cannabis que se situó en 2010 entre el 2,6% y el 5% de la población adulta (entre 119 millones y 224 millones de usuarios de 15 a 64 años de edad), el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de mayor consumo mundial (véase la figura 1). Pueden existir variaciones entre las dos principales formas de consumo de cannabis, a saber, la resina y la hierba, e incluso hay indicios de que en algunas regiones está aumentando la popularidad de la marihuana sintética entre los jóvenes, pero en general la prevalencia anual de consumo de cannabis se mantuvo estable en 2010.

Desde el punto de vista de la prevalencia, los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) (excluido el “éxtasis”) continuaron en segundo lugar, precedidos solo por el cannabis, con una prevalencia estimada en 2010 del 0,3% al 1,2% (entre 14,3 millones y 52,5 millones de usuarios). Los informes cada vez más frecuentes de incautaciones de metanfetamina en el Asia sudoccidental y en el Asia central y Transcaucasia, así como la fabricación ilícita de esa sustancia en algunas zonas, permiten suponer que su consumo también va en aumento en esas subregiones.

La prevalencia mundial del consumo de opioides en 2010 se estima entre el 0,6% y el 0,8% de la población de 15 a 64 años (entre 26,4 millones y 36 millones de consumidores de opioides), casi la mitad de los cuales, o entre 13 millones y 21 millones, consume opiáceos, especialmente heroína. Los expertos de los países asiáticos y africanos constatan un aumento del consumo de heroína en sus regiones, mientras que los datos más recientes disponibles indican que en Europa dicho consumo está disminuyendo o se mantiene estable y que en algunos países europeos se observa un aumento del consumo de opioides sintéticos.

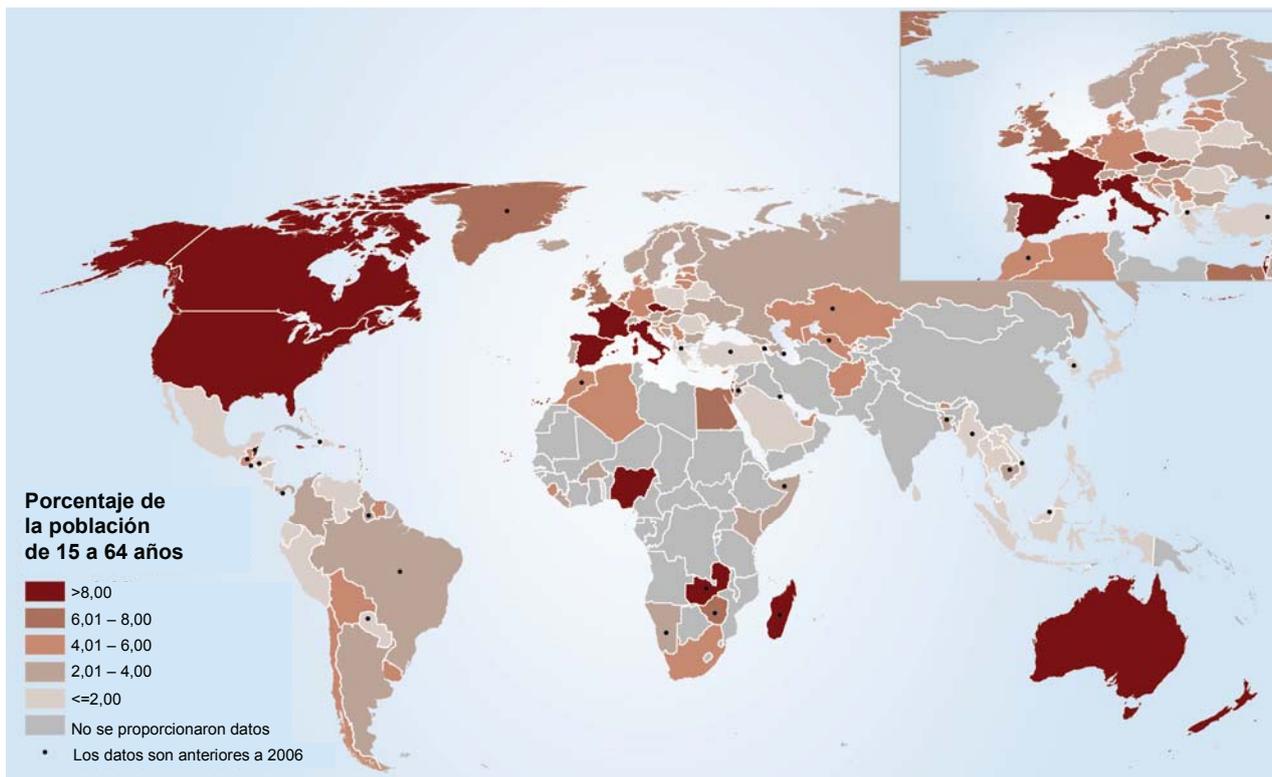
¹ Mortalidad independientemente de la causa del grupo de 15 a 64 años de edad estimada en 18,74 millones (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Disponible en <http://esa.un.org/unpd/wpp>).

Figura 1. Prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas entre la población de 15 a 64 años, 2008-2010



Fuente: UNODC.

Mapa 1. Prevalencia del consumo de cannabis en 2010 (o en el último año)



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

Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas de trazos representan límites por determinar. La 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 sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República del Sudán del Sur no se ha determinado aún.

El consumo mundial de cocaína se mantuvo estable entre el 0,3% y el 0,4% de la población de 15 a 64 años (entre 13,2 millones y 19,5 millones de usuarios), aunque también se han observado ciertos cambios en las pautas de consumo, en particular una considerable reducción de la prevalencia del uso de cocaína en América

del Norte y en algunos países de América del Sur, mientras que en Oceanía, Asia, África y algunos países de América del Sur la tendencia de consumo es ascendente.

El consumo mundial de sustancias del grupo “éxtasis”, estimado entre el 0,2% y el 0,6% de la población de 15 a 64 años (entre 10,5 millones y 28 millones de usuarios), se sitúa en niveles comparables a los del consumo de cocaína. Sin embargo, el consumo de “éxtasis” -está disminuyendo en Oceanía, pese a que su prevalencia continúa registrando un alto nivel, del 2,9% lo que refleja esencialmente la situación en Australia y Nueva Zelandia-, pero hay indicios de que podría repuntar tanto en Europa como en los Estados Unidos.

En general, el consumo de drogas ilícitas entre los hombres es muy superior al de las mujeres; sin embargo, una notable excepción a la regla es el consumo con fines no médicos de tranquilizantes y sedantes. Según las tendencias actuales observadas en los países sobre los que se dispone de datos, entre las mujeres es más prevalente el uso de tranquilizantes y sedativos con fines no médicos que entre los hombres y, con frecuencia, la prevalencia anual entre las mujeres supera incluso la del cannabis. Este fenómeno se observa tanto en la población adulta como en la joven.

El consumo de nuevas sustancias sintéticas psicoactivas que imitan los efectos de las sustancias sujetas a fiscalización y cuya composición química está concebida de modo que puedan evadir la fiscalización internacional sigue evolucionando rápidamente y cuenta con nuevas sustancias en el mercado. En 2010 muchos países, sobre todo en Europa, América del Norte y Oceanía, comunicaron el consumo de esas sustancias como una tendencia emergente. Esta tendencia requiere estrecha vigilancia.

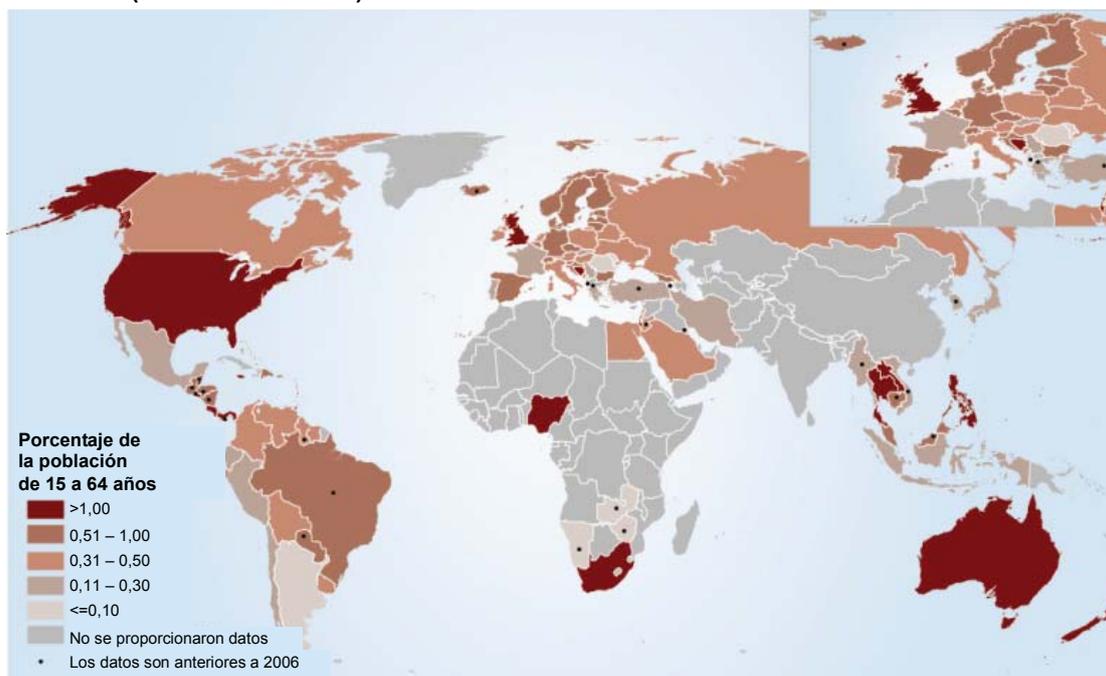
Cannabis

El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de mayor consumo a nivel mundial, con una prevalencia anual estimada en 2010 del 2,6% al 5,0% de la población adulta (entre 119 millones y 224 millones de consumidores de 15 a 64 años). En general, la prevalencia anual del consumo de cannabis se mantuvo estable en 2010 (entre el 2,8% y el 4,5% de la población adulta en 2009), y la mayor prevalencia de consumo de cannabis, entre un 9,1% y un 14,6%, se registró en Oceanía (esencialmente en Australia y Nueva Zelandia), seguida de América del Norte (10,8%), Europa occidental y central (7,0%) y el África occidental y central (entre un 5,2% y un 13,5%). Mientras la prevalencia del consumo de cannabis en Asia (entre el 1,0% y el 3,4%) sigue estando por debajo de la media mundial, el número absoluto de consumidores de esta droga, estimado entre 26 millones y 92 millones, alcanza su nivel máximo en dicho continente debido a su gran población.

En 2010, los expertos de muchos países del África occidental y central, el África meridional, el Asia meridional y el Asia central comunicaron un aparente aumento del consumo de cannabis. El consumo de cannabis se ha mantenido estable en América del Norte (con una prevalencia anual del 10,8%), así como en Oceanía (con una prevalencia anual entre el 9,1% y el 14,6%), mientras que en América del Sur, en cambio, registró una disminución (de entre un 2,9 y un 3% en 2009 a un 2,5% en 2010). Estas cifras reflejan esencialmente las estimaciones revisadas sobre la base de nuevos datos relativos a la región.

Estimulantes de tipo anfetamínico (excluido el “éxtasis”)

Estos estimulantes tuvieron una prevalencia estimada del 0,3% al 1,2% en 2010, lo que supone entre 14 millones y 52,5 millones de consumidores a nivel mundial. Las drogas pertenecientes a este grupo siguen siendo el segundo tipo de droga más consumida en el mundo. Oceanía, América del Norte y Centroamérica son las regiones con una elevada prevalencia de consumo, pero los expertos de países de Asia -no solo del Asia oriental y sudoriental, sino también del Asia central y Transcaucasia- han comunicado un aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico. A la luz de los informes sobre el creciente número de incautaciones de metanfetamina, se cree probable que dicho consumo vaya en aumento en esas regiones.

Mapa 2. Prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (excluido el “éxtasis”) en 2010 (o en el último año)

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

Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas de trazos representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente l

a línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República del Sudán del Sur no se ha determinado aún.

Opioides

La prevalencia anual estimada de opioides en 2010 fue del 0,6% al 0,8% de la población de 15 a 64 años (entre 26 millones y 36 millones de consumidores de opioides), casi la mitad de los cuales consumieron opiáceos, en particular heroína. La prevalencia anual estimada del consumo de opiáceos se sitúa entre un 0,3% y un 0,5% de la población adulta (entre 13 millones y 21 millones de usuarios en el último año). América del Norte (3,8% a 4,2%), Oceanía (2,3% a 3,4%) y Europa oriental y Europa sudoriental (1,2% a 1,3%) son las regiones con una prevalencia de consumidores de opioides superior a la media mundial. No obstante, es importante subrayar que en América del Norte y Oceanía los opioides de venta con receta se consumen más que la heroína, mientras que en Europa oriental y Europa sudoriental, los opiáceos (heroína y, en menor medida, “kompot”²) constituyen la principal preocupación (la prevalencia del consumo de opiáceos se estima en un 0,8%).

En 2010 se observó un aumento del número de consumidores de heroína en el Asia meridional y en el Asia oriental y sudoriental en particular³, aunque los expertos de muchos países africanos también comunicaron un aumento perceptible del consumo de heroína. En comparación con otras regiones, hay noticias de que el consumo de opiáceos en Europa muestra una tendencia descendente o estable, especialmente en países caracterizados por un alto consumo de opiáceos. Además, los informes de países europeos como Estonia y Finlandia indican que el consumo de opioides sintéticos, sobre todo fentanilo y buprenorfina, pueden haber desplazado el consumo de heroína, y los informes de la Federación de Rusia muestran que en algunas partes de ese país la escasez de heroína ha hecho que muchos consumidores de esa droga la reemplacen con desomorfina (también conocida como “krokodil”), opio acetilado o fentanilo⁴. En términos del daño que estas sustancias causan a la salud, se informa de que los opioides, en particular la heroína, son el principal

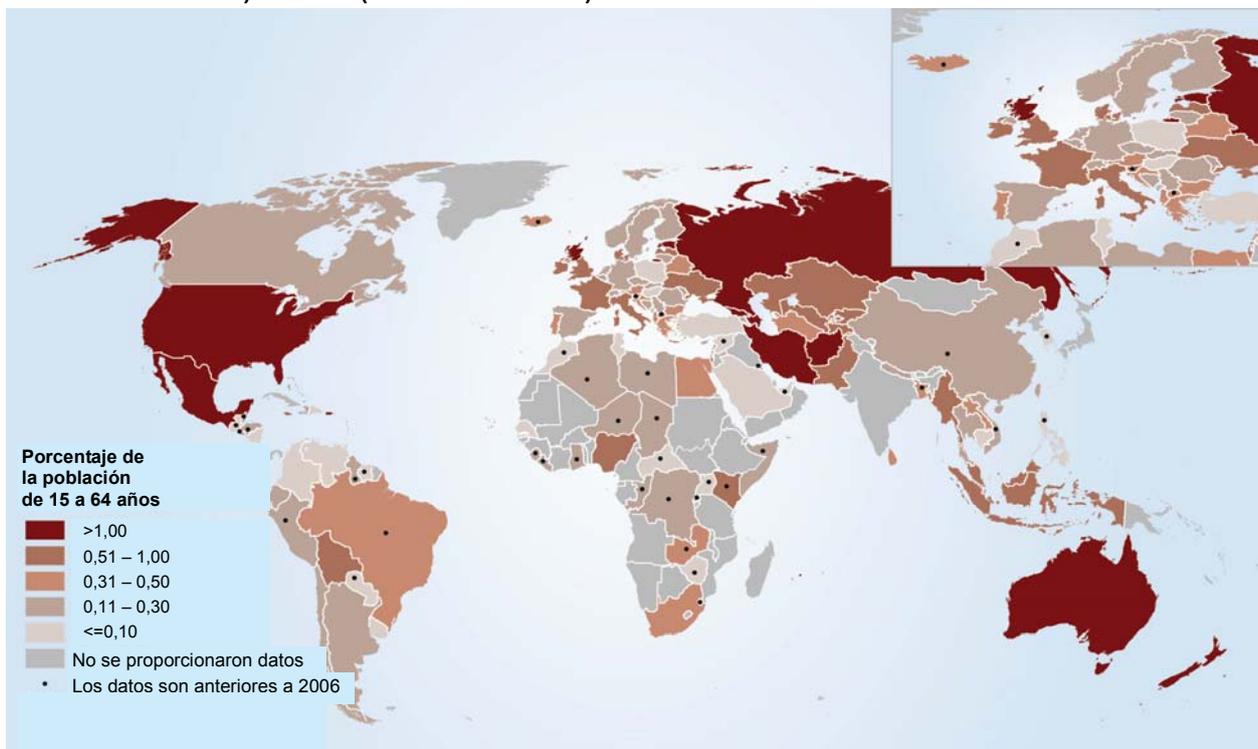
² Preparado a base de la paja de adormidera hervida y ciertos ácidos que por lo general contiene morfina, codeína, monoacetilmorfina y diacetilmorfina (heroína) y suele inyectarse.

³ El aumento observado se debe a las estimaciones revisadas del número de consumidores de opiáceos en Asia, principalmente en Armenia, Azerbaiyán y Georgia, en el Asia central y Transcaucasia, y en Indonesia, Singapur y Sri Lanka, en el Asia meridional y el Asia sudoriental.

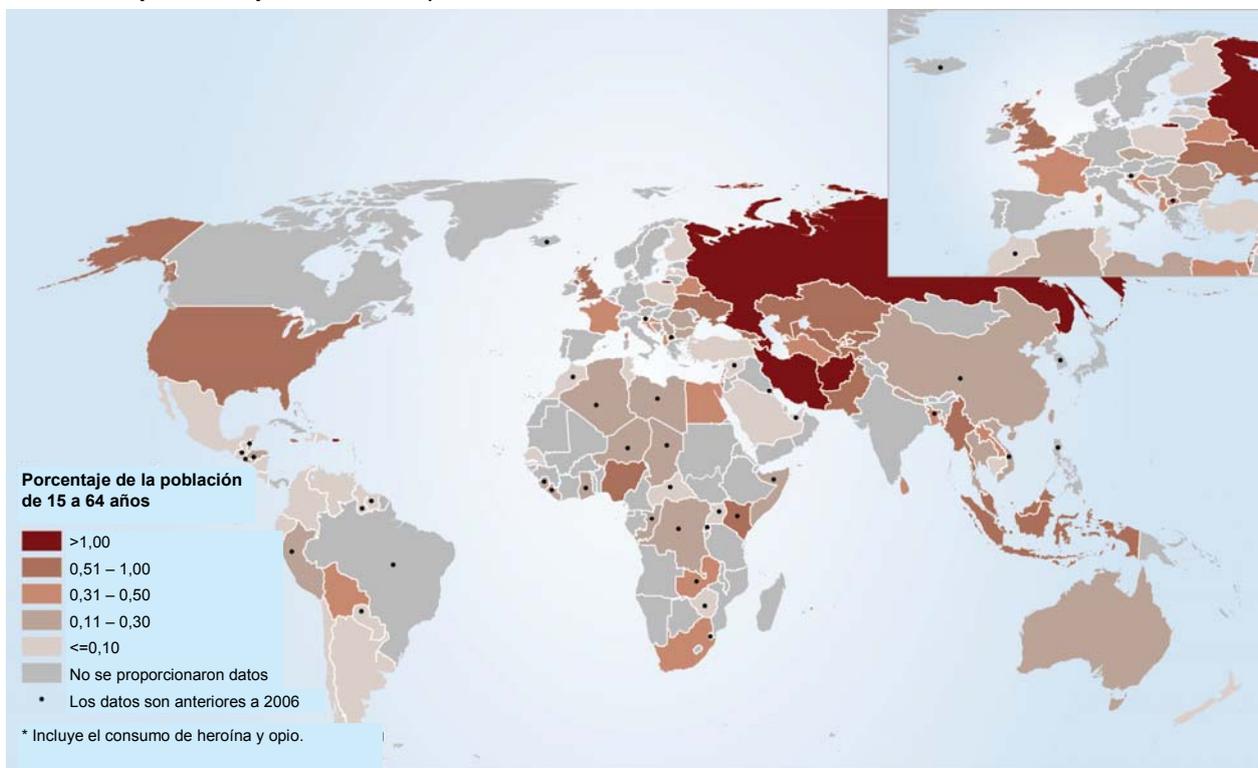
⁴ Información proporcionada por la Federación de Rusia en el cuestionario para los informes anuales (2010).

tipo de droga que se consume por inyección y constituyen una de las principales causas de muerte relacionada con los estupefacientes.

Mapa 3. Prevalencia del consumo de opioides (heroína, opio y opioides sintéticos usados con fines no médicos) en 2010 (o en el último año)



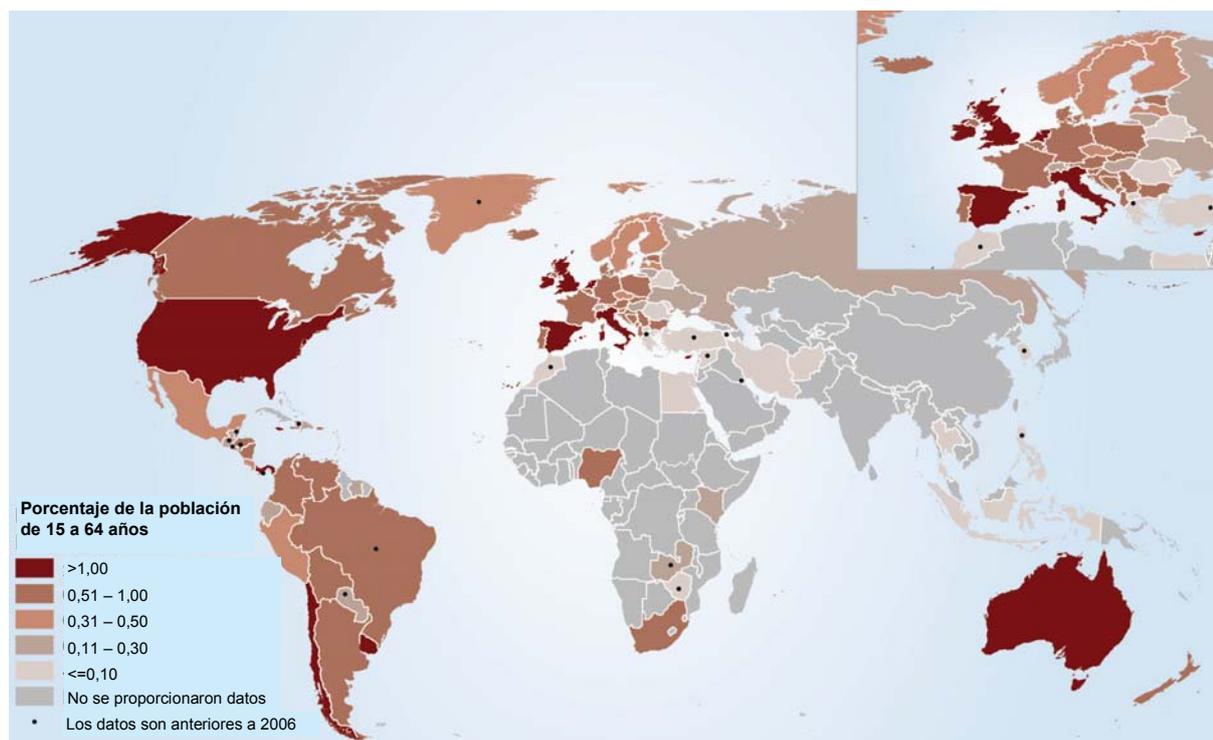
Mapa 4. Prevalencia del consumo de opiáceos (heroína u opio) en 2010 (o en el último año sobre el que se dispone de datos)



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

Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas de trazos representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente l a línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República del Sudán del Sur no se ha determinado aún.

Nota: Según informa el Gobierno del Canadá, los datos sobre el consumo de heroína basados en la encuesta nacional por hogares no son comunicables y dicho Gobierno no facilita estimaciones fundadas en métodos indirectos.

Mapa 5. Prevalencia del consumo de cocaína en 2010 (o en el último año)

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

Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas de trazos representan límites por determinar. La 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 sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República del Sudán del Sur no se ha determinado aún.

Cocaína

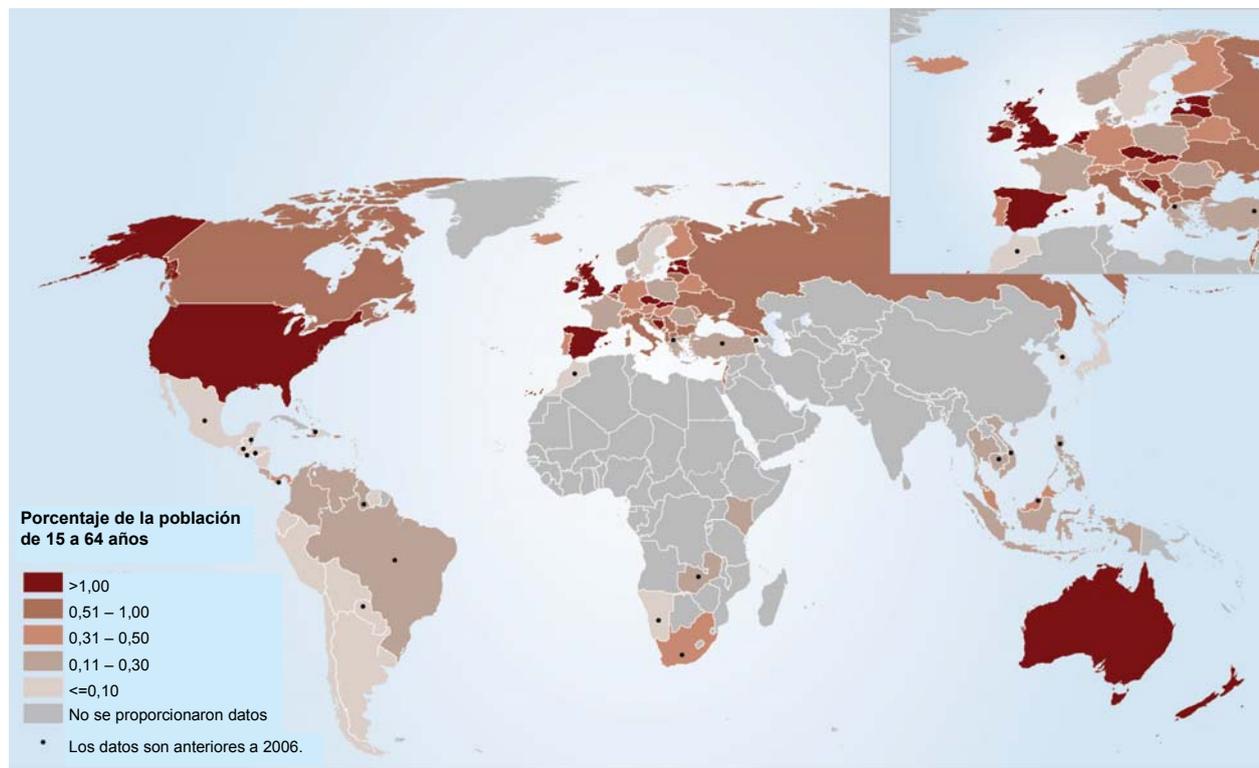
En 2010 las regiones con una alta prevalencia de consumo de cocaína siguieron siendo América del Norte (1,6%), Europa occidental y central (1,3%) y Oceanía (1,5% a 1,9%); en esta última las cifras reflejan esencialmente el consumo en Australia y Nueva Zelanda. Mientras que las estimaciones mundiales del consumo de cocaína se han mantenido estables entre un 0,3% y un 0,4% de la población de 15 a 64 años (entre 13 millones y 19,5 millones de consumidores), en América del Norte y algunos países de América del Sur se comunicó una disminución importante, en particular una reducción de la prevalencia anual de cocaína en América del Norte del 1,9% en 2009 al 1,6% en 2010. La media general en América del Sur disminuyó del 0,9% al 0,7% durante ese mismo período, lo que refleja una revisión de las estimaciones en la Argentina y una notable reducción en Chile. Se ha observado un aumento del consumo de cocaína en el Brasil, pero la falta de nuevos datos sobre ese país no permite lograr una mejor comprensión del impacto de ese aumento en las estimaciones regionales. Por otra parte, se comunicó un aumento del consumo de cocaína en Oceanía, de una cifra estimada en 2009 entre el 1,4% y el 1,7% a otra situada entre un 1,5% y un 1,9% en 2010, lo que fundamentalmente reflejó un mayor consumo de cocaína en Australia⁵, mientras que en Europa occidental y central dicho consumo se mantuvo estable.

América del Norte y Europa occidental y central siguen siendo las dos principales regiones por lo que se refiere a su elevado número de consumidores de cocaína, pues casi la cuarta parte del número mundial estimado de consumidores de cocaína está localizada en Europa occidental y central (4,2 millones de consumidores de cocaína en el año anterior) y más de una tercera parte en América del Norte (5 millones de consumidores de cocaína en el año anterior). Si bien los datos disponibles sobre el consumo de cocaína en África y partes de Asia son limitados, hay indicios de que el mismo está aumentando o emergiendo en esas regiones. Por ejemplo, la información esporádica sobre el creciente tráfico de cocaína a través de los países

⁵ La prevalencia anual del consumo de cocaína entre las personas mayores de 14 años o más aumentó del 1,6% en 2007 al 2,1% en 2010.

costeros africanos, así como los escasos datos sobre el consumo de drogas existentes en algunos países, sugieren un aumento del consumo de cocaína en esos países.

Mapa 6. Prevalencia del consumo de “éxtasis” en 2010 (o en el último año)



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

Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas de trazos representan límites por determinar. La 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 sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República del Sudán del Sur no se ha determinado aún.

“Éxtasis”

En 2010 el consumo de las sustancias del grupo “éxtasis” –principalmente metilendioximetanfetamina (MDMA) y sus análogos– se situó en niveles comparables al de cocaína. En el plano mundial, la prevalencia anual del consumo de “éxtasis” se calcula entre el 0,2% y el 0,6% de la población de 15 a 64 años (entre 10,5 millones y 28 millones de consumidores) aunque se comunicaron tasas superiores en Oceanía (2,9%), América del Norte (0,9%) y Europa occidental y central (0,8%). El consumo de “éxtasis” es especialmente elevado entre los jóvenes. Por ejemplo, en los Estados Unidos, de los 2,6 millones de personas que en 2010 habían consumido “éxtasis” en el año anterior, casi 2,5 millones pertenecían al grupo de 14 a 34 años de edad, mientras que en Europa, de los aproximadamente 2,5 millones de personas que habían consumido “éxtasis” en el año anterior, se estimaba que 2 millones tenían entre 15 y 34 años⁶.

Aunque el consumo de “éxtasis” había disminuido en los años precedentes, en 2010 comenzó a aumentar perceptiblemente. En Europa las tendencias generales del consumo de “éxtasis” se han mantenido estables, pero en informes recientes se observa un aumento de la pureza del “éxtasis” disponible en Europa y un posible repunte de su consumo. Según estudios europeos, las pautas de consumo de “éxtasis” son cada vez más divergentes y muestran una mayor prevalencia de “éxtasis” entre los frequentadores de clubes que entre la población en general^{7, 8}. Según informes de los Estados Unidos, hay una nueva oleada de consumo de

⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*.

⁷ Entre los países europeos sobre los que se dispone de datos sobre la prevalencia del consumo de “éxtasis” en locales nocturnos, el consumo en el último año comunicado oscila entre el 10% y el 75% (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*).

“éxtasis”, en particular entre los estudiantes de 12º grado⁹; sin embargo, en Australia se registra una tendencia descendente de tal consumo (del 3,5% en 2007 al 3,0% en 2010).

Consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta

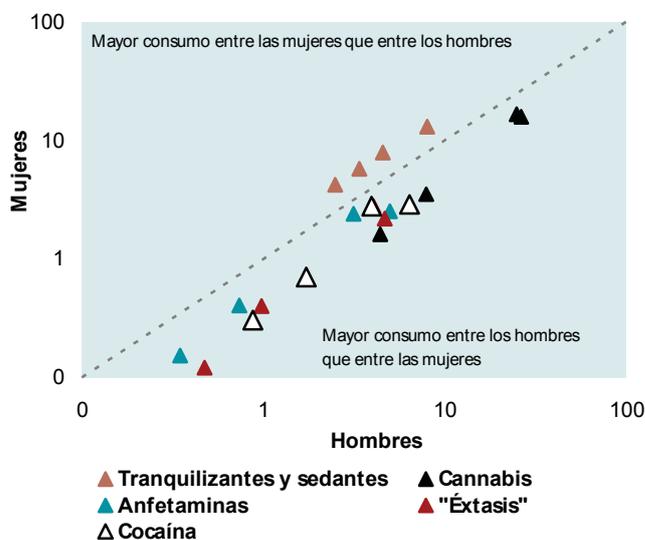
Aunque no se dispone de cifras mundiales relativas al consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta distintas de los opioides, hay informes de que el consumo de esas drogas, incluidos los tranquilizantes y sedantes (como los de la familia de las benzodiazepinas, diazepam, flunitrazepam o temazepam; metacualona y barbitúricos) constituye un problema sanitario cada vez más preocupante, dado que la prevalencia de consumo de estas sustancias en algunos grupos de población y países sobre los que se dispone de datos es superior a la de varias sustancias sujetas a fiscalización.

Por ejemplo, en los Estados Unidos, se comunicó una prevalencia en algún momento de la vida, anual y mensual del consumo de drogas psicoterapéuticas (principalmente analgésicos), entre las personas de 12 años, o más del 20,4%, el 6,3% y el 2,7%, respectivamente, en 2010¹⁰, cifras que son superiores a las de cualquier otro tipo de droga excepto el cannabis. Además, en Australia se observó un aumento estadísticamente significativo del consumo de fármacos con fines no médicos, con una prevalencia anual entre las personas mayores de 14 años o más que aumentó de un 3,7% en 2007 a un 4,2% en 2010¹¹.

Consumo ilícito de tranquilizantes y sedantes: una tendencia alarmante entre las mujeres

En general, el consumo de drogas ilícitas entre los hombres es muy superior al del de las mujeres. No obstante, una notable excepción a esta regla, en países sobre los que se dispone de datos, es el uso de tranquilizantes y sedantes entre las mujeres (véase la figura 2).

Figura 2. Prevalencia en algún momento de la vida, anual y en el mes anterior del consumo de drogas entre los adultos, desglosada por género, y prevalencia en algún momento de la vida del consumo de drogas entre los jóvenes en Europa



Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales en relación con la prevalencia entre los adultos; European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2007: datos (ponderados respecto a la población) relativos al consumo durante la vida entre los jóvenes.

⁸ *Amphetamines and Ecstasy: 2011 Global ATS Assessment* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.11.XI.13).

⁹ Lloyd D. Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use—Overview of Key Findings, 2011* (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Institute for Social Research, 2012).

¹⁰ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*.

¹¹ Australian Institute of Health and Welfare, *2010 National Drug Strategy Household Survey Report*, Drug Statistics Series, núm. 25 (Canberra, julio de 2011).

Según una encuesta sobre el consumo de drogas en el Afganistán realizada en 2009 por la UNODC y el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán¹², más del 10% de los consumidores de drogas entrevistados había usado tranquilizantes sin receta médica alguna vez en su vida. Las usuarias de drogas tenían el doble de probabilidades que los hombres de haber consumido tranquilizantes y la mayoría de esas mujeres eran consumidoras diarias; en contraste, esto sólo se aplicaba a la mitad de los hombres que habían comunicado ser usuarios de tranquilizantes.

Además, según los datos disponibles para el período 2005-2010, en 8 países de América del Sur y Centroamérica y en 14 países de Europa, la prevalencia en algún momento de la vida, anual y en el mes anterior del uso de tranquilizantes y sedantes entre las mujeres era muy superior a la de los hombres (véase la figura 3). Por ejemplo, en América del Sur y Centroamérica la prevalencia de consumo en algún momento de la vida era del 6,6% entre las mujeres y del 3,8% entre los hombres, mientras que las tasas de prevalencia correspondientes en Europa eran del 13,0% entre las mujeres y el 7,9% entre los hombres¹³. De hecho, la prevalencia anual y en el mes anterior del consumo de tranquilizantes y sedantes entre las mujeres en todas estas regiones mostraba la tasa más alta entre las drogas ilícitas, superior incluso a la del cannabis¹⁴.

La situación con respecto al consumo de drogas ilícitas entre los jóvenes en Europa es similar. Sobre la base de datos procedentes de encuestas escolares en Europa¹⁵, la prevalencia del consumo de tranquilizantes y sedantes sin receta médica en algún momento de la vida es mucho mayor entre las mujeres que entre los hombres (un 8% frente a un 5% en 2007), en contraste con todos los demás tipos de drogas. El uso de tranquilizantes y sedantes entre las estudiantes excede de lejos el de cualquier otro tipo de droga, a excepción del cannabis. Se registran tasas particularmente elevadas de prevalencia de consumo en algún momento de la vida entre los jóvenes en Polonia (el 11% de los hombres y el 24% de las mujeres), Lituania (el 9% de los hombres y el 21% de las mujeres) y Francia (el 12% de los hombres y el 18% de las mujeres)¹⁶.

En otros lugares, según una encuesta escolar realizada en 2009/2010 en Marruecos¹⁷, la prevalencia en algún momento de la vida, anual y en el mes anterior de consumo de sustancias sicotrópicas sin receta era superior a la del cannabis entre las mujeres de 15 a 17 años, mientras que entre los hombres jóvenes las drogas de mayor consumo eran el cannabis, la cocaína y el “crack”. De modo similar, en Argelia se observa una preferencia evidente de las mujeres de 15 y 16 años por las drogas sicotrópicas, por encima no solo del cannabis sino también del consumo de alcohol y tabaco¹⁸.

¹² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Drug use in Afghanistan: 2009 survey—executive summary”, junio de 2010.

¹³ Se observan diferencias similares con respecto a la prevalencia anual y en el mes anterior: en América del Sur, esa prevalencia del consumo de tranquilizantes y sedantes es respectivamente del 2,6% y el 1,3% entre las mujeres y del 1,7% y el 0,8% entre los hombres; en Europa, las tasas de prevalencia correspondientes son del 5,8% y el 4,2% entre las mujeres y del 3,4% y el 2,5% entre los hombres.

¹⁴ La prevalencia mensual del consumo de tranquilizantes entre las mujeres en América del Sur (1,3%) y Europa (4,2%) es superior a la prevalencia anual correspondiente del consumo de cannabis en América del Sur (1,0%) y Europa (3,5%).

¹⁵ B. Hibell y otros, *The 2007 ESPAD Report: Substance Use among Students in 35 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco para la Información sobre el Alcohol y Otras Drogas, 2009).

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Consejo de Europa, Grupo Pompidou, MedNET Network, “Drug use in Moroccan schools: MedSPAD 2009-2010 report”, documento PG/Med (2011), 17 de junio de 2011.

¹⁸ Primeros resultados de la encuesta realizada en Argelia por Mediterranean School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (MedSPAD), diciembre de 2006.

Figura 3. Prevalencia regional del consumo de tranquilizantes y sedantes y del consumo de cannabis, ponderada respecto a la población, por género, en América del Sur y Europa, 2005-2010

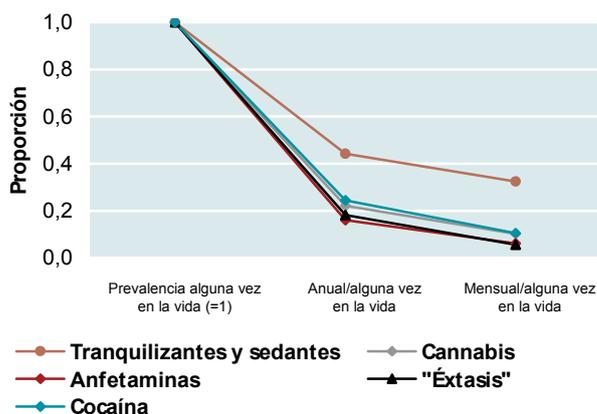


Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

El consumo de tranquilizantes, una vez iniciado, es más probable que continúe

En general, en el ciclo normal de vida de los consumidores de drogas, se observa un fuerte descenso de la prevalencia en algún momento de la vida, anual y en el mes anterior del consumo de drogas ilícitas a medida que avanza la edad, lo que indica que la mayoría de las personas tiende a abandonar el uso de drogas durante la edad adulta y que son relativamente pocas las que, habiendo consumido una vez una sustancia ilícita, proceden a consumirla con frecuencia o con regularidad (por ejemplo, mensualmente). Sin embargo, los datos relativos al consumo con fines no médicos de tranquilizantes y sedantes en países europeos, por ejemplo, indican que la tasa de abandono de dicho consumo es muy inferior a la tasa de abandono de las drogas ilícitas, especialmente entre las mujeres. De hecho, más de la tercera parte de las mujeres que han consumido tranquilizantes y sedantes una vez (consumidoras en algún momento de la vida) pasan a ser consumidoras regulares (mensuales), mientras que en general menos del 10% de las mujeres que han consumido esas sustancias alguna vez en la vida pasan a ser consumidoras regulares (mensuales) de otras drogas.

Figura 4. Proporción de la prevalencia anual y en el mes anterior respecto de la prevalencia alguna vez en la vida del consumo de drogas entre las mujeres en Europa en 2010 (o en el último año)



Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.
 Nota: Sobre la base de datos de 14 países europeos.

Nuevas sustancias psicoactivas

Cada vez son más las nuevas sustancias psicoactivas que se consumen, identifican o mencionan en informes y cuya composición química se ha planeado de forma que permiten eludir la fiscalización internacional. En 2010, muchos países de todas las regiones, en particular Europa, América del Norte y Oceanía, comunicaron que el consumo de esas sustancias era una tendencia emergente. Entre las sustancias más notables de esta índole se cuentan el análogo de la metcatinona 4-metil-metcatinona (también conocido como mefedrona) y la metilendioxipirovalerona (MDPV), que a menudo se comercializan como sales de baño o alimento vegetal y se utilizan como sucedáneos de estimulantes sujetos a fiscalización como las anfetaminas y el “éxtasis”. De modo similar, los derivados de la piperazina¹⁹ se siguen vendiendo como sustitutos del “éxtasis”, a la vez que desde 2008 se han detectado asimismo, en las mezclas herbáceas para fumadores vendidas bajo nombres de marca como Spice, varios cannabinoides sintéticos cuyos efectos son parecidos a los del cannabis pero que contienen productos no sometidos a fiscalización internacional.

Se ha informado de otras sustancias sintéticas no sujetas a fiscalización que se están utilizando para sustituir o imitar los efectos de drogas sometidas a fiscalización. Estas sustancias incluyen compuestos como indanos, benzodifuranil, analgésicos narcóticos (como la codeína, para su conversión en “krokodil” (desomorfinina) en la Federación de Rusia), derivados sintéticos de la cocaína, *Salvia divinorum* (comunicada por el Canadá), ketamina (frecuentemente observada en el Asia sudoriental) y derivados de la fenciclidina. El “krokodil” es un preparado bruto a base de desomorfinina, fabricado a partir de la codeína con sustancias químicas ampliamente disponibles como ácido clorhídrico, yodo y fósforo rojo. El compuesto puro tiene una potencia unas 10 veces superior a la de la morfina; sin embargo, el proceso de elaboración de “krokodil” produce altas concentraciones de sustancias químicas como ácido clorhídrico, yodo, fósforo y metales pesados, lo que causa daños a la piel en el lugar de inyección, trastornos de los sistemas endocrino, nervioso y muscular e inflamación del hígado y los riñones.

Las hojas de la *Salvia divinorum*, una planta nativa de México, producen efectos alucinógenos debidos al componente activo salvinatorina A, cuando se ingieren o se fuman. Los productos a base de *Salvia divinorum* incluyen las hojas secas, extractos y tintes y “pitos” pre enrollados. El “kratom”, un producto derivado de la *Mitragyna speciosa* Korth., árbol del Asia sudoriental, se utiliza desde hace siglos para tratar el síndrome de abstinencia de opioides. El “kratom” tiene efectos según la dosis empleada: es estimulante en dosis bajas y produce efectos en gran medida similares a los de los opioides a dosis más elevadas. Su consumo registra la mayor prevalencia en Malasia, Myanmar y la parte meridional de Tailandia²⁰, aunque las encuestas en línea realizadas por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) muestran que el “kratom” es uno de los nuevos productos psicoactivos que se ofrecen con más frecuencia en la Internet.

Consecuencias para la salud del consumo de drogas ilícitas

El número de consumidores problemáticos de drogas y de los que se inyectan se ha mantenido estable

La UNODC calcula que el número de consumidores problemáticos de drogas²¹ en 2010 se situó entre 15,5 millones y 38,6 millones, o entre un 10% y un 13% del total mundial estimado de usuarios de drogas, mientras que en 2008, según el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el uso de drogas por inyección, había 16 millones de personas que se inyectaban la droga. Ambas estimaciones se han mantenido esencialmente estables.

Enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas por inyección

El consumo de drogas mediante inyección entraña un elevado riesgo de infección con virus transmisibles por la sangre como el VIH, el de la hepatitis C y la hepatitis B, y el uso compartido de agujas y jeringas

¹⁹ Incluidas las sustancias *N*-benzilpiperazina (BZP) y 1-3-trifluorometilfenilpiperazina.

²⁰ En 2010 se incautaron más de 2 toneladas de “kratom” en Malasia. En Tailandia se incautaron 28 toneladas de hoja de “kratom” en 2010, la cantidad total más grande de ese producto incautada en los últimos cinco años.

²¹ Los que consumen regularmente opiáceos, cocaína y anfetaminas, se inyectan drogas o han recibido un diagnóstico de dependencia o trastornos debidos al consumo de sustancias.

contaminadas es una forma frecuente de transmisión de esos virus, lo que es motivo de gran preocupación para las autoridades de salud pública, entraña un costo considerable para los servicios de atención de la salud y a menudo causa una muerte prematura.

De las 16 millones de personas aproximadamente que se inyectan drogas, unos 3 millones son seropositivos. Con la excepción del África subsahariana, el consumo de drogas por inyección representó cerca de la tercera parte del total de nuevas infecciones con el VIH dadas a conocer en todo el mundo en 2010²². Según el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el uso de drogas por inyección, la región con la mayor prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección es América Latina (29%), seguida de Europa oriental (27%) y el Asia oriental y sudoriental (17%). Si bien el uso de agujas y jeringas contaminadas es desde hace mucho tiempo la principal causa de infección con el VIH entre las personas que se inyectan la droga, varios estudios también indican que el consumo de cocaína, cocaína “crack” y estimulantes de tipo anfetamínico por medios distintos de la inyección se asocia con un mayor riesgo de infección con el VIH²³ como resultado de las relaciones sexuales sin protección.

La UNODC calcula asimismo que la prevalencia mundial de la infección con hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección en 2010 fue del 46,7%, equivalente a unos 7,4 millones de esos consumidores infectados con hepatitis C en todo el mundo (sobre la base de datos extrapolados de 54 países), mientras que la prevalencia mundial de la infección con hepatitis B se estimó en un 14,6%, o 2,3 millones de consumidores de drogas inyectables que padecían hepatitis B (sobre la base de datos extrapolados de 46 países). La mayor parte de la información reunida por la UNODC sobre la hepatitis viral se refiere a países europeos donde la tasa de infección con hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección es elevada en comparación con la media mundial. Sin embargo, en Estonia, Suecia y Luxemburgo se observa una tasa de prevalencia superior al 80%, en tanto que en Europa se señala asimismo un grado de infección con hepatitis B entre los consumidores de drogas por inyección que es elevado a la luz de la media mundial, con tasas particularmente altas, por encima del 70%, en Estonia, Lituania y la ex República Yugoslava de Macedonia. La elevada estimación de la infección con hepatitis B y hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección señalada en informes europeos se debe en parte a una mejor cobertura y vigilancia de las infecciones en Europa en comparación con otras regiones en las que el consumo de drogas inyectables es también una práctica común.

Demanda de tratamiento

Se estima que el 20% de los consumidores problemáticos de drogas en 2010 recibió tratamiento por drogodependencia. Los opioides (principalmente la heroína) siguen siendo el tipo de droga que suscita la mayor demanda de tratamiento en Asia y Europa (sobre todo en Europa oriental y Europa sudoriental, donde son la causa de tratamiento de cuatro de cada cinco drogadictos). Los opioides también contribuyen considerablemente a la demanda de tratamiento en África, América del Norte y Oceanía. Solo en América del Sur la demanda de tratamiento por consumo de opioides es insignificante (el 1% del total de la demanda de tratamiento por drogodependencia en la región).

El cannabis, la droga ilícita de mayor consumo en el mundo, se considera la menos dañina de ellas. No obstante, en términos de la demanda de tratamiento, es la que predomina en África, América del Norte y Oceanía, una de las principales en América del Sur y la segunda en Europa.

El tratamiento por consumo de cocaína se asocia generalmente con América, especialmente América del Sur, donde representa casi la mitad del total de la demanda de tratamiento por consumo de drogas ilícitas, mientras que en Asia, Europa oriental, Europa sudoriental y Oceanía, la proporción de la demanda de tratamiento correspondiente al consumo de cocaína es insignificante (menos del 1%).

La demanda de tratamiento por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina) es notable sobre todo en Asia, donde esas drogas ocupan el segundo lugar por ese concepto, y en menor medida en Oceanía, Europa occidental y central y América del Norte.

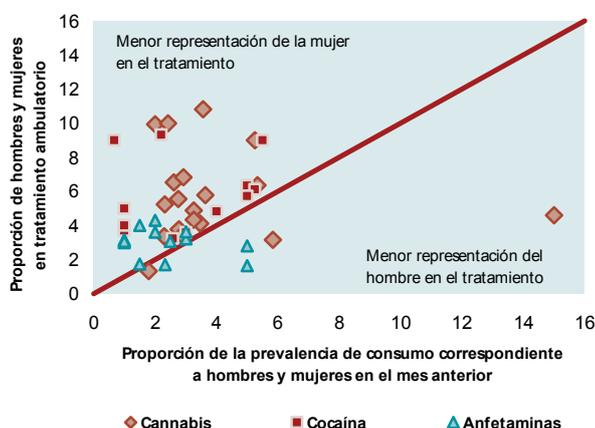
²² UNAIDS *World AIDS Day Report 2011* (Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2011).

²³ G. Colfax y otros, “Amphetamine-group substances and HIV”, *The Lancet*, vol. 376, núm. 9739 (7 de agosto de 2010).

Menor representación de la mujer en el tratamiento

Para que fuera igual la representación en el tratamiento, la proporción entre hombres y mujeres bajo tratamiento debería ser similar a la proporción entre hombres y mujeres en el consumo de drogas problemático. Utilizando como indicador sustitutivo de ese consumo la prevalencia en el mes anterior²⁴, los datos del OEDT sobre dicha prevalencia y pacientes tratados en régimen ambulatorio, desglosados por género, parecen indicar que en la mayoría de los países de Europa las mujeres están insuficientemente representadas en el tratamiento por consumo problemático de cannabis, cocaína y anfetaminas (véase la figura 5). Son pocos los estudios en que se analizan las diferencias de género en relación con el acceso a los servicios de tratamiento; sin embargo, la proporción de hombres y de mujeres bajo tratamiento comunicada en Europa fue de 4:1, es decir, superior a la proporción entre hombres y mujeres drogodependientes²⁵. En muchos países en desarrollo los servicios de tratamiento y atención para las consumidoras de drogas son limitados y el estigma asociado al hecho de ser mujer y usuaria de drogas puede dificultar aun más dicho acceso. Por ejemplo, en el Afganistán el 10% del total estimado de consumidores de drogas tiene acceso a servicios de tratamiento²⁶, mientras que solo el 4% de las mujeres también consumidoras y sus respectivas parejas puede acceder a los servicios e intervenciones de tratamiento.

Figura 5. Proporción de la prevalencia de consumo correspondiente a hombres y mujeres en el mes anterior en comparación con la proporción de hombres y mujeres que recibe tratamiento ambulatorio en Europa



Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

Nota: La prevalencia se basa en la encuesta de población general más reciente a nivel nacional existente desde 2000 y las cifras relativas al tratamiento ambulatorio corresponden a 2009 o al año más reciente disponible.

Mortalidad relacionada con las drogas

Las muertes resultantes del consumo de drogas ilícitas, que en su mayoría son prematuras y prevenibles, constituyen claramente la manifestación más extrema del daño que puede provocar el consumo ilícito de drogas. Si bien las definiciones y los métodos para registrar la mortalidad relacionada con las drogas varían de un país a otro, suelen incluir los elementos siguientes o alguno de ellos: sobredosis no intencional, suicidio, infección con el VIH y el SIDA como consecuencia del uso compartido de accesorios de drogas contaminados, y traumas (como accidentes automovilísticos causados por conducir bajo la influencia de drogas ilícitas)²⁷.

²⁴ Sin embargo, este indicador no refleja la frecuencia de uso ni las cantidades de drogas consumidas, que sin duda inciden en la necesidad de buscar tratamiento.

²⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “A gender perspective on drug use and responding to drug problems”, Annual Report 2006: Selected Issues, núm. 2 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2006).

²⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Drug use in Afganistán: 2009 survey—executive summary”.

²⁷ Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión, las muertes relacionadas con las drogas pueden consignarse como causas externas de morbilidad y mortalidad que pueden incluir accidentes (V01-V99); trastornos diferenciales de la conducta causados por el uso de sustancias psicoactivas (F11, F12, F14 a 16 y F19). Otras causas externas de lesiones accidentales (X40 a X49), especialmente envenenamiento accidental con sustancias nocivas o por exposición a estas, daño intencional a la propia persona (X60 a X84) y autoenvenenamiento intencional con distintas sustancias psicoactivas o por exposición a estas.

La UNODC estima que en 2010 el número de muertes resultantes del consumo de drogas a nivel mundial osciló entre 99.000 y 253.000, o entre 22,0 y 55,9 muertes por cada millón de personas de 15 a 64 años (véase el cuadro 1). Esto se basa en las cifras comunicadas de muertes relacionadas con las drogas, que abarcan un porcentaje importante de la población de 15 a 64 años en América del Norte (100%), Europa (100%), América del Sur (71%) y Oceanía (62%), y en medida muy inferior en Asia (8%) y África (menos del 1%). En efecto, los datos comunicados a la UNODC por países de África representaron un porcentaje tan pequeño de la población que se ha utilizado otra fuente de estimaciones para calcular el total de las muertes relacionadas con las drogas en esos países²⁸. La estimación de la mortalidad relacionada con las drogas realizada por la UNODC es coherente con las estimaciones preparadas y publicadas anteriormente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la más reciente de las cuales se refiere a 2004, cuando el número de muertes resultantes del consumo de drogas en todo el mundo se estimó en 245.000²⁹, incluidas las muertes relacionadas con el SIDA y las causadas por la hepatitis B y la hepatitis C como consecuencia del consumo de drogas ilícitas, mientras que las estimaciones de la UNODC se basan en los informes presentados por los países, en los que por lo general se comunican únicamente las muertes debidas a sobredosis y a traumas relacionados con el abuso de drogas.

Cuadro 1. Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasas por millón de habitantes de 15 a 64 años

Región	Número total de consumidores de drogas (miles)	Prevalencia (porcentaje)	Número de muertes relacionadas con las drogas	Tasa de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años
África	22.000-72.000	3,8-12,5	13.000-41.700	22,9-73,5
América del Norte	45.000-46.000	14,7-15,1	44.800	147,3
América del Sur	10.000-13.000	3,2-4,2	3.800-9.700	12,2-31,1
Asia	38.000-127.000	1,4-4,6	14.900-133.700	5,4-48,6
Europa	36.000-37.000	6,4-6,8	19.900	35,8
Oceanía	3.000-5.000	12,3-20,1	3.000	123,0
Todo el mundo	153.000-300.000	3,4-6,6	99.000-253.000	22,0-55,9

Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; Louisa Degenhardt y otros, "Illicit drug use", en *Comparative Quantification of Health Risks; Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, Majid Ezaati y otros, eds. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004).

Nota: Los datos relativos a América del Sur incluyen los de Centroamérica y el Caribe. Los datos correspondientes a Oceanía se basan en datos relativos a Australia únicamente, por lo que no se proporciona un margen de variación.

El número estimado de muertes relacionadas con las drogas y las tasas de mortalidad correspondientes a 2010 que se incluyen en el presente documento deben considerarse una versión depurada de las estimaciones proporcionadas en el anterior *Informe Mundial sobre las Drogas* y no necesariamente el resultado de una modificación del número de muertes relacionadas con las drogas ocurridas efectivamente el año anterior. Cuando se presentan márgenes de variación, estos reflejan cierta incertidumbre con respecto al número de muertes relacionadas con las drogas en países de la región en los que no se disponía de datos sobre mortalidad. Por tanto, se cita para Asia un amplio margen de variación dado que solo está incluida el 8% de su población.

Las muertes relacionadas con las drogas representan entre el 0,5% y el 1,3% de la mortalidad independientemente de la causa a nivel mundial entre las personas de 15 a 64 años de edad³⁰, pero varían

²⁸ Louisa Degenhardt y otros, "Illicit drug use", en *Comparative Quantification of Health Risks; Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, Majid Ezaati y otros, eds. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004).

²⁹ Organización Mundial de la Salud, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009).

³⁰ Se supone una tasa de mortalidad independientemente de la causa entre las personas del grupo de edad de 15 a 64 años de 18,74 millones (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Prospects: The 2010 Revision*).

considerablemente según la región. Con aproximadamente una de cada 20 muertes entre la población de 15 a 64 años, América del Norte y Oceanía registran la mayor proporción de mortalidad relacionada con las drogas. En Asia, la proporción correspondiente es de una de cada 100 muertes, en Europa de una de cada 110 muertes, en África de una de cada 150 muertes y en América del Sur es de aproximadamente una de cada 200 muertes. En América del Norte y Oceanía esa proporción es más elevada debido a que estas regiones cuentan con un mayor número de consumidores problemáticos de drogas, así como con mejores métodos de vigilancia e información sobre las muertes relacionadas con las drogas; en cambio, en Asia y África la capacidad es limitada y el seguimiento de las muertes relacionadas con las drogas no es una práctica frecuente.

Tendencias regionales del consumo de drogas ilícitas

África

Pese a la escasez de datos recientes sobre el consumo de drogas ilícitas en África, puede decirse que la droga de mayor consumo en la región continúa siendo el cannabis, seguido de los estimulantes de tipo anfetamínico. La prevalencia anual del consumo de cannabis en África, especialmente el África occidental y central, es muy superior a la media mundial (5,2% a 13,5% de la población de 15 a 64 años). La prevalencia estimada del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y opioides en todas las subregiones africanas sigue siendo comparable a la media mundial; sin embargo, se informa de un elevado consumo de cocaína en el África occidental y central y el África meridional.

Se presume que el creciente tráfico ilícito de cocaína a través de los países costeros del África occidental está dando lugar a un mayor consumo de cocaína en esa parte de África³¹. Según una encuesta realizada entre estudiantes de secundaria y niños de la calle en Liberia y Sierra Leona, el consumo de cocaína es más frecuente que el de heroína (véase el cuadro 2). Otras sustancias consumidas por los niños y jóvenes encuestados en Sierra Leona eran las benzodiazepinas, como el diazepam, la clorpromazina y diversos inhalantes, y el 3,7% se inyectaba las drogas.

Cuadro 2. Porcentaje de jóvenes que actualmente consumen drogas en Liberia y Sierra Leona, sobre la base de estudios de limitado alcance geográfico

	Cannabis	Cocaína	Heroína
Sierra Leona			
Estudiantes	11	0,6	0,4
Niños de la calle	65	6,8	5,6
Liberia			
Estudiantes	9	0,6	0,1

Fuente: Campaign for Development and Solidarity (FORUT), "Summary of baseline surveys on alcohol, drugs, cigarettes and development in Freetown" (Sierra Leona, 2011) (La encuesta escolar abarcó a 1.245 estudiantes de secundaria); GOAL, "European Union substance use harm reduction programme: summary of results from main survey" (Sierra Leona, 2011) (Benjamin L. Harris y otros, "Substance use behaviors of secondary school students in post-conflict Liberia: a pilot study", *International Journal of Culture and Mental Health*, 2011, págs. 1 a 12).

En África, el creciente consumo de heroína y de drogas por inyección también ha pasado a ser recientemente una tendencia alarmante, en particular en Kenya, Libia, Mauricio, la República Unida de Tanzania y Seychelles^{32, 33}. En el África subsahariana, se estima que 1,78 millones de consumidores de drogas (margen

³¹ Teniendo en cuenta la capacidad forense de algunos Estados africanos para identificar correctamente las sustancias, es discutible que la composición química de la sustancia a la que se hace referencia sea efectivamente cocaína. Lo mismo sucede con las demás sustancias sintéticas sobre las que se informa.

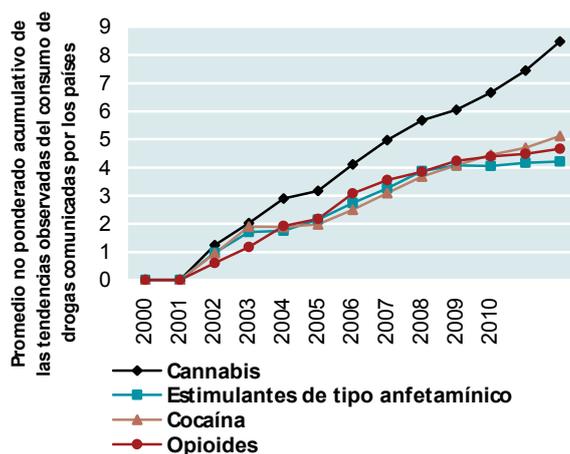
³² Chris Beyrer y otros, "Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs", *The Lancet*, vol. 376, núm. 9740 (14 de agosto de 2010), págs. 551 a 563.

³³ Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección (estimaciones correspondientes a 2011).

de variación: 534.500 a 3.022.500) se inyectan la droga y aproximadamente 221.000 usuarios de drogas por inyección (margen de variación: 26.000 a 572.000) están infectados con el VIH³⁴.

En 2010, 7 de 54 Estados africanos proporcionaron información a la UNODC y la mayoría de ellos comunicó una tendencia ascendente del consumo de cannabis y opioides (en particular, Nigeria, Mozambique, Sudáfrica (cannabis solamente) y Swazilandia), si bien las tendencias notificadas sobre el consumo de cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico eran bastante estables. En general, los expertos de los Estados africanos que proporcionaron información a la UNODC notaron un aumento importante del consumo de todas las drogas ilícitas a partir de 2005.

Figura 6. Promedio no ponderado acumulativo de las tendencias de consumo de drogas observadas en África, por tipos de droga



Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

Además, hay indicios de que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico se está expandiendo a otras zonas de África, tendencia que se ha observado en varios países como Cabo Verde, Egipto, Ghana, Nigeria y Kenya. Según los informes recibidos, la prevalencia del consumo de anfetaminas y mandrax (metacualona) en algún momento de la vida en escuelas secundarias de Nairobi era de un 2,6%, y el 1,6% de los estudiantes declararon haber consumido esas drogas en los 6 meses anteriores. El consumo de miraa (una variante local del khat) también registró una elevada prevalencia entre esos estudiantes: el 31,5% la había consumido alguna vez en su vida y el 15,7% en los 6 meses precedentes³⁵, proporción que se acerca a la media de consumo de anfetamina entre los jóvenes en Europa.

El cannabis y los opioides son las dos principales sustancias que contribuyen a la demanda de tratamiento por uso de drogas ilícitas en África, y los trastornos ocasionados por el consumo de cannabis representan el 64% del total de tratamientos dispensados a los consumidores de drogas.

América

En América sigue existiendo un importante consumo de drogas ilícitas. La prevalencia anual del consumo de cannabis (6,6% a 6,9%), opioides (2,0 a 2,3%), cocaína (1,1% a 1,2%), estimulantes de tipo anfetamínico (0,9% a 1,1%) y sustancias del grupo “éxtasis” (0,5% a 0,6%) sigue estando por encima de la media mundial correspondiente a todas esas drogas. En contraste con la mayoría de las demás regiones, en América el consumo de opioides de venta con receta es más común que el de heroína.

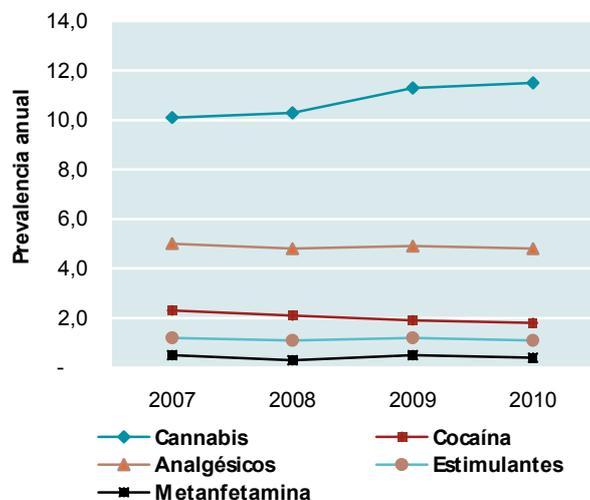
En América del Norte el consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta, especialmente las usadas para mitigar el dolor (analgésicos narcóticos), y de estimulantes sigue planteando un problema considerable. Aunque continúa siendo uno de los principales mercados de cocaína, América del Norte

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Peter Koome y National Campaign against Drug Abuse Authority, “Role of school environment in alcohol and drug abuse among students: evidence from public secondary school students in Nairobi”, en *Promotion of Evidence-Based Campaign; National Alcohol and Drug Abuse Research Workshop—2011 Report* (National Campaign against Drug Abuse Authority, marzo de 2011), págs. 28 a 30.

registró una disminución del consumo de cocaína, de una prevalencia anual estimada del 1,9% en 2009 a un 1,6% en 2010.

Figura 7. Prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas entre la población de 12 años o más en los Estados Unidos, 2007-2010 (Porcentaje)



Fuente: Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2011).

En los Estados Unidos, la prevalencia anual del consumo de cannabis entre la población general (personas de 15 a 64 años de edad) siguió aumentando en 2010 (a un 14,1%, en comparación con un 13,7% en 2009)^{36, 37}. De modo similar, como muestra una reciente encuesta escolar, se observó un constante aumento de la prevalencia anual del consumo de cannabis entre los adolescentes: en 2011 se comunicó una prevalencia anual combinada del consumo de cannabis entre los estudiantes de secundaria del 25%, en comparación con el 24,5% en 2010³⁸. Además, en 2011 se cuantificó por primera vez la prevalencia anual del consumo de marihuana sintética entre los escolares que, según los informes, alcanzó un 11,4%^{39, 40}.

Tras registrar una tendencia ascendente en 2009, el consumo de “éxtasis” en la población general se mantuvo estable en 2010, aunque se cree que su uso entre los jóvenes está nuevamente en ascenso. La prevalencia anual del consumo de “éxtasis” entre los alumnos de 8° y 10° grado aumentó notablemente de 2009 a 2010 (del 1,3% al 2,4% y del 3,7% al 4,7%, respectivamente), pero se redujo en 2011 (a un 1,7% y un 4,5%, respectivamente), mientras que entre los estudiantes de 12° grado el consumo de “éxtasis” aumentó en ese mismo año (a un 5,3% en comparación con un 4,5% en 2010)⁴¹.

Las estimaciones del número de personas que en el año anterior consumió drogas psicoterapéuticas con fines no médicos, incluidos opioides, tranquilizantes y estimulantes de venta con receta, así como cocaína, se mantuvieron estables en 2010. La prevalencia anual del consumo de drogas psicoterapéuticas entre la población de 12 años o más en 2010 fue del 6,3% (del cual un 4,8% correspondió a opioides de venta con

³⁶ Sin embargo, el aumento del consumo de cannabis no es significativo desde el punto de vista estadístico.

³⁷ *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10); Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*.

³⁸ El aumento del consumo de cannabis se ha atribuido a una menor sensación de riesgo debido a dicho consumo, que ha ido en descenso en los últimos cinco años.

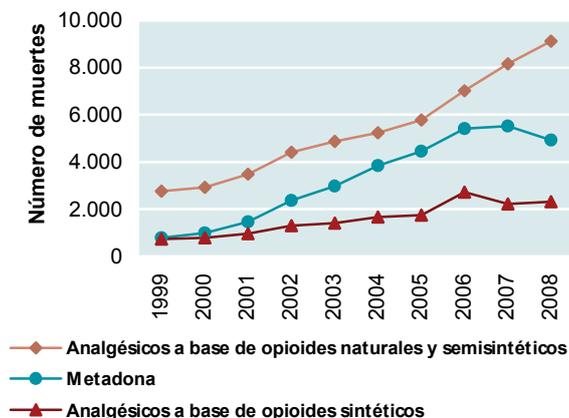
³⁹ En marzo de 2011, la Dirección de Lucha contra las Drogas de los Estados Unidos (DEA) incluyó la marihuana sintética en sus listas de sustancias fiscalizadas, por lo que su posesión y venta pasaron a ser ilegales. Los autores (Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use*) informan de que los resultados de la encuesta del próximo año deberían reflejar los eventuales efectos de esa medida de fiscalización adoptada por la DEA.

⁴⁰ Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use*.

⁴¹ *Ibid.*

receta, un 2,2% a tranquilizantes y un 1,1% a estimulantes), mientras que la prevalencia anual del consumo de cocaína ascendió a un 1,8%⁴².

Figura 8. Analgésicos a base de opioides relacionados con muertes por envenenamiento debido al consumo de drogas en los Estados Unidos, 1999-2008



Fuente: Margaret Warner y otros, "Drug poisoning deaths in the United States, 1980-2008", *NCHS Data Brief*, núm. 81, diciembre de 2011.

Las drogas que mostraron una tendencia descendente entre los estudiantes de secundaria durante el año examinado fueron los inhalantes, la cocaína y el "crack", la hidrocodona (analgésico narcótico), los estimulantes de venta con receta, los sedantes, los tranquilizantes y los medicamentos para la tos y resfriados de venta sin receta, que se utilizan para provocar un estado de euforia⁴³.

En el Canadá, la *Salvia divinorum*, una planta psicoactiva silvestre que no está sujeta a fiscalización internacional, comenzó a ser motivo de preocupación en 2009. En 2010, aproximadamente el 1,6% de los canadienses de 15 años o más habían consumido salvia alguna vez en su vida y el 0,3% informó de que la había consumido en el año anterior. Sin embargo, su consumo parece ser más popular entre los jóvenes, como lo demuestran los informes de que el 6,6% de las personas del grupo de 15 a 24 años la ha consumido en algún momento de la vida, y el hecho estadísticamente significativo de que este grupo registró tasas de consumo en el año anterior (0,6%) superiores a las de los adultos⁴⁴. El Canadá comunicó que las tendencias de consumo de casi todas las demás drogas se habían mantenido estables, mientras que el consumo de "éxtasis" en el año anterior había seguido disminuyendo (de un 0,9% en 2009 a un 0,7% en 2010)⁴⁵.

América del Norte comunicó que en 2010 el consumo de drogas ilícitas había sido la causa de unas 44.800 muertes, o (según un cálculo conservador) una de cada cinco del total mundial. El número de muertes atribuible al consumo con fines no médicos de analgésicos de venta con receta en los Estados Unidos ha aumentado constantemente hasta alcanzar un nivel que actualmente excede del número global de muertes resultantes del consumo de heroína (5.100 muertes) y de cocaína (3.000 muertes)⁴⁶. Según informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos el envenenamiento es la causa principal de muerte por lesiones –más que los accidentes de tráfico– y casi 9 de cada 10 muertes por envenenamiento es causada por las drogas⁴⁷.

América del Sur, Centroamérica y el Caribe

⁴² Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2011).

⁴³ Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use*.

⁴⁴ Canadá, Health Canada, "Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: summary of results for 2010" (Ottawa, 2010).

⁴⁵ Información proporcionada por el Canadá en el cuestionario para los informes anuales (2009, 2010); Health Canada, "Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey".

⁴⁶ Margaret Warner y otros, "Drug poisoning deaths in the United States, 1980-2008", *NCHS Data Brief*, núm. 81, diciembre de 2011.

⁴⁷ "Vital signs: overdoses of prescription opioid pain relievers – United States, 1999-2008", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 60, núm. 43 (4 de noviembre de 2011), págs. 1487 a 1492.

La prevalencia del consumo de cocaína en América del Sur, Centroamérica y el Caribe sigue siendo elevada (0,7%, 0,5% y 0,7%, respectivamente). Según se informa, en Centroamérica la prevalencia anual del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es superior a la media mundial, especialmente en El Salvador (3,3%), Belice (1,3%), Costa Rica (1,3%) y Panamá (1,2%). El uso indebido de preparados farmacéuticos que contienen opioides, estimulantes y estimulantes de venta con receta también continúa siendo motivo de preocupación en Centroamérica y América del Sur.

Cuadro 3. Prevalencia anual del consumo de estimulantes entre los jóvenes de algunos países de América del Sur

	Estimulante			Grupo de edad	Año de la estimación
	"Éxtasis"	Cocaína	ETA		
Argentina	2	2,9	2	15-16	2009
Chile	1,6	4,9	1,9	15-16	2009
Colombia	2,8	1,7	3,2	12-17	2005
Uruguay	-	2,6	1,2	13-17	2009

Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales (2010).

Aumenta asimismo la preocupación por los crecientes niveles de consumo de drogas sintéticas como el "éxtasis" entre los jóvenes sudamericanos y se comunica una elevada prevalencia de consumo de estimulantes (cocaína, anfetamina y "éxtasis") entre los jóvenes, sobre todo en la Argentina, Chile, Colombia y el Uruguay (véase el cuadro 3).

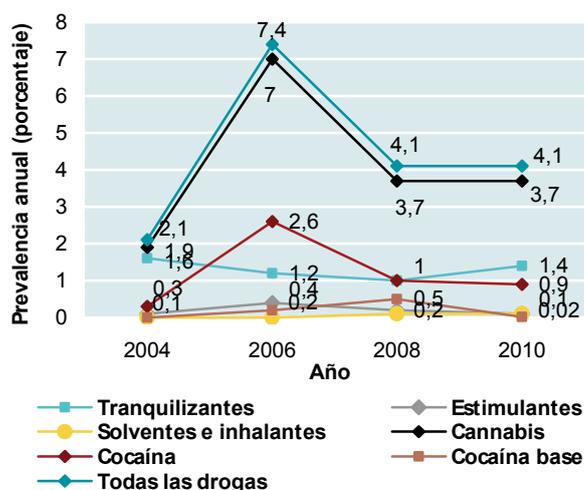
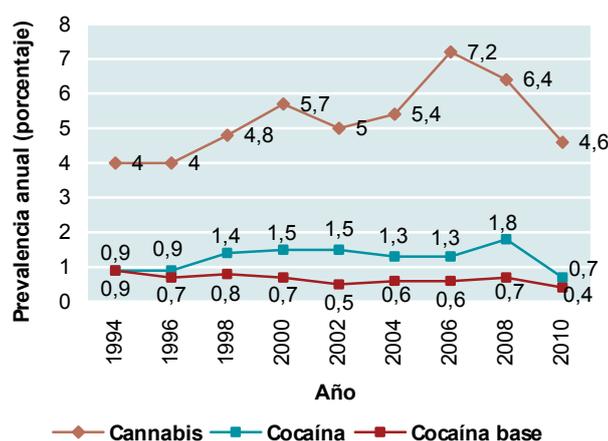
Varios países de América del Sur, como la Argentina, El Salvador, el Perú y el Uruguay también han comunicado el consumo de ketamina. Según se informa, la prevalencia del consumo de ketamina en algún momento de la vida en la Argentina y el Uruguay es del 0,3%; sin embargo, en muchos estudios sobre el consumo de drogas entre la población general en la región no se incluye el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico⁴⁸. Conforme a la información proporcionada por la Argentina y Chile en 2010, el consumo de drogas se mantuvo generalmente estable en la Argentina, mientras que en Chile se observaron tendencias decrecientes del consumo de cocaína y cannabis (véase la figura 9). En la República Bolivariana de Venezuela los datos correspondientes a 2011 muestran una prevalencia del consumo de cocaína del 0,7% entre la población adulta, lo que supone un ligero incremento respecto de la estimación anterior, del 0,6%, mientras que la prevalencia del consumo de cannabis es del 1,7% (un aumento con respecto a la estimación anterior, del 0,9%), la del consumo de opioides se sitúa en un 0,03% y la de estimulantes de tipo anfetamínico es del 0,5%⁴⁹. Si bien no se dispone de datos recientes sobre el consumo de drogas ilícitas en el Brasil, los expertos observaron un aumento del consumo de cocaína en 2010.

En América del Sur, la tasa estimada de mortalidad relacionada con las drogas oscila entre 12,2 y 31,1 muertes por cada millón de habitantes de 15 a 64 años de edad, bien por debajo de la media mundial. En toda la región, la cocaína sigue siendo la droga más letal; sin embargo, parece que en algunos países de Centroamérica y el Caribe las tasas más elevadas de homicidio están en parte vinculadas a la delincuencia organizada, así como a los conflictos relacionados con las corrientes del tráfico ilícito de cocaína y los mercados de cocaína⁵⁰.

⁴⁸ Por ejemplo, el estudio colaborativo subregional de 2008 sobre el consumo de drogas en la población general se refiere únicamente al consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), *Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión: Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años* (Lima, abril de 2008).

⁴⁹ República Bolivariana de Venezuela, Oficina Nacional Antidrogas y Observatorio Venezolano de Drogas, "Estudio Nacional de Drogas en Población General 2011".

⁵⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *2011 Global Study on Homicide: Trends, Contexts, Data* (2011).

Figura 9. Prevalencia anual del consumo de drogas en la Argentina y Chile**A. Argentina: prevalencia anual del consumo de tranquilizantes, estimulantes, solventes e inhalantes y de cannabis, 2004-2010****B. Chile: prevalencia anual del consumo de cannabis, cocaína y cocaína base, 1994-2010**

Fuente: Argentina, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), *Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 años* (junio de 2011); Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE), *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2010: Principales Resultados* (2010).

Asia

Aparte del cannabis, el consumo de opioides (especialmente la heroína) y estimulantes de tipo anfetamínico constituye la principal preocupación en Asia. La prevalencia anual del consumo de opiáceos (heroína y opio) en Asia es comparable a la media mundial. Si bien los expertos de la mayoría de los países asiáticos opinan que el consumo de cannabis y de estimulantes de tipo anfetamínico está aumentando en general, el consumo de opioides y “éxtasis” se considera estable. En varios países y territorios del Cercano Oriente y el Oriente Medio también se ha comunicado un consumo cada vez mayor de drogas sintéticas y drogas de venta con receta. En China (incluido Hong Kong, China), Malasia y Viet Nam se observó un aumento del consumo de ketamina en 2010.

Los expertos de muchos países del Asia central y el Asia sudoccidental, como Georgia, Kazajstán, Tayikistán y Uzbekistán, comunicaron tendencias ascendentes del consumo de cannabis en el año del informe más reciente (2009-2010); además, Georgia comunicó un uso creciente de estimulantes de tipo anfetamínico. A la luz de informes cada vez más frecuentes de fabricación e incautaciones de metanfetamina en algunas partes del Asia central, Transcaucasia y el Asia sudoccidental, se presume una probable emergencia del consumo de

estimulantes de tipo anfetamínico en esa región. Los opiáceos, en particular la heroína, siguen siendo el mayor motivo de preocupación en ella, aunque la mayoría de los países que la componen ha comunicado tendencias estables o descendentes del consumo de opiáceos. El Afganistán, Irán (República Islámica del), el Pakistán y los Estados del Asia central siguen siendo los países con un consumo de opiáceos superior a la estimación mundial.

En Nepal, según el estudio *Mapping and Size Estimation of Most at Risk Population*, se estima que el número de consumidores que se inyecta la droga oscila entre 30.000 y 34.000 (casi el 0,18% de la población adulta). Esta cifra representa un aumento respecto de la estimación anterior de esa clase de usuarios, que ascendió a 28.500 en 2009⁵¹, los cuales se consideran en su mayoría consumidores de opioides sintéticos como buprenorfina y propoxifeno. Según otro estudio sobre las mujeres que consumen drogas⁵² en Nepal, además del cannabis, las principales sustancias usadas eran las benzodiazepinas, la heroína y el dextropropoxifeno⁵³.

En el Asia oriental y sudoriental, se calcula que la prevalencia anual de estimulantes de tipo anfetamínico oscila entre el 0,2% y el 1,3% de la población de 15 a 64 años. Se informa de que el consumo de metanfetamina, especialmente la metanfetamina cristalina, está muy extendido. La metanfetamina cristalina es actualmente la droga más frecuentemente consumida en Brunei Darussalam, Filipinas, el Japón y la República de Corea. La demanda de tratamiento relacionada con el consumo de metanfetamina cristalina también ha aumentado considerablemente⁵⁴. El consumo de metanfetamina cristalina es la causa de la mayor parte de la demanda de tratamiento por uso de drogas en países como Brunei Darussalam y la República de Corea.

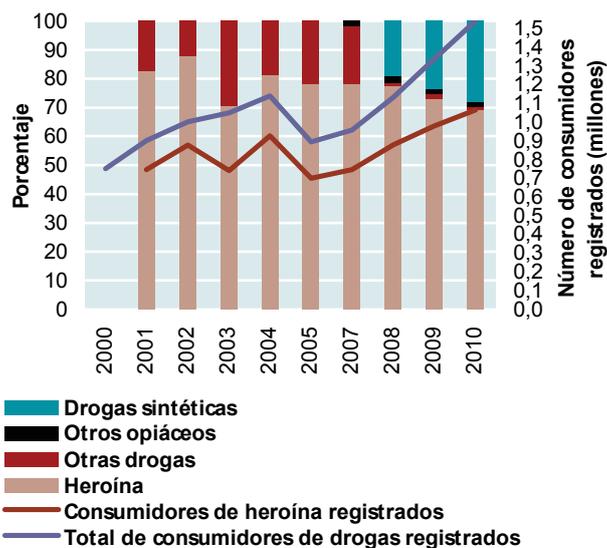
En China, los opioides, sobre todo la heroína, son el tipo de droga que suscita mayor preocupación, seguidos de los estimulantes de tipo anfetamínico y los tranquilizantes. La proporción del número total de consumidores de drogas registrados que consume heroína como droga principal disminuyó del 83% en 2001 al 69,2% en 2011. No obstante, el número total de consumidores de heroína que figuran en registros ha seguido aumentando, así como el total de consumidores de drogas registrados: el número de consumidores de heroína registrados en 2010 aumentó en un 43% en comparación con la cifra correspondiente a 2007 (de 746.000 en 2007 a más de un millón en 2010). Paralelamente, la proporción de consumidores de drogas sintéticas registrados en China aumentó de un 19% del total de consumidores de drogas en ese país en 2008 a un 28% en 2010.

⁵¹ Nepal, National Centre for AIDS and STD Control, *Mapping and Size Estimation of Most-at-Risk Population in Nepal – 2011*, vol. 2, *Injecting Drug Users* (2011).

⁵² Aunque no se dispone de estimaciones nacionales del consumo de drogas en Nepal, se calcula que alrededor del 7% del total de esos consumidores son mujeres.

⁵³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Nepal, Ministry of Home Affairs, *Profile, Drug Use Pattern, Risk Behaviour and Selected Bio-Markers of Women Drug Users from Seven Sites in Nepal* (2011).

⁵⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific, 2011 – A Report from the Global SMART Programme* (noviembre de 2011).

Figura 10. Tendencias relativas a los consumidores de drogas registradas en China y distribución de dichos consumidores, por tipos de droga, 2000-2010

Fuente: China, Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe anual sobre la fiscalización de drogas en China. Cabe señalar que solo a partir de 2008 pudieron desglosarse los datos sobre los consumidores de drogas registradas para reflejar el consumo de drogas sintéticas.

El consumo de drogas por inyección, practicado por aproximadamente 3,9 millones (margen de variación: 3.043.500 a 4.913.000) de usuarios que se inyectan principalmente opiáceos y, en menor medida, metanfetamina, también es un creciente motivo de preocupación en el Asia oriental y sudoriental, mientras que unas 661.000 (margen de variación: 313.333 a 1.251.500) personas que usan drogas inyectables son seropositivas, según el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección.

En el Asia meridional, los expertos de Bhután y Sri Lanka comunicaron un aumento del consumo de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico y una tendencia estable o decreciente del consumo de opiáceos. En Bangladesh, el uso de estimulantes de tipo anfetamínico se ha extendido considerablemente, sobre todo en las zonas urbanas donde los comprimidos de metanfetamina son ampliamente disponibles. En cuanto a la demanda de tratamiento, los opiáceos siguieron siendo la principal droga por la que la mayoría de los consumidores de drogas recibe tratamiento en la región.

Europa

Con una prevalencia anual del 5,2%, el cannabis continúa siendo la sustancia más comúnmente consumida en Europa, seguida de la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y los opiáceos (sobre todo heroína). Después de América del Norte, Europa occidental y central sigue siendo un importante mercado ilícito de cocaína, con una prevalencia anual del consumo de este estupefaciente entre la población general de aproximadamente el 1,3%. En casi todas partes de Europa se observan tendencias estables o descendentes del consumo de opiáceos, cannabis, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico; sin embargo, la rápida aparición de nuevas drogas sintéticas y la creciente interacción entre las drogas lícitas que producen el estado de euforia deseado y los mercados de drogas ilícitas suponen un problema considerable en la región. Por ejemplo, aunque la mefedrona está sujeta a fiscalización nacional en todos los Estados miembros de la Unión Europea desde 2010, se sigue vendiendo a través de Internet como un euforizante legal, así como a través de las mismas redes de oferta ilícitas utilizadas para drogas como “éxtasis” y cocaína. Con todo, los opiáceos continúan siendo las drogas más problemáticas, las que suscitan la mayor demanda de tratamiento y una de las principales causas de mortalidad relacionada con la drogodependencia en Europa.

En Europa occidental y central, si bien las tendencias generales del consumo de “éxtasis” se han mantenido estables (prevalencia anual del 0,8%), los informes recientes indican que el “éxtasis” disponible en la región presenta un nivel de pureza cada vez mayor y un posible repunte de su consumo. Los expertos de muchos países de Europa oriental y Europa sudoriental también han comunicado una tendencia ascendente del uso de

cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico, incluido el “éxtasis”, en tanto que el consumo de opioides y cocaína se mantiene estable.

En 2011 se observó en Bulgaria (Sofía únicamente), Grecia y Rumania un aumento considerable de los nuevos casos de infección con el VIH y una creciente prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección, aunque esta última es baja en Grecia. Además, dos países, Lituania y Luxemburgo, comunicaron un aumento de los nuevos casos de infección con el VIH entre los consumidores de drogas por inyección (en 2011 y 2010)⁵⁵.

Pese a que la heroína es el principal opioide consumido en Europa, hay informes de que los opioides sintéticos como el fentanilo y la buprenorfina podrían haber desplazado el consumo de heroína en algunos países, en particular Estonia y Finlandia. En Europa occidental y central, los opioides distintos de la heroína fueron el principal tipo de droga de uso indebido en cerca del 5% del total de admisiones a servicios de tratamiento por abuso de estupefacientes. El fentanilo representó el 75% de esas admisiones en Estonia y se comunicó que la buprenorfina era la principal droga de consumo ilícito entre el 58% de los usuarios admitidos a tratamiento en Finlandia⁵⁶. De modo similar, las autoridades rusas han informado de que, debido a una escasez de heroína, la desomorfinina y el opio acetilado se han utilizado como sucedáneos de la heroína en toda la Federación de Rusia y el fentanilo ha servido de sustituto en algunas partes del país⁵⁷.

El consumo de anfetamina siguió alcanzando un nivel considerable en Europa (prevalencia anual estimada del 0,6% en Europa occidental y central y del 0,2% al 0,5% en Europa oriental y Europa sudoriental). Mientras que anteriormente el consumo de metanfetamina se había circunscrito a Eslovaquia y la República Checa, hay informes recientes de que ese estimulante abunda cada vez más en Finlandia, Letonia, Noruega y Suecia, donde se cree que está reemplazando la anfetamina⁵⁸.

Los datos recientes relativos a Europa occidental y central indican una tendencia estable o descendente del consumo de cannabis, especialmente entre los adultos jóvenes, la cual también se refleja en las encuestas escolares (véase el cuadro 4). La disminución del consumo de cannabis puede verse influida en parte por las tendencias decrecientes del uso del tabaco entre los jóvenes. Los cambios de los estilos de vida y de moda, la sustitución del cannabis por otras drogas y las connotaciones desfavorables del consumo de cannabis también podrían explicar la tendencia a la baja de su uso en Europa⁵⁹.

Cuadro 4. Prevalencia anual del consumo de cannabis en Europa occidental y central, por grupos de edad, 2010-2011

	Grupo de edad		
	15 a 24 años	15 a 34 años	15 a 64 años
2010	16% (10 millones)	12,6% (17 millones)	6,8% (23 millones)
2011	15,2% (9,5 millones)	12,1% (16 millones)	6,7% (22,5 millones)

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2010).

Aunque el consumo actual de cocaína en Europa occidental y central (estimado en un 1,3% de la población adulta) sigue siendo elevado, las encuestas recientes realizadas en la región indican cierta disminución en el último año en países con altas tasas de prevalencia, como Dinamarca, España y el Reino Unido (véase la figura 11); en esos países también se observa un descenso del consumo de cocaína entre los adultos jóvenes (grupo de 15 a 34 años de edad) (véase el cuadro 5). No obstante, en 2009 se informó que la cocaína

⁵⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades, “Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania” (2011).

⁵⁶ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*.

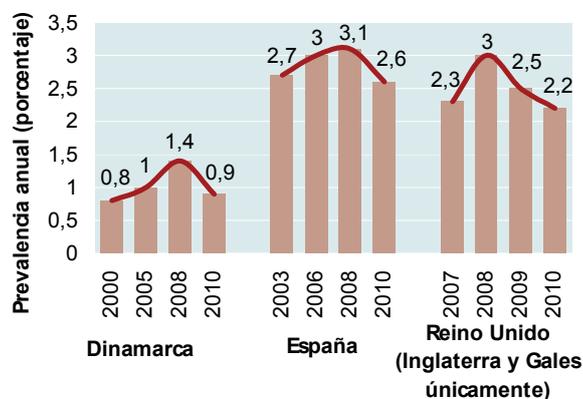
⁵⁷ Información proporcionada por la Federación de Rusia en el cuestionario para los informes anuales (2010).

⁵⁸ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*.

⁵⁹ *Ibid.*

originaba el 17% de la demanda de tratamiento por uso indebido de drogas –equivalente a un 23% de las personas admitidas a tratamiento por primera vez en la vida– y que el consumo de cocaína era el causante de 900 muertes relacionadas con las drogas en países de Europa occidental y central⁶⁰.

Figura 11. Tendencias recientes de la prevalencia anual de consumo de cocaína en países europeos con altas tasas de prevalencia



Fuente: *Informe Mundial sobre las Drogas*; UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

Cuadro 5. Prevalencia anual del consumo de cocaína entre los adultos jóvenes (grupo de edad de 15 a 34 años) en varios países de Europa occidental y central, 2010-2011

	Dinamarca	España	Reino Unido
2010	3,4%	5,5%	6,2%
2011	2,5%	4,4%	4,8%

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa, (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2010).

Con una prevalencia anual del 0,4%, el consumo de opioides en Europa occidental y central muestra una tendencia estable, aunque quienes los consumen representan casi la mitad de la demanda de tratamiento y la mayoría de las 7.600 muertes relacionadas con las drogas en la región también se han atribuido al consumo de opioides. En promedio, los usuarios de opioides en tratamiento pertenecen a un grupo de edad más avanzada y entre ellos una menor proporción se inyecta la droga y una mayor proporción consume opioides distintos de la heroína; además, suelen consumir múltiples drogas.

Los datos revisados relativos a la Federación de Rusia indican una prevalencia anual del consumo de opioides del 2,3% y una prevalencia anual del consumo de heroína del 1,4%⁶¹. De las 9.263 muertes relacionadas con las drogas comunicadas en 2010, 6.324 se atribuyeron al uso de opioides.

Oceanía

La información relativa a Oceanía se refiere principalmente a la situación y las tendencias de las drogas en Australia y Nueva Zelanda. En Oceanía, la prevalencia anual del consumo de todas las drogas excepto la heroína (consumo de cannabis: entre el 9,1% y el 14,6%; consumo de opioides: entre el 2,3% y el 3,4%; consumo de cocaína: entre el 1,5% y el 1,9%; consumo de estimulantes de tipo anfetamínico: entre el 1,7% y el 2,4%; y consumo de “éxtasis”: 2,9%) sigue siendo muy superior a la media mundial (véanse los cuadros 6 y 7).

En Australia, la encuesta nacional realizada en 2010 mostró un aumento del consumo de cocaína y de cannabis (de un 1,6% en 2007 a un 2,1% en 2010 y de un 9,1% en 2007 a un 10,3% en 2010, respectivamente), mientras que, según los informes, el consumo de opioides se mantuvo estable (consumo de heroína: 0,2%) y el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (metanfetamina, anfetamina y “éxtasis”) disminuyó (consumo de metanfetamina y anfetamina: del 2,3% al 2,1% en 2010; consumo de “éxtasis”,

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Información proporcionada por la Federación de Rusia en el cuestionario para los informes anuales (2010).

del 3,5% en 2007 al 3% en 2010). El cannabis continúa siendo la droga con la mayor prevalencia en Australia, así como la principal sustancia en cuanto a la demanda de tratamiento por uso indebido de sustancias (50%), seguida de la heroína y las anfetaminas, que representan casi el 20% de la demanda de tratamiento. De las 1.790 muertes relacionadas con las drogas comunicadas en 2010, casi el 40% se debió al consumo de opioides y aproximadamente la cuarta parte se atribuyó a las benzodiazepinas. El uso de fármacos con fines no médicos aumentó de un 3,7% en 2007 a un 4,2% en 2010.

Se ha informado de que en Nueva Zelandia una disminución del consumo de “éxtasis” se vio contrarrestada por el consumo de otras sustancias que imitan sus efectos, incluidas muchas piperazinas, catinona y mefedrona^{62, 63}. En los Estados insulares del Pacífico la información disponible sobre el alcance del consumo de drogas ilícitas es meramente fragmentaria. Sin embargo, el consumo de kava (*Piper methysticum*) y de cannabis se considera muy común y extendido. Muchas islas del Pacífico también comunican actualmente el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico entre los estudiantes de secundaria, con una elevada prevalencia de consumo de metanfetamina en algún momento de la vida en las Islas Marshall (13,1%) y Palau (7,1%). Hay indicios asimismo del consumo de metanfetamina por inyección en muchos territorios insulares del Pacífico, así como en Vanuatu, donde el 41% de los usuarios de drogas por inyección, comprendidos entre los 15 y los 24 años se inyectan metanfetamina⁶⁴.

⁶² 4-metilmecatínona, 3-trifluorometilfenilpiperazina y BZP.

⁶³ Información proporcionada por Nueva Zelandia en el cuestionario para los informes anuales (2010).

⁶⁴ J. Lippe y otros, “Youth risk behavior surveillance: Pacific Islands United States territories, 2007”, *MMWR Surveillance Summaries*, vol. 57, núm. SS12 (21 de noviembre de 2008), págs. 28 a 56.

Cuadro 6. Prevalencia anual del consumo de cannabis, opioides y opiáceos, por regiones

Región o subregión	Cannabis						Opioides						Opiáceos					
	Número (miles)			Prevalencia (%)			Número (miles)			Prevalencia (%)			Número (miles)			Prevalencia (%)		
	Estimación			Estimación			Estimación			Estimación			Estimación			Estimación		
	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta
África	44.960	21.840	57.340	7,8	3,8	10,0	2.200	930	3.840	0,4	0,2	0,7	2.110	880	3.280	0,4	0,2	0,6
África oriental	5.840	2.440	9.160	4,2	1,7	6,5	570	150	1.850	0,4	0,1	1,3	540	150	1.350	0,4	0,1	1,0
África septentrional	7.530	4.790	10.600	5,7	3,6	8,0	330	130	540	0,3	0,1	0,4	330	130	540	0,3	0,1	0,4
África meridional	4.330	3.160	7.870	5,4	3,9	9,8	330	220	350	0,4	0,3	0,4	280	190	300	0,3	0,2	0,4
África occidental y central	27.260	11.460	29.710	12,4	5,2	13,5	970	430	1.100	0,4	0,2	0,5	950	410	1.090	0,4	0,2	0,5
América	40.810	40.410	42.280	6,6	6,6	6,9	13.230	12.530	14.010	2,1	2,0	2,3	1.520	1.090	1.810	0,2	0,2	0,3
Caribe	760	460	2.050	2,8	1,7	7,6	100	60	190	0,4	0,2	0,7	80	50	160	0,3	0,2	0,6
Centroamérica	590	570	630	2,4	2,3	2,5	120	110	150	0,5	0,4	0,6	20	20	20	0,1	0,1	0,1
América del Norte	32.950	32.950	32.950	10,8	10,8	10,8	12.180	11.580	12.790	4,0	3,8	4,2	1.310	920	1.500	0,4	0,3	0,5
América del Sur	6.510	6.390	6.610	2,5	2,5	2,5	840	790	880	0,3	0,3	0,3	110	100	120	0,04	0,04	0,05
Asia	52.990	26.510	92.380	1,9	1,0	3,4	10.560	8.480	13.140	0,4	0,3	0,5	10.140	8.150	12.640	0,4	0,3	0,5
Asia central	2.050	1.800	2.130	3,9	3,5	4,1	460	450	480	0,9	0,9	0,9	420	410	440	0,8	0,8	0,8
Asia oriental y sudoriental	9.710	5.720	22.560	0,6	0,4	1,5	4.370	3.500	5.650	0,3	0,2	0,4	4.310	3.410	5.580	0,3	0,2	0,4
Cercano Oriente y Oriente Medio	8.140	2.360	15.840	3,1	0,9	6,1	2.900	2.410	3.490	1,1	0,9	1,3	2.700	2.240	3.310	1,0	0,9	1,3
Asia meridional	33.100	15.500	50.720	3,6	1,7	5,5	2.820	2.110	3.520	0,3	0,2	0,4	2.700	2.090	3.310	0,3	0,2	0,4
Europa	28.680	28.460	28.970	5,2	5,1	5,2	4.060	3.890	4.310	0,7	0,7	0,8	2.980	2.830	3.210	0,5	0,5	0,6
Europa oriental y sudoriental	6.150	5.990	6.400	2,7	2,6	2,6	2.810	2.800	2.900	1,2	1,2	1,3	1.870	1.860	1.960	0,8	0,8	0,8
Europa occidental y central	22.530	22.470	22.580	6,9	6,9	7,0	1.250	1.080	1.410	0,4	0,3	0,4	1.110	970	1.260	0,3	0,3	0,4
Oceania	2.630	2.200	3.520	10,9	9,1	14,6	730	550	820	3,0	2,3	3,4	40	40	60	0,2	0,2	0,2
Estimación mundial	170.070	119.420	224.490	3,8	2,6	5,0	30.780	26.380	36.120	0,7	0,6	0,8	16.790	12.980	20.990	0,4	0,3	0,5

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

Cuadro 7. Prevalencia anual del consumo de cocaína, anfetaminas y "éxtasis", por regiones

Región o subregión	Cocaína						ETA (excluido el "éxtasis")						"Éxtasis"					
	Número (miles)			Prevalencia (%)			Número (miles)			Prevalencia (%)			Número (miles)			Prevalencia (%)		
	Estimación			Estimación			Estimación			Estimación			Estimación			Estimación		
	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta	Óptima	Baja	Alta
África	2.780	950	4.610	0,5	0,2	0,8	4.730	1.190	8.270	0,8	1,4	1.160	400	1.930	0,2	0,1	0,3	
África oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
África septentrional	40	30	50	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
África meridional	630	270	850	0,8	0,3	1,1	590	290	790	0,7	1,0	300	190	300	0,4	0,2	0,4	
África occidental y central	1.530	560	2.330	0,7	0,3	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
América	7.150	6.990	7.380	1,2	1,1	1,2	5.790	5.450	6.550	0,9	1,1	3.230	3.160	3.400	0,5	0,5	0,6	
Caribe	180	110	330	0,7	0,4	1,2	220	30	530	0,8	1,9	80	10	240	0,3	0,1	0,9	
Centroamérica	130	130	140	0,5	0,5	0,6	330	330	330	1,3	1,3	30	20	30	0,1	0,1	0,1	
América del Norte	5.000	5.000	5.000	1,6	1,6	1,6	3.920	3.920	3.920	1,3	1,3	2.710	2.710	2.710	0,9	0,9	0,9	
América del Sur	1.840	1.760	1.910	0,7	0,7	0,7	1.310	1.170	1.770	0,5	0,7	420,0	420	420	0,2	0,2	0,2	
Asia	1.270	400	2.200	0,0	0,0	0,1	19.570	4.943	34.201	0,7	1,2	10.380	2.580	18.180	0,4	0,1	0,7	
Asia central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Asia oriental y sudoriental	420	310	1.070	0,0	0,0	0,1	8.400	3.740	19.510	0,6	1,3	2.820	1.590	6.380	0,2	0,1	0,4	
Cercano Oriente y Oriente Medio	70	50	120	0,03	0,02	0,05	570	310	1.260	0,2	0,5	-	-	-	-	-	-	
Asia meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europa	4.650	4.490	4.870	0,8	0,8	0,9	2.640	2.350	2.950	0,5	0,4	3.740	3.650	3.900	1	1	1	
Europa oriental y sudoriental	480	320	670	0,2	0,1	0,3	780	510	1.060	0,3	0,5	1.280	1.210	1.390	0,6	0,5	0,6	
Europa occidental y central	4.160	4.170	4.200	1,3	1,3	1,3	1.870	1.840	1.900	0,6	0,6	2.460	2.440	2.510	0,8	0,8	0,8	
Oceanía	370	370	450	1,5	1,5	1,9	510	410	570	2,1	2,4	710	690	710	2,9	2,9	2,9	
Estimación mundial	16.220	13.200	19.510	0,4	0,3	0,4	33.240	14.343	52.541	0,7	1,2	19.220	10.480	28.120	0,4	0,2	0,6	

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

B. MERCADO ILÍCITO DE OPIÁCEOS

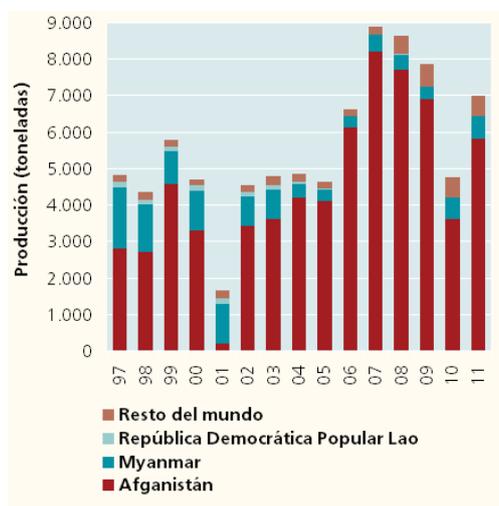
Recuperación de la oferta que no afecta a la demanda

En 2011 la producción potencial de opio a nivel mundial se recuperó tras el considerable descenso registrado en 2010, el cual se atribuyó principalmente al bajo rendimiento causado por una enfermedad de la planta de adormidera en el Afganistán, el principal productor de opio del mundo. Los datos más recientes (2011) sobre la producción de opiáceos indican un alza en la producción de opio y de heroína en dos de las tres regiones de cultivo de la adormidera, el Asia sudoccidental (sobre todo el Afganistán) y el Asia sudoriental (la República Democrática Popular Lao y Myanmar). Los datos relativos a América (México, Colombia y Guatemala) para 2011 aún no están disponibles.

Pese a la producción deficitaria en 2010, el consumo de opiáceos en el mundo se ha mantenido estable en una tasa de prevalencia anual estimada entre el 0,3% y el 0,5% (entre 12,9 millones y 21 millones de consumidores de opiáceos) y las consecuencias sanitarias adversas del consumo de opio en términos de mortalidad relacionada con el uso de drogas e infección con el VIH tampoco han disminuido.

La media de los precios al por mayor y al por menor en los mercados ilícitos de opiáceos seguidos de cerca con mayor regularidad, a saber, Europa occidental y América, también se ha mantenido prácticamente invariable desde 2009 (24 euros por gramo y 52 euros por gramo, respectivamente, en Europa en 2010). Sin embargo, esto no refleja la situación observada en importantes países productores de opio como el Afganistán, Colombia y Myanmar, donde pese a un aumento de la producción de opio, los precios a pie de plantación han seguido aumentando. Esto último significa que, pese a la reciente recuperación de la producción de opio, la demanda de opio continúa en aumento. ¿Cuáles son exactamente las razones de este aparente aumento de la demanda? ¿Podría la mala cosecha de 2010 en el Afganistán haber dado lugar a cierto desplazamiento de los mercados en la fuente? Y, de ser así, ¿de qué forma influiría ello ulteriormente en los principales mercados ilícitos de opiáceos? En los párrafos que siguen se analizan estas cuestiones.

Figura 12. Producción potencial de opio a nivel mundial, 1997-2011 (Toneladas)



Fuente: UNODC.

Nota: La estimación correspondiente al resto del mundo para 2011 es provisional.

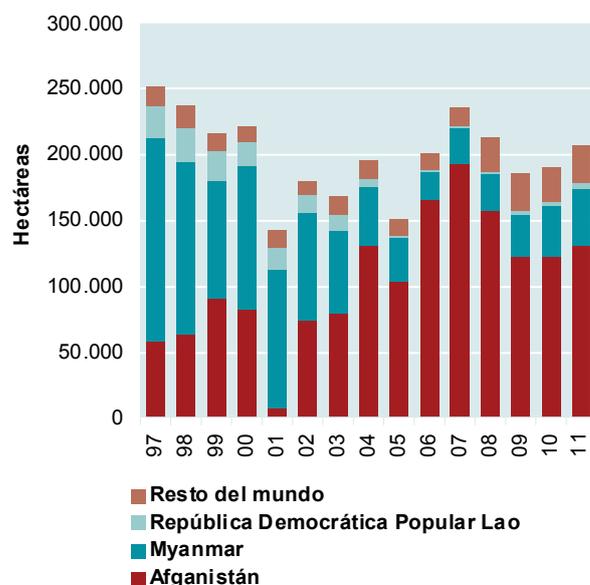
Producción mundial de opio

La producción potencial estimada de opio aumentó de 4.700 toneladas en 2010 a 7.000 toneladas en 2011 y alcanzó niveles comparables a los de años anteriores. En el propio Afganistán, la producción potencial de opio se redujo a 3.600 toneladas en 2010 pero se recuperó en 2011 con una cifra de 5.800 toneladas. En este período también se comunicó un aumento considerable de la producción potencial de opio en el Asia sudoriental. Por ejemplo, en Myanmar la producción potencial de opio subió de 580 toneladas en 2010 a 610 toneladas en 2011, mientras que en la República Democrática Popular Lao aumentó de 18 toneladas en 2010

a 25 toneladas en 2011. Según una estimación preliminar para México, tras el aumento anual observado a partir de 2005, la producción de opio ha venido disminuyendo desde 2009.

Al considerar la forma en que se utilizó la producción potencial total de opio en 2011 (7.000 toneladas), se calcula que 3.400 toneladas fueron consumidas o traficadas como opio crudo y el resto se transformó en heroína, lo que arroja 467 toneladas de fabricación potencial de heroína en 2011 y representa un aumento respecto de las 384 toneladas estimadas en 2010 (véase el cuadro 8). Se calcula que en 2011 el porcentaje de opio afgano transformado en heroína no fue superior al de años anteriores.

Figura 13. Cultivo ilícito de adormidera a nivel mundial, 1997-2011
(Hectáreas)



Fuente: UNODC.

Cuadro 8. Producción ilícita potencial de opio y fabricación de heroína de pureza desconocida, 2004-2011 (Toneladas)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Producción potencial total de opio	4 850	4 620	6 610	8 890	8 641	7 853	4 736	6 995
Opio potencial no transformado en heroína	1 197	1 169	2 056	3 411	3 080	2 898	1 728	3 400
Opio potencial transformado en heroína	3 653	3 451	4 555	5 479	5 561	4 955	3 008	3 595
Fabricación potencial total de heroína	529	472	629	757	752	667	384	467

Nota: La proporción de la producción potencial de opio no transformada en heroína sólo pudo estimarse respecto del Afganistán. A los efectos del presente cuadro, respecto de los demás países se supone que todo el opio potencialmente producido se transforma en heroína.

Si la producción potencial total de opio del Afganistán en 2011 se transformara en heroína, la fabricación potencial total de heroína ascendería a 829 toneladas (Afganistán) y a 948 toneladas (a nivel mundial). La estimación correspondiente a 2011 de "opio no transformado en heroína" en el Afganistán se basó exclusivamente en los datos relativos a las incautaciones regionales, en contraste con años anteriores, en que también se tomaron en consideración los datos proporcionados por informantes clave. La estimación para 2011 no es directamente comparable con la de años anteriores.

La superficie total de cultivo de la adormidera también aumentó a nivel mundial, de 191.000 hectáreas en 2010 a unas 207.000 hectáreas en 2011 (véase el cuadro 10). El Afganistán sigue siendo el principal país cultivador de adormidera, con aproximadamente el 63% del cultivo mundial de esa planta, mientras que la República Democrática Popular Lao y Myanmar en el Asia sudoriental abarcan más del 20%, y corresponde casi el 7% a países de Centroamérica y América del Sur (sobre todo México y Colombia). Los informes sobre la erradicación de la adormidera indican que, aparte de los principales países y regiones de cultivo de la adormidera, existen en muchos otros países y regiones zonas más pequeñas donde se cultiva dicha planta, cuya superficie estimada es de por lo menos 13.000 hectáreas.

Por ejemplo, se estima que existe un nivel considerable de cultivo ilícito de adormidera en la India, donde por muchas décadas ha habido producción lícita de opio. Los informes sobre erradicación también indican que el cultivo ilícito de la adormidera se está expandiendo en Guatemala, aunque no se dispone de datos que permitan calcular el tamaño exacto de la superficie total dedicada al mismo.

Cuadro 9. Superficie de cultivos de adormidera en determinados países cuya erradicación se ha comunicado, 2001-2011 (Hectáreas)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Afganistán	..	21 430	a	5 103	15 300	19 047	5 480	5 351	2 316	3 810
Colombia	3 577	3 266	3 866	2 121	1 929	375	381	546	711	..
Egipto	15	34	65	45	50	98	121	89	222	..
Guatemala	..	..	..	489	720	449	536	1 345	918	1 490
India	219	494	167	12	247	8 000	624	2 420	1 022	..
Líbano	..	4	67	27	..	8	..	21	..	4
México	19 157	20 034	15 926	21 609	16 890	11 046	13 095	14 753	15 484	..
Myanmar	7 469	638	2 820	3 907	3 970	3 598	4 820	4 087	8 268	7 058
Nepal	19	19	4	..	1	..	21	35	..	..
Pakistán	..	4 185	5 200	391	354	614	0	105	68	1 053
Perú	14	57	98	92	88	28	23	32	21	..
República Democrática Popular Lao	..	4 134	3 556	2 575	1 518	779	575	651	579	662
Tailandia	989	767	122	110	153	220	285	201	278	208
Ucrania	..	..	..	..	..	..	28	..	436	..
Venezuela (República Bolivariana de)	0	..0	87	154	0	0	0	..	..	..
Viet Nam	125	100	32	..	..	38	99	31	..	..

Fuente: UNODC, cuestionario para los informes anuales, informes de los gobiernos, informes de organismos regionales; International Narcotics Control Strategy Report.

Nota: El cuadro abarca únicamente la información sobre erradicaciones comunicada en unidades de superficie. Los datos de erradicación comunicados como incautaciones de plantas figuran en el anexo relativo a incautaciones en la versión electrónica del *Informe Mundial sobre las Drogas*.

^a Aunque la erradicación se realizó en 2004, no se comunicó oficialmente a la UNODC.

Cuadro 10. Cultivo ilícito de adormidera a nivel mundial, 1997-2011 (Hectáreas)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Asia sudoccidental															
Afganistán	58 416	63 674	90 583	82 171	7 606	74 100	80 000	131 000	104 000	165 000	193 000	157 000	123 000	123 000	131 000
Pakistán	874	950	284	260	213	622	2 500	1 500	2 438	1 545	1 701	1 909	1 779	1 721	362
Subtotal	59 290	64 624	90 867	82 431	7 819	74 722	82 500	132 500	106 438	166 545	194 701	158 909	124 779	124 721	131 362
Asia sudoriental															
República Democrática Popular Lao ^a	24 082	26 837	22 543	19 052	17 255	14 000	12 000	6 600	1 800	2 500	1 500	1 600	1 900	3 000	4 100
Myanmar ^a	155 150	130 300	89 500	108 700	105 000	81 400	62 200	44 200	32 800	21 500	27 700	28 500	31 700	38 100	43 600
Tailandia ^b	352	716	702	890	820	750	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Viet Nam ^b	340	442	442	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Subtotal	179 924	158 295	113 187	128 642	123 075	96 150	74 200	50 800	34 600	24 000	29 200	30 100	33 600	41 100	47 700
América Latina															
Colombia	6 584	7 350	6 500	6 500	4 300	4 153	4 026	3 950	1 950	1 023	715	394	356	341	..
México ^c	4 000	5 500	3 600	1 900	4 400	2 700	4 800	3 500	3 300	5 000	6 900	15 000	19 500	14 000	..
Subtotal	10 584	12 850	10 100	8 400	8 700	6 853	8 826	7 450	5 250	6 023	7 615	15 394	19 856	14 341	14 341
Otras regiones															
Otros países ^d	2 050	2 050	2 050	2 479	2 500	2 500	3 074	5 190	5 212	4 432	4 184	8 600	7 700	10 500	13 300
Total	251 848	237 819	216 204	221 952	142 094	180 225	168 600	195 940	151 500	201 000	235 700	213 003	185 935	190 662	206 703

Cuadro 11. Producción potencial de opio seco al horno, 1997-2011 (Toneladas)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Asia sudoccidental															
Afganistán	2 804	2 693	4 565	3 276	185	3 400	3 600	4 200	4 100	6 100	8 200	7 700	6 900	3 600	5 800
Pakistán	24	26	9	8	5	5	52	40	36	39	43	48	44	43	9
Subtotal	2 828	2 719	4 574	3 284	190	3 405	3 652	4 240	4 136	6 139	8 243	7 748	6 944	3 643	5 809
Asia sudoriental															
República Democrática Popular Lao	147	124	124	167	134	112	120	43	14	20	9	10	11	18	25
Myanmar	1 676	1 303	895	1 087	1 097	828	810	370	312	315	460	410	330	580	610
Tailandia ^b	4	8	8	6	6	9	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Viet Nam ^b	2	2	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Subtotal	1 829	1 437	1 029	1 260	1 237	949	930	413	326	335	469	420	341	598	635
América Latina															
Colombia	90	100	88	88	80	52	50	49	24	13	14	10	9	9	..
México ^c	46	60	43	21	91	58	101	73	71	108	149	325	425	305	..
Subtotal	136	160	131	109	171	110	151	122	95	121	163	335	434	314	314
Otras regiones															
Otros países ^d	30	30	30	38	32	56	50	75	63	16	15	139	134	181	237
Total	4 823	4 346	5 764	4 691	1 630	4 520	4 783	4 850	4 620	6 610	8 890	8 641	7 853	4 736	6 995

Fuente: Para el Afganistán: a) 1997-2002: UNODC; b) 2003-2011: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para el Pakistán: cuestionario para los informes anuales, Gobierno del Pakistán, Departamento de Estado de los Estados Unidos. Para la República Democrática Popular Lao: a) 1997-1999: UNODC; b) 2000-2011: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Myanmar: a) 1997-2000: Departamento de Estado de los Estados Unidos; b) 2001-2011: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Colombia: a) 1997-1999: fuentes diversas; b) 2000-2010: Gobierno de Colombia. A partir

de 2008, la producción se calculó sobre la base de las cifras de producción regionales y las proporciones de conversión utilizadas por el Departamento de Estado de los Estados Unidos y la DEA. Para México: estimaciones derivadas de encuestas del Gobierno de los Estados Unidos.

Nota: Las cifras en cursiva son de carácter preliminar.

^a Puede incluir superficies que fueron erradicadas con posterioridad a la fecha de la encuesta sobre la zona.

^b Dado que el cultivo ha seguido siendo limitado, las cifras correspondientes a Viet Nam (a partir de 2000) y Tailandia (a partir de 2003) se han incluido en la categoría "Otros países".

^c El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos de América, dado que no forman parte de sus cifras oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México está estableciendo un sistema de vigilancia en colaboración con la UNODC a fin de estimar el cultivo y la producción ilícitos (producción correspondiente a 2010: estimación de la UNODC).

^d Según informes de distintas fuentes sobre la erradicación y la incautación de plantas, en las siguientes subregiones también existe cultivo ilícito de adormidera: África septentrional, Asia central y Transcaucasia, Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, Centroamérica y América del Sur. Desde 2008 se

viene aplicando una nueva metodología para calcular el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en esos países. Si bien las estimaciones son superiores a las cifras anteriores, reflejan un orden de magnitud similar.

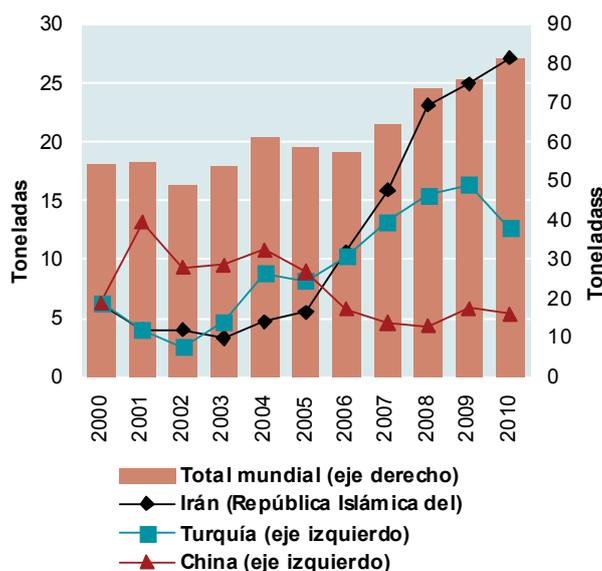
Incautaciones de opiáceos a nivel mundial

Con un ligero aumento de aproximadamente el 7%, las incautaciones mundiales de heroína se mantuvieron bastante estables en 2010 (81 toneladas en 2010 en comparación con 76 toneladas en 2009), aunque en los distintos mercados ilícitos se observaron tendencias diferentes. Las incautaciones de heroína aumentaron en las rutas de tráfico que parten de las zonas productoras de opio en el Asia sudoriental y Centroamérica y América del Sur (Colombia, Guatemala y México), lo que confirma un aumento de la oferta de heroína como consecuencia del incremento de la producción en esas zonas en años recientes. Sin embargo, a lo largo de las tradicionales rutas de tráfico de la heroína fabricada a base de opio afgano, que conducen a la Federación de Rusia y a Europa occidental y central, se registró un descenso sostenido de las incautaciones de heroína en 2010. Esto refleja muy probablemente una disminución de la producción de opio en el Afganistán a partir de 2007 y la escasez de opio observada en ese país en 2010.

Los países que realizaron las mayores incautaciones de heroína en el mundo siguieron siendo la República Islámica del Irán, con 27 toneladas (lo que representa el 33% del total de incautaciones mundiales de heroína) y Turquía, con 13 toneladas (o el 16% de ese total) (véase la figura 14). En 2010, también se incautaron importantes cantidades de heroína en zonas más cercanas a los mercados ilícitos de dicho estupefaciente, principalmente en China (que representó el 7% de las incautaciones mundiales de heroína) y el Pakistán, donde las incautaciones de esta droga se duplicaron a 4,2 toneladas en 2010. En la República Islámica del Irán se observaron tendencias opuestas con respecto a las incautaciones de heroína y de morfina, puesto que las de heroína mostraron un leve aumento, de 25 toneladas en 2009 a 27 toneladas en 2010, y las de morfina disminuyeron en un 50% durante ese mismo período; sin embargo, según los datos preliminares relativos a 2011, las incautaciones de heroína en ese país han descendido ahora a 23 toneladas.

En China, las incautaciones de heroína disminuyeron ligeramente, de 5,8 toneladas en 2009 a 5,4 toneladas en 2010, aunque China continúa siendo un mercado importante de heroína. Durante varios años la principal fuente de esa sustancia en China fueron los cultivos ilícitos de adormidera y la fabricación de heroína en el Asia sudoriental (sobre todo en Myanmar), pero en años recientes se ha observado un contrabando de importantes cantidades de heroína a China desde el Afganistán a través del Pakistán y posiblemente otros países intermedios. No obstante, se cree que grandes cantidades de heroína han seguido entrando en China procedentes de la zona septentrional de Myanmar a través de la provincia de Yunnan.

Figura 14. Incautaciones de heroína en todo el mundo y en determinados países, 2000-2010 (Toneladas)



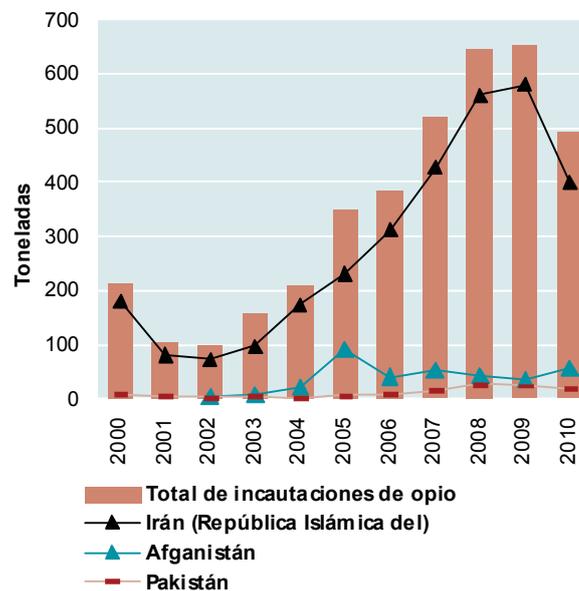
Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

En América del Norte las incautaciones de heroína en los Estados Unidos aumentaron en casi el 50%, de 2,4 toneladas en 2009 a un nivel sin precedentes de 3,5 toneladas en 2010. La heroína introducida en los

Estados Unidos desde países distintos de México provenía de América del Sur, en particular Colombia. En 2010, las incautaciones de heroína se elevaron a 1,7 toneladas, un nivel nunca antes alcanzado en Colombia y más de dos veces el registrado en 2009, mientras que en el Ecuador las incautaciones de heroína aumentaron a 853 kilogramos en 2010, nivel casi cinco veces superior al de 2009 (177 kilogramos). El aumento de las incautaciones de heroína fue menos pronunciado en México (de 283 kilogramos en 2009 a 374 kilogramos en 2010). En el Canadá, pese a un aumento de las incautaciones de heroína en 2008 y 2009, éstas descendieron considerablemente, de 213 kilogramos en 2009 a 98 kilogramos en 2010.

En Asia las incautaciones de opio y morfina continuaron concentrándose principalmente en el Afganistán y en países vecinos como Irán (República Islámica del) y el Pakistán. Las autoridades iraníes incautaron 8 toneladas de morfina, lo que representó una disminución del 50% en comparación con el nivel alcanzado el año anterior. El Pakistán comunicó un aumento de las incautaciones de morfina: 6,1 toneladas en 2010. No queda claro si la morfina introducida ilícitamente desde el Afganistán e incautada en Irán (República Islámica del) y el Pakistán se destinaba a su ulterior transformación en heroína o a una demanda aún no cuantificada de morfina propiamente tal.

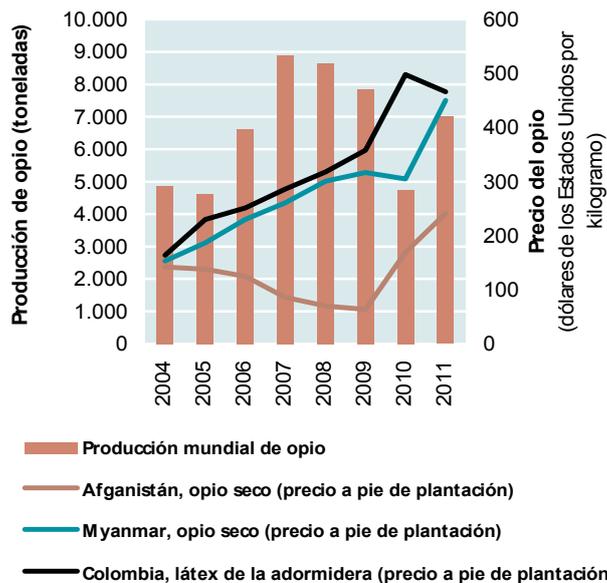
Figura 15. Incautaciones mundiales de opio, 2000-2010



Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

Aparente desequilibrio de la oferta y la demanda mundiales

Pese a un aumento de la producción de opio, los precios a pie de plantación han continuado su ascenso en los principales países productores de opio, especialmente el Afganistán, Colombia y Myanmar (véase la figura 16), lo que indica un aparente aumento sostenido de la demanda de opio.

Figura 16. Precios del opio a pie de plantación en los principales países productores, 2004-2011

Fuente: UNODC.

Como se mencionó anteriormente, el fuerte aumento del precio del opio observado en el Afganistán se debió a una disminución de la producción en 2010 causada por una enfermedad de la adormidera. Si bien en 2011 la producción volvió a aumentar notablemente, los precios del opio y de la heroína se han mantenido elevados, no sólo en el Afganistán sino también en los países vecinos. Esos precios no cesaron en el Afganistán su escalada y comenzaron a descender recién en el segundo semestre de 2011.

El aparente aumento de la demanda de opio en la fuente, como lo demuestra el alza de los precios a pie de plantación, no es coherente con el reciente aumento de la producción de opio y heroína ni con la estabilización del consumo de heroína en los principales mercados ilícitos de esta droga. Por ejemplo, en Europa se han observado tendencias estables en países donde hay un importante consumo de opiáceos. En promedio, la mayoría de los consumidores de heroína que inician un tratamiento en Europa pertenece a un grupo de edad más bien avanzada y una creciente proporción de ellos consume opioides distintos de la heroína⁶⁵. En América del Norte, el marcado incremento del consumo de opioides sintéticos también ha redundado en una menor demanda de heroína.

Pueden proponerse diversas hipótesis para explicar esta aparente contradicción. Una explicación podría ser la subestimación del nivel de consumo de heroína en el mundo, especialmente en los principales países de Asia, así como en posibles mercados emergentes de África. Si bien más del 70% del número estimado de consumidores de heroína y opio del mundo se encuentra en Asia y África, la mayoría de los países de esos continentes carece de estimaciones recientes y fiables sobre el consumo de heroína y opio; por tanto, es posible que no se hayan detectado cambios en el consumo de estas drogas. Sin embargo, la esporádica información disponible apunta a un aumento del consumo de heroína y opio en algunos países asiáticos⁶⁶.

Es posible asimismo que el alza de los precios en la fuente no refleje una mayor demanda sino un mayor riesgo asociado al cultivo y al tráfico como resultado de la intensificación de las medidas de lucha contra el narcotráfico. O bien, la elevada demanda de opio podría responder a una expansión del mercado de opio crudo no transformado en heroína. Esto podría fomentar el consumo de opio o, más probablemente, la aparición de un mercado ilícito paralelo de otros opiáceos como la morfina. Por ejemplo en 2010 se registró un importante aumento de las incautaciones de morfina en el Pakistán pese a la oferta reducida de opio causada por la enfermedad que afectó a la adormidera afgana durante ese año.

⁶⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*.

⁶⁶ Por ejemplo las estimaciones recientemente revisadas para Singapur, Sri Lanka e Indonesia muestran un nivel más elevado de consumo de opiáceos que las estimaciones anteriores. A la luz de un estudio sobre el número de usuarios de drogas registrados en China durante un período de 10 años se observa una tendencia ascendente del número de consumidores de heroína registrados, especialmente en el período 2007-2010, en que ese número aumentó en un 43%. El informe “Drug use in Afghanistan: 2009 survey – executive summary” también reveló un notable aumento del número de consumidores de heroína y opio a partir de 2005.

No hay pruebas que permitan sostener de forma concluyente cualquiera de las hipótesis examinadas anteriormente. El aparente desequilibrio entre el aumento de la oferta y la decreciente demanda puede atribuirse a una combinación de diferentes factores. Sin embargo, queda por determinar si esos factores afectarán a los principales mercados ilícitos en los próximos años y de qué forma se manifestarán esos efectos.

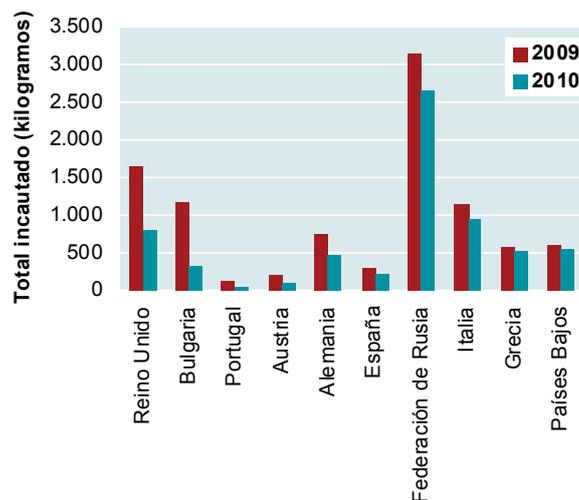
Los mercados de consumidores de opiáceos un año después de la mala cosecha en el Afganistán

No se sabe cuánto tarda el opio producido en el Afganistán en llegar a las calles de los países consumidores en forma de heroína, pero las tendencias de la producción y las incautaciones indican que ese proceso puede tomar entre uno y dos años. Dado que sólo se dispone de información para 2010 y parte de 2011, es probable que sea demasiado pronto para comprender plenamente el efecto que tuvo la mala cosecha de 2010 del Afganistán en todos los mercados ilícitos; sin embargo, pudieron observarse dos cambios importantes después de 2010, a saber, una disminución general de las incautaciones en 2010 en la mayoría de los países consumidores de opiáceos procedentes del Afganistán y una escasez de heroína en algunos países europeos entre 2010 y 2011. Si bien es posible que estos cambios no reflejen una respuesta uniforme y rápida frente a la cosecha deficitaria de adormidera de 2010, es razonable suponer que reflejan una rápida reacción de los mercados de los países más cercanos al Afganistán o de los que se proveen por conducto de las rutas directas que parten de ese país.

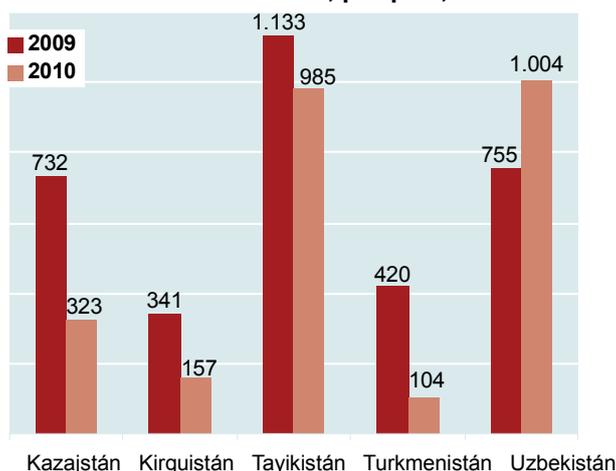
Aunque a lo largo de la principal ruta de los Balcanes (que va del Afganistán a Europa occidental y central pasando por Europa sudoriental) siguieron traficándose grandes cantidades de heroína, la mayoría de los países situados en esa ruta, excepto la República Islámica del Irán, comunicaron una disminución de las incautaciones de heroína en 2010.

En el Asia central y Transcaucasia, que sigue siendo la principal ruta de tráfico utilizada para el contrabando de heroína del Afganistán a la Federación de Rusia, todos los países, salvo el Uzbekistán, comunicaron una reducción de las incautaciones de heroína. Éstas también disminuyeron en la propia Federación de Rusia, pasando de 3,2 toneladas en 2009 a 2,6 toneladas en 2010 (véanse las figuras 17 y 18).

Figura 17. Incautaciones de heroína en Europa, en determinados países, 2009-2010



Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales. Las estimaciones relativas al Reino Unido para 2009 y 2010 se basan en datos incompletos sobre algunas jurisdicciones, en relación con los ejercicios de 2009/2010 y 2010/2011, respectivamente, y se han ajustado para esas jurisdicciones incompletas utilizando la distribución (basada en datos más completos) correspondiente a 2006/2007.

Figura 18. Incautaciones de heroína en el Asia central, por país, 2009-2010

Fuente: UNODC, Oficina Regional para el Asia Central, Drug Situation Report 2011.

En 2010 las incautaciones de opio también disminuyeron en todo el mundo y en particular en la República Islámica del Irán, donde descendieron a 401 toneladas (de un nivel elevado de 580 toneladas en 2009). En China, las incautaciones de heroína acusaron un leve descenso, lo que sugiere que China resultó menos afectada por la escasez de heroína del Afganistán debido a un aumento de la producción de heroína en Myanmar.

A fines de octubre de 2010 y a principios de 2011 había indicios definitivos de una escasez de la heroína disponible en Irlanda y el Reino Unido, así como de una situación similar, aunque menos evidente, en otros países de Europa. Bulgaria, Eslovaquia, Eslovenia, la Federación de Rusia, Hungría, Italia y Suiza comunicaron algún grado de escasez, mientras que otros países, como Alemania, Francia y Suecia, comunicaron una reducción mínima o no comunicaron disminución alguna de la oferta de heroína⁶⁷. El pleno alcance de esa escasez y su efecto en el consumo, los precios y los niveles de pureza de la heroína se aclararán probablemente cuando se disponga de datos relativos a 2011 y años posteriores.

El total de incautaciones de heroína en el Reino Unido disminuyó en más de la mitad, de 1,7 toneladas en 2009 a 798 kilogramos en 2010⁶⁸. Además, el Organismo contra la delincuencia organizada grave del Reino Unido (SOCA) informó de casos en que el precio de la heroína había aumentado en un 50% y la pureza se había reducido en un tercio⁶⁹. Según las autoridades del Reino Unido, la pureza media de la heroína incautada por las fuerzas policiales y analizada por el servicio de ciencia forense del Reino Unido, se redujo de un 46% en el último trimestre de 2009 a un 16% en el primer trimestre de 2011. Es probable que ello refleje más bien la situación del mercado minorista y no la del mercado mayorista, pero también se observó una reducción similar en el nivel de pureza de la heroína incautada por el organismo de guardafronteras del Reino Unido, nivel que descendió de un 58% en el tercer trimestre de 2009 a algo más del 30% en el último trimestre de 2010⁷⁰ (véase la figura 19). Por su parte, Suiza comunicó una escasez esporádica de heroína en 2010 y una disminución de la pureza típica de la heroína base tanto a nivel mayorista (de un 40% en 2009 a un 23% en 2010) como minorista (de un 21% en 2009 a un 16% en 2010).

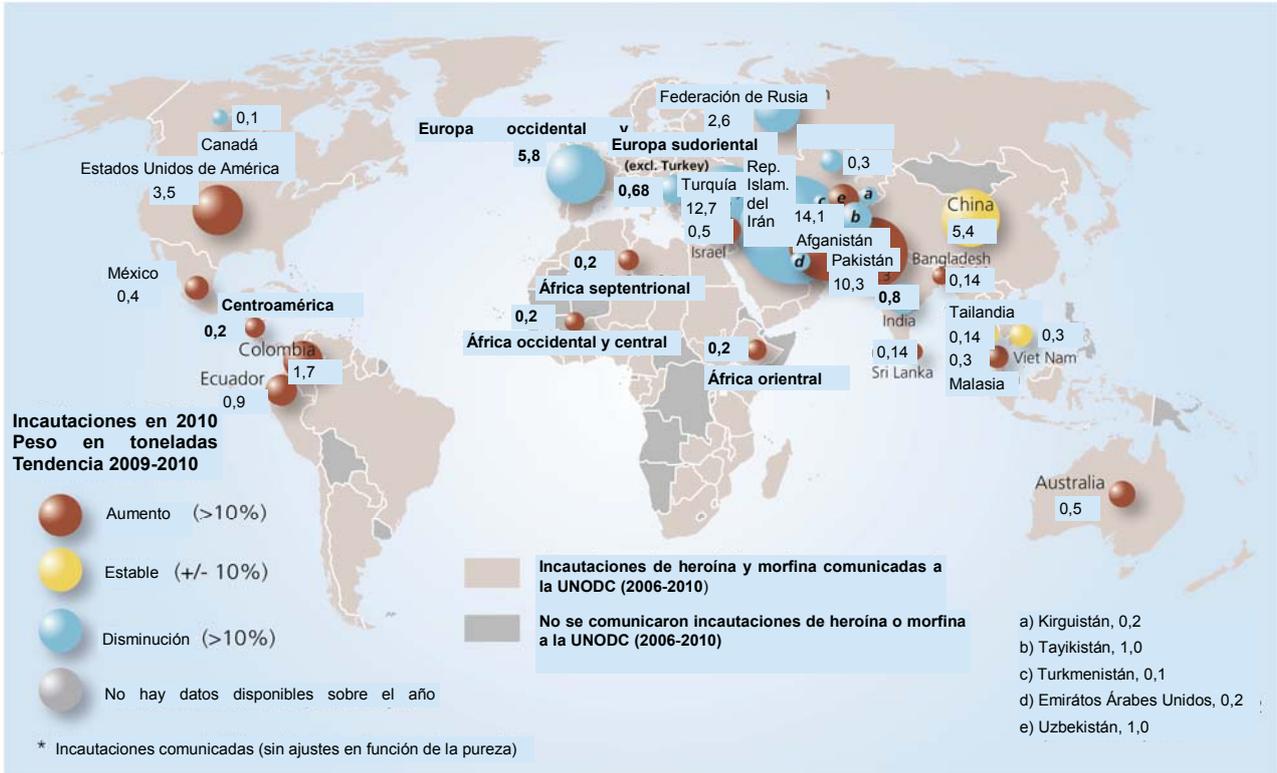
⁶⁷ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*.

⁶⁸ Las estimaciones relativas al Reino Unido para 2009 y 2010 están basadas en datos incompletos sobre algunas jurisdicciones en relación con los ejercicios 2009/2010 y 2010/2011, respectivamente, y se han ajustado para esas jurisdicciones incompletas utilizando la distribución (basada en datos más completos) correspondiente a 2006/2007.

⁶⁹ "SOCA comments on reported UK heroin shortages", Serious Organised Crime Agency news, 31 de enero de 2011. Disponible en www.soca.gov.uk/news/309-soca-comments-on-reported-uk-heroin-shortages (consultado en marzo de 2012).

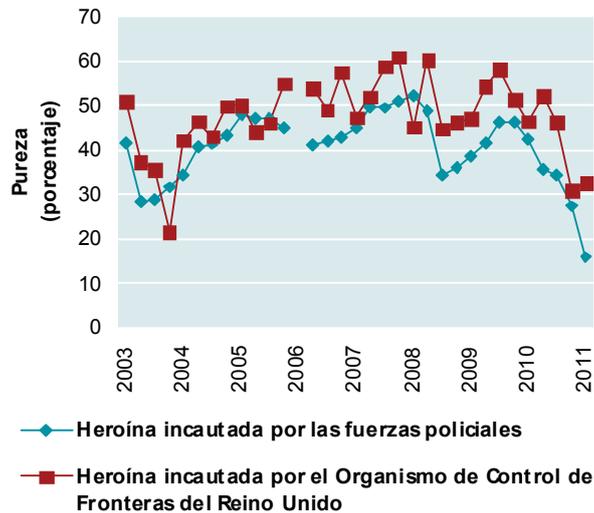
⁷⁰ Kathryn Coleman, "Seizures of drugs in England and Wales, 2010/11", Home Office Statistical Bulletin No. 17/11 (Londres, Ministerio del Interior, noviembre de 2011).

Mapa 7. Incautaciones mundiales de heroína y morfina, 2010 (países y territorios que comunicaron incautaciones* de más de 100 kilogramos)



Fuente: Dato cuestionario para los informes anuales de la UNODC complementados con otras fuentes oficiales.
Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. El límite definitivo entre la República del Sudan y la República del Sudán del Sur no se ha determinado aún.

Figura 19. Pureza de la heroína incautada en el Reino Unido (Inglaterra y Gales únicamente), por trimestres, 2003-2011



Fuente: Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Ministerio del Interior.
Nota: No se dispuso de datos para el primer trimestre de 2006.

En el Reino Unido, la adulteración de la heroína callejera con sustancias como benzodiazepinas y barbitúricos también dio lugar a varias muertes relacionadas con las drogas en Inglaterra y Gales. Si bien hubo una ligera disminución del número de esas muertes en Inglaterra y Gales durante 2009 y 2010, las sustancias causantes de casi el 40% de esas muertes fueron la heroína y la morfina⁷¹. Además, hay indicios

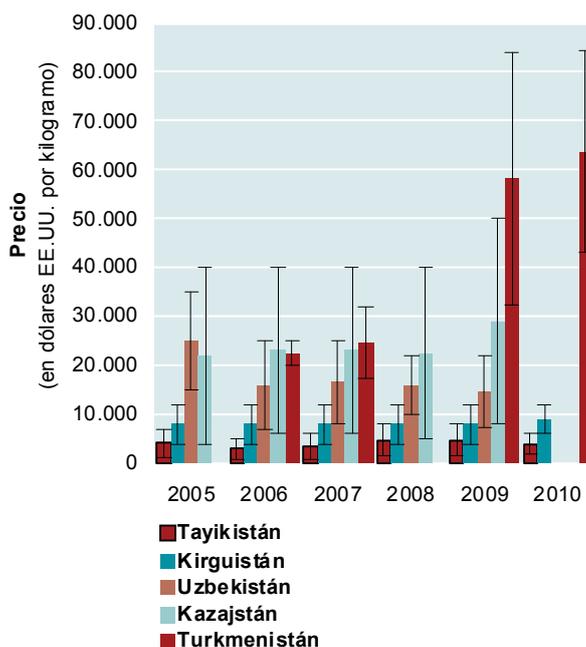
⁷¹ Reino Unido, Office for National Statistics, “Deaths related to drug poisoning in England and Wales, 2010”, Statistical Bulletin, 23 de agosto de 2011.

de que ante la escasez de heroína los consumidores han reemplazado esa droga por otras sustancias. Por ejemplo, se informa de que en la Federación de Rusia los consumidores de opiáceos tienden cada vez más a usar desomorfinina, opio acetilado y, en algunas partes del país, fentanilo. Como tendencia general, en muchos de los países escandinavos también se ha observado cierto desplazamiento de la heroína por los opioides sintéticos, principalmente buprenorfina y fentanilo.

No es evidente hasta qué punto la disminución de las incautaciones en 2010 y la escasez de heroína en algunos países europeos han estado relacionadas con el descenso de la producción observada en el Afganistán ese mismo año, o la han reflejado. Los cambios en las actividades de lucha antidroga y las nuevas rutas de tráfico hacia un creciente número de nuevos mercados en Asia y África también pueden haber influido en la reducción de la oferta ilícita de heroína y opio. En el caso del Reino Unido, la escasez de heroína se ha atribuido a una intensificación de las actividades de represión del narcotráfico en Turquía y al desmantelamiento de redes mayoristas de heroína que funcionaban entre Turquía y el Reino Unido; sin embargo, en cierta medida, la oferta de heroína que ha llegado al Reino Unido también se ha atribuido al tráfico directo del Asia sudoccidental. Esto explica el hecho de que la respuesta a la situación en el Afganistán haya sido más rápida y neta en el mercado ilícito en el Reino Unido que en otros países europeos, aunque no queda claro hasta qué punto puede decirse lo mismo respecto de otros países europeos. El descenso de la producción de opio y heroína en el Afganistán probablemente desencadenó cambios en el mercado que a su vez se tradujeron en una reducción de la oferta en los mercados establecidos. Otras medidas o circunstancias podrían haber hecho que la escasez fuese más severa en algunos países.

El descenso de la producción de opio en el Afganistán se invirtió parcialmente en 2011. Los traficantes suelen ingeniarse para hallar nuevas rutas y redes en respuesta a los trastornos que les causan los esfuerzos de lucha contra el narcotráfico. Así pues, por una parte, el impacto de esos factores en la oferta de heroína puede ser pasajero; por otra parte, es probable que continúe y cobre mayor importancia la diversificación de las rutas desde el Afganistán a mercados menos establecidos de África y de Asia y el Pacífico. La evolución en 2011 también puede contribuir a la comprensión de la dinámica subyacente a los casos de escasez observados, en particular para determinar si la situación se mantiene en el curso de ese año o si no significa más que un paréntesis en la oferta de heroína que llega a Europa. Será importante observar las tendencias de la heroína en Europa, Asia y África en los próximos años en todos sus aspectos –consumo, incautaciones, precios y pureza– a fin de determinar el impacto y los cambios a corto o a largo plazo del consumo y el tráfico de heroína en esas regiones.

Figura 20. Precios al por mayor de la heroína en el Asia central, por países, 2005-2010



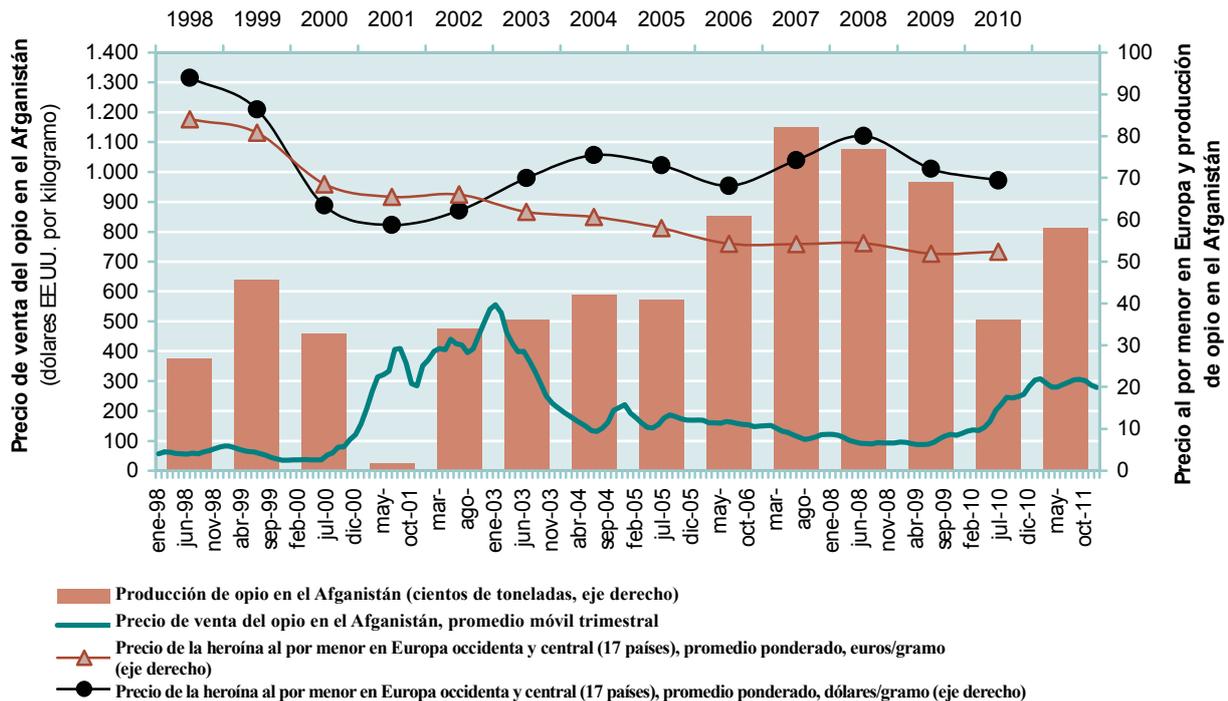
Fuente: UNODC, Oficina Regional para el Asia central, Drug Situation Report 2011.

Nota: Los datos relativos a Tayikistán, comunicados separadamente respecto de la heroína de baja y de gran pureza, se reúnen en una sola categoría en aras de la comparabilidad.

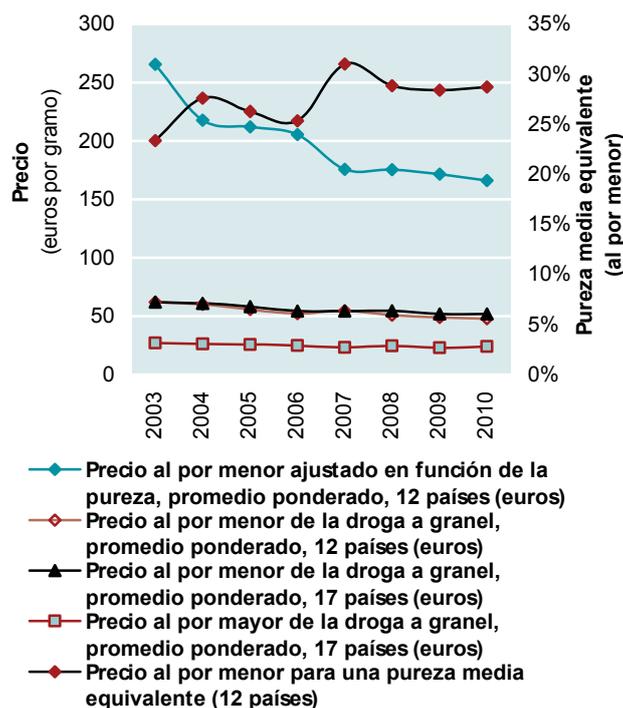
Tendencias de los precios en los países consumidores de opiáceos afganos

El efecto de la disminución de la producción de heroína en 2010 y el posterior aumento de los precios del opio y la heroína en la fuente en el Afganistán aún no es discernible fuera de este país. En los países del Asia central vecinos al Afganistán, los precios al por mayor del opio y la heroína por lo general no se han visto afectados tras el aumento observado en 2009, aunque los datos más recientes disponibles sólo son de 2009 y 2010 (véase la figura 20). Lo mismo puede decirse de los precios y la pureza en Europa occidental, donde la media de los precios al por mayor y al por menor y la pureza de las drogas al por menor en 2010 (24 euros por gramo y 52 euros por gramo, respectivamente) casi no se diferenciaron de las cifras correspondientes a 2009 (véanse las figuras 21 y 22).

Figura 21. Precio del opio y producción de opio en el Afganistán en comparación con el precio al por menor de la heroína en Europa occidental y central, 1998-2011



Nota: Estimaciones basadas en datos de la UNODC procedentes del programa de vigilancia de cultivos ilícitos y del cuestionario para los informes anuales; datos de la Oficina Europea de Policía.

Figura 22. Precio y pureza de la heroína en Europa, 2003-2010

Fuente: Estimaciones basadas en datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales y en datos de la Oficina Europea de Policía.

Mercados emergentes y en crecimiento en África y Asia

Los datos relativos a las incautaciones y al consumo de heroína indican que los mercados de heroína están creciendo en algunas partes de África y Asia. Por ejemplo, se ha comunicado un aumento de las incautaciones de heroína en las zonas costeras del África oriental, el África occidental y central y el África septentrional, lo que podría significar que la heroína afgana se está desviando a esas zonas. En 2010, las incautaciones de heroína aumentaron sobre todo en Egipto (de 159 kilogramos en 2009 a 234 kilogramos), en Kenya (de 8,5 kilogramos a 35 kilogramos en 2010), en Nigeria (de 104 kilogramos a 202 kilogramos) y en la República Unida de Tanzania (de 7,9 kilogramos a 191 kilogramos). Paralelamente a este aumento de las incautaciones, se informa de un creciente consumo de heroína y uso de drogas por inyección especialmente en Kenya, Mauricio, la República Unida de Tanzania y Seychelles.

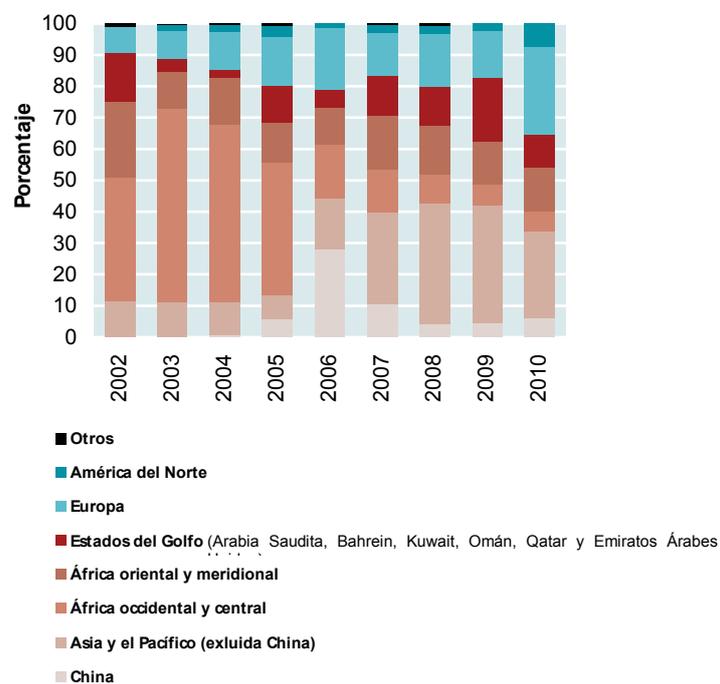
También se ha comunicado un leve aumento de las incautaciones de heroína en muchos países del Asia oriental y sudoriental, en particular en Indonesia, Malasia, la República Democrática Popular Lao, Singapur y Sri Lanka, lo que puede ser un indicio de que los mercados de heroína están aumentando en esa región. Los informes de varios países confirman que el contrabando de heroína del Asia sudoccidental ha logrado introducir esa droga en los mercados ilícitos de Asia y el Pacífico, junto a opiáceos del Asia sudoriental, que es una zona de oferta más establecida. Los perfiles forenses de la heroína incautada en la frontera australiana indican que entre las incautaciones analizadas en 2010 la heroína procedente del Asia sudoccidental representó el mayor volumen de droga incautada en términos del peso a granel, mientras que la heroína originaria del Asia sudoriental fue la más incautada en términos del número de incautaciones⁷². En 2010, Australia comunicó incautaciones que sumaron 513 kilogramos, el mayor volumen anual de heroína incautada desde 2003, notablemente superior al de 195 kilogramos registrado en 2009.

Los informes sobre algunas incautaciones de heroína realizadas en el Pakistán parecen indicar que la proporción de las remesas de esta droga con destino conocido distinto del Pakistán, dirigidas a la región de Asia y el Pacífico disminuyó de un 42% en 2009 a un 34% en 2010. La reducción en 2010 fue compensada por un aumento de los envíos de heroína destinados a los principales mercados consumidores de Europa y América del Norte, en particular el Reino Unido y el Canadá. No obstante, la proporción destinada a la región de Asia y el Pacífico siguió siendo considerablemente superior a la registrada antes de 2006, año en

⁷² Australian Crime Commission, *Illicit Drug Data Report 2009-10* (Canberra, junio de 2011).

que se produjo un desplazamiento notable de los lugares de destino del África occidental y central a países de la región de Asia y el Pacífico, especialmente China. La proporción destinada al África occidental y central siguió disminuyendo a partir de entonces; en 2010 fue del 6% (véase la figura 23).

Figura 23. Destinos de las remesas de heroína incautadas en el Pakistán, por regiones, 2002-2010



Fuente: Base de datos de la UNODC sobre distintas incautaciones de drogas.

Nota: Cifras basadas únicamente en los casos en que las remesas incautadas tenían un destino conocido, situado fuera del Pakistán.

C. MERCADO DE COCAÍNA

Descenso de la producción pero no del consumo mundial

Pese a la falta de certeza sobre las estimaciones relativas a la fabricación de cocaína, que no permite comparar de forma precisa el volumen de fabricación potencial de los tres países productores de dicha droga, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú⁷³, los datos disponibles sobre cultivo, producción y tráfico ilícito indican que la fabricación de cocaína a nivel mundial disminuyó en 2010 respecto de las elevadas cifras registradas durante el período 2005-2007. Ello se debe principalmente a un menor volumen de fabricación de cocaína en Colombia durante los cinco años anteriores a 2010 inclusive, que se compensó en parte por los aumentos registrados en Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú.

En general, a nivel mundial, el consumo de cocaína se ha mantenido estable, con un número anual estimado de consumidores en 2010 que osciló entre 13,3 millones y 19,7 millones, lo que corresponde a un valor situado entre un 0,3% y un 0,4% de la población adulta mundial (personas de 15 a 64 años). Por tanto, las consecuencias adversas para la salud del uso de cocaína no han disminuido y la violencia relacionada con el tráfico ilícito de esta droga sigue siendo una característica importante en las subregiones afectadas, algunas de las cuales registran actualmente las tasas de homicidio más altas del mundo⁷⁴.

Cuadro 12. Cultivo ilícito mundial del arbusto de coca, 2001-2010 (Hectáreas)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bolivia (Estado plurinacional de)	19 900	21 600	23 600	27 700	25 400	27 500	28 900	30 500	30 900	31 000
Colombia (Superficie no ajustada en función de las plantaciones pequeñas)	144 800	102 000	86 000	80 000	86 000	78 000	99 000	81 000	68 000	57 000
(Superficie ajustada en función de las plantaciones pequeñas)	..	..	..	..	..	..	..	..	73 000	62 000
Perú	46 200	46 700	44 200	50 300	48 200	51 400	53 700	56 100	59 900	61 200
Total^a	210 900	170 300	153 800	158 000	159 600	156 900	181 600	167 600	158 800	149 200

Fuente: Para Bolivia (Estado Plurinacional de): 2001-2002: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y Departamento de Estado de los Estados Unidos, International Narcotics Strategy Report); 2003-2010: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Para Colombia: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Para el Perú: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

^a Para el cálculo de la superficie total se utilizó, en el caso de Colombia, la serie de valores no ajustados en función de las plantaciones pequeñas porque no se disponía de los datos correspondientes a la superficie ajustada en todos los años considerados.

⁷³ En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.13), cap. 4.1, figura un análisis de los problemas relacionados con la estimación de las cantidades de cocaína fabricadas.

⁷⁴ Véase Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *2011 Global Study on Homicide: Trends, Contexts, Data*.

Cuadro 13. Producción potencial de hoja de coca secada al sol en Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, 2005-2010 (Toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bolivia (Estado Plurinacional de)						
Estimación óptima	28 200	33 200	36 400	39 400	40 100	40 900
Margen de variación	..	..	34 200-38 300	37 300-41 800	37 900-42 300	38 600-43 100
Perú						
Estimación óptima	97 000	105 100	107 800	113 300	118 000	120 500
Margen de variación	85 400-108 600	91 000-119 200	93 200-122 000	97 600-127 800	102 400-134 200	103 000-136 300

Fuente: Para las estimaciones relativas a Bolivia: producción potencial de hoja de coca secada al sol disponible para la fabricación de cocaína, estimada por el Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para la producción de hoja de coca, estudios de la UNODC (sobre los Yungas de La Paz). Se dedujo la cantidad estimada de hoja de coca producida en una superficie de 12.000 hectáreas en los Yungas de La Paz, donde el cultivo del arbusto de coca está autorizado por la legislación nacional (margen de variación: límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95% correspondiente a la estimación de la producción de hoja de coca).

Para las estimaciones peruanas: producción potencial de hoja de coca secada al sol disponible para la fabricación de cocaína, estimada por el Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Se dedujo un total de 9.000 toneladas de hoja de coca secada al sol, el cual, según fuentes oficiales, es la cantidad utilizada con fines tradicionales. Margen de variación: límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95% correspondiente a la estimación de la producción de hoja de coca.

Cuadro 14. Producción potencial de hoja de coca fresca y hoja de coca secada al horno equivalente en Colombia, 2005-2010 (Toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hoja de coca fresca						
Estimación óptima	555 400	528 300	525 300	389 600	343 600	305 300
Margen de variación	..	..	..	..	..	305 300-349 600
Hoja de coca secada al horno equivalente						
Estimación óptima	164 280	154 130	154 000	116 900	103 100	91 600
Margen de variación	..	..	..	..	..	91 600-104 880

Fuente: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Nota: Debido a la aplicación de un factor de ajuste para tener en cuenta las plantaciones pequeñas, las estimaciones correspondientes a 2010 no son directamente comparables con las de años anteriores. Los márgenes de variación reflejan la falta de certeza inherente a las estimaciones. Representan los dos enfoques adoptados para calcular la superficie productiva, y su límite inferior se acerca más a la estimación efectuada en años anteriores. La metodología empleada para calcular los márgenes de variación de las estimaciones de producción aún está en proceso de elaboración y es posible que las cifras se revisen cuando se disponga de información complementaria.

Cuadro 15. Fabricación potencial de cocaína con un grado de pureza del 100% en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, 2005-2010 (Toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bolivia						
Estimación óptima	80	94	104	113	..	..
Colombia						
Estimación óptima	680	660	630	450	410	350
Margen de variación	..	..	..	..	..	350-400
Perú						
Estimación óptima	260	280	290	302	..	..
Total	1 020	1 034	1 024	865	.. ^a	.. ^a

Fuente: Para las estimaciones relativas a Bolivia: cálculos basados en estudios de la UNODC (sobre los Yungas de La Paz) y estudios (sobre Chapare) de la Dirección de Lucha contra las Drogas de los Estados Unidos (DEA). Para las estimaciones relativas a Colombia: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC y estudios de la DEA. Debido a la aplicación de un factor de ajuste para tener en cuenta las plantaciones pequeñas, las estimaciones correspondientes a 2010 no son directamente comparables con las de años anteriores. Para los estudios sobre el Perú: los cálculos se basan en la relación de transformación de la hoja de coca en cocaína utilizada en estudios de la DEA.

Nota: Las cifras en cursiva se están revisando.

^a Debido a la revisión en curso de los factores de transformación, no se pudo proporcionar una estimación puntual del nivel de fabricación de cocaína para 2009 y 2010. Dada la falta de certeza sobre el nivel de fabricación potencial total de cocaína y sobre la

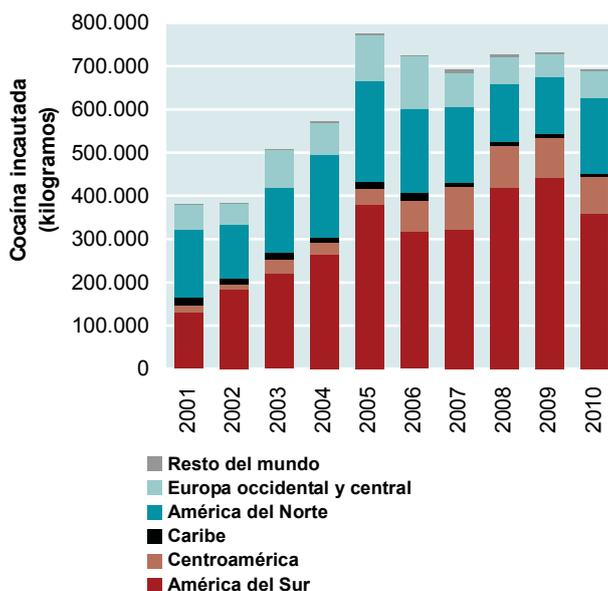
comparabilidad de las estimaciones de los distintos países, las cifras correspondientes a 2009 y 2010 se calcularon como márgenes de variación

(842 a 1.111 y 788 a 1.060 toneladas respectivamente).

Incautaciones mundiales de cocaína en comparación con la fabricación

A la luz de las 694 toneladas de cocaína de pureza desconocida incautadas en 2010, en comparación con 732 toneladas en 2009, las incautaciones mundiales de cocaína se han mantenido relativamente estables en años recientes (véase la figura 24). Si se comparan las tendencias de las incautaciones y de la fabricación de cocaína, se observa que las incautaciones aumentaron considerablemente, a un ritmo mucho más rápido que la fabricación de cocaína, entre 2001 y 2005, cuando se intensificaron las medidas de fiscalización, especialmente en las inmediaciones de los países productores de cocaína como Colombia, que por esas fechas era el mayor productor mundial. Durante ese período, más de las dos terceras partes del aumento de las incautaciones mundiales de cocaína correspondieron a América del Sur y Centroamérica. A partir de 2005, las incautaciones de cocaína disminuyeron a un ritmo similar al de fabricación y el éxito de los esfuerzos de represión del narcotráfico se vio cada vez más comprometido a medida que los traficantes adaptaban sus estrategias y aplicaban nuevos métodos. Esto podría haber contribuido a la disminución de las incautaciones de cocaína en años recientes, que no han logrado alcanzar el nivel sin precedentes registrado en 2005. Mientras que el peso total de la cocaína incautada permaneció bastante estable entre 2006 y 2010, la cantidad de cocaína pura retirada del mercado ilícito fue menor debido a una reducción de la pureza de la cocaína disponible en el mercado. Por ejemplo, la pureza media de la cocaína incautada en los Estados Unidos disminuyó de un 85% en 2006, la media anual más alta alcanzada en el período 2001-2010, a apenas un 73% en 2010, la media más baja de todo ese período⁷⁵.

Figura 24. Cocaína de pureza desconocida incautada, por regiones 2001-2010



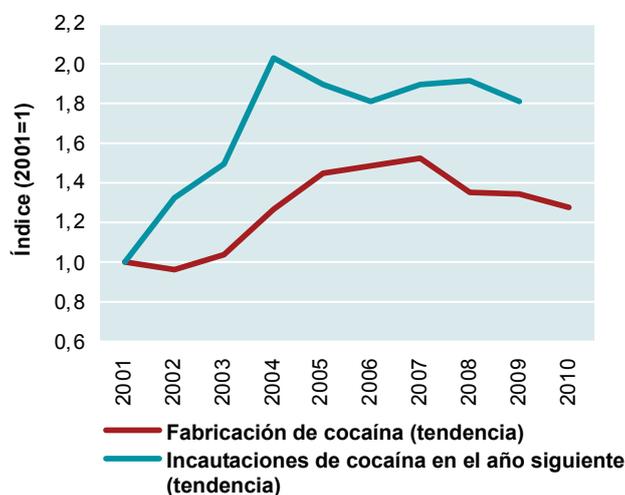
Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

La comparación de los totales absolutos de las incautaciones y de la fabricación de cocaína puede ser engañosa. Para entender la relación entre el número de incautaciones anuales comunicadas por los Estados (694 toneladas de cocaína de pureza desconocida en 2010) y el volumen estimado de fabricación (788 a 1.060 toneladas de cocaína de un 100% de pureza), sería necesario tener en cuenta varios factores y los cálculos conexos tendrían que basarse en un grado de detalle de los datos sobre incautaciones que no suele estar disponible. Por otra parte, es difícil ajustar la pureza para que las incautaciones de envíos de droga a granel, que contienen impurezas, agentes adulterantes y humedad, sean directamente comparables con las estimaciones de la fabricación de cocaína, que se basan en una pureza teórica del 100%, teniendo en cuenta

⁷⁵ Estos resultados se refieren a la cocaína procedente de Colombia incautada principalmente por autoridades de los Estados Unidos en los Estados Unidos. La cocaína de procedencia boliviana o peruana es incautada con mucha menor frecuencia en los Estados Unidos. Las muestras de estos dos países analizadas en pequeño número no indicaron una disminución similar de la pureza (comunicación oficiosa de la Dirección de Lucha contra las Drogas (DEA), Cocaine Signature Program, 2011).

además que por lo general no se conoce el grado de pureza de la cocaína incautada y que éste varía considerablemente de una remesa a otra. También es probable que la cantidad total de cocaína incautada comunicada por los Estados sea una estimación excesiva. Las incautaciones marítimas en gran escala, que representan una gran parte del total de cocaína incautado, a menudo requieren la colaboración de diversas instituciones de un país o incluso de varios países⁷⁶. Por tanto, no puede excluirse la posibilidad de una duplicación al contar las incautaciones comunicadas.

Figura 25. Tendencias mundiales de la fabricación potencial y las incautaciones de cocaína, 2001-2010



Fuente: UNODC (fabricación) y cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales (incautaciones).

Nota: La tendencia de la producción potencial de cocaína se calculó sobre la base de nuevos factores de transformación descritos en *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10). Se decidió utilizar un desfase temporal de un año entre la producción y las incautaciones pues ello permite hacer una mejor correlación que si se aplica un desfase de dos años o ninguno.

Principales tendencias de los mercados de consumo

América del Norte, América del Sur y Europa occidental y central siguen siendo los mercados de cocaína más grandes del mundo. Los Estados Unidos registraron una disminución de la prevalencia de consumo de cocaína entre los adultos (personas de 15 a 64 años) de un 3,0% en 2006 a un 2,2% en 2010⁷⁷, lo que puede asociarse a la disminución de la fabricación de cocaína en un 47% en Colombia, donde la mayor parte de la cocaína destinada a América del Norte se fabricó durante ese período. Sin embargo, la lucha por el control que enfrenta a las organizaciones del narcotráfico y los organismos de fiscalización de drogas ocasiona trastornos en el tránsito de la cocaína a través de México y por tanto constituye un obstáculo para la oferta de cocaína ilícita a los Estados Unidos.

Aunque vienen disminuyendo desde 2005, las incautaciones de cocaína en los Estados Unidos siguen registrando una tendencia descendente similar a la prevalencia de la propia cocaína, y esa reducción de las incautaciones parece reflejar una disminución del volumen de cocaína que llega a los Estados Unidos. Una razón que explica el desfase temporal que se desprende de estas tendencias similares pero no sincronizadas, en las que los cambios en los datos de incautación ocurren antes que los cambios en los datos sobre prevalencia, es que por lo general las incautaciones se realizan relativamente cerca del inicio del ciclo de tráfico ilícito, mientras que el consumo suele tener lugar hacia el final de ese ciclo⁷⁸.

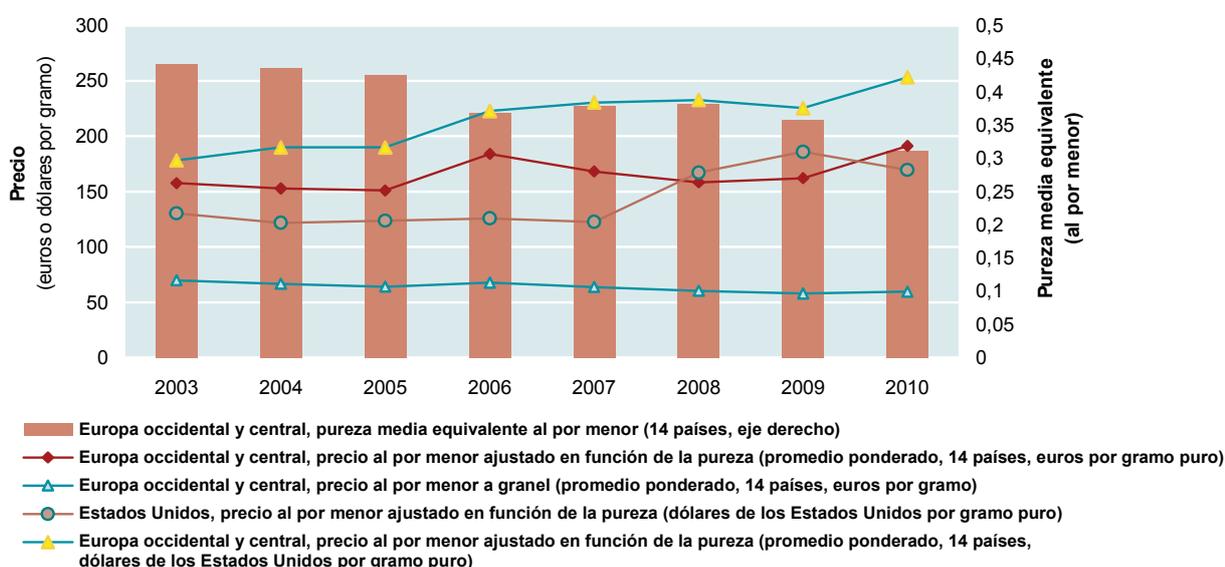
⁷⁶ Por ejemplo, en Colombia, en el período 2002-2010, entre el 41% y el 62% de las incautaciones anuales de cocaína se efectuaron en el mar. En 2010, el 58% del total de esas incautaciones consistió en operaciones conjuntas con participación de más de un organismo de lucha antidroga de Colombia y/o de otros países (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Colombia, *Colombia: Monitoreo de Cultivos de Coca 2010* (junio de 2011)).

⁷⁷ En algunos grupos de edad, la disminución fue mucho más extrema, por ejemplo, del 5,7% en 2006 al 2,9% en 2010 entre los estudiantes de 12° grado (Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, *Monitoring the Future survey, 2006-2010*) o del 0,7% en 2006 al 0,21% en 2010 entre la población laboral (Quest Diagnostics, *Drug Testing Index, 2010*).

⁷⁸ Ehleringer y otros informan de un desfase temporal de unos dos años entre la producción de la hoja de coca y la venta al usuario final (J. R. Ehleringer y otros, "14C analyses quantify time lag between coca leaf harvest and street-level seizure of cocaine", *Forensic Science International*, vol. 214, núms. 1 a 3 (2012), págs. 7 a 12).

En cambio, en Europa no se ha registrado una disminución de la oferta de cocaína de tal magnitud y la prevalencia del consumo de esta droga comenzó a estabilizarse en 2007 en algunos países, aunque en otros ha disminuido. En los Estados Unidos, la menor disponibilidad de cocaína se ha reflejado en el aumento del precio de esta droga en comparación con 2007 y años anteriores. Los precios al por menor, ajustados en función de la pureza, revelan bastante mejor que los precios a granel la evolución reciente del mercado en los Estados Unidos; en el período 2008-2010 el precio ajustado en función de la pureza fue notablemente mayor que los niveles estables alcanzados antes de 2007, lo que refleja un descenso sostenido de la disponibilidad de cocaína en el país (véase la figura 26). Sin embargo, en Europa no se han observado fluctuaciones muy importantes de los precios desde 2007. En general, los precios nominales (es decir, los precios no ajustados en función de la pureza o la inflación) se mantuvieron en el mismo nivel, en dólares, entre 2007 y 2010. En algunos países los precios de la cocaína incluso han disminuido, aunque en algunos casos las disminuciones de los precios nominales han estado relacionadas con grados de pureza inferiores.

Figura 26. Precios ajustados en función de la pureza en los Estados Unidos y Europa occidental y central, 2003-2010



Fuente: Estimaciones basadas en datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales, de la Oficina Europea de Policía y de la oficina encargada de la política nacional de fiscalización de drogas, Office of National Drug Control Policy, de los Estados Unidos de América.

En Europa, es posible que la pureza de la cocaína haya disminuido ligeramente desde 2007. Las autoridades alemanas han comunicado un grado de pureza relativamente estable de aproximadamente el 70% en lo que respecta a las incautaciones de la droga al por mayor durante el último decenio y un grado de pureza incluso superior al de 2007 a nivel minorista entre 2008 y 2010⁷⁹. Las incautaciones realizadas por la policía del Reino Unido han mostrado una aguda disminución del grado de pureza, de un 32% durante el primer trimestre de 2008 a apenas un 16% durante el segundo trimestre de 2009, para luego aumentar a un 30% en el primer trimestre de 2011⁸⁰. En contraste, la pureza de las incautaciones de cocaína efectuadas por el Organismo de Control de Fronteras del Reino Unido, las cuales se consideran representativas del grado de pureza de la cocaína de calidad predominantemente mayorista en el lugar de entrada en el país, se mantuvo en un nivel superior al 60% hasta el último trimestre de 2010⁸¹. Sin embargo, el precio minorista medio ajustado en función de la pureza (promedio ponderado de 14 países) aumentó ligeramente en 2010, con un descenso correspondiente de la pureza media equivalente.

⁷⁹ Tim Pfeiffer-Gerschel y otros, *2011 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Germany-New Developments, Trends and In-Depth Information on Selected Issues, Drug Situation 2010/2011* (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2011), pág. 198.

⁸⁰ Coleman, "Seizures of drugs in England and Wales, 2010/11".

⁸¹ *Ibid.*

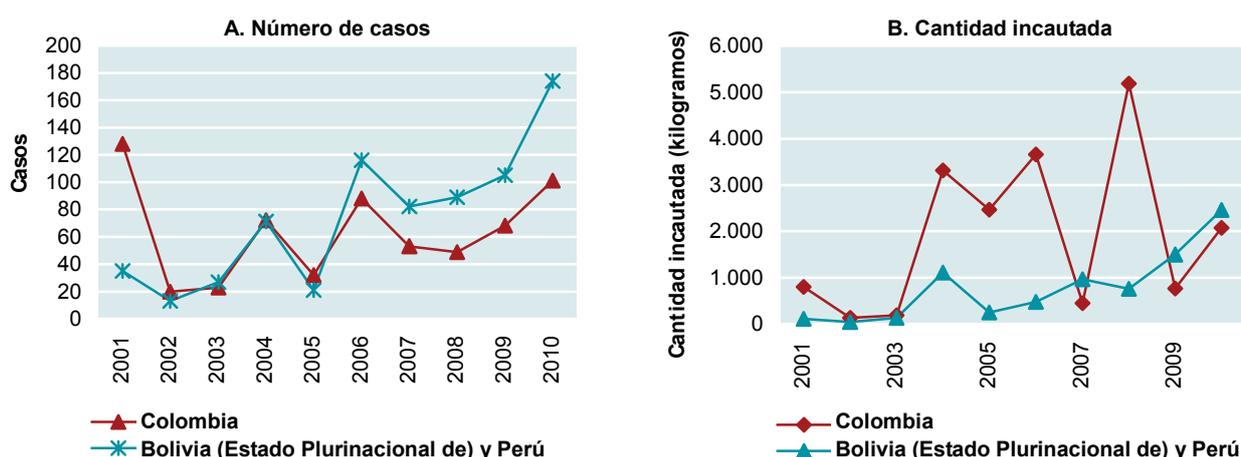
En contraste con América del Norte, donde la prevalencia del consumo de cocaína y las incautaciones de cocaína han disminuido de forma paralela, la estabilidad de la prevalencia del consumo de cocaína en Europa occidental y central no ha coincidido con niveles de incautación estables, dado que éstos se han reducido en cerca del 50% desde 2006. Según un informe de la Oficina Europea de Policía (Europol) sobre las incautaciones marítimas de cocaína, un cambio en las modalidades del tráfico ilícito podría haber contribuido a ese aparente desfase⁸². Mientras que las incautaciones en general han disminuido, la cantidad de cocaína incautada en contenedores de hecho aumentó en países abarcados por el estudio, como Alemania, España y el Reino Unido. Durante ese mismo período, disminuyeron las incautaciones de cocaína detectada en naves (pero no en el interior de contenedores), lo que demuestra que los traficantes utilizan cada vez más los contenedores en la ruta europea aprovechando el gran volumen de envíos por contenedor entre América del Sur y Europa⁸³. Los botes semisumergibles, que suelen utilizarse en la ruta del Pacífico, aún no son de uso frecuente en el tráfico ilícito transatlántico.⁸⁴ Al mismo tiempo, la ruta del África occidental, cada vez más transitada hasta 2007, ha perdido importancia desde entonces.

El mercado europeo de cocaína: un desplazamiento de la oferta

La relativa estabilidad del precio y la pureza de la cocaína en los principales mercados europeos muestra que en Europa no se ha producido, como en los Estados Unidos, una escasez de cocaína resultante de una disminución de la oferta procedente de Colombia debido a que esta se vio compensada, al menos en parte, por una creciente oferta de cocaína procedente de otros lugares. En efecto, hay algunos indicios de que, si bien el mercado de los Estados Unidos siguió proveyéndose casi exclusivamente de la cocaína fabricada en Colombia⁸⁵, a partir de 2006 se produjo un cierto desplazamiento en los mercados europeos hacia la cocaína boliviana y peruana.

Por ejemplo, desde 2006, en determinadas incautaciones de cocaína comunicadas por países europeos se menciona a Bolivia (Estado Plurinacional de) y al Perú más frecuentemente que a Colombia como los países de origen de las remesas de cocaína. El análisis de esos mismos conjuntos de datos desglosados por tamaño de la incautación también sugiere la creciente importancia de esos dos países, aunque la tendencia es menos obvia porque los elevados niveles de incautación de cocaína procedente de Colombia registrados durante el período 2004-2006 y en 2008 reflejaron una incautación de varias toneladas en cada uno de esos años.

Figura 27. Casos de incautaciones en Europa de cocaína procedente de países que cultivan el arbusto de coca, por número de casos y cantidad, 2001-2010



⁸² Oficina de Policía Europea, Proyecto COLA, “Cocaine trafficking to Europe by sea” (La Haya).

⁸³ En 2010 Alemania comunicó su mayor incautación de cocaína de todos los tiempos: 1,3 toneladas de cocaína escondidas en un contenedor procedente del Paraguay (Gerschel y otros, 2011 *National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Germany*, pág. 191).

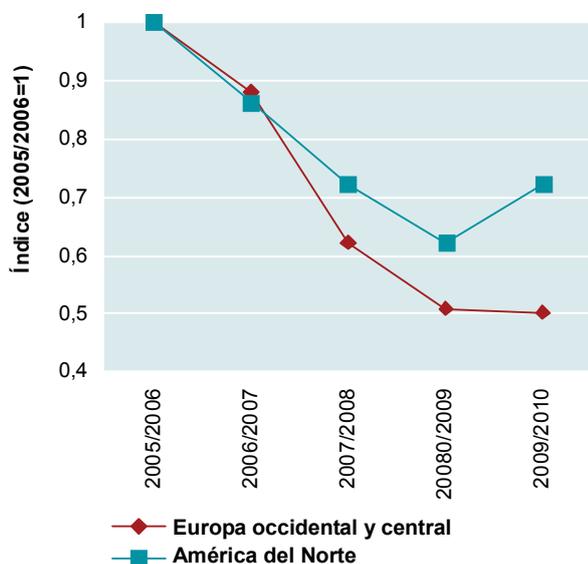
⁸⁴ Oficina de Policía Europea, Proyecto COLA, “Semisubmersibles: the imminent threat to Europe?” (La Haya, 27 de septiembre de 2011).

⁸⁵ Estados Unidos, Drug Enforcement Administration, “Cocaine Signature Program report”, enero de 2011.

Fuente: Base de datos de la UNODC sobre incautaciones de drogas en 14 países europeos. En la base de datos figuran las incautaciones de cocaína a partir de 100 gramos.

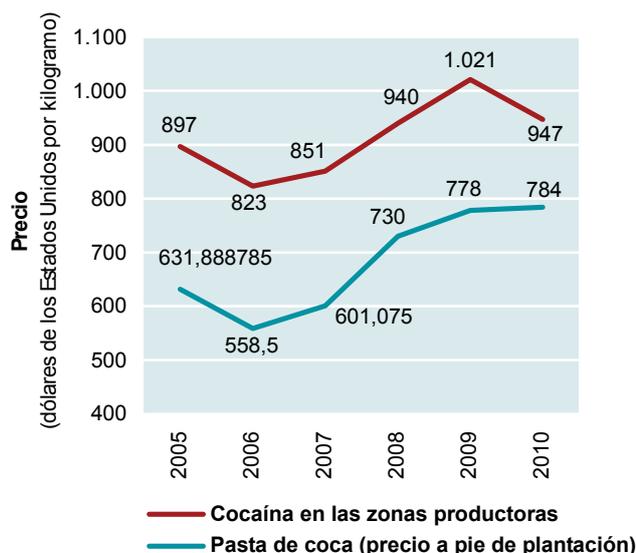
Aunque esto demuestra hasta cierto punto que puede haber ocurrido un desplazamiento en el mercado europeo, se requiere una investigación más a fondo. Ante todo, las incautaciones europeas deben analizarse en el marco de un programa de determinación del origen de la cocaína a fin de comprobar el país productor, y las rutas deben registrarse y comunicarse más cuidadosamente dado que la mayoría de los envíos transita por rutas complejas, con posibles relevos, lo que puede dar lugar a una pérdida de información sobre el país productor. El crecimiento del mercado europeo y de otros mercados en expansión para la cocaína boliviana y peruana también puede observarse en la mayor demanda de pasta de coca y cocaína en Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, como lo demuestra el aumento de los precios de esas sustancias. La media anual del precio de la pasta de coca y la cocaína en las zonas productoras de cocaína en el Perú aumentó respectivamente en un 28% y un 13% durante el período 2008-2010 en comparación con el período 2005-2010 (véase la figura 29); dado que, según se informa, la demanda local de cocaína es bastante estable, es probable que ese aumento esté impulsado por las exportaciones. En el Estado Plurinacional de Bolivia, los precios nominales de la cocaína en las zonas productoras también aumentaron considerablemente entre 2005 y 2010. Habida cuenta de que la fabricación de cocaína en ambos países aumentó durante ese mismo período, debido a la expansión de la superficie de cultivo del arbusto de coca y tal vez también debido al mejoramiento de los métodos de extracción de la cocaína, los precios de los derivados de la coca deberían haber disminuido y no aumentado. El aumento podría ser un indicio de una mayor demanda de cocaína, posiblemente impulsada por las exportaciones, por parte de los traficantes que proveen al mercado europeo o a otros mercados, como el Brasil, a fin de compensar la disminución de la producción en Colombia, que puede haber causado una modificación de los patrones de tráfico.

Figura 28. Tendencias de las incautaciones de cocaína en América del Norte y Europa occidental y central (Promedios móviles de dos años)



Fuente: Datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales.

Figura 29. Precio medio anual al por mayor de la cocaína de calidad desconocida en las zonas productoras del Perú, 2005-2010



Fuente: UNODC y Gobierno del Perú, informes relativos a la encuesta sobre el cultivo de coca 2005-2010.

Mercados emergentes y en expansión

Otro factor que influye en la disponibilidad y la demanda general de cocaína en las distintas regiones es la aparición de nuevos mercados de cocaína al margen de los mercados principales, América del Norte, Europa occidental y central y América del Sur. Las cantidades incautadas en estos mercados emergentes suelen ser pequeñas en términos absolutos y sólo una mínima parte de las incautaciones se realiza en las regiones productoras o los principales mercados. Sin embargo, dado que la cocaína no es una de las drogas típicamente consumidas en las regiones donde, por ejemplo, los opiáceos o los estimulantes de tipo anfetamínico son más comunes, es posible que los organismos de represión del narcotráfico no siempre la identifiquen como tal. Como no existen estudios recientes sobre la prevalencia en estos mercados emergentes, la tendencia al aumento de las incautaciones de cocaína en esos mercados podría poner de relieve un problema incipiente que aún no se refleja en los datos relativos a la demanda.

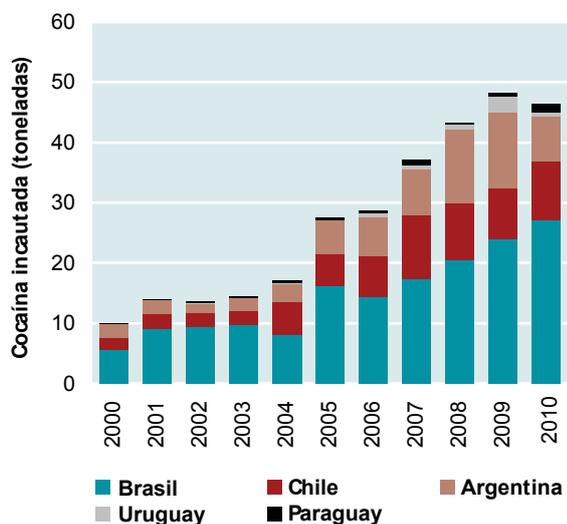
Algunos datos indican que existen mercados de cocaína emergentes y en expansión en subregiones como Europa oriental, el Asia sudoriental y Oceanía; si bien esos mercados aún son pequeños, presentan potencialidades de crecimiento y/o factores de riesgo que propician un aumento del consumo de cocaína. Las tendencias de las incautaciones en subregiones que no se caracterizan por tener poblaciones importantes de consumidores de cocaína podrían indicar que el contrabando de la droga a esas subregiones, o a través de ellas, ha cobrado mayor importancia. Por ejemplo, mientras que las incautaciones en Europa occidental y central prácticamente se redujeron a la mitad entre 2005-2006 y 2009-2010, las incautaciones de cocaína en Europa oriental y Europa sudoriental se triplicaron. Entre los factores conexos podrían mencionarse, por una parte, el aumento de la demanda y, por otra, una diversificación de los patrones de tráfico.

Un aumento aun más notable de las incautaciones de cocaína puede observarse en el África oriental y Oceanía, donde el nivel correspondiente a 2009-2010 fue cuatro veces mayor que en 2005-2006, y en el Asia oriental y sudoriental. En Oceanía (2,6% y en aumento en Australia; 0,6% en Nueva Zelanda), la prevalencia anual del consumo de cocaína es elevada en comparación con los países del Asia sudoriental (Filipinas, Indonesia y Tailandia), donde menos del 0,1% de la población adulta consume cocaína. Sin embargo, no se dispone de información reciente sobre el consumo de cocaína en muchos países de Asia, incluidas China y la India. La limitada información procedente de África indica que el tráfico ilícito de cocaína a través del África occidental puede estar teniendo un efecto de propagación a otros países de la región y que el consumo de cocaína podría pasar a ser, junto con el de heroína, un problema considerable entre los drogodependientes.

Los datos relativos a las incautaciones y la escasa información disponible sobre la demanda de servicios de tratamiento también podrían indicar un posible aumento de la demanda ilícita de cocaína en países en los que ya existe una población importante de consumidores de esa droga. En el Brasil, las incautaciones a nivel federal se han triplicado con creces desde 2004 y alcanzaron 27 toneladas en 2010 (véase la figura 30). Según algunos expertos, el Brasil también registró un cierto aumento del consumo de cocaína en 2010. Aunque no se dispone de datos procedentes de estudios recientes sobre el Brasil, la preocupación por el aumento del consumo de cocaína en este país se refleja en el programa nacional puesto en marcha por el Gobierno en diciembre 2011. El aumento de las incautaciones también podría reflejar el papel que desempeña el Brasil como país de salida del tráfico ilícito de cocaína a través del océano Atlántico.

En la Argentina las incautaciones de cocaína se multiplicaron casi por ocho entre 2002 y 2009⁸⁶. En Chile, las incautaciones alcanzaron un volumen sin precedentes en 2007 y se mantuvieron en un nivel relativamente elevado hasta 2010, mientras que en el Paraguay casi se duplicaron en 2010. No obstante, los datos proporcionados en esos estudios indican que en la Argentina el consumo de cocaína se mantuvo estable en 2010 en comparación con 2008, mientras que en Chile disminuyó durante ese mismo período. Con todo, la prevalencia del consumo de cocaína sigue siendo relativamente alta en ambos países.

Figura 30. Incautaciones de cocaína en algunos países de América del Sur, 2000-2010

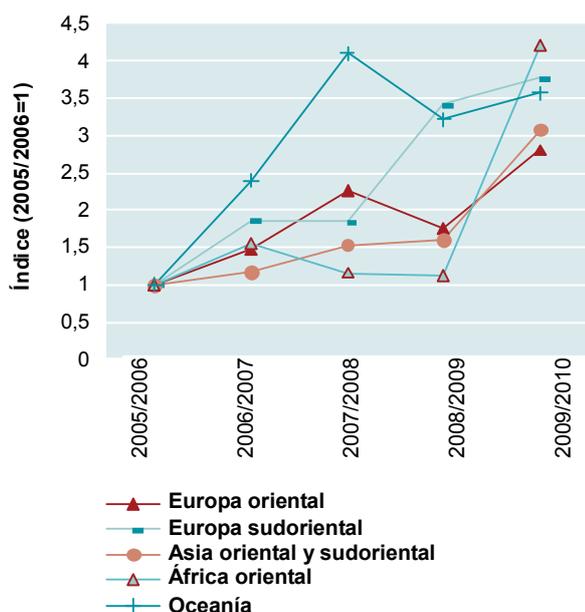


Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

Nota: En el caso de la Argentina, los datos disponibles para 2010 no eran directamente comparables con los de años anteriores, dado que no incluían las incautaciones efectuadas por las fuerzas de seguridad federales del país. Por tanto, el total de incautaciones correspondiente a 2010 (para la Argentina y, en consecuencia, para los cinco países) podría ser superior al reflejado en la figura.

⁸⁶ Los datos disponibles para 2010 no eran comparables, dado que no incluían las incautaciones efectuadas por las fuerzas de seguridad federales de la Argentina.

Figura 31. Subregiones con crecientes incautaciones de cocaína
(Promedios móviles de dos años)



Fuente: Datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales.

Mejoramiento de la comparabilidad de los datos de los países con cultivo de arbusto de coca

La comparación y compilación de las estimaciones de la superficie de cultivo del arbusto de coca en los tres países en los que existe dicho cultivo siguen siendo problemáticas. La UNODC y los Gobiernos de Colombia, Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú han desplegado numerosos esfuerzos para asegurarse de que las estimaciones de sus respectivas superficies de cultivo del arbusto de coca sean comparables. Los sistemas de vigilancia en los tres países se basan en la tecnología de teleobservación aplicada a toda la superficie de cultivo del arbusto de coca (censo). Todos ellos aplican prácticas científicas normalizadas para optimizar la calidad de los datos; sin embargo, debido a las diferencias de tamaño de las superficies vigiladas, el concepto utilizado para definir la superficie de cultivo del arbusto de coca, las condiciones climáticas, la disponibilidad de información secundaria y los riesgos para la seguridad que impiden el acceso a las zonas de cultivo han dado lugar a la utilización de distintas modalidades de aplicación, tecnologías y fuentes de datos por esos sistemas⁸⁷.

En Colombia, por ejemplo, el estudio tiene que abarcar prácticamente todo el país cada año dado que el cultivo del arbusto de coca es muy dinámico y está esparcido en un área considerable, se desplaza frecuentemente y requiere la utilización de imágenes de satélite más grandes pero de menor resolución, como las tomadas por el sensor ETM de Landsat. En Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, el cultivo del arbusto de coca se limita a ciertas áreas que suelen ser bien conocidas y relativamente estables; debido a su menor superficie es posible adquirir imágenes más caras de mayor resolución (por ejemplo, SPOT 5, Rapideye, Ikonos). La dinámica del cultivo del arbusto de coca en Colombia es diferente a la de los otros dos países. La fuerte presión de erradicación ejercida por Colombia mediante la fumigación aérea de las zonas de cultivo del arbusto de coca, junto con las intensas actividades de erradicación manual, ha dado lugar a una situación altamente dinámica. Las zonas de cultivo a menudo se desplazan, cambian de tamaño, o son abandonadas, reactivadas y abandonadas nuevamente en períodos relativamente breves. En contraste, en los otros dos países la erradicación, exclusivamente manual, se limita a ciertas zonas de cultivo, pues fuera de estas hay plantaciones en las que el cultivo del arbusto de coca puede estar permitido por el Gobierno para los mercados autorizados en el país.

⁸⁷ Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2011*.

Si bien el ajuste de cada sistema de seguimiento a las condiciones y necesidades de cada país ha contribuido a que se sigan realizando estimaciones anuales del cultivo del arbusto de coca, también ha puesto en tela de juicio la posibilidad de hacer comparaciones entre esos países. El principal elemento que incide en la comparabilidad de las estimaciones del cultivo del arbusto de coca en los tres países es la definición de la superficie de cultivo del arbusto de coca. Mientras que en Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú el concepto se relaciona con el alcance del cultivo del arbusto de coca tal como se refleja en imágenes de satélite captadas entre septiembre del año que se examina en el informe y febrero del año siguiente, en Colombia las estimaciones se refieren al 31 de diciembre de cada año. Por tanto, los resultados de las imágenes de satélite captadas de septiembre a febrero en Colombia son objeto de una serie de ajustes a fin de representar el área neta de cultivo del arbusto de coca al 31 de diciembre del año sobre el que se informa, mientras que en los otros dos países no se suele ajustar el área captada como superficie de cultivo por las imágenes de satélite. Entre otras cosas, esos ajustes para adaptar las imágenes a la fecha de referencia tienen en cuenta el efecto de la fumigación y la erradicación manual realizadas después de captada la imagen pero anteriores al 31 de diciembre y el ajuste de los resultados a una fecha de referencia aumenta la comparabilidad de un año a otro en una situación que es sumamente dinámica.

Otros ajustes que se hacen en Colombia se refieren a cuestiones comunes a los tres estudios, como las lagunas de información existentes en las imágenes debido a la nubosidad o a problemas técnicos relacionados con el sensor satelital pero que en Colombia se agravan debido a las condiciones climáticas y los tipos de imágenes que se emplean. Además, a la luz de la experiencia adquirida en la utilización de imágenes de muy alta resolución, se hace un ajuste en función de las pequeñas zonas de cultivo del arbusto de coca que la resolución de la imagen no permite identificar en Colombia pero que sí son captadas en las imágenes utilizadas por los otros dos países. Estos ajustes aumentan la comparabilidad de los tres estudios. Se observa, por tanto, que ciertos ajustes destinados a tener en cuenta las necesidades y condiciones especiales de cada país restringen la comparabilidad, mientras que otros contribuyen a mejorarla. Con todo, cada factor de ajuste también contiene un factor de incertidumbre.

El efecto de la erradicación en la comparabilidad

En Colombia, el área geográfica total dedicada al cultivo del arbusto de coca en el curso de 12 meses es considerablemente superior a la cifra calculada al 31 de diciembre⁸⁸. En 2010, se fumigaron y erradicaron 145.000 hectáreas, cifra que reflejó una duplicación al contar algunas superficies que se contabilizaron más de una vez en el contexto de la replantación o recuperación de las plantaciones de coca. En total, 140.000 hectáreas estaban ocupadas por cultivos del arbusto de coca en Colombia en 2010, incluidas plantaciones que permanecieron activas durante todo el año, plantaciones que lo estuvieron sólo durante una parte del año debido a que fueron fumigadas o erradicadas, y plantaciones en las que el cultivo sólo se inició en el curso del año. Por tanto, el área bruta afectada por el cultivo de coca en 2010 correspondía a dos veces y media el área neta estimada al 31 de diciembre de 2010 (62.000 hectáreas).

La gran diferencia entre el área bruta y el área neta en Colombia demuestra que una gran parte de la superficie de cultivo del arbusto de coca sigue estando bajo presión por parte de las autoridades encargadas de aplicar la legislación antidroga. Dada la naturaleza de la planta de coca, que puede ser cosechada varias veces al año y replantada en cualquier estación del año, las actividades de erradicación pueden tener un efecto reducido en el alcance del cultivo del arbusto de coca en un determinado año pero al mismo tiempo un mayor impacto en la productividad de las plantaciones de arbusto de coca debido a que se cree que la erradicación redundante en una menor producción anual de hoja de coca.

En Bolivia y el Perú no se hace ningún intento por ajustar los datos a una determinada fecha del año y los datos sobre el cultivo de la coca se calculan a partir de la interpretación de las imágenes de satélite obtenidas de septiembre a febrero. La erradicación manual también es un factor importante en estos países, así como el abandono o el restablecimiento de las plantaciones de coca. Sin embargo, las imágenes de satélite reunidas durante el último trimestre del año sólo reflejan el impacto de la erradicación realizada antes, y no después, de la fecha de captación de la imagen.

⁸⁸ En el presente informe, el área dedicada al cultivo del arbusto de coca se refiere a la superficie geográfica fumigada, erradicada manualmente u ocupada por cultivos de arbusto de coca que no habían sido ni fumigados ni erradicados manualmente. Se suponía que todas las superficies fumigadas con herbicidas estaban “afectadas” por el cultivo del arbusto de coca. No se dispone de una confirmación independiente de si la totalidad del área fumigada corresponde a plantaciones de arbusto de coca.

Los datos relativos a los tres países pueden compararse mediante diversos métodos de comparación. Debido a la presión para erradicar cultivos y su efecto en los esfuerzos de vigilancia de la coca en los distintos países, el área observada en las imágenes de satélite en un determinado momento puede encubrir dinámicas y alcances muy diferentes del cultivo de coca.

El área bruta se calculó agregando las plantaciones erradicadas o fumigadas antes de la captación de la imagen, las cuales por lo tanto no quedarían reflejadas como plantaciones de coca en las imágenes satelitales. Si se compara el área bruta o total de cultivo de coca en un determinado año con otros conceptos relativos al área, se observa que hay grandes diferencias en la dinámica del cultivo de coca entre los tres países.

Cuadro 16. Comparación de los conceptos relativos al área de cultivo del arbusto de coca, 2010 (Hectáreas)

Área	Bolivia (Estado plurinacional de)	Colombia	Perú
Área al 31 de diciembre de 2010	..	62 000 (ajustada en función de las pequeñas plantaciones, la nubosidad y otras deficiencias de la información, la fecha de la imagen y la fumigación)	59 800-61 200
Área reflejada en las imágenes de satélite	31 000	60 553 (ajustada en función de las pequeñas plantaciones, la nubosidad y otras deficiencias de la información)	61 200
Área bruta de cultivo del arbusto de coca entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, incluidas las superficies erradicadas y productivas sólo durante una parte del año	..	140 000	61 200-71 800

Fuentes: UNODC y Gobiernos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, Monitoreo de Cultivos de Coca (2010), así como información procedente de los registros de fumigación y erradicación proporcionada por los Gobiernos.

a No se dispuso de suficiente información sobre la fecha y el lugar de las actividades de erradicación para proporcionar una estimación precisa al 31 de diciembre del área bruta de cultivo del arbusto de coca. Para calcular el área al 31 de diciembre fue posible estimar el efecto de la erradicación realizada entre la fecha de las imágenes satelitales y ese 31 de diciembre, pero no el efecto de eventuales replantaciones o de nuevas plantaciones que pudieran anular la erradicación.

Cuadro 17. Erradicación del arbusto de coca comunicada, 2005-2011 (Hectáreas)

País	Método de erradicación utilizado ^a	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bolivia	Manual	6 073	5 070	6 269	5 484	6 341	8 200	10 460
Colombia	Manual	31 980	43 051	66 805	95 634	60 544	43 690	35 203
	Fumigación	138 775	172 026	153 134	133 496	104 771	101 939	103 302
Ecuador	Manual	18	9	12	12	6	3	..
Perú ^b	Manual	7 605	9 153	10 188	11 102	10 091	12 239	..
Venezuela	Manual	40	–	–	–	–	..	..

Fuente: Gobiernos de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú. Datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales.

^a Erradicación voluntaria y forzosa desde 2006.

^b Incluidas la erradicación voluntaria y forzosa.

D. MERCADO DE CANNABIS

Las dos caras del cannabis

El cannabis es realmente un fenómeno mundial. Los informes sobre el cultivo y las incautaciones de esta droga y sobre las fuentes de los productos de la misma⁸⁹ muestran que no solo se consume en todos los países en forma de hierba de cannabis (marihuana), sino que en la mayoría de ellos también se cultiva. La hierba de cannabis consiste en los brotes de la planta, que contienen la mayor concentración del principal ingrediente de la droga, tetrahidrocannabinol (THC), mientras que su otra variación más común, la resina de cannabis (hachís), se deriva de las glándulas de resina comprimidas de la planta.

La planta de cannabis puede cultivarse fácilmente tanto en el exterior como bajo techo y esa relativa facilidad con que se produce hierba de cannabis, en particular, ha hecho que se cultive y comercie en casi todas partes del mundo, a menudo en los mercados locales. De este modo, gran parte de la demanda de cannabis puede satisfacerse con la producción local, que los productores consideran además más segura dado que supone menos tráfico ilícito y, en consecuencia, un menor riesgo de incautación, aunque muchos países siguen comunicando una proporción considerable de cannabis procedente del tráfico intrarregional.

La más laboriosa transformación de la planta de cannabis en resina de cannabis se limita a unos pocos países, en su mayoría del África septentrional, el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental. Sin embargo, los datos recientes disponibles sobre la producción mundial de resina de cannabis son fragmentarios⁹⁰, a excepción de los datos procedentes del estudio sobre el cannabis realizado por la UNODC en el Afganistán en 2011. La naturaleza localizada y a menudo en pequeña escala del cultivo y la producción de cannabis también dificulta considerablemente la cuantificación de su alcance a nivel mundial.

Producción mundial de cannabis

Si bien son pocos los países que calculan la extensión del cultivo y la producción de cannabis, en 2010 los gobiernos de los siguientes países comunicaron estimaciones de las respectivas superficies dedicadas a ese cultivo (véase el cuadro 18): la India (552 hectáreas); Indonesia (422 hectáreas cosechables); Marruecos (47.400 hectáreas); Sri Lanka (500 hectáreas); Swazilandia (633 hectáreas); y Ucrania (920 hectáreas), país que también comunicó recientemente un gran aumento del cultivo de cannabis. Según estimaciones de los Estados Unidos, la magnitud del cultivo de cannabis en México ha disminuido⁹¹. No obstante, las estimaciones del área de cultivo proporcionadas por todos los países rara vez van acompañadas de una descripción de los métodos utilizados para realizar esas estimaciones y a menudo son idénticas a las cifras de erradicación. La UNODC tiene previsto ayudar a México y Ucrania en la vigilancia de la extensión del cultivo de cannabis.

Los datos sobre la producción de cannabis pueden ser limitados, pero las diferencias en la distribución geográfica de la producción de hierba de cannabis y resina de cannabis se reflejan efectivamente en los mercados regionales de la droga. En el mapa 8 se muestra la importancia relativa del número de incautaciones de resina de cannabis en comparación con el número de incautaciones de hierba de cannabis por subregiones de 2006 a 2010, así como las distintas concentraciones geográficas de los mercados de hierba y de resina de cannabis. En el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental, la resina de cannabis es, con creces, la más preponderante de las dos; en el África septentrional y Europa, la proporción de incautaciones de hierba y de resina de cannabis, estimada entre un 40% y un 60%, respectivamente, muestra que ambos mercados son de tamaño similar, mientras que en el resto del mundo predomina la hierba de cannabis. Expresada como peso de las incautaciones de cannabis, la resina fue el más

⁸⁹ Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.13).

⁹⁰ En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.12), se estimó que la producción de hierba de cannabis oscilaba entre 13.300 y 66.100 toneladas y la producción de resina de cannabis entre 2.200 y 9.900 toneladas. Estos cálculos se basaron en los niveles mínimo y máximo del cultivo y la producción, las incautaciones y las tasas de prevalencia comunicados. En 2011 estos indicadores no mostraron cambios significativos que justificasen una actualización de las estimaciones de producción, teniendo en cuenta la amplitud de los niveles mínimo y máximo.

⁹¹ Estados Unidos, Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report*, vol. I, *Drug and Chemical Control* (marzo de 2012).

predominante de los dos productos (90%) en el mercado europeo en 2010. Los datos son escasos para la mayoría de los países de África, pero todo indica que las incautaciones de hierba de cannabis también son más frecuentes que las de resina en esa región.

Cuadro 18. Actualización de la información disponible sobre el alcance del cultivo y la producción de cannabis en los principales países productores, 2010

País	Área de cultivo (hectáreas)	Área de erradicación (hectáreas)	Área cosechable (hectáreas)	Producción (toneladas)	
				Resina de cannabis	Hierba de cannabis
Afganistán ^a	9 000-24 000	..	..	1 200-3 700	..
Egipto	..	129,8	..	..	..
India	552,0	552,0	..	..	..
Indonesia	600,0	178,0	422,0	..	..
Jamaica	..	447,0	..	..	..
México	16 500 (INCSR 2012) ^b	18 581 ^c	..	..	..
Marruecos	..	9 400,0	47 500	760	38 000
Nigeria	..	593,2	..	..	..
Sri Lanka	500,0	..	..	..	..
Swazilandia	632,5	632,5	..	..	..
Ucrania	920,0	920,0	..	..	..

Fuente: Datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales (2010), salvo que se indique otra cosa. Solo se mencionan las áreas superiores a 100 hectáreas.

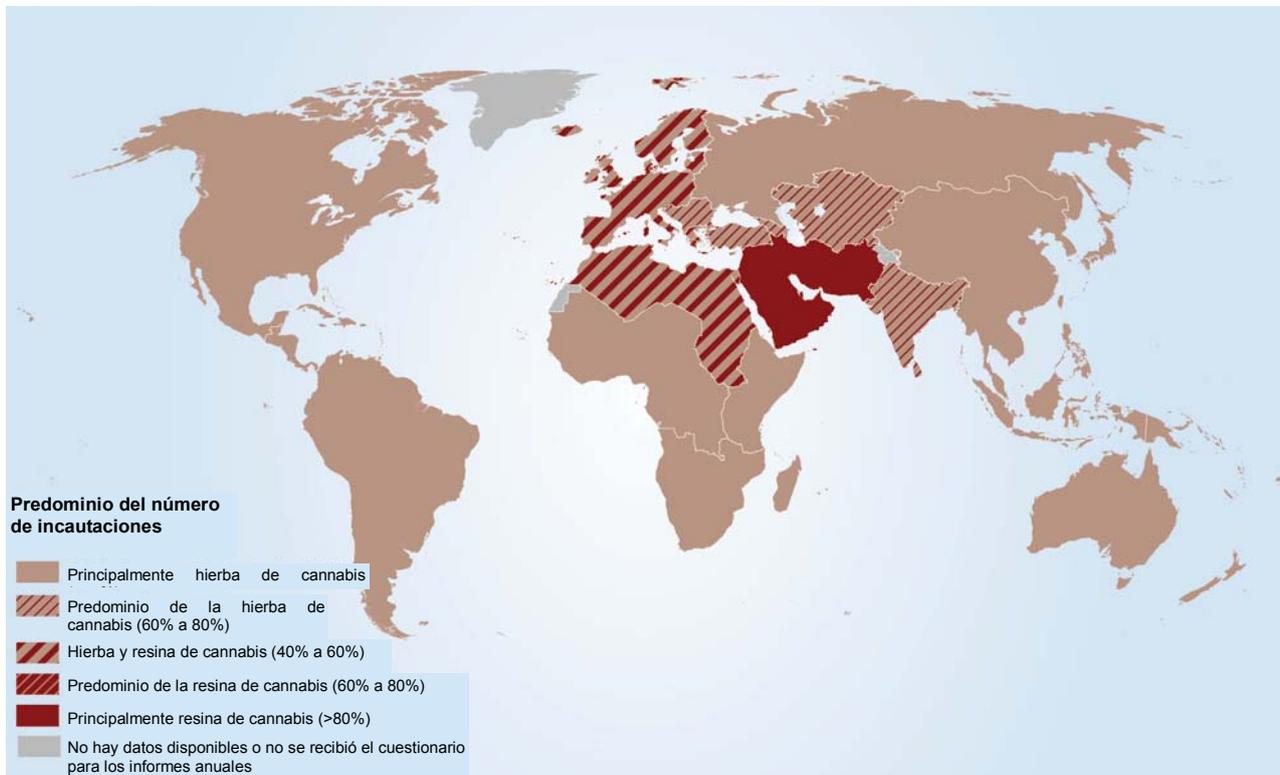
^a Información procedente del estudio sobre el cannabis realizado por la UNODC en el Afganistán en 2010 y 2011.

^b El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos dado que no forman parte de sus estadísticas oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México está estableciendo un sistema

de vigilancia en colaboración con la UNODC a fin de estimar el cultivo y la producción ilícitos.

^c Información proporcionada por el Gobierno de México.

Mapa 8. Importancia de los productos hierba y resina de cannabis, por subregiones, 2006-2010



Fuente: Datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales (2006-2010).

Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas de trazos representan límites por determinar. La línea de puntos representa

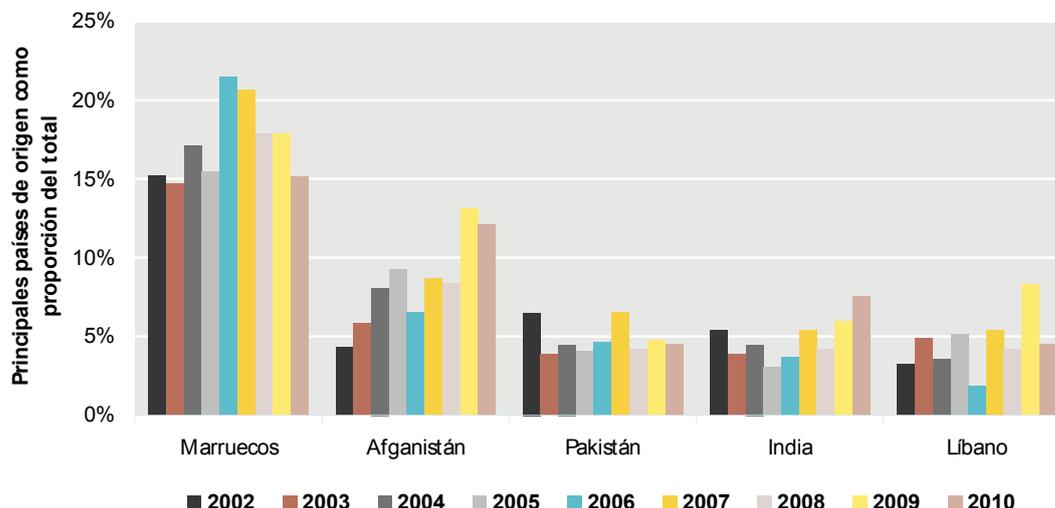
aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira.

¿Hay un desplazamiento de la oferta de resina de cannabis de Marruecos al Afganistán?

Se supone que la producción de resina de cannabis en Europa es muy limitada, pese a que Europa es el mayor mercado de resina de cannabis y el África septentrional ha sido desde hace mucho tiempo su principal proveedor. La mayor parte de la resina de cannabis del África septentrional consumida en Europa proviene tradicionalmente de Marruecos, pero los datos más recientes indican que la importancia relativa de ese país de origen podría estar disminuyendo, a la vez que la importancia relativa de otros países, como el Afganistán y la India, va en aumento.

La figura 32 muestra los principales países productores de resina de cannabis indicados en función del número de veces que fueron mencionados como países de origen por los países en los que se efectuaron incautaciones de dicha resina. Esos datos deben manejarse con cuidado puesto que no están desglosados entre países de tránsito y países de origen, pero no obstante parecen indicar que podría efectivamente haberse producido un cambio de signo en lo que atañe a la importancia de los dos países más frecuentemente citados como productores de resina de cannabis: el Afganistán y Marruecos.

Figura 32. Principales países de origen de la resina de cannabis, 2002-2010



Fuente: Datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales (2002-2010).

Los datos comunicados por el Gobierno de Marruecos indican una disminución de la producción de resina de cannabis en ese país, así como cifras de cultivo de cannabis inferiores a las correspondientes al período 2003-2005, cuando la UNODC y el Gobierno realizaron estudios conjuntos. Las incautaciones de cannabis en todas sus formas también se redujeron; si bien el “kif” (una forma seca de cannabis que puede transformarse en resina de cannabis) aún se incauta en grandes cantidades, las incautaciones de “kif” disminuyeron de 223 toneladas en 2009 a 187 toneladas en 2010.

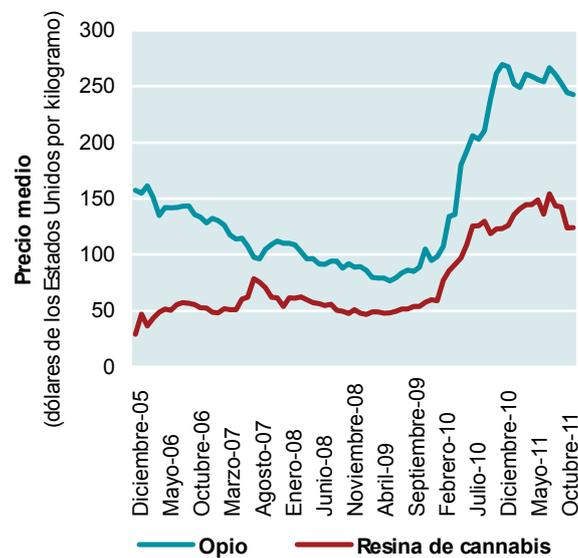
La UNODC y el Gobierno del Afganistán realizaron un estudio conjunto sobre el cultivo de cannabis en el Afganistán en 2009, 2010 y 2011. El alcance del cultivo y la producción de cannabis solo pudo calcularse en forma de márgenes de variación, con un alto nivel de incertidumbre, entre 9.000 y 29.000 hectáreas, cifras que están por debajo de las estimaciones anteriores relativas a Marruecos. Sin embargo, el gran rendimiento del cannabis afgano (128 kilogramos de resina por hectárea, en comparación con unos 40 kilogramos por hectárea en Marruecos), que originó una producción de entre 1.200 y 3.700 toneladas de resina de cannabis en 2010, hace del Afganistán uno de los productores más importantes de esa droga —si no el más importante— del mundo.

Cannabis: el cultivo comercial más lucrativo del Afganistán

Los datos sobre producción y precios reunidos para el estudio de 2010 referente al cultivo de cannabis en el Afganistán muestran que esa tarea ha pasado a ser sumamente lucrativa, con ingresos que superan incluso los generados por el cultivo de la adormidera: en 2010 el ingreso bruto medio de una familia que cultivaba cannabis ascendía a unos 9.000 dólares de los Estados Unidos, en comparación con 4.900 dólares en el caso de una familia que cultivara adormidera. El ingreso de esta última aumentó a 10.700 dólares en 2011. Sin embargo, dado que los resultados del estudio de 2011 sobre el cannabis aún no están disponibles, no es posible hacer comparaciones relativas a ese año.

Según los resultados más recientes del seguimiento de los precios realizado por la UNODC, el cannabis sigue siendo un cultivo comercial rentable en el Afganistán, dado que su precio registró un aumento paralelo al alza del precio del opio causada por la mala cosecha de adormidera en 2010 (véase la figura 33). El incremento del precio de cannabis a pie de plantación en el Afganistán se vio reflejado, en cierta medida, en los países vecinos, especialmente el Pakistán, donde el precio al por mayor aumentó de 200 dólares el kilogramo en diciembre de 2009 a 630 dólares el kilogramo en febrero de 2012.

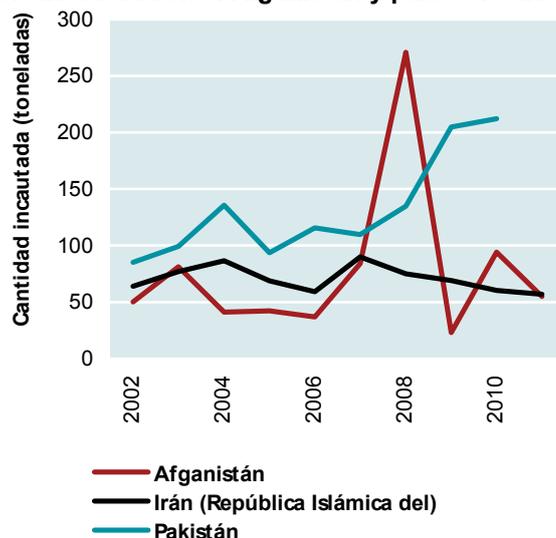
Figura 33. Precios medios a pie de plantación del opio y de la resina de cannabis (primera “garda”) en el Afganistán, 2005-2011



Fuente: UNODC y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes.

Nota: “Garda” es el término utilizado en el Afganistán para designar el polvo obtenido al trillar y colar las plantas de cannabis una vez cosechadas y secadas. Este proceso se repite varias veces y tiene como resultado diversos grados de calidad de la “garda” (primero, segundo, tercero). La “garda” se procesa a continuación para fabricar hachís, que es el producto comercial.

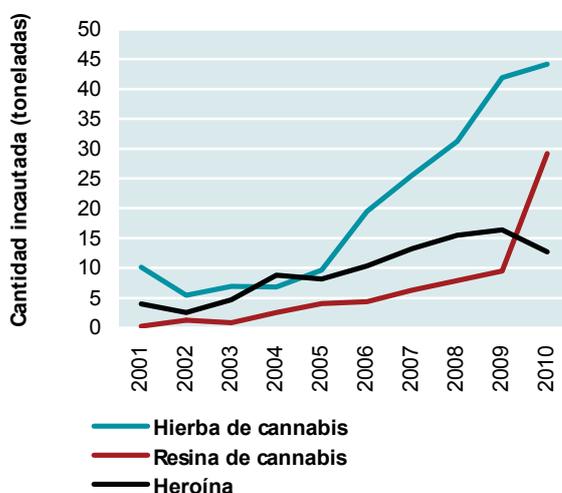
Los datos relativos a las incautaciones muestran un aumento del volumen de resina de cannabis incautada en toda el Asia sudoccidental en 2010; y pese a que en el Afganistán esas aprehensiones disminuyeron tras alcanzar un nivel sin precedentes en 2008 (271 toneladas, sobre todo como resultado de una incautación sumamente grande), en los países vecinos aumentaron. A partir de 2008 se registró en el Pakistán un incremento notable de las cantidades de resina de cannabis intervenidas, que en 2010 se elevaron a 212 toneladas, casi el doble del nivel alcanzado en 2007 (véase la figura 34). Según el Pakistán, toda la resina de cannabis incautada en su territorio en 2010 provenía del Afganistán y estaba destinada al Canadá y Sri Lanka. Las incautaciones de resina de cannabis también aumentaron en los países del Oriente Medio donde se habían aprehendido los mayores volúmenes de la misma (Arabia Saudita, Egipto y la República Árabe Siria).

Figura 34. Resina de cannabis incautada en el Afganistán y países vecinos, 2002-2011

Fuente: UNODC y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan: Cannabis Survey 2010* (2011).

Las incautaciones de resina de cannabis en Turquía, un importante país de tránsito de los opiáceos procedentes del Afganistán, también registraron una tendencia ascendente, de 10 toneladas en 2009 a 29 toneladas en 2010 (véase la figura 35). Dado que las incautaciones de heroína disminuyeron en Turquía en 2010, parece plausible que se haya producido una variación del narcotráfico, pasando de la heroína al contrabando de remesas de resina de cannabis, que es más común, posiblemente con destino a otros países europeos. Sin embargo, como los datos relativos a las incautaciones pueden simplemente reflejar una intensificación de las medidas antidroga, no queda completamente claro si la disminución de las incautaciones de heroína representó para las fuerzas de seguridad una mayor oportunidad de incautar cannabis o si esto reflejó en realidad un aumento del tráfico ilícito procedente del Afganistán o de la producción ilícita en este país.

Es un hecho notable asimismo el constante aumento de las incautaciones de hierba de cannabis en Kazajstán, donde hay grandes extensiones de cannabis silvestre. Desde 2010 Kazajstán viene aplicando nuevos enfoques de lucha contra el tráfico y el consumo ilícitos de drogas, centrados en la reducción de la oferta, el refuerzo de su frontera meridional y los programas de tratamiento de consumidores de drogas⁹². Por tanto, el aumento de las incautaciones también puede reflejar una intensificación de las actividades de represión del narcotráfico y no simplemente una mayor producción y tráfico ilícitos de drogas en ese país.

Figura 35. Cannabis y heroína incautados en Turquía, 2001-2010

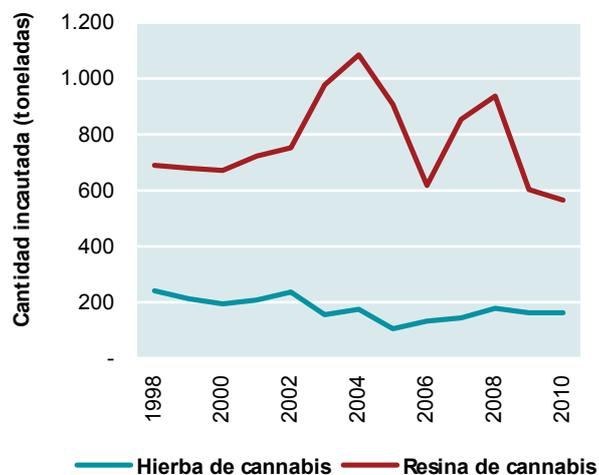
Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

⁹² Estados Unidos, Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report*, vol. I, *Drug and Chemical Control* (marzo de 2011).

Europa: ¿un mercado en transición?

Es posible que Europa sea el mayor mercado mundial de resina de cannabis importada, pero hay indicios de que la hierba de cannabis producida en esa región⁹³ está cobrando creciente preponderancia en el mercado europeo de cannabis. Como se ha señalado anteriormente, la resina de cannabis consumida en Europa proviene tradicionalmente de Marruecos, pero el cultivo y la producción de cannabis en ese país parecen estar en descenso. Desde fines de los años 90 hasta mediados de la década de 2000, las incautaciones de resina de cannabis aumentaron hasta que sufrieron un súbito desplome en 2006, tras la mala cosecha de 2005 en Marruecos (véase la figura 36), mientras que las aprehensiones de hierba de cannabis decrecieron en el mismo período. Estas aprehensiones comenzaron a remontar en 2006 y se estabilizaron a un valor de cerca de 170 toneladas anuales en 2009 y 2010, en tanto que las de resina de cannabis disminuyeron notablemente desde 2008, y la incautación total en 2010, 566 toneladas, es incluso menor que la total correspondiente a 2006.

Figura 36. Hierba de cannabis y resina de cannabis incautadas en Europa, 1998-2010



Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

España, que desde hace mucho es un portal de entrada para la resina de cannabis procedente del África septentrional, comunica una disminución por segundo año consecutivo de las incautaciones, que registraron su nivel más bajo desde 1997 (384 toneladas). De continuar esta tendencia, ello podría ser un indicio de la creciente importancia relativa de la hierba frente a la resina de cannabis en Europa, aunque sigue siendo difícil evaluar la influencia que tienen las tendencias de la producción europea de esa hierba en el mercado y el consumo de cannabis. Los datos sobre los precios europeos muestran que si bien el precio de la hierba de cannabis aumentó entre 2004 y 2010, el precio de la resina de cannabis se mantuvo estable (véase la figura 37), lo que parece confirmar esa hipótesis. Sin embargo, los precios están ajustados en función de la inflación pero no en función de la pureza o potencia, factores que son especialmente importantes en el caso de la hierba de cannabis, pues se sabe que la potente variedad “sin semilla” (una forma de cannabis de alto grado de pureza fabricada sin semillas a partir de la floración no fertilizada de la planta hembra) es más costosa que otras formas de cannabis menos potentes.

La expresión “sustitución de importaciones” se está empleando cada vez más en relación con el aumento del cultivo de cannabis en Europa. En la documentación científica reciente⁹⁴ sobre los mercados de cannabis, así como en informes publicados por determinados países, como Francia⁹⁵, la creciente producción local de

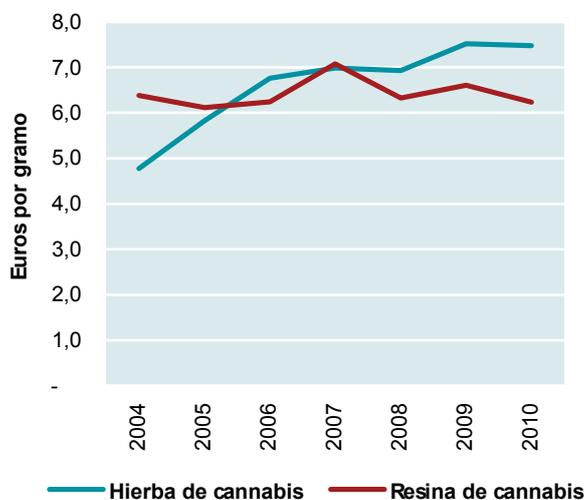
⁹³ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*. El OEDT examinará en detalle la evolución del mercado europeo de cannabis en un próximo número de su serie *Insights*.

⁹⁴ En T. Decorte, G. R. Potter y M. Bouchard, eds., *World Wide Weed: Global Trends in Cannabis Cultivation and its Control* (Ashgate, 2011) figura una reseña general al respecto.

⁹⁵ C. Ben Lakhdar y D. Weinberger, “Cannabis markets and production: the cannabis market in France—between resin imports and home grown herbal cannabis”, en *2009 National Report (2008 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: France—New Developments, Trends and In-Depth Information on Selected Issues* (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2009).

cannabis guarda relación con una competencia más intensa en el mercado europeo con productos importados como la resina de cannabis.

Figura 37. Promedio no ponderado de los precios de cannabis al por menor (ajustados para compensar la inflación) en los países europeos de la zona del euro



Fuente: Datos de la UNODC procedentes del cuestionario para los informes anuales (2004-2010); Fondo Monetario Internacional.

Desplazamiento de la producción de hierba de cannabis en Europa

Los Países Bajos siguen siendo uno de los principales países productores de hierba de cannabis de Europa; sin embargo, en años recientes se han aplicado políticas más severas en este país con respecto a la producción de cannabis, lo que se refleja en el desmantelamiento de un gran número de “grow-ops”, o locales de cultivo bajo techo. En los últimos cinco años se han desmantelado anualmente entre 5.000 y 6.000 locales de esa índole⁹⁶, y a raíz de la aplicación de esas políticas restrictivas han disminuido las llamadas “cafeterías”, donde se vende cannabis para consumo personal. Además, la adopción de reiteradas medidas contra los lugares de cultivo ha tenido como resultado una reducción de la disponibilidad de cannabis⁹⁷.

Estos descensos de la producción en Europa occidental pueden haber causado un aumento de la producción de hierba de cannabis en países de Europa central, oriental y septentrional, así como en España y Portugal. Varios países de esas partes de Europa (Austria, Belarús, Eslovaquia, Polonia y Suecia) comunicaron aumentos durante el período 2009-2010 y otros (Islandia, Lituania, Polonia y Rumania) han informado de la aparición de locales de cultivo bajo techo. Ucrania ha comunicado la aparición y erradicación de grandes plantaciones de cannabis en su zona fronteriza con la República de Moldova, ha realizado más incautaciones y notificado también importantes aumentos recientes de los cultivos ilícitos de cannabis, cuya superficie estimó en 920 hectáreas en 2010. Albania, otro importante país productor de hierba de cannabis, ha puesto en marcha fuertes medidas represivas contra los cultivadores y traficantes de cannabis y comunicado una estimación más baja de la capacidad de producción de la región⁹⁸.

Si se comparan las incautaciones de hierba de cannabis⁹⁹ correspondientes a los períodos 2001-2005 y 2006-2010 (véase el mapa 9), se observa una técnica que confirma las tendencias de producción comunicadas por esos países. Los productores tradicionales de hierba de cannabis, como Albania, los Países

⁹⁶ Tras ajustar la cifra para tener en cuenta posibles errores, Wouters calcula en 6.000 el número de esos locales. (M. Wouters, “Controlling cannabis cultivation in the Netherlands”, en *Cannabis in Europe: Dynamics in Perception, Policy and Markets*, Dirk J. Korf, ed. (Lengerich, Alemania, Pabst Science Publishers, 2008).

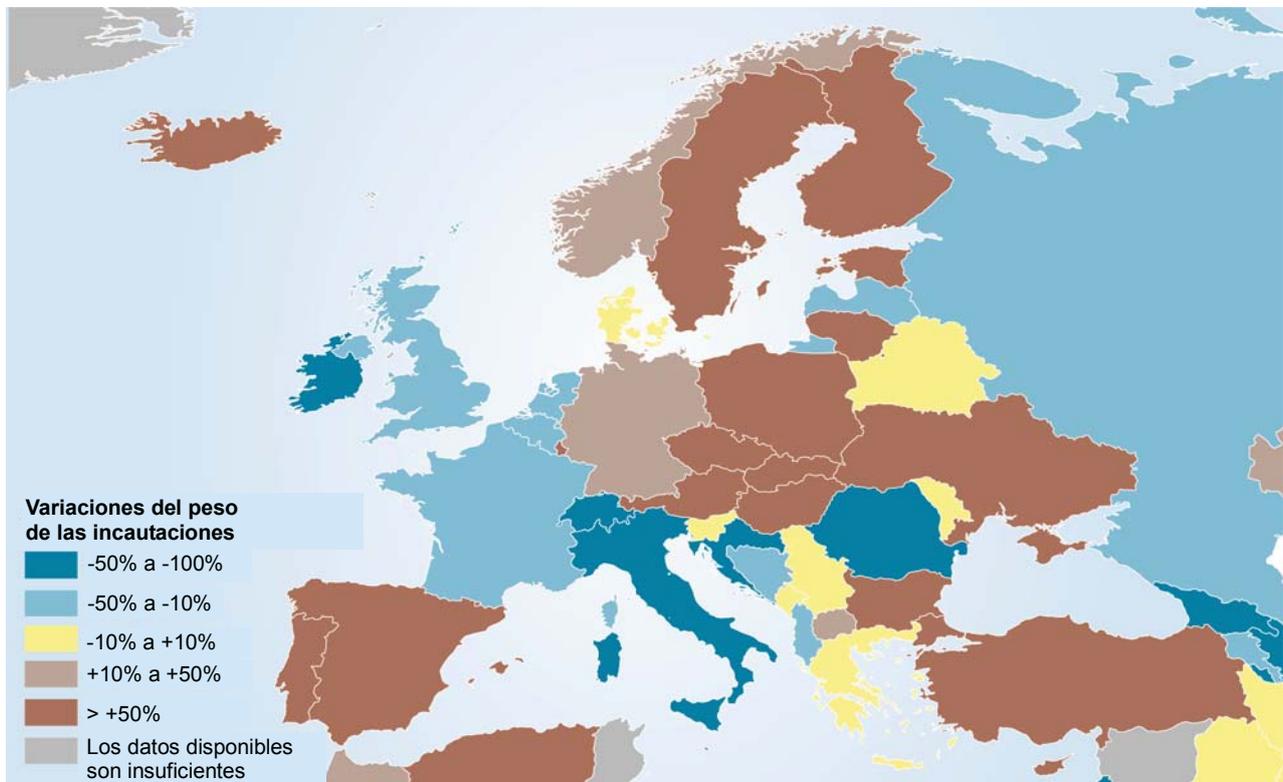
⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales (2010); Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (marzo de 2011).

⁹⁹ Las incautaciones de hierba de cannabis se refieren a la cantidad total incautada del producto al por menor y al por mayor. No incluyen las plantas de cannabis aprehendidas, por ejemplo, en los lugares de producción.

Bajos y el Reino Unido, muestran una disminución de las incautaciones de hierba, mientras que en Bulgaria y Turquía, Europa central, la Península Ibérica y partes de Escandinavia esas incautaciones han aumentado.

Mapa 9. Variaciones de las incautaciones de hierba de cannabis ocurridas entre los períodos 2001-2005 y 2006-2010



Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

Nota: Los límites geográficos, así como los nombres y las designaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas de trazos representan límites por determinar. La 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 sobre el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira.

Producción de hierba bajo techo

La proliferación de los locales de cultivo bajo techo para proveer de cannabis al mercado interno es otra tendencia notable en Europa, donde la mayoría de los Estados de la Unión Europea ha comunicado que el cultivo de cannabis bajo techo está en aumento¹⁰⁰. Esto se refleja en la existencia de tiendas conocidas como “grow shops” (también denominadas “head shops”), que se especializan en la venta de accesorios para el cultivo de cannabis bajo techo; si bien suelen funcionar en pequeña escala, también es posible que formen parte de grandes centros de producción a cargo de grupos de delincuentes organizados.

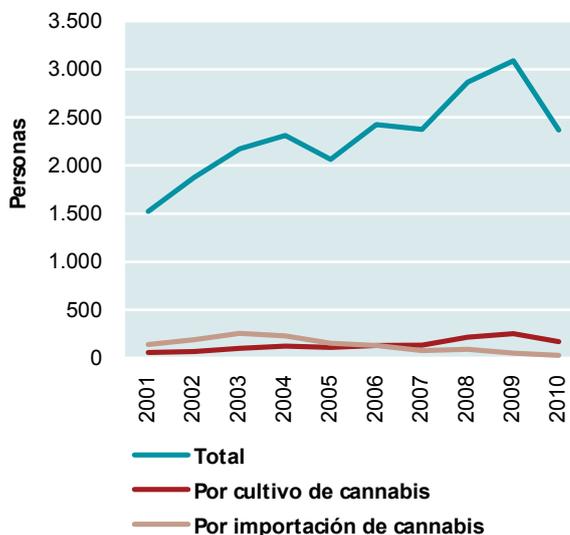
El acceso cada vez mayor a conocimientos y equipo especializados para el cultivo de cannabis (semillas, lámparas de crecimiento, instalaciones hidropónicas, etc.), tanto en las tiendas de accesorios conexos como en Internet, hace que la puesta en marcha de una planta de producción de cannabis sea relativamente sencilla, lo que ha tenido como resultado una mayor dispersión de esa producción. La amplia disponibilidad en Internet de semillas de cannabis, que se envían a todo el mundo por correo o mensajería privada en discretos embalajes, debería ser objeto de mayor atención, pues ha ampliado considerablemente el acceso a variedades de cannabis de gran rendimiento y alto grado de potencia. Una investigación a fondo sobre este mercado que lleva a cabo actualmente la UNODC ha permitido identificar entre 100 y 200 bancos de semillas en Internet en 2011 (véase el recuadro de la página 71).

El Japón, país de altos ingresos con pocas posibilidades de cultivo a la intemperie, también ha comunicado un aumento del cultivo de cannabis bajo techo como resultado de la creciente disponibilidad de accesorios y

¹⁰⁰ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*.

conocimientos especializados para la producción de esa planta. El número de detenciones por delitos relacionados con el cannabis, en particular con su cultivo, ha aumentado notablemente desde 2001, mientras que el número de personas detenidas por importación de cannabis ha disminuido (véase la figura 38), lo que indica que en el Japón el cultivo de cannabis está reemplazando las importaciones de esa droga.

Figura 38. Número de personas detenidas por delitos relacionados con el cannabis en el Japón, 2001-2010



Fuente: Japón, Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar.

Potencia

El aumento del cultivo de cannabis bajo techo suele estar relacionado con una mayor potencia del cannabis, lo que solo se refleja hasta cierto punto en los datos. En 2009 el contenido medio de THC del cannabis en los países europeos oscilaba entre un 3% y un 17%, si bien es más pertinente comparar las tendencias entre los distintos productos de cannabis. Por ejemplo, la potencia de la hierba permaneció relativamente estable o disminuyó en 10 de los países que presentaron informes, pero aumentó en Eslovaquia, Estonia, los Países Bajos y la República Checa, mientras que la potencia de la “nederwiet” localmente producida en los Países Bajos se redujo de un nivel máximo del 20% alcanzado en 2004 a un 15% en 2009¹⁰¹. Sin embargo, no se ha observado recientemente una clara tendencia general respecto de la potencia de THC en Europa.

Tampoco es posible vincular fácilmente el aumento observado del cultivo de cannabis bajo techo con las fluctuaciones de la prevalencia. En Europa, los datos recientes indican un aumento del consumo de cannabis en un pequeño número de países (Bulgaria, Estonia, Finlandia, Suecia)¹⁰², mientras que en otros el consumo se ha estabilizado (por ejemplo, en los países de Europa oriental y Europa sudoriental) o reducido (por ejemplo, en países de Europa occidental y central), especialmente entre los adultos jóvenes (personas de 15 a 34 años). Así pues, en algunos países la producción y el consumo de cannabis se han incrementado, mientras que en otros, pese a que se ha observado un aumento de la producción, la prevalencia del consumo de cannabis no ha aumentado. No queda claro si se trata de cambios en la cantidad consumida o si el cannabis producido localmente está sustituyendo al cannabis importado. Además, otros factores, como la disminución del consumo de tabaco entre los jóvenes, la evolución de los estilos de vida y la moda o la sustitución por otras drogas, pueden haber influido en el consumo de cannabis¹⁰³.

¹⁰¹ *Ibid.*; Informe Mundial sobre las Drogas 2011.

¹⁰² Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa.

¹⁰³ *Ibid.*

Semillas de cannabis

La UNODC tiene en curso una investigación, que finalizará en 2012, sobre las semillas de cannabis adquiribles en línea. Algunos de los resultados se presentan a continuación.

En años recientes, el comercio de cepas altamente potentes de cannabis han pasado a ser objeto de creciente preocupación entre la comunidad internacional. Si bien el cultivo de cannabis es ilegal en la mayoría de los países, la venta de semillas de cannabis en línea, que se realiza de forma abierta, ya sea directamente por los productores o por conducto de revendedores, y se envían a cualquier parte del mundo en embalajes discretos, suele ser lícita o semiilícita y son pocos los países que la restringen.

El negocio de las semillas de cannabis

El mercado de semillas de cannabis ha crecido considerablemente en los últimos años. Hasta la fecha pueden encontrarse entre 100 y 200 marcas de ellas en Internet. Esas marcas están fabricadas por empresas ubicadas principalmente en los Países Bajos y España, aunque también en otros países europeos, el Canadá y los Estados Unidos. Sin embargo, las semillas de esas empresas son vendidas por un número considerablemente mayor de revendedores en muchos países.

El papel de las semillas de cannabis en la producción de cannabis

El cannabis puede plantarse no solo a la intemperie sino también en casas, garajes, camiones o cualquier otro espacio que disponga de agua y luz artificial. El uso de semillas (compradas) es una manera fácil de comenzar a cultivar cannabis en el hogar; pero como las plantas también pueden reproducirse mediante la clonación de una planta madura (“planta madre”), las semillas no son absolutamente necesarias para continuar el cultivo una vez iniciado. La clonación es un procedimiento más sofisticado que practican sobre todo los cultivadores comerciales, mientras que los cultivadores domésticos suelen preferir las semillas, que constituyen un método más fácil y fiable.

Distribución de las semillas de cannabis

El mercado de semillas está dominado por cierto número de grandes empresas dedicadas al cultivo de variedades populares de las plantas de cannabis. La venta de las semillas puede efectuarse en línea, tratando directamente con el cultivador o en tiendas especializadas en la web. Sin embargo, Internet no es la única fuente de semillas de cannabis; éstas también se distribuyen a través de las redes sociales o por medio de la venta de hierba de cannabis, pues pueden encontrarse entre los brotes florecidos de la hierba de cannabis que se fuma.

Variedades de cannabis en venta

Gracias al gran número de variedades de cannabis que se ha venido desarrollando, el consumidor puede elegir entre una amplia gama de potencias y sabores, los cuales se especifican en los sitios web y en los folletos de los comerciantes. Esas variedades son el resultado de décadas de cruzamiento de las tres principales especies de cannabis^a, *Cannabis sativa*, *Cannabis indica* y *Cannabis ruderalis*, y las cepas resultantes se comercializan bajo nombres imaginativos como “Northern Lights”, “Thai Tanic”, “Lemon Chunk” o “White Widow”.

Existen varias clases de semillas de cannabis obtenidas mediante cruzamientos especiales, como las semillas de cepas “feminizadas” y “autoflorecentes”. Las semillas de cannabis normales producen plantas tanto macho como hembra, pero las semillas del cannabis “feminizado” están tratadas de forma especial para que solo produzcan plantas hembra, que son más cotizadas por su alto contenido de THC^b. Las cepas “autoflorecentes” pueden tener más de una cosecha anual si se cultivan a la intemperie.

Por lo general, los vendedores de semillas de cannabis proporcionan información sobre el rendimiento que puede esperarse de cada variedad, el período de floración (tiempo de maduración hasta la cosecha), el tamaño previsto de la planta y —con menos frecuencia— el nivel de THC. Las especificaciones incluidas en los sitios web suelen prometer un contenido de THC entre un 15% y un 18%, y a veces hasta un 25%; otros cultivadores especifican asimismo el nivel de cannabidiol (CBD), otro ingrediente psicoactivo. Estas propiedades de las cepas (rendimiento, período de maduración hasta la cosecha, contenido de THC) reflejan probablemente las metas de cultivo de los productores de semillas.

En 2011 el precio de 10 semillas de cannabis oscilaba entre 15 y 180 euros, pero más frecuentemente entre 50 y 70 euros. Las semillas de cannabis “feminizado” son considerablemente más caras que las semillas ordinarias dado que las semillas “feminizadas” producen solo plantas hembra, mientras que las semillas normales también producen algunas plantas macho, que no se usan para el consumo.

^a La cuestión de si se trata de especies o de variedades es tema de debate científico.

^b Los cultivadores de cannabis cosechan las flores de los brotes de las plantas hembra, que tienen el mayor contenido de THC. Excepto las plantas “autoflorecentes”, el cannabis comienza a brotar cuando se reducen las horas de luz.

Hierba de cannabis: panorama de los principales mercados en América

En la mayoría de los países de América del Norte y América del Sur se ha registrado un incremento de las incautaciones de hierba de cannabis en años recientes. Los aumentos más notables se observaron en América del Sur, donde varios países comunicaron grandes incautaciones de hierba de cannabis en 2009 y 2010. Por ejemplo, en Colombia, las incautaciones aumentaron de 209 toneladas en 2009 a 255 toneladas en 2010; en el Brasil las incautaciones registradas de hierba de cannabis alcanzaron 155 toneladas en 2010; y en el Paraguay, que comunicó la existencia de extensos cultivos de cannabis, se incautaron 84 toneladas en 2009. En la República Bolivariana de Venezuela las incautaciones aumentaron de 33 toneladas en 2009 a 39 toneladas en 2010. El Estado Plurinacional de Bolivia comunicó la erradicación de 1.069 toneladas de plantas de cannabis en 2010, cifra que representa un aumento considerable a largo plazo, pues supera en más de ocho veces la cantidad erradicada en 2006¹⁰⁴.

Los Estados Unidos informaron de que el aumento del cultivo de cannabis en México registrado hasta 2009, sumado al elevado y creciente nivel de ese cultivo observado en los Estados Unidos en 2010, había tenido como resultado una mayor disponibilidad de hierba de cannabis en 2010¹⁰⁵. Los Estados Unidos incautaron cantidades similares de hierba de cannabis en 2009 y 2010, por un total anual de 2.049 toneladas en 2009 y 1.931 toneladas en 2010. Durante ese mismo período, las incautaciones de hierba de cannabis en México aumentaron de 2.105 toneladas a 2.313 toneladas y en el Canadá registraron un aumento importante (de 34 toneladas a 51 toneladas). Según estimaciones de los Estados Unidos, sólo el 7% de la hierba de cannabis incautada en 2010 provenía de su propio territorio y una gran proporción de la misma era de origen desconocido, aunque es sabido que el Canadá y México son países de origen de la hierba de cannabis que entra en los Estados Unidos. El Canadá incautó 51 toneladas de hierba de cannabis y 1,9 millones de plantas de cannabis en 2010; no obstante, el contrabando de hierba de cannabis del Canadá a los Estados Unidos parece estar disminuyendo y la producción de cannabis parece estarse desplazando hacia el lado estadounidense de la frontera con el Canadá¹⁰⁶. El cártel de Sinaloa, que opera con redes de transporte y distribución altamente sofisticadas¹⁰⁷, es una de las organizaciones más prominentes del tráfico ilícito de hierba de cannabis en los Estados Unidos.

Aunque no se dispone de estimaciones de la magnitud real de la producción de cannabis en los Estados Unidos, los datos sobre erradicación indican que sigue existiendo un extenso cultivo de cannabis en ese país. El número total de plantas de cannabis erradicadas siguió aumentando en 2010 e incluyó un menor número de plantas cultivadas a la intemperie (casi 10 millones de plantas) y un mayor número de plantas cultivadas bajo techo (casi medio millón de plantas)¹⁰⁸. En los Estados Unidos, el cannabis se cultiva principalmente y cada vez más en terrenos públicos (bosques nacionales), especialmente en California, como lo indica la gran proporción (cerca del 70%) de incautaciones de cannabis en ese estado. La mayor parte de los locales de cultivo bajo techo desmantelados se encontraba en la Florida; sin embargo, la mayoría de las plantas de cannabis erradicadas que habían sido cultivadas bajo techo estaba en California.

¹⁰⁴ No se dispuso de un desglose oficial de las incautaciones realizadas en 2006.

¹⁰⁵ Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report* (marzo de 2011).

¹⁰⁶ Estados Unidos, Department of Justice, National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2011* (agosto de 2011).

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ Kathleen Maguire, ed., *Sourcebook of Criminal Justice Statistics* (Estados Unidos, Department of Justice, Bureau of Justice Statistics). Disponible en www.albany.edu/sourcebook/index.html (consultado en marzo de 2012).

E. MERCADO ILÍCITO DE ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO

Una imagen de estabilidad

Si bien las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico se mantuvieron generalmente estables en 2010, el año se caracterizó por un aumento importante de las incautaciones de metanfetamina, que fueron superiores a las de anfetamina por primera vez desde 2006. Las incautaciones de metanfetamina alcanzaron un total de 45 toneladas, lo que representa un incremento del 44% respecto de 2009 (31 toneladas) y más del doble de la cantidad incautada en 2008 (22 toneladas) (véase la figura 39). Esto se debió principalmente a un aumento considerable de las incautaciones en México, así como en el Asia oriental y sudoriental.

En cambio, las incautaciones mundiales de anfetamina descendieron en un 42% a 19 toneladas (en comparación con 33 toneladas en 2009) sobre todo a causa de una disminución de esas incautaciones en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental. La tendencia descendente de las incautaciones de anfetamina en Europa que había comenzado en 2008 prosiguió en 2010, aunque hubo un aumento notable del número de laboratorios de anfetamina incautados en Europa, región en la que, como en años anteriores, se ubicó la mayoría de los laboratorios de fabricación ilícita de sustancias del grupo anfetamínico incautados a nivel mundial.

Hay indicios de que en 2010 comenzó una recuperación del mercado de “éxtasis”. Por ejemplo, la disponibilidad¹⁰⁹ y el consumo de “éxtasis” parecen estar en aumento en los Estados Unidos¹¹⁰ y, según la Europol, desde mediados de 2010 también se observa un resurgimiento de esa droga en Europa. Las incautaciones de “éxtasis” aumentaron en un 31% en el Asia oriental y sudoriental y se incrementaron asimismo en Oceanía.

En años recientes, el mercado de nuevas sustancias psicotrópicas que imitan los efectos de estimulantes ilícitos como el “éxtasis” y las anfetaminas ha tenido una rápida evolución, a lo que se suma la aparición de productos derivados de plantas en el mercado ilícito de estimulantes de tipo anfetamínico. A fin de evitar la detección, las organizaciones de narcotraficantes han seguido adaptando sus estrategias de fabricación, mientras que los continuos cambios en el proceso de fabricación ilícita de sustancias sintéticas presenta toda una gama de nuevos desafíos a los organismos de lucha antidroga en todo el mundo.

Aumento de las incautaciones de metanfetamina en América del Norte

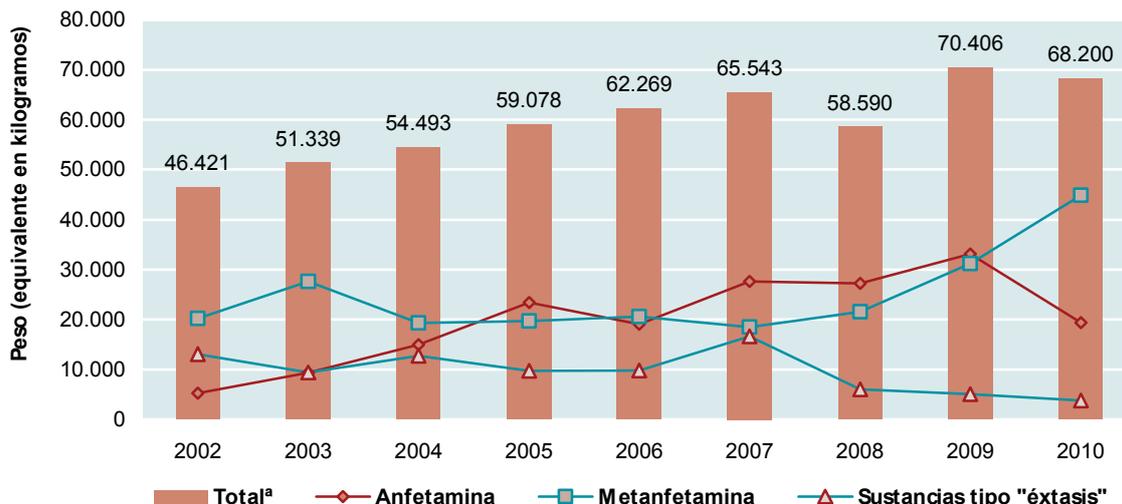
Aproximadamente la mitad de las incautaciones mundiales de metanfetamina realizadas en 2010 correspondió a América del Norte, cuyos informes comunicaron aprehensiones de la sustancia que sumaron 22 toneladas. El mayor aumento de las incautaciones se registró en México, donde se duplicaron pasando de 6 toneladas en 2009 a casi 13 toneladas en 2010, aunque durante ese mismo período dichas incautaciones también aumentaron notablemente en los Estados Unidos, de 7,5 a 8,7 toneladas¹¹¹. El aumento de la pureza media, a la par de una disminución del precio medio (véase la figura 40), indica que la oferta de metanfetamina ha ido en aumento en todas partes de los Estados Unidos. Continúa la fabricación ilícita de esa sustancia en gran escala en México, donde se han incautado grandes cantidades de precursores de estimulantes de tipo anfetamínico¹¹².

¹⁰⁹ Especialmente en las zonas abarcadas por los equipos de acción contra el narcotráfico y la delincuencia organizada de las regiones de los Grandes Lagos, Nueva York/Nueva Jersey, el Suroeste y el Pacífico (National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2011*).

¹¹⁰ En 2010 el 52,3% de los que respondieron a la encuesta nacional sobre la amenaza de las drogas señaló que había una disponibilidad entre moderada y alta de MDMA en su zona, en comparación con un 51,5% en 2009 (National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2011*).

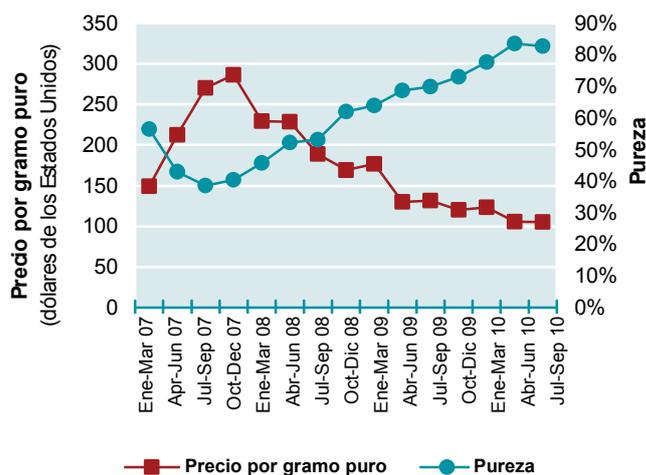
¹¹¹ El año se refiere al ejercicio económico del Gobierno de los Estados Unidos que comienza el 1 de octubre del año civil anterior y termina el 30 de septiembre del año indicado por el número.

¹¹² En un almacén de 2.500 m² se descubrieron aproximadamente 787 toneladas de fenilacetamida, precursor del ácido fenilacético que se utiliza en la fabricación ilícita de metanfetamina. Se encontraron asimismo unas 53 toneladas de ácido tartárico, que se emplea para purificar la *d*-*e*-metanfetamina, además de 340.000 litros de cloruro de bencilo. Además, se descubrieron fenilacetato de isobutilo y fenilacetato de metilo, que pueden descomponerse totalmente en ácido fenilacético (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Global SMART Update*, vol. 6, noviembre de 2011).

Figura 39. Estimulantes de tipo anfetamínico incautados a nivel mundial, en peso, 2002-2010

Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

^a Incluidas las incautaciones de anfetamina, sustancias tipo "éxtasis", metanfetamina, estimulantes de tipo anfetamínico no especificados, otros estimulantes y estimulantes de venta con receta. En las categorías relativas a otros estimulantes y estimulantes de venta con receta solo se incluyen las incautaciones comunicadas en peso o en volumen.

Figura 40. Precio y pureza medios de la metanfetamina comprada por organismos de lucha contra el narcotráfico en los Estados Unidos, 2007-2010

Fuente: Estados Unidos de América, Department of Justice, *National Drug Intelligence Center, National Drug Threat Assessment 2011* (agosto de 2011); Estados Unidos, *Drug Enforcement Administration*, base de datos STRIDE (System to Retrieve Information from Drug Evidence).

El mercado de metanfetamina se expande en Europa

Aunque sigue siendo un mercado comparativamente pequeño en términos mundiales, el mercado de metanfetamina europeo también está en expansión y algunos países (sobre todo del norte de Europa) han comenzado a informar de la presencia cada vez mayor de la metanfetamina en sus mercados ilícitos. En Noruega, otros países escandinavos y Alemania hubo indicios de un aumento del consumo de metanfetamina¹¹³; y si bien las incautaciones de metanfetamina en Europa descendieron de 696 kilogramos en 2009 a 576 kilogramos en 2010, se mantuvieron en un nivel superior al registrado antes de 2009. También se observaron aumentos en Alemania, la Federación de Rusia, Finlandia, Francia, los Países Bajos, la República Checa y Suiza. Con mucho, los mayores niveles de incautación fueron comunicados por Suecia (124 kilogramos) y Turquía (126 kilogramos), que conjuntamente representaron casi la mitad (el 43%) del total de incautaciones de metanfetamina en Europa.

¹¹³ *Amphetamines and Ecstasy—2011 Global ATS Assessment.*

Pese a las señales de expansión del mercado de metanfetamina en Europa, el número de laboratorios ilícitos de dicha sustancia incautados en la región ha venido disminuyendo desde 2008, de 361 en 2009 a 328 en 2010. Como en años anteriores, la gran mayoría (307) de los laboratorios incautados en Europa estaba en la República Checa, aunque se comunicó un aumento del número de laboratorios incautados en Austria (cinco instalaciones, en comparación con tres en 2008 y dos en 2009) y en Bulgaria (dos laboratorios móviles en 2010, la primera vez en la última década que se comunicaba la fabricación de metanfetamina en ese país).

Incautaciones de metanfetamina en el Asia sudoriental

Como en años anteriores, la gran mayoría (96 %) de las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico realizadas en el Asia oriental y sudoriental en 2010 fue de metanfetamina. En 2010 las incautaciones de metanfetamina aumentaron en más de una cuarta parte (28%, de 16 a 20 toneladas) respecto de 2009 y en un 74% en comparación con 2008, y en el Asia oriental y sudoriental esas incautaciones constituyeron casi la mitad del total mundial en 2010.

En 2010 se incautaron casi 136 millones de comprimidos de metanfetamina, cifra que representó un aumento del 44% en comparación con el número de comprimidos incautados en 2009 (94 millones) y cuadruplicó con creces el nivel alcanzado en 2008 (32 millones) (véase la figura 41). La mayor parte de los comprimidos fue incautada en China (58,4 millones), Tailandia (50,4 millones) y la República Democrática Popular Lao (24,5 millones), países que conjuntamente supusieron el 98% del total regional¹¹⁴.

En Myanmar se siguen fabricando ilícitamente cantidades importantes de estimulantes de tipo anfetamínico en forma de comprimidos de metanfetamina, la mayoría de los cuales se produce en el estado de Shan, en la parte oriental del país. Malasia, donde se utiliza predominantemente la metanfetamina cristalina, también comunicó incautaciones importantes de metanfetamina en forma de comprimidos (108.000) en 2010¹¹⁵.

En varios países y territorios las incautaciones de metanfetamina registraron fluctuaciones considerables. Myanmar y Filipinas informaron de una disminución considerable; China, la República Democrática Popular Lao y Tailandia, así como Hong Kong, China, comunicaron aumentos importantes. Según informes de 2011, Camboya registró un aumento notable de la cantidad de metanfetamina intervenida, que se triplicó con creces, llegando hasta unos 264.000 comprimidos en comparación con 83.000 en 2010¹¹⁶. Las incautaciones de metanfetamina cristalina también aumentaron, de 10 kilogramos en 2010 a 19 kilogramos en el primer semestre de 2011¹¹⁷; en 2010 fueron incautadas asimismo grandes cantidades de precursores y las autoridades camboyanas incautaron casi 20 millones de comprimidos de preparados farmacéuticos con contenido de pseudoefedrina¹¹⁸.

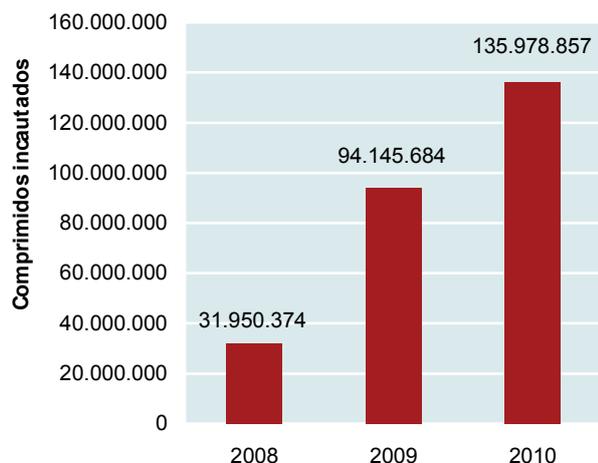
¹¹⁴ Las estadísticas se basan en los datos comunicados sobre el número de comprimidos, cotejados por el Programa mundial de vigilancia de las drogas sintéticas: análisis, informes y tendencias (SMART) de la UNODC. Los datos presentados por algunos países en el cuestionario para los informes anuales se cuantificaron en peso.

¹¹⁵ *Ibid.*

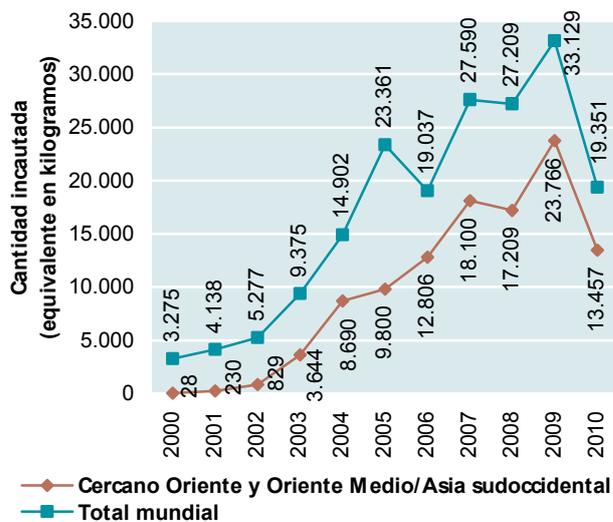
¹¹⁶ Información presentada por Camboya a la 17ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, Tokio, febrero de 2012, pág. 5.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Información presentada por Camboya a la 16ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, Tokio, febrero de 2011, pág. 2.

Figura 41. Comprimidos de metanfetamina incautados en el Asia oriental y sudoriental, 2008-2010

Fuente: Basado en los datos reunidos por la Red de información sobre el uso indebido de drogas para Asia y el Pacífico, incluidos los relativos a Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, el Japón, Malasia, Myanmar, la República de Corea, la República Democrática Popular Lao, Singapur, Tailandia y Viet Nam.

Figura 42. Anfetamina incautada a nivel mundial y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia sudoccidental, 2000-2010

Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

En contraste con las tendencias comunicadas por la mayoría de los países del Asia oriental y sudoriental, las incautaciones de metanfetamina en el Japón han mostrado un descenso sostenido desde 2008. Esta tendencia continuó en 2010, año en que ese país incautó 311 kilogramos de metanfetamina, frente a 368 kilogramos en 2009.

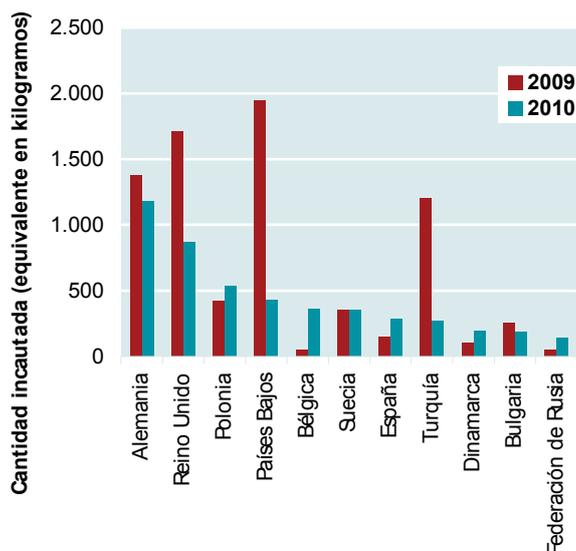
Disminución de las incautaciones de anfetamina a nivel mundial

En 2010 las incautaciones mundiales de anfetamina disminuyeron en un 42% a 19 toneladas frente a las 33 toneladas incautadas en 2009, principalmente como consecuencia del descenso de esas incautaciones en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y en el Asia sudoccidental. Estas subregiones, que sumaban alrededor del 70% del total mundial de incautaciones de anfetamina, registraron un notable declive de dichas incautaciones (sobre todo de comprimidos de Captagon¹¹⁹), que pasaron de casi 24 toneladas en 2009 a 13 toneladas en 2010. Esto representó el total más bajo de anfetamina incautada que se ha comunicado en la región desde 2006 y la primera disminución importante desde 2000 (véase la figura 42).

Disminución constante de las incautaciones de anfetamina en Europa y aumento del número de laboratorios detectados

La cantidad de anfetamina incautada en Europa, que venía disminuyendo desde 2008, continuó su tendencia descendente y pasó de 8,9 toneladas en 2009 a 5,4 toneladas en 2010, el total más bajo de incautaciones de anfetamina registrado en la región desde 2002.

¹¹⁹ Captagon, marca registrada que contiene el estimulante fenetilina, se retiró del mercado en el decenio de 1980. Sin embargo, siguen existiendo versiones falsificadas a base principalmente de anfetamina.

Figura 43. Incautaciones de anfetamina en determinados países europeos, 2009-2010

Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales. Las estimaciones referentes a 2009 y 2010, en el caso del Reino Unido, se basan en datos incompletos de algunas jurisdicciones para los ejercicios 2009/2010 y 2010/2011, respectivamente, y ajustados, en relación con esas jurisdicciones incompletas, con arreglo a la distribución de 2006/2007 (basada en datos más exhaustivos).

Sin embargo, el número de laboratorios de anfetamina incautados en Europa aumentó en un 44%, de los 43 intervenidos en 2009 a 62 en 2010. Como en años anteriores, la mayoría de los laboratorios para la fabricación ilícita de sustancias del grupo anfetamínico incautados en todo el mundo fueron laboratorios de anfetamina. Estonia comunicó un aumento notable del número de laboratorios de anfetamina detectados, de dos en 2009 a siete en 2010.

El OEDT informó de que en el “eje noroccidental” (los Países Bajos y Bélgica) el uso de equipo industrial podía haber incrementado la capacidad de producción y el consiguiente rendimiento, de unos 5 a 8 kilogramos de anfetamina por lote de producción a entre 30 y 40 kilogramos, mientras que en Polonia, según los informes, la capacidad de las instalaciones de fabricación ilícita ha aumentado de aproximadamente 3 kilogramos a entre 4 y 8 kilogramos por lote.

Los mercados de “éxtasis” muestran signos de recuperación

Aunque muchos países comunicaron que seguía escaseando la MDMA en el mercado de “éxtasis” en 2010 (a menudo compensada por la creciente disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas), hay indicios de que en el período 2010/2011 el mercado de “éxtasis” comenzó a recuperarse.

La importante disminución del total de incautaciones de sustancias del grupo “éxtasis” en el Canadá entre 2007 y 2009¹²⁰ se invirtió en 2010, año en que las incautaciones de “éxtasis” aumentaron a 529 kilogramos, de 405 kilogramos en 2009. Entre los lugares de destino de las remesas de “éxtasis” incautadas en el Canadá o procedentes de este país se incluían los Estados Unidos y, en menor medida, Australia, Malasia y el Perú¹²¹.

Aunque se registró una disminución general de las incautaciones de “éxtasis” en 2010, la disponibilidad de “éxtasis” en los Estados Unidos parece estar en aumento¹²². Con todo, la prevalencia del consumo de “éxtasis” entre la población general descendió marginalmente en 2010 (del 1,1% al 1% de la población de 12 años o más)¹²³; en contraste, los datos recopilados entre los estudiantes de 12º grado mostraron una

¹²⁰ Las incautaciones de “éxtasis” disminuyeron de 1 tonelada en 2007 a 715 kilogramos en 2008 y a 405 kilogramos en 2009.

¹²¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales (2010).

¹²² Especialmente en las zonas abarcadas por los equipos de acción contra el narcotráfico y la delincuencia organizada de las regiones de los Grandes Lagos, Nueva York/Nueva Jersey, el Suroeste y el Pacífico (National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2011*).

¹²³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*.

mayor disponibilidad de “éxtasis”¹²⁴ junto con un aumento de la prevalencia del consumo de esta droga tanto en 2010 como en 2011¹²⁵.

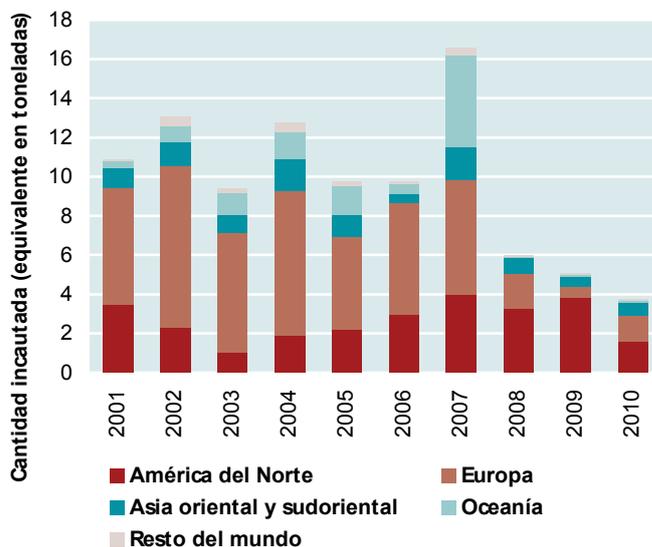
La cantidad de “éxtasis” incautada en la frontera entre el Canadá y los Estados Unidos aumentó de más de 1,9 millones de comprimidos en 2006 a más de 3,9 millones de comprimidos en 2010, lo que constituye la mayor cantidad incautada en media década, así como un indicio de la creciente importancia del Canadá como lugar de fabricación de “éxtasis”¹²⁶. Además, el tamaño medio de las remesas incautadas era cada vez mayor.

Tras varios años de descenso, especialmente en 2009, el mercado europeo de “éxtasis” también muestra signos de recuperación y la Europol informa de un resurgimiento de la droga desde mediados de 2010 (véase la figura 44). Esto también se refleja en un aumento general de las incautaciones de sustancias del grupo “éxtasis” comunicadas a la UNODC, las cuales se incrementaron a más del doble (de 595 kilogramos en 2009 a 1,3 toneladas en 2010). Esta recuperación puede relacionarse en general con el descubrimiento de precursores ligeramente modificados que no están sometidos a fiscalización internacional.

Mientras que los países de Europa oriental experimentaron un leve descenso de las incautaciones de “éxtasis”, Europa sudoriental y Europa occidental y central registraron un aumento considerable de las mismas (82% y 136% respectivamente). Siete países (Alemania, España, Francia, los Países Bajos, Polonia, el Reino Unido y Turquía) concentran el 90% de las incautaciones comunicadas, lo que incluye un incremento particularmente importante en los Países Bajos, donde las incautaciones se multiplicaron casi por siete aunque sin ser aún comparables con el nivel alcanzado antes de 2009. El aumento de la oferta de “éxtasis” en el mercado europeo se ve confirmado por la pureza cada vez mayor del “éxtasis” observada en algunos países europeos como los Países Bajos y el Reino Unido.

En 2010 se registró un aumento del 31% de las incautaciones de “éxtasis” en el Asia oriental y sudoriental, donde China (382 kilogramos), Malasia (130 kilogramos) e Indonesia (127 kilogramos) comunicaron incautaciones importantes de sustancias del grupo “éxtasis”. En Oceanía las incautaciones también siguieron aumentando en Australia, donde se aprehendieron 112 kilogramos de sustancias del grupo “éxtasis” en 2010, en comparación con 54 kilogramos en 2008 y 59 kilogramos en 2009. En Nueva Zelandia las incautaciones de “éxtasis” se triplicaron, alcanzando 12 kilogramos, cifra similar a la comunicada en 2004.

Figura 44. Incautaciones de “éxtasis”, por regiones, 2001-2010



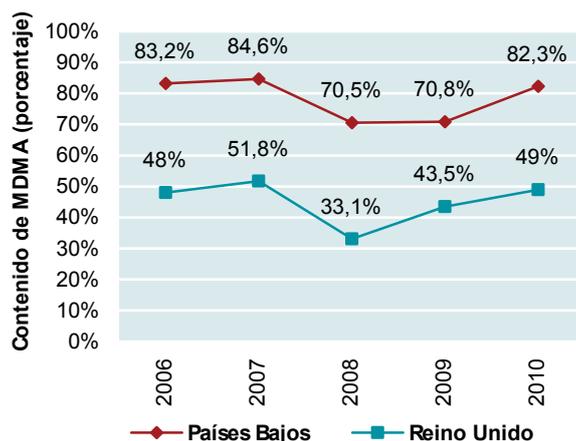
Fuente: Cuestionario para los informes anuales complementado con otras fuentes oficiales.

¹²⁴ La proporción de estudiantes de 12º grado que estimaron que era muy fácil o relativamente fácil obtener MDMA disminuyó de un nivel máximo del 61,5% en 2001 al 41,9% en 2008 y al 35,1% en 2009, para luego aumentar nuevamente a un 36,4% en 2010 y un 37,1% en 2011 (Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, diciembre de 2011).

¹²⁵ En consonancia con la disponibilidad, la prevalencia anual del consumo de MDMA entre los estudiantes de 12º grado descendió de una cifra máxima del 9,2% alcanzada en 2001 a un 4,3% en 2009, para luego subir de nuevo a un 4,5% en 2010 y a un 5,3% en 2011. (Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, diciembre de 2011).

¹²⁶ National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2011*, pág. 30.

Figura 45. Contenido de MDMA de los comprimidos vendidos como “éxtasis” en los Países Bajos y el Reino Unido (cifras basadas en análisis de laboratorio), 2006-2010



Fuente: Charlotte Davies y otros, eds., *United Kingdom Drug Situation: Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2010* (Reino Unido, Departamento de Sanidad y United Kingdom Focal Point on Drugs, 2010).

Disminución del número de laboratorios de “éxtasis” incautados en 2010

El número de laboratorios de “éxtasis” incautados en todo el mundo disminuyó de 52 en 2009 a 44 en 2010. Los países que comunicaron fabricación de “éxtasis” en 2010 (por número de laboratorios incautados) fueron Australia (17), el Canadá (13), Indonesia (12), Malasia (1) y la Argentina (1). Pese a un descenso de la fabricación de “éxtasis” comunicada, cabe destacar que algunos países, como Australia e Indonesia, notificaron un aumento de la capacidad de fabricación o del tamaño de los laboratorios. Es notable asimismo que algunos países, como el Canadá, Nueva Zelanda y Turquía, comunicasen casos de posible fabricación de múltiples drogas, incluida la fabricación de “éxtasis” en laboratorios de metanfetamina ilícitos. En Europa, pese a un aumento de las incautaciones de esta droga, la UNODC no recibió ningún informe sobre la incautación de laboratorios de “éxtasis” en 2010 (véase la figura 46). Sin embargo, en 2011 se detectaron varios laboratorios de “éxtasis”.

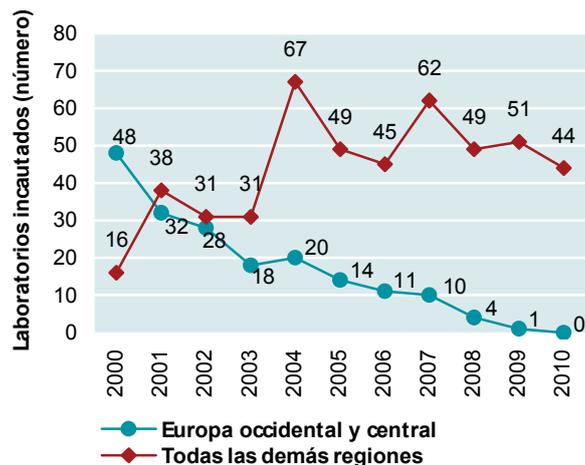
Continuada aparición de nuevas sustancias psicoactivas

El mercado de estimulantes de tipo anfetamínico siempre se ha caracterizado por una gran variedad de sustancias y en años recientes ha venido evolucionando rápidamente el mercado de nuevas sustancias psicoactivas. Está surgiendo en el mercado, en número y variedades sin precedentes, toda una gama de nuevas sustancias psicoactivas a menudo comercializadas como “sales de baño”, “colocones legales” o “alimento vegetal”. Estas sustancias, que incluyen piperazinas como bencilpiperazina (BZP) o *m*-clorofenilpiperazina (*m*CPP), así como análogos de la metcatinona, en particular 4-metilmecatínona (4-MMC, conocida como mefedrona) o MDPV, remedan los efectos de estimulantes como el “éxtasis” y las anfetaminas.

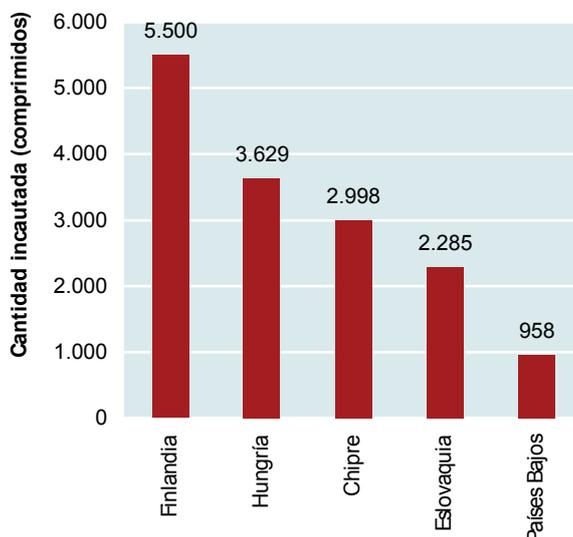
La mefedrona representa una proporción cada vez más importante de los mercados de drogas ilícitas en algunos países europeos. Por ejemplo, Hungría comunicó que esa sustancia sintética fue la más frecuentemente incautada en 2010¹²⁷, y en el Reino Unido un reciente informe del Gobierno mostró que 286 de las 3.564 incautaciones de drogas realizadas en Irlanda del Norte durante el período 2010-2011 fueron de mefedrona, cifra muy superior a la de las incautaciones de anfetaminas (128) y de “éxtasis” (150), y solo ligeramente inferior a las de cocaína (304)¹²⁸.

¹²⁷ Información proporcionada por Hungría en el cuestionario para los informes anuales (2010).

¹²⁸ Charlotte Davies y otros, eds., *United Kingdom Drug Situation: Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2010* (Reino Unido, Departamento de Sanidad y United Kingdom Focal Point on Drugs, 2010).

Figura 46. Número de laboratorios de sustancias del grupo “éxtasis” incautados, por regiones, 2000-2010

Fuente: Base de datos de la UNODC sobre estimaciones y análisis de las tendencias a largo plazo.

Figura 47. Incautaciones de comprimidos de mCPP comunicadas en determinados países europeos, 2010

Fuente: Cuestionario para los informes anuales.

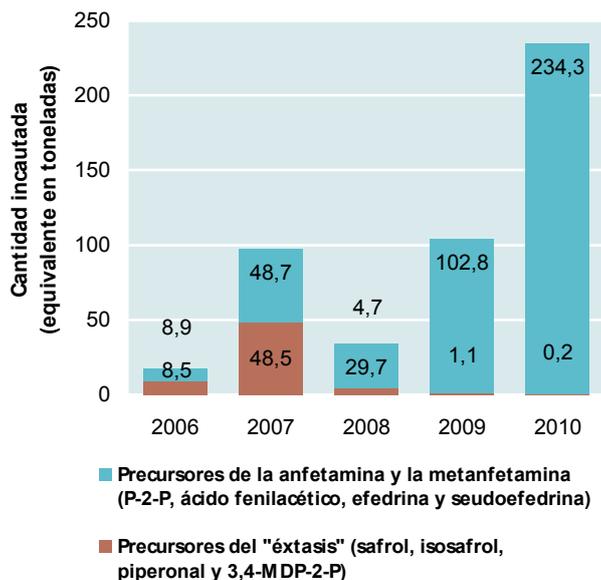
Nota: Finlandia también comunicó la incautación de 56 kilogramos de mCPP.

La catinona sintética MDPV también está cada vez más extendida en los mercados ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico de todo el mundo, especialmente en los Estados Unidos. Sin embargo, dado que esta sustancia no está sometida a fiscalización internacional, las incautaciones no se comunican de forma rutinaria a la UNODC en el cuestionario para los informes anuales.

En varias regiones, incluidas Asia^{129,130}, Europa y Oceanía, se ha registrado consumo de piperazinas. La BZP se considera una amenaza en Filipinas; y en Viet Nam se han comunicado incautaciones de mCPP, así como el consumo muy frecuente de 1-(3-trifluorometilfenil)piperazina y BZP. En Europa, varios países (Chipre, Eslovaquia, Finlandia, Hungría y los Países Bajos) comunicaron incautaciones de comprimidos de mCPP en 2010 (véase la figura 47) y Chipre también comunicó incautaciones de BZP.

¹²⁹ Información proporcionada por Viet Nam en la 17ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, Tokio, febrero de 2012, pág. 3.

¹³⁰ Global SMART Drug Control Brief, Viet Nam (marzo de 2011); informe nacional de Viet Nam, Standing Office on Drugs and Crime, presentado en la 34ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, Asia y el Pacífico, Bangkok, 30 de noviembre a 3 de diciembre de 2010, pág. 2.

Figura 48. Incautaciones mundiales de precursores de estimulantes de tipo anfetamínico, 2006-2010

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en datos de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Creciente flexibilidad en la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico

Las organizaciones de narcotraficantes siempre han mostrado un grado de flexibilidad extraordinario para adaptar sus estrategias de fabricación a fin de evitar la detección. Algunas de esas estrategias incluyen la utilización de sustancias químicas sucedáneas, la extracción de precursores de preparados farmacéuticos y, más recientemente, la disimulación de precursores y el desarrollo de nuevos métodos de síntesis. Los constantes cambios en el proceso de fabricación ilícita de sustancias sintéticas presenta un sinnúmero de nuevos desafíos a las autoridades de fiscalización de drogas en todo el mundo.

La efedrina y la pseudoefedrina han sido tradicionalmente los principales precursores utilizados en la fabricación ilícita de metanfetamina, pero en años recientes se han intensificado considerablemente las medidas de fiscalización de esas sustancias, tanto a granel como en forma de preparados farmacéuticos, especialmente en América del Norte. Por este motivo, para fabricar metanfetamina los traficantes han recurrido al sucedáneo químico 1-fenil-2-propanona (P-2-P) y sus precursores, incluidos el ácido fenilacético y los ésteres del acetato de fenilo¹³¹. Las incautaciones mundiales de precursores reflejan la importancia cada vez mayor de la P-2-P y del ácido fenilacético en la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico (véase la figura 48).

La pseudoefedrina extraída de preparados farmacéuticos sigue utilizándose como precursor en la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico. Se han incautado grandes cantidades de preparados de pseudoefedrina destinados a ese fin en Asia (sobre todo en Myanmar y Tailandia) y Oceanía (en Australia y Nueva Zelanda). Se ha comunicado asimismo la extracción de efedrina y pseudoefedrina de ciertas partes de la planta efedra en Nueva Zelanda¹³² y Kirguistán. Para la fabricación de "éxtasis", en 2010 se detectó la extracción de safrol del aceite de alcanfor en Australia.

La disimulación de un precursor a fin de evitar la detección o la fiscalización, seguida de una fácil recuperación del material original antes de utilizarlo en la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico, presenta un desafío cada vez mayor para los organismos de lucha contra el narcotráfico. Por ejemplo, la P-2-P, que existe en forma líquida, ha sido incautada en varios países europeos bajo la forma de un

¹³¹ El producto resultante de la utilización de ácido fenilacético o de P-2-P es una mezcla racémica menos potente, la *d*- y *l*-metanfetamina. Los operadores de laboratorios compensan la pérdida de potencia de este producto ya sea con un mayor nivel de pureza o sometándolo a una fase de purificación adicional a fin de obtener la *d*-metanfetamina tradicional.

¹³² En un laboratorio clandestino de fabricación de metanfetamina desmantelado en julio de 2010 se descubrió que el infractor había estado extrayendo efedrina/pseudoefedrina de ciertas partes de la planta efedra y de preparados farmacéuticos (información proporcionada por Nueva Zelanda en el cuestionario para los informes anuales).

polvo blanco (el aducto de bisulfito, no sujeto a fiscalización) que puede transformarse en líquido con relativa facilidad. En 2010 surgió también en el mercado europeo el derivado glicídico de la 3,4-metilendioxfenil-2-propanona 2 (3,4-MDP-2-P), el precursor no sometido a fiscalización utilizado en la fabricación ilícita de MDMA. Esos precursores disimulados tienen pocos usos legítimos conocidos y comparten la característica de ser fácilmente convertibles en el precursor del estimulante de tipo anfetamínico correspondiente.

Continúan desarrollándose nuevos métodos para la fabricación ilícita de drogas sintéticas. El método “rápido” o “volcán” de fabricación de metanfetamina, descubierto en los Estados Unidos en 2010, supuestamente puede reducir el tiempo de síntesis total a menos de 10 minutos¹³³. El llamado método “de una sola olla” para la fabricación de metanfetamina también se utiliza con mayor frecuencia que en años anteriores, cuando predominaban otros métodos de fabricación, como el “fósforo rojo” y el “amoníaco anhidro”¹³⁴. Además, en un laboratorio clandestino de Hungría se detectó en 2009 otro método para fabricar anfetamina mediante la utilización de las sustancias no sujetas a fiscalización benzaldehído¹³⁵ y nitroetano¹³⁶ como precursores¹³⁷.

Mercados y rutas de tráfico ilícito emergentes

África occidental

Hay cada vez más indicios de que las organizaciones delictivas que participan en el tráfico ilícito de estimulantes de tipo anfetamínico están procediendo en el África occidental del mismo modo que los traficantes de cocaína, es decir, tratando de evadir las medidas de represión antidroga para el contrabando de estimulantes de tipo anfetamínico, sobre todo metanfetamina, a otras partes del mundo (principalmente al Asia oriental) por conducto de portadores de estupefacientes. A partir de 2008 empezaron a aumentar las incautaciones en el África occidental paralelamente al contrabando de metanfetamina a países del Asia oriental, en particular al Japón y la República de Corea. En el curso de 2009 y 2010 siguieron comunicándose incautaciones.

Cercano Oriente y Oriente Medio

El aumento de las necesidades anuales con fines legales de precursores químicos de estimulantes de tipo anfetamínico como la efedrina y la pseudoefedrina, en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, podría ser un signo de la desviación de esas sustancias químicas hacia la fabricación ilícita de drogas. Entre los países que comunican necesidades muy elevadas de esos precursores figuran la República Islámica del Irán (55 toneladas), la República Árabe Siria (50 toneladas) y el Pakistán (48 toneladas). Actualmente el Pakistán es, a nivel mundial, el cuarto país con las mayores necesidades de efedrina para fines lícitos (22 toneladas), después de China, los Estados Unidos y la República de Corea. En 2010 y 2011, Irán (República Islámica del) y el Pakistán comunicaron incautaciones de efedrina¹³⁸.

¹³³ Respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por los Estados Unidos relativas a 2010.

¹³⁴ Las autoridades de los Estados Unidos atribuyen la popularidad del “método de una sola olla” a la sencillez del proceso y la facilidad de obtener “recetas” y vídeos con instrucciones detalladas en la Internet. Los ingredientes, generalmente disponibles, se combinan en una botella plástica de dos litros; no se requiere calor y toda la elaboración toma unos 30 minutos (información proporcionada por los Estados Unidos en el cuestionario para los informes anuales).

¹³⁵ El benzaldehído es un aldehído líquido incoloro con un característico olor a almendra utilizado principalmente como precursor para otros compuestos orgánicos, desde fármacos hasta aditivos plásticos. Se forma por oxidación parcial del alcohol benzílico que, tras una rápida oxidación, produce ácido benzoico y puede transformarse en otros productos tratándolo con ácido hidrocianico o bisulfito de sodio.

¹³⁶ El nitroetano es una sustancia química empleada principalmente como disolvente industrial, aditivo para combustible o propelente en la fabricación de productos farmacéuticos y agentes de remoción de esmaltes de uñas. Es un líquido incoloro aceitoso de olor desagradable.

¹³⁷ *Amphetamines and Ecstasy: 2011 Global ATS Assessment*.

¹³⁸ *Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas: Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.4), pág. 75.

En contraste con la disminución de las incautaciones de anfetamina en muchos países de la región, es posible que en el Iraq el mercado de anfetamina esté en aumento, habida cuenta de las incautaciones sin precedentes de casi 1,6 toneladas de anfetamina en forma de comprimidos de Captagon realizadas en 2010¹³⁹. Las incautaciones de metanfetamina en la región también indican la emergencia y expansión de este mercado en Irán (República Islámica del) (donde las incautaciones de metanfetamina comunicadas siguieron siendo importantes, de casi 1,4 toneladas en 2010), Israel (que realizó una incautación de metanfetamina sin precedentes en 2010) y Jordania (que comunicó su primera incautación en 2010)¹⁴⁰.

¹³⁹ Informe nacional del Iraq presentado a la Subcomisión sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Asuntos Conexos en el Cercano Oriente y el Oriente Medio en su 46º período de sesiones, celebrado en Viena del 19 al 22 de diciembre de 2011.

¹⁴⁰ Informe nacional de Jordania presentado a la Subcomisión sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Asuntos Conexos en el Cercano Oriente y el Oriente Medio en su 46º período de sesiones, celebrado en Viena del 19 al 22 de diciembre de 2011.

El uso de sustancias psicoactivas no es un fenómeno nuevo. Estas sustancias se han consumido en todas las épocas bajo formas diversas. Sin embargo, todo indica que en los últimos 50 años el problema contemporáneo de la droga, caracterizado por una concentración del uso de drogas ilícitas entre los jóvenes, en particular los varones de zonas urbanas, y por la disponibilidad de un número creciente de sustancias psicoactivas, ha cobrado un cariz particular.

Los rápidos cambios socioeconómicos ocurridos en períodos recientes han creado un entorno en que el problema de la droga, tal como lo conocemos, ha tomado forma y comenzado a exhibir las características antes mencionadas. Durante el último decenio, los mercados establecidos de drogas ilícitas de los países industrializados han mostrado signos de estabilización, mientras que en los países en desarrollo se ha seguido observando un aumento del uso de drogas ilícitas paralelamente a las transiciones socioeconómicas.

En el capítulo II se presenta y examina el problema contemporáneo de la droga y se explica la forma en que este fenómeno se ha visto determinado por los factores fundamentales y persistentes que definen su naturaleza, así como por acontecimientos a más corto plazo que han contribuido a modificar sus pautas a lo largo del tiempo. A su vez, esta distinción servirá de base para analizar los elementos que constituyen los factores de riesgo y las fuerzas motrices predecibles de la economía de las drogas ilícitas, así como las cuestiones que siguen siendo en gran medida imprevisibles.

A. Características fundamentales del problema contemporáneo de las drogas ilícitas

Principales dimensiones del problema contemporáneo de la droga

Prevalencia, distribución por edad, diferencias de consumo entre los géneros y valor de mercado

La población mundial ha alcanzado 7.000 millones de personas. De estas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito estima¹ que unos 230 millones² consumen una droga ilícita al menos una vez al año. Esto representa aproximadamente una de cada 20 personas entre las edades de 15 y 64 años. En ese mismo grupo de edad, aproximadamente una de cada 40 personas consume drogas con mayor regularidad, por lo menos una vez al mes, y menos de una de cada 160, esto es, cerca de 27 millones de personas³ consumen drogas de forma que las expone a graves problemas de salud.

La gran mayoría de los usuarios de drogas ilícitas consume cannabis. Unos 170 millones de personas consumieron esta sustancia al menos una vez al año en el período reciente. Ello equivale a alrededor del 3,8% de la población adulta mundial⁴. Muy a la zaga del cannabis, el segundo grupo de sustancias ilícitas de mayor consumo son los estimulantes de tipo anfetamínico, con unos 33 millones de adultos que consumieron anfetaminas, incluidas metanfetamina, anfetamina y metcatinona, y cerca de 20 millones que consumieron sustancias vendidas como “éxtasis” (MDMA). Alrededor de 16 millones y 17 millones de personas consumieron cocaína y opiáceos respectivamente. En su mayoría, los consumidores de opiáceos, unos 12 a 13 millones, consumieron heroína. Incluso si a los opiáceos se suman los opioides sintéticos (muchos de los cuales son drogas de venta con receta no sujetas a fiscalización internacional), la tasa de consumo anual de opioides para fines no médicos permaneció por debajo del 0,8% de la población adulta⁵.

¹ Las estimaciones que se ofrecen a continuación se basan en los resultados contenidos en el informe mundial sobre las drogas correspondiente a 2011, *World Drug Report 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.11.XI.10). Muchos países aún no están en condiciones de realizar periódicamente encuestas de hogares de carácter científico. Por tanto, esas estimaciones deben interpretarse con cautela. A fin de reflejar el carácter incierto de estas cifras, en varias partes del presente informe, ya sea en el texto o en una nota a pie de página, se incluyen márgenes de variación de esos valores.

² Margen de variación: 153 a 300 millones en 2010/2011.

³ Margen de variación: 15,5 a 38,6 millones.

⁴ Margen de variación: 2,6 a 5,0%.

⁵ Estimaciones de la UNODC.

La región con el mercado de drogas ilícitas más grande del mundo es América del Norte, aunque ninguna región queda fuera de ese mercado. En términos de producción de las drogas, las concentraciones son las siguientes: el cannabis en África y las Américas (aunque el cannabis se produce en casi todos los países), los opiáceos en Asia, la cocaína en América del Sur y las drogas sintéticas en Europa, Asia y América del Norte. En cuanto al consumo de cannabis, los niveles más elevados se han registrado en Oceanía, América del Norte y África. El consumo de cocaína alcanza su mayor nivel en América del Norte y América del Sur y Europa occidental y, en años recientes, en Oceanía. Se observan niveles relativamente altos de consumo de opiáceos sobre todo en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, el Asia central, Europa y América del Norte, y de estimulantes de tipo anfetamínico en Oceanía, el Asia oriental y sudoriental, América del Norte y Europa.

Hoy en día, en la mayoría de los países, el consumo de drogas ilícitas es mayormente un fenómeno presente entre la juventud. Las tasas de prevalencia aumentan gradualmente entre los 13 y los 17 años y alcanzan su mayor nivel entre las personas de 18 a 25 años. Luego esas tasas disminuyen progresivamente hasta alcanzar niveles insignificantes a partir de los 65 años. La edad típica de las personas que reciben tratamiento para dejar de consumir drogas ilícitas se sitúa entre los últimos años de la veintena y los primeros de la treintena, mientras que las muertes relacionadas con el consumo de drogas suelen ocurrir a una edad promedio cercana a la mitad de la treintena.

Otra característica clave del consumo de drogas ilícitas en el mundo es que un mayor número de hombres que de mujeres⁶ consume dichas drogas⁷, aunque algunos estudios indican que las mujeres muestran un nivel relativamente alto de uso indebido de sustancias lícitas. En los Estados Unidos de América, el 18,2% de los hombres y el 12,5% de las mujeres mayores de 12 años consumieron una droga ilícita al menos una vez en 2010, lo que significa que la proporción del consumo de drogas entre las mujeres fue inferior en casi una tercera parte a la proporción correspondiente entre los hombres. En la categoría potencialmente más problemática de consumo de drogas ilícitas durante el mes anterior a la encuesta (a menudo caracterizado como “consumo actual de drogas”), la diferencia fue más pronunciada, pues el consumo actual de drogas entre las mujeres en los Estados Unidos fue aproximadamente un 40% inferior al registrado entre los hombres⁸.

La mayoría de los otros países desarrollados muestra diferencias de consumo más grandes entre los géneros con respecto al consumo de drogas ilícitas. En la mayor parte de Europa, incluidos Alemania, Francia y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (Inglaterra y Gales únicamente), el consumo de drogas entre las mujeres representa la mitad, o menos, del registrado entre los hombres. Si se calcula el consumo anual de cannabis de las mujeres frente al de los hombres en la Unión Europea y Noruega, sobre la base de encuestas realizadas en 2004 y 2010, se obtiene, para la población de 15 a 64 años, un nivel de consumo de cannabis del 4,4% entre las mujeres frente a un 9,1% entre los hombres. De los 28 países analizados, solo en tres países se comunicaron diferencias de consumo relativamente pequeñas entre los géneros: en Italia, donde el consumo de cannabis entre las mujeres ascendió a un 67% del registrado entre los hombres en 2008; en Bulgaria (69% en 2008) y en Noruega (90% en 2010)⁹.

⁶ L. Degenhardt y W. Hall, “Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease”, *The Lancet*, vol. 379, núm. 9810 (7 de enero de 2012), págs. 55 a 70.

⁷ Existe un debate permanente sobre el alcance del consumo de drogas y la drogodependencia no visibles entre las mujeres. El estigma y la falta de servicios, así como determinadas características de comportamiento, tienden a restar visibilidad al consumo de drogas por las mujeres y pueden asimismo incidir en el hecho de que las mujeres no informen respecto de sus hábitos de consumo de drogas en las encuestas de hogares. No obstante, el consumo general de drogas ilícitas y la drogodependencia entre las mujeres en todo el mundo son mucho menos frecuentes que entre los hombres. Las encuestas de hogares, las pruebas de detección del consumo de drogas en la fuerza laboral (basados en análisis de la orina y el pelo), los datos sobre tratamientos, las visitas a los servicios de urgencia, las estadísticas de detención y las estadísticas de mortalidad muestran la misma tendencia: el consumo de drogas ilícitas es mucho más común entre los hombres que entre las mujeres.

⁸ L. Degenhardt y W. Hall, “Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease”, *The Lancet*, vol. 379, núm. 9810 (7 de enero de 2012), págs. 55 a 70.

⁹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Statistical Bulletin 2011* (Lisboa, agosto de 2011). Disponible en www.emcdda.europa.eu/stats11.

En la mayoría de los países en desarrollo, las diferencias de consumo entre los géneros son aún más pronunciadas. Por ejemplo, las encuestas realizadas en el Brasil en 2005¹⁰ y en la Argentina en 2010 arrojaron tasas de prevalencia del consumo de drogas entre las mujeres que se situaban aproximadamente dos tercios por debajo de las tasas de consumo de los hombres en la población general. El consumo de drogas por las mujeres representó solo el 11% del de los hombres en Indonesia en 2010¹¹ y, en una proporción similar, el 13% en Filipinas en 2008¹². A la luz de una evaluación rápida realizada en la India en 2000¹³ y de evaluaciones nacionales efectuadas en el Pakistán en 2000¹⁴ y 2006¹⁵, las mujeres representaban menos del 10% de los consumidores de drogas identificados y entrevistados.

Las encuestas efectuadas en escuelas, en cambio, muestran diferencias de consumo mucho menores entre los géneros. Esto podría indicar que las mujeres están más dispuestas que los hombres a desistir del consumo de drogas ilícitas. Además, dado que las mujeres tienden a ser más reacias a los riesgos, consumen cantidades más pequeñas de droga que los hombres, lo que posiblemente les ayuda a dejar de consumir drogas. Las encuestas escolares realizadas en 35 países europeos en 2007 por el Proyecto europeo de encuestas en escuelas sobre el alcohol y otras drogas mostraron que entre los estudiantes de 15 y 16 años el 23% de los varones y el 17% de las niñas habían probado drogas al menos una vez (prevalencia de consumo en algún momento de la vida). Ello significa que la tasa de prevalencia femenina representó un 74% de la tasa masculina a esa edad¹⁶. Los datos comparables procedentes de encuestas escolares realizadas en los Estados Unidos mostraron una diferencia incluso menor entre los estudiantes secundarios de ese mismo grupo de edad (estudiantes de décimo grado), con una tasa de prevalencia de consumo en algún momento de la vida entre las mujeres equivalente a un 92% de la tasa masculina en 2007¹⁷.

La dimensión económica de los mercados internacionales de opiáceos y cocaína está relativamente bien documentada. Según estimaciones de la UNODC, el mercado minorista total de cocaína asciende a unos 85.000 millones de dólares¹⁸ y el mercado de opiáceos es del orden de aproximadamente 68.000 millones de dólares (cifras de 2009)¹⁹. En 2003, el valor total del mercado de drogas ilícitas se calculó en 320.000 millones de dólares, o un 0,9% del PIB mundial²⁰. A la luz de las estimaciones de 2003, los mercados más grandes -en términos de su valor, calculado sobre la base de las ventas al por menor- fueron América del Norte (44% del total) y Europa (33%), seguidos de Asia, Oceanía, África y América del Sur. Aunque no se ha realizado un nuevo desglose desde esa fecha, los datos parciales disponibles indican que las proporciones pueden haber disminuido en América del Norte y aumentado en las otras regiones.

¹⁰ F. I. Bastos, N. Bertoni y M. A. Hacker, "Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brasil, 2005", *Revista de Saúde Pública*, vol. 42, Suppl. 1 (2008), págs. 109 a 117.

¹¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

¹² Filipinas, Dangerous Drugs Board, *Study on the Current Nature and Extent of Drug Abuse in the Philippines* (Manila, 2008).

¹³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Extent, Pattern and Trends of Drug Abuse in India: National Survey* (2004).

¹⁴ Naciones Unidas, Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito, y Pakistán, Anti-Narcotics Force, *Drug Abuse in Pakistan: Results from the Year 2000 National Assessment* (Viena, 2002).

¹⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Pakistán, Ministry of Narcotics Control, *Problem Drug Use in Pakistan: Results from the Year 2006 National Assessment* (Tashkent, 2007); véase también Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Female Drug Use in Pakistan: Mapping Estimates, Ethnographic Results and Behavioural Assessment* (Islamabad, 2010).

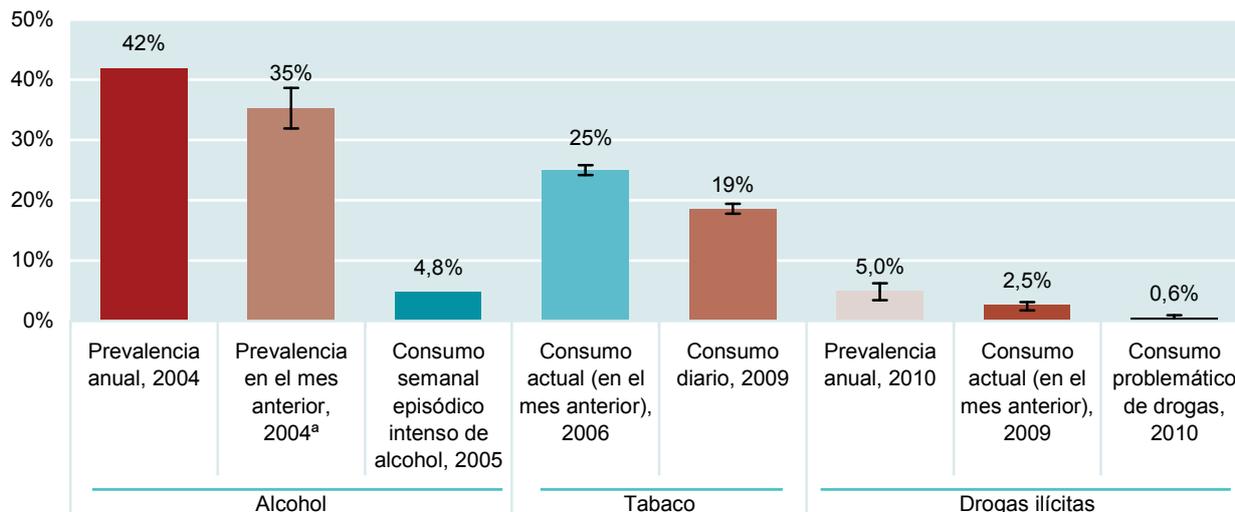
¹⁶ B. Hibell y otros, *The 2007 ESPAD Report: Substance Use among Students in 35 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y Otras Drogas, 2009).

¹⁷ L. D. Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2007*, vol. I, *Secondary School Students 2007*, National Institutes of Health publication núm. 08-6418A (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, septiembre de 2008).

¹⁸ *Informe Mundial sobre las Drogas 2011*.

¹⁹ *The Global Afghan Opium Trade: A Threat Assessment, 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.11.XI.11).

²⁰ *Informe Mundial sobre las Drogas 2005*, vol. 1, Análisis (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.05.XI.10).

Figura 1. Consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en las poblaciones de jóvenes y de adultos (Porcentaje)

Fuente: Estimaciones relativas a las drogas ilícitas basadas en datos del cuestionario para los informes anuales de la UNODC; estadísticas relativas al alcohol: Organización Mundial de la Salud, *Global Status Report on Alcohol and Health* (Ginebra, 2011); y *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009); estadísticas relativas al tabaco: Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics 2010* (Ginebra, 2010).

^a Estimación tentativa.

Comparación de las tasas de prevalencia

La comparación con las tasas de consumo de sustancias lícitas sugiere que la introducción de medidas de fiscalización internacional ha contribuido a mantener unas tasas de consumo de drogas ilícitas más bajas. Las estimaciones mundiales indican que el consumo actual de tabaco (25% de la población mayor de 15 años) es 10 veces más prevalente que el consumo actual de drogas ilícitas (véase la figura 1). El consumo de alcohol, legal en la mayoría de los países, registra una tasa de prevalencia anual del 42%, esto es, ocho veces mayor que la del consumo de drogas ilícitas. El consumo semanal episódico de alcohol en grandes cantidades es ocho veces más prevalente que el consumo problemático de drogas.

La prevalencia anual del consumo de alcohol se sitúa claramente por encima de la media mundial en Europa (69%), las Américas (58%) y la región del Pacífico occidental de la OMS (56%). Se sitúa por debajo de esa media en las zonas donde está prohibido el consumo de alcohol²¹ o donde este se considera inapropiado por razones religiosas. Sobre la base de las agrupaciones regionales establecidas por la OMS, se registran tasas de consumo de alcohol por debajo de la media en el Mediterráneo oriental (3,5%), en el Asia sudoriental, que incluye a la India (11%), y en menor medida en África (29%). Las cifras de consumo medio per cápita, cuyos niveles más altos se registran en Europa y las Américas, reflejan esta pauta²².

El consumo de tabaco es claramente superior a la media en Europa oriental, el Asia oriental y sudoriental y, en menor medida, en el Asia meridional, los países del Cono Sur de América del Sur, los países del Magreb y Europa occidental y central. En el África subsahariana, Oceanía y América del Norte se registran tasas inferiores a la media²³. Mientras que el consumo de tabaco parece haber seguido aumentando en los países en desarrollo, está en descenso en los países desarrollados, especialmente en América del Norte y Oceanía. En los Estados Unidos, por ejemplo, el consumo actual de tabaco se redujo de un nivel máximo del 42% de la población adulta en 1965 a un 19% en 2011²⁴.

²¹ Como el Afganistán, la Arabia Saudita, Brunei Darussalam, los Emiratos Árabes Unidos (Sharjah), la India (Gujarat), Irán (República Islámica del), Kuwait, Libia, el Sudán y el Yemen.

²² Organización Mundial de la Salud, *Global Status Report on Alcohol and Health* (Ginebra, 2011).

²³ Organización Mundial de la Salud, *Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo: crear ambientes libres de humo* (Ginebra, 2009).

²⁴ Centers for Disease Control and Prevention, National Health Interview Survey, 2011 y años anteriores. Disponible en www.cdc.gov/nchs/nhis.htm.

El consumo de drogas ilícitas, alcohol y tabaco constituye un riesgo considerable para la salud. Según un estudio de la OMS realizado en 2002, unas 200.000 personas morían anualmente por causas relacionadas con el consumo de drogas. En consecuencia, se perdían 11,2 millones de años de vida (años de vida ajustados en función de la discapacidad) debido al consumo de opiáceos, cocaína y anfetaminas. Los números absolutos de las muertes y las pérdidas de años de vida son muy superiores en lo que respecta a los usuarios de sustancias lícitas²⁵. Sin embargo, si se expresan los años de vida perdidos como proporción del número de usuarios la perspectiva cambia radicalmente, pues el número de consumidores de drogas ilícitas es mucho menor: en promedio se perdieron 19 años de vida por cada 100 usuarios de drogas ilícitas (opiáceos, cocaína y anfetaminas), en contraste con 5 años por cada 100 consumidores de tabaco y 2 años por cada 100 consumidores de alcohol. Esto indica claramente que el consumo de opiáceos, cocaína y anfetaminas es más problemático que el consumo de sustancias lícitas.

En estudios posteriores se ha confirmado que los riesgos relativos para la salud asociados con el consumo de drogas ilícitas son considerablemente más elevados que los relacionados con el consumo de alcohol. Según un estudio realizado por la OMS en 2008, unos 40,5 millones de personas en todo el mundo padecían algún tipo de discapacidad moderada o grave como consecuencia de la dependencia del alcohol²⁶, en comparación con aproximadamente 11,8 millones de personas con tales discapacidades entre los consumidores de drogas ilícitas, que eran mucho menos numerosos (una novena parte)²⁷.

Si el cálculo del riesgo para la salud se basa en los años de vida ajustados en función de la discapacidad, las drogas ilícitas representan 13,2 millones de años de vida, o una décima parte del total de años de vida perdidos a causa del uso indebido de sustancias (véase el cuadro 1). La mayor proporción representada por las drogas en los años de vida perdidos en comparación con la proporción de muertes refleja el hecho de que los consumidores de drogas tienden a morir a una edad más temprana que los consumidores de alcohol y, en particular, que los consumidores de tabaco.

Cuadro 1: Muertes y años de vida ajustados en función de la discapacidad atribuibles al consumo de drogas ilícitas, alcohol y tabaco

	Drogas ilícitas	Alcohol	Tabaco	Total
Muertes relacionadas con el uso indebido de sustancias (millones)	0,245	2,3	5,1	7,6
Muertes a nivel mundial (porcentaje)	0,4	3,6	8,7	12,6
Años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos (millones)	13,2	69,4	56,9	139,5
Años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos a nivel mundial (porcentaje)	0,9	4,4	3,7	9,0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009).

La aplicación de la política de salud pública y su enfoque regulatorio respecto de las drogas

El papel del Estado en la protección de la salud pública ha ido aumentando con el tiempo, entre otras cosas mediante la adopción de un enfoque regulatorio que entraña la aplicación de un sistema complejo de autorizaciones y controles de calidad. En ese marco se ha desarrollado la fiscalización de las sustancias psicoactivas.

Aunque existe desde hace varios miles de años en muchas partes del mundo, el uso de sustancias psicoactivas constituye una preocupación de salud pública relativamente reciente. Por ejemplo, el consumo de opio y cannabis es muy antiguo en Asia y luego pasó a África y Europa; lo mismo ocurre con respecto a la hoja de coca en la subregión andina y al khat en los países de la zona del Golfo de Adén. Por otra parte,

²⁵ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana* (Ginebra, 2002).

²⁶ Definidas por la OMS como clases de discapacidad III y superiores de la carga mundial de morbilidad.

²⁷ Organización Mundial de la Salud, *The Global Burden of Disease: 2004 Update* (Ginebra, 2008).

desde tiempos inmemoriales los humanos consumen diversas plantas alucinógenas. El consumo tradicional de drogas se limitaba generalmente a acontecimientos religiosos y sociales de carácter especial y a ciertos usos médicos. Sin embargo, en el siglo XIX se produjo un cambio cuando el opio pasó a ser objeto de un comercio altamente lucrativo. Los fumaderos de opio se hicieron populares en toda el Asia oriental y sudoriental y, a raíz de ello, surgió la drogadicción en gran escala.

En 1839 China trató de prohibir las importaciones de opio pero entró abiertamente en conflicto con los comerciantes y en 1858, obligada a ceder a sus exigencias, estableció el libre comercio de opio. Como resultado de esta legalización de hecho, el consumo de opio siguió aumentando sin cesar. Según algunas estimaciones, a principios del siglo XX, cerca de la cuarta parte de la población masculina adulta de China consumía opio²⁸. Pronto resultó evidente que los intentos de fiscalización de drogas centrados exclusivamente en el ámbito nacional serían insuficientes.

En los Estados Unidos, el consumo de cocaína comenzó a aumentar rápidamente en la década de 1890 y la primera década del siglo XX, lo que causó graves problemas en varias ciudades e hizo que varios estados adoptaran medidas de fiscalización. Sin embargo, esos esfuerzos a nivel estatal por lo general no surtieron efecto, pues las drogas se introducían desde estados vecinos. Ello dio lugar a una larga batalla con el fin de trasladar la fiscalización de drogas del nivel estatal al plano federal. Por su parte, los intentos de Egipto de prohibir todas las importaciones de hachís durante la primera parte del siglo XX tampoco prosperaron, pues los comerciantes podían comprar hachís legalmente en otros países e introducirlo clandestinamente en el país.

A raíz de ello se hicieron llamamientos para establecer un sistema multilateral de fiscalización de drogas. A la primera conferencia de la Comisión Internacional del Opio, celebrada en Shanghai (China) en 1909, siguió la aprobación de la Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya el 23 de enero de 1912²⁹, así como de tres convenciones sobre fiscalización de drogas aprobadas bajo los auspicios de la Sociedad de Naciones durante el período entre guerras y, por último, de las tres convenciones de las Naciones Unidas sobre fiscalización de drogas aprobadas en 1961, 1971 y 1988. Las tres convenciones de las Naciones Unidas siguen siendo la piedra angular del actual sistema de fiscalización internacional de drogas y cuentan con una adhesión casi universal.

La salud pública es una dimensión clave del sistema de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas. Ello se refleja en el párrafo del preámbulo de la primera convención de las Naciones Unidas relativa a las drogas, la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972³⁰, que comienza con la frase “Preocupadas por la salud física y moral de la humanidad”. Conforme a esa Convención, la OMS desempeña una función primordial en la tarea de evaluar las sustancias psicoactivas desde los puntos de vista médico, científico y de salud pública a fin de formular recomendaciones con respecto a su posible fiscalización internacional. Con arreglo a la Convención de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, la producción y el uso de drogas se limitarán a los fines médicos y científicos (artículo 4, apartado c)) y se prestará atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas (artículo 38, párrafo 1). En el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971³¹, que amplió el número de sustancias sometidas a fiscalización internacional, se mantuvo ese mismo enfoque centrado en la salud.

Conforme a la tercera convención de las Naciones Unidas sobre fiscalización de drogas, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988³², los Estados partes deben tipificar como delitos en su derecho interno la producción, la fabricación, la venta, la importación y la exportación de drogas. Además, contrariamente a las dos primeras convenciones de las Naciones Unidas, la Convención de 1988 también requiere que las Partes tipifiquen como delito la posesión y la adquisición o el cultivo de drogas para el consumo personal, sobre la base del razonamiento de que la demanda fomenta el tráfico ilícito (artículo 3).

²⁸ *Report of the International Opium Commission, Shanghai, China, February 1 to February 26, 1909*, vol. II, *Reports of the Delegations* (Shanghai, North-China Daily News and Herald Limited, 1909).

²⁹ Sociedad de Naciones, *Treaty Series*, vol. VIII, núm. 222.

³⁰ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 976, núm. 14152.

³¹ *Ibid.*, vol. 1019, núm. 14956.

³² *Ibid.*, vol. 1582, núm. 27627.

Al mismo tiempo, la Convención de 1988 -como la Convención de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972- dejó abierta la posibilidad de otras interpretaciones con respecto a las sanciones aplicables al consumo de drogas ilícitas. Por ejemplo, conforme al artículo 3, párrafo 2, la fiscalización de drogas está sujeta a los principios constitucionales y los conceptos fundamentales del ordenamiento jurídico de cada Parte, lo que permite cierto margen a las variaciones nacionales en términos de la aplicación. En segundo lugar, el artículo 3, párrafo 4 c) dice lo siguiente:

“No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, en los casos apropiados de infracciones de carácter leve, las Partes podrán sustituir la declaración de culpabilidad o la condena por la aplicación de otras medidas tales como las de educación, rehabilitación o reinserción social, así como, cuando el delincuente sea un toxicómano, de tratamiento y postratamiento.”

Esto significa que los países pueden aplicar toda una gama de medidas alternativas para sancionar el consumo de drogas ilícitas sin dejar de ajustarse al sistema de fiscalización internacional de drogas.

En la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones³³, los Estados Miembros reconocieron que la reducción de la demanda era un pilar indispensable del enfoque global para luchar contra el problema mundial de la droga. En la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas³⁴, también emanada del vigésimo período extraordinario de sesiones, se estipuló que las políticas de reducción de la demanda deberían estar orientadas hacia la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido. Además de la prevención, que formó parte del sistema desde un principio, la mitigación de las consecuencias adversas del uso indebido de drogas pasó a ser una parte integral del sistema de fiscalización internacional de drogas. Los Estados Miembros expresaron ese criterio de forma aun más explícita en la Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas³⁵, aprobados en 2009 durante la serie de sesiones de alto nivel del 52º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes y por la Asamblea General en su resolución 64/182, en la que los Estados Miembros se comprometieron a intensificar sus esfuerzos para atenuar las consecuencias sanitarias y sociales adversas del uso indebido de drogas para las personas y la sociedad en general.

La evolución del problema contemporáneo de la droga en el contexto de los cambios sociales

La expansión del problema actual de las drogas ilícitas comenzó entre los jóvenes de América del Norte durante el decenio de 1960, luego se extendió a Europa occidental y, con el tiempo, al resto del mundo. El consumo de drogas ilícitas formaba parte entonces de una amplia contracultura, un movimiento de protesta de los jóvenes contra los poderes establecidos, en particular los políticos y los militares, y la guerra de Viet Nam. Muchos usuarios de drogas se consideraban a sí mismos ciudadanos progresistas que rechazaban el materialismo, el consumismo y las actitudes conformistas. Este movimiento estaba integrado sobre todo por jóvenes y el consumo de cannabis fue creciendo paralelamente a él. Aunque en los Estados Unidos el consumo de cannabis había estado asociado al auge del jazz durante los años veinte³⁶, en la década de 1960 se expandió a sectores mucho más amplios de la población. Además, en América del Norte y Europa occidental el consumo de drogas pasó a verse cada vez más como una forma de explorar los estados de conciencia alterados. En los años sesenta se propagó el uso de drogas alucinógenas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), asociada a menudo a la música psicodélica. En los últimos años de la década de 1960 se observó asimismo la aparición del consumo de heroína en América del Norte, especialmente entre los jóvenes soldados estadounidenses en Viet Nam. Poco después, el consumo de heroína surgía también en muchas partes de Europa.

³³ Resolución S-20/2 de la Asamblea General, anexo.

³⁴ Resolución S-20/3 de la Asamblea General, anexo.

³⁵ Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, Suplemento núm. 8 (E/2009/28)*, cap. I, sec. C.

³⁶ Véase, por ejemplo, H. Shapiro, *Waiting for the Man: The Story of Drugs and Popular Music* (Londres, Helter Skelter Publishing, 1999).

Tras el fin de la guerra de Viet Nam y las reformas sociales introducidas durante la década de 1970 en muchos países, ese amplio movimiento juvenil de protesta se diluyó casi completamente y junto con él desaparecía la base “ideológica” del consumo de drogas ilícitas. No obstante, en muchas partes del mundo el uso de esas drogas siguió aumentando y asociándose a ciertos aspectos de la cultura de los jóvenes.

Aunque el consumo de cocaína existe en los Estados Unidos desde fines del siglo XIX, el mercado era relativamente pequeño hasta que comenzó a expandirse en el decenio de 1960. Hasta fines de los años setenta, la cocaína se consideraba una sustancia más bien benigna consumida sobre todo por las clases adineradas. Sin embargo, la imagen de la cocaína cambió a principios de la década de 1980 a raíz de la invención del “crack”, una forma más barata de cocaína. Apareció entonces una subcultura en torno a la comercialización y el consumo de “crack”, el cual pasó a ser la droga asociada a la delincuencia de las pandillas, los delitos violentos y la prostitución.

El consumo de drogas ilícitas también se relaciona con la vida nocturna, en la que los jóvenes tienen por lo general una participación preponderante. En los años setenta y ochenta eran comunes las discotecas, mientras que a fines de la década de 1980 las fiestas “rave” cobraron mayor popularidad. Una y otra vez, las encuestas de los asistentes a tales eventos han arrojado altísimas tasas de prevalencia del consumo ilícito de drogas, en particular de “éxtasis”, pero también de anfetaminas, cannabis y cocaína. Ese consumo se observa entre los jóvenes de todos los sectores sociales.

Aunque la mayoría de las culturas juveniles relacionadas con las drogas surgieron en América del Norte, una consabida excepción es el movimiento rastafari jamaicano. La cultura rasta, principalmente asociada a la música reggae y al consumo de cannabis, se extendió de Jamaica a muchos otros países durante el decenio de 1980. Si bien aún existen pequeñas comunidades rastafari en varios países, actualmente este movimiento es un fenómeno marginal.

Las drogas, especialmente los estimulantes, se han utilizado tradicionalmente para incrementar el rendimiento laboral. Esto ocurre asimismo en las sociedades competitivas e individualistas de hoy, en las que muchos trabajadores se sienten presionados a consumir drogas para aumentar su rendimiento. Sin embargo, a falta de datos a este respecto, resulta difícil proyectar una tendencia de dicho consumo.

Además, el consumo de drogas ilícitas afecta cada vez más a una serie de grupos vulnerables. En este contexto, el consumo de drogas puede estar vinculado a factores como pobreza, inestabilidad, exposición a la violencia, difíciles condiciones laborales, sobrecarga de trabajo, trastornos de estrés postraumático, negligencia y abuso, y disfunción familiar.

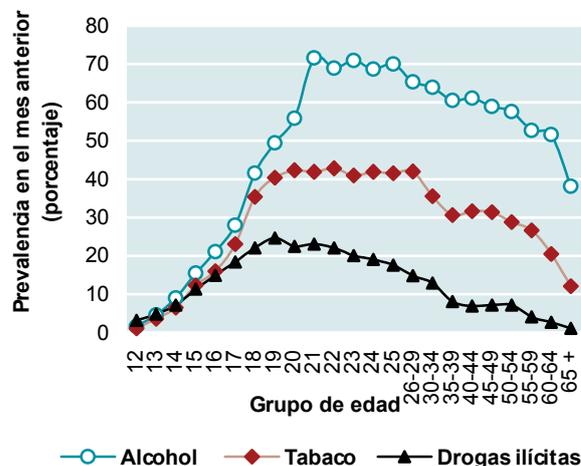
¿Un efecto de contención vinculado a un determinado grupo de edad?

La sociedad y las autoridades han expresado legítima preocupación por el impacto del consumo de drogas ilícitas en los jóvenes, dado que puede repercutir en su futuro, así como en el de la sociedad. Sin embargo, cabe preguntarse por qué el consumo de drogas ilícitas se observa esencialmente entre los jóvenes. De hecho, es posible que la concentración del consumo de drogas entre los jóvenes, que es una característica fundamental del problema contemporáneo de la droga, se deba no tanto a una mayor propensión de los jóvenes a consumir drogas como al efecto de una menor propensión de los adultos a transgredir las leyes y normas sociales. Las comparaciones de las pautas de distribución por edad del consumo de sustancias psicoactivas lícitas con fines recreativos confirman la hipótesis de que el sistema de fiscalización de drogas actúa como un potente freno contra la expansión del consumo de drogas ilícitas desde la adolescencia hasta la edad madura.

El consumo de sustancias psicoactivas lícitas está distribuido de forma más homogénea que el de drogas ilícitas entre los grupos de edad. Si bien la iniciación al consumo de todas esas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia o los primeros años de la edad adulta, el consumo de sustancias lícitas, como el tabaco y el alcohol, continúa en proporciones mucho mayores en los mismos grupos demográficos, mientras que el consumo de drogas ilícitas registra una disminución bastante más notable.

En casi todos los países, el consumo de sustancias psicoactivas aumenta durante la adolescencia y luego decae. Por ejemplo, los datos relativos a los Estados Unidos indican que el período de máximo consumo de drogas ilícitas se sitúa entre los 18 y los 20 años de edad, mientras que el de alcohol y tabaco ocurre algunos años más tarde (entre los 20 y los 25 años). A partir de ese momento, el consumo disminuye (véase la figura 2).

Figura 2. Prevalencia de la distribución por edad del consumo en el mes anterior de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en los Estados Unidos, 2010



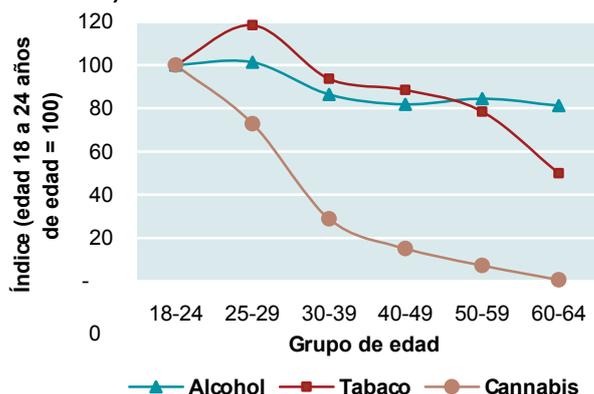
Fuente: Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2011).

Tomando como indicador básico el consumo de esas sustancias por las personas de 18 a 25 años, los datos confirman que la disminución posterior es mucho más pronunciada en el caso del consumo de drogas ilícitas que en el de sustancias lícitas. Entre las personas de la llamada generación de Woodstock, esto es, las que tenían entre 18 y 25 años en 1969 y que actualmente pertenecen al grupo de edad de 60 a 64 años, el consumo de drogas ilícitas es hoy un 87% más bajo que el de la actual población de 18 a 25 años. Las tasas correspondientes al consumo de tabaco y al consumo de alcohol son respectivamente un 50% y un 16% inferiores.

De modo similar, los datos relativos a Alemania (2009) muestran que el consumo de alcohol es alrededor de un 19% más bajo entre el grupo de edad de 60 a 64 años en comparación con el de 18 a 24 años, mientras que el consumo de tabaco es aproximadamente un 50% inferior (véase la figura 3). Una vez más, las diferencias de edad son más pronunciadas en lo que respecta al consumo de drogas ilícitas. Entre los mayores, el consumo de cocaína es un 95% inferior, el de cannabis casi un 99% más bajo y el de heroína, LSD y estimulantes de tipo anfetamínico se ha reducido en casi el 100%³⁷.

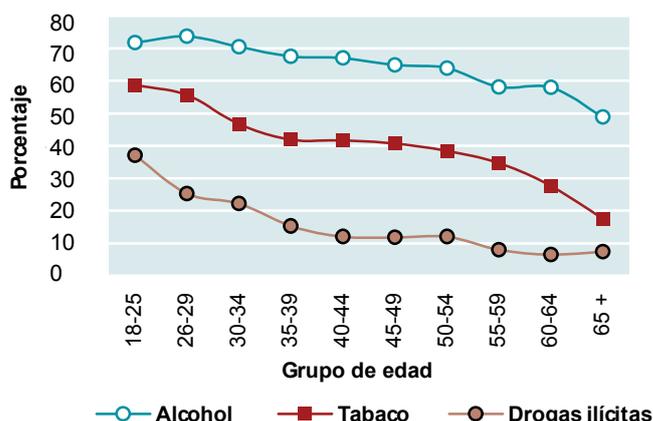
En vista de los cambios considerables observados en el consumo de sustancias psicoactivas a lo largo del tiempo, este análisis constituye una indicación plausible -aunque no una prueba- de que en el sistema de fiscalización de drogas entra en acción un efecto de contención que depende de la edad de los consumidores. La hipótesis de que ese efecto de contención es más fuerte en lo que respecta al consumo de drogas ilícitas que al de sustancias lícitas se ve corroborada por la comparación de las tasas de prevalencia del consumo durante el mes anterior y del consumo en algún momento de la vida en cada grupo de edad. Una proporción menor significa que un mayor número de personas consiguió poner fin al consumo de esas sustancias. Pese a que algunas sustancias son más adictivas que otras, los datos relativos a los Estados Unidos muestran que, en cada grupo de edad, fueron más los consumidores de drogas ilícitas que los usuarios de sustancias lícitas que lograron abandonar la adicción (véase la figura 4). Así pues, solo el 7% de los consumidores del grupo de 60 a 64 años de edad que había consumido drogas ilícitas alguna vez en la vida seguía consumiendo drogas en 2010, mientras que el 28% de ese grupo de edad que había sido fumador en algún momento de la vida continuaba fumando y el 58% de los que habían consumido alcohol alguna vez en la vida seguía bebiendo.

³⁷ A. Pabst y otros, "Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009" (Consumo de sustancias y trastornos conexos; resultados de la encuesta epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias de 2009), *Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, vol. 56, núm. 5 (2010), págs. 327 a 336.

Figura 3. Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en Alemania, por grupos de edad^a, (Índice: edad 18 a 24=100)

Fuente: Sobre la base de datos procedentes de A. Pabst y otros, "Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009", *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, vol. 56, núm. 5 (2010).

^a Los datos relativos a la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco se basan en el consumo durante el mes anterior; los datos relativos a la prevalencia del consumo de cannabis se basan en el consumo anual.

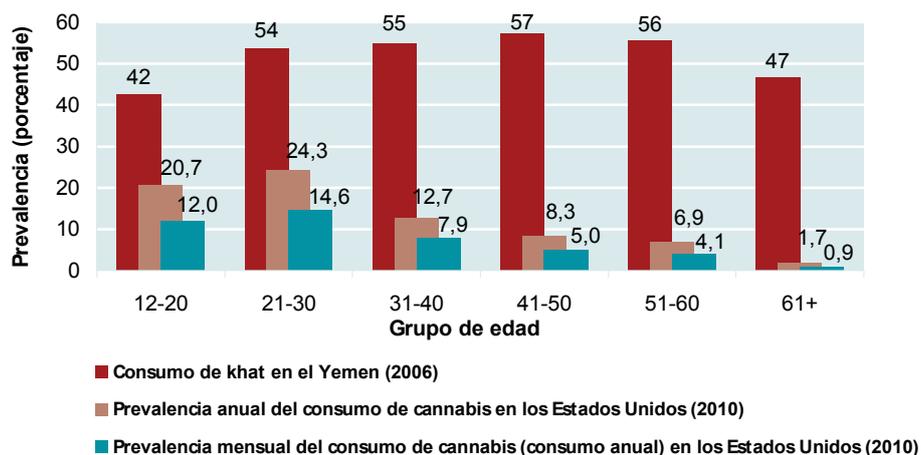
Figura 4. Consumidores de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en algún momento de la vida que siguieron consumiendo esas sustancias psicoactivas en los meses anteriores a la encuesta en los Estados Unidos, 2010 (Porcentaje)

Fuente: Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2011).

La hipótesis de que el efecto de contención es más fuerte respecto de las drogas ilícitas que de las sustancias lícitas también se ve apoyada empíricamente cuando las sustancias actualmente sujetas a fiscalización han tenido carácter legal en la práctica, como el opio en la China del siglo XIX, o donde sustancias psicoactivas distintas del tabaco y el alcohol son aún lícitas, como el khat en el Yemen y algunos países del África oriental. Un estudio del Banco Mundial realizado en el Yemen en 2006 reveló que, en promedio, el 72% de los hombres y el 33% de las mujeres habían declarado haber mascado khat en 2006³⁸. La distribución por edad mostró el consumo general más elevado de khat entre las personas de 41 a 50 años (alrededor del 57%), mientras que el de las personas mayores de 61 años se situó en aproximadamente un 47%. Esta proporción era solo un 13% inferior a la correspondiente al grupo de edad de 21 a 30 años. Si se comparan esos mismos dos grupos de edad en los Estados Unidos, el consumo de cannabis era un 93% más bajo en el grupo de más edad (véase la figura 5).

³⁸ Banco Mundial, "Yemen towards qat demand reduction", informe núm. 39738-YE (junio de 2007).

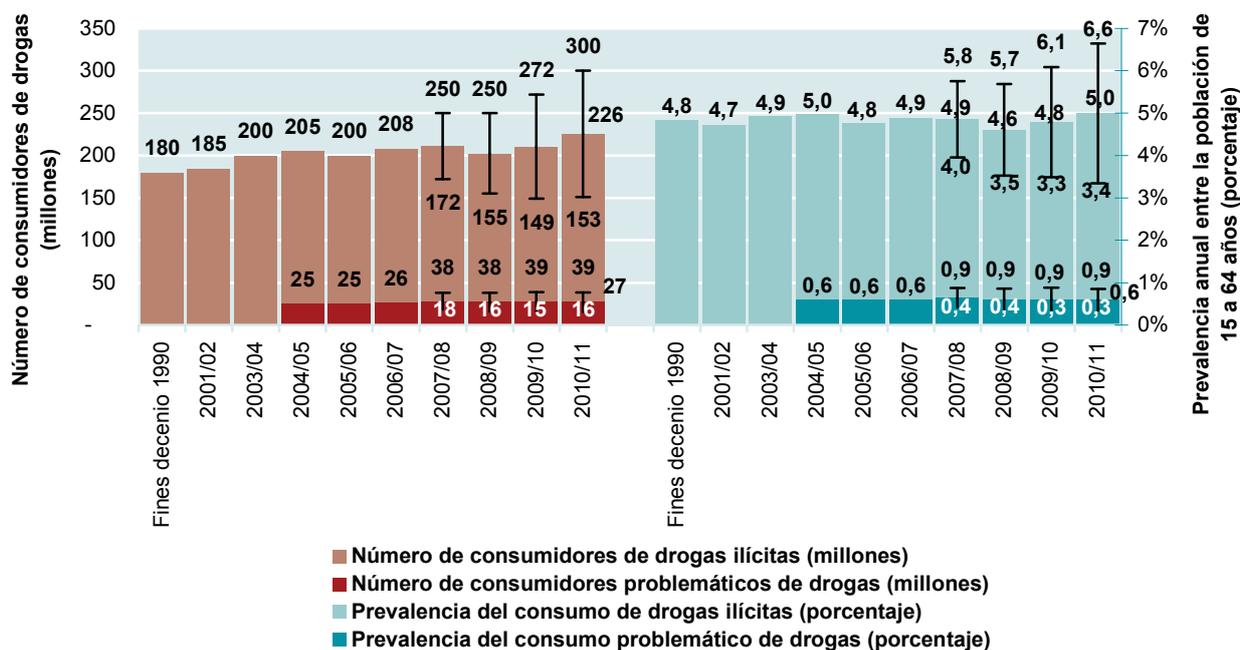
Figura 5. Distribución de los consumidores de khat en el Yemen y de los consumidores de cannabis en los Estados Unidos por grupos de edad



Fuente: Banco Mundial, “Yemen towards qat demand reduction”, informe núm. 39738-YE (junio de 2007); Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2011).

^a Aproximadamente el 72% de los hombres y el 32,6% de las mujeres consumieron khat en el Yemen en 2006. En su mayor parte, se trató de un consumo actual de khat: una proporción inferior al 2% de los hombres y al 5% de las mujeres consumió khat menos de una vez al mes. Cerca del 42% de los hombres mascaba khat diariamente y alrededor del 12% lo hacía entre 3 y 4 días a la semana. Aproximadamente el 13% de las mujeres mascaba khat diariamente, cerca del 7% lo hacía 3 o 4 veces por semana y el 4% entre 1 y 2 días a la semana.

Figura 6. Consumo de drogas ilícitas a nivel mundial, fines del decenio de 1990 a 2010/2011



Fuente: Estimaciones basadas en los datos procedentes del cuestionario para los informes anuales de la UNODC.

La expansión geográfica del problema contemporáneo de la droga

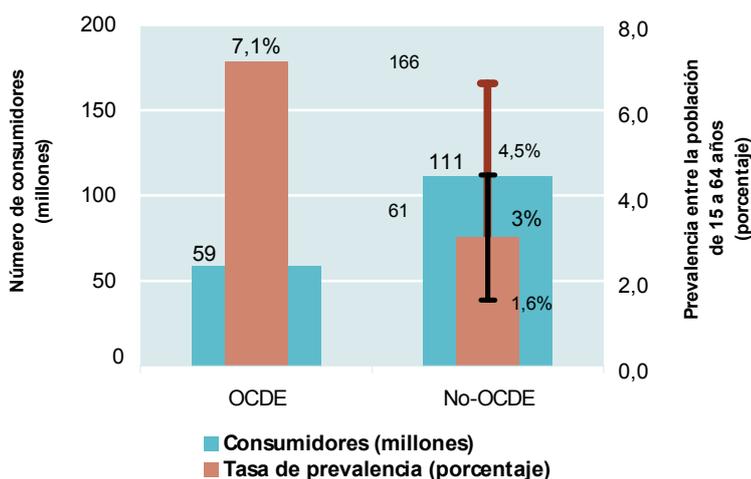
Si bien desde el decenio de 1960 el consumo de drogas ilícitas ha aumentado a nivel mundial, en años recientes se ha estabilizado (véase la figura 6). Las tasas de prevalencia se han mantenido generalmente estables durante la última década en cerca de un 5% para el grupo de edad de 15 a 64 años. Sin embargo, en términos geográficos, el consumo de drogas sigue extendiéndose.

Pese a que la escasez de datos no permite hacer un análisis detallado, al parecer los países con economías en transición y los países en desarrollo se ven cada vez más afectados por el consumo de drogas ilícitas a

medida que atraviesan por una serie de cambios socioeconómicos. En números absolutos, en los países que no son miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) el número de consumidores de drogas ilícitas es casi el doble que en los países miembros de la OCDE (véase la figura 7). Una de las razones es el mayor tamaño de la población en los países en desarrollo, pero el desplazamiento del consumo de drogas hacia los países en desarrollo también se refleja en los informes anuales enviados por los gobiernos a la UNODC. Mientras que las tendencias del consumo de drogas ilícitas comunicadas apuntan hacia una estabilización en los países de la OCDE en años recientes, otros países tienden a percibirla como una tendencia a la alta (véase la figura 8). Por tanto, la distinción tradicional entre países productores de drogas en el empobrecido Sur y países consumidores del próspero Norte se hace cada vez más borrosa.

Como ocurre con muchos otros fenómenos sociales, la globalización ha acelerado la difusión y cierta homogeneización del problema contemporáneo de la droga. En este sentido, el consumo de cocaína ha venido mostrando una tendencia descendente en América del Norte, donde las tasas eran especialmente altas, mientras que ha ido en aumento durante el último decenio en América del Sur, Europa occidental y África, que solían registrar tasas muy inferiores. El uso indebido de heroína, que era particularmente elevado en Europa occidental, ha mostrado señales de estabilización o disminución en esa zona en años recientes, a la vez que sigue aumentando en algunos países de tránsito. El consumo de “éxtasis”, que inicialmente se limitaba a América del Norte y Europa occidental, se ha ido extendiendo a muchas otras partes del mundo, incluidas Oceanía, el Asia sudoriental, América del Sur, la zona del Caribe y Centroamérica.

Figura 7. Número de consumidores de cannabis y prevalencia del consumo de cannabis en los países miembros y no miembros de la OCDE, 2010



Fuente: Estimaciones basadas en los datos procedentes del cuestionario para los informes anuales de la UNODC.

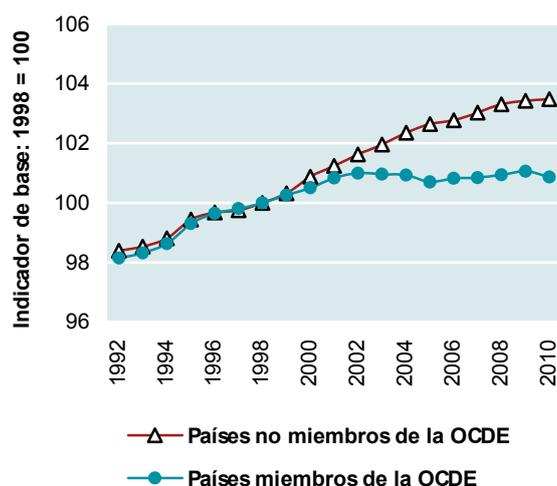
La economía negra de las drogas ilícitas

Evolución de la economía negra de las drogas ilícitas

Tras la ratificación de la Convención de La Haya en 1912 a raíz de los tratados de paz firmados al término de la primera guerra mundial -los cuales incluían una disposición por la que los signatarios ratificaban automáticamente esa Convención- la producción y el uso indebido de drogas disminuyeron notablemente a nivel mundial en las décadas inmediatamente posteriores³⁹. Al mismo tiempo, en varios países se empezaron a detectar señales de emergentes mercados negros de drogas ilícitas.

³⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *A Century of International Drug Control* (2009). Disponible en www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf.

Figura 8. Tendencias percibidas del consumo de drogas ilícitas comunicadas por los Estados Miembros, 1992-2010



Fuente: Datos procedentes del cuestionario para los informes anuales de la UNODC.

Nota: Promedio de todas las tendencias del consumo de drogas ilícitas comunicadas (cannabis, opioides, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, tranquilizantes y sedantes, alucinógenos, disolventes e inhalantes) ponderado respecto a la población de 15 a 64 años de edad.

Nota: Proporciones de transformación aplicadas a las tendencias del año sobre el que se informa en términos de prevalencia: disminución notable = 2; alguna disminución = 1; estable = 0; algún aumento = 1; aumento notable = 2. Si todos los países hubiesen comunicado "algún aumento", la tendencia en un determinado año habría mostrado un aumento de 1; si todos los países hubiesen comunicado que no se registró "ningún cambio notable", la curva de la tendencia habría permanecido en el mismo nivel.

El problema presentó un cariz especialmente agudo en los Estados Unidos: los grupos de la delincuencia organizada empezaron a participar en el tráfico ilícito de heroína procedente de China y Turquía hacia ese país. Los grupos de la delincuencia organizada estadounidense también contaban con vinculaciones internacionales. Por ejemplo, los grupos delictivos italianos con sede en los Estados Unidos estaban estrechamente involucrados en el tráfico de drogas, así como los grupos judíos vinculados a otros grupos que operaban tanto dentro del país como en el extranjero⁴⁰. Además, la década de 1930 presencié los comienzos de la "Conexión francesa", un sistema según el cual se adquiría opio en Turquía que luego se transformaba en heroína en laboratorios a cargo de corsos en Marsella (Francia) y se introducía de contrabando en los Estados Unidos. La Conexión francesa, que tuvo su máximo auge a fines de los años sesenta y principios de los setenta, proveyó la mayor parte de la heroína consumida en los Estados Unidos.

Preocupados por el aumento de las actividades de tráfico de drogas, los Estados respondieron con la aprobación de la Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas de 1936⁴¹. Debido a la difícil situación política imperante en los últimos años del decenio de 1930 y al comienzo de la segunda guerra mundial, solo un limitado número de Estados firmó y ratificó la Convención, lo que hizo que su efecto fuera insignificante. Transcurrieron más de 50 años antes de que el tráfico ilícito de drogas se abordara de forma integral en la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.

Uno de los objetivos básicos de la Convención de 1988 era el desmantelamiento de los grandes cárteles de la droga que habían surgido en el decenio de 1980. La Convención incluía disposiciones encaminadas a alentar una mayor cooperación internacional, la tipificación del delito de tráfico ilícito de drogas, la extradición de los traficantes de drogas, la asistencia judicial recíproca, las entregas vigiladas, la cooperación en la lucha contra el tráfico ilícito por mar, la fiscalización de los precursores de drogas ilícitas, y un llamamiento a los países para combatir el blanqueo de dinero. Algunos años más tarde se desmantelaban en Colombia los mayores cárteles de la droga del mundo.

El desmantelamiento de los grandes cárteles de la cocaína dieron lugar a profundos cambios en el mercado de las drogas ilícitas. Surgió un gran número de pequeños grupos de traficantes de drogas, lo que a su vez redundó en una mayor competencia. Los precios de las drogas -en particular los de la cocaína- bajaron

⁴⁰ Observatoire géopolitique des drogues, *Atlas mondial des drogues* (Paris, Presses Universitaires de France, 1996).

⁴¹ Sociedad de Naciones, *Treaty Series*, vol. CXCVIII, núm. 4648.

notablemente. Todo indica que los esfuerzos de prevención y tratamiento impidieron que aumentara el consumo de cocaína en los Estados Unidos a pesar del descenso de los precios.

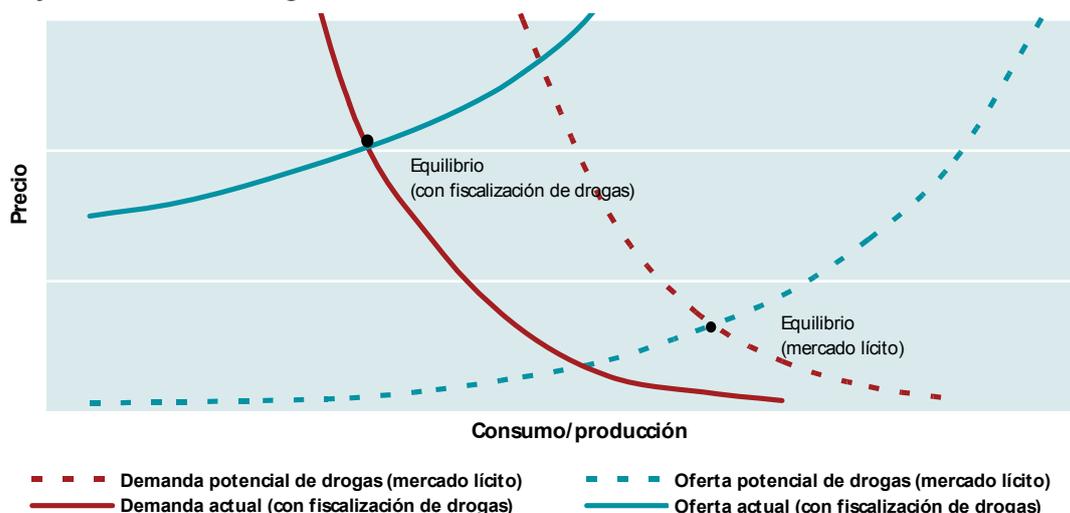
Las ganancias derivadas de las drogas ilícitas disminuyeron. En valores constantes del dólar de los Estados Unidos en 2009, las ventas mundiales de cocaína se redujeron en casi la mitad entre 1995 y 2009, de 165.000 millones de dólares a 85.000 millones (margen de variación: 75.000 a 100.000 millones de dólares)⁴². En 2003, el total de las ventas al por menor de todas las drogas ilícitas se estimó en 320.000 millones de dólares. La UNODC calcula que en 2009 las drogas representaron aproximadamente una quinta parte del producto del delito a nivel mundial.

No obstante, en términos relativos, los mercados de drogas ilícitas son mucho más prominentes en algunos países. Las estimaciones de la UNODC indican que el valor de las ventas de los comerciantes afganos relacionadas con opiáceos representaron poco más del 60% del PIB del país en 2004⁴³. Si bien dicha proporción disminuyó al 16% en 2011⁴⁴, esa cifra no deja de ser bastante considerable. Aunque las ventas relacionadas con drogas generan las mayores ganancias en los países desarrollados, si estas se calculan en función del mayor tamaño de esas economías por lo general se sitúan apenas entre el 0,3% y el 0,7% del PIB⁴⁵.

El funcionamiento de la economía de las drogas ilícitas

Como otros sectores de actividad en que existe intercambio de mercancías para obtener una ganancia, la economía de las drogas ilícitas se rige esencialmente por la ley de la oferta y la demanda, aunque la adicción y la prohibición influyen notablemente en la interacción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas.

Figura 9. Presentación esquemática del impacto de la fiscalización de drogas en la producción y el consumo de drogas



Fuente: UNODC.

Actualmente, de cada ocho personas que consumen drogas ilícitas una desarrollará una drogodependencia⁴⁶. El comportamiento de los consumidores drogodependientes incide en la curva de la demanda haciéndola menos elástica a los precios. Contrariamente al comportamiento normal de los consumidores, en el que el precio determina en gran medida la demanda (a precios más altos, menos consumo), a corto plazo las

⁴² Informe Mundial sobre las Drogas 2011, pág.

⁴³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Afganistán, Dirección de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan: Opium Survey 2004* (noviembre de 2004).

⁴⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan: Opium Survey 2011* (diciembre de 2011).

⁴⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Estimating Illicit Financial Flows Resulting from Drug Trafficking and Other Transnational Organized Crimes: Research Report* (Viena, octubre de 2011).

⁴⁶ Existen unos 27 millones de consumidores "problemáticos" de drogas de un total anual de 210 millones de consumidores de drogas (véase Informe Mundial sobre las Drogas 2011).

personas dependientes de las drogas ilícitas no se dejan disuadir por las alzas de precios. A más largo plazo, sin embargo, el consumo global disminuirá si los precios registran un aumento notable, puesto que los consumidores dependientes enfrentarán crecientes dificultades para financiar su drogodependencia. Inversamente, los consumidores dependientes posiblemente incrementarán su consumo una vez que los precios vuelvan a bajar. Los que consumen drogas con fines recreativos tienden a reaccionar más rápidamente frente a las fluctuaciones de los precios, tal como sucede en general con el consumo de productos lícitos. Aunque el grupo de consumidores con fines recreativos (no dependientes) es mucho más numeroso, representa una pequeña proporción de las ventas totales⁴⁷.

El sistema de fiscalización de drogas incide tanto en la oferta como en la demanda (véase la figura 9). La prohibición de la producción y el tráfico tiende a desplazar la curva de la demanda hacia la izquierda, lo que significa que un menor número de productores y traficantes estará dispuesto a correr el riesgo que supone la oferta de drogas a cualquier precio de mercado. La intensidad de ese desplazamiento depende no solo de que se promulgue una ley, sino también de que esta se aplique. Paralelamente, la fiscalización de drogas también tiende a desplazar la curva de la demanda hacia la izquierda, lo que entraña una reducción del consumo global de drogas. Menos personas estarán dispuestas a consumir drogas si ello supone una violación de la ley y el riesgo de posibles sanciones, sea cual fuere el precio de la droga. Tales desplazamientos de la demanda hacia la izquierda también pueden lograrse, o intensificarse, mediante la adopción de políticas de reducción de la demanda basadas en la prevención y el tratamiento del consumo de drogas. Al mismo tiempo, la aplicación de la ley también puede alentar a los consumidores de drogas ilícitas a iniciar y continuar un tratamiento. De modo similar, en lo que respecta a la oferta, las medidas socioeconómicas pueden amplificar el efecto de la fiscalización de drogas.

Una consecuencia fundamental del sistema de fiscalización de drogas, en particular de las intervenciones de fiscalización de la oferta, es el aumento y el mantenimiento de un nivel elevado de precios por encima del equilibrio que se hubiese alcanzado en un mercado lícito. Es por ello que la cocaína y la heroína se venden al por menor a un precio que es muy superior a su peso en oro, mientras que su precio potencial en el mercado lícito sería similar al del café⁴⁸. Esto conduce, en primer lugar, a una reducción de la iniciación al consumo de drogas. En segundo lugar, muchos estudios empíricos muestran que los consumidores de drogas problemáticos responden a los aumentos de los precios ajustados en función de la pureza del producto con una disminución de los niveles de consumo. Además, se ha demostrado que las perturbaciones de la oferta generadas por las intervenciones destinadas a fiscalizarla producen reducciones sustanciales y a veces duraderas de la disponibilidad, la pureza, el consumo y el efecto adverso de las drogas en los países consumidores⁴⁹.

¿Una globalización de la economía de las drogas ilícitas?

Los mercados negros no respetan fronteras, y en una era caracterizada por la globalización podría esperarse la aparición de una economía globalizada de la droga. De hecho, en muchos países se observan tales tendencias. El consumo de drogas ilícitas tiende a ser mayor en los centros urbanos que en las zonas rurales. Un mayor número de hombres que de mujeres tiende a consumir drogas y en muchos países existe una relación análoga entre la estratificación social y el consumo de drogas, con una gran prevalencia de dicho consumo entre los sectores más pobres de la sociedad, una prevalencia menor en las clases medias y una prevalencia más elevada entre las clases más altas. En el consumo de drogas también influyen modas y tendencias similares que a menudo provienen de una cultura juvenil relativamente uniforme. Por último, los traficantes de drogas operan en casi todos los países del mundo.

Con todo, pese a estas características comunes, existen importantes diferencias. Las preferencias con respecto al tipo de droga son muy distintas en todo el mundo. En el caso de ciertas drogas, la producción, el tráfico ilícito y el consumo son en gran medida fenómenos localizados, mientras que respecto de otras es

⁴⁷ W. Rhodes y otros, *What America's Users Spend on Illegal Drugs 1988-2000* (Estados Unidos, Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, diciembre de 2001).

⁴⁸ R. J. MacCoun y P. Reuter, *Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, and Places* (Cambridge, Cambridge University Press, 2001).

⁴⁹ J. Strang y otros, "Drug policy and the public good: evidence for effective interventions", *The Lancet*, vol. 379, núm. 9810 (7 de enero de 2012), págs. 71 a 83.

posible detectar tendencias regionales. Todavía no puede decirse que exista una economía mundial de la droga única y unificada.

Los mercados de cannabis, la droga ilícita más comúnmente producida y consumida, están bastante descentralizados. Las tendencias en cuanto a producción, tráfico ilícito, consumo y precios varían considerablemente de un país a otro. Con la aparición del cultivo hidropónico de cannabis en invernaderos en muchos países desarrollados, en años recientes se ha agudizado la tendencia a la descentralización. Una excepción a este respecto es la producción de resina de cannabis, o hachís, que se produce en grandes cantidades en dos países (Marruecos y el Afganistán), mientras que la demanda se concentra principalmente en Europa occidental, el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental. No obstante, el hachís es menos prominente que la hierba de cannabis, o marihuana, cuyo cultivo y consumo están mucho más extendidos.

La producción de estimulantes de tipo anfetamínico también está descentralizada en gran medida. Aunque hay exportaciones, estas se realizan sobre todo en el ámbito intrarregional. El tráfico ilícito de anfetamina y metanfetamina a nivel intrarregional es menos común. Sin embargo, la situación es algo distinta en lo que respecta al “éxtasis”. La producción de “éxtasis” solía estar centralizada en Europa occidental, especialmente en los Países Bajos (el mayor productor) y Bélgica. En años recientes, su producción ha comenzado a expandirse, en particular a América del Norte y a varios países europeos y del Asia sudoriental. En cambio, el comercio ilícito de precursores de los estimulantes de tipo anfetamínico está mucho más unificado. Hoy en día, la mayor parte de los precursores utilizados en la producción de drogas ilícitas provienen de proveedores del Asia meridional y el Asia sudoriental.

En cuanto a los opiáceos, existen actualmente tres mercados interregionales principales. El primero y más grande, que representa casi el 90% de la oferta ilícita mundial de opiáceos de los últimos cinco años, es el de los opiáceos producidos en el Asia sudoccidental, en particular en el Afganistán. Esos opiáceos se trafican principalmente dentro de la región y se introducen en Europa (incluida la Federación de Rusia), que consume la mayor parte de la heroína del mundo y es el punto de partida de otras pequeñas corrientes dirigidas a África, China y Australia. El segundo mercado es el de los opiáceos del Asia sudoriental -originarios principalmente de Myanmar- que son objeto de tráfico dentro de la región, así como a China y Oceanía. Por último, algunos opiáceos se producen en América Latina. La mayoría de esas drogas se transportan clandestinamente hacia el norte, especialmente a los Estados Unidos. Las tendencias de producción, tráfico ilícito, precios y consumo suelen ser diferentes en esos tres mercados ilícitos, lo que sugiere que no están muy estrechamente interconectados sino que funcionan en paralelo.

El mercado de cocaína es actualmente el más globalizado de los mercados de drogas ilícitas. La producción de cocaína se concentra en la subregión andina y los principales mercados ilícitos de cocaína son América del Norte, Europa occidental, América del Sur y, en menor medida, Oceanía. La distribución del consumo de cocaína entre esas regiones ha variado durante el último decenio a medida que la disminución del consumo en América del Norte se ha visto compensada con aumentos en otras zonas.

Impacto en la sociedad y el Estado

Consecuencias para la salud

El principal impacto social del consumo de drogas ilícitas son las consecuencias adversas para la salud que afectan a los miembros de la sociedad. El consumo de drogas puede tener repercusiones graves en la salud, incluso para los usuarios ocasionales. La cocaína puede desencadenar un infarto; las anfetaminas pueden producir arritmias o hipertermia mortales cuando se consumen por primera vez. El consumo de cannabis puede reducir considerablemente la capacidad del usuario para conducir un vehículo. El consumo crónico de cannabis puede causar drogodependencia y diversos trastornos conductuales y psiquiátricos, incluidos los que se manifiestan de forma interiorizada como la ansiedad o la depresión. Algunas de sus consecuencias indirectas son una mayor prevalencia de las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas, así como trastornos cardiovasculares, enfermedades pulmonares, deficiencias renales y disfunciones endocrinas.

La fiscalización de drogas tiende a reducir el número de consumidores y, por tanto, las consecuencias sanitarias adversas para la sociedad en general. En cuanto al resto de la población de usuarios, los posibles

efectos colaterales negativos de la existencia de un mercado negro pueden incluir un mayor riesgo de obtener drogas de inferior calidad en la medida en que los traficantes tratan de aumentar sus ganancias “cortando” las sustancias con diluyentes a fin de multiplicar el número de dosis. En algunos países, el temor de provocar una respuesta del sistema de justicia penal y la aplicación de estrictas medidas represivas puede hacer que los consumidores de drogas eviten solicitar tratamiento u otro tipo de atención médica.

Las muertes relacionadas con las drogas -ya sea por sobredosis, accidente inducido por el consumo de drogas, suicidio o trastornos médicos asociados con las drogas ilícitas o exacerbados por estas- son la consecuencia sanitaria más grave del consumo de drogas. Aproximadamente 0,2 millones de personas mueren cada año a causa del consumo de drogas⁵⁰. Aproximadamente la mitad de esas muertes se debe a sobredosis fatales y muy a menudo las víctimas son los jóvenes. En Europa, por ejemplo, las personas que mueren por sobredosis tienen como promedio alrededor de 35 años⁵¹.

El consumo de drogas, en particular mediante inyección, es también un vector considerable de transmisión del VIH y la hepatitis B y C. Del número estimado de 16 millones de consumidores de drogas por inyección en todo el mundo⁵², la UNODC calcula que casi uno de cada cinco es seropositivo. Aproximadamente la misma proporción de personas padece hepatitis B, mientras que unos 8 millones -alrededor de la mitad del total de consumidores de drogas por inyección- padecen hepatitis C. Estos virus pueden causar o exacerbar una variedad de síntomas y dolencias potencialmente fatales.

Según estimaciones de la UNODC, aproximadamente el 12% de los consumidores de drogas ilícitas -el grupo de personas que declara haber utilizado una droga ilícita al menos una vez durante el último año- desarrolla drogodependencia y pasa a integrar la categoría de consumidores problemáticos⁵³. Esta proporción varía notablemente según la droga de que se trate. Por ejemplo, los datos procedentes de la encuesta de hogares sobre el consumo de drogas y la salud realizada en los Estados Unidos en 2010 muestran que el 15% de los consumidores de cocaína pueden considerarse dependientes de esa sustancia⁵⁴. Esta proporción aumenta a un 26% en el caso de la metanfetamina y a más del 50% en el de la heroína. La proporción correspondiente al cannabis es de un 10%⁵⁵.

Las personas drogodependientes necesitan tratamiento, lo que puede representar una carga financiera para ellas y sus familias, o para la sociedad en su conjunto. En 2009, unos 4,5 millones de personas de todo el mundo recibían tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas ilícitas; entre esas personas, aproximadamente 1 millón eran europeos (excluidos los bielorrusos, moldovos, rusos y ucranianos)⁵⁶. En los Estados Unidos, 2 millones de personas recibieron esa clase de tratamiento en 2002, año en que los gastos por concepto de atención de la salud relacionados con el consumo de drogas ilícitas en ese país ascendieron a aproximadamente 15.800 millones de dólares, o un 0,15% del PIB⁵⁷. Suponiendo que el costo de la atención de la salud es proporcional al número de personas que recibe tratamiento y que el aumento de dicho costo está acorde con el crecimiento nominal del PIB, es posible que para 2010 los gastos sanitarios anuales relacionados con el consumo de drogas en los Estados Unidos hayan aumentado a unos

⁵⁰ La estimación más reciente de la UNODC en cuanto al número de muertes relacionadas con drogas es de 172.000. La más reciente de la OMS es de 245.000. Organización Mundial de la Salud, *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks* (Ginebra, 2009).

⁵¹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2010).

⁵² Margen de variación: 11,0 a 21,2 millones (véase B. Mathers y otros, “Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, *The Lancet*, vol. 372, núm. 9651 (15 de noviembre de 2008)), págs. 1733 a 1745.

⁵³ *Informe Mundial sobre las Drogas 2011*.

⁵⁴ Asociación de Psiquiatría de los Estados Unidos de América, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV*, 4ª ed. (Washington, D.C., 1994).

⁵⁵ Estados Unidos de América, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2011).

⁵⁶ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study” (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011).

⁵⁷ Estados Unidos de América, Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States: 1992-2002* (Washington, D.C., diciembre de 2004).

24.000 millones de dólares. Otros países occidentales han comunicado niveles de gastos algo inferiores a esa suma⁵⁸.

Aunque, únicamente en los Estados Unidos, unos 7,9 millones de personas requirieron tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas ilícitas en 2010, solo 2,2 millones de esas personas tuvieron acceso a él⁵⁹. A nivel mundial, según estimaciones de la UNODC, la proporción correspondiente es inferior a una de cada cinco personas⁶⁰. En términos monetarios, sobre la base de las actuales tasas de prevalencia (número de consumidores), se habrían requerido aproximadamente entre 200.000 y 250.000 millones de dólares (entre el 0,3% y el 0,4% del PIB mundial) para cubrir los gastos de tratamiento relacionados con el consumo de drogas ilícitas en el mundo en 2010.

Impacto en la productividad

Pese a que, según muchos estudios, el impacto del consumo de drogas ilícitas en la productividad de una sociedad -en términos puramente monetarios- puede ser mucho mayor que su repercusión en la salud, esta es una cuestión que no se analiza con tanta frecuencia. La productividad puede disminuir debido a un gran número de factores, incluidos el ausentismo, los accidentes en el trabajo y los conflictos laborales, para mencionar unos pocos.

Según un estudio de 2011, las pérdidas de productividad en los Estados Unidos en 2007 se estimaron en 120.000 millones de dólares (o el 0,9% del PIB). Esta cifra excede con creces del nivel de gastos de atención de la salud relacionados con el consumo de drogas ilícitas mencionados anteriormente y equivaldrían al 62% del total de gastos relacionados con las drogas (calculados sobre la base del costo de la enfermedad). Ello es atribuible principalmente a una menor participación en la fuerza de trabajo y al número de reclusiones penitenciarias⁶¹. En un estudio similar realizado en el Canadá en 2002, las pérdidas de productividad debidas al consumo de drogas ilícitas se calculaban en 4.700 millones de dólares canadienses (o el 0,4% del PIB)⁶². Por otra parte, en Australia, un estudio mostró que en el ejercicio económico de 2004-2005 el costo de esas pérdidas de productividad se elevó a 2.100 millones de dólares australianos (o el 0,3% del PIB)⁶³. Estos costos son respectivamente cuatro y ocho veces superiores a los gastos de atención de la salud citados.

En contraste con los gastos de atención de la salud, al calcular las pérdidas de productividad se trata de evaluar el desaprovechamiento de recursos potenciales. Las pérdidas de productividad representan un trabajo que nunca se efectuó pero cuya realización hubiera podido razonablemente esperarse de no haber sido por los efectos del consumo de drogas ilícitas. Las pérdidas de productividad pueden considerarse una pérdida de ingresos potenciales, y por tanto de PIB, resultante de una reducción de la oferta de mano de obra y/o de la eficacia de la fuerza de trabajo.

Las evaluaciones de la pérdida de un consumidor de drogas para la actividad productiva se basan generalmente en el valor que se espera obtener de la productividad de ese consumidor de drogas ilícitas. En el mercado de trabajo, esto puede equivaler a los ingresos previstos de esa persona. También se evalúa la productividad no basada en el mercado o productividad doméstica, que equivale al costo de contratación de una persona para que preste los servicios que el consumidor de drogas no es capaz de proporcionar por causa de enfermedad, discapacidad o muerte.

⁵⁸ J. Rehm y otros, *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002* (Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, 2006); L. Gordon y otros, "The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2003/04", en *Measuring Different Aspects of Problem Drug Use: Methodological Developments*, N. Singleton, R. Murray y L. Tinsley, eds., Home Office Online Report 16/06 (Londres, Home Office, 2006); Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, "Cost and financing of drug treatment services in Europe"; D. J. Collins y H. M. Lapsley, *The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society in 2004/05*, Monograph Series núm. 64 (Canberra, 2008).

⁵⁹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.

⁶⁰ La cifra exacta correspondiente a 2009 fue del 18%. Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2011*.

⁶¹ Estados Unidos de América, Department of Justice, National Drug Intelligence Center, *The Economic Impact of Illicit Drug Use on American Society* (Johnstown, Pennsylvania, abril de 2011).

⁶² Rehm y otros, *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002*.

⁶³ Collins y Lapsley, *The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society*.

Uno de los mayores desafíos en esta esfera consiste en calcular el “valor de vida” de un consumidor de drogas. Dos de los principales enfoques utilizados en la documentación conexas son el enfoque basado en el capital humano y el enfoque demográfico.

En los estudios realizados en los Estados Unidos y el Canadá antes citados se emplea el enfoque basado en el capital humano, según el cual las muertes prematuras -un componente importante de las pérdidas de productividad- se evalúan en términos de la productividad que previsiblemente habrían podido tener las personas fallecidas en el curso de su vida. Esto supone sumar los salarios previstos, incluidas las prestaciones suplementarias, de los consumidores de drogas hasta la edad normal de jubilación y luego descontarlos a una tasa predeterminada (tipo de interés real del 3%, en el ejemplo de los Estados Unidos). En estos cálculos se asigna un valor más elevado a las personas que mueren prematuramente en el curso de su vida productiva (potencial) que a las que están más cerca de la edad de jubilación. En promedio, las estimaciones de los Estados Unidos dieron como resultado una pérdida de productividad potencial algo superior a 1 millón de dólares por cada muerte causada por el consumo de drogas.

En el estudio australiano se utiliza el enfoque demográfico, mediante el cual se compara el tamaño y la estructura reales de la población con el tamaño y la estructura de una población hipotética en la que no habría consumo de drogas. A continuación se comparan los resultados de esos escenarios real e hipotético a fin de calcular las pérdidas de productividad.

La diferencia fundamental entre estos enfoques es que con el enfoque basado en el capital humano se calculan las corrientes de ingreso presentes y futuras que no se acumularán debido a las muertes causadas por el consumo de drogas durante el año en curso. Mediante el enfoque demográfico se calculan las corrientes de ingresos que se habrían acumulado si esas muertes no hubiesen ocurrido en el año en curso y en años anteriores.

Impacto en la delincuencia

El consumo de drogas ilícitas también está estrechamente relacionado de diversas formas con la delincuencia. Los usuarios de drogas a menudo cometen delitos de móvil económico para financiar su adicción. Además, al delinquir, muchos infractores están bajo la influencia de drogas ilícitas, las cuales reducen las inhibiciones. Con frecuencia el consumo de drogas ilícitas está asociado a problemas de conducta que, según la sustancia y las cantidades utilizadas, pueden entrañar o provocar agresiones o violencia. Con todo, es posible que los consumidores de drogas hayan padecido trastornos de comportamiento y de personalidad antisocial antes de iniciarse en el uso de drogas, lo que les hace susceptibles a la delincuencia y al uso indebido de drogas.

En consecuencia, los delincuentes en general tienden a consumir un volumen de drogas mucho más elevado que el resto de la población. Los exámenes de orina realizados en 10 de las principales ciudades de los Estados Unidos en 2010 revelaron que, en promedio, aproximadamente el 70% de los hombres detenidos había consumido una droga ilícita⁶⁴, en comparación con la tasa de consumo actual de drogas de la población masculina en general, del 11,2%⁶⁵. Se observaron resultados análogos en Australia, donde según un estudio basado en la información reunida en 10 lugares distintos del país, el 65% del total de detenidos, incluidos los que habían delinquido por motivos relacionados con la droga, obtuvo un resultado positivo en las pruebas de consumo de drogas ilícitas realizadas en 2008⁶⁶. En el Reino Unido también se obtuvieron resultados dentro de la misma gama en Inglaterra y Gales⁶⁷.

⁶⁴ Estados Unidos de América, Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, *ADAM II: 2010 Annual Report-Arrestee Drug Abuse Monitoring Program II* (Washington, D.C., mayo de 2011).

⁶⁵ “Past-month prevalence among males aged 12 and above in 2010”, en United States, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2011).

⁶⁶ A. Gaffney y otros, *Drug Use Monitoring in Australia: 2008 Annual Report on Drug Use among Police Detainees*, Monitoring Report núm. 9 (Canberra, Australian Institute for Criminology, febrero de 2010).

⁶⁷ T. Bennet y K. Holloway, “Drug use and offending: summary results of the first two years of the NEW-ADAM programme”, Home Office Findings núm. 179 (Londres, Research, Development and Statistics Directorate, 2004); J. Hoare y D. Moon, eds., *Drug Misuse Declared: Findings from the 2009/10 British Crime Survey-England and Wales*, Home Office Statistical Bulletin núm. 13/10 (Londres, Home Office, julio de 2010).

Los costos de la delincuencia relacionada con las drogas pueden ser considerables. En el Reino Unido, según un estudio de los costos económicos y sociales del consumo de drogas ilícitas, el costo de la delincuencia relacionada con las drogas (sobre todo fraude, robo con fuerza en las cosas, robo con violencia o intimidación en las personas y robo en tiendas) en Inglaterra y Gales ascendieron a un total de aproximadamente 13.900 millones de libras esterlinas en 2003/2004, o el 90% del total de costos sociales y económicos relacionados con el uso indebido de drogas⁶⁸.

De igual modo, en un estudio realizado en Austria, se estimó que los costos de la delincuencia relacionada con el consumo de drogas ilícitas (principalmente delitos de fraude, robo con violencia o intimidación en las personas, robo con fuerza en las cosas, robo de vehículos, otras clases de robo y extorsión) ascendieron a 2.600 millones de euros en 2002, lo que equivalía al 80% del costo social total resultante del consumo de drogas. Se calculó que, para el público en general, el costo de estos delitos relacionados con las drogas era más de ocho veces superior a los beneficios que obtenían los consumidores de drogas con la venta de los bienes robados⁶⁹.

La delincuencia y las drogas también están vinculadas por medio del tráfico ilícito de drogas. Si bien por lo general los traficantes tratan de no llamar la atención de las autoridades encargadas de aplicar la ley, a veces la competencia entre distintos grupos de traficantes puede degenerar en violencia, a menudo incluso en homicidio, cuando esos grupos entran en conflicto para defender o aumentar su parte del mercado ilícito. Además, es frecuente que los grupos delictivos que obtienen cuantiosas ganancias procedentes de la droga las utilicen para fines corruptos, lo que con el tiempo puede erosionar considerablemente la autoridad del Estado en la medida en que los delincuentes de la droga se compran la impunidad.

⁶⁸ Gordon y otros, "The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, 2003/04", en *Measuring Different Aspects of Problem Drug Use: Methodological Developments*, N. Singleton, R. Murray y L. Tinsley, eds., Home Office Online Report 16/06 (Londres, Home Office, 2006).

⁶⁹ W. Hauptmann y E. Hübner, *Soziale Kosten des Drogenmissbrauchs: Für 2002 dargestellt am Beispiel Österreichs*, Neue Juristische Monographien núm. 51 (Viena, Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 2008).

B. LAS TENDENCIAS DEL PROBLEMA DE LA DROGA Y SU EVOLUCIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO

Evolución del mercado más grande de droga ilícita: el cannabis

Desde hace décadas, el cannabis es la droga ilícita más producida, traficada y consumida. Alrededor del 75% de los usuarios de drogas ilícitas la consume, lo que equivale a unas 170 millones de personas (margen de variación: 119 a 225 millones en 2010). El cannabis -en particular la hierba de cannabis- se consume y cultiva en casi todos los países y las cantidades producidas en general son mucho más grandes que la producción total de otras drogas ilícitas.

El cultivo de cannabis es muy disperso y se sabe relativamente poco sobre el alcance de la producción de cannabis. En 2008 y años posteriores, esta osciló entre 13.300 y 66.100 toneladas⁷⁰ según las estimaciones de la UNODC. A mediados del decenio de 1990, la estimación óptima de la producción de cannabis ascendía a unas 30.000 toneladas (margen de variación: 10.000 a 300.000 toneladas)⁷¹.

La regionalización de los mercados de cannabis

En las últimas décadas los mercados de cannabis han tendido a una mayor regionalización. Por ejemplo, esto puede observarse con respecto a la producción y el tráfico ilícito de la hierba de cannabis. Mientras que en los años setenta se importaron a los Estados Unidos grandes cantidades desde América del Sur, en particular de Colombia, hoy en día la mayor parte del cannabis que se consume en América del Norte se produce localmente. En Europa se han observado tendencias similares. El aumento de la producción interna de hierba de cannabis en varios de los países consumidores más importantes ha hecho que sea menos necesario importarla, por lo que el tráfico interregional de esta droga es ahora limitado. La resina de cannabis -el menos prominente de los dos productos de cannabis- constituye una excepción, dado que se sigue importando, especialmente a Europa.

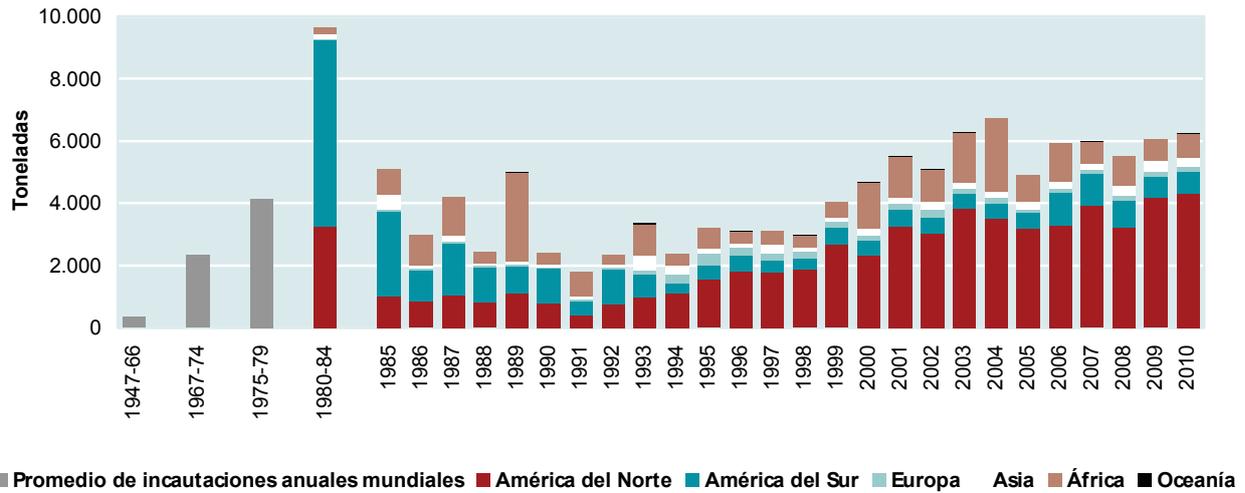
La regionalización también es evidente en las preferencias de consumo particulares de cada región. En las Américas, Oceanía, el Asia sudoriental, el África meridional y el África occidental, el cannabis se consume principalmente en forma de hierba de cannabis (marihuana). En cambio, en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, África del Norte y Europa occidental y central, el cannabis se consume también -principalmente o además del producto herbáceo- en forma de resina de cannabis (hachís).

Mientras que las tendencias generales de la producción, el tráfico y el consumo de cannabis muestran un aumento notable desde el decenio de 1960, las tendencias regionales pueden ser muy diferentes. Un indicador que ilustra esas diferencias es el número de incautaciones de cannabis (véase la figura 10). Hasta finales de la década de 1980, la mayor parte de las incautaciones de hierba de cannabis en el mundo se realizaban en América del Sur, incluidas Centroamérica y la zona del Caribe, lo que reflejaba una producción de cannabis en gran escala en esa zona. Esto cambió a medida que la producción se fue desplazando para acercarse a los mercados de consumidores de América del Norte. Desde principios del decenio de 1990 las incautaciones comenzaron a ser más frecuentes en América del Norte, especialmente en México y los Estados Unidos. Para 2010, las incautaciones de hierba de cannabis en América del Norte representaban aproximadamente el 70% del total mundial, mientras que en América del Sur (así como en África) solo se aproximaban al 10%. Las proporciones correspondientes a las regiones de Asia, Europa y Oceanía eran reducidas.

⁷⁰ *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.12).

⁷¹ "Cannabis as an illicit narcotic crop: a review of the global situation of cannabis consumption, trafficking and production", *Bulletin on Narcotics*, vol. XLIX, núms. 1 y 2 (1997), y vol. L, núms. 1 y 2 (1998) (publicación de las Naciones Unidas), págs. 45 a 84.

Figura 10. Incautaciones mundiales de hierba de cannabis, 1947-2010

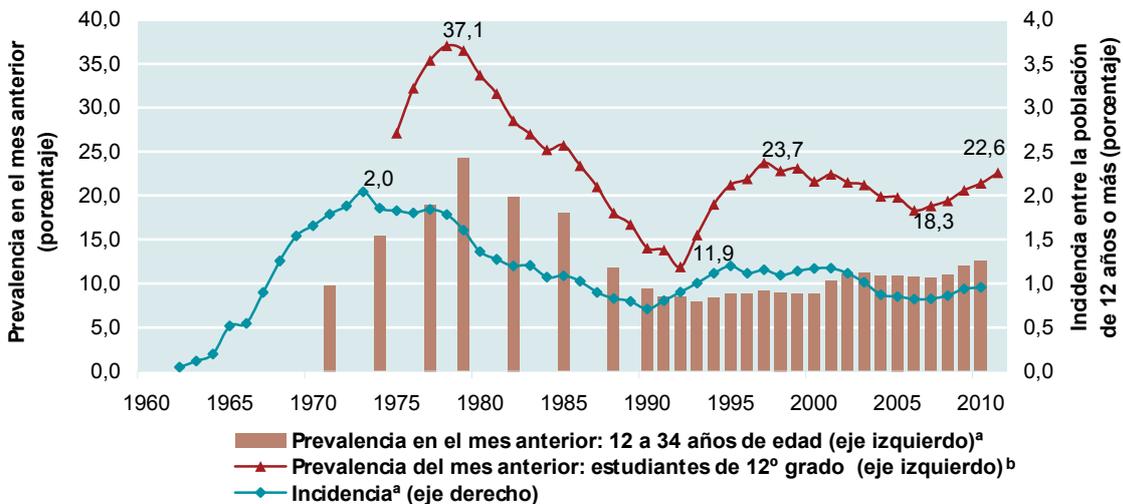


Fuente: UNODC.

Dado el papel dominante de América del Norte en el mercado mundial de cannabis, no es sorprendente que las incautaciones de hierba de cannabis realizadas en todo el mundo y en América del Norte muestren tendencias similares. Lo mismo ocurre con el consumo, cuya tendencia mundial sigue de cerca la observada en los Estados Unidos, el país con el mercado de cannabis más grande del mundo.

El consumo de cannabis en los Estados Unidos ha fluctuado en los últimos 50 años (véase la figura 11). En los decenios de 1960 y 1970 se efectuaron incautaciones cuantiosas, seguidas de agudas disminuciones en la década de 1980. El consumo de cannabis volvió a aumentar en los años noventa, así como su producción interna en los Estados Unidos. Durante la primera década del nuevo milenio, la tendencia general fue estable, aunque las disminuciones iniciales fueron seguidas de aumentos entre 2006 y 2011, período en el cual se debatieron ampliamente los usos médicos y el estatuto jurídico del cannabis. Pese a estos aumentos recientes, el consumo de cannabis entre las personas de 12 a 34 años durante un determinado mes, así como la prevalencia anual entre las personas mayores de 12 años en los Estados Unidos, sigue siendo aproximadamente un 50% inferior a la cifra máxima alcanzada en 1979.

Figura 11. Incidencia y prevalencia en el mes anterior del consumo de cannabis en los Estados Unidos, 1962-2011



Fuente: Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, septiembre de 2011); Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future Survey, 2010.

^a Encuesta de hogares.

^b Encuesta de escuelas secundarias.

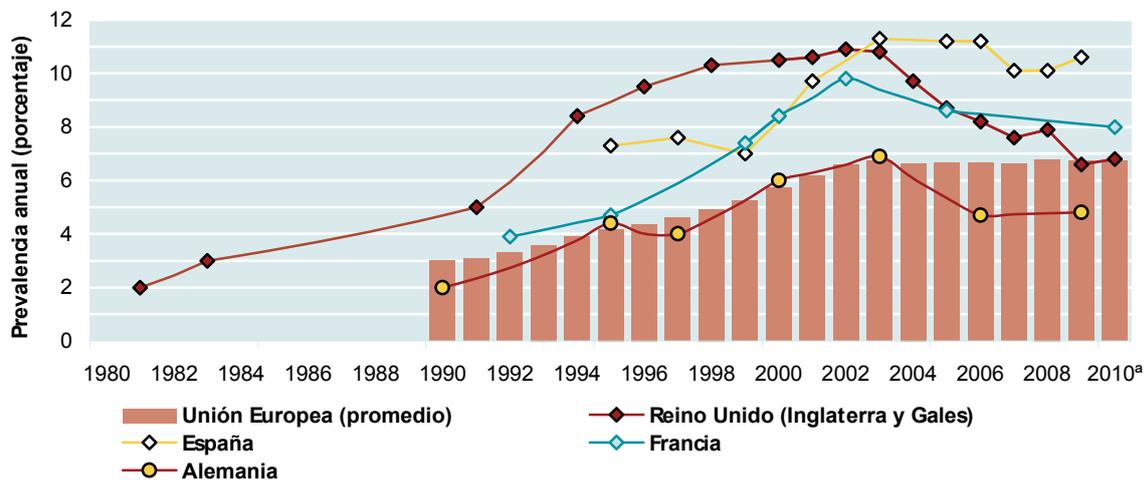
Esas tendencias difieren de las comunicadas respecto de Oceanía, que desde hace años es la región con la mayor prevalencia de cannabis del mundo, a saber, entre el 9,1% y el 14,6% en 2010. Estas cifras son muy superiores al promedio mundial, que oscila entre el 2,6% y el 5,0%⁷². Australia es el país que tiene el mercado de cannabis más grande de la región. El consumo de cannabis en Australia aumentó desde el decenio de 1960 hasta finales de los años noventa y luego disminuyó notablemente entre 1998 y 2007. Es posible que las campañas de prevención y la atención prestada por la prensa a los problemas relacionados con el consumo de cannabis con un alto contenido de THC, así como los esfuerzos desplegados por la policía⁷³, hayan contribuido a esa disminución. Pese a ciertos aumentos recientes, en 2010, la prevalencia de cannabis se ha mantenido en un 42% por debajo del nivel alcanzado en 1998.

El consumo de cannabis en Europa registró una tendencia ascendente entre el decenio de 1960 y la primera década del nuevo milenio, seguida de una estabilización en años recientes (de 2003 a 2010) en la Unión Europea, o incluso un descenso en algunos mercados importantes (véase la figura 12). En el Reino Unido, por ejemplo, los datos relativos a Inglaterra y Gales mostraron aumentos hasta 2002/2003, seguidos de notables disminuciones hasta 2010/2011. También se observaron reducciones en Francia, Alemania, Italia y, en menor medida, España.

En cambio, en varios países de la Unión Europea con mercados de cannabis más reducidos, el consumo de cannabis ha seguido aumentando, lo que contrarresta las disminuciones registradas en otras partes. Así pues, las tasas de prevalencia del cannabis en la Unión Europea en su conjunto han sido estables en años recientes (alrededor del 6,7% entre las personas de 15 a 64 años de edad en 2010)⁷⁴.

Los usuarios europeos consumen tanto hierba de cannabis como resina de cannabis. La cantidad total de resina de cannabis incautada en Europa continúa siendo bastante superior a la de hierba de cannabis incautada en ese continente, aunque a nivel mundial las incautaciones de resina de cannabis apenas representaron alrededor de una cuarta parte de las incautaciones de hierba de cannabis durante el período 1990-2009.

Figura 12. Prevalencia anual del consumo de cannabis entre jóvenes y adultos en la Unión Europea y en determinados Estados miembros de la Unión Europea, 1981-2010



Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en Reino Unido, Home Office, British Crime Survey 2010/11 y años anteriores; UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Statistical Bulletin 2011.
a Cifras preliminares.

⁷² Estimaciones de la UNODC.

⁷³ Las sanciones policiales pasaron del empleo de procedimientos de detención engorrosos a la utilización de multas y advertencias, lo que a su vez proporcionó tiempo para una aplicación más sistemática de la ley.

⁷⁴ Las cifras mucho más bajas comunicadas para Italia en 2010 no se incluyeron en los cálculos del promedio de la Unión Europea, dado que los resultados de la encuesta italiana de 2010 no eran directamente comparables con los de años anteriores. La inclusión de las cifras italianas más recientes habría arrojado una tasa de prevalencia general de cannabis para la Unión Europea del 5,7%.

La evolución de los productos de cannabis

La hierba de cannabis y la resina de cannabis siguen siendo las dos principales formas de consumo ilícito de cannabis. Tradicionalmente, la resina de cannabis contenía niveles mucho mayores de THC que la hierba de cannabis. El hachís (con un contenido tradicional de THC de un 2% a un 10%) solía por tanto considerarse más problemático que la marihuana (cuyo contenido tradicional de THC oscilaba entre el 0,5% y el 5%)⁷⁵.

Los productos de alta potencia, como el aceite de cannabis (con un contenido de THC de aproximadamente un 10% a un 30%)⁷⁶ y el aceite de hachís (con un contenido de THC de hasta un 40% o más)⁷⁷ aparecieron en el decenio de 1970, aunque su consumo siguió siendo limitado. En 2009 solo cerca del 0,05% de los productos de cannabis incautados mundialmente revestían la forma de cannabis líquido.

En los dos últimos decenios se han observado aumentos espectaculares del cultivo de variedades de cannabis con un alto contenido de THC en la mayoría de los países de América del Norte, Europa occidental y Oceanía. Esto se ha logrado mediante la fitogenética y/o el cultivo hidropónico. El cannabis producido en los principales países miembros de la OCDE tiende actualmente a contener mayores niveles de THC que el cannabis importado. Por ejemplo, tanto la hierba de cannabis de tipo sin semilla⁷⁸, con un contenido típico de THC de aproximadamente un 13% en los Estados Unidos, y la “hierba holandesa” (“nederwiet”, también conocida como “skunk”⁷⁹, cuyo contenido promedio de THC es de un 15% a un 19%)⁸⁰, suelen tener niveles de THC bastante más elevados que la resina de cannabis (cuyo contenido usual en Europa se situaba cerca del 8% en 2009)⁸¹.

Los análisis del contenido de THC de muestras de cannabis incautadas por las autoridades federales en los Estados Unidos muestran que el contenido medio de THC se ha duplicado con creces desde la década de 1980 (véase la figura 13). Esto refleja sobre todo una creciente proporción de cannabis sin semilla con un alto contenido de THC. La potencia media del cannabis sin semilla incautado por las autoridades federales era de un 8% en 1985, en comparación con un 12,9% en 2009⁸².

⁷⁵ Naciones Unidas, *Recommended Methods for the Detection and Assay of Heroin, Cannabinoids, Cocaine, Amphetamine, Methamphetamine and Ring-Substituted Amphetamine Derivatives in Biological Specimens: Manual for Use by National Laboratories* (ST/NAR/27).

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ *Boletín de Estupeficientes*, vol. XXXII, núm. 4 (1980) (publicación de las Naciones Unidas).

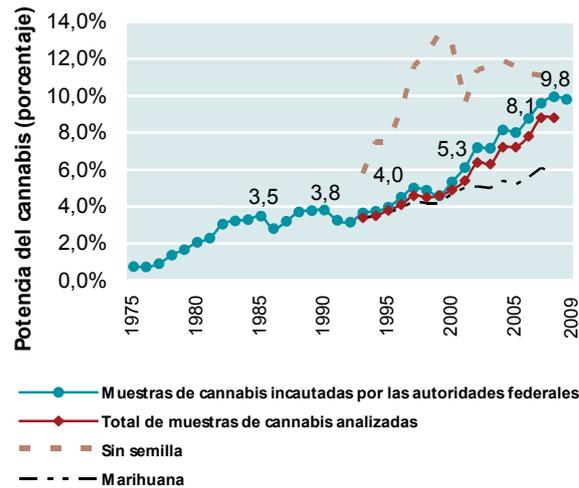
⁷⁸ El cannabis sin semilla se obtiene extrayendo las plantas macho de los campos y dejando madurar las plantas hembra no fertilizadas. Gran parte del cannabis sin semilla todavía se cultiva al aire libre, aunque el cultivo bajo techo parece estar en aumento.

⁷⁹ Planta de cannabis híbrida, cruce del *Cannabis sativa* y el *Cannabis indica*, que se cultiva en los Países Bajos y que puede tener un contenido de THC superior al 20% según las variedades utilizadas.

⁸⁰ Detector de THC, mencionado en *The Netherlands Drug Situation 2010: Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point* (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction (Trimbos Instituut), diciembre de 2010).

⁸¹ “Potency of cannabis products at retail level, 2009”, en *Statistical Bulletin 2011* (Lisboa, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, septiembre de 2011).

⁸² Estados Unidos, Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, *National Drug Control Strategy: Data Supplement 2011* (Washington, D.C., 2011).

Figura 13. Potencia del cannabis en los Estados Unidos, 1975-2009

Fuente: Estados Unidos, Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, National Drug Control Strategy: Data Supplement 2011 (Washington, D.C., 2011). Mehmedic, Z y otros, 'Potency trends of 9-THC and Other Cannabinoids in Confiscated Cannabis Preparations from 1993 to 2008', *Journal of Forensic Sciences*, septiembre de 2010, vol. 55, núm. 5, págs. 1209 a 1217; *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* de la UNODC (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

Esto significa que, en los países occidentales, es posible que la hierba de cannabis ya no sea tan problemática como la resina de cannabis. Además, para los grandes mercados de cannabis las importaciones de cannabis son ahora mucho menos importantes, mientras que el cultivo hidropónico de cannabis para los mercados locales o regionales está en aumento. En consecuencia, la división tradicional entre países y regiones productores y países y regiones consumidores de cannabis ha disminuido en importancia.

En años recientes, varios cannabinoides sintéticos aún no sometidos a fiscalización internacional han aparecido en algunos de los grandes mercados de cannabis⁸³. Esas sustancias remedan los efectos del cannabis y se han incluido en diversas mezclas herbales que se venden bajo el nombre de marca "Spice" y que a veces se comercializan como "alternativas lícitas" al cannabis. En estos intentos de circunvenir las reglamentaciones vigentes se ha utilizado una amplia y compleja gama de cannabinoides sintéticos. Aunque en algunas jurisdicciones varias de esas sustancias han sido sometidas a fiscalización, están surgiendo continuamente nuevos cannabinoides sintéticos que plantean un desafío especial a los esfuerzos de fiscalización de drogas.

Cambios en los mercados transnacionales de opiáceos y cocaína

Aunque en décadas recientes otras drogas, en particular los estimulantes de tipo anfetamínico, han comenzado a tener considerables efectos negativos, los opiáceos y la cocaína siguen causando la mayoría de los problemas relacionados con las drogas a nivel mundial. Esto se refleja, por ejemplo, en la gran frecuencia con que su consumo está vinculado a la demanda de tratamiento, los fallecimientos conexos y la violencia, así como a la financiación de actividades armadas ilícitas. Sin embargo, en los últimos decenios se han observado cambios importantes en los mercados ilícitos de opiáceos y cocaína.

Producción: concentración y desplazamiento

En contraste con la producción de cannabis, que se realiza en países de todo el mundo, la producción de opio (la materia prima utilizada en la fabricación de morfina y heroína) y hoja de coca (la materia prima para la fabricación de cocaína) se ha desplazado con el tiempo y ahora se concentra en unos pocos países.

Opio

Hace un siglo el opio se producía en gran escala en China, la India, Persia, Indochina y el Imperio Otomano, entre otros lugares. Actualmente la producción ilícita de opio se concentra en el Afganistán y Myanmar, que juntos abarcan más del 90% del total mundial. La producción ilícita de opio es hoy mucho menor que a

⁸³ Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2011*.

principios del siglo XX y en los años treinta, incluso si se le suma la producción lícita de opio y de paja de adormidera (ambos utilizados en la fabricación de morfina para fines médicos).

Durante la primera mitad del siglo XX, la producción ilícita mundial de opio disminuyó notablemente. Ello se debió en gran medida a una producción descendente en la India y luego en China. Tras su cese en China continental a principios del decenio de 1950, la producción de opio se desplazó a los países del Asia sudoriental, incluidos Tailandia, Birmania (actualmente Myanmar) y Laos (ahora la República Democrática Popular Lao). También en el Irán se producía cierta cantidad de opio, lo cual fue interrumpido a raíz de la revolución iraní de 1979.

Myanmar siguió siendo el mayor productor ilícito de opio del mundo hasta principios de los años 90, cuando el Afganistán tomó la delantera. En este último país la producción de opio registró una continuada expansión tras la retirada de las tropas soviéticas en 1989. Desde entonces, el Afganistán ha sido el principal productor de opio ilícito, pues la producción de Myanmar experimentó un agudo descenso entre 1996 y 2006, tras el cual ha retomado su tendencia ascendente. La producción de opio en la República Democrática Popular Lao siguió una evolución similar, aunque en escala mucho menor. Como promedio, durante el período 2005-2010, el Afganistán supuso el 88% de la producción mundial de opio y Myanmar el 6%.

Han surgido otras zonas importantes de producción de opio en América Latina, especialmente en México (a partir de mediados de los años setenta) y Colombia (en la década de 1990). En años recientes la producción de opio en Colombia ha disminuido, mientras que en México parece haberse incrementado pese a los intensos esfuerzos de erradicación de cultivos ilícitos desplegados por las autoridades mexicanas.

Figura 14. Producción mundial de opio, 1906-2010



Fuente: *Report of the International Opium Commission*, Shanghai, China, February 1 to February 26, 1909, vol. II, *Reports of the Delegations* (Shanghai, North-China Daily News and Herald Limited, 1909); *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2012 - Estadísticas de 2010* (y años anteriores) (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta T.12.XI.2) (informe técnico de la Junta Internacional de Estupefacientes); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *A Century of International Drug Control* (2009); *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10); *Informe Mundial sobre las Drogas 2008* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.08.XI.11 y corrección).

Nota: La transformación de la paja de adormidera en equivalentes de opio es solo tentativa. Se aplicó un coeficiente de transformación de 6,9 kg de opio por cada 100 kg de paja de adormidera, sobre la base de una producción media de morfina derivada de la paja de adormidera del 0,73% a nivel mundial (2006-2010) y de una producción media de morfina derivada del opio del 10,56% a nivel mundial (2006-2010). Se aplicaron los resultados específicos anuales en el caso de los datos relativos al período 2006-2010.

Hoja de coca/cocaína

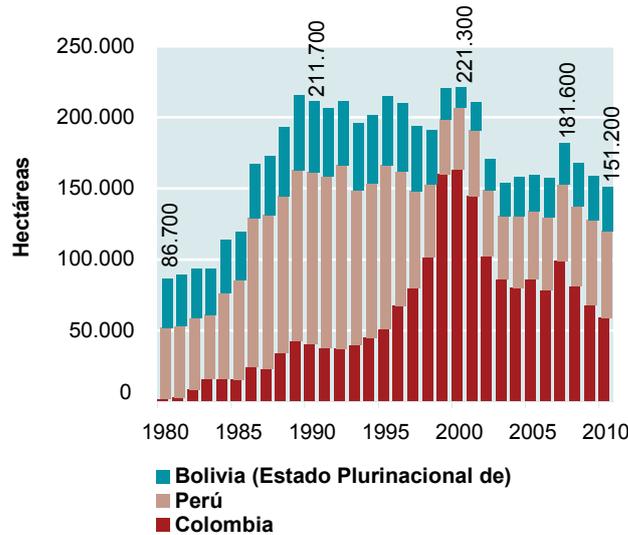
Si bien hoy en día la hoja de coca se produce casi exclusivamente en los países andinos, no siempre fue así. En el período entre las dos guerras mundiales hubo una producción considerable de hoja de coca en Java⁸⁴ (parte de la actual Indonesia) y en lo que ahora es Taiwán (provincia de China), además de en los países andinos⁸⁵. Tras la segunda guerra mundial la producción de hoja de coca fuera de los países andinos cesó y la

⁸⁴ P. Gootenberg, "The Dutch colonial coca boom, 1905-1930", en *The Rise and Demise of Coca and Cocaine: As Licit Global Commodity Chains*, 1860-1960, P. Gootenberg (Stony Brook, Nueva York, Stony Brook University, octubre de 2001).

⁸⁵ P. Gootenberg, ed., *Cocaine: Global Histories* (Londres, Routledge, 1999).

producción mundial de hoja de coca se mantuvo en un nivel relativamente moderado durante los decenios siguientes hasta los años setenta (véase la figura 15).

Figura 15. Zona total de cultivo del arbusto de coca, 1980-2010



Fuente: Datos procedentes del programa internacional de vigilancia de cultivos de la UNODC; *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* de la UNODC (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

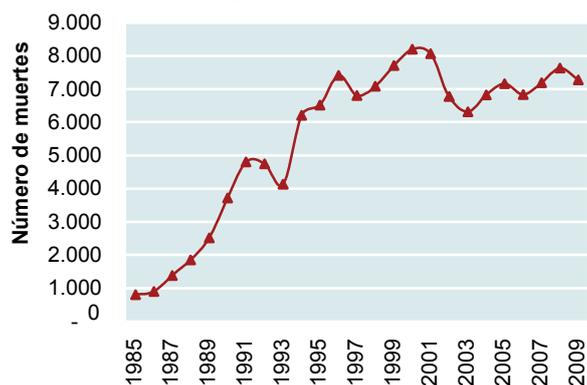
La producción de hoja de coca aumentó considerablemente en la década de 1980, cuando estaba concentrada principalmente en el Perú, seguido de Bolivia. Esta situación cambió a mediados de los años noventa, cuando Colombia y el Perú pasaron a ser los mayores productores. Hacia finales del decenio de 1990 disminuyó el cultivo del arbusto de coca -y por tanto la producción de hoja de coca-, sobre todo en el Perú, mientras que en Colombia la producción de hoja de coca registró un aumento notable. Ello supuso una estabilización, a un nivel elevado, de la zona total de cultivo del arbusto de coca durante los años noventa.

En el decenio de 2000, la zona dedicada al cultivo del arbusto de coca se redujo en casi una tercera parte. Los intensos programas de erradicación llevados a cabo por las autoridades de Colombia en décadas recientes han compensado los aumentos comunicados en el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú. En 2010, aproximadamente un 40% de la zona de cultivo total mundial del arbusto de coca se situó respectivamente en Colombia y el Perú y el 20% restante correspondió al Estado Plurinacional de Bolivia.

Al igual que la zona de cultivo del arbusto de coca, la producción de cocaína registró un aumento importante en el decenio de 1980. Sin embargo, en contraste con la zona de cultivo del arbusto de coca, la producción de cocaína siguió creciendo durante los 20 años siguientes, aunque a un ritmo más lento. Debido a un mejor rendimiento y una mayor eficiencia de los laboratorios, la disminución del cultivo del arbusto de coca no se tradujo en un descenso de la producción de cocaína. No obstante, el aumento considerable de las incautaciones compensó con creces el crecimiento de la producción de cocaína y entre 2007 y 2010 se observó una reducción efectiva de dicha producción.

Consumo: de los viejos a los nuevos mercados

Ha habido notables cambios en las tendencias del consumo de heroína y de cocaína en décadas recientes. Si bien en las regiones donde se encuentran los mayores mercados ilícitos (Europa, en el caso de la heroína, y América del Norte, para la cocaína) el consumo se ha estabilizado (heroína) o ha disminuido (cocaína), en otras partes del mundo el consumo ha aumentado. Esto se observa sobre todo en algunos de los países utilizados por los traficantes como zonas de tránsito. En lo que respecta a la cocaína, la demanda se ha desplazado parcialmente de América del Norte (en particular los Estados Unidos) a Europa occidental.

Figura 16. Muertes causadas por el uso de drogas en la Unión Europea, 1985-2009

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Statistical Bulletin 2011*.

Heroína

Tras los aumentos registrados en los años ochenta y noventa, el consumo de heroína se ha mantenido generalmente estable en los principales mercados de consumo durante el último decenio. Con todo, se ha incrementado notablemente en el Afganistán y otros países de tránsito del tráfico de heroína.

Un indicador de la estabilización del consumo de heroína en Europa es el número de muertes causadas por el consumo de drogas (“muertes por sobredosis”), dado que estas se relacionan predominantemente con el consumo de heroína (véase la figura 16)⁸⁶. El número de esas muertes, que se había disparado en los años ochenta y noventa, mostró una ligera disminución en el decenio de 2000. Esta disminución reciente quizá se deba en parte a las mejoras en el tratamiento y las medidas encaminadas a reducir las consecuencias adversas del uso indebido de drogas⁸⁷, pero no habría sido posible sin una estabilización general del consumo de heroína.

En Oceanía se han observado tendencias diferentes. El consumo de heroína en Australia, tras registrar un aumento considerable en la década de 1990, se redujo en aproximadamente un 75% en 2001 a raíz de una “sequía de heroína” inducida por las operaciones coordinadas de aplicación de la ley llevadas a cabo por las autoridades australianas y del Asia sudoriental contra los principales grupos de traficantes de heroína. Incluso una vez normalizada la oferta de heroína, la prevalencia del consumo de heroína por la población adulta se mantuvo durante el resto del decenio en el bajo nivel, del 0,2%, que había alcanzado en 2001.

La aparición de un tráfico de heroína en gran escala a través de la República Islámica del Irán y el Pakistán también ha tenido como consecuencia incrementos importantes del consumo de heroína en esos países. En el Pakistán la prevalencia del consumo de opiáceos, incluido el hábito de fumar opio, es análoga a la observada en Europa occidental, mientras que en la República Islámica del Irán esa prevalencia es cuatro o cinco veces superior a la europea.

Cocaína

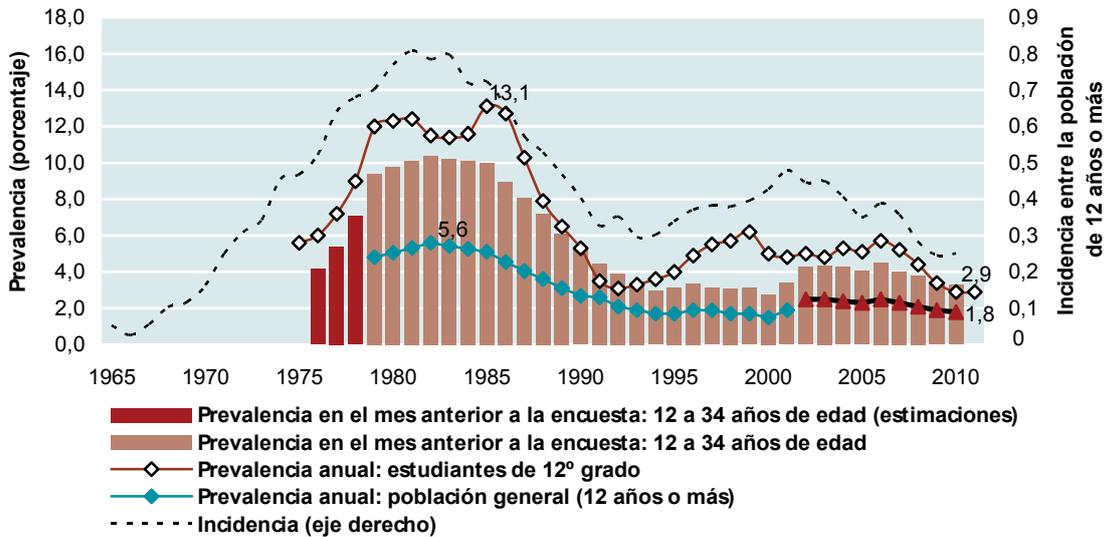
Los datos correspondientes a los Estados Unidos, el país que tiene el mayor mercado de cocaína del mundo, muestran aumentos notables del consumo de cocaína durante los decenios de 1960 y 1970, seguidos de disminuciones en los años ochenta, reiterados incrementos en los noventa y descensos en el nuevo milenio, sobre todo después de 2006. Esas tendencias se han reflejado en la incidencia y prevalencia del consumo de cocaína recogidas en las encuestas de hogares y escuelas (véase la figura 17). En general, independientemente de las fluctuaciones a más corto plazo, en las tres últimas décadas se han registrado disminuciones importantes. La prevalencia anual del consumo de cocaína por la población adulta se redujo en más de dos tercios entre 1982, cuando alcanzó su nivel más alto, y 2010. Entre los estudiantes de último año de enseñanza secundaria (de 17 y 18 años de edad), cuyo consumo es considerablemente superior al de

⁸⁶ Según datos del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, la heroína fue la causa de por lo menos el 80% de los casos de sobredosis comunicados en 17 países de la Unión Europea.

⁸⁷ Strang y otros, “Drug policy and the public good: evidence for effective interventions”.

la población en general, esa prevalencia disminuyó en un 78% entre 1985, año en que registró su nivel máximo, y 2011.

Figura 17. Incidencia y prevalencia del consumo de cocaína en los Estados Unidos, 1965-2011

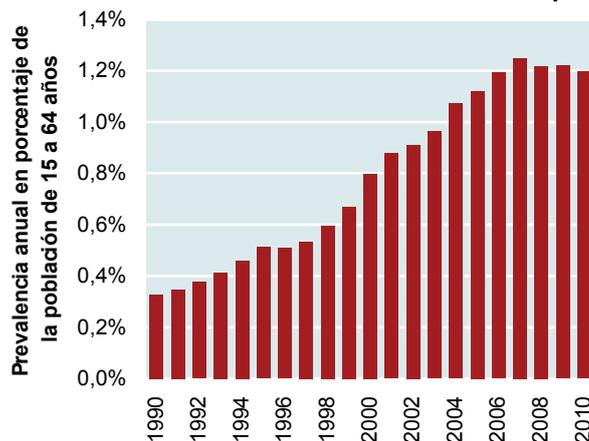


Fuente: Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Survey on Drug Use and Health, 2010 (y años anteriores); Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, 2011.

Tras la importante reducción del consumo de cocaína en los Estados Unidos y la expansión de la producción de cocaína desde la década de 1980, han surgido nuevos mercados ilícitos de cocaína, principalmente en Europa, pero también en América del Sur.

El consumo ilícito de cocaína en Europa occidental y central se ha triplicado desde 1990, aunque en años recientes se han observado signos de estabilización en un nivel más elevado (véase la figura 18). Esta tendencia más estable refleja las disminuciones registradas en los principales mercados de cocaína europeos -el Reino Unido, España e Italia (en orden descendente)⁸⁸, que han compensado los aumentos en varios mercados más pequeños. La prevalencia anual mundial del consumo de cocaína entre el grupo de edad de 15 a 64 años en la Unión Europea (1,2%) sigue representando aproximadamente solo la mitad de la cifra registrada en los Estados Unidos (2,2% en 2010).

Figura 18. Prevalencia anual del consumo de cocaína en la Unión Europea, 1990-2010



Fuente: Estimaciones basadas en datos procedentes del cuestionario para los informes anuales de la UNODC; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Statistical Bulletin 2011* (y años anteriores).

⁸⁸ Según los datos disponibles, las reducciones de la tasa de prevalencia de consumo de cocaína en estos países fueron las siguientes: en Italia, de un 2,1% en 2008 a un 0,9% en 2010; en España, de un 3,1% en 2007 a un 2,7% en 2009; y en el Reino Unido (Inglaterra y Gales), del 3% en 2008-2009 al 2,1% en 2010-2011. (En el caso de Italia, debido a modificaciones de la metodología empleada, así como a la tasa de respuesta sumamente baja (12%) y a notables censensos de la tasa de prevalencia en algún momento de la vida (imposibles a menos que un gran número de consumidores de cocaína hubiese fallecido o abandonado Italia entre 2008 y 2010), no se incluyeron los datos más recientes en el cálculo de las medias europeas.)

El consumo de cocaína también aumentó en América del Sur, sobre todo en el Brasil y otros países del Cono Sur, desde mediados de los años noventa hasta aproximadamente 2005. A partir de 2006, la tendencia general ha sido menos evidente.

Evolución de las rutas de tráfico

Las rutas de tráfico de heroína y cocaína han evolucionado con el tiempo, generalmente como reacción ante los esfuerzos de prohibición, la competencia entre los distintos agentes y las fluctuaciones de la demanda.

Heroína

Aunque en los años setenta y principios de los ochenta se enviaron algunas remesas de heroína desde el Triángulo de Oro del sudeste asiático a Europa, durante la década de 1980 se estableció la importante ruta de los Balcanes, que sigue en uso hoy en día. La ruta de los Balcanes comienza con el envío de remesas de opiáceos afganos a través del Pakistán y la República Islámica del Irán a Turquía. Luego esas remesas de drogas atraviesan los Balcanes rumbo a Europa occidental, donde se distribuyen y consumen. Si bien gran parte de la elaboración de la heroína se realizaba en Turquía, en el último decenio esta práctica parece haber cesado y en la actualidad la heroína se produce principalmente en el Afganistán y en algunos de sus países vecinos.

Debido a la inestabilidad imperante en los Balcanes durante los años noventa, la ruta balcánica principal se desplazó temporalmente de los países occidentales a los países orientales de esa zona. Hacia finales de los noventa, el tráfico con destino a Italia a través de Albania también cobró preponderancia. Una vez recobrada la estabilidad, las rutas balcánicas occidentales se reactivaron. En Europa occidental, los Países Bajos han emergido como un centro importante de redistribución de heroína.

Tras el colapso de la Unión Soviética y la ulterior creación de varios nuevos Estados, surgió un tráfico ilícito de heroína en gran escala desde el Afganistán en dirección al Asia central y la Federación de Rusia. Con el tiempo, esa zona pasó a ser uno de los principales mercados ilícitos de opiáceos, con un número mayor de consumidores que Europa occidental.

La heroína producida en el Asia sudoriental solía destinarse a los mercados ilícitos de América del Norte, Oceanía y Europa. En la actualidad, la heroína producida en el Asia sudoriental se consume sobre todo en China, aunque la producción total ha disminuido considerablemente y, en años recientes, ha sido insuficiente para satisfacer la demanda ilícita en ese país. En consecuencia, existe ahora también tráfico ilícito de heroína del Afganistán a China, el cual se encamina por lo general a ese país a través del Pakistán, ya sea directamente, o pasando por el Asia sudoriental.

La heroína disponible en el mercado de América del Norte solía proceder asimismo en gran medida del Asia sudoriental, aunque la proporción de ese mercado correspondiente al Asia sudoriental ha ido disminuyendo gradualmente desde mediados del decenio de 1990. Los países latinoamericanos -en particular Colombia y México- han pasado a ser las principales fuentes de heroína, sobre todo en el mercado ilícito en los Estados Unidos.

Cocaína

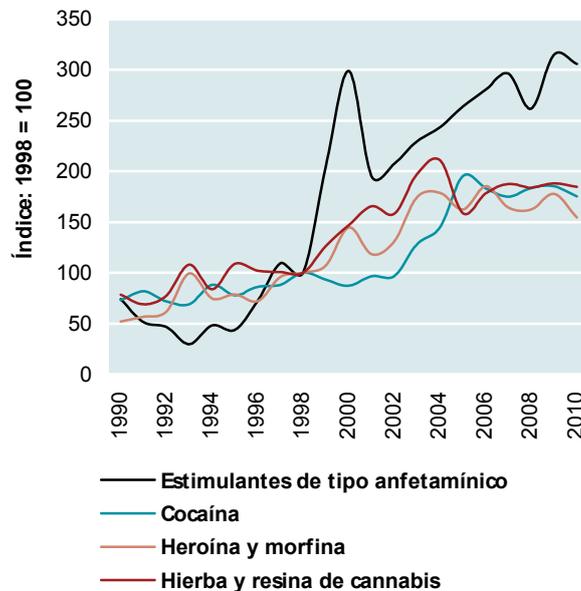
En los años setenta y principios de los ochenta, la cocaína procedente de la subregión andina se introducía ilegalmente en América del Norte sobre todo por conducto de remesas aéreas enviadas desde Colombia a la Florida y otros destinos en la costa oriental de los Estados Unidos. Debido a la intensificación de los esfuerzos de aplicación de la ley, en los decenios de 1980 y 1990 los traficantes modificaron su método preferido de contrabando y transportaban la cocaína en barcos a través del Caribe. En el siglo XXI el modo de operación volvió a cambiar al recurrir a barcos y, más recientemente, a semisubmarinos con cargas de remesas de cocaína que partían de la costa colombiana del Pacífico hacia México; de México las drogas eran transportadas por tierra hasta su destino final en diversas partes de los Estados Unidos. Más recientemente se observó un aumento de las remesas destinadas a países de Centroamérica para su ulterior entrega en México y los Estados Unidos.

En épocas anteriores, la cocaína destinada al mercado europeo se transportaba directamente de Colombia a España o, en menor medida, a los Países Bajos. Sin embargo, durante la primera década del nuevo milenio disminuyeron esos envíos directos. A menudo la cocaína se transportaba a la República Bolivariana de Venezuela y de allí a diversos países del Caribe, desde donde se enviaba a Europa, con frecuencia por vía aérea. Una parte de la cocaína también se traficaba desde el Ecuador y el Perú, así como desde el Brasil.

Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú han pasado a ser importantes fuentes de cocaína para los mercados ilícitos del Brasil y los países del Cono Sur de América del Sur. Una parte de la cocaína transportada al Brasil posteriormente se envía de contrabando a África (sobre todo al África occidental y meridional) para luego ser encaminada a Europa, su destino final. Debido a sus afinidades lingüísticas con el Brasil y algunos países africanos, Portugal se ha convertido en una zona importante de trasbordo de la cocaína, especialmente durante el período 2004-2007. Con todo, la ruta del África occidental parece estar menos activa en años recientes.

Por último, en los últimos años se ha registrado un aumento evidente del tráfico de cocaína a través de algunos de los países balcánicos. Todo parece indicar que los traficantes de drogas de los Balcanes, algunos de los cuales operan desde América del Sur, están tratando de obtener remesas de cocaína para distribuir las a los mercados ilícitos de Europa occidental después de comprarlas a grupos nigerianos que operan en el Brasil.

Figura 19. Incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico en comparación con las incautaciones de las principales drogas de origen vegetal, 1990-2010^a (Índice: 1998 = 100)



Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

^a Incautaciones comunicadas al 8 de febrero de 2012.

Emergencia y crecimiento de los mercados ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico

El crecimiento más robusto de los mercados de drogas ilícitas en años recientes se ha observado en los mercados ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico (metanfetamina, anfetamina y “éxtasis”), como se desprende del volumen de incautaciones (véase la figura 19). Mientras que las incautaciones de heroína y morfina aumentaron en menos de un 50%, las de cocaína en aproximadamente el 65% y las de cannabis en un 100% entre 1998 y 2010, las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico casi se triplicaron durante ese período, aunque ello podría atribuirse en parte a una mayor sensibilización de los organismos de aplicación de la ley.

Aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico

Los aumentos de las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico reflejaron principalmente el incremento de la demanda y, por tanto, un creciente tráfico ilícito. Según las estimaciones de las últimas décadas, son mucho más numerosos los países que han comunicado aumentos que los que han comunicado disminuciones. Por ejemplo, durante el período 2002-2010, el 44% de los países que presentaron informes comunicó un aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, mientras que el 42% informó de que la situación se mantenía estable y el 14% comunicó una disminución⁸⁹.

Mientras que en el decenio de 1990 se comunicaron importantes aumentos del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en Europa y América del Norte, en años recientes el mayor crecimiento se ha registrado en países del Asia oriental y sudoriental y el Cercano Oriente y el Oriente Medio. En el Cercano Oriente y el Oriente Medio, especialmente en la Península Arábiga, la demanda ilícita de drogas consiste sobre todo en comprimidos con contenido de anfetamina (y cafeína) conocidos como Captagon, un nombre de marca utilizado en el pasado para designar un preparado farmacéutico que contenía fenetilina⁹⁰.

En cambio, en varios países desarrollados el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico muestra actualmente signos de estabilización o incluso disminución. En el Reino Unido, por ejemplo, el consumo ilícito de anfetaminas (es decir, de estimulantes de tipo anfetamínico distintos del “éxtasis”) se redujo en Inglaterra y Gales de un nivel máximo del 3,2% de la población de 16 a 59 años, alcanzado en 1996, al 1,0% en 2010/2011⁹¹. En Australia, el consumo de anfetaminas (sobre todo metanfetamina) bajó de un máximo del 3,7% de la población de 14 años o más en 1998 al 2,1% en 2010⁹².

Dispersión de la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico y regionalización de los mercados ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico

La fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico, que solía estar muy concentrada, se está haciendo gradualmente más dispersa. Al mismo tiempo, muchos de los estimulantes de tipo anfetamínico que se producen actualmente se destina al consumo regional más que al consumo local o mundial, aunque también existe un tráfico limitado de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel interregional.

En América del Norte, la fabricación ilícita de metanfetamina, que solía concentrarse en los estados occidentales de los Estados Unidos, se ha ido desplazando poco a poco hacia el este, así como hacia el norte, al Canadá. Recientemente se ha observado un aumento de la fabricación ilícita de metanfetamina en México.

En Europa, la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico (sobre todo anfetamina y “éxtasis”) se concentraba generalmente en los Países Bajos, y en menor medida en Bélgica y Polonia, pero hoy en día se encuentra en muchos países europeos, incluidos Bulgaria, los países balcánicos occidentales, los países bálticos y Alemania. No obstante, los Países Bajos, Bélgica y Polonia siguen teniendo una participación prominente a este respecto.

En el Asia oriental, la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico, que en los decenios de 1940 y 1950 estaba concentrada en el Japón, se desplazó posteriormente a la República de Corea, Taiwán (Provincia de China) y Tailandia. En la actualidad, dicha fabricación se concentra sobre todo en China, Myanmar y Filipinas. Una tendencia que ha surgido en los últimos años es la propagación de la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico en países como Camboya, Indonesia y Malasia, que hasta la fecha se habían utilizado principalmente como países de tránsito de esos estimulantes. El mercado de

⁸⁹ UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

⁹⁰ La fenetilina es transformada por el organismo en los estimulantes activos anfetamina y teofilina.

⁹¹ J. Hoare y D. Moon, eds., *Drug Misuse Declared: Findings from the 2009/10 British Crime Survey-England and Wales*, Home Office Statistical Bulletin núm. 13/10 (Londres, Home Office, julio de 2010).

⁹² Australian Institute of Health and Welfare, *2010 National Drug Strategy Household Survey Report*, Drug Statistics Series núm. 25 (Canberra, julio de 2011).

metanfetamina del Asia sudoriental también ha recibido recientes insumos procedentes de la fabricación ilícita realizada en el territorio de la República Islámica del Irán⁹³.

En Oceanía, la mayor parte de los estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente anfetamina y “éxtasis”) es de origen europeo; no obstante, en las dos últimas décadas, en Australia y Nueva Zelanda se viene observando un grado considerable de fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico, sobre todo de metanfetamina. Sin embargo, las mejoras aportadas en materia de fiscalización de la oferta en esos países parecen haber restablecido la necesidad de importar los estimulantes de tipo anfetamínico y la fuente preferida es actualmente la región del Asia sudoriental.

Si bien solían importarse a los países del África meridional, actualmente los estimulantes de tipo anfetamínico (especialmente metanfetamina y metcatinona) se producen localmente, en Sudáfrica. Durante muchos años, los estimulantes de tipo anfetamínico (sobre todo en forma de metanfetamina) se han fabricado y consumido ilícitamente en Egipto como Maxiton Forte, el nombre de marca de un preparado farmacéutico discontinuado que contenía dexanfetamina. En años recientes, la fabricación ilícita de metanfetamina también se ha comenzado a detectar en países del África occidental, en particular Nigeria; la metanfetamina producida en esos países se destina principalmente a los mercados ilícitos del Asia sudoriental.

Evolución de los productos

Los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico son muy dinámicos, no solo en términos de su extensión geográfica y cambiantes modalidades de producción y tráfico, sino también de la evolución de los productos. La metanfetamina se sintetizó y consumió por primera vez en el Japón a fines del siglo XIX, tras lo cual su fabricación y consumo se expandieron a América del Norte, el Asia oriental y sudoriental y Europa. En cambio, la anfetamina se fabrica y consume ilícitamente en Europa desde hace mucho tiempo. En la Federación de Rusia y los Estados Unidos también se ha registrado cierto grado de fabricación ilícita de metcatinona.

El “éxtasis” apareció en los mercados ilícitos más tarde, a principios de los años ochenta en América del Norte y a finales de esa década en Europa. Durante varios años, diversas otras sustancias similares al “éxtasis” (como la metilendioxi-anfetamina (MDA) y la *N*-etil-tenanfetamina (MDE)) se habían propagado más dado que no estaban sujetas a fiscalización. Una vez sometidas a fiscalización internacional, las principales sustancias de tipo “éxtasis” fueron reemplazadas en gran medida por MDMA, el “éxtasis” original.

Durante la segunda mitad del decenio de 2000, la menor disponibilidad del precursor principal del “éxtasis”, 3,4-MDP-2-P (conocido también como piperonil metil cetona (PMK)), causó una escasez de MDMA. Los productores idearon varias estrategias para hacer frente a esta situación, la primera de las cuales consistió en reducir el contenido de MDMA de los comprimidos de “éxtasis” y utilizar diversas otras sustancias en su lugar. Entre esas sustancias figuraba la metanfetamina, así como la ketamina, una sustancia no sujeta a fiscalización internacional empleada en la medicina veterinaria. En algunos casos, los comprimidos de metanfetamina y ketamina se han vendido también como “éxtasis”, así como los comprimidos que contienen piperazinas, otro grupo de sustancias no sujetas a fiscalización internacional. Sin embargo, dado que muchos países han incluido las piperazinas entre las sustancias fiscalizadas a nivel nacional, esas sustancias ya no son tan interesantes en esos países y los productores están volviendo a utilizar MDMA. Las tendencias recientes indican una recuperación del mercado de “éxtasis”, pero sin la reemergencia de la 3,4-MDP-2-P como principal precursor. En su defecto, los técnicos de laboratorio han comenzado a utilizar sucedáneos químicos para fabricar MDMA.

En años recientes han surgido nuevas sustancias psicoactivas en varios mercados de estimulantes de tipo anfetamínico de distintas partes del mundo que a menudo se comercializan como “sales de baño” y “alimento vegetal”. Se trata de sustancias psicoactivas no sujetas a fiscalización internacional, incluidas la 4-MMC, conocida como “mefedrona”, de frecuente consumo en Europa, y la MDPV, que es más común en

⁹³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific, 2011-A Report from the Global SMART Programme* (noviembre de 2011); UNODC, *Global SMART Update 2012*, vol. 7, marzo de 2012.

los Estados Unidos. Ambas sustancias están estructuralmente relacionadas con la catinona, sustancia sometida a fiscalización internacional. El hecho de que estas sustancias no fuesen ilícitas en la mayoría de los países hasta hace poco explica la mayor propagación de su uso. En el Reino Unido, por ejemplo, según la encuesta más reciente sobre el consumo de drogas realizada en Inglaterra y Gales, la mefdrona era la tercera droga ilícita de mayor consumo entre los adultos (después del cannabis y la cocaína) y la segunda (después del cannabis) entre las personas de 16 a 24 años⁹⁴.

Pautas emergentes de consumo de drogas ilícitas

El consumo de drogas ilícitas no es un fenómeno estático. Como se ha expuesto anteriormente, los consumidores de drogas pueden adoptar nuevas sustancias. Pero también pueden utilizar distintas combinaciones de drogas o modalidades de consumo diversas, y/o consumir sustancias lícitas, incluidas drogas de venta con receta, para fines no médicos. Estas pautas de consumo de drogas son muy frecuentes en muchos países.

Politoxicomanía

Una característica saliente y expandida geográficamente del comportamiento de los consumidores de drogas en años recientes ha sido el aumento de la politoxicomanía o el consumo de varias drogas. Si bien esta clase de consumo de drogas se consideraba excepcional hace solo unas pocas décadas, es casi la norma actualmente en muchos países. Los consumidores pueden seguir teniendo preferencia por una determinada droga, pero a menudo son capaces de consumir otras drogas al mismo tiempo de ser necesario. Por ejemplo, los consumidores de “éxtasis” se han adaptado al consumo de comprimidos de falso “éxtasis” que pueden contener metanfetamina, ketamina o piperazinas en lugar de MDMA, y los consumidores de opiáceos suelen consumir opioides sintéticos o benzodiazepinas cuando hay escasez de heroína. Además, muchas personas que usan las drogas con fines recreativos han comenzado a consumirlas de forma más selectiva que antes. Para reducir la necesidad de sueño y aumentar la resistencia, los usuarios recurren a diversos estimulantes y al “éxtasis” y utilizan cannabis o incluso heroína para “bajarse” y dormir. A fin de experimentar el conocido “colocón” que producen las drogas ilícitas, los consumidores de heroína bajo tratamiento de mantenimiento a base de metadona pueden utilizar la cocaína “crack”. Si bien el consumo sucesivo de diversas drogas es lo más común, algunas se consumen también en combinación con otras. La combinación más frecuente es la de alcohol y diversas drogas ilícitas, aunque el “speedball”, una mezcla de heroína y cocaína, también es común en algunas partes del mundo.

Una de las principales preocupaciones con respecto a la politoxicomanía es que tiende a intensificar tanto los efectos deseados como los efectos colaterales de las drogas y a multiplicar el impacto de esas drogas en el organismo. Ello puede tener graves consecuencias para la salud: por ejemplo, las mezclas de heroína y el opioide sintético fentanilo pueden causar paro respiratorio y muerte. Cierta grado de politoxicomanía también puede fomentar el consumo de un mayor número de otras drogas. Por ejemplo, las personas que consumen cocaína o estimulantes de tipo anfetamínico para combatir el mareo que a menudo causa la heroína pueden llegar a consumir dosis más grandes y así aumentar el riesgo de sobredosis.

Las encuestas nacionales sobre el alcance de la politoxicomanía aún son escasas. Un método para obtener una estimación aproximada del problema consiste en agregar el número de consumidores de cada droga (los que responden “sí” a la pregunta “¿ha consumido *una determinada* droga ilícita (cannabis, cocaína, “éxtasis”, etc.) en los últimos 12 meses?) y comparar ese total con el número total de consumidores de drogas (“¿ha consumido *alguna* droga ilícita durante los últimos 12 meses?”). Según cálculos de la UNODC, basándose en un grupo diverso de 15 países⁹⁵, el número total de consumidores de cinco drogas (cannabis, anfetaminas, “éxtasis”, cocaína y opiáceos) superó en un 20%, como promedio, el número total de consumidores de drogas ilícitas. Al basar el cálculo en países con mercados de drogas ilícitas altamente diversificados, como el Reino Unido y los Estados Unidos, esa cifra excedía del 40%. Si se añaden otras categorías de drogas, como los alucinógenos, tranquilizantes y sedantes, se obtiene una cifra de

⁹⁴ Hoare y Moon, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2009/10 British Crime Survey*.

⁹⁵ Alemania, Argentina, Australia, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, España, Estados Unidos, Filipinas, Indonesia, Italia, México, Perú y Reino Unido (UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales y de los informes de las encuestas nacionales sobre el consumo de drogas).

aproximadamente el 60% en los Estados Unidos⁹⁶, lo que muestra que el consumo de múltiples drogas es muy común en ese país.

Al realizar el mismo análisis con respecto a Australia se observa un nivel de politoxicomanía aun mayor, dado que el número agregado de consumidores de determinadas drogas supera en aproximadamente el 100% el número total de esos consumidores. Según un estudio, una clara mayoría de los usuarios de todas las demás drogas también consumía cannabis; sin embargo, la mayoría de los consumidores de cannabis (el 61%) no consumía ninguna otra droga ilícita. Cerca de la mitad de los consumidores australianos de cocaína y de “éxtasis” comunicaron que también consumían la otra droga⁹⁷.

Consumo con fines no médicos de las drogas de venta con receta

En años recientes, varios países han comunicado un aumento del consumo con fines no médicos de las drogas de venta con receta. El “consumo con fines no médicos” incluye el consumo de la droga por la persona a la que fue recetada pero de manera o en dosis distintas de las prescritas, así como su consumo por otra persona. La desviación se realiza a través de canales diversos, como recetas obtenidas por medios corruptos, recetas falsas, venta ilícita en farmacia, uso indebido en el contexto familiar, venta ilícita entre pacientes y medicamentos falsificados, a veces adquiridos a través de Internet.

En algunos países, incluidos Australia y los Estados Unidos, el consumo de fármacos con fines no médicos es más prevalente que el de cualquier otra droga ilícita excepto el cannabis⁹⁸. Aunque son muchas las drogas de venta con receta que pueden ser objeto de uso indebido, las más comunes pertenecen a una de las tres categorías siguientes (en orden de magnitud): opioides, depresores del sistema nervioso central y estimulantes.

Opioides

Los opioides tienen como principal finalidad médica calmar el dolor y la mayoría de ellos (como la morfina) se receta para dicho uso. También suelen recetarse opioides a las personas que reciben tratamiento contra la adicción a la heroína. Los opioides son las drogas de venta con receta de mayor uso indebido y su consumo con fines no médicos es motivo de preocupación para la mayoría de los países, aunque las sustancias consumidas pueden ser muy diferentes según las regiones y los países.

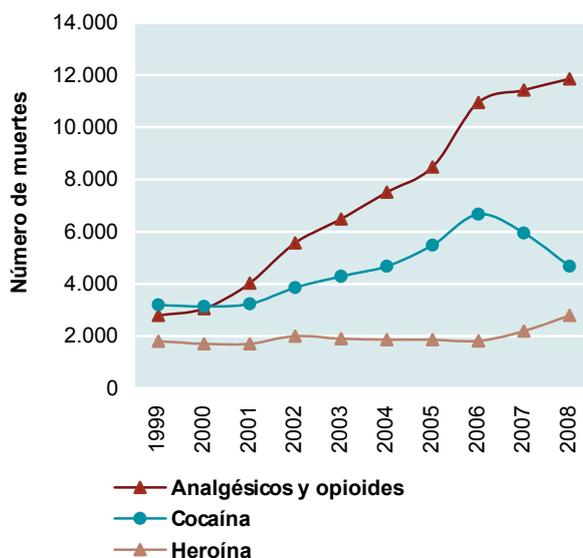
El consumo con fines no médicos de cualquier droga psicoterapéutica puede tener importantes consecuencias adversas para la salud. Además del riesgo de dependencia, el uso indebido de analgésicos opioides, en particular, ha sido causa de un gran número de muertes. Las muertes por sobredosis relacionadas con opioides de venta con receta en los Estados Unidos -país sobre el que se dispone de datos fiables- se han cuadruplicado desde 1999 y actualmente superan los fallecimientos causados por la heroína y la cocaína consideradas juntas (véase la figura 20)⁹⁹.

⁹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.

⁹⁷ Australian Institute of Health and Welfare, *2010 National Drug Strategy Household Survey Report*.

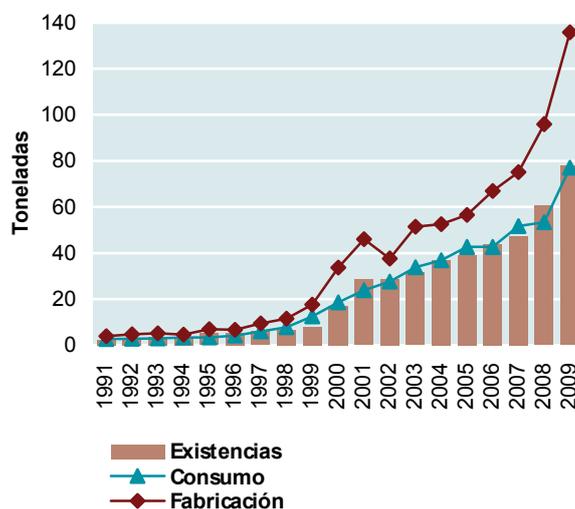
⁹⁸ Según las encuestas nacionales sobre el consumo de drogas, en los Estados Unidos el 6,3% de la población de 12 años o más consumió con fines no médicos drogas de venta con receta en 2010, mientras que en Australia la cifra correspondiente fue del 4,2% de la población de 14 años o más.

⁹⁹ Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, “Prescription drug abuse”, Topics in Brief (diciembre de 2011). Disponible en www.nida.nih.gov/tib/prescription.html.

Figura 20. Muertes por sobredosis en los Estados Unidos, desglosadas por principales tipos de drogas, 1999-2008

Fuente: National Institute on Drug Abuse, "Prescription drug abuse", Topics in Brief (diciembre de 2011).

En los dos últimos decenios ha aumentado espectacularmente la producción lícita mundial de muchos opioides, incluidos la morfina, la codeína, la tebaína, la hidrocodona, la oxicodona y la metadona. Por ejemplo, la fabricación mundial de oxicodona, un opioide frecuentemente objeto de uso indebido comercializado como OxyContin en los Estados Unidos, aumentó de 2 toneladas en 1990 a más de 135 toneladas en 2009 (véase la figura 21), de las cuales más de dos tercios eran de fabricación estadounidense¹⁰⁰. Si bien puede haber habido razones médicas de peso para ampliar la producción de esas sustancias, ello también aumenta el riesgo de que sean excesivamente recetadas o desviadas hacia canales ilícitos.

Figura 21. Fabricación, consumo y existencias mundiales de oxicodona, 1991-2009

Fuente: *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2011- Estadísticas de 2009* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta T.11.XI.2).

Como ocurre con la mayoría de los comportamientos relacionados con las drogas, las preferencias de los países y regiones en materia de opioides varían considerablemente. Por ejemplo, el uso indebido de buprenorfina, que se utiliza en Europa y algunos otros países como droga de sustitución de la heroína, está muy generalizado en ciertos países del Asia meridional y del Cáucaso. En Nigeria la pentazocina parece ser

¹⁰⁰ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2011- Estadísticas de 2009* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta T.11.XI.2) (informe técnico de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes).

mucho más prevalente que la heroína. En algunos países, especialmente en Asia, los jarabes para la tos que contienen codeína son frecuentemente objeto de uso indebido.

Depresores del sistema nervioso central

Los depresores del sistema nervioso central suelen recetarse como sedantes o ansiolíticos (para el tratamiento de los trastornos de ansiedad). Actualmente las benzodiazepinas son las sustancias de esta categoría de drogas que más preocupación suscitan, dado que han reemplazado en gran medida a los barbitúricos (ambos se utilizan como ansiolíticos y sedantes hipnóticos) debido al mayor riesgo de sobredosis letal asociado a los barbitúricos. Una alta tasa de las muertes relacionadas con drogas se atribuye a estas sustancias (a este respecto superadas solo por los opioides), las cuales solo son objeto de uso indebido en muchos países. Los países que comunican el consumo *per capita* más elevado de benzodiazepinas -independientemente de su finalidad, ya sea como sedantes, ansiolíticos o antiepilépticos- son (en orden de magnitud) Bélgica, el Uruguay, Portugal y Serbia¹⁰¹. Algunas de las benzodiazepinas de mayor uso indebido son el flunitrazepam (comercializado como Rohypnol¹⁰², y utilizado como sedante) y el diazepam (comercializado como Valium y utilizado como ansiolítico).

Estimulantes

La tercera categoría de drogas de venta con receta que es objeto de frecuente uso indebido son los estimulantes. En años recientes ha disminuido el consumo de estimulantes con fines médicos, aunque estos aún se recetan para el tratamiento del trastorno de la concentración y la narcolepsia. Además del riesgo de dependencia, el consumo de estimulantes con fines no médicos puede provocar arritmias, alza de temperatura o incluso insuficiencia cardiovascular y ataques epilépticos. Según varias encuestas de consumidores de drogas, el uso indebido de estimulantes de venta con receta está muy extendido en las Américas. Los siguientes países (en orden de magnitud) comunicaron un consumo de drogas de venta con receta muy superior a la media mundial durante el período 2007-2009: los Estados Unidos, la Argentina, el Brasil, México y Chile¹⁰³. En particular, en América del Sur el consumo de estimulantes a menudo está asociado a los esfuerzos para bajar de peso. Sin embargo, el problema no se limita a esa región, puesto que países de todas las regiones han comunicado niveles relativamente altos de consumo de estimulantes.

En algunos países se ha registrado un notable incremento de la disponibilidad de estimulantes de venta con receta. Por ejemplo, en los Estados Unidos el número de recetas de estas drogas aumentó de 5 millones en 1991 a casi 45 millones en 2010¹⁰⁴. Esto está relacionado, entre otras cosas, con un aumento de las recetas de metilfenidato (comercializado como Ritalin), una droga empleada para tratar el trastorno de la concentración. El consumo de metilfenidato en los Estados Unidos excede con creces del consumo mundial de esa sustancia, aunque este ha aumentado considerablemente en el último decenio¹⁰⁵.

Nuevos ámbitos de consumo de drogas por inyección

Desde el punto de vista de la salud pública, la inyección es la forma más problemática de administración de las drogas ilícitas. Este método supone un mayor riesgo de sobredosis letal para los usuarios debido a que la rápida aparición de sus efectos hace difícil calcular la cantidad de droga que puede utilizarse. Además, las sobredosis requieren atención médica inmediata, que puede no siempre estar disponible. Por otra parte, el consumo de drogas por inyección entraña un alto riesgo de contraer enfermedades infecciosas, en particular si se comparten las jeringas.

¹⁰¹ *Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2009 - Previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta T.11.XI.3) (informe técnico de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes).

¹⁰² Conocido también como “droga de la violación en citas”.

¹⁰³ *Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2009 - Previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta T.11.XI.3) (informe técnico de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes).

¹⁰⁴ National Institute on Drug Abuse, “Prescription drug abuse”.

¹⁰⁵ *Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2009 - Previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta T.11.XI.3) (informe técnico de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes).

La prevalencia del consumo de drogas por inyección varía según la región y el país, así como de la droga que se utilice. La heroína y la metanfetamina son las drogas ilícitas de mayor consumo por inyección. El cannabis no se inyecta y la inyección de “éxtasis” no es común. Con pocas excepciones, la cocaína tampoco suele inyectarse. Por lo general, el clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo) se inhala, mientras que la cocaína “crack” se fuma.

Todo indica que el consumo de drogas por inyección se ha mantenido relativamente estable en el último decenio. Según los informes de la mayoría de los países, una elevada proporción de consumidores de heroína se inyecta la droga, aunque la prevalencia del consumo de cualquier droga por inyección varía considerablemente de un país a otro. En los Estados Unidos, el país con el mayor mercado de drogas ilícitas del mundo, casi la mitad de los consumidores de heroína, el 13,5% de los consumidores de metanfetamina y el 2,5% de los consumidores de cocaína indican que se inyectan la droga seleccionada¹⁰⁶. En el Reino Unido, otro país que tiene un mercado de drogas ilícitas bien establecido y diversificado, así como en muchos otros países europeos, se registran proporciones similares. Algunos países, como la Argentina, España, Malasia y los Países Bajos, comunican un bajo nivel de consumo de drogas por inyección, aunque este método es común sobre todo entre los consumidores de heroína de esos países. En cambio, Belarús, Francia y Nueva Zelanda comunican una alta tasa de consumo de drogas por inyección, en particular entre los usuarios de heroína. Algunos países, como China, la Federación de Rusia, Kirguistán, el Líbano y Myanmar, han informado de que el consumo de drogas por inyección generalmente se limita a los usuarios de heroína.

En algunos países es más frecuente la inyección de estimulantes de tipo anfetamínico, especialmente metanfetamina. Entre los países que han comunicado que la inyección de estimulantes de tipo anfetamínico es más común que la de heroína figuran Indonesia, Suecia y el Togo, donde las tasas de consumo de drogas por inyección son bajas, y Eslovaquia, el Japón y la República Checa, en los que se registran tasas más elevadas.

Solo cuatro países, Francia, Guatemala, México y Nueva Zelanda, comunicaron una tasa superior al 20% de consumidores de cocaína que se inyecta la droga. Todos estos países también comunicaron que el consumo de drogas por inyección es frecuente entre los usuarios de heroína.

Nuevos agentes, métodos cambiantes y amenazas

Para llevar la droga de los productores a los consumidores se requiere cierto grado de organización. El modo de operación de los agentes del tráfico de drogas ha ido evolucionando con el tiempo a la par del crecimiento de los mercados y los adelantos tecnológicos. En el pasado, es posible que el tráfico de drogas haya supuesto un enriquecimiento personal para sus principales agentes; sin embargo, en años recientes, las cuantiosas ganancias derivadas del tráfico ilícito de drogas se han utilizado en algunos casos para financiar actividades armadas ilegales.

Ascenso y decadencia de las organizaciones de narcotraficantes

Las tendencias del consumo de drogas ilícitas son sumamente dinámicas y, a su vez, las operaciones de las organizaciones del tráfico ilícito tienden a modificarse en respuesta a esa evolución. En las últimas décadas se han observado importantes cambios en el tráfico ilícito de drogas. La naturaleza de esos cambios depende de las drogas y de los mercados ilícitos de que se trate, aunque una característica constante de muchas organizaciones del narcotráfico es un idioma y/o nacionalidad comunes a sus participantes.

Después de la segunda guerra mundial, el contrabando de heroína a los Estados Unidos, y dentro de este país, estuvo dominado por grupos de la delincuencia organizada italiana. Esos grupos compraban heroína y la transportaban a los Estados Unidos a través de Turquía y Francia. Posteriormente, importantes grupos chinos, conocidos como “tríadas”, transportaron heroína a través del territorio de lo que actualmente es Hong Kong, China, hasta que a mediados del decenio de 1990 comenzó el tráfico de heroína procedente de América Latina a los Estados Unidos, principalmente por grupos colombianos y mexicanos. A raíz de la declinante

¹⁰⁶ UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

producción de heroína en Colombia en años recientes, una mayor proporción de heroína parece ahora provenir de México.

Hasta principios de los años noventa, el contrabando de cocaína a los Estados Unidos estuvo dominado por dos cárteles de la droga colombianos, el cártel de Medellín y el cártel de Cali. Esas organizaciones controlaban toda la cadena de la oferta. Sin embargo, fueron las últimas de su especie puesto que hacia mediados de esa década habían quedado desmanteladas. Surgió entonces un gran número de *cartelitos* colombianos más pequeños que modificaron el funcionamiento de la cadena de la oferta vendiendo cocaína a grupos mexicanos, así como a clientes de los nuevos mercados de cocaína que iban apareciendo en Europa. Los grupos mexicanos controlaban el tráfico de México a los Estados Unidos. Los métodos de transporte también han cambiado: mientras que en un principio las remesas de cocaína se enviaban directamente de Colombia a los Estados Unidos por vía aérea, hoy en día son transportadas al corredor centroamericano o mexicano sobre todo por barco o semisubmarino y luego por tierra hasta los Estados Unidos.

Durante los dos últimos decenios, el tráfico de heroína a Europa occidental, realizado por grupos turcos y de diversos países balcánicos, ha utilizado la ruta de los Balcanes. La heroína solía fabricarse en Turquía con opio y morfina procedentes del Afganistán. Sin embargo, en años recientes, la mayor parte de los opiáceos se importa en forma de heroína. Desde fines de los años noventa hasta 2004, los grupos de la delincuencia organizada integrados por traficantes de origen albanés tuvieron un papel predominante en el comercio ilícito, aunque luego su importancia disminuyó, mientras que los grupos delictivos de otros países balcánicos siguen participando en ese tráfico. Recientemente han surgido en varias ciudades de Europa occidental algunos grupos delictivos originarios de la ex República Yugoslava de Macedonia que se encargan de organizar el tráfico ilícito de heroína.

Desde hace muchos años, el tráfico ilícito de cocaína a Europa occidental está organizado por grupos de la delincuencia colombiana. En él participan también varios grupos delictivos de países del Caribe, incluidos Jamaica y la República Dominicana. Desde 2005, diversos grupos delictivos del África occidental, a menudo liderados por nigerianos, están firmemente arraigados en el mercado de cocaína de muchos países de Europa occidental. Algunos grupos nigerianos también han comenzado a exportar cocaína desde el Brasil, especialmente desde Sao Paulo, a puntos de destino en África y Europa. La mayoría de esos grupos no tienen una organización jerárquica sino que operan como unidades independientes en el marco de redes autónomas.

Desde hace tiempo, el tráfico ilícito de heroína a la Federación de Rusia está organizado en gran medida por diversos grupos delictivos integrados por miembros de origen tayiko. Estos grupos trafican la heroína desde Tayikistán a otros países del Asia central y a la Federación de Rusia. Aunque los grupos delictivos tayikos están profundamente involucrados en el contrabando de heroína de Tayikistán a la Federación de Rusia, rara vez figuran entre las personas detenidas en otros países del Asia central.

El contrabando de metanfetamina al lucrativo mercado japonés ha estado y sigue estando dominado por la Yakuza, el tradicional sindicato de la delincuencia organizada japonesa. Las fuentes de la metanfetamina han cambiado con el tiempo, pero los traficantes son los mismos. Casi la mitad de todas las personas detenidas por tráfico de metanfetamina en el Japón son miembros de la Yakuza. Tras la segunda guerra mundial, la metanfetamina se producía localmente; luego, en 1951, fue prohibida. La fabricación de metanfetamina se desplazó entonces a zonas vecinas, como la República de Corea y Taiwán (Provincia de China), para después desplazarse una vez más a China continental y Filipinas. Desde hace poco, los grupos de la delincuencia organizada iraní están participando en el comercio ilícito de metanfetamina y las unidades de la Yakuza que operan en Estambul (Turquía) han comenzado a traficar al Japón metanfetamina fabricada ilícitamente en el territorio de la República Islámica del Irán¹⁰⁷. Además, algunos grupos nigerianos han comenzado a producir metanfetamina en Nigeria para exportarla al Asia oriental y el Asia sudoriental.

La convergencia de amenazas y su evolución

Como se señaló anteriormente, el tráfico ilícito de drogas tiene una larga asociación con la delincuencia organizada transnacional. Durante décadas una gran proporción de los ingresos de los grupos de la

¹⁰⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs*; Global SMART Update.

delincuencia organizada se ha derivado del tráfico de drogas. Según las estimaciones, el tráfico ilícito de drogas genera entre una quinta y una cuarta parte del total de ingresos derivados de la delincuencia organizada y casi la mitad de los ingresos procedentes de la delincuencia organizada transnacional¹⁰⁸.

En contraste, las vinculaciones entre el tráfico ilícito de drogas y las actividades de los grupos armados ilegales y, en algunos casos, de los grupos terroristas, parecen haber surgido posteriormente. Entre algunos conocidos ejemplos, cabe mencionar los vínculos entre los diversos ejércitos rebeldes y la producción y el tráfico ilícito de opio y estimulantes de tipo anfetamínico a y desde el estado Shan de Myanmar, la relación entre el tráfico ilícito de coca y el Sendero Luminoso en el Perú en la década de 1990, la utilización de los ingresos procedentes del comercio ilícito de drogas para financiar las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) en ese país durante el decenio de 2000 y la utilización de ingresos emanados del comercio de heroína por el Partido de los Trabajadores del Kurdistan (PKK) para financiar actividades armadas ilegales en Turquía. Además, muchas de las milicias causantes de la inestabilidad registrada en Yugoslavia durante los años noventa se valieron del tráfico ilícito de drogas -en particular el de heroína, a través de la ruta de los Balcanes- para financiar su participación en ese conflicto, y en el Afganistán y el Pakistán los talibanes han venido derivando una parte de sus ingresos del comercio de opio y heroína. Según se ha informado, Al-Qaida en el Magreb Islámico ha utilizado las ganancias procedentes del tráfico ilícito de cannabis y cocaína y el Ejército Republicano Irlandés (IRA) también ha estado presuntamente involucrado en el tráfico ilícito de drogas a nivel internacional. En Sri Lanka se presume que los Tigres tamiles, antes de su desmantelamiento en 2009, derivaron una parte de sus ingresos del tráfico ilícito de heroína y en el Líbano se ha acusado asimismo a Hizbullah de participar en el tráfico ilícito de drogas.

Esa lista podría ser mucho más larga. Sin embargo, no todas las acusaciones son necesariamente justificadas y no siempre se dispone de pruebas empíricas para corroborar la existencia y evaluar la importancia de esos vínculos. Cabe señalar asimismo que la probada participación de ciertos miembros en actividades ilícitas relacionadas con las drogas no significa por fuerza que el grupo como tal haya estado implicado en ellas. Con todo, no cabe duda de que existen vinculaciones entre el tráfico ilícito de drogas y las operaciones de las organizaciones delictivas, rebeldes y terroristas en todo el mundo.

Las incalculables amenazas dimanantes del tráfico ilícito de drogas y la delincuencia organizada fueron internacionalmente reconocidas hace más de 20 años en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, en la que se observó que el tráfico ilícito permitía a las organizaciones delictivas transnacionales invadir, contaminar y corromper las estructuras de la administración pública, las actividades comerciales y financieras lícitas y la sociedad a todos sus niveles. Los Estados Miembros reflejaron y expusieron más ampliamente esas inquietudes en 1998 y 2009 en la Declaración política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones y la Declaración política y el Plan de Acción aprobados por la Comisión de Estupefacientes en la serie de sesiones de alto nivel de su 52º período de sesiones en 2009. El Consejo de Seguridad, en varias de sus resoluciones, también ha hecho referencia a los nexos existentes entre el tráfico de drogas, la delincuencia organizada y, en algunos casos, el terrorismo.

Estos nexos han llevado a varios países a intensificar sus esfuerzos de lucha contra el tráfico ilícito de drogas. En algunos casos en que las autoridades han combatido eficazmente la producción y el tráfico de drogas ilícitas, el problema de la insurgencia también se ha visto mitigado. Dos ejemplos de ello son el Sendero Luminoso en el Perú, durante el decenio de 1990, y las FARC en Colombia, en la década de 2000. Las medidas encaminadas a atajar la producción y el tráfico de drogas ilícitas han contribuido a mermar los ingresos de los grupos armados ilegales y también, por tanto, su capacidad de lucha.

El papel de las nuevas tecnologías

En las últimas décadas, una creciente proporción de la población mundial dispone de teléfonos y equipo informático conectado a Internet cada vez más sofisticados. El uso de Internet se ha extendido rápidamente y el número de personas que tiene acceso a ella se ha disparado de 2,6 millones en 1990 a 2.000 millones en 2010. De igual modo, la proporción de la población con acceso a Internet aumentó del 0,05% en 1990

¹⁰⁸ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Estimating Illicit Financial Flows Resulting from Drug Trafficking*.

al 30,5% en 2010 y hasta un 76,5% en los países de altos ingresos que son miembros de la OCDE, los cuales están gravemente afectados por el consumo de drogas¹⁰⁹.

Internet ha tenido un impacto enorme en el comercio ilícito de drogas. Para los traficantes, es mucho más fácil ahora entender la fluctuación de los precios en los diversos mercados, obtener precursores y ocultar las ganancias derivadas de las drogas. Los consumidores de drogas ilícitas han comenzado a utilizar la Internet como medio de intercambiar información sobre el uso de diversas drogas ilícitas y las mejores oportunidades de adquirir drogas más potentes a un precio módico. Además, nuevas drogas que aún no están sujetas a fiscalización internacional (como las que se venden con el nombre de “Spice”) se han comercializado con éxito a través de Internet.

Internet también ha abierto nuevas oportunidades para realizar intervenciones de fiscalización de drogas. Es un vector decisivo para la difusión de información sobre los riesgos asociados con el consumo de drogas ilícitas. Por otra parte, Internet proporciona a las autoridades otro medio de vigilar el mercado de las drogas ilícitas, así como la planificación y las operaciones de los delincuentes, y les facilita asimismo la posibilidad de establecer una estrecha coordinación transfronteriza. No obstante, es evidente que los traficantes de drogas se han vuelto más precavidos -y sofisticados- en lo que respecta a su utilización de Internet. Como disponen de abundante efectivo, tienen los medios necesarios para contratar a los mejores expertos informáticos a fin de velar por que sus comunicaciones estén cifradas, sus lugares de operación no sean ubicables y sus archivos sean destruidos en caso de incautación de sus computadoras. El ritmo frenético al que avanza el desarrollo tecnológico y la rapidez con que los delincuentes adaptan la tecnología disponible a sus necesidades presentan desafíos contundentes para los órganos reguladores de la mayoría de los países. Además, debido a la falta de una reglamentación internacional de Internet resulta difícil poner coto a las actividades de los delincuentes que operan a nivel internacional.

Otro avance tecnológico importante de los últimos años es la rápida propagación de la telefonía móvil. La proporción de la población mundial que ha contratado un servicio de telefonía móvil aumentó de un 0,2% en 1990 a un 78,6% en 2010. Esto representó un crecimiento medio del 36% anual durante el período 1990-2010. Mientras que en los países desarrollados el número de contratos de telefonía móvil a menudo supera la cifra total de población, hasta los países menos adelantados muestran tasas de penetración de la telefonía móvil (33,5 teléfonos móviles por cada 100 habitantes). Por ejemplo, en el Afganistán la tasa correspondiente alcanza 37,8¹¹⁰.

El teléfono móvil, especialmente su servicio de mensajes de texto (SMS) y las tarjetas anónimas de prepago con módulo de identidad del titular (tarjetas SIM) han revolucionado el comercio de drogas ilícitas en todos los niveles. Los mensajes de texto son difíciles de controlar y rastrear por las autoridades; por otra parte, el uso generalizado de las tarjetas SIM, anónimas y económicas, hacen aun más laboriosa esa tarea. Además, el teléfono móvil puede servir a los traficantes como registro de clientes, ya que para algunos traficantes de drogas su activo máspreciado son los números guardados en la memoria del teléfono.

El rápido crecimiento del comercio internacional también ha facilitado el tráfico ilícito de drogas, pues el gran volumen de mercaderías lícitas que se transporta a través de todo el mundo dificulta la detección de las remesas de drogas ilícitas por las autoridades. Durante el período 1990-2010, las exportaciones mundiales de mercaderías aumentaron en un 440% en valores nominales¹¹¹. Teniendo en cuenta la inflación, ello equivale a un aumento anual del 5% en términos de volumen. Gran parte de las mercaderías comercializadas se transporta en contenedores. La capacidad anual total de los envíos por contenedor asciende a unos 1.100 millones de toneladas; la producción mundial de drogas ilícitas ascendería a menos del 0,005% de esa cifra (aunque no todas las drogas se transportan por contenedor). Por tanto, la probabilidad de detectar las remesas de drogas ilícitas mediante controles aleatorios de los contenedores es sumamente reducida.

¹⁰⁹ Banco Mundial, “Internet users”, World Development Indicators, base de datos en línea sobre los indicadores del desarrollo mundial. Disponible en <http://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.P2> (consultada en enero de 2012).

¹¹⁰ Banco Mundial, “Mobile cellular subscriptions”, World Development Indicators, base de datos en línea sobre los indicadores del desarrollo mundial. Disponible en <http://data.worldbank.org/indicator/IT.CEL.SETS.P2> (consultada en enero de 2012).

¹¹¹ Organización Mundial del Comercio, “International trade and tariff data”, base de datos estadísticos. Disponible en www.wto.org/english/res_e/statis_e/statis_e.htm (consultada en enero de 2012).

Otro acontecimiento importante de las últimas décadas ha sido el aumento del tráfico aéreo. El número de salidas de aviones se incrementó en más de un 80% entre 1990 y 2009, o un 3,2% anual¹¹². Junto con el descenso de las tarifas aéreas, estos aumentos han servido de aliciente a los grupos de traficantes de drogas para sacar provecho del mayor volumen del tráfico aéreo, ya sea empleando a un gran número de personas en calidad de “mulas” (personas que ocultan drogas ilícitas en el interior de su cuerpo para pasarlas a través de una frontera) o escondiendo las drogas dentro de paquetes para su envío como carga aérea o por correo. Durante el período 1990-2010, el número total de pasajeros de las líneas aéreas aumentó a razón de un 4% anual y el incremento anual de la cantidad de carga transportada fue del 4,6%.

¹¹² Banco Mundial, “Air transport, registered carrier departures worldwide”, World Development Indicators, base de datos en línea sobre los indicadores del desarrollo mundial, disponible en <http://data.worldbank.org/indicator/IS.AIR.DPRT/countries> (consultada en enero de 2012).

C. FACTORES QUE DETERMINAN LA EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Principales fuerzas motrices perceptibles de las tendencias a largo plazo

La economía de las drogas ilícitas sigue evolucionando. La comprensión del por qué y del cómo de ese fenómeno es una tarea compleja dado que existe toda una gama de factores potenciales que han de considerarse, así como incertidumbre con respecto al modo en que dichos factores actúan entre sí y a los efectos de esa interacción. Además, muchos de esos factores y sus efectos son reacios a una evaluación o cuantificación fiables, lo que a su vez dificulta su análisis a fondo. No obstante, un breve examen, por una parte, de lo que puede razonablemente considerarse factores de riesgos y fuerzas motrices predecibles de la economía de las drogas ilícitas y, por otra, de lo que es en gran medida imprevisible, puede ayudar a comprender la magnitud del desafío que representa la formulación de una política dinámica de lucha contra la droga y a sacar algunas conclusiones prudentes.

Fuerzas motrices sociodemográficas

En función del actual sistema de fiscalización de drogas, el consumo de drogas ilícitas es más común entre ciertos grupos y en determinados entornos. Desde el punto de vista estadístico, un joven habitante de una ciudad está expuesto al mayor riesgo de consumo de drogas ilícitas y una señora de edad residente en el campo se expone a un riesgo mínimo. Aunque no es universalmente válido, este patrón puede observarse en muchos países.

Como se explicó al principio del presente capítulo, los jóvenes suelen consumir una mayor cantidad de drogas que las personas mayores, pese a que en algunos lugares esa diferencia es cada vez menor. Por ejemplo, en el Reino Unido, la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas entre las personas de 20 a 24 años es casi 12 veces superior a la observada entre el grupo de 55 a 59 años¹¹³. En los Estados Unidos, la prevalencia anual entre las personas de 18 a 25 años es siete veces superior a la registrada entre las personas mayores de 50 años¹¹⁴, aunque en 1995 esa proporción era 16 veces mayor¹¹⁵.

Las estadísticas muestran asimismo que un número mayor de hombres que de mujeres consume drogas. Incluso en los mercados bien establecidos de drogas ilícitas en países con un alto grado de igualdad de género, como los Estados Unidos, la prevalencia mensual del consumo de drogas ilícitas entre las mujeres (6,8% en 2010) es alrededor de un 40% menor que entre los hombres (11,2%)¹¹⁶. No obstante, la desigualdad de género también disminuyó en el curso de los tres últimos decenios. En 1979, la prevalencia mensual del consumo de drogas ilícitas entre las mujeres en los Estados Unidos (9,4% de la población mayor de 12 años) era un 51% inferior a la tasa correspondiente registrada entre los hombres (19,2%)¹¹⁷.

Otra importante fuerza motriz sociodemográfica del consumo de drogas ilícitas es la densidad de aglomeración, o el nivel de urbanización. En general, sin contar la situación particular de algunos de los principales países productores de drogas, hay mayor consumo de drogas ilícitas en los entornos urbanos que en las zonas rurales.

En los Estados Unidos, por ejemplo, el consumo de drogas ilícitas afectó al 7,9% de la población de 12 años o más residente en comunidades rurales en 2010. En cambio, en las zonas metropolitanas con una población superior a un millón de habitantes el consumo de drogas duplicó esa cifra (16,2%). En el Reino Unido, la encuesta británica sobre la delincuencia reveló que en 2010/2011 la prevalencia de las drogas de la llamada

¹¹³ K. Smith y J. Flatley, eds., *Drug Misuse Declared: Findings from the 2010/11 British Crime Survey-England and Wales*, Home Office Statistical Bulletin núm. 12/11 (Londres, Home Office, julio de 2011).

¹¹⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.

¹¹⁵ J. Gfroerer, *Preliminary Estimates from the 1995 National Household Survey on Drug Abuse*, Advance Report, núm. 18 (Rockville, Maryland, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 1996).

¹¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.

¹¹⁷ Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, *Preliminary Results from the 1996 National Household Survey on Drug Abuse*, OAS Series núm. H-13, DHHS Publication núm. (SMA) 97-3149 (Rockville, Maryland, 1997).

“clase A” -heroína, metadona, cocaína, metanfetamina, “éxtasis”, LSD y “hongos mágicos” (en orden de su potencial efecto perjudicial)- era considerablemente mayor en las zonas urbanas de Inglaterra y Gales que en las zonas rurales (3,2% frente a 1,8% respectivamente) y que, en el caso del “éxtasis”, la diferencia entre ambas proporciones era particularmente grande. En Alemania, el número de delitos relacionados con las drogas identificados por la policía en comunidades de menos de 20.000 habitantes en 2010 ascendió a 2,7 por cada 1.000 hogares, mientras que en zonas urbanas con más de medio millón de habitantes la cifra media correspondiente era 6,6¹¹⁸.

Fuerzas motrices socioculturales

Varios factores socioculturales también han influido notablemente en la evolución del problema de las drogas ilícitas. Entre estos cabe mencionar los cambios ocurridos en los sistemas de valores de las sociedades y la creciente preponderancia de una cultura de los jóvenes, fenómenos que sin embargo resultan difíciles de evaluar y cuantificar.

La fuerza motriz sociocultural más importante para la evolución del problema de la droga parece ser la popularización de una cultura juvenil. En muchos países en desarrollo, esto ha ido acompañado de una predilección por un estilo de vida occidental, que para algunos incluye la tentación de consumir drogas ilícitas.

Además, en muchas sociedades existe una tendencia hacia la disminución de los controles sociales que a menudo coincide con elevadas tasas de urbanización y migración. Ello puede dar lugar a cambios culturales, el debilitamiento de los vínculos familiares y una pérdida de importancia de los sistemas de valores tradicionales. En algunos casos, esos valores pueden verse reemplazados por valores típicos de las subculturas, los cuales son más vulnerables a la transgresión, la delincuencia, la violencia y el consumo de drogas ilícitas.

La mayoría de las religiones actualmente predominantes rechazan el consumo de drogas ilícitas y la intoxicación etílica. Según algunas encuestas, las personas para quienes la religión significa algo importante en la vida cotidiana son menos propensas al consumo de drogas¹¹⁹. Por ejemplo, en los Estados Unidos se observó que era más probable que los estudiantes secundarios que asistían regularmente a servicios religiosos se abstuvieran de consumir drogas ilícitas que sus semejantes menos religiosos¹²⁰. No obstante, este fenómeno también puede deberse a razones de carácter laico, una de las cuales guarda relación con la presión ejercida por el grupo afín. Las personas que comparten la misma fe religiosa a menudo forman grupos de convicciones similares. Dado que el consumo de drogas ilícitas no es una característica de esos grupos, es posible que sus miembros estén, hasta cierto punto, “protegidos” a ese respecto.

Otros factores socioculturales que contribuyen a conformar la evolución del problema de la droga se relacionan con las condiciones que, en grupos vulnerables como los niños y adolescentes, causan incipientes problemas conductuales y psicológicos en una etapa temprana del desarrollo, así como trastornos mentales. A menudo esos factores reflejan situaciones de descuido, abuso, disfunción familiar, violencia e inestabilidad a las que están expuestos los niños y adolescentes. Estas condiciones pueden afectar no solo al funcionamiento sino también la morfología del cerebro y repercutir profundamente en el sistema de recompensas, el sistema de motivaciones, la memoria emotiva y el empuje para adoptar decisiones. La mayoría de estos factores

¹¹⁸ Alemania, Bundeskriminalamt (Oficina Federal de la Policía Criminal), “Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebild 2010-Tabellenanhang” (Wiesbaden, 2011); Statistisches Bundesamt (Oficina Federal de Estadísticas), “Bevölkerung und Erwerbstätigkeit” (Población y empleo) (Wiesbaden, 2011).

¹¹⁹ B. H. Bry, P. McKeon y R. J. Pandina, “Extent of drug use as a function of number of risk factors”, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 91, núm. 4 (1982), págs. 273 a 279; M. D. Newcomb y otros, “Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: associations with sex, age, ethnicity, and type of school”, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 13, núm. 4 (1987), págs. 413 a 433; E. Maddahian, M. D. Newcomb y P. M. Bentler, “Risk factors for substance use: ethnic differences among adolescents”, *Journal of Substance Abuse*, vol. 1, núm. 1 (1988), págs. 11 a 23; J. D. Hawkins, R. F. Catalano y J. Y. Miller, “Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for prevention”, *Psychological Bulletin*, vol. 112, núm. 1 (1992), págs. 64 a 105.

¹²⁰ J. M. Wallace Jr. y otros, “Race/ethnicity, religiosity and adolescent alcohol, cigarette and marijuana use”, *Social Work in Public Health*, vol. 23, núms. 2 y 3 (2007), págs. 193 a 213; J. M. Wallace Jr. y otros, “Religion, race and abstinence from drug use among American adolescents”, *Monitoring the Future Occasional Paper 58* (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, 2003).

tienden a menoscabar la salud mental de los niños y adolescentes, a la vez que aumentan las probabilidades del uso indebido de sustancias.

Fuerzas motrices socioeconómicas

En décadas recientes, el aumento notable de la disponibilidad de ingresos, en particular entre los jóvenes de los países desarrollados, ha propiciado un mayor consumo de drogas. En general, los niveles de consumo de drogas ilícitas son más altos en los países desarrollados, donde el ingreso disponible es superior. Este mismo efecto se observa con frecuencia también dentro de las regiones y subregiones o incluso en los propios países. En América del Norte, el mayor consumo de drogas se registra en el Canadá y los Estados Unidos, donde el nivel de ingreso disponible es más alto que en México. En América del Sur, el consumo de drogas es mayor en los países del Cono Sur, que tienen niveles de ingreso disponible superiores a los del resto del continente. Dentro del país más grande de América del Sur, el Brasil, el consumo de drogas está más extendido en el sur, la zona relativamente más próspera, que en el resto del país. De modo similar, en Europa, el consumo de drogas en general es mayor en Europa occidental, que tiene un nivel de ingreso disponible superior al de Europa oriental o sudoriental.

El ingreso disponible, por sí solo, no explica todas las diferencias. En el Afganistán, los niveles de ingreso disponible son bajos, a la vez que hay una elevada tasa de consumo de drogas ilícitas. Por su parte, la mayoría de los países nórdicos, pese a sus altos niveles de ingreso disponible, registra una tasa de consumo de drogas relativamente baja en comparación con el resto de Europa occidental. Del mismo modo, en el Japón y Singapur la prevalencia del consumo de drogas ilícitas es limitada aunque hay un alto nivel de ingreso disponible.

Otro factor socioeconómico significativo es el nivel de desigualdad social dentro de una determinada sociedad. Si bien este factor no es necesariamente una fuerza motriz, parece propiciar o posibilitar la aparición de un problema de consumo de drogas. Las sociedades caracterizadas por una gran disparidad de ingresos tienden a ser más propensas a la delincuencia, incluido el tráfico ilícito de drogas, y una alta incidencia de tráfico de drogas es un factor de riesgo que contribuye al aumento del consumo. En sociedades en que impera una disparidad extrema, algunos miembros de los grupos marginalizados pueden considerar que la participación en el tráfico ilícito de drogas es la única estrategia viable para alcanzar cierta movilidad a un estrato social superior. De modo similar, los miembros de esos grupos, al perder las esperanzas de lograr un futuro mejor, pueden sentirse decepcionados y ser más vulnerables al consumo de drogas ilícitas. Las barreras sociales que inhiben la comisión de delitos económicos también tienden a ser menos resistentes en las sociedades con una gran disparidad de ingresos.

Esa disparidad puede evaluarse en función de la medida en que la distribución del ingreso entre los integrantes de una economía se desvía de su distribución totalmente equitativa. A menudo esto se mide utilizando el índice Gini, en el que un coeficiente de 0 indica la igualdad absoluta (todos ganan lo mismo), mientras que un coeficiente de 100 indica la desigualdad total (una persona recibe la totalidad del ingreso). El análisis de los índices Gini disponibles, publicado por el Banco Mundial, arroja una media mundial de 42¹²¹. Los países con la menor disparidad de ingresos (coeficiente Gini inferior a 30) suelen estar relativamente poco afectados por problemas de droga. Inversamente, varios países con un alto grado de disparidad (coeficientes Gini superiores a 50) se ven enfrentados en medida relativamente mayor a la problemática de la droga, sobre todo como lugares de tránsito o de producción.

El desempleo parece ser otra fuerza motriz socioeconómica del tráfico y el consumo ilícitos de drogas. Entre los varones jóvenes, en particular, el desempleo aumenta las probabilidades de participación en el comercio y el consumo de drogas ilícitas. Dadas las altas tasas de desempleo existentes en muchos países, sobre todo entre los jóvenes, el acceso al mercado de trabajo es a menudo un desafío considerable. Si bien el consumo de drogas ilícitas puede limitar las posibilidades de una persona de ingresar (o de mantener su lugar) en la fuerza laboral, la frustración causada por la imposibilidad de encontrar un empleo adecuado puede conducirla al consumo de drogas, lo que crea un círculo vicioso¹²².

¹²¹ Banco Mundial, "Gini index", World Development Indicators, base de datos en línea sobre los indicadores del desarrollo mundial. Disponible en <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI> (consultada el 30 de marzo de 2012).

¹²² Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, PNUFID, Colección de Informes Técnicos, núm. 6 (Viena, 1998).

Las encuestas realizadas en diversas partes del mundo han mostrado repetidamente que el consumo de drogas ilícitas está mucho más extendido entre las personas desempleadas que en la población en general. En varios países, incluidos los Estados Unidos, Francia y el Reino Unido, las tasas de consumo entre los desempleados duplicaban las de la población trabajadora. En Filipinas, según una encuesta nacional de hogares efectuada en 2008, más de la tercera parte de las personas que se identificaron como consumidores actuales¹²³ de drogas estaba desempleada¹²⁴, en tanto que la tasa de desempleo general era del 7,3%. Ello indica que los consumidores regulares de drogas en ese momento tenían probabilidades mucho mayores que el resto de la población de estar desempleados.

La tasa de desempleo es aún más elevada cuando se trata de personas que requieren tratamiento contra el uso de drogas ilícitas. Según un estudio realizado en toda la Unión Europea a principios del decenio de 2000, el 47,4% de las personas bajo tratamiento estaba oficialmente desempleado y otro 9,6% estaba “económicamente inactivo”. A título de comparación, la tasa de desempleo general por esas fechas (en 2001) era del 8,2%¹²⁵. Asimismo, un estudio realizado por la UNODC en el Asia central (Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán), relativo al período 2003-2005¹²⁶, mostró que cerca del 60% de las personas que iniciaban un tratamiento contra el uso de drogas ilícitas estaba cesante, en contraste con la tasa media de desempleo registrada en esos países durante ese período, inferior al 9%.

Varios países también han comunicado que es más probable que sean personas desempleadas, y no integrantes de la fuerza de trabajo estructurada, las que participan en el tráfico ilícito de drogas. Por ejemplo, en Polonia, el 30% de los detenidos por tráfico ilícito de drogas en 2009 eran personas desempleadas, en comparación con la tasa de desempleo general del 8,2% registrada ese año. En Italia, el 38% de los traficantes de drogas detenidos estaba cesante en 2009, frente a una tasa de desempleo del 7,8%. Asimismo, en la Argentina, el 54% del total de los detenidos por tráfico ilícito de drogas con empleo conocido estaba en el paro en 2009, en tanto que la tasa de desempleo en ese país ascendía a un 8,6%¹²⁷.

Si bien las tasas de desempleo registradas entre los consumidores y los traficantes de drogas ilícitas son considerablemente superiores a las de la población general, la cuestión de saber si las fluctuaciones de las tasas de desempleo de un país inciden a su vez en el número de consumidores de drogas no está tan clara. No parece existir una correlación fuerte entre las fluctuaciones de las tasas de desempleo y la prevalencia del consumo de drogas a lo largo del tiempo. Las series cronológicas de datos más largas disponibles se refieren a los Estados Unidos. En el período 1979-2010, esos datos muestran una correlación ligeramente positiva, aunque importante desde el punto de vista estadístico, entre el desempleo y la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas entre la población general ($R=0,5$).

Otra conclusión clave que figura en la mayoría de los estudios es que las personas procedentes de medios desfavorecidos tienen más probabilidades de consumir drogas ilícitas¹²⁸. Por ejemplo, los datos relativos a los Estados Unidos muestran que la prevalencia del consumo de drogas ilícitas entre los grupos de bajos ingresos es mucho mayor que entre las personas pertenecientes a grupos de ingresos más elevados (prevalencia anual de consumo de drogas ilícitas de un 21% entre las personas de hogares con ingresos inferiores a 20.000 dólares en 2010, en comparación con el 12,4% entre las de hogares con ingresos superiores a 75.000 dólares)¹²⁹. Además, en varios países se observa un fenómeno de curva-J invertida, es decir, el consumo de drogas ilícitas alcanza un nivel máximo entre los sectores más pobres de la sociedad, es más bajo entre la clase media y se eleva nuevamente entre los sectores más ricos. En el Reino Unido, por

¹²³ Según la definición utilizada en esa encuesta, los “consumidores actuales de drogas” eran los que admitieron que seguían consumiendo drogas “peligrosas” hasta el momento mismo en que se llevó a cabo la encuesta.

¹²⁴ Dangerous Drugs Board, *Study on the Current Nature and Extent of Drug Abuse in the Philippines*.

¹²⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2003: El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003), pág. 69.

¹²⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Drug abuse in Central Asia: trends in treatment demand 2003-2005” (Tashkent, octubre de 2006).

¹²⁷ UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

¹²⁸ Degenhardt y Hall, “Extent of illicit drug use and dependence”.

¹²⁹ Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “Analyzing Data Online”. Disponible en www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/SAMHDA/sdatools/resources (consultado el 30 de marzo de 2012).

ejemplo, la prevalencia anual en 2010/2011 en Inglaterra y Gales fue del 12,9% entre las personas con ingresos inferiores a 10.000 libras esterlinas al año; del 6,7% entre los que ganaban de 30.000 a 40.000 libras esterlinas; y del 7,7% entre las personas con ingresos superiores a 50.000 libras esterlinas¹³⁰.

El sistema de fiscalización de drogas

Si bien los diversos factores socioculturales, sociodemográficos y socioeconómicos examinados anteriormente tienen un impacto evidente en la evolución de las distintas facetas del problema de la droga, cabe destacar otro factor esencial: la política de fiscalización de drogas. Las características fundamentales del actual sistema de fiscalización de drogas se han mantenido estables a lo largo del tiempo. Entre esas características cabe mencionar los principios de restricción del consumo de drogas a los fines médicos y científicos, la reducción de la oferta, la reducción de la demanda y la necesidad de adoptar un enfoque equilibrado -consistente en la aplicación de medidas para controlar tanto la oferta como la demanda- a fin de hacer frente al problema.

La fiscalización de drogas tiene por objeto aumentar los riesgos para los productores, los traficantes y los consumidores de drogas ilícitas. Un aumento muy pronunciado de los precios de las drogas y/o del riesgo de provocar una respuesta coercitiva por parte de las autoridades encargadas de aplicar la ley puede propiciar una disminución del consumo de drogas ilícitas (en comparación con una situación hipotética en que no se aplicasen medidas de esa índole). De modo similar, el aumento del nivel de riesgo para los productores y traficantes de drogas ilícitas frena su disposición de participar en el mercado. Sin el riesgo de erradicación, por ejemplo, es posible que un número mayor de agricultores se dedique a los cultivos ilícitos.

Los siguientes ejemplos demuestran el impacto de las intervenciones de fiscalización de drogas realizadas durante determinados períodos en diversos países:

- En las últimas décadas del siglo XIX, el período entre guerras y durante la segunda guerra mundial, la producción y el consumo de opio estaban muy extendidos en China. Gracias a las estrictas medidas de fiscalización de drogas aplicadas durante el decenio de 1950 el problema se redujo de forma drástica. Desde entonces, China enfrenta un problema de drogas relativamente limitado y la prevalencia actual del consumo de opiáceos entre la población adulta asciende a alrededor del 0,25%.
- En la década de 1970, el Irán figuraba entre los mayores países productores de opio del mundo. Tras la revolución iraní de 1979, sin embargo, la producción de opio cesó prácticamente y los opiáceos producidos en el vecino Afganistán reemplazaron casi totalmente al opio.
- A principios del decenio de 1960, Tailandia fue un importante productor de opio, cuyo cultivo se concentraba en las zonas septentrionales del país. Como resultado de los concertados esfuerzos de desarrollo alternativo desplegados en esas zonas, la producción de opio en Tailandia se redujo y hoy es marginal.
- Java, una de las principales islas de la actual Indonesia, tenía una de las mayores áreas de cultivo del arbusto de coca durante el período entre guerras. A raíz de una intervención de los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, esa producción cesó y desde entonces la cocaína no pasa de ser un problema insignificante en Indonesia.
- Tras la segunda guerra mundial, el Japón disponía de grandes existencias de metanfetamina que gradualmente se infiltraron en el mercado y causaron una epidemia de metanfetamina. La prevención de esas infiltraciones, la eliminación de la producción local y la aplicación de medidas de fiscalización de los precursores a principios de los años cincuenta permitieron mitigar el problema de la metanfetamina en el Japón durante varias décadas.
- A principios del decenio de 2000, las autoridades australianas de aplicación de la ley, en estrecha cooperación con sus contrapartes del Asia sudoriental, lograron dismantelar algunas importantes redes del tráfico ilícito de heroína. Gracias a ello, Australia experimentó una gran escasez de heroína, lo que

¹³⁰ Hoare y Moon, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2009/10 British Crime Survey*.

a su vez dio lugar a un pronunciado aumento de los precios de la heroína según su nivel de pureza. Ese aumento hizo que muchos consumidores de heroína se apartaran del mercado, ya sea al abandonar el consumo de drogas ilícitas, iniciar un tratamiento o adoptar otras drogas. El consumo de heroína disminuyó en aproximadamente un 75%¹³¹. Aunque posteriormente se restableció la oferta de heroína, el consumo se mantuvo en ese nivel más bajo.

- En Colombia se registró una aguda disminución de la producción de hoja de coca (y, por consiguiente, de la producción de cocaína) cuando la zona de cultivo del arbusto de coca se redujo un 65% entre 2000 y 2010 tras la aplicación del Plan Colombia juntamente con esfuerzos de erradicación en gran escala¹³². Como resultado de esa declinante producción de hoja de coca disminuyeron a su vez las corrientes financieras destinadas a los grupos armados ilegales, así como las actividades de estos.

Casi todos los resultados antes mencionados se lograron mediante la aplicación de medidas de control de la oferta. Sin embargo, también se han obtenido varios resultados exitosos relacionados principalmente con el control de la demanda, los cuales tal vez no son tan conocidos, a saber:

- Desde principios de la década de 1980, el consumo de drogas ilícitas ha ido disminuyendo notablemente en los Estados Unidos, tanto entre la población general como entre los jóvenes. Entre 1980 y 2011, la prevalencia anual del consumo de todas las drogas ilícitas se redujo en aproximadamente un 25% entre los estudiantes de 12º grado y el consumo de cocaína decayó en un 76%¹³³. La mayor parte de estas reducciones parecen estar relacionadas con una menor demanda más que con una disminución de la oferta. En cambio, todo indica que las pronunciadas reducciones registradas recientemente (2006-2010) han sido inducidas desde la oferta.
- Los países de Europa occidental, junto con Australia, el Canadá y Nueva Zelanda, se contaron entre los primeros que aplicaron una amplia gama de medidas destinadas a mitigar las consecuencias adversas del uso indebido de drogas. A raíz de esas medidas se registraron importantes disminuciones del contagio con el VIH entre los consumidores de drogas por inyección¹³⁴ y se observó una contracción del mercado de heroína. Además, se estabilizó o, en algunos lugares, se redujo el número de muertes relacionadas con las drogas.

Teorías formales

Además de los factores antes mencionados, se han propuesto otros en el marco de teorías destinadas a explicar la evolución de los diversos aspectos del problema de la droga. Entre ellos cabe mencionar la disponibilidad de drogas ilícitas y las percepciones sobre el riesgo que entraña su utilización, el análisis del consumo de drogas como epidemia y la importancia del control social para prevenir la producción de drogas ilícitas.

Disponibilidad de drogas y percepciones del riesgo de consumo

Entre los principales parámetros que definen el consumo de drogas ilícitas figuran la disponibilidad de las drogas y la percepción del riesgo resultante de su consumo. La tendencia observada es que cuando hay mayor disponibilidad de las drogas también aumenta su consumo. Paralelamente, cuando aumenta el riesgo asociado al consumo de drogas, el consumo disminuye.

¹³¹ Australian Institute of Health and Welfare, *2010 National Drug Strategy Household Survey Report*.

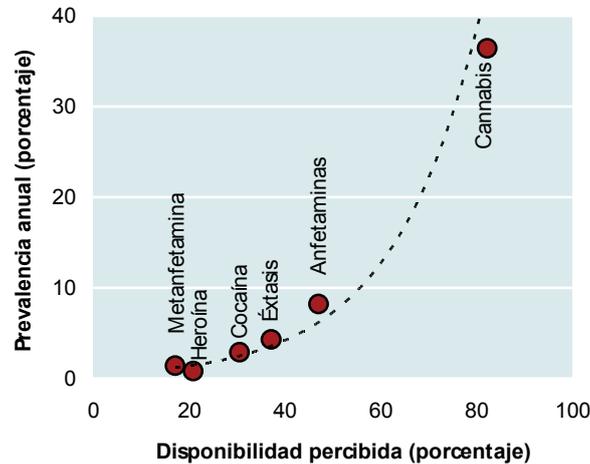
¹³² *Informe Mundial sobre las Drogas 2011*.

¹³³ L. D. Johnston y otros, "Marijuana use continues to rise among U.S. teens, while alcohol use hits historic lows", Ann Arbor, Michigan, University of Michigan News Service, 14 de diciembre de 2011. Disponible en <http://monitoringthefuture.org/data/11data.html#2011data-drugs>.

¹³⁴ European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS, "HIV/AIDS surveillance in Europe", Mid-Year Report 2007, núm. 76 (Saint-Maurice, Francia, Institut de Veille Sanitaire, 2007); Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades y OMS, Oficina Regional para Europa, *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2010* (Estocolmo, 2011); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010* (2010); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, AIDSinfo Country fact sheets. Disponible en www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/countryfactsheets/.

Los datos relativos a los Estados Unidos muestran claramente esas correlaciones (véase la figura 22). Entre los estudiantes de 12º grado se observa una pronunciada correlación positiva entre la disponibilidad percibida de las principales drogas y la prevalencia anual de consumo de drogas. El cannabis es la sustancia más fácilmente accesible y a la vez registra la tasa de prevalencia más alta. En contraste, otras drogas, en particular la metanfetamina y la heroína, son mucho más difíciles de obtener y, por tanto, registran tasas de prevalencia inferiores.

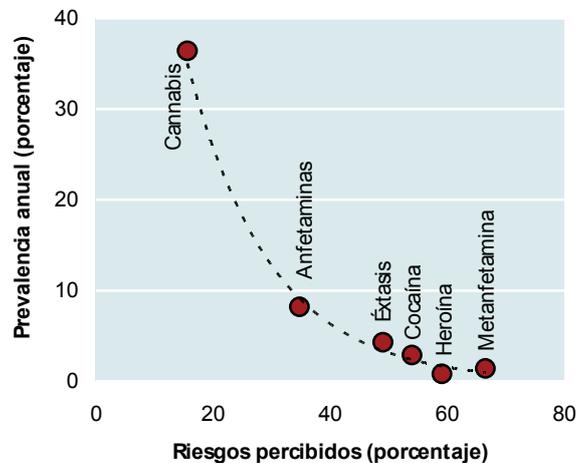
Figura 22. Prevalencia anual y disponibilidad de drogas según la percepción de estudiantes de 12º grado en los Estados Unidos, 2011^a



Fuente: National Institute on Drug Abuse, *Monitoring the Future survey*, 2011.

^a Porcentaje de estudiantes de 12º grado que consideraba "relativamente fácil" o "muy fácil" obtener la droga respectiva.

Figura 23. Prevalencia anual y riesgos percibidos del consumo de drogas según estudiantes de 12º grado en los Estados Unidos, 2011^a



Fuente: National Institute on Drug Abuse, *Monitoring the Future survey*, 2011.

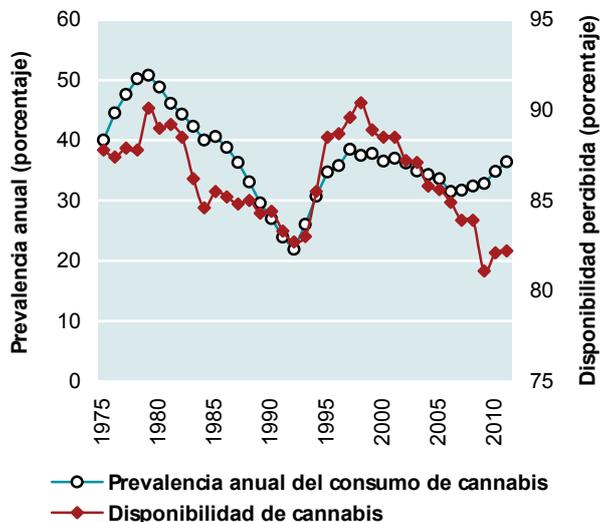
^a Porcentaje de estudiantes de 12º grado que consideraba que el consumo de una determinada droga "una o dos veces" constituiría "un gran riesgo".

Los datos también muestran una fuerte correlación negativa entre los riesgos percibidos y la prevalencia anual en lo que respecta a algunas de las principales drogas ilícitas; es decir, cuanto mayor sea el riesgo asociado con el uso de una determinada droga, su consumo será probablemente menor (véase la figura 23). Los mayores riesgos percibidos son los asociados con el consumo de metanfetamina y heroína, mientras que el menor riesgo se vincula al consumo de cannabis, por lo que las tasas de prevalencia más altas corresponden al consumo de cannabis y las más bajas al consumo de heroína y metanfetamina.

Esos datos de los Estados Unidos muestran asimismo que la evolución de las tasas de prevalencia a lo largo del tiempo está en función de la disponibilidad y el riesgo percibido. A la luz de un análisis sobre el consumo de cannabis durante el período 1975-2011, se observa una correlación positiva relativamente pronunciada entre la disponibilidad percibida y la prevalencia anual ($R=0,65$) (véase la figura 24). Es decir, durante la

mayoría de esos años, el consumo de cannabis aumentó o disminuyó en función de la disponibilidad percibida.

Figura 24. Consumo y disponibilidad percibida de cannabis entre estudiantes de 12º grado en los Estados Unidos, 1975-2011^a



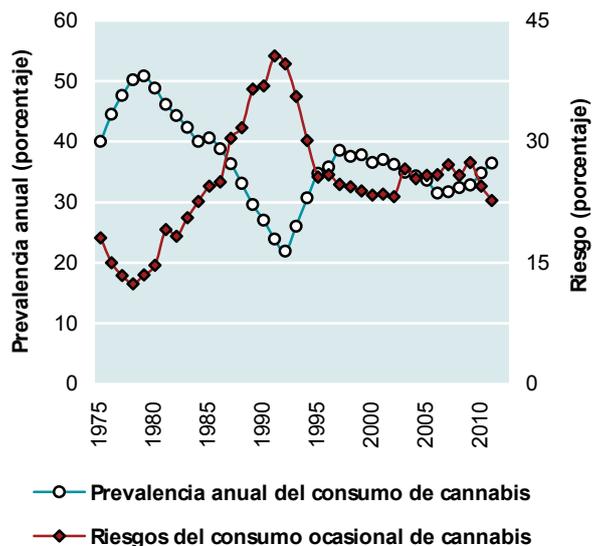
Fuente: National Institute on Drug Abuse, *Monitoring the Future survey*, 2011.

^a Porcentaje de estudiantes de 12º grado que consideraba “relativamente fácil” o “muy fácil” obtener cannabis.

La correlación temporal es aún más fuerte ($R=0,94$) cuando se trata de la prevalencia anual del consumo de cannabis (“consumo ocasional de cannabis”) y del riesgo conexo percibido. Mientras mayor sea el riesgo percibido, menor es la prevalencia del consumo de cannabis, y viceversa.

La combinación de “disponibilidad” y “riesgo” en el período 1975-2011¹³⁵ arroja un resultado sumamente redondo, lo que sugiere que el 90% de los cambios reales en las tasas de prevalencia anual durante ese período pueden explicarse en función de los cambios en la percepción de los riesgos y de la disponibilidad (véase la figura 25).

Figura 25. Consumo de cannabis y riesgos percibidos entre estudiantes de 12º grado en los Estados Unidos, 1975-2011^a



Fuente: National Institute on Drug Abuse, *Monitoring the Future survey*, 2011.

^a Porcentaje de estudiantes de 12º grado según los cuales “fumar marihuana ocasionalmente” constituiría “un gran riesgo”.

¹³⁵ La combinación de la disponibilidad y el riesgo como datos de entrada (valores X) para la prevalencia (valores Y) como dato de salida en un modelo de regresión lineal múltiple arroja un coeficiente R múltiple de 0,95 y por ende un coeficiente R cuadrado de 0,90.

Epidemias de drogas

En algunos casos el consumo de drogas puede transformarse en una epidemia de consumo que cobra impulso propio y desafía las medidas de fiscalización. Aunque puede darse el caso de que durante un largo período el uso de drogas aumente solo ligeramente, en un momento dado comenzará a incrementarse exponencialmente antes de estancarse y luego descender. Se han analizado con éxito varios casos bien conocidos de aumentos repentinos del consumo de drogas clasificados como epidemias que comprenden distintas etapas con características diferentes¹³⁶.

En la primera etapa de una epidemia, la iniciación al consumo de drogas adquiere carácter contagioso aunque, por supuesto, no existe ningún factor patógeno responsable de su propagación. En general, las personas reciben su primera dosis de drogas ilícitas de un amigo o familiar o de su pareja. De este modo, una pequeña base de consumidores activos puede captar a un número considerable de nuevos usuarios dentro de su entorno inmediato. Las redes de amistades pueden servir de vehículo eficaz para propagar el consumo de drogas, como también pueden desempeñar ese papel los vecindarios, las escuelas o las prisiones, donde a los consumidores de drogas les resulta fácil establecer relaciones sociales (y traspasar a otros su hábito de consumir drogas). Con el tiempo, es posible que algunos consumidores de drogas desarrollen drogodependencia y tengan dificultades para financiarla. Ante tal situación, podrían involucrarse en el tráfico ilícito de drogas e interesarse por ampliar el mercado. El consumo puede así propagarse de manera exponencial, con mucha más rapidez que los cambios socioeconómicos o demográficos latentes que pudiesen estar ocurriendo simultáneamente.

Esto no significa que todos los que entren en contacto con consumidores de drogas ilícitas vayan a probar las drogas. Algunas personas son más susceptibles que otras, por razones diversas. Por otra parte, el grupo de personas susceptible de consumir drogas puede subdividirse entre los “estacionarios”, o personas que no se consideran con riesgo de infección, y los “móviles”, que sí corren dicho riesgo¹³⁷. Esto significa que de un grupo numeroso de personas que pueden interactuar con los consumidores actuales de drogas, solo unos pocos pasarán a ser consumidores problemáticos de drogas.

Tras esta fase de rápida expansión de la base de consumidores de drogas, el proceso de iniciación suele progresar hasta alcanzar su nivel más alto y luego comienza a declinar. Esto puede explicarse principalmente de dos maneras. La explicación que más se ajusta a los modelos de epidemias patógenas pone en relación el aumento repentino del consumo con la propagación de la droga en cuestión por conducto de un grupo finito de personas susceptibles que no han estado expuestas previamente a esa droga. Una vez que ese grupo se agota, la iniciación se interrumpirá de forma natural¹³⁸. La otra explicación pone de relieve la importancia de la imagen de una determinada droga. Con el tiempo, algunos consumidores de drogas ilícitas evolucionan hacia un consumo más intenso y posiblemente hacia la drogodependencia. Los problemas que enfrenta este grupo socavan la fama de la droga e inhiben la iniciación de otras personas susceptibles¹³⁹. Estas dos argumentaciones no son mutuamente excluyentes.

Si bien las intervenciones de fiscalización de drogas durante la etapa de crecimiento exponencial pueden reducir las tasas de aumento (y acelerar la llegada al punto de estancamiento), por lo general no logran disminuir el consumo de drogas ilícitas. Esto puede dar la impresión de que las intervenciones han fracasado y se requieren nuevos enfoques. Es difícil pretender que un aumento de “solo” el 100% es un resultado exitoso (aunque, si no hubiera sido por las intervenciones, los niveles de consumo de drogas se habrían triplicado o cuadruplicado). El reto consiste en modelizar exactamente las epidemias de drogas para que los encargados de formular las políticas puedan cuantificar las reducciones. Los análisis de la epidemia de

¹³⁶ Véase, por ejemplo, J. P. Caulkins, “Models pertaining to how drug policy should vary over the course of a drug epidemic”, en *Substance Use: Individual Behaviour, Social Interactions, Markets and Politics*, B. Lindgren y M. Grossman, eds., *Advances in Health Economics and Health Services Research*, vol. 16 (Amsterdam, Elsevier, 2005), págs. 397 a 429.

¹³⁷ C. Rossi, “A mover-stayer type model for epidemics of problematic drug use”, *Bulletin on Narcotics*, vol. LIII, núms. 1 y 2 (2001) (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.02.XI.6), págs. 39 a 64.

¹³⁸ Véase, por ejemplo, C. Rossi y G. Schinaia, “The mover-stayer model for the HIV/AIDS epidemic in action”, *Interfaces*, vol. 28, núm. 3 (1998), págs. 127 a 143.

¹³⁹ Esta teoría de “propaganda negativa” ha sido propuesta de manera más saliente por David Musto (véase D. F. Musto, *The American Disease: Origins of Narcotic Control* (New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1973)).

cocaína que afectó a los Estados Unidos en los años setenta y a comienzos de los ochenta indican que la respuesta más apropiada en las etapas iniciales habría sido la adopción de medidas de aplicación de la ley y de prevención, mientras que en la etapa posterior se debería haber hecho hincapié en el tratamiento. La capacidad de las autoridades de aplicación de la ley para reprimir el consumo de drogas en los mercados de drogas ilícitas de mayor arraigo suele ser más limitada. No obstante, la aplicación de la ley sigue teniendo un papel importante en los mercados de drogas establecidos, especialmente en cuanto a promover la abstinencia entre los infractores bajo supervisión y a aumentar la participación y la retención en el tratamiento¹⁴⁰.

Si se aplican los modelos de epidemia a la actual situación mundial del consumo de drogas ilícitas, puede decirse que el Asia sudoriental se encuentra en medio de una fase de iniciación epidémica con respecto al consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, sobre todo de metanfetamina. Además, hay indicios de que el consumo de drogas ilícitas está en aumento en varios países africanos, aunque los datos disponibles actualmente -en particular de África- son a menudo insuficientes para hacer un análisis fiable. En cambio, en lo que respecta a la cocaína, América del Norte parece haber alcanzado el punto de estancamiento y los niveles de consumo de cocaína han comenzado a descender.

Capital social

El concepto sociológico de “capital social” se refiere al valor de la cohesión social, las relaciones sociales y el papel que cabe a la cooperación para lograr resultados colectivos o económicos. Del mismo modo que el capital físico o humano puede aumentar la productividad, los contactos sociales -que constituyen la base del capital social- también pueden afectar a la productividad. Entre los indicios de la existencia de capital social en una sociedad se cuentan la participación cívica, la confianza en el gobierno y la aceptación del estado de derecho (o de otros sistemas de valores generalmente aceptados)¹⁴¹. El capital social se basa en normas o valores compartidos que fomentan la cooperación social. Inversamente, la ausencia de capital social puede hacer que una sociedad sea vulnerable a la explotación por grupos de la delincuencia organizada.

Una vez que se establecen o restauran la confianza en el gobierno y una sociedad civil fuerte y se logra la aceptación general del estado de derecho, es probable que el sector de las drogas ilícitas pase a ser menos prominente. En los países más gravemente afectados por la industria de la droga, esto significa que el desarrollo económico y sus beneficios ya no bastan para impedir la participación en ese sector.

Factores imprevisibles que modifican las pautas del problema de la droga

Además de los factores generalmente previsibles examinados más arriba existen otros factores que, si bien suelen quedar fuera del alcance de las previsiones ordinarias, contribuyen a configurar el problema de la droga. Esos acontecimientos han demostrado ser altamente significativos, al menos en el pasado.

Acontecimientos

Muchos acontecimientos aparentemente no relacionados con el problema de la droga han tenido amplias, aunque imprevistas, repercusiones en situaciones relacionadas con el consumo de drogas. Un ejemplo de ello es la expansión del Imperio Británico hacia oriente en el siglo XVIII, que dio lugar a la producción de opio en gran escala en la India británica y la posterior exportación de ese opio a China. Estos acontecimientos solo llegaron a su fin un siglo después.

Otro ejemplo saliente es la guerra de Viet Nam durante el decenio de 1960. Esta guerra suscitó un fuerte movimiento opositor que contribuyó a la propagación del uso de drogas ilícitas (especialmente marihuana) como forma de rebelión contra los poderes establecidos. Si bien el movimiento de protesta luego desapareció al finalizar la guerra en 1975, el consumo de drogas ilícitas ya se había afianzado.

Las profundas transformaciones políticas y económicas emanadas del fin de la guerra fría en muchos de los antiguos países del bloque soviético también tuvieron como consecuencia un rápido aumento del consumo de

¹⁴⁰ Strang y otros, “Drug policy and the public good: evidence for effective interventions”.

¹⁴¹ F. E. Thoumi, “What creates comparative advantage for drug production? Lessons from Colombia”, *Policy*, vol. 23, núm. 1 (otoño de 2007).

drogas ilícitas en lugares donde había sido insignificante. Los delincuentes “integraron” a esos países en las redes mundiales de drogas ilícitas y establecieron nuevas rutas de tráfico de drogas. En el caso de los opiáceos, esas rutas partían -y hasta hoy día parten- del Afganistán, pasando por diversos países del Asia central, para llegar a la Federación de Rusia y otros países. Al mismo tiempo, las drogas sintéticas, fabricadas en Europa occidental, hacían su camino hacia el este.

Un acontecimiento que supuso un cambio fundamental para África, y en particular para los países del África meridional, fue la abolición del apartheid en Sudáfrica en 1994. Tras décadas de aislamiento internacional, Sudáfrica se vio más expuesta al tráfico de drogas transnacional, lo que a su vez dio lugar a un aumento del consumo ilícito interno. Los traficantes también aprovecharon la buena infraestructura del país, que hizo de Sudáfrica un centro de tránsito de las remesas de cocaína procedentes de América del Sur con destino a Europa, así como de los envíos de heroína del Afganistán y el Pakistán al continente europeo.

Los ataques perpetrados por Al-Qaida el 11 de septiembre de 2001 también cambiaron la situación de las drogas en el mundo. La posterior intervención armada contra el régimen talibán en el Afganistán, que había apoyado a Al-Qaida, de hecho puso fin a la prohibición de consumo de opio proclamada en julio de 2000 (y provocó una aguda reducción de la producción de opio en 2001). La producción de opio en gran escala en el Afganistán se reanudó, fomentada por los depuestos talibanes, los cuales comenzaron nuevamente a imponer gravámenes fiscales al comercio de opio. Paralelamente, la atención internacional se desvió hasta cierto punto de la fiscalización de drogas para concentrarse en la lucha contra el terrorismo en la región.

Modas y tendencias

Como ocurre con muchos otros productos mayormente recreativos, en algunos de los cambios que han afectado a las preferencias con respecto a las drogas ilícitas y las modalidades de consumo han influido las fluctuaciones bastante impredecibles de la moda. Por ejemplo, el LSD y otras sustancias alucinógenas tuvieron gran popularidad en los años sesenta y formaron parte de una cultura psicodélica mucho más amplia. Si bien el consumo de sustancias alucinógenas no ha desaparecido, actualmente está mucho menos generalizado.

El consumo recreativo de cocaína estuvo de moda en América del Norte durante el decenio de 1970. Sin embargo, con la aparición de la cocaína “crack” en los años ochenta, cambió la imagen que se tenía de la cocaína en esa región. El consumo de cocaína dejó de considerarse una actividad relativamente benigna y pasó a ser algo que podría tener graves consecuencias para la familia y la comunidad. Es posible que esa nueva percepción haya contribuido a la pronunciada disminución del consumo de cocaína observada en América del Norte desde mediados de los años ochenta.

La metacualona, un sedante hipnótico y depresor del sistema nervioso central, fue popular en la década de 1970 en los Estados Unidos y en décadas posteriores en Sudáfrica, donde se conoce como Mandrax. Si bien el consumo de Mandrax sigue siendo bastante extendido en Sudáfrica, la apertura de las fronteras de ese país a raíz de la transición democrática en 1994 dio lugar a la aparición de nuevas modas y tendencias también allí. A partir de ese momento disminuyó la popularidad del Mandrax.

El consumo de “éxtasis” se ha vinculado, desde finales de los años ochenta, a cierto tipo de eventos bailables, en particular a las fiestas “rave”. La creciente popularidad de tales eventos dio lugar asimismo a un mayor consumo de “éxtasis”. Al parecer, ese tipo de fiestas ha llegado al límite de su popularidad y hay algunos indicios de que el consumo de “éxtasis” se ha reducido en los últimos años.

La popularidad de la heroína ha disminuido en varios países de Europa occidental en la última década a medida que su imagen se ha ido modificando. La heroína ya no está de moda y se considera la droga de un grupo de usuarios en vías de envejecimiento, enfermos y necesitados de atención médica. Pese a la reactivación de la fabricación de heroína en el Afganistán y a cosechas sin precedentes hasta 2007, el consumo de heroína por la generación más joven no ha aumentado en Europa occidental en años recientes.

Efectos no intencionales de las intervenciones de fiscalización de drogas

La puesta en marcha de un sistema de fiscalización de drogas parece haber surtido el efecto deseado a largo plazo de contener la expansión del problema de la droga y limitar la propagación del consumo y la dependencia de drogas ilícitas. Al mismo tiempo, sin embargo, ello ha tenido cierto número de consecuencias no intencionales.

Entre esos efectos secundarios no intencionales cabe mencionar la aparición de mercados negros y las oportunidades que estos proporcionan a la delincuencia organizada. Por supuesto, los mercados negros no se limitan a las sustancias psicoactivas sujetas a fiscalización, sino que afectan a una amplia gama de bienes y servicios controlados o prohibidos.

Las medidas eficaces de fiscalización de drogas parecen haber dado lugar a otra importante categoría de repercusiones no intencionales en los mercados de drogas ilícitas. Se trata de diversos efectos de sustitución o desplazamiento que suelen denominarse genéricamente como “efecto de hongo”. Los siguientes ejemplos ilustran la incidencia de esos efectos:

- Tras su interrupción en la República Islámica del Irán en 1979, la producción de opio se desplazó primero al Pakistán y luego al Afganistán. La producción de opio disminuyó a partir de los años sesenta en Tailandia pero aumentó en Birmania (posteriormente Myanmar) hasta principios de los noventa (para luego descender a partir de 1996). La decreciente fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico en Tailandia durante el decenio de 2000 redundó en aumentos en Myanmar, uno de los países vecinos.
- Paralelamente a la reducción de la producción de hoja de coca en Bolivia y el Perú en la década de 1990 se observó un aumento de dicha producción en Colombia; de modo similar, la decreciente producción de hoja de coca en Colombia durante el decenio de 2000 estuvo acompañada de aumentos en Bolivia y el Perú.
- Otro caso de desplazamiento se relaciona con las llamadas nuevas sustancias psicoactivas, algunas de las cuales aparecieron a raíz de los esfuerzos de fiscalización de los precursores realizados en muchos países. Por ejemplo, la fiscalización eficaz de la 3,4-MDP-2-P en Europa dio lugar a un descenso de la producción de “éxtasis” y a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas como la mefedrona.

Los resultados netos de esos efectos de desplazamiento varían, pero desde una perspectiva global siempre tienen como consecuencia una reducción del impacto deseado de las intervenciones.

Sin embargo, el efecto de hongo no solo afecta a la oferta. Por ejemplo, en el Reino Unido, las intervenciones en materia de política parecen haber contribuido a reducir masivamente el consumo ilícito de anfetaminas. La prevalencia anual del consumo de anfetaminas disminuyó en dos tercios entre 1996 y 2010/2011 en Inglaterra y Gales. Pese a que esa reducción se vio contrarrestada en parte por aumentos considerables del consumo de cocaína, se obtuvo una disminución neta del consumo de estimulantes de aproximadamente el 20% en esas regiones¹⁴². En Australia, la escasez de heroína de 2001 redujo la prevalencia del consumo de esa droga de un 0,8% a un 0,2% en ese año. El consumo de heroína siguió siendo bajo hasta 2010. Sin embargo, el uso indebido de opioides sintéticos registró un aumento respecto de su bajo nivel anterior¹⁴³. Aunque se observó una reducción neta del consumo general de esas sustancias, es posible que algunos consumidores de heroína se hayan desplazado al consumo de otros opioides.

Perspectivas: lo probable, lo posible y lo desconocido

Partiendo del análisis anterior, ¿qué puede decirse sobre las amenazas y los riesgos identificables y sobre la posible evolución del problema de la droga en los próximos años? Es probable que algunas de esas previsiones se materialicen, en tanto que otras parecen posibles, sobre la base de los conocimientos actuales.

¹⁴² Hoare y Moon, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2009/10 British Crime Survey*.

¹⁴³ Australian Institute of Health and Welfare, *2010 National Drug Strategy Household Survey Report*.

Por último, a la luz de las lecciones del pasado, son muchos los acontecimientos y factores imprevisibles que pueden tener un impacto profundo e inesperado en el problema de la droga.

Lo probable

Las mejores previsiones -las que con mayor probabilidad se materializarán y tendrán una repercusión directa en el consumo de drogas- pueden derivarse de las proyecciones demográficas. A fines de octubre de 2011, la población mundial alcanzó 7.000 millones de personas, lo que supone un aumento anual de unos 77 millones desde 2005. Habida cuenta del constante descenso de las tasas de fecundidad, se prevé que el crecimiento de la población mundial progrese a un ritmo más lento en los próximos decenios. No obstante, se calcula que para 2050 la población mundial habrá aumentado a 9.300 millones y en 2100 alcance 10.100 millones de personas¹⁴⁴.

Es probable asimismo que el crecimiento de la población traiga consigo un aumento del número absoluto de consumidores de drogas ilícitas. Aunque la prevalencia del consumo de drogas ilícitas se mantuvo relativamente constante en el último decenio, el número global de consumidores de drogas registró un aumento paralelo al crecimiento demográfico. Suponiendo que el sistema de fiscalización de drogas no se modifique fundamentalmente y que la prevalencia anual general del consumo de drogas ilícitas se mantenga estable alrededor del 5% de la población de 15 a 64 años de edad, es posible que en 2050 haya unos 65 millones más de consumidores de drogas que en 2009/2010, o 74 millones más en 2100. Ello significa que a finales del presente siglo el número anual de consumidores de drogas ascendería en total a unos 300 millones de personas¹⁴⁵.

Las cifras demográficas básicas también proporcionan algunos indicios de la probable distribución geográfica de los futuros consumidores de drogas. Se prevé que la población de los países en desarrollo aumente de 5.700 millones en 2011 a 8.000 millones en 2050 y a 8.800 en 2100. En contraste, el incremento de la población en las regiones más desarrolladas¹⁴⁶ será probablemente mínimo, de 1.240 millones en 2011 a 1.340 millones en 2100. Esto parece indicar que la mayor parte del aumento del número de consumidores de drogas en los próximos 90 años tendrá lugar en los países en desarrollo.

Cabe suponer además que el consumo de drogas ilícitas continúe estando vinculado principalmente a los jóvenes, dada la probabilidad de que la cultura juvenil siga teniendo un papel decisivo en la evolución del comportamiento en materia de consumo de drogas. La importancia de la cultura juvenil puede incluso cobrar mayor importancia a medida que se debilitan los lazos familiares y los sistemas de valores tradicionales. En este sentido, es posible que los países en desarrollo resulten particularmente afectados.

La población mundial está envejeciendo y esta tendencia se evidencia tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En las regiones más desarrolladas, la edad promedio alcanzó 39,9 años en 2011 y seguirá siendo notablemente más elevada que en las regiones menos desarrolladas (27,2 años en 2011, con un aumento a 36,8 previsto para 2050). En el contexto del consumo de drogas ilícitas, el envejecimiento de la población puede explicar, al menos en parte, la estabilización del consumo de drogas observado en varios países desarrollados en años recientes.

Otra tendencia demográfica, examinada en detalle más arriba, es la pronunciada diferencia de comportamiento entre los géneros en cuanto al consumo de drogas, que refleja un consumo de drogas mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres. Dada la mayor disparidad de género existente en los países en desarrollo, es posible que en esos países sea mayor el riesgo de que siga aumentando el consumo de

¹⁴⁴ Naciones Unidas, *World Population Prospects* (variante media) (*World Population Prospects: The 2010 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (ST/ESA/SER.A/313)).

¹⁴⁵ Proyecciones demográficas de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría (*World Population Prospects: The 2010 Revision*, vol. I, *Comprehensive Tables* (ST/ESA/SER.A/313)).

¹⁴⁶ Según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, en las “regiones más desarrolladas” se incluyen todas las regiones de Europa, además de Australia y Nueva Zelandia, el Japón y América del Norte. Las “regiones menos desarrolladas” comprenden todas las regiones de África, Asia (excluido el Japón) y América Latina y el Caribe, así como Melanesia, Micronesia y Polinesia. Los países o zonas comprendidos en las regiones más desarrolladas son designados como “países desarrollados” y los países o zonas incluidos en las regiones menos desarrolladas se denominan “países en desarrollo”.

drogas ilícitas entre las mujeres a medida que vayan desapareciendo poco a poco las barreras socioculturales y un creciente número de sociedades se modernice y logre establecer una mayor igualdad de género.

Esta tendencia también puede resultar exacerbada por la creciente urbanización, habida cuenta del vínculo existente entre este fenómeno y el consumo de drogas ilícitas. Según las previsiones, la población de las zonas urbanas de las regiones más desarrolladas registrará un aumento moderado, de 900 millones en 2011 a 1.100 millones en 2050. En comparación con estas cifras, se prevé que la población urbana de las regiones menos desarrolladas se duplique con creces, de 2.600 millones en 2011 a 5.300 millones en 2050.

Los factores analizados hasta ahora parecen indicar que los países en desarrollo podrían estar expuestos a un aumento considerable del consumo de drogas ilícitas en las próximas décadas. Es posible que África, en particular, deba hacer frente a un mayor número de consumidores de drogas en un futuro cercano. Se prevé que el crecimiento de la población africana de 15 a 59 años de edad durante el período 2011-2050 sea de un 2,1% anual, proporción que supera la de cualquier otra región. Dada la vinculación antes mencionada entre el ingreso disponible y el consumo de drogas, y suponiendo que África registre un aumento progresivo del ingreso disponible, existe el riesgo de un creciente consumo de drogas en ese continente.

El probable impacto neto en la prevalencia del consumo de drogas a nivel mundial es más difícil de determinar. Mientras que el crecimiento demográfico, la urbanización y la disminución de las disparidades de consumo de drogas entre hombres y mujeres pueden conducir a un aumento general del consumo, el envejecimiento de la población mundial debería contribuir a reducirlo. El efecto neto será probablemente una tasa de prevalencia global relativamente estable acompañada, sin embargo, de un aumento del número de consumidores de drogas como resultado del crecimiento demográfico.

Siempre y cuando no haya cambios fundamentales en el sistema de fiscalización de drogas o en sus modalidades de aplicación, puede suponerse que sus efectos seguirán siendo similares en el futuro. Esto significaría que se lograría contener el fenómeno en términos generales, y en particular entre los jóvenes. Según esta hipótesis, en los próximos decenios los esfuerzos de fiscalización de drogas seguirán enfrentándose a la existencia de mercados negros de drogas. La cuestión de saber si, a nivel mundial, aumentará o disminuirá el valor de los mercados negros de drogas es una interrogante abierta. Un mayor número de consumidores podría significar un incremento de los ingresos procedentes de las drogas, aunque también existen factores que obran en sentido contrario. El aumento de los mercados de drogas ilícitas está previsto principalmente en los países en desarrollo, donde los precios son bajos, mientras que en los países desarrollados el mercado puede permanecer estable o incluso encogerse. Por consiguiente, es probable que disminuya el precio promedio de las drogas. El tamaño total del mercado negro de drogas ilícitas no debería registrar un aumento significativo. Como proporción del PIB mundial, es probable que descienda a un 0,5% o a un nivel incluso inferior.

Lo posible

Si bien es bastante probable que la prevalencia global anual del consumo de drogas ilícitas se mantenga estable (en aproximadamente el 5% de la población de 15 a 64 años), es muy poco probable que la importancia relativa de las distintas drogas permanezca invariable. Los actuales indicadores de la oferta y la demanda sugieren que la preponderancia de las dos principales drogas problemáticas a nivel internacional, la heroína y la cocaína, podría disminuir.

El grueso del cultivo de la adormidera y del arbusto de coca se realiza actualmente en zonas limitadas de unos pocos países. Los esfuerzos desplegados por los gobiernos interesados, con apoyo de la comunidad internacional, deberían a la larga redundar en una eliminación sostenible del cultivo ilícito en gran escala en esas zonas, algo que varios países, como Tailandia, han logrado en el pasado. Las vinculaciones entre la producción de drogas y las actividades de los grupos armados ilegales, así como la violencia e inseguridad asociadas con el tráfico transnacional de cocaína y heroína en algunos lugares, han creado nuevos alicientes para dar solución al problema. La historia también ha enseñado a los gobiernos que es necesario adoptar un enfoque estrechamente coordinado a nivel internacional a fin de prevenir el efecto de hongo.

En lo que respecta a la demanda, el consumo de heroína se ha estabilizado o incluso reducido en el vasto mercado de Europa occidental. La población consumidora de heroína está envejeciendo y esta droga ha

cobrado una imagen negativa en esa zona. Además, gracias al tratamiento, incluido el tratamiento de sustitución mediante el uso de otros opioides, se ha ido reduciendo el tamaño del mercado de heroína y es probable que estas tendencias continúen. Sin embargo, el consumo de heroína ha seguido aumentando en el principal país productor, así como en varios países de tránsito o en países de destino relativamente nuevos, tendencias que tampoco desaparecerán rápidamente. No obstante, si un mayor número de países continúa creando o ampliando sus programas de tratamiento, incluidos los de tratamiento de sustitución, hay posibilidades de que se debilite el efecto de atracción que supone la demanda mundial de heroína, lo que contribuirá a los esfuerzos de control de la oferta y reducirá el riesgo de desplazamiento de los cultivos. Sin embargo, en años recientes también ha aumentado el consumo de opioides desviados de la venta con receta en muchos países¹⁴⁷.

En contraste con la heroína, aún no se dispone de un tratamiento de sustitución de la cocaína. No obstante, se ha registrado una disminución masiva del consumo de cocaína en los Estados Unidos, el mercado ilícito de cocaína más grande del mundo. Mientras que la reducción observada desde 2006 parece haber estado impulsada por la oferta, los datos indican que en general el prolongado descenso registrado durante los tres últimos decenios respondió a factores relacionados con la demanda¹⁴⁸. Es posible que América del Norte esté experimentando el final de una epidemia de cocaína. En Europa, el consumo de cocaína se incrementó notablemente hasta 2006/2007. Desde entonces, parece haberse llegado a un punto de estancamiento en Europa, así como en varios países de América del Sur, donde la demanda ilícita de cocaína puede haber comenzado a declinar. Persiste el peligro de una expansión constante del consumo de cocaína en África, Asia y Oceanía, aunque esos mercados ilícitos todavía son relativamente pequeños. Incluso las altas tasas de crecimiento no se traducen en un aumento importante del número de consumidores de cocaína, al menos por ahora.

Las investigaciones en curso para la obtención de las llamadas “vacunas contra la cocaína” muestran resultados preliminares interesantes. Esas vacunas podrían ayudar a combatir la dependencia de la cocaína. Sin embargo, pasarán años, si no décadas, antes de que estén disponibles para el uso general.

Las perspectivas con respecto a los demás mercados principales de drogas ilícitas son menos prometedoras. No hay indicios por el momento de que la producción y el consumo de cannabis vayan a disminuir. Si bien la teledetección podría contribuir a identificar y eventualmente erradicar las zonas de cultivo de cannabis en gran escala, la tendencia actual hacia el cultivo bajo techo de cannabis de alta potencia puede contrarrestar esos esfuerzos. Tras años de ascenso, el consumo de cannabis parece haberse nivelado en varios países. Aunque es poco probable que la tasa de prevalencia mundial se aleje mucho de su nivel actual (cerca del 4% de la población de 15 a 64 años), el número total de consumidores de cannabis sí podría ir en aumento.

Se prevé que las tasas de crecimiento más altas en las próximas décadas sean las de las drogas sintéticas, en particular los estimulantes de tipo anfetamínico y las drogas de venta con receta desviadas al consumo ilícito, así como un gran número de sustancias sintéticas aún no sometidas a fiscalización internacional. La información relativa a la producción de drogas sintéticas está generalmente disponible en la actualidad y es probable que alcance una difusión incluso mayor. En consecuencia, gran parte de la fabricación ilícita de drogas sintéticas se lleva a cabo hoy en día cerca de los consumidores, lo que dificulta aun más los esfuerzos que realizan las autoridades de aplicación de la ley para identificar a los traficantes y dismantelar sus operaciones. Si bien las medidas de fiscalización de precursores han contribuido a limitar el acceso a las sustancias químicas más importantes, los fabricantes clandestinos de drogas han desarrollado métodos alternativos de producción utilizando sustancias químicas ligeramente modificadas que aún no están sujetas a fiscalización.

Lo desconocido

Las previsiones realizadas hasta la fecha se han basado en la premisa de *ceteris paribus* (es decir, a igualdad de los demás factores). No obstante, la historia ha demostrado que ciertos acontecimientos imprevistos pueden influir de forma más decisiva en la evolución del problema de la droga que muchos de los otros

¹⁴⁷ Strang y otros, “Drug policy and the public good: evidence for effective interventions”.

¹⁴⁸ Véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2011*.

factores. Sin riesgo de equivocación, puede suponerse que en las próximas décadas ocurrirán acontecimientos imprevisibles de esa índole.

Es difícil predecir las fluctuaciones de la política. Lo que se sabe, en cambio, es que las sociedades que evolucionan de un régimen autoritario a un sistema más liberal han experimentado por lo general un aumento del consumo de drogas ilícitas. Por tanto, los nuevos gobiernos democráticos han de tener en cuenta ese mayor riesgo de consumo de drogas ilícitas, especialmente en las zonas urbanas.

En general, la opinión pública sobre la política en materia de drogas se ha mantenido relativamente constante a lo largo del tiempo. Por ejemplo, según una encuesta de opinión entre los jóvenes de 15 a 24 años realizada en 2011 en toda la Unión Europea, solo el 13% de los encuestados estaba a favor de la legalización de las drogas. Más del 90% apoyaba la prohibición de la heroína, la cocaína y el “éxtasis”. Incluso con respecto al cannabis, el 59% era partidario de su prohibición y solo el 5% deseaba que estuviera accesible sin restricciones¹⁴⁹. Las encuestas de opinión realizadas en los Estados Unidos suelen arrojar resultados similares¹⁵⁰ y a fines de 2010 una propuesta de legalización del cannabis presentada en California fue rechazada en un referendo.

Sin embargo, en el caso improbable de que se modifique sustancialmente el sistema de fiscalización de drogas, ¿cuáles serían las repercusiones? A la luz de un examen a fondo de la documentación conexa, la legalización de las drogas redundaría probablemente en un aumento del consumo¹⁵¹. Se estima que esas repercusiones serían más pronunciadas en lo que respecta a la cocaína o la heroína, aunque también podría esperarse un aumento del consumo de cannabis¹⁵² y de otras drogas.

Desde una perspectiva de mercado, una de las fuerzas motrices de ese probable aumento del consumo es la baja de precios de las drogas ilícitas una vez anuladas las medidas de fiscalización. En el caso de las sustancias psicoactivas lícitas, las elasticidades de los precios se sitúan en torno a -0,4 para los cigarrillos y -0,7 para las bebidas alcohólicas¹⁵³. Los cálculos de la elasticidad del precio del opio durante la primera mitad del siglo XX (hasta los años treinta) han oscilado entre 0,6¹⁵⁴ y -1,0¹⁵⁵. En cuanto al cannabis, la elasticidad se ha calculado dentro de un margen de 0,4¹⁵⁶ a 1,5¹⁵⁷, y en el caso de las drogas ilícitas más caras, el margen de elasticidad es aún mayor. Los cálculos y análisis realizados en el decenio de 1990¹⁵⁸ muestran una posible elasticidad del precio de la cocaína de -0,7 a -2,0, lo que significa que si el precio de la cocaína disminuyera en un 10% el aumento del consumo, *ceteris paribus*, oscilaría entre un 7% y un 20%. Dado que

¹⁴⁹ Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Luxemburgo, Comisión Europea, julio de 2011).

¹⁵⁰ Con respecto a la situación preferencial del cannabis, en 9 de 10 encuestas sobre este tema realizadas a nivel nacional en los Estados Unidos en 2010 y 2011 una mayoría de encuestados se pronunció en contra de la legalización. En promedio, cerca del 43% de los entrevistados estaba a favor de la legalización del cannabis, frente a aproximadamente un 52% en contra. (Información basada en encuestas de opinión realizadas en los Estados Unidos por CBC, CBS, Gallup, AP/CNBC, Newsweek, ABC News/Washington Post, CNN y Pew Research.).

¹⁵¹ MacCoun y Reuter, *Drug War Heresies, Learning from Other Vices, Times, and Places*.

¹⁵² Según los autores, la despenalización del consumo de cannabis no entrañaría necesariamente un aumento del consumo.

¹⁵³ W. G. Manning y otros, *The Costs of Poor Health Habits* (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1991).

¹⁵⁴ A. de Landgraaf, “Price elasticity of hard drugs: practical assignment for advanced methods for applied economic reasoning”. Disponible en www.alextrime.org/docs/paper-amaer.pdf.

¹⁵⁵ J. C. van Ours, “The price elasticity of hard drugs: the case of opium in the Dutch East Indies, 1923-1938”, *Journal of Political Economy*, vol. 103, núm. 2 (1995), págs. 261 a 279.

¹⁵⁶ R. L. Pacula, *Examining the Impact of Marijuana Legalization on Marijuana Consumption: Insights from the Economics Literature*, Santa Monica, CA, Estados Unidos; RAND 2010.

¹⁵⁷ M. H. Moore, “Supply reduction and drug law enforcement”, en *Drugs and Crime*, M. Tonry y J. Q. Wilson, eds., Crime and Justice: A Review of Research, vol. 13 (Chicago, Illinois, University of Chicago Press, 1990), págs. 109 a 158; G. S. Becker, M. Grossmann y K. M. Murphy, “Rational addiction and the effect of price on consumption”, en *Choice over Time*, G. Loewenstein y J. Elster, eds. (Nueva York, Russell Sage Foundation, 1992), págs. 361 a 370.

¹⁵⁸ J. P. Caulkins, “Estimating the elasticities and cross elasticities of demand for cocaine and heroin”, Heinz School of Public Policy and Management Working Paper 95-13 (Pittsburgh, Pennsylvania, Carnegie Mellon University, 1995); M. Grossman, F. J. Chaloupka y C. C. Brown, *The Demand for Cocaine by Young Adults: A Rational Addiction Approach*, NBER Working Paper, núm. 5713 (Cambridge, Massachusetts, National Bureau of Economic Research, 1996); H. Saffer y F. Chaloupka, “The demand for illicit drugs”, NBER Working Paper, núm. 5238 (Cambridge, Massachusetts, National Bureau of Economic Research, 1995).

los precios de la heroína y la cocaína en los países desarrollados son muy superiores a los otros precios normales de mercado, debido a la prohibición, las disminuciones masivas de los precios tendrían como resultado, una vez más *ceteris paribus*, aumentos igualmente masivos del consumo. Las investigaciones realizadas en el pasado han mostrado que en los Estados Unidos se vendió cocaína a un precio ocho veces superior al precio lícito potencial¹⁵⁹. En 2010 se vendió cocaína en Colombia a unos 2.400 dólares el kilogramo. Cuando esa cocaína llegó a los Estados Unidos, el precio al por mayor aumentó a aproximadamente 33.300 dólares¹⁶⁰, mientras que el precio al por menor es de unos 120.000 dólares el kilogramo¹⁶¹. A título de comparación, un servicio de mensajería podría transportar un kilogramo de un producto lícito por unos 50 dólares¹⁶². El costo del transporte por sí solo no puede explicar ese aumento masivo, que deja un amplio margen para reducciones del precio -y para potenciales aumentos del consumo- si se legalizara la cocaína. La idea de compensar las reducciones de los precios con medidas fiscales no solucionaría necesariamente el problema, dado que seguiría habiendo incentivos para las operaciones de contrabando. El efecto del precio probablemente incidiría en menor medida en el cannabis. La disponibilidad de cannabis ya es sumamente amplia en la mayoría de los países y las reducciones de precio no serían probablemente tan significativas como en el caso de la cocaína o la heroína. No obstante, las reducciones de precio en los países desarrollados seguirían siendo considerables. Las estimaciones relativas a los Estados Unidos sugieren que los precios de venta al por mayor del cannabis sin semilla disminuirían entre el 80% y el 90% frente al precio actual¹⁶³. La mayoría de las previsiones indican que la legalización entrañaría un aumento del consumo de cannabis.

Como se desprende del presente capítulo, el precio dista de ser el único factor que influye en el consumo de drogas. Las leyes, las normas, los valores y las percepciones también tienen importantes repercusiones que son fáciles de detectar pero difíciles de cuantificar.

¹⁵⁹ Moore, "Supply reduction and drug law enforcement".

¹⁶⁰ Margen de variación: 11.500 a 55.000 dólares. UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales.

¹⁶¹ O 120 dólares por gramo (margen de variación: 8 a 300 dólares).

¹⁶² T. Babor y otros, *Drug Policy and the Public Good* (Oxford, Oxford University Press, 2010).

¹⁶³ J. P. Caulkins, B. Kilmer, R. J. MacCoun, R. L. Pacula y P. Reuter, (2012) Design considerations for legalizing cannabis: lessons inspired by analysis of California's Proposition 19, *Addiction*, 107, págs. 865 a 871. doi: 10.1111/j.1360-0043.2011.0356.x

D. CONCLUSIÓN

Las drogas se han consumido a lo largo de la historia, pero el problema contemporáneo de la droga, cuya evolución comenzó en el decenio de 1960, se caracteriza a la vez por una expansión y una concentración relativa del consumo de drogas ilícitas entre los hombres jóvenes de entornos urbanos. El sistema de fiscalización de drogas, si bien no ha eliminado el problema, parece haber logrado contenerlo en niveles de consumo mucho más bajos que los que la sociedad ha presenciado en el caso de las sustancias psicoactivas lícitas más generalmente disponibles.

Los datos analizados indican también que la relativa concentración del consumo de drogas ilícitas entre los jóvenes puede deberse no a una mayor propensión de las personas a consumir sustancias psicoactivas en los años de juventud, sino a su menor propensión a transgredir las leyes y las normas sociales a medida que se hacen mayores. En efecto, el consumo de sustancias lícitas tiende a estar mucho más homogéneamente distribuido entre los distintos grupos de edad que el consumo de sustancias ilícitas. En otras palabras, los jóvenes comienzan a consumir sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas más o menos al mismo tiempo, pero tienden a continuar consumiendo los productos lícitos y a dejar de consumir los productos ilícitos a medida que avanzan en años. Conforme a esta interpretación, la ilegalidad parece ser el factor que, en gran medida, mantiene a la población adulta alejada del consumo de drogas ilícitas.

Otra característica importante del consumo de drogas ilícitas es la representación desproporcionada de los hombres en la población de consumidores. La prevalencia del uso de drogas ilícitas entre las mujeres solo representa, en los Estados Unidos, cerca de las dos terceras partes y, en Europa, aproximadamente la mitad de la prevalencia de consumo entre los hombres. En algunos países en desarrollo, incluidos la Argentina y el Brasil, el consumo de drogas ilícitas por mujeres representa alrededor de la tercera parte del consumo por hombres, mientras que en otros países, como Filipinas, la India, Indonesia y el Pakistán, representa apenas la décima parte.

Salvo notables excepciones, hasta la fecha el consumo de drogas ilícitas ha tendido a afectar en mayor medida a los países occidentales que al resto del mundo, aunque esa pauta está evolucionando. Mientras que la prevalencia del consumo de drogas está estabilizándose o incluso, en algunos aspectos, reduciéndose en los países occidentales, en otros países está aumentando.

El impacto principal y más preocupante del consumo de drogas ilícitas es el que tiene en la salud. Según estimaciones de la UNODC, alrededor del 12% de los consumidores anuales desarrolla drogodependencia y pasa a integrar la categoría de consumidores problemáticos, cuyo número se sitúa actualmente por debajo de los 30 millones. En particular, el consumo de drogas por inyección es también un vector de contagio del VIH y la hepatitis B y C. Además, según la OMS, cerca de 250.000 personas mueren anualmente por sobredosis y enfermedades relacionadas con las drogas. A título de comparación, el consumo de alcohol se cobra unos 2,3 millones de vidas al año y el consumo de tabaco unos 5,1 millones.

Las personas drogodependientes requieren tratamiento. En 2009, alrededor de 4,5 millones de personas en todo el mundo recibían tratamiento por problemas derivados del consumo de drogas ilícitas, aunque las necesidades son muy superiores. La prestación de tratamiento a todas las personas que lo necesitan sería sumamente costosa; según estimaciones aproximadas, el tratamiento de todas las personas drogodependientes a nivel mundial tendría un costo de unos 200.000 a 250.000 millones de dólares.

Las investigaciones muestran que el consumo de drogas ilícitas también tiene consecuencias importantes para la productividad de la sociedad. Por lo general, las pérdidas de productividad se deben a la incapacidad de trabajo de las personas o a su internamiento en instituciones de tratamiento, hospitales o prisiones. El costo por concepto de pérdidas de productividad debidas al consumo de drogas puede ser entre 4 y 8 veces superior a los costos médicos conexos.

El uso de drogas ilícitas también está estrechamente vinculado, de diversas formas, a la delincuencia. Por ejemplo, los consumidores de drogas a menudo recurren a la delincuencia económica para financiar su drogodependencia, lo que entraña un costo social considerable. Además, muchos delincuentes se encuentran bajo la influencia de las drogas cuando cometen delitos. En general, el nivel de consumo de drogas de los delincuentes suele ser muy superior al del resto de la población. Otro vínculo entre la delincuencia y las

drogas es el tráfico ilícito de drogas. La competencia entre distintos grupos de traficantes puede desencadenar la violencia. En algunos casos, las ganancias derivadas de la participación en el comercio de drogas ilícitas se han utilizado también para financiar las actividades de grupos armados ilegales.

En el contexto de las características generales resumidas en los párrafos precedentes, las pautas del tráfico y el consumo ilícitos de drogas se han modificado considerablemente en el curso de las últimas décadas. El cannabis ha sido y sigue siendo la droga más producida, traficada y consumida del mundo. El cultivo hidropónico de la planta de cannabis, que produce un cannabis más potente, actualmente es común en muchos países desarrollados. Si bien el consumo de esta droga se va estabilizando o reduciendo en varios grandes países desarrollados, está en aumento en muchos países en desarrollo.

La producción mundial de cocaína aumentó notablemente en los decenios de 1980 y 1990 pero se estabilizó durante la última década y las cantidades disponibles en el mercado ilícito parecen haber disminuido. Las importantes reducciones del consumo de cocaína en América del Norte se han visto compensadas en parte por crecientes niveles de consumo en Europa y América del Sur, aunque los datos recientes relativos a América del Sur también reflejan una disminución en varios países del Cono Sur.

En la actualidad, la producción ilícita de opio y heroína se concentra en gran medida en el Afganistán. El consumo de heroína en Europa occidental, región que constituyó durante mucho tiempo el principal mercado ilícito de heroína, se ha estabilizado o reducido en el último decenio. Lo mismo puede decirse del consumo de heroína en partes del Asia sudoriental y Oceanía, donde el consumo de drogas ilícitas se contrajo notablemente a partir de 2001 y se ha mantenido en un bajo nivel a desde esa fecha. En cambio, el Asia sudoccidental y Europa oriental han experimentado crecientes niveles de consumo de drogas en las últimas décadas. En años recientes, el consumo de heroína también parece estar en aumento en África.

Si bien la situación de las drogas de origen vegetal parece en general mostrar signos de estabilización, tras muchos años de aumentos sucesivos durante los decenios de 1980 y 1990, la producción y el consumo ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico ha seguido aumentando. Las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico se triplicaron durante el período 1998-2010, mientras que el aumento de las incautaciones de drogas de origen vegetal fue de casi el doble.

En la evolución del problema contemporáneo de la droga han incidido diversas fuerzas motrices. Algunas se relacionan con tendencias demográficas, como el género, la edad de la población y los niveles de urbanización, mientras otras son de carácter socioeconómico, como los niveles de ingreso disponible, la desigualdad y el desempleo. Una tercera gran categoría incluye los factores socioculturales, como los sistemas de valores, la religión y la cultura juvenil. Los niños y adolescentes que padecen situaciones de negligencia, abuso, disfunción familiar, violencia e inestabilidad son particularmente susceptibles al riesgo de uso indebido de sustancias.

El sistema de fiscalización de drogas y sus modalidades de aplicación también han determinado considerablemente la evolución del problema de la droga. Además, toda una gama de acontecimientos, generalmente imprevisibles y no vinculados al tema de las drogas, ha venido alterando fundamentalmente el carácter del problema del consumo de drogas que afecta hoy en día a todo el mundo.

Suponiendo que la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (cerca del 5% de la población de 15 a 64 años) no cambie sustancialmente en los próximos decenios, los indicadores demográficos muestran que el número total de consumidores de drogas podría aumentar en una cuarta parte antes de 2050, en consonancia con el crecimiento de la población mundial. La mayor parte de esos aumentos se registrarán probablemente en los actuales países en desarrollo. Aunque cabe prever un cierto grado de envejecimiento de la población de usuarios de drogas, es probable que su consumo siga en general estando asociado principalmente a los jóvenes. Al mismo tiempo, la mayor disparidad de consumo de drogas entre hombres y mujeres observada en los países en desarrollo puede dar lugar a un eventual aumento del consumo de drogas entre las mujeres a medida que desaparecen las barreras socioculturales y se logra una mayor igualdad de género. Dado que el consumo de drogas también está vinculado a la urbanización y que, según las previsiones, la población urbana de los países en desarrollo se duplicará entre 2011 y 2050 mientras que en los países desarrollados se mantendrá generalmente estable, cabe prever un crecimiento mucho más notable del número de consumidores de drogas ilícitas en los países en desarrollo. Esto parece indicar que en los próximos decenios

el problema mundial de las drogas será una carga que tendrá un desplazamiento relativo de los países desarrollados a los actuales países en desarrollo.

La preponderancia de la heroína y la cocaína en los mercados de drogas ilícitas podría disminuir en las próximas décadas. En cambio, por ahora no hay indicios de que el cannabis pierda popularidad, en términos generales, y es sumamente probable que siga siendo la sustancia ilícita de mayor consumo. Es probable que el consumo de drogas sintéticas, en particular estimulantes de tipo anfetamínico, drogas de venta con receta desviadas al consumo ilícito y un gran número de sustancias sintéticas no sujetas a fiscalización internacional, siga aumentando a nivel mundial. Todas estas previsiones se basan en la premisa de *ceteris paribus*. Sin embargo, la historia ha demostrado que en la evolución del problema de la droga han incidido circunstancias y factores imprevistos. Mientras más se mire al futuro, más impredecible se torna esa evolución. Los Estados y las sociedades seguirán sin duda enfrentándose a difíciles decisiones de política al abordar los problemas relacionados con las drogas ilícitas y la delincuencia mientras velan por la consecución de la paz y el desarrollo internacionales y el respeto de los derechos humanos.

Agrupaciones regionales

En el presente informe se utilizan varias designaciones regionales y subregionales. Esas designaciones, que no revisten carácter oficial, se definen de la forma siguiente:

- África oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, Somalia y Uganda.
- África septentrional: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Sudán del Sur y Túnez.
- África meridional: Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.
- África occidental y central: Angola, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo.
- Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bermuda, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago.
- Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
- América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América y México.
- América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
- 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 y Viet Nam.
- Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen. Cercano Oriente y Oriente Medio designa una subregión que incluye Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, 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, la ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Rumania, Serbia y Turquía.
- Europa occidental y central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, San Marino, Suecia y Suiza.
- Oceanía: Australia, Fiji, Kiribati, Islas Marshall, Islas Salomón, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Nueva Zelandia, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y pequeños territorios insulares.

Cocaína (base y sales) - Pasta de coca, cocaína base y clorhidrato de cocaína mencionados en conjunto

Cocaína “crack” - Cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante procesos de conversión que la hacen apta para fumar

Consumidores problemáticos de drogas - Personas que usan drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo las que se inyectan la droga, las que la consumen diariamente y/o las que tienen drogodependencia diagnosticada sobre la base de criterios clínicos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión) de la Organización Mundial de la Salud y en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición) de la American Psychiatric Association, o de cualesquiera criterios o definiciones similares aplicables

Estimulantes de tipo anfetamínico - Grupo de sustancias integrado por estimulantes sintéticos del grupo de las sustancias anfetamínicas, que incluye la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y

las sustancias del grupo “éxtasis” (metilendioximetanfetamina (MDMA) y sus análogos)

Opiáceos - Subconjunto de los opioides integrado por los diversos productos derivados de la planta de adormidera, incluidos el opio, la morfina y la heroína

Opioides - Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera, sus análogos sintéticos y los compuestos sintetizados en el organismo

Paja de adormidera - Todas las partes de la adormidera (excepto las semillas) una vez cortada

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

Prevalencia anual - Número total de personas de un determinado grupo de edad que ha consumido una cierta droga por lo menos una vez en el año anterior, dividido por el número de personas de ese grupo de edad

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в нашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

Centro Internacional de Viena, Apartado postal 500, 1400 Viena (Austria)

Tel.: + (43) (1) 26060-0, fax + (43) (1) 26060-5866, www.unodc.org

Los mercados de drogas ilícitas han alcanzado dimensiones mundiales y requieren medidas coordinadas de respuesta a igual escala. En este contexto, el propósito del *Informe Mundial sobre las Drogas* es ayudar a comprender mejor el problema de las drogas ilícitas y contribuir a intensificar la cooperación internacional para combatirlo. La edición de este año comienza con un panorama general de las tendencias recientes y la situación actual en lo que se refiere a producción, tráfico y consumo de drogas así como a las consecuencias de su uso indebido en lo que se refiere a tratamiento, enfermedades y muertes relacionadas con ellas. En el segundo capítulo se presenta una perspectiva a largo plazo: se pasa revista a las características principales del problema contemporáneo de las drogas, los cambios que ha experimentado en los últimos decenios, las fuerzas motrices que han configurado esta evolución, y las direcciones en que probablemente proseguirá el problema en el futuro.

El Informe es notablemente más breve que el de ediciones anteriores, y el anexo estadístico se publica ahora por vía electrónica en formato CD-ROM, lo mismo que el sitio web de la UNODC: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>