



## Consejo Económico y Social

Distr.: General  
10 de enero de 2002  
Español  
Original: Inglés

### Comisión de Estupefacientes

45º período de sesiones

Viena, 11 a 15 de marzo de 2002

Tema 6 b) del programa provisional \*

**Reducción de la demanda de drogas: Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas, atendiendo en particular a la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a causa de la inyección de drogas.**

### **Situación mundial con respecto al uso indebido de drogas, atendiendo en particular a la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a causa de la inyección de drogas**

#### **Informe de la Secretaría**

#### Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción . . . . .	1-6	2
II. La situación mundial de las drogas con respecto a las nuevas tendencias en el uso indebido de drogas. . . . .	7-42	3
A. Heroína . . . . .	7-16	3
B. Estimulantes de tipo anfetamínico . . . . .	17-26	6
C. Cocaína. . . . .	27-33	8
D. Cannabis. . . . .	34-42	9
III. La inyección de drogas y la transmisión de virus a través de la sangre . . . . .	43-47	10
IV. Reunión de datos: una base de información para la acción . . . . .	48-49	12
V. La infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) entre los toxicómanos: cuestión clave para el desarrollo de mejores actividades de reducción de la demanda . . . . .	50-53	12
Anexo. Tendencias del uso indebido de drogas y presentación de informes por los países . . . . .		15

\* E/CN.7/2002/1.

## I. Introducción

1. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (resolución S-26/2 de la Asamblea General), aprobada durante el vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado del 25 al 27 de junio de 2001, jefes de Estado y de Gobierno y representantes de Estados y gobiernos declararon su compromiso de hacer frente a la crisis del VIH/SIDA, entre otras cosas, asegurando que las cuestiones del VIH/SIDA se incluyeran en los programas de todas las conferencias y reuniones apropiadas de las Naciones Unidas. En su reunión entre períodos de sesiones celebrada el 16 de noviembre de 2001, la Comisión de Estupefacientes decidió incluir el VIH/SIDA en su programa, teniendo en cuenta las importantes repercusiones de la inyección de drogas en la propagación del VIH/SIDA y en cumplimiento de la Declaración. Por consiguiente, el presente informe sobre la situación mundial de las drogas con respecto al uso indebido de drogas abarca también la propagación del VIH/SIDA a causa de la inyección de drogas.

2. El presente informe contiene un examen de las pautas y tendencias en el consumo ilícito de drogas compilado para el año 2000. Incluye un análisis descriptivo de las pautas del consumo por tipo de droga, el examen de la cuestión de las infecciones virales relacionadas con las drogas y un examen de la situación en cuanto a la capacidad mundial para vigilar el uso indebido de drogas ilícitas. Esta cuestión es de particular importancia en el período anterior al examen de mitad de período de 2003 sobre los progresos realizados en la consecución de los objetivos acordados en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Evidentemente, se necesita comprender la extensión y naturaleza del problema mundial de las drogas para poder realizar ese proceso de evaluación. En la sección V se examinan los datos disponibles y las medidas que se han tomado para mejorar la base de información mundial. Se presta especial atención también a la inyección de drogas y la infección con el VIH conexas, cuestión que sigue planteando un importante problema para las actividades de reducción de la demanda encaminadas a

reducir significativamente los costos sociales y para la salud del uso indebido de drogas.

3. El presente análisis se basa en las respuestas recibidas al 13 de diciembre de 2001 de los 80 países que rellenaron y remitieron la segunda parte del cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2000, de conformidad con las obligaciones que les incumben en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas. El cuestionario para los informes anuales se distribuyó a 193 países en 2000 y, por lo tanto, la tasa de respuesta fue del 41%, una disminución en relación con años anteriores: en 1999 rellenaron los formularios 117 países y en 1998 lo hicieron 112. En cierta forma, estas cifras son en sí mismas equívocas, ya que entre los cuestionarios rellenados el número de preguntas que se dejaron sin responder fue normalmente alto. Por lo tanto, los datos realmente disponibles para el análisis fueron aún menos de lo que la tasa de respuestas parece indicar. Por ejemplo, preguntas sencillas sobre las tendencias en el consumo de los principales tipos de drogas —heroína, cocaína y cannabis— fueron contestadas por 45, 26 y 51 países, respectivamente. Esto significa que los datos disponibles abarcaron sólo del 13% al 27% de todos los Estados Miembros. Cuando se consideran las preguntas de carácter más cuantitativo, por ejemplo, la sección sobre estimaciones de la prevalencia, la situación es aún peor. La tasa de respuestas en este caso es insuficiente para realizar un análisis significativo de los datos.

4. No toda la falta de respuesta se puede atribuir a una falta de información en los países que presentaron informes. Hay otros dos factores que también parecen ser importantes. En primer lugar, la falta de información refleja deficiencias en el cuestionario para los informes anuales (segunda parte). Este hecho fue reconocido por la Comisión y la segunda parte del cuestionario se ha revisado para el ciclo de presentación de informes que comienza en 2001. En segundo lugar, parece haber un problema de coordinación, ya que algunos informes no han aprovechado la información técnica que se sabe existe en los Estados Miembros. Por ejemplo, en muchos casos datos que publican los gobiernos —u organizaciones regionales en nombre de los gobiernos— no aparecen en las respuestas al cuestionario para los informes anuales (segunda parte),

pero están disponibles en otra parte. La Comisión reconoció también este problema y en su resolución 44/3 pidió a los Estados que examinaran el mecanismo de reunión y presentación de los datos que se incluyen en la segunda parte de los cuestionarios para los informes anuales, y que examinaran la posibilidad de establecer un centro de coordinación técnica para facilitar la reunión de los datos. Se espera que el nuevo formato de la segunda parte y las mejoras en la coordinación del proceso de presentación de los datos de lugar a una tasa de respuestas más alta, con mejoras en el número de países que presentan informes anuales, y una reducción del número de preguntas sin contestar.

5. A fin de mejorar la cobertura del presente informe, los datos del cuestionario para los informes anuales se complementaron con información de otras fuentes de referencia, incluidos los informes nacionales que algunos Estados Miembros adjuntaron a sus informes. La inclusión de esta información adicional refleja la práctica adoptada en años anteriores y está en consonancia con el acuerdo de la Comisión.<sup>1</sup>

#### Cuadro

#### Análisis de las tasas de respuestas al cuestionario para los informes anuales (segunda parte), por región

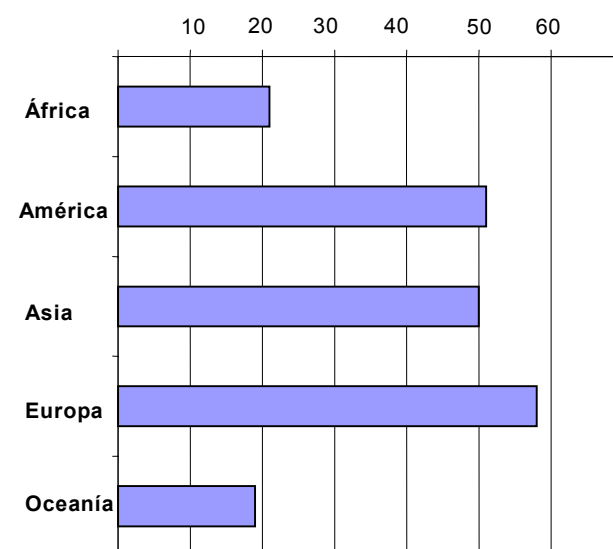
Región	Número de cuestionarios distribuidos	Número de cuestionarios rellenos recibidos	Países que respondieron de cada grupo regional (porcentaje)
África	53 (27%)	11 (14%)	21
América	35 (18%)	18 (22%)	51
Asia	44 (23%)	22 (28%)	50
Europa	45 (24%)	26 (32%)	58
Oceanía	16 (8%)	3 (4%)	19
<b>Total</b>	<b>193 (100%)</b>	<b>80 (100%)</b>	

6. Una de las razones para complementar los datos de los cuestionarios para los informes anuales con datos de otras fuentes es proporcionar una perspectiva regional más equilibrada. En el cuadro figura un desglose de las respuestas por región y en el gráfico los datos se refieren al número relativo de países de cada grupo regional que presenta informes. En general, ninguna región está bien representada. Aun en Europa, cuya tasa de presentación de informes es la más alta, casi la mitad de los Estados Miembros no presentaron

informes. Este simple análisis muestra que los países africanos están particularmente subrepresentados y, en general, se observa un sesgo favorable a los países en desarrollo en cuanto al número de respuestas. Oceanía también estuvo subrepresentada en cuanto a la proporción entre los cuestionarios enviados y los recibidos; sin embargo, cabe señalar que los cuestionarios cumplimentados se recibieron de los países más grandes en cuanto a población.

#### Gráfico

#### Países y territorios que respondieron, por región (en porcentaje)



## II. La situación mundial de las drogas con respecto a las nuevas tendencias en el uso indebido de drogas

### A. Heroína

7. Los problemas de la heroína siguen ocupando el primer lugar de los programas contra el uso indebido de drogas ilícitas en muchas partes del mundo; el uso indebido de esta droga ha causado considerables daños a individuos y comunidades. La heroína comúnmente se fuma, se inyecta y algunas veces se inhala (por la nariz). La inyección de heroína es particularmente

nociva, especialmente cuando ese comportamiento expone a los usuarios al riesgo de infección viral. Por lo tanto, es importante vigilar los cambios en la modalidad de administración común entre los toxicómanos que usan heroína. La cuestión de la infección de los toxicómanos con el VIH y otros virus se examina detalladamente más adelante. En sus respuestas al cuestionario para los informes anuales, 27 países (el 60% de los que respondieron) comunicaron que durante 2000 había aumentado el uso indebido de heroína. Nueve países (el 20% de los que respondieron) comunicaron que no se habían producido cambios y otros nueve (el 20%) comunicaron que el uso indebido había disminuido durante el período del informe.

8. Una simple ojeada a la situación mundial de la heroína parece indicar que esta droga no es de uso muy difundido en América Latina y el Caribe. En África, el uso indebido de la heroína tampoco parece considerarse como un problema difundido; no obstante, hay informes inquietantes de que el uso está aumentando en varias ciudades grandes. Esto subraya la necesidad de una vigilancia permanente de la situación de las drogas en África, a fin de detectar la emergencia de tendencias problemáticas en el uso de drogas. En América del Norte se registraron problemas, pero el uso indebido de heroína se consideró bastante estable, aunque existía preocupación ante la posibilidad de un aumento del uso entre los jóvenes que pueden estar inhalando la droga. La heroína sigue siendo el problema principal de la droga en Europa. Se informó de que las tendencias eran bastante estables en los países de la Unión Europea (UE), pero que el uso indebido estaba aumentando en Europa oriental. En la Federación de Rusia y países limítrofes había graves problemas de uso indebido de heroína y preocupación por los crecientes niveles de inyección de drogas. El uso indebido de heroína era problemático en muchos de los países del Asia central y el Asia sudoriental. Ahora bien, en algunas partes del Asia sudoriental el uso indebido de heroína podría haberse estabilizado o aun estar declinando, ya que la metanfetamina estaba pasando a ser la principal droga de uso indebido en muchos países de la región. El uso indebido de heroína se había reducido recientemente en Australia como resultado de una escasez de la droga. En cierta medida, esto fue consecuencia de un aumento en el uso de la cocaína, la metanfetamina y otras drogas.

9. Todos los países de Europa oriental que respondieron al cuestionario para los informes anuales comunicaron un aumento del uso indebido de heroína. Concretamente, se comunicaron grandes aumentos en el uso indebido de heroína en Belarús, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia y Rumania; Estonia y la República Checa comunicaron un cierto aumento del uso indebido. Aunque la mayoría de los informes de Europa occidental indicaron un uso estable de la heroína, sobre todo los de Dinamarca, Irlanda, Liechtenstein, los Países Bajos y Suiza, se comunicó un aumento del uso de heroína en los informes de Finlandia, Suecia y Turquía. También comunicaron alguna disminución del uso indebido de heroína España y Portugal.

10. La tendencia más notable del uso de la heroína en Europa es el aumento en el uso y los problemas conexos en países de Europa oriental, en donde el nivel se está acercando al de los países de Europa occidental, en los que el problema se ha estabilizado. El creciente uso de heroína en Europa oriental ha sustituido al uso tradicional de opiáceos caseros y se ha producido un aumento correspondiente en el número de usuarios de drogas que se inyectan y en la mortalidad relacionada con las drogas, que se piensa es debida principalmente a sobredosis de opiáceos. Los problemas relacionados con la inyección de la heroína eran particularmente aparentes en la Federación de Rusia, donde el problema había aumentado notablemente desde mediados del decenio de 1990.<sup>2</sup> Se informó también de que estudiantes de países de Europa oriental fumaban heroína. En base al estudio de 1999 del proyecto de investigación del problema del alcohol y otras drogas en escuelas europeas (ESPAD) entre estudiantes de 30 países europeos, la experiencia vitalicia en fumar heroína era en promedio del 3%. Ahora bien, cabe señalar que esa cifra contiene considerables variaciones nacionales, con una prevalencia vitalicia de los que fuman heroína particularmente alta entre estudiantes de Letonia y Rumania (7%-8%) y Croacia, la Federación de Rusia, Italia, Lituania y Polonia (4%-5%). El uso de heroína por inyección normalmente no era objeto de muchos informes<sup>3</sup>.

11. Los Estados Unidos de América comunicaron niveles estables de uso indebido de heroína, aunque pruebas obtenidas recientemente por el Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria (CEWG) parecen indicar que el uso indebido de heroína se podría estar difundiendo en comunidades suburbanas y

rurales y entre los más jóvenes, y hay indicios de que el uso indebido de heroína está aumentando en 15 de las ciudades del país. Los informes indicaron que la heroína solía utilizarse en combinación con la cocaína, ya sea conjuntamente o en forma secuencial<sup>4</sup>. En los Estados Unidos, la prevalencia vitalicia del uso de heroína entre estudiantes de escuelas secundarias públicas y privadas de todo el país permaneció estable en 0,9%-2,4% en el decenio de 1990, aunque los datos para 2000 indicaron un aumento en el uso reciente de heroína entre estudiantes de grados superiores (12º grado) pero una disminución entre estudiantes más jóvenes (8º grado)<sup>5</sup>. El Canadá comunicó algunos aumentos en el uso indebido de heroína en el cuestionario correspondiente a 2001, con una prevalencia vitalicia de heroína del 2,8% entre estudiantes de Ontario en 1999 y del 1,9% el año pasado<sup>6</sup>.

12. Varios países de América latina comunicaron un cierto aumento en el uso indebido de heroína, entre ellos, Colombia, México y Panamá, mientras que Chile comunicó niveles estables. En el Caribe, el uso indebido de heroína no estaba muy difundido, aunque el uso de esta droga no era desconocido. Se comunicaron algunos problemas de heroína en pacientes sometidos a tratamiento en Surinam y un pequeño número (0,3%) de estudiantes comunicó el uso de heroína el mes pasado en Haití<sup>7</sup>.

13. Una tendencia observada fue un aumento en el uso de heroína en regiones en desarrollo en que el uso indebido de esta droga no era conocido tradicionalmente. En particular, hubo informes de la aparición del uso de heroína en varios países del África oriental durante el último decenio (Kenya, la República Unida de Tanzania y Uganda), aunque a partir de una base muy baja, y una tendencia continuada de uso de heroína entre jóvenes adultos de Sudáfrica. Hubo también preocupación en algunos países del África oriental por los efectos que el tráfico local de heroína podría tener sobre los niveles del uso indebido de esta droga<sup>8</sup>. Varios otros países de África comunicaron en el cuestionario un cierto aumento del uso de heroína, entre ellos Camerún, Namibia, Sudáfrica y Zambia. Sólo otros dos países de África comunicaron tendencias en el consumo de heroína: Zimbabwe, donde el uso era estable, y Nigeria, donde se había producido una cierta disminución en el uso. Si bien la inyección de heroína no es la norma en los países de África, hay cada vez más pruebas de enclaves de

inyección de heroína en centros urbanos (por ejemplo, en Kenya, Nigeria y la República Unida de Tanzania)<sup>9</sup>. A diferencia de la mayoría de sus contrapartes del continente, la isla de Mauricio tiene una población establecida de personas que se inyectan opioides, que apareció a finales del decenio de 1980 y principios del decenio de 1990, pero los niveles de uso indebido parecen haber permanecido estables por varios años.

14. En el Asia sudoriental, si bien el uso de la heroína y otros opioides sigue siendo un problema importante, algunas pruebas parecen indicar una reciente disminución ligera en el nivel de uso. Comunicaron un menor uso de heroína países y territorios del Asia sudoriental, entre ellos, Hong Kong (Región Administrativa Especial (RAE) de China), Indonesia, Japón, Malasia, Myanmar y Singapur; Brunei Darussalam comunicó un uso estable de heroína. Las razones de la disminución comunicada de uso indebido de heroína en el Asia sudoriental son diversas. Myanmar, por ejemplo, comunicó una rápida declinación de la producción de heroína tras extensas actividades de represión, así como un cambio en las pautas de los toxicómanos usuarios de heroína, que habían comenzado a utilizar otras drogas en lugar de la heroína. Las condiciones climáticas adversas también podrían haber tenido algo que ver con la disminución de la producción de opio en la región<sup>10</sup>. Hubo también pruebas provenientes de algunos países de la región de que el uso de la heroína podría estar siendo sustituido por el uso de metanfetamina. Algunos países de la región de Asia comunicaron que la heroína había sido sustituida por la metanfetamina como droga de preferencia entre los nuevos usuarios de drogas.

15. En Asia central, la situación del uso indebido de heroína sigue siendo muy problemática, aunque la falta de datos fidedignos impide hacer una evaluación precisa de las tendencias. Además, todavía es muy pronto para juzgar el impacto de la situación actual en el Afganistán sobre las pautas del consumo de heroína en la región. Dado el número de individuos afectados, la prevalencia de la inyección de drogas y la falta de recursos para el tratamiento y otros servicios para los toxicómanos, la situación en Asia central es motivo de particular preocupación. También comunicaron crecientes problemas de heroína los Estados del Asia central Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán y Turkmenistán. Preocupa sobre todo el aumento de la inyección de drogas. La evaluación es también difícil en este caso ya que los datos actualmente disponibles

son escasos, pero el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) ha colaborado con varios gobiernos en una serie de estudios de evaluación realizados en la región, cuyos resultados se comunicarán en 2002. En la India, el Pakistán y la República Islámica del Irán existen grandes poblaciones que hacen uso indebido de opiáceos. Varían mucho las estimaciones del tamaño de la población total que hace uso indebido de la heroína en esos países; algunas cifras parecen indicar tasas de prevalencia extremadamente altas entre los hombres. En un estudio realizado en 1996 en la India se estimó que había entre 500.000 y 600.000 individuos que dependían de la droga y que la población que hacía uso indebido de drogas podía ser del orden de los 3 millones. Una evaluación realizada recientemente en el Pakistán puso de relieve un grave problema de heroína; se estimó que el número de adictos masculinos crónicos era de alrededor de medio millón de individuos. Ese estudio parece indicar también que la inyección de drogas está comenzando a ser un problema grave en el país, donde alrededor del 15% de los toxicómanos utilizan regularmente esa modalidad de administración. Esto contrasta con la situación existente a mediados del decenio de 1990, en que el uso de esta modalidad era insignificante. No se dispone de buenos datos sobre prevalencia para Bangladesh, pero los estudios de evaluación rápida realizados en 1996 parecen indicar que el país tiene un importante problema de heroína.

16. En Australia se produjo recientemente una disminución de los niveles de uso de la heroína, con una reducción concomitante en los casos de sobredosis de heroína. Esto se ha atribuido a la “sequía” de heroína que comenzó a principios de 2001<sup>11</sup>, caracterizada por aumentos de los precios, disminución de la pureza y reducción de la disponibilidad de heroína. Si bien algunos de los problemas normalmente vinculados al uso de la heroína, sobre todo la sobredosis de heroína, han disminuido tras la “sequía” de heroína, se ha producido un aumento concomitante en la inyección de otras drogas (por ejemplo, cocaína y anfetamina) y nuevos problemas relacionados con la inyección de estimulantes<sup>12, 13</sup>. En un estudio anual de usuarios que se inyectan realizado en 2001 en Australia, se determinó que sólo el 36% comunicaron que la heroína era la droga que se inyectaban con más frecuencia, en comparación con el 58% en 2000<sup>14</sup>. Se están investigando los factores relacionados con la

“sequía” de heroína en Australia; será interesante observar si la reducción de los problemas relacionados con los opiáceos es sostenida. El número de toxicómanos que dependen de la heroína en Australia se estimó recientemente en 74.000, o 6,9 por cada 1.000 habitantes, para 1998; esto constituye un aumento constante pero sustancial en relación con el número de usuarios de heroína estimado para mediados del decenio de 1980 (alrededor de 34.000, o 3,7 por cada 1.000 habitantes)<sup>15</sup>.

## B. Estimulantes de tipo anfetamínico

17. El término “estimulantes de tipo anfetamínico” (EDTA) se ha adoptado para referirse a las drogas sintéticas que estimulan el sistema nervioso central, como la anfetamina, la metanfetamina y el grupo químicamente afín denominado Éxtasis ((metilendioximetanfetamina (MDMA) y sus análogos). Cabe señalar que la similitud química de estas sustancias no se refleja en pautas igualmente homogéneas de uso indebido. Las pautas de uso incluyen el uso indebido crónico y dependiente de marginados sociales, uso indebido por parte de jóvenes, por lo general gente socialmente bien integrada en entornos de recreación, y el uso instrumental de estimulantes por ciertos grupos ocupacionales o en ciertos entornos de trabajo. La morbilidad y la mortalidad asociadas con el uso indebido de EDTA dependen también de la modalidad de administración que se emplee. Entre los EDTA hay drogas que se pueden inyectar, fumar, inhalar o consumir por vía oral.

18. De los 20 países que informaron de las tendencias en el uso indebido de metanfetamina, en 17 (el 86%) se había observado un aumento en los niveles de consumo. El uso indebido de anfetamina, por otro lado, se mantuvo más estable, con sólo 11 países (58% de los que respondieron) que comunicaron un aumento en el uso indebido, y la mayoría de los países restantes un uso estable. Los únicos países que comunicaron un uso indebido decreciente de anfetamina y metanfetamina fueron Hungría y la República Checa. Además de los países que presentaron informes sobre el uso indebido de anfetamina y metanfetamina, nueve países y territorios comunicaron un aumento general del uso indebido de EDTA (Australia, Islandia, Indonesia, Lituania, Macao (RAE de China), Myanmar, Nueva Zelandia, Polonia y la República de Moldova) y otros

seis comunicaron niveles estables de uso indebido (Alemania, España, Estados Unidos, Grecia, Letonia y Países Bajos). Ahora bien, cabe señalar que dentro de los requisitos de presentación de informes sobre los EDTA, el grupo de drogas Éxtasis no está adecuadamente cubierto en la versión distribuida del cuestionario para los informes anuales.

19. Los informes de aumento en el uso indebido de metanfetamina provinieron en su mayoría de países del Asia sudoriental, donde todos los Estados que presentaron informes indicaron un aumento en los niveles del uso indebido (Brunei Darussalam, Filipinas, Hong Kong (RAE de China), la India, el Japón, Malasia y Singapur). Los últimos datos de cuestionarios para los informes anuales disponibles para Tailandia indicaron también un aumento en el uso indebido de metanfetamina entre los jóvenes en 1999; en este país el uso indebido de esta droga parece haber sustituido al de la heroína como problema principal. Las estadísticas proporcionadas por el Registro Central de Uso Indebido de Drogas de Hong Kong (RAE de China) muestra un aumento del 127% en el uso de EDTA de 1999 a 2000. Los informes provenientes de la región indican también que muchos consumidores utilizan la forma cristalina de la metanfetamina, conocida localmente como “shabu”, porque se puede fumar fácilmente y da un efecto de droga más intenso. El método de fumar la droga es extremadamente eficiente como vía de administración y es similar a la inyección de drogas con respecto a la velocidad con que se producen los efectos de la droga y a la disponibilidad biológica. Por lo tanto, es probable que la modalidad de fumar la metanfetamina esté vinculada a niveles de dependencia más altos y otros problemas que otras modalidades de administración menos eficientes. Esto es motivo de particular preocupación, ya que en algunos países parece haber una tendencia a fumar la metanfetamina. Por ejemplo, en Tailandia ha habido una transición de tragar (administración oral) a fumar metanfetamina en los últimos cinco años y, en 1999, la abrumadora mayoría de usuarios de metanfetamina comunicó que fumaban la droga. El uso de la metanfetamina en Tailandia es generalizado principalmente entre estudiantes y jóvenes, aunque también hay un uso ocupacional en ciertos grupos, como los conductores de camiones de transporte a larga distancia.

20. Se comunicó también un aumento del uso indebido de EDTA en Australia y Nueva Zelandia. El

Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia observó un permanente aumento del uso de formas más puras de metanfetamina en 2001, incluida la metanfetamina “ice” y “base”. Hay también algunas pruebas de que en algunas regiones de Australia, la reciente “sequía” de heroína ha tenido que ver también con un aumento en la inyección de metanfetamina<sup>12</sup>.

21. Hungría y la República Checa comunicaron disminución del uso indebido de anfetamina y metanfetamina, pero los informes de los restantes países de Europa parecen indicar que los niveles de uso indebido eran de estables a en aumento. Cabe señalar que en Europa la mayor parte de la anfetamina se encuentra en forma de sulfato de anfetamina. Los problemas de la metanfetamina se han limitado en gran parte a la República Checa. Están comenzando a aparecer algunos indicios preocupantes de que la metanfetamina se está empezando a conseguir esporádicamente en algunos países de la UE. Dado el potencial particularmente elevado de uso indebido de esta droga, y su vinculación con elevados niveles de comportamiento problemático, esto también es motivo de una gran preocupación. Por lo tanto, existen fuertes argumentos en favor de vigilar cualquier difusión potencial de la droga en Europa a fin de facilitar el desarrollo de las respuestas tempranas que pudieran ser necesarias.

22. En el decenio de 1990, el uso indebido de EDTA aumentó en muchas ciudades de Europa oriental. Con respecto al uso de Éxtasis, hay una clara tendencia ascendente tanto en ciudades de Europa occidental como oriental<sup>2</sup>. Ahora bien, los datos más recientes de la región de la UE muestran que la experiencia vitalicia de la anfetamina en la población en general está todavía bien por debajo del 5% en la mayoría de los países. De los países de la UE, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (datos de Inglaterra y Gales) comunicó una tasa sorprendentemente elevada, con un 10% de uso vitalicio de anfetamina en la población en general<sup>16</sup>. Según el estudio ESPAD de los jóvenes, el nivel de uso de EDTA (en especial con respecto a la anfetamina) entre adolescentes de Europa era, en general, mucho más bajo que en el caso de sus contrapartes de los Estados Unidos. En Europa, la experiencia vitalicia media tanto para la anfetamina como para Éxtasis era del 2% entre los jóvenes de 15 y 16 años de edad<sup>3</sup>. La tendencia en el uso de EDTA en la UE es mixta y requiere una vigilancia cuidadosa,

pero en general la situación parece estar estabilizándose.

23. Varios países de América, Argentina, Canadá, Colombia, México y Perú, comunicaron un aumento en el uso indebido de la metanfetamina. La situación de la anfetamina parece ser más estable en América; sólo Chile y Colombia comunicaron un cierto aumento y la Argentina, el Canadá y El Salvador comunicaron niveles estables de uso indebido. En los Estados Unidos, había indicaciones de un mayor uso de metanfetamina a finales de 1999 y hasta principios de 2000, en las zonas que normalmente comunicaban altos niveles de uso indebido de metanfetamina, pese a la tendencia descendente observada antes de 1999. La metanfetamina siguió concentrada en los estados del oeste del país y en algunas zonas rurales de otras partes. Recientemente se determinaron en seis de los sitios vigilados por el CEWG aumentos significativos de las menciones en los departamentos de emergencia (Atlanta, Denver, Fénix, San Luis, San Diego y Seattle). La metanfetamina sigue siendo la droga de uso más común comunicada por las personas que se someten a tratamiento en Honolulu y San Diego. El uso de metanfetamina y cristales de metanfetamina ("ice") ha disminuido ligeramente entre los escolares de los Estados Unidos. La prevalencia vitalicia del uso de la metanfetamina disminuyó del 4,5%-8,2% (estudiantes de los grados 8<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> y 12<sup>o</sup>) en 1999 al 4,2%-7,9% en 2000. Se observaron tendencias similares en la prevalencia vitalicia del uso de "ice" entre los estudiantes de grados superiores, con una disminución del 4,8% en 1999 al 4,0% en 2000. En los Estados Unidos, la prevalencia vitalicia del uso de anfetamina entre los adolescentes de los grados 8<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> y 12<sup>o</sup> aumentó durante el decenio de 1990. La prevalencia alcanzó la cifra máxima en los dos grados inferiores en 1996 (13,5% para el 8<sup>o</sup> grado y 17,7% para el 10<sup>o</sup>) y en el 12<sup>o</sup> grado en 1997 (16,5%). Los datos de la prevalencia vitalicia para 2000 parecen indicar una tendencia ligeramente decreciente en el uso de anfetamina entre los estudiantes de todos los grados, aunque todavía está en el 9,9% para el 8<sup>o</sup> grado, el 15,7% para el 10<sup>o</sup> grado y el 15,6% para el 12<sup>o</sup> grado<sup>5</sup>.

24. En la actualidad hay en los Estados Unidos preocupación por el uso indebido de drogas de tipo Éxtasis. Esa preocupación se refleja en los datos disponibles, que muestran que más jóvenes norteamericanos usan Éxtasis que cocaína. El uso de Éxtasis aumentó entre las cohortes de todas las edades

en el estudio más reciente de Vigilancia del Futuro. Entre los alumnos de 8<sup>o</sup> grado, la prevalencia del año anterior aumentó del 1,7% al 3,1% entre 1999 y 2000. Para los alumnos del 10<sup>o</sup> grado, el aumento fue del 4,4% al 5,4% para el mismo período, y para los alumnos del 12<sup>o</sup> grado el uso en el año anterior aumentó del 5,6% al 8,2%<sup>5</sup>. La red de vigilancia del CEWG comunicó que el uso indebido de Éxtasis se había difundido más, habiéndose comunicado recientemente aumentos en 13 zonas de los Estados Unidos. El Éxtasis se utilizaba en una diversidad de entornos, entre ellos fiestas danzantes ("raves"), fiestas en los hogares y bares para solteros, y algunos indicios parecían indicar que los usuarios pertenecían a grupos de edades cada vez más jóvenes. Hubo también un aumento en el número de pacientes de salas de emergencia que comunicaron uso indebido de MDMA, de 250 casos en 1994 a 2.850 casos en 1999<sup>4</sup>. El uso indebido de Éxtasis causa también preocupación en el Canadá. Datos recientes de Ontario indican que el uso de Éxtasis era más común entre los jóvenes, y que era tres veces más probable que los usuarios de la droga fueran hombres, más que las mujeres. La mayoría de los usuarios tenía entre 18 y 29 años de edad<sup>6</sup>.

25. Aunque la cannabis y la cocaína siguieron siendo las drogas predominantes en el Caribe, se expresó preocupación por la disponibilidad de EDTA, y en particular por la creciente disponibilidad de Éxtasis. Esta última droga se ha utilizado en Aruba, las Bahamas, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas y Surinam. En la reciente reunión de la Red Regional del Caribe de Información sobre las Drogas se expresó preocupación por el creciente uso de Éxtasis<sup>17</sup>. En un estudio realizado en 2000 en las Islas Caimán, se comunicó una prevalencia vitalicia de Éxtasis del 2,6%<sup>18</sup>. También se informó de niveles problemáticos de uso de anfetamina en un estudio realizado 2000 en las escuelas de la zona metropolitana de Puerto Príncipe: casi el 12% (11,7%) de los encuestados comunicó el uso de anfetamina el mes anterior, mientras que las tasas de prevalencia para la marihuana y la cocaína en el mes anterior fueron mucho más bajas<sup>7</sup>.

26. Se informó de un creciente uso indebido de EDTA en el Camerún, Namibia, Sudáfrica y Zimbabwe. Nigeria comunicó una situación estable. Hay que recalcar que, en general, los informes sobre las tendencias del uso indebido de EDTA en África son difíciles de preparar debido a la falta de datos

fidedignos. Ahora bien, el uso indebido de EDTA no parece ser un gran problema en el África meridional y oriental, aunque sí causa preocupación en otras zonas de África en que la situación es menos clara.

### C. Cocaína

27. La cocaína sigue siendo la droga que más preocupación causa en las regiones de América y el Caribe. Ahora bien, el uso indebido de cocaína no está limitado a esas regiones y hay informes de que se usa también en otros lugares. En términos del número de individuos afectados, sin embargo, América sigue siendo la región en que los problemas de la cocaína son más pronunciados. Como sucede con otras drogas, la modalidad de administración es importante para comprender las pautas del uso indebido. La cocaína se puede transformar en forma relativamente fácil en sus sales y formas base. Esto hace que sean comunes todas las modalidades de administración, es decir, inhalar, inyectarse y fumar. De estos métodos, la inyección de cocaína es por lo general el comportamiento menos común. La modalidad de fumar productos de cocaína, como la cocaína "crack", está particularmente vinculada a problemas graves. Las pautas crónicas y de dependencia de uso indebido son comunes con esta modalidad de administración y se ha observado una fuerte vinculación entre fumar cocaína "crack" y comportamientos socialmente negativos, como los delitos penales. Hay algunas pruebas de que fumar cocaína aumenta el riesgo de infección con el VIH, ya sea a causa de una mayor incidencia de encuentros sexuales de alto riesgo o de la participación en intercambios de sexo por dinero, o sexo por drogas. Esto preocupa particularmente a muchos países de América Latina y el Caribe donde la inyección de drogas no es común. En sus respuestas a los cuestionarios para los informes anuales 25 países proporcionaron datos sobre las tendencias del uso de la cocaína, de los cuales 15 comunicaron un aumento en el uso indebido, 7 una situación estable y 3 una disminución del nivel de uso indebido.

28. Los informes provenientes de América Latina parecen indicar un uso indebido de estable a en aumento, habiéndose registrado incrementos en Chile, El Salvador, México y Perú. La Argentina, Costa Rica y Panamá comunicaron niveles estables de uso indebido y las Bahamas fueron el único país que

comunicó una disminución del uso indebido de cocaína.

29. El uso de cocaína y crack sigue disminuyendo en casi todos los Estados Unidos y esa tendencia descendente es especialmente marcada en zonas en que el uso indebido de las drogas estaba altamente concentrado en el pasado, como las regiones del noreste, el Atlántico medio y el medio oeste septentrional. La población de usuarios de crack parece estar envejeciendo, aunque el nivel general de uso sigue siendo alto, como también lo es la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la droga; la mayoría de las defunciones relacionadas con las drogas en nueve sitios del CEWG se debieron a la cocaína. Esta droga se usó frecuentemente junto con otras sustancias, ya sea al mismo tiempo o en forma secuencial<sup>4</sup>. El uso de la cocaína (incluido el crack) entre escolares también disminuyó de 1999 a 2000, aunque el uso entre niños de los grados 8<sup>o</sup> a 10<sup>o</sup> aumentó ligeramente en el decenio de 1990, registrándose una prevalencia del uso de cocaína del 6,9% entre los estudiantes del 10<sup>o</sup> grado en el último estudio de 2000<sup>5</sup>. Los datos de estudios realizados en Ontario (Canadá) también indican una declinación en el uso de cocaína desde mediados del decenio de 1980 hasta 1998; ahora bien, en 2000 se produjo un aumento en el uso, con una prevalencia vitalicia que aumentó del 4,6% en 1998 al 6,4% en 2000<sup>6</sup>.

30. Se comunicó un uso indebido de cocaína difundido en la zona del Caribe. Los 15 países que participan en la Red de Información sobre Drogas del Caribe comunicaron uso indebido de cocaína<sup>19</sup>. Los datos de estudios en escuelas indican que el uso vitalicio de la cocaína entre los estudiantes oscila entre el 1,3% y el 1,7%<sup>19, 20</sup>. En un estudio de toxicómanos realizado en Barbados se determinó que para el 6% la cocaína era la droga primaria preferida. Las tasas de prevalencia entre las poblaciones en riesgo probablemente serán considerablemente más altas. La recientemente creada red de vigilancia de la región estaba estudiando el tema; para el año próximo se tenía previsto realizar en la región estudios especializados y encuestas en las escuelas.

31. Varios países europeos comunicaron un aumento en el uso indebido de cocaína, entre ellos, Belarús, España, Hungría, Irlanda y Portugal. Los otros países de Europa que informaron sobre la cocaína —Liechtenstein, la República Checa y Suiza—

indicaron niveles estables de uso indebido. Aunque el aumento de los niveles del uso de la cocaína, especialmente en algunas de las ciudades más grandes, sigue siendo motivo de preocupación, los datos son ambivalentes. En Europa occidental se comunicó una tendencia general ascendente en la prevalencia del uso de cocaína durante todo el decenio de 1990, pero las tendencias actuales siguen siendo poco claras<sup>2</sup>. El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías comunicó que todavía no había señales claras de un aumento general del uso de la cocaína, ya fuera entre la población en general o entre los escolares de Europa<sup>16</sup>. La prevalencia vitalicia entre los jóvenes de 15 a 16 años de edad siguió siendo baja, con una media de un 1%. Ahora bien, estudios de usuarios específicos revelaron que el uso de polvo de cocaína con fines de recreación era alto en ciertos entornos sociales, en particular entre los grupos que asistían a bailes o los "clubbers". Además, informes provenientes de algunas zonas metropolitanas grandes parecían indicar que había zonas en donde el uso de la cocaína podría estar aumentando.

32. Si bien la prevalencia vitalicia de la cocaína entre adultos jóvenes de la población en general suele situarse en menos del 1% al 6,4%, los estudios de segmentos del mismo grupo de edad indican que entre los "clubbers" las tasas son del 42% al 62%<sup>3, 16</sup>. En el Reino Unido hay cada vez más indicios de altos niveles de uso de cocaína entre los jóvenes de algunas zonas urbanas. El Estudio británico de la delincuencia 2000 señala que más del 11% de los que integran el grupo de edad de 16 a 29 años y que vive en Londres comunicó el uso de cocaína en los últimos 12 meses. Ahora bien, las cifras relativas a otras zonas son mucho más bajas. El estudio señaló que existía preocupación por el hecho de que los jóvenes quizá estuvieran cambiando el uso de Éxtasis por el de cocaína, posiblemente como consecuencia de la atención que se presta en los medios de comunicación a los efectos nocivos del Éxtasis<sup>21</sup>.

33. Tres países africanos comunicaron un aumento del uso indebido de la cocaína, Namibia, Nigeria y Sudáfrica, y Zimbabwe comunicó niveles estables. De los cuatro países y territorios de Asia que comunicaron uso indebido de cocaína, Hong Kong (RAE de China), la India y el Líbano indicaron un aumento del uso indebido, y el Japón una cierta disminución. En general, en esta zona hubo sólo informes esporádicos de uso indebido de cocaína y el problema del uso de

drogas estimulantes se refiere principalmente a la metanfetamina. En Australia, se informó que la cocaína se podía obtener con facilidad sólo en Sydney, donde su uso había sido aparente durante varios años. Ha habido informes de un reciente aumento en la inyección de cocaína en Sydney, en respuesta a una menor disponibilidad de la heroína en 2001<sup>12</sup>.

#### **D. La cannabis**

34. En general, la cannabis en una forma u otra sigue siendo la droga ilícita de uso indebido más común en el mundo. Esto se refleja en la tasa de respuesta a los cuestionarios para los informes anuales relativa a la cannabis, que es superior a la de otros tipos de drogas. Cincuenta y un países respondieron a la pregunta sobre la tendencia, y la mayoría (38 países, o el 75%) indicó un aumento del uso indebido de la cannabis. Nueve países comunicaron niveles estables de uso indebido (17% de los que respondieron) y sólo cuatro países (el 8%) comunicaron una disminución del uso indebido de la droga, todos ellos de Asia.

35. Aunque las pruebas parecen indicar que la cannabis es la droga ilícita de uso indebido más común en la mayoría de los países, las estimaciones de la magnitud del uso indebido de la cannabis están limitadas principalmente a los países desarrollados. A pesar de esto, la información disponible de las regiones en desarrollo parece indicar que el uso indebido de la cannabis es difundido y puede estar aumentando en muchos países. Aun teniendo en cuenta que la cannabis no figura en forma tan prominente como otras drogas, como la heroína, la cocaína o los EDTA, en relación con problemas de salud graves, la magnitud relativamente grande de su uso indebido plantea un problema a muchos países. Además, en algunos países en desarrollo en que el uso de la cannabis se está difundiendo, hay preocupación por la relación entre el uso indebido de la cannabis y problemas de salud mental graves y emergencias psiquiátricas. Los conocimientos sobre esta cuestión siguen siendo escasos y se requiere una mejor comprensión de los efectos que el consumo de la cannabis tiene sobre los sistemas de salud de los países de África, el Caribe y otras partes. Esto se aplica particularmente al África, donde el uso indebido de la cannabis representa una parte sustancial de las admisiones por condiciones psiquiátricas en varios países<sup>22</sup> y los informes parecen

indicar que el uso indebido de la cannabis está aumentando<sup>23</sup>. Los cinco países africanos que presentaron informes sobre las tendencias de la cannabis en los cuestionarios para los informes anuales (Camerún, Namibia, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe, indicaron aumentos en los niveles de uso indebido. Si bien los datos sobre el consumo de la cannabis en África siguen siendo escasos, las pruebas reunidas durante el desarrollo de sistemas de información sobre las drogas en el África meridional<sup>23</sup> y oriental, sumadas a investigaciones especializadas realizadas en el África occidental<sup>24</sup>, parecen indicar que la cannabis es la droga ilícita de uso más común en la región. Los datos de estudios realizados en países seleccionados de la región también muestran un uso de la cannabis predominante entre los jóvenes adultos<sup>25, 26</sup>. Por ejemplo, en un estudio de 1998 sobre uso indebido de sustancias entre estudiantes de Swazilandia se determinó que el 7,5% de los estudiantes varones habían usado cannabis el mes anterior, en comparación con sólo el 1,4% de las mujeres<sup>25</sup>.

36. Las estimaciones más recientes de la extensión del uso indebido de cannabis en Europa occidental indica que entre el 10% y el 25% de la población ha tomado drogas en algún momento de su vida, con niveles de consumo más altos entre los jóvenes adultos. Los niveles de consumo más altos se observaron en el Reino Unido, donde el 25% de la población (entre 16 y 59 años) y el 42% de los jóvenes adultos (entre 16 y 29 años) utilizaron la droga en algún momento de su vida<sup>16</sup>. Se han observado tasas más altas de consumo de cannabis en Australia, donde el 39% de la población general, de los cuales dos tercios pertenecen al grupo de 20 a 30 años de edad, y el 45% de las personas de 14 a 19 años de edad han tomado drogas en algún momento de su vida<sup>27</sup>. En los Estados Unidos, la prevalencia vitalicia del uso de la cannabis en el año 2000 fue del 34,2% en la población en general, y del 46% entre los jóvenes de 18 a 25 años<sup>28</sup>.

37. La cannabis es también la droga de uso indebido más común entre los adolescentes, con estimaciones de la prevalencia vitalicia entre escolares europeos que van del 1% al 35%, habiéndose observado un consumo cada vez mayor en la mayoría de los países<sup>3</sup>. La cifra comparable para los Estados Unidos (41%) es superior a la de cualquiera de los Estados miembros de la UE, a pesar de que la tendencia del uso vitalicio de la cannabis entre los adolescentes ha permanecido bastante estable durante la última parte del decenio de

1990<sup>5</sup>. Los datos de un estudio realizado en las escuelas de Ontario (Canadá) en 1999, indicaron que el 34,7% de los escolares habían usado cannabis en algún momento, mientras que en un estudio nacional de escolares de Australia realizado en ese mismo año se determinaron niveles de uso igualmente elevados: casi un tercio de los escolares (de 12 a 17 años de edad) y casi la mitad (47%) de las personas de 16 y 17 años habían utilizado la droga en algún momento<sup>29</sup>.

38. En cuanto a las tendencias del uso de la cannabis, se observó un aumento del consumo en toda Europa, donde 18 de los 22 países que respondieron a los cuestionarios indicaron un aumento en el uso indebido de la cannabis. El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías también comunicó una tendencia hacia una mayor prevalencia del uso indebido de la cannabis durante el decenio de 1990, habiendo sido ese aumento proporcionalmente mayor en los países en que las tasas de prevalencia vitalicia habían sido bajas a principios de ese decenio<sup>16</sup>. Tanto Australia como Nueva Zelanda comunicaron un mayor uso indebido de cannabis.

39. El CEWG proporcionó algunas indicaciones de que el uso de la cannabis se estaba estabilizando en algunas zonas de los Estados Unidos, tras un aumento anterior observado entre 1990 y 1998. Pese a la estabilización del uso, la demanda de tratamiento contra esta droga siguió siendo elevada<sup>4</sup>. El uso de la cannabis entre escolares ha permanecido estable desde 1999<sup>5</sup>.

40. En muchos otros países de América se comunicó un aumento del uso indebido de la cannabis (Argentina, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y Perú). Esto está en consonancia con las conclusiones de la Comisión Interamericana de Control del Abuso de Drogas (CICAD), que observó un aumento del uso indebido de la droga en la región<sup>21</sup>. Los datos del estudio realizado en Ontario (Canadá) en 2000 indican un aumento en el número de jóvenes usuarios de la cannabis, de los cuales más de un cuarto (28,2%) entre los 18 y los 29 años de edad había tomado la droga el año anterior, en comparación con el 18,3% en 1996<sup>6</sup>.

41. El uso de la cannabis es también común en el Caribe. Los datos de estudios realizados en escuelas de la región indican que el uso vitalicio de la cannabis entre los estudiantes va del 8% al 26,9%<sup>19</sup>. En un estudio nacional de escuelas de Jamaica se determinó

que el 27% de los estudiantes habían usado cannabis en algún momento de su vida, mientras que el 8% la había usado el mes anterior. En un estudio en Barbados se determinó que el 75% de los toxicómanos entrevistados indicaron que la marihuana era su droga preferida<sup>19</sup>. Los problemas relacionados con el uso de la cannabis también fueron evidentes en países y territorios de ultramar, según se desprende de informes de los representantes nacionales en una reunión sobre el problemas de las drogas celebrada recientemente en el Caribe<sup>19</sup>.

42. Se observaron aumentos en el uso de la cannabis en sólo 5 de los 12 países de Asia que informaron a este respecto (Azerbaiyán, Japón, Malasia, Myanmar y Sri Lanka), mientras que Brunei Darussalam, Indonesia y Uzbekistán comunicaron niveles estables de uso indebido. Filipinas, la India, Kirguistán y Singapur comunicaron una disminución del uso indebido de la cannabis.

### **III. La inyección de drogas y la transmisión de virus a través de la sangre**

43. Al final de 2001, se estimaba que 40 millones de personas estaban infectadas con el VIH/SIDA. El uso de drogas por inyección es una de las principales causas del aumento de la epidemia, habiéndose observado en el decenio de 1990 en muchos países un rápido aumento del número de personas que se inyectan drogas. El uso de drogas por inyección afecta ya a más de 135 países y se ha calculado que hay en todo el mundo casi 3 millones de usuarios de drogas por inyección infectados con el VIH. En todo el mundo, entre el 5% y el 10% de las infecciones con el VIH resulta del uso de drogas por inyección, pero en algunos países europeos y asiáticos más del 50% de las infecciones con el VIH se atribuye a esta causa<sup>30</sup>. Se considera que el uso de drogas por inyección es una modalidad importante de transmisión del VIH, en particular en algunos países de Europa oriental, en países de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y en países del Asia sudoriental, el Pacífico, América Latina, Europa occidental y América del Norte<sup>31</sup>.

44. La tendencia mundial de la infección con el VIH entre usuarios de drogas por inyección ha venido

aumentando constantemente durante el último decenio. En 1995, 72 países y territorios comunicaron infección con el VIH entre usuarios de drogas por inyección (E/CN.7/1997/3, párr. 19) y 93 países y territorios lo hicieron en 1998 (E/CN.7/2000/4, párr. 23). Las últimas cifras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS) relativas a la epidemia mundial del VIH/SIDA indican que a mediados de 1999 un total de 114 países y territorios habían comunicado infección con el VIH entre usuarios de drogas por inyección, lo que constituye un marcado incremento en comparación con los 52 países que lo habían hecho en 1992<sup>32</sup>.

45. Los países de la ex Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas siguen registrando una de las tasas de crecimiento más rápidas del mundo de infección con el VIH/SIDA; estas tasas se duplican cada año en muchos de los nuevos Estados independientes. Se prevé que el número total de casos de VIH/SIDA en la Federación de Rusia aumentará a más de 5 millones en 2005. Es probable que el uso de drogas por inyección sea un factor importante de este aumento<sup>33</sup>. En Asia, la epidemia del VIH relacionada con las drogas también se está difundiendo rápidamente entre los que se inyectan, a medida que esta modalidad de administración adquiere mayor prevalencia. Por ejemplo, se estimó que por lo menos la mitad de los que se inyectan drogas en Nepal eran seropositivos al VIH a finales del decenio de 1990, mientras que en Yakarta, la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas por inyección aumentó del 15% en 1999 al 40% en 2000<sup>34</sup>. Varias provincias de China también comunicaron una prevalencia local del VIH entre usuarios de drogas por inyección superior al 70%. En Europa occidental hubo grandes diferencias entre los países con respecto a la infección con el VIH entre los toxicómanos que se inyectaban, que iban desde el 1% en el Reino Unido hasta el 32% en España. Aunque en general el nivel de nuevas infecciones en la UE se estabilizó o se redujo durante la última parte del decenio de 1990, recientemente se ha expresado preocupación por el aumento en las tasas de infección en Austria, Finlandia, Irlanda, Luxemburgo, los Países Bajos y Portugal<sup>16</sup>.

46. Si bien la relación entre la inyección de drogas y la infección con el VIH se comprende bien, ésta quizá no sea la única relación entre el uso indebido de drogas y las tasas elevadas de infección con el VIH. Algunas

pruebas parecen indicar una vinculación entre algunas pautas de uso indebido de drogas por otros medios y la infección con el VIH. Se ha sugerido, en particular, que el uso crónico de la cocaína puede resultar en un aumento de los comportamientos sexuales que elevan el riesgo de infección con el VIH. Esta cuestión todavía no se comprende bien y es extremadamente difícil atribuir relaciones de causalidad entre los distintos comportamientos. No obstante, ésta sigue siendo una importante esfera de estudio para poder comprender adecuadamente el problema de la infección con el VIH entre las poblaciones que hacen uso indebido de drogas.

47. El VIH no es la única infección transmitida por la sangre mediante inyección de drogas. Tanto la hepatitis C (VHC) como la hepatitis B (VHB) también son muy prevalentes entre los usuarios de drogas por inyección, ya que también se transmiten por contacto de sangre a sangre durante la utilización compartida de equipo de inyección contaminado. La OMS estima que unos 170 millones de personas (o el 3% de la población mundial) están infectadas con el VHC. Las zonas de prevalencia más alta del VHC están en África, el mediterráneo oriental, el Asia sudoriental y el Pacífico occidental<sup>35</sup>. En Europa, donde el uso de drogas por inyección representa la mayor parte de las nuevas infecciones con el VHC, los datos disponibles indican que entre el 40% y el 90% de los usuarios de drogas por inyección están infectados con el virus. De la población infectada con el VHB, más de 350 millones tienen infecciones crónicas (vitalicias). En el África subsahariana y la mayor parte de Asia y el Pacífico, la mayoría de las personas resultaron infectadas con el VHB durante la infancia y del 8% al 10% de la población tiene infección crónica<sup>36</sup>. Los datos sobre infección con el VHB entre usuarios de drogas por inyección en Europa indican una prevalencia que varía entre el 20% y el 60%<sup>16</sup>. En países con poblaciones grandes de personas que se inyectan, el costo a largo plazo relacionado con los problemas de salud resultante de la infección con el VHC será probablemente considerable. En los países en que las tasas de infección con el VIH son bajas entre los que se inyectan drogas, la infección con el VHC probablemente sea la causa principal de morbilidad y mortalidad a largo plazo en ese grupo.

#### **IV. Reunión de datos: una base de información para la acción**

48. Una de las recomendaciones fundamentales de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución S-20/3 de la Asamblea General, anexo) es que los Estados deben realizar evaluaciones periódicas de la situación del uso indebido de drogas utilizando métodos y procedimientos similares. La información presentada más arriba demuestra tanto los considerables esfuerzos hechos por los Estados Miembros para comprender las pautas y tendencias del uso indebido de drogas, como los desafíos que todavía hay que superar. El PNUFID ha trabajado para prestar asistencia a los Estados Miembros a fin de establecer un panorama mejor y más completo de la situación del uso indebido de drogas. La segunda parte revisada del cuestionario para los informes anuales incluye indicadores clave que han sido elaborados mediante un proceso de creación de consenso y que reflejan buenas prácticas reconocidas. Se tiene la esperanza de que el instrumento revisado permita obtener mejores niveles de presentación de informes. A fin de obtener apoyo para la utilización del cuestionario para los informes anuales, el PNUFID está preparando materiales para ayudar a los Estados Miembros a recoger los datos necesarios, y está promoviendo la designación de centros de información técnica, de conformidad con lo dispuesto en la resolución 44/3 de la Comisión. Como parte de ese proceso, el Programa mundial de evaluación de la magnitud del uso indebido de drogas ha venido prestando asistencia a los países para el desarrollo de una mejor capacidad de vigilancia del uso indebido de drogas y ha fomentado la adopción de buenas prácticas metodológicas. Se están preparando manuales técnicos sobre el establecimiento de redes de información, la realización de estudios en las escuelas y métodos innovadores de estimación de la prevalencia. Durante 2001, el Programa mundial de evaluación apoyó el establecimiento de dos nuevas redes epidemiológicas relacionadas con las drogas en el África oriental y el Caribe.

49. El establecimiento de asociaciones en los planos nacional, regional y mundial es fundamental para mejorar la normalización de los datos y la difusión de las buenas prácticas. El PNUFID ha colaborado estrechamente con organizaciones regionales como el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

y la Organización de los Estados Americanos para asegurar un enfoque complementario a la recolección de datos. Como parte de ese proceso, se celebró en Viena, del 3 al 5 de diciembre de 2001, una reunión técnica sobre epidemiología de las drogas. La reunión fue complementaria de la reunión celebrada en Lisboa en enero de 2000, en la que se examinaron los requisitos técnicos de los sistemas de información sobre drogas. Las cuestiones dimanantes de la reciente reunión técnica de Viena incluyen la necesidad de seguir avanzando en el intercambio de buenas prácticas sobre adelantos metodológicos y en la mayor armonización de los criterios, la importancia de los datos de alerta temprana sobre tendencias emergentes, la necesidad de contar con directrices éticas y los nuevos enfoques a la estimación de la prevalencia. Una conclusión clara de los participantes fue que, aunque todavía se necesitan esfuerzos considerables, se han logrado muchos avances en cuanto a una mejor comprensión de las pautas y tendencias del consumo de drogas. Además, en comparación con la situación existente unos pocos años atrás, ha habido un marcado avance hacia la adopción de criterios y procedimientos similares. Esto no se ha logrado simplemente adoptando soluciones que se habían aplicado en otras partes, sino más bien mediante un proceso de desarrollo en el que se reconoció la necesidad de configurar criterios de reunión de datos para adaptarlos a las circunstancias nacionales, apreciando al mismo tiempo los beneficios de adoptar medidas armonizadas y buenas prácticas probadas.

## **V. La infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los toxicómanos: cuestión clave para el desarrollo de mejores actividades de reducción de la demanda**

50. Como se describe más arriba, hay pruebas firmes de una creciente difusión del VIH/SIDA asociada con el uso indebido de drogas en varias partes del mundo. Por consiguiente, el PNUFID ha incrementado sus actividades de programa en esa esfera. Su labor se ha guiado por tres documentos de política. En primer lugar, la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, que dispone que las actividades abarquen todas las esferas de la

reducción de la demanda, desde la persuasión para impedir el uso inicial hasta la reducción de las consecuencias sociales y sanitarias negativas del uso indebido de drogas para los individuos y la sociedad. Se reconoce que el VIH/SIDA constituye uno de los peligros potenciales más graves del uso indebido de drogas. En segundo lugar, el Subcomité de Fiscalización de Drogas del Comité Administrativo de Coordinación (CAC), en su octavo período de sesiones, celebrado en Viena el 28 y 29 de septiembre de 2000, hizo suyo un proyecto de documento de posición del sistema de las Naciones Unidas sobre la prevención de la transmisión del VIH entre los toxicómanos (ACC/2000/17, párr. 3 y anexo IV), en el que se pedía un conjunto amplio de medidas de prevención y cuidado de los toxicómanos que se inyectan para incluir información y educación sobre el VIH/SIDA, asesoramiento y exámenes voluntarios y confidenciales del VIH, diversas opciones de tratamiento, incluida la terapia de sustitución oral, el acceso a jeringas y agujas limpias, servicios de supervivencia generales y atención primaria de la salud, así como tratamiento especializado, cuando proceda. En tercer lugar, la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, que establece metas para los Estados Miembros en materia de prevención del VIH y cuidado médico, en general, y específicamente entre grupos con tasas altas o en aumento de infección con el VIH, incluidos los toxicómanos que se inyectan.

51. Las actividades del PNUFID en la esfera del VIH/SIDA son diversas. La mayoría comprende la incorporación de elementos del VIH/SIDA en la labor de reducción de la demanda del Programa. Otras actividades incluyen el apoyo al suministro de tratamiento y rehabilitación y el fácil acceso a esos servicios. De conformidad con el documento de posición del sistema de las Naciones Unidas (ACC/2000/17, anexo IV), la organización apoya la diversificación de los servicios a los toxicómanos que se inyectan, a fin de impedir la difusión del VIH entre éstos y de éstos a sus parejas sexuales que no se inyectan y a la población en general. Además, el Programa proporciona apoyo técnico en las esferas del desarrollo de políticas y leyes, el mejoramiento de la formación y la capacitación, y el desarrollo de estrategias, así como la identificación y difusión de las mejores prácticas.

52. La financiación sigue siendo una de las limitaciones principales de la labor sobre el

VIH/SIDA. El plan de trabajo y presupuesto unificados del ONUSIDA proporciona algunos fondos básicos, pero éstos siguen siendo sumamente insuficientes. La escasez de fondos ha dado lugar a una cobertura muy limitada de las actividades del PNUFID en zonas de Europa central y oriental, los Estados recientemente independizados y el Asia oriental, donde es mayor el problema del uso de drogas por inyección. Entre los problemas principales figura la necesidad de establecer una vinculación entre el VIH y el uso indebido de drogas en partes del mundo en que la inyección de drogas no es común. Además, el PNUFID cumple una función importante, mediante una intensa colaboración interinstitucional, en las deliberaciones y actividades en marcha encaminadas a determinar las mejores prácticas de prevención y cuidado del VIH/SIDA relacionado con el uso indebido de drogas.

53. Igual que en otras esferas de la reducción de la demanda, es importante también mejorar la reunión de datos relativos a la inyección de drogas y los comportamientos que dan lugar a un alto riesgo de infección con el VIH. El PNUFID ha venido celebrando conversaciones con la OMS y el ONUSIDA sobre formas de mejorar las técnicas de estimación en esta esfera y la medición de esos comportamiento. Esta labor es de carácter continuo y se realiza mediante varias iniciativas conjuntas, sobre las que se informará durante 2002.

#### Notes

<sup>1</sup> *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 1997, Suplemento No. 8 (E/1997/28/Rev.1)*, primera parte, párr. 80 a).

<sup>2</sup> R. Bless, U. Kemmesies y S. Diemel, *3rd Multi-City Study: Drug Use Trends in 42 European Cities in the 1990s* (Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2000).

<sup>3</sup> B. Hibell y colaboradores, *The 1999 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries* (Estocolmo, Modin Tryck AB, 2000).

<sup>4</sup> "Epidemiologic trends in drug abuse; volume 1: proceedings of the community epidemiology work group, highlights and executive summary", National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, junio de 2001.

<sup>5</sup> L. D. Johnston, P. M. O'Malley y J. G. Bachman, *Monitoring the Future National Survey Results on*

*Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2000*, NIH Publication No. 01-4923 (National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland, 2001).

<sup>6</sup> E. M. Adlaf y A. Ialomiteanu, *CAMH Monitor eReport: Addiction and Mental Health Indicators Among Ontario Adults, 1977-2000* (CAMH Research Doc. Series, No. 10) (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2001).

<sup>7</sup> Institut haïtien de l'enfance et l'Association pour la Prévention de l'alcoolisme et autres accoutumances chimiques, "Connaissances, attitudes et comportements des élèves de la région métropolitaine vis-à-vis de la drogue", junio-noviembre de 2000.

<sup>8</sup> C. Parry y colaboradores, *SACENDU Research Brief*, vol. 4, No. 1 (2001).

<sup>9</sup> M. L. Adelekan, "Injection drug use and associated health consequences in Lagos, Nigeria: findings from WHO phase II injection drug use study", *2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations: Third Annual Meeting Report* (Durban, Sudáfrica, 2000).

<sup>10</sup> Departamento de Estado de los Estados Unidos, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report, March 2000*, Publication 10605 (Departamento de Estado de los Estados Unidos, 2000).

<sup>11</sup> D. Rouen y colaboradores, *Changes in Heroin Availability in Sydney Australia in Early 2001*, National Drug and Alcohol Research Centre, Technical Report No. 119 (Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney, 2001).

<sup>12</sup> S. Darke, L. Topp y S. Kaye, "Findings from the Illicit Drug Reporting System", *Drug Trends Bulletin* (Sydney), diciembre de 2001.

<sup>13</sup> D. Weatherburn, C. Jones, K. Freeman y T. Makkai, "The Australian heroin drought and its implications for drug policy", *Crime and Justice Bulletin* (Sydney), 2001.

<sup>14</sup> L. Topp y colaboradores, *Australian Drug Trends 2001: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, NDARC Monografía No. 47 (Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney, 2001).

<sup>15</sup> W. Hall y colaboradores, *How many dependent opioid users are there in Australia?*, NDARC Monografía No. 44 (Universidad de Nueva Gales del Sur, Sydney, 2000).

<sup>16</sup> 2001 "Annual report on the state of the drugs problem in the European Union", standard epidemiological tables: <http://annualreport.emcdda.org>.

<sup>17</sup> Organización de los Estados Americanos, Comisión

- Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, *Evaluation of Progress in Drug Control: Hemispheric Report 1999-2000* (Washington, D.C., diciembre de 2000).
- <sup>18</sup> C. Delapenha y T. Gabor, "Nature, extent, and frequency of both licit and illicit drug use amongst the Cayman Islands population aged 15 years and older", Cayman Islands Drug and Alcohol Survey, George Town, 2000.
- <sup>19</sup> "First Stakeholders Meeting of the Drug Abuse Epidemiological and Surveillance System Project (DAESSP): meeting highlights", Trinidad, 23 a 25 de julio de 2001.
- <sup>20</sup> K-G. Douglas, *Patterns of Substance Use and Abuse among Post Primary Students in Jamaica: National Adolescent Students' Drug Survey 1997/1998* (Planning Institute of Jamaica, Kingston, 2000).
- <sup>21</sup> C. Sharp y colaboradores, *Drug Misuse Declared in 2000: Key Results from the British Crime Survey*, Home Office Research and Statistics Directorate Research Findings, No. 149 (Home Office, Londres, 2001).
- <sup>22</sup> A. Plüddemann, *Information, Needs and Resources Analysis for the Republic of Namibia* (Medical Research Council, Ciudad de Cabo, 2001).
- <sup>23</sup> C. Parry, *SENDU: the SADC Epidemiology Network on Drug Use; Report on the Consultation Meeting, 9-12 October 2000, Pretoria, Sudáfrica* (Medical Research Council, Ciudad del Cabo, 2000).
- <sup>24</sup> I. S. Obot, *Assessment of Drug Use among Secondary Students and Attitudes of Parents in Jos, Nigeria* (Lagos, 2001).
- <sup>25</sup> D. A. Pritchard y colaboradores, *The Prevalence of Tobacco, Alcohol and Drug Consumption among Swaziland High School and Secondary Institution Students* (National Council on Smoking and Drug Dependence Swaziland, Manzini, 1998).
- <sup>26</sup> J. L. Strijdom y O-H. Angell, *Substance Abuse Among Youth in Namibia: Introductory Report on the Research Project and Report on Survey Study Findings* (Universidad de Namibia, Windhoek, 1999).
- <sup>27</sup> Australian Institute of Health and Welfare, *1998 National Drug Strategy Household Survey: First Results* (Canberra, 1999).
- <sup>28</sup> Summary of Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse: <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/2kNHSDA/highlights.htm>
- <sup>29</sup> E. M. Adlaf, A. Paglia y F. J. Ivis, *Drug Use among Ontario Students, 1977-1999: Findings from the OSDUS* (CAMH Research Doc. Series No. 5) (Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2000).
- <sup>30</sup> "Fact sheet: drug use and HIV/AIDS; United Nations special session on HIV/AIDS 25-27 June 2001, New York": [http://www.unaids.org/fact\\_sheets/ungass/html/FSdruguse\\_en.htm](http://www.unaids.org/fact_sheets/ungass/html/FSdruguse_en.htm)
- <sup>31</sup> *AIDS Epidemic Update: December 2001* (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV/AIDS y Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001).
- <sup>32</sup> *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic, June 2000* (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV/AIDS, Ginebra, 2000).
- <sup>33</sup> AIDS Foundation East-West, "Press release", Moscú, 27 de noviembre de 2001.
- <sup>34</sup> *The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific: Monitoring the AIDS Pandemic* (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV/AIDS y Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Melbourne, 4 de octubre de 2001).
- <sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud, "Fact Sheet No. 164: Hepatitis C" (rev. de octubre de 2000): <http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>
- <sup>36</sup> Organización Mundial de la Salud, "Fact Sheet No. 204: Hepatitis B" (rev. de octubre de 2000): <http://www.who.int/inf-fs/en/fact204.html>

## Anexo

### Tendencias del uso indebido de drogas y presentación de informes por los países

Cuadro 1

#### Tendencias del uso indebido de heroína<sup>a</sup>

<i>Tendencias</i>	<i>Presentación de informes en 2000, por región<sup>b</sup> y país o territorio</i>
<i>Aumento del uso indebido</i>	
Total de países que presentaron informes: 27	África (4): Camerún, Namibia, Sudáfrica y Zambia América (4): Canadá, Colombia, México y Panamá
Porcentaje de informes en 2000: 60	Asia (6): Azerbaiyán, India, Jordania, Kirguistán, Sri Lanka y Uzbekistán Europa (12): Belarús, Estonia, Finlandia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa, Rumania, Suecia y Turquía Oceanía (1): Australia
<i>Nivel de uso indebido estable</i>	
Número de países que presentaron informes: 9	África (1): Zimbabwe América (2): Chile y Estados Unidos de América
Porcentaje de informes en 2000: 20	Asia (1): Brunei Darussalam Europa (5): Dinamarca, Irlanda, Liechtenstein, Países Bajos y Suiza
<i>Disminución del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 9	África (1): Nigeria Asia (6): Hong Kong (Región Administrativa Especial de China), Indonesia, Japón, Malasia, Myanmar y Singapur
Porcentaje de informes en 2000: 20	Europa (2): Portugal y España

<sup>a</sup>Número de países que presentaron informes: 45.

<sup>b</sup>El número de países que presentaron informes se indica entre paréntesis.

**Cuadro 2**  
**Tendencias del uso indebido de metanfetamina<sup>a</sup>**

<i>Tendencias</i>	<i>Presentación de informes en 2000, por región<sup>b</sup> y país o territorio</i>
<i>Aumento del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 17	África (2): Namibia, Sudáfrica
Porcentaje de informes en 2000: 85	América (5): Argentina, Canadá, Colombia, México y Perú
	Asia (5): Brunei Darussalam, Filipinas, Japón, Malasia y Singapur
	Europa (5): Belarús, Estonia, Finlandia, Irlanda y Suiza
<i>Nivel de uso indebido estable</i>	
Número de países que presentaron informes: 1	Europa (1): Portugal
Porcentaje de informes en 2000: 5	
<i>Disminución del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 2	Europa (2): República Checa y Hungría
Porcentaje de informes en 2000: 10	

<sup>a</sup>Número de países que presentaron informes: 20

<sup>b</sup>El número de países que presentaron informes se indica entre paréntesis.

**Cuadro 3**  
**Tendencias del uso indebido de anfetamina<sup>a</sup>**

<i>Tendencias</i>	<i>Presentación de informes en 2000, por región<sup>b</sup> y país o territorio</i>
<i>Aumento del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 11	África (3): Nigeria, Sudáfrica y Zimbabwe
Porcentaje de informes en 2000: 58	América (2): Chile y Colombia
	Asia (2): Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) y la India
	Europa (4): Belarús, Estonia, Finlandia y Suecia
<i>Nivel de uso indebido estable</i>	
Número de países que presentaron informes: 6	África (1): Namibia
Porcentaje de informes en 2000: 32	América (3): Argentina, Canadá y El Salvador
	Europa (2): Liechtenstein y Suiza
<i>Disminución del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 2	Europa (2): Hungría y República Checa
Porcentaje de informes en 2000: 11	

<sup>a</sup>Número de países que presentaron informes: 19.

<sup>b</sup>El número de países que presentaron informes se indica entre paréntesis.

**Cuadro 4**  
**Tendencias del uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico<sup>a</sup>**

<i>Tendencias</i>	<i>Presentación de informes en 2000, por región<sup>b</sup> y país o territorio</i>
<i>Aumento del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 19	África (3): Camerún, Namibia y Sudáfrica América (2): Canadá y México
Porcentaje de informes en 2000: 66	Asia (4): Hong Kong (Región Administrativa Especial de China), Indonesia, Macao (Región Administrativa Especial de China) y Myanmar Europa (8): Belarús, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Islandia, Lituania, Polonia y República de Moldova Oceania (2): Australia y Nueva Zelanda
<i>Nivel de uso indebido estable</i>	
Número de países que presentaron informes: 8	América (2): Argentina y Estados Unidos de América Europa (6): Alemania, Grecia, Letonia, Países Bajos, República Checa y España
Porcentaje de informes en 2000: 28	
<i>Disminución del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 2	Asia (1): Filipinas Europa (1): Hungría
Porcentaje de informes en 2000: 7	

<sup>a</sup>Número de países que presentaron informes: 29.

<sup>b</sup>El número de países que presentaron informes se indica entre paréntesis.

**Cuadro 5**  
**Tendencias del uso indebido de cocaína<sup>a</sup>**

<i>Tendencias</i>	<i>Presentación de informes en 2000, por región<sup>b</sup> y país o territorio</i>
<i>Aumento del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 15	África (3): Namibia, Nigeria y Sudáfrica América (5): Chile, Colombia, El Salvador, México y Perú
Porcentaje de informes en 2000: 60	Asia (2): Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) y la India Europa (5): Belarús, Hungría, Irlanda, Portugal y España
<i>Nivel de uso indebido estable</i>	
Número de países que presentaron informes: 7	África (1): Zimbabwe América (3): Argentina, Costa Rica y Panamá
Porcentaje de informes en 2000: 28	Europa (3): Liechtenstein, República Checa y Suiza
<i>Disminución del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 3	América (1): Bahamas Asia (2): Japón y el Líbano
Porcentaje de informes en 2000: 12	

<sup>a</sup>Número de países que presentaron informes: 25.

<sup>b</sup>El número de países que presentaron informes se indica entre paréntesis.

**Cuadro 6**  
**Tendencias del uso indebido de cannabis<sup>a</sup>**

<i>Tendencias</i>	<i>Presentación de informes en 2000, por región<sup>b</sup> y país o territorio</i>
<i>Aumento del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 38	África (5): Camerún, Namibia, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe
Porcentaje de informes en 2000: 75	América (8): Argentina, Bahamas, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y Perú Asia (5): Azerbaiyán, Japón, Malasia, Myanmar y Sri Lanka Europa (18): Alemania, Belarús, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Hungría, Islandia, Irlanda, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Polonia, Portugal, República Checa, República de Moldova, Rumania, Suiza y Turquía Oceanía (2): Australia y Nueva Zelanda
<i>Nivel de uso indebido estable</i>	
Número de países que presentaron informes: 9	América (2): El Salvador y Estados Unidos de América Asia (3): Brunei Darussalam, Indonesia y Uzbekistán
Porcentaje de informes en 2000: 17	Europa (4): España, Grecia, Países Bajos y Suecia
<i>Disminución del uso indebido</i>	
Número de países que presentaron informes: 4	Asia (4): Filipinas, India, Kirguistán y Singapur
Porcentaje de informes en 2000: 8	

<sup>a</sup>Número de países que presentaron informes: 51.

<sup>b</sup>El número de países que presentaron informes se indica entre paréntesis.