PREFACIO

Los mercados de las drogas están creciendo y diversificándose como nunca antes y la variedad de las sustancias que pueden adquirirse en ellos es cada vez más mayor. Las conclusiones del *Informe Mundial sobre las Drogas* de este año dejan en claro que la comunidad internacional debe intensificar sus respuestas para hacer frente a estos desafíos.

Nos encontramos posiblemente ante una expansión de los mercados de drogas impulsada por la oferta: la producción de opio y la fabricación de cocaína están en los niveles más altos jamás registrados; los mercados de la cocaína y la metanfetamina se están extendiendo a nuevas regiones, más allá de las habituales, y el tráfico de drogas en línea a través de la red oscura, aunque aún representa solo una fracción del tráfico total de drogas, sigue creciendo con rapidez, a pesar del éxito que ha supuesto el cierre de algunas grandes plataformas comerciales.

El consumo con fines no médicos de fármacos sujetos a prescripción médica ha alcanzado dimensiones epidémicas en algunas partes del mundo. La crisis de los opioides de América del Norte está recibiendo la atención que merece, y la comunidad internacional ha comenzado a actuar. En marzo de 2018, la Comisión de Estupefacientes decidió someter a fiscalización internacional seis análogos del fentanilo, entre ellos el carfentanilo, que contribuyen a las muertes causadas por las drogas. Esta medida se basó en la decisión adoptada por la Comisión en su 60o período de sesiones, en 2017, de someter a fiscalización internacional dos precursores utilizados en la fabricación del fentanilo y un análogo.

Sin embargo, como se pone de manifiesto en el presente *Informe Mundial sobre las Drogas*, los problemas van mucho más allá de lo que aparece en las noticias. Tenemos que dar la alarma sobre la adicción al tramadol, cuyas tasas de consumo se han disparado en algunas zonas de África. El uso no médico de este analgésico opioide, que no está sometido a fiscalización internacional, se está extendiendo también en Asia. El impacto en las poblaciones vulnerables es motivo de grave preocupación y exige nuevos esfuerzos a los ya sobrecargados sistemas de atención sanitaria.

Al mismo tiempo, el ritmo al que se sintetizan las nuevas sustancias psicoactivas y la facilidad con que se consiguen no tienen precedentes, y los informes sobre los daños y las muertes causados por esas sustancias van en aumento.

El tratamiento de la drogodependencia y los servicios de salud siguen siendo insuficientes: la proporción de las personas con trastornos por consumo de drogas que reciben tratamiento –solo una de cada seis– no ha aumentado. En 2015 fallecieron unas 450.000 personas como consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 fueron consecuencia directa de trastornos por consumo de drogas, principalmente de opioides.

Estas amenazas a la salud y el bienestar, así como a la seguridad y el desarrollo sostenible, exigen una respuesta urgente.

El documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016 contiene más de 100 recomendaciones referentes a la promoción de medidas de prevención, de asistencia y de otra índole basadas en datos científicos para hacer frente tanto a la oferta como a la demanda.

Tenemos que poner más empeño en promover ese consenso, aumentar el apoyo a los países que más lo necesitan y mejorar la cooperación internacional y la capacidad de las fuerzas del orden para desmantelar los grupos delictivos organizados y poner freno al tráfico de drogas.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sigue colaborando estrechamente con sus asociados de las Naciones Unidas para ayudar a los países a aplicar las recomendaciones formuladas en el documento final del período extraordinario de sesiones, en consonancia con los tratados de fiscalización internacional de drogas, los instrumentos de derechos humanos y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En estrecha cooperación con la Organización Mundial de la Salud, estamos apoyando la aplicación de las

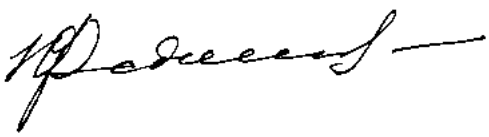
Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas y las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, así como las directrices sobre el tratamiento y la atención de las personas con trastornos por consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal.

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* pone de relieve la importancia de que las políticas en materia de drogas tengan en cuenta el género y la edad y examina las necesidades y los problemas particulares de las mujeres y los jóvenes. También analiza el aumento del consumo de drogas entre las personas de más edad, fenómeno que requiere un tratamiento y una atención específicos.

La UNODC trabaja asimismo sobre el terreno para promover enfoques amplios y equilibrados. La Oficina ha reforzado el apoyo integrado que presta al Afganistán y a las regiones vecinas para hacer frente a los niveles sin precedentes de la producción de opiáceos y a los riesgos de seguridad conexos. Estamos apoyando al Gobierno de Colombia y el proceso de paz con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) mediante iniciativas de desarrollo alternativo destinadas a proporcionar medios de vida lícitos que prescindan de los cultivos de coca.

Además, nuestra Oficina sigue apoyando los esfuerzos por mejorar la disponibilidad de las sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos, evitando al mismo tiempo su uso indebido y su desviación, lo cual constituye una tarea de importancia vital para ayudar a los países de África y de otras regiones a hacer frente a la crisis del tramadol.

El próximo año, la Comisión de Estupefacientes organizará una serie de sesiones ministeriales de alto nivel para evaluar el logro de los objetivos fijados para 2019 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 Drogas, de 2009. Los preparativos ya están en curso. Insto a la comunidad internacional a que aproveche esta oportunidad para reforzar la cooperación y acordar soluciones eficaces.



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

ÍNDICE

FASCÍCULO 1 RESUMEN — CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS

FASCÍCULO 2 PANORAMA MUNDIAL DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE DROGAS
Tendencias más recientes, cuestiones intersectoriales

PREFACIO 1
NOTAS EXPLICATIVAS 5
CONCLUSIONES PRINCIPALES 6
INTRODUCCIÓN 9

A. MAGNITUD DEL CONSUMO DE DROGAS 11
Más de 250 millones de personas consumen drogas en todo el mundo 11
Las tendencias del tratamiento de la drogodependencia son acordes con los cambios en los hábitos de consumo de drogas en las diferentes regiones 13

B. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD 15
A nivel mundial, casi 11 millones de personas se inyectaron drogas en 2016 15
Una de cada ocho personas que se inyectan drogas vive con el VIH 17
La inyección de drogas es una importante vía de transmisión del virus de la hepatitis C 17
La cobertura de las intervenciones fundamentales para prevenir la propagación del VIH y del virus de la hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo baja e insuficiente 21
La cifra mundial de las muertes atribuibles al consumo de drogas se mantiene alta 25

C. MAGNITUD DE LA OFERTA DE DROGAS 28
Cultivo y producción de drogas 28
Incautaciones de drogas 30
El tráfico de drogas en la red oscura es un reto cada vez mayor para las autoridades 35

GLOSARIO 59
AGRUPACIONES REGIONALES 60

FASCÍCULO 3 ANÁLISIS DE LOS MERCADOS DE DROGAS
Opioides, cocaína, cannabis, drogas sintéticas

FASCÍCULO 4 LAS DROGAS Y LA EDAD
Drogas y problemas conexos entre los jóvenes y las personas de más edad

FASCÍCULO 5 LAS MUJERES Y LAS DROGAS
Consumo y oferta de drogas y sus consecuencias

Agradecimientos

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* fue elaborado por la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, bajo la supervisión de Jean-Luc Lemahieu, Director de la División, y Angela Me, Jefa de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias.

Coordinación y supervisión del contenido en general
Chloé Carpentier
Angela Me

Análisis y redacción
Philip Davis
Kamran Niaz
Thomas Pietschmann

Gestión de datos y producción de estimaciones
Enrico Bisogno
Coen Bussink
Jesus Maria Garcia Calleja (WHO)
Hernan Epstein
Riku Lehtovuori
Andrea Oterová
Umidjon Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin
Keith Sabin (UNAIDS)
Antoine Vella

Edición
Jonathan Gibbons

Diseño gráfico y maquetación
Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttnig

Coordinación
Francesca Massanello

Apoyo de datos
Diana Camerini
Chung Kai Chan
Sarika Dewan
Smriti Ganapathi

Apoyo administrativo
Anja Held
Iulia Lazar

Revisión y comentarios

La elaboración del *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* ha sido posible gracias a los conocimientos especializados y las valiosas aportaciones de colegas de todas las divisiones de la UNODC.

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

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Letizia Paoli
Charles Parry
Peter Reuter
Francisco Thoumi
Alison Ritter

In memoriam
Brice de Ruyver

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

NOTAS EXPLICATIVAS

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

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

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

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

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

Todo uso de la palabra "droga" en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se refiere a una sustancia sometidas a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas.

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

Los datos demográficos que figuran en el *Informe Mundial sobre las Drogas* 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 2017 Revision.*

Salvo indicación en contrario, el término "dólares" se refiere a dólares de los Estados Unidos. Salvo indicación en contrario, el término "toneladas" se refiere a toneladas métricas.

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

EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
Europol	Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial
GHB	ácido *gamma*-hidroxibutírico
LSD	dietilamida del ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilendioximetanfetamina
NSP	nuevas sustancias psicoactivas
LSD	lysergic acid diethylamide
NPS	new psychoactive substances
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PID	personas que se inyectan drogas
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VHB	virus de la hepatitis B
VHC	virus de la hepatitis C
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

CONCLUSIONES PRINCIPALES

El consumo de drogas está asociado a importantes consecuencias negativas para la salud

A nivel mundial, unos 275 millones de personas, aproximadamente el 5,6 % de la población de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumieron drogas en al menos una ocasión en 2016. Alrededor de 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese uso es nocivo hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento. Los opioides siguen siendo las drogas que más daños causan y fueron responsables del 76 % de las muertes relacionadas con trastornos por consumo de drogas. Las personas que se inyectan drogas —unos 10,6 millones en todo el mundo en 2016— son las que afrontan los mayores riesgos para la salud. Más de la mitad vive con la hepatitis C, y una de cada ocho, con el VIH.

El número de muertes relacionadas con el consumo de drogas sigue siendo alto

Según la OMS, en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis). El resto fueron muertes atribuibles indirectamente al consumo de drogas, como las relacionadas con el VIH y el virus de la hepatitis C contraídos como resultado de prácticas de inyección inseguras.

Las muertes por sobredosis de fármacos opioides consumidos con fines no médicos han alcanzado dimensiones de epidemia en América del Norte

En 2015 y 2016, por primera vez en medio siglo, la esperanza de vida en los Estados Unidos de América se redujo dos años seguidos. Un factor clave fue el aumento de los traumatismos no deliberados, entre los que figuran las muertes por sobredosis.

En 2016 murieron 63.632 personas por sobredosis de drogas en los Estados Unidos, que es la cifra más alta de que se tiene constancia y que supuso un aumento del 21 % con respecto al año anterior. Esto obedeció mayormente al aumento de las muertes asociadas a los fármacos opioides, incluidos el fentanilo y sus análogos. Ese grupo de opioides, entre los que no se cuenta la metadona, estuvo implicado en 19.413 muertes en ese país, más del doble que en 2015. Los datos indican que el Canadá también se ha visto afectado; en 2016 se produjeron en ese país numerosas muertes por sobredosis relacionadas con el fentanilo y sus análogos.

Fuera de América del Norte, con la excepción de Estonia, el impacto del fentanilo y sus análogos es relativamente bajo.

Muchos países todavía no ofrecen ni tratamientos de la drogodependencia ni servicios de salud adecuados para reducir los daños causados por las drogas

Una de cada seis personas con trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento por esos trastornos en 2016, lo que representa una proporción relativamente baja, que no ha variado en los últimos años.

Las personas que se inyectan drogas sufren algunas de las consecuencias más adversas para la salud del consumo de drogas. Un examen global de los servicios destinados a reducir las consecuencias perjudiciales para la salud en las personas que se inyectan drogas ha indicado que solo 79 países ofrecen programas de distribución de agujas y jeringuillas y servicios de tratamiento de sustitución con opioides. El nivel de cobertura de ambos tipos de intervención se clasificó como alto en tan solo cuatro de esos países.

La información sobre la disponibilidad de programas de detección del VIH y orientación y de terapia antirretroviral sigue siendo escasa: solo 34 países pudieron confirmar la disponibilidad de programas de detección del VIH para las personas que se inyectan drogas, y 17 confirmaron que carecían de esos programas; 162 países no facilitaron información sobre la disponibilidad de la terapia antirretroviral.

Ser testigo de casos de sobredosis y sufrir personalmente una sobredosis no mortal es una experiencia común

Ser testigo de casos de sobredosis es una experiencia común entre quienes consumen heroína o cocaína o entre quienes se inyectan drogas. Esto significa que estas personas pueden intervenir e influir en el desenlace de la situación (por ejemplo, mediante la administración de naloxona en el caso de una sobredosis de opioides), evitando que la sobredosis sea letal.

Muchas personas que consumen heroína o cocaína, o ambas, y que se inyectan drogas señalan también que han sufrido personalmente una sobredosis no mortal. Las sobredosis no mortales pueden dejar importantes secuelas en los consumidores de drogas, y se ha demostrado que están asociadas a sobredosis letales ulteriores, con un riesgo de muerte que aumenta en función del número de sobredosis no mortales experimentadas anteriormente.

Los reclusos están más expuestos a contraer enfermedades infecciosas, pero no reciben la atención que necesitan

Las personas que viven en cárceles y en otros lugares de reclusión están expuestas a un riesgo mucho mayor de contraer enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el VIH y la hepatitis C que el resto de la población, pero a menudo carecen de acceso a programas de tratamiento y prevención. Aun si existen esos programas, estos no tienen necesariamente la misma calidad que los que se ofrecen en la comunidad. La falta de acceso a medidas de prevención en muchas cárceles puede dar lugar a la rápida propagación del VIH y de otras infecciones.

Las personas que consumen heroína están expuestas a un grave riesgo de muerte por sobredosis tras su puesta en libertad, especialmente en las primeras dos semanas. Esas muertes están relacionadas con la disminución de la tolerancia a los efectos del consumo de heroína tras varios períodos de relativa abstinencia, como el del encarcelamiento. No obstante, los reclusos que salen de prisión raramente tienen acceso ni a intervenciones de gestión de las sobredosis, en que se emplean medicamentos preventivos como la naloxona, ni a tratamientos de la drogodependencia, como la terapia con metadona.

El cultivo de adormidera en el Afganistán elevó la producción de opio a cifras récord

Entre 2016 y 2017, la producción total mundial de opio creció nada menos que un 65 %, alcanzando las 10.500 toneladas, sin duda la estimación más alta registrada por la UNODC desde que comenzó a vigilar la producción mundial de opio a comienzos del siglo XXI. La superficie total dedicada al cultivo de adormidera en el mundo aumentó a casi 420.000 hectáreas en 2017. Más del 75 % de esa superficie se encuentra en el Afganistán.

Las incautaciones totales de opiáceos aumentaron en casi un 50 % de 2015 a 2016. La cantidad de heroína incautada en el mundo alcanzó la cifra récord de 91 toneladas en 2016. El grueso de la incautación de opiáceos tuvo lugar cerca de los centros de fabricación del Afganistán

Se ha observado un aumento notable de la fabricación de cocaína

La fabricación mundial de cocaína en 2016 se estimó en 1.410 toneladas, cifra más alta jamás registrada. Tras haber experimentado una disminución en el período 2005-2013, la fabricación mundial de cocaína aumentó en un 56 % en el período 2013-2016. El aumento de 2015 a 2016 fue del 25 %. La superficie total dedicada al cultivo de coca en el mundo en 2016 se cifró en 213.000 hectáreas, y casi el 69 % de ellas se encontraban en Colombia

El cannabis sigue dominando las incautaciones mundiales, pero se han notificado fuertes aumentos de otras drogas

Pese a una disminución en 2016, el cannabis sigue siendo la droga que se incauta en mayores cantidades en todo el mundo, seguida de las sustancias relacionadas con la coca/cocaína y de los opioides. El nivel de las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico y de cocaína alcanzó cifras sin precedentes en 2016. Los aumentos más pronunciados de las cantidades de drogas interceptadas en el mundo en 2016 correspondieron a las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) de origen vegetal, cuyas incautaciones, principalmente de kratom, se multiplicaron por siete. En cambio, la incautación mundial de NSP sintéticas se redujo en más de un 50 % en 2016, debido sobre todo a la disminución de las cantidades de fenetilaminas y cannabinoides sintéticos incautadas.

El efecto de la campaña de represión contra los traficantes de la red oscura aún no está claro

En julio de 2017, las fuerzas policiales de varios países llevaron a cabo una operación conjunta para desmantelar la mayor plataforma de venta de drogas en la red oscura, la parte de la “internet profunda” que contiene información a la que solo se puede acceder mediante

navegadores especiales. Antes de su cierre, AlphaBay contenía más de 250.000 anuncios de drogas y sustancias químicas ilegales. A lo largo de su existencia había tenido más de 200.000 usuarios y 40.000 vendedores. Las autoridades también consiguieron desmantelar la plataforma comercial Hansa, descrita como el tercer mayor mercado ilegal de la web oscura.

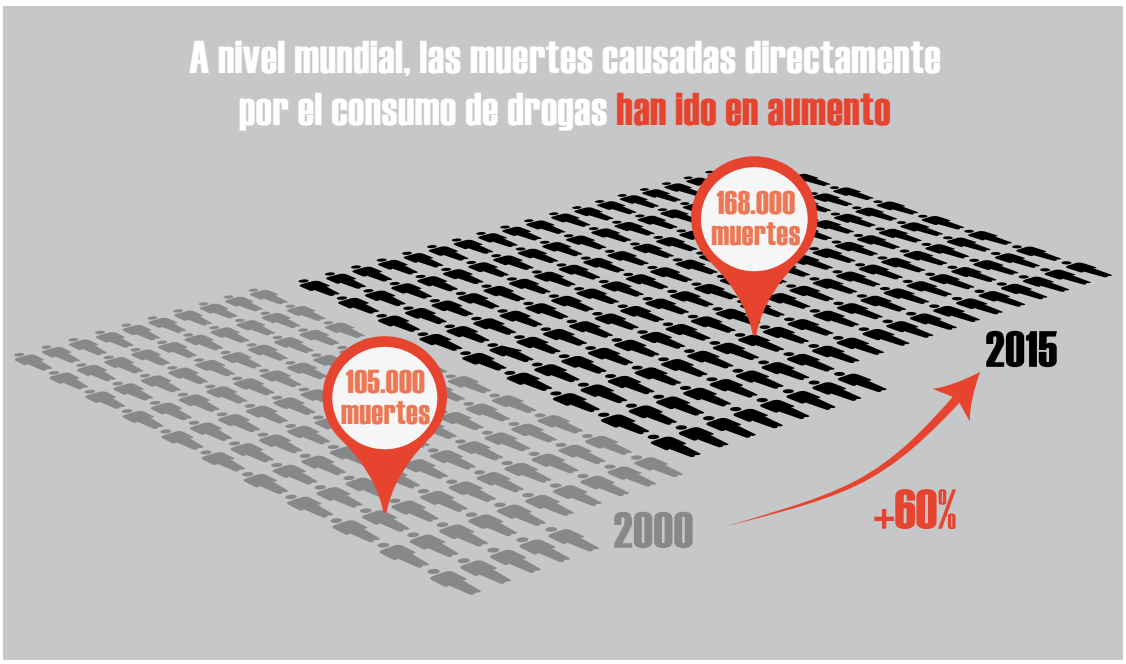
Aún no está claro cuál será el efecto del cierre de esas plataformas. En una encuesta en línea realizada en enero de 2018, el 15 % de quienes habían comprado drogas en sitios de la web oscura señalaron que habían recurrido a esos mercados con menos frecuencia después de los cierres, y el 9 % dijo que había dejado de hacerlo. No obstante, más de la mitad declararon que no se consideraban afectados por los cierres.

Si bien la escala del tráfico de drogas en la red oscura sigue siendo pequeña, hay indicios de que está creciendo rápidamente. Las autoridades europeas han calculado que el valor de las ventas de drogas en la red oscura entre el 22 de noviembre de 2011 y el 16 de febrero de 2015 ascendió a unos 44 millones de dólares anuales. Sin embargo, según un estudio posterior, a principios de 2016 el valor de las ventas de drogas en la red oscura se situaba entre 14 millones y 25 millones de dólares mensuales, lo que en cifras anuales equivaldría a entre 170 millones y 300 millones de dólares.

INTRODUCCIÓN

El presente fascículo constituye la segunda parte del *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*. Ofrece un panorama mundial de las estimaciones y tendencias más recientes del consumo y la oferta de drogas, así como de varias cuestiones intersectoriales relacionadas con el problema mundial de las drogas. Esas cuestiones comprenden los efectos del consumo de drogas en la salud, incluidas las tendencias relativas a los trastornos por consumo de drogas, el consumo problemático de drogas, según se refleja en la demanda de tratamiento, y las estimaciones del número de personas que se inyectan drogas y de las que viven con el VIH y la hepatitis.

En el presente fascículo se examina asimismo el alcance mundial de las muertes atribuibles al consumo de drogas, que se ilustra con las tendencias recientes en las sobredosis letales en algunos países. También se presenta información sobre la experiencia de ser testigo de una sobredosis o de sufrir personalmente una sobredosis no mortal. Además, se analizan la disponibilidad y los niveles de cobertura de las intervenciones fundamentales (especialmente de los programas de suministro de agujas y jeringuillas y el tratamiento de sustitución con opioides) para ayudar a prevenir la propagación del VIH y del virus de la hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas. Por último, este fascículo ofrece un panorama mundial de las estimaciones y tendencias más recientes del cultivo, la producción y el tráfico de drogas ilícitas, incluida la venta por Internet, a través de la red oscura.



Fuente: Análisis de la UNODC basado en: OMS, Disease burden and mortality estimates, Global Health Estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015.

A. MAGNITUD DEL CONSUMO DE DROGAS

Más de 250 millones de personas consumen drogas en todo el mundo

Se estima que en 2016, a nivel mundial, unos 275 millones de personas (margen de variación: 204 millones a 346 millones) habían consumido drogas al menos una vez en el último año. Esta cifra representaba el 5,6 % (margen de variación: 4,2 % a 7,1 %) de la población mundial de 15 a 64 años de edad, o sea aproximadamente 1 de cada 18 personas. En cifras absolutas, el número de consumidores de drogas aumentó en 20 millones entre 2015 y 2016. Este cambio fue consecuencia de un incremento del número mundial de consumidores de cannabis y, en menor medida, de modificaciones de la metodología utilizada para obtener esa estimación[1]. Sin embargo, dados los amplios intervalos de incertidumbre de las estimaciones, debe procederse con cautela al interpretar las tendencias.

Alrededor de 31 millones de personas sufren trastornos por consumo de drogas en todo el mundo

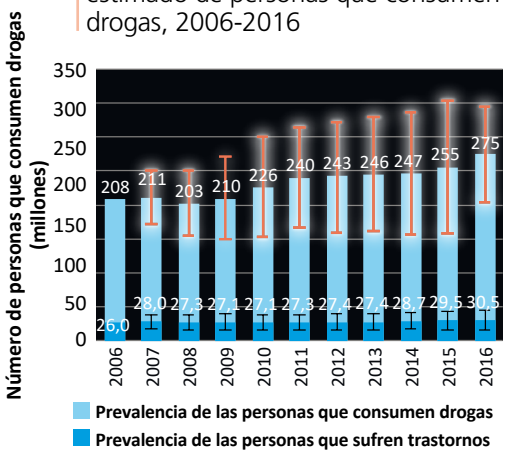
Un dato preocupante es que aproximadamente una de cada nueve personas que consumen drogas (el 11 %) padece trastornos por ese motivo, lo que significa que su uso de las drogas es nocivo hasta el punto de que puede tener una drogodependencia y necesitar tratamiento. En 2016 esto representó una cifra mundial estimada en 30,5 millones de personas (margen de variación: 16,7 millones a 44,4 millones) o una proporción del 0,62 % (margen de variación: 0,34 % a 0,91 %) de la población mundial de 15 a 64 años. El aumento en 1 millón de personas con respecto a 2015 refleja principalmente un crecimiento mundial del número de consumidores de opiáceos, así como un aumento del número de consumidores de cocaína.

Hay indicios de un aumento del consumo de cannabis en algunas subregiones

El cannabis siguió siendo, con mucho, la droga más consumida en el mundo en 2016, con 192,2 millones de personas que la habían usado en el último año, correspondientes al 3,9 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad. Las tasas de prevalencia anual del consumo de cannabis se mantienen altas en África

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

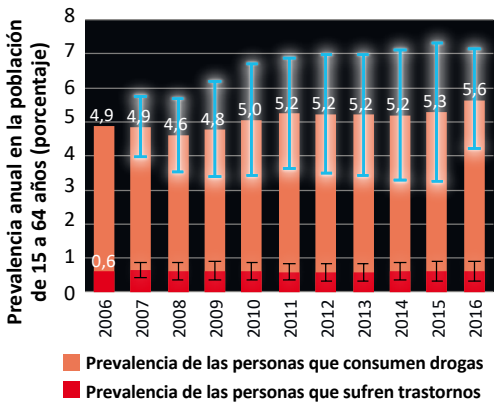
FIG. 1 Tendencias mundiales del número estimado de personas que consumen drogas, 2006-2016



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

Nota: Las estimaciones se refieren a los adultos (de 15 a 64 años de edad) que consumieron drogas en el último año.

FIG. 2 Global trends in the estimated annual prevalence of drug use and people with drug use problems, 2006–2016



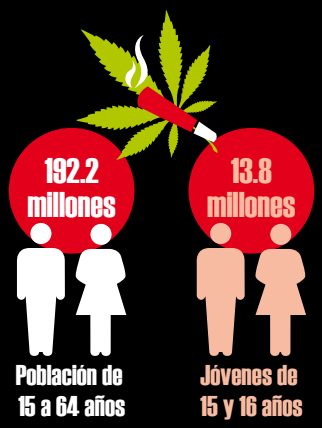
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: Las estimaciones se refieren a los adultos (de 15 a 64 años de edad) que consumieron drogas en el último año.

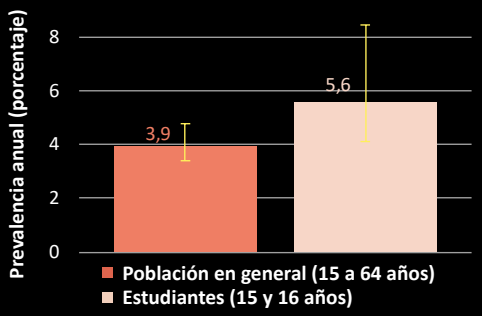
Occidental y central (13,2 %), América del Norte (12,9 %) y Oceanía (11,0 %). Los expertos de muchos países de África y Asia comunicaron que se apreciaba un aumento del consumo de cannabis, pero en la mayoría de los países de esas dos regiones faltan encuestas nacionales que aporten información sobre la magnitud del consumo de drogas, y se necesitan más datos objetivos. El consumo de cannabis sigue aumentando asimismo en América del Norte, y muchos países de América Latina también informan de un aumento de su uso.

Consumo de cannabis entre los jóvenes

En la mayoría de los países, el cannabis es la droga que más se consume, tanto entre la población en general como entre los jóvenes. Una estimación mundial, elaborada por primera vez por la UNODC sobre la base de los datos disponibles de 130 países, indica que en 2016 13,8 millones de jóvenes (en su mayor parte estudiantes) de 15 y 16 años habían consumido cannabis al menos una vez en los últimos 12 meses, lo que representa el 5,6 % de la población de ese grupo de edad. El consumo anual de cannabis era ligeramente superior entre las personas de 15 y 16 años que entre toda la población de 15 a 64 años de edad (3,9 % en 2016). Sin embargo, esta información debe tomarse con cautela, porque los márgenes de error de estas dos estimaciones se traslapan.



Prevalencia anual mundial del consumo de cannabis en la población en general, de 15 a 64 años, y entre los estudiantes de 15 y 16 años, 2016



Fuentes: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otros informes de los Gobiernos..

Nota: La estimación del consumo de cannabis en el último año entre los jóvenes de 15 y 16 años se basa en encuestas escolares en la mayoría de los países, de ahí que se utilice el término 'estudiantes'.

En Europa Occidental y Central el consumo de cannabis sigue siendo elevado, con una estabilización en los países de alta prevalencia, mientras que varios otros países que históricamente habían tenido una prevalencia baja del consumo de cannabis están ahora informando de un aumento.

En la mayoría de los países, el cannabis es la droga que más se consume, tanto entre la población en general como entre los jóvenes. Una estimación mundial, elaborada por primera vez por la UNODC sobre la base de los datos disponibles de 130 países, indica que en 2016 13,8 millones de jóvenes (en su mayor parte estudiantes) de 15 y 16 años habían consumido cannabis al menos una vez en los últimos 12 meses, lo que representa el 5,6 % de la población de ese grupo de edad. El consumo anual de cannabis era ligeramente superior entre las personas de 15 y 16 años que entre toda la población de 15 a 64 años de edad (3,9 % en 2016). Sin embargo, esta información debe tomarse con cautela, porque los márgenes de error de estas dos estimaciones se traslapan.

Los opioides son responsables de la mayor parte de los efectos negativos del consumo de drogas en la salud

Aunque el cannabis es la droga que más se consume en el mundo, los opioides son los causantes de la mayoría de los efectos negativos del consumo de drogas en la salud. Por ejemplo, en 2015 fueron responsables del 76 % de las muertes por trastornos por consumo de drogas[2]. Se estima que en 2016 había en el mundo 34,3 millones de personas que habían usado opioides en el último año (personas que habían consumido opiáceos o que habían usado opioides de venta con receta con fines no médicos), lo que representaba el 0,7 % de la población mundial de entre 15 y 64 años. La prevalencia anual del consumo de opioides en la población de 15 a 64 años era elevada en América del Norte (4,2 %) y en Oceanía (2,2 %). De los usuarios de opioides, 19,4 millones, o el 0,4 % de la población de 15 a 64 años, habían consumido opiáceos (heroína y opio) en el último año; las tasas de prevalencia anual del consumo de opiáceos eran altas en Asia Central y Transcaucasia (0,9 %), Europa Oriental y Sudoriental (0,7 %) y América del Norte (0,8 %).

El uso indebido de fármacos opioides suscita cada vez más preocupación

Muchos países de África (especialmente de África Occidental y Septentrional) y algunos del Cercano Oriente y el Oriente Medio informan del uso indebido de fármacos opioides como el tramadol. Esto se refleja en el número de personas que están en tratamiento por problemas relacionados con el tramadol y en el

2 OMS, Disease burden and mortality estimates, Global Health Estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Puede consultarse en www.who.int/.

número de muertes por sobredosis de tramadol comunicado por algunos países. El alto nivel de uso indebido de fármacos opioides sigue siendo un motivo de preocupación importante en América del Norte, donde se ha registrado un resurgimiento del consumo de heroína en los últimos cuatro años, particularmente en los Estados Unidos de América. Unida al consumo de fentanilo y sus análogos, la epidemia interconexa de uso de opioides de venta con receta y de heroína ha hecho estragos, especialmente por el alto número de sobredosis letales que se han asociado al uso de estas sustancias. También hay indicios cada vez más elocuentes del uso indebido de fármacos opioides en Europa Occidental y Central, a juzgar, por ejemplo, por la creciente proporción de personas que ingresan en los servicios de tratamiento a causa del uso no médico de esos fármacos en la subregión. Aunque en niveles más bajos que los de América del Norte, Europa Occidental y Central también ha comunicado muertes por sobredosis relacionadas con el fentanilo y sus análogos.

Las anfetaminas son una de las amenazas más preocupantes del consumo de drogas en Asia Oriental y Sudoriental

En 2016, según las estimaciones a nivel mundial, 34,2 millones de personas, el 0,7 % de la población de 15 a 64 años, habían consumido anfetaminas en el último año. La prevalencia anual más alta del consumo de anfetaminas entre la población de 15 a 64 años se registró en América del Norte (2,0 %), seguida de Oceanía (1,3 %). No es posible obtener una estimación específica del consumo de anfetaminas en Asia Oriental y Sudoriental, debido a la falta crónica de datos en la subregión, pero muchos países de esa subregión consideran que el uso de metanfetamina es una de las amenazas más preocupantes del consumo de drogas. También inquieta que un número cada vez mayor de países estén informando del uso de metanfetamina, especialmente entre los consumidores de opioides de Asia Occidental. El éxtasis es utilizado por el 0,4 % de la población mundial de 15 a 64 años, pero su propagación a la mayoría de las regiones ha sido impresionante en los últimos años, en que también ha aumentado el uso en Europa Occidental y Central, así como en América Latina.

Hay indicaciones que apuntan a un aumento del consumo de cocaína en América

El consumo de cocaína se sigue concentrando en América del Norte y América del Sur, donde las personas que consumieron cocaína en el último año representan, respectivamente, el 1,9 % y el 0,95 % de la población de 15 a 64 años, y en Oceanía (1,7 %) y Europa Occidental y Central (1,2 %). A nivel mundial, se estima que en 2016 consumieron cocaína 18,2 millones de personas, el 0,4 % de la población de 15 a 64 años de edad. Hay indicaciones de un aumento del consumo de cocaína en muchos países de América del Norte y del Sur. Además, el uso de pasta base de cocaína, que antes se limitaba a los países que la fabricaban, se ha extendido a muchos países de América del Sur.

El uso de benzodiazepinas con fines no médicos combinado con el de opioides de venta con receta es un problema cada vez mayor

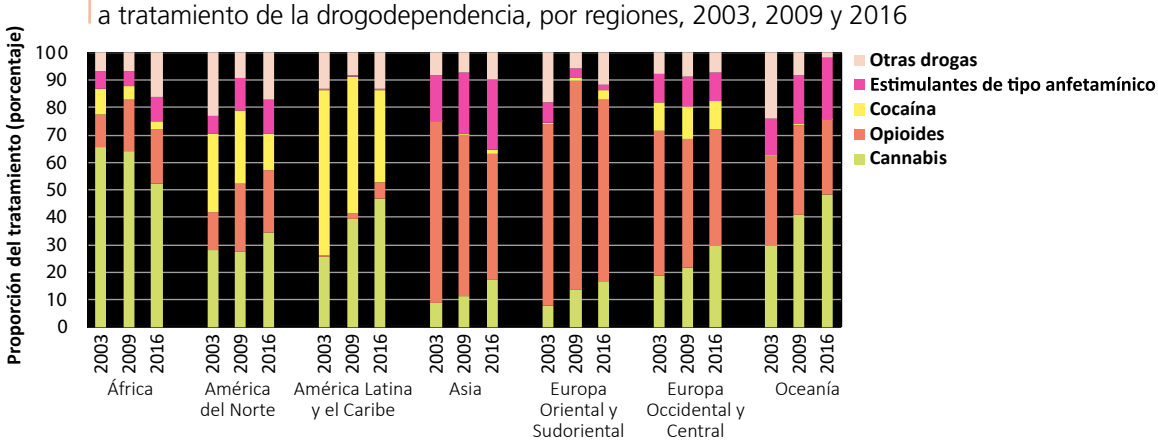
Aunque no se dispone de estimaciones mundiales del uso no médico de fármacos de venta con receta, ese uso indebido sigue estando bastante difundido, especialmente entre las personas que practican el policonsumo de drogas. El uso no médico de fármacos sujetos a prescripción médica, como las benzodiazepinas y los estimulantes de venta con receta, en combinación con opioides de venta con receta se considera un problema cada vez mayor en muchos países. De los usos indebidos de fármacos sujetos a prescripción médica, el de las benzodiazepinas sigue siendo el más común: aproximadamente 60 países[3] han clasificado las benzodiazepinas entre las tres sustancias que con más frecuencia se usan en forma indebida, y en algunos países las tasas de prevalencia de ese uso son más altas que las de muchas otras sustancias. Las benzodiazepinas figuran con frecuencia en los informes sobre casos de sobredosis letales causadas por opioides.

Las tendencias del tratamiento de la drogodependencia son acordes con los cambios en los hábitos de consumo de drogas en las diferentes regiones

A nivel mundial, el grado en que las personas que necesitan tratamiento por drogodependencia reciben efectivamente ese tratamiento sigue siendo limitado. En 2016, como en los años anteriores, se estima que recibieron tratamiento una de cada seis personas que sufrían trastornos por consumo de drogas. A pesar de las limitaciones, la información sobre las personas en tratamiento por drogodependencia puede proporcionar

3 Sobre la base de las respuestas al cuestionario para los informes anuales enviadas por los Estados Miembros en 2015 y 2016.

FIG. 3 Tendencias de la proporción representada por las drogas primarias en las admisiones a tratamiento de la drogodependencia, por regiones, 2003, 2009 y 2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

indicaciones útiles sobre las tendencias y las variaciones geográficas en los trastornos por consumo de drogas. Sin embargo, esta información debería interpretarse con cautela, porque los números de personas tratadas no reflejan solo la demanda de tratamiento (el número de personas que buscan ayuda) sino también la medida en que está disponible ese tratamiento (que depende de la voluntad de los Gobiernos de financiar los servicios de tratamiento).

La mayoría de las personas en tratamiento por drogodependencia en África, América y Oceanía son tratadas por el consumo de cannabis. En todas las regiones, excepto África, está aumentando la proporción de los tratamientos por drogodependencia que se relaciona con el consumo de cannabis. Aunque el cannabis ha sido sin excepción la droga de consumo más común entre las personas tratadas por drogodependencia en África, el tratamiento de trastornos por consumo de opioides está aumentando en esta región. Esta tendencia podría ser una indicación de que el constante tráfico de heroína y fármacos opioides en tránsito a través de África hacia otros destinos ha tenido un inquietante efecto colateral en el consumo de drogas en la región. Los opioides siguen siendo un problema importante en Europa y Asia, especialmente en Europa Oriental y Sudoriental, donde dos de cada tres personas en tratamiento por drogodependencia lo están por trastornos por consumo de opioides.

La cocaína sigue siendo una de las drogas importantes por las que se proporciona tratamiento, especialmente en América Latina y el Caribe, donde una tercera parte de las personas en tratamiento por trastornos por consumo de drogas son tratadas por el uso de cocaína, aunque esta proporción ha ido disminuyendo. Los trastornos por consumo de cocaína son el motivo principal del tratamiento de la drogodependencia también en América del Norte y Europa Occidental y Central, aunque en menor medida. En América del Norte, la importancia relativa del tratamiento debido principalmente a trastornos causados por el consumo de cocaína ha disminuido, mientras que la proporción de personas en tratamiento por trastornos por consumo de opioides ha aumentado. En los Estados Unidos, el número de ingresos relacionados principalmente con el consumo de cocaína disminuyó un 65 % entre 2004 y 2014, pasando de 248.000 a 88.000 personas, y el tratamiento por consumo de opiáceos aumentó un 51 %, de 323.000 a 490.000 personas, en el mismo período. En Asia y Oceanía los tratamientos por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico representan una proporción más alta que en otras regiones.

Las mujeres con trastornos por consumo de drogas están subrepresentadas en el tratamiento

Aunque uno de cada tres consumidores de drogas es mujer, las mujeres siguen representando solo una de cada cinco personas en el tratamiento. La proporción de mujeres en tratamiento tiende a ser mayor en el caso de los tranquilizantes y sedantes (en que representan aproximadamente un tercio de las personas ingresadas para recibir tratamiento en la mayoría de las subregiones de América y Europa) que en el de otras sustancias. Esto refleja el hecho de que, mientras que el consumo de cannabis, cocaína o anfetamina es tres veces más frecuente en el hombre, las mujeres tienen más probabilidades de usar tranquilizantes y sedantes con fines

no médicos. Las personas en tratamiento por trastornos por consumo de opioides y cocaína tienden a ser algo mayores, de poco más de treinta años, en promedio. En cambio, las personas en tratamiento por trastornos por consumo de cannabis suelen ser más jóvenes, de poco más de veinte años, en promedio.

A. CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD

La presente sección se centra principalmente en los aspectos del consumo de drogas que repercuten en la salud, como el consumo de drogas por inyección, y el VIH y el virus de la hepatitis C adquiridos por prácticas de inyección inseguras, que son responsables de la mayor carga de morbilidad, en términos de mortalidad y discapacidad, relacionada con el consumo de drogas.[4, 5] Aunque los opioides son los causantes de la mayor parte del impacto negativo del consumo de drogas en la salud, en las regiones en que el uso de opioides es menos común, el consumo de otras sustancias, como la cocaína y las anfetaminas (por inyección y por otras vías) también está asociado con consecuencias adversas para la salud. Está aumentando asimismo la conciencia de los riesgos para la salud que comporta el consumo de NSP, aunque la magnitud de este problema aún es pequeña. Además, en muchas subregiones, el uso de benzodiazepinas con fines no médicos se ha relacionado con muertes por sobredosis en que también se habían consumido opioides.

A nivel mundial, casi 11 millones de personas se inyectaron drogas en 2016

La estimación conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial del número de personas que se inyectaron drogas en 2016 es de 10,6 millones (margen de variación: 8,3 millones a 14,7 millones), lo que corresponde al 0,22 % (margen de variación: 0,17 % a 0,30 %) de la población mundial de 15 a 64 años de edad. Esta estimación se basa en la información más reciente y de mejor calidad de que dispone actualmente la UNODC y no implica que se haya producido un cambio real en el número total de personas que se inyectan drogas con respecto a las cifras publicadas en ediciones anteriores del *Informe Mundial sobre las Drogas*. Basada en los datos de 107 países, la estimación abarca el 88 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad.

En algunas subregiones, debido a la escasez de datos, el alcance del consumo de drogas por inyección es más incierto, o se desconoce: en el Caribe, solo se dispone de información de Puerto Rico, y en Oceanía, hay datos de Australia y Nueva Zelandia solamente; en África, los países sobre los que se dispone de datos representan el 58 % de la población de 15 a 64 años de edad, y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio representan solo el 17 % de esa población.

La pasta base de cocaína en América del Sur

La pasta base de cocaína solía consumirse casi exclusivamente en Colombia y el Perú, pero en el último decenio su uso se ha ido extendiendo gradualmente hacia el sur, a la Argentina, el Brasil, Chile y el Uruguay. La pasta base de cocaína es un derivado de la hoja de coca con un alto potencial de uso nocivo y dependencia. Sin embargo, hasta el momento hay poca información sobre los hábitos de consumo, los efectos en la salud y las opciones de tratamiento eficaces.[a]

El endurecimiento de las restricciones impuestas a la venta de los precursores utilizados en la fabricación de clorhidrato de cocaína y al acceso a esos precursores han sido una de las razones de la propagación del uso de la pasta base de cocaína a muchos países de América del Sur. La pasta base de cocaína es un derivado de la hoja de coca que se obtiene como producto intermedio en la preparación de clorhidrato de cocaína. Es una forma de "cocaína fumable" de alta toxicidad y con un mayor potencial adictivo que el clorhidrato de cocaína, y su uso es ahora motivo de preocupación en América del Sur, porque puede causar graves trastornos psicológicos y físicos.

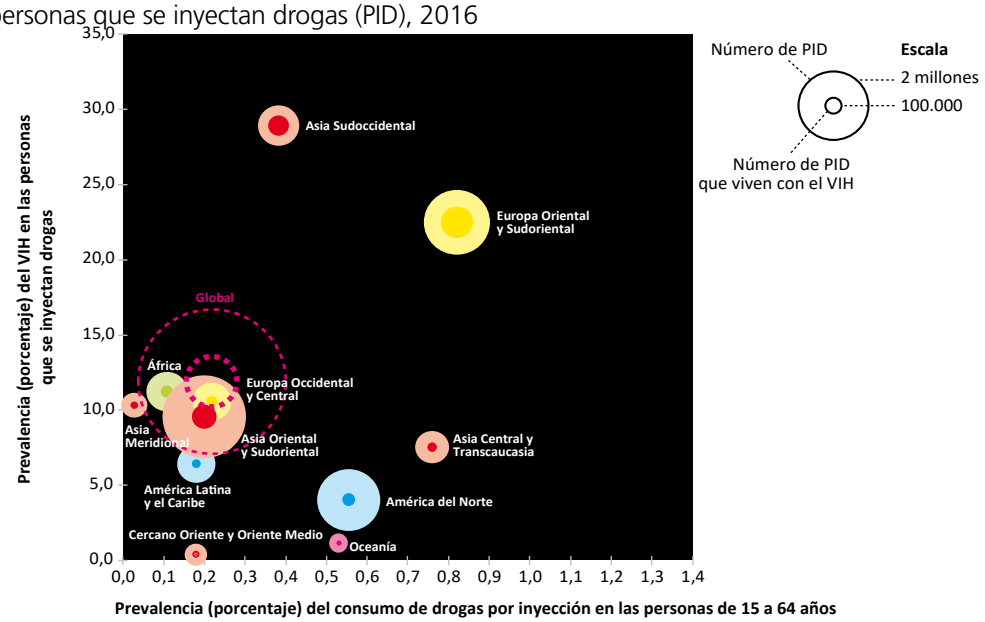
Como en el caso de todos los psicoestimulantes, no existe todavía ningún tratamiento farmacológico establecido para los trastornos por consumo de cocaína. Por consiguiente, la información sobre el tratamiento adecuado de la dependencia de la pasta base es limitada.

[a] Antonio Pascale y otros, *Consumo de Pasta Base de Cocaína en América del Sur: Revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos* (Washington, D.C., Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, 2015).

4 Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Data. Puede consultarse en www.healthdata.org/.

5 *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6).

FIG. 4 | Patrones regionales del consumo de drogas por inyección y de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas (PID), 2016



Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; informes del ONUSIDA relativos a los progresos en la lucha mundial contra el sida (varios años); el antiguo Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes de los Gobiernos y artículos sometidos a arbitraje científico publicados.

Nota: El círculo externo representa el número de personas que se inyectan drogas, y el círculo interno, el número de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH. Las regiones y subregiones se representan con colores: verde (África), azul (América), naranja (Asia), amarillo (Europa) y rosado (Oceanía). Los datos presentados para Oceanía corresponden a Australia y Nueva Zelanda solamente.

Las subregiones con las cifras más altas de personas que se inyectan drogas son Europa Oriental y Sudoriental, con el 17 % del total mundial de esas personas y una prevalencia del uso de drogas por inyección que es la más alta del mundo y supera en 3,8 veces la media mundial; América del Norte, con el 17 % del total mundial de personas que se inyectan drogas y una prevalencia del uso de drogas por inyección que supera en 2,5 veces la media mundial; y Asia Oriental y Sudoriental, con el 30 % del total mundial de personas que se inyectan drogas, pero con una prevalencia del uso de drogas por inyección que es relativamente baja y está por debajo de la media mundial.

Se ha estimado que casi la mitad de las personas del mundo que se inyectaron drogas en 2016 residían en solo tres países: China, Estados Unidos y Federación de Rusia. Aunque estos tres países suman solo el 27 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, juntos tienen unos 4,8 millones de personas que se inyectan drogas, lo que representa el 45 % del total mundial.

Además de las estimaciones aquí presentadas, *The Lancet Global Health* publicó en 2017 otro estudio[6] que proporciona estimaciones nacionales, regionales y mundiales de las personas que se inyectan drogas y de la prevalencia del VIH en esas personas (véase el recuadro titulado "Consumo de drogas por inyección y VIH: comparación de las estimaciones mundiales"). En ese estudio se presentan también datos sobre las personas que se inyectan drogas desglosados por género y edad, y se indica que aproximadamente una de cada cinco personas que se inyectan drogas son mujeres y poco más de una de cada cuatro tienen menos de 25 años. Se dispone de información desglosada por género sobre las personas que se inyectan drogas correspondiente a 91 países (40 de Europa, 21 de Asia, 6 de América, 2 de Oceanía y 22 de África) y de información desglosada por edad correspondiente a 72 países (30 de Europa, 16 de Asia, 5 de América, 1 de Oceanía y 20 de África).

Las personas que se inyectan drogas figuran entre los consumidores de drogas más marginados y estigmatizados. Están expuestas a comportamientos y entornos

6 Louisa Degenhardt y otros, "Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review", The Lancet Global Health, vol. 5, núm. 12 (2017), págs. e1192 a e1207.

de riesgo específicos y sufren una amplia variedad de consecuencias sociales y sanitarias adversas. La falta de vivienda y el encarcelamiento son comunes, al igual que los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales ocasionales sin protección, el uso de agujas y jeringuillas ya utilizadas por otros y la práctica del trabajo sexual.[7]

Las prácticas de inyección inseguras, como el intercambio de agujas y jeringuillas contaminadas, es una importante vía de transmisión del VIH y el VHC entre las personas que se inyectan drogas. Además, las que contraen el VIH y el VHC mediante prácticas de inyección inseguras pueden contagiar las enfermedades a otros por transmisión sexual o de otras formas. El VHC se propaga más fácilmente que el VIH mediante la inyección. En estudios realizados entre los trabajadores de la salud de los Estados Unidos (utilizando los datos de los hospitales sobre las heridas por pinchazo de aguja) se ha estimado que la probabilidad de transmisión del VHC por exposición a una jeringuilla contaminada es de 5 a 20 veces mayor que la de la transmisión del VIH.[8]

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

Fuera de África Subsahariana, el 20 % de las nuevas infecciones por el VIH ocurridas en 2015 se debieron al consumo de drogas por inyección.[9] Además, el número anual mundial de personas que se inyectan drogas que contraen nuevas infecciones ha venido creciendo: entre 2011 y 2015, los nuevos casos aumentaron en un tercio, de 114.000 a 152.000.[10] Esto contrasta con la disminución estimada del 11 % de las nuevas infecciones por el VIH entre los adultos en general (concretamente, entre las personas de 15 años o más) en el período 2010-2016.[11]

La estimación conjunta de 2016 de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial de la prevalencia del VIH en los consumidores de drogas por inyección es del 11,8 %, lo que significaría que 1,3 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VIH. Esta estimación se basa en los informes sobre la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas facilitados por 119 países, que abarcan el 94 % del número mundial estimado de consumidores de drogas por inyección. Entre las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH, la prevalencia de la infección concomitante por el virus de la hepatitis C es muy alta, del 82,4 %.[12]

La prevalencia más alta, con diferencia, de la infección por el VIH en las personas que se inyectan drogas se observa en Asia Sudoccidental y en Europa Oriental y Sudoriental, con tasas que superan en 2,4 y 1,9 veces la media mundial, respectivamente. En esas dos subregiones se concentra el 49 % de los consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH en el mundo. Aunque la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas en Asia Oriental y Sudoriental es inferior a la media mundial, el 24 % del total mundial de consumidores de drogas por inyección que viven con el VIH reside en esa subregión. Se estima que, de todas las personas del mundo que se inyectaban drogas y vivían con el VIH en 2016 (662.000), el 53 % residía en solo tres países (China, la Federación de Rusia y el Pakistán), un porcentaje desproporcionadamente alto en relación con el de los consumidores de drogas por inyección que vivían en esos tres países (el 35 % del total mundial).

La inyección de drogas es una importante vía de transmisión del virus de la hepatitis C

La carga de morbilidad entre las personas que se inyectan drogas causada por el VHC es mayor que la relacionada con el VIH.[13] Las prácticas de inyección inseguras, en que se intercambian agujas y jeringuillas contaminadas, son una importante vía de propagación del virus de la hepatitis C en todo el mundo. Del total de 1,7 millones de nuevas infecciones por el VHC ocurridas en el mundo en 2015, el 23,0 % (390.000 casos) fueron atribuibles al consumo corriente de drogas

7 *Ibid.*

8 Elijah Paintsil y otros, "Survival of hepatitis C virus in syringes: implication for transmission among injection drug users", Journal of Infectious Diseases, vol. 202, núm. 7 (2010), págs. 984 a 990.

9 ONUSIDA, Ending AIDS: Progress Towards the 90–90–90 Targets (Ginebra, 2017).

10 ONUSIDA, Get on the Fast-Track: the Life-cycle Approach to HIV (Ginebra, 2016).

11 Ending AIDS: Progress Towards the 90–90–90 Targets.

12 Lucy Platt y otros, "Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis", *Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, núm. 7 (2016), págs. 797 a 808.

13 Louisa Degenhardt and others, "Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013", *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 16, No. 12 (2016), pp. 1385–1398.

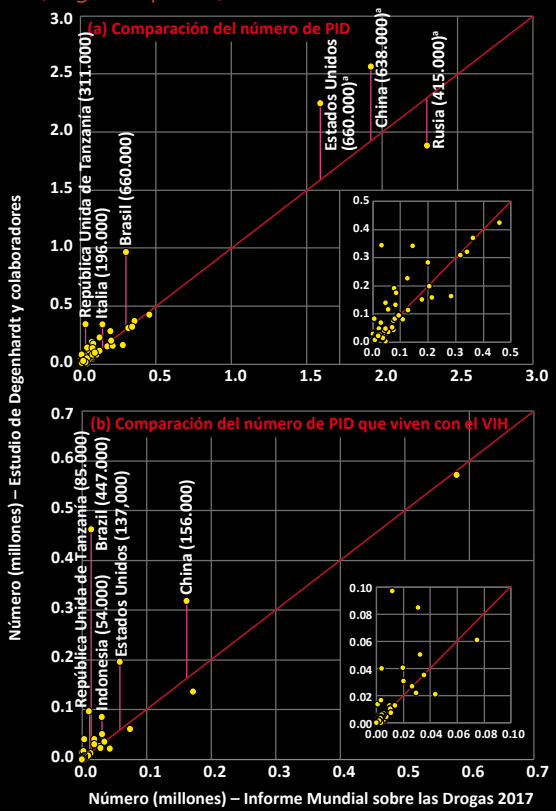
Consumo de drogas por inyección y VIH: comparación de las estimaciones mundiales

Debido al carácter oculto y a la estigmatización del consumo de drogas por inyección, es extremadamente difícil hacer estimaciones exactas y válidas del tamaño de la población de personas que se inyectan drogas y de la prevalencia del VIH entre esas personas en un determinado país. La agregación de los datos nacionales y la elaboración de estimaciones regionales y mundiales es aún más difícil, dadas las lagunas que existen en los datos de los países. Para generar esas estimaciones se emplean numerosos métodos, como el muestreo dirigido por los entrevistados, la captura-recaptura, el multiplicador de personas sometidas a tratamiento o el multiplicador de objetos singulares, la amplificación de redes, los métodos de censo y recuento, y las encuestas de población de carácter general. Cada método tiene sus ventajas e inconvenientes, se basa en supuestos teóricos particulares que pueden no reflejar plenamente la situación real, puede ser logísticamente difícil de aplicar o puede no estar aún plenamente validado.[a] La estimación de la prevalencia del VIH en los consumidores de drogas por inyección se complica aún más por el sesgo de selección y por la dificultad de reclutar una muestra representativa. La prevalencia del VIH en los consumidores de drogas por inyección puede variar considerablemente entre las distintas zonas geográficas de un mismo país, lo que dificulta el cálculo de una estimación nacional.

En 2017, Degenhardt y sus colaboradores publicaron estimaciones nacionales, regionales y mundiales del tamaño de la población de consumidores de drogas por inyección y de la prevalencia del VIH en esas personas.[b] Su estimación mundial del número de personas que se inyectaban drogas en 2015 es superior en 3,8 millones a la estimación conjunta correspondiente de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial, y su estimación del número de personas que se inyectaban drogas y vivían con el VIH supera en 1,25 millones la estimación conjunta correspondiente. Las metodologías utilizadas por Degenhardt y sus colaboradores, y por la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial en el cálculo de su estimación conjunta, son básicamente equiparables. La selección de las estimaciones de los países se basó en una clasificación comparable de la calidad de las cifras nacionales disponibles. En ambos casos, se emplearon promedios ponderados en función de la población para determinar las estimaciones regionales y mundiales y deducir los valores correspondientes a los países para los que no se disponía de datos. En el estudio de Degenhardt y colaboradores se determinaron estimaciones del tamaño de la población de personas que se inyectaban drogas correspondientes a 83 países, y estimaciones de la prevalencia del VIH en esas personas correspondientes a 108 países.

La UNODC determinó estimaciones del tamaño de la población de personas que se inyectaban drogas correspondientes a 107 países y estimaciones de la prevalencia del VIH en esas personas correspondientes a 118 países. Degenhardt y sus colaboradores realizaron un examen sistemático de la literatura gris y de la literatura sometida a arbitraje científico antes de que la UNODC llevara a cabo una búsqueda anual exhaustiva de las publicaciones científicas de los países que no le habían comunicado datos, o cuyos datos no tenían una calidad suficiente, y también realizaron una consulta mundial con expertos en los cuatro años anteriores. En los casos en que disponían de varios estudios de alta calidad sobre los consumidores de drogas por inyección de un país, Degenhardt y sus colaboradores fusionaron las estimaciones mediante un metaanálisis. Con respecto a la prevalencia del VIH, si disponían de múltiples estimaciones correspondientes a un determinado país, Degenhardt y sus colaboradores fusionaron las estimaciones publicadas en los cuatro años anteriores a la estimación más reciente disponible. La UNODC seleccionó en general las estimaciones más recientes de los estudios de mayor calidad, teniendo debidamente en cuenta la definición del concepto de inyección, el tamaño de las muestras y la cobertura geográfica.

Comparación de las estimaciones de a) el número de personas que se inyectan drogas y b) el número de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH, algunos países, 2015



Fuentes: *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* (que incluye las respuestas al cuestionario para los informes anuales; los informes del ONUSIDA relativos a los progresos en la lucha mundial contra el sida (varios años); el antiguo Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección; e informes de los Gobiernos y artículos sometidos a arbitraje científico publicados); y Louisa Degenhardt y otros, "Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review", The Lancet Global Health, vol. 5, núm. 12 (2017), págs. e1192 a e1207.

Nota: El número estimado de personas que se inyectan drogas y el número estimado de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH se refieren al grupo de edad de 15 a 64 años.

[a] *Diferencia entre las estimaciones de los dos estudios.*

Las estimaciones del tamaño de la población de personas que se inyectan drogas presentadas en el estudio de Degenhardt y colaboradores en relación con aproximadamente un tercio de los países (25) fueron las del examen sistemático mundial anterior, publicado 10 años antes, en 2008[c]. No se utilizaron estimaciones actualizadas para algunos países que suman una gran parte de los consumidores de drogas por inyección, a saber, el Brasil, China, la Federación de Rusia, la India e Italia. En cuanto a las estimaciones de la prevalencia del VIH en los consumidores de drogas por inyección, que se referían 108 países, se utilizaron los valores del examen de 2008 en el caso de 12 de ellos, incluidos el Brasil y la Argentina.

Para la Federación de Rusia, China e Italia existen datos más recientes sobre el consumo de drogas por inyección que los del examen de 2008, y esos datos se publicaron en el Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Las nuevas estimaciones, obtenidas por métodos indirectos, se habían comunicado oficialmente a la UNODC o el ONUSIDA, pero no eran de dominio público.

Se ha hecho una comparación directa, a nivel de los países, del número de personas que se inyectan drogas y de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH, a fin de identificar a los países objeto de mayores discrepancias entre las estimaciones del Informe Mundial sobre las Drogas 2017 y el estudio de Degenhardt y colaboradores.

La metodología utilizada para determinar las estimaciones regionales y mundiales y para atribuir datos a los países sobre los que faltaba información se basó en el mismo enfoque en ambos estudios y no produjo discrepancias tangibles. Gran parte de la discrepancia en las estimaciones regionales y mundiales se debe a las diferencias en los datos nacionales de unos pocos países.

Las diferencias en las estimaciones regionales dimanantes de los dos conjuntos de datos tienen consecuencias de política importantes. El estudio de Degenhardt y colaboradores sitúa la mayor prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas en América Latina, mientras que las estimaciones del Informe Mundial sobre las Drogas 2017 apuntan a Europa Oriental como la región más afectada. Desde una perspectiva mundial, los datos regionales sobre las personas que se inyectan drogas y sobre las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH son cruciales para establecer prioridades en los esfuerzos encaminados a apoyar a las instituciones nacionales y a las organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios de prevención y tratamiento. Por lo tanto, es fundamental definir cuál es el conjunto de datos más reciente y metodológicamente más sólido, para que los esfuerzos mundiales se concentren efectivamente donde más se necesitan.

[a] AbuS.Abdul-Quader,AndrewLBaughmanyWolfgangHladik,"Estimatingthesizeofkeypopulations:current status and future possibilities", *Current Opinion in HIV and AIDS*, vol. 9, núm. 2 (2014), págs. 107 a 114.

[b] Louisa Degenhardt y otros, "Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review", *The Lancet Global Health*, vol. 5, núm. 12 (2017), págs. e1192 a e1207.

[c] Bradley M. 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 (2008), págs. 1733 a 1745.

por inyección[14]. De las muertes por cáncer de hígado y cirrosis hepática asociadas a la infección por el VHC que se registraron en el mundo ese mismo año, el 31,5 % fueron atribuibles a un historial de consumo de drogas por inyección.[15]

La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C en los consumidores de drogas por inyección es muy alta, ya que una de cada dos personas que se inyectan drogas vive con el VHC. La estimación conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial sitúa la prevalencia del VHC en los consumidores de drogas por inyección en 2016 en el 51,9 %; esto significa que 5,5 millones de personas que se inyectan drogas viven con el virus de la hepatitis C. Esta estimación se basa en los informes sobre la prevalencia del VHC en las personas que se inyectan drogas facilitados por 96 países, que abarcan el 91 % del número mundial estimado de consumidores de drogas por inyección.

El mayor riesgo de propagación del virus de la hepatitis C entre las mujeres que consumen drogas por inyección es motivo de especial preocupación. En un estudio que incluyó a 1.868 consumidores de drogas por inyección de Australia, el Canadá, los Estados Unidos y los Países Bajos, se estimó que, entre las personas que se inyectaban drogas, las mujeres tenían un 38 % más de probabilidades de contraer el virus de la hepatitis C que los hombres. Este riesgo más elevado no parece estar relacionado con prácticas diferentes en cuanto al intercambio de jeringuillas, que es un factor de riesgo importante para el VHC, sino con otros factores, incluidos algunos de tipo genético, y con las diferencias en el acceso a los servicios de prevención.[16]

La estimación conjunta de la UNODC, la OMS, el ONUSIDA y el Banco Mundial correspondiente a 2016 de la prevalencia del virus de la hepatitis B (VHB)[17] en las personas que se inyectan drogas es del 7,5 %; en otras palabras, se estima que unos 0,8 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VHB.

14 OMS, Global Hepatitis Report 2017 (Ginebra, 2017).

15 *Ibid*.

16 Aryan Esmaeili y otros, "The effect of female sex on hepatitis C incidence among people who inject drugs: results from the International Multicohort InC3 Collaborative", *Clinical Infectious Diseases*, vol. 66, núm. 1 (2018), págs. 20 a 28.

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

Disponibilidad de servicios en las cárceles y después de la puesta en libertad

Los reclusos que consumen drogas corren un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y tienen menos acceso a servicios de prevención y tratamiento que las personas que viven fuera de la cárcel, en una comunidad.[a] La prevalencia de los comportamientos de riesgo, junto con la falta de acceso a medidas de prevención en muchas prisiones, puede conducir a una propagación alarmantemente rápida del VIH. La prevalencia del VIH, el VHC, el VHB y la tuberculosis en las personas recluidas en las prisiones y otros entornos cerrados es de 2 a 10 veces más alta que la de la población en general.[b, c, d, e] Sin embargo, en muchas cárceles no es posible acceder a programas de prevención, tratamiento y atención del VIH, y cuando existen programas de ese tipo, no suelen ser de la misma calidad que los que se ofrecen en la comunidad.[f]

Una vez cumplida la pena de prisión, la mayoría de las personas que viven con el VIH son puestas en libertad sin ningún apoyo y tienen que hacer frente a formas muy extendidas y multidimensionales de exclusión, estigmatización y discriminación relacionadas con su historial penitenciario, la infección por el VIH, su clase socioeconómica y su origen étnico..[g, h] Los reclusos que salen en libertad no suelen tener contacto con servicios de tratamiento del VIH, el VHC y la drogodependencia, o solo reciben algunos de esos servicios, a veces porque desconocen lo que se ofrece.[i, j] La ausencia general de una planificación adecuada de la puesta en libertad y del debido seguimiento después de esta tiene efectos inmediatos y profundos en la salud. Un examen sistemático indicó que los reclusos tienen escasas probabilidades de ser puestos en contacto con los servicios de atención sanitaria de la comunidad al salir de prisión. Debido a la estigmatización y la discriminación, las personas recientemente excarceladas tienen poco acceso a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, y, por falta de planificación de la puesta en libertad, son pasadas por alto por los servicios médicos de control después de la salida de prisión.[k] La investigación indica que, tras la excarcelación, el uso de la terapia antirretroviral disminuye del 51 % al 29 %, y la inhibición viral baja del 40 % al 21 % l. La falta de seguimiento del tratamiento del VHC socava la eficacia de los cuidados proporcionados en la cárcel, si los hubo, y contribuye a la propagación de la enfermedad en la comunidad.[m, n]

Las personas que consumen heroína están expuestas a un elevado riesgo de muerte por sobredosis tras la puesta en libertad, especialmente en las dos primeras semanas. Esas muertes se relacionan con una reducción de la tolerancia a los efectos de la heroína durante el período de encarcelamiento.[o] No obstante, tras la salida de prisión los reclusos raramente tienen acceso a medicamentos para la prevención de las sobredosis, como la naloxona y la metadona, o a otros tratamientos de la drogadicción.[p] El hecho de conseguir una vivienda es un factor importante en el acceso a la atención de la infección por el VIH y la continuidad de esa atención. Las disparidades en la situación de la vivienda contribuyen de manera sustancial a las diferencias en los resultados del tratamiento del VIH entre los pacientes sin hogar y los pacientes con hogar, incluido el logro de la inhibición viral con el tiempo.[q]

[a] Ralf Jürgens, Manfred Nowak and Marcus Day, "HIV and incarceration: prisons and detention", *Journal of the International AIDS Society*, vol. 14, No. 26 (2011), pp. 1–17.

[b] Kate Dolan and others, "Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees", *The Lancet*, vol. 388, No. 10049 (2016), pp. 1089–1102.

[c] Kate Dolan and others, "Drug injection, sexual activity, tattooing and piercing among prison inmates: A global systematic review and meta-analysis of 2,359,220 prisoners" *Epidemiological Reviews*, (2018) (in press).

[d] Amber Arain, Geert Robaeysand Heino Stöver, "Hepatitis C in European prisons: a call for an evidence-informed response", *BMC Infectious Diseases*, vol. 14, Suppl. No. 6 (2014), pp. 1–6.

[e] Lilanganee Telisinghe and others, "HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa", *The Lancet*, vol. 388, No. 10050 (2016), pp. 1215–1227.

[f] Josiah D. Rich and others, "Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis", *The Lancet*, vol. 388, No. 10049 (2016), pp. 1103–1114.

[g] Leonard S. Rubenstein and others, "HIV, prisoners, and human rights", *The Lancet*, vol. 388, No. 10050 (2016), pp. 1202–1214.

[h] Alexis C. Dennis and others, "'You're in a world of chaos': experiences accessing HIV care and adhering to medications after incarceration", *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 26, No. 5 (2015), pp. 542–55.

[i] Liza Solomon and others, "Survey finds that many prisons and jails have room to improve HIV testing and coordination of postrelease treatment", *Health Affairs (Millwood)*, vol. 33, no. 3 (2014), pp. 434–442.

[j] Sung-Pil Choi and others, "Prevalence and correlates of community re-entry challenges faced by HIV-infected male prisoners in Malaysia", *International Journal of STD and AIDS*, vol. 21, No. 6 (2010), pp. 416–23.

[k] Rubenstein and others, "HIV, prisoners, and human rights".

[l] Princess A. Iroh and others, "The HIV care cascade before, during, and after incarceration: a systematic review and data synthesis", *American Journal of Public Health*, vol. 105, No. 7 (2015), pp. e5–16.

[m] Tianhua He and others, "Prevention of hepatitis C by screening and treatment in U.S. prisons", *Annals of Internal Medicine*, vol. 164, No. 2 (2016), pp. 84–92.

[n] Natasha K. Martin and others, "HCV treatment as prevention in prison: key issues", *Hepatology*, vol. 61, No. 1 (2015), pp. 402 and 403.

[o] WHO, *Preventing Overdose Deaths in the Criminal Justice System* (Copenhagen, 2014).

[p] D. Leach and P. Oliver, "Drug-related death following release from prison: a brief review of the literature with recommendations for practice", *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, No. 4 (2011), pp. 292–297.

[q] Alexei Zelenev and others, "Patterns of homelessness and implications for HIV health after release from jail", *AIDS and Behaviour*, vol. 17, Suppl. No. 2 (2013), pp. 181–194.

CUADRO 1 | Definición de los niveles de cobertura alto, moderado y bajo en las intervenciones

Intervención	Indicador	Nivel de cobertura		
		bajo	moderado	alto
Programas de suministro de agujas y jeringuillas	Número de agujas- jeringuillas distribuidas por PID al año	Menos de 100	De 100 a menos de 200	200 o más
Tratamiento de sustitución con opioides	Número de clientes del tratamiento por cada 100 PID	Menos de 20	De 20 a menos de 40	40 o más
Terapia antirretroviral	Número de PID que reciben la terapia por cada 100 PID infectadas por el VIH.	Menos de 25	De 25 a menos de 75	75 o más
Pruebas de detección del VIH y asesoramiento	Número de PID que se sometieron a la prueba de detección en los 12 meses anteriores por cada 100 PID	Menos de 40	De 40 a menos de 75	75 o más

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

La cobertura de las intervenciones fundamentales para prevenir la propagación del VIH y del virus de la hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo baja e insuficiente

En la mayoría de los países, la cobertura de las intervenciones fundamentales para ayudar a prevenir la propagación del VIH y el VHC entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo demasiado baja para ser eficaz.[18] Las intervenciones de base científica más importantes para la prevención del VIH son, por orden de prioridad: los programas de suministro de agujas y jeringuillas, que proporcionan equipo de inyección aséptico; el tratamiento de sustitución con opioides para reducir la dependencia de los opioides y, de ese modo, disminuir la frecuencia de inyección; las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente, que son una importante vía de entrada al tratamiento y la atención; y la terapia antirretroviral para reducir la carga vírica y la transmisión del VIH.[19] Las intervenciones fundamentales para la prevención eficaz de la infección por el VHC son los programas de suministro de agujas y jeringuillas y el tratamiento de sustitución con opioides, junto con el tratamiento contra el VHC para reducir sustancialmente la transmisión de ese virus en la comunidad.[20, 21] En particular, los programas de suministro de agujas y jeringuillas y el tratamiento de sustitución con opioides pueden ser especialmente eficaces para la prevención de la infección por el VIH y el VHC cuando se aplican con altos niveles de cobertura de las personas que se inyectan drogas (véase el cuadro 1). [22, 23, 24]

Las intervenciones fundamentales antes mencionadas no están disponibles en todos los países en que hay constancia del consumo de drogas por inyección. El nivel de cobertura de estas intervenciones ha sido categorizado por la OMS, la UNODC y el ONUSIDA como bajo, moderado o alto.[25]

Un examen mundial de la disponibilidad de estas intervenciones indicó que la cobertura de los programas de

18 Sarah Larney y otros, "Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review", *The Lancet Global Health*, vol. 5, núm. 12 (2017), págs. e1208 a e1220.

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

20 Katy M. E. Turner y otros, "The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence", *Addiction*, vol. 106, núm. 11 (2011), págs. 1978 a 1988.

21 Peter Vickerman y otros, "Can needle and syringe programmes and opiate substitution therapy achieve substantial reductions in hepatitis C virus prevalence? Model projections for different epidemic settings", *Addiction*, vol. 107, núm. 11 (2012), págs. 1984 a 1995.

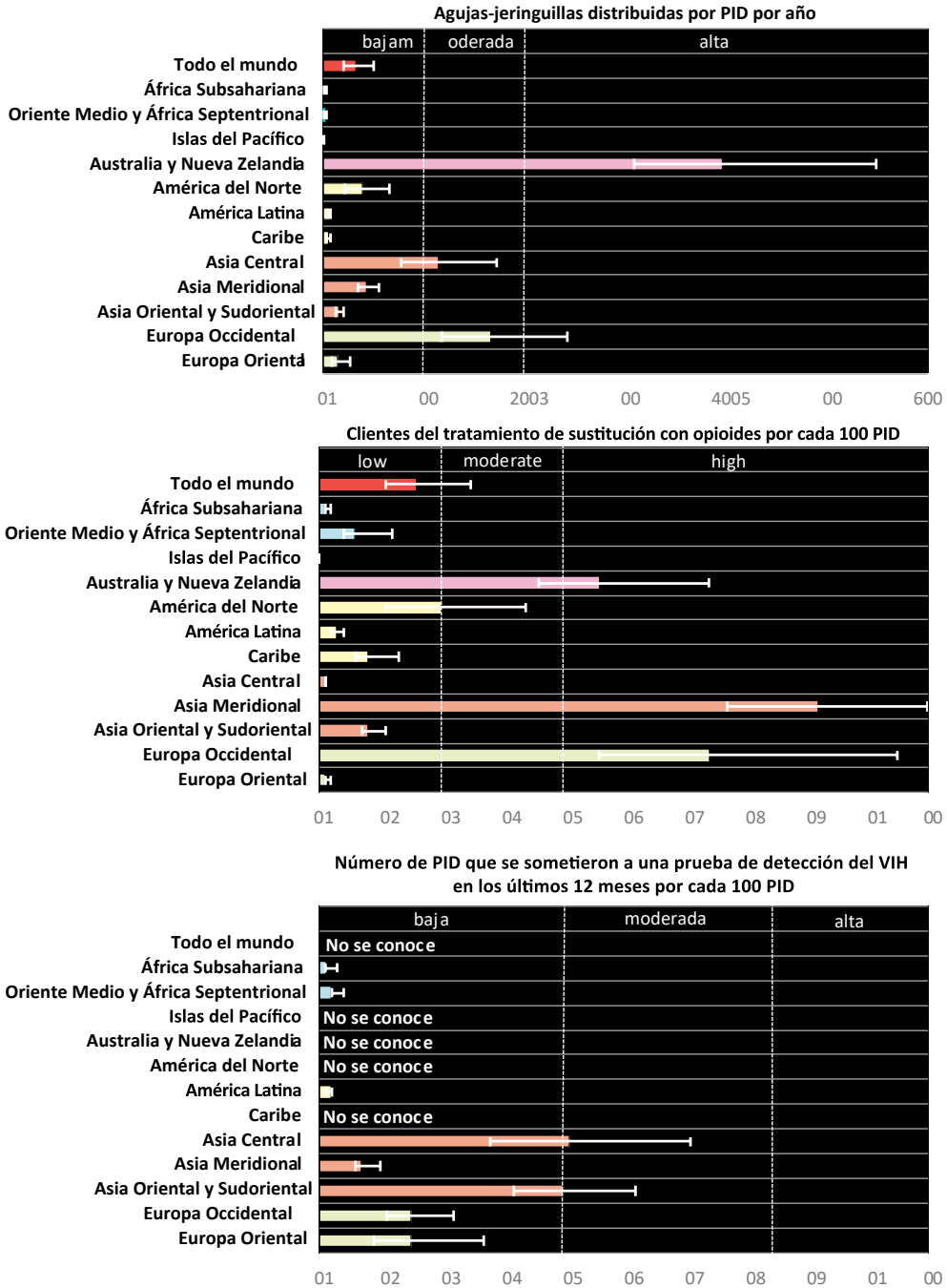
22 Louisa Degenhardt y otros, "Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural and combination approaches are needed", *The Lancet*, vol. 376, núm. 9737 (2010), págs. 285 a 301.

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

24 Turner y otros, "The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users".

25 *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide.*

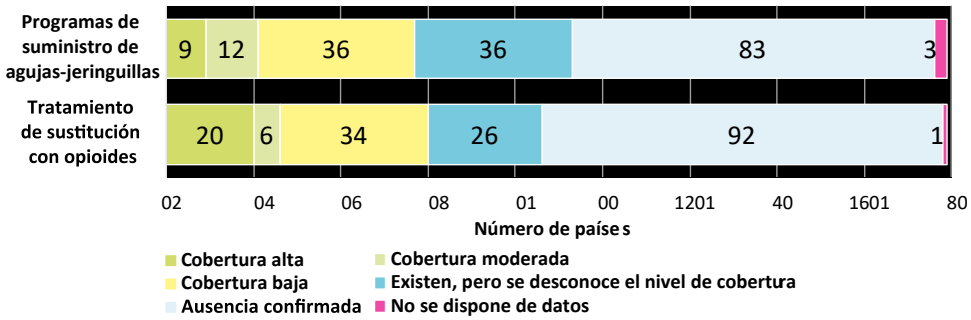
FIG. 5 | Cobertura de las intervenciones fundamentales para prevenir la propagación del VIH y del VHC entre las personas que se inyectan drogas, por regiones, 2017



Fuente: Sarah Larney y otros, "Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review", *The Lancet Global Health*, vol. 5, núm. 12 (2017), págs. e1208 a e1220.

Notas: Las agrupaciones regionales son las utilizadas por los autores. El nivel de cobertura se clasifica como bajo, moderado o alto de conformidad con la publicación WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users (revisión de 2012) (Ginebra, OMS, 2012). En esta figura, para Australasia solo se dispone de información sobre Australia y Nueva Zelandia. La cobertura regional de la terapia antirretroviral no se pudo determinar, por falta de datos.

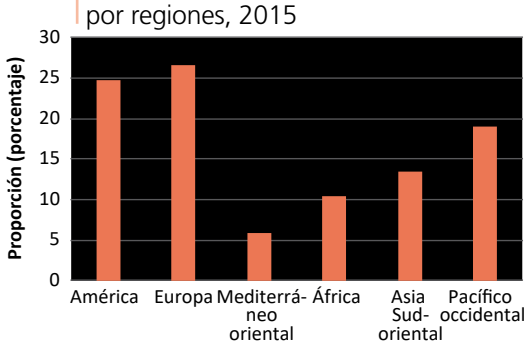
FIG. 6 Disponibilidad y cobertura de los programas de suministro de agujas y jeringuillas y del tratamiento de sustitución con opioides, en número de países, 2017



Fuente: Sarah Larney y otros, "Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review", *The Lancet Global Health*, vol. 5, núm. 12 (2017), págs. e1208 a e1220.

Notas: Se incluyeron todos los países (179) para los que había constancia del consumo de drogas por inyección, aunque no se dispusiera de una estimación del número de personas que se inyectaban drogas. En el caso de los programas de suministro de agujas y jeringuillas, el nivel de cobertura se determina en función del número de agujas-jeringuillas distribuido por persona que se inyecta drogas por año, del siguiente modo: menos de 100 es "bajo"; de 100 a 199 es "moderado"; y 200 o más es "alto". Para el tratamiento de sustitución con opioides, el nivel de cobertura se determina en función del número de clientes por cada 100 consumidores primarios de opioides por inyección, del siguiente modo: menos de 20 es "bajo"; de 20 a 39 es "moderado"; y 40 o más es "alto".

FIG. 7 Proporción de las defunciones atribuida a trastornos por consumo de drogas, por regiones, 2015



Fuente: OMS, Global Health Estimates 2015, deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015.

Nota: Las regiones corresponden a la clasificación utilizada por la OMS..

suministro de agujas y jeringuillas y del tratamiento de sustitución con opioides entre las personas que se inyectan drogas era baja, con 33 (margen de variación: 21 a 50) agujas-jeringuillas distribuidas por persona que se inyecta drogas al año, y 16 (margen de variación: 10 a 24) clientes del tratamiento de sustitución con opioides por cada 100 personas que se inyectan drogas.[26] Por falta de datos, no fue posible elaborar estimaciones de la cobertura mundial de las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente, ni de la terapia antirretroviral. En las subregiones con las cifras más altas de personas que se inyectan drogas (Asia Oriental y Sudoriental, Europa Oriental y América del Norte), los niveles de cobertura de los programas de suministro de agujas y jeringuillas y del tratamiento de sustitución con opioides eran bajos, con la única excepción del tratamiento de sustitución con opioides en América del Norte, en que la cobertura era moderada.

De los 179 países en que había constancia del consumo de drogas por inyección (aunque no necesariamente una estimación del tamaño de la población de personas que se inyectaban drogas), 93 (el 52 %) ofrecían programas de suministro de agujas y jeringuillas y 83 (el 46 %) confirmaron que no tenían programas de ese tipo. Había información sobre la aplicación del tratamiento de sustitución con opioides en 86 países (el 48 %), pero en 92 países (el 46 %) no existía esta terapia. En 79 países (el 44 %) se aplicaban tanto programas de suministro de agujas y jeringuillas como el tratamiento de sustitución con opioides. La información sobre la disponibilidad de la prueba de detección del VIH y el asesoramiento correspondiente y sobre la terapia antirretroviral resultó ser muy escasa. En 34 países existían programas de detección del VIH para las personas que se inyectaban drogas, y 17 países confirmaron que no tenían esos programas. En el caso de 162 países, no existían datos sobre la terapia antirretroviral.[27]

El examen indicó que la cobertura de los programas de suministro de agujas y jeringuillas y del tratamiento

26 Larney y otros, "Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review".

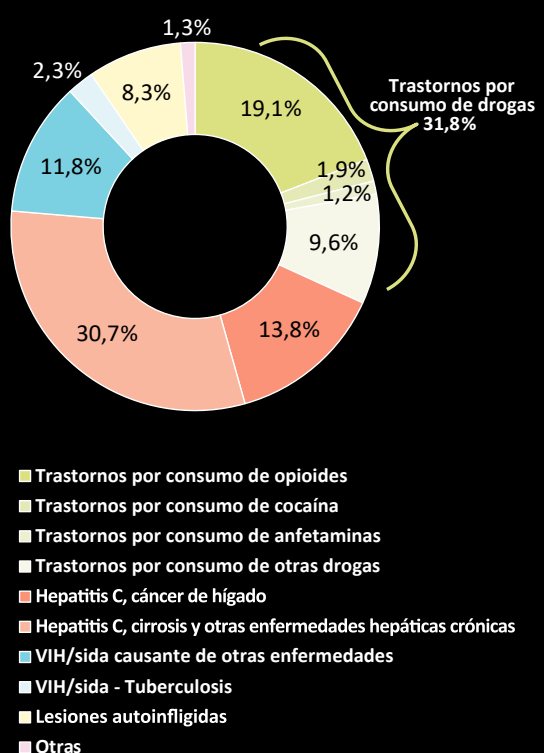
27 *Ibid.*

Causas de mortalidad y muertes prematuras atribuibles al consumo de drogas: estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2016

En el estudio sobre la carga mundial de morbilidad de 2016a se estimó que ese año había habido en el mundo 452.000 muertes (margen de variación: 420.000 a 487.000) que podían atribuirse al consumo de drogas (y que representaban el 0,83 % de la mortalidad total). Aproximadamente tres de cada cuatro (el 74 %) de esas defunciones habían sido de hombres. El virus de la hepatitis C no tratado, que puede producir cáncer de hígado y cirrosis hepática, había sido responsable de la proporción más alta (el 45 %) de esos casos.

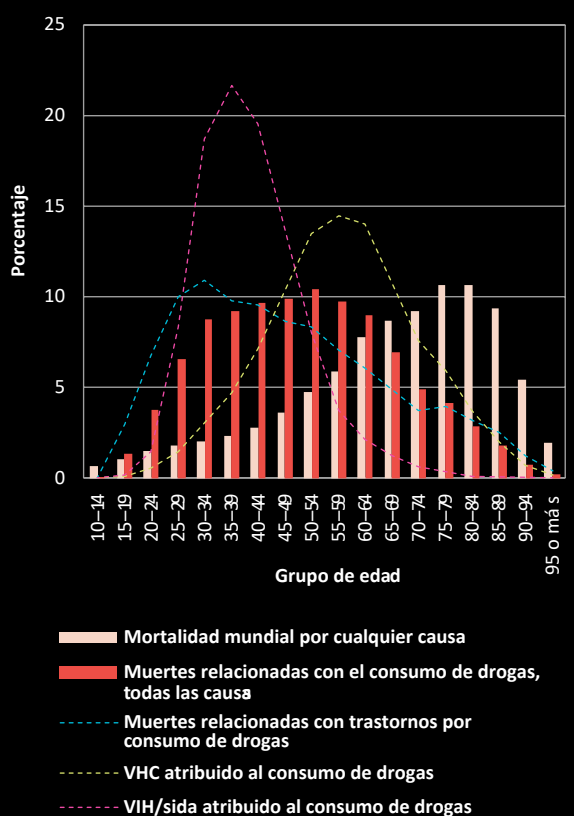
A nivel mundial, las defunciones atribuibles al consumo de drogas causaron 16,8 millones (margen de variación: 15,5 millones a 18,2 millones) de años de vida perdidos por muerte prematura en 2016b. Esto indica que una persona que muere por causas atribuibles al consumo de drogas pierde en promedio 37 años de vida, una estadística que refleja la muy joven edad a la que ocurren muchas de esas muertes prematuras. Las muertes atribuidas a los trastornos causados por el consumo de drogas (principalmente sobredosis) alcanzan su punto máximo en el grupo de edad más joven (de 30 a 34 años), mientras que las relacionadas con el virus de la hepatitis C no tratado suelen producirse en un grupo de edad mayor (de 55 a 59 años).

(a) Principales causas de las muertes atribuibles al consumo de drogas, 2016



Fuente: Emmanuela Gakidou y otros, "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, vol. 390, núm. 10100 (2017), págs. 1345 a 1422.

(b) Distribución por edades de las muertes atribuibles al consumo de drogas en comparación con la mortalidad mundial por cualquier causa, 2016

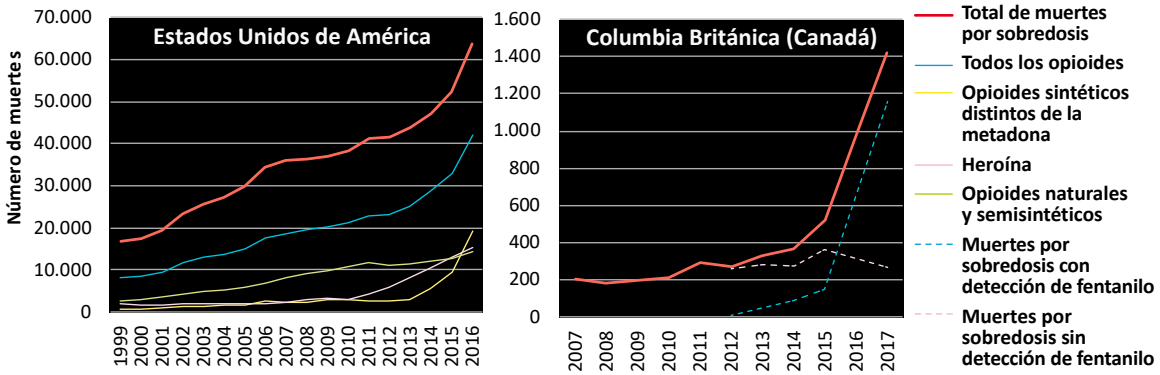


Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Data.

a Emmanuela Gakidou y otros, "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, vol. 390, núm. 10100 (2017), págs. 1345 a 1422.

b Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Data.

FIG. 8 Muertes por sobredosis de determinadas drogas en los Estados Unidos y en Columbia Británica (Canadá)



Fuentes: Para los Estados Unidos, véase Holly Hedegaard, Margaret Warner y Arialdi M. Miniño, "Drug overdose deaths in the United States, 1999–2016", NCHS Data Brief No. 294 (diciembre de 2017). Para Columbia Británica (Canadá), véanse Servicio de Medicina Forense de Columbia Británica, "Illicit drug overdose deaths in B.C. January 1, 2008–February 28, 2018" (Burnaby, Columbia Británica, Dirección de Medicina Forense, 5 de abril de 2018); y Servicio de Medicina Forense de Columbia Británica, "Fentanyl-detected illicit drug overdose deaths. January 1, 2012– December 31, 2017" (Burnaby, Columbia Británica, Dirección de Medicina Forense, 31 de enero de 2018).

de sustitución con opioides solo era alta en el 5 % y el 11 %, respectivamente, de los 179 países en que había constancia del consumo de drogas por inyección. En 79 países (el 44 %) se aplicaban tanto programas de suministro de agujas y jeringuillas como el tratamiento de sustitución con opioides; sin embargo, solo 4 países (3 de Europa Occidental y 1 de Oceanía) tenían una cobertura alta en ambas intervenciones.

La cifra mundial de las muertes atribuibles al consumo de drogas se mantiene alta

Dying prematurely as a consequence of drug use is the most extreme outcome for people who use drugs. However, determining the extent of mortality attributable to drug use is not straightforward: deaths caused by drug use can be directly related to drug use disorders, such as overdose,[28] or can be indirectly related to drug use, such as from HIV/AIDS or HCV acquired through unsafe injecting practices. The International Classification of Diseases (tenth revision) differentiates among these causes of death, but how it is applied in recording cause of death varies from country to country.

La OMS ha estimado que en 2015 hubo en el mundo 450.000 muertes atribuibles al consumo de drogas.[29] De ellas, 167.750 se relacionaron con trastornos por consumo de drogas, es decir, fueron causadas directamente por el uso de drogas (y en un 76 % de los casos, con trastornos por el consumo de opioides).[30] La OMS también ha estimado que las muertes por trastornos debidos al consumo de drogas habían venido aumentando en todo el mundo en los 15 años precedentes, desde el año 2000, en que la cifra correspondiente fue de 105.000. Las muertes que pueden atribuirse indirectamente al consumo de drogas, como las relacionadas con el VIH y el VHC adquiridos por prácticas de inyección inseguras o los suicidios, representaron los dos tercios restantes (el 63 %) de las 450.000 defunciones atribuibles al consumo de drogas en 2015.

En años anteriores, el *Informe Mundial sobre las Drogas* ha presentado estimaciones mundiales y regionales de las muertes causadas por el consumo de drogas. Los participantes en un Grupo de Trabajo de Expertos para la Mejora de las Estadísticas sobre las Drogas y el Fortalecimiento del Cuestionario para los Informes Anuales, que se reunió en Viena en enero de 2018, determinaron que, dada la falta de datos sobre las muertes causadas por el consumo de drogas en general, se requerían más exámenes y colaboración entre la UNODC y la OMS

28 En la Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión) de la OMS, los códigos correspondientes son: X40-44 (sobredosis accidental), X61-62 (lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)), Y10-14 (sobredosis de intención no determinada), T40 y T42 (envenenamiento por narcóticos).

29 OMS, *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas*. Informe de la Secretaría a la 70a Asamblea Mundial de la Salud. A70/29. 27 de marzo de 2017.

30 OMS, Global Health Estimates 2015, deaths by cause, age, sex, by country and by region.

para elaborar una estimación mundial de las muertes relacionadas (directa e indirectamente) con las drogas.

Las muertes por sobredosis siguen aumentando en varios países con un elevado número de casos

En 2015 y 2016, por primera vez en medio siglo, la esperanza de vida en los Estados Unidos de América disminuyó por dos años consecutivos. Un factor clave en ello fue el aumento de los traumatismos accidentales, que incluyen las muertes relacionadas con las drogas.[31] Un estudio en que se analizaron las razones de la disminución de la esperanza de vida en relación con ciertas causas de mortalidad en el período 2000-2015 reveló que las muertes por sobredosis, en particular las vinculadas al uso de opioides, eran una de las causas importantes de la pérdida de años de esperanza de vida.[32]Las muertes por sobredosis siguieron aumentando en los Estados Unidos, a un ritmo más rápido que nunca, y entre 2015 y 2016 se registró el mayor aumento porcentual anual jamás observado en la tasa de mortalidad por sobredosis ajustada por edad. El total de muertes por sobredosis creció un 21,4 % entre 2015 y 2016, llegando a 63.632, una cifra sin precedentes. Este aumento se debió principalmente a las muertes relacionadas con los opioides sintéticos distintos de la metadona (incluidos el fentanilo, los análogos del fentanilo y el tramadol), que elevaron considerablemente las muertes por sobredosis en 2016, situándolas en 19.413, una cifra que superó en un 103 % (más del doble) la de 2015 y mantuvo la marcada tendencia ascendente iniciada en 2012; desde este último año, las muertes relacionadas con los opioides sintéticos distintos de la metadona se han decuplicado entre los hombres y quintuplicado entre las mujeres. En 2016, por primera vez, las muertes por opioides sintéticos distintos de la metadona superaron tanto las muertes causadas por la heroína como las producidas por los opioides naturales y semisintéticos (como la morfina, la codeína, la hidrocodona y la oxicodona). Las muertes por sobredosis relacionadas con el consumo de heroína aumentaron un 19 % entre 2015 y 2016. Desde 1999, las muertes relacionadas con el uso de heroína se han multiplicado por más por 12 entre las mujeres y por siete entre los hombres .[33, 34]Esto es acorde con el aumento del consumo de heroína en el último año, de un 150 % entre las mujeres y un 79 % entre los hombres, registrado desde el período 2002-2004 hasta el período 2013-2015.[35] Sin embargo, si se excluyen las muertes en que intervinieron también opioides sintéticos (principalmente el fentanilo), las defunciones relacionadas con el uso de heroína, cocaína y metanfetamina se han mantenido básicamente estables desde 2013.

En Columbia Británica (Canadá), las muertes por sobredosis alcanzaron un nivel sin precedentes en 2017, manteniendo la marcada tendencia ascendente que había comenzado en 2012. Este aumento se debió en gran medida al fentanilo y sus análogos (consumidos ya sea por sí solos o en combinación con otras drogas), que se había detectado en solo el 4 % de las muertes por sobredosis en 2012, pero que se asoció con el 81 % de las muertes por sobredosis en 2017. De 2016 a 2017 aumentaron un 73 % las muertes por sobredosis en que se detectó el fentanilo. En cambio, el número de muertes por sobredosis en que no se detectó el fentanilo se mantuvo bastante estable durante el período 2012-2017.[36, 37] El fentanilo sigue siendo un problema menor en otros países, con la notable excepción de Estonia, donde domina el consumo de opioides desde hace 15 años.

En Europa, las muertes por sobredosis aumentaron por tercer año consecutivo, alcanzando la cifra sin precedentes de 8.441 en 2015 (último año para el que se dispone de datos). Las muertes relacionadas con los opioides fueron responsables del aumento global: los

31 Kenneth D. Kochanek y otros, Mortality in the United States, 2016. National Center for Health Statistics Data Brief No. 293, diciembre de 2017. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

32 Deborah Dowell y otros, "Contribution of opioid-involved poisoning to the change in life expectancy in the United States, 2000-2015", *JAMA*, vol. 318, núm. 11 (2017), págs. 1065 a 1067.

33 Holly Hedegaard, Margaret Warner y Arialdi M. Miniño, "Drug overdose deaths in the United States, 1999–2016", NCHS Data Brief No. 294 (diciembre de 2017).

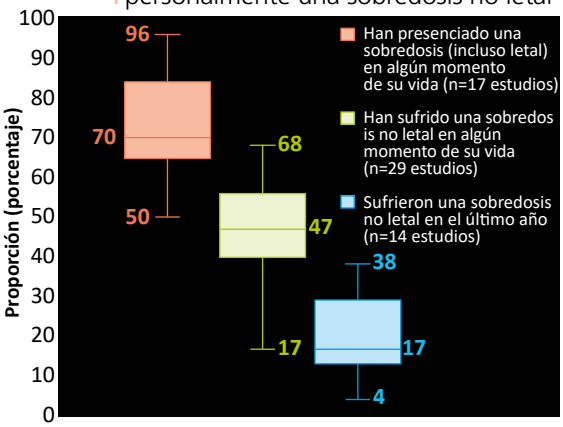
34 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, CDC WONDER. Puede consultarse en https://wonder.cdc.gov/.

35 Estados Unidos, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States; Results from the *2015 Survey on Drug Use and Health, publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*, núm. SMA 16-4984, Serie NSDUH H-51 (Rockville, Maryland, 2016).

36 Canadá, Servicio de Medicina Forense de Columbia Británica, "Illicit drug overdose deaths in B.C. January 1, 2008–February 28, 2018" (Burnaby, Columbia Británica, Dirección de Medicina Forense, 5 de abril de 2018).

37 Canadá, Servicio de Medicina Forense de Columbia Británica, "Fentanyl-detected illicit drug overdose deaths. January 1, 2012–December 31, 2017" (Burnaby, Columbia Británica, Dirección de Medicina Forense, 31 de enero de 2018)..

FIG. 9 Proporción de los consumidores de drogas[a] que ha presenciado una sobredosis (incluso una letal) o sufrido personalmente una sobredosis no letal



Fuente: Silvia S. Martins y otros, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", *American Journal of Public Health*, vol. 105, núm. 11 (2015), págs. e29 a e49.

Nota: El número de estudios incluido se indica en la leyenda. Los rectángulos coloreados representan el 50 % central de los puntos de datos (es decir, los comprendidos entre los percentiles 25o y 75o) y la línea horizontal dentro de cada rectángulo indica el valor de la mediana. Las barras de error dan los valores mínimo y máximo.

[a] *De los 43 estudios independientes, 6 habían incluido a consumidores de cualquier sustancia, mientras que la gran mayoría se había concentrado en los consumidores de heroína, crack o cocaína (21 estudios) y en las personas que se inyectan drogas (16 estudios).*

opioides (principalmente la heroína) estuvieron presentes en el 79 % de las muertes por sobredosis ocurridas en 2015. Se notificaron aumentos de las muertes por sobredosis en Alemania, España, Lituania, los Países Bajos, el Reino Unido y Suecia.[38]EMCDDA, Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2017 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).[39] En Inglaterra y Gales,[40] el número de muertes por uso indebido de drogas, tanto de hombres como de mujeres, registrado en 2016 fue el más alto desde el comienzo de los registros en 1993: 2.593 personas fallecieron por uso indebido de drogas, principalmente heroína, morfina o ambas.[41]

En Australia, la tasa de mortalidad causada por drogas (las muertes atribuibles directamente al consumo de drogas) ha aumentado de manera importante desde 2011, y en 2016 el número de casos se elevó a 1.808, un nuevo récord. La mayoría de estas muertes fueron causadas por sobredosis accidentales (el 71 %), seguidas de las sobredosis intencionales (suicidios) (el 23 %), mientras que el restante 6 % se debió a otras causas, como las complicaciones crónicas del consumo de drogas o las sobredosis de intención no determinada. Estas muertes provocadas por las drogas se relacionaron principalmente con el uso no médico de las benzodiazepinas y la oxicodona, que son medicamentos de venta con receta para el control de la ansiedad y el dolor, respectivamente. Las muertes causadas por el uso de sustancias sometidas a fiscalización también han ido en aumento; la tasa de mortalidad relacionada con los estimulantes (incluidas la metanfetamina y metanfetamina cristalina) se ha cuadruplicado desde 1999.[42]

Presenciar o sufrir personalmente una sobredosis es una experiencia común

Las sobredosis no letales son mucho más comunes que las letales, y numerosos consumidores de drogas informan de que han tenido esa experiencia. Las sobredosis mortales representan solo una proporción muy pequeña, estimada en un 2 % a un 4 % de todos los casos de sobredosis.[43] Según un examen global y sistemático de la bibliografía, casi la mitad (el 47 %; margen de variación: 17 % a 68 %) de los consumidores de drogas incluidos en los estudios[44] habían sufrido una sobredosis no mortal al menos una vez en su vida, y casi uno de cada seis (el 17 %; margen de variación: 4 % a 38 %) había tenido esa experiencia en los 12 meses anteriores.[45]

38 EMCDDA, *European Drug Report 2017: Trends and Developments*, (Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2017).

39 *Ibid*.

40 La definición de muerte por uso indebido de drogas comprende tanto las muertes en que la causa básica es el abuso o la dependencia de una droga, como aquellas en que la causa básica es una intoxicación con drogas y en que ha intervenido alguna de las sustancias sujetas a fiscalización con arreglo a la Ley sobre Uso Indebido de Drogas del Reino Unido de 1971.

41 Reino Unido, Oficina de Estadísticas Nacionales, "Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2016 registrations", Statistical Bulletin (agosto de 2017)..

42 Oficina de Estadística de Australia, "Causes of death, Australia, 2016", núm. 3303.0, 27 de septiembre de 2017. Puede consultarse en www .abs.gov .au/ausstats/abs@.nsf/mf/3303.0.

43 Shane Darke, Richard P. Mattick y Louisa Degenhardt, "The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose", Addiction, vol. 98, núm. 8 (2003), págs. 1169 a 1171.

44 De los 43 estudios independientes, 6 habían incluido a usuarios de cualquier sustancia, mientras que la inmensa mayoría se había concentrado en los consumidores de heroína, *crack* o cocaína (21 estudios), o en las personas que se inyectan drogas (16 estudios).

45 Silvia S. Martins y otros, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", *American Journal of Public Health*, vol. 105, núm. 11 (2015), págs. e29 a e49.

El riesgo de sobredosis se relaciona con la vía de administración de las drogas, y la práctica de inyectarse la droga conlleva un mayor riesgo de sobredosis que las de ingerirla, inhalarla o fumarla.[46]El uso de combinaciones de ciertas drogas, especialmente el consumo de heroína junto con agentes depresivos como el alcohol y las benzodiazepinas,[47] aumenta el riesgo de sobredosis. En las personas que consumen opioides, la reanudación del uso tras un período de abstinencia, por ejemplo por una perturbación o interrupción del tratamiento o por haber recién salido de la cárcel, eleva el riesgo de sobredosis debido a una merma de la tolerancia a los opioides.[48, 49]

Las sobredosis no mortales pueden dejar secuelas importantes en los consumidores de drogas, por ejemplo, degradación del tejido muscular, insuficiencia renal, problemas cardíacos, convulsiones, lesiones neurales o deficiencia cognitiva.[50] Se ha demostrado que las sobredosis no mortales se asocian con sobredosis letales posteriores, y el riesgo aumenta en función del número de sobredosis no mortales experimentadas anteriormente.[51, 52]

El reconocimiento temprano de que se ha producido una sobredosis y la intervención subsiguiente suelen ser de importancia vital para evitar la muerte. Una proporción muy elevada de personas que consumen heroína o cocaína, o ambas, o que se inyectan drogas (casi tres de cada cuatro) informan de que han sido testigos de una sobredosis (a veces letal).[53] Esto significa que las personas que consumen drogas tienen la posibilidad de intervenir e influir en la evolución de la situación y en que sea letal o no, por ejemplo administrando naloxona en el caso de una sobredosis de opioides. En los últimos 20 años, varios países han establecido programas de entrega de naloxona, en que se enseña a consumidores de opioides y a otras personas que tengan probabilidades de ser testigos de casos de sobredosis a utilizar esta sustancia y a gestionar la situación y se les entregan kits de naloxona. Con una respuesta adecuada, incluida la administración de naloxona por alguien que esté presente, la sobredosis de opioides es reversible.[54, 55, 56, 57]

B. MAGNITUD DE LA OFERTA DE DROGAS

Cultivo y producción de drogas

El cannabis sigue siendo la droga ilícita que más se produce en todo el mundo

Además de ser la droga que más se consume en el mundo, el cannabis sigue siendo también la que más se produce. Durante el período 2010-2016, 145 países, de todas las regiones, informaron directa o indirectamente a la UNODC del cultivo de cannabis. Estos países suman el 94 % de la población mundial y son más del doble de los que informaron del cultivo de adormidera.

Tanto el cultivo de adormidera como el de arbusto de coca presentan un marcado aumento

Tras aumentar en alrededor de un 37 % con respecto

46 M. Teresa Brugal y otros, "Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration", *Addiction*, vol. 97, núm. 3 (2002), págs. 319 a 327.

47 UNODC y OMS, "Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality", documento de debate, UNODC/OMS, 2013 (junio de 2013).

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

49 John Strang y otros, "Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study", British Medical Journal, vol. 326, núm. 7396 (2003), págs. 959 y 960..

50 Matthew Warner-Smith y otros, "Heroin overdose: causes and consequences", Addiction, vol. 96, núm. 8 (2001), págs. 1113 a 1125.

51 Mark A. Stoové, Paul M. Dietze y Damien Jolley, "Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data", *Drug and Alcohol Review*, vol. 28, núm. 4 (2009), págs. 347 a 352.

52 Alexander Caudarella y otros, "Non-fatal overdose as a risk factor for subsequent fatal overdose among people who inject drugs", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 162 (2016), págs. 51 a 55.

53 Silvia S. Martins y otros, "Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature", *American Journal of Public Health*, vol. 105, núm. 11 (2015), págs. e29 a e49.

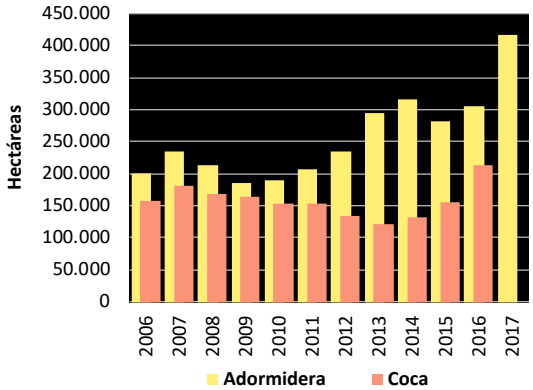
54 John Strang y Rebecca McDonald, eds., Preventing Opioid Overdose Deaths with Take-home Naloxone, Serie Insights, núm. 20 (Luxemburgo, EMCDDA, 2016).

55 OMS, Community Management of Opioid Overdose (Ginebra, 2014).

56 EMCDDA, Preventing Fatal Overdoses: A Systematic Review of the Effectiveness of Take-home Naloxone, EMCDDA Papers (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015).

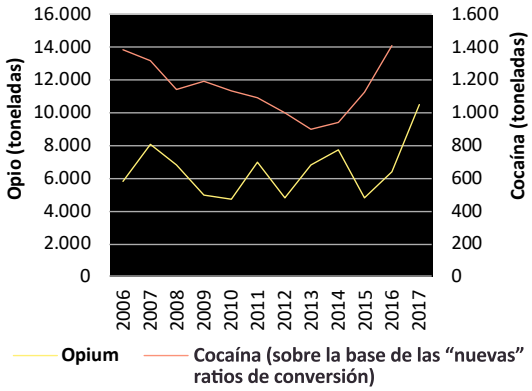
57 Alexander Y. Walley y otros, "Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis", BMJ, vol. 346 (2013), págs. 1 a 13.

FIG. 10 Superficie total dedicada al cultivo de adormidera y coca, 2006-2017



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

FIG. 11 Producción de opio y fabricación de cocaína a nivel mundial, 2006-2017



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

Nota: La fabricación de cocaína se expresa en términos de un nivel hipotético de fabricación de cocaína de una pureza del 100 %; el nivel de fabricación de cocaína efectivo, no ajustado en función de la pureza, es considerablemente más alto. (En la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe figura más información sobre las ratios de conversión "nuevas" y "antiguas".)

al año anterior, la superficie total mundial dedicada al cultivo de adormidera en el mundo se ha duplicado desde 2006, llegando a casi 418.000 hectáreas en 2017. Esto se debió principalmente a un marcado aumento del cultivo de adormidera en el Afganistán,[58] que aportó el 86 % de la producción mundial de opio en 2017. No hay una razón que por sí sola explique el aumento del cultivo de adormidera en este país; muchos elementos complejos y geográficamente diversos influyen en las decisiones de los agricultores de cultivar adormidera. Una conjunción de factores, como la inestabilidad política, la corrupción y la falta de seguridad y de control del Gobierno, pueden haber agravado las vulneraciones del estado de derecho. Es posible que, al desviar su atención hacia la lucha contra los elementos antigubernamentales en las zonas densamente pobladas, el Gobierno del Afganistán haya aumentado la vulnerabilidad de la población rural. Una merma de las ayudas de la comunidad internacional también puede haber reducido las oportunidades de desarrollo socioeconómico en las zonas rurales.

Myanmar, en cambio, comunicó una disminución del cultivo y la cosecha de adormidera, y aportó aproximadamente el 5 % de la producción mundial de opio en 2017.

El cultivo mundial de arbusto de coca, que abarca una superficie equivalente aproximadamente a la mitad de la que se dedica al cultivo de adormidera, y que había disminuido un 45 % en el período 2000-2013, aumentó un 76 % entre 2013 y 2016, alcanzando las 213.000 hectáreas.[59] Así pues, el cultivo de arbusto de coca ha vuelto al nivel de 2001, solo ligeramente inferior (en un 4 %) al máximo alcanzado en 2000. Esa disminución y el posterior aumento de la producción de coca se debieron principalmente a cambios en el cultivo del arbusto de coca en Colombia; sin embargo, en 2016 el cultivo de este arbusto aumentó en los tres países productores de coca, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, elevando en un 36 % la superficie total dedicada al arbusto de coca durante ese año.

La producción de opio se encuentra en su nivel más alto desde que comenzó la vigilancia de la UNODC, y la fabricación de cocaína ha alcanzado una cifra récord

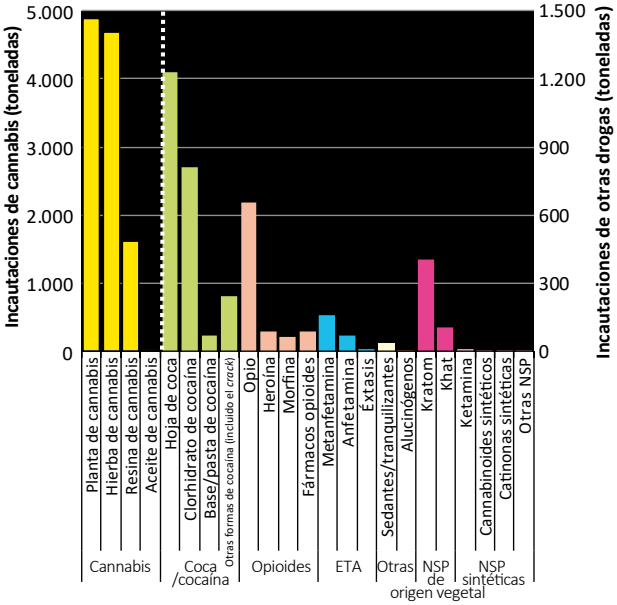
Con un nivel estimado en torno a las 10.500 toneladas, la producción mundial de opio de 2017 es, con mucho, la más alta desde que la UNODC comenzó a vigilar anualmente la producción mundial de opio al comienzo del siglo XXI.[60] La producción mundial de

58 El mercado de los opioides se examina en detalle en el fascículo 3.

59 Los datos más recientes disponibles sobre el cultivo de arbusto de coca son de 2016.

60 Las estimaciones disponibles de la producción de opio en los primeros decenios del siglo XX muestran unos niveles de producción de opio mucho más altos hasta mediados del decenio de 1930 que los del pasado reciente (véase UNODC, *A Century of International Drug Control, 2009*);

FIG. 12 | Niveles de las incautaciones mundiales de drogas, 2016



Fuente: UNODC, datos de las respuestas al cuestionario para los informes anuales referentes a 124 países.

Nota: Las cantidades de las incautaciones no se han ajustado en función de la pureza ni de la potencia.

opio[61] creció un 65 % de 2016 a 2017 (y un 120 % entre 2015 y 2017), lo que representa un aumento mucho mayor que el incremento correspondiente de la superficie dedicada al cultivo de adormidera. Esto se debió principalmente a un aumento gradual de los rendimientos de la adormidera en el Afganistán, que empezaron a recuperarse de los bajos niveles registrados en las principales áreas de cultivo en los años anteriores.

Tras haber disminuido en el período 2005-2013, la fabricación mundial de cocaína[62] aumentó un 56 % entre 2013 y 2016. La fabricación potencial de cocaína alcanzó las 1.410 toneladas (pureza del 100 %) en 2016, el nivel más alto jamás registrado, que representó un aumento del 25 % en la fabricación mundial de cocaína con respecto al año anterior. El mayor incremento de la fabricación potencial de cocaína (34 %) en 2016 fue notificado por Colombia, que produjo más del 60 % del total mundial.

Incautaciones de drogas

La distribución, el nivel y los patrones de las incautaciones de drogas pueden analizarse desde el punto de vista ya sea de las cantidades de drogas incautadas (en peso) o del número de casos de incautación. Ninguno de los dos análisis es un indicador directo del tráfico de drogas, ya que ambos reflejan también la capacidad y las prioridades de las fuerzas del orden. Sin embargo, los cambios en el número de casos de incautación y en las cantidades incautadas de una droga, considerados en conjunto y teniendo en cuenta las variaciones de los precios ajustados en función de la pureza, pueden ayudar a determinar las tendencias y las características de la oferta de drogas, así como los cambios en la actividad de los órganos encargados de hacer cumplir la ley y en la estrategia del tráfico de drogas. Por ejemplo, un estudio realizado recientemente en Australia indicó que, en el caso de la mayoría de las drogas (en particular de la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico), los aumentos de la frecuencia y de las cantidades de las incautaciones presentaban una correlación marcada con las variaciones de la oferta: los aumentos coincidían con incrementos posteriores del tráfico al por menor, así como de las detenciones relacionadas con drogas y del consumo (reflejado en el uso de los servicios de urgencias), y viceversa.[63]

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

A nivel mundial, el cannabis siguió siendo la droga presente en mayores cantidades en las incautaciones en 2016, seguida de la coca y las sustancias relacionadas con la cocaína, los opioides, las nuevas sustancias psicoactivas y los estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente la metanfetamina).

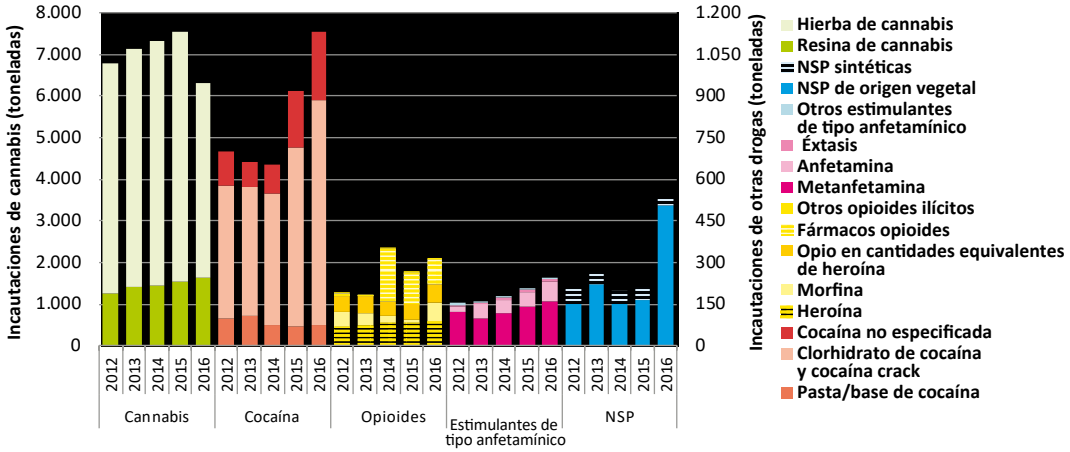
sin embargo, esas primeras estimaciones se basaban en metodologías diferentes (como los pagos de impuestos y otros gravámenes por los productores de opio) y no son plenamente comparables con los datos proporcionados en el presente informe, que se basan en gran medida en la teleobservación y en estudios del rendimiento (véanse los detalles en el anexo metodológico incluido en la versión en línea).

61 Para estimar la producción de opio, la superficie dedicada al cultivo de adormidera se multiplica por el respectivo rendimiento de opio por hectárea de cada región.

62 La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes distingue entre la producción de una sustancia, como la de opio, en que esta no experimenta ninguna elaboración ulterior, y la fabricación de una sustancia, como la de cocaína, que requiere un procesamiento en un laboratorio..

63 Wai-Yin Wan, Don Weatherburn, Grand Wardlaw, Vsailis Sarafidis, Grant Sara, "Do drug seizures predict drug-related emergency department presentations or arrests for drug use and possession?", International Journal of Drug Policy, 27 (2016), págs. 74 a 81.

FIG. 13 | Niveles de las incautaciones mundiales de determinadas drogas, 2012-2016



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

Nota: Para convertir las incautaciones de opio en las cantidades equivalentes de heroína se utiliza una razón de 10:1.

En las incautaciones mundiales de opioides de 2016, las cantidades más altas correspondieron al opio. Sin embargo, expresadas en los niveles equivalentes de heroína,[64] las cantidades más altas en las incautaciones de opioides fueron las de heroína, seguidas de los fármacos opioides. Las incautaciones de estos últimos consistieron principalmente en tramadol, un opioide no sometido a fiscalización internacional, y, en menor medida, en codeína, oxicodona y fentanilo. El fentanilo y sus análogos pueden ser entre 100 y 10.000 veces más potentes que la morfina, de modo que incluso pequeñas cantidades pueden representar un número muy grande de dosis. Por lo tanto, en términos de dosis, se estima que el fentanilo y sus análogos representaron la mayor parte de las incautaciones de fármacos opioides en 2016 .[65]

En 2016, por primera vez, la cantidad total más grande en las incautaciones de NSP de origen vegetal correspondió al *kratom* (*Mitragyna speciosa*), que tiene propiedades opioides y efectos parecidos a los de los estimulantes. El segundo lugar entre las NSP de origen vegetal incautadas lo ocupó el *khat*, que es un estimulante. De las incautaciones totales de sedantes y tranquilizantes en 2016, la porción más grande correspondió a la metacualona, seguida de las benzodiazepinas, mientras que las cantidades de barbitúricos incautadas siguieron siendo pequeñas. En las incautaciones de alucinógenos de 2016 predominó el LSD.

64 10 kg de opio equivalen a 1 kg de heroína.

65 En el anexo metodológico en línea figuran los cálculos detallados para expresar las cantidades incautadas en las incautaciones en un número estimado de dosis.

Aumenta marcadamente el volumen de las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína, nuevas sustancias psicoactivas de origen vegetal y sedantes

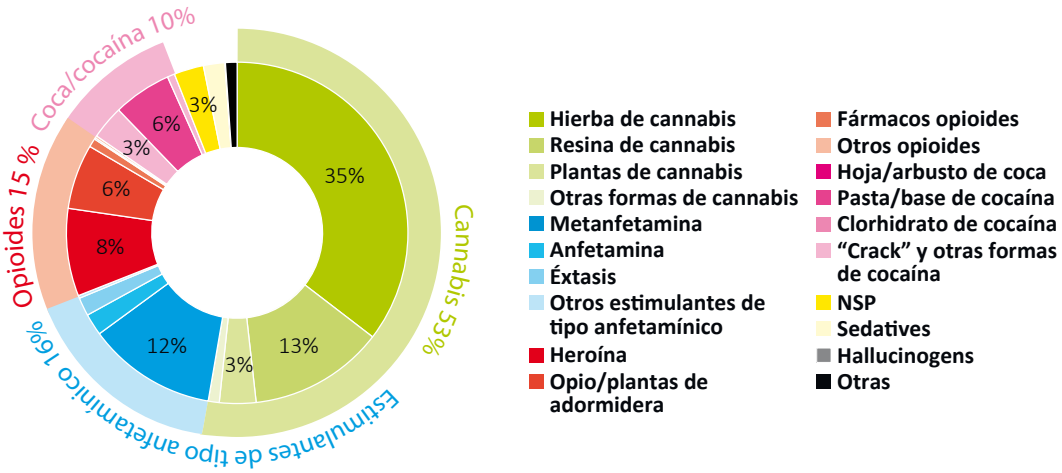
Aunque el cannabis siguió dominando las incautaciones de drogas a nivel mundial, las cantidades de productos de cannabis incautadas disminuyeron un 16 % en 2016. Esto fue reflejo de una disminución del 22 % en las incautaciones de hierba de cannabis (causada por mermas en África y América), que se situaron en 4.700 toneladas, y un aumento del 6 % en las de resina de cannabis, que llegaron a 1.600 toneladas.

El nivel de las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico aumentó un 20 % en 2016, alcanzando la cifra sin precedentes de 247 toneladas. Las cantidades de anfetamina incautadas ese año crecieron un 35 %, llegando a la cifra récord de 70 toneladas, las de éxtasis aumentaron un 37 %, hasta las 14 toneladas, y las de metanfetamina crecieron un 12 %, marcando un nuevo récord, con 158 toneladas.

De igual modo, con más de 1.100 toneladas,[66] el total de las incautaciones de cocaína (incluidas la pasta de coca y la cocaína base) en el mundo en 2016 alcanzó un nivel nunca visto, con un incremento de más del 20 % respecto del año anterior y de más del 60 % respecto de 2012. Esto podría estar relacionado con

66 Esta cifra no es comparable con la estimación de la cantidad de cocaína fabricada (1.410 t), ya que esta última se basa en una pureza del 100 %, mientras que las incautaciones de cocaína no se ajustan en función de la pureza.

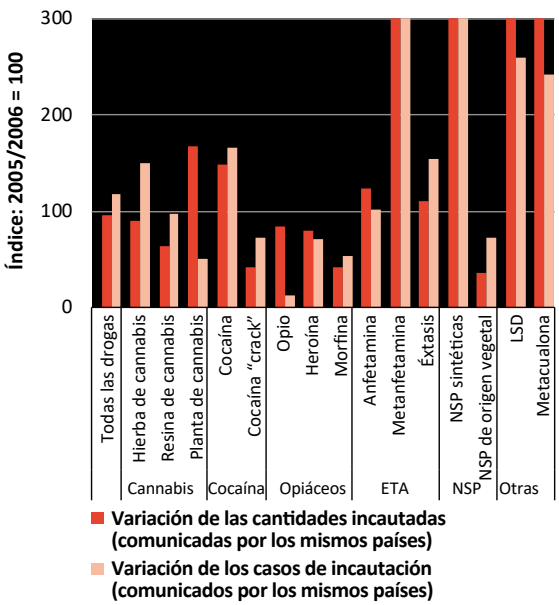
FIG. 14 | Distribución del número total de casos de incautación de drogas, 2015-2016



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

Nota: Los cálculos se basan en un desglose de casi 5 millones de casos de incautación comunicados a la UNODC en el período 2015-2016. El conjunto de datos comprende 2,4 millones de casos notificados en 2015 y 2,5 millones notificados en 2016. Los datos sobre los casos de incautación se basan en la información proporcionada por 80 países, de los cuales 65 informaron en 2015 y 69 en 2016.

FIG. 15 | Variaciones de las cantidades de drogas incautadas y del número de casos de incautación entre 2005-2006 y 2015-2016



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

Nota: Los cálculos se basan en los datos de 71 países (índice: 2005/2006 = 100).

los marcados aumentos del cultivo de hoja de coca y de la fabricación mundial de cocaína registrados en los últimos años.

Sin embargo, los aumentos más pronunciados en las cantidades incautadas en 2016 correspondieron a las NSP de origen vegetal, principalmente debido a las incautaciones de kratom, que aumentaron en siete veces y superaron las 400 toneladas. En cambio, el nivel de las incautaciones totales de NSP sintéticas experimentó una fuerte disminución de más de 50 % en 2016, que elevó a un 60 % la reducción registrada desde 2012. La merma más pronunciada correspondió a las fenetilaminas (-99 %) y los cannabinoides sintéticos, cuyas incautaciones disminuyeron un 87 % durante el período 2012-2016; esto se relacionó principalmente con un marcado descenso de las cantidades de mezclas de tipo "Spice" (hierbas mezcladas con cannabinoides sintéticos) interceptadas. El nivel de las incautaciones de piperazinas se mantuvo estable, mientras que el de las incautaciones de triptaminas, ketamina y catinonas sintéticas y de sustancias del tipo de la fenilciclidina aumentó entre 2012 y 2016.

El nivel de las incautaciones mundiales de opioides aumentó alrededor de un 13 % en 2016, principalmente en razón de las crecientes cantidades de opiáceos interceptadas, lo que refleja los aumentos en la producción de opio y la fabricación de morfina y heroína. Con un aumento del 12 % y el 10 % respectivamente, las incautaciones de opio (658 toneladas) y de heroína

(91 toneladas) volvieron a alcanzar niveles sin precedentes en 2016, mientras que la cantidad total de morfina interceptada aumentó en siete veces, llegando a 65 toneladas.

El nivel total de las incautaciones mundiales de fármacos opioides en 2016 representó una disminución de más del 20 % con respecto al altísimo nivel de 2015, pero aun así fue nueve veces más alto que el de las incautaciones de 2012. El aumento durante el período 2012-2016 fue impulsado principalmente por un gran incremento de las cantidades de tramadol interceptadas, así como de las de hidrocodona, oxicodona y fentanilo.

Las cantidades de sedantes y tranquilizantes interceptadas en 2016 se multiplicaron por siete. Esto se debió principalmente a un marcado aumento de la incautación de metacualona, benzodiazepinas y GHB.

El nivel de las incautaciones mundiales de alucinógenos menguó en más del 90 % entre 2015 y 2016, y, a mediano plazo, se redujo en un 75 % entre 2012 y 2016, principalmente debido a una marcada disminución en América del Norte. Sin embargo, las incautaciones del prototipo de alucinógeno LSD se duplicaron con creces en 2016, debido sobre todo a un aumento de las cantidades de LSD incautadas en Europa y América del Norte.

La disminución del tamaño medio de las incautaciones de drogas podría reflejar cambios tanto en el tráfico de drogas como en las estrategias de aplicación de la ley

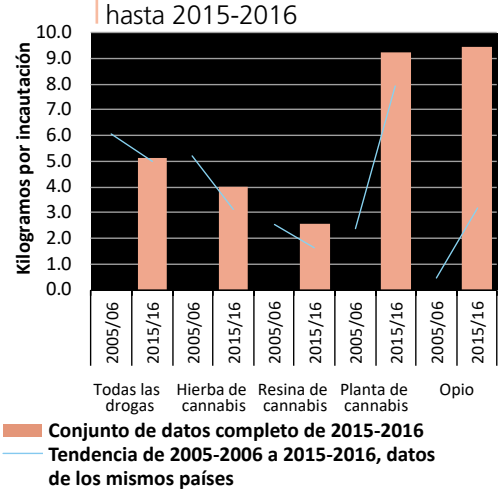
En 2016, los Estados Miembros comunicaron a la UNODC 2,5 millones de casos de incautación de drogas, frente a 2,4 millones en 2015 (comunicados por 69 y 65 países, respectivamente). Más de la mitad de los casos de incautación de drogas del período 2015-2016 correspondieron al cannabis (principalmente hierba), mientras que el segundo lugar lo ocuparon los casos de incautación de estimulantes de tipo anfetamínico.

El análisis de las tendencias de las proporciones representadas por cada droga en los casos de incautación muestra un descenso de la parte correspondiente al total de casos de incautación de cannabis en el último decenio. En cambio, la proporción representada por los casos de incautación de estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina), opioides y NSP aumentó en el mismo período. Estas tendencias se confirman cuando se analizan los datos de 71 países que comunicaron incautaciones tanto en 2005-2006 como en 2015-2016.

Es difícil comparar las tendencias mundiales del número de casos de incautación de drogas y de las cantidades incautadas, porque no todos los países comunican siempre los casos de incautación registrados. Considerando la muestra de países que comunicaron el número de incautaciones y las cantidades incautadas tanto en 2005-2006 como en 2015-2016 (71 países), cabe señalar que, en general, el número de casos de incautación de drogas aumentó un 17 % entre esos dos períodos, mientras que las cantidades de drogas incautadas aumentaron un 3 %.

El tamaño promedio de la incautación de drogas por caso disminuyó de aproximadamente 6 kg en 2005-2006 a 5 kg en 2015-2016. Sin embargo, esa disminución general del tamaño promedio de las incautaciones en los 71 países que presentaron informes oculta las variaciones entre los distintos tipos de drogas incautados. El tamaño promedio de los casos de incautación de hierba de cannabis, resina de cannabis, cocaína, morfina, éxtasis, NSP de origen vegetal y NSP sintéticas disminuyó entre el período 2005-2006 y el período 2015-2016, mientras que el tamaño promedio de los casos de incautación de plantas de cannabis, opio, metanfetamina, anfetamina, LSD y metacualona aumentó.

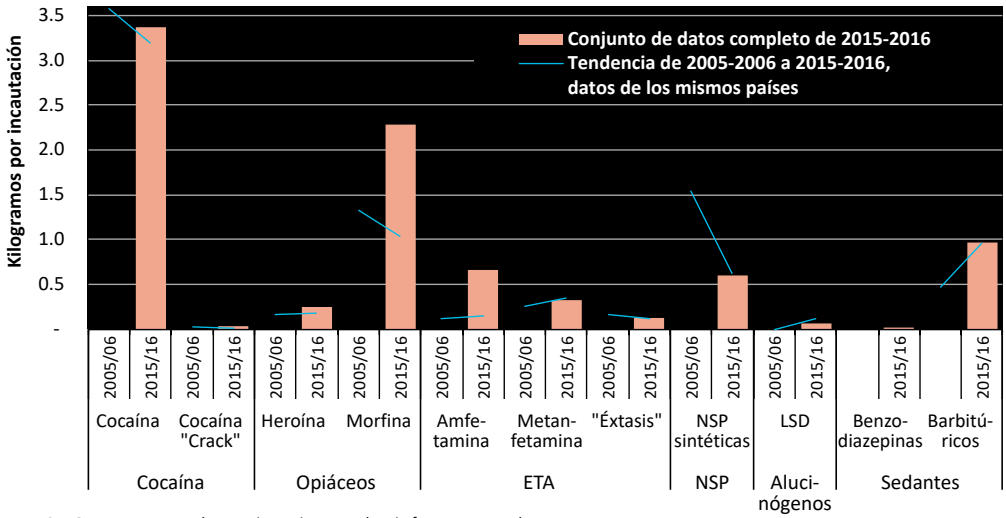
FIG. 16 Tamaño promedio de las incautaciones de determinadas drogas en 2015-2016, y tendencia del tamaño promedio de esas incautaciones desde 2005-2006 hasta 2015-2016



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

Nota: Los detalles de los cálculos pueden consultarse en el anexo metodológico en línea.

FIG. 17 Tamaño promedio de las incautaciones de determinadas drogas en 2015-2016, y tendencia del tamaño medio de esas incautaciones desde 2005-2006 hasta 2015-2016



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

Nota: Los detalles de los cálculos pueden consultarse en el anexo metodológico en línea..

El hecho de que el aumento del número de casos de incautación de drogas haya sido más marcado que el de las cantidades de drogas incautadas, y la consiguiente disminución del tamaño medio de las incautaciones entre el período 2005-2006 y el período 2015-2016, pueden deberse a cambios en las prácticas tanto de las fuerzas del orden como de los traficantes de drogas. Los cambios en las estrategias de las fuerzas del orden podrían incluir una concentración especial en la venta al detalle y el microtráfico, así como en tipos de droga menos voluminosos. Los cambios en las actividades de los traficantes de drogas podrían incluir una tendencia al aumento de las remesas de cantidades más pequeñas de drogas, estrategia utilizada por las organizaciones del narcotráfico para reducir las pérdidas resultantes de las incautaciones (y que incluye el uso de "mulas" y de servicios de envío de paquetes postales y privados, particularmente en el caso de las drogas que se venden en la red oscura). La tendencia a un aumento del tráfico de drogas menos voluminosas o de sustancias de mayor pureza, así como el mayor uso de las redes de suministro sociales para la distribución de las drogas, también podrían explicar en parte la disminución de las cantidades obtenidas por caso de incautación. Asimismo, la mejora de la información sobre las incautaciones más pequeñas puede haber contribuido a la disminución del tamaño promedio de los casos de incautación.

Sin embargo, las diferencias en el peso promedio de los casos de incautación de diferentes tipos de drogas no indican necesariamente un cambio en las intervenciones de las fuerzas del orden o en el modus operandi de los traficantes de drogas, ya que hay grandes diferencias en la pureza y la potencia de las distintas sustancias.

Las incautaciones de algunas de las drogas más voluminosas, como las NSP de origen vegetal (13 kg por caso, como reflejo principalmente de las incautaciones de *khat y kratom*), opio (9,5 kg) y planta de cannabis (9,2 kg), tuvieron los mayores tamaños promedio por caso en el período 2015-2016.

El tamaño promedio de las incautaciones de cocaína (3,4 kg por caso) efectuadas en el período 2015-2016 fue mucho mayor que, por ejemplo, el tamaño promedio de las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico, NSP sintéticas o heroína, lo que podría indicar que el tráfico en grandes cantidades, por ejemplo en semisumergibles y barcos o en contenedores, es más probable en el caso de la cocaína que en el de otras drogas. Aunque la heroína sigue rutas de tráfico igualmente largas y diversas hasta sus principales mercados de consumo, los casos de incautación de esta droga tuvieron, en promedio, un peso considerablemente menor (0,2 kg) que los de la cocaína.

Las incautaciones de menor peso promedio (menos de 10 g por caso) comunicadas en el período 2015-2016 fueron las de LSD, benzodiazepinas, cocaína crack y barbitúricos. Esto puede deberse a las distancias

relativamente cortas entre los lugares de fabricación de las sustancias (LSD, cocaína *crack*), o el punto en que se desvían hacia canales ilícitos (benzodiazepinas y barbitúricos), y los respectivos mercados de consumo.

El tráfico de drogas en la red oscura es un reto cada vez mayor para las autoridades

La investigación empírica sobre la red oscura (la parte de la "web profunda" que contiene información a la que solo se puede acceder mediante navegadores especiales) es limitada hasta la fecha. A continuación se resumen algunos estudios recientes (realizados normalmente con técnicas de rastreo de la web en que se toman repetidas instantáneas de los diversos mercados de la red oscura y se analizan) que ayudan a comprender mejor las tendencias y los patrones de las compras de drogas a través de la red oscura. El examen se basa también en la experiencia y el conocimiento a fondo de los especialistas de las policías europeas y de América del Norte que trabajan en actividades encubiertas para identificar a los vendedores de drogas y desmantelar las plataformas de venta de drogas en la red oscura.

La red oscura: un modelo de negocio para el mercado de drogas

La red oscura se utiliza para muchas actividades ilícitas, y una de ellas es el tráfico de drogas. Un estudio de la red oscura realizado conjuntamente por el EMCDDA y la Europol reveló que más del 60 % de los anuncios en cinco importantes mercados mundiales de la red oscura hasta agosto de 2017 se referían a la venta ilícita de drogas, incluidos los productos químicos y fármacos relacionados con las drogas.[67] La venta ilícita de drogas representaba por sí sola casi la mitad de todos esos anuncios.

Las personas que desean comprar drogas a través de la red oscura suelen acceder a ella mediante el "Onion Router" (TOR) para mantener oculta su verdadera identidad. El uso de buscadores especializados en la red oscura, como Grams, les permite navegar hasta la plataforma de mercado deseada, donde los productos comprados se pagan normalmente en criptomonedas, como el bitcoin.[68] Los bitcoins pueden utilizarse luego para comprar otros bienes y servicios, o cambiarse por distintas monedas nacionales. La entrega de las drogas compradas en esos mercados se efectúa normalmente por servicios postales públicos o privados,[69] y los paquetes se suelen enviar a apartados de correo anónimos, especialmente a "estaciones de paquetes" automatizadas para su recogida en régimen de autoservicio.

La principal ventaja para los proveedores y los clientes es el anonimato de la transacción, ya que no requiere ningún contacto físico. El tráfico a través de la red oscura elimina también la necesidad de que los proveedores y los clientes coincidan en un mismo lugar, así como la necesidad de que los proveedores dispongan de la masa crítica requerida para mantener un mercado de drogas estándar. Al igual que en las transacciones convencionales por Internet, los clientes aprovechan también la retroinformación de otros clientes sobre la calidad de los productos vendidos y la fiabilidad del proveedor. Las plataformas de la red oscura garantizan asimismo el pago de las mercancías vendidas, normalmente mediante sistemas de cuentas de garantía bloqueada,[70] en que los productos encargados deben pagarse de inmediato, pero la finalización del pago no se realiza hasta que el cliente recibe la mercancía.

Alta inestabilidad y desaparición frecuente de las plataformas de comercio de drogas de la red oscura

Los mercados de la red oscura comenzaron a funcionar en 2010,[71] aunque no adquirieron verdadera importancia hasta la puesta en marcha, en febrero de 2011, de la plataforma comercial de la Ruta de la Seda (cerrada en octubre de 2013). Consisten en sitios web que se utilizan como plataformas comerciales, similares a las plataformas de comercio lícito en la World Wide Web pública (la "web superficial"), utilizadas para comprar bienes y servicios lícitos. Sin embargo, debido a la ilegalidad de muchas transacciones en la red oscura, hay diferencias importantes entre las plataformas comerciales de esta red y las de la World Wide Web abierta.

67 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet: Perspectives for Enforcement*, Research and Policy, Joint Publications Series (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017), pág. 15.

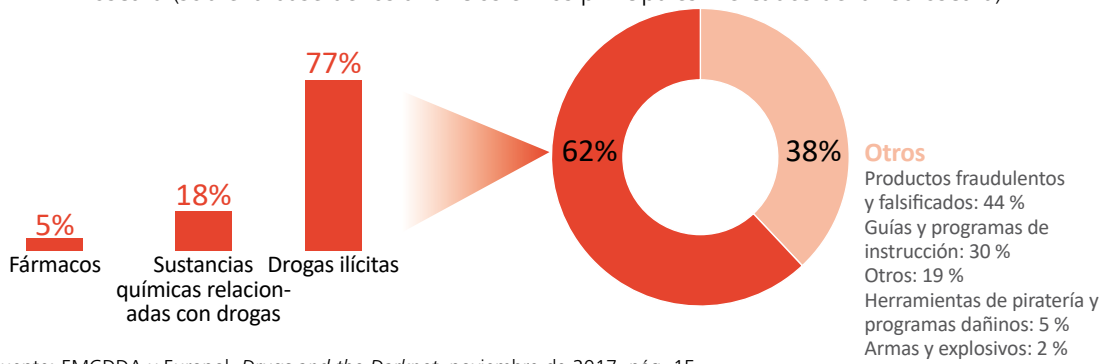
68 Desde los inicios de los mercados de drogas en la red oscura, el bitcoin ha sido la moneda de pago más utilizada (Martin Horton-Eddison y Matteo Di Cristofaro, "Hard interventions and innovation in crypto-drug markets: the escrow example", Policy Brief No. 11 (Swansea, Reino Unido, Global Drug Policy Observatory, Universidad de Swansea, agosto de 2017)), pág. 4.

69 Organización Mundial de Aduanas, Illicit Trade Report 2015 (Bruselas, diciembre de 2016), pág. 44.

70 Horton–Eddison y Di Cristofaro, "Hard interventions and innovation in crypto-drug markets", pág. 3.

71 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*.

FIG. 18 | Importancia de las drogas y de las sustancias químicas relacionadas con las drogas en la red oscura (sobre la base de los anuncios en los principales mercados de la red oscura)



Fuente: EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, noviembre de 2017, pág. 15.

Nota: Sobre la base de los anuncios activos de los mercados AlphaBay, Dream Market, Hansa, TradeRoute y Valhalla de la red oscura, desde la apertura de cada mercado hasta el 21 de agosto de 2017 (o hasta su cierre).

Las principales diferencias son el uso de una moneda especial, generalmente el bitcoin, las cuentas de garantía bloqueada y la rápida aparición y desaparición de las plataformas, a menudo directamente vinculadas a prácticas comerciales ilegales. Según un análisis detallado de 103 mercados de la red oscura que operaron a nivel mundial durante el período 2011-2017, realizado por el EMCDDA y la Europol, los mercados de la red oscura permanecen activos, en promedio, por algo más de ocho meses; los más duraderos perduran casi cuatro años, y la mayoría no dura más de un año. Así pues, las principales plataformas de la red oscura han cambiado frecuentemente, desde la Ruta de la Seda del período 2011-2013 hasta Agora y Evolution en 2014, AlphaBay, Nucleus y Dream Market en 2015-2016, y predominantemente AlphaBay en 2017. Desde el desmantelamiento de AlphaBay en julio de 2017, las principales plataformas han sido Dream Market y algunos mercados emergentes como Valhalla, Ruta de la Seda 3.1, Darknet Heroes League, Apple Market, House of Lions Market, TradeRoute, Wall Street Market, RSClub Market, Zion Market, Infinite Market, CGMC y OW Market.[72]

El EMCDDA y la Europol analizaron también los motivos del cierre de 89 mercados que habían operado a nivel mundial desde 2010 hasta el final de julio de 2017. Descubrieron que las "estafas finales", en que los operadores cierran repentinamente sus sitios y se embolsan todo el dinero existente en las cuentas de garantía bloqueada utilizadas para facilitar las transacciones, habían sido el motivo más frecuente de los cierres (35 %), seguidas de las "salidas voluntarias" (27 %), los cierres por acción de las fuerzas del orden (17 %) y la piratería por terceros (12 %).[73]

72 *Ibid.*

73 *Ibid.*

Aunque los organismos encargados de hacer cumplir la ley no fueron los causantes del cierre de la mayoría de las plataformas comerciales, en términos del número de sitios activos en la red oscura en el período 2011-2017, las autoridades cosecharon uno de sus mayores éxitos en julio de 2017, al desmantelar la plataforma más importante de comercio de drogas existente en ese momento, AlphaBay, como parte de la Operación Bayoneta, realizada conjuntamente por los Estados Unidos, el Canadá, Tailandia, los Países Bajos, la Europol y varias otras fuerzas policiales de Europa.[74] A principios de 2016, con 38.000 anuncios de productos, AlphaBay representaba casi el 30 % de todos los anuncios identificados en los sitios de la red oscura en ese momento.[75] Un año después había más de 250.000 anuncios de drogas y productos químicos ilegales en AlphaBay, junto con más de 100.000 anuncios de documentos de identificación robados y falsos y dispositivos de accesos fraudulentos, productos falsificados, programas dañinos y otras herramientas de piratería informática, armas de fuego y servicios fraudulentos. AlphaBay llegó a tener más de 200.000 usuarios y 40.000 proveedores durante su existencia.[76] Las ventas diarias del sitio a comienzos de 2017 se elevaban a más 600.000 euros, 200.000 euros diarios más que un año antes, y casi el doble de las cifras de venta sin precedentes de la Ruta de la Seda en su momento de apogeo

74 Europol, "Massive blow to criminal dark web activities after globally coordinated operation", comunicado de prensa, 20 de julio de 2017.

75 Kristy Kruithof y otros, "Internet facilitated drugs trade: an analysis of the size, scope and the role of the Netherlands", Research Report Series, documento núm. RR-1607-WODC (Santa Monica, California, Rand Corporation, 2016). Puede consultarse en www.rand.org/.

76 Europol, "Massive blow to criminal dark web activities...".

en el verano de 2013, algunos meses antes de ser cerrada por las autoridades.[77] Las autoridades también lograron desmantelar la plataforma comercial Hansa, considerada entonces "el tercer mayor mercado delictivo de la web oscura, que vendía volúmenes similares de drogas y otros productos ilícitos".[78]

Hasta ahora, el desmantelamiento de las principales plataformas comerciales no ha tenido un impacto importante en el tráfico de drogas a través de la red oscura que haya durado mucho tiempo. El EMCDDA y la Europol señalan que "las intervenciones de las fuerzas del orden que desmantelan mercados de la red oscura perturban esos mercados, pero el ecosistema global parece ser bastante resiliente y rápidamente se establecen nuevos mercados".[79] Algunos ejemplos han demostrado que los proveedores y los clientes simplemente migran a la siguiente plataforma comercial más grande y prosiguen sus operaciones.[80] Los anuncios de los principales mercados de drogas de la red oscura, analizados por la Europol, han revelado que después del cierre de los grandes mercados de drogas de esa red se produce una disminución inmediata de la actividad total de la red, con el consiguiente aumento de los precios en los mercados supervivientes durante ese período inmediatamente posterior al desmantelamiento. Sin embargo, los precios pronto recuperan sus niveles anteriores al cierre, a medida que los vendedores y los clientes migran a otros mercados de la red oscura.[81]

La vigilancia del volumen de las transacciones en la red oscura indicará si el desmantelamiento de las plataformas AlphaBay y Hansa en julio de 2017 tiene un impacto a largo plazo. De hecho, antes de cerrar el sitio de Hansa, la policía lo mantuvo en funcionamiento durante un par de días para entender mejor sus operaciones y obtener más datos sobre los clientes y los proveedores.

El valor del bitcoin no se ve afectado por los cierres de mercados de la red oscura. La inversión especulativa en el mercado del bitcoin ha tenido una importancia mucho mayor para el valor de esta moneda que los desmantelamientos de mercados de la red oscura. El bitcoin sigue siendo la principal moneda de cambio en las transacciones de los mercados de la red oscura, pero el volumen de bitcoins utilizado en las compras de drogas ilícitas aún parece representar una pequeña parte de todas las transacciones en esa moneda. Un estudio reciente sobre el blanqueo de bitcoins realizado con una nueva herramienta de análisis forense que combina los datos públicos de una cadena de bloques con un conjunto de datos privados de direcciones de bitcoin indicó que los "bitcoins ilícitos", en su mayoría vinculados a transacciones en los mercados de la red oscura (principalmente a la Ruta de la Seda en 2013, a Agora en 2014 y 2015, y a AlphaBay en 2016) habían representado apenas el 0,6 % de todas las transacciones entrantes convertidas a distintas monedas nacionales en el período 2013-2016. Sin embargo, los autores del estudio admitieron que esta era probablemente la estimación del extremo inferior del rango y que el porcentaje real del blanqueo de bitcoins podía ser más alto.[82]

La importancia global del tráfico de drogas a través de la red oscura sigue siendo muy limitada

El EMCDDA y la Europol estimaron el valor de la venta de drogas realizada en 16 grandes mercados de la red oscura durante el período comprendido entre el 22 de noviembre de 2011 y el 16 de febrero de 2015 en 172,4 millones de euros a nivel mundial (79 millones de euros generados en los países de la Unión Europea y 93,3 millones de euros en otros países),[83] lo que equivale a unos 222 millones de dólares, es decir, un promedio de 44 millones de dólares por año. Los mayores ingresos en Europa fueron generados por la venta de estimulantes de tipo anfetamínico (anfetamina y éxtasis), seguida por las ventas de cannabis y cocaína, y los proveedores de drogas que obtuvieron los mayores ingresos fueron los de Alemania (más de 25 millones de euros), el Reino Unido (20 millones de euros) y los Países Bajos (18 millones de euros).[84]

Un análisis posterior del narcotráfico a través de AlphaBay[85] reveló que el antiguo sitio había generado un

77 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, pág. 42.

78 Europol, "Massive blow to criminal dark web activities…".

79 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, pág. 11.

80 Conclusiones de una conferencia internacional sobre las investigaciones conjuntas para combatir el tráfico de drogas a través del mercado virtual (la red oscura) en la Unión Europea, celebrada en Bad Erlach (Austria) del 18 al 20 de noviembre de 2015.

81 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, pág. 62.

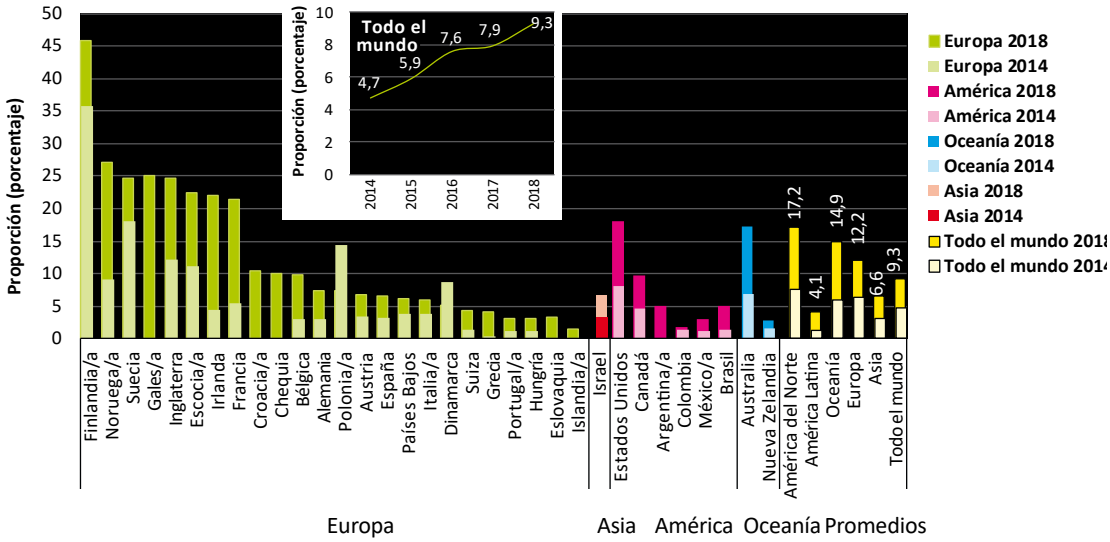
82 Yaya J. Fanusie y Tom Robinson, "Bitcoin laundering: an analysis of illicit flows into digital currency services", 12 de enero de 2018. Puede consultarse en www.defenddemocracy.org/.

83 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, pág. 35..

84 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, pág. 47.

85 Aplicando DATACRYPTO, que es una araña web, RAND

FIG. 19 Proporción de los usuarios de Internet participantes en una encuesta en línea que habían consumido drogas en el último año y que las habían comprado a través de la red oscura, 2014 y 2018 (prevalencia anual)



Fuente: Global Drug Survey. Disponible en https://www.globaldrugsurvey.com/wp- content/themes/globaldrugsurvey/results/GDS2017_key-findings-report_final.pdf.

Nota: Las proporciones indicadas se basan en muestras de conveniencia de personas que se ofrecieron a participar en estos estudios. El número total de personas que respondieron a las preguntas relacionadas con los mercados de la red oscura fue de 535.572 en 2018, y todas ellas comunicaron que habían consumido drogas en el último año.

[a] *En el caso de los siguientes países no se disponía de datos para 2014 o 2018, por lo que se utilizaron los datos del año más cercano: Finlandia (2016 y 2018); Noruega (2016 y 2017); Gales (2017); Escocia (2015 y 2018); Croacia (2017); Grecia (2017); Polonia (2015 y 2018); Italia (2015 y 2018); Portugal (2014 y 2017); Islandia (2017); Argentina (2017); México (2014 y 2017).*

volumen de venta de drogas mucho mayor durante el período 2015-2017 que en los cuatro años anteriores. Las ventas del período 2015-2017 se estimaron en 163 millones de euros, compuestos por 46,4 millones de euros generados en países de la Unión Europea y 116,6 millones de euros obtenidos en el resto del mundo, para el período comprendido entre enero de 2015 y julio de 2017 (un promedio de 65 millones de euros o 73 millones de dólares por año). Sin embargo, no está claro si el crecimiento del volumen de las transacciones por AlphaBay en el período 2015-2017 fue fruto de un marcado aumento del comercio de drogas en la red oscura en general o de un aumento de la popularidad de ese sitio a expensas de otros.

En otro estudio, realizado por RAND Europa en 2016, se estimó que los ingresos relacionados con las drogas generados por los ocho mayores mercados de la red oscura existentes en ese momento ascendían a un total de entre 14 millones y 25 millones de dólares mensuales a comienzos de 2016 (es decir, entre 170 millones y 300 millones de dólares por año).[86] Esta cifra, mucho más alta que la estimación del EMCDDA y la Europol para el período 2011-2015 (44 millones de dólares anuales), podría apuntar a una notable expansión de las actividades de los mercados de la red oscura en los últimos años. No obstante, según las estimaciones del estudio de RAND Europa, el mercado mundial de drogas en la red oscura no supera el 0,1 % a 0,2 % de los volúmenes anuales combinados de los mercados al por menor de drogas de los Estados Unidos [87] y la

Europa identificó 37.896 anuncios en AlphaBay el 22 de diciembre de 2014; el número total de anuncios identificados en 19 criptomercados (en su mayoría investigados unos meses más tarde, en 2015) ascendía a 133.061; véase el artículo "Internet-facilitated drugs trade", disponible en www.rand.org..

86 En enero-febrero de 2016, estos mercados eran AlphaBay, Nucleus, Dreammarket, Cryptomarket, Hansa, Python, French Dark Net y Dark Net Heroes League, que entonces representaban alrededor del 80% de todos los anuncios.

87 El mercado de drogas de los Estados Unidos fue estimado por la Oficina de la Política Nacional para el Control de Drogas en unos 109.000 millones de dólares en 2010 (margen de variación: 69.000 millones a 171.000 millones de dólares) (Kilmer y otros, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*: 2000–2010, Research Report Series, documento núm. RR-534-ONDCP (Santa Monica, California,

Unión Europe.[88] Sin embargo, este resultado debe tomarse con cautela, porque la metodología utilizada en el estudio de RAND Europa se basó en el supuesto de que todos los compradores habían adquirido solo las cantidades mencionadas específicamente en las ofertas de la red oscura, lo que podría ser una subestimación de las cantidades totales compradas por transacción y, por lo tanto, del ingreso global generado.

El estudio de RAND Europa estimó también que en 2016 los mayores ingresos relacionados con la venta de drogas en la red oscura habían sido generados por los proveedores que operaban en América del Norte (el 43 % de los ingresos mundiales), especialmente los de los Estados Unidos (el 36 % de los ingresos mundiales) y, en menor medida, los del Canadá (el 7 %). Les seguían los proveedores que operaban desde Europa (más del 35 % de los ingresos mundiales), especialmente los del Reino Unido (el 16 % de los ingresos mundiales), Alemania (el 8 %) y los Países Bajos (el 8 %).[89] Estos tres países figuraban también en el estudio del EMCDDA y la Europol como los países europeos más afectados por el tráfico en la red oscura.[90] Otros proveedores importantes operaban desde Australia (el 11 % de los ingresos mundiales), y un 3 % de los ingresos se generaba en otros países. El análisis de los proveedores cuya dirección de correo electrónico aparecía junto a los anuncios de drogas en los diversos sitios de venta de drogas de la red oscura (una quinta parte de todos los proveedores) permitió identificar también a varios proveedores de Asia, especialmente de China (el 9 % de todos los anuncios acompañados de un correo electrónico) y la India (el 3 %), así como del Afganistán (el 1 %).[91]

Los estudios indican un aumento marcado de las actividades de tráfico de drogas en la red oscura en los últimos años

La información proporcionada por las fuerzas del orden[92] y la investigación sobre la oferta y la demanda de drogas indican que las actividades de tráfico de drogas en la red oscura han aumentado en los últimos años.[93] El estudio de RAND Europa reveló que las transacciones mensuales habían aumentado en 2,6 veces en el período comprendido entre octubre de 2013 y enero de 2017,[94] y el estudio del EMCDDA sobre la red oscura indicó que las ventas mensuales a través de AlphaBay se habían triplicado entre principios de 2016 y principios de 2017.[95] Hasta la fecha, no se dispone de información sobre la evolución de la red oscura tras el desmantelamiento de AlphaBay y Hansa en julio de 2017.

La Global Drug Survey, basada en una muestra de conveniencia no representativa (que no se puede extrapolar a los consumidores de drogas no incluidos en la encuesta) de unas 100.000 personas autoseleccionadas de más de 50 países (más países desarrollados que en desarrollo) que respondieron a una encuesta en línea, indicó que la proporción de usuarios de Internet que consumían drogas y que las adquirían a través de la red oscura había pasado del 4,7% en 2014 al 9,3 % por ciento en enero de 2018, con aumentos en prácticamente todos los países. Las proporciones más altas de usuarios de Internet que consumían drogas y que informaron de que las habían comprado a través de la red oscura en 2018 correspondían a América del Norte, Oceanía y Europa.

Rand Corporation, 2014).

88 El EMCDDA estimó el valor del mercado minorista europeo de drogas ilícitas en unos 24.300 millones de euros (margen de variación: 21.000 millones a 31.000 millones de euros) en 2013, lo que equivale a unos 32.000 millones de dólares por año.

89 RAND Europa, "Internet-facilitated Drugs Trade".

90 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, pág. 47.

91 Rand Europe, "Internet-facilitated drugs trade".

92 Europol, SOCTA 2017: *European Union and Organised Crime Threat Assessment – Crime in the Age of Technology* (La Haya, 2017), pág. 11.

93 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, pág. 10.

94 RAND Europe, "Internet-facilitated drugs trade".

95 EMCDDA y Europol, *Drugs and the Darknet*, p. 43.

Prevalencia anual del consumo de cannabis, opioides y opiáceos, por regiones y a nivel mundial, 2016

Región o subregión	Cannabis						Opioides (opiáceos y opioides de venta con receta)						Opiáceos					
	Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)		
	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior
África	**51.930**	**37.110**	**75.930**	**7,6**	**5,5**	**11,2**	**2.190**	**970**	**3.700**	**0,32**	**0,14**	**0,54**	**2.060**	**970**	**3.150**	**0,30**	**0,14**	**0,46**
África Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Septentrional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Occidental y Central	34.260	28.520	42.420	13,2	11,0	16,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América	**52.900**	**51.600**	**55.080**	**8,0**	**7,8**	**8,3**	**14.330**	**12.660**	**17.100**	**2,16**	**1,90**	**2,57**	**2.840**	**2.070**	**3.650**	**0,43**	**0,31**	**0,55**
Caribe	630	230	1.730	2,2	0,8	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centroamérica	820	410	1.320	2,8	1,4	4,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América del Norte	41.510	41.330	41.680	12,9	12,9	13,0	13.570	12.330	14.520	4,22	3,84	4,52	2.560	1.890	3.150	0,80	0,59	0,98
América del Sur	9.940	9.630	10.340	3,5	3,4	3,6	580	250	2.160	0,20	0,09	0,76	240	150	330	0,08	0,05	0,12
Asia	**56.610**	**47.750**	**71.180**	**1,9**	**1,6**	**2,4**	**13.590**	**9.390**	**19.340**	**0,46**	**0,32**	**0,65**	**11.230**	**7.740**	**15.650**	**0,38**	**0,26**	**0,53**
Asia Central	1.480	440	2.440	2,6	0,8	4,2	540	480	590	0,93	0,83	1,03	520	460	580	0,90	0,80	1,00
Asia Oriental y Sudoriental	9.650	4.460	21.490	0,6	0,3	1,3	3.280	2.320	4.010	0,20	0,14	0,25	3.280	2.320	4.010	0,20	0,14	0,25
Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa	**27.860**	**27.180**	**28.610**	**5,1**	**5,0**	**5,2**	**3.570**	**3.430**	**3.790**	**0,65**	**0,63**	**0,69**	**3.200**	**2.990**	**3.620**	**0,59**	**0,55**	**0,66**
Europa Oriental y Sudoriental	5.490	5.120	5.830	2,4	2,3	2,6	1.750	1.670	1.840	0,78	0,74	0,81	1.500	1.430	1.590	0,67	0,63	0,70
Europa Occidental y Central	22.370	22.060	22.780	7,0	6,9	7,1	1.820	1.760	1.950	0,57	0,55	0,61	1.700	1.560	2.040	0,53	0,49	0,64
Oceanía	**2.850**	**2.130**	**3.250**	**11,0**	**8,3**	**12,6**	**580**	**550**	**610**	**2,24**	**2,13**	**2,37**	**40**	**40**	**70**	**0,16**	**0,14**	**0,28**
Australia y Nueva Zelandia	2.070	2.070	2.070	11,0	11,0	11,0	560	550	570	2,95	2,90	2,99	35	35	41	0,18	0,18	0,22
Melanesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia	60	40	80	16,6	10,7	22,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polinesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ESTIMACIÓN MUNDIAL	**192.150**	**165.760**	**234.060**	**3,9**	**3,4**	**4,8**	**34.260**	**27.010**	**44.540**	**0,70**	**0,55**	**0,91**	**19,380**	**13.800**	**26.150**	**0,40**	**0,28**	**0,53**

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

Prevalencia anual del consumo de cocaína,[a] anfetaminas[b] éxtasis, por regiones y a nivel mundial, 2016

Región o subregión	Cocaína						Anfetaminas y estimulantes de venta con receta						"Éxtasis"					
	Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)			Número (miles)			Prevalencia (porcentaje)		
	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Mejor estimación	Inferior	Superior	Best estimate	Inferior	Superior
África	**3.180**	**920**	**5.720**	**0,47**	**0,13**	**0,84**	**5.980**	**1.910**	**10.420**	**0,88**	**0,28**	**1,53**	**1.410**	**450**	**2.420**	**0,21**	**0,07**	**0,36**
África Oriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Septentrional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Occidental y Central	1.805	725	2.890	0,69	0,28	1,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América	**9.230**	**8.510**	**9.880**	**1,39**	**1,28**	**1,49**	**7.530**	**6.210**	**8.790**	**1,13**	**0,93**	**1,32**	**3.480**	**3.370**	**3.610**	**0,52**	**0,51**	**0,54**
Caribe	180	80	330	0,63	0,29	1,16	260	10	710	0,90	0,05	2,48	60	30	100	0,23	0,10	0,36
Centroamérica	200	100	300	0,66	0,35	1,01	60	30	90	0,21	0,09	0,31	50	20	100	0,17	0,07	0,33
América del Norte	6.140	5.990	6.280	1,91	1,86	1,95	6.500	5.540	7.240	2,02	1,72	2,25	2.860	2.860	2.860	0,89	0,89	0,89
América del Sur	2.720	2.340	2.970	0,95	0,82	1,04	710	630	740	0,25	0,22	0,26	510	470	550	0,18	0,16	0,19
Asia	**1.040**	**150**	**1.940**	**0,03**	**0,01**	**0,07**	**17.450**	**2.690**	**32.220**	**0,59**	**0,09**	**1,08**	**11.200**	**1.270**	**21.140**	**0,38**	**0,04**	**0,71**
Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Oriental y Sudoriental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental	70	30	130	0,02	0,01	0,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa	**4.330**	**3.870**	**4.880**	**0,79**	**0,71**	**0,90**	**2.850**	**2.290**	**3.450**	**0,52**	**0,42**	**0,63**	**4.050**	**3.490**	**4.740**	**0,74**	**0,64**	**0,87**
Europa Oriental y Sudoriental	620	290	1.000	0,28	0,13	0,44	720	400	1.060	0,32	0,18	0,47	1.330	840	1.840	0,59	0,37	0,82
Europa Occidental y Central	3.710	3.580	3.890	1,16	1,12	1,22	2.130	1.900	2.390	0,67	0,59	0,75	2.720	2.650	2.900	0,85	0,83	0,91
Oceanía	**430**	**420**	**430**	**1,65**	**1,61**	**1,65**	**350**	**320**	**360**	**1,34**	**1,24**	**1,38**	**420**	**400**	**420**	**1,64**	**1,56**	**1,65**
Australia y Nueva Zelandia	420	420	420	2,19	2,19	2,19	250	250	250	1,34	1,34	1,34	410	400	420	2,17	2,12	2,23
Melanesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia	-	-	-	-	-	-	6	2	11	1,63	0,58	3,15	-	-	-	-	-	-
Polinesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ESTIMACIÓN MUNDIAL	**18.200**	**13.870**	**22.850**	**0,37**	**0,28**	**0,47**	**34.160**	**13.420**	**55.240**	**0,70**	**0,27**	**1,13**	**20.570**	**8.990**	**32.340**	**0,42**	**0,18**	**0,66**

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

[a] *La cocaína incluye sal de cocaína, cocaína crack y otros tipos como pasta de coca, cocaína base, "basuco", "paco" y "merla".* [b] *Las anfetaminas incluyen la anfetamina y la metanfetamina.*

ANEXO Personas que se inyectan drogas y VIH

Número estimado y prevalencia (porcentaje) de las personas que se inyectan drogas, y de las personas de ese grupo que viven con el VIH, por regiones, 2016

Región o subregión	Personas que se inyectan drogas							VIH entre las personas que se inyectan drogas				
	Número estimado			Prevalencia (%)			Cobertura de datos de la población de 15 a 64 años de edad	Número estimado			Prevalencia (%) Mejor estimación	Cobertura de datos del número estimado de personas que se inyectan drogas
	Inferior	Mejor	Superior	Inferior	Mejor	Superior		Inferior	Mejor	Superior		
África	**390.000**	**730.000**	**2.310.000**	**0,06**	**0,11**	**0,34**	**57,6%**	**36.000**	**82.000**	**564.000**	**11,2**	**75,5%**
América	**1.860.000**	**2.400.000**	**3.300.000**	**0,28**	**0,36**	**0,50**	**85,2%**	**75.000**	**111.000**	**211.000**	**4,6**	**93,1%**
América del Norte	1.550.000	1.780.000	2.010.000	0,48	0,55	0,63	100%	62.000	71.000	81.000	4,0	100%
América Latina y el Caribe	310.000	610.000	1.290.000	0,09	0,18	0,37	71,3%	14.000	39.000	129.000	6,4	73,2%
Asia	**3.470.000**	**4.840.000**	**6.300.000**	**0,12**	**0,16**	**0,21**	**94,3%**	**388.000**	**581.000**	**861.000**	**12,0**	**95,3%**
Asia Central y Transcaucasia	400.000	440.000	500.000	0,69	0,76	0,87	93,6%	28.000	33.000	42.000	7,5	93,6%
Asia Oriental y Sudoriental	2.210.000	3.200.000	4.190.000	0,14	0,20	0,26	95,1%	174.000	306.000	510.000	9,6	96,4%
Asia Sudoccidental	560.000	740.000	930.000	0,29	0,38	0,48	100%	160.000	212.000	267.000	28,8	100%
Cercano Oriente y Oriente Medio	50.000	190.000	380.000	0,04	0,18	0,36	17,2%	400	800	7.300	0,4	55,8%
Asia Meridional	270.000	280.000	300.000	0,03	0,03	0,03	99,9%	25.000	29.000	34.000	10,3	99,9%
Europa	**2.440.000**	**2.520.000**	**2.660.000**	**0,45**	**0,47**	**0,49**	**99,9%**	**468.000**	**483.000**	**503.000**	**19,1**	**100%**
Europa Oriental y Sudoriental	1.780.000	1.820.000	1.880.000	0,80	0,82	0,85	100%	402.000	409.000	416.000	22,4	100%
Europa Occidental y Central	650.000	700.000	780.000	0,20	0,22	0,24	99,9%	65.000	74.000	87.000	10,6	99,9%
Oceanía	**140.000**	**140.000**	**150.000**	**0,52**	**0,53**	**0,56**	**73,3%**	**1.300**	**1.600**	**1.700**	**1,2**	**73,3%**
Todo el mundo	**8.300.000**	**10.630.000**	**14.710.000**	**0,17**	**0,22**	**0,30**	**88,4%**	**970.000**	**1.260.000**	**2.140.000**	**11,8**	**94,3%**

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

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

Opio/Heroína

Cultivo ilícito de adormidera, 2006-2017 (hectáreas)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ASIA SUDOCCIDENTAL												
Afganistán (mejor estimación)	165.000	193.000	157.000	123.000	123.000	131.000	154.000	209.000	224.000	183.000	201.000	328.000
llímite inferior [a]				102.000	104.000	109.000	125.000	173.000	196.000	163.000	182.000	301.000
límite superior [a]				137.000	145.000	155.000	189.000	238.000	247.000	202.000	221.000	355.000
ASIA SUDORIENTAL												
República Democrática Popular Lao [b] (mejor estimación)	2.500	1.500	1.600	1.900	3.000	4.100	6.800	3.900	6.200	5.700	..	..
límite inferior [a]	2.040	1.230	710	1.100	1.900	2.500	3.100	1.900	3.500	3.900		
límite superiora [a]	2.990	1.860	2.700	2.700	4.000	6.000	11.500	5.800	9.000	7.600		
Myanmar [b] (mejor estimación)	21.500	27.700	28.500	31.700	38.100	43.600	51.000	57.800	57.600	55.500	..	41.000 [c]
límite inferior [a]	..	22.500	17.900	20.500	17.300	29.700	38.249	45.710	41.400	42.800		30.200
límite superior [a]	..	32.600	37.000	42.800	58.100	59.600	64.357	69.918	87.300	69.600		51.900
AMÉRICA												
Colombia (mejor estimación)	1.023	715	394	356	341	338	313	298	387	595	462	..
México [d, f] (mejor estimación)	5.000	6.900	15.000	19.500	14.000	12.000	10.500	11.000	17.000	26.100	..	..
límite inferior [a]										21.800		
límite superior [a]										30.400		

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
					OTROS							
Otros países [e]	5.977	5.885	10.509	9.479	12.221	16.462	12.282	13.293	11.522	*10.597*	*103,839*	*49.000*
TOTAL (mejor estimación)	**201.000**	**235.700**	**213.003**	**185.935**	**190.662**	**207.500**	**234.895**	**295.291**	**316.709**	***281.492***	***305,301***	***418.000***
límite inferior				152.935	**149.762**	**170.000**	**189.444**	**245.201**	**269.809**	***242.692***	***265,617***	***397.217*** [f]
límite superior				211.835	**233.662**	**249.400**	**287.952**	**338.309**	**372.209**	***320.792***	***346,017***	***497.717*** [f]
TOTAL (mejor estimación redondeada)	**201.000**	**235.700**	**213.000**	**185.900**	**190.700**	**207.500**	**234.900**	**295.300**	**316.700**	***281.500***	***305,300***	***418.000*** [f]

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

Nota: Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían ser revisadas cuando se disponga de información actualizada. Los dos puntos indican que no se dispone de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2018 contiene información acerca de las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.

[a] *Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente.*

[b] *Puede incluir superficies que se erradicaron después de la fecha del estudio de la zona.*

[c] *La estimación para 2017 solo abarca los estados de Shan y Kachin.*

[d] *Hasta 2014, las estimaciones correspondientes a México proceden del Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos, porque no forman parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas. Las estimaciones del cultivo de adormidera en los años 2016 y 2017, elaboradas en el marco del proyecto México/UNODC titulado "Monitoreo de Cultivos Ilícitos en el Territorio Mexicano", estarán disponibles en breve.*

[e] *Incluye a los países con bajos niveles de cultivo (menos de 400 ha en el año más reciente para el que se dispone de datos) y los países con pruebas indirectas del cultivo ilícito (erradicación de adormidera) pero sin mediciones directas. Véase el cuadro titulado "Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países, y erradicación de adormidera, 2007-2017". Además, para 2016 y 2017, se incluyen en esta categoría las mejores estimaciones de los países para los que no se dispone de datos (República Democrática Popular Lao, México (2016 y 2017), Myanmar (2016) y Colombia (2017).*

A partir de 2008, se comenzó a utilizar una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en los países en que no existen datos sobre el cultivo ilícito de adormidera. En la sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2018 figura una descripción detallada de esta metodología.

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

Producción potencial de opio secado al horno, 2006-2017 (toneladas)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ASIA SUDOCCIDENTAL												
Afganistán (mejor estimación)	5.300	7.400	5.900	4.000	3.600	5.800	3.700	5.500	6.400	3.300	4.800	9.000
límite inferior [a]					3.000	4.800	2.800	4.500	5.100	2.700	4.000	8.000
límite superior [a]					4.200	6.800	4.200	6.500	7.800	3.900	5.600	10.000
ASIA SUDORIENTAL												
República Democrática Popular Lao [b, f] (mejor estimación)	20	9	10	11	18	25	41	23	92	..	..	..
límite inferior [g]	16	7	4	7	11	15	18	11	51	84		
límite superior [g]	24	11	16	16	24	36	69	35	133	176		
Myanmar [b] (mejor estimación)	315	460	410	330	580	610	690	870	670	647	..	550 [h]
límite inferior				213	350	420	520	630	481	500		*395*
límite superior				445	820	830	870	1,100	916	820		*706*
AMÉRICA												
Colombia (mejor estimación)	13	14	10	9	8	8	8	11	12	17	13	..
México [c, e] (mejor estimación)	108	150	325	425	300	250	220	225	360	*499*	..	..
límite inferior										*279*		
límite superior										*693*		
OTROS												
Otros países[d]	55	58	187	178	224	290	172	182	198	*178*	*1.570*	*950*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
TOTAL (mejor estimación)	5.810	8.091	6.841	4.953	4.730	6.983	4.831	6.810	7.732	*4.771*	*6.383*	*10.500*
límite inferior					**3.894**	**5.783**	**3.738**	**5.558**	**6.202**	***3.758***	***5.107***	***9.002***
límite superior					**5.576**	**8.214**	**5.539**	**8.052**	**9.419**	***5.784***	***7.629***	***11.915***
TOTAL (mejor estimación redondeada)	**5.810**	**8.090**	**6.840**	**4.950**	**4.730**	**6.980**	**4.830**	**6.810**	**7.730**	***4.770***	***6.380***	***10.500*** [i]

Fuentes: Afganistán, República Democrática Popular Lao y Myanmar: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Colombia: sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Desde 2008, la producción se ha calculado sobre la base de cifras actualizadas de los rendimientos regionales y las ratios de conversión del Departamento de Estado y la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos de América. México: hasta 2014, estimaciones derivadas de los estudios del Gobierno de los Estados Unidos; para 2015, estimación de la UNODC.

Nota: Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían ser revisadas cuando se disponga de información actualizada. Los dos puntos indican que no se dispone de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2018 contiene información sobre las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.

[a] *Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente.*

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

[c] *Hasta 2014, las estimaciones proceden del Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos, porque no forman parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas. Las estimaciones de la producción de opio en los años 2016 y 2017, elaboradas en el marco del proyecto México/UNODC titulado "Monitoreo de Cultivos Ilícitos en el Territorio Mexicano", estarán disponibles en breve..*

[d] *Incluye a los países con bajos niveles de cultivo (menos de 400 ha en el año más reciente para el que se dispone de datos) y los países con pruebas indirectas del cultivo ilícito (erradicación de adormidera) pero sin mediciones directas. Véase el cuadro titulado "Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países, y erradicación de adormidera, 2007-2017".*

A partir de 2008, se comenzó a utilizar una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en los países en que no existen datos sobre el cultivo ilícito de adormidera. Estas estimaciones son más altas que las cifras anteriores, pero el orden de magnitud es el mismo. En la sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2017 figura una descripción detallada de esta metodología..

[e] *Las cifras de 2015, publicadas en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7) se han revisado, debido a un ajuste estadístico aplicado por la UNODC. El Gobierno de México no valida ninguna estimación de la producción de opio. Las cifras de producción se presentarán una vez que se disponga de los datos sobre el rendimiento del proyecto conjunto México/UNODC "Monitoreo de Cultivos Ilícitos en el Territorio Mexicano". La producción de opio estimada por la UNODC para 2015 se basa en a) la superficie de cultivo, determinada por el proyecto conjunto del Gobierno de México y la UNODC, y b) los datos sobre el rendimiento, basados en los estudios del rendimiento realizados por los Estados Unidos en México durante el período 2001-2003. Las cifras de la producción de opio consignadas para 2015 son estimaciones preliminares y, por razones metodológicas, no son comparables con las cifras de producción del período 1998-2014. Gracias al proyecto conjunto México/UNODC titulado "Monitoreo de Cultivos Ilícitos en el Territorio Mexicano", en breve se dispondrá de las estimaciones del cultivo de adormidera en los años 2016 y 2017.*

[f] *Debido a la realización tardía de las actividades de vigilancia en 2013, es posible que el estudio no haya detectado todo el cultivo ilícito de ese año.*

[g] *Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente, con la excepción de 2015. Las cifras de 2015 son la estimación más alta y más baja calculadas de forma independiente; para el cálculo del total mundial se utilizó el punto medio.*

[h] *La estimación correspondiente a 2017 solo abarca los estados de Shan y Kachin.*

[i] *Estimaciónpreliminar.*

Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países, y erradicación de adormidera, 2007-2017

	Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Guatemala	Cultivo (hectáreas)						220	310	640	260	310	
Guatemala	Producción (toneladas)						4	6	14	6	6	
Pakistán	Cultivo (hectáreas)	1.701	1.909	1.779	1.721	362	382	493	217	372	130	
Pakistán	Producción (toneladas)	43	48	44	43	9	9	12	5	9	3	
Tailandia	Cultivo (hectáreas)	205	288	211	289	289	209	265			399	
Tailandia	Producción (toneladas)	3	5	3	5	6	3	4				
Afganistán	Erradicación (hectáreas)	19.047	5.480	5.351	2.316	3.810	9.672	7.348	2.692	3.760	355	750
Argelia	Erradicación (plantas)				868	340	204	2.721	7.470			
Argelia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	7.675	7.761	962	87	34	20.4	272.1			106	
Argentina	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	5.8									0.2	
Armenia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)								0.18	0.13	60	
Australia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)										37	
Austria	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)		8.76	13.83		4.60	1.91	2.07	1.41		0.05	
Azerbaiyán	Erradicación (hectáreas)					2.26	0.21	0.40	0.45			
Azerbaiyán	Erradicación (plantas)					201	2,628	34	284			
Bangladesh	Erradicación (hectáreas)				8	22						

	Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bangladesh	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)			145.021								
Belarús	Erradicación (hectáreas)				14	52	26				92	
Belarús	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)					59		81	51		94	
Canadá	Erradicación (hectáreas)				7	7						
Canadá	Erradicación (plantas)				60.000	60.000						
Canadá	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)				6600	9.3		7.3			85.9	
China	Erradicación (hectáreas)										6	
Colombia	Erradicación (hectáreas)	375	381	546	712	294	320	514	813	613	450	
Chipre	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)									6		
Chequia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)									40		
Ecuador	Erradicación (plantas)		74.555	115.580	257.306	44.200	4,025.800	2.554.865	2.023.385	183.573	1.207.147	
Ecuador	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)		7.456	11.558	12.865	2.210	185.490	75.765				
Egipto	Erradicación (hectáreas)	89	121	98	222	1		3		98	105	
Egipto	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	161										
Georgia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)								8			
Grecia	Erradicación (plantas)						192	60	144	145	624	

	Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Guatemala	Erradicación (hectáreas)	449	536	1.345	918	1.490	590	2.568	1.197	430	45	
Guatemala	Erradicación (plantas)										17.643.447	
Guatemala	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	24.153.765	27.880.441	69.228.416	54.612.442			10.935.532	864.150			
Hungría	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)						1,502	2,152				
India	Erradicación (hectáreas)	8.000	624	2.420	3.052	5.746	1.332	865	1.636	3.461	2.875	
India	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)								3.770			
Irán (República Islámica del)	Erradicación (hectáreas)				2.00		1	1	1		1	
Irán (República Islámica del)	Erradicación (plantas)						140.000	100.000	120.000		90.000	
Italia	Erradicación (plantas)				1.797	2.007	6.717					
Italia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)						716	375	168	30	1.098	
Japón	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)		535	104	90	26	20	11				
Kazajstán	Erradicación (hectáreas)										0.2	
Kazajstán	Erradicación (plantas)					1. 692			2.254	19.510	15.515	
Kazajstán	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)		68	127	105	90	30	2	8	298		
Kirguistán	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	724	102	344	58	200	399	147	63	55		
República Democrática Popular Lao	Erradicación (hectáreas)	779	575	651	579	662	707	397		809		

	Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Letonia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	75	23	31		1	12	7	9	43		
Líbano	Erradicación (hectáreas)	8		21	14	4		6	1			
Lituania	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	26	45	16								
Lituania	Erradicación (hectáreas)	2.40										
México	Erradicación (hectáreas)	11.046	13.095	14.753	15.491	16.389	15.726	14.662	21.644	25.960	22.437	
México	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)		7.263	7.964	9.335	10.101	9.572	10.209	14.812	17.948	16.401	
Myanmar	Erradicación (hectáreas)	3.662	4.820	4.087	8.267	7.058	23.718	12.288	15.188	13.450	7.561	3.533
Nepal	Erradicación (hectáreas)		21	35								
Omán	Erradicación (hectáreas)							6				
Pakistán	Erradicación (hectáreas)	614	0	105	68	1.053	592	568	1.010	605	1.470	
Pakistán	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	6.880	81.675	25.550				4.650	5.976	4.576	1.023	
Perú	Erradicación (hectáreas)	28	23	32	21							
Filipinas	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	250										
Polonia	Erradicación (hectáreas)			9								
Polonia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	207										
Portugal	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)					164		1.6	9.4			

	Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
República de Corea	Erradicación (plantas)							25.369				
República de Corea	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)				3.855					8.013	9.771	
República de Moldova	Erradicación (plantas))					32.413	11.255					
República de Moldova	Seizure poppy plants (in kg equivalents)	95	79	26.075								
Federación de Rusia	Erradicación (hectáreas)	2.5		3.3		1.4	0.6	0.9	1.1	0.6	0.8	
Federación de Rusia	Erradicación (plantas)								645			
Federación de Rusia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	1.863	2.799	2.807	2.575	4.273	3.196	2.216	1.438	1.043	270	
España	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)				13		10	30	219		0.02	
Estado de Palestina	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)					4.2	5.8	1.2	17.8			
Tayikistán	Erradicación (plantas)					13	5.400	103				
Tailandia	Erradicación (hectáreas)	220	285	201	278	208	205	264			319	
Ucrania	Erradicación (hectáreas)		28		436			39		48	164	
Ucrania	Erradicación (plantas)				1.185.118		474.000	22.800.000				
Ucrania	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)		164.000		4.162		7.4		384	930		
Uzbekistán	Erradicación (hectáreas)					1.0		1.0	0.3	0.3	0.3	
Uzbekistán	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)	169	138	687	896	413	330	336	406	205	863	

	Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Viet Nam	Erradicación (hectáreas)	38	99	31		38	35	25	19	18		

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

Fabricación mundial de heroína a partir de la producción mundial ilícita de opio, 2006-2017 (toneladas)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Producción potencial total de opio	5.810	8.091	6.841	4.953	4.730	6.983	4.831	6.810	7.723	4.771	6.383	*10.500*
Producción potencial de opio no transformado en heroína	1.786	3.078	2.360	1.680	1.728	3.400	1.850	2.600	2.450	1.360	2.510	*1.100-1.400*
Producción potencial de opio transformado en heroína	4.024	5.012	4.481	3.273	3.002	3.583	2.981	4.210	5.273	3.411	3.873	*9.100-9.400*
Fabricación potencial total de heroína *	553	686	600	427	383	467	377	555	542	327	408	*700-1.050*

Notas: El cálculo indica la cantidad potencial de heroína que se podría haber fabricado a partir del opio producido en un año dado; no se tienen en cuenta las variaciones en las existencias de opio, que también pueden utilizarse para la fabricación de heroína y que pueden ser importantes. El Afganistán es el único país para el que se ha estimado la proporción de la producción potencial de opio que no fue transformada en heroína dentro del país. Para todos los demás países, a los efectos del presente cuadro, se supone que todo el opio producido se transformó en heroína. Si todo el opio producido en el Afganistán en 2016 se hubiera transformado en heroína, la fabricación potencial total de heroína habría ascendido a 668 toneladas a nivel mundial (510 toneladas en el Afganistán).

La cantidad de heroína producida en el Afganistán se calcula utilizando dos parámetros que pueden variar: a) la relación entre el opio que no se procesa y el opio que se transforma en heroína; y b) la ratio de conversión en heroína. El primer parámetro se estima indirectamente, comparando las incautaciones de opio con las incautaciones de heroína y morfina comunicadas por el Afganistán y los países vecinos. Para 2016, este cálculo indicó que el 57 % de la producción potencial de opio del Afganistán se había transformado en heroína. Para el segundo parámetro, de 2005 a 2013 se utilizó una ratio de conversión de opio en morfina/heroína de 7:1, determinada sobre la base de entrevistas con "cocineros" afganos de morfina/heroína, un ejercicio de fabricación real de heroína realizado por dos "cocineros" de heroína afganos (analfabetos), documentado por el Bundeskriminalamt de Alemania en el Afganistán en 2003 (publicado en el Bulletin on Narcotics, vol. LVII, Nos. 1 and 2, 2005, págs. 11 a 31) y estudios de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre el contenido de morfina del opio afgano (12,3 % en el período 2010-2012, menos que el 15 % del período 2000-2003). De 2014 a 2016 se utilizó un enfoque diferente para la conversión, como consecuencia de la nueva información disponible sobre el contenido de morfina y del uso de un método diferente para tener en cuenta la pureza. El método revisado utiliza una ratio de 18,5 kg de opio por 1 kg de clorhidrato de heroína blanca de una pureza del 100 % (véase UNODC, Afghanistan Opium Survey 2014, noviembre de 2014); sobre la base de una calidad de exportación estimada en el 51 % en 2016, esto da una ratio de 9,5 kg (margen de variación: 9 kg a 10 kg) de opio por 1 kg de heroína de calidad para exportación (para 2016). En Afghanistan Opium Survey 2016 (UNODC, octubre de 2016) figuran más detalles al respecto. Para los países distintos del Afganistán, se utiliza una ratio "tradicional" de conversión de opio a heroína de 10:1. Las ratios se ajustarán cuando se disponga de mejor información. Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían revisarse cuando se reciba información actualizada.

Para 2017 se han facilitado nuevos datos sobre la producción de heroína de mayor pureza en el Afganistán. Los márgenes de variación de las cifras comunicadas reflejan las diferentes purezas y los límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95 % en torno a las estimaciones de la producción de opio del Afganistán en 2017. En Afghanistan Opium Survey 2017 (UNODC, mayo de 2018) puede encontrarse más información a este respecto.

** Fabricación estimada de heroína de calidad de exportación.*

Coca/cocaína

Cultivo ilícito mundial de arbusto de coca, 2006-2016 (hectáreas)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivia (Estado Plurinacional de)	27.500	28.900	30.500	30.900	31.000	27.200	25.300	23.000	20.400	20.200	23.100
Colombia [a]	78.000	99.000	81.000	73.000	62.000	64.000	48.000	48.000	69.000	96.000	146.000
Perú [b]	51.400	53.700	56.100	59.900	61.200	64.400					
Perú [c]						62.500	60.400	49.800	42.900	40.300	43.900
Total	**156.900**	**181.600**	**167.600**	**163.800**	**154.200**	**155.600** [d]	**133.700**	**120.800**	**132.300**	**156.500**	**213.000**

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

Nota: En el Informe Mundial sobre las Drogas 2012 *(publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1, págs. 60 y 61) se presentaron diferentes conceptos de superficie y sus efectos en la comparabilidad. Continúan los esfuerzos por mejorar la comparabilidad de las estimaciones de los distintos países; desde 2011, se estima la superficie neta dedicada al cultivo del arbusto de coca en la fecha de referencia del 31 de diciembre para el Perú, además de Colombia. La estimación presentada para el Estado Plurinacional de Bolivia representa la superficie dedicada al cultivo de coca obtenida por interpretación de imágenes de satélite.*

[a] *Superficie neta al 31 de diciembre.*

[b] *Las cifras representan la superficie dedicada al cultivo de coca obtenida por interpretación de imágenes de satélite.*

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

[d] *La cifra mundial del cultivo de coca se calculó con la "superficie derivada de la interpretación de imágenes de satélite" en el caso del Perú.*

Erradicación de arbusto de coca comunicada, 2007-2016

	Método de erradicación	Unidad	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivia (Estado Plurinacional de)	manual	hectárea	6.269	5.484	6.341	8.200	10.509	11.044	11.407	11.144	11.020	6.577
Colombia	manual	hectárea	66.392	96.003	60.565	43.804	35.201	30.456	22.121	11.703	13.473	17.642
	fumigación	hectárea	153.134	133.496	104.772	101.940	103.302	100.549	47.052	55.532	37.199	0
Perú	manual	hectárea	11.056	10.143	10.025	12.033	10.290	14.171	23.785	31.205	35.868	30.150
Ecuador	manual	hectárea	12	12	6	3	14	..	..	..	..	
		plantas	130.000	152.000	57.765	3.870	55.030	122.656	41.996	15.874	45.266	20.896

Fuentes: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC e informes de los Gobiernos.

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

Fabricación potencial de cocaína 100 % pura, 2006-2016 (toneladas)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bolivia (Estado Plurinacional de)	94	*104*	*113*	..	..	..	..	..	..	..	..
Colombia	809	683	471	488	424	384	333	290	442	646	866
Perú	*280*	*290*	*302*	..	..	..	..	..	..	..	..
Total sobre la base de las ratios de conversión "antiguas" [a]	**1.183**	**1.077**	**886**	**920**	**862**	**815**	**738**	**662**	**746**	**937**	**1.198**
Total sobre la base de las ratios de conversión "nuevas" [a]	***1.381***	***1.317***	***1.143***	***1.188***	***1.134***	***1.090***	***997***	***902***	***943***	***1.125***	***1.410***

Fuente: Estado Plurinacional de Bolivia: cálculos propios basados en los estudios del rendimiento de las hojas de coca realizados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (Yungas de la Paz) y en los estudios científicos de la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos de América (Chapare). Colombia: UNODC/Gobierno de Colombia. Perú: cálculos propios basados en la ratio de conversión de la hoja de coca en cocaína establecida en los estudios científicos de la Administración para el Control de Drogas. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.13), pág. 251, figura información detallada sobre la revisión continua de las ratios de conversión y la eficiencia de los laboratorios de cocaína..

[a] *Conversión de las superficies dedicadas al cultivo de coca en hoja de coca y luego en clorhidrato de cocaína, teniendo en cuenta los rendimientos, las cantidades de hoja de coca utilizadas con fines lícitos y la eficiencia de los laboratorios de cocaína.*

Notas: Debido a la falta de factores de conversión actualizados en el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú, no es posible facilitar estimaciones definitivas del nivel de fabricación de cocaína. Con respecto a los datos publicados en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 *(publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7), se han efectuado las siguientes modificaciones: a) los datos de Colombia (2005-2008) se han revisado para aplicar sistemáticamente las modificaciones de la metodología, que afectan a la forma en que se calcula la producción de coca, a toda la serie temporal 2005-2015 (véanse los detalles en el informe del estudio sobre el cultivo de coca en Colombia de 2014 (Colombia Coca Cultivation Survey Report 2014, UNODC, 2015) y en el estudio de Colombia de los territorios afectados por los cultivos ilícitos de 2015 (*Colombia Survey of territories affected by illicit crops 2015, *UNODC, 2016), anexo 3); b) los totales del período 2009-2012 basados en las ratios de conversión "antiguas" y "nuevas" se han revisado para rectificar pequeñas inexactitudes en el procesamiento de los datos. Las cifras en cursivas están sujetas a revisión. Los dos puntos indican que no se dispone de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2018 contiene información sobre las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.*

Cannabis

Cultivo, producción y erradicación de cannabis, último año para el que se dispone de datos en el período 2011-2016

Año	País	Producto	Al aire libre/ en interiores	Superficie cultivada (hectáreas)	Superficie erradicada (hectáreas)	Superficie cosechable (hectáreas)	Producción (toneladas)	Plantas erradicadas	Lugares erradicados
2012	Afganistán	resina	al aire libre	10.000			1.400		
2016	Albania	hierba	al aire libre					2.536.288	5.205
2014	Argelia	resina	al aire libre					2.522	
2016	Armenia	hierba	al aire libre	0.50 [a]	0.50	0.00		757	20

Año	País	Producto	Al aire libre/ en interiores	Superficie cultivada (hectáreas)	Superficie erradicada (hectáreas)	Superficie cosechable (hectáreas)	Producción (toneladas)	Plantas erradicadas	Lugares erradicados
2016	Australia	hierba	en interiores					31.266	408
2016	Australia	hierba	al aire libre					22.257	1.021
2015	Austria	hierba	al aire libre	3.00 [a]	3.00	0.00			
2014	Azerbaiyán	hierba	al aire libre	17.50 [a]	17.50	0.00		14.889	195
2013	Azerbaiyán	hierba	al aire libre	23.95 [a]	23.95	0.00	263.96	8.469	151
2015	Bahamas	hierba	al aire libre					17.270	
2011	Bangladesh	hierba	al aire libre					54.244	
2012	Bangladesh	hierba	al aire libre					39.848	
2013	Bangladesh	hierba	al aire libre					35.012	
2014	Bangladesh	hierba	al aire libre					35.988	
2015	Bangladesh	hierba	al aire libre					39.967	
2016	Bangladesh	hierba	al aire libre					47.104	
2017	Bangladesh	hierba	al aire libre					69.989	
2016	Belarús	hierba	al aire libre		123.80				1.945
2016	Belarús	hierba	en interiores						28
2015	Bélgica	hierba	en interiores					345.518	1.164
2015	Bélgica	hierba	al aire libre					4.885	93
2015	Belice	hierba	al aire libre					50.897	
2016	Bolivia (Estado Plurinacional de)	hierba	al aire libre		14.60				35
2016	Bosnia and Herzegovina	hierba	al aire libre		1,680.00				
2016	Bosnia y Herzegovina	hierba	en interiores		39.00				
2014	Brasil	hierba	al aire libre		44.01			1.364.316	
2015	Bulgaria	hierba	en interiores					323	
2015	Bulgaria	hierba	al aire libre				37.77	9.488	
2016	Chile	hierba	en interiores					26.988	2.740
2016	Chile	hierba	al aire libre					58.950	264
2016	China	hierba	al aire libre		9.80			1.390.000	
2016	Colombia	hierba	al aire libre		135.00				
2016	Costa Rica	hierba	al aire libre		17.59			2.122.244	201

Año	País	Producto	Al aire libre/ en interiores	Superficie cultivada (hectáreas)	Superficie erradicada (hectáreas)	Superficie cosechable (hectáreas)	Producción (toneladas)	Plantas erradicadas	Lugares erradicados
2016	Costa Rica	hierba	en interiores					678.00	5
2016	Côte d'Ivoire	hierba	al aire libre					5	
2016	Chequia	hierba	en interiores					53.549	229
2016	Chequia	hierba	al aire libre					4.111	
2014	República Dominicana	hierba	al aire libre	6.00 [a]	6.00	0.00	0.21	111	8
2016	Ecuador	hierba	al aire libre					224	34
2015	Egipto	hierba/ resina	al aire libre		140.00				
2016	El Salvador	hierba	al aire libre			1.00		227	25
2014	Francia	hierba	al aire libre					158.592	837
2015	Alemania	hierba	en interiores					135.925	786
2015	Alemania	hierba	al aire libre					9.136	127
2016	Grecia	hierba	en interiores					16.554	
2016	Grecia	hierba	al aire libre					39.151	
2016	Guatemala	hierba	al aire libre		9.00			3.138.298	427
2015	Guyana	hierba	al aire libre	20.00	9.40	10.60	1.000.00	419.700	19
2016	Honduras	hierba	en interiores					7	2
2016	Honduras	hierba	al aire libre					24.253	19
2016	China, RAE de Hong Kong	hierba	en interiores					329	1
2016	Hungría	hierba	en interiores					5.000	3
2016	Hungría	hierba	al aire libre					2.000	20
2013	Islandia	hierba	en interiores					6.652	323
2016	India	hierba	al aire libre		3.414.74				
2016	Indonesia	hierba	al aire libre	482.00 [a]	482.00	0.00			
2016	Irlanda	hierba	en interiores					7.273	
2014	Italia	hierba	en interiores					51.534	639
2014	Italia	hierba	al aire libre					70.125	1.134
2012	Jamaica	hierba	al aire libre					456	382
2016	Kazajstán	hierba	al aire libre	18.00 [a]	18.00	0.00		170.000	202
2016	Kenya	hierba	al aire libre	12.00				8.747	46
2015	Kirguistán	hierba	al aire libre	5.014.00		5,014.00			

Año	País	Producto	Al aire libre/ en interiores	Superficie cultivada (hectáreas)	Superficie erradicada (hectáreas)	Superficie cosechable (hectáreas)	Producción (toneladas)	Plantas erradicadas	Lugares erradicados
2016	Letonia	hierba	en interiores					557	35
2016	Letonia	hierba	al aire libre					78	6
2015	Líbano	hierba	al aire libre	3.500.00		3.500.00			
2016	Lituania	hierba	en interiores						4
2015	Madagascar	hierba	al aire libre		11.00			21.325	
2013	Malta	hierba	en interiores					27	
2016	México	hierba	al aire libre		5.478.42		6.574.104.0		38.432
2013	Mongolia	hierba	al aire libre	15.000.00	4.000.00	11.000.00		4.000	4.000
2016	Marruecos	plantas	al aire libre	47.000.00	395.00	46.605.00			
2016	Marruecos	hierba	al aire libre				35.652.83		
2016	Marruecos	resina	al aire libre				713.00		
2014	Myanmar	hierba	al aire libre	15.00	10.00	5.00			3
2016	Países Bajos	hierba	en interiores					994.068	5.856
2016	Nueva Zelandia	hierba	en interiores					18.903	607
2016	Nueva Zelandia	hierba	al aire libre					104.725	
2014	Nicaragua	hierba	al aire libre		0.30		1.507.00	3.014	30
2016	Nigeria	hierba	al aire libre		718.78				65
2015	Noruega	hierba	en interiores		0.04			4.000	30
2013	Panamá	hierba	en interiores	0.50 [a]	0.50	0.00		37	2
2013	Panamá	hierba	al aire libre	10.50 [a]	10.50	0.00		78.633	2
2016	Paraguay	plantas	al aire libre	1.298.50 [a]	1.298.50	0.00		5.656.266	4
2016	Paraguay	hierba	al aire libre				1.298.50		
2016	Paraguay	resina	al aire libre				1.15		
2016	Perú	hierba	al aire libre		87.83			1.429.749	
2016	Filipinas	hierba	al aire libre		8.67			24.635.153	337
2016	Polonia	hierba	en interiores					146.755	1.403
2016	Polonia	hierba	en interiores/ al aire libre					4.585	219
2013	República de Corea	hierba	al aire libre					8.072	
2014	República de Moldova	hierba	al aire libre	100.00	59.00	41.00	10.000.00	200.548	
2014	República de Moldova	hierba	en interiores		41.00				

Año	País	Producto	Al aire libre/ en interiores	Superficie cultivada (hectáreas)	Superficie erradicada (hectáreas)	Superficie cosechable (hectáreas)	Producción (toneladas)	Plantas erradicadas	Lugares erradicados
2016	Rumania	hierba	en interiores					1.433	41
2016	Rumania	hierba	al aire libre		6.99				42
2016	Federación de Rusia	hierba	al aire libre	7.61 [a]	7.61	0.00	68.64		1.143
2016	Federación de Rusia	hierba	en interiores		0.66				788
2015	Serbia	hierba	al aire libre				0.05		
2013	Sierra Leone	hierba	al aire libre	190.00		190.00		190	3
2016	Eslovaquia	hierba	en interiores					385	
2014	Eslovenia	hierba	en interiores					9.223	118
2014	Eslovenia	hierba	al aire libre					1.844	
2015	España	hierba	en interiores					244.772	108
2015	España	hierba	al aire libre					135.074	44
2014	Sudan	hierba	al aire libre	8.00 [a]	8.00	0.00	345.00		
2014	Swazilandia	hierba	al aire libre	1.500.00	1.069.50	430.50		3.000.000	210
2014	Suecia	hierba	en interiores					10.000	56
2015	Suecia	hierba	al aire libre				182.00		
2016	Suiza	hierba	en interiores					11.386	83
2012	Tayikistán	hierba	al aire libre					2.180.121	
2016	Tailandia	hierba	al aire libre	1.00 [a]	1.00	0.00	7.50		1
2015	Trinidad y Tabago	hierba	al aire libre		0.31			375.925	58
2012	Uganda	hierba	al aire libre	150.00	88.00	62.00			5
2016	Ucrania	hierba	al aire libre	91.00 [a]	91.00	0.00			
2016	Estados Unidos de América	hierba	en interiores					406.125	1.865
2016	Estados Unidos de América	hierba	al aire libre					4.940.596	5.513
2016	Uruguay	hierba	en interiores					661	
2016	Uzbekistán	hierba	al aire libre	0.20 [a]	0.20	0.00			586
2015	Viet Nam	hierba	al aire libre		1.00				

Fuentes: Cuestionario para los informes anuales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, informes de los Gobiernos e *International Narcotics Control Strategy* Report de los Estados Unidos de América.
a Zona identificada por las autoridades para la erradicación.

GLOSARIO

Anfetaminas — Grupo de estimulantes de tipo anfetamínico que incluye la anfetamina y la metanfetamina.

Cocaína crack — Cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante procesos de conversión que la hacen apta para fumar.

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

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

Dependencia — Concepto definido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (décima revisión) como un conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos y del comportamiento en que el consumo de una sustancia o una clase de sustancias adquiere para una persona una prioridad mucho mayor que otros comportamientos que antes tenían más valor. Una característica descriptiva central del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo intenso, a veces abrumador) de ingerir drogas psicoactivas.

Estimulantes de tipo anfetamínico — Grupo de sustancias integrado por estimulantes sintéticos sometidos a fiscalización internacional con arreglo al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y que pertenecen al grupo de sustancias denominadas anfetaminas, que incluye la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo del éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) y sus análogos).

Nuevas sustancias psicoactivas — Sustancias objeto de abuso, ya sea en su estado puro o en preparados, que no están sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o al Convenio de 1971, pero que pueden entrañar un peligro para la salud pública. En este contexto, el término "nuevas" no se refiere necesariamente a que sean invenciones nuevas, sino a que han empezado a circular recientemente.

Opiáceos — Subconjunto de los opioides integrado por los diversos productos derivados de la planta de adormidera, que incluye el opio, la morfina y la heroína.

Opioides — Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera (opiáceos), sus análogos sintéticos (principalmente opioides farmacéuticos o sujetos a prescripción médica) y los compuestos sintetizados en el organismo.

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

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

Prevalencia anual — Número total de personas de un determinado grupo de edad que ha consumido una determinada droga por lo menos una vez en el último año, dividido por el número de personas de ese grupo de edad expresado como porcentaje.

Prevención del consumo de drogas y tratamiento de los trastornos por consumo de drogas — El objetivo de la "prevención del consumo de drogas" es evitar o retrasar la iniciación en el uso de drogas, así como la aparición de trastornos derivados de ese consumo. Una vez que aparece un trastorno por consumo de drogas, la persona necesita tratamiento, atención y rehabilitación.

Sal de cocaína — Clorhidrato de cocaína.

Trastornos por consumo de sustancias o drogas — El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición) de la American Psychiatric Association también describe el trastorno por consumo de sustancias o drogas como un conjunto de síntomas causado por el uso continuado de una sustancia a pesar de los problemas que produce. Según el número de síntomas detectados, el trastorno por consumo de sustancias puede variar de moderado a grave.

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

AGRUPACIONES REGIONALES

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

- África Oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzanía, 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: 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, Bermudas, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía 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
- Asia Sudoccidental: Afganistán, Irán (República Islámica del) y Pakistán
- Cercano Oriente y Oriente Medio: Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Estado de Palestina, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen
- Asia Meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka
- Europa Oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania
- Europa Sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Rumania, Serbia y Turquía
- Europa Occidental y Central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chequia, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, San Marino, Suecia y Suiza
- Oceanía: Australia, Fiji, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Nueva Zelandia, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y pequeños territorios insulares.