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 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 600 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

Madree

ÍNDICE

FASCÍCULO 1	RESUMEN — CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICA	AS
FASCÍCULO 2	PANORAMA MUNDIAL DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE DROGAS Tendencias más recientes, cuestiones intersectoriales	
FASCÍCULO 3	ANÁLISIS DE LOS MERCADOS DE DROGAS Opioides, cocaína, cannabis, drogas sintéticas	
PREFACIO		1
NOTAS EXPLICA	TIVAS	5
INTRODUCCIÓN	l	11
A. OPIOIDES		12
	al dedicada al cultivo de adormidera en el mundo aumentó en más	
	2017, mientras que la producción mundial de opio creció en casi dos tercios	12
Las incautacione	es de opiáceos alcanzaron niveles sin precedentes en 2016 entrando en Asia	14
El mercado mur	ndial de opiáceos vuelve a crecer	19
El mercado del uso no médico de fármacos opioides está en expansión		
B. COCAÍNA		30
Tras la tendencia a la baja, el cultivo de arbusto de coca está creciendo de manera impresionante		
	nundial de cocaína alcanzó un nivel sin precedentes en 2016	31
	es de cocaína marcaron un nuevo récord en 2016, con cantidades particularmente y Europa Occidental, pero con fuertes aumentos también en otras regiones	2
	aína sigue concentrándose principalmente en las rutas de América del Sur a América	
	ropa Occidental y Central, pero están proliferando las rutas a otras subregiones	
El consumo de o	cocaína sigue concentrado en América y Europa, y va en aumento	30
C. CANNABIS		39
	le cannabis sigue afectando a todas las regiones del mundo	39
Las incautacione	es mundiales de hierba de cannabis disminuyeron en 2016,	20
	de resinade cannabis siguieron aumentandos medidas de regulación del consumo de cannabis con fines no médicos	
D. DROGAS SINTÉTICAS.		
Estimulantes de tipo anfetamínico		
Nuevas sustancias psicoactivas		
GLOSARIO		72
AGRUPACIONES	REGIONALES	73
FASCÍCULO 4	LAS DROGAS Y LA EDAD Drogas y problemas conexos entre los jóvenes y las personas de más edad	
FASCÍCULO 5	WOMEN AND DRUGS	
I ASCICULO S	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 Edición

Chloé Carpentier Jonathan Gibbons

Angela Me Diseño gráfico y maquetación

Análisis y redacción

Conor Crean

Natascha Eichinger

Suzanne Kunnen

Kristina Kuttnig

Susan Ifeagwu

Coordinación

Sabrina Levissianos Francesca Massanello

Kamran Niaz
Thomas Pietschmann

Apoyo de datos

Diona Campaini

Martin Raithelhuber

Justice Tettey

Chung Kai Chan

Sarika Dewan

Smriti Ganapathi

Enrico Bisogno
Coen Bussink

Apoyo administrativo

Hernan Epstein Anja Held Tun Nay Soe Iulia Lazar

Andrea Oterová

Umidjon Rakhmonberdiev

Revisión y comentarios

Ali Saadeddin Antoine Vella

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*

valioso asesoramiento recibidos del Comité Consultivo Científico del *Informe Mundial sobre las Drogas*:

Jonathan Caulkins Charles Parry In memoriam

Paul Griffiths Peter Reuter Brice de Ruyver

Marya Hynes Francisco Thoumi Vicknasingam B. Kasinather Alison Ritter

Letizia Paoli

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", "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.

All uses of the word "drug" in the *World Drug Report* refer to substances controlled under the international drug control conventions.

Todo uso de la palabra "droga" en el Informe Mundial sobre las Drogas se refiere a una sustancia

sometida 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:

3-MMC 3-metilmetcatinona

4-FA 4-fluoroanfetamina

5F-APINACA N-(adamantan-1-il)-1-(5-fluoropentil)-1H-indazol-3-carboxamida

AH-7921 3,4-dicloro-N-{[1-(dimetillamino) ciclohexil]metil}benzamida

alfa-PHP alfa-pirrolidinohexiofenona

AM-2201 1-(5-fluoropentil)-3-(1-naftoil)indol

EMCDDA Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Europol Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial

IRCCA Instituto de Regulación y Control del Cannabis

THC tetrahidrocannabinol

JWH-018 1-pentil-3-(1-naftoil)indol

MDMA 3,4-metilenedioximetanfetamina
 MT-45 (1-ciclohexil-4-(1,2-difeniletil) piperazina)
 NSP nuevas sustancias psicoactivas
 OMS Organización Mundial de la Salud
 SAMHSA Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias
 U-47700 3,4-dicloro-N-(2-dimetilamino-ciclohexil)-N-metil-benzamida
 UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

CONCLUSIONES PRINCIPALES

El cultivo de adormidera en el Afganistán eleva la producción de opiáceos a cifras récord

La producción mundial total de opio aumentó un 65 % entre 2016 y 2017, llegando a 10.500 toneladas, con mucho la estimación más alta registrada por la UNODC desde que comenzó a estimar la producción mundial de opio a comienzos del siglo XXI.

El acusado aumento del cultivo de adormidera y el incremento gradual del rendimiento de este cultivo elevaron la producción de opio del Afganistán en 2017 a 9.000 toneladas, un 87 % más que el año anterior. Entre los factores que impulsaron ese aumento cabe mencionar, entre otros, la inestabilidad política, la falta de control gubernamental y las escasas oportunidades económicas en las comunidades rurales, que podrían haber hecho a la población rural vulnerable a la influencia de los grupos implicados en el comercio de drogas.

Debido al brusco incremento del cultivo de adormidera en el Afganistán, la superficie total dedicada al cultivo de adormidera en todo el mundo aumentó un 37 % de 2016 a 2017, situándose cerca de las 420.000 hectáreas. Más del 75 % de esa superficie se encuentra en el Afganistán.

Las incautaciones totales de opiáceos aumentaron casi un 50 % de 2015 a 2016. La cantidad de heroína incautada en todo el mundo alcanzó la cifra récord de 91 toneladas en 2016. La mayor parte de los opiáceos se incautaron cerca de los centros de fabricación del Afganistán.

Hacia una crisis mundial polifacética del consumo de opioides

El uso no médico de los fármacos opioides suscita cada vez más preocupación entre las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y los profesionales de la salud pública. Los fármacos opioides de los que se hace un uso indebido difieren de una región a otra. En América del Norte, el fentanilo obtenido

ilícitamente, mezclado con heroína u otras drogas, es el principal causante del número sin precedentes de muertes por sobredosis. En Europa, el opioide más preocupante sigue siendo la heroína, pero, según la información disponible, también se consume metadona, buprenorfina y fentanilo con fines no médicos. En los países de África Occidental y Septentrional, y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, el consumo no médico de tramadol, un fármaco opioide que no está sometido a fiscalización internacional, empieza a causar preocupación.

El tráfico de tramadol y su consumo con fines no médicos se están convirtiendo en la principal amenaza relacionada con las drogas en algunas partes de África

Los países de África Occidental y Central y de África Septentrional se han afianzado como centro de las incautaciones mundiales de fármacos opioides; en 2016, el 87 % del total mundial se concentró en esos países. Los países de Asia, donde antes se registraban más de la mitad de las incautaciones mundiales, comunicaron tan solo el 7 % del total mundial en 2016.

El aumento de las incautaciones de fármacos opioides en África obedece mayormente a la popularidad que ha adquirido en todo el mundo el tramadol, opioide utilizado para tratar el dolor moderado y de moderado a agudo, cuyo tráfico con fines no médicos está muy extendido en la región. El tramadol se introduce ilícitamente en diversos mercados de África Occidental y Central y de África Septentrional, desde los cuales una parte continúa hacia los países del Cercano Oriente y el Oriente Medio. Los países de estas subregiones han informado de la rápida propagación del consumo de tramadol con fines no médicos, en particular entre algunas poblaciones vulnerables. Esta sustancia aún no se ha sometido a fiscalización internacional y las personas que la consumen con fines recreativos la perciben como un modo de aumentar la energía y mejorar el estado de ánimo. No obstante, el tramadol puede generar dependencia física y, como demuestran algunos estudios de la OMS, esa dependencia puede producirse si se consume a diario durante unas cuantas semanas.

Aunque una cierta cantidad de tramadol se desvía de los cauces lícitos, la mayor parte del tramadol incautado en todo el mundo en el período 2012-2016 parecería proceder de laboratorios clandestinos de Asia.

El consumo de fármacos opioides con fines no médicos está adquiriendo 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.

Al parecer, el fentanilo ilícito y sus análogos se mezclan con heroína y otras drogas, como la cocaína y la MDMA o éxtasis, o se venden como opioides sujetos a prescripción médica falsificados. Quienes consumen esas sustancias no suelen ser conscientes de lo que contienen, lo que inevitablemente provoca un gran número de sobredosis letales.

Fuera de América del Norte, el impacto del fentanilo y sus análogos es relativamente bajo. En Europa, por ejemplo, siguen predominando los opiáceos como la heroína y la morfina, si bien han empezado a producirse muertes relacionadas con los análogos del fentanilo. Una excepción notable es Estonia, donde el fentanilo y sus análogos se consideran desde hace tiempo los opioides de uso indebido más frecuente. La tendencia a la baja del consumo de opiáceos observada en Europa Occidental y Central

desde finales de la década de 1990 parece haber llegado a su fin en 2013. Según la información proporcionada por los países de esta subregión, en 2016 el consumo de heroína se mantuvo estable en 12 de ellos, disminuyó en 2 y aumentó en 3.

Se ha observado un aumento notable de la fabricación de cocaína

En 2016, la fabricación mundial de cocaína alcanzó un nivel sin precedentes, estimado en 1.410 toneladas. Tras haber experimentado una disminución en el período 2005-2013, la fabricación mundial de cocaína aumentó un 56 % en el período 2013-2016. El aumento de 2015 a 2016 fue del 25 %.

La mayor parte de la cocaína del mundo procede de Colombia, donde en 2016 la fabricación aumentó en más de un tercio con respecto a 2015, llegando a unas 866 toneladas. Casi el 69 % de las 213.000 hectáreas que en 2016 se dedicaron al cultivo de coca en todo el mundo se encontraban en Colombia.

El impresionante resurgimiento del cultivo de arbusto de coca en Colombia —tras haberse reducido prácticamente a la mitad de 2000 a 2013— obedeció a varios motivos relacionados con la dinámica del mercado, las estrategias de las organizaciones de narcotraficantes y las expectativas de algunas comunidades de recibir indemnizaciones por la sustitución de los cultivos de arbusto de coca, así como a la reducción de las intervenciones de desarrollo alternativo y de erradicación. En 2006, se erradicaron más de 213.000 hectáreas. Diez años más tarde, esa cifra no llegó a 18.000 hectáreas.

El resultado ha sido una menor percepción de los riesgos del cultivo de coca y un drástico aumento de la fabricación. El número de laboratorios de cocaína desmantelados y el nivel de las incautaciones de cocaína en Colombia han aumentado enormemente.

África y Asia comienzan a destacar como centros de tráfico y consumo de cocaína

La mayoría de los indicadores de América del Norte apuntan a un aumento del consumo de cocaína entre 2013 y 2016. En 2013 se produjeron menos de 5.000 muertes relacionadas con la cocaína en los Estados Unidos, pero en 2016 fueron más de 10.000. Si bien muchas de esas muertes no pueden atribuirse exclusivamente a un mayor nivel de

consumo de cocaína, dado que en ellas también intervinieron los opioides sintéticos, el incremento es un firme indicador del aumento del uso nocivo de la cocaína.

El crecimiento más pronunciado de las incautaciones de cocaína en 2016 tuvo lugar en Asia y África, lo que refleja la actual propagación del tráfico y el consumo de cocaína a los mercados emergentes. Si bien el nivel de partida era muy inferior al de América del Norte, la cantidad de cocaína incautada en Asia se triplicó de 2015 a 2016; en Asia Meridional se multiplicó por diez. La cantidad de cocaína incautada en África se duplicó en 2016. Las incautaciones realizadas en los países de África Septentrional se sextuplicaron ese año, llegando a representar el 69 % de toda la cocaína incautada en la región. Esto contrasta con los años anteriores, en que las incautaciones de cocaína tendían a concentrarse en África Occidental y Central.

El cannabis sigue siendo la droga que más se consume en el mundo

El cannabis fue la droga que más se consumió en 2016: 192 millones de personas la consumieron al menos una vez en el último año. La cifra mundial de consumidores de cannabis sigue aumentando y parecería haberse incrementado en aproximadamente un 16 % en el decenio que terminó en 2016, lo cual está en consonancia con el aumento de la población mundial.

El nivel de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis se redujo en un 27 % en 2016, situándose en 4.386 toneladas. Esa disminución fue especialmente acusada en América del Norte, a lo que podrían haber contribuido la disponibilidad de cannabis medicinal en muchas jurisdicciones y la legalización de consumo de cannabis con fines recreativos en varios estados de los Estados Unidos.

Novedades más recientes en la reglamentación del uso de cannabis con fines recreativos

Desde 2017, el uso del cannabis con fines no médicos se ha autorizado en ocho estados de los Estados Unidos, además del Distrito de Columbia. Colorado fue uno de los primeros estados en adoptar medidas para autorizar el uso del cannabis con fines no médicos en los Estados Unidos. Desde su legalización, el

consumo de cannabis en Colorado ha aumentado de manera considerable en la población de 18 a 25 años o más y se ha mantenido relativamente estable entre los jóvenes de 17 y 18 años. No obstante, en ese estado se ha producido un aumento considerable de las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y las muertes por accidentes de tráfico relacionados con el cannabis, así como de los casos de conducción de vehículos bajo los efectos del cannabis.

En el Uruguay se pueden obtener ahora hasta 480 gramos por persona al año en las farmacias y los clubes cannábicos o mediante el cultivo doméstico. La reglamentación del cannabis de ese país autoriza la posesión de productos de cannabis con un contenido de tetrahidrocannabinol de hasta el 9 % y un contenido mínimo de cannabidiol del 3 %. A mediados de 2017 comenzó el proceso de inscripción de las personas que deseaban adquirir cannabis en las farmacias con fines no médicos y la dispensación de esta droga a través de una red de 16 farmacias.

Los principales mercados de la metanfetamina siguen creciendo

La mayor parte del tráfico mundial de metanfetamina sigue concentrándose en las subregiones de Asia Oriental y Sudoriental y América del Norte. Según los informes, en América del Norte la disponibilidad de metanfetamina aumentó entre 2013 y 2016, y en 2016 esta sustancia se convirtió en la segunda mayor amenaza relacionada con las drogas en los Estados Unidos, después de la heroína. Según evaluaciones cualitativas, el aumento del consumo, de la capacidad de fabricación y del nivel de las incautaciones podría deberse a un crecimiento del mercado de la metanfetamina en Asia Oriental y Sudoriental y en Oceanía, donde el uso de metanfetamina cristalina, en particular, se ha convertido en uno de los principales motivos de preocupación.

El tráfico de anfetamina se está extendiendo a nuevos mercados

Durante muchos años, la anfetamina dominó los mercados de las drogas sintéticas del Cercano Oriente y el Oriente Medio y de Europa Occidental y Central, pero el reciente aumento de las incautaciones en África Septentrional y en América del Norte podría obedecer a una creciente actividad en

otras subregiones. Si bien las razones del repentino aumento de la cantidad de anfetamina incautada en África Septentrional aún no están del todo claras, este podría guardar relación con el tráfico de anfetamina destinado al amplio mercado de la vecina subregión del Cercano Oriente y el Oriente Medio.

El mercado de las drogas sintéticas se vuelve más complejo y diverso

En los últimos años, han aparecido centenares de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), que se han añadido al sector del mercado ya consolidado de drogas sintéticas que ocupan los estimulantes de tipo anfetamínico. Si se agrupan según sus principales efectos farmacológicos, la proporción más grande de las NSP notificadas desde que la UNODC comenzó a vigilar estas sustancias corresponde a los estimulantes, seguidos de los agonistas de los receptores cannabinoides y los alucinógenos clásicos. En el período 2009-2017 se comunicó un total de 803 NSP. El mercado mundial de las NSP sigue estando muy diversificado, pero, a excepción de unas pocas sustancias, las NSP no parecen haberse consolidado en los mercados de drogas ni haber sustituido a las drogas tradicionales a una escala mayor.

El uso de nuevas sustancias psicoactivas conduce a un aumento de los daños relacionados con esas sustancias

Si bien el nivel total de las incautaciones de NSP se redujo en 2016, cada vez son más los países que informan de incautaciones de esas sustancias, y los daños causados por el consumo de NSP suscitan cada vez más preocupación. En varios países va en aumento el número de NSP con efectos opioides que han aparecido en los mercados y que han sido asociadas a casos de muertes. El consumo de NSP estimulantes por inyección también sigue siendo preocupante, especialmente por las prácticas de inyección de alto riesgo con las que parece estar vinculado. El consumo de NSP en las cárceles y por personas en libertad vigilada continúa suscitando preocupación en algunos países de Europa, América del Norte y Oceanía.

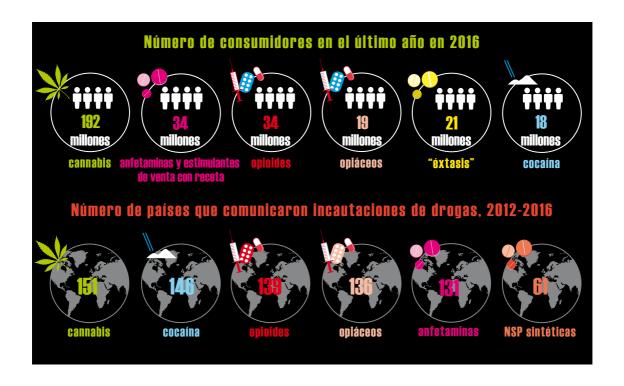
El kratom está ganando popularidad entre las NSP de origen vegetal

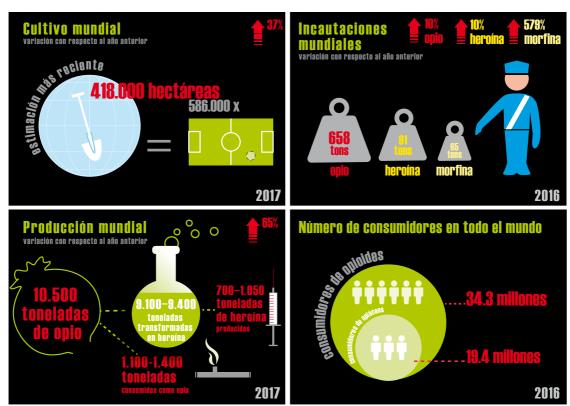
El *kratom* se obtiene de la hoja del árbol del mismo nombre, que se utiliza en Asia Sudoriental como remedio tradicional para tratar pequeñas dolencias y con fines no médicos. Son pocos los países que han sometido el *kratom* a fiscalización nacional, por lo que es relativamente fácil adquirirlo. En todo el mundo se anuncian ya numerosos productos que contienen *kratom*, normalmente mezclado con otras sustancias. Algunas personas que consumen opioides en los Estados Unidos han señalado que usan productos del *kratom* para aliviar los síntomas de la abstinencia. En 2016 se incautaron unas 500 toneladas de *kratom*, el triple que en el año anterior, lo que parece indicar que su popularidad se ha disparado.

INTRODUCCIÓN

El presente fascículo constituye el tercer capítulo del *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*. Ofrece un análisis mundial de los mercados de los opioides, la cocaína, el cannabis y las drogas sintéticas, incluidos los estimulantes de tipo anfetamínico y las NSP. En la sección dedicada a los mercados se examinan las últimas novedades relativas a las incautaciones practicadas en las principales rutas de tráfico y en los países de destino, así como las novedades

importantes en el consumo de drogas de origen vegetal y de drogas sintéticas en todas las regiones. La sección sobre el cannabis se centra en los datos que se han reunido en el estado de Colorado, que fue uno de los primeros en adoptar medidas para autorizar el uso no médico del cannabis en los Estados Unidos. Esa sección ofrece también una breve actualización sobre la aplicación de la reglamentación del cannabis en el Uruguay.





Notas: Todos los datos se refieren a 2016, salvo los del cultivo y la producción, que corresponden a 2017 (estimaciones preliminares).

A. OPIOIDES

La superficie total dedicada al cultivo de adormidera en el mundo aumentó en más de un tercio en 2017, mientras que la producción mundial de opio creció en casi dos tercios

Se estima que la superficie total dedicada al cultivo de adormidera en el mundo creció alrededor de un 37 % entre 2016 y 2017, llegando a casi 420.000 hectáreas, principalmente debido a un aumento del cultivo de adormidera en el Afganistán. Con 328.000 hectáreas dedicadas al cultivo de adormidera, el Afganistán alcanzó en 2017 una cota sin precedentes, equivalente, según las estimaciones, a más de las tres cuartas partes de la superficie total dedicada al cultivo ilícito de adormidera en el mundo.

En cambio, el cultivo de adormidera de Myanmar, el país con la segunda mayor superficie dedicada a este cultivo (correspondiente al 10 % de la superficie mundial estimada en 2017), disminuyó alrededor de

un 25 % durante el período 2015-2017, situándose en 41.000 hectáreas, el nivel más bajo desde 2010.

La producción mundial de opio aumentó un 65 % en 2017, alcanzando las 10.500 toneladas, el nivel más alto desde que la UNODC comenzó a estimar anualmente la producción mundial de opio al comienzo del siglo XXI. El marcado incremento de

Para la producción de opio existen estimaciones desde la época de las actuaciones de la Comisión del Opio de Shanghái, en 1909. 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 presentados desde que la UNODC comenzó a estimar la producción mundial de opio en el año 2000 (basándose, en gran medida, en la teleobservación y en estudios científicos de los rendimientos). Entre las estimaciones más antiguas cabe mencionar las 16.600 toneladas de opio calculadas para el año 1934, sobre la base de los informes oficiales de la Sociedad de las Naciones (UNODC, "A Century of International Drug Control" (2009)), y las 41.600 toneladas de opio calculadas para el período 1906/07, sobre la base de los datos comunicados por la Comisión Internacional del Opio (Report of the International Opium Commission, Shanghái, China, 1 a 26 de febrero de 1909). En el anexo sobre metodología de la versión en línea del presente informe figuran más detalles a este respecto.

Aumento sin precedentes del cultivo de adormidera en el Afganistán: un reto para el futuro

El nivel sin precedentes del cultivo de adormidera en el Afganistán en 2017 creará probablemente múltiples problemas al propio país, los países vecinos y muchos otros países de tránsito y destino de los opiáceos afganos. El Afganistán es uno de los países menos adelantados del mundo, y el impacto de las actividades ilícitas de cultivo y producción de drogas en el desarrollo económico, ambiental y social sique teniendo múltiples facetas. Los niveles más altos de cultivo de adormidera, producción de opio y tráfico ilícito de opiáceos agravarán los efectos nocivos de la producción de opiáceos en gran escala ya existente, y es probable que alimenten una mayor inestabilidad e insurgencia y aumenten la financiación de los grupos terroristas en el Afganistán. La expansión de la economía ilícita, que en muchas provincias ha impregnado las sociedades rurales y ha hecho que numerosas comunidades dependan de los ingresos procedentes de los cultivos de adormidera, limitará aún más el desarrollo de la economía lícita y podría impulsar la corrupción. Además, es probable que la transformación de opio en

heroína genere un mayor tráfico de precursores, que podrían ser desviados de los mercados internacionales lícitos e introducidos de contrabando en el Afganistán para abastecer a los fabricantes de heroína. A los mercados de consumo de heroína de todo el mundo llegarán mayores cantidades de heroína de alta calidad y bajo costo, lo que probablemente conducirá a un aumento del consumo y de los daños conexos. Solo una pequeña parte de los ingresos generados por el cultivo y el tráfico de opiáceos del Afganistán queda en manos de los grupos de narcotraficantes de ese país. Muchos miles de millones de dólares más se generan al introducir esos opiáceos en los grandes mercados de consumo, principalmente de Europa y Asia. Por lo tanto, la lucha contra el problema de los opiáceos en el Afganistán es una responsabilidad compartida.

Fuente: UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, Afghanistan Opium Survey 2017: Cultivation and Production (Viena, 2017), pág. 7.

la producción mundial refleja principalmente un aumento del 87 % de la producción de opio del Afganistán, que alcanzó la cifra récord de 9.000 toneladas, lo que equivale al 86 % de la producción mundial estimada de opio en 2017. El aumento de la producción en el Afganistán se debió no solo a la expansión de la superficie dedicada al cultivo de adormidera, sino también a una mejora de los rendimientos de opio. No hay una razón que por sí sola explique el enorme aumento del cultivo de adormidera en el Afganistán en 2017; los factores impulsores son múltiples, complejos y geográficamente diversos, y muchos elementos siguen influyendo en la decisión 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 el cambio de estrategia del Gobierno del Afganistán -que ha centrado sus esfuerzos en la lucha contra los elementos antigubernamentales en las zonas densamente pobladas- haya aumentado la vulnerabilidad de la población rural a la influencia de esos elementos. Una merma de las ayudas de la comunidad internacional también puede haber reducido las oportunidades de desarrollo socioeconómico en las zonas rurales.²

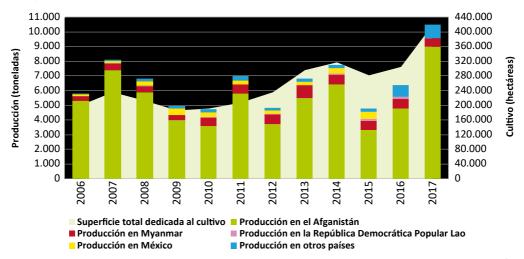
 Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, y UNODC Afghanistan Opium Survey 2017 (Viena, 2017). Como resultado del enorme aumento de la producción de opio en 2017, los precios del opio disminuyeron un 47 % en el Afganistán entre diciembre de 2016 y diciembre de 2017. Sin embargo, el precio de la heroína afgana de alta calidad bajó solo un 7 % en el mismo período, lo que podría indicar que hasta la fecha la fabricación de heroína ha aumentado mucho menos que la producción de opio.³

De las 10.500 toneladas de opio producidas en el mundo en 2017, se estima que entre 1.100 y 1.400 toneladas se dejaron sin procesar y se destinaron al consumo como opio, mientras que el resto se transformó en heroína, dando lugar a una fabricación mundial estimada de esta droga de entre 700 y 1.050 toneladas (expresada en heroína de pureza para exportación), de las cuales entre 550 y 900 toneladasfueron fabricadas en el Afganistán.

En contraste con la situación en el Afganistán, la producción de opio de Myanmar disminuyó alrededor de un 14 % en el período 2015-2017, situándose en un nivel estimado en 550 toneladas, equivalentes al 5 % de la producción mundial de opio. No obstante esta merma, el precio del opio de Myanmar bajó casi

3 En febrero de 2018, los precios de la heroína de mayor calidad solo habían disminuido un 7% con respecto al año anterior. (Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, y UNODC, "Afghanistan drug price monitoring monthly report" (febrero de 2018).

FIG. 1 | Cultivo de adormidera y producción de opio, 2006-2017a

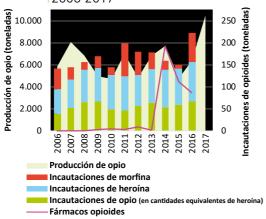


Fuentes: Cálculos de la UNODC basados en sus estudios de vigilancia del cultivo ilícito y en las respuestas al cuestionario para los informes anuales.

^aLos datos para 2017 son aún preliminares. México no está incluido en 2016/2017, por falta de datos.

un 30 % en 2017, llegando a 153 dólares por kg, ⁴ y el nivel de las incautaciones de opiáceos también disminuyó, lo que parece indicar una reducción de la demanda de los opiáceos producidos en Myanmar.

FIG. 2 Producción mundial de opio y niveles de las incautaciones mundiales de opioides, 2006-2017



Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y otras fuentes de los Gobiernos.

Nota: Para convertir el opio en la cantidad equivalente de heroína se utilizó una razón de 10:1.

4 Además, el equipo encargado del estudio del opio sobre el terreno en Myanmar solo pudo reunir una cantidad limitada de datos sobre los precios del opio en 2017, lo que puede haber afectado a las conclusiones (Myanmar, Comité Central de Lucha cont ra el Uso Indebido de Drogas, y UNODC, Myanmar Opium Survey 2017, pág. 16). Esto podría estar relacionado con la enorme expansión de la oferta de opiáceos del Afganistán a un precio aún más bajo en 2017.⁵ Si este hecho se confirma, se trataría de un fenómeno nuevo, ya que no hay indicios anteriores de que los cambios en la producción de opio del Afganistán hayan repercutido en los precios del opio en Asia Sudoriental, o viceversa, puesto que los dos mercados han operado esencialmente en forma aislada uno de otro. Otro factor causante del descenso del precio de la heroína podría ser una disminución de la demanda de opiáceos como resultado del mayor uso de estimulantes de tipo anfetamínico y otras drogas sintéticas, en desmedro de los opiáceos, en la subregión.

Mientras que el Canadá se abastece principalmente de heroína procedente de Asia Sudoccidental,⁶ la mayor parte de la heroína de que se abastecen los mercados de los Estados Unidos procede de los países de América Latina (sobre todo México y, en mucho menor medida, Colombia y Guatemala), que abastecen también los mercados de heroína, aún pequeños, de América del Sur. Sin embargo, no hay estimaciones de la producción de opio de México en los años 2016 y 2017, debido a que la metodología utilizada para esas estimaciones está actualmente en proceso de revisión.

- Myanmar, Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas, y UNODC, Myanmar Opium Survey 2017, pág. 16.
- 6 UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

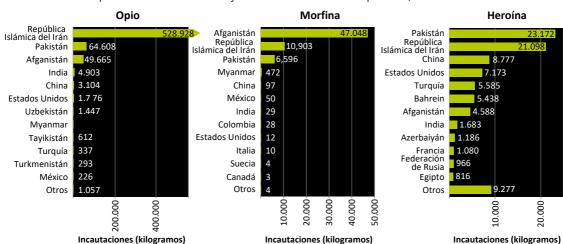


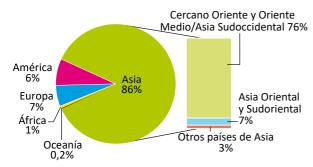
FIG. 3 | Países que comunicaron las mayores incautaciones de opiáceos, 2016

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y otras fuentes de los Gobiernos.

Las incautaciones de opiáceos alcanzaron niveles sin precedentes en 2016 y se siguen concentrando en Asia

La incautación total de heroína a nivel mundial alcanzó una cifra récord en 2016, mientras que las incautaciones de opio y morfina se situaron en el segundo nivel más alto jamás comunicado. Las cantidades más grandes de opiáceos incautadas correspondieron al opio (658 toneladas), seguido de la heroína (91 toneladas) y la morfina (65 toneladas). El total de las incautaciones de opiáceos, expresado en la cantidad equivalente de heroína, aumentó casi un 50 % entre 2015 y 2016, y la cantidad de heroína incautada fue superior a las de opio y morfina.

FIG. 4 Distribución de las cantidades mundiales de heroína y morfina incautadas en 2016 (N=156 toneladas)



Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y otras fuentes de los Gobiernos.

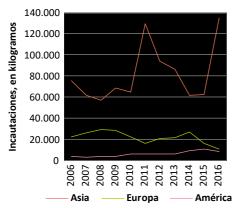
Dado que la mayoría de las incautaciones de opiáceos tienen lugar en las principales zonas de producción de opio o cerca de ellas, el 86 % del total de las incautaciones de heroína y morfina en 2016 se concentró en Asia, que es responsable de más del 90 % de la producción mundial ilícita de opio. Esto refleja principalmente la creciente concentración de la producción de opio en el Afganistán y el consiguiente aumento de las incautaciones por los países vecinos.

Tal como ocurre con la distribución de las incautaciones de heroína y morfina, en conjunto, el 90 % de la cantidad total de opiáceos (incluido el opio), expresada en la cantidad equivalente de heroína, se incautó en Asia, en su gran mayoría en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental (83 %), mientras que un 6 % se incautó en Asia Oriental y Sudoriental.

Los niveles de las incautaciones de heroína y morfina van en aumento en Asia Sudoccidental, pero disminuyen en Asia Sudoriental, Europa y América

La cantidad de heroína y morfina incautada en Asia se duplicó con creces entre 2015 y 2016, alcanzando las 135 toneladas. Esto se debió a aumentos de más del 150 % en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental (principalmente en los países vecinos del Afganistán), como consecuencia de los notables incrementos de la producción de opiáceos

FIG. 5 Incautaciones de heroína y morfina, en kilogramos, en algunas regiones, 2006-2016



Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales; y otras fuentes de los Gobiernos.

afganos. En cambio, las cantidades de heroína y morfina incautadas en Asia Oriental y Sudoriental disminuyeron un 6 % en ese período, lo que puede atribuirse a la merma de la producción de opiáceos en Myanmar y al floreciente tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico en la subregión.

En Europa, la incautación de heroína y morfina disminuyó un 32 % de 2015 a 2016, situándose en 11 toneladas, la cantidad más baja desde 1997, como consecuencia de una disminución del 11 % en Europa Occidental y Central, de un 31 % en Europa Sudoriental y de un 67 % en Europa Oriental.

En América, la incautación de heroína y morfina disminuyó en 2016, por primera vez en muchos años, registrando una merma del 22 % que se concentró principalmente en América del Norte (-25 %). Sin embargo, casi el 90 % de toda la heroína y morfina incautadas en América fue fruto de incautaciones en América del Norte, donde se encuentran el principal país fabricante de heroína de América (México) y el principal país de consumo (Estados Unidos). La disminución de la cantidad de heroína incautada en América del Norte coincide con el rápido crecimiento del mercado de opioides sintéticos, como el fentanilo y sus análogos introducidos de contrabando en los Estados Unidos, que se refleja en la duplicación de la incautación de "fármacos opioides" en América del Norte en 2016. En total, el 25 % de las incautaciones de fentanilo en los Estados Unidos contenían también heroína en 2016, y en muchos casos las

sustancias se vendían como heroína.⁷

En África, el nivel de las incautaciones de heroína aumentó un 46 % entre 2015 y 2016, pero aun así fue inferior en un 85 % a la cifra máxima alcanzada en 2014.

La ruta de los Balcanes sigue dominando el tráfico de opiáceos provenientes del Afganistán

La principal ruta de tráfico de heroína del mundo sigue siendo la denominada ruta de los Balcanes, por la que pasa el tráfico de opiáceos del Afganistán a la República Islámica del Irán, Turquía y los países balcánicos, y de ahí a diversos destinos en Europa Occidental y Central. Excluidas las incautaciones realizadas en el Afganistán, el 37 % de la incautación mundial total de heroína y morfina en 2016 tuvo lugar en los países situados a lo largo de la ruta de los Balcanes, y otro 4 % en países de Europa Occidental y Central. La mayor parte de la heroína y morfina incautada en la ruta de los Balcanes fue fruto de incautaciones practicadas en la República Islámica del Irán (32,0 toneladas), con cantidades más pequeñas en Turquía (5,6 toneladas), los países balcánicos (0,8 toneladas) y los países de Europa Occidental y Central (3,9 toneladas). El tráfico de opiáceos pasa ya sea por el ramal oriental de la ruta de los Balcanes, que va de Turquía a Bulgaria y, de allí, a Rumania y Hungría, o por el ramal occidental de esa ruta, que va de Bulgaria a distintos países de los Balcanes occidentales, y de allí a los países de Europa Occidental y Central.

El análisis de todos los países de origen, salida y tránsito de las incautaciones de heroína y morfina comunicadas por los países de Europa Occidental y Central en el cuestionario para los informes anuales en el período 2012-2016 reveló que el 80 % de las menciones relacionadas con la heroína se referían a países de la ruta de los Balcanes. Otro 6 % se refería al Pakistán. Aunque una parte de la heroína se transporta directamente del Pakistán a Europa por vía aérea o marítima, también pasan ilegalmente grandes remesas de opiáceos del Pakistán a la República Islámica del Irán, desde donde continúa el tráfico por la ruta de los Balcanes. La República Islámica del Irán informó de que el 80 % de la

7 Estados Unidos, Departamento de Justicia, Administración para el Control de Drogas, 2017 National Drug Threat Assessment (octubre de 2017). morfina y el 85 % de la heroína de las que se había incautado en 2016 habían sido introducidas en el país a través del Pakistán, mientras que el resto había entrado de contrabando directamente desde el Afganistán. Cabe destacar, sin embargo, que importantes cantidades de opiáceos afganos permanecen en la región para el consumo local.

Cantidades mucho más pequeñas de heroína circulan por un subramal de la ruta de los Balcanes que va de la República Islámica del Irán a los países del Cáucaso meridional (principalmente Azerbaiyán y Georgia), para su transporte a través del Mar Negro hasta Ucrania y luego por tierra, en parte pasando por la República de Moldova, hasta Rumania, desde donde continúa por el ramal oriental de la ruta de los Balcanes hasta Europa Occidental. Según los datos sobre las incautaciones, el tráfico de opiáceos a lo largo de este subramal de la ruta de los Balcanes aumentó considerablemente durante varios años, lo que se reflejó en un incremento de las incautaciones de heroína y morfina, que pasaron de 121 kg en 2006 a 1,3 toneladas en 2016. Sin embargo, los datos sobre las incautaciones de 2016 en esta ruta indican tendencias divergentes: las incautaciones de heroína y morfina aumentaron fuertemente en Azerbaiyán y Georgia, pero disminuyeron de forma marcada en Ucrania y Rumania, lo que podría ser una indicación de un aumento del abastecimiento de opiáceos a través de los países del Cáucaso que pasa desapercibido, o de que la intensificación de las operaciones de las fuerzas del orden en los países del Cáucaso ha impedido la continuación de buena parte de ese tráfico hacia Ucrania y Rumania. La mayoría de la heroína incautada en Rumania en 2016 había pasado en tránsito por Turquía y Bulgaria, en contraste con la situación comunicada en 2015, cuando la mayor parte de la heroína había pasado por Ucrania.

Las cantidades de heroína enviadas directamente a Europa Occidental y Central por la ruta meridional podrían estar disminuyendo

Una parte de los opiáceos afganos se envía a Europa a través de la llamada ruta meridional, que va del Afganistán al Pakistán (y en parte a la República Islámica de Irán) para su posterior expedición a los países del Golfo y de África Oriental, desde donde se introduce en Europa, ya sea directamente por vía aérea o a través de África Occidental o Meridional, por aire o por mar. Otra alternativa es el tráfico a lo

largo de la ruta meridional hasta la India y otros países de Asia Meridional, para su expedición posterior a Europa o América del Norte (principalmente el Canadá). En total, el 9 % de las menciones de los países de origen, salida y tránsito de las incautaciones de opiáceos por los países europeos que presentaron datos en el período 2012-2016 tuvieron que ver con el tráfico de opiáceos a lo largo de la ruta meridional. En 2016, dos países europeos informaron del tráfico de heroína a través de la ruta meridional: Bélgica (10 kg, a través de Kenya) e Italia (65 kg, a través de los Emiratos Árabes Unidos y de Qatar).

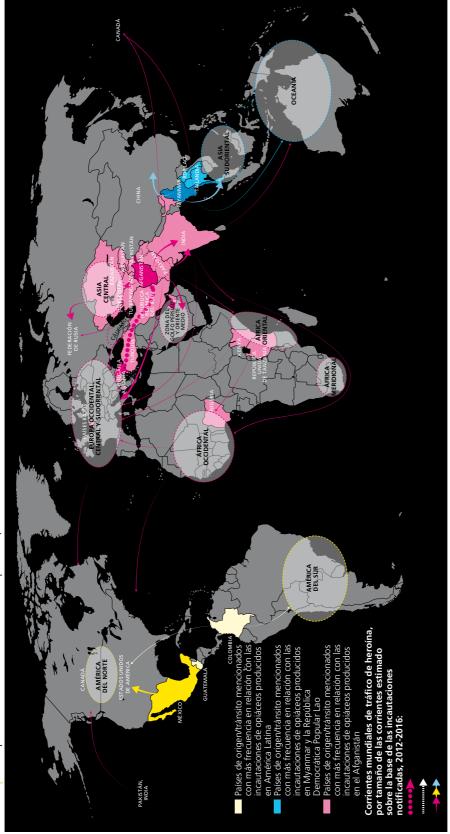
El suministro de heroína a la Federación de Rusia sigue pasando por Asia Central y Transcaucasia

El tráfico ilícito hacia la Federación de Rusia se lleva a cabo principalmente a lo largo de la ruta septentrional, pasando por los países de Asia Central o por los países del Cáucaso, con destino a los mercados de la Federación de Rusia y, en muy pequeña medida, para continuar camino hacia Belarús y Lituania. En 2016, los principales países de tránsito de la heroína de la que se incautaron las autoridades de la Federación de Rusia siguieron siendo los países de Asia Central y Transcaucasia (principalmente Tayikistán, Kazajstán y Azerbaiyán), mientras que el Pakistán, que se había mencionado como país de tránsito en 2015, dejó de ser un país de tránsito importante.

Pese a los indicios de una disminución del tráfico de heroína en Asia Oriental y Sudoriental, la subregión sigue siendo la principal fuente de heroína para Oceanía

Los opiáceos producidos en Asia Sudoriental (en su mayor parte en Myanmar) se envían a otros mercados de esa subregión (principalmente China y Tailandia) y a Oceanía (sobre todo a Australia). Las incautaciones realizadas en esos países disminuyeron un 15 % en 2016. En Australia, casi el total de la heroína interceptada en la frontera en 2015 procedía de Asia Sudoriental (el 98 % en el período comprendido entre enero y junio de 2015), pero el tráfico de heroína podría estar disminuyendo, a juzgar por la merma de las incautaciones en la frontera (tanto de las cantidades como del número de casos) registrada entre 2014/15 y 2015/16.9

- 8 UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales.
- 9 Comisión Australiana de Inteligencia Penal, *Illicit Drug* Data Report 2015-16 (Canberra, 2017).



MAPA 1 | Principales corrientes de tráfico de opiáceos, 2012-2016

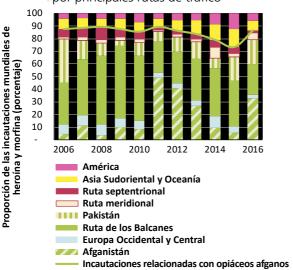
Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y base de datos sobre casos de incautación de drogas.

Las corrientes de tráfico se determinan teniendo en cuenta el país de origen/salida, tránsito y destino de las drogas incautadas, con arreglo a la información presentada por los Estados Miembros en el cuestiocorrientes secundarias que no hayan quedado reflejadas. Las flechas que representan las corrientes indican la dirección del tráfico; el punto de origen de las flechas indica la zona de fabricación o la de última origen" o "de tránsito") de la heroína hacia una subregión dada en el período 2012-2016. Los tonos más oscuros indican los países que representan más del 50 % de la producción de heroína de la región. nario para los informes anuales y a la base de datos sobre casos de incautación de drogas; así pues, deben considerarse una indicación aproximada de las rutas de tráfico existentes, pudiendo haber varias Notas: El tamaño de las líneas de flujo del tráfico se basa en la cantidad de heroína incautada en cada subregión y en el número de veces en que un país fue mencionado como país de salida (ya sea "de procedencia; el punto en que terminan las flechas indica la zona de consumo o la del siguiente destino del tráfico.

representa aproximadamente la linea 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. In a frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado. El Gobierno de la Argentiña y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos tienen una controversia con respecto a la soberanía sobre las Islas Malvinas (Falkland).



FIG. 6 Distribución porcentual de las cantidades de heroína y morfina incautadas, por principales rutas de tráfico^a



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

^a Ruta de los Balcanes: República Islámica del Irán — Europa Sudoriental — Europa Occidental y Central; ruta meridional: Asia Meridional — países del Golfo y otros países del Cercano Oriente y el Oriente Medio — África; ruta septentrional: Asia Central y Transcaucasia — Europa Oriental.

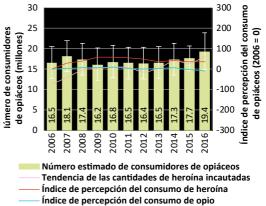
En América, el tráfico de heroína está disminuyendo, mientras que el de opioides sintéticos va en aumento

La mayor parte de la heroína (y morfina) que es objeto de tráfico en América se introduce de contrabando de México a los Estados Unidos, con cantidades mucho menores procedentes de Colombia y Guatemala. Los análisis de muestras de heroína practicados en los Estados Unidos en el último decenio indican el creciente predominio de México (el 90 % de las muestras analizadas en 2015) como país de origen de la droga, y un marcado descenso de la importancia de los países de América del Sur (el 3 %). Asia Sudoccidental fue la subregión de origen de aproximadamente el 1 % de las muestras analizadas en 2015. 10

Sobre la base de las cantidades incautadas en las incautaciones, el tráfico de heroína en América, especialmente su introducción en América del Norte, muestra una clara tendencia ascendente que culmina en 2015, con un acusado descenso en 2016. Esta

10 Estados Unidos, Departamento de Justicia, Administración para el Control de Drogas, 2017 National Drug Threat Assessment (octubre de 2017), pág. 48.

FIG. 7 Número estimado de consumidores de opiáceos, tendencia de la incautación de heroína e índices de percepción del consumo de heroína y de opio (2006=100)



te: UNODC, estimaciones basadas en los datos del cuesrio para los informes anuales..

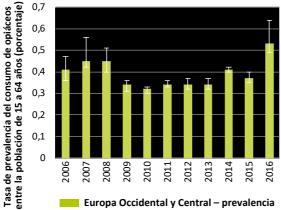
evolución parece haber ido en paralelo con una expansión del tráfico de opioides sintéticos en la región, a medida que algunos grupos de la delincuencia organizada de México y, en menor medida, de la República Dominicana que participan en el tráfico de heroína han ido ampliando sus actividades al tráfico de opioides sintéticos, en particular el fentanilo.¹¹

El mercado mundial de opiáceos vuelve a crecer

Los datos más recientes sobre el número anual de consumidores de opiáceos indican una ampliación del mercado mundial de opiáceos, con 19,4 millones de consumidores en 2016, equivalentes al 0,4 % de la población de 15 a 64 años de edad. Más de la mitad del número estimado de consumidores anuales de opiáceos residen en Asia (el 58 %), casi una quinta parte en Europa (el 17 %) y un séptimo en América (el 15 %). Las tasas más altas de prevalencia del consumo de opiáceos se registraron en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental (1,6 %), América del Norte (0,8 %) y Europa (0,6 %). Aunque tanto las cantidades de heroína incautadas como la prevalencia del consumo de opiáceos están aumentando a nivel mundial, el índice de percepción del consumo de heroína, basado en

11 Administración para el Control de Drogas, 2017 National Drug Threat Assessment.

FIG. 8 | Prevalencia del consumo de opiáceos en Europa Occidental y Central, 2006-2016



Fuente: UNODC, estimaciones basadas en los datos del cuestionario para los informes anuales.

las apreciaciones de los expertos nacionales, se ha mantenido relativamente estable en los últimos años.

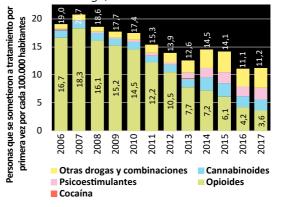
Indicios de aumentos en el mercado de opiáceos de Europa Occidental y Central

La tendencia a la baja del consumo de opiáceos observada en Europa Occidental y Central desde finales de la década de 1990 parece haber llegado a su fin en 2013. Desde entonces, la prevalencia del consumo de opiáceos ha venido aumentando, con un incremento especialmente marcado en 2016. El aumento de 2016 se debió principalmente a las mayores estimaciones del consumo de opiáceos comunicadas por Polonia, como resultado no solo del crecimiento de las tasas de prevalencia del consumo de heroína (del 0,1 % de la población de 15 a 64 años en 2014 al 1,1 % en 2016), sino también de los elevados niveles de uso de "kompot" (1,7 %). 12 Conocido también como "heroína polaca", el "kompot" es un preparado líquido obtenido a partir de la paja de adormidera, que se consume por inyección. En la subregión de Europa Occidental y Central, 12 países comunicaron tendencias estables en el consumo de heroína en 2016, 2 informaron de una disminución y 3 de un aumento (frente a 1 en 2015).

Al mismo tiempo, se ha comunicado un aumento de las muertes relacionadas con drogas en varios países europeos en los últimos años; muchas de esas muertes se han vinculado al uso de opiáceos, pero

Personas que se sometieron a un tratamiento relacionado con drogas por primera vez por cada 100.000 habitantes en la Federación de Rusia, por tipo de droga, 2006-2017*

FIG. 9



Fuente: "Basic Functioning Indicators of the Narcological Service of the Russian Federation". Serie de manuales estadísticos 2008-2017, publicada por el Centro Nacional de Investigaciones sobre Adicciones, del Centro Nacional de Investigación Médica sobre Psiquiatría y Narcología V. Serbsky.

*Los datos de 2017 son estimaciones preliminares.

también puede haber influido el envejecimiento de las cohortes que consumen drogas. En Inglaterra y Gales, por ejemplo, las muertes relacionadas con los opioides aumentaron más de un 58 % en el período 2012-2016, llegando a 2.593 casos, y las relacionadas con la heroína y la morfina se duplicaron en ese período. En Alemania, donde los opiáceos son responsables de la mayor parte de las muertes relacionadas con drogas, la cifra pasó de 944 muertes en 2012 a 1.333 en 2016. 14

En contraste con esa evolución, las incautaciones de heroína no han aumentado en Europa Occidental y Central en los últimos años, y de hecho disminuyeron en 2016. Las tendencias contradictorias de los indicadores de la demanda y las incautaciones podrían ser el resultado de dinámicas diferentes; por ejemplo, podría haber una mayor oferta de opiáceos de alta pureza (que se explicaría por la mayor producción del Afganistán) que no se haya detectado pero que esté impulsando un aumento de la demanda, con las consiguientes repercusiones en la salud.

- 13 Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Oficina de Estadísticas Nacionales, "Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2015 registrations", Statistical Bulletin (Newport, 2 de agosto de 2017).
- 14 Alemania, Bundeskriminalamt, Rauschgiftkriminalität: Bundeslagebild 2016 (y ediciones de los años anteriores).

¹² UNODC, datos de las respuestas al cuestionario para los informes anuales.

El mercado de opiáceos de Europa Oriental sigue disminuyendo

En Europa Oriental, el índice de percepción del consumo de heroína se mantuvo básicamente estable entre 2006 y 2016, mientras que las incautaciones de heroína a lo largo de la ruta septentrional, la principal ruta de tráfico desde el Afganistán hacia Europa Oriental, han disminuido, lo que parece indicar una contracción del mercado de opiáceos en la subregión.

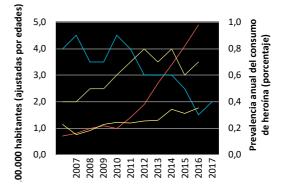
En la Federación de Rusia, que es el mercado de opiáceos más importante de Europa Oriental, el mercado de drogas ha empezado a cambiar y comienzan a predominar otras drogas, especialmente las sintéticas. El número de personas que inician por primera vez un tratamiento por consumo de opioides (principalmente heroína) disminuyó en más de las tres cuartas partes durante el período 2006-2017, con una reducción de la proporción de los tratamientos correspondiente a los opioides a lo largo del tiempo. Las muertes relacionadas con drogas en la Federación de Rusia, que en su mayoría están vinculadas al consumo de opioides, pasaron de 9.354 casos en 2006 a 5.249 en 2016, el nivel más bajo del último decenio. 15

El mercado de opiáceos de América del Norte envía señales contradictorias

En América, las apreciaciones de los expertos parecen indicar un aumento del consumo de heroína en los últimos años. El mayor mercado de heroína de América es el de los Estados Unidos, donde se encuentran casi el 80 % de los consumidores de opiáceos de la región y el 86 % de los de América del Norte. Las encuestas nacionales por hogares y las muertes relacionadas con la heroína parecen indicar que el consumo de heroína está aumentando en los Estados Unidos desde hace algún tiempo. Mientras que el número estimado de consumidores de heroína aumentó un 14 % en 2016 (con respecto al año anterior), la tasa de prevalencia anual del consumo de heroína se duplicó entre 2010 y 2016. El aumento de las muertes relacionadas con la heroína se debió principalmente a la combinación de la heroína con el fentanilo. 16

- 15 "Basic Functioning Indicators of the Narcological Service of the Russian Federation". Serie de manuales estadísticos 2008-2017, publicada por el Centro Nacional de Investigaciones sobre Adicciones, del Centro Nacional de Investigación Médica sobre Psiquiatría y Narcología V. Serbsky.
- 16 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades,

FIG. 10 Tasa de prevalencia del consumo de heroína en las encuestas escolares y por hogares, y muertes relacionadas con la heroína en los Estados Unidos, 2006-2016

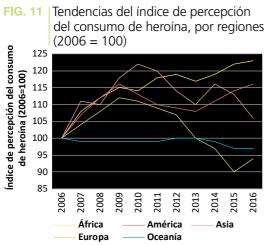


- Muertes relacionadas con la heroína
- Prevalencia anual del consumo de heroína entre los estudiantes del 12o grado
- Prevalencia anual del consumo de heroína entre la población de 12 años o más
- Prevalencia anual del consumo de heroína entre la población de 18 a 25 años

Fuentes: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2017); Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Multiple cause of death database, diciembre de 2016; y "Drug overdose deaths in the United States, 1999–2016", NCHS Data Brief (diciembre de 2017).

Por otra parte, los resultados de las pruebas practicadas entre la fuerza de trabajo muestran una pequeña disminución del consumo de heroína en 2016, del 0,28 % (en 2015) al 0,25 % de los trabajadores contratados a nivel federal y de los trabajadores de los Estados Unidos en general que se sometieron a las pruebas. ¹⁷ La prevalencia anual del consumo de heroína en los adultos jóvenes se mantuvo relativamente estable en 2016 (0,4 %, frente a un 0,5 % en 2015), ¹⁸ mientras que la prevalencia anual del consumo de heroína entre los estudiantes de los grados 80, 100 y 120 de los Estados Unidos volvió a disminuir en 2016 (llegando a

- datos sobre las sobredosis de heroína, 2018. Pueden consultarse en www.cdc.gov/drugoverdose/data/heroin.html.
- 17 This is based on some 9 million drug tests made of workers of the federally mandated workforce and the general workforce in the United States in 2015 and 2016 (Quest Diagnostics Drug Testing Index, full year 2016 tables (May, 2017) and results of the previous year).
- 18 John Schulenberg and others, Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2016: 2016— College Students and Adults Ages 19-55, vol. 2 (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, 2017), p. 49.



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

un 0,3 %, frente a un 0,8 % en 2010) y se mantuvo en ese nivel más bajo en 2017.¹⁹

En África parece estar aumentando el consumo de heroína

La información sobre la prevalencia del consumo de opiáceos en África y en Asia sigue siendo muy limitada, lo que dificulta la determinación de tendencias claras. Según las apreciaciones de los expertos comunicadas a la UNODC, en África el consumo de heroína parece haber aumentado más que en otras regiones durante el período 2006-2016, probablemente a causa del creciente efecto indirecto del tráfico de heroína procedente de Asia Sudoccidental a lo largo de la ruta meridional. En África Oriental comunicaron aumentos del consumo de heroína Kenya y la República Unida de Tanzanía en 2015 y Madagascar en 2016; en África Meridional informó de un aumento Mozambique en 2015; y en África Occidental y Central lo hizo Côte d'Ivoire en 2016. Ese año, varios grandes países africanos informaron de una estabilización del consumo de heroína —en particular, todos los países de África Septentrional, Nigeria en África Occidental y Central, Sudáfrica y Zambia en África Meridional, y Kenya en África Oriental—. En el resto de África, las apreciaciones de los expertos apuntan a una disminución del consumo de heroína en la región, tras varios años de aumentos ininterrumpidos.

19 National Institute of Drug Abuse, Monitoring the Future survey, 2017 data from in-school surveys of 8th, 10th and 12th grade students. En Asia, los datos de las apreciaciones de los expertos indican una reducción del consumo de heroína desde 2011, y en especial desde 2014. En 2016 se comunicaron disminuciones del consumo de heroína principalmente en los países de Asia Oriental y Sudoriental, en particular China (Región Administrativa Especial de Hong Kong), Indonesia, la República de Corea y Tailandia. En cambio, varios países del Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental informaron de aumentos en 2016. en particular los Emiratos Árabes Unidos, el Irán (República Islámica del), el Iraq y Qatar (y, en 2015, el Pakistán). Estos aumentos podrían estar vinculados a los crecientes niveles de tráfico de heroína desde el Afganistán hacia esos países. Sin embargo, en otros países, entre ellos la Arabia Saudita, Israel y Jordania, donde los estimulantes desempeñan un papel más importante, el consumo de heroína se estabilizó.

La mayoría de los países de Asia Central no parecen haber sido afectados todavía por el aumento de la fabricación de heroína afgana; los expertos percibieron disminuciones del consumo de heroína en Uzbekistán, Kirguistán y Kazajstán en 2016. Esto está en consonancia con los informes sobre la disminución del nivel de las incautaciones de heroína a lo largo de la ruta septentrional en Asia Central en los últimos años.

En Oceanía, el consumo de heroína sigue siendo limitado

En Oceanía, las apreciaciones de los expertos apuntan a una ligera disminución del consumo de heroína en los últimos cinco años. Los datos de la prevalencia anual de Australia, donde se concentran la mayoría de los consumidores de heroína de Oceanía, indican una disminución del uso de heroína desde una cota máxima del 0,8 % de la población de 14 años o más en 1998 hasta un 0,2 % en 2001 y un 0,1 % en 2013, antes de aumentar nuevamente a un 0,2 % en 2016.²⁰ Este patrón se ve confirmado por varios otros indicadores que muestran un descenso muy importante de la oferta y el consumo de heroína en 2001, sin una recuperación significativa en los años siguientes.²¹ Los análisis de aguas residuales realizados

- 20 Australian Institute of Health and Welfare, National Drug Strategy Household Survey 2016 (Canberra, 2017).
- 21 Australian Institute of Criminology, "Australian heroin drought affects heroin market", Crime Facts Info, No. 12 (20 November, 2001); Louisa Egenhardt, Carolyn Day and Wayne Hall, The Causes, Course and Consequences of

en 2017 confirmaron los bajos niveles de consumo de heroína en Australia en general, posiblemente a causa de los precios de esta droga, que son muy altos en comparación con los de otros lugares (335 dólares australianos,²² equivalentes a 263 dólares de los Estados Unidos, por gramo de heroína en 2017).

En cuanto al resto de la región, Nueva Zelandia comunicó un consumo de heroína bajo y estable, con una prevalencia del uso de opioides menor, al igual que en la mayoría de los demás países, que la del consumo de cannabis, estimulantes de tipo anfetamínico y cannabinoides sintéticos. Entre los diversos opioides, la prevalencia del consumo de heroína en Nueva Zelandia ocupa el tercer lugar, después de los fármacos opioides y el opio.

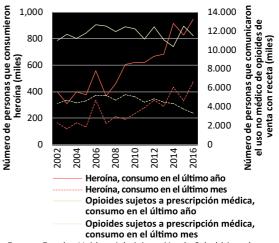
El mercado del uso no médico de fármacos opioides está en expansión

Pese a la escasez de datos en muchas subregiones, el tráfico y el uso no médico de fármacos opioides parece ser motivo de creciente preocupación para los organismos encargados de hacer cumplir la ley y los profesionales de la salud pública de muchos países, aunque el alcance del uso no médico de estas sustancias y los tipos de fármacos opioides que se consumen de esa forma pueden variar. En América del Norte, por ejemplo, los principales fármacos opioides que se usan con fines no médicos son la hidrocodona, la oxicodona, la codeína y el tramadol, mientras que en Europa los fármacos opioides de los que se hace un mayor uso indebido son la metadona, la buprenorfina y el fentanilo (según los datos de los servicios de tratamiento de la drogodependencia.²³ En los países de África Occidental, África Septentrional y el Cercano Oriente y el Oriente Medio, el tramadol es la principal sustancia que consumen las

the Heroin Shortage in Australia, Monograph Series, No. 3 (Sydney, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2004); Louisa Degenhardt and others, "Evaluating explanations of the Australian 'heroin shortage'", Addiction, vol. 100 (2005), pp. 459–469; Anne Dray and others, "Policing Australia's 'heroin drought': using an agent-based model to simulate alternative outcomes', Journal of Experimental Criminology, vol. 4, No. 3 (2008), pp. 267–287.

- 22 A. Karlsson and L. Burns, Australian Drug Trends 2017: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS), Australian Drug Trend Series, No. 181 (Sydney, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2018), p. 39.
- 23 EMCDDA, European Drug Report 2017: Trends and Developments.

FIG. 12 Tendencias del consumo de heroína y opioides sujetos a prescripción médica en los Estados Unidos, 2002-2016



Fuente: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2017).

personas que informan del uso no médico de fármacos opioides.

Las incautaciones de fármacos opioides han alcanzado niveles comparables a los de la heroína

En 2016, la cantidad total de fármacos opioides incautados se cifró en 87 toneladas, aproximadamente lo mismo que la incautación de heroína de ese año. Las cantidades más grandes de fármacos opioides incautadas en 2016 correspondieron, una vez más, al tramadol (68 toneladas), seguido de la codeína (18 toneladas), la oxicodona (1 tonelada) y el fentanilo (0,4 toneladas). En 2016 aumentaron también las incautaciones de fármacos opioides distintos del tramadol, la metadona y la dihidromorfinona. Estos aumentos fueron particularmente pronunciados en el caso de la codeína y la oxicodona, que se multiplicaron por más de 30 con respecto al año anterior, así como en el caso del fentanilo y sus análogos (con una decuplicación del carfentanilo y una cuadruplicación del fentanilo) y de la buprenorfina (que se septuplicó).

África sigue dominando las incautaciones mundiales de fármacos opioides

En 2016, las mayores cantidades de fármacos opioides se incautaron, por segundo año consecutivo, en los países africanos (principalmente en África Occidental

→ Corrientes comunicadas de tráfico de tramadol por países de tránsito Corrientes comunicadas de tráfico de tramadol producido en la India Corrientes comunicadas de tráfico de tramadol producido en China Países que comunicaron incautaciones y/o uso indebido Incautaciones anuales de tramadol > 1.000 - 10.000 kg > 100 - 1.000 kg > 10 - 100 kg > 10.000 kg > 1 - 10 kg

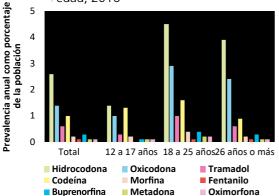
MAPA 2 | Incautaciones (o uso indebido) de tramadol comunicadas, y principales corrientes de tráfico/desviación de tramadol, 2012-2016

los Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas correspondiente a 2016 (y años anteriores), WHO Expert Committee on Drug Dependence: Thirty-sixth Report, Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 902 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002); Departamento de Estado de los Estados Unidos, Oficina de Asuntos Internacionales Cachemira. La frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado. El Gobierno de la Argentina y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda Fuentes: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2016 (y años anteriores); Informe de Notas: Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la linea 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 de Narcóticos y Aplicación de la Ley, *International Narcotics Control Strategy Report 2017* (y años anteriores).

del Norte tienen una controversia con respecto a la soberanía sobre las Islas Malvinas (Falkland).

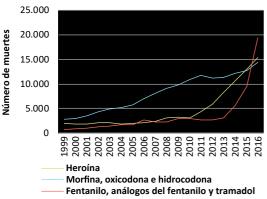


FIG. 13 Uso no médico en el último año de diferentes opioides de venta con receta en los Estados Unidos, por grupos de edad. 2016



Fuente: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2017).

FIG. 14 | Muertes por sobredosis de opioides en los Estados Unidos



Fuente: Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, CDC WONDER, 2017.

y Central y en África Septentrional), en los que se concentró el 87 % del total de la incautación mundial. Las incautaciones fármacos opioides realizadas en Asia (principalmente Asia Oriental y Sudoriental) constituyeron solo el 7 % del total mundial en 2016.

El tramadol fue el principal fármaco opioide incautado en África, seguido de la codeína. En Asia, las incautaciones de fármacos opioides estuvieron dominadas por la codeína, seguida del tramadol, mientras que en Europa predominó el tramadol, seguido de la metadona y la codeína. En esta región hubo grandes

incautaciones de tramadol en Malta y Grecia, donde esta sustancia se encontraba en tránsito desde la India hacia los mercados de destino en África Septentrional. En las incautaciones de fármacos opioides de América predominó la oxicodona, seguida de la codeína y el fentanilo.

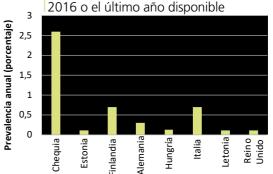
Las comparaciones de las incautaciones de fármacos opioides en peso pueden enmascarar el hecho de que el número de dosis que puede obtenerse de 1 gramo de los distintos opioides es muy diferente. Expresadas en dosis, en lugar de peso, las incautaciones de fármacos opioides efectuadas en América estuvieron claramente dominadas por el fentanilo y sus análogos en 2016, seguidos de la oxicodona. Incluso a nivel mundial, los cálculos basados en las dosis recomendadas con fines médicos²⁴ para el alivio del dolor en personas que no han usado la sustancia anteriormente indican que en las incautaciones de 2016 la mayoría de las dosis de fármacos opioides correspondieron al fentanilo, seguido de la codeína25.²⁵

El fentanilo y sus análogos siguen suscitando gran preocupación en los Estados Unidos

En los Estados Unidos, en 2016, casi el 4 % de las personas de 12 años o más habían consumido opioides de venta con receta con fines no médicos en el

- 24 El vademécum británico (British National Formulary) recomienda dosis de 50 mg de tramadol, 30 mg de oxicodona, 5 mg de codeína o 0,1 mg de fentanilo para los pacientes con dolor que no han utilizado medicación analgésica anteriormente. (British National Formulary, vol. 74 (septiembre de 2017 a marzo de 2018).
- 25 Los cálculos detallados figuran en el anexo metodológico disponible en línea.

FIG. 15 Prevalencia anual del uso no médico de fármacos opioides en países europeos, 2016 o el último año disponible



Fuente: UNODC, estimaciones basadas en las respuestas al cuestionario para los informes anuales.



Source: Registro de las causas de defunción de Estonia, 2017. Nota: En 2016, de 114 muertes por sobredosis de fentanilo r egistradas en Estonia, 67 fueron atribuidas al 3-metilfentanilo y el resto al carfentanilo, el furanilfentanilo y el acrilfentanilo.

último año,²⁶ y la mayor prevalencia de ese consumo correspondía a las personas de 18 a 25 años de edad. En comparación con el consumo de heroína, que ha venido aumentando año tras año desde 2007, el uso no médico de opioides de venta con receta ha presentado una tendencia estable en los últimos cinco años. Los opioides sujetos a prescripción médica que más fueron objeto de uso indebido según los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas de 2016en los Estados Unidos fueron la hidrocodona, la oxicodona, la codeína y el tramadol. Si bien el uso no médico del fentanilo declarado por los participantes en esa encuesta es mínimo (0,1 % de la población de 12 años o más), el fentanilo ilícito y sus análogos se están detectando cada vez más en los análisis de las muestras de drogas, incluidas las de heroína.²⁷ Al parecer, el fentanilo ilícito se mezcla con heroína y otras drogas ilícitas, como el éxtasis, o se vende como algún tipo de opioide sujeto a prescripción médica falsificado. Los usuarios a menudo desconocen el contenido de la sustancia o tableta que consumen, lo que puede conducir a casos de sobredosis letales.²⁸

En 2016 hubo casi 64.000 muertes por sobredosis en los Estados Unidos, y las causadas por sobredosis

- 26 Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables (Rockville, Maryland, septiembre de 2017).
- 27 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Administración para el Control de Drogas, "Emerging threat report: fourth quarter 2017".
- 28 Administración para el Control de Drogas, 2017 National Drug Threat Assessment.

de opioides representaron más del 70 % del total. Aunque todas las muertes relacionadas con opioides han aumentado en los Estados Unidos, la tendencia más preocupante es el número de muertes por sobredosis de opioides sintéticos, que se duplicó en el último año. Los opioides sintéticos incluyen el fentanilo, los análogos del fentanilo y el tramadol.

Aparecen indicios del consumo de fármacos opioides en Europa Occidental y Central

En Europa Occidental y Central, el uso no médico de los fármacos opioides no alcanza el mismo nivel que en América del Norte, pero la aparición de nuevos opioides sintéticos (principalmente el fentanilo y sus derivados) es motivo de preocupación en la subregión. ²⁹ Aunque pocos países de Europa Occidental y Central informan del uso de fármacos opioides con fines no médicos en sus encuestas nacionales sobre el consumo de drogas, los países que lo hacen notifican cifras que varían entre el 2,6 % de la población adulta (Chequia) y el 0,1 % (Letonia, Estonia y el Reino Unido).

Desde 2009, se ha informado de 25 nuevos opioides (en su mayoría, fentanilo y sus análogos) en la subregión. Los nuevos opioides representan actualmente solo una pequeña fracción del mercado de opioides de Europa Occidental y Central, pero los nuevos análogos del fentanilo son sustancias muy potentes que plantean una grave amenaza para la salud individual y pública. El fentanilo ilícito se ha vendido en la subregión en los mercados en línea y en los mercados locales ilícitos, como heroína u opioide falsificado, o mezclado con estas sustancia.³⁰

La heroína sigue siendo el opioide más consumido en Europa Occidental y Central, pero cada vez hay más indicios del uso indebido de fármacos opioides en la subregión. En 2015, 17 países informaron de que más del 10 % del total de los consumidores de opioides que habían recurrido a los servicios de tratamiento lo habían hecho por trastornos relacionados con el consumo de opioides distintos de la heroína. Los opioides consumidos por las personas que se habían sometido a tratamiento eran la metadona, la buprenorfina, el fentanilo, la codeína, la morfina,

EMCDDA, Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2017.

³⁰ Ibid.

Tramadol

Tramadol es el nombre genérico de un analgésico opioide comercializado por primera vez por Grünenthal en 1977. Se utiliza en el tratamiento del dolor de moderado a agudo. El efecto analgésico es multimodal y comprende una actividad agonista en el receptor opioide µ y propiedades adrenérgicas y serotonérgicas. El metabolito O-desmetiltramadol de este analgésico es el principal responsable de la actividad agonista en el receptor opioide µ, mientras que el compuesto original libera serotonina e inhibe la recaptación de la noradrenalina y la serotonina, mejorando el estado de ánimo.

Las dosis orales habituales del tramadol varían entre 50 y 100 mg cada 4 a 6 horas, con una dosis diaria máxima no superior a 400 mg.ª El tramadol también puede utilizarse oralmente como formulación de liberación prolongada o de liberación variable, una o dos veces al día. Existen asimismo preparados de tramadol de administración parenteral, rectal, sublingual e intranasal.

El tramadol se metaboliza ampliamente en el hígado tras la administración oral. La reacción metabólica al agonista opioide µ activo, el O-desmetiltramadol, depende de la actividad de la enzima hepática CYP 2D6, que presenta polimorfismo genético en el ser humano. Los metabolizadores lentos tienen concentraciones relativamente bajas de O-desmetiltramadol en el plasma, mientras que los metabolizadores rápidos tienen concentraciones relativamente altas de este metabolito activo. b El corolario es una diferencia en la expresión del efecto neto del tramadol en el estado de ánimo y del O-desmetiltramadol en el receptor opioide µ. A este respecto, es importante señalar que hay sólidas pruebas de que varios medicamentos y bebidas, como el zumo de pomelo, pueden inhibir la actividad de la CYP 2D6 en el ser humano. De hecho, en varios foros de consumidores de drogas en Internet se han comunicado experiencias de combinaciones del tramadol con zumo de pomelo para preservar o reforzar las propiedades de mejora del estado de ánimo, a expensas del efecto analgésico mediado por el O-desmetiltramadol.

Según la OMS,^c el tramadol puede generar dependencia física, y hay estudios que muestran que esa dependencia puede producirse tras el consumo diario de tramadol durante unas cuantas semanas. Desde 2013, los Estados Miembros han puesto de relieve los problemas relacionados con el uso no médico del tramadol a través de varias

resoluciones de la Comisión de Estupefacientes^{d, e} y de sus órganos subsidiarios regionales, en particular de África^f y el Oriente Medio.⁹ En 2017, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia informó^h de que había cada vez más pruebas del uso indebido del tramadol en numerosos países, con reacciones adversas y muertes relacionadas con ese uso indebido, y recomendó la realización de un examen crítico de la sustancia. El sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas de la UNODC ha recibido informes de incautaciones tanto de tramadol como de O-desmetiltramadol.

- ^a Martindale: The Complete Drug Reference, 38a ed. (Londres, Pharmaceutical Press, 2014).
- b K. Miotto y otros, "Trends in tramadol: pharmacology, metabolism, and misuse", Anesthesia and Analgesia, vol. 124, núm. 1 (2017), págs. 44 a 51.
- c Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, "Tramadol: pre-review report", 39a reunión, Ginebra, 6 a 10 de noviembre de 2017.
- d Declaración Ministerial Conjunta del Examen de Alto Nivel de 2014 por la Comisión de Estupefacientes de la Aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (véase Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2014, Suplemento núm. 8 (E/2014/28), cap. I, secc. C).
- e Resolución 56/14 de la Comisión de Estupefacientes sobre el fortalecimiento de la cooperación internacional para hacer frente al consumo no terapéutico y el abuso, la fabricación ilícita y la distribución interna e internacional ilícitas de tramadol (2013).
- Resolución 56/2 de la Comisión de Estupefacientes sobre la Declaración de Accra (2013).
- Resolución 59/2 de la Comisión de Estupefacientes sobre los resultados de las reuniones de los órganos subsidiarios de la Comisión de Estupefacientes, incluida la declaración de Abu Dabi (2016) (2016).
- h WHO Expert Committee on Drug Dependence: Thirty-ninth Report, Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 1009 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017).

el tramadol y la oxicodona.³¹ En algunos países, fármacos opioides como el fentanilo (Estonia) y la buprenorfina (Finlandia) son los opioides que con más frecuencia se usan en forma indebida desde hace algún tiempo. En Chequia, aunque la heroína sigue siendo el opioide de uso indebido más frecuente, los otros opioides representan más de la mitad de todos los opioides utilizados por las personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de esas sustancias.³²

- 31 Ibid.
- 32 Ibid.

Si bien no en las mismas cantidades que en los Estados Unidos, ha habido muertes por sobredosis relacionadas con el consumo de fentanilo y sus análogos también en Europa Occidental y Central. Entre noviembre de 2015 y febrero de 2017 se comunicaron en total 23 muertes asociadas al consumo de furanilfentanilo, en Alemania (4 muertes), Estonia (4), Finlandia (1), Noruega (1), el Reino Unido (1) y Suecia (12).³³ Asimismo, entre abril y

33 EMCDDA, Furanylfentanyl, Report on the risk assessment of N-phenyl-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl] furan-2-carboxamide (furanylfentanyl) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Risk

El tramadol en Ghana, 2016-2017

El consumo no médico del tramadol en Ghana fue detectado por primera vez por las autoridades en 2016, y ese mismo año comenzó la fiscalización del opioide a nivel nacional. Como resultado de ello, el mercado del tramadol para uso recreativo desapareció, al menos temporalmente; sin embargo, a pesar de que el uso había quedado restringido a los fines médicos, en 2017 se observaron nuevos casos de consumo de tramadol, que se estaba importando de forma ilegal.

No existen datos fiables que ayuden a determinar la magnitud del uso no médico y el tráfico del tramadol en Ghana, pero en los informes cualitativos de las autoridades este fenómeno se señala como una amenaza en rápido crecimiento. Se ha demostrado que el tramadol está siendo utilizado en medida creciente por los miembros de las pandillas, los conductores de vehículos comerciales, las mujeres del mercado que necesitan comerciar durante largas horas y los estudiantes que desean mantenerse despiertos durante los períodos de estudio. El tramadol se utiliza con frecuencia junto con bebidas energéticas, bebidas alcohólicas y marihuana, y los usuarios comunican que consumen el tramadol para experimentar una sensación de euforia, para tener más energía o con fines afrodisíacos. Las autoridades han observado un número creciente de lesiones y muertes vinculadas a la conducción de vehículos bajo los efectos del tramadol; el reclutamiento de niños pequeños como vigías y proveedores de drogas; y un aumento general de las tasas de delincuencia, incluidas las de delitos relacionados con las drogas y vinculados a otras actividades delictivas, como el robo, la violación, el secuestro, el asesinato y la violencia, entre los usuarios de tramadol y las bandas de traficantes de esta sustancia, que a menudo usan machetes, botellas rotas y otras armas en sus enfrentamientos.

Las redadas de la policía en los mercados de las afueras de Accra y los análisis de las drogas de las que se ha incautado, realizados por el laboratorio de la Autoridad de Alimentos y Medicamentos de Ghana, han revelado que la venta de cápsulas con un alto contenido de tramadol, muy superior a la dosis médica habitual para un adulto (de 50 a 100 mg por cápsula) es cada vez más frecuente. La mayoría (el 40 %) de las 524.000 cápsulas de tramadol incautadas y analizadas en Ghana en 2017 tenían un contenido de 120 mg de tramadol, el 18 % tenía un contenido de 200 mg y otro 19 % tenía una concentración de 225 mg por cápsula. Solo una pequeña parte (el 13 %) del tramadol del que se incautó la policía ese año tenía el contenido típico para fines médicos, de 50 a 100 mg por cápsula. Alrededor del 87 % del total procedía de la India, mientras que para el resto de las cantidades de tramadol no fue posible determinar el país de origen. Sin embargo, no está claro si los paquetes interceptados habían sido fabricados ilícitamente o desviados de la fabricación lícita, ni dónde puede haberse producido esa desviación.

Fuente: Autoridad de Alimentos y Medicamentos de Ghana.

diciembre de 2016 se notificaron 47 muertes relacionadas con el consumo de acrilfentanilo, en Dinamarca (1), Estonia (3) y Suecia (43). Muchas de las personas fallecidas eran consumidoras de opioides de alto riesgo.³⁴

El uso no médico y el tráfico de tramadol se están convirtiendo en el principal motivo de preocupación en varias regiones

La mayor parte del tramadol incautado en todo el mundo en el período 2012-2016 se había fabricado en la India y, en menor medida, en China.³⁵El tra-

- Assessments (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).
- 34 EMCDDA, Acryloylfentanyl: Report on the risk assessment of N-(1 phenethylpiperidin-4-yl)-N-phenylacrylamide (acryloylfentanyl) in the framework ofthe Council Decision on new psychoactive substances, Risk Assessments (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017).
- 35 UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales; Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2016 (E/INCB/2016/1) (e informes anuales de la Junta correspondientes a años anteriores);

madol se introduce clandestinamente en varios mercados de África Occidental y Central y de África Septentrional, desde donde una parte continúa hacia varios países del Cercano Oriente y el Oriente Medio.

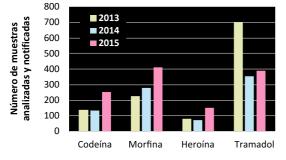
Hay una serie de fármacos opioides que se utilizan con fines no médicos en la mayoría de las regiones, pero el uso no médico del tramadol suscita especial preocupación en África Occidental y Septentrional y en muchos países del Cercano Oriente y el Oriente Medio. Aunque en esta subregión no se dispone de estimaciones del consumo basadas en la población, los datos sobre el tratamiento parecen indicar que el grado de uso no médico de los fármacos opioides es bastante elevado en esas subregiones. Si bien el número de muertes por sobredosis letales atribuidas

Informe de los Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas (HONLEA) correspondiente a 2016 (y años anteriores); WHO Expert Committee on Drug Dependence: Thirty-sixth Report, Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 902 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002); y Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley, International Narcotics Control Strategy Report 2017 (y años anteriores).

a los fármacos opioides es pequeño, muchos países de la subregión notifican también esas muertes. En los Emiratos Árabes Unidos, donde el tramadol predominaba claramente entre los fármacos opioides detectados en las personas en tratamiento, la situación cambió entre 2013 y 2015.³⁶ En los análisis de orina de las personas sometidas a tratamiento, el número de muestras que contenían tramadol, aunque todavía alto, se redujo a la mitad, mientras que el número de las que contenían otros opioides, como la morfina y la codeína, se duplicó en ese período. En 2015 se registraron 23 muertes por sobredosis atribuidas a fármacos opioides en los Emiratos Árabes Unidos.³⁷

En la primera evaluación del consumo problemático de drogas en el Estado de Palestina, realizada en 2016, se estimó que el 1,8 % de los varones de 15 años o más eran consumidores de drogas de alto riesgo. En Gaza, el tramadol era la sustancia de uso más común, seguida de las benzodiazepinas y la metanfetamina. En la muestra de usuarios de alto riesgo utilizada en el estudio, el 97 % de los encuestados en Gaza informó del uso no médico del tramadol, mientras que en la Ribera Occidental las sustancias más consumidas resultaron ser las

FIG. 17 Tendencias del uso no médico de fármacos opioides y heroína entre las personas en tratamiento en los Emiratos Árabes Unidos, 2013-2015



Source: Abuelgasim Elrasheed and others, "Changing patterns of substance abuse: analysis of lab test results of a patient cohort at the National Rehabilitation Center, Abu Dhabi, UAE", International Addiction Review, vol. 1, No. 1. (2017).

- 36 Abuelgasim Elrasheed y otros, "Changing patterns of substance abuse: analysis of lab test results of a patient cohort at the National Rehabilitation Center, Abu Dhabi, UAE", International Addiction Review, vol. 1, núm. 1 (2017).
- 37 Respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por los Emiratos Árabes Unidos, 2015.

anfetaminas, seguidas del cannabis, los anticonvulsivos (principalmente la pregabalina) y las benzodiazepinas.³⁸

Muchos países de África Occidental y Central y de África Septentrional (principalmente Egipto) han informado de la incautación de grandes cantidades de tramadol; sin embargo, la información sobre el uso no médico del tramadol y de otros fármacos opioides en esas subregiones es limitada. Según los informes, los comprimidos de tramadol disponibles en algunas partes de África están destinados al mercado ilícito y pueden tener una dosificación más elevada que la que normalmente se prescribe para fines médicos. En Egipto, por ejemplo, las autoridades informan de la oferta de comprimidos de 225 mg de tramadol en el mercado ilícito, lo que es mucho más que los habituales 50 mg de los comprimidos para aliviar el dolor y que las concentraciones de 50 mg a 200 mg de las tabletas de liberación lenta.³⁹

En Egipto, el tramadol parece ser el principal opioide de uso no médico, y se estima que el 3 % de la población tenía un diagnóstico de dependencia del tramadol en 2016. En el tratamiento de la drogodependencia, el tramadol también es la principal droga notificada, y en 2017 casi el 68 % de los pacientes en tratamiento estaban siendo tratados por trastornos relacionados con el consumo de tramadol. Egipto notifica también altos niveles de casos (mortales y no mortales) que llegan a los servicios de urgencias a causa del uso no médico del tramadol. 40

En Nigeria también preocupa el consumo no médico de opioides. En 2016, el cannabis (45 %) y los opioides (36 %) fueron las principales sustancias, excluido el alcohol, por las que se solicitó tratamiento por trastornos por consumo de drogas. La mayoría de las personas tratadas por trastornos por consumo de opioides hacían un uso indebido del tramadol, la codeína y la pentazocina.⁴¹

- 38 Instituto Nacional de Salud de Palestina y UNODC, Estimating the Extent of Illicit Drug Use in Palestine (noviembre de 2017).
- 39 Egipto, Secretaría General de Salud Mental del Ministerio de Salud, Informe de la Secretaría General de Salud Mental y Tratamiento de las Adicciones sobre el tramadol (2017).
- 40 Ibid.
- 41 Nigeria, Dirección Nacional de Represión del Uso Indebido de Drogas, "Patterns of drug and alcohol use in Nigeria" (2016).





B. COCAÍNA

Tras la tendencia a la baja, el cultivo de arbusto de coca está creciendo de manera impresionante

Tras la cota máxima alcanzada en 2000, hubo una prolongada tendencia descendente en el cultivo de arbusto de coca, que concluyó en 2013; desde entonces, la superficie mundial dedicada al cultivo de este arbusto ha aumentado un 76 %, llegando a 213.000 hectáreas en 2016. El aumento del cultivo de arbusto de coca en 2016 comunicado por Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú tuvo lugar en paralelo con el descenso de la erradicación en los tres países andinos.

El aumento del cultivo de arbusto de coca en Colombia es el principal motor de la expansión mundial

Las tendencias recientes en la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca en el mundo han sido impulsadas en gran medida por los cambios en el cultivo de coca en Colombia, donde la superficie total de cultivo disminuyó un 70 % durante el

período 2000-2013, para luego triplicarse entre 2013 y 2016. Con 146.000 hectáreas dedicadas al cultivo de coca en 2016, Colombia tenía el 68,5 % de la superficie de cultivo mundial. El cultivo de arbusto de coca está muy difundido en Colombia y en 2016 se observó en 21 de los 33 departamentos del país, aunque más de dos tercios de la superficie total dedicada a ese cultivo se encuentra en la zona meridional del país. El aumento del cultivo de arbusto de coca en Colombia en 2016 obedeció a varias razones relacionadas con la dinámica del mercado y con las estrategias de las organizaciones de narcotraficantes. Entre otros factores, se relacionó también con la percepción de una reducción del riesgo de las actividades ilícitas tras la suspensión de la fumigación aérea, las expectativas de algunas comunidades de recibir una indemnización por la sustitución del cultivo de arbusto de coca, y una disminución de las intervenciones de desarrollo alternativo, que han ido abandonando gradualmente el enfoque basado en la eliminación de los cultivos y favoreciendo la promoción del estado de derecho.¹

El número total de laboratorios de fabricación de

 UNODC y Colombia; Colombia: Monitoreo de Territorios Afectados por Cultivos Ilícitos 2016 (julio de 2017), pág. 139.

productos de coca y cocaína desmantelados en Colombia se duplicó con creces entre 2013 y 2016, pasando de 2.334 a 4.842 (el 95 % de esos laboratorios fabricaban pasta de coca y cocaína base, mientras que el 5 % fabricaba clorhidrato de cocaína),² la cifra más alta jamás comunicada. Las incautaciones de clorhidrato de cocaína en Colombia aumentaron a más del doble, pasando de 167 toneladas en 2013 a la cifra sin precedentes de 378 toneladas en 2016; además, en 2016 se incautaron 43 toneladas de pasta de coca y cocaína base.³La erradicación (manual y por fumigación) pasó de más de 213.000 hectáreas en 2006 a 69.000 hectáreas en 2013 y menos de 18.000 hectáreas en 2016, mientras que la fumigación aérea cesó del todo en octubre de 2015. Los agricultores que cultivan arbusto de coca pueden haber considerado que la amenaza de la erradicación había disminuido, y algunos pueden haberse sentido envalentonados para adoptar medidas colectivas contra los posibles esfuerzos de erradicación manual, y haber tenido así una mayor propensión a aumentar su producción de arbusto de coca.4

Indicios de aumentos en las zonas tradicionales de cultivo del arbusto de coca en el Perú

Tras un descenso que había comenzado en 2011, la superficie dedicada al cultivo de arbusto de coca en el Perú aumentó a 43.900 hectáreas en 2016, equivalentes al 21 % de la superficie dedicada a este cultivo en el mundo.

En 2016, la producción de arbusto de coca del Perú tuvo lugar principalmente al este de Lima, en los Andes, en el Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (70 %), y más lejos, en La Convención y Lares (14 %). En cambio, en los años ochenta y noventa la mayor parte de la producción de arbusto de coca del Perú se concentraba en el Alto Huallaga, en la región central del Perú. En 2016, el Alto Huallaga representaba solo el 4 % de la superficie total dedicada al cultivo de arbusto de coca en el Perú. Sin embargo, la prolongada tendencia a la baja llegó a su fin en 2016, cuando la superficie dedicada al cultivo de coca en el Alto Huallaga aumentó un 45 % con respecto al bajo nivel del año anterior. En ninguna de las dos principales zonas de cultivo del arbusto de coca actuales (el Valle de los Ríos

- 2 Ibid., p. 151.
- 3 Ibid., p. 154.
- 4 Ibid., p. 14.

Apurímac, Ene y Mantaro, y La Convención y Lares) hubo actividades de erradicación en 2016.⁵

La tendencia descendente del cultivo de arbusto de coca ha tocado fondo también en el Estado Plurinacional de Bolivia

El Estado Plurinacional de Bolivia tenía en 2016 el 10 % de la superficie dedicada al cultivo de coca en el mundo; ese año, el país aumentó su superficie cultivada con arbusto de coca en un 14 %, alcanzando las 23.100 hectáreas y recuperando así el nivel comunicado en 2013. El aumento de 2016 puso fin a la tendencia a la baja que había comenzado en 2010⁶ y que se había debido, entre otros factores, a una política gubernamental de reducciones "voluntarias" del cultivo de arbusto de coca en las zonas productoras de coca,^{7, 8, 9} aplicada en paralelo con la erradicación (según lo comunicado por el Gobierno), particularmente en los parques nacionales y otras regiones situadas fuera de las zonas de cultivo aceptadas. En general, la erradicación del arbusto de coca se duplicó prácticamente en el Estado Plurinacional de Bolivia, pasando de alrededor de 6.000 hectáreas anuales en el período 2005-2009 a unas 11.000 hectáreas anuales en el período 2011-2015, para luego disminuir a 6.600 hectáreas en 2016, en coincidencia con el aumento del cultivo notificado ese año. 10

La fabricación mundial de cocaína alcanzó un nivel sin precedentes en 2016

Como consecuencia de los grandes aumentos de la superficie dedicada al cultivo de arbusto de coca y de la mejora de los conocimientos especializados sobre la fabricación de cocaína en las principales zonas productoras de hoja de coca, se estima que la

- 5 UNODC y Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA) del Perú, Perú: Monitoreo de Cultivo de Coca 2016 (noviembre de 2017).
- 6 UNODC y Estado Plurinacional de Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia: Monitoreo de Cultivos de Coca 2015 (julio de 2016).
- 7 Ibid.
- 8 Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Acuerdo entre el Gobierno nacional y los productores de coca (14 de septiembre de 2008).
- 9 Robert Lessmann, "Bolivien: zwischen Modellfall und Unregierbarkeit", En Bolivien Staatszerfall als Kollateralschaden, Thomas Jäger, ed. (Wiesbaden, Alemania, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009), pág. 54.
- 10 UNODC y Estado Plurinacional de Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia: Monitoreo de Cultivos de Coca 2015, pág. 52.



Fuente: UNODC, estudios del cultivo de coca en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, 2014 y años anteriores.

fabricación mundial de cocaína alcanzó en 2016 la cifra récord de alrededor de 1.410 toneladas, lo que representa un aumento del 25 % con respecto al año anterior. La mayor parte de la fabricación de cocaína tiene lugar en Colombia, donde, partiendo simplemente de las estimaciones de la producción de hoja de coca, se calcula que la fabricación de cocaína se elevó a 866 toneladas en 2016. Esta cifra representa un aumento del 34 % con respecto al año anterior, y una triplicación de la cantidad fabricada con respecto a 2013. La cocaína fabricada con la producción de hoja de coca del Perú y del Estado Plurinacional de Bolivia también aumentó en 2016, aunque a un ritmo menor.

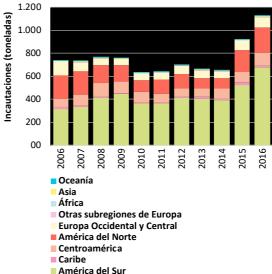
Las incautaciones de cocaína marcaron un nuevo récord en 2016, con cantidades particularmente altas en América y Europa Occidental, pero con fuertes aumentos también en otras regiones

El nivel de las incautaciones mundiales de cocaína aumentó un 23 % en 2016, con respecto al año anterior, cifrándose en 1.129 toneladas, ¹¹ el nivel más alto jamás comunicado.

En 2016, América volvió a ser la región en que se concentraron la inmensa mayoría de las incautaciones mundiales de cocaína (más del 90 % de la cantidad total); el 60 % del total correspondió a América del

11 Esta cantidad se refiere a las incautaciones de cocaína con distintos grados de pureza. No es comparable con la estimación de las cantidades fabricadas, que se refiere a una cocaína de una pureza del 100 %.

FIG. 2 Niveles de las incautaciones mundiales de cocaína, a por regiones (y algunas subregiones), 2006-2016



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

^a Incluye el clorhidrato de cocaína, la pasta y base de coca y la cocaína crack; sin ajustar en función de la pureza.

Sur (y más de la mitad de ese 60 %, a Colombia). Las incautaciones de cocaína realizadas en América del Norte, con los Estados Unidos a la cabeza (18 %), representaron menos de una quinta parte del total mundial y las realizadas en Centroamérica, principalmente en Panamá, el 11 %. La segunda porción más grande de las incautaciones de cocaína realizadas en 2016 correspondió a Europa Occidental y Central (8 %), donde las mayores incautaciones nacionales de cocaína fueron, por primera vez en la historia, las de Bélgica (el 3 % del total mundial), seguida de España (1 %) y los Países Bajos (1 %).

La mayor parte del aumento de las incautaciones de cocaína en 2016 se produjo fuera de los principales mercados de destino de la cocaína de América del Norte y Europa Occidental y Central, lo que refleja la actual propagación del tráfico de cocaína hacia los mercados emergentes. Por ejemplo, la cantidad de cocaína incautada en Asia se triplicó entre 2015 y 2016, y la mayor parte de ese crecimiento se registró en Asia Meridional, donde la cantidad se multiplicó por diez, y en Asia Oriental y Sudoriental. La incautación de cocaína en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental se duplicó en 2016.

La cantidad de cocaína incautada en África también se duplicó en 2016, y la mayor parte de ese aumento se registró en los países de África Septentrional, donde la incautación de cocaína se sextuplicó en 2016, con respecto al año anterior, y representó el 69 % de la incautación total de la región. Esto contrasta con los años anteriores, en que las incautaciones de cocaína se concentraron principalmente en África Occidental y Central.

Se comunicaron notables aumentos de las incautaciones en Europa Sudoriental, donde la cantidad de cocaína incautada se triplicó con creces en 2016 con respecto al año anterior. La incautación de cocaína en Europa en su conjunto aumentó un 11 % en 2016.

En Oceanía, la incautación de cocaína aumentó más de un 75 % entre 2015 y 2016, y el 98 % del total de la cocaína incautada en la región correspondió a Australia.

El tráfico de cocaína sigue concentrándose principalmente en las rutas de América del Sur a América del Norte y a Europa Occidental y Central, pero están proliferando las rutas a otras subregiones

Los datos sobre las incautaciones indican que la mayor parte de la cocaína es transportada de los países andinos a los principales mercados de consumo de América del Norte y Europa Occidental y Central. Aunque las incautaciones de cocaína en ruta hacia otras subregiones son relativamente pequeñas, hacen pensar que el tráfico de cocaína a esas subregiones puede estar aumentando rápidamente, contribuyendo así a la proliferación de las rutas de tráfico por todo el planeta. Es posible que en algunos países de esas subregiones las fuerzas del orden no estén familiarizadas todavía con el tráfico de cocaína, al haberse centrado por mucho tiempo en otras drogas con mercados de larga tradición. En esos casos, los patrones de las incautaciones pueden ocultar un importante tráfico de cocaína no comunicado.

La corriente más importante del tráfico de cocaína sigue siendo la de los países andinos a América del Norte, en particular de Colombia a los Estados Unidos, que continúa figurando como principal país de destino entre las remesas de cocaína interceptadas en América del Sur. Los datos de la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos

indican que el 92 % de las muestras de las incautaciones de cocaína analizadas en 2016 provenían de Colombia y el 6 % del Perú, 12 alrededor del 80 % de ese tráfico utilizaba la vía del océano Pacífico, y el resto utilizaba la del océano Atlántico (incluido el tránsito por el corredor del Caribe). 13 El predominio del tráfico a través del océano Pacífico se debe probablemente a la concentración de la producción de hoja de coca y de la fabricación de cocaína en el sur de Colombia, donde el acceso más cercano al mar son los puertos del Pacífico de Colombia y del vecino Ecuador. La cocaína es transportada normalmente de Colombia a Centroamérica y México, con frecuencia en barcos y semisumergibles, y luego de México a los Estados Unidos por tierra, en automóviles o camiones, principalmente por grupos de la delincuencia organizada mexicana. Sin embargo, en 2016, las autoridades estadounidenses informaron de que se habían incautado de más cocaína en el mar (el 46 % del total) que en tierra (el 41 %);¹⁴ a modo de comparación, en 2013, el 81 % del total fue incautado en tierra y el 12 % en el mar. Esto parece indicar una disminución de la cocaína transportada a los Estados Unidos por tierra, a través de México, en 2016. De hecho, según los datos comunicados por los Estados Unidos, la proporción de cocaína introducida al país a través de México pasó de un 70 % del total de las entradas de cocaína en 2013 a un 39 % en 2016.¹⁵

En 2016, la mayor parte de la cocaína destinada al Canadá pasó por el Caribe, principalmente por Jamaica y la República Dominicana. También hubo remesas de cocaína que pasaron en tránsito por los Estados Unidos antes de llegar a los mercados canadienses. ¹⁶

La segunda mayor corriente del tráfico de cocaína en el mundo es la que va de los países andinos a Europa Occidental y Central. En el período 2012-2016, Colombia fue el país de salida más frecuentemente mencionado en relación con las incautaciones de cocaína destinada a mercados europeos (el 20 % de

- 12 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Administración para el Control de Drogas, 2017 National Drug Threat Assessment (octubre de 2017), pág. 87.
- 13 Ibid., p. 93.
- 14 Otro 8 % de la cocaína fue interceptado en los envíos por correo, y un 4 % en el tráfico por vía aérea en 2016 (UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales).
- 15 UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales.
- 16 UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales.

todas las menciones en las respuestas de los países europeos a la pregunta del cuestionario para los informes anuales sobre los países de origen, salida y tránsito de fuera de Europa), seguido del Brasil (16 %) y el Ecuador y la República Dominicana (9 % cada uno). Dentro de Europa, España y los Países Bajos fueron los países mencionados con más frecuencia como países de tránsito, seguidos de Alemania y Bélgica.

Las incautaciones de cocaína introducida en Europa a través de países de tránsito africanos fueron menos frecuentes, representando el 6 % de las menciones en las respuestas por los países europeos a la pregunta del cuestionario para los informes anuales sobre los países de África como lugares de origen, salida o tránsito de la cocaína en el período 2012-2016. Las corrientes del tráfico de cocaína hacia África están dirigidas principalmente a los países de África Occidental y Central (5 %), en muchos casos para su posterior envío a Europa y, en menor medida, a África Meridional (1 %). El Brasil fue el país más mencionado como lugar de salida de la cocaína incautada en todas las

subregiones de África en el período 2012-2017. En total, en 2012-2016, los países de África figuraron en el 2 % de las respuestas de los países de América a la pregunta sobre los lugares de destino de la cocaína incautada.

La cocaína incautada en Asia durante el período 2012-2016 también parece haber procedido principalmente del Brasil o haber pasado en tránsito por ese país. Esto se aplica a las dos principales subregiones de destino de la cocaína en Asia, el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental, y Asia Oriental y Sudoriental, así como a Asia Central y Transcaucasia. La cocaína incautada en Asia había pasado en muchos casos por los Emiratos Árabes Unidos, mientras que los países asiáticos de destino final más mencionados fueron China (incluido Hong Kong, RAE de China), seguida de Israel.

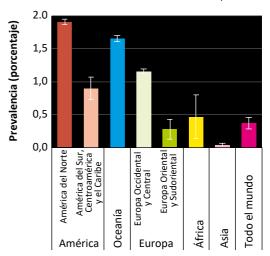
Las corrientes de cocaína a Oceanía están dirigidas principalmente a Australia. Según las incautaciones de cocaína comunicadas por Australia en el período 2012-2016, los principales países de salida de remesas de cocaína a Australia fueron los Estados Unidos, Chile, el Brasil, la Argentina y el Canadá. ¹⁷ El hecho

17 Comisión Australiana de Inteligencia Penal, Illicit *Drug Data Report 2015-16* (Canberra, junio de 2017), pág. 98; e infor-

de que se envíe cocaína de los Estados Unidos y el Canadá a Australia se debe probablemente a que en este país el precio al por mayor de la cocaína es más alto que en América del Norte. En 2016, los precios al por mayor de la cocaína en los Estados Unidos variaron entre 4.000 dólares y 50.000 dólares por kilogramo, y los del Canadá, entre 41.000 dólares y 59.000 dólares, mientras que en Australia alcanzaron cifras de entre 137.000 dólares y 222.000 dólares por kilogramo.¹⁸

Dadas las rutas de tráfico existentes, la mayor parte de las incautaciones de cocaína tienen lugar en el mar o cerca de la costa. Alrededor del 70 % de la cocaína incautada (comunicada a la UNODC por los Estados Miembros como incautaciones individuales importantes de drogas) durante el período 2012-2016 (clorhidrato de cocaína y cocaína base) había sido o iba a ser transportada por mar (y la incautación se realizó en aguas internacionales, aguas territoriales, puertos marítimos, zonas marítimas, playas, buques, embarcaciones y contenedores marítimos). Otro 15 % del total de las incautaciones de cocaína fue interceptado en aeropuertos, y el 15 % restante en rutas terrestres (caminos, autopistas, vehículos, calles, almacenes, oficinas de correos,

FIG. 3 Tasas estimadas de prevalencia anual del consumo de cocaína entre la población de 15 a 64 años de edad, 2016

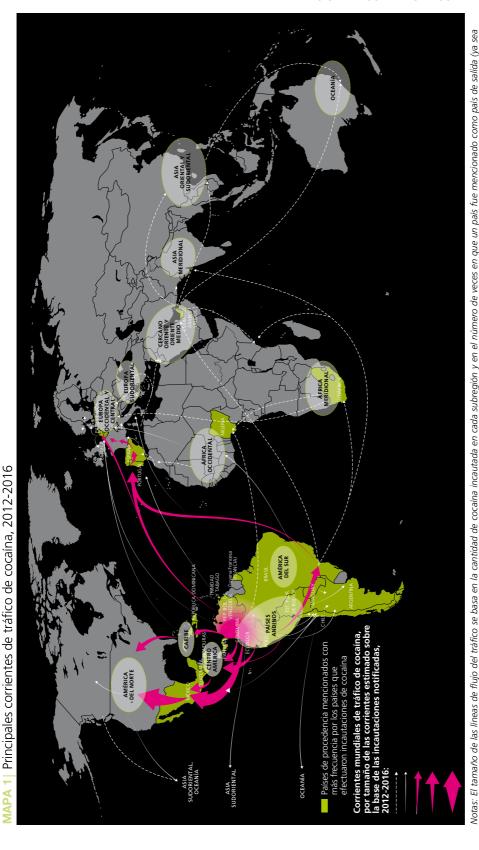


Fuente: UNODC, estimaciones basadas en los datos del cuestionario para los informes anuales y otros informes de los Gobiernos.

mes correspondientes de la Comisión de años anteriores.

18 Comisión Australiana de Inteligencia Penal, *Illicit Drug Data Report 2015-16*, pág. 102.





'de origen" o "de tránsito") hacia una subregión dada en el período 2012-2016. Las corrientes de tráfico se determinan teniendo en cuenta el país de origenísalida, tránsito y destino de las drogas incaudirección del tráfico; el punto de origen de las flechas indica la zona de fabricación o la de última procedencia; el punto en que terminan las flechas indica la zona de consumo o la del siguiente destino derarse una indicación aproximada de las rutas de tráfico existentes, pudiendo haber varias corrientes secundarias que no hayan quedado reflejadas. Las flechas que representan las corrientes indican la tadas, con arreglo a la información presentada por los Estados Miembros en el cuestionario para los informes anuales y a la base de datos sobre casos de incautación de drogas; así pues, deben consi-Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de

puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado. El Gobierno de la Argentina y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte tienen una controversia con respecto a la soberanía sobre las Islas Malvinas (Falkland).



Fuente: UNODC, estimaciones basadas en los datos del cuestionario para los informes anuales.

Nota: En la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe figuran los métodos de cálculo utilizados, junto con información más detallada.

bares, viviendas, oficinas, etc.)19

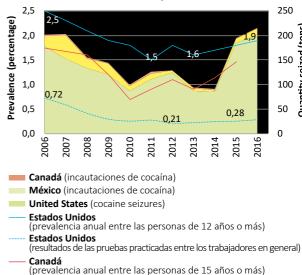
El consumo de cocaína sigue concentrado en América y Europa, y va en aumento

Se estima que en 2016 el número total de personas que habían consumido cocaína en el último año creció casi un 7 % con respecto a 2015, llegando a 18,2 millones (margen de variación: 13,9 millones a 22,9 millones), con aumentos en la mayoría de las regiones. Más de la mitad de los consumidores de cocaína viven en América, principalmente en América del Norte (el 34 % del total mundial), y casi un cuarto residen en Europa, en su mayor parte en Europa Occidental y Central (alrededor de un quinto del total mundial). El cuarto restante de los consumidores de cocaína podrían residir en África y, en menor medida, en Asia y Oceanía, pero los márgenes de error de estas estimaciones son considerables debido la falta de datos en muchos países de África y Asia.

La prevalencia anual mundial del consumo de cocaína se estimó en aproximadamente el 0,4 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad en 2016, aunque con variaciones sustanciales de una región a otra. La subregión con la mayor prevalencia de consumo de cocaína sigue siendo América del Norte, donde se registran altas tasas en los Estados Unidos (el 2,4 % de la población de 15 a 64 años) y en el Canadá (1,5 %). Oceanía en su conjunto también tiene una alta prevalencia del consumo de

19 UNODC, base de datos sobre casos de incautación de drogas.

FIG. 5 Incautaciones de cocaína en América del Norte y prevalencia anual del consumo de cocaína en los Estados Unidos y el Canadá, 2006-2016



Fuentes: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales; Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, National Household Survey on Drug Use and Health; Quest Diagnostics; Quest Diagnostics Drug Testing Index para 2016 y años anteriores; Health Canada, Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey; y Statistics Canada, encuesta canadiense sobre el tabaco, el alcohol y las drogas, 2015.

cocaína, con una tasa del 2,5 % de la población de 14 años o más en Australia. En Europa Occidental y Central, la prevalencia del consumo de cocaína es alta también en el Reino Unido (el 2,3 % de la población de 16 a 59 años), España (el 2,0 % de la población de 15 a 64 años en 2015) y los Países Bajos (el 1,9 % de la población de 15 a 64 años en 2015).

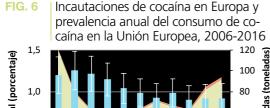
Debido a que solo un número reducido de países proporcionan nuevas estimaciones cada año²⁰ los márgenes de error son tan amplios que sería prematuro sacar conclusiones sobre aumentos estadísticamente significativos. Sin embargo, las apreciaciones de los expertos sobre los cambios en el consumo de cocaína²¹ apuntan a una tendencia al alza en el uso de cocaína en todo el mundo durante el período 2006-2016. Aunque concierne a todas las regiones, el aumento parece haber sido más notable, especialmente en 2016, en América, África y Asia.

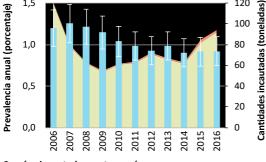
El mercado de la cocaína de América del Norte sigue creciendo

- 20 En promedio, entre 20 y 25 países comunican nuevas estimaciones del consumo de drogas a la UNODC cada año.
- 21 Véase el anexo metodológico en línea del presente informe.

La mayoría de los indicadores de América del Norte, que es el mercado de cocaína más grande del mundo, apuntan a una expansión del mercado de cocaína a partir de 2013, lo que refleja los cambios ocurridos en Colombia, donde la prolongada tendencia descendente en la fabricación de cocaína tocó fondo ese año. La prevalencia anual del consumo de cocaína entre la población en general del Canadá y los Estados Unidos ha venido aumentando desde 2013. Además, los datos de los Estados Unidos muestran que desde 2013 han aumentado las muestras de orina de los trabajadores que dan positivo en las pruebas de consumo de cocaína, y el número de personas que comienzan a consumir cocaína creció un 80 % entre 2013 y 2016, volviendo al nivel comunicado en 2002.²² En el mismo período (2013-2016), la cantidad de cocaína incautada en los Estados Unidos aumentó más de un 40 %, y la incautación en toda América del Norte, en casi un 50 %.

El número de muertes relacionadas con la cocaína se duplicó en los Estados Unidos durante el período 2013-2016, pasando de menos de 5.000 a más de 10.000. Sin embargo, dado que la mayoría de esas muertes se relacionaron con el consumo de cocaína en combinación con opioides sintéticos (el 66 % en





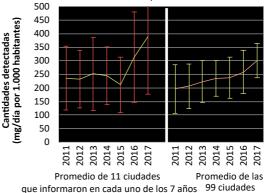
Cocaína incautada en otros países europeos

Cocaína incautada en Estados miembros de la Unión Europea Prevalencia anual estimada del consumo de cocaína entre las personas de 15 a 64 años en los Estados miembros de la Unión

Fuentes: UNODC, cálculos basados en los datos del cuestionario para los informes anuales; y EMCDDA.

22 Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health.

FIG. 7 Benzoilecgonina detectada en aguas residuales de Europa por 1.000 habitantes (sobre la base de los datos de 99 ciudades europeas), 2011-2017



Fuente: Cálculos de la UNODC basados en el Sewage Analysis CORe Group Europe (SCORE).

Nota: Los datos incluidos proceden del análisis de las aguas residuales realizado en 27 países europeos durante el período 2011-2017. En la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe figuran los métodos de cálculo utilizados, junto con información más detallada.

2015,²³ frente al 45 % en 2006),²⁴ no pueden atribuirse exclusivamente al consumo de cocaína.

Probable expansión del mercado de cocaína en Europa

La prevalencia total del consumo de cocaína en la Unión Europea es aproximadamente la mitad de la tasa comunicada por los Estados Unidos. A partir de datos bastante limitados, se estima que la prevalencia del consumo de cocaína en Europa se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, pero también hay indicios de que el suministro de cocaína a Europa ha vuelto a aumentar. Por ejemplo, aunque las incautaciones de cocaína en Europa disminuyeron de la cota máxima de 121 toneladas en 2006 a 55 toneladas en 2009, en los años siguientes se duplicaron prácticamente, llegando a 94 toneladas en 2016, con un incremento del 50 % entre 2014 y 2016. El 98 % del total de las incautaciones de cocaína en Europa en 2016 se realizaron en los países de la Unión Europea, y en ellos se concentró

- 23 En el momento de redactar el presente informe no se disponía de ningún desglose de las muertes relacionadas con la cocaína en 2016.
- 24 Estados Unidos, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, CDC WONDER, National overdose deaths from select prescription and illicit drugs, 2017.

también la mayor parte del consumo de cocaína en la región. La UNODC estima que aproximadamente el 70 % de todos los consumidores de cocaína de Europa residen en los países de la Unión Europea, y más del 85 %, en Europa Occidental y Central.

En contraste con los estudios de la prevalencia, que indican que el consumo de cocaína en el último año se ha mantenido bastante estable, el análisis de las aguas residuales apunta a una probable expansión del mercado europeo de cocaína en términos de la cantidad consumida en los últimos años. El análisis de la benzoilecgonina (un metabolito de la cocaína) en las aguas residuales de ciudades de Europa Occidental, Central y Sudoriental indica un aumento del consumo de cocaína durante el período 2011-2017, particularmente en los dos últimos años de ese período.

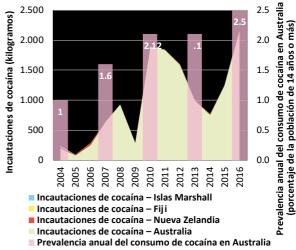
Tras haber crecido hasta 2016, el mercado de cocaína de Oceanía podría estarse estabilizando

Realizada en 2016, la última encuesta por hogares de Australia confirmó una tendencia al alza a largo plazo del consumo de cocaína en Oceanía, con una prevalencia anual del 2,5 % de la población de 14 años o más en 2016,25 que es relativamente alta en comparación con el resto del mundo. Varios otros indicadores del consumo de cocaína también han mostrado una tendencia al alza en los últimos años, en particular las pruebas del consumo de drogas positivas entre los reclusos y el consumo de cocaína entre los usuarios de éxtasis de Australia. ²⁶ En paralelo han aumentado también las cantidades de cocaína incautadas, que en 2016 alcanzaron una cifra sin precedentes en Oceanía (sobre todo en Australia), así como el número de incautaciones de cocaína y el número de detenciones relacionadas con esta droga.

En contraste, la pureza de la cocaína disminuyó en el principal mercado de cocaína de Australia, Nueva Gales del Sur (aunque los precios aumentaron ligeramente en Australia en su conjunto), en 2016, año en que disminuyó también la disponibilidad percibida de cocaína (por los consumidores de drogas por inyección y los consumidores habituales de éxtasis).²⁷ Considerado junto con el ligero aumento de los

Prevalencia anual del consumo de cocaína en Australia e incautaciones de cocaína en la región de Oceanía, 2004-2016

FIG. 8



Fuentes: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales; e Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *National Drug Strategy Household Survey 2016*.

precios al por mayor en 2016,²⁸ esto apunta a una posible reducción de la disponibilidad de cocaína en Australia en 2016. Además, el análisis de los datos de las aguas residuales en Australia indicó que en 2017 el consumo de cocaína se había estabilizado en un nivel cercano al comunicado a finales de 2016.²⁹

A pesar de las muy altas tasas de prevalencia de Australia, la demanda de tratamiento por consumo de cocaína en Oceanía en su conjunto parece ser baja, ³⁰ lo que hace pensar que, en comparación con los mercados europeos y de América del Norte, el número de personas que padecen trastornos causados por el consumo de cocaína podría ser reducido. De hecho, aunque la prevalencia anual del uso de cocaína en Australia es tres veces más alta que la comunicada por la Unión Europea, los análisis de las aguas residuales indican que la cantidad de cocaína consumida por persona en Australia (el contenido medio de benzoilecgonina en las aguas residuales por cada 1.000 habitantes) es claramente inferior al promedio europeo. ³¹ El precio de la cocaína en Australia, que es

²⁵ Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2016 National Drug Strategy Household Survey.

²⁶ Comisión Australiana de Inteligencia Penal, *Illicit Drug Data Report 2015–16*, pp. 91–108.

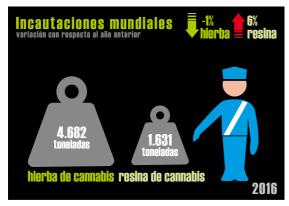
²⁷ Ibid., pp. 91–108.

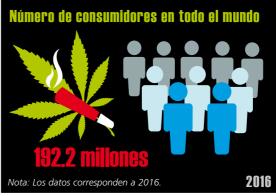
²⁸ Ibid., p. 102.

Comisión Australiana de Inteligencia Penal, National Wastewater Drug Monitoring Program, Report No. 3 (November 2017), p. 40.

³⁰ UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales.

³¹ SCORE, Sewage Analysis CORe Group–Europe (SCORE) y Comisión Australiana de Inteligencia Penal, National





muy alto en comparación con el de los mercados de otros países desarrollados,³² puede tener que ver con el consumo relativamente bajo de cocaína y con el consiguiente número más bajo de trastornos por consumo de cocaína en este país, en comparación con los otros grandes mercados de esta droga.

C. CANNABIS

La producción de cannabis sigue afectando a todas las regiones del mundo

Durante el período 2010-2016, 145 países (el 85 % de los que comunicaron información a la UNODC), que representaban el 94 % de la población mundial total, informaron del cultivo de cannabis sobre la base de indicadores ya sea directos (el cultivo o la erradicación de plantas de cannabis) o indirectos (las incautaciones de plantas de cannabis, o el origen de las incautaciones de cannabis comunicado por otros Estados Miembros).

Las incautaciones mundiales de hierba de cannabis disminuyeron en 2016, mientras que las de resina de cannabis siguieron aumentando

Hacen falta más mediciones sistemáticas y directas del cultivo y la producción de cannabis; esas mediciones existen solo en unos pocos países y no se realizan de manera regular. Sin embargo, varios países informan sobre las incautaciones de plantas de cannabis y la erradicación de este cultivo; los

Wastewater Drug Monitoring Program, informe núm. 3 (noviembre de 2017).

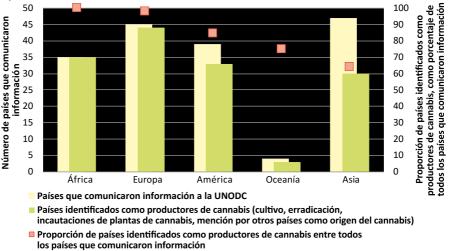
32 Comisión Australiana de Inteligencia Penal, *Illicit Drug Data Report 2015-16*, pág. 102.

datos disponibles indican que las actividades de erradicación alcanzaron un punto máximo en 2008 (lo que refleja la gran cantidad de incautaciones de plantas de cannabis realizadas en el Paraguay y las extensas zonas de cannabis erradicadas en Albania ese año) y aumentaron en 2016, principalmente como resultado de las mayores incautaciones de plantas de cannabis en Albania, Guatemala, Filipinas y Tayikistán y del aumento de la superficie de cultivo de cannabis erradicada en la India.

Hierba de cannabis

Al igual que en años anteriores, la mayor cantidad de hierba de cannabis incautada en 2016, correspondiente a casi las dos terceras partes del total mundial, fue comunicada por América. Las incautaciones de América del Norte representaron el 39 % del total mundial, y las de América del Sur y Centroamérica y el Caribe, el 23 %. Las cantidades restantes fueron comunicadas por África (17 %), Asia (14 %), Europa (6 %) y Oceanía (0,2 %). Mientras que el nivel de las incautaciones de plantas de cannabis y la superficie erradicada aumentaron, la cantidad de hierba de cannabis incautada en el mundo disminuyó un 22 % entre 2015 y 2016, llegando a 4.682 toneladas, el nivel más bajo desde 2000. Esa disminución de la incautación de hierba de cannabis en 2016 se debió principalmente a una merma del 51 % en las comunicaciones de África (que en parte fue reflejo de problemas relacionados con la presentación de información) y a una disminución del 25 % en América, mientras que la cantidad de hierba de cannabis incautada aumentó en Europa (49 %), Asia (135 %) y Oceanía (6 %). El número total de casos de incautación de hierba de cannabis a nivel mundial aumentó ligeramente

FIG. 1 Número de países afectados por la producción de cannabis y países que comunicaron información relacionada con las drogas a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010-2016



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

(2 %) en 2016. Ese año, la cantidad de plantas de cannabis incautadas aumentó en África (principalmente en África Septentrional), Asia y Europa, y disminuyó en América y Oceanía.

Dado que no hay indicios de que el mercado mundial de cannabis se esté contrayendo (el número total de consumidores de cannabis siguió aumentando en 2016), la disminución de la cantidad total de hierba de cannabis incautada en el mundo podría indicar un cambio en las prioridades de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Este podría ser el caso, en particular, en América del Norte, donde pueden haber influido la disponibilidad de cannabis medicinal en muchas jurisdicciones y los nuevos marcos jurídicos que permiten el cultivo de cannabis para fines recreativos en algunos estados de los Estados Unidos.

En cambio, el nivel de las incautaciones de hierba de cannabis aumentó en Europa, Oceanía y Asia entre 2015 y 2016. En el período 2006-2016, las incautaciones de hierba de cannabis se duplicaron en Europa, se triplicaron prácticamente en Asia y se cuadruplicaron en Oceanía.

A pesar de la disminución de la hierba de cannabis incautada en América del Norte, los Estados Unidos siguieron siendo el país que notificó la incautación de la mayor cantidad de hierba de cannabis en el mundo en 2016 (el 21 % del total), seguido de

México (el 18 %). Sin embargo, las incautaciones de hierba de cannabis en los Estados Unidos, que se cifraron en 978 toneladas, fueron las más bajas desde el año 2000, y la incautación de hierba de cannabis en México, con 841 toneladas, fue la más baja desde 1995. La siguiente porción más grande de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis fue comunicada por el Paraguay (9 %) —uno de los mayores países exportadores de cannabis de América del Sur— seguido por la India (6 %), el Brasil (5 %) y Egipto (4 %).

Resina de cannabis

El tráfico de resina de cannabis sigue estando mucho más concentrado, geográficamente, que el de hierba de cannabis. Alrededor del 50 % de la incautación total de resina de cannabis en el mundo en 2016 fue incautado en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental, el 23 % en África Septentrional y otro 23 % en Europa Occidental y Central. Por lo tanto, la incautación en estas tres subregiones representó el 97 % del total de resina de cannabis incautado en el mundo en 2016.

El nivel de las incautaciones mundiales de resina de cannabis en 2016 fue el segundo más alto jamás comunicado. El aumento del 6 % entre 2015 y 2016, que elevó la cantidad de resina de cannabis incautada a 1.631 toneladas, se debió principalmente a un incremento del 41 % en las cantidades



El tráfico de hierba de cannabis sigue siendo predominantemente intrarregional

La mayor parte del tráfico de hierba de cannabis tiene lugar en la región en que se produce la hierba, fenómeno que se ha vuelto aún más pronunciado desde la propagación del cultivo de cannabis en interiores.ª En los siguientes párrafos se indican los países que más se mencionaron como países de origen de la hierba de cannabis en el período 2012-2016, por regiones y subregiones.

Americas

El país de origen más mencionado en las remesas transnacionales de hierba de cannabis en América del Norte fue México, seguido del Canadá. El cannabis se cultiva en México (especialmente en el estado de Sinaloa y los estados vecinos), b en el Canadá y en los 50 estados de los Estados Unidos, sobre todo en la costa occidental, en particular en California.c Aunque en 2016 se comunicaron aumentos continuos del cultivo interno de cannabis en los Estados Unidos. México siguió siendo la fuente extraniera más importante de hierba de cannabis, con volúmenes menores introducidos de contrabando también desde el Caribe. La importancia de México como país de origen en el mercado de cannabis de los Estados Unidos está menguando, y esa disminución parece deberse principalmente a las diferencias de calidad percibidas en la marihuana.^c Aunque hay indicaciones de que algunas organizaciones de narcotraficantes de México han comenzado a producir un cannabis de mayor potencia, c para competir con el cannabis producido en los Estados Unidos, otros grupos delictivos organizados parecen haber inducido a los agricultores mexicanos a aumentar el cultivo de adormidera. b En América del Sur, el Caribe y Centroamérica, los países más mencionados como origen de la hierba de cannabis fueron Colombia y el Paraguay, seguidos de Jamaica. La inmensa mayoría del cannabis producido en América del Sur, el Caribe y Centroamérica se consume dentro de América.

África

En África, solo 17 países informaron sobre los lugares de origen, tránsito y salida de la hierba de cannabis durante el período 2012-2016, lo que parece indicar un bajo nivel de tráfico transnacional en la región. Los países africanos de origen o tránsito de hierba de cannabis más mencionados fueron Ghana (señalado por 5 países), Nigeria (3 países), Mozambique (3 países) y Swazilandia (3 países). Aunque la mayor parte del cannabis producido en África se consume dentro de la región, varios países de África (Nigeria, Ghana, Sudáfrica y Zambia) han señalado a países europeos, en particular el Reino Unido, los Países Bajos e Italia, como lugares de destino final.

Asia

En Asia, 26 países informaron sobre los lugares de origen, tránsito y salida de la hierba de cannabis durante el período 2012-2016. La mayor parte del tráfico de hierba de cannabis en la región parece realizarse a nivel nacional. Solo unos pocos países fueron señalados por otros países como lugares de origen o de tránsito de hierba de cannabis: la India (4 países), la

República Islámica del Irán (4 países) y el Afganistán (3 países). Al igual que en otras regiones, la mayor parte del cannabis que se produce en Asia se consume dentro de la región. Una excepción importante es la hierba de cannabis producida en Asia Central, que en muchos casos se destina a Europa Oriental, en particular a la Federación de Rusia. De Además, también hay algunos envíos de hierba de cannabis de América del Norte (el Canadá y los Estados Unidos) a Asia Oriental, especialmente al Japón, la República de Corea y Hong Kong (RAE de China). De

Europa

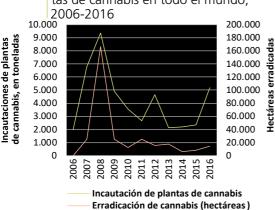
En casi todos los países europeos se produce hierba de cannabis. Los países más mencionados como lugares de origen en el tráfico transfronterizo de hierba de cannabis fueron los Países Bajos y Albania, seguidos a cierta distancia por Chequia. Albania y los Países Bajos comunicaron la mayor erradicación de plantas de cannabis en Europa en los últimos años (Albania notificó la erradicación de 5.205 explotaciones al aire libre con un total de 2.536.288 plantas de cannabis en 2016; y los Países Bajos notificaron la erradicación de 5.856 lugares de cultivo de interior con un total de 994.068 plantas de cannabis).^b Las remesas de hierba de cannabis procedentes de fuera de Europa parecen haber tenido una importancia solo menor y procedieron únicamente de Asia Central (con destino principalmente a Europa Oriental) y de algunos países de África, América, Asia Sudoccidental y Asia Sudoriental. Casi la totalidad (el 99 % de todas las menciones) del cannabis producido o importado en Europa estaba destinada al consumo dentro de Europa.

Oceanía

La mayor parte del cannabis que se encuentra en Oceanía se cultiva y comercia ilegalmente a nivel local. No obstante, en Australia, el mayor mercado de cannabis de Oceanía, se detectaron en total 38 "países de embarque" de importaciones ilegales de cannabis en el período 2015-2016, y la mayoría de las cantidades introducidas de contrabando entraron en forma de carga aéread. En Oceanía en su conjunto, la hierba de cannabis procedente del extranjero es producida o transita principalmente por los Estados Unidos, seguidos del Canadá, los Países Bajos y Sudáfrica, mientras que Australia fue mencionada como país de origen por Nueva Zelandia.^b

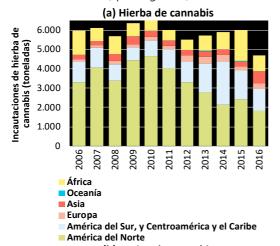
- ^a Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2017 (EMCDDA, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017) y año anteriores.
- b UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.
- ^C Estados Unidos, Departamento de Justicia, Administración para el Control de Drogas, 2017 National Drug Threat Assessment (Octubre de 2017).
- d Comisión Australiana de Inteligencia Penal, Illicit Drug Data Report 2015-16 (Canberra, 2017), págs. 60 a 71.

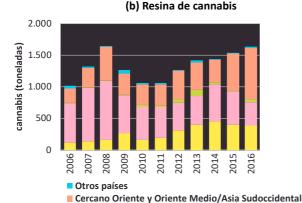
FIG. 2 Incautaciones y erradicación de plantas de cannabis en todo el mundo, 2006-2016



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

FIG. 4 Niveles de las incautaciones de cannabis, por regiones, 2006-2016



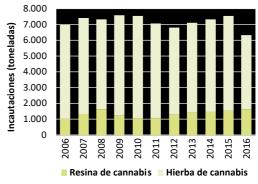


Europa Oriental y Sudoriental

■ Europa Occidental y Central

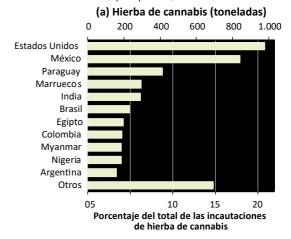
Fuente: UNIODE, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

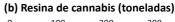
FIG. 3 Niveles de las incautaciones mundiales de los principales productos de cannabis, 2006-2016

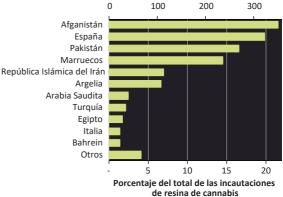


Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

FIG. 5 Niveles de las incautaciones de cannabis, por países, 2016







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

comunicadas por el Cercano Oriente y el Oriente Medio/ Asia Sudoccidental, cuyas incautaciones se triplicaron con creces en el período 2006-2016. En cambio, la cantidad de resina de cannabis incautada en África Septentrional disminuyó un 3 %, mientras que la de Europa Occidental y Central —que por años había sido el principal mercado de resina de cannabis— menguó en más de un 30 % entre 2015 y 2016. Esto parece reflejar un abandono del consumo de resina de cannabis en favor del uso de hierba de cannabis cultivada en Europa. Por primera vez en la historia, el país que comunicó la incautación más alta de resina de cannabis en 2016 fue el Afganistán (el 22 % del total mundial), seguido de España (20 %), el Pakistán (17 %) y Marruecos (15 %).

La resina de cannabis que llega a los principales mercados de destino sigue procediendo principalmente de Marruecos y el Afganistán

Mientras que el tráfico de hierba de cannabis —a diferencia del tráfico de otras drogas de origen vegetal— tiene lugar predominantemente dentro de la región de producción (véase el recuadro), hay un importante tráfico interregional de resina de cannabis, sobre todo entre África Septentrional y Europa Occidental y Central, entre Asia Central y Europa Oriental, y entre el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental y Europa.

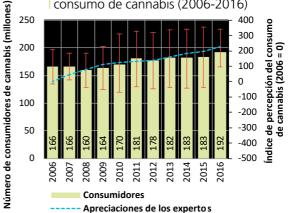
Sin embargo, mientras que la hierba de cannabis se consume en todo el mundo, la resina de cannabis tiene un mercado más restringido, que se limita esencialmente al Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental, África Septentrional y Europa. La resina de cannabis que se consume en este mercado más pequeño tiene su origen sobre todo en el Afganistán y Marruecos, aunque una parte procede también de otros países, como el Líbano y el Pakistán.

Durante el período 2012-2016, Marruecos fue mencionado como país de origen de la resina de cannabis por una gran proporción de los países de África Septentrional (representando el 80 % de las menciones por los países de esa subregión que comunicaron el origen de la resina de cannabis incautada) y de Europa Occidental y Central (el 41 % de las menciones de esa subregión). Según los informes, una parte de la resina de cannabis de

origen marroquí fue introducida ilegalmente también en Europa Oriental (el 27 % de las menciones de esa subregión) y en Europa Sudoriental (el 11 % de las menciones). Los países de África Septentrional que comunican las mayores incautaciones de resina de cannabis siguen siendo Marruecos y Argelia. 33 España es señalada desde hace años por otros países europeos como el principal país de salida y tránsito de la resina de cannabis en la región, y en el período 2012-2016 figuró en el 19 % de las menciones, seguida por los Países Bajos (el 14 % de las menciones), otro centro importante del tráfico de cannabis en Europa.

El Afganistán también es un importante país de origen de la resina de cannabis, con el 19 % de todas las menciones por los países que informaron sobre el origen de la resina de cannabis en el período 2012-2016. La resina de cannabis procedente del Afganistán ha sido encontrada en países de Asia Central y Transcaucasia, en Europa Oriental (especialmente en la Federación de Rusia) y en Europa Occidental y Central (el 13 % de todas las menciones en esa subregión). El Líbano también fue mencionado como país de origen por el 7 % de los países que comunicaron información, y el Pakistán, por el 5 % de esos países. El Líbano y el Pakistán suministran resina de cannabis a los países vecinos del Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental.

FIG. 6 Tendencias del número de consumidores anuales de cannabis y del índice de percepción del consumo de cannabis (2006-2016)

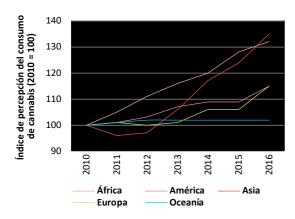


Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: En la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe figuran más detalles sobre el cálculo de los indices de percepción del consumo de drogas.

33 UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

FIG. 7 Tendencias del índice de percepción del consumo de cannabis, por regiones (2010 = 100)



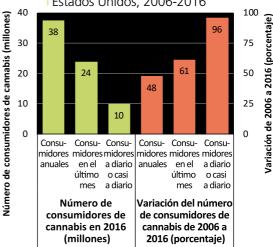
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales. Nota: En la sección sobre metodología de la versión en línea del presente informe figuran más detalles sobre los cálculos de los índices de percepción del consumo de drogas.

El número total estimado de consumidores de cannabis aumentó en 2016

El cannabis sigue siendo la droga que más se consume en todo el mundo. La UNODC estima que aproximadamente el 3,9 % (margen de variación: 3,4 % a 4,8 %) de la población mundial de 15 a 64 años de edad consumió cannabis al menos una vez en 2016: eso equivale a unos 192,2 millones de personas (margen de variación: 165,8 millones a 234,1 millones). El número de consumidores de cannabis estimado para 2016 supera en un 16 % al de 2006. Como algunos grandes países no comunican datos fidedignos sobre el consumo de cannabis, esta variación puede ocultar cambios no detectados, pero las evaluaciones cualitativas de los expertos nacionales, comunicadas, en promedio, por 77 Estados Miembros cada año, confirman la tendencia al aumento del consumo de cannabis durante el período 2006-2016.

Según el índice de percepción del consumo de cannabis, el aumento del consumo de cannabis durante el período 2010-2016 parece haber sido mayor en los países de Asia y África, seguidos por los países de América y Europa. En Oceanía, en cambio, no se ha comunicado prácticamente ningún cambio en el último decenio.

FIG. 8 | Consumidores de cannabis en los Estados Unidos, 2006-2016



Fuente: Estados Unidos, SAMHSA, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento (Rockville, Maryland, septiembre de 2017).

El consumo de cannabis sigue aumentando en América del Norte

En América, el consumo de cannabis aumentó en el último decenio, pasando de 40,5 millones de personas que habían consumido cannabis en el último año (el 6,9 % de la población de 15 a 64 años) en 2006,³⁴ a 52,9 millones (o el 8,0 % de la población de 15 a 64 años) en 2016. El aumento más pronunciado se produjo en los Estados Unidos, donde, tras algunas pequeñas disminuciones en los primeros años del siglo XXI, hasta 2007, la prevalencia anual del consumo de cannabis empezó a aumentar de manera importante, llegando al 13,5 % de la población de 12 años o más en 2015 y al 13,9 % en 2016.³⁵ Estos aumentos coinciden con una época en que se ha atenuado el riesgo percibido³⁶ del uso de cannabis³⁷ y en que diversos estados están deba-

- 34 Informe Mundial sobre las Drogas 2008 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.08.XI.11), pág. 114.
- 35 Estados Unidos, SAMHSA, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health, publicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, núm. SMA 17-5044, Serie NSDUH H-52 (Rockville, Maryland, 2016).
- 36 Lloyd D. Johnston y otros, 2017 overview (Ann Arbor, Michigan, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Michigan, 2018).
- 37 Naji Salloum y otros, "A reciprocal effects analysis of cannabis use and perceptions of risk", Addiction, vol. 113, núm.

3

tiendo la posibilidad de legalizar su consumo para fines recreativos. El crecimiento del consumo de cannabis en los Estados Unidos ha exacerbado los hábitos de consumo problemáticos, ya que el número de personas que usan el cannabis a diario o casi a diario se duplicó prácticamente en el período 2006-2016, mientras que el número de personas que habían consumido cannabis en el último mes aumentó un 60 %, y el de los que lo habían hecho en el último año, casi un 50 %.³⁸

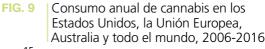
En América del Norte, se han comunicado niveles relativamente elevados de consumo de cannabis también en el Canadá, donde en 2015 el 14,7 %³⁹ de la población de 15 años o más comunicó que había consumido cannabis en el último año, frente al 10,7 % en 2013,⁴⁰ y el 9,1 % en 2011.⁴¹

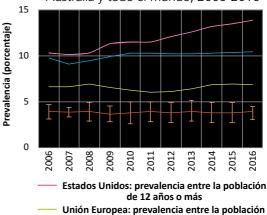
El consumo de cannabis se mantiene bastante estable en Europa y en Oceanía

En los años noventa, las tasas de prevalencia anual del consumo de cannabis en Oceanía, especialmente en Australia, eran considerablemente más altas que las de los Estados Unidos, pero en el decenio siguiente la prevalencia anual del consumo de cannabis en Australia disminuyó drásticamente, pasando de casi el 18 % de la población de 14 años o más en 1998 a un 10 % aproximadamente diez años más tarde; este nivel más bajo se ha mantenido durante todo el último decenio.

Aunque superior al promedio mundial, el consumo de cannabis de la Unión Europea ha fluctuado a lo largo del último decenio, en que entre el 6 % y el 7 % de la población de 15 a 64 años declaró haber

- 6 (2018), págs. 1077 a 1085; Eldon Spackman y otros, "Marijuana use and perceptions of risk and harm: a survey among Canadians in 2016", *Healthcare Policy*, vol. 13, núm. 1 (2017), págs. 17 a 27; Jason Kilmer y otros, "Marijuana use, risk perception, and consequences: is perceived risk congruent with reality?", *Addictive Behaviors*, vol. 32, núm. 12 (2007), págs. 3026 a 3033.
- 38 Estados Unidos, SAMHSA, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, septiembre de 2017).
- 39 UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, sobre la base de los datos de la encuesta canadiense sobre el tabaco, el alcohol y las drogas de 2015.
- 40 Canadá, Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey: summary of results for 2015.
- 41 Canadá, Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: summary of results for 2011.





- Unión Europea: prevalencia entre la población de 15 a 64 años
- Australia: prevalencia entre la población de 14 años o más
- Todo el mundo: prevalencia entre la población de 15 a 64 años

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, SAMHSA, EMCDDA e Instituto Australiano de Salud y Bienestar.

consumido cannabis en el último año. En años recientes, las tasas más altas de prevalencia anual del consumo de cannabis de Europa han sido comunicadas por países de Europa Occidental y Central, especialmente Francia (11,1 % en 2015), España (9,5 % en 2015), Chequia (9,4 % en 2015), Italia (9,2 % en 2013/2014), Suiza (9,1 % en 2016) y los Países Bajos (8,7 % en 2015). 42

La prevalencia del consumo de cannabis entre los estudiantes de 15 y 16 años de Europa se ha mantenido bastante estable a lo largo del último decenio⁴³ en aproximadamente el doble de la tasa de la población en general.

Novedades en las medidas de regulación del consumo de cannabis con fines no médicos

Desde 2017, ocho jurisdicciones estatales de los Estados Unidos permiten el consumo de cannabis con fines no médicos⁴⁴ al igual que el Distrito de

- 42 UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.
- 43 EMCDDA y Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas, ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Projects on Alcohol and Other Drugs (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016).
- 44 En esta sección, los términos "consumo con fines no médicos"

Columbia. 45, 46 Todas esas jurisdicciones, excepto el Distrito de Columbia, están ahora autorizando a empresas con ánimo de lucro a producir, comercializar y vender una amplia gama de productos de cannabis. Todos los estados que han legalizados la producción y venta de cannabis tenían ya disposiciones que permitían el uso médico del cannabis.

En el Informe Mundial sobre las Drogas 2017 se examinaron las novedades en la legislación sobre el cannabis en los Estados Unidos, en particular el grado de exposición de la población adulta y joven a esta droga, así como la interacción del consumo de cannabis con fines recreativos y el uso con fines médicos. La presente sección se centra en los datos que se han reunido en el estado de Colorado, que fue uno de los primeros en adoptar medidas para autorizar el uso no médico del cannabis en los Estados Unidos. La información disponible está empezando a revelar los resultados de la legislación, en cuanto a las medidas de salud y seguridad públicas adoptadas en Colorado, y esos resultados se presentan a continuación, aunque han sido desiguales y no es posible sacar conclusiones definitivas. Cabe señalar que la legislación sobre el cannabis no se ha aplicado homogéneamente en todo el estado de Colorado, porque la reglamentación permite a los condados y ciudades no sumarse a la iniciativa. Solo 25 de los 64 condados de Colorado han optado por aplicar algunos elementos de la legislación sobre el uso recreativo del cannabis en sus jurisdicciones.

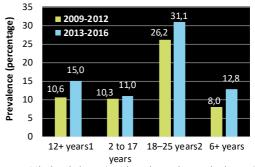
En esta sección se presenta también una breve actualización sobre la aplicación de la reglamentación del cannabis en el Uruguay, donde esa reglamentación se está llevando a la práctica gradualmente y la información disponible sobre los resultados es limitada.

Alcance del consumo de cannabis en Colorado

En 2016, Colorado era uno de los estados del país que tenía las mayores tasas de prevalencia del consumo de cannabis en el último año y en el último mes. Ese año, las tasas de prevalencia del consumo de cannabis en el último año y en el último mes fueron, respectivamente, del 13,7 % y el 8,6 % a

- o "uso no médico" y "consumo con fines recreativos" o "uso recreativo" del cannabis se utilizan de manera intercambiable.
- 45 El cultivo casero no está permitido en el Estado de Washington. El número de plantas permitido en cada estado varía.
- 46 Conferencia Nacional de Asambleas Legislativas Estatales (www.ncsl.org).

i. 10 Consumo de cannabis en el último mes antes y después de la legalización del uso no médico del cannabis en Colorado, por grupos de edad, 2009-2012 y 2013-2016



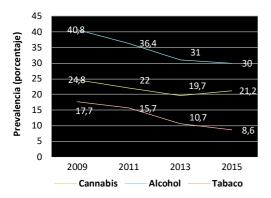
Fuente: Cálculos de la UNODC basados en los resultados a nivel de los estados de la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (de la SAMHSA) para los períodos de 2009-2010 a 2011-2012 y de 2013-2014 a 2015-2016.

nivel nacional, pero del 23,1 % y el 15,9 % en Colorado. Dado que el consumo de cualquier sustancia en el último mes indica la magnitud del uso más reciente, se han utilizado los datos sobre ese consumo para presentar las tendencias del uso de cannabis en Colorado. Según la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas, con la excepción de 2015-2016, la prevalencia del consumo de cannabis durante el último mes ha aumentado cada año en Colorado desde 2009-2010. Si bien la comparación del período anterior (2009-2012) y el período posterior (2013-2016) a la legalización no es suficiente por sí sola para evaluar la repercusión de la nueva reglamentación, la prevalencia del consumo de cannabis en el último mes aumentó principalmente entre las personas de 18 a 25 años y de 26 años o más. Entre la población de 26 años o más, el consumo de cannabis en el último mes aumentó en más de la mitad, mientras que entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años creció un 18 % de un período a otro.

Diferentes encuestas a nivel nacional y de los estados proporcionan información sobre el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes de la enseñanza secundaria. Hay tres grandes encuestas nacionales, además de las realizadas por las autoridades de los distintos estados. La Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas comunica datos sobre la magnitud del consumo de drogas entre la población de 12 a 17 años a nivel nacional y de los estados. La encuesta "Monitoring the Future" presenta resultados a nivel nacional para los estudiantes

3

FIG. 11 Tendencias del consumo de alcohol, tabaco y cannabis en el último mes entre los estudiantes de la enseñanza secundaria (grados 90 a 120) en Colorado



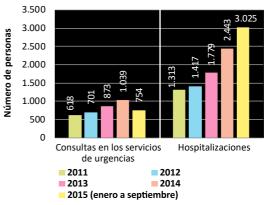
Fuente: Healthy Kids Colorado Survey, 2015.

de los grados 80, 100 y 120, pero el tamaño de la muestra sigue siendo demasiado pequeño para arrojar resultados válidos a nivel de los estados. Los Centros, para el Control y la Prevención de Enfermedades realizan la encuesta sobre los comportamientos de riesgo entre los jóvenes, que también examina el consumo de sustancias entre los estudiantes de la enseñanza secundaria, aunque la participación de los estados en esta encuesta varía de año en año. En 2015, el año más reciente para el que se dispone de datos de esta encuesta, los datos ponderados de Colorado no alcanzaron la tasa de respuesta del 60 % necesaria para generar datos representativos a nivel del estado. ⁴⁷ En cuanto a los estudios específicos de los estados, Colorado lleva a cabo una encuesta sobre los niños titulada Healthy Kids Colorado Survey, de la cual los resultados más recientes disponibles corresponden a 2015. Debido a que las encuestas nacionales y de los estados utilizan tamaños muestrales y metodologías distintos, han arroiado resultados diferentes en cuanto a si ha habido o no un aumento en el consumo de cannabis entre los jóvenes de Colorado. Esto ha suscitado un importante debate en Colorado y en todos los Estados Unidos.

La Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas y la Healthy Kids Colorado Survey indican que el consumo de cannabis en el último mes

47 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, "YRBS participation maps and history". Disponible en www.cdc.gov.

FIG. 12 Uso de los servicios de atención de salud relacionado con el consumo de cannabis en Colorado



Fuente: Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (Denver, Estados Unidos, 2017).

Nota: Los datos públicos de 2015 sobre las consultas en los servicios de urgencias y las hospitalizaciones se refieren al período de enero a septiembre solamente.

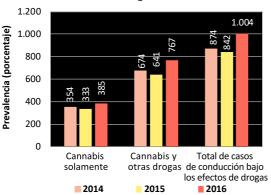
entre los estudiantes de la enseñanza secundaria se ha mantenido bastante estable desde la legalización del uso de cannabis. En promedio, el consumo de cannabis en el último mes entre los jóvenes de 12 a 17 años se mantuvo relativamente estable, entre el 10 % y el 11 %, en los períodos 2009-2012 y 2013-2016. Aunque deben interpretarse con cautela, las tendencias del consumo de cannabis en el último mes arrojadas por la Colorado Healthy Kids Survey se ajustan, en general, a las observadas en el consumo de alcohol y tabaco en el último mes, aunque el consumo de cannabis en el último mes entre los estudiantes de la enseñanza secundaria aumentó ligeramente en los años 2013 y 2015.

Conclusiones de salud pública

Una medida de salud pública utilizada para examinar los posibles efectos adversos del consumo de cannabis está dada por las hospitalizaciones y las llegadas a los servicios de urgencias relacionadas con el consumo de cannabis, especialmente por intoxicación aguda. Las personas con intoxicación aguda por consumo de cannabis pueden llegar a los servicios de urgencias con ansiedad, ataques de pánico, embriaguez, vómitos y otros síntomas no específicos que podrían ser causados por el consumo de cannabis. ⁴⁸ Es difícil cuantificar perfectamente una

48 Andrew A. Monte, Richard D. Zane y Kennon J. Heard, "The implications of marijuana legalization in Colorado", JAMA,

FIG. 13 | Conducción de vehículos bajo los efectos de drogas en Colorado



Fuente: Datos de la Policía de Patrullas de Colorado, comunicados en Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, vol. 5 (octubre de 2017).

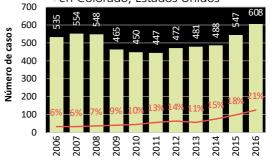
tendencia en el recurso a la asistencia sanitaria, ya que el consumo de cannabis puede figurar como un factor causal, contribuyente o concomitante, según como lo haya registrado el médico de turno.⁴⁹

En el período 2013-2014, el número total de consultas en los servicios de urgencias relacionadas con el consumo de cannabis aumentó un 20 %. Debido a que solo se dispone de datos parciales sobre la utilización de los servicios de salud en 2015, es difícil determinar la tendencia en el uso de los servicios de urgencias relacionado con el consumo de cannabis después de 2014. No obstante, según la información facilitada por el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado, las hospitalizaciones atribuidas al consumo de cannabis aumentaron considerablemente cada año hasta septiembre de 2015.⁵⁰ El número de personas en tratamiento por el consumo de cannabis como droga primaria comunicado en 2016 fue de 6.120, cifra que se ha mantenido estable, en general, desde 2012.

El número de llamadas al Centro de Drogas y Toxicología de Colorado en los años posteriores a la introducción del consumo de cannabis con fines médicos en 2010 y a las medidas por las que se autorizó el uso no médico de cannabis en 2013 también aumentó considerablemente. En el período

vol. 313, núm. 3 (20 de enero de 2015), págs. 241 y 242.

FIG. 14 | Muertes por accidentes de tráfico en que uno de los conductores dio positivo en las pruebas de consumo de cannabis en Colorado, Estados Unidos



Total de víctimas mortales

 Muertes en accidentes en que los conductores dieron positivo para el cannabis, y proporción del total de víctimas mortales

Fuente: Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, vol. 5 (octubre de 2017).

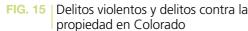
2013-2014, las llamadas relacionadas con la exposición al cannabis aumentaron un 75 %, después de lo cual se mantuvieron relativamente estables entre 2014 y 2016.⁵¹ Aunque las cifras totales son pequeñas, un resultado importante comunicado con respecto al uso de los servicios de urgencias es el número cada vez mayor de niños ingresados por ingestión no intencional de productos de cannabis comestibles. Durante el período 2013-2016, el Centro de Drogas y Toxicología de Colorado informó de un promedio de 37 casos de exposición al cannabis de niños de 5 años o menos, frente a 13 casos en el período 2009-2012.⁵² En el período 2014-2015, la tasa de hospitalizaciones relacionadas con el cannabis de niños de 9 años o menos fue de 14 por 100.000 habitantes, y la tasa de uso de los servicios de urgencias relacionada con el cannabis fue de 9 casos por 100.000 habitantes. En el período anterior de 2010-2013, estas tasas habían sido de 6 y 8 por 100.000 habitantes, respectivamente.⁵³

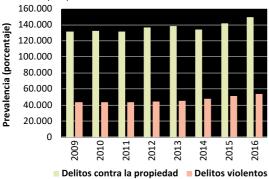
- 51 Sobre la base de la información del Centro de Drogas y Toxicología de las Montañas Rocosas, comunicada en Santhi Chilukri, "The impact of recreational marijuana legalization on Colorado policy analysis on Amendment 64", tesis de magíster, Universidad of Kentucky, 2017.
- 52 Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, The Legalization of Marijuana in Colorado: The Impact, vol. 5 (octubre de 2017).
- 53 Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado, Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2016.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado, Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2016 (Denver, Estados Unidos, 2017).







Fuente: Oficina de Investigaciones de Colorado, datos comunicados en Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, vol. 5 (octubre de 2017).

Seguridad pública y justicia penal

La conducción de vehículos bajo los efectos de drogas puede plantear una amenaza no solo para el conductor, sino también para los otros pasajeros del vehículo o para los peatones. Antes de 2014, no se dejaba constancia de la conducción bajo los efectos del cannabis en Colorado. Los datos recogidos de 2014 a 2016 muestran un aumento del número de casos de conducción bajo los efectos del cannabis solamente, y también del número de casos en que además del cannabis se habían consumido otras sustancias.

Según los datos sobre las muertes por accidentes de tráfico en Colorado, el número de muertes en accidentes en que uno de los conductores había consumido cannabis ha aumentado constantemente de año en año. En el período 2009-2012 hubo, en promedio, 53 muertes en accidentes de tránsito en que el conductor dio positivo en las pruebas de consumo de cannabis; en 2013-2016, esta cifra había aumentado a un promedio de 88 muertes de ese tipo, y la proporción se había duplicado.

En 2016, la Oficina de Investigaciones de Colorado llevó a cabo 163 investigaciones sobre las personas y organizaciones implicadas en la venta ilegal de cannabis dentro y fuera del estado de Colorado y se incautó de aproximadamente 3,5 toneladas de cannabis. Se considera que esas incautaciones han aumentado un 50 % desde 2013, año en que se legalizó el consumo de cannabis con fines no

médicos en Colorado. También se quintuplicó el número de paquetes de cannabis enviados desde Colorado a otros estados. Según ha informado la Oficina de Investigaciones de Colorado, desde la legalización del cannabis han aumentado los delitos violentos y los delitos contra la propiedad en el estado. El promedio de delitos contra la propiedad aumentó un 9 % entre el período 2009-2012 y el período 2013-2016, mientras que el promedio de delitos violentos aumentó un 14 %.

El análisis de los datos desde 2014, cuando se legalizó el uso de cannabis con fines no médicos en Colorado, revela que el consumo de cannabis ha aumentado significativamente entre la población mayor, mientras que se ha mantenido relativamente estable entre la población más joven (12 a 17 años). Por otra parte, se ha registrado un aumento importante de las consultas de atención médica, los ingresos hospitalarios, las muertes por accidentes de tránsito y la conducción bajo los efectos del cannabis en el estado. 55 Como se señaló en el Informe Mundial sobre las Drogas 2017, la evaluación del impacto de las medidas que autorizaron la producción comercial, la venta y el uso recreativo del cannabis en la salud, la justicia penal y otros aspectos requiere un seguimiento regular a lo largo del tiempo, y puede llevar años determinar el efecto a largo plazo de esas medidas en el consumo de cannabis y los daños conexos entre los adultos, así como su influencia en el uso de cannabis por los adolescentes.

Reglamentación del cannabis en el Uruguay: disposiciones y novedades recientes

En 2013, el Gobierno del Uruguay aprobó una ley (Ley núm. 19.172) por la que se regulaba el cultivo, la producción, la venta y el consumo de cannabis con fines recreativos. ⁵⁶ A tenor de la legislación uruguaya, es posible obtener cannabis para fines recreativos, previa inscripción en el Instituto de Regulación y Control del Cannabis, eligiendo una de las tres opciones siguientes: la compra en las farmacias autorizadas, la inscripción como socio de un club o el cultivo doméstico. ⁵⁷ La cantidad de can-

- 55 Chilukri, "The impact of recreational marijuana legalization on Colorado policy analysis on Amendment 64".
- 56 The main elements of regulation are given in table 1 and 2 in Annex C. Cannabis.
- 57 La información proporcionada en esta sección procede del Instituto de Regulación y Control del Cannabis.

⁵⁴ Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, The Legalization of Marijuana in Colorado: The Impact, vol. 5 (octubre de 2017).

nabis permitida por persona, por cualquiera de los tres mecanismos, no puede exceder de 480 gramos por año.

Cultivo doméstico

La legislación nacional permite el cultivo doméstico para uso personal o compartido en el hogar, hasta un máximo de seis plantas de cannabis por hogar para el consumo personal. Cuando se aprobó la legislación, en 2013, se concedió a las personas que ya cultivaban cannabis un plazo de seis meses para inscribirse en el Instituto de Regulación y Control del Cannabis. Al final de febrero de 2018, se habían inscrito para el cultivo doméstico 8.125 personas, de las cuales 2.178 habían sido autorizadas a cultivar cannabis entre marzo de 2017 y febrero de 2018. Se estima que la producción de cannabis procedente del cultivo doméstico en ese período se elevó a 3.900 kg.

Clubes cannábicos

Los clubes cannábicos son acreditados como asociaciones civiles por el Ministerio de Educación y Cultura y se inscriben en el Instituto de Regulación y Control del Cannabis para el cultivo, la producción y el consumo colectivos de cannabis entre sus socios. Cada club puede tener un mínimo de 15 y un máximo de 45 socios y está autorizado a tener 99 plantas de cannabis que presenten sumidades floridas. Hasta el final de febrero de 2018, se habían registrado 78 clubes, 20 de ellos en los 12 meses comprendidos entre marzo de 2017 y febrero de 2018. Al final de febrero de 2018, el número de socios de los clubes cannábicos se cifraba en 2.049 adultos, lo que apunta a una producción máxima de cannabis de 984 kg en 2017; en 2016 se declararon 122 kg de cannabis al Instituto de Regulación y Control del Cannabis. Cada club y sus instalaciones están sujetos a la fiscalización del Instituto de Regulación y Control del Cannabis.

Dispensación en farmacias

Los adultos inscritos en el sistema pueden optar por adquirir cannabis en las farmacias en cantidades de hasta 10 g semanales por persona o 40 g al mes, siempre que posean la ciudadanía uruguaya o la residencia permanente en el Uruguay. Desde julio de 2017, cuando comenzó el proceso de registro de las farmacias, se han inscrito 16 farmacias en la red de farmacias que dispensan cannabis. Entre tanto,

debido a problemas relativos a las transacciones con ciertos bancos, seis farmacias han anulado su inscripción, mientras que otras seis están siendo evaluadas para su inclusión en la red. A fin de aumentar la cobertura geográfica de los locales de venta de cannabis fiscalizados por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis, el Gobierno uruguayo está considerando la posibilidad de evaluar y luego otorgar licencias a nuevos establecimientos comerciales que dispensen cannabis a los usuarios inscritos. El precio del cannabis se evalúa cada seis meses, y en febrero de 2018 se aumentó en un 6 %, a 200 pesos por paquete de 5 g (aproximadamente 1,40 dólares por gramo). Entre julio de 2017 y febrero de 2018, se inscribieron 20.900 personas para obtener cannabis a través de las farmacias. Hasta la fecha se han realizado unas 150.000 transacciones de dispensación.

Límites del contenido de tetrahidrocannabinol y de cannabidiol

Las variedades de cannabis distribuidas por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis deben tener por lo menos un 3 % de contenido de cannabidiol y no más de un 9 % de contenido de tetrahidrocannabinol.

La escala de la oferta legal es reducida hasta la fecha

En febrero de 2018 había en el Uruguay 8.125 personas y 78 clubes cannábicos, con un total de 2.049 socios, inscritos, además de las 20.900 personas habilitadas para adquirir cannabis en las farmacias. El sistema podría proporcionar cannabis a unos 30.000 de los 140.000 consumidores de cannabis en el último mes que se estima que había en el Uruguay en 2014. Sin embargo, los efectos de las disposiciones que regulan el uso del cannabis con fines no médicos en el Uruguay solo se comenzarán a entender en los próximos años, cuando se disponga de más información sobre los resultados de las medidas relacionadas con la salud y la seguridad públicas.



CUADRO 1 | Normativa para legalizar el consumo de cannabis en algunos estados de los Estados Unidos de América

		-				
		Alaska	California	Colorado	Distrito de Columbia	Maine
Proceso legislativo	٥,	Iniciativa de los votantes, ley estatal	Iniciativa de los votantes	Iniciativa de los votantes, enmienda de la constitución estatal	Iniciativa de los votantes	Iniciativa de los votantes
Título		Proyecto de ley 2	Proposición 64	Enmienda 64	Iniciativa 71	Cuestión 1
Fecha de aprobación	ción	Noviembre de 2014	Noviembre de 2016	Noviembre de 2012	Noviembre de 2014	Noviembre de 2016
Fecha de aplicación/fecha obligatoria de adopción de la norma	ión/fecha dopción	Febrero de 2015: Posesión personal, consumo, cultivo Octubre de 2016: Ventas al por menor	No declarada, pero las l icencias se expedirán a más tardar el 11 de enero de 2018	Diciembre de 2012: Posesión personal, consumo, cultivo Enero de 2014: Ventas al por menor	Febrero de 2015: Posesión personal, consumo, cultivo	Entrada en vigor el 7 de enero de 2017, la regulación de las empresas estará lista en agosto de 2017
Autoridad reguladora	adora	Junta de Control de Marihuana (Junta de Control de Bebidas Alcohólicas)	Oficina de Control de Marihuana	División de Vigilancia de la Marihuana (Departamento de Tributos)	No se aplica; se estudia nueva legislación para regu- lar la producción comercial y la venta a adultos	Departamento de Agricultura, Conservación y Silvicultura
Edad mínima		21	21	21	21	21
Requisitos de residencia	sidencia	Ninguno	Sin especificar	Ninguno	Ninguno	Sin especificar
Cantidad para posesión personal	osesión	28,5 gramos	1 onza en flor 8 gramos de concentrado	28,5 gramos	57 gramos	2,5 onzas (70,8 gramos) 5 gramos de concentrado
Cultivo casero		Seis plantas, de las que tres pueden estar en floración; no a la vista del público; en una finca con posesión legítima o con el consentimiento de la persona en posesión legítima	Seis plantas, ocultas a la vista	Seis plantas, de las que tres pueden estar en floración	Seis plantas por persona; doce plantas por hogar, seis de las cuales pueden estar en floración	Seis plantas maduras, doce plantas inmaduras, número ilimitado de plantones ocultos a la vista y etiquetados con número de identificación personal. Los propietarios de las fincas pueden prohibir el cultivo casero. El cultivo con fines médicos no está sujeto a las mismas restricciones
Autorización para compartir con otros	ros	Hasta 28,5 gramos	Sí	Hasta 28,5 gramos	Hasta 28,5 gramos	Si, en el caso del cultivo casero. No, en el caso de la marihuana de venta al por menor
Límite de la transacción al por menor	sacción	28,5 gramos	Sin especificar, cabe pre- sumir los mismos límites que para la posesión personal	Residentes: 28,5 gramos No residentes: 7 gramos	No aplicable	2,5 onzas de marihuana Doce plantones
Estructura de los precios al por menor	s precios	Mercado	Mercado/comercial	Mercado	Mercado	Mercado/comercial
Precio medio de venta al por menor por gramo, neto de impuestos	venta al Iramo, os	Precio medio: 20 dólares	Baja calidad: 10 dólares Alta calidad: 14 dólares	Calidad intermedia: 15,5 dólares	No aplicable	Calidad intermedia: 14 dólares
Contenido máximo de THC	no de	No establecido inicialmente	No establecido inicialmente	No establecido inicialmente	No establecido inicialmente	No establecido inicialmente
Requisitos de registro	gistro	Ninguno	Sin especificar	Ninguno	Ninguno	Sin especificar

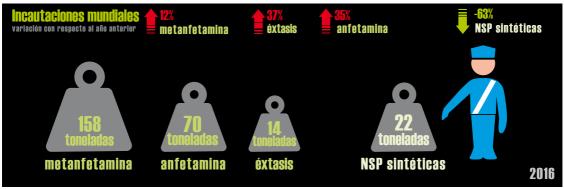
	Alaska	California	Colorado	Distrito	Maine
Producción comercial	Productores de cannabis con licencia	Cultivadores y fabricantes con licencia, diversos tipos	Instalaciones de cultivo de cannabis con licencia	Ninguna	Cultivadores con licencia; dos tipos, en función de la superficie
Distribución comercial	Tiendas de venta de cannabis al por menor con licencia	Límites a la concentración del mercado	Tiendas de venta de canna- bis al por menor con licencia	Ninguna	La autoridad del estado no puede limitar el número total de tiendas; las autori- dades locales pueden regu- lar el número y la ubicación de los establecimientos
Restricciones a productos comestibles	5 mg de THC por porción, no se permiten más de 50 mg de THC homogéneo por paquete. Empaquetado a prueba de niños o bligatorio. Advertendas claras sobre los niesgos, no atractivas para los niños	10 mg de THC por porción. Advertencias y etiquetado de potencia. Lista de ingredientes y contenido de cannabinoides	Máximo de 10 mg de THC en cada porción envasada individualmente; etiquetas con la advertencia "Manténgase fuera del alcance de los niños", el símbolo del THC, y no atractivas para los niños	Actualmente no se permiten	Se establecerán límites de las porciones y la potencia en la reglamentación. Lista de ingredientes en el envase y etiquetas; los productos y los preparados comestibles no deberán contener aditivos que aumenten el atractivo paralos niños.
Publicidad	La División de Salud Pública del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Alaska determinará las normas definitivas sobre publicidad	Limitada a los mayores de 21 años. Restricciones a la publicidad falsa o a las afirmaciones de beneficios para la salud inexistentes. Los productos no deben ser atractivos para los niños atractivos para los niños	Limitada a los medios de comunicación con audien- cias en que los menores de 21 años no superen el 30 %	No se aplica, no existe el mercado comercial	Limitada a mayores de 21 años. Restricciones a la publicidad falsa o a las afirmaciones de beneficios para la salud inexistentes. Los productos no deben ser atractivos para los niños atractivos para los niños
Tributación	Impuesto especial de 50 dólares por onza sobre las ventas o transferencias de la instalación de cultivo a la tienda de venta al por menor o al fabricante de productos; otras partes de la planta, por ejemplo los tallos y las hojas, llevan un impuesto de 15 dólares por onza	Impuesto especial del 15 % sobre la venta al por menor; 9,25 dólares por onza de peso en seco sobre las flores después de la cosecha. 2,75 dólares por onza de peso de droga sobre las hojas	Impuesto especial del 15 % sobre el cultivo; sobre el cultivo; Impuesto sobre las ventas de marihuana al por menor del 10 % que se reducirá al 8 % en julio de 2017 Impuesto estatal sobre las ventas del 2,9 %. Hasta un 3,5 % de impuestos locales sobre las ventas	No se aplica, no existe el mercado comercial	Impuesto especial del 10 % sobre la venta al por menor
Clubes de cannabis	Ni permitidos ni prohibidos explícitamente; la anterior prohibición del consumo en las tiendas fue revocada en noviembre de 2015	Sin especificar, aunque pueden existir en forma de microempresas que permiten el consumo en sus locales	No permitidos	No permitidos; actualmente bajo investigación por el grupo de tareas de la ciudad.	Permitidos
Cannabis medicinal	1998: Registro de pacientes, sin registro de dispensarios; se reconoce a los pacientes de fuera del estado en el caso de enfermedades aprobadas, pero no para compras en dispensarios; posesión, cultivo casero	1996 y 2003: Registro de pacientes – inscripción voluntaria; cooperativas y colectivos; la concesión de licencias de dispensarios en todo el estado comenzará en 2018	2000: Registro de pacientes; ya existía el de dispensarios; no se reconoce a los pacientes de fuera del estado; posesión, consumo; 2010: producción comercial y venta	1998/2010: Registro de pacientes, dispensarios per- mitidos	1999: Registro de pacientes o tarjeta de identificación; dispensarios; se reconoce a los pacientes de otros esta- dos, pero no para compras en dispensarios

3

CUADRO 2 | Normativa para legalizar el consumo de cannabis en algunos estados de los Estados Unidos de América y el Uruguay (continuación)

	Massachusetts	Nevada	Oregón	Washington	Uruguay
Proceso legislativo	Iniciativa de los votantes	Iniciativa de los votantes	Iniciativa de los votantes, ley estatal	Iniciativa de los votantes, ley estatal	Iniciativa del Gobierno, ley nacional
Título	Cuestión 4	Cuestión 2	Medida 91	Iniciativa 502	Ley núm. 19.172
Fecha de aprobación	. —	Noviembre de 2016	Noviembre de 2014	Noviembre de 2012	Diciembre de 2013
Fecha de aplicación/fecha obligatoria de adopción de la norma	15 de septiembre de 2017. Expedición de licencias a partir del 1 de octubre de 2017	Entra en vigor el 1 de enero de 2017 y los reglamentos estarán listos para el 1 de enero de 2018	Julio de 2015: Posesión per- sonal, consumo, cultivo Octubre de 2015 hasta dic- iembre de 2016: Ventas al por menor a través de dis- pensarios médicos Enero de 2017: ventas al por menor a través de minoristas con licencia	Diciembre de 2012: Posesión personal, consumo Julio de 2014: Ventas al por menor	Agosto de 2014: Cultivo personal Octubre de 2014: Clubes de cultivadores Mediados de 2017: Ventas en farmacias
Autoridad reguladora	 Comisión para el Control del Cannabis, y Junta Asesora sobre el Cannabis 	Departamento de Tributación	Comisión de Control de Licores de Oregón	Junta de Licores y Cannabis (anteriormente, Junta de Control de Licores)	Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA)
Edad mínima	21	21	21	21	18
Requisitos de residencia	Sin especificar	Sin especificar	Ninguno	Ninguno	Se exige la ciudadanía uru- guaya o la residencia per- manente en el Uruguay
Cantidad para posesión personal	1 onza en flor (28,5 gramos) 5 gramos de concentrado	1 onza en flor 3,5 gramos de concentrado	En público: 28,5 gramos En el hogar: 228 gramos	28,5 gramos	40 gramos al mes
Cultivo casero	Seis plantas, doce en una misma residencia, ocultas a la vista; 10 onzas de marihuana secada permitidas en casa	Seis plantas, no más de doce en la finca, bajo techo o en espacios cerrados, con permiso del casero, siempre que esté a por lo menos 25 millas de distancia de la tienda de venta de cannabis al por menor más cercana	Cuatro plantas en flor	No permitido	Seis plantas en flor
Autorización para compartir con otros	Sí	Sí	Hasta 28,5 gramos	ON O	Sí, en el hogar
Límite de la transacción al por menor	Sin especificar, cabe presu- mir los mismos límites que para la posesión personal	Sin especificar, cabe presumir los mismos límites que para la posesión personal	7 gramos	28,5 gramos	40 gramos al mes, 10 gramos a la semana (venta a través de farmacias a consumidores inscritos)
Estructura de los precios al por menor	Mercado/comercial	Mercado/comercial	Mercado	Mercado	Control de precios por el Gobierno
Precio medio de venta al por menor por gramo, neto de impuestos	Calidad intermedia: 16 dólares	Calidad intermedia: 20 dólares	Calidad intermedia: 10 dólares	Calidad intermedia: 11,6 dólares	200 pesos por 5 gramos (aprox. 1,14 dólares por gramo)
Contenido máximo de THC	No establecido inicialmente	No establecido inicialmente	No establecido inicialmente	No establecido inicialmente	15 % (criterio sugerido, no establecido por ley)
Requisitos de registro	No se requiere la recopila- ción de datos personales	No se requiere la recop- ilación de datos personales	Ninguno	Ninguno	Yes, with IRCCA for any of the three modes of access

	Massachusetts	Nevada	Oregón	Washington	Uruguay
Producción comercial	Establecimientos con licencia	Establecimientos con licencia	Productores de cannabis con Productores de cannabis con licencia	Productores de cannabis con licencia	Productores de marihuana con licencia
Distribución comercial	Establecimientos con licencia; las localidades pueden regular, limitar o prohibir el funcionamiento de empresas	Límites a la concentración del mercado por población	Tiendas de venta al por menor de cannabis con licencia	Minoristas con licencia	Farmacias con licencia
Restricciones a productos comestibles		Sin especificar	Máximo de 10 mg de THC en cada porción envasada individualmente; los productos comestibles deben someterse a un proceso de preaprobación; no deben ser atractivos para los niños	10 mg de THC en cada por- ción envasada individual- mente, paquete a prueba de niños; etiquetado del THC; los productos con infusión de marihuana, los embalajes y las etiquetas han de ser aprobados por la Junta de Control de Licores del Estado antes de la venta	
Publicidad	En la reglamentación se establecerán restricciones a la venta a niños	Se establecerán restricciones en la reglamentación	Cartel de entrada obligatorio en el exterior de los dispensarios; la Comisión de Control de Licores de Oregón tiene autoridad para regular con más detalle la publi- cidad o prohibirla	Limitada a un cartel en las tiendas de los minoristas	Prohibida
Tributación	Impuesto especial del 3,75 % sobre la venta al por menor	Impuesto especial del 15 % sobre la venta al por menor	Sin impuestos sobre las ventas al por menor de octubre de 2015 a diciembre de 2015 Impuesto del 25 % sobre las ventas a partir del 5 de enero de 2016 Impuesto sobre las ventas del 17 % en 2017, con la opción de que las comunidades locales establezcan un impuesto local de hasta el 3 %	Julio de 2014 a junio de 2015: Impuesto del 25 % en cada fase (producción, elaboración, venta al por menor) Julio de 2015: Impuesto sobre las ventas del 37 %	Sin impuestos, aunque el IRCCA puede imponer impuestos en el futuro
Clubes de cannabis	No permitidos, aunque pueden existir en establec- imientos que permitan el consumo en sus locales	Sin especificar	No permitidos	No permitidos	Se permite que clubes de 15 a 45 socios cultiven hasta 99 plantas, con un máximo de 480 gramos de producto secado por socio al año
	2012/2013: Registro de pacientes o tarjetas de iden- tificación; dispensarios, no se reconoce a los pacientes de fuera del estado	2000: Registro de pacientes o tarjetas de identificación. No hay dispensarios; se reconoce a los pacientes de fuera del estado si los programas del otro estado son sustancialmente similares; los pacientes deben rellenar los formularios de Nevada	1998: Registro de pacientes, los dispensarios ya existían, pero no estaban claramente autorizados por ley o regula- dos, posesión, cultivo casero	1999/2010/2011: No hay registro ni tarjeta de identificación; dispensarios aprobardos en noviembre de 2012, primeras tiendas abiertas en julio de 2014; 1999: posesión; 2012: cultivo casero	2014: normativa aprobada, pero todavía no en vigor





D. DROGAS SINTÉTICAS

El presente capítulo contiene una breve reseña de un segmento del mercado de drogas cuya complejidad ha aumentado en los últimos años. Abarca los estimulantes de tipo anfetamínico, como la anfetamina, la metanfetamina y el éxtasis, y las nuevas sustancias psicoactivas (NSP).

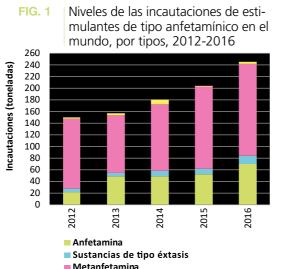
Estimulantes de tipo anfetamínico

El mercado mundial de estimulantes de tipo anfetamínico se caracteriza por una combinación de tendencias que persisten y nuevos desafíos. La metanfetamina se mantiene firme en el mercado, como lo indican las estadísticas de las incautaciones, la fabricación y el consumo, particularmente en América del Norte y Asia Oriental y Sudoriental, donde la metanfetamina cristalina es motivo de creciente preocupación. El éxtasis sigue teniendo un gran mercado en Australia y Nueva Zelandia, y Europa Occidental y Central continúa ocupando un lugar Central en el tráfico de esta sustancia. Pero recientemente se han observado algunas novedades:

han aparecido mercados de drogas sintéticas en Asia Meridional, y hay indicios de que el tráfico y el consumo de anfetamina podrían estarse extendiendo de los mercados establecidos del Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental a países de África Septentrional.

Aumentan considerablemente las incautaciones mundiales de estimulantes de tipo anfetamínico

La incautación de todos los tipos de estimulantes de tipo anfetamínico ha crecido desde 2015. La cantidad de estos estimulantes incautada en todo el mundo en 2016 aumentó en un quinto con respecto al año anterior, pasando de 205 toneladas a 247 toneladas. La metanfetamina sigue representando la mayor parte de esa incautación de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel mundial. Prosiguiendo la tendencia ascendente de la incautación mundial de metanfetamina de los últimos años, las cantidades incautadas volvieron a aumentar y superaron las 158 toneladas en 2016. La incautación mundial de éxtasis casi se triplicó de 2012 a 2016, llegando a 14 toneladas, y la de anfetamina también creció en 2016, situándose en 70 toneladas tras haberse mantenido



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2012-2016.

Estimulantes de tipo anfetamínico no especificados

en unas 50 toneladas en los tres años anteriores.

Prosigue el aumento de las incautaciones mundiales de metanfetamina

En 2016, el nivel de las incautaciones mundiales de metanfetamina aumentó por cuarto año consecutivo. Ese año se incautaron 87 toneladas de metanfetamina en América del Norte, casi 26 toneladas más que la cantidad comunicada por Asia Oriental y Sudoriental. Las incautaciones de metanfetamina en Australia y Nueva Zelandia se mantuvieron estables una vez más. Parece razonable suponer que el aumento de las incautaciones de metanfetamina a nivel mundial en los últimos años no ha sido solo fruto de una mayor actividad de las fuerzas del orden, sino también, en relación con otros indicadores, un reflejo del mercado dinámico y creciente de la metanfetamina.

Asia Oriental y Sudoriental y América del Norte son los principales mercados de la metanfetamina

En un análisis de las corrientes del tráfico mundial basado en la información sobre las incautaciones, Asia Oriental y Sudoriental y América del Norte destacan como las dos subregiones centrales del tráfico de metanfetamina. No solo hay mucho tráfico de metanfetamina entre los países de cada una de estas subregiones, sino que además la mayoría de la

FIG. 2 Niveles de las incautaciones de metanfetamina en el mundo, por subregiones, 2012-2016



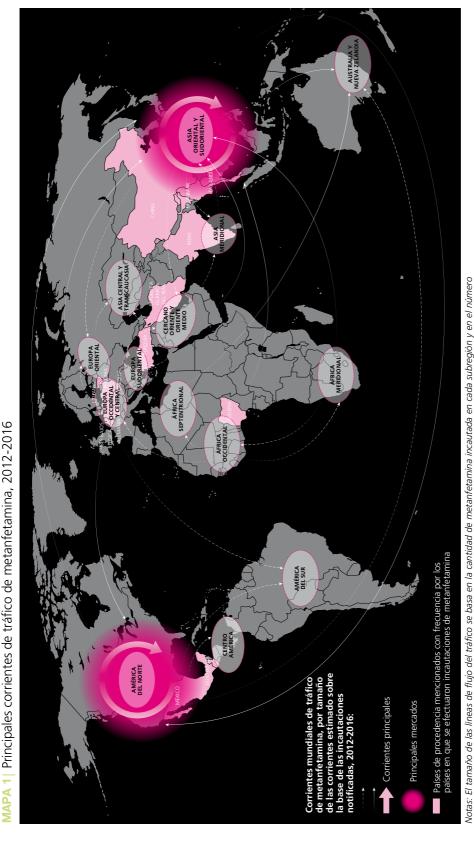
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2011-2016.

metanfetamina objeto de tráfico interregional va a parar a países de esas dos subregiones. Además, varios países de Europa Occidental y Central, así como la India, el Irán (República Islámica del), Nigeria y Turquía, han sido identificados en muchos casos como países de origen de la metanfetamina incautada en todo el mundo. Otras subregiones, como África Occidental y Central y África Meridional, parecen ser zonas de tránsito del tráfico de metanfetamina.

La metanfetamina cristalina tiene un mercado cada vez mayor

Los aumentos percibidos en el consumo y la capacidad manufacturera, así como el incremento de las incautaciones, apuntan a un creciente mercado de metanfetamina cristalina en América del Norte, Asia Oriental y Sudoriental y Oceanía. En Asia Oriental y Sudoriental y Oceanía, la metanfetamina está disponible desde hace mucho tiempo en forma de metanfetamina cristalina y de comprimidos, pero ahora el consumo de metanfetamina cristalina ha pasado a ser una preocupación fundamental. Denominada también "metanfetamina cristal", "hielo" o "shabu", la metanfetamina cristalina tiene, por lo general, una pureza mucho mayor que los comprimidos. Las pastillas de metanfetamina, conocidas comúnmente como "yaba" en Asia Oriental y Sudoriental, son píldoras pequeñas, normalmente de bajo





y Cachemira. La frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado. El Gobierno de la Argentina y el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e 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 Los límites geográficos que figuran en el mapa no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites por determinar. La línea de Irlanda del Norte tienen una controversia con respecto a la soberanía sobre las Islas Malvinas (Falkland). minan las flechas indica la zona de consumo o la del siguiente destino del tráfico.

de veces en que un país fue mencionado como país de salida (ya sea "de origen" o "de tránsito") hacia una subregión dada en el período 2012-2016. Las corrientes de tráfico se determinan teniendo en

cuenta el país de origenísalida, tránsito y destino de las drogas incautadas, con arreglo a la información presentada por los Estados Miembros en el cuestionario para los informes anuales y a la base de dado reflejadas. Las flechas que representan las corrientes indican la dirección del tráfico; el punto de origen de las flechas indica la zona de fabricación o la de última procedencia; el punto en que terdatos sobre casos de incautación de drogas; así pues, deben considerarse una indicación aproximada de las rutas de tráfico existentes, pudiendo haber varias corrientes secundarias que no hayan que-

FIG. 3 | Una estrategia comunicada para el tráfico de metanfetamina de México a los Estados Unidos



Fuente: Diagrama basado en la información proporcionada por la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos, 2017 National Drug Threat Assessment (octubre de 2017).

grado de pureza, que además de la metanfetamina suelen contener una gran proporción de cafeína, junto con diversos adulterantes.

En algunos países de Asia Oriental y Sudoriental, los datos sobre el tratamiento corroboran las preocupaciones sanitarias relacionadas con el consumo de metanfetamina cristalina. En Malasia, por ejemplo, los consumidores de metanfetamina cristalina representaron el 20 % de las personas tratadas por consumo de drogas, y en Brunei Darussalam representaron casi la totalidad (el 94 %) de esas personas en 2015. 1

Hasta hace poco, la mayoría de las incautaciones de metanfetamina cristalina comunicadas en el mundo tenían lugar en Asia Oriental y Sudoriental. Tras mantenerse estable durante varios años, la cantidad de metanfetamina cristalina incautada en Asia Oriental y Sudoriental casi se triplicó entre 2013 y 2016, llegando a 30 toneladas.² En general, las incautaciones de metanfetamina han aumentado significativamente también en los Estados Unidos de América, pasando de 30 toneladas en 2013 a 52 toneladas en 2016.

En América del Norte, una estrategia de tráfico ilícito empleada con frecuencia por las redes de la delincuencia organizada para facilitar la ocultación de las remesas consiste en introducir metanfetamina en polvo o líquida de México a los Estados Unidos, y convertirla luego en metanfetamina cristalina en los

- Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacifico.
- 2 Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacifico

llamados "laboratorios de transformación". Aunque la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos informó de que la mayoría de los laboratorios de transformación de los que se habían incautado las fuerzas del orden del país en 2016 se encontraban en California y otros estados sudoccidentales cercanos a la frontera con México, también ha habido incautaciones de laboratorios de transformación en Georgia, Kansas, Nevada, Carolina del Norte y Oklahoma.³ En 2013 se comunicó la incautación de más de 3 toneladas de metanfetamina líquida en México.

En 2016, la metanfetamina se consideraba la segunda mayor amenaza relacionada con las drogas en los Estados Unidos, después de la heroína, y, según la información facilitada por las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley en el país, su disponibilidad había aumentado entre 2013 y 2016.⁴

Europa Occidental y Central es un centro internacional del tráfico de éxtasis

Los mercados establecidos del éxtasis son, desde hace largo tiempo, los de Europa, América del Norte y Oceanía, donde ha habido grandes incautaciones de esta droga a lo largo de los años. Los datos sobre el desmantelamiento de instalaciones de fabricación de éxtasis, junto con las estadísticas sobre la incautación, hacen pensar que Europa Occidental y Central ha seguido siendo un centro internacional para la

- 3 Estados Unidos, Administración para el Control de Drogas, 2017 National Drug Threat Assessment (octubre de 2017).
- 4 Ibid., 2016 National Drug Threat Assessment Summary (noviembre de 2016).

fabricación y el tráfico de éxtasis. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y la Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial (Europol), Bélgica y los Países Bajos son países clave en la fabricación de 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA) en Europa. Se han comunicado muchas incautaciones de éxtasis procedente de Europa Occidental y Central en países de América, Asia Oriental y Sudoriental y Oceanía. Estudios recientes también indican un aumento general del consumo de éxtasis en Europa. 6

Después de 2005, el mercado del éxtasis experimentó un cambio, desencadenado por la escasez de MDMA. Ante el hecho de que la demanda de éxtasis no disminuía a pesar de la escasez, los traficantes recurrieron a otros productos químicos como alternativa a la MDMA para satisfacer el mercado existente.⁷ Ahora, sin embargo, después de un período en que los productos vendidos como éxtasis contenían muy poca o ninguna MDMA, han reaparecido comprimidos de éxtasis que contienen fuertes dosis de esta sustancia en el mercado de las drogas sintéticas. Aunque en Europa el éxtasis está disponible principalmente en forma de comprimidos, en algunos países europeos ha aparecido también como MDMA en polvo o cristalina.⁸

Oceanía sigue informando de altos niveles de consumo de éxtasis, y sus tasas estimadas de prevalencia anual del uso de esta droga figuran entre las más altas del mundo. Nueva Zelandia comunicó aumentos percibidos en el consumo de éxtasis en 2016, mientras que en Australia el consumo de éxtasis en el último año⁹ entre la población de 14 años o más disminuyó del 2,5 % en 2013 al 2,2 % en 2016.¹⁰

- 5 EMCDDA y Agencia de la Unión Europea para la Cooperación Policial (Europol), EU Drug Markets Report: In-Depth Analysis, Joint Publications Series (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016)..
- 6 EMCDDA, Informe Europeo sobre Drogas: Tendencias y novedades 2016 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016)..
- 7 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), "Understanding the synthetic drug market: the NPS factor", Global SMART Update, vol. 19 (marzo de 2018).
- 8 Claudio Vidal Giné y otros, "Crystals and tablets in the Spanish ecstasy market 2000-2014: are they the same or different in terms of purity and adulteration?", Forensic Science International, vol. 263 (2016), págs. 164 a 168.
- 9 Los comprimidos vendidos como éxtasis en Australia pueden contener sustancias distintas de la MDMA.
- 10 Instituto Australiano de Salud y Bienestar, National Drug

Aunque las incautaciones de éxtasis de Nueva Zelandia se han mantenido por debajo de 50 kg por año, las de Australia han aumentado considerablemente, alcanzando un nivel de alrededor de 5 toneladas en 2016, frente a menos de 1 tonelada el año anterior. Los datos sobre el tráfico y la fabricación parecen indicar que el éxtasis consumido en la región procede tanto de la fabricación nacional como de las redes de oferta internacionales. Por ejemplo, en 2015 y 2016 se informó de la detección de un total de 17 laboratorios de fabricación de MDMA en Australia, y otros 18 habían sido descubiertos en 2014 y 2015. El último informe de Nueva Zelandia a este respecto fue el del descubrimiento de dos laboratorios de fabricación de MDMA en 2013.

La anfetamina se está difundiendo ahora a África Septentrional y América del Norte

Durante muchos años, la anfetamina dominó los mercados de drogas sintéticas del Cercano Oriente y el Oriente Medio y de Europa Occidental y Central, pero los recientes informes sobre las incautaciones cada vez mayores en África Septentrional y en América del Norte indican una creciente actividad en otras subregiones. Si bien las razones del repentino aumento de la cantidad de anfetamina incautada en África Septentrional aún no están del todo claras, podrían guardar relación con el tráfico de anfetamina destinado al amplio mercado de la vecina subregión del Cercano Oriente y el Oriente Medio. Las grandes incautaciones de anfetamina en América del Norte podrían deberse a una expansión de la fabricación nacional.

En su conjunto, los datos sobre las incautaciones, la información sobre el tráfico y las apreciaciones de los expertos sobre las tendencias del consumo comunicadas por los Estados Miembros apuntan a un crecimiento continuo del mercado de anfetamina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio. Las apreciaciones de los expertos de esta subregión revelan un panorama de tendencias heterogéneas en el consumo de anfetamina, en que algunos países informan de aumentos del consumo desde hace varios años, mientras que otros comunican un consumo estable o en disminución. Los únicos países de la subregión en que las apreciaciones de los expertos han indicado

Strategy Household Survey 2016: Detailed Findings, cap. 5, 28 de septiembre de 2017. Disponible en www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/2016-ndshs-detailed/data.

Asia Meridional: la nueva amenaza de las drogas sintéticas

Hay fuertes indicios de que el tráfico de drogas sintéticas está aumentando en Asia Meridional. Por ejemplo, tras una serie de años de bajos niveles de incautación de drogas sintéticas en la India, en 2016 se comunicó la incautación de grandes cantidades, con 24 toneladas de metacualona y 2 toneladas de anfetamina. Se considera que la mayor parte de la anfetamina incautada en la India en 2016 había sido fabricada dentro del país. Según los informes, la mayoría de la anfetamina y las cantidades más bajas de éxtasis y metanfetamina incautadas ese año en la India estaban destinadas al mercado interno. El resto estaba destinado a Malasia y, en menor medida, a los Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Zambia.

Aunque no se dispone de información sobre el tráfico de metacualona en la India en 2016, las 0,2 toneladas de metacualona incautadas en ese país en 2015 parecen haber estado destinadas a países de fuera de la subregión de Asia Meridional, como Malasia, la República Unida de Tanzanía y Zambia. También se informó del desmantelamiento de un pequeño número de laboratorios de metanfetamina en la India en 2011,

2014 y 2015. En 2016, el país comunicó el desmantelamiento de dos laboratorios de anfetamina y, por primera vez, de un laboratorio de mefedrona. La desviación de preparados farmacéuticos que contienen efedrina o seudoefedrina indica el riesgo de fabricación ilícita de drogas sintéticas, y la India informó de la incautación de más de 10 toneladas de efedrina y 8,5 toneladas de seudoefedrina en 2016.ª

En 2015, Bangladesh comunicó la incautación de casi 2 toneladas de comprimidos de metanfetamina, que al parecer estaban destinadas al mercado interno y procedían de Myanmar. Anteriormente, el país había informado de la incautación de 3 toneladas de comprimidos de metanfetamina en 2013.

Precursores y sustancias químicas frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas: Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2016 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (E/INCB/2016/4).

sistemáticamente un aumento del consumo de anfetamina son la República Árabe Siria (2013-2015) y Jordania (2014-2016). Aunque no se dispone de datos agregados sobre el tratamiento por consumo de anfetaminas para los países del Cercano Oriente y el Oriente Medio, los datos sobre el tratamiento en Jordania indican que las personas tratadas por uso de estimulantes de tipo anfetamínico fueron el segundo grupo más grande de personas tratadas por consumo de drogas en el país en 2015, después de los usuarios de cannabis.

El nivel de las incautaciones de anfetamina en la subregión del Cercano Oriente y el Oriente Medio/ Asia Sudoccidental se duplicó con creces entre 2015 y 2016, pasando de 20 a 46 toneladas, y representó el 65 % de las incautaciones mundiales de anfetamina en 2016. Alrededor del 39 % (18 toneladas) de las incautaciones de anfetamina comunicadas por esta subregión tuvieron lugar en la Arabia Saudita. Además, ese año se incautaron 14 toneladas de anfetamina en Jordania, y también comunicaron grandes incautaciones los Emiratos Árabes Unidos (6 toneladas), el Pakistán (4 toneladas), el Líbano (2 toneladas) y la República Árabe Siria (1 tonelada). Los informes sobre el tráfico muestran que en esa subregión el tráfico de anfetamina es principalmente intrarregional y, al igual que en años anteriores, se consideró que la mayor parte de la anfetamina incautada en la subregión se había fabricado en el Líbano y la República Árabe Siria. Países como la Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos fueron los más mencionados como lugares de destino de la anfetamina en las incautaciones de la subregión en 2016. Sin embargo, según informes de incautaciones recientes, los países de África Septentrional y de Asia también están conectados a las rutas de tráfico del Cercano Oriente y el Oriente Medio. Queda por ver si estos nuevos informes sobre el tráfico de anfetamina procedente de fuera de la subregión indican la aparición de nuevas rutas.¹¹

En los últimos tiempos se ha informado de la incautación de grandes cantidades de anfetamina en África Septentrional, con más de 6 toneladas en Egipto en 2016 y otras 2 toneladas en 2015, así como 0,5 toneladas en el Sudán en 2016. No se cuenta con información sobre la disponibilidad interna de anfetamina en estos países. Sin embargo, los limitados datos sobre el tráfico de drogas sintéticas, considerados en conjunto con la proximidad geográfica del Cercano Oriente y el Oriente Medio, hacen pensar que las incautaciones en Egipto y el Sudán podrían ser el resultado de un creciente tráfico entre África

11 En el Informe Mundial sobre las Drogas 2017 figura un análisis más detallado del tráfico de anfetamina hacia y desde países del Cercano Oriente y el Oriente Medio.

Septentrional y los países del Cercano Oriente y el Oriente Medio. Por ejemplo, en 2016 se informó de que Egipto era el destino previsto de la anfetamina incautada en Jordania, mientras que las cantidades incautadas en la República Árabe Siria estaban destinadas al Sudán y Egipto. Hasta la fecha, no está claro si las incautaciones de anfetamina en los países de África Septentrional son incidentes aislados o si son representativos de una tendencia más amplia.

Se ha informado de la incautación de anfetamina en todos los países de América del Norte, incluido México. Sin embargo, la anfetamina incautada en los Estados Unidos representa la mayoría de las incautaciones de anfetamina de esa subregión, y constituyó un 6 % de la incautación total de anfetamina en el mundo en 2016. Ese año participaron en el tráfico de entrada y salida de anfetamina de los Estados Unidos países de diversas subregiones, como Centroamérica, Europa Occidental y Central, y Asia Oriental y Sudoriental, y Nueva Zelandia. Dentro de América del Norte, el Canadá y México también comunicaron la incautación de anfetamina procedente de los Estados Unidos en 2016. Los datos sobre el consumo en los Estados Unidos no indican un crecimiento del mercado de anfetamina en el país; sin embargo, el gran número de laboratorios de anfetamina desmantelados entre 2011 y 2015 hace pensar que el volumen de la fabricación nacional de anfetamina es considerable. No se dispone de datos sobre la fabricación de anfetamina para 2016, pero los Estados Unidos comunicaron el desmantelamiento de varios laboratorios de anfetamina en 2015, 1 a escala industrial, 7 medianos y 34 pequeños o caseros. En 2014, el país había comunicado el desmantelamiento de 62 laboratorios de anfetamina, 10 de ellos a escala industrial.

Nuevas sustancias psicoactivas

Con la aparición de cientos de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), el abanico de sustancias psicoactivas disponible en el mercado es probablemente mayor que nunca antes. Las NSP se comercializan de muchos modos distintos y en una gran variedad de formas, son consumidas por numerosos grupos, y presentan diferencias importantes en los patrones de aparición y persistencia en los distintos países y regiones. Los efectos de algunas NSP en el organismo humano aún no se entienden plenamente:

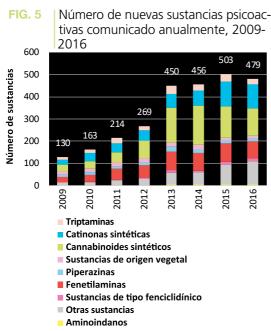
en muchos casos no se dispone de datos sobre su toxicidad, y sus efectos secundarios a largo plazo se desconocen. Esta situación complica la identificación, la prevención, el tratamiento y el control. Aunque el mercado mundial de NSP es sumamente diverso, solo unas cuantas sustancias parecen haber establecido sus propios mercados o sustituido a las drogas tradicionales, pero el daño que causa su uso es considerable. Algunas sustancias se han afianzado en nichos de mercado, específicamente entre grupos de población pequeños y vulnerables, mientras que otras han penetrado en los mercados establecidos de sustancias sometidas a fiscalización, aumentando la complejidad de la oferta de productos en el mercado. El análisis mundial de las NSP que figura en este capítulo incluye la ketamina, que se diferencia de otras NSP por su amplio empleo en la medicina humana y veterinaria, mientras que la mayoría de las NSP tienen poco o ningún uso médico. Para que las cifras sean comparables con las presentadas en las ediciones anteriores del Informe Mundial sobre las Drogas, el análisis incluye también las sustancias que se han sometido a fiscalización internacional desde 2015, a menos que se indique otra cosa.

Nuevas sustancias psicoactivas: datos y cifras

El mercado mundial de NSP se sigue caracterizando por la aparición de grandes cantidades de nuevas sustancias pertenecientes a diversos grupos químicos. Entre 2009 y 2017, 111 países y territorios informaron de un total acumulativo de 803 nuevas sustancias psicoactivas. ¹² Desde que la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) comenzó a vigilar las NSP en 2009, el número de NSP notificadas anualmente aumentó cada año hasta 2015, pero parece haberse estabilizado desde entonces..

Entre todas las NSP notificadas a la UNODC hasta el final de 2017, los cannabinoides sintéticos constituyen la categoría más importante en cuanto al número de sustancias diferentes notificadas (251 sustancias), seguidos de la categoría de las "otras sustancias" (155), las catinonas sintéticas (148) y las fenetilaminas (136). El número de triptaminas,

12 UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2017. La UNODC desea expresar su agradecimiento al EMCDDA, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y la Organización Mundial de Aduanas por la información sobre las NSP que facilitan al sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas

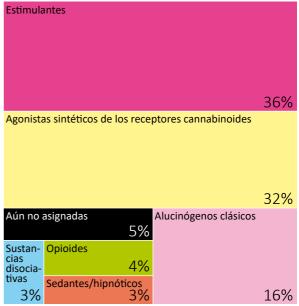


Fuente: UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas.

piperazinas, aminoindanos y NSP de origen vegetal que se comunica anualmente es relativamente pequeño. La categoría de "otras sustancias", que incluye sustancias estructuralmente diversas, ha registrado un crecimiento considerable, especialmente desde 2014, alcanzando un total de 155 sustancias al final de 2017. En esta categoría se incluyen las NSP derivadas de medicamentos de venta con receta, incluidos los análogos del fentanilo y los derivados de la benzodiazepina.

Desde que la UNODC comenzó la vigilancia mundial de las NSP en 2009, más de una cuarta parte de los países y territorios que informan sobre las NSP han identificado más de 100 sustancias diferentes. Al mismo tiempo, algo menos de un cuarto de todos los países y territorios que informan sobre las NSP han notificado solo una sustancia, lo que puede deberse a la limitada capacidad técnica para identificar las NSP. Las sustancias comunicadas por el mayor número de países y territorios comprenden la ketamina, el khat, el JWH-018, la metilona, la 4-metilmetcatinona, la 25I-NBOMe, la 5F-APINACA y el AM-2201, cada una de las cuales fue mencionada por al menos 47 países. Con excepción de la ketamina y el khat, todas esas sustancias fueron sometidas a fiscalización internacional entre 2015 y 2017.

FIG. 4 Proporción correspondiente a los distintos grupos de nuevas sustancias psicoactivas, por tipo de efecto psicoactivo, diciembre de 2017



Fuente: UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas.

Nota: El análisis de los efectos farmacológicos comprende las NSP registradas hasta diciembre de 2017. Las sustancias de origen vegetal se excluyeron del análisis, porque generalmente contienen un gran número de sustancias diferentes, de las cuales algunas pueden no ser conocidas y tener efectos e interacciones que no se comprenden plenamente.

Aparición de nuevas sustancias psicoactivas: algunas perduran, otras desaparecen

El mercado de NSP sigue siendo dinámico. Continuamente surgen nuevas sustancias, algunas de las cuales se afirman en el mercado, mientras que otras desaparecen al cabo de poco tiempo. En 2016, se informó de 72 NSP que no se habían mencionado nunca antes, un número mucho menor que el de 2015 (137 NSP). Alrededor de 70 de las 130 NSP notificadas cuando comenzó la vigilancia mundial de la UNODC en 2009 han figurado año tras año en los informes hasta la fecha. Aunque esta persistencia no denota necesariamente un uso generalizado, sí indica que algunas NSP parecen haber arraigado en el mercado de las drogas. Varias de esas NSP persistentes han sido sometidas a fiscalización internacional después de 2015. Por otra parte, unas 200 NSP notificadas entre 2009 y 2014 ya no se mencionaron en los informes de 2015 y 2016 y pueden haber desaparecido del mercado, aunque esto

3

es difícil de determinar debido a la complejidad de la identificación de las NSP en muchas partes del mundo.

La 4-fluoroanfetamina se crea un nicho de mercado

La 4-fluoroanfetamina (4-FA) es un ejemplo de una NSP que parece haber echado raíces en el mercado de drogas de algunos países. En los Países Bajos, de 2007 a 2009, cuando disminuyó la disponibilidad de MDMA, que es el componente principal de los comprimidos de éxtasis, la 4-FA fue vendida principalmente como "anfetamina" o "éxtasis". Esta situación cambió tras el repunte de los mercados de MDMA y anfetamina 13 y la 4-FA estableció entonces su propio nicho de mercado en los Países Bajos entre los usuarios que al parecer la preferían a la MDMA por sus efectos psicoactivos específicos.¹⁴ El uso de la 4-FA parece producir el efecto entactógeno deseado, que se percibe como menos intenso que el de la MDMA y tiende a causar menos confusión, cambios en la percepción y mareos. Al igual que la MDMA, la 4-FA se consume generalmente en espectáculos musicales tales como los festivales, fiestas de baile, clubes y fiestas que siguen a otros eventos. El consumo de 4-FA se relaciona con diversas consecuencias negativas, que incluyen la muerte, hemorragias cerebrales, infartos de miocardio, insuficiencia cardíaca aguda, hipertensión y taquicardia. 15 Hay indicaciones de que el uso de 4-FA puede haber aumentado en otros países europeos, como Alemania, Dinamarca y España. 16

- 13 Informe Mundial sobre las Drogas 2017, Análisis del mercado de drogas sintéticas: estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.17.XI.10).
- 14 Felix Linsen y otros, "4-Fluoroamphetamine in the Netherlands: more than a one-night stand", Addiction, vol. 110, núm. 7 (2015).
- 15 Laura Hondebrink y otros, "Fatalities, cerebral hemorrhage, and severe cardiovascular toxicity after exposure to the new psychoactive substance 4-fluoroamphetamine: a prospective cohort study", Annals of Emergency Medicine, vol. 71, núm. 3 (2018).
- 16 Claudio Vidal Giné, Iván Fornís Espinosa y Mireia Ventura Vilamala, "New psychoactive substances as adulterants of controlled drugs. A worrying phenomenon?" *Drug Testing and Analysis*, vol. 6, núms. 7 y 8 (2014); Sys Stybe Johansen y Tina Maria Hansen, "Isomers of fluoroamphetamines detected in forensic cases in Denmark", *International Journal of Legal Medicine*, vol. 126, núm. 4 (2012); J. Röhrich y otros, "Detection of the synthetic drug 4-fluoroamphetamine (4-FA) in serum and urine", *Forensic Science International*, vol. 215, núms. 1 a 3 (2012).

La mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas son estimulantes, pero otros grupos de efecto psicoactivo diferente van en aumento

Grouped by their main pharmacological effect, the largest portion of NPS reported since UNODC monitoring began are stimulants, followed by synthetic cannabinoid receptor agonists and classic hallucinogens. Smaller effect groups such as opioids, dissociatives and sedatives/hypnotics have grown over the past few years, in proportional terms, at the expense of synthetic cannabinoids and classic hallucinogens. The number of NPS in each group and their growth does not necessarily indicate their scope of use and/or magnitude of threat to public health. This is demonstrated by NPS with opioid effects, which, albeit small in number, have been associated with a growing number of often fatal overdose events in recent years. ¹⁷

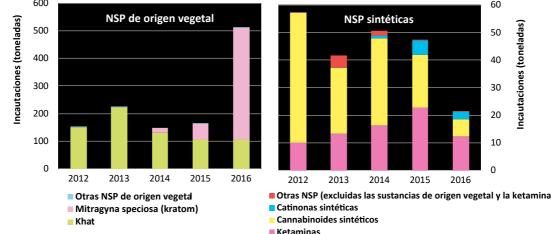
Disminuye el nivel de las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas sintéticas

El análisis de las tendencias de las incautaciones de NSP sintéticas a partir, por ejemplo, del total agregado de las cantidades incautadas es difícil, debido a las muchas formas distintas en que aparecen estas sustancias. Cinco gramos de una NSP pueden constituir menos de 10 dosis o varias decenas de miles de dosis, dependiendo de que los materiales de las incautaciones consistan en una NSP rociada sobre una hierba, o en una NSP en forma de polvo de gran pureza con potentes efectos incluso en cantidades del orden del microgramo. El análisis de las incautaciones de NSP también se ve limitado por el hecho de que la mayoría de las sustancias no están sometidas a fiscalización nacional o internacional y, por lo tanto, no pueden ser objeto de incautaciones ni ser notificadas sistemáticamente a la UNODC. Además, las cantidades de NSP incautadas pueden no reflejar su disponibilidad, ya que su detección representa un reto para las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley, entre otros motivos, porque el tráfico internacional se realiza principalmente en cantidades pequeñas y por correo postal.

Dado que las incautaciones de ketamina, así como las de khat y kratom, se examinan más adelante en el presente capítulo, el análisis que figura a

¹⁷ En el fascículo 2 del presente informe figura más información sobre este tema.





Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2012-2016.

Nota: Las cifras incluyen la ketamina y las NSP de origen vegetal.

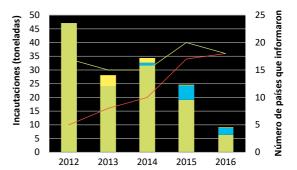
continuación se centra en las NSP sintéticas distintas de la ketamina y las sustancias de origen vegetal.

Las cantidades de cannabinoides sintéticos dominan las incautaciones mundiales de NSP sintéticas desde 2012. El número de países que comunican incautaciones de cannabinoides sintéticos se ha mantenido relativamente estable, pero las cantidades notificadas han disminuido mucho desde 2014. Sin embargo, en 2016 hubo grandes incautaciones de cannabinoides sintéticos en los Estados Unidos (5 toneladas), la Federación de Rusia (0,7 toneladas) y Turquía (0,6 toneladas).

En cuanto a las catinonas sintéticas, el número de países y territorios que comunican incautaciones y las cantidades incautadas han aumentado, y en 2016 estas sustancias constituyeron, en peso, el 30 % de las incautaciones mundiales de NSP sintéticas (excluida la ketamina). En particular, ese año comunicaron la incautación de grandes cantidades de catinonas sintéticas la Federación de Rusia (2 toneladas), Hong Kong (RAE de China) (0,2 toneladas) y Bélgica (0,1 toneladas).

El análisis de los datos sobre las incautaciones de NSP en los distintos países es complejo, debido al gran número de sustancias diferentes que existen y a la variedad de productos de NSP disponibles, que a menudo contienen más de una sustancia psicoactiva. Según los datos sobre las incautaciones de 2014-2015 presentados a la UNODC por siete Estados

FIG. 7 Nivel de las incautaciones anuales de nuevas sustancias psicoactivas sintéticas (excluida la ketamina) en el mundo y número de países que informaron de la incautación de cannabinoides o catinonas sintéticos, 2012-2016



- Otras NSP sintéticas (incluidas las sustancias de origen vegetal y la ketamina)
- Catinonas sintéticas
- Cannabinoides sintéticos
- Número de países que informaron sobre las catinonas sintéticas
- Número de países que informaron sobre los cannabinoides sintéticos

Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2012-2016.

Miembros, ¹⁸ los tipos de NSP que componen las incautaciones varían mucho de un año a otro. Entre las NSP incautadas, la proporción representada por las sustancias que figuraron en las incautaciones de los dos años incluidos en el examen (2014 y 2015) fue de entre solo un 12 % y un 27 % en los distintos

18 UNODC, respuestas al cuestionario de 2016 sobre las nuevas sustancias psicoactivas presentadas por Australia, Bélgica, Estonia, Finlandia, el Reino Unido, Suecia y Turquía. Los años para los que se comunicaron las incautaciones fueron 2014 y 2015.

Nuevas tendencias en el consumo del kratom

Las hojas del árbol del kratom (Mitragyna speciosa), una planta nativa de Asia Sudoriental, contienen mitraginina, una sustancia que produce diferentes efectos psicoactivos en función de la dosis. Las dosis bajas pueden tener efectos estimulantes, mientras que las más altas pueden producir efectos sedantes, de disforia y de euforia.³ El kratom tiene un amplio uso en el contexto tradicional en Asia Sudoriental, por ejemplo como hierba medicinal contra la diarrea, la fatiga y el dolor. Sin embargo, también se ha utilizado para fines no médicos.⁶ En los últimos años, el kratom ha cobrado popularidad en países de América del Norte y Europa como NSP de origen vegetal. A nivel mundial, 31 países informaron de la detección de kratom entre 2012 y 2017.^c

Un número creciente de informes publicados en la literatura científica relacionan el consumo de dosis altas de kratom con problemas de salud, que incluyen taquicardias, convulsiones y daño hepático. Además, el uso habitual de la sustancia puede causar dependencia, y la interrupción de su uso puede dar lugar a síntomas de abstinencia. d En América del Norte, en particular, hay diversos productos que se comercializan como kratom y que pueden contener, en realidad, una combinación de kratom con otras sustancias, a menudo desconocidas. Los casos de problemas de salud graves causados por el uso de esos productos podrían guardar relación con las diferentes dosificaciones de la forma refinada, en polvo, del kratom, con respecto a las formas tradicionales en que se usa en Asia Sudoriental.^e En América del Norte, se ha informado del consumo de productos de kratom en el contexto de la autogestión de los síntomas de abstinencia de opioides en estudios a pequeña escala realizados en los Estados Unidos.d La creciente popularidad que parecen estar adquiriendo los productos de kratom puede estar relacionada también con su amplia disponibilidad: su venta no está controlada en muchos países, pueden obtenerse fácilmente en tiendas en línea y, en comparación con las terapias de sustitución con opioides, tienen un precio bajo. f En los Estados Unidos, se han registrado 44 muertes relacionadas con el uso de productos que contienen kratom en el policonsumo de drogas. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ha emitido una advertencia contra el consumo de kratom, en que informa

del posible riesgo de abuso y dependencia.

g La contribución de los productos de kratom a los casos de sobredosis de drogas, incluidas las letales, aún no está del todo clara.

Actualmente, ni el kratom ni las sustancias psicoactivas contenidas en sus hojas están sometidas a fiscalización internacional. Dadas la escasez de datos sobre los posibles efectos toxicológicos, terapéuticos y farmacológicos del kratom y los productos de kratom y la falta de estudios de laboratorio controlados, resulta difícil entender los riesgos para la salud y los beneficios que puede entrañar su consumo.^d

- ^a Walter C. Prozialeck, Jateen K. Jivan y Shridhar V. Andurkar. "Pharmacology of kratom: an emerging botanical agent with stimulant, analgesic and opioid-like effects", *Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 112, núm. 12 (2012), págs. 792 a 799; Zurina Hassan y otros, "From kratom to mitragynine and its derivatives: physiological and behavioural effects related to use, abuse and addiction", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 37, núm. 2 (2013), págs. 138 a 151.
- b Informe Mundial sobre las Drogas 2013 (publicación del as Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XI.6).
- C UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas; EMCDDA, "Kratom (Mitragynaspeciosa) drug profile" (www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/kratom.
- d Walter C. Prozialeck, "Update on the pharmacology and legal status of kratom", *Journal of the American Osteopathic Association*, núm. 12 (2016), págs. 802 a 809.
- ^e Darshan Singh, Suresh Narayanan y Balasingam Vicknasingam, "Traditional and non-traditional uses of mitragynine (kratom): a survey of the literature", *Brain Research Bulletin*, vol. 126, parte 1 (2016), págs. 41 a 46.
- George C. Chang Chien, Charles A. Odonkor y Prin Amorapanth, "Is kratom the new legal high on the block?: The case of an emerging opioid receptor agonist with substance abuse potential", Pain Physician, vol. 20, núm. 1 (2017), págs. E195 a E198.
- g Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, Public Health Focus, "FDA and kratom". Puede consultarse en www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ ucm584952.htm.

países. Esta superposición más bien pequeña de las mismas sustancias de un año a otro pone de relieve el alto dinamismo del mercado y los retos que afrontan los servicios encargados de hacer cumplir la ley y las autoridades aduaneras y de control de fronteras. Mientras que en algunos países casi la mitad de los casos de incautación de NSP en el período 2014-2015 se refirieron a sustancias que ya estaban sometidas a fiscalización internacional en 2015, en otros países la proporción representada por esas sustancias fue de tan solo el 6 %. Esto refleja la heterogeneidad del mercado de las NSP e indica la dificultad de definir un conjunto de NSP de interés internacional general.

Tendencias en el uso de las nuevas sustancias psicoactivas

La comparación de los datos epidemiológicos sobre el consumo de NSP en los diferentes países no es fácil, porque la definición de estas sustancias puede diferir de un país a otro, e incluir sustancias sometidas a fiscalización nacional o internacional. Hay pocos datos disponibles para hacer comparaciones de la prevalencia del consumo de NSP a lo largo del tiempo, y pocas herramientas de estudio para captar ese consumo, y las personas que usan NSP tienen un conocimiento limitado de las sustancias que utilizan. La información sobre el uso de las NSP que

se presenta en este capítulo debería leerse como una actualización del análisis más detallado que figura en la publicación *Global Synthetic Drugs Assessment* 2017.¹⁹

Aunque los datos sobre las tendencias del consumo de NSP siguen limitándose a muy pocos países, en los últimos tres años muchos consumidores parecen haber pasado de las mezclas de hierbas para fumar a las NSP en comprimidos y en forma líquida.²⁰ Tras la aplicación de la legislación sobre las NSP en el Reino Unido, se observó un cambio en el envasado de esas sustancias. Antes, la comercialización se centraba en presentarlas de modo que parecieran ser alternativas legales a las drogas tradicionales, en envases atractivos y de colores vivos, pero en torno a 2016 las NSP comenzaron a aparecer cada vez más en bolsas o envoltorios de plástico, sin información detallada sobre su contenido.²¹

Los datos recientes sobre la prevalencia del consumo de NSP arrojan tendencias divergentes. Los datos de Inglaterra y Gales indican que el uso de NSP en el último año entre las personas de 16 a 59 años ha disminuido considerablemente, de un 0,7 % en el período 2015/16 a un 0,4 % en el período 2016/17.²² En Irlanda, el consumo de NSP en el último año entre la población en general (de 15 a 64 años de edad) también disminuyó entre 2010-2011 y 2014-2015, pasando del 3,5 % al 0,8 %. Asimismo, los resultados de Australia muestran una caída sustancial del consumo de cannabinoides sintéticos en el último año entre las personas de 14 años o más, de un 1,2 % en 2013 al 0,3 % en 2016.²³ Sin embargo, otros países que presentaron datos experimentaron un aumento del consumo de NSP entre la población en general. Por ejemplo, en Chequia el uso de las NSP pasó del 0,5 % en 2014 al 1,2 % en 2015, y en Rumania aumentó de un 0,3 % en 2013 a un 0,9 % en 2016. Las encuestas nacionales por

- 19 UNODC, Global Synthetic Drugs Assessment: Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances (Vienna, 2017).
- 20 Global Drug Survey 2017, detailed findings. Available at www.globaldrugsurvey.com.
- 21 Scotland, United Kingdom, Highland Substance Awareness Toolkit, "NPS at Crew Annual Report 2016–2017". Available at www.highlandsubstanceawareness.scot.nhs.uk/.
- 22 United Kingdom, Home Office, *Drug Misuse: Findings from the 2016/17 Crime Survey for England and Wales*, Statistical Bulletin 11/17 (July 2017).
- 23 Australian Institute of Health and Welfare, National Drug Strategy Household Survey 2016: Detailed Findings.

hogares subestiman probablemente la prevalencia del consumo de drogas, ya que pueden adolecer de una infrarrepresentación de varios subgrupos de población de los que se sabe que tienen tasas de consumo de sustancias muy superiores a la media, como las personas sin hogar y otros grupos marginados.

Tendencias divergentes en el uso de nuevas sustancias psicoactivas entre los jóvenes

La vigilancia de la tasa de consumo de sustancias entre los estudiantes ofrece información importante sobre los comportamientos de riesgo en que incurren los jóvenes y las posibles tendencias futuras en el consumo de NSP. En los varios países en que se dispone de datos sobre las tendencias recientes entre los jóvenes, se observa una disminución del uso de NSP. Por ejemplo, en los Estados Unidos el consumo de cannabinoides sintéticos en el último año ha disminuido considerablemente entre los alumnos del 120 grado, pasando del 11,3 % en 2012 a algo menos del 3,7 % en 2017. Esa disminución puede deberse a varios factores, como las leyes aplicadas en los Estados Unidos durante ese período, en que un gran número de cannabinoides sintéticos fueron sometidos a fiscalización nacional, y el aumento de la conciencia de los riesgos para la salud relacionados con el consumo de esas sustancias. En los últimos años, el consumo de catinonas sintéticas entre los jóvenes se ha convertido en un motivo de preocupación en los Estados Unidos, pero el nivel de consumo de esas sustancias por los alumnos del 12o grado también ha disminuido desde 2012, pasando del 1,3 % al 0,6 % en 2017.²⁴ En Inglaterra, entre los jóvenes inscritos en los servicios especializados en el uso indebido de sustancias en el período 2016/17, el porcentaje de los que comunicaron un consumo problemático de NSP (4 %) fue inferior al de los que consumían éxtasis (11 %) y cocaína (9 %).²⁵ La proporción correspondiente a los jóvenes señalados por los servicios especializados como personas con problemas de consumo de NSP se redujo en un 45 % con respecto al nivel del período 2015/16.

En 2016 se realizó una encuesta del consumo de

- 24 United States, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse; "Monitoring the future survey: high school and youth trends", 14 December 2017. Available at www.drugabuse.gov/.
- 25 United Kingdom, Public Health England, Department of Health, Young People's Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS), 1 April 2016 to 31 March 2017 (London, 2017).

drogas entre los estudiantes universitarios de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Ecuador y el Perú, que por primera vez puso de manifiesto el consumo de cannabinoides sintéticos en esos países. ²⁶ Solo una pequeña proporción de los estudiantes que informaron del consumo de cannabinoides sintéticos indicaron que habían usado esas sustancias por sí solas; una proporción mucho mayor las había usado en combinación con hierba de cannabis. Entre 2012 y 2016, el número de cannabinoides sintéticos notificados por los países de América del Sur aumentó año tras año, lo que indica la creciente importancia de estas sustancias entre determinados subgrupos de la población en esa subregión.

Prosigue el consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre los grupos vulnerables y de alto riesgo

Algunos países siguen documentando los hábitos de consumo de NSP entre los grupos marginados, vulnerables y socialmente desfavorecidos, como las personas sin hogar y las personas con trastornos de la salud mental.

Consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre la población sin hogar

El consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre las personas sin hogar se ha documentado en Chequia, los Estados Unidos, Finlandia, Hungría, Irlanda y el Reino Unido. Muy recientemente se comunicó un aumento del uso de esas sustancias en las zonas con los niveles más altos de privaciones sociales de Escocia.²⁷ En Manchester (Inglaterra) se llevó a cabo un estudio sobre la población sin hogar en 2016. Este estudio de 53 personas sin hogar reveló que las personas que dormían en la calle (n=28) eran más proclives a consumir las nuevas sustancias psicoactivas que las demás (n=25). En total, el 93 % (n=26) de las personas que dormían en la calle habían consumido esas sustancias en el último año, frente a un 64 % (n=16) de las que no dormían en la calle.²⁸ La mayoría (el 81 %) de las

- 26 UNODC, III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional 2016 (Lima, 2017).
- 27 National Records of Scotland, "Drug-related deaths in Scotland in 2016", 15 August 2017. Available at www. nrscotland.gov.uk/.
- 28 Rob Ralphs, Paul Gray and Anna Norton, New Psychoactive Substance Use in Manchester: Prevalence, Nature, Challenges and Responses (Manchester, Substance Use and Addictive Behaviours,

que comunicaron el consumo de nuevas sustancias psicoactivas informaron también del uso de otras drogas, como la cocaína y el cannabis. De las que informaron del consumo de esas nuevas sustancias en el último año (n=42), el 64 % las había usado todos los días, y el 14 %, cinco o seis días por semana. Los cannabinoides sintéticos fueron las sustancias más mencionadas. En Chequia, los datos relativos a los clientes de los programas de suministro de agujas y jeringuillas en 2013 y 2014 indicaron que el uso repetido de catinonas sintéticas estaba relacionado con la politoxicomanía y la falta de vivienda.²⁹

Consumo de nuevas sustancias psicoactivas asociado con trastornos de la salud mental

El consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre las personas con trastornos de la salud mental ya se ha documentado en estudios del Reino Unido. En Escocia, entre las personas de 18 a 65 años de edad internadas en los servicios generales para pacientes psiquiátricos adultos, el consumo de NSP había estado asociado con el 22 % (n=86) de las admisiones analizadas (n=388) entre julio y diciembre de 2014.³⁰ Entre los pacientes que informaron del consumo de NSP, el diagnóstico de psicosis causada por las drogas era mucho más frecuente, y el diagnóstico de depresión, mucho menos frecuente. El uso de NSP era muy frecuente entre los varones jóvenes internados en esos servicios, en particular entre los que tenían un diagnóstico de psicosis inducida por el consumo de drogas. El consumo de drogas ilícitas, especialmente de cannabis, era una práctica común en este grupo. Entre los adultos dados de alta de los servicios psiquiátricos, la frecuencia del uso de NSP estimulantes triplicaba con creces la del consumo de cannabinoides sintéticos.

Un estudio realizado recientemente en Inglaterra indicó una tasa de consumo corriente de NSP antes de la admisión a un establecimiento de salud mental protegido del 12 % (218 pacientes.³¹ Alrededor del

- Research Group Manchester Metropolitan University, 2016).
- 29 Vendula Belackova and others, "'Just another drug' for marginalized users: the risks of using synthetic cathinones among NSP clients in the Czech Republic", *Journal of Substance Use*, vol. 22, No. 6 (2017), pp. 567–573.
- 30 Jack L. Stanley and others, "Use of novel psychoactive substances by inpatients on general adult psychiatric wards", *British Medical Journal*, vol. 6, No. 5 (2016).
- 31 United Kingdom, Public Health England, "A review of new psychoactive substances in secure mental health: summary

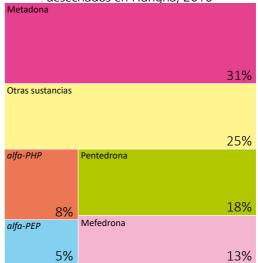
20 % de los servicios de salud mental habían pedido una respuesta de urgencia en relación con el uso de NSP en los últimos 12 meses. Esas respuestas se habían relacionado con el tratamiento de urgencia de síntomas físicos o psicológicos causados por NSP, como desmayos, síntomas cardiovasculares y la reagudización de problemas de salud mental ya existentes. Los síntomas psicológicos se habían mencionado con más frecuencia que los síntomas físicos. Algunos datos indican que los pacientes varones consumidores de NSP ingresados en los servicios para casos agudos en el Reino Unido tienen 10 veces más probabilidades de requerir atención en la unidad de cuidados psiquiátricos intensivos que los pacientes que no consumen NSP.³²

Los reclusos y las personas en libertad vigilada comunican altos niveles de consumo de nuevas sustancias psicoactivas

El consumo de NSP en las prisiones y entre las personas en libertad vigilada sigue siendo motivo de preocupación en muchos países, entre ellos el Reino Unido y otros 14 países europeos,³³ Nueva Zelandia y los Estados Unidos. Es probable que los altos niveles de consumo de NSP en las cárceles estén relacionados con la dificultad de detectar e identificar esas sustancias. El uso de NSP siguió estando vinculado a la violencia, las deudas, la delincuencia organizada y las urgencias médicas en la mayoría de las cárceles de hombres adultos del Reino Unido en 2017. Aunque el consumo de NSP rara vez se había identificado antes de la detención, se detectaba cuando las personas quedaban bajo custodia o en libertad vigilada.³⁴ Los cannabinoides sintéticos eran el tipo de NSP utilizado con más frecuencia y la politoxicomanía era común. Algunos exreclusos informaron de problemas para conservar sus

- document", (London, 2017).
- 32 Charlie Place and others, "Spice boys: an exploratory study around novel psychoactive substance use on a male acute ward", *Advances in Dual Diagnosis*, vol. 10, Nr. 3 (2017), pp. 97–104.
- 33 Countries reporting prison use: Bulgaria, Croatia, Czechia, Ireland, Finland, France, Germany, Hungary, Latvia, Poland, Portugal, Romania Slovenia and Sweden. EMCDDA, High-risk Drug Use and New Psychoactive Substances: Results from an EMCDDA Trendspotter Study, Rapid Communication Series (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017).
- 34 United Kingdom, Her Majesty's Inspectorate of Probation and Care Quality Commission, *New Psychoactive Substances: The Response by Probation and Substance Misuse Services in the Community in England* (Manchester, 2017).

FIG. 8 Sustancias psicoactivas encontradas en los accesorios para consumir drogas desechados en Hungría, 2016



Fuente: Valéria Anna Gyarmathy y otros, "Diverted medications and new psychoactive substances: a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary", 2017.

alquileres o sus plazas en albergues para personas sin hogar como consecuencia directa de su consumo de NSP. El uso continuado de NSP estaba vinculado a la adicción y a la incapacidad de hacer frente a los síntomas de abstinencia. Los principales motivos aducidos para seguir usando las NSP fueron la mayor facilidad de acceso a esas sustancias en comparación con otras drogas, como la heroína o la cocaína, y el deseo de evitar la detección. Según el personal penitenciario y los reclusos del Reino Unido, las prisiones se estaban volviendo cada vez más inseguras debido a la intoxicación de los usuarios de NSP, a la violencia asociada con las deudas contraídas para el consumo de esas sustancias y al acoso.³⁵

En Nueva Zelandia, la proporción de reclusos que habían consumido cannabinoides sintéticos en los últimos 12 meses disminuyó del 47 % en 2013 a un 20 % en 2016.³⁶ Sin embargo, la dependencia entre esos usuarios aumentó del 17 % en 2013 al 29 % en 2016, lo que pone de relieve los riesgos para la salud y el potencial adictivo de los

- 35 United Kingdom, Her Majesty's Inspector of Prisons, Her Majesty's Inspector of Prisons in England and Wales: Annual Report 2016–17 (London, 2017).
- 36 Chris Wilkins and others, New Zealand Arrestee Drug Use Monitoring (NZ-ADUM): 2016 Report, (Wellington, New Zealand Police and Massey University, 2017). Available at www.police.govt.nz/.

3

cannabinoides sintéticos. Los reclusos de Nueva Zelandia que habían consumido cannabinoides sintéticos en los últimos 12 meses los habían utilizado, en promedio, 97 días en 2016. En los Estados Unidos, el 29 % de los reclusos de Illinois, por ejemplo, habían usado cannabinoides sintéticos en los 12 meses anteriores al encarcelamiento, algunos en combinación con catinonas sintéticas.³⁷ Entre los motivos aducidos con más frecuencia para su uso figuraban la curiosidad, el deseo de evitar un resultado positivo en las pruebas de consumo de drogas, las preferencias personales y el relajamiento.

El consumo de nuevas sustancias psicoactivas estimulantes por inyección sique causando preocupación

La inyección de NSP estimulantes, que normalmente tienen un efecto de corta duración, sigue siendo motivo de preocupación, especialmente por las prácticas de inyección de alto riesgo con las que parece estar asociada. Además del elevado número de episodios de inyección diaria, la tasa de intercambio y reutilización del material de inyección es alta entre las personas que se inyectan estimulantes.³⁸ Se ha informado del consumo de NSP por inyección en Eslovenia, los Estados Unidos, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, el Reino Unido y Rumania.³⁹

La sustitución de drogas sujetas a fiscalización por NSP estimulantes se ha documentado en Eslovenia, donde un estudio de 249 usuarios de NSP reveló que se estaba usando la 3-metilmetcatinona (3-MMC) en sustitución de la cocaína. 40 Si bien los datos nacionales sobre las personas que se inyectaban drogas y que asistieron a los programas de intercambio de jeringuillas en Hungría desde 2011 hasta 2015 revelaron una transición de la inyección de heroína

- 37 Lily Gleicher, Jessica Reichert and Dustin Cantrell, "Study of self-reported synthetic drug use among a sample of Illinois prisoners", 17 February 2017. Available at www.icjia.state.il.us/.
- 38 Andrea Fischer and others, The Link between Amphetamine-Type Stimulant Use and the Transmission of HIV and other Blood-borne Viruses in the Southeast Asia Region, ANCD Research Paper No. 25 (Melbourne, National Drug Research Institute, Australian National Council on Drugs, 2013).
- World Drug Report 2017 (United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).
- 40 Matej Sande, "Characteristics of the use of 3-MMC and other new psychoactive drugs in Slovenia, and the perceived problems experienced by users", *International Journal of Drug Policy*, vol. 27 (2016), pp. 65–73.

y anfetamina a la inyección de NSP estimulantes, ⁴¹ la sustancia encontrada con mayor frecuencia en el material de inyección desechado en 2016 fue la metadona, un opioide de venta con receta, seguida de varias NSP estimulantes. ⁴² Mientras que la metadona se usaba principalmente por sí sola, las NSP estimulantes se consumían, en su mayor parte, junto con otras sustancias.

Los informes de los programas de intercambio de agujas del Reino Unido indican que muchos consumidores de heroína que pasan al consumo de NSP estimulantes por inyección vuelven posteriormente a la invección de heroína tras experimentar los efectos negativos de las NSP. El consumo de mefedrona por inyección ha disminuido en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, 43 pero las personas que se habían invectado mefedrona en el último año tenían el doble de probabilidades de haber empleado para ello una aguja o jeringa ya utilizada por otra persona.⁴⁴ En un estudio transversal de los consumidores de drogas por inyección en Escocia, en que participaron 2.696 empleados de una selección de organismos y farmacias que suministran equipo de inyección, se registró el consumo de NSP por inyección. La inyección de NSP se vigiló por primera vez en 2015/16, determinándose que, en ese período del estudio, el 10 % de quienes habían consumido drogas por invección en los últimos seis meses se había inyectado NSP.45

Las muertes relacionadas con las nuevas sustancias psicoactivas están aumentando en algunos países

- 41 AnnaTarján and others, "HCV prevalence and risk behaviours among injectors of new psychoactive substances in a risk environment in Hungary: an expanding public health burden", *International Journal of Drug Policy*, vol. 41 (2017), pp. 1–7.
- 42 Valéria Anna Gyarmathy and others, "Diverted medications and new psychoactive substances: a chemical network analysis of discarded injecting paraphernalia in Hungary", *Inter*national Journal of Drug Policy, vol. 46 (2017), pp. 61–65.
- 43 United Kingdom, Public Health England, "Shooting up: infections among people who inject drugs in the UK, 2016" (November 2017).
- 44 Ibid., "Shooting up: infections among people who inject drugs in the UK, 2015" (November 2016).
- 45 Health Protection Scotland, University of the West of Scotland, Glasgow Caledonian University, West of Scotland Specialist Virology Centre, "Needle exchange surveillance initiative: prevalence of blood-borne viruses and injecting risk behaviours among people who inject drugs attending injecting equipment provision services in Scotland, 2008–09 to 2015–16" (Glasgow, Health Protection Scotland March, 2017).

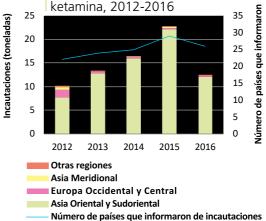
En varios países, ha venido aumentando la preocupación por los daños provocados por las NSP, aunque el número de defunciones causadas por estas sustancias representa una parte relativamente pequeña de toda la mortalidad relacionada con las drogas. 46 Es posible que las muertes relacionadas con las NSP no se registren sistemáticamente en todos los países, y las tendencias de esa mortalidad difieren de un país a otro. En Inglaterra y Gales, las muertes relacionadas con las NSP han aumentado en los últimos cinco años, llegando a 123 casos de un total de 2.593 defunciones por uso indebido de drogas en 2016^{47, 48} Mientras que el número de muertes relacionadas con el consumo de cannabinoides sintéticos se triplicó con creces entre 2015 y 2016, pasando de 8 a 27, el número de muertes relacionadas con la catinona sintética mefedrona se redujo a menos de la mitad, de 44 en 2015 a 15 en 2016.⁴⁹ Durante el mismo período, las muertes relacionadas con las NSP en Alemania aumentaron a más del doble, pasando de 39 a 98. En 2016 se registraron en Alemania un total de 1.333 muertes relacionadas con drogas, un 9 % más que el año anterior.⁵⁰ En Irlanda, las muertes relacionadas con las NSP disminuyeron de 14 a 7 entre 2014 y 2015.⁵¹

Aumenta el uso de las benzodiazepinas

El aumento del uso de NSP de tipo benzodiazepínico y de las muertes relacionadas con esas sustancias, que se venden con nombres tales como "benzodiazepinas legales" o "benzodiazepinas de diseño", es un problema de salud pública cada vez mayor en algunos países. ⁵² En Escocia, 286 de las 867 muertes relacio-

- 46 For more information on drug-related deaths, including those associated with NPS with opioid effects, see booklet 2 of the present report.
- 47 Of the 3,744 cases of death, 2,038 were related to opiates, 460 to anti-depressants, and 219 to paracetamol.
- 48 United Kingdom, Office for National Statistics, "Statistical bulletin: deaths related to drug poisoning England and Wales—2016 registrations", 2 August 2017. Available at www.ons.gov.uk/.
- 49 Ibid.
- 50 Germany, Bundeskriminalamt, "Globalisierung und Digitalisierung prägen auch die Rauschgiftkriminalität", press release of 8 May 2017.
- 51 Ena Lynn and Suzi Lyons, d, "National drug-related deaths index 2004 to 2015 data", 12 December 2017. Available at www.hrb.ie/.
- 52 UNODC, "Non-medical use of benzodiazepines: a growing public health threat?" Global SMART Update, vol. 18 (September 2017).

FIG. 9 Niveles de las incautaciones de ketamina en el mundo y número de países que informaron de la incautación de



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario de los informes anuales, 2012-2016.

nadas con drogas comunicadas en 2016 tuvieron que ver con el consumo de NSP y, en la mayoría de los casos, se determinó que había NSP de tipo benzodiazepínico implicadas en la causa de defunción, o que podían haber contribuido a ella. En la mayor parte de los casos se trataba de etizolam, pero algunas muertes se relacionaban con el diclazepam o el fenazepam. Sa En Barcelona, un servicio de control del consumo de drogas ha informado de un aumento masivo del número de muestras que dan positivo en las pruebas de consumo de NSP de tipo benzodiazepínico, del 2,3 % en 2014 al 48,8 % en 2016, lo que indica que ha aumentado el consumo. 4

La crisis de las sobredosis de opioides sintéticos

Muchas de las NSP con efectos opioides han aparecido en los últimos cinco años. Entre 2009 y 2017, países de todos los continentes informaron al sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas de la UNODC de un total de 34 opioides sintéticos, incluidos 26 análogos del fentanilo, y la mayor parte de esos opioides sintéticos se comenzaron a mencionar tan solo en 2016. Los análogos del fentanilo notificados por la mayoría de los países incluyen el furanilfentanilo, el acetilfentanilo, el ocfentanilo y el butirfentanilo. También se han

- 53 National Records of Scotland, "Drug-related deaths in Scotland in 2016".
- 54 S. Pérez González and others, "New designer benzodiazepines use in Barcelona", European Psychiatry, vol. 41, Suppl. (2017), p. 874.

-

El khat: nuevos aspectos de una droga de origen vegetal tradicional

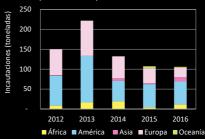
El khat (*Catha edulis*) es un arbusto cultivado principalmente en África Oriental y la Península Arábiga. Las hojas de khat contienen catinona, una sustancia con efectos estimulantes parecidos a los de la anfetamina, y su uso es una práctica tradicional en esas regiones. Más recientemente, el consumo de khat se ha extendido a Asia, Europa y América del Norte, primero entre los inmigrantes procedentes de los países de uso tradicional y posteriormente en otras comunidades.ª

Si bien el khat no está sometido a fiscalización internacional, muchas jurisdicciones nacionales no permiten la importación de hojas de khat. Cada año se informa a la UNODC de incautaciones importantes de khat, principalmente por las autoridades de países no pertenecientes a las zonas de uso tradicional. Las mayores incautaciones son comunicadas no por el país de origen sino por los países de destino, que incluyen países de América del Norte y Europa. Entre 2012 y 2016, 35 países se incautaron de más de 700 toneladas de khat.

Tradicionalmente, las hojas de khat se consumen frescas, dentro de las 48 horas siguientes a la cosecha. Después de ese momento, la calidad de las hojas se deteriora y la cantidad de catinona, el principal componente psicoactivo, decae rápidamente. Para limitar esos efectos y frenar el proceso de descomposición, las hojas de khat suelen secarse antes de ser transportadas por largas distancias. de El secado tiene la ventaja adicional de reducir el volumen y el peso de las hojas, lo que facilita el transporte. El número de países que comunicaron incautaciones de khat aumentó de 2012 a 2016, y desde 2015 se comunican incautaciones en otras regiones, como Oceanía, que están demasiado lejos de las zonas de origen tradicionales para conservar el frescor y mantener la potencia del khat. A pesar de la expansión geográfica de las remesas de khat observada en los informes sobre las incautaciones, las cantidades

totales de khat incautadas están disminuyendo. Se requieren estudios detallados sobre el mercado mundial de khat y las pautas del consumo de esta sustancia en los países de destino para comprender mejor este fenómeno.

Niveles de las incautaciones de khat en el mundo, 2012-2016 (toneladas)



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario de los informes anuales, 2012-2016.

- a Ling-Yi Feng y otros, "New psychoactive substances of natural origin: a brief review", *Journal of Food and Drug Analysis*, vol. 25, núm. 3 (2017), págs. 461 a 471; Birhane A. Berihu y otros, "Toxic effect of khat (Catha edulis) on memory: systematic review and meta-analysis", *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, vol. 8, núm. 1 (2017), págs. 30 a 37
- b UNODC, cuestionario sobre nuevas sustancias psicoactivas de 2016.
- ^c UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, 2010-2016.
- d Organización Mundial de Aduanas, Oficina Regional de Enlace en Inteligencia para Europa Occidental; Ton Nabben y Dirk J. Korf, "Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban", Drugs: Education, Prevention and Policy, vol. 24, núm. 4 (2017), págs. 332 a 339.

notificado opioides sintéticos pertenecientes a otros grupos químicos, como la U-47700, la AH-7921, la MT-45 y el O-desmetiltramadol. El uso no médico de los opioides sintéticos se ha disparado en América del Norte, creando una crisis de muertes por sobredosis, específicamente en los Estados Unidos y el Canadá, y Europa también ha comunicado decenas de muertes (véase la sección sobre los opioides del presente fascículo).

Ketamine

La ketamina, un anestésico ampliamente utilizado en la medicina humana y veterinaria, está incluida en la lista de medicamentos esenciales definida por la Organización Mundial de la Salud. Debido a las posibilidades de uso indebido de esta sustancia, a los riesgos que plantea para la salud y a las pruebas de su fabricación ilícita y de su presencia en los mercados

de drogas ilícitas, la ketamina está sometida a fiscalización nacional en muchos países.

Los considerables aumentos de las incautaciones mundiales de ketamina de 2012 a 2015 se debieron en gran medida a los incrementos en Asia Oriental y Sudoriental, que elevaron el nivel de las incautaciones mundiales a 22 toneladas en 2015. En 2016, las incautaciones mundiales disminuyeron, lo que en buena parte fue consecuencia de una gran merma de las cantidades incautadas en China, incluido Hong Kong (RAE de China). En los últimos años se han desmantelado laboratorios clandestinos de ketamina principalmente en Asia Oriental y Sudoriental; tan solo en 2016, las autoridades chinas desmontaron 93 instalaciones de fabricación ilícita de ketamina. Ese mismo año se desmanteló por primera vez una instalación de fabricación clandestina de ketamina en Malasia.

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 — ubconjunto 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