



Consejo Económico y Social

Distr. general
26 de enero de 2021
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

64º período de sesiones

Viena, 12 a 16 de abril de 2021

Tema 6 del programa provisional*

Seguimiento del cumplimiento a nivel nacional, regional e internacional de todos los compromisos reflejados en la Declaración Ministerial de 2019 para abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas

Situación mundial del uso indebido de drogas

Informe de la Secretaría

Resumen

En el presente informe se resume la información de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre la magnitud del consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. En 2018 se calculó que unos 269 millones de personas habían consumido alguna sustancia ilícita en el año anterior y que, de ellas, aproximadamente 1 de cada 8 padecía trastornos por consumo de drogas. La UNODC, junto con la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial, calcula que 11,3 millones de personas se inyectan drogas, de las cuales aproximadamente 1 de cada 8 vive con el VIH. A nivel mundial, el consumo de drogas sigue siendo polifacético y se caracteriza por el consumo simultáneo y consecutivo de varias sustancias, como drogas convencionales de origen vegetal, estimulantes sintéticos, opioides, fármacos y nuevas sustancias psicoactivas (entre ellas las que tienen efectos opioides). Los opioides, en particular la heroína y los fármacos opioides, siguen perjudicando la salud de las personas que hacen un uso inadecuado de ellos. Resulta especialmente preocupante el número de muertes atribuidas al uso del fentanilo y sus análogos, en particular en América del Norte, y la rápida expansión del uso del tramadol con fines no médicos en algunas partes de Asia y África. A nivel mundial, casi medio millón de muertes se atribuyeron al consumo de drogas. La falta de información fidedigna sobre la mayoría de los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas dificulta tanto la vigilancia de las tendencias que van surgiendo como la implantación y evaluación de medidas con base empírica para hacer frente al consumo de drogas y sus consecuencias para la salud.

* E/CN.7/2021/1.



I. Introducción

A. Nuevas tendencias mundiales

1. Según la información de que dispone la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), entre las tendencias más recientes del consumo de drogas observadas en el mundo cabe destacar las siguientes:

a) El consumo de opioides, lo cual incluye el consumo de heroína y el consumo no médico de fármacos opioides y nuevas sustancias psicoactivas con efectos opioides (como la U-47700, la AH-7921 y la MT-45), es motivo de gran preocupación en muchos países por sus graves consecuencias para la salud.

b) Hay indicios de que el consumo de cocaína ha aumentado en Europa Occidental y Central y se ha estabilizado en niveles elevados en América del Norte.

c) El consumo de cannabis se mantiene estable en niveles altos en Europa, y se considera que va en aumento en las Américas, África y Asia.

d) El consumo de anfetaminas, en particular metanfetamina, parece ir en aumento en muchas zonas de Asia y en América del Norte, mientras que su consumo en Europa Occidental y Central, especialmente en los países donde la prevalencia es elevada, ha disminuido o se mantiene estable.

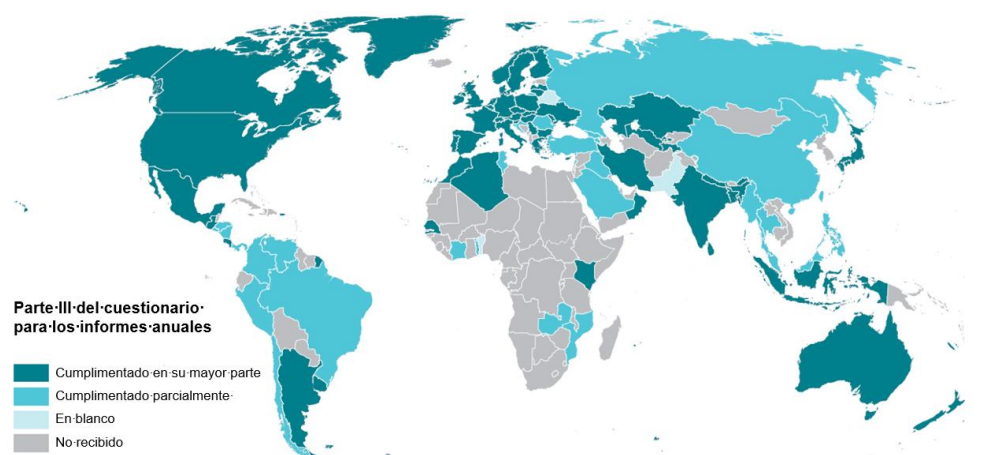
e) En relación con las medidas adoptadas para prevenir o contener la propagación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en distintas partes del mundo, los expertos que respondieron a una encuesta señalaron que ha aumentado el consumo de cannabis, benzodiazepinas y fármacos opioides, y que parecía haber disminuido el consumo de opiáceos, anfetamina y cocaína en sus respectivos países. También indicaron que se había producido un aumento del consumo de drogas por inyección o un cambio hacia el consumo de drogas por esa vía, y que a la vez había aumentado entre los consumidores habituales de drogas la morbilidad y la mortalidad relacionadas con las drogas.

B. Dificultades para entender la magnitud, los hábitos y las tendencias del consumo de drogas

2. Las respuestas presentadas por los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales constituyen la base para informar cada año de la magnitud y las tendencias mundiales del consumo de drogas. Al 1 de diciembre de 2020, 91 de 200 Estados y territorios habían presentado sus respuestas a la parte III del cuestionario, relativa a la magnitud, los hábitos y las tendencias del consumo de drogas en 2019.

3. El 62 % de los cuestionarios presentados por los Estados Miembros se había rellenado en su mayor parte, lo que significa que los Estados habían presentado información sobre más de la mitad de los principales indicadores del consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. En cuanto a la cobertura demográfica, los 91 Estados Miembros que respondieron representaban casi el 62 % de la población mundial (véase la figura I).

Figura I

Respuestas a la parte III del cuestionario para los informes anuales**Estados Miembros que proporcionaron datos sobre la demanda de drogas en el cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2019***

Nota: Las fronteras y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones que en él se utilizan, no implican ni la aprobación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas.

Las líneas discontinuas representan fronteras por determinar. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control entre 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. Aún no se ha determinado la frontera definitiva entre el Sudán y Sudán del Sur.

* Cuestionarios que se habían presentado hasta el 1 de diciembre de 2020.

II. Panorama mundial

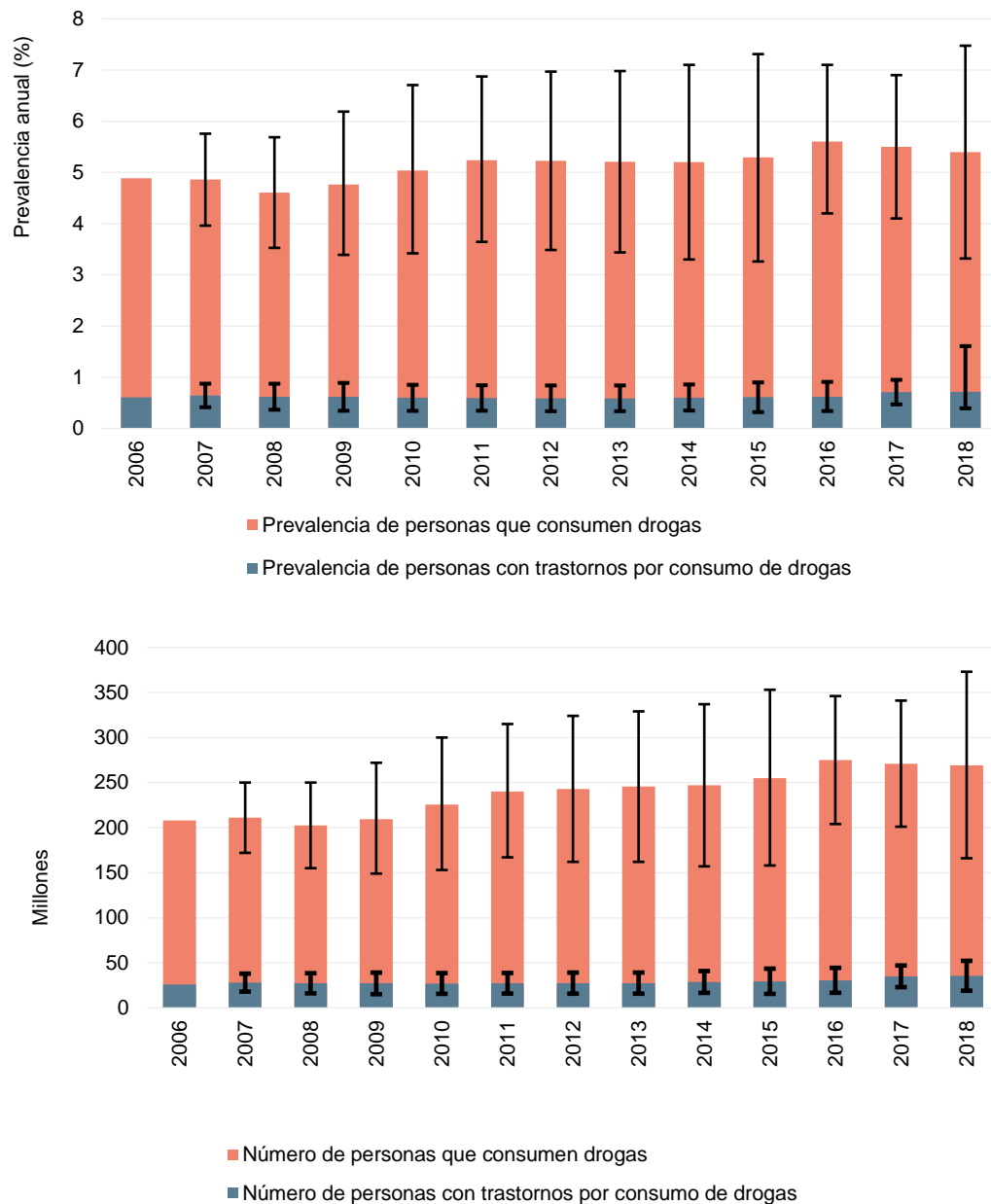
A. Magnitud del consumo de drogas¹

4. Se calcula que, en 2018, 269 millones de personas habían consumido drogas al menos una vez en el año anterior. Ello corresponde al 5,4 % de la población mundial de 15 a 64 años.

5. Según las estimaciones, en el período comprendido entre 2009 y 2018, la cifra mundial de personas que habían consumido alguna droga en el año anterior aumentó de 210 millones (margen de variación: 149 millones a 272 millones) a 269 millones (margen de variación: 166 millones a 373 millones), es decir, más de una cuarta parte (el 28 %), en cierta medida como consecuencia del aumento de la población mundial. Por consiguiente, la prevalencia del consumo de drogas aumentó en más de un 12 %: del 4,8 % (margen de variación: 3,4 % a 6,2 %) de la población adulta en 2009 al 5,4 % (margen de variación: 3,3 % a 7,5 %) en 2018. Sin embargo, habida cuenta de los amplios intervalos de incertidumbre asociados a esas estimaciones y de que las estimaciones mundiales en un año dado se basan en los mejores datos disponibles, toda comparación de las estimaciones de distintos años se debe hacer con cautela.

¹ A menos que se indique otra cosa, la información sobre la magnitud y las tendencias del consumo de drogas se basa, o bien en las respuestas de los Estados Miembros al cuestionario para los informes anuales, o bien en el *Informe mundial sobre las drogas 2020*.

Figura II
Tendencias mundiales de la prevalencia anual del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas, 2006 a 2018



Nota: Las estimaciones de las personas que consumen drogas se refieren a los adultos (de 15 a 64 años) que consumieron drogas en el año anterior. Las estimaciones mundiales de la magnitud del consumo de drogas y de los trastornos por consumo de drogas se basan en la mejor información disponible correspondiente al año 2018. Los cambios con respecto a años anteriores reflejan en gran medida la información actualizada por los países que en 2018 facilitaron datos nuevos sobre la magnitud del consumo de drogas. Por consiguiente, las estimaciones mundiales y regionales que se presentan en un año dado están basadas tanto en las nuevas estimaciones que estaban disponibles en relación con determinado país en el año de referencia como en las estimaciones más recientes disponibles en relación con los demás países.

6. En el último decenio se han diversificado los tipos de sustancias disponibles en los mercados de drogas. Además de las sustancias tradicionales de origen vegetal, como el cannabis, la cocaína y la heroína, ha surgido un mercado dinámico de drogas sintéticas y ha aumentado el uso de fármacos con fines no médicos. La disponibilidad de drogas más potentes, el aumento del número de sustancias y su consumo consecutivo o secuencial por consumidores ocasionales o habituales plantean retos aún mayores que antes para la prevención del consumo de drogas y el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas.

7. En los últimos años se han sintetizado cientos de nuevas sustancias psicoactivas. La mayoría de esas sustancias son estimulantes, seguidas por los agonistas sintéticos de los receptores de cannabinoides, y un número cada vez mayor de ellas son opioides (análogos del fentanilo u opioides de investigación). Cada grupo de nuevas sustancias psicoactivas que tienen los mismos efectos (p. ej., los estimulantes) está formado por sustancias químicas muy variadas; por esa razón, sus efectos son imprevisibles y, en algunos casos, provocan consecuencias nocivas graves para la salud. La mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas suelen ser transitorias y no se han afianzado en los mercados de drogas. No obstante, se han observado hábitos de consumo de esas sustancias, en especial de agonistas sintéticos de los receptores de cannabinoides, en grupos marginados, vulnerables y socialmente desfavorecidos, como las personas sin hogar, los reclusos o las personas en libertad vigilada.

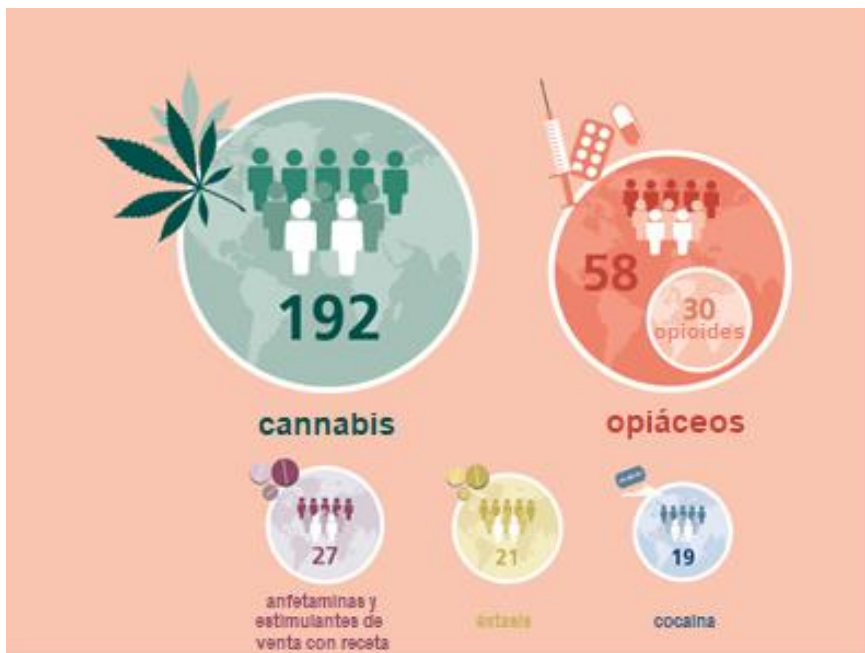
8. El panorama mundial del consumo de drogas se complica por el hecho de que muchas de las personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras (es decir, consumen más de una sustancia simultánea o sucesivamente, para aumentar, intensificar o contrarrestar los efectos de otras drogas). Ello hace que sea difícil distinguir a los consumidores de las distintas sustancias y ofrece un panorama de epidemias de consumo de drogas y de consecuencias sanitarias interconectadas.

9. Se calcula que aproximadamente 1 de cada 8 personas que consumen drogas sufre trastornos por consumo de drogas. De los 269 millones de personas que, según las estimaciones, consumieron drogas en el año anterior, se calcula que unos 35,6 millones (margen de variación: 19,0 millones a 52,2 millones) padecen trastornos por consumo de drogas, lo que significa que su hábito de consumo es perjudicial o que podrían tener drogodependencia o necesitar tratamiento. Esto equivale a una prevalencia mundial de trastornos por consumo de drogas del 0,7 % (margen de variación: 0,3 % a 0,9 %) en la población de 15 a 64 años.

10. En 2018, los trastornos por consumo de drogas fueron los responsables de 17,8 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (número de años de vida sana perdidos por discapacidad o muerte prematura)². Más del 70 % del total, es decir, 12,7 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad, se atribuyeron a trastornos por consumo de opioides. Un motivo de especial preocupación son los 8 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad atribuidos a la hepatitis C, incluidos el cáncer de hígado, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas resultantes de la hepatitis C, en las personas que consumen drogas o se las inyectan.

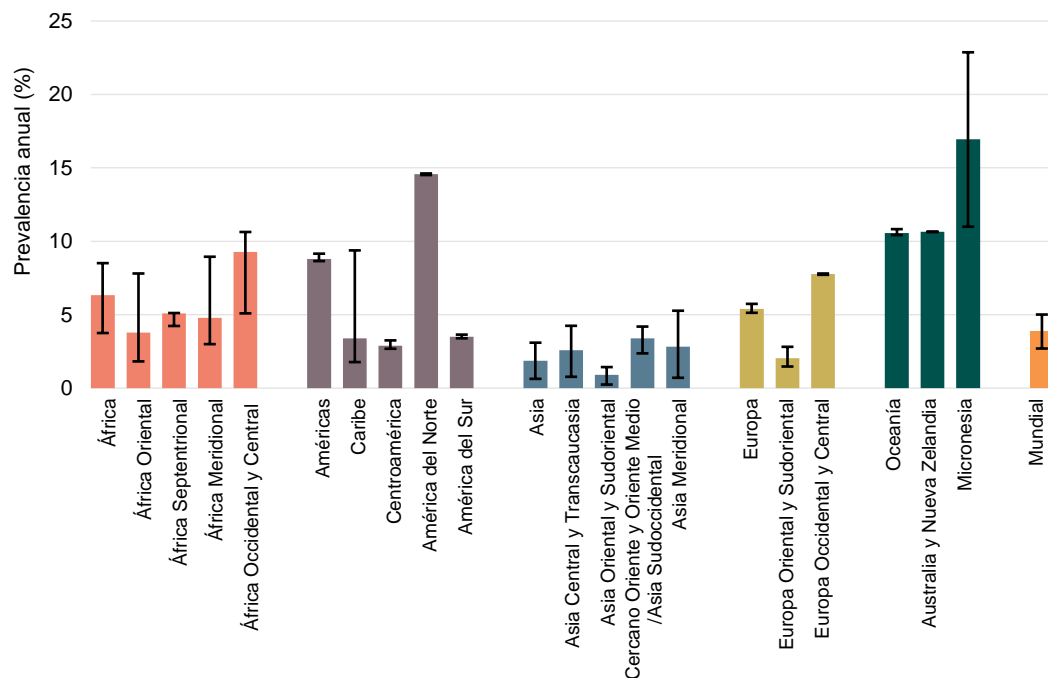
² Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Health Data Exchange, Global Burden of Disease Study Results Tool. Puede consultarse en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Figura III
Número de personas que han consumido drogas en el año anterior (en millones), 2018



11. En 2018 había consumido cannabis en el año anterior un total estimado en 192 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 3,9 % de la población mundial de 15 a 64 años. El consumo de cannabis en el año anterior es notablemente superior a la media mundial en América del Norte (el 14,6 %), Australia y Nueva Zelanda (el 10,6 %) y África Occidental y Central (el 9,3 %).

Figura IV
Consumo de cannabis, por región, 2018

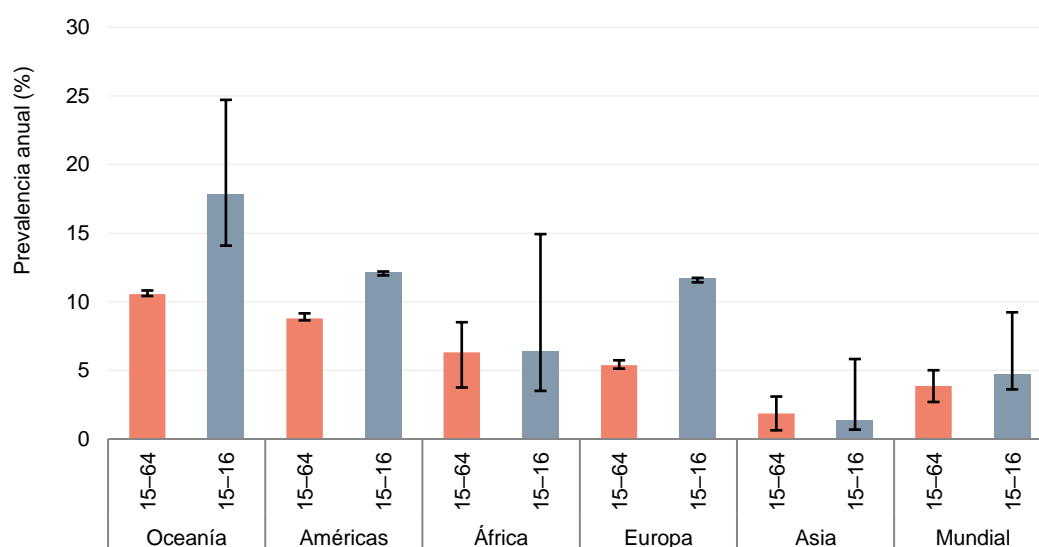


12. El cannabis es la droga que más consumen las personas jóvenes. A nivel mundial, se estima que en 2018 había 13 millones de estudiantes de 15 y 16 años que habían consumido alguna droga en el año anterior, de los que 11,6 millones habían consumido cannabis. Ello representa una prevalencia anual del consumo de cannabis del 4,7 % en ese grupo de edad, tasa superior a la registrada en la población general (el 3,9 %). El consumo de cannabis en el año anterior entre las personas jóvenes de 15 y 16 años es elevado en Oceanía (17,8 %), las Américas (12,1 %) y Europa (11,7 %).

13. Según estudios realizados en los Estados Unidos de América se ha calculado que el riesgo de desarrollar dependencia del cannabis entre quienes lo han consumido alguna vez es del 9 %³. Otros estudios han revelado que el riesgo de desarrollar dependencia era del 17 % entre quienes declaraban haber consumido cannabis en algún momento en su vida y habían empezado a consumirlo en la adolescencia⁴.

Figura V

Estimaciones del consumo de cannabis a nivel mundial y regional por las personas de 15 y 16 años de edad y en la población general de 15 a 64 años, 2018



14. Según la información recibida, en 2010 el consumo de cannabis, especialmente por las personas jóvenes, comenzó a estabilizarse o a disminuir en los países con mercados de cannabis consolidados, por ejemplo en Europa Occidental y Central, América del Norte y Australia y Nueva Zelanda, pero esa tendencia se vio contrarrestada por el aumento del consumo en muchos países de América del Sur, África y Asia. Aunque se ha informado de que en Europa Occidental y Central el consumo de cannabis se mantiene estable en niveles altos, durante el decenio anterior aumentó considerablemente en las Américas, África y Asia.

³ Catalina López-Quintero *et al.*, “Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 115, núms. 1 y 2 (mayo de 2011), págs. 120 a 130.

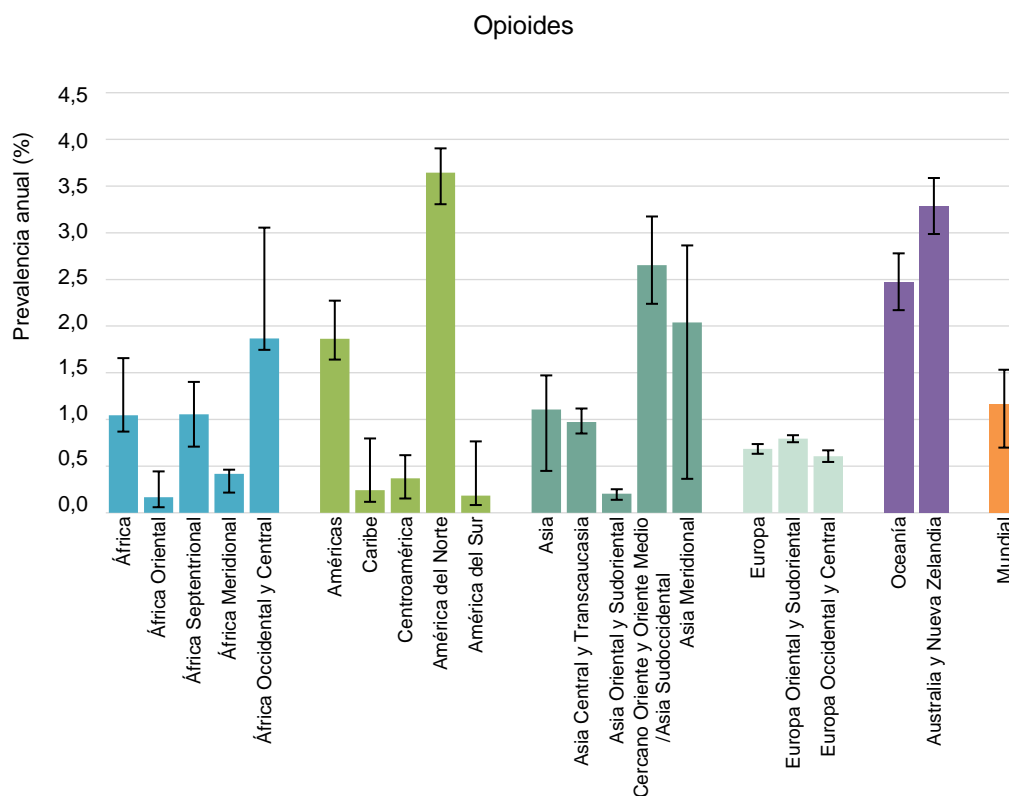
⁴ James C. Anthony, “The epidemiology of cannabis dependence”, *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*, Roger A. Roffman y Robert S. Stephens, eds. (Cambridge, Cambridge University Press, 2006), págs. 58 a 105.

15. Se calcula que, en 2018, 57,8 millones de personas de todo el mundo habían consumido opioides en el año anterior, cifra que incluye a quienes habían consumido opiáceos (30,4 millones) y a quienes habían hecho un uso inadecuado de fármacos opioides⁵. Ello equivale a una prevalencia del consumo de opioides en el año anterior del 1,2 % en la población mundial de 15 a 64 años.

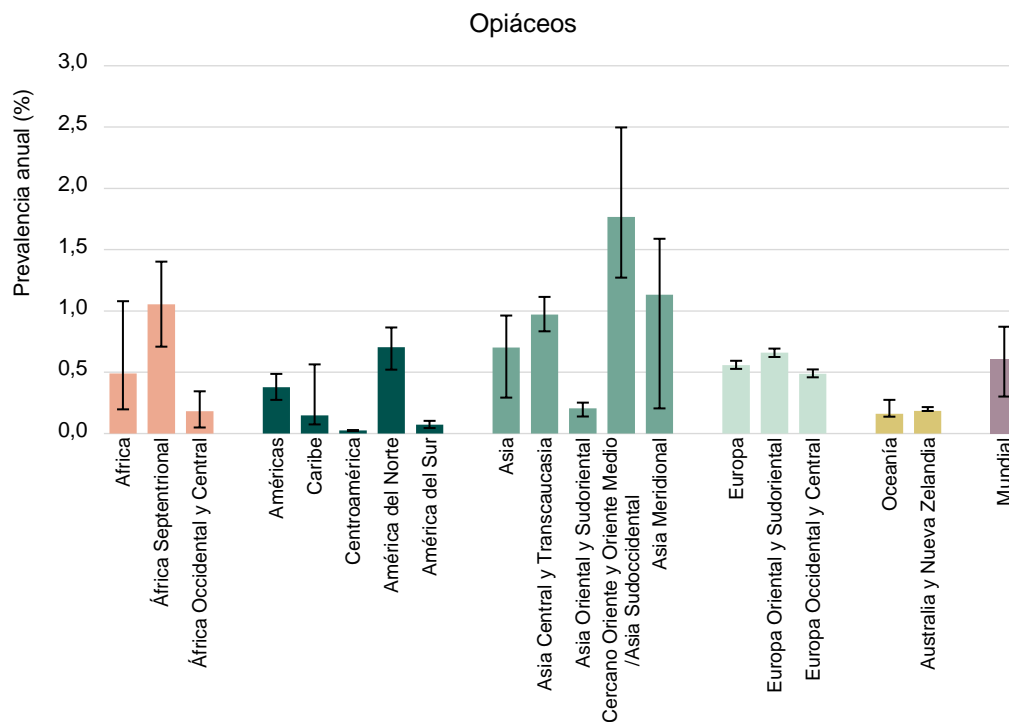
16. El consumo de opioides fue superior a la media mundial en América del Norte (3,6 %), Australia y Nueva Zelanda (3,3 %), el Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia Sudoccidental (2,6 %) y Asia Meridional (2,0 %). Si bien la población de Asia Meridional representa solo el 20 % aproximadamente de la población mundial de 15 a 64 años, más de un tercio de los consumidores de opioides que se calcula que hay en todo el mundo vive en esa subregión. La prevalencia del consumo de opiáceos en el año anterior es superior a la media mundial (0,6 %) en el Cercano Oriente, el Oriente Medio y Asia Sudoriental (1,8 %) y en Asia Meridional (1,1 %), dos subregiones que suman casi el 60 % de la cifra de consumidores de opiáceos que se calcula que hay en todo el mundo.

Figura VI

Consumo de opioides y opiáceos, por región, 2018

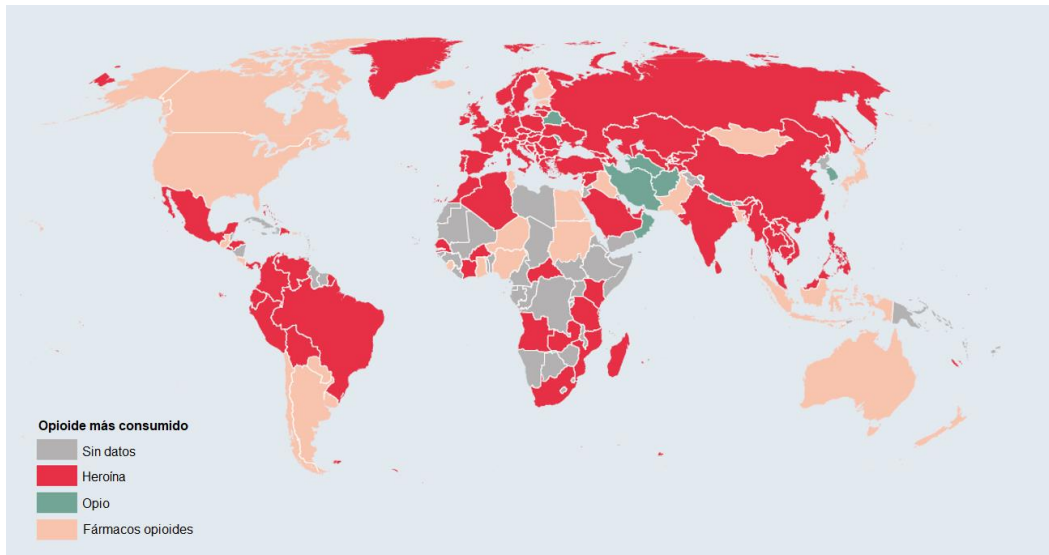


⁵ El término “uso inadecuado” designa el uso de fármacos con fines no médicos.



17. Persiste la crisis de los opiáceos en América del Norte, donde el aumento de las muertes por sobredosis se atribuye, en particular, al consumo de fentanilos. La otra crisis de los opioides se debe al uso no médico del tramadol, que en los últimos años se ha convertido en un problema de salud pública en muchas subregiones, especialmente en África Occidental, Central y Septentrional. Esto se refleja en el número de personas que reciben tratamiento por problemas relacionados con el tramadol y en el de muertes por sobredosis de dicha sustancia registradas en algunos países de esas subregiones. También hay cada vez más indicios de consumo de fármacos opioides con fines no médicos en Europa Occidental y Central, como se desprende del número cada vez mayor de personas que reciben tratamiento por dicho consumo en esa subregión.

Figura VII
Opioide de consumo más extendido, 2018 o según los datos más recientes disponibles



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

Nota: La información se basa primordialmente en la prevalencia comunicada del consumo de opioides y, en los casos en que no se disponía de ese dato, en la clasificación o en los datos sobre el tratamiento del consumo de opioides que se proporcionaron en el cuestionario para los informes anuales.

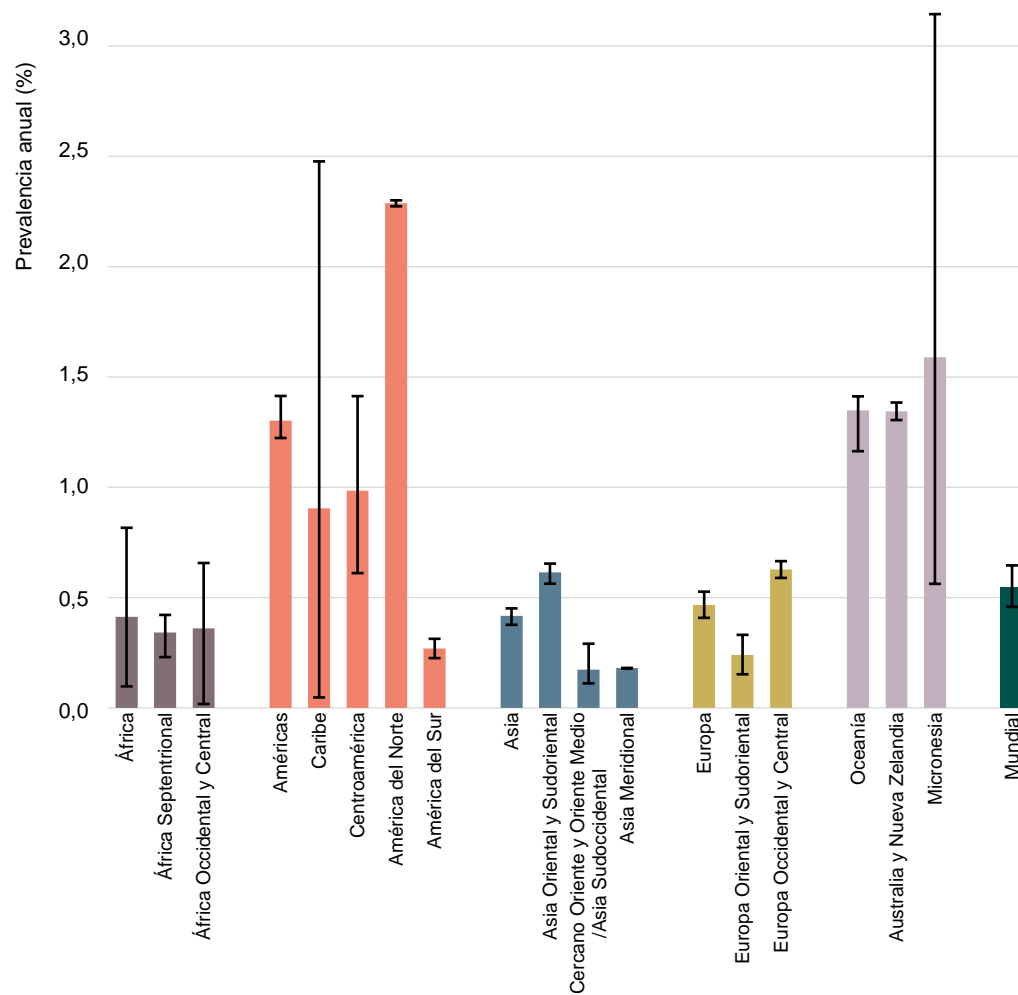
Las fronteras y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones que en él se utilizan, no implican ni la aprobación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan fronteras por determinar. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. Aún no se ha determinado la frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland Islands).

18. El consumo de anfetaminas también sigue estando muy extendido. Se calcula que unos 27 millones de personas de todo el mundo, lo que equivale al 0,5 % de la población adulta, han consumido anfetaminas, entre ellas, anfetamina, metanfetamina y fármacos estimulantes, en el año anterior. La prevalencia del consumo de anfetaminas en el año anterior es especialmente elevada en América del Norte (el 2,3 % de la población de 15 a 64 años) y en Australia y Nueva Zelanda (el 1,3 %). La cifra correspondiente en Asia (el 0,4%) es similar a la media mundial. En ese continente vive casi la mitad del total estimado mundial de personas que consumieron anfetaminas en el año anterior (12,7 millones de personas).

19. El tipo de anfetaminas que se consumen y la forma en que se consumen varían considerablemente de unas regiones y subregiones a otras. En América del Norte predomina el consumo de fármacos estimulantes y metanfetamina con fines no médicos; en Asia Oriental y Sudoriental, así como en Australia y Nueva Zelanda, predomina el consumo de metanfetamina; y en Europa Occidental y Central y el Cercano Oriente y Oriente Medio predomina el consumo de anfetamina. En esta última subregión, la anfetamina se conoce comúnmente como “captagon”. En muchos países de América del Sur y Centroamérica, especialmente en los que han comunicado datos de estudios recientes, el consumo de fármacos estimulantes con fines no médicos está más extendido que el de otras anfetaminas. Según los datos disponibles, el consumo no médico de pastillas para adelgazar está más extendido en las mujeres que en los hombres, y los fármacos estimulantes que más comúnmente son objeto de un uso

inadecuado en esas subregiones son sustancias como el clorhidrato de sibutramina monohidratada y la fentermina, junto con el metilfenidato y la anfetamina^{6,7}.

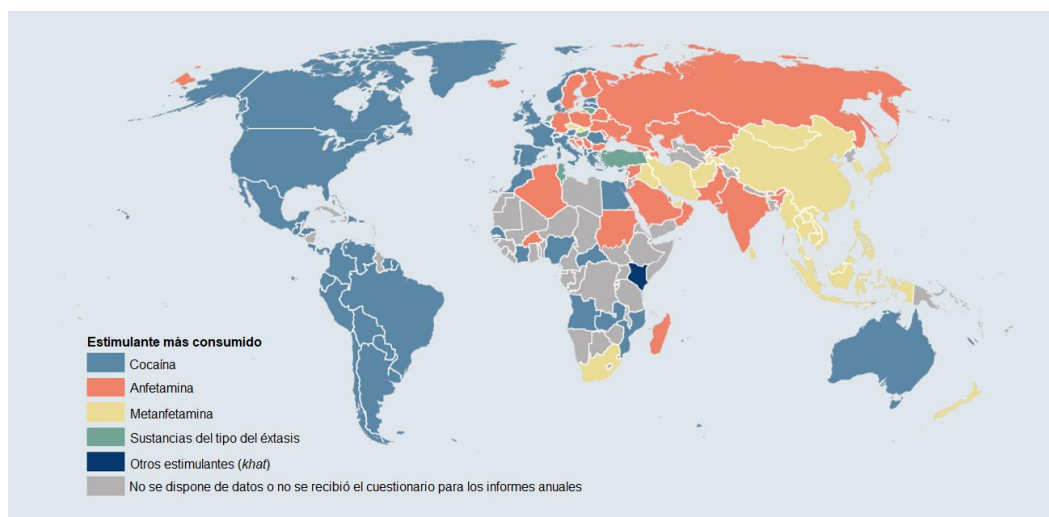
Figura VIII
Consumo de anfetaminas, por región, 2018



⁶ Argentina, Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDROAR), *Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas: Argentina 2017 – Informe de resultados núm.1 – Magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional* (Buenos Aires, 2017).

⁷ Mario E. López y Alma C. Escobar de Mena, *Estudio nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador 2014* (San Salvador, Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional Antidrogas, 2014).

Figura IX
Droga estimulante más consumida, 2018 o según los datos más recientes disponibles



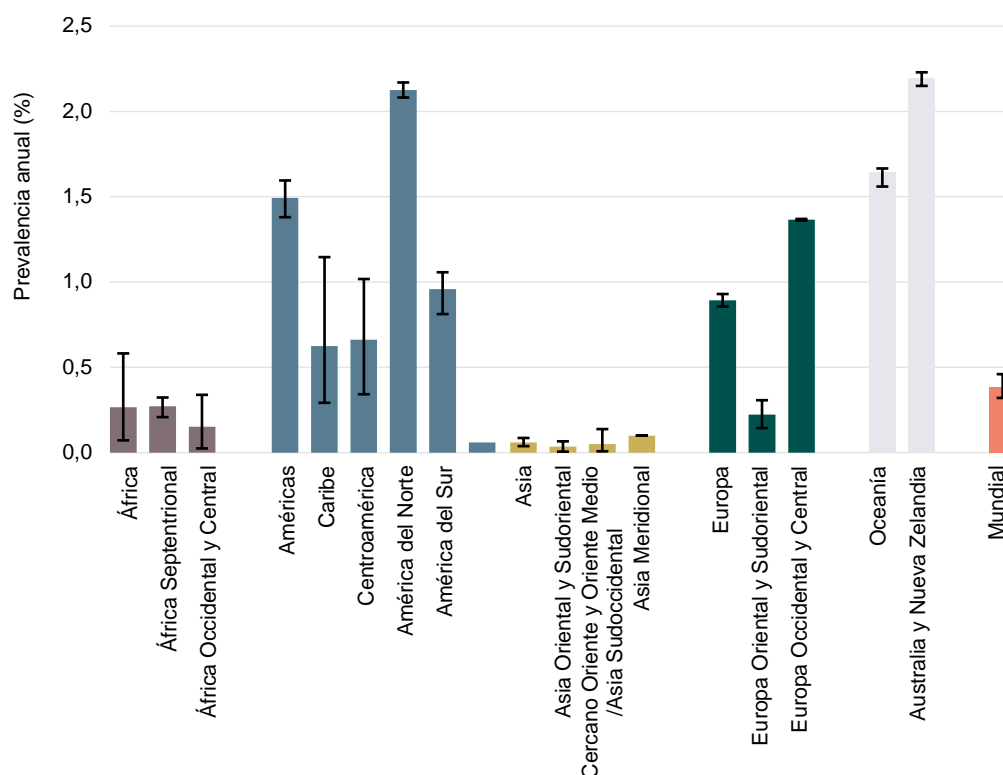
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: La información se basa primordialmente en la prevalencia comunicada del consumo de drogas estimulantes (cocaína, anfetamina, metanfetamina y éxtasis) y, en los casos en que no se disponía de ese dato, en la clasificación o en los datos sobre el tratamiento del consumo de drogas estimulantes que se proporcionaron en el cuestionario para los informes anuales.

Las fronteras y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones que en él se utilizan, no implican ni la aprobación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan fronteras por determinar. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. Aún no se ha determinado la frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland Islands).

20. En 2018 había consumido cocaína en el año anterior un total estimado de 19 millones de personas en todo el mundo, es decir, el 0,4 % de la población mundial de 15 a 64 años. Los principales mercados de la cocaína siguen siendo América del Norte y Europa Occidental y Central, donde la prevalencia del consumo es del 2,1 % y el 1,4 %, respectivamente, si bien la prevalencia más elevada del consumo de cocaína en el año anterior se registra en Australia y Nueva Zelanda, con un 2,2 % de la población de 15 a 64 años. El consumo de cocaína también es superior a la media mundial en Centroamérica (0,7 %) y América del Sur (1,0 %). En las demás subregiones, el consumo de cocaína se mantiene muy por debajo de la media mundial.

Figura X
Consumo de cocaína, por región, 2018

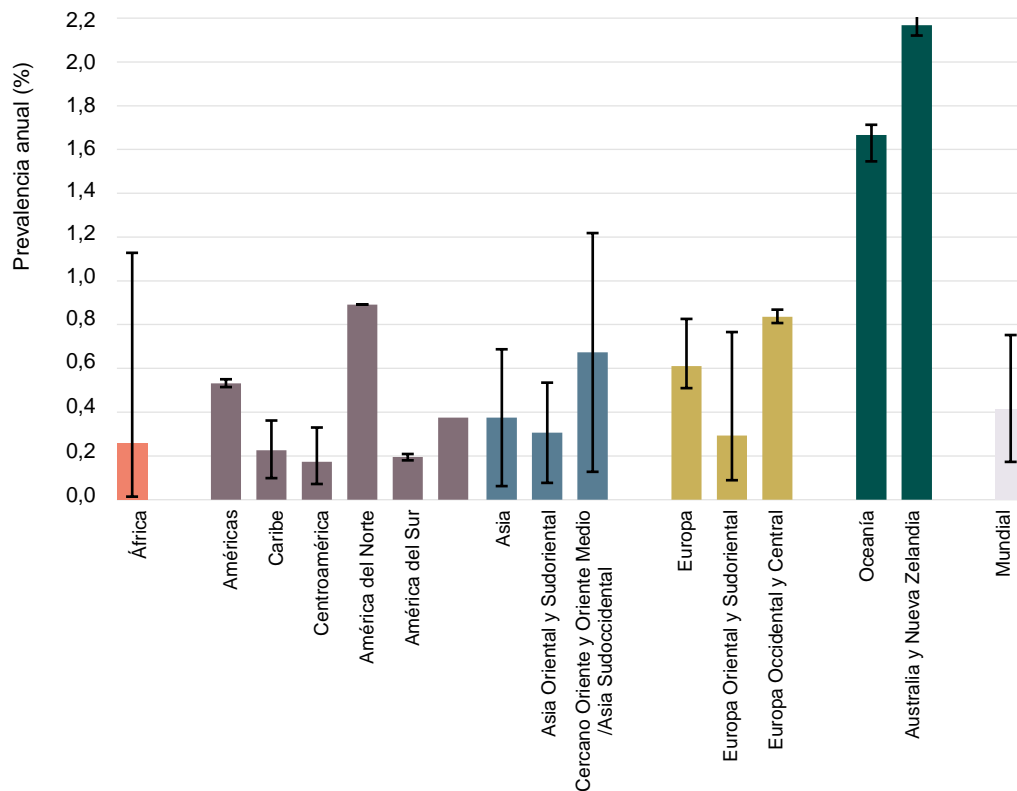


21. El consumo de cocaína se sigue dando entre consumidores de drogas socialmente integrados que la consumen con fines recreativos y frecuentan, por ejemplo, ambientes nocturnos, así como entre consumidores socialmente marginados que también consumen cocaína *crack*. En América del Sur, el consumo de pasta de cocaína base, que antes se circunscribía a los países fabricantes de cocaína, se ha propagado a países más meridionales. En algunas zonas de Asia y África Occidental se han incautado cantidades cada vez mayores de cocaína, lo que indica que el consumo podría aumentar, especialmente en los sectores urbanos acomodados de la población.

22. Se calcula que en 2018 había en el mundo unos 20,5 millones de personas que habían consumido éxtasis en el año anterior, lo que equivale al 0,4 % de la población adulta. La prevalencia del consumo de éxtasis en el año anterior es relativamente elevada en Australia y Nueva Zelandia (2,2 %), América del Norte (0,9 %) y Europa Occidental y Central (0,8 %). El consumo de éxtasis está vinculado principalmente a los lugares de ocio nocturno, y los niveles más altos de consumo se observan en personas más jóvenes⁸.

⁸ Véanse, por ejemplo, *Informe mundial sobre las drogas 2018*, fascículo 4, *Las drogas y la edad: Drogas y problemas conexos entre los jóvenes y las personas de más edad* (publicación de las Naciones Unidas, 2018) y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *Informe Europeo sobre Drogas 2019: Tendencias y novedades* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2019).

Figura XI
Consumo de éxtasis, por región y en determinadas subregiones, 2018



23. Entre 2007 y 2012, la mayoría de los países de Europa Occidental y Central comunicaron tendencias estables o a la baja del consumo de éxtasis; sin embargo, en los años posteriores, en que aumentó la oferta de éxtasis de gran pureza en esa y otras subregiones, se observaron indicios de un resurgimiento general de su consumo. Además, las formas del éxtasis se han diversificado: se encuentra y consume habitualmente en polvo y en cristales de gran pureza.

24. Aunque no hay estimaciones mundiales del uso no médico de fármacos, ese uso inadecuado sigue estando muy extendido, especialmente entre los policonsumidores. Entre 2010 y 2018, el consumo con fines no médicos de fármacos opioides, benzodiazepinas y fármacos estimulantes comenzó a señalarse como un problema de salud cada vez más grave en varios países. El consumo de benzodiazepinas con fines no médicos sigue siendo el más frecuente: entre 2015 y 2018, aproximadamente 60 países clasificaron los sedantes y tranquilizantes —en su mayoría benzodiazepinas— entre las tres sustancias de uso indebido más común, y otros países comunicaron una prevalencia de su consumo con fines no médicos mayor que la de otras drogas, incluido el cannabis. Las benzodiazepinas también se mencionan con frecuencia en los casos de sobredosis mortales de opioides.

25. El consumo de ácido *gamma*-hidroxibutírico (GHB), *gamma*-butirolactona (GBL) y benzodiazepinas como el flunitrazepam también se ha relacionado con agresiones sexuales facilitadas por las drogas, que ocurren cuando se utiliza alcohol u otras drogas para alterar la capacidad de una persona de dar su consentimiento para realizar actividades sexuales. En los dos últimos decenios también se ha informado del consumo de GHB y GBL en determinados subgrupos de consumidores de drogas, como las personas que asisten a bailes^{9,10}, y en las comunidades de gais y lesbianas de Australia, Europa y América del Norte¹¹. Se ha señalado también que las personas que practican el “sexo químico” consumen con frecuencia GHB, así como metanfetamina y mefedrona^{12,13,14}.

26. El mercado mundial de las nuevas sustancias psicoactivas sigue caracterizándose por la aparición de sustancias pertenecientes a diversos grupos químicos. Hasta diciembre de 2019 se había informado a la UNODC de la aparición de un total de 950 nuevas sustancias psicoactivas. Aunque el mercado mundial de las nuevas sustancias psicoactivas sigue estando muy diversificado, estas no parecen haberse consolidado en los mercados de drogas, salvo algunas excepciones, ni haber desplazado a las drogas tradicionales a una escala mayor. Además, sigue siendo motivo de preocupación el consumo de nuevas sustancias psicoactivas estimulantes por inyección, en particular por las prácticas de inyección de alto riesgo asociadas a ese consumo que se han comunicado. Sigue preocupando también el consumo de nuevas sustancias psicoactivas en las cárceles de algunos países de Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda.

27. En su mayoría, las nuevas sustancias psicoactivas sintéticas identificadas en el período 2009-2019, agrupadas por su principal efecto farmacológico, eran estimulantes (ante todo catinonas y fenetilaminas), seguidos de los cannabinoides sintéticos y los alucinógenos (principalmente triptaminas). Sin embargo, la principal preocupación de las autoridades de varios países ha sido la aparición en años recientes de agonistas sintéticos de los receptores de opioides, entre ellos análogos del fentanilo. Aunque son menos numerosos que otras categorías de nuevas sustancias psicoactivas, han resultado especialmente potentes y nocivos, y han causado cada vez más muertes por sobredosis en América del Norte, así como, en menor medida, en Europa y otras regiones. Entre 2009 y 2019 alrededor del 8 % de las nuevas sustancias psicoactivas identificadas fueron agonistas de los receptores de opioides.

⁹ Judith C. Barker, Shana L. Harris y Jo E. Dyer, “Experiences of gamma hydroxybutyrate (GHB) ingestion: a focus group study”, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 39, núm. 2 (junio de 2007), págs. 115 a 129.

¹⁰ Mark A. Bells *et al.*, “The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs”, *Addiction*, vol. 98, núm. 12 (diciembre de 2003), págs. 1713 a 1721.

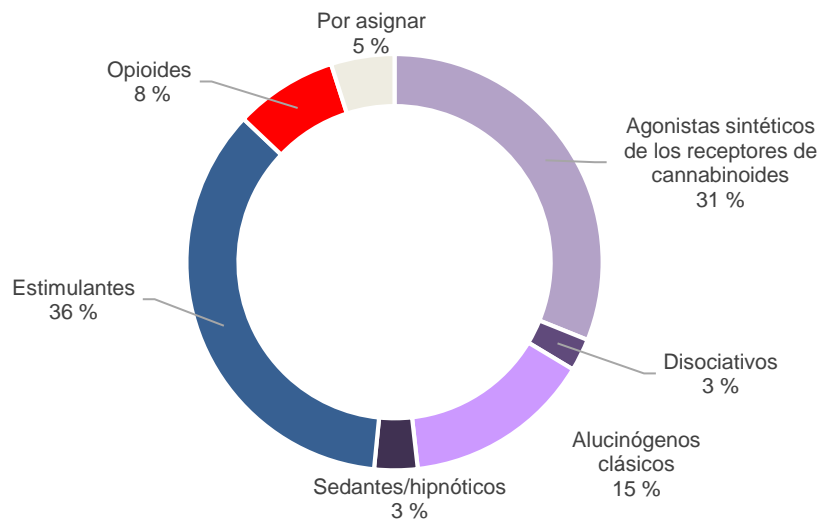
¹¹ Raffaele Giorgetti *et al.*, “When ‘Chems’ meet sex: a rising phenomenon called ‘ChemSex’”, *Current Neuropharmacology*, vol. 15, núm. 5 (julio de 2017), págs. 762 a 770.

¹² La expresión “sexo químico” se refiere al consumo voluntario de drogas psicoactivas y de otro tipo en fiestas destinadas a promover contactos sexuales y durante relaciones sexuales, con el objeto de facilitar o mejorar los encuentros sexuales sobre todo entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

¹³ Hannah McCall, Naomi Adams y Jamie Willis, “What is chemsex and why does it matter?”, *British Medical Journal*, vol. 351 (2015).

¹⁴ Claire Edmundson *et al.*, “Sexualized drug use in the United Kingdom: a review of literature”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (2018), págs. 131 a 148.

Figura XII
Porcentajes de nuevas sustancias psicoactivas cuya aparición se notificó por primera vez, por efecto psicoactivo, 2019



B. Consecuencias del consumo de drogas

28. Entre las diversas consecuencias para la salud del consumo de drogas pueden figurar los trastornos por consumo de drogas, los trastornos de salud mental, la infección por VIH, el cáncer de hígado y la cirrosis relacionados con la hepatitis, la sobredosis y la muerte prematura. Los mayores daños para la salud son los que guardan relación con el consumo de opioides y con el consumo de drogas por inyección, dado el riesgo de contraer el VIH o hepatitis C a causa de prácticas de inyección peligrosas.

29. En los últimos decenios se ha reconocido cada vez más la existencia de comorbilidades psiquiátricas en las personas con trastornos por consumo de sustancias. Aunque los trastornos por consumo de sustancias van acompañados frecuentemente de otros trastornos de salud mental, pocas veces está claro si lo uno provocó lo otro, o si existen factores de riesgo subyacentes comunes que contribuyen a la aparición de ambos trastornos. La concomitancia de trastornos por consumo de sustancias y trastornos de salud mental es relevante principalmente por la dificultad que plantea gestionarlos, sobre todo porque en la mayoría de países no están integrados los servicios de tratamiento de la drogodependencia, los servicios de salud mental y los servicios de prestación de asistencia sanitaria general. En las personas que presentan trastornos por consumo de sustancias y comorbilidades psiquiátricas se registran tasas más bajas de éxito del tratamiento, una tasa más elevada de hospitalización psiquiátrica y una mayor prevalencia de suicidios que en las personas que no presentan trastornos de salud mental concomitantes¹⁵.

1. Personas con trastornos por consumo de drogas, según los datos sobre el tratamiento

30. Existen pruebas abrumadoras de que el costo del tratamiento con base empírica de los trastornos por consumo de drogas es mucho menor que el de no tratar la drogodependencia. El tratamiento basado en datos científicos de los trastornos por consumo de drogas no solo ayuda a reducir los daños relacionados con las drogas, sino que también mejora la salud, el bienestar y la recuperación de las personas que padecen trastornos por consumo de drogas y, al mismo tiempo, reduce la delincuencia relacionada con las drogas y refuerza la seguridad pública y la obtención de resultados positivos en la comunidad, por ejemplo, disminuyendo el sinhogarismo, la necesidad de

¹⁵ EMCDDA, *Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe*, EMCDDA Insights Series, núm. 19 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2015).

asistencia social y el desempleo¹⁶. Sin embargo, en muchos países sigue habiendo un gran déficit tanto de capacidades nacionales como de prestación de servicios de tratamiento de la drogodependencia basados en pruebas en el marco del sistema público de atención sanitaria. Para las personas con trastornos por consumo de drogas, la disponibilidad de servicios de tratamiento, en particular servicios con base científica, y el acceso a ellos siguen siendo limitados en todo el mundo, y solo 1 de cada 8 recibe tratamiento por consumo de drogas cada año. Además, aunque las mujeres son un tercio de los consumidores de drogas, siguen representando solo 1 de cada 5 personas en tratamiento.

31. En la cobertura de los servicios de tratamiento de la drogodependencia influyen varios factores relacionados con la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios, a saber: la política nacional en relación con la prestación y el costo del tratamiento de la drogodependencia (seguro de salud, prestación del tratamiento por servicios públicos, pago de los gastos por cuenta propia); el grado de integración de los servicios de tratamiento de la drogodependencia en el sistema de asistencia sanitaria, lo que incluye la existencia de mecanismos de derivación a distintos niveles del sistema sanitario y en las distintas instancias del sistema de justicia penal; el número de centros de tratamiento de la drogodependencia disponibles, los tipos de entorno que ofrecen y su cobertura geográfica; la capacidad o el número de plazas para el tratamiento de la drogodependencia de que dispone un centro en un período determinado; el tipo y la variedad de las intervenciones que se realizan, por ejemplo, el tratamiento a largo plazo de los trastornos por consumo de opioides con agonistas opioides frente a la gestión de la abstinencia y otras intervenciones psicosociales; y la existencia de un sistema nacional de información sobre tratamientos y de estimaciones fiables tanto del número de personas que sufren trastornos por consumo de drogas (o que precisan tratamiento de la drogodependencia) como del número de personas que reciben tratamiento de la drogodependencia. Por consiguiente, para interpretar los datos sobre la cobertura de los servicios de tratamiento de la drogodependencia es esencial conocer esos factores contextuales.

32. En cuanto a la prestación de tratamiento, los opioides siguen causando gran preocupación en Asia Sudoccidental y Central, así como en Europa Oriental y Sudoriental. En Europa Sudoriental, casi 3 de cada 5 personas en tratamiento por trastornos por consumo de drogas lo reciben por trastornos por consumo de opioides. En comparación con quienes consumen otras drogas, las personas que inician tratamiento por trastornos por consumo de opioides suelen tener más edad, alrededor de 35 años, y entre un cuarto y un tercio de esas personas se someten a tratamiento por primera vez. Ese hecho coincide con las conclusiones publicadas en la bibliografía científica, por ejemplo, en estudios realizados en Europa, de los que se infiere que en esa región existe una cohorte de consumidores de opioides que está envejeciendo¹⁷.

33. El tratamiento por consumo de cocaína sigue siendo frecuente en América del Norte, América Latina y el Caribe y, en menor medida, en Europa Occidental y Central, mientras que las anfetaminas todavía constituyen un problema principalmente en Asia Oriental y Sudoriental y, en cierta medida, en América del Norte. En América Latina, como en otras subregiones, las personas que se someten a tratamiento a causa de trastornos por consumo de cocaína suelen tener alrededor de 35 años, y entre el 30 % y el 40 % de ellas se someten a tratamiento por primera vez. En Asia, donde la mitad de las personas en tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas reciben ese tratamiento por trastornos por consumo de opioides, va en aumento el número de quienes se someten a tratamiento por trastornos por consumo de metanfetamina.

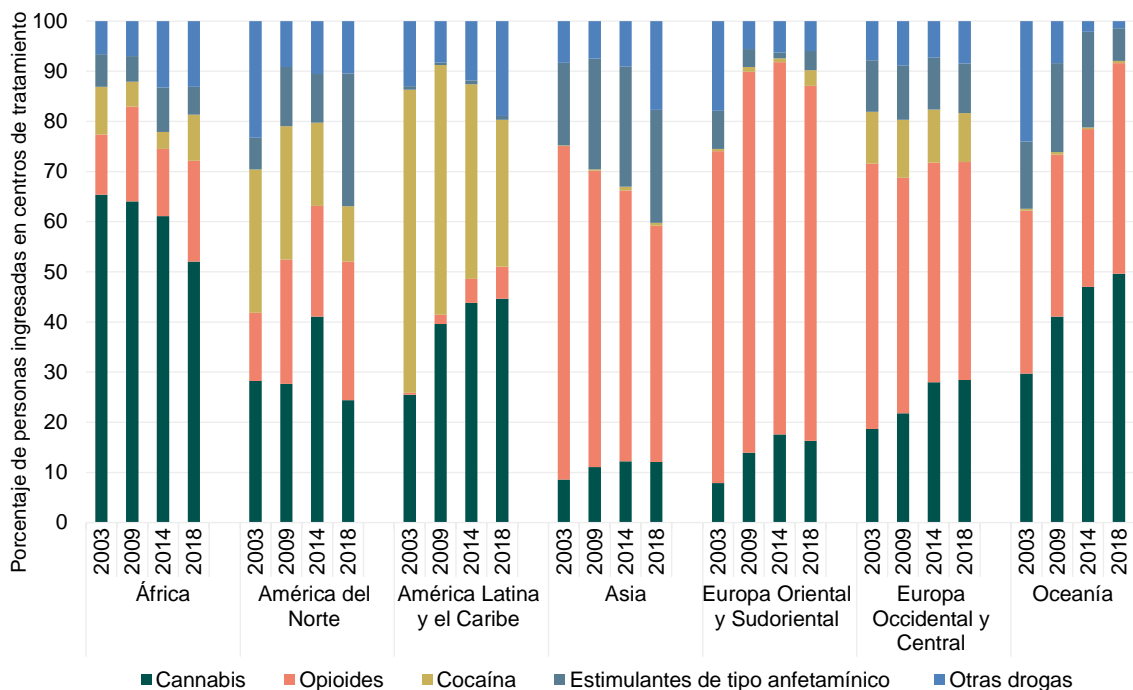
¹⁶ Nicole Kravitz-Wirtz *et al.*, “Association of Medicaid expansion with opioid overdose mortality in the United States”, *JAMA Network Open*, vol. 3, núm. 1 (enero de 2020).

¹⁷ Anne Marie Carew y Catherine Comiskey, “Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (2018), págs. 48 a 57.

34. El cannabis es la principal droga por la que se solicita tratamiento en África, aunque muchos países de esa región han informado de un aumento del número de personas que inician tratamiento por trastornos por consumo de opioides. En los últimos 15 años, en todas las regiones, excepto en África, se ha registrado una proporción cada vez mayor de personas en tratamiento por trastornos por consumo de cannabis. En la mayoría de las regiones, casi la mitad de las personas que iniciaron tratamiento por trastornos por consumo de cannabis lo hicieron por primera vez, y la media de edad fue de 26 años. Como en el caso de los consumidores de cannabis, las personas con trastornos por consumo de anfetamina que reciben tratamiento suelen ser más jóvenes (alrededor de 25 años) que las personas que reciben tratamiento por consumo de opioides, y la mayoría de esas personas tampoco han estado en tratamiento anteriormente.

Figura XIII

Tendencias de las principales drogas por las que se ingresa a tratamiento, por regiones, 2003, 2009, 2014 y 2018



2. Personas que se inyectan drogas

35. En numerosos casos, las personas que se inyectan drogas sufren marginación y son objeto de estigma, lo que les plantea impedimentos sociales y económicos para recibir servicios de salud pública y servicios de prevención de las consecuencias nocivas para la salud que comporta el consumo de drogas por inyección¹⁸. Ese consumo resulta muy preocupante para la salud pública y es causa de morbilidad y mortalidad por el riesgo de sobredosis e infecciones hemáticas (principalmente, VIH y hepatitis B y C)¹⁹, las cuales se transmiten al compartir agujas, jeringuillas y otros accesorios contaminados o realizar prácticas sexuales de riesgo en algunos grupos^{20, 21, 22, 23, 24, 25} y, en estadios posteriores, inmunodepresión grave, cirrosis, neoplasias y secuelas inflamatorias. Los efectos sociales y físicos pueden agravar aún más las posibles afecciones mentales preexistentes.

36. La UNODC, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y el Banco Mundial estimaron que el número de personas que a nivel mundial se inyectaron drogas en 2018 fue de 11,3 millones (margen de variación: 8,9 a 15,3 millones), lo que corresponde al 0,23 % (margen de variación: 0,18 % a 0,31 %) de la población de 15 a 64 años de edad. Esa estimación se basa en la información más reciente de que se dispone.

37. En 2018, la prevalencia más elevada de personas de 15 a 64 años que se inyectaban drogas se registró nuevamente en Europa Oriental (1,26 %) y Asia Central y Transcaucasia (0,63 %). Esos porcentajes son 5,5 y 2,8 veces superiores, respectivamente, a la media mundial. Más de la cuarta parte de las personas que se inyectan drogas viven en Asia Oriental y Sudoriental, aunque la prevalencia en esa subregión es relativamente baja (0,19 %). Las tres subregiones que presentan las cifras más elevadas de personas que se inyectan drogas (Asia Oriental y Sudoriental, América del Norte y Europa Oriental) suman, en conjunto, más de la mitad (el 58 %) de la cifra mundial total de personas que se inyectan drogas. Cabe destacar que, como en años anteriores, aunque tres países (China, Estados Unidos y Federación de Rusia) representan solo el 27 % de la población mundial de 15 a 64 años, en ellos vive casi la mitad (el 43 %) de las personas que se inyectan drogas.

¹⁸ D. Richardson y C. Bell, “Public health interventions for reducing HIV, hepatitis B and hepatitis C infections in people who inject drugs”, *Public Health Action*, vol. 8, núm. 4 (diciembre de 2018).

¹⁹ OMS, *Guidance on Prevention of Viral Hepatitis B and C among People Who Inject Drugs* (Ginebra, 2012).

²⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *HIV Prevention, Treatment, Care and Support for People Who Use Stimulant Drugs: Technical Guide* (Viena, 2019).

²¹ Vic Arendt *et al.*, “Injection of cocaine is associated with a recent HIV outbreak in people who inject drugs in Luxembourg”, *PLOS One*, vol. 14, núm. 5 (mayo de 2019).

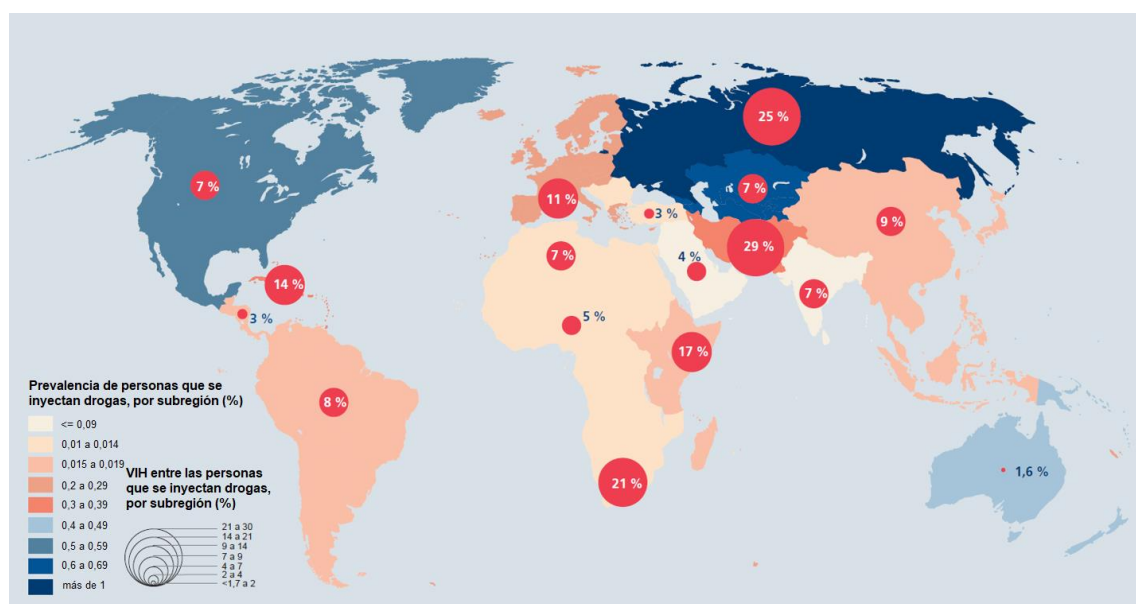
²² Naomi Braine *et al.*, “HIV risk behavior among amphetamine injectors at U.S. syringe exchange programs”, *AIDS Education and Prevention*, vol. 17, núm. 6, (diciembre de 2005).

²³ Catherine Mwangi *et al.*, “Depression, injecting drug use, and risky sexual behavior syndemic among women who inject drugs in Kenya: a cross-sectional survey”, *Harm Reduction Journal*, vol. 16, núm. 35 (mayo de 2019).

²⁴ Bach Xuan Tran *et al.*, “Factors associated with substance use and sexual behavior among drug users in three mountainous provinces of Vietnam”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 15, núm. 9 (agosto de 2018).

²⁵ Erica Pufall *et al.*, “Sexualized drug use (‘chemsex’) and high-risk sexual behaviours in HIV-positive men who have sex with men”, *HIV Medicine*, vol. 19, núm. 4 (abril de 2018).

Figura XIV
Prevalencia estimada de personas que se inyectan drogas y del VIH en ese grupo, por subregión, 2018



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales, complementadas con otras fuentes de datos.

Las fronteras y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones que en él se utilizan, no implican ni la aprobación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland Islands).

3. El VIH y la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas

38. Se calcula que el consumo de drogas por inyección es causa de aproximadamente el 10 % de las infecciones por VIH en todo el mundo y el 30 % de todos los casos de VIH fuera de África²⁶, mientras que en los países orientales de la Región de Europa de la OMS²⁷, más del 80 % de todas las infecciones por VIH se producen entre personas que se inyectan drogas²⁸. Se calcula que las personas que se inyectan drogas tienen 22 veces más probabilidades de vivir con VIH que la población general²⁹.

39. La estimación de la prevalencia mundial del VIH en las personas que se inyectaron drogas en 2018 realizada conjuntamente por la UNODC, la OMS, ONUSIDA y el Banco Mundial fue del 12,5 %, lo que significa que 1,4 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VIH. Esa estimación se basa en los informes sobre la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas facilitados por 121 países, que abarcan al 96 % del número mundial estimado de personas que se inyectan drogas. En 2018 se dispuso de estimaciones nuevas o actualizadas de la prevalencia del VIH en las personas que se inyectaban drogas de un total de 40 países.

40. Por subregiones, la prevalencia más alta del VIH en las personas que se inyectan drogas volvió a registrarse en Asia Sudoccidental (29,5 %) y Europa Oriental (25,2 %), seguidas por África Meridional (21,4 %). En África, la prevalencia estimada del VIH en

²⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS), Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual, “People who use drugs”. Disponible en www.who.int/hiv/topics/idu/en/.

²⁷ Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Estonia, Federación de Rusia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, República de Moldova, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.

²⁸ OMS, Oficina Regional para Europa, “People who inject drugs (PWID)”. Disponible en: www.euro.who.int/en/.

²⁹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), “Actualidad: Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial se encuentran entre los grupos de población clave y sus parejas sexuales”, 5 de noviembre de 2019.

las personas de 15 a 64 años que se inyectan drogas correspondiente a 2018 fue del 11,3 %, frente al 3,9 % en la población general de 15 a 49 años. En Europa, la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas fue del 20,1 %, frente al 0,4 % en la población general³⁰. En África Oriental y el Caribe, la prevalencia del VIH en esas personas también fue superior a la media mundial, con un 17,4 % y un 14,0 %, respectivamente.

41. El mayor número de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH reside en Europa Oriental, Asia Oriental y Sudoriental y Asia Sudoccidental, regiones que suman el 67 % del total mundial. Si bien en Asia Oriental y Sudoriental la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas (el 9,3 %) es inferior al promedio mundial, una quinta parte de las personas que se inyectan drogas y viven con el VIH en todo el mundo reside en esa subregión. Una gran proporción del total mundial de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH se sigue concentrando en un número reducido de países. Por ejemplo, en 2018, el número de personas que se inyectaban drogas y vivían con el VIH en China, la Federación de Rusia y el Pakistán representó casi la mitad del total mundial (el 49 %), pese a que el número de personas que se inyectaban drogas de esos tres países solamente supuso un tercio del total mundial.

42. Según un examen sistemático que se efectuó en 2017 sobre la cobertura de las intervenciones dedicadas a prevenir y gestionar el VIH y la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas, solo se disponía de programas de agujas y jeringuillas en el 52 % de los países que habían comunicado consumo de drogas por inyección, mientras que se confirmó que el tratamiento de sustitución con opioides se ofrecía en el 48 % de los países del mundo. Asimismo, se determinó que solo 34 países ofrecían programas de detección del VIH a las personas que se inyectan drogas³¹. Los servicios de detección del VIH, además de ofrecer la oportunidad de transmitir mensajes relacionados con la prevención y de poner a los pacientes en contacto con servicios sanitarios y de apoyo, también suponen una vía fundamental de acceso al tratamiento antirretrovírico y, por ello, constituyen un componente crucial de los programas de prevención del VIH. Existen pocos datos de ámbito mundial sobre la cobertura del tratamiento antirretrovírico. El grado de acceso a ese tipo de tratamiento varía de manera considerable, pero, según los informes disponibles, la cobertura es baja de manera generalizada. Así, en la Región de Europa de la OMS, tan solo el 8 % de las personas que lo necesitan reciben un tratamiento antirretrovírico eficaz, y solo el 20 % de quienes lo reciben son personas que se inyectan drogas³².

43. Las personas que se inyectan drogas son uno de los grupos de población clave afectados por la hepatitis C. Se estima que en 2017 había en el mundo 71 millones de personas con infecciones crónicas por el virus de la hepatitis C y que el 23 % de las nuevas infecciones por el virus de la hepatitis C y una de cada tres muertes relacionadas con esa enfermedad podían atribuirse al consumo de drogas por inyección³³. La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la hepatitis C siguen aumentando, principalmente como consecuencia de la cirrosis, el carcinoma hepatocelular y las muertes por hepatitis C no tratada³⁴.

³⁰ OMS, datos del Observatorio Mundial de la Salud, “Prevalence of HIV among adults aged 15-49 (%)”.

³¹ Sarah Larney *et al.*, “Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review”, *The Lancet Global Health*, vol. 5, núm. 12 (diciembre de 2017), págs. 1208 a 1220.

³² OMS, Oficina Regional para Europa, “People who inject drugs (PWID)”.

³³ OMS, “Access to hepatitis C testing and treatment for people who inject drugs and people in prisons: a global perspective”, Policy brief (WHO/CDS/HIV/19.6).

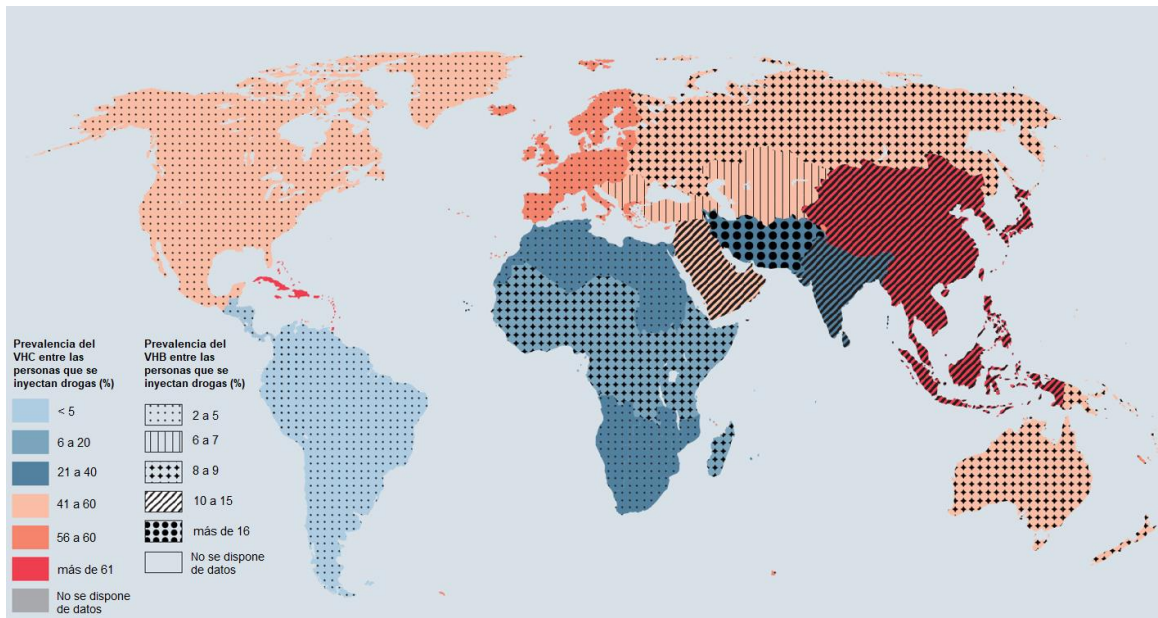
³⁴ Jeffrey D. Stanaway *et al.*, “The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013”, *The Lancet*, vol. 388, núm. 10049 (septiembre de 2016), págs. 1081 a 1088.

44. Según las estimaciones conjuntas de la UNODC, la OMS, ONUSIDA y el Banco Mundial, en 2018 la prevalencia a nivel mundial de la hepatitis C en las personas de 15 a 64 años que se inyectaban drogas era del 48,5 %, es decir, 5,5 millones de personas (margen de variación: 4 millones a 7,8 millones). Ese cálculo se basó en las estimaciones realizadas en 108 países, que abarcaban el 94 % del número estimado de personas que se inyectan drogas en todo el mundo.

45. Aunque la cobertura de datos fue baja en el Caribe, la prevalencia más alta de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas se registró en esa subregión (76 %), por delante de Asia Oriental y Sudoriental, Europa Occidental y Central, América del Norte, y Asia Central y Transcaucasia, donde la prevalencia se situó entre el 61 % y el 54 %.

Figura XV

Prevalencia estimada de la hepatitis C (VHC) y la hepatitis B (VHB) en las personas que se inyectan drogas, por subregión, 2018



Fuente: UNODC, cuestionario para los informes anuales, complementado con otras fuentes de datos.

Nota: No se ofrecen estimaciones de una subregión si la cobertura de los datos sobre la hepatitis B y C es inferior al 20 % o si la población total de los países que proporcionaron datos sobre la hepatitis B y C representa menos del 10 % de la población total de la subregión.

Las fronteras y los nombres que figuran en este mapa, así como las denominaciones que en él se utilizan, no implican ni la aprobación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland Islands).

46. Según la estimación conjunta de la UNODC, la OMS, ONUSIDA y el Banco Mundial, la prevalencia de la hepatitis B a nivel mundial en las personas que se inyectaban drogas en 2018 fue del 8,3 %; es decir, se calcula que 940.000 personas que se inyectaban drogas vivían con una infección activa por el virus de la hepatitis B³⁵. Esa estimación se basó en los datos correspondientes a 93 países, que abarcaban el 71 % del total mundial de personas de 15 a 64 años que se inyectaban drogas.

³⁵ La estimación de la prevalencia del VHB se refiere a las infecciones activas (HBsAg), no a la presencia de anticuerpos anti-HBc, que delata una exposición anterior. Sin embargo, en los datos comunicados a la UNODC no siempre es posible determinar esa diferencia.

4. Muertes relacionadas con las drogas

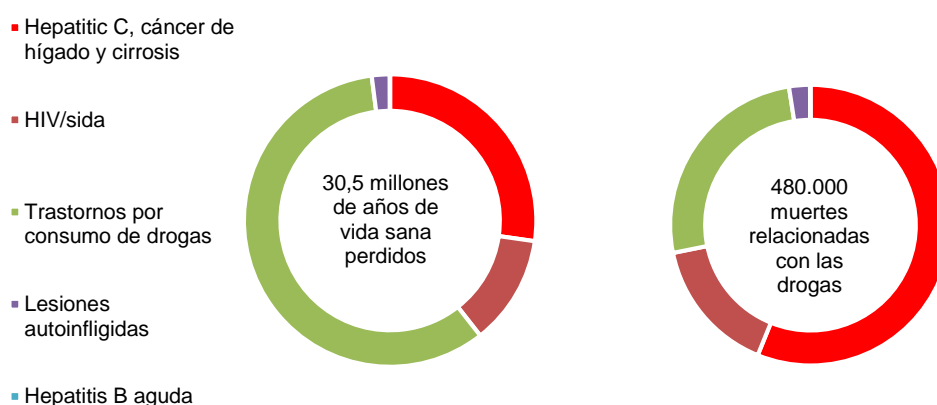
47. Las muertes relacionadas con las drogas se definen como aquellas que pueden atribuirse directamente a trastornos por el consumo de drogas, principalmente la sobredosis, y las muertes derivadas de otros factores de riesgo como el VIH y el sida, la tuberculosis, la hepatitis C y el cáncer de hígado o la cirrosis en las personas que consumen drogas.

48. En el estudio sobre la carga global de morbilidad (Global Burden of Disease Study), se estimó que en 2018 fueron atribuibles al consumo de drogas 30,5 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad y unas 480.000 muertes. En conjunto, más de la mitad de esas muertes se atribuyó al cáncer de hígado, la cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas en las personas que consumían o se inyectaban drogas, y la cuarta parte de ellas era atribuible directamente a trastornos por consumo de drogas (sobre todo trastornos por consumo de opioides).

Figura XVI

Principales causas de muerte atribuibles al consumo de drogas y a los trastornos por consumo de drogas, 2018

La hepatitis C y los trastornos por consumo de opioides son responsables de la mayoría de las muertes y discapacidades atribuidas al consumo de drogas



Fuente: UNODC, según los resultados del estudio Global Burden of Disease Study 2019, Institute for Health Metrics and Evaluation (2020).

III. Efectos de la COVID-19 en el consumo de drogas

49. Las restricciones a los movimientos y a las reuniones, así como el distanciamiento físico exigido en la mayoría de los lugares en los que se impusieron medidas para combatir la pandemia de COVID-19, hicieron que disminuyera el consumo de determinadas drogas, pero también que aumentara el consumo de otras. Disminuyó el consumo de aquellas drogas que se consumen sobre todo en entornos recreativos.

50. En el primer semestre de 2020, muchos países informaron de la escasez de drogas en el comercio al por menor, incluida la escasez de heroína en particular en Europa, Asia sudoriental y América del Norte³⁶.

³⁶ UNODC, “COVID-19 y la cadena de suministro de drogas: de la producción y el tráfico al consumo”, reseña de investigación (mayo de 2020).

51. Los expertos (principalmente especialistas en medicina de las adicciones) de 77 países³⁷ que participaron en una encuesta mundial, realizada en la red de la International Society of Addiction Medicine³⁸, sobre los cambios en el consumo de alcohol y drogas en abril y mayo de 2020, sugirieron que el consumo de cannabis había aumentado, ya que el 42 % de los países comunicaron incrementos, mientras que solo el 25 % observó un descenso. También informaron del aumento del consumo de alcohol, sedantes (benzodiazepinas) y fármacos opioides durante la pandemia de COVID-19 (el 63 %, el 64 % y el 41 %, respectivamente, de los países que participaron en la encuesta).

52. Por otra parte, el consumo de opiáceos, anfetamina y cocaína parece haber disminuido en algunos países, conforme a lo comunicado por profesionales de la salud en el 31 %, el 29 % y el 29 %, respectivamente, de los países que participaron en la encuesta mundial. Como se indica más arriba, ese descenso del consumo guardaba relación principalmente con las medidas de distanciamiento físico y confinamiento, y con el aumento de precio de esas drogas.

53. La encuesta Global Drug Survey³⁹, que se realizó en línea y en la que participaron unas 60.000 personas, en su mayoría de Europa Occidental, las Américas y Australia y Nueva Zelanda, arrojó resultados similares a los de la encuesta de la International Society of Addiction Medicine. Esa encuesta mundial reveló que en mayo y junio de 2020 la frecuencia del consumo de alcohol, cannabis, benzodiazepinas y fármacos opioides había aumentado respecto del periodo anterior a la pandemia de COVID-19, y que había disminuido la frecuencia del consumo de drogas en entornos recreativos, en particular el consumo de éxtasis, pero también el de anfetamina, GHB o GBL, ketamina y LSD. Lo mismo ocurrió en el caso de la cocaína.

54. En las zonas en que se comunicó la escasez de oferta y un aumento de los precios de drogas como los opioides, se especula que la situación podría haber llevado a consumidores habituales o dependientes de opioides a sustituirlos por otras sustancias más fáciles de obtener, como el alcohol y las benzodiazepinas, o a optar por el consumo de varios tipos de drogas, incluidas drogas sintéticas. Algunos países de Europa advirtieron de que los consumidores de heroína podrían pasar a consumir sustancias como el fentanilo y sus derivados⁴⁰.

55. La menor disponibilidad de drogas también puede generar hábitos de consumo más dañinos, como por ejemplo, pasarse a la inyección de drogas, o aumentar la frecuencia de la inyección, como en el caso de las anfetaminas. Quienes respondieron a la encuesta de la International Society of Addiction Medicine sugirieron que había habido (en el 16 % de los países participantes) cierto aumento del consumo de drogas por inyección o que se había pasado a consumirlas de ese modo, mientras que los expertos de un tercio de los países consideraron que no se había producido ningún cambio en los hábitos de inyección de las personas que consumían drogas. Asimismo, alrededor de un 25 % de los expertos comunicaron que había aumentado la compartición de accesorios para inyectarse drogas, mientras que otro 25 % indicó que no había habido cambios a ese respecto. Cabe destacar que alrededor de la mitad de los expertos que respondieron a las preguntas sobre los hábitos de inyección eligió la opción “Otra cosa”, lo que indica que no tenían información o no quisieron responder a las preguntas sobre hábitos de inyección.

³⁷ Participaron en la encuesta entre 1 y 13 profesionales de la medicina de las adicciones por país.

³⁸ Ali Farhoudian *et al.*, “A global survey on changes in the supply, price and use of illicit drugs and alcohol, and related complications during the 2020 COVID-19 pandemic”, preimpresión (julio de 2020).

³⁹ Global Drug Survey, “GDS COVID-19 special edition: key findings report”, septiembre de 2020.

⁴⁰ UNODC, “COVID-19 y la cadena de suministro de drogas”.

56. También se considera que la escasez de oferta de opioides ha causado un marcado aumento del número de personas que solicitan tratamiento por trastornos debidos al consumo de drogas⁴¹, así como un incremento de los casos de sobredosis y de otros perjuicios como el VIH y la hepatitis C, relacionados con el consumo de drogas por inyección o con el consumo de varios tipos de drogas. Más de un tercio de los expertos que participaron en la encuesta de la International Society of Addiction Medicine consideró que las tasas de mortalidad entre las personas con trastornos por consumo de drogas habían aumentado, mientras que un tercio de ellos consideró que no se habían producido cambios en las tasas de sobredosis mortales y no mortales entre las personas que consumían drogas.

IV. Reducción de la demanda y medidas conexas

57. A fin de seguir apoyando a los Estados Miembros a responder a los retos de la situación mundial relativa a las drogas mediante un enfoque centrado en la salud y equilibrado, basado en los derechos humanos y en la integración de la perspectiva de género, la UNODC ha publicado diversos recursos sobre prevención, tratamiento, atención y rehabilitación.

58. Los dos primeros recursos se presentaron paralelamente al 63^{er} período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes. Se trata de la edición revisada de las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas*, que incorpora los resultados de ensayos sobre el terreno (*International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Revised Edition Incorporating Results of Field-Testing*), elaboradas por la UNODC y la OMS (normas de la UNODC y la OMS para el tratamiento), y del manual de la UNODC sobre la participación de las personas jóvenes en la labor de prevención del consumo de drogas (“Handbook on youth participation in drug prevention work”).

59. Las normas internacionales de la UNODC y la OMS para el tratamiento están destinadas a todas las personas que trabajan en la elaboración de políticas, la planificación, la financiación, la prestación, el seguimiento y la evaluación de los servicios y las intervenciones para el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. El documento se basa en las pruebas científicas de que se dispone actualmente sobre el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y establece un marco para el desarrollo y la expansión de un tratamiento eficaz, basado en pruebas y ético de los trastornos por consumo de drogas, en consonancia con los principios de la atención sanitaria pública. En las normas para el tratamiento se definen los principales componentes y características de los sistemas eficaces de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas. Se describen modalidades de tratamiento e intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas según la etapa y la gravedad de los trastornos por consumo de drogas, de manera coherente con el tratamiento de cualquier enfermedad crónica o afección.

60. El manual de la UNODC sobre la participación de las personas jóvenes en la labor de prevención del consumo de drogas está destinado a líderes encargados en sus comunidades de la prevención del consumo de sustancias y de la promoción de la salud, en los planos local, regional, nacional o internacional. El manual ofrece fundamentos para la participación de las personas jóvenes, así como ejemplos y consejos concretos sobre cómo aumentar la participación de las personas jóvenes en la prevención del consumo de sustancias aprovechando sus conocimientos sobre el grupo destinatario más importante para la prevención: sus coetáneos. Está diseñado para apoyar a todas las instancias decisorias a fin de que aprovechen el poder de la participación de las personas jóvenes y exploren todo su potencial como fuerza del cambio. Incluye una reseña de los diferentes modelos de participación y las mejores prácticas sobre cómo hacer que la participación de las personas jóvenes sea accesible, segura y relevante, movilizándolas para prevenir el consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo en diferentes

⁴¹ Farhoudian *et al.*, “A global survey on changes in the supply, price and use of illicit drugs and alcohol”.

entornos, a saber, las escuelas y otras instituciones educativas; la familia; los medios y los entornos en línea; los procesos políticos, las estructuras gubernamentales y los debates públicos; las comunidades; y los sistemas de prevención en general.

61. En respuesta a la pandemia de COVID-19, la UNODC elaboró y publicó una nueva serie de instrumentos para ayudar a los Estados Miembros a garantizar la continuidad de sus respuestas al consumo de drogas y a los trastornos por consumo de drogas en estas difíciles circunstancias.

62. En el folleto titulado “Sugerencias sobre el tratamiento, la atención y la rehabilitación de personas con trastornos por consumo de drogas en el contexto de la pandemia de COVID-19: Una contribución a la seguridad sanitaria de los países y las comunidades”, que está disponible en 15 idiomas, se habla del acceso continuado a los servicios y la seguridad del personal y los pacientes de esos servicios, así como de la necesidad de velar por que las instalaciones de los servicios estén limpias y en condiciones higiénicas, y de proporcionar a las personas información y medios para protegerse en todas las ocasiones posibles. Los servicios abarcados incluyen terapias de bajo umbral, farmacológicas y psicosociales, con especial atención al apoyo a las personas sin hogar, incluidas aquellas con trastornos por consumo de drogas.

63. Un segundo grupo de instrumentos estaba destinado a apoyar a los progenitores y cuidadores para que pudieran hacer frente a las tensiones de la pandemia, a fin de aumentar la resiliencia de los niños, los jóvenes y las familias y proteger a los niños y los jóvenes de las vulnerabilidades generadas por esta difícil situación. En un folleto titulado “La crianza bajo el COVID-19”, que está disponible en más de 40 idiomas, y en otro folleto sobre cómo cuidar a los hijos durante la COVID-19 (*Caring for your child during COVID-19*), se proporcionan consejos sencillos y concretos a los progenitores y cuidadores acerca de lo que ellos y sus hijos pueden estar experimentando y acerca de lo que pueden hacer para ayudarse a sí mismos y a sus hijos, por ejemplo, velar por su seguridad, proporcionar afecto y apoyo, dar elogios, pasar tiempo juntos y conversar, fomentar el buen comportamiento y disuadir de peleas y agresiones. Esos temas se repitieron en la segunda fase de la campaña “Escucha Primero”, en la que se difundieron diez conjuntos de vídeos y recursos relacionados con la crianza de los hijos sobre el tema “La ciencia del cuidado”. Hasta la fecha se han publicado en tres idiomas cinco conjuntos de videos, relativos al afecto, actividades familiares, la escucha activa, el juego y la paciencia, que han llegado a más de dos millones de personas. Por último, se elaboró un instrumento especial con información para progenitores u otros cuidadores en comunidades hacinadas o entornos de refugiados durante la pandemia de COVID-19 (“*Information for parents or other caregivers in crowded communities or refugee settings during the COVID-19 pandemic*”), así como una guía de orientación práctica para la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad, destinada a refugiados, desplazados internos, migrantes y comunidades de acogida particularmente vulnerables a la pandemia de COVID-19 (“*Practical guidance for risk communication and community engagement (RCCE) for refugees, internally displaced persons (IDPs), migrants, and host communities particularly vulnerable to COVID-19 pandemic*”), que se publicó junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Internacional para las Migraciones, el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, la OMS y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

V. Conclusiones y recomendaciones

64. A medida que la pandemia de COVID-19 continúa, las cargas sociales, psicológicas y económicas que ha impuesto pueden marginar aún más a las personas que consumen drogas, y es posible que sean todavía más necesarios los servicios para la prevención del consumo de drogas, el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y la prevención de los perjuicios para la salud ocasionados por el consumo de drogas. Los Estados Miembros tal vez deseen considerar la posibilidad de invertir recursos para velar por la continuidad de la gama de servicios disponibles para la prevención y el tratamiento del consumo de drogas y los trastornos por consumo de

drogas y para mitigar los riesgos derivados de la pandemia de COVID-19 y los trastornos por consumo de drogas.

65. Habida cuenta de la proliferación y el uso no médicos de los fármacos opioides en las distintas regiones, es importante crear sistemas de alerta temprana que permitan analizar la aparición de casos de consumo de esas sustancias con fines no médicos y sus consecuencias. A fin de facilitar el acceso a los analgésicos a quienes los requieran, evitando al mismo tiempo su desviación y uso indebido, los países podrían estudiar la posibilidad de elaborar directrices para el tratamiento del dolor, incluido el dolor crónico no oncológico, así como programas de vigilancia de la prescripción de medicamentos y mensajes de prevención específicos destinados a educar en los posibles daños y consecuencias del uso indebido de los fármacos opioides.

66. También es importante aumentar el acceso a las intervenciones para prevenir y tratar los trastornos por consumo de drogas, así como la disponibilidad, cobertura y calidad de estas, conforme a las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* y las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas de la UNODC* y la OMS. Esas intervenciones son más necesarias que nunca, especialmente durante y después de la pandemia de COVID-19.

67. Asimismo, se recomienda fortalecer las medidas de prevención en forma de intervenciones selectivas dirigidas a los grupos de riesgo, además de la población general, y reforzar las intervenciones de tratamiento en la comunidad y en entornos cerrados a fin de garantizar su equidad.

68. La base empírica de los programas y políticas de ámbito nacional, regional e internacional requiere de datos fiables y válidos sobre la situación en materia de drogas y las medidas adoptadas al respecto. Por consiguiente, es necesario mejorar esa base empírica apoyando la implantación de sistemas de vigilancia del consumo de drogas fundamentados en indicadores epidemiológicos, lo que implica, entre otras cosas, capacitar a especialistas de países y regiones de alta prioridad, elaborar métodos innovadores y utilizar las nuevas tecnologías, como los medios sociales y los macrodatos (grandes conjuntos de datos) para comprender los hábitos y tendencias del consumo de drogas y las asociaciones relativas al comportamiento de las personas, así como para pronosticar sus efectos en la salud.

69. Para fortalecer y ampliar la base global de datos científicos también es preciso invertir en el seguimiento y la evaluación del proceso, los resultados y los efectos de las estrategias de prevención y tratamiento del consumo de drogas, a fin de garantizar su eficacia y reducir al mínimo el riesgo de obtener resultados negativos.

70. Algunos indicadores para vigilar la situación en materia de drogas que requieren especial atención son el desarrollo y la aplicación de métodos innovadores y eficaces en función del costo para calcular la magnitud del consumo de drogas (tanto en la población general como en los consumidores de alto riesgo, en particular los que se inyectan drogas) en los países con recursos limitados; la mortalidad relacionada con las drogas; el número y la proporción de personas que sufren trastornos por consumo de drogas; y la cobertura de las intervenciones de tratamiento de esos trastornos. Estos dos últimos indicadores son los componentes clave de la vigilancia y la presentación de información relativas al indicador 3.5.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.