



Informe sobre  
**Uso de Drogas**  
en las Américas  
**2015**

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD  
Secretaría de Seguridad Multidimensional  
Organización de los Estados Americanos - OEA



OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission.

Informe del uso de drogas en las Américas, 2015 / Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

p. ; cm. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L)

ISBN 978-0-8270-6374-7

1. Drug abuse--America. 2. Drugs--America. 3. Drinking of alcoholic beverages---America.

4. Inhalant abuse--America. I. Title. II. Inter-American Observatory on Drugs.

III. Inter-American Drug Use Data System. IV. Series.

OEA/Ser.L/XIV.6.6 2015

ISBN 978-0-8270-6374-7

# **Informe del Uso de Drogas en las Américas 2015**

Organización de los Estados Americanos  
Secretaría de Seguridad Multidimensional  
Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas  
Observatorio Interamericano de Drogas  
Washington, D.C.





## Equipo Editorial

Esta publicación ha sido elaborada por el Observatorio Interamericano de Drogas (OID) de la CICAD, con la activa participación de: Marya Hynes, Pernell Clarke, Graciela Ahumada, Francisco Cumsille, María Demarco, Ana María Lemos y Tiffany Barry del OID; Juan Carlos Araneda (UNODC, asociado a CICAD) y Leticia Keuroglan (Junta Nacional de Drogas de Uruguay, en pasantía en CICAD).

## Agradecimientos

Agradecimiento especial a los Observatorios Nacionales de Drogas de los países miembros de la OEA y en particular a los responsables de su conducción. Sin el trabajo de estos organismos no hubiese sido posible elaborar este Informe.

También nuestros agradecimientos a los miembros de la Red Latinoamericana de Investigadores en Drogas (REDLA): María Elena Alvarado de la Universidad de Chile, Julio Bejarano del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) de Costa Rica, Fernando Salazar de la Universidad Cayetano Heredia de Perú y Jorge Villatoro del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Múñiz de México.

A Alejandro Ahumada por su invaluable aporte para la edición y el diseño gráfico de este informe.



## Tabla de Contenidos

Prólogo .....	15
Resumen ejecutivo y conclusiones .....	16
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>22</b>
Las Américas: heterogeneidad en la región .....	22
Objetivos .....	25
Metodología .....	25
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN: ALCANCES Y LIMITACIONES</b> .....	<b>29</b>
Estudios nacionales en población escolar .....	29
Población general .....	31
Población universitaria .....	31
Datos de tendencia .....	31
Acerca de la comparabilidad de la información .....	32
<b>ORGANIZACIÓN DEL INFORME: DIMENSIONES Y CAPÍTULOS</b> .....	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO 1: A L C O H O L</b> .....	<b>35</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>35</b>
<b>El consumo de alcohol entre los estudiantes secundarios</b> .....	<b>35</b>
Consumo compulsivo de alcohol ( <i>binge drinking</i> ) .....	40
Tendencias en la población escolar secundaria .....	42
<b>Consumo de alcohol en la población general</b> .....	<b>44</b>
Consumo de alto riesgo o perjudicial de alcohol .....	46
Tendencias en la población general .....	47
<b>Consumo de alcohol en la población universitaria</b> .....	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO 2: T A B A C O</b> .....	<b>51</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>51</b>
<b>Consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios</b> .....	<b>52</b>
Tendencias en el consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios .....	56
Consumo de tabaco en la población general .....	60
Tendencias en el consumo de tabaco en la población general .....	62
Consumo de tabaco en la población universitaria .....	65
<b>CAPÍTULO 3: M A R I H U A N A</b> .....	<b>66</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>66</b>
<b>Población escolar</b> .....	<b>66</b>
Indicadores de uso .....	66
Tendencias en población escolar .....	70
Percepción de riesgo .....	73
Percepción de facilidad de acceso y oferta de marihuana .....	75
<b>Población general</b> .....	<b>77</b>
Indicadores de uso .....	77
Tendencias en población general .....	79

Percepción de gran riesgo .....	81
Facilidad de acceso y oferta .....	82
<b>Estudiantes universitarios .....</b>	<b>83</b>
Indicadores de uso.....	83
Tendencias en estudiantes universitarios .....	84
Percepción de gran riesgo .....	85
Percepción de facilidad de acceso y oferta de marihuana .....	85
<b>CAPÍTULO 4: I N H A L A B L E S .....</b>	<b>87</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>87</b>
<b>Población escolar .....</b>	<b>87</b>
Indicadores de uso.....	87
Tendencias en población escolar.....	92
Percepción de riesgo .....	93
<b>Población general .....</b>	<b>95</b>
Indicadores de uso.....	95
Tendencias en población general .....	97
Percepción de gran riesgo .....	97
<b>Estudiantes universitarios .....</b>	<b>98</b>
Indicadores de uso.....	98
Tendencias en estudiantes universitarios .....	99
Percepción de gran riesgo .....	99
<b>CAPÍTULO 5: C O C A Í N A S .....</b>	<b>100</b>
<b>COCAÍNA .....</b>	<b>101</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>101</b>
<b>Población escolar .....</b>	<b>101</b>
Indicadores de uso .....	101
Tendencias en población escolar.....	105
Percepción de riesgo .....	108
Percepción de facilidad de acceso y oferta de cocaína .....	109
<b>Población general .....</b>	<b>111</b>
Indicadores de uso .....	111
Tendencias en la población general .....	114
Percepción de riesgo .....	115
Percepción de facilidad de acceso y oferta de cocaína .....	116
<b>Estudiantes universitarios.....</b>	<b>117</b>
Indicadores de uso .....	117
Tendencias en estudiantes universitarios .....	118
Percepción de riesgo .....	118
Facilidad de acceso y oferta de cocaína .....	119
<b>PASTA BASE DE COCAÍNA.....</b>	<b>120</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>120</b>
<b>Población escolar.....</b>	<b>122</b>

Indicadores de uso .....	122
Tendencias en población escolar .....	124
Percepción riesgo .....	125
Percepción de facilidad de acceso y oferta de pasta base .....	126
<b>Población general.....</b>	<b>127</b>
Indicadores de uso .....	127
Tendencias en población general.....	129
Percepción de riesgo .....	130
Percepción de facilidad de acceso y oferta de pasta base .....	130
<b>Estudiantes universitarios .....</b>	<b>132</b>
Indicadores de uso .....	132
Percepción de riesgo .....	132
Percepción de facilidad de acceso y oferta de pasta base .....	133
<b>CRACK.....</b>	<b>134</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>134</b>
<b>Población escolar .....</b>	<b>134</b>
<b>Población general.....</b>	<b>136</b>
<b>CAPÍTULO 6: ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO .....</b>	<b>138</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>138</b>
Grupo de las anfetaminas.....	138
Sustancias tipo éxtasis .....	140
Consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios.....	141
Tendencias del consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios .....	144
Percepción de gran riesgo en estudiantes secundarios .....	146
Percepción de fácil acceso en estudiantes secundarios .....	148
Oferta de “éxtasis” en estudiantes secundarios.....	149
Consumo de “éxtasis” en la población general .....	150
Percepción de gran riesgo en la población general .....	151
Percepción de fácil acceso en la población general .....	152
Oferta directa en la población general .....	153
Consumo de “éxtasis” en universitarios.....	153
Datos comparados en estudiantes universitarios .....	154
Percepción de gran riesgo en universitarios.....	155
Percepción de fácil acceso en universitarios .....	156
Oferta directa en universitarios.....	156
<b>CAPÍTULO 7: NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTRAS DROGAS EMERGENTES EN LA REGIÓN .....</b>	<b>157</b>
<b>Nuevas sustancias psicoactivas.....</b>	<b>157</b>
Las NSP imitan los efectos de las sustancias bajo control .....	157
América del Norte: un extenso mercado para nuevas sustancias psicoactivas .....	158
La aparición de las nuevas sustancias psicoactivas en América Central y América del Sur.....	160
Las NSP podrían estar apuntando a un mercado establecido de LSD .....	163
Los compuestos de la serie NBOMe son reportados en la región.....	163
Un mercado emergente de sustancias de origen vegetal .....	164

<b>HEROÍNA .....</b>	<b>166</b>
<b>Uso de fármacos sin prescripción médica .....</b>	<b>169</b>
<b>Opiáceos y Opioides .....</b>	<b>173</b>
Contexto global.....	173
Opiáceos y opioides .....	173
Opioides.....	173
Opioides entre los estudiantes .....	175
Fentanilo .....	176
<b>Referencias.....</b>	<b>178</b>

## Lista de Tablas

### **Las tablas pueden encontrarse en el Anexo, paginas 181 –219**

Tabla A1.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso alcohol en estudiantes secundarios.
Tabla A1.2: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A1.3: Prevalencia de uso de alcohol en último año y último mes en estudiantes secundarios por grado.
Tabla A1.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso alcohol en población general.
Tabla A1.5: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en población general por sexo.
Tabla A1.6: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en población general por grupo de edad.
Tabla A1.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes universitarios.
Tabla A1.8: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes universitarios por sexo.
Tabla A1.9: Binge drinking en estudiantes secundarios por sexo y grados.
Tabla A1.10: Porcentaje de estudiantes universitarios con uso riesgoso de alcohol como proporción de usuarios de último año por sexo, años 2009 y 2012.
Tabla A1.11: Porcentaje de estudiantes universitarios con signos de dependencia de alcohol como proporción de usuarios de último año por sexo, años 2009 y 2012.
Tabla A2.1: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes secundarios.
Tabla A2.2: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A2.3: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes secundarios por grado.
Tabla A2.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de tabaco en población general.
Tabla A2.5: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en población general por sexo.
Tabla A2.6: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en población general por grupo de edad.
Tabla A2.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes universitarios.
Tabla A2.8: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes universitarios por sexo.
Tabla A2.9: Percepción de gran riesgo de fumar tabaco frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A3.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de marihuana en estudiantes secundarios.
Tabla A3.2: Prevalencia de vida y último año de uso marihuana en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A3.3: Prevalencia de vida y último año de uso marihuana en estudiantes secundarios por grado.
Tabla A3.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso marihuana en población general.
Tabla A3.5: Prevalencia de vida y último año de uso marihuana en población general por sexo.
Tabla A3.6: Prevalencia de vida y último año de uso marihuana en población general por grupo de edad.
Tabla A3.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de marihuana en estudiantes universitarios.
Tabla A3.8: Prevalencia de vida y último año de uso marihuana en población universitaria por sexo.
Tabla A3.9: Percepción de gran riesgo de uso de marihuana algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A3.10: Percepción de gran riesgo de uso de marihuana frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.

Tabla A3.11: Percepción de gran riesgo de uso de marihuana algunas veces en población general por sexo.
Tabla A3.12: Percepción de gran riesgo de uso de marihuana frecuentemente en población general por sexo.
Tabla A3.13: Percepción de gran riesgo de uso marihuana algunas veces en estudiantes universitarios por sexo.
Tabla A3.14: Percepción de gran riesgo del uso de marihuana frecuentemente en estudiantes universitarios por sexo.
Tabla A3.15: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de marihuana en estudiantes secundarios.
Tabla A3.16: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de marihuana en estudiantes universitarios.
Tabla A4.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de inhalables en estudiantes secundarios.
Tabla A4.2: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A4.3: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en estudiantes secundarios por grado.
Tabla A4.4: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en población general.
Tabla A4.5: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en estudiantes universitarios.
Tabla A4.6: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables alguna vez en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A4.7: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A4.8: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables algunas veces y frecuentemente en población general por sexo.
Tabla A4.9: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables algunas veces y frecuentemente en estudiantes universitarios.
Tabla A5.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de cocaína en estudiantes secundarios.
Tabla A5.2: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A5.3: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en estudiantes secundarios por grado.
Tabla A5.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de cocaína en población general.
Tabla A5.5: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en población general por sexo.
Tabla A5.6: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en población general por grupo de edad.
Tabla A5.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de cocaína en estudiantes universitarios.
Tabla A5.8: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en estudiantes universitarios por sexo.
Tabla A5.9: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A5.10: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A5.11: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína algunas veces en población general por sexo.
Tabla A5.12: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína frecuentemente en población general por sexo.
Tabla A5.13: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína algunas veces en población universitaria por sexo.
Tabla A5.14: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína frecuentemente en población universitaria por sexo.
Tabla A5.15: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de cocaína en estudiantes secundarios.
Tabla A5.16: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de cocaína en estudiantes universitarios.
Tabla A5.17: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de pasta base en estudiantes secundarios.



Tabla A5.18: Prevalencia de vida y último año de uso de pasta base en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A5.19: Prevalencia de vida y de último año de uso de pasta base en estudiantes secundarios por grado.
Tabla A5.20: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de pasta base en población general.
Tabla A5.21: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de pasta base en estudiantes universitarios.
Tabla A5.22: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A5.23: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A5.24: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base algunas veces en población general por sexo.
Tabla A5.25: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base frecuentemente en población general por sexo.
Tabla A5.26: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base algunas veces en población universitaria por sexo.
Tabla A5.27: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base frecuentemente en población universitaria por sexo.
Tabla A5.28: Percepción de fácil acceso y Porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de pasta base en estudiantes universitarios.
Tabla A5.29: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de crack en estudiantes secundarios.
Tabla A5.30: Prevalencia de vida y de último año de uso de crack en estudiantes secundarios, por sexo.
Tabla A5.31: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de crack en población general.
Tabla A6.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de “éxtasis” en estudiantes secundarios.
Tabla A6.2: Prevalencia de vida y último año de uso de “éxtasis” en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A6.3: Prevalencia de vida y último año de uso de “éxtasis” en estudiantes secundarios por grado.
Tabla A6.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de “éxtasis” en población general.
Tabla A6.5: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de “éxtasis” en estudiantes universitarios.
Tabla A6.6: Prevalencia de vida y último año de uso de “éxtasis” en estudiantes universitarios por sexo
Tabla A6.7: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A6.8: Percepción de gran riesgo of uso de “éxtasis” frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.
Tabla A6.9: Percepción de gran riesgo of uso de “éxtasis” algunas veces en población general por sexo.
Tabla A6.10: Percepción de gran riesgo of uso de “éxtasis” frecuentemente en población general por sexo.
Tabla A6.11: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” algunas veces en estudiantes universitarios por sexo.
Tabla A6.12: Percepción de gran riesgo of uso de “éxtasis” frecuentemente en estudiantes universitarios por sexo.
Tabla A6.13: Percepción de fácil acceso y Porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de “éxtasis” en estudiantes secundarios.
Tabla A6.14: Percepción de fácil acceso y Porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de “éxtasis” en población general.
Tabla A6.15: Percepción de fácil acceso y Porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de “éxtasis” en estudiantes universitarios.
Tabla A7.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de fármacos estimulantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios.
Tabla A7.2: Prevalencia de último año de uso de fármacos estimulantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios por sexo.

Tabla A7.3: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios.

Tabla A7.4: Prevalencia de último año de uso de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios por sexo.

## Prólogo

Es un gran placer presentar la segunda edición del Informe del Uso de Drogas en las Américas, 2015. La Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD estipula claramente que se formulen políticas nacionales sobre drogas basadas en evidencia, así como que, cuando sea posible, dicha evidencia deberá permitir la comparación de datos entre países.

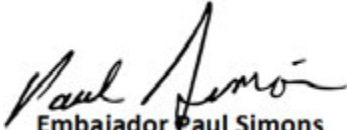
Hasta hace poco, no había sido posible emprender dichas comparaciones debido a la falta de datos disponibles. Muchos Estados Miembros carecían de los recursos humanos, institucionales y financieros para llevar a cabo estudios epidemiológicos de drogas en forma regular, así como estudios cualitativos, entre otros. Dicho conocimiento debería servir de base para la formulación de buenas políticas sobre drogas.

La gran labor llevada a cabo por el Observatorio Interamericano de Drogas (OID), dirigido por el Doctor Francisco Cumsille y su dedicado equipo de investigadores, ha sido un elemento fundamental en el fortalecimiento de la capacidad de nuestros Estados Miembros para recopilar y analizar la evidencia necesaria para la formulación de políticas eficaces sobre drogas. Durante más de una década, el OID se ha dedicado plenamente a trabajar en estrecha colaboración con los Estados Miembros con el fin de fortalecer la red de observatorios nacionales y brindar apoyo a los investigadores académicos que trabajan en el campo de las drogas. Este informe, completo y oportuno, constituye una prueba de ese compromiso y dedicación.

Los comisionados de la CICAD se encuentran actualmente en proceso de negociar un nuevo Plan de Acción para el período 2016-2020, con el fin de respaldar la segunda fase de la implementación de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de 2010. Los Ministros de la OEA encomendaron específicamente que este plan de acción se redacte teniendo en cuenta toda la evidencia disponible. Este informe ofrece abundante información y un amplio análisis que, con el apoyo de la Secretaría Ejecutiva, debería respaldar los esfuerzos de los Estados Miembros para la redacción de este nuevo Plan de Acción.

Si bien los países del Hemisferio han avanzado mucho en sus esfuerzos por generar y analizar datos relacionados con las drogas, todavía se enfrentan a muchos desafíos. Algunos Estados necesitan desarrollar y analizar información a nivel local o municipal con el fin de establecer iniciativas basadas en la comunidad que tengan en cuenta las realidades locales. Es urgente investigar más a fondo los patrones del consumo de drogas entre los jóvenes, con el fin de confirmar tendencias en la edad del primer consumo y acerca de la percepción de riesgo que se esbozan en este informe. Deben fortalecerse aún más los observatorios nacionales de drogas y estos deben desarrollar y mejorar las redes nacionales de información de drogas que respaldan sus esfuerzos de recopilación y divulgación de información. Las universidades deben dar mayor prioridad a la investigación académica de temas relacionados con las sustancias psicoactivas. Estamos trabajando en todas estas áreas a través del OID, pero los compromisos políticos de los Estados Miembros serán fundamentales para poner en marcha estas reformas esenciales.

Esperamos sinceramente que esta publicación ayude a los Estados Miembros de la CICAD a comprender mejor la situación hemisférica, así como sus propios desafíos en lo que se refiere al consumo de drogas y a cómo ellos se adaptan con las tendencias más amplias en el Hemisferio.



Embajador Paul Simons

Secretario Ejecutivo

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

## Resumen ejecutivo y conclusiones

El objetivo principal del “Informe del uso de drogas en las Américas 2015” es brindar un panorama hemisférico y subregional lo más actualizado posible respecto del consumo de sustancias psicoactivas. Para ello se dispone de información aportada directamente por los países y que proviene principalmente de tres fuentes: estudios nacionales en población escolarizada del nivel medio, en población general y en estudiantes universitarios. Éstos informan sobre las tasas de consumo de las principales sustancias psicoactivas analizadas, como tabaco, alcohol, inhalables, marihuana, cocaínas y éxtasis, como así también el uso abusivo de alcohol en adolescentes escolarizados. Otros factores comparables que son analizados refieren a la percepción de facilidad de acceso y los episodios de oferta directa de marihuana, cocaína, pasta base, “éxtasis” y otros estimulantes de tipo anfetamínico recibidas en el último año según cada población analizada. Sobre estas sustancias se analiza la percepción de riesgo del consumo ocasional y frecuente, en tanto indican niveles de rechazo o permisividad a dicha conducta por parte de los grupos poblacionales, así como su posible impacto en las tasas de consumo. Adicionalmente, se incluye alguna información sobre heroína y fármacos como también se revisa el estado actual respecto de las nuevas sustancias psicoactivas.

Si bien el informe se organiza de acuerdo a las sustancias psicoactivas analizadas, este resumen ejecutivo captura los principales resultados en función de tres temas que se consideran específicamente relevantes para las políticas sobre drogas: **uso de drogas a edades tempranas y factores asociados al consumo, tendencias en el uso de drogas y temas emergentes en la región**. Antes de entrar al análisis detallado de estos elementos, es importante destacar una vez más la gran diferencia que existe entre los países en cuanto al uso de drogas. No existe un patrón único: hay variabilidad en las Américas como también la hay entre los países a nivel de subregiones lo que reitera la idea de que en cuanto al consumo de drogas las políticas nacionales deben privilegiar la especificidad que emana desde su propia realidad.

El primer elemento que surge de la información disponible y que se presenta en el informe se refiere al **uso de drogas a edades tempranas** (información que proviene fundamentalmente de los estudios en población escolar). Existe amplia evidencia sobre los riesgos y consecuencias asociados al uso temprano de drogas y por lo mismo debe ser un área de trabajo de máxima prioridad. Del Informe se deduce que en 23 de 29 países con información sobre la población escolar (generalmente adolescentes entre 13 y 17 años) se encuentra que 20% o más de los estudiantes declararon haber consumido alguna **bebida alcohólica** en el mes anterior al estudio, y que en 14 países la cifra supera el 30% de dicha población. Por otra parte, en 17 países la tasa de uso de alcohol el último mes entre estudiantes de *octavo grado* (alrededor de 13 años) superó el 15%, y que en 7 de ellos superó el 25%. Un elemento importante a destacar se refiere al **uso problemático** de alcohol, dejando claramente establecido que en los adolescentes el uso de drogas a cualquier escala es en sí mismo un uso problemático por las razones ya expuestas en el informe en términos de los riesgos biopsicosociales que ello implica. Considerando esto, si observamos el patrón de uso de alcohol en los estudiantes de las Américas, los datos muestran que alrededor del 50% o más que declara haber bebido alcohol en el último mes, manifiestan un episodio de “binge drinking” (es decir, haber tomado 5 tragos o más en una misma ocasión en las últimas dos semanas previas a la encuesta). Esto implica que 1 de cada 2 consumidores de alcohol en el último mes presentan al menos un episodio de “binge drinking” en las dos semanas previas a las respectivas encuestas. Los

estudios en población general en algunos países con información muestran que entre un 5% y 22% de las personas que han usado alcohol en el último año presentan criterio de uso problemático de alcohol, de acuerdo a diferentes instrumentos.

Al igual que todas las sustancias psicoactivas, el uso de **tabaco** en la región presenta importantes variaciones en la población escolar del nivel medio. De los 28 países con información, en 9 de ellos la prevalencia de uso el último mes es inferior al 5%, mientras que otros 6 países la tasa supera el 10%. Claramente la proporción de adolescentes escolarizados que fuman en el Caribe es sustancialmente inferior a las otras subregiones. Por otra parte, entre los escolares de octavo grado, dos países presentan tasas superiores al 10% (ambos de Sudamérica). No se puede dejar pasar el hecho de que en Estados Unidos el uso de cigarros electrónicos supera al consumo de tabaco entre los estudiantes secundarios.

La prevalencia de uso de **marihuana** en el último año es muy heterogénea entre los países, con cifras inferiores al 5% en algunos de ellos y valores superiores a 20% en otros. En 11 de los 31 países con información de encuestas en estudiantes, la prevalencia de último año supera el 15%. A nivel de los estudiantes de octavo grado, en 8 países la prevalencia de uso en el último año supera el 15%. La diferencia en los niveles de uso de marihuana entre los países también se manifiesta en otros ámbitos del problema. Es así como, por ejemplo, la percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana varía entre un 10% y un 70% de los estudiantes; la percepción de facilidad de acceso varía entre menos de un 5% hasta más de un 60% (es decir, en un país 6 de cada 10 estudiantes manifiesta que le resultaría fácil conseguir marihuana): Finalmente en algunos países más del 20% de los estudiantes declaran que les han ofrecido marihuana para comprar o probar en el transcurso del año previo a la encuesta. Existe evidencia de que estos factores se asocian al uso de drogas: en aquellos países con prevalencias altas, la percepción de gran riesgo de uso ocasional de marihuana tiende a ser baja, al mismo tiempo que la percepción de facilidad de acceso es elevada y considerable también la cantidad de episodios de oferta directa de marihuana recibida por los estudiantes.

Este informe indaga también sobre el consumo de **sustancias inhalables** cuya definición es compleja en la investigación de drogas, ya que incluye una amplia gama de sustancias químicas para diferentes usos (con venta legal en la mayoría de los casos) y con diversos grados de efectos psicoactivos y farmacológicos. La prevalencia de uso de inhalables en el último año se extiende en un rango entre 0,5% y 11% y se ha constatado el uso aún más precoz, donde la prevalencia de alguna vez en la vida entre estudiantes del octavo grado supera el 10% en algunos países. Al analizar la prevalencia por sexo, se observa principalmente en el Caribe, que el uso en las estudiantes mujeres está más extendido que entre los hombres. A diferencia que con otras sustancias, en el caso de los inhalables no se observa una asociación clara entre percepción de gran riesgo de uso ocasional y la tasa de consumo.

En cuanto a las sustancias derivadas de la hoja de coca, para efectos de este informe éstas se dividen en tres: **clorhidrato de cocaína, pasta base** (paco, basuco) y **crack**. Si bien la primera tiene un uso bastante transversal entre los países de las Américas, el uso de pasta base se ha concentrado más en Sudamérica y el de crack más en Centroamérica, Norteamérica y en el Caribe. En 8 de 30 países la prevalencia de último año de uso de **cocaína** entre escolares es 2% o más. Por otro lado, dos países presentan tasas inferiores a 0,5%. El consumo medio de cocaína en estudiantes secundarios es mayor en Sudamérica que en el resto de las subregiones. Respecto de la percepción de gran riesgo en el uso ocasional de cocaína, en la gran mayoría de los países con

información, es inferior al 50%, incluso llega a ser inferior al 30% en varios de ellos. La percepción sobre la facilidad de acceso en esta población es muy variable entre los países con cifras que van desde un 4% hasta sobre un 20%. Algo similar ocurre con la oferta directa en el último año de cocaína, donde el menor porcentaje es inferior a 2% y el mayor asciende sobre el 8%. Estos tres indicadores se asocian nuevamente con el consumo, ya que países con alta prevalencia de uso presentan bajo porcentaje en cuanto a percepción de gran riesgo y alto porcentaje en percepción de facilidad de acceso por una parte, como también alta proporción en oferta directa. Por otra parte, el uso de **pasta base** se concentra preferentemente en los países del cono sur de la región, donde la prevalencia de uso alguna vez en la vida en la población escolar varía desde 0,8% a un 4,3%, el uso durante el último año, en cambio, varía entre un 0,5% y un 2,2%. A diferencia de otras sustancias psicoactivas y lo que es altamente preocupante, el uso de pasta base es en general mayor en el octavo grado que los grados de edades superiores, cuando se usa la prevalencia de último año como indicador. La percepción de gran riesgo frente al uso ocasional de pasta base tiene una adherencia por países que no sobrepasa el 50% y un mínimo del 25% de la población escolar. La facilidad de acceso se sitúa en alrededor de 15% en varios de los países con información, en cambio la oferta directa durante el último año alcanza como valor máximo el 6% en uno de los países. En cuanto al uso de **crack** la información disponible en población escolar (todos los países del Caribe, cuatro de Sudamérica, cinco de Centroamérica y de Estados Unidos de Norteamérica) muestra que las prevalencias más altas, por encima del 1,5% se encuentran en varios países del Caribe. Los niveles de consumo más bajos llegan a cifras de alrededor del 0,5%.

Los Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA) tienen una marcada diferenciación a nivel de las subregiones, principalmente en el caso de la metanfetamina, cuyo consumo es notoriamente más alto en Estados Unidos con relación al resto de América del Norte y a su vez, esta subregión presenta tasas más altas en comparación con otras subregiones. Por su parte, el “**éxtasis**” es el ETA más consumido en los países de América Latina, como también uno de los más consumidos en las Américas en general. Entre los países de la región el uso alguna vez en la vida en estudiantes varía entre un 0,2% y 7,6%. Existe gran preocupación por la precocidad, es decir, el consumo de “éxtasis” a una edad muy temprana entre los estudiantes de algunos países. Dicho fenómeno no está asociado a una subregión en particular, sino más bien a las tasas de consumo detectadas en determinados países, las cuales en algunos de ellos superan el 2% entre los estudiantes de octavo grado. La percepción de gran riesgo frente al uso ocasional no supera el 50% de los estudiantes en casi todos los países, mientras que la percepción sobre facilidad de acceso se sitúa por encima del 10% de esta población en varios países y la oferta directa es reconocida por más del 5% en algunos países.

Otro tema relevante es el análisis de las **tendencias** del uso de sustancias psicoactivas. En aquellos países que disponen de estudios homogéneos que permiten construir tendencias, se observa que en el ámbito escolar hay estabilidad en el uso de **alcohol** en el último mes en varios países (Argentina, Chile y Costa Rica) y una tendencia a la disminución en otros (Perú, Estados Unidos y Uruguay). Algo similar ocurre en la subregión del Caribe al comparar dos puntos en el tiempo donde en más de la mitad de los países se observa una disminución en el consumo y en algunos pocos un aumento. En población general se observa una estabilización del uso de alcohol en Argentina, Uruguay y Estados Unidos y una disminución en Perú y Chile en los últimos años.

Respecto del uso de **tabaco**, es muy importante destacar que en casi la totalidad de los países ha habido una disminución sistemática en el uso de esta sustancia, tanto a nivel de la población general como también en

población escolar, con una relevante disminución de casos nuevos. Es muy probable que esta disminución esté en línea con las políticas de prevención, de información sobre los daños, como también de la regulación de los espacios de consumo implementadas en los últimos años en la gran mayoría de los países.

En cuanto al uso de **marihuana** en población escolar la tendencia en el tiempo muestra diferentes direcciones aunque predomina el aumento de dicha sustancia. Es así como en Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica y 10 países del Caribe presentan un aumento en la tasa de uso en el último año. En cambio en Estados Unidos que presentaba un aumento sistemático entre 2007 y 2013, éste cae levemente en 2014, mientras que en Perú el consumo se mantiene estable a bajos niveles. Algo similar ocurre en los estudios en población general donde también predomina un aumento en los niveles de consumo en la mayoría de los países que cuentan con series de datos. Por último, entre la población universitaria de los países miembros de la Comunidad Andina, en todos ellos hubo un aumento del consumo de marihuana entre el 2009 y 2012.

El uso de sustancias **inhalables** presenta diferentes tendencias en población escolar: mientras que en Argentina, Chile y la mayoría de países del Caribe muestran un alza en el uso, en Uruguay y Perú se evidencia una estabilidad en el uso de esta sustancia.

Las tendencias sobre el uso de **cocaína** presentan también bastante variabilidad. En población escolar, mientras Argentina y Chile registran un alza en los niveles de uso de cocaína, en Costa Rica y Perú se manifiesta una estabilización, y en Estados Unidos una sistemática reducción desde 1999. En cuanto al Caribe, en 10 de los 11 países con información hay un aumento en la prevalencia de último año de uso de cocaína. En los estudios en población general destaca la disminución sistemática de Estados Unidos, la estabilización en Perú y Colombia y el aumento en Uruguay, así como una estabilización en Argentina y Chile en los últimos años, precedidas por disminuciones relevantes en cada país. En cuanto a las tendencias de uso de **pasta base** en los países de Sudamérica que cuentan con series de datos en población escolar, la constante es una tendencia estable en todos ellos, en cambio en el ámbito de población general las tendencias no muestran un patrón claro en el tiempo.

El uso de **“éxtasis”** en población escolar no presenta un panorama claro, pero predomina una estabilización en el uso de esta sustancia entre los escolares, pero con dos países con una clara tendencia al aumento. Entre los estudiantes universitarios de los países de la Comunidad Andina, en tres de ellos hay un aumento del consumo y en uno hay una disminución.

Es importante resaltar que en varias de las sustancias analizadas anteriormente se manifiesta una situación similar en términos de que hay altos niveles de consumo de drogas en aquellos países donde la población manifiesta una baja percepción de riesgo frente al uso de éstas, y donde por otro lado existe una alta percepción de facilidad de acceso a las sustancias y también una alta oferta de las mismas.

Por último, respecto de los **temas emergentes** en la región se puede resumir que en los últimos años el mercado de las drogas ilícitas se ha caracterizado por la aparición de varias **nuevas sustancias psicoactivas (NSP)**, que a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente. Su variedad nunca ha sido tan amplia como lo es ahora y su reconocimiento está vinculado al establecimiento de Sistemas de Alarma Temprana. En las Américas, Canadá y Estados Unidos han reportado la mayor cantidad de NSP, pero entre 2008 y 2014 varios países latinoamericanos han reportado NSP en sus

territorios. La información sobre el consumo de estas sustancias es aún bastante limitada: en Estados Unidos se encontró que un 5,8% de los escolares del 12º grado declaró uso de cannabinoides sintéticos durante el último año, con una tendencia a la baja respecto del año 2011. Encuestas realizadas a los estudiantes de Canadá entre el 7º y 12º grados, en el año escolar 2012-2013, registran también importantes tasas de consumo de último mes de *Salvia divinorum* (2%), cannabinoides sintéticos (1,4%), sales de baño (0,6%) y bencilpiperazina (0,5%). Desde los países de América Latina hay evidencia de consumo de sustancias de origen vegetal, ketamina, cannabinoides sintéticos y fenetilaminas. Varias de estas NSP imitan los efectos de sustancias controladas y se venden en los mercados de éstas. Las implicancias para las políticas públicas con relación a este nuevo y emergente fenómeno son múltiples y desafiantes, ya que más allá del ámbito del consumo y de los potenciales daños a la salud, impactan también sobre las legislaciones vigentes, las políticas de control, los aspectos forenses, el tráfico de precursores, entre otros.

Hasta hace pocos años, el consumo de **heroína** parecía estar concentrado solamente en los países de América del Norte. Sin embargo, en el último tiempo esta realidad ha ido cambiando y en algunos países de América Latina y el Caribe se han identificado episodios de consumo y de demanda de tratamiento inusuales por heroína. La historia sugiere que los desafíos asociados con las políticas de drogas en esta materia plantean retos muy importantes, a veces con cambios sustantivos en ellas. Es muy importante también mencionar **otros opioides** tales como metadona, buprenorfina, oxicodona, tramadol y otros con efecto similar a la morfina, los cuales en países como Estados Unidos están generando una sustancial demanda en tratamiento. En efecto, mientras el año 2002 se producían menos de 50.000 nuevos episodios en tratamiento por estas drogas, muy por debajo de cocaína, para el año 2012 esa cifra más que se triplica y supera al número de episodios de demanda por cocaína, con cerca de un 10% del total de episodios de ese año.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la primera **conclusión** que emana de este informe es el alto nivel de uso de drogas entre la población adolescente en los países de las Américas, con una muy baja percepción de riesgo frente al uso ocasional de estas sustancias, lo cual plantea interrogantes respecto de cómo se han desarrollado hasta ahora las políticas públicas de prevención del consumo en la población adolescente. Pero también es importante resaltar que los elevados niveles de consumo en los países estarían asociados a una alta percepción de facilidad de acceso a las drogas, como también a una importante oferta de las mismas, lo cual plantea otro desafío para las políticas de control de la oferta de drogas.

Otra situación que es importante poner sobre relieve es que si bien hoy son pocos los países en América Latina y el Caribe que reportan el consumo de heroína en sus poblaciones, la CICAD considera que es un problema en ciernes y, por lo tanto, requiere de un monitoreo y de un abordaje específico e integral tendiente a prevenir su desarrollo en el futuro. Por otra parte, la aparición de nuevas sustancias psicoactivas plantea un reto para quienes tienen la responsabilidad de diseñar las políticas, no sólo en el plano de la reducción de la demanda, sino del control de la oferta, ya que el surgimiento de las NSP ha modificado los patrones tradicionales de elaboración de drogas ilícitas, simplificando sus procedimientos y, por lo tanto, eventualmente en cualquier país se podrían elaborar estas drogas. Por último, es necesario destacar que una política pública bien diseñada, correctamente implementada y con criterios de evaluación claros, requiere de información relevante y actualizada (cualitativa y cuantitativa). Si bien se han logrado avances en esta materia, en muchos países aún se requieren esfuerzos adicionales para lograrlo. Los nuevos desafíos de la problemática de drogas requieren de mayor conocimiento para abordarla.





## INTRODUCCIÓN

### Las Américas: heterogeneidad en la región

El Informe Analítico de la OEA<sup>1</sup> del año 2013, al reflexionar sobre cuál es el Problema de las Drogas menciona que:

*Todos viven el problema, pero lo viven de manera distinta. Y lo mismo ocurre con los países, para los cuales el problema se manifiesta de manera diferente según sus realidades específicas. Los niveles de desarrollo económico, las estructuras institucionales, las prioridades políticas, son diferentes entre nuestros países, como también lo son los patrones de consumo de drogas, los temas de salud y los efectos de la actividad del crimen organizado asociados al problema. Lo cierto es que nuestros países sienten y viven de manera diversa lo que denominamos “Problema de las Drogas” e incluso al interior de cada uno de ellos dicho fenómeno puede llegar a plantearse de manera diversa en el ámbito rural y en las áreas urbanas.*

*Ello ocurre no sólo debido a la diversidad existente entre los países del Hemisferio, sino porque el problema mismo se compone de diferentes manifestaciones que afectan también, de manera diferenciada a cada uno de los países...*

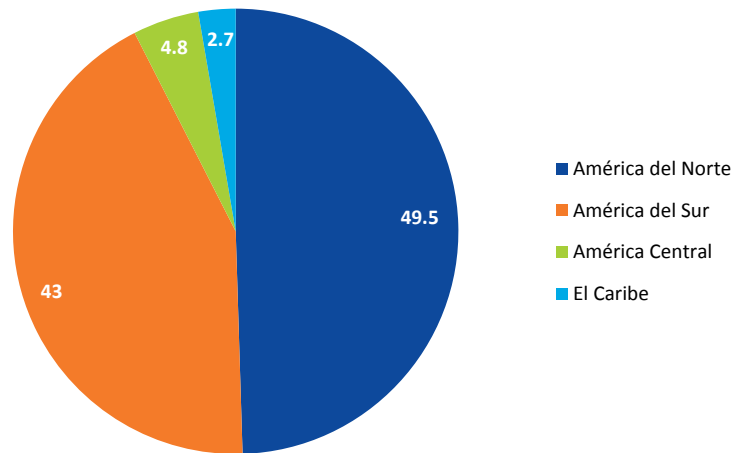
Los países y subregiones (América del Norte, América Central, el Caribe y América del Sur) que componen nuestro Hemisferio, se diferencian y al mismo tiempo se parecen, según observemos la lengua, la historia emancipatoria, las culturas pre colombianas, las dimensiones poblacionales y territoriales, así como los distintos procesos históricos y sociales que fueron conformando las estructuras sociales, económicas y políticas que actualmente caracterizan a este continente. Sin embargo, más allá de las similitudes que se puedan encontrar, la diversidad al interior del hemisferio americano y de las subregiones es indiscutible, y ella debe ser observada para la comprensión de los fenómenos sociales y, entre ellos, se encuentran los patrones de consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

Desde el punto de vista poblacional, el conjunto de países que conforman las Américas tenía una población estimada en 954 millones de habitantes hacia el 2014<sup>1</sup>, que representa a nivel mundial aproximadamente el 13,3% del total de habitantes. En términos territoriales, es el segundo continente más grande del planeta después de Asia y ocupa gran parte del hemisferio occidental de la Tierra, con una superficie de 42.549.000 km<sup>2</sup>.

Se distinguen geográficamente cuatro bloques al interior del continente, América del Norte, América Central, América del Sur, además de los territorios y países que conforman el Caribe. Específicamente, en este informe se consideran los siguientes países formando parte de subregiones: en América del Norte (Canadá, Estados

<sup>1</sup> Para los países de América Latina y el Caribe, los datos pertenecen al Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2013. CEPAL - Naciones Unidas. Los datos de Estados Unidos tienen como fuente el Bureau of the Census. USA. 2013 y los datos corresponden al año 2013. Los datos de Canadá y a nivel mundial, de Naciones Unidas. Department of Economic and Social. Population Division Affairs.

Unidos y México), América Central (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), el Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Grenada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tobago) y en América del Sur (Argentina, Brasil, El Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela).



*Peso demográfico de las subregiones de las Américas. Población estimada para el año 2014.*

En América del Norte se encuentra el 49,5% de toda la población del continente, siendo Estados Unidos el país con mayor población, con algo más de 316 millones de habitantes.

América del Sur es la segunda subregión de mayor peso demográfico en el continente, representando el 43%, con algo más de 409 millones de personas en 12 países. Brasil, con más de 200 millones de habitantes, representa cerca del 50% de esta subregión. América Central tiene una población total de 45,7 millones de habitantes y en el continente representa el 4,8% del total de la población. Está compuesta por 7 países, pero un tercio de la población le corresponde a Guatemala, con 15,7 millones de habitantes.

Por último, los 12 países que conforman la subregión del Caribe y que forman parte de este informe, tienen una población total de 26,2 millones de habitantes que representan el 2,7% del continente. República Dominicana y Haití superan los 10 millones de habitantes cada uno, seguidos por Jamaica y Trinidad y Tobago que tienen 2,7 y 1,3 millones respectivamente.

El peso diferencial que tienen algunos países al interior de la subregión a la cual pertenecen, impacta en los promedios subregionales al analizar los indicadores que permiten describir la problemática del consumo de sustancias psicoactivas a dicho nivel. Es por ello necesario considerar a cada país al interior de la subregión a la cual pertenece y luego observar el dato subregional.

Asimismo, es importante considerar la variabilidad de las estructuras demográficas<sup>2</sup> de los distintos países, ya que a nivel mundial y para casi todas las sustancias psicoactivas, y sobre todo para las drogas ilícitas, los mayores niveles de consumo se encuentran en la población de 15 a 34 años.

Es así como en América del Norte, América del Sur y el Caribe se encuentran países con la menor proporción de jóvenes en sus territorios, variando entre el 27% y el 30% de la población total. Nos referimos a los Estados Unidos, Barbados, Uruguay y Antigua y Barbuda.

En el Caribe también hay que destacar a Grenada y Haití que tienen una proporción de población joven que alcanza al 39,3% y 36,7% respectivamente. En América Central, todos los países se encuentran por encima del tercio y, al interior de la subregión, Nicaragua, Honduras, Belize y El Salvador cuentan con una población joven que representa más del 36% en su estructura poblacional.

Otro indicador importante de analizar es el porcentaje de población urbana en cada país, debido a que los estudios epidemiológicos en población general y muchos de los estudios nacionales en población escolar tienen como referencia a la población urbana. Del mismo modo, los estudiantes universitarios forman parte de la población urbana en su totalidad. Esto no quiere decir que los problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas sólo se concentran en las áreas urbanas, muy por el contrario, sabemos también de la existencia de un importante uso de algunas drogas en zonas rurales.

Por otra parte, la urbanización es parte del proceso de modernización e industrialización de los países, un fenómeno característico del siglo XX y continua en el presente siglo, siendo el crecimiento económico el gran motor de la urbanización, cuyo impacto no está exento de contradicciones y complejidades (sociales, económicas y culturales).

Las cifras nacionales del porcentaje de población urbana no reflejan en su totalidad los procesos demográficos que ocurren al interior de los países, en sus estados o provincias, pero orientan acerca del proceso global. Para los objetivos de este informe, conocer el nivel de urbanización que presentan los países y subregiones, es importante en tanto el mismo tiene un alto impacto en la configuración cotidiana de vida de la población, por las implicancias en los modos culturales y de organización de las estructuras laborales que se van determinando.

Las estimaciones de la proporción de población urbana en los países del continente hacia el año 2010<sup>3</sup>, indicaban importantes disparidades entre los países: algunos con sobre un 90% de población en zonas urbanas (Argentina, Uruguay y Venezuela, por ejemplo), en cambio otros con porcentajes inferiores al 20% (Trinidad y Tobago y Santa Lucía).

Por otra parte y en relación a la información sobre drogas, podemos señalar que los países cuentan con estudios nacionales en población escolar, generalmente adolescentes comprendidos entre los 13 y 17 años, por lo tanto resulta oportuno conocer las tasas de matrícula en este nivel de escolaridad por cada país.

De los 23 países con información<sup>4</sup>, en diez de ellos la tasa neta de matrícula es superior al 80%, con un máximo del 86%. En cinco países, entre el 70% y el 77% de los adolescentes en edad escolar se encuentran en algún dispositivo de educación. Sólo un país tiene una tasa de alumnos matriculados inferior al 50%.

## Objetivos

El presente “Informe del uso de drogas en las Américas 2015”, pretende brindar un panorama hemisférico y subregional del consumo de sustancias psicoactivas: alcohol, tabaco, marihuana, cocaínas, inhalables, estimulantes de tipo anfetamínico, nuevas sustancias psicoactivas, heroína, opiáceos y opioides, y psicofármacos sin prescripción médica. Esta información proviene principalmente de tres fuentes: estudios nacionales en población escolarizada del nivel medio, en población general y en estudiantes universitarios, los cuales fueron realizados por cada uno de los países. También se describe el uso abusivo de alcohol en adolescentes escolarizados y la percepción de riesgo del consumo ocasional y frecuente de las sustancias psicoactivas, en tanto indican niveles de rechazo o permisividad a dicha conducta por parte de los grupos poblacionales, así como su posible impacto en las tasas de consumo. Otros factores comparables que son analizados refieren a la percepción de facilidad de acceso a determinadas sustancias psicoactivas, así como los episodios de oferta directa de marihuana, cocaína, pasta base y “éxtasis” recibidas en el último año, según cada población analizada.

Por lo tanto, los objetivos de conocimiento se orientan a:

- Evaluar la magnitud y características del consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaínas, inhalables, estimulantes de tipo anfetamínico, estimulantes y tranquilizantes sin prescripción médica en el hemisferio, considerando su prevalencia en la población escolarizada del nivel medio, población general y estudiantes universitarios.
- Entregar un visión regional sobre el estado de situación de las nuevas sustancias psicoactivas.
- Actualizar la situación sobre el uso de heroína en la región.
- Conocer y evaluar la relación entre el consumo y la percepción de gran riesgo del uso ocasional y frecuente de sustancias psicoactivas, según los segmentos poblacionales analizados.
- Conocer y evaluar la relación entre el consumo y la percepción de facilidad de acceso y episodios de oferta directa recibidos de sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, pasta base y “éxtasis”, en población escolar, población general y estudiantes universitarios.
- Conocer las tendencias de consumo monitoreadas por los países en diferentes poblaciones, según la información disponible.
- Aportar antecedentes para una mejor comprensión del fenómeno como un elemento central en las decisiones sobre políticas de drogas.

## Metodología

Los datos presentados en este Informe fueron entregados al Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD (OID/CICAD) por los Observatorios Nacionales de Drogas dependientes de las Comisiones Nacionales de Drogas, a solicitud del OID. Tales datos corresponden a los estudios disponibles hasta enero del año 2015. Por otra parte, la información de Canadá fue proporcionada a la CICAD por la Dirección de Sustancias Controladas y Tabaco del Ministerio de Salud de ese país. Los datos de los Estados Unidos para estudiantes secundarios fueron obtenidos del Informe “Monitoreando el Futuro” del año 2014 y complementados por el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), mientras que los de población general fueron calculados de la base de

datos de la Encuesta Nacional de 2013, de los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMSHA). Otra información, principalmente sobre tendencias, fue obtenida directamente de los reportes de sitios web de los Observatorios de Drogas correspondientes.

Con la intención de obtener no sólo una mirada a nivel de países, en la medida de lo posible se realizaron estimaciones a nivel de cada una de las 4 subregiones que componen el hemisferio, es decir, Norte, Centro y Sud América y el Caribe. Además se incluye la estimación a nivel global de la región.

Los estudios de referencia para este reporte según países son los siguientes:

País	Observatorio Nacional – Comisión Nacional	Estudiantes Secundarios	Población general	Estudiantes universitarios
		Año último estudio disponible para informe		
Antigua y Barbuda	Office of National Drug and Money Laundering Control Policy (ONDCP)	2013		
Argentina	Observatorio Argentino de Drogas- SEDRONAR	2011	2011	
Bahamas	National Anti-Drug Secretariat (NDS)	2011		
Barbados	National Council on Substance Abuse (NCSA)	2013	2006	
Belize	National Drug Abuse Control Council Ministry of Health (NDACC)	2013	2005	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Observatorio Boliviano de Drogas, Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID)	2008	2014	2012
Brasil	Observatorio Brasileño de Drogas (OBID), Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)	2010	2005	2010
Canadá	Controlled Substances and Tobacco Directorate, Health Canada.	2010/11	2012	
Chile	Observatorio Chileno de Drogas, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	2013	2012	
Colombia	Observatorio Colombiano de Drogas, Ministerio de Justicia y del Derecho	2011	2013	2012
Costa Rica	Observatorio Costarricense de Drogas, Instituto Costarricense de Drogas (ICD)	2012	2010	

País	Observatorio Nacional – Comisión Nacional	Estudiantes Secundarios	Población general	Estudiantes universitarios
		Año último estudio disponible para informe		
Dominica	National Drug Abuse Prevention Unit, Ministry of Health (NDPU)	2011		
Ecuador	Observatorio Ecuatoriano de Drogas, Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicoactivas (CONSEP)	2012	2013	2012
El Salvador	Observatorio Salvadoreño de Drogas, Comisión Nacional Antidrogas (CNA)	2008	2014	2012
Estados Unidos	National Office on Drug Control Policy (ONDCP), and National Institute on Drug Abuse (NIDA)	2014	2013	
Grenada	Drug Control Secretariat	2013		
Guyana	Ministry of Home Affairs	2013		
Haití	Haitian Observatory on Drugs, National Commission for the Fight Against Drugs (CONALD)	2014		
Honduras	Observatorio Hondureño de Drogas	2005		
Jamaica	Direction of Information and Research, National Council on Drug Abuse (NCDA)	2013		
México	Observatorio de Tabaco, Alcohol y otras Drogas, Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)		2011	
Panamá	Observatorio Panameño de Drogas, , Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas (CONAPRED)	2008		
Paraguay	Observatorio Paraguayo de Drogas, Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD)	2005	2003	
Perú	Observatorio Peruano de Drogas, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA)	2012	2010	2012
Rep. Dominicana	Observatorio Dominicano de Drogas, Consejo Nacional sobre Drogas (CND)	2008	2010	
Saint Kitts y Nevis	National Council on Drug Abuse Prevention	2013		

País	Observatorio Nacional – Comisión Nacional	Estudiantes Secundarios	Población general	Estudiantes universitarios
		Año último estudio disponible para informe		
San Vicente y las Granadinas	Ministry of Health and the Environment	2013		
Santa Lucía	Substance Abuse Advisory Council Secretariat	2013		
Suriname	National Drugs Council (NAR), Bureau of National Security	2006	2007	
Trinidad y Tobago	National Drug Council (NDC), National Alcohol and Drug Prevention Program Secretariat (NADAPP)	2013		
Uruguay	Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas (JND)	2014	2011	
Venezuela (República Bolivariana de)	Observatorio Venezolano de Drogas, Oficina Nacional Antidrogas (ONA)	2009	2011	2014



## FUENTES DE INFORMACIÓN: ALCANCES Y LIMITACIONES

### Estudios nacionales en población escolar

Los datos de consumo de sustancias psicoactivas que se analizan en este informe refieren, en los **Estudios nacionales en población escolar**, a los adolescentes que se encuentran cursando el 8°, 10° y 12° grado de escolaridad, cualquiera sea la nomenclatura escolar que el país defina y se corresponden generalmente a las edades de 13, 15 y 17 años. Sólo en el caso de Venezuela los datos corresponden a los estudiantes que se encuentran entre el 7° y 12° grado. En el caso de Brasil, dado que la encuesta realizada en ese país en el año 2010 incluyó a la población de estudiantes de 10 a 19 años de edad, de 27 capitales federales, los datos fueron recalculados por el OID – con la autorización de SENAD-, Brasil- considerando sólo el segmento etario de 13 a 18 años.

En general los estudios tienen alcance nacional (cubren las principales ciudades) y las preguntas sobre consumo, binge drinking, percepción de gran riesgo, percepción de facilidad de acceso y oferta recibida son comparables entre los países analizados. Las metodologías de diseño de muestras y el levantamiento de la información, a partir de encuestas con formato de autorespuesta por parte de los alumnos, son similares entre los países.

Se dispone de información en algún área para 31 países, entre ellos Estados Unidos y Canadá en América del Norte (hasta la publicación de este informe, México no disponía de estudios nacionales en esta población); Belize, Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá en América Central; de Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) en América del Sur y de los doce países que forman parte del Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Grenada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tobago). De esta forma se calcularon las tasas de consumo subregionales.

Sin embargo, al analizar los datos subregionales, hay que tener presente el peso de los grandes países en cada subregión, como Estados Unidos en América del Norte y Brasil en América del Sur, ya que ello impacta fuertemente el promedio subregional correspondiente. Por otro lado, para el cálculo de los indicadores subregionales se tuvieron en cuenta los países cuyos estudios fueran del año 2010 en adelante y, por lo tanto, quedaron afuera de los promedios regionales Bolivia, El Salvador, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Suriname y Venezuela.

La información presentada en este informe sobre la percepción de riesgo se basa en un módulo de preguntas sobre las percepciones de riesgo asociadas a ciertas conductas relacionadas al consumo de drogas. En países angloparlantes del Caribe, dicha pregunta se refiere a la “percepción de daños a la salud” mientras que en los países hispanoparlantes en Latinoamérica se pregunta sobre la “percepción de riesgo”. Si bien estas preguntas no son iguales en estricto rigor, apuntan a conceptos semejantes y los datos de las dos subregiones son similares. *Para los propósitos de este informe, los resultados de percepción de riesgo se tratan como comparables.*



## Población general

La información sobre la **población general** proviene de los estudios nacionales en la población comprendida entre los 12 y 64 años, con las excepciones de Argentina que contempla la población de 16 a 65 años, de Uruguay que incluye de 15 a 65 años y de Canadá que abarca la población de 15 a 64 años. Si bien Estados Unidos define la población objetivo de 12 años y más, para los efectos de este informe la misma fue ajustada a 12 a 64 años y es sobre esta población que se presentan los indicadores correspondientes. Las preguntas destinadas a medir prevalencia, percepción de gran riesgo, facilidad de acceso y oferta son similares entre los países.

En todos los países estos estudios siguieron la metodología de los estudios en hogares, mediante la selección aleatoria del respondiente por hogar y la aplicación del cuestionario en una entrevista en condiciones de privacidad. Los diseños muestrales son nacionales y de poblaciones urbanas, con diferentes niveles de representación al interior de cada país.

Se cuenta con información de 19 países tal como se describiera anteriormente: los tres que conforman América del Norte, tres de América Central, once de América del Sur y sólo dos del Caribe. Por lo tanto, en relación a los indicadores de consumo en población general, no se calculan los datos subregionales.

## Población universitaria

Respecto de los estudios en **población universitaria**, se dispone de información de siete países. En cuatro de ellos que forman parte de la Comunidad Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), los estudios fueron realizados con igual metodología (captura en línea a partir de muestras nacionales y selección aleatoria de estudiantes) y formaron parte de un mismo proyecto de la Comunidad Andina de los años 2012 y 2009. Adicionalmente El Salvador (2012) utilizó la misma metodología que los países andinos y, aunque con una metodología distinta, también se dispone de información de Brasil (2010) y Venezuela (2014).

## Datos de tendencia

Finalmente, en las tres poblaciones estudiadas se utilizaron los **datos de tendencia** de los países que cuentan con al menos tres estudios comparables y que han hecho pública dicha información, y a la cual se accedió a través de los Observatorios Nacionales de Drogas correspondientes o entidades equivalentes. Son los casos de los estudios en población escolar de Argentina (2001-2011), Chile (2001-2013), Perú (2005-2012), Costa Rica (2006-2012), Uruguay (2003-2014), Estados Unidos (1991-2013). A modo de excepción y considerando la relevancia del monitoreo del consumo en un período largo de tiempo, es que se incorporan los datos correspondientes a la ciudad de México (1989-2012). En relación a los datos comparables de estudios en población general, se contó con la información de Argentina (2004-2011), Chile (1994-2012), Estados Unidos (2002-2013), México (2002-2011), Perú (1998-2010) y Uruguay (2001-2011).

También se incluyeron en este informe los datos de los dos estudios comparables en estudiantes de enseñanza media realizados en los países del Caribe, por la homogeneidad y cobertura subregional de esta información, tomando los primeros estudios realizados en el año 2009 o antes y los que datan de los años 2011 a 2014.

Finalmente, se incluyen también los datos comparados de estudios equivalentes en población general de Colombia (2008 y 2013) y en población escolar de 10 a 19 años y más en Brasil (2004 y 2010).

Tal como se ha descrito, el informe considera un caudal importante de información que permite un análisis a nivel hemisférico en relación a los niveles de consumo, el uso precoz y algunos factores de riesgo-protección seleccionados. Esta descripción con pretensión de identificar tendencias y problemas, tiene limitaciones. Estamos conscientes que dar cuenta del problema de las drogas e incluso del problema del abuso de sustancias requiere de mayor información y análisis, y de una complementariedad de fuentes de información y de estudios.

Varios países de las Américas han avanzado en esta dirección con el desarrollo de líneas de investigación que les permite contar con análisis de mortalidad y morbilidad asociada, de episodios de violencia y comisión de delitos, de violencia doméstica, callejera o autoinfligida. Estudios cualitativos que exploran y dan cuenta del complejo mundo de las representaciones sociales asociadas al consumo y al abuso de sustancias psicoactivas. Estudios cualitativos y cuantitativos en las llamadas poblaciones ocultas, para estimar la magnitud y patrones específicos de consumo de drogas.

Por otro lado, los análisis sobre el impacto que los sistemas normativos y legales tienen sobre los derechos humanos de los usuarios de sustancias psicoactivas y que dan cuenta de los procesos de estigmatización y criminalización de los consumidores según los sistemas.

Finalmente, es necesario integrar en un marco comprensivo y explicativo los indicadores de la oferta de drogas, tales como incautaciones, rutas de tráfico, producción y desvío de precursores químicos. También se vuelve absolutamente necesario avanzar en los análisis de caracterización química de drogas, conocer los niveles de pureza y cantidad y tipo de adulterantes y diluyentes utilizados, que impactan en los niveles y tipos de daños que su consumo provoca.

En síntesis, el esfuerzo en presentar esta información es sólo para mostrar la punta del iceberg de problemas más complejos y cambiantes.

### **Acercas de la comparabilidad de la información**

A pesar de que todos los estudios tienen la misma población de referencia (salvo las excepciones comentadas), se utilizaron iguales metodologías de diseño de muestra y de levantamiento de la información, y las mismas preguntas para estimar los indicadores seleccionados para el presente informe, los datos no son estrictamente comparables. Para ello debieran estandarizarse sus poblaciones y ajustarse los alcances muestrales, además de haber sido implementados bajo estrictas condiciones para la comparabilidad.

## ORGANIZACIÓN DEL INFORME: DIMENSIONES Y CAPÍTULOS

Con el propósito de volcar toda la información posible, hacer legible los temas y mantener un modo de exposición que permita integrar los diferentes datos, este informe se organiza a partir de las sustancias psicoactivas, es decir, que cada capítulo reúne los datos, descripciones y análisis alrededor de cada sustancia en el siguiente orden: alcohol, tabaco, marihuana, sustancias inhalables, cocaínas (clorhidrato, pasta base y crack), estimulantes de tipo anfetaminicos, como también otros temas emergentes.

En un primer momento se analizan los niveles de consumo a través de la prevalencia de vida, de los últimos 12 meses o año (también referido a uso reciente en el informe) y de los últimos 30 días o mes (también referido a uso actual en el informe), según cada sustancia psicoactiva. Con el objetivo de hacer observable la precocidad del consumo, se analiza la prevalencia del consumo en los estudiantes que cursan el octavo grado, según los estudios en población escolar. También se pone énfasis en los menores de edad (12 a 17 años) y en los jóvenes (18 a 34 años) en los estudios en población general, debido a que son los grupos etarios de mayor consumo de drogas en el mundo.

La presentación de la información por país está organizada por subregiones y tiene como objetivo brindar de manera gráfica, una mirada a nivel hemisférico y subregional en la cual pueda ubicarse a cada país. El objetivo no es hacer un ranking, sino que cada país pueda dimensionarse en relación a la subregión a la cual pertenece, así como también contar con una imagen de cada subregión en relación a las otras.

En segundo lugar se incorporan variables que pudiesen aportar información respecto del consumo de drogas, y que fueron captados en los estudios epidemiológicos que dan sustento a este informe y que además gozan de cierta comparabilidad y disponibilidad en todos los estudios (escolares, población general y estudiantes universitarios) y países. Efectivamente, éstas son aquellas que sin pretensión de ser determinantes o explicativas de los consumos de drogas, la mayor parte del tiempo están asociadas a los mismos. Estos indicadores son la percepción del gran riesgo sobre el uso ocasional y frecuente, la percepción de facilidad de acceso a marihuana, cocaína, pasta base y “éxtasis”, y la oferta recibida de cada una de estas sustancias.

La *opinión sobre el riesgo percibido* fue solicitada frente a dos frecuencias de uso de drogas: de manera ocasional o “alguna vez” y de manera frecuente o “frecuentemente”. Si bien la información disponible contempla el abanico de respuestas que considera gran riesgo, riesgo moderado, ningún riesgo y no sabe, para el presente informe se seleccionó la opinión de Gran Riesgo. El porcentaje de población que se ubica en esta opinión estaría, desde el punto de vista de su percepción del daño, en menor probabilidad de consumir drogas, aunque no exenta de hacerlo, según indica la evidencia internacional.

Las dimensiones de *percepción de facilidad de acceso*, en tanto analiza las respuestas que dan cuenta de cuán fácil resulta, desde un punto de vista subjetivo, conseguir determinadas drogas.

La *oferta directa, derivada de la pregunta de carácter objetivo “alguna vez en el último año o mes te han ofrecido drogas, ya sea para probar o comprar”* da cuenta de porcentajes de población que estuvo en condiciones de disponer de manera más directa de drogas y tal mayor disponibilidad generaría un mayor riesgo de consumo de una determinada sustancia psicoactiva.

La diferencia entre ambos indicadores relacionados con el acceso a drogas es que el primero, la percepción de facilidad de acceso, se nutre de diferentes fuentes como cualquier percepción y puede estar influenciado por el entorno, los medios de comunicación o la propia experiencia. En cambio, el indicador de oferta directa refiere a un hecho concreto ocurrido a la persona que responde, es decir, que en un lapso de tiempo determinado ha recibido oferta de la droga bajo análisis.

Para cada una de estas tres dimensiones (percepción de gran riesgo y de facilidad de acceso y oferta recibida), se analiza la asociación con las tasas de consumo, de manera de lograr mayor conocimiento sobre el fenómeno del consumo de drogas en las Américas.

En tercer lugar, con el objetivo de evaluar la tendencia en el consumo de drogas, se incorpora la información disponible de los países según se detalló anteriormente.

Finalmente, este informe se organiza de la siguiente manera:

Un Resumen Ejecutivo que proporciona en una lectura rápida los tópicos sobresalientes por capítulo, y las principales conclusiones y recomendaciones que derivan de los resultados.

En capítulos separados por sustancias psicoactivas, se presentan los datos y análisis de acuerdo a las dimensiones detalladas anteriormente.

En el Anexo se ubican las tablas por cada sustancia psicoactiva, la cual contiene información detallada de la prevalencia de vida, último año y último mes, para los estudios en población escolar, población general y estudiantes universitarios; la prevalencia de último año según sexo y cursos o grados en población escolar; la prevalencia de último año según sexo y grupos etarios en población general; la distribución de las opiniones de percepción de gran riesgo para uso ocasional y frecuente, sobre la percepción de facilidad de acceso y oferta de drogas recibida, para las tres poblaciones analizadas.

---

## CAPÍTULO 1: ALCOHOL

---

### Introducción

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo. Su uso es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total de alcohol per cápita es un 30%, superior al promedio mundial<sup>5</sup>. A pesar de que la mayoría de las personas que consumen alcohol nunca desarrollan un problema, la ciencia indica que cuánto antes las personas empiezan a consumir alcohol, más probabilidades tienen de desarrollar hábitos de consumo peligrosos, así como enfermedades relacionadas con el alcohol a largo plazo. El alcohol representa uno de los riesgos más importantes para la salud, especialmente en los países de las Américas con ingresos bajos y medios, y su consumo está asociado tanto con la incidencia de enfermedades, como con el impacto de una enfermedad en el organismo. De hecho, el consumo nocivo de alcohol es la causa principal de más de 60 tipos de enfermedades y traumatismos, y es responsable de la muerte de aproximadamente 2,5 millones de personas al año en todo el mundo.<sup>6</sup> El consumo de alcohol también está asociado con diversos problemas sociales<sup>7,8</sup> y guarda una estrecha relación con la violencia doméstica, el abandono y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictivas<sup>9,10,11,12,13,14,15</sup>.

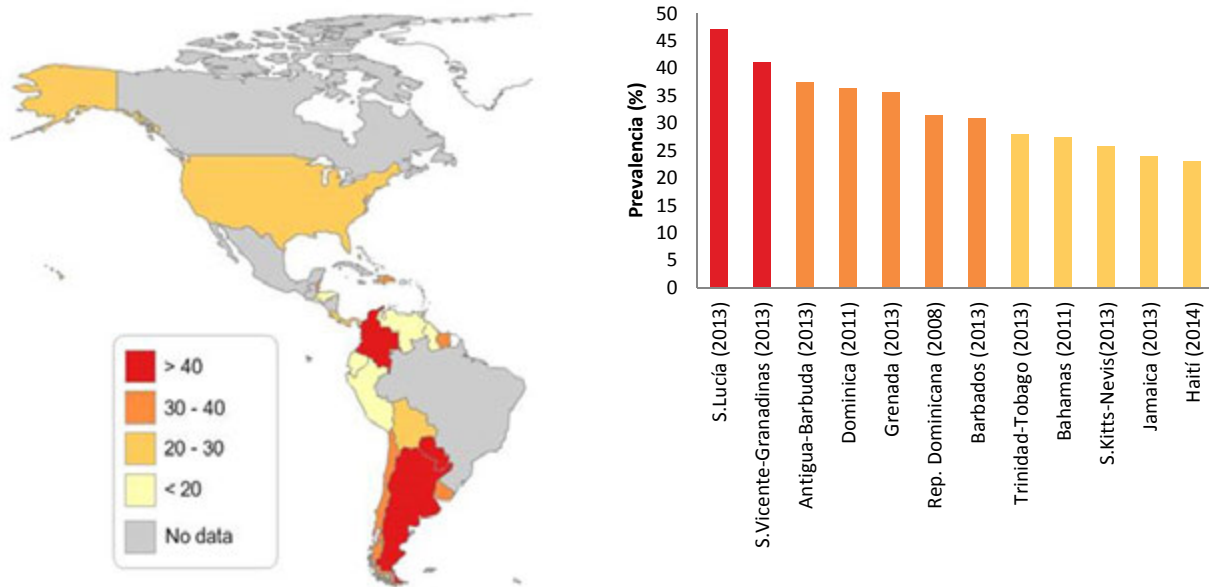
Los adolescentes son un grupo especialmente vulnerable debido a su etapa de desarrollo. Las investigaciones indican que el primer consumo de alcohol antes de los 15 años está relacionado con un mayor riesgo de tener problemas relacionados con el alcohol en la edad adulta<sup>16,17</sup>. Por lo tanto, cualquier consumo de alcohol en este grupo de la población se considera un comportamiento de alto riesgo y guarda una estrecha relación con otros comportamientos de alto riesgo, tales como la conducción en estado de ebriedad, el consumo de tabaco y la conducta sexual temprana. De hecho, dado que el alcohol es una sustancia controlada en todos los países del Hemisferio, todo consumo entre personas menores de la edad mínima legal para ingerir alcohol deberá considerarse uso indebido.

### El consumo de alcohol entre los estudiantes secundarios

En las Américas se observa una amplia gama de hábitos de consumo de alcohol. En cinco países de Sudamérica y el Caribe, más del 75% de los estudiantes secundarios han consumido alcohol en algún momento de su vida, mientras que en El Salvador y Venezuela, un poco más del 30% han experimentado con el alcohol.

Hay una amplia gama de rangos de prevalencia del consumo de alcohol entre los estudiantes secundarios en Sudamérica, desde menos de un 20% a casi un 70%. Más del 50% de los estudiantes secundarios en Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Grenada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Uruguay han consumido alcohol durante el último año. La prevalencia en el último año en Bahamas, Belize, Canadá, Estados Unidos, Jamaica, Saint Kitts y Nevis y Trinidad y Tobago ha oscilado entre un 40% y 50%. Las tasas de consumo más bajas, de un 20% o inferiores, se observan en Ecuador, El Salvador y Venezuela.

En este capítulo, utilizaremos la prevalencia de último mes como el principal indicador de consumo de alcohol en cada grupo de población. La prevalencia de último mes muestra una amplia gama de rangos de prevalencia en todo el Hemisferio, que van de por debajo de un 10% a por encima de un 50%. En el gráfico 1-1, podemos observar que cinco países tienen una prevalencia del consumo de alcohol en el último mes, entre los estudiantes secundarios, superior al 40%. Estas cifras sugieren que en muchos Estados Miembros el alcohol es de fácil acceso para este grupo de población.

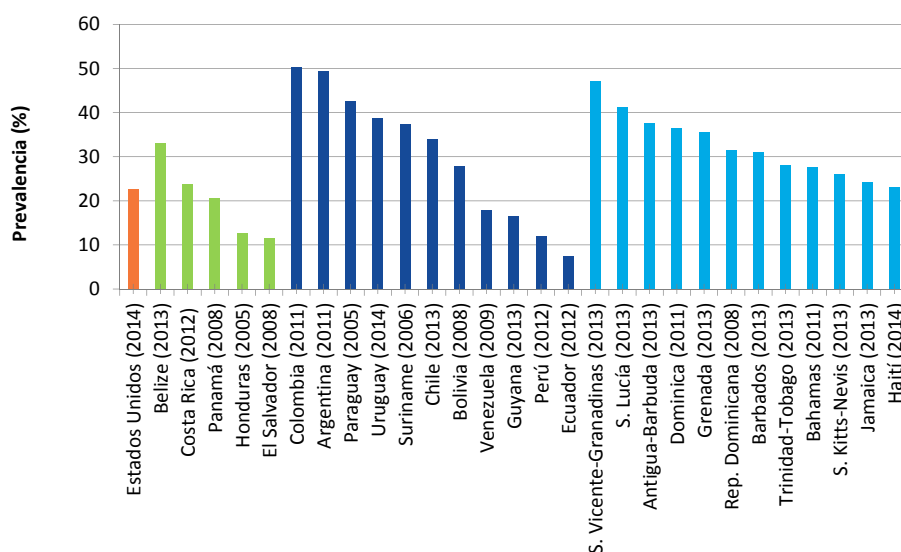


*Gráfico 1-1: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de las Américas*

La adolescencia se considera un período de riesgo crítico para el inicio del consumo de alcohol<sup>18</sup>. Los estudios indican que aquellos que empiezan a consumir alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva en las primeras etapas de la adolescencia (de 12 a 14 años de edad)<sup>19</sup> tienen más probabilidades de desarrollar abuso o dependencia a largo plazo, que aquellos que empiezan a consumir alcohol en edad adulta. De hecho, las investigaciones indican que cuánto más temprano se inicia el consumo de alcohol, mayor es el riesgo de que, con el paso del tiempo, tenga diversos efectos nocivos para la salud.

En el gráfico 1-2 podemos observar que en Argentina, Colombia y San Vicente y las Granadinas casi la mitad de los estudiantes secundarios ha consumido alcohol durante el último mes.

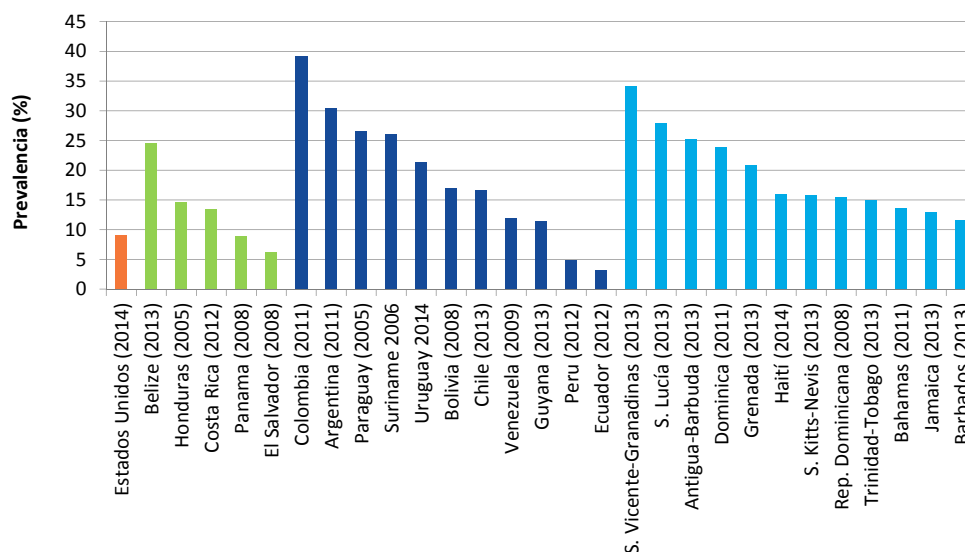




**Gráfico 1-2: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios por subregión**

De los 29 países que figuran en la tabla, 14 muestran una prevalencia del consumo de alcohol en el último mes entre los estudiantes secundarios por encima del 30%. Los rangos de prevalencia en el último mes más bajos para este grupo de población se observan en Honduras con un 12,7%, Perú y El Salvador con una prevalencia de casi un 12%, y Ecuador con aproximadamente un 7%.

El gráfico 1-3 muestra que los estudiantes de 8<sup>o</sup> grado son los que representan el grupo de edad más joven en las encuestas de las escuelas secundarias.

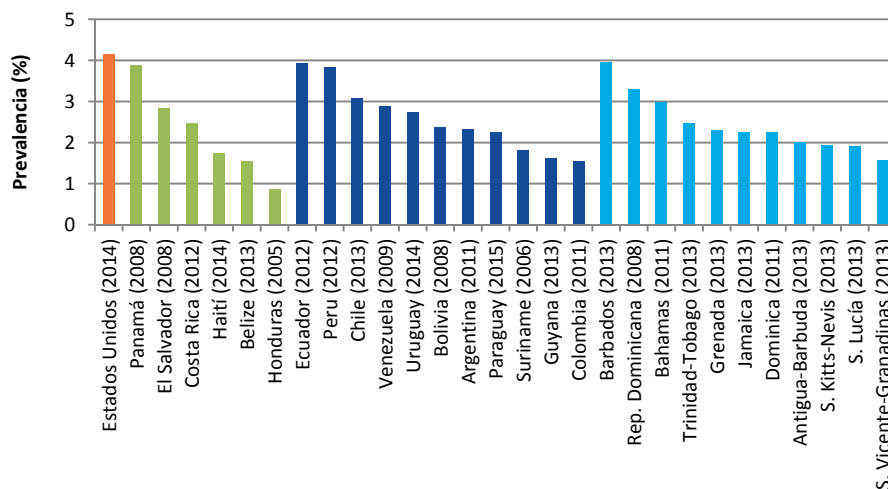


**Gráfico 1-3: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de 8º grado por país y subregión**

En Argentina, Colombia y San Vicente y las Granadinas por lo menos el 30% de los estudiantes secundarios en 8º grado han consumido alcohol en los últimos 30 días. En más de la mitad de los países que se muestran en el

gráfico, por lo menos el 15% de los estudiantes de octavo grado han consumido alcohol durante el último mes. El consumo de alcohol tan temprano y de forma regular entre este grupo de población destaca la necesidad de prestar especial atención en la prevención e intervención temprana.

El consumo de alcohol entre estudiantes secundarios aumenta rápidamente entre los grupos etarios (gráfico 1-4). En los Estados Unidos, Panamá, Ecuador, Perú, Chile, Barbados y la República Dominicana el consumo de alcohol en el último mes se triplicó entre el 8º y 12º grados. En 20 de los países, el consumo de alcohol en el último mes se ha más que doblado entre el 8º y 12º grados.



**Gráfico 1-4: Tasa de aumento del consumo de alcohol en el último mes de los estudiantes secundarios de 8º a 12º grados, por país y subregión**

Tomando la media ponderada del consumo de alcohol entre los estudiantes en Sudamérica (tabla 1-1), utilizando datos recientes (2010 y posteriores), el consumo promedio de último mes en Sudamérica es superior al 35%. Cabe mencionar que los rangos para Sudamérica son muy amplios, desde alrededor de un 7% en Ecuador a algo más de un 50% en Colombia. Si bien el rango de prevalencia de último mes es el mismo para todo el Hemisferio, el promedio ponderado de la prevalencia de último mes para Sudamérica es considerablemente superior al del Hemisferio.

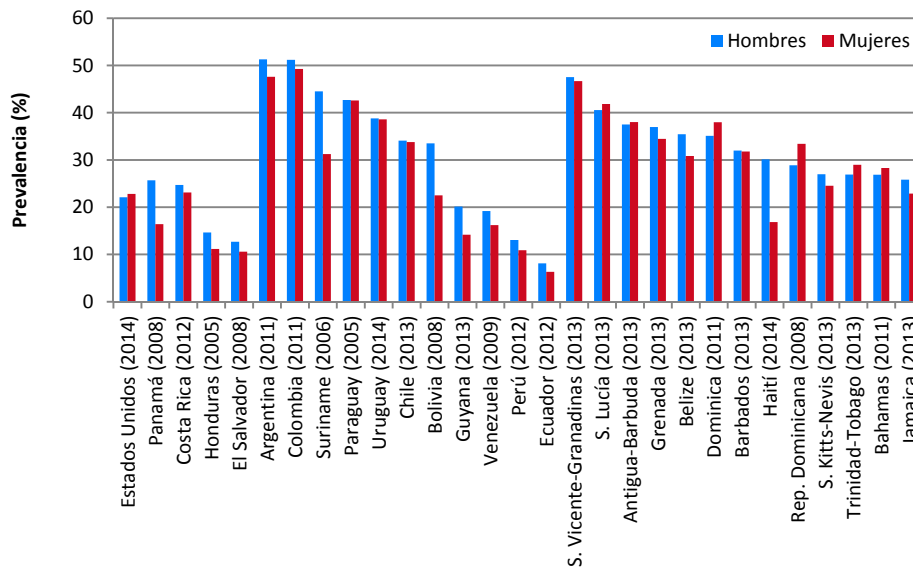
**Tabla 1-1: Promedio ponderado de la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes entre estudiantes secundarios por subregión y total en el Hemisferio, utilizando datos de 2010 o más recientes.**

Subregión	Último mes	Valor mínimo-Valor máximo
América del Sur	35,76	7,3 - 50,8
El Caribe	24,78	22,97 - 47,06
Hemisferio	26,76	7,3 - 50,18

\* Se incluyen solamente países con información de 2010 o posterior. No se dispone de medias ponderadas para Norteamérica y Centroamérica

En el Caribe, el rango de prevalencia de último mes es inferior, sin embargo el promedio ponderado es un poco más bajo que el promedio ponderado del Hemisferio. En el caso del Caribe, cabe destacar que Jamaica y Haití tienen una gran influencia en la media ponderada de la región, ya que ambos países cuentan con un tamaño de población mucho más grande que los del resto de la subregión.

Cuando se examina el consumo de alcohol según el sexo entre los estudiantes secundarios (gráfico 1-5) podemos observar que, en la mayoría de los países, el consumo de alcohol entre niños y niñas es similar.



**Gráfico 1-5: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en estudiantes secundarios por sexo, según país y subregión**

En Belize, Costa Rica, El Salvador, Argentina, Colombia, Paraguay, Uruguay, Chile, Ecuador, Guyana, Perú, San Vicente y las Granadinas, Grenada, Barbados, Saint Kitts y Nevis y Jamaica la prevalencia de uso entre hombres y mujeres es prácticamente la misma. La mayor diferencia se observa en Haití, donde la proporción de estudiantes hombres que consumieron alcohol en el último mes es prácticamente el doble que en mujeres.

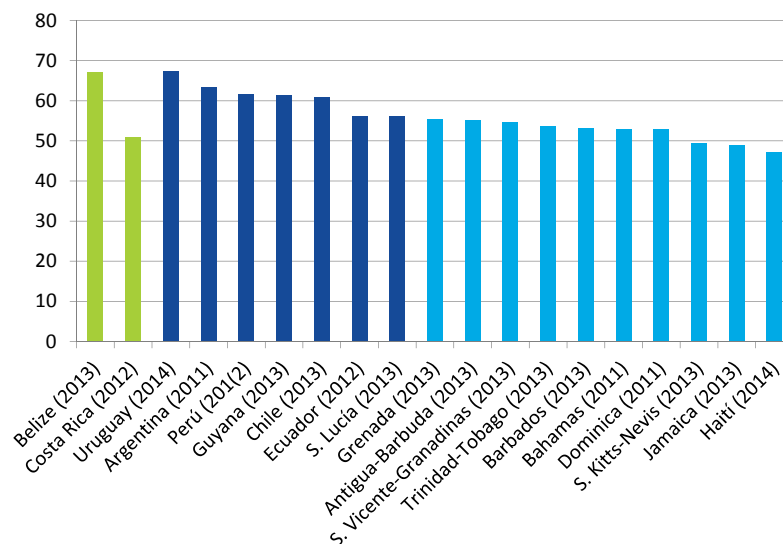
Puede ser interesante observar que en siete países, a pesar de que la prevalencia entre ambos sexos es similar, la prevalencia entre las estudiantes mujeres es marginalmente superior que entre los estudiantes hombres en los Estados Unidos, Antigua, Bahamas, Dominica, República Dominicana, Santa Lucía y Trinidad y Tobago.

### Consumo compulsivo de alcohol (*binge drinking*)

Cabe destacar que los países del Hemisferio aplican definiciones algo distintas al consumo compulsivo de alcohol o *binge drinking*. En los países que aplican la metodología del SIDUC, se entiende por consumo compulsivo de alcohol la proporción de estudiantes que consumieron alcohol durante el último mes y que también consumieron cinco o más bebidas alcohólicas en un solo evento durante las dos semanas anteriores a la encuesta. Esta definición difiere de la de Canadá y Estados Unidos, donde el consumo compulsivo de alcohol se define como cuatro bebidas alcohólicas para las mujeres y cinco para los hombres.

Además, mientras que la metodología del SIDUC calcula el consumo compulsivo de alcohol como una proporción de todos los consumidores de alcohol en el último mes, la de Estados Unidos y Canadá utiliza medidas un poco diferentes: Estados Unidos mide el consumo compulsivo de alcohol entre los estudiantes secundarios como una proporción de todos los estudiantes, mientras que Canadá lo mide como una proporción de los estudiantes que han consumido alcohol en el último mes. Por lo tanto, en sus respectivos contextos, Estados Unidos estima que aproximadamente el 12,5% de los estudiantes secundarios hombres y el 10,9% de las estudiantes secundarios mujeres consumieron alcohol de forma compulsiva en el año anterior a la encuesta (Monitoreando el Futuro, 2014), mientras que Canadá estima que aproximadamente el 38,6% de los estudiantes hombres y el 35,2% de las estudiantes mujeres que consumieron alcohol durante el año anterior a la encuesta, lo hicieron de forma compulsiva.

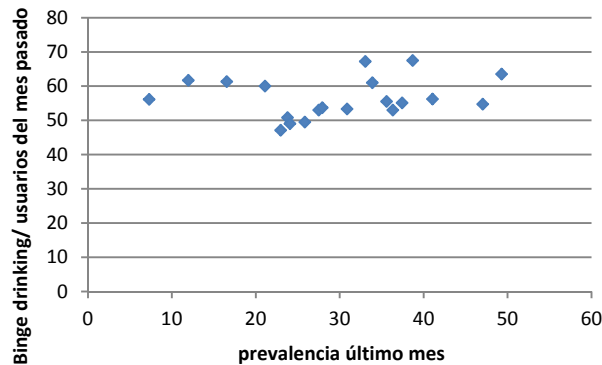
El gráfico 1-6 muestra las tasas de consumo compulsivo de alcohol entre los estudiantes secundarios que informaron haber consumido alcohol alguna vez durante los 30 días antes de la encuesta.



**Gráfico 1-6: Tasa de consumo compulsivo de alcohol en estudiantes secundarios que han consumido alcohol en el último mes, en América Latina y el Caribe.**

Las tasas de consumo compulsivo de alcohol van desde justo por debajo de un 50% a algo menos de un 70%. En la subregión de Sudamérica, podemos observar que en Argentina, Chile, Guyana, Perú, Suriname y Uruguay el consumo compulsivo de alcohol se encuentra entre el 60% y el 70% de los estudiantes que han consumido alcohol en el último mes. Prácticamente todos los países de El Caribe muestran tasas de consumo compulsivo de alcohol de entre un 40% a un 60% de los estudiantes que han consumido alcohol en el último mes. En otras palabras, casi en todos los países representados, uno de cada dos estudiantes que consumieron alcohol durante el último mes también indicaron haber consumido alcohol de forma compulsiva por lo menos una vez en las dos semanas anteriores a la encuesta.

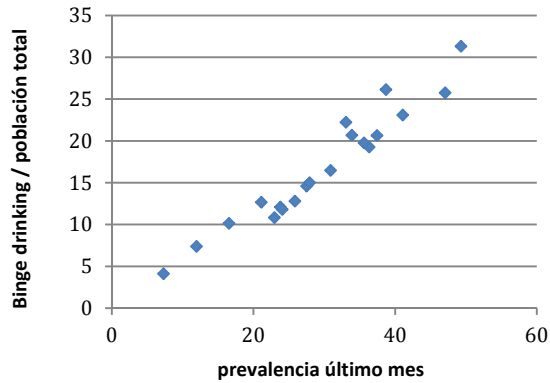
Si examinamos el fenómeno del consumo compulsivo de alcohol en un contexto un poco diferente, observamos que surgen otros patrones. Si se tiene en cuenta solamente el grupo de población que consumió alcohol durante los últimos 30 días (gráfico 1-7), se observa que independientemente de la prevalencia en los países, el consumo compulsivo de alcohol entre los que han consumido en el último mes es consistentemente de entre un 50% y un 70%.



**Gráfico 1-7: Asociación entre el consumo compulsivo como una proporción de los consumidores en el último mes y la prevalencia de último mes (cada punto representa un país de forma individual)**

Esto implica que el consumo compulsivo de alcohol puede no guardar relación alguna con la prevalencia general de su consumo entre estudiantes secundarios, y se concentra en mayor medida entre los adolescentes de mayor riesgo.

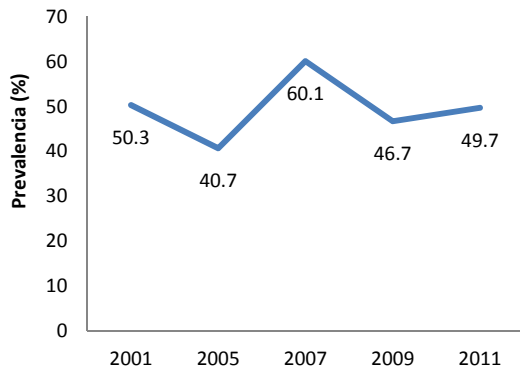
No obstante, si examinamos el consumo compulsivo de alcohol como una proporción de toda la población de estudiantes secundarios por completo, podemos observar que a medida que la prevalencia del consumo de alcohol aumenta, también aumenta la proporción de estudiantes que indicaron consumir alcohol de forma compulsiva (gráfico 1-8). Este puede ser un punto importante a tener en cuenta cuando las personas encargadas de formular políticas consideren la distribución de recursos para la prevención e intervención temprana.



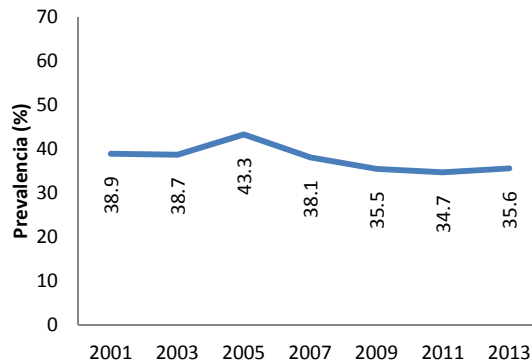
**Gráfico 1-8: Asociación entre el consumo compulsivo de alcohol como proporción de toda la población y prevalencia de último mes (cada punto representa un país de forma individual)**

### Tendencias en la población escolar secundaria

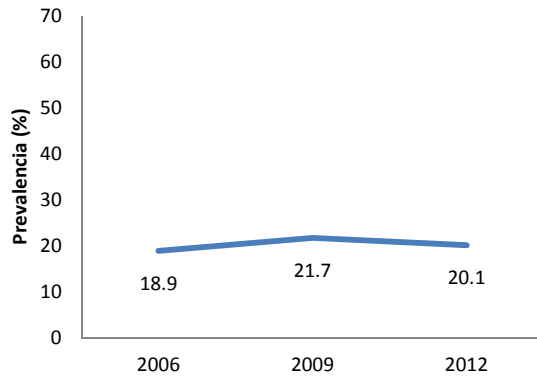
Las tendencias en el consumo de alcohol entre los estudiantes secundarios varían de un país al otro. En Argentina, Chile y Costa Rica la prevalencia de último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes secundarios parece ser estable con el paso del tiempo. En los Estados Unidos, Perú y Uruguay el consumo de alcohol entre los estudiantes secundarios parece estar disminuyendo.



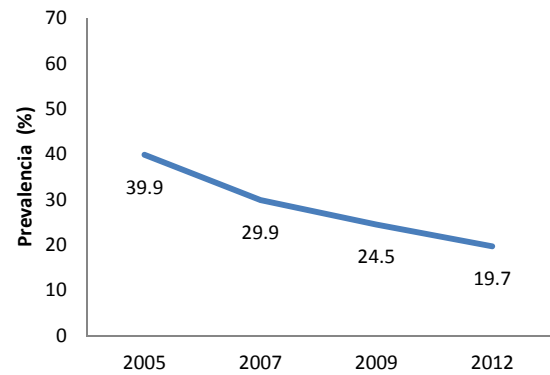
**Gráfico 1-9: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de Argentina, 2001-2011**



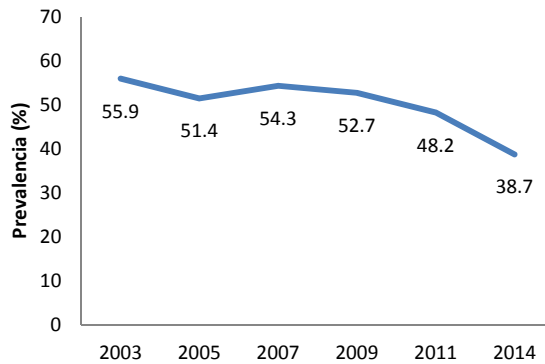
**Gráfico 1-10: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de Chile, 2001-2013**



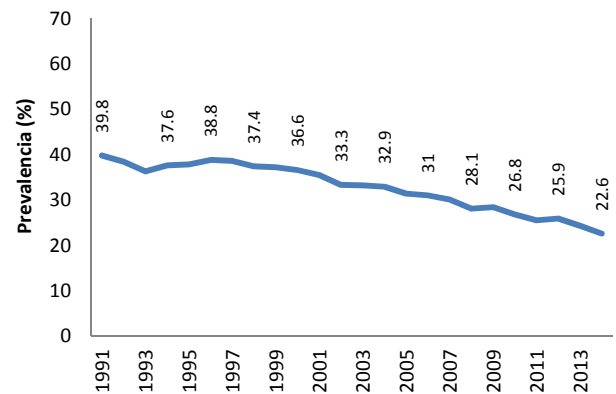
**Gráfico 1-11: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de Costa Rica, 2006-2012**



**Gráfico 1-12: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de Perú, 2005-2012**



**Gráfico 1-13: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de Uruguay, 2005-2014**

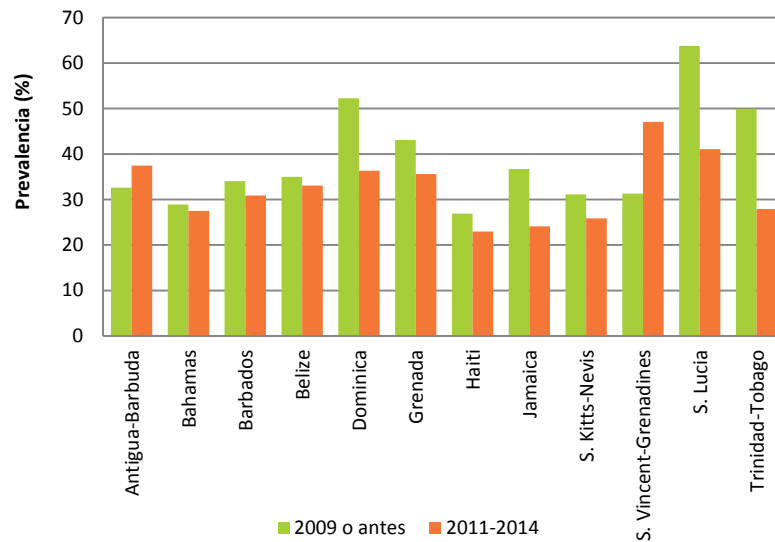


**Gráfico 1-14: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en los estudiantes secundarios de Estados Unidos, 1991-2013**

México dispone de datos relativos a las tendencias de consumo de alcohol entre estudiantes secundarios solamente para Ciudad de México. Según estos datos, el consumo de alcohol en el último mes ha aumentado persistentemente de un 30,1% en 1997 a un 40,1% en 2012.

Si bien no disponemos de datos sobre tendencias del consumo de alcohol en todos los países del Hemisferio, algunos países cuentan con datos que cabe mencionar. En Colombia, las dos encuestas escolares que se llevaron a cabo en 2008 y 2013, respectivamente, mostraron un aumento en la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes entre los estudiantes secundarios, de un 33,8% a un 35,8%<sup>20</sup>. En Guyana, la prevalencia del consumo en el último mes descendió, de un 38,2% en 2007 a un 16,5% en 2013.

El gráfico 1-15 muestra la prevalencia del consumo en el último mes entre los estudiantes secundarios en la subregión del Caribe.



*Gráfico 1-15: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en estudiantes secundarios del Caribe*

Entre los países del Caribe la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes disminuyó en casi todos ellos, excepto en Antigua y Barbuda y en San Vicente y las Granadinas.

## Consumo de alcohol en la población general

En la siguiente sección se describen datos sobre el consumo de alcohol tomados de estudios basados en la población general. En los países que aplican la metodología del SIDUC, la población general abarca el grupo de edad que va de los 12 a los 64 años. Sin embargo, los datos de algunos países abarcan grupos de población un poco diferentes, lo cual puede afectar la prevalencia. En Argentina se entiende por población general al grupo de edad que va de los 16 a los 65 años, mientras que en Uruguay es de los 15 a los 65 años y en Canadá de los 15 a los 64 años. En Estados Unidos, la población general abarca a las personas mayores de 12 años pero, para los fines de este informe, Estados Unidos proporcionó datos relativos a personas de entre 12 y 64 años de edad.

En el Hemisferio, el consumo de alcohol difiere mucho de un país al otro. La prevalencia en el ciclo de vida va desde por debajo de un 40% en Costa Rica a por encima de un 90% en Uruguay. La prevalencia del consumo de alcohol en el último año se encuentra entre un 50% y un 60% en México, Perú, Venezuela, Barbados, Chile, República Dominicana, Colombia y Bolivia, con tasas justo por debajo de un 50% tanto en Brasil como en Suriname (Anexo tabla A1.4). Más del 65% de la población general en Argentina, Canadá, Paraguay, Estados Unidos y Uruguay consumió alcohol en el último año, mientras que menos del 40% de la población consumió alcohol durante el último año en Belize, Ecuador, Costa Rica y El Salvador. La prevalencia de último año de consumo de alcohol más baja fue en El Salvador con un 18%.

El gráfico 1-16 presenta una amplia gama de rangos de consumo de alcohol entre la población general durante los últimos 30 días.



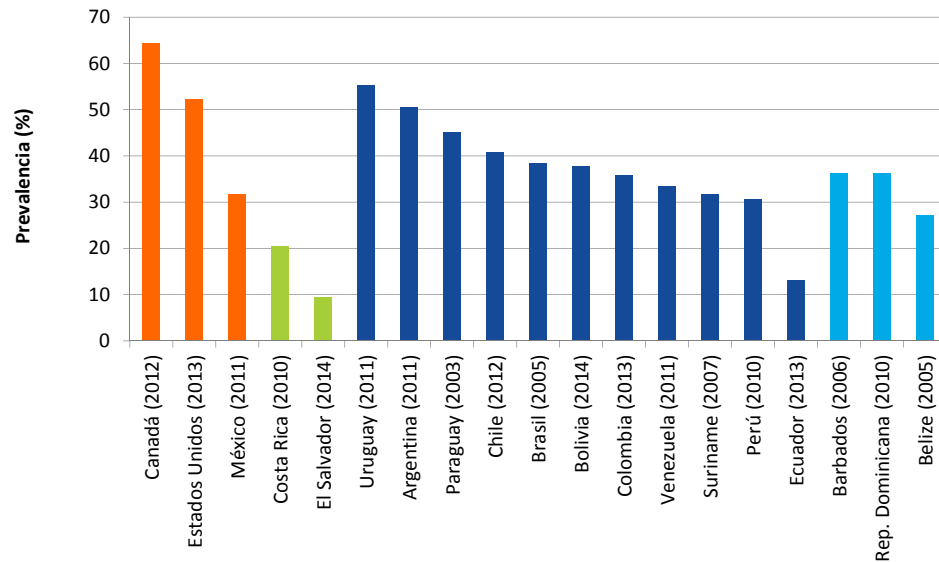


Gráfico 1-16: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en la población general por país y subregión

La prevalencia de último mes de consumo de alcohol va desde por debajo de un 10% en El Salvador a por encima de un 60% en Canadá. En la mayoría de los países con información disponible, podemos observar que por lo menos tres de cada diez personas en la población general consumieron alcohol en los últimos 30 días previos al estudio.

Cuando examinamos el consumo de alcohol entre la población general (gráfico 1-17) por grupo de edad, podemos observar que los niveles más altos de consumo en todo el Hemisferio se encuentran entre la población adulta que va de los 18 a los 34 años de edad.

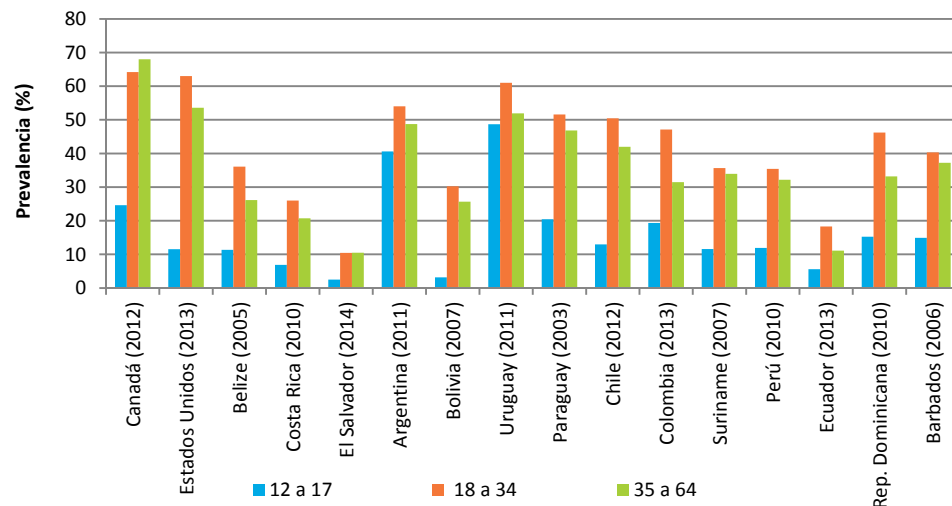


Gráfico 1-17: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol por grupos de edad, de 12 a 17 años<sup>2</sup>, de 18 a 34 años y de 35 a 64 años, por país y subregión

<sup>2</sup> Argentina: población de 16-64, Canadá: población de 15-64 y Uruguay: población de 15-65

No obstante, se observan niveles considerables de consumo regular de alcohol en menores de edad en prácticamente todos los países. En Argentina más de un 40% de las personas de edades entre los 16 y 17 años consumieron alcohol por lo menos una vez en el último mes. En Uruguay (dato no mostrado) casi un 52% de las personas de edades comprendidas entre los 15 y 18 años consumieron alcohol en el último mes. Dados los problemas asociados con el consumo de alcohol en edad temprana, cualquier consumo de alcohol entre este grupo de edad deberá ser motivo de preocupación.

A pesar de que México no fue incluido en este gráfico por no tener datos para cada grupo etario, la prevalencia de último mes entre los estudiantes de 12-17 años de edad fue 14,5%.

Para todos los otros Estados Miembros incluidos en este análisis, la prevalencia de último mes de consumo de alcohol es de un 20% o inferior. Además, en Costa Rica, El Salvador, Bolivia, y Ecuador la tasa para este grupo de edad es inferior a un 5%.

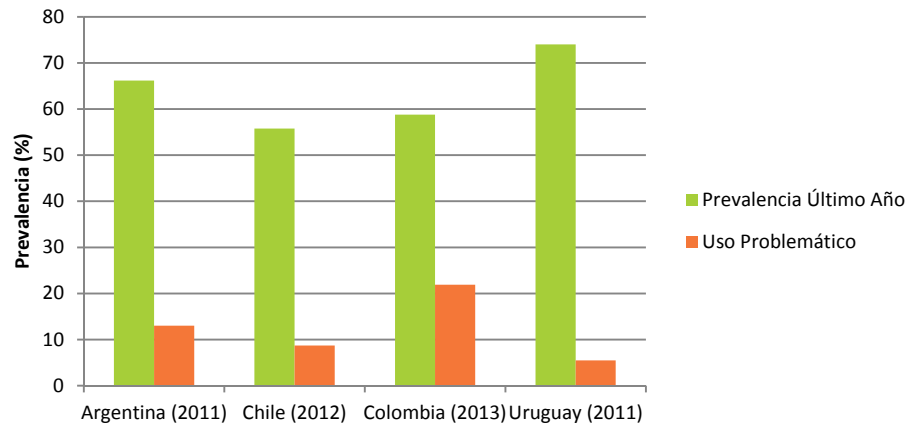
Sin embargo, los resultados para los estudiantes en el grupo etario entre 12 y 17 años debe ser interpretado con precaución. La prevalencia de último mes de uso de alcohol en Uruguay (48,7%), Argentina (40,6%) y Canadá (24,6%) parece ser más alta que en los otros países, pero esto puede explicarse parcialmente por la diferencia en las edades que definen los rangos etarios representados en cada país, que no corresponden exactamente con el de 12 a 17 años de edad usado en otros países.

## Consumo de alto riesgo o perjudicial de alcohol

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo riesgoso de alcohol es un patrón de consumo que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor y para su entorno. El consumo riesgoso de alcohol aumenta el riesgo de perjudicar al bebedor y a los demás, aunque el bebedor no haya sido diagnosticado de un trastorno relacionado con el alcohol.

Varios Estados Miembros aplican herramientas para detectar comportamientos de consumo riesgoso de alcohol. El siguiente gráfico ilustra datos tomados de cuatro países sudamericanos que miden el comportamiento de consumo riesgoso de alcohol en sus encuestas nacionales de hogares. Argentina, Chile, Colombia y Uruguay aplican una versión de autoinforme del Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)<sup>21</sup> en sus encuestas en la población general.

En la población general el consumo riesgoso de alcohol no aumenta de manera proporcional con la prevalencia del consumo de alcohol. El gráfico 1-18 muestra los niveles de consumo riesgoso de alcohol en cuatro países sudamericanos.



**Gráfico 1-18: Prevalencia de último año de consumo de alcohol y consumo de riesgo de alcohol entre personas que han consumido en el último año en la población general**

Uruguay muestra la mayor prevalencia de último año de consumo de alcohol, pero cuenta con una de las tasas más bajas de consumo riesgoso. En Colombia, más del 20% de las personas que consumieron alcohol durante el último año cumplían con los criterios de consumo riesgoso de alcohol. De hecho, el consumo riesgoso entre los hombres y mujeres colombianos es más elevado que entre sus contrapartes en los otros países. Argentina muestra tasas de consumo riesgoso de algo más del 10% y en Chile justo por debajo del 10%.

Perú llevó a cabo un estudio similar en el que se aplicó un instrumento conocido como *Escala Breve de Beber Anormal* (EBBA)<sup>22</sup> para medir el consumo problemático de alcohol. Perú (2010) estimó que aproximadamente el 22% de los hombres y el 8% de las mujeres (15,8% en total) en la población general muestran indicios de consumo de riesgo de alcohol de acuerdo con su escala. Según la encuesta nacional de hogares de 2013, en los Estados Unidos casi un cuarto (22,9%) de las personas de 12 años de edad o mayores consumieron alcohol de forma compulsiva en los 30 días anteriores a la encuesta.<sup>23</sup> Esto representa aproximadamente 60,1 millones de personas.<sup>24</sup>

## Tendencias en la población general

La mayoría de los países de las Américas no disponen de datos sobre tendencias en el consumo de alcohol entre la población general. Argentina, Chile, Estados Unidos y Uruguay muestran tendencias estables en el consumo de alcohol a largo plazo. Perú muestra un descenso notable en la prevalencia de último mes de consumo de alcohol, de un 46,3% en 1998 a un 30,5% en 2010, lo mismo Chile entre el 2006 y el 2012 (de 58,1% a 40,8%).

En Colombia sólo se dispone de dos estudios, un 33,9% en 2008 y un 35,8% en 2013<sup>25</sup>, lo que dificulta poder determinar una tendencia.

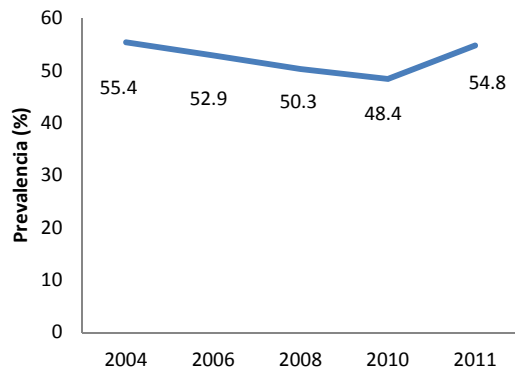


Gráfico 1-19: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en la población general de Argentina, 2004-2011

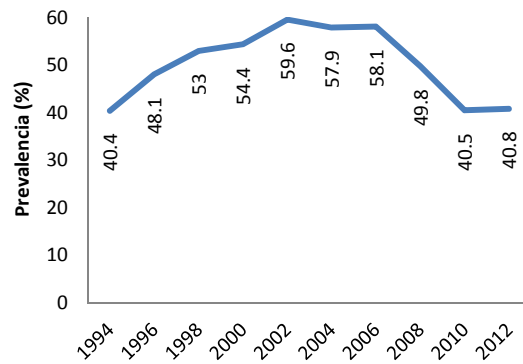


Gráfico 1-20: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en la población general de Chile, 1994-2012

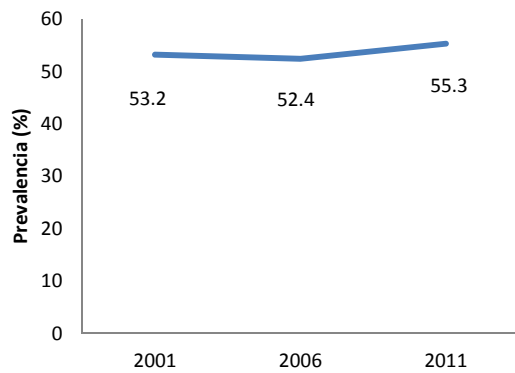


Gráfico 1-21: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en la población general de Uruguay, 2001-2011

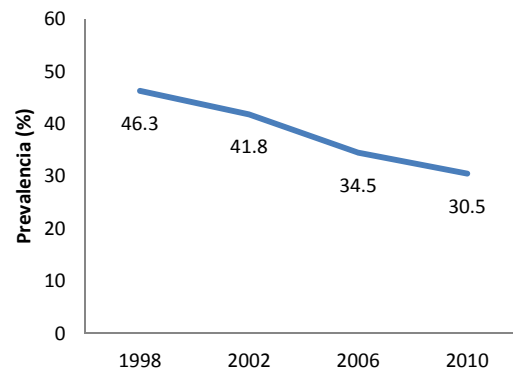


Gráfico 1-22: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en la población general de Perú, 1998-2010

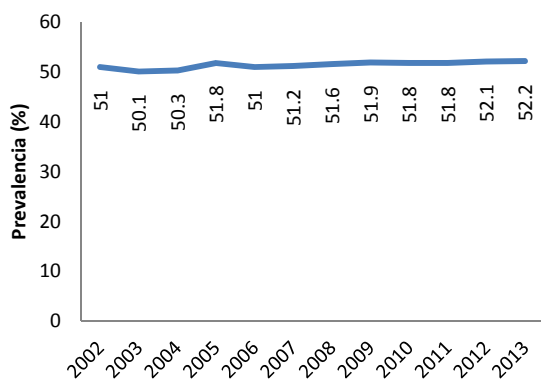


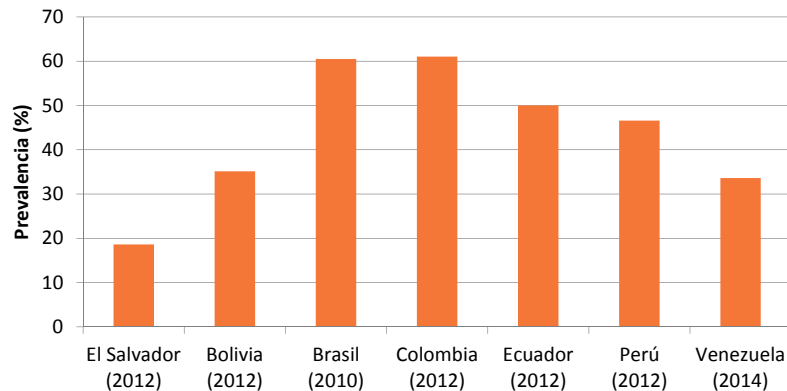
Gráfico 1-23: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en la población general de Estados Unidos, 2002-2013

## Consumo de alcohol en la población universitaria

Actualmente, sólo cinco países del Hemisferio han participado con la CICAD en encuestas de estudiantes universitarios: Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador y Perú. Brasil y Venezuela han llevado a cabo estudios similares utilizando sus propias metodologías. Los cuatro países de la subregión andina participaron en un conjunto de encuestas entre la población universitaria, una encuesta inicial en 2009 y una segunda encuesta de seguimiento en 2012. A pesar de que no contamos con suficientes datos para poder identificar tendencias, podemos observar algunos cambios en la prevalencia del consumo de alcohol durante este período. Las tablas y gráficos en esta sección se refieren a datos del consumo de alcohol en la población universitaria de siete países latinoamericanos. Se dispone de datos comparativos en los cuatro países que han repetido sus estudios.

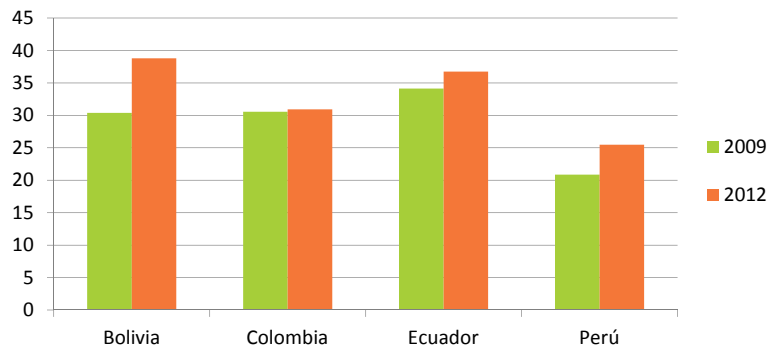
Cuando alcanzan la mayoría de edad, la mayor parte de los adolescentes han consumido alcohol por lo menos una vez en su vida. Si lo aplicamos a los datos emanados de las encuestas en la población universitaria, donde la mayoría de los estudiantes son mayores de 18 años y ya tienen la edad mínima legal para ingerir alcohol en sus países, podemos observar que más del 60% de los estudiantes universitarios han probado el alcohol por lo menos una vez en su vida. Esta proporción alcanza más del 95% en Colombia (Anexo tabla A1.7).

Si examinamos el consumo de forma regular (prevalencia del consumo en el último mes), en el gráfico 1-24 podemos observar que más del 60% de los estudiantes universitarios en Brasil y Colombia consumen alcohol en los últimos 30 días previos al estudio, así como la mitad de los estudiantes universitarios en Ecuador.



**Gráfico 1-24: Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de siete países**

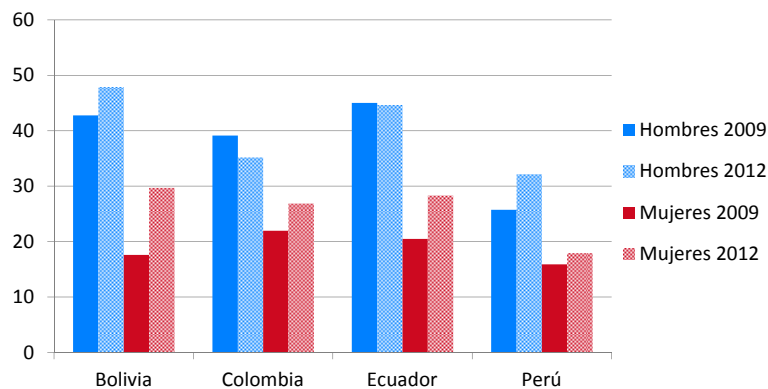
Entre este grupo de edad lo más preocupante es el consumo de alcohol que se identifica como consumo de alto riesgo o perjudicial. El consumo de alto riesgo de alcohol puede conducir a múltiples problemas sociales, médicos, financieros y de otra índole, acortar la esperanza de vida y causar una mayor mortalidad debida a accidentes relacionados con el alcohol<sup>26</sup> (OMS 2001). Los dos gráficos siguientes ofrecen información sobre la proporción de estudiantes universitarios que, de acuerdo con la escala AUDIT, cumplen con los criterios de consumo de alto riesgo o perjudicial de alcohol.



**Gráfico 1-25: Proporción de estudiantes universitarios que muestran signos de consumo de alto riesgo o perjudicial de alcohol entre los usuarios de último año, 2009 y 2012**

Si tenemos en cuenta los estudiantes universitarios que informaron haber consumido alcohol durante el último año, podemos observar que en cada uno de los cuatro países del gráfico 1-25, el comportamiento de consumo de riesgo de alcohol ha aumentado entre 2009 y 2012.

Cuando examinamos el consumo de riesgo de alcohol por sexo, en el gráfico 1-26, podemos observar que, por lo general, el consumo de riesgo de alcohol ha aumentado entre las mujeres en todos los países encuestados, a pesar de que aún muestra tasas inferiores a los hombres.



**Gráfico 1-26: Proporción de estudiantes universitarios que muestran signos de consumo de alto riesgo o perjudicial de alcohol entre los usuarios de último año, por sexo, 2009 y 2012**

El consumo de riesgo de alcohol ha disminuido levemente entre los estudiantes que son hombres en Colombia y Ecuador, pero ha aumentado tanto en Bolivia como en Perú. En el caso de Colombia y Ecuador, el consumo de riesgo de alcohol ha aumentado entre las estudiantes que son mujeres durante el mismo período.

---

## CAPÍTULO 2: T A B A C O

---

### Introducción

El tabaco es una planta que contiene una sustancia adictiva conocida como nicotina la cual se consume en todas partes del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con esta sustancia, ya sea para fumar, aspirar, masticar o sorber<sup>27</sup> como, por ejemplo, los cigarrillos, el tabaco cortado para pipas, el tabaco en polvo y aquel que se usa para masticar. Las nuevas aplicaciones de la tecnología han resultado en un aumento de la popularidad de los cigarrillos electrónicos (también llamados e-cigarrillos) o vaporizadores, como un medio para el suministro de nicotina. Los cigarrillos electrónicos son básicamente dispositivos que funcionan con pilas y que contienen un cartucho normalmente lleno de nicotina, un saborizante y otras sustancias químicas. El dispositivo convierte esta mezcla en vapor, el cual es posteriormente inhalado por el usuario. En julio de 2009, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos emitió una advertencia sobre los riesgos que representan para la salud los cigarrillos electrónicos<sup>28</sup>. Los efectos que tienen estos dispositivos para la salud se siguen estudiando a medida que aumenta su uso.

La carga que supone el tabaco para la salud es tal que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se refiere a ella como una epidemia<sup>29</sup>. Fumar tabaco ha demostrado ser la causa de cánceres y enfermedades del pulmón, e incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares. En un informe de 2013 la OPS indica que, en todo el mundo, el 12% de todas las muertes de adultos de más de 30 años de edad son atribuibles al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco, mientras que en las Américas esta cifra se incrementa al 16%. Por lo tanto, los riesgos para la salud no sólo afectan a los fumadores, sino también a las personas que están expuestas al humo de tabaco (fumadores pasivos). La OPS estima que el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco causa cada año la muerte de seis millones de personas en el mundo, incluyendo alrededor de un millón de personas en las Américas. La prevalencia del consumo de tabaco varía sustancialmente en todo el mundo entre hombres y mujeres, pero en general es más probable que los hombres sean fumadores.<sup>30</sup>

La mortalidad y morbilidad causadas por el tabaco son ampliamente prevenibles y es por esa razón que el Convenio Marco de la OMS sobre Control del Tabaco (CMCT) fue aprobado en mayo de 2003 y entró en vigor en febrero de 2005. El Convenio se elaboró con el fin de reducir la oferta y la demanda de tabaco y productos del mismo. Su objetivo es prevenir el uso del tabaco entre los jóvenes, prevenir la exposición al humo de tabaco y ayudar a los fumadores a dejar el tabaco y permanecer abstinentes. En las directrices para la aplicación del CMCT, la OMS presenta seis intervenciones distintas que abordan las disposiciones del convenio. (OMS, 2013). Estas son:

- Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- Proteger a la población del humo del tabaco
- Ofrecer ayuda para dejar el tabaco

- Advertir sobre los peligros del tabaco
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- Aumentar los impuestos sobre el tabaco

Además de estas directrices, la OMS también lanzó, en agosto de 2013, el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, que incluye un conjunto de 22 preguntas estándar que forman parte de las encuestas de adultos en los Estados Miembros.

Este capítulo procura presentar la situación del consumo de tabaco en las Américas, a través de la recopilación y análisis de datos procedentes de tres fuentes principales:

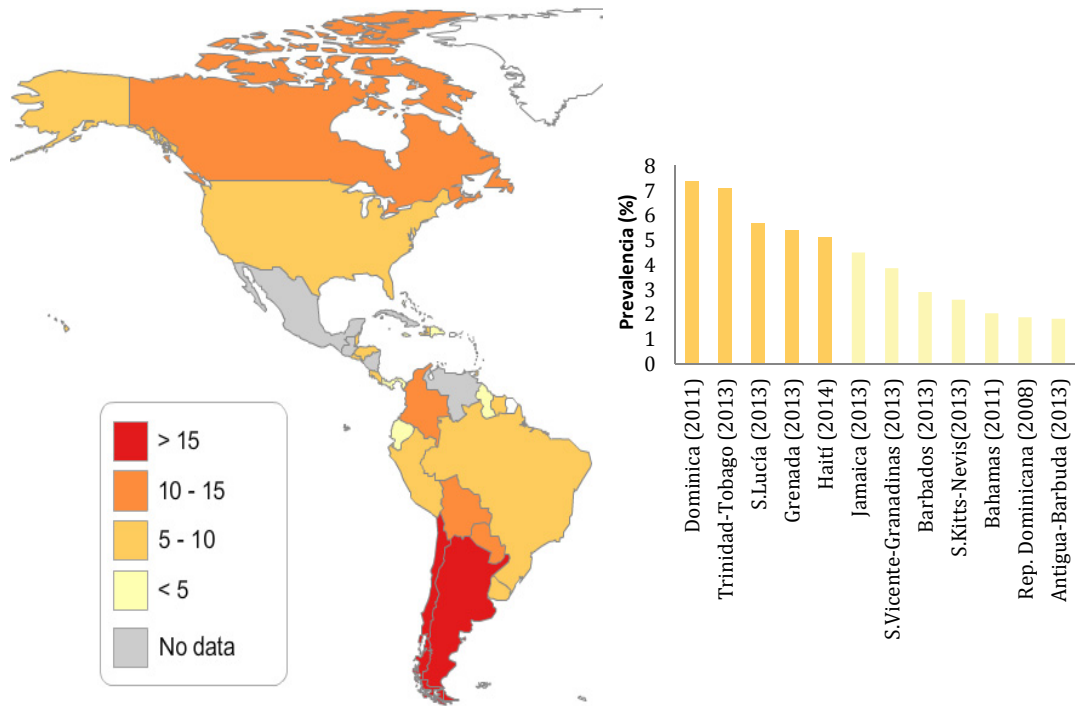
- Encuestas de la población general (encuestas de hogares)
- Encuestas de estudiantes secundarios
- Encuestas de estudiantes universitarios

Las cifras de prevalencia se refieren en gran medida al consumo de cigarrillos fabricados y no a productos del tabaco que se consumen de muchas otras formas.

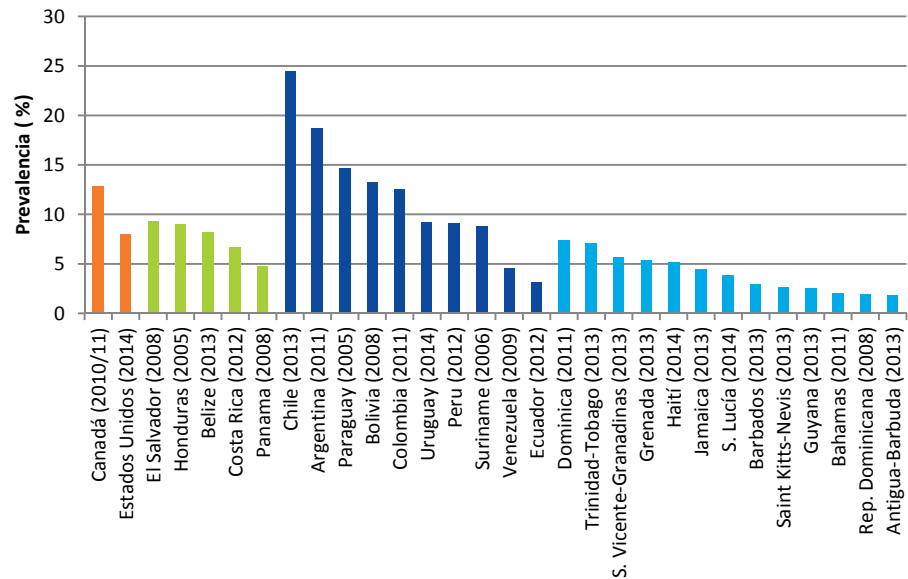
## Consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios

El gráfico 2-1 muestra la prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes secundarios en las Américas geográficamente, de manera que los países están codificados por colores según los rangos específicos de consumo de tabaco en el último mes. El gráfico 2-2 muestra la prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre estudiantes secundarios en países específicos de todas las Américas. Estos resultados indican, en primer lugar, que hay una gran variación en la prevalencia de consumo de tabaco entre los países incluidos en este análisis. Los valores de prevalencia van desde un 24,5% en Chile a un 1,8% en Antigua y Barbuda. Además de Chile, los países con tasas de consumo superiores al 10% son Argentina (18,7%), Paraguay (14,7%), Bolivia (13,3%), Canadá (12,9%) y Colombia (12,5%). Al otro lado del espectro, la República Dominicana (1,9%), Bahamas (2,1%), Guyana (2,5), Saint Kitts y Nevis (2,6%), Barbados (2,9%), Santa Lucía (3,9%), Jamaica (4,5%), y Panamá (4,8%) muestran tasas de consumo inferiores al 5%. Todos los demás países incluidos en este análisis mostraron tasas de consumo entre el 5% y 10%.





**Gráfico 2-1: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de las Américas**



**Gráfico 2-2: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios por subregión**

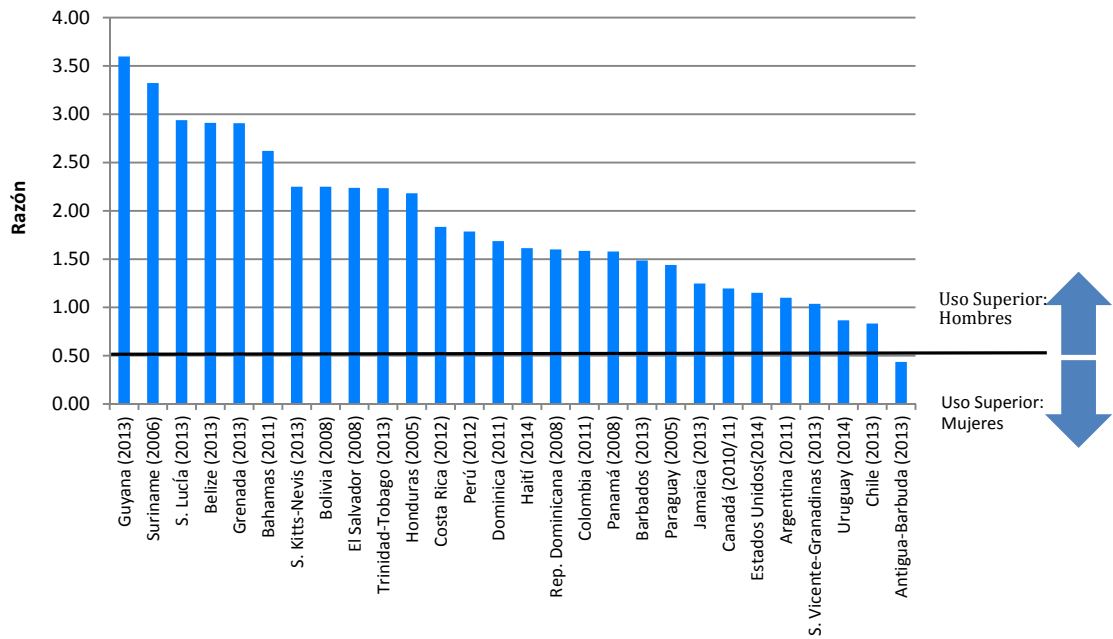
La tabla 2-1 muestra la prevalencia de último mes de consumo por región y para todos los estudiantes en general. La tasa de consumo promedio más alta está en Sudamérica (13,5%) y la más baja en el Caribe (5,1%). Cabe mencionar que la región con la gama más amplia de valores es Sudamérica, que cuenta con registros que incluyen o se encuentran entre el 9,1% y 24,5%. El promedio para estas tres regiones es 7,1%.

**Tabla 2-1: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco por subregión y a nivel hemisférico**

Subregión	Último mes	Prevalencia (Valores mínimo – máximo)
América del Norte	8,0	8,0 – 12,9
América del Sur	13,8	9,1 – 24,5
El Caribe	5,1	1,8 – 7,4
Hemisferio	7,1	1,8 – 24,5

*(Nota: Solamente los países que disponen de datos para 2010 o posteriormente fueron incluidos en este análisis. Puesto que sólo dos países centroamericanos cumplían con este criterio, la región fue excluida del análisis.)*

Cuando las tasas de consumo se analizan por sexo (Anexo tabla A2.2), la prevalencia entre hombres supera a la de las mujeres en la gran mayoría de los países. Sin embargo, esto varía considerablemente de un país al otro. El gráfico 2-3 ayuda a mostrar con mayor claridad estas diferencias. En Guyana, por ejemplo, la prevalencia entre hombres es 3,6 veces superior que la prevalencia entre mujeres, mientras que en Suriname la tasa entre hombres es 3,3 veces superior que la tasa entre mujeres. San Vicente y las Grenadinas y Argentina, con razones de diferencia de 1,0 y 1,1 respectivamente, son los dos países con la menor diferencia de prevalencia entre hombres y mujeres. Las excepciones son Uruguay, Chile y Antigua y Barbuda, donde las tasas de consumo entre estudiantes mujeres son superiores a aquellas entre estudiantes hombres, con razones de 0,9, 0,8 y 0,4 respectivamente.



**Gráfico 2-3: Razón de la prevalencia de último mes de consumo de tabaco en los estudiantes secundarios hombres y mujeres<sup>3</sup>**

Si examinamos la prevalencia de último mes de consumo de tabaco por nivel de grado escolar entre estudiantes secundarios (Anexo tabla A2.3) hay una gran variación cuando estos resultados se comparan entre países y entre grados. En general, cuanto más alto es el grado más alta es la prevalencia, pero hay cuatro países-todos de la región del Caribe-, que no siguen este patrón general. En Antigua, Grenada, Saint Kitts y Nevis y Santa Lucía, la prevalencia no sigue una relación positiva con el nivel de grado. En Santa Lucía y Antigua y Barbuda los estudiantes de 10º grado muestran la prevalencia más baja, mientras que en Saint Kitts y Nevis y Grenada los estudiantes de 12º grado muestran los niveles de consumo más bajos. Estos patrones podrían sugerir que pueden haber factores peculiares en estos países que influyen en el comportamiento de los estudiantes a medida que pasan de grados más bajos a grados más altos. Para confirmar esta hipótesis sería necesario realizar más estudios al respecto.

El consumo temprano de tabaco también es importante. El gráfico 2-4 muestra la prevalencia de consumo de tabaco entre estudiantes de 8º grado de secundaria por subregión. Este gráfico indica que en países tales como Argentina, Chile, Colombia y Paraguay, donde los niveles de consumo de tabaco son más altos, también hay niveles de consumo de tabaco más altos entre los estudiantes en grados inferiores. Más del 12% los estudiantes de 8º grado en Chile y Argentina son consumidores actuales de tabaco y ambos países tienen los dos niveles generales más altos de prevalencia entre los países incluidos en este análisis. *Esto sugiere que en*

<sup>3</sup> Nota: La razón de la prevalencia entre hombres y mujeres será superior a 1 si el valor de prevalencia entre hombres es superior al valor de prevalencia entre mujeres. Por el contrario, si la prevalencia entre hombres es inferior a la prevalencia entre mujeres, la razón de la prevalencia será mayor a 0 pero inferior a 1. En el gráfico arriba, los valores superiores a 1 indican que la prevalencia entre hombres es mayor a la prevalencia entre mujeres, mientras que los valores inferiores a 1 indican que la prevalencia entre hombres es inferior a la prevalencia entre mujeres.

los países donde el nivel de consumo temprano de tabaco es bajo, es probable que el consumo general en toda la población escolar sea también bajo. Esto es importante y servirá de base para la formulación de políticas y el desarrollo de programas sobre el control del tabaco.

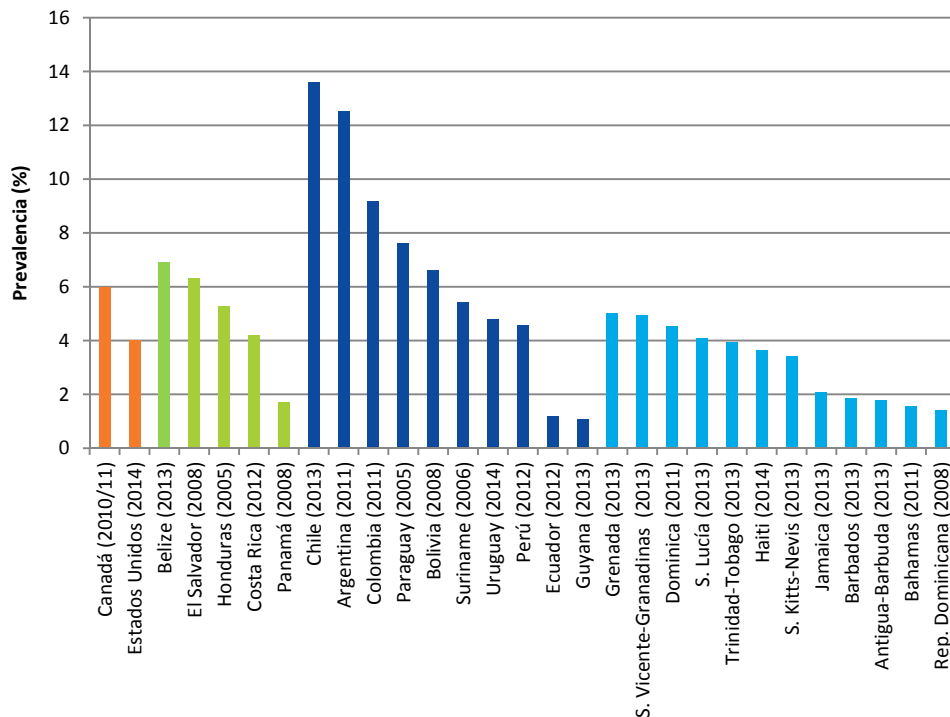


Gráfico 2-4: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en estudiantes de secundaria en 8º grado o equivalente, por subregión

## Tendencias en el consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios

Los gráficos 2-5 al 2-13 muestran varias tendencias en la prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre estudiantes secundarios en los países incluidos en este análisis. Es evidente que todos los resultados demuestran que, a distintos niveles, el consumo de tabaco está disminuyendo. Estados Unidos es el país que dispone de más información y muestra una disminución sostenida y persistente desde 1996 a 2014. Uruguay muestra el descenso más pronunciado, seguido de Chile y Argentina. En todos los casos estos gráficos refuerzan el hecho de que en el transcurso de los últimos diez años ha habido un descenso notable en la prevalencia de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios.

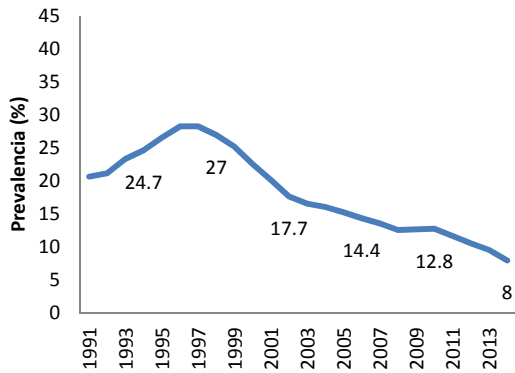


Gráfico 2-5: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Estados Unidos, 1991-2013

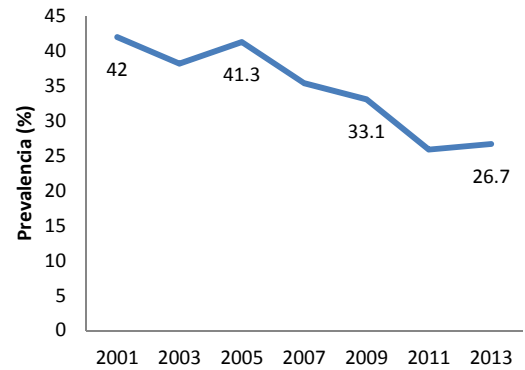


Gráfico 2-6: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Chile, 2001-2013

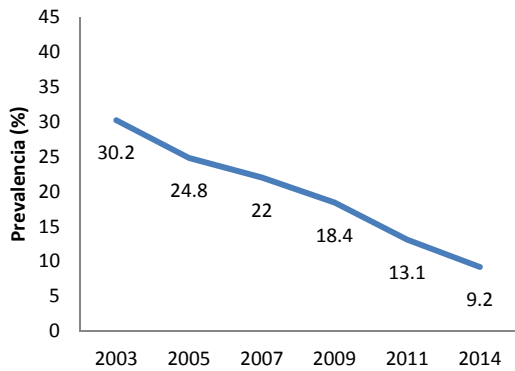


Gráfico 2-7: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Uruguay, 2003-2014

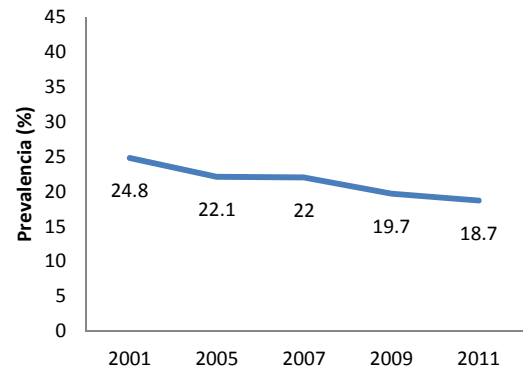


Gráfico 2-8: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Argentina, 2001-2011

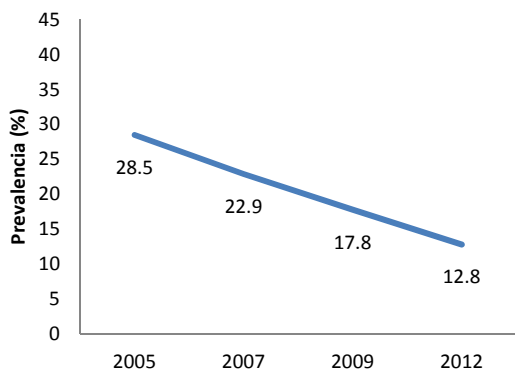


Gráfico 2-9: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Perú, 2005-2012

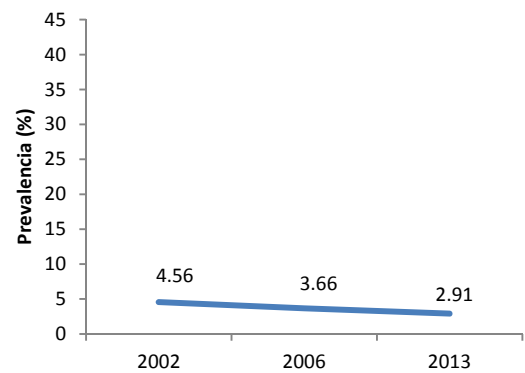


Gráfico 2-10: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Barbados, 2002-2013

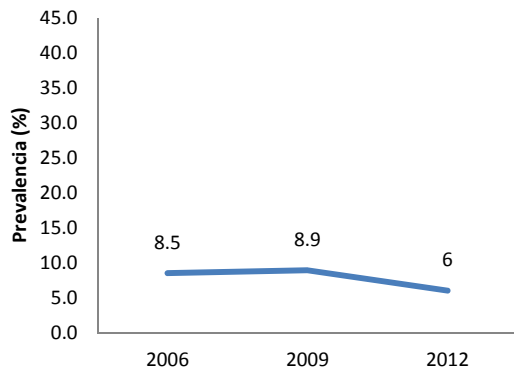


Gráfico 2-11: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Costa Rica, 2006-2012

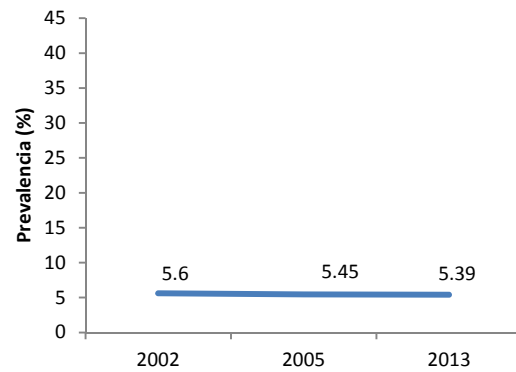


Gráfico 2-12: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Grenada, 2002-2013

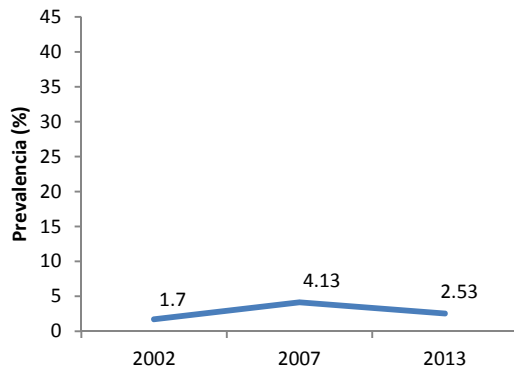
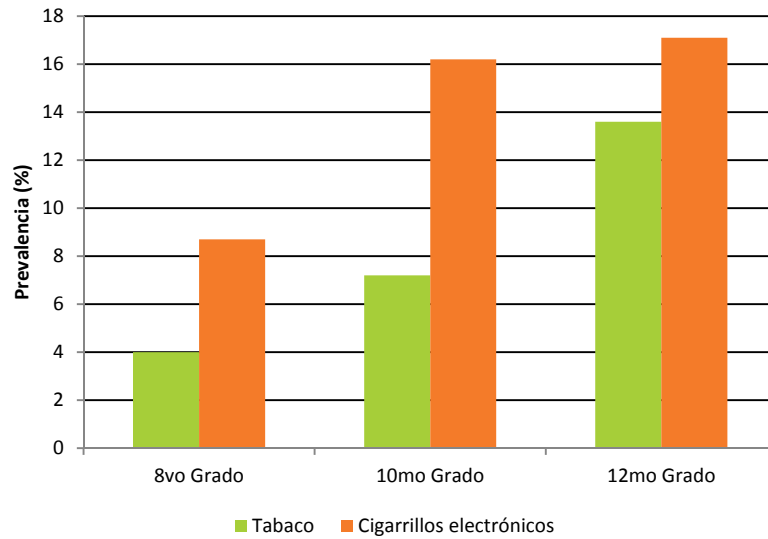


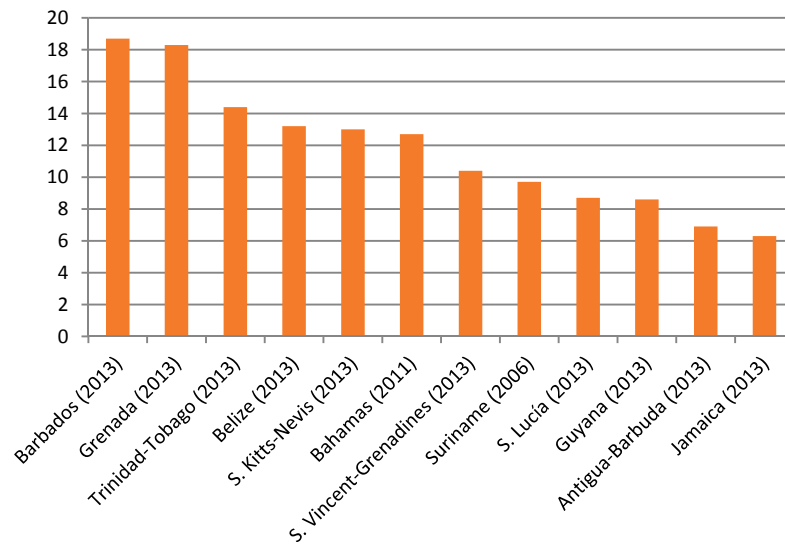
Gráfico 2-13: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población de estudiantes secundarios de Guyana, 2002-2013

El gráfico 2-14 muestra una comparación entre el consumo de tabaco y el uso de cigarrillos electrónicos entre los estudiantes secundarios en los Estados Unidos. En cada nivel de grado, la prevalencia de último mes de uso de cigarrillos electrónicos es superior a la del tabaco. En el 8º y 10º grados la prevalencia de cigarrillos electrónicos es más del doble del valor de la del tabaco (8,7% en comparación con 4% y 16,2% en comparación con 7,2%, respectivamente). El año 2014 fue el primero en que la encuesta Monitoriando el Futuro recopiló datos sobre cigarrillos electrónicos<sup>31</sup> y estos resultados ofrecen ciertas indicaciones de que los estudiantes están dejando de consumir cigarrillos de tabaco y optando por los cigarrillos electrónicos. De forma alternativa, los consumidores de tabaco pueden estar utilizando los cigarrillos electrónicos como su medio preferido de consumo de tabaco.



**Gráfico 2-14: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco y uso de cigarrillos electrónicos en estudiantes de los Estados Unidos**

El gráfico 2-15 muestra la proporción de consumidores de tabaco en el último mes que admiten fumar 20 o más cigarrillos al día en diversos países de la región del Caribe. Estos resultados van más allá de la simple prevalencia y analizan más de cerca los hábitos de los fumadores actuales. Casi el 19% de los fumadores en Barbados fuman 20 o más cigarrillos al día y lo más probable es que fumen a diario. Por otro lado, en Jamaica solamente el 6,3% de los fumadores actuales indicaron fumar más de 20 cigarrillos al día. Barbados muestra un nivel de prevalencia inferior al de otros cinco países, pero como se observa en el gráfico, una proporción mayor de estos consumidores de tabaco fuman de forma excesiva.



**Gráfico 2-15: Proporción de consumidores de tabaco que fumaron 20 cigarrillos o más por día en el último mes**

## Consumo de tabaco en la población general

El gráfico 2-16 muestra la prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre la población general en los países donde estos datos están disponibles. Hay menos países que disponen de datos sobre la población general, que países que disponen de los mismos para la población escolar, pero los patrones de consumo para los países que aquí se incluyen normalmente reflejan patrones similares al consumo observado en la población escolar. Una vez más, Chile es el país que muestra el nivel más alto de prevalencia, con un valor de casi el 34%, seguido de Uruguay (31%) y Argentina (28,9%). El Salvador (5%) muestra la prevalencia más baja entre los países incluidos en el análisis. La República Dominicana (7,6%), Ecuador (8,2%) y Barbados (9,1%) son los otros países con niveles de prevalencia inferiores al 10%.

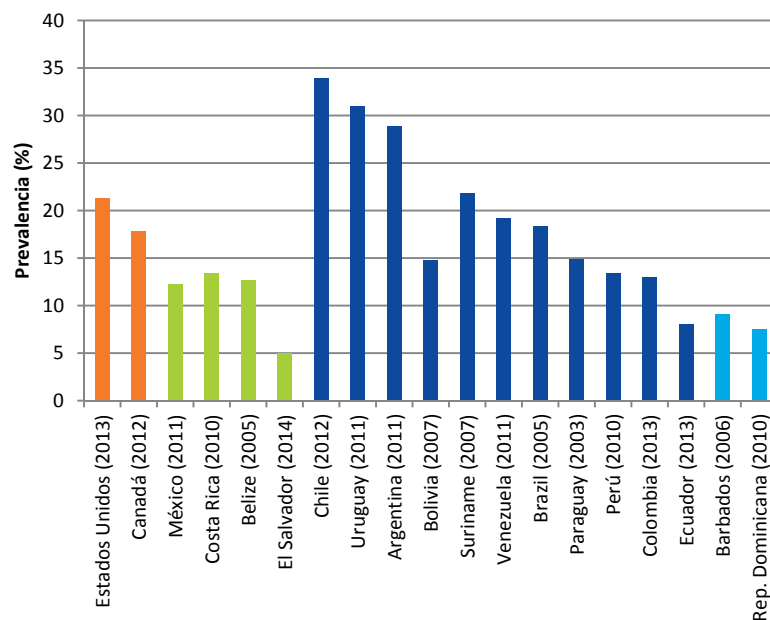


Gráfico 2-16: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general<sup>4</sup>

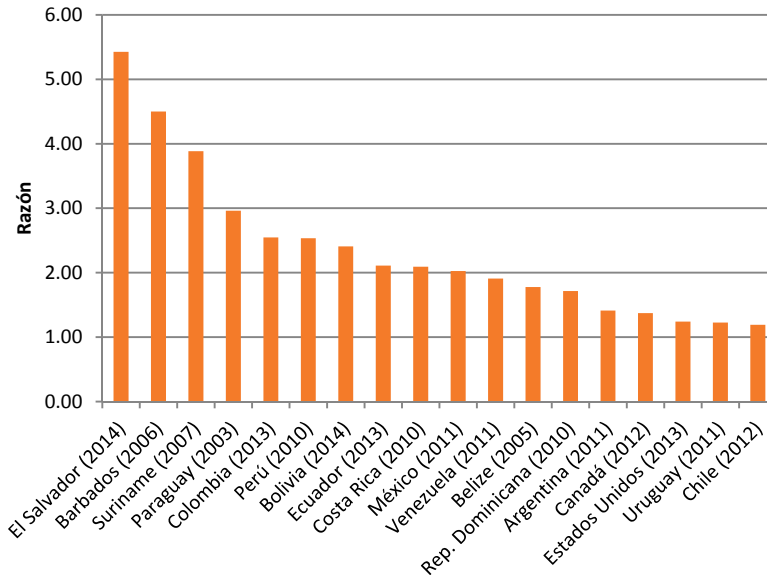
Cuando la prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre la población general se analiza por sexo, los resultados indican que, en cada país, la prevalencia entre hombres supera la prevalencia entre mujeres, pero esas diferencias varían mucho de un país al otro (Anexo tabla A2.5). Estos resultados también muestran el peso relativo que tiene el consumo entre hombres, en comparación con el consumo entre mujeres, sobre las cifras generales de prevalencia. En el caso de Suriname, por ejemplo, este análisis muestra que los hombres tienen la prevalencia más alta de consumo de tabaco (38,4%) en comparación con los hombres o mujeres en cualquiera de los demás países incluidos en este análisis. Al otro lado del espectro, sólo el 1,7% de las mujeres en El Salvador son consumidoras de tabaco en el último mes.

El gráfico 2-17 ayuda a cuantificar las diferencias de la prevalencia entre hombres y mujeres. En El Salvador, el país con la tasa de consumo global más baja, la prevalencia entre hombres es unas 5,4 veces superior a la de las mujeres, mientras que en Barbados la tasa entre los hombres es 4,5 veces superior a la de las mujeres. Por

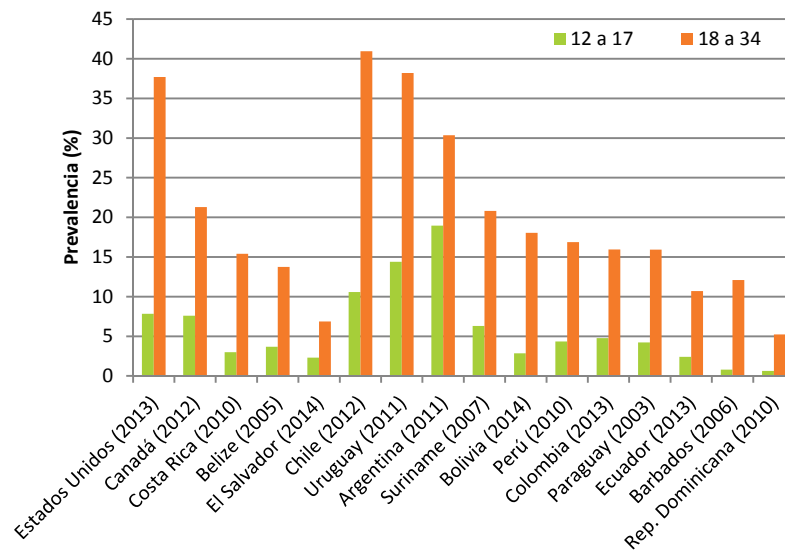
<sup>4</sup> Argentina: población de 16-64, Canadá: población de 15-64 y Uruguay: población de 15-65



otro lado, en Chile y Uruguay, que muestran la primera y la segunda tasa global más alta de consumo de tabaco entre los países incluidos en este análisis, la razón por sexo de consumo de tabaco es la más baja, de 1,2 cada uno. En la mayoría de los casos, los países con prevalencia más baja muestran mayores diferencias por sexo, mientras que algunos países con prevalencia más alta muestran menores diferencias por sexo. Cabe mencionar que este patrón no se observa en todos los países incluidos en el análisis.



**Gráfico 2-17: Razón de la prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre hombres y mujeres en la población general<sup>5</sup>**



**Gráfico 2-18: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general por grupos de edad, de 12 a 17 años<sup>6</sup> y de 18 a 34 años por país, ordenados por subregión**

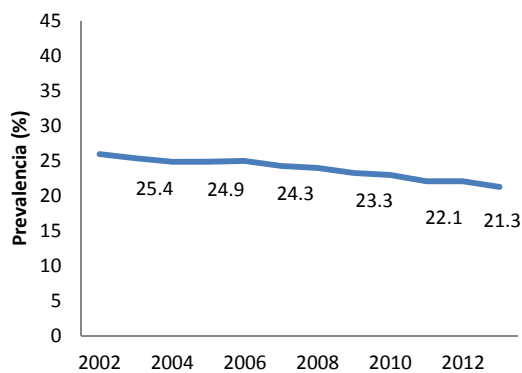
<sup>5</sup> Argentina: población de 16-64, Canadá: población de 15-64 y Uruguay: población de 15-65

<sup>6</sup> Argentina: población de 16-64, Canadá: población de 15-64 y Uruguay: población de 15-65

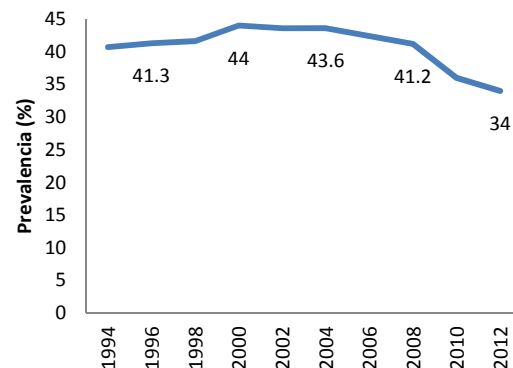
El gráfico 2-18 ilustra la prevalencia de consumo de tabaco por grupos de edades, de 12 a 17 años y de 18 a 34 años. En cada país representado, la prevalencia de consumo de tabaco es considerablemente superior en el grupo de más edad cuando se compara con el consumo del grupo de edad más joven. El gráfico también muestra que el consumo en el grupo de edad más joven varía considerablemente entre los países incluidos en este análisis, desde un 0,6% en la República Dominicana a un 19,0% en Argentina. Uruguay (14,4%) y Chile (10,6%) son los únicos dos países, además de Argentina, donde la prevalencia en el grupo de edad de 12 a 17 años supera el 10%. Este tipo de información es útil para aquellos países que desean prevenir el consumo de tabaco entre los jóvenes que pueden convertirse en consumidores a largo plazo y sufrir las consecuencias para la salud asociadas con el consumo de tabaco. Por otro lado, un nivel de prevalencia relativamente bajo en el grupo de edad más joven no garantiza necesariamente un nivel de prevalencia bajo en el grupo de más edad. Si tomamos como ejemplo los casos de Estados Unidos y Bolivia, observaremos que el nivel de prevalencia en el grupo de edad de 12 a 17 años es relativamente bajo, con un 7,8% y 6% respectivamente, pero el consumo en el grupo de más edad es superior al de la mayoría de los demás países, con tasas de un 37,7% y 29,9% respectivamente.

## Tendencias en el consumo de tabaco en la población general

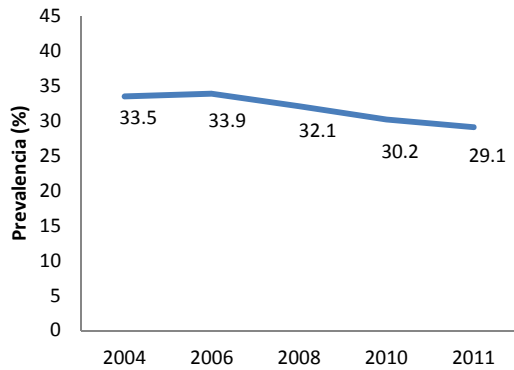
Las tendencias en el consumo de tabaco entre la población general son similares a las que se han observado entre la población de estudiantes secundarios. En todos los países que se incluyen en los gráficos 2-19 al 2-23, se observa un descenso constante y sostenido de la prevalencia de último mes en el transcurso de varios años. En el caso de Estados Unidos (gráfico 2-19), las tasas de consumo han disminuido de forma constante de un 26% en 2002 a un 21,3% en 2013, lo cual es prácticamente idéntico a la tendencia ilustrada en el gráfico 2-20, donde la prevalencia en Chile han disminuido de un 30,6% en 2002 a un 21,9% en 2012. Por su parte, las tasas de consumo en Argentina y Uruguay también han disminuido, pero tal disminución ha sido menor. En Argentina (gráfico 2-21) la prevalencia ha disminuido de un 33,5% a un 29,1% durante el período de ocho años comprendido entre 2004 y 2011. De forma similar, en Uruguay (Gráfico 2-23) la prevalencia descendió de un 34,5% en 2001 a un 31% en 2011, experimentando el descenso más leve en la prevalencia de último mes con relación a los otros países incluidos en el análisis. Perú (gráfico 2-22) fue el país con el descenso más pronunciado, donde las tasas de consumo cayeron de un 44,5% en 1998 a un 21,1% en 2010.



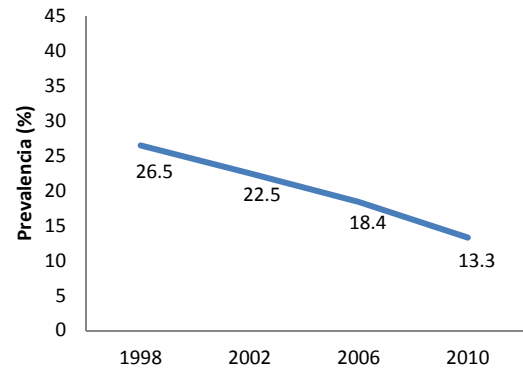
**Gráfico 2-19: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general de Estados Unidos, 2002-2012**



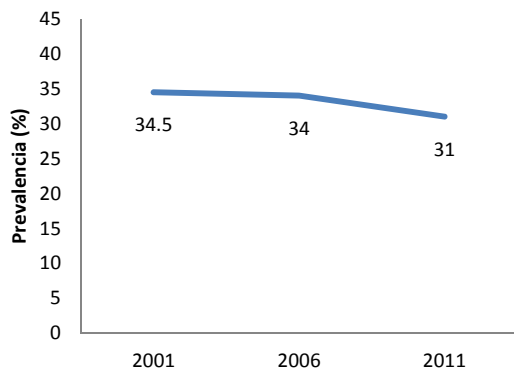
**Gráfico 2-20: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general de Chile, 1994-2012**



**Gráfico 2-21: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general de Argentina, 2004-2011**

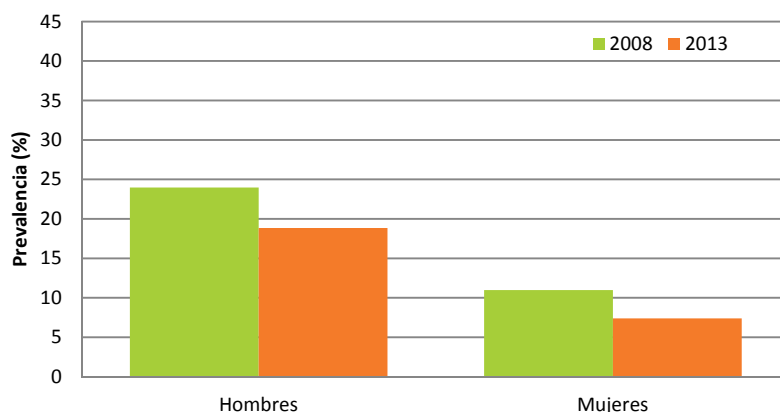


**Gráfico 2-22: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general de Perú, 1998-2010**



**Gráfico 2-23: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general de Uruguay, 2001-2011**

El gráfico 2-24 muestra la comparación de la prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general de Colombia entre 2008 y 2013, por sexo. En lo que se refiere a los hombres, se observó un descenso de 5,2 puntos porcentuales durante este período, de un 24% a un 18,8%. En cuanto a las mujeres, se observó un descenso de un 11,0% a un 7,4%. Estas cifras sugieren una tendencia a la baja de la prevalencia de consumo de tabaco en Colombia, al igual que en la mayoría de los países de las Américas.



**Gráfico 2-24: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población general de Colombia en 2008 y 2013, por sexo**

Las siguientes tablas presentan datos de Colombia que comparan la prevalencia de consumo de tabaco (tabla 2-2) y la incidencia de consumo de tabaco (tabla 2-3) en 2008 y en 2013 en la población general. La tabla 2-2 muestra un descenso evidente en la prevalencia en 2013 comparado con 2008. Por ejemplo, la tasa de prevalencia de último año desciende de un 21,6% a un 16,2% durante este período de cinco años.

**Tabla 2-2: Prevalencia de consumo de tabaco en la población general de Colombia en 2008 y 2013**

Prevalencia	2008	2013
De vida	45,45	42,07
De último año	21,62	16,21
De último mes	17,62	12,95

La tabla 2-3, por su parte, muestra un estimado de lo ocurrido con respecto a los nuevos consumidores de tabaco, mediante la comparación de cifras durante el mismo período. En 2008, la proporción de potenciales consumidores nuevos que empezaron a consumir tabaco fue de un 4,77% o 538.815 personas. En 2013 se estimó que esta tasa era de 1,88% y el número de casos nuevos fue 258.272. Estas cifras indican que la proporción de personas que empezaron a consumir tabaco en 2013 había descendido más de la mitad de la proporción estimada para 2008. Esto es, sin lugar a dudas, una de las explicaciones del descenso de las cifras de prevalencia que se han observado en Colombia y también en otros países de las Américas.

**Tabla 2-3: Tasa de incidencia anual y número estimado de nuevos fumadores de tabaco en Colombia en 2008 y 2013**

2008		2013	
Tasa (%)	Nº de casos	Tasa (%)	Nº de casos
4,77	538.815	1,88	258.272

## Consumo de tabaco en la población universitaria

Los estudiantes de las universidades y otras instituciones de educación superior constituyen normalmente un grupo de personas que son mayores de 18 años, e incluyen a una amplia gama de individuos de distintas edades y antecedentes que se han matriculado para estudiar distintas materias. Hay pocos datos sobre los comportamientos de consumo de drogas en este grupo y actualmente sólo siete países disponen de datos sobre el consumo de tabaco para los fines de este informe. El gráfico 2-25 muestra la prevalencia de último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes universitarios en estos siete países por orden de tasas de consumo. Los valores de la prevalencia van desde un 9,4% en Venezuela a un 24,3% en Ecuador. Bolivia, Perú y Brasil oscilan justo por encima del 20%, y Colombia y El Salvador muestran valores de alrededor del 19% y 12% respectivamente.

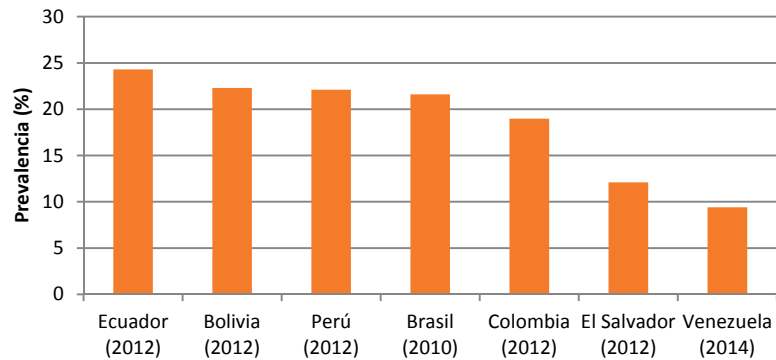


Gráfico 2-25: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población universitaria de siete países

Si estos datos se desglosan por sexo, como en el gráfico 2-26, es evidente que la prevalencia entre hombres supera la prevalencia entre mujeres en todos los países. Las diferencias entre hombres y mujeres son más pronunciadas en El Salvador, Bolivia y Ecuador.

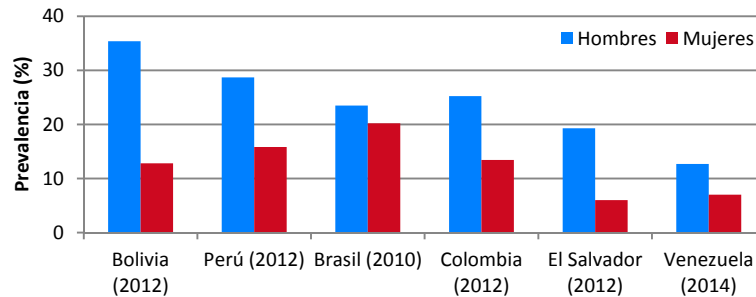


Gráfico 2-26: Prevalencia de último mes de consumo de tabaco en la población universitaria, por sexo

---

## CAPÍTULO 3: MARIHUANA

---

### Introducción

La marihuana es la sustancia controlada de mayor uso en el mundo. Según estimaciones de Naciones Unidas en 2012, 177 millones de personas entre 15 a 64 años declararon haber usado dicha droga en el año anterior a los estudios en los respectivos países. Por otra parte, dado que 243 millones de personas usaron al menos una droga ilícita en el mismo periodo, es posible estimar que el consumo de marihuana da cuenta de aproximadamente el 73% de los usuarios de drogas ilícitas.

### Población escolar

#### Indicadores de uso

El anexo muestra la prevalencia de uso de marihuana alguna vez en la vida, durante el último año y también durante el último mes en población escolar para hombres, mujeres (Anexo tabla A3.2) y para el total de la población. La tabla A3.3 del anexo presenta los resultados por año cursado, los de 8º, 10º y 12º grados, que corresponden generalmente a las edades de 13, 15 y 17 años.

En el mapa siguiente se presenta la prevalencia de último año de uso en jóvenes escolarizados en prácticamente la totalidad de los países de las Américas. Lo que se observa es que en 4 países el uso de marihuana en el último año supera el 20%, es decir, que al menos 1 de cada 5 escolares en Antigua y Barbuda, Canadá, Chile y Estados Unidos declara haber consumido alguna vez marihuana el año previo a la realización de los estudios correspondientes. Por otra parte, en el gráfico 3-2 se presenta la prevalencia de último año de uso de marihuana agrupando a los países por subregión.

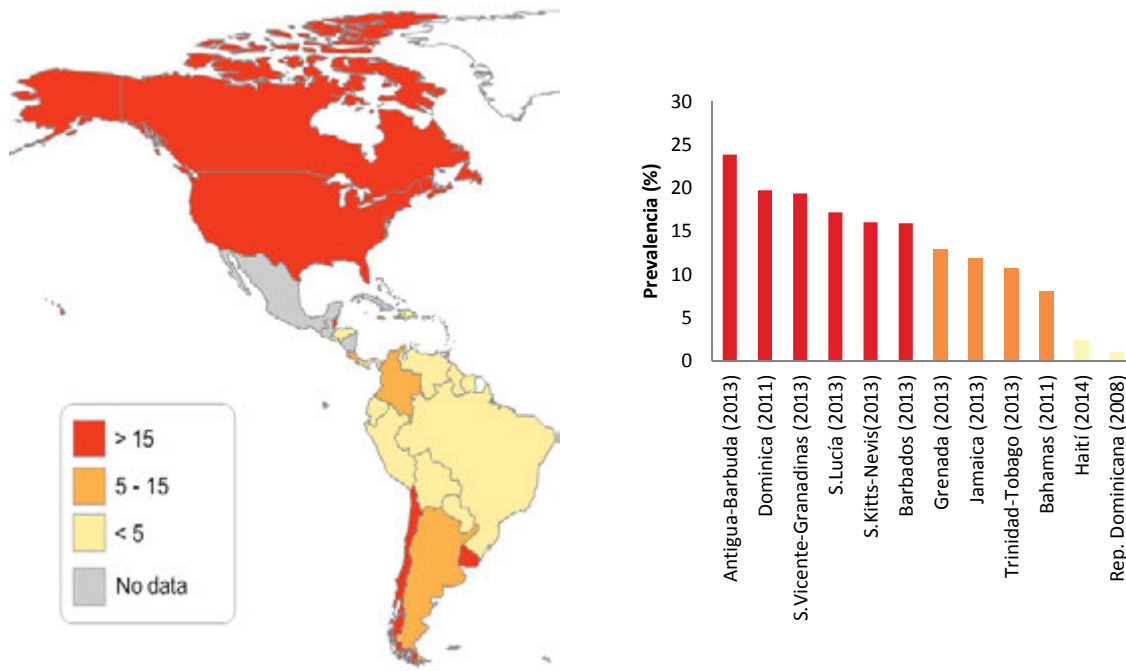


Gráfico 3-1: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de las Américas

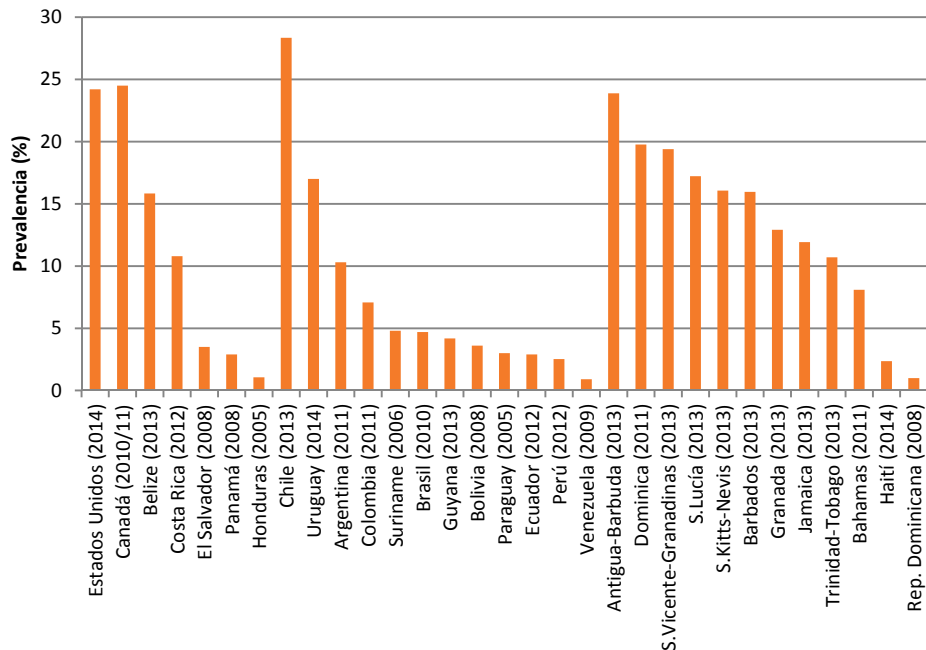


Gráfico 3-2: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población escolar por país, ordenados por subregión.

Lo primero que se debe destacar es la gran variabilidad en la prevalencia de consumo de marihuana entre los países y al interior de las subregiones, principalmente en Sudamérica y Centroamérica.

Del gráfico se observan países con prevalencia inferior a 5% en El Salvador, Honduras, Panamá, Bolivia, Brasil, Guyana, Paraguay, Perú, Ecuador, Venezuela, Suriname, Haití y República Dominicana y, por otra parte, países con prevalencia superior a 15% como Canadá, Estados Unidos, Belize, Chile, Uruguay, Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía.

En el caso de Norteamérica, los dos países con información disponible a nivel nacional presentan cifras superiores a 20%. En Centroamérica la distancia es importante entre el país con el mayor índice, Belize con 15,8%, y Honduras con algo más de 1%, aunque se debe aclarar que esta última corresponde al estudio del año 2005.

Asimismo, en Sudamérica la diferencia es bastante amplia entre los países con menor consumo como Perú, Ecuador y Venezuela con tasas inferiores a 3% en cada caso, y el país con mayor nivel de uso, Chile, con prevalencia alrededor de 28%. En el Caribe, por su parte, de los 12 países con reporte sobre esta sustancia, 6 de ellos tienen prevalencia de uso superior a 15%. Como subregión, el Caribe es bastante homogéneo en el uso de marihuana con las excepciones de Haití y República Dominicana, donde el consumo es sustancialmente inferior. En la siguiente tabla se presenta el indicador de uso de marihuana en el último año por subregión y para el total de las Américas. Cabe destacar que sólo se ha usado información de estudios desde el año 2010, tal como ha sido mencionado anteriormente.

**Tabla 3-1 Prevalencia de vida, de último año y de último mes de consumo de marihuana en población escolar por subregión y a nivel hemisférico \***

Sub Región	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
América del Norte	30,50	24,20	14,40
América del Sur	9,96	7,21	5,09
El Caribe	10,68	6,72	3,76
Hemisferio	21,26	16,52	11,12

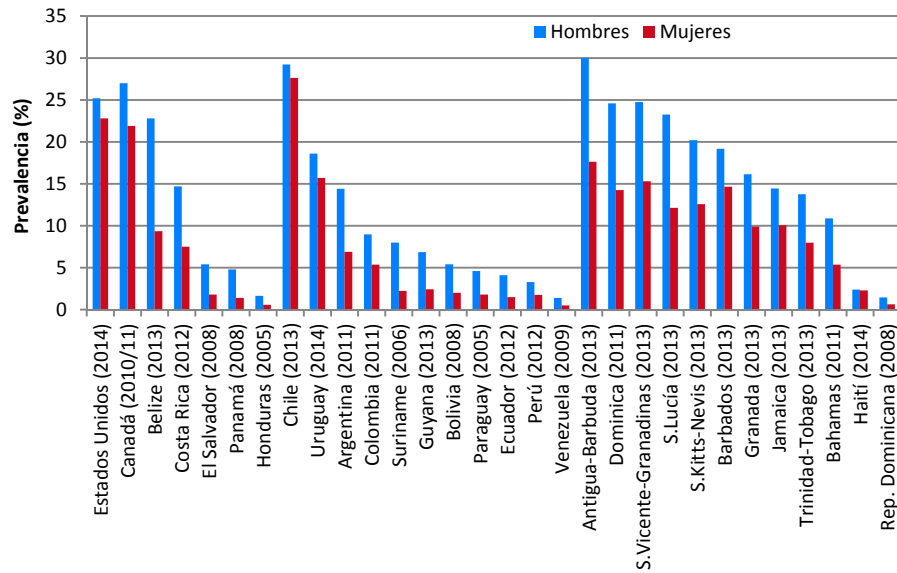
\*Sólo se incluye países con información desde el año 2010 y debido a que sólo dos países de América Central tienen estudios de esa fecha, no se calcula el promedio subregional.

De la tabla anterior se desprende que la subregión de América del Norte, con datos de Canadá y Estados Unidos, presenta los mayores consumos promedio de marihuana para cualquiera de los tres indicadores. América del Sur y el Caribe tienen valores de consumo promedio más bajos y cercanos entre ellos, que se diferencian sólo en la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días), donde los estudiantes sudamericanos presentan mayor consumo de marihuana.

El promedio hemisférico del consumo reciente de marihuana se ubica en el 16,5%, pero América del Norte supera en 8 puntos a este promedio. Hay que considerar que el promedio hemisférico está influenciado por los tamaños poblacionales de los países, y en este contexto, el peso de Estados Unidos es relevante.

En el gráfico siguiente se presenta la prevalencia por sexo y ellas están ordenadas dentro de cada subregión de acuerdo a la magnitud del indicador (Anexo tabla A3.2).



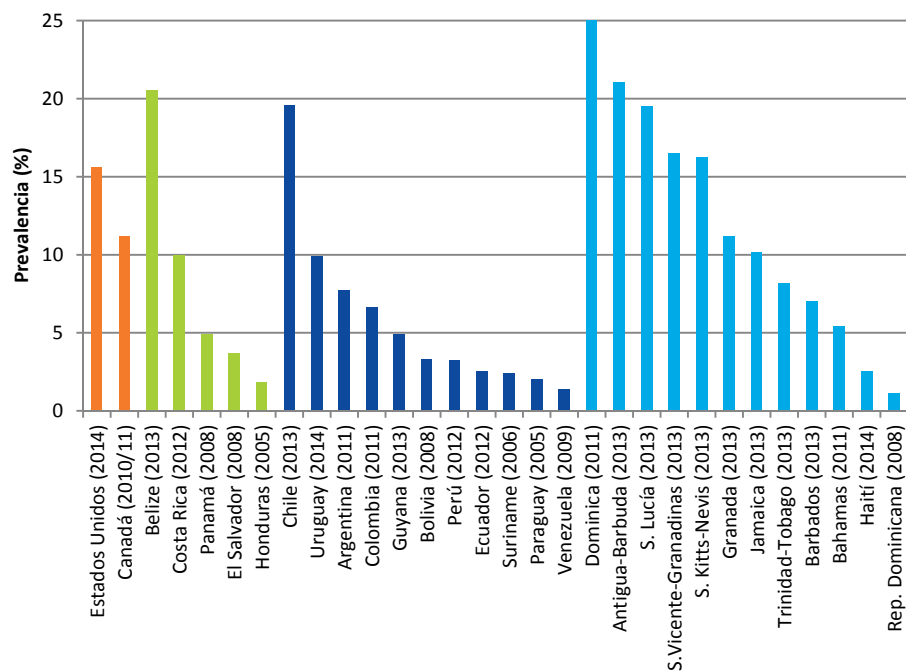


*Gráfico 3-3: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población escolar según sexo, por país, ordenados por subregión<sup>7</sup>*

Lo primero que se destaca en el gráfico es que en todos los países el uso de marihuana entre los estudiantes es mayor entre los hombres que entre las mujeres (razón superior a 1 en todos los casos). Sin embargo, la diferencia es bastante variable entre los países. Así por ejemplo, en aquellos Estados Miembros con mayores niveles de uso de marihuana en la población escolar, como Canadá, Estados Unidos y Chile, la diferencia del uso de marihuana entre hombres y mujeres es bastante pequeña, -particularmente en este último país donde la razón entre las prevalencia de hombres y de mujeres es de 1,057, es decir hay tan solo un 5,7% más de usuarios hombres de marihuana que de usuarios mujeres- (prevalencia de 29,2% para hombres y de 27,6% para mujeres). La mayor diferencia se presenta en Suriname, donde la declaración de uso de marihuana entre estudiantes hombres es 3,6 veces superior a la de mujeres (prevalencia de 8% para hombres y de 2,2% entre las mujeres).

Un área de interés en las políticas preventivas tiene que ver con el **inicio del consumo de alguna sustancia**, marihuana en este caso. Si bien este fenómeno se puede describir desde diferentes indicadores, como el promedio o la mediana de la edad de inicio, en este informe se estudiará el uso temprano de marihuana a través del porcentaje de estudiantes de 8º grado (mayoritariamente de 13 años) que declaran haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida.

<sup>7</sup> Venezuela considera 5 grados cursados



**Gráfico 3-4: Prevalencia de vida de consumo de marihuana en estudiantes de 8º grado por país, ordenados por subregión**

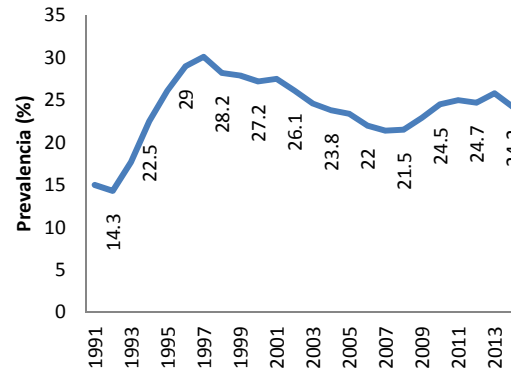
En el gráfico 3-4 se puede observar que la situación que se venía analizando hasta ahora en relación al uso reciente de marihuana (prevalencia de uso en el último año), varía cuando se toma como punto de referencia el uso alguna vez en la vida entre los escolares de menor edad. En algunos países del Caribe, como Dominica y Antigua y Barbuda, el uso de marihuana se manifiesta a una edad muy temprana, donde más de un 20% de los escolares de 8º grado han consumido marihuana alguna vez en la vida, lo mismo que en Belize y Chile.

Por lo anterior es interesante leer conjuntamente indicadores sobre la magnitud del uso de drogas en la población (prevalencia, por ejemplo), con indicadores que describen los patrones de consumo e identifican poblaciones en mayor riesgo (frecuencia e intensidad del consumo).

No cabe dudas de que las cifras presentadas en el gráfico anterior deben ser analizadas en el contexto de las políticas preventivas en el ámbito escolar y el impacto de ellas en los grados más bajos del sistema educativo de los países.

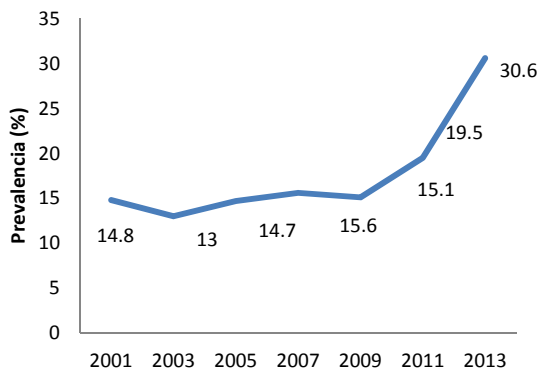
## Tendencias en población escolar

En Estados Unidos, la tendencia de uso de marihuana durante el último año en el periodo 1991-2014 presenta un fuerte incremento entre 1991 y 1997, del 15% al 30%. A partir de allí se observa un descenso hasta el año 2008, cuando se llega a una prevalencia de 21%, para luego comenzar un nuevo periodo de ascenso a casi el 26% en el año 2013. El último estudio de 2014 indica un descenso de más de un punto porcentual, tendencia que podrá confirmarse o no con los futuros estudios.

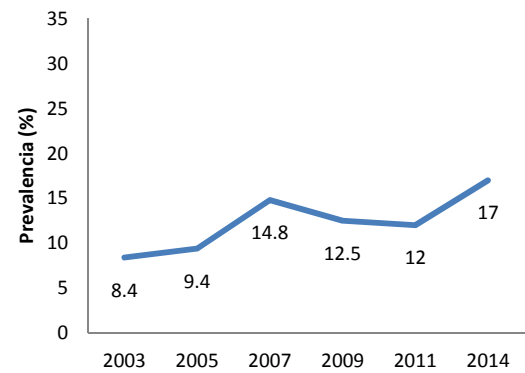


**Gráfico 3-5: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de Estados Unidos, 1991-2013**

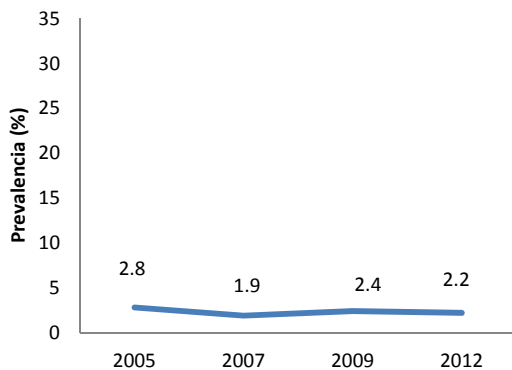
Además de Estados Unidos, cuatro países de América del Sur: Argentina, Chile, Perú, y Uruguay cuentan con información de al menos 4 estudios comparables que permiten construir tendencias.



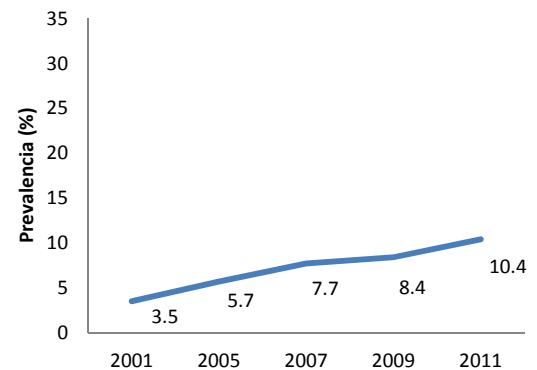
**Gráfico 3-6: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de Chile, 2001-2013**



**Gráfico 3-7: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de Uruguay, 2003-2014**



**Gráfico 3-8: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de Perú, 2005-2012**



**Gráfico 3-9: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de Argentina, 2001-2011**

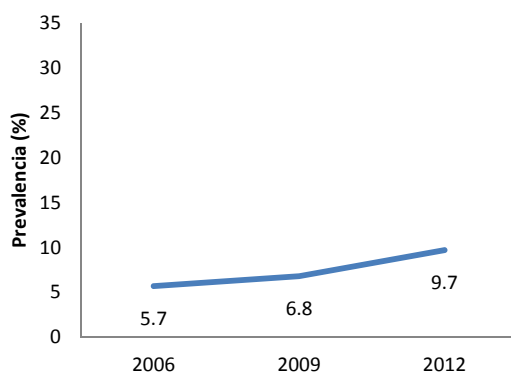
El consumo creció en todos los países con excepción de Perú que parte el año 2005 con una prevalencia de 2,8% y desciende a 2,2% en el año 2012 (Gráfico 3-8).

Chile es el país con mayor consumo de marihuana en el Hemisferio y su tendencia ha sido al alza desde el año 2001 hasta el 2013. El incremento más importante se produjo entre los dos últimos estudios (2011 y 2013), donde aumenta más de 10 puntos porcentuales. Considerando el período completo, desde el año 2001, el incremento fue de 15,4 y 16 puntos porcentuales para hombres y mujeres, respectivamente.

En Argentina el crecimiento es sostenido desde 2001, tal como lo muestra el gráfico 3-9, pero más intenso entre los hombres que entre las mujeres, creciendo en casi 10 puntos y las mujeres en casi 5 puntos porcentuales hacia el final del período analizado, el año 2011.

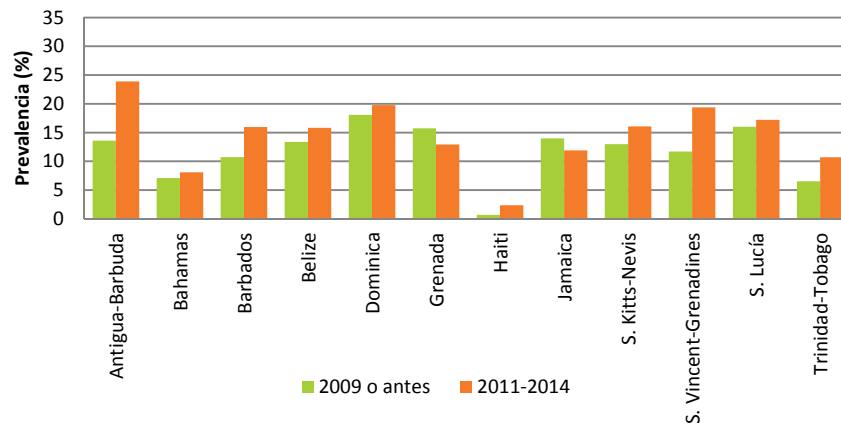
En Uruguay, en el periodo 2003-2014 el consumo de marihuana se duplicó, pasando del 8,4% al 17%. Entre los años 2007 a 2011 se observa un período de descenso en el consumo, pero se invierte entre los años 2011 y 2014. Esta tendencia es similar en ambos sexos, pero siempre con prevalencia mayor en los hombres.

La información disponible para Costa Rica considera sólo 3 estudios, pero refleja que entre el año 2006 y 2012 el consumo creció casi el doble, según se observa en el gráfico 3-10.



**Gráfico 3-10: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de Costa Rica, 2006-2012**

Los países que conforman el Caribe tienen información de dos estudios, el primero en el año 2009 o años anteriores y los segundos estudios corresponden a los años 2011 y 2014, según el país. En relación a la prevalencia de consumo de marihuana en el último año o consumo reciente, en 10 países de los 12 con información el consumo se incrementó, pero en magnitudes diferentes. En un país el incremento fue de 10 puntos porcentuales, en tres de ellos el incremento fue entre 4 y 7 puntos, en cuatro fue de 2 y 3 puntos y en dos países el incremento implicó un punto porcentual. Sólo en dos países se observó un descenso del consumo de entre dos y tres puntos porcentuales, respectivamente.



**Gráfico 3-11: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes secundarios de países del Caribe, entre 2009 y 2011-2014**

Por otra parte, Guyana dispone de datos de dos estudios, uno realizado en 2007 y el segundo en 2013 (no mostrados). La prevalencia cayó dos puntos porcentuales en esos años, pasando del 6,4% al 4,2%.

Los datos disponibles de prevalencia según sexo de la ciudad de México indican que en ambos sexos el incremento fue significativo entre el inicio de la serie, en 1989 y hacia el final, el año 2012. Pero el incremento en las tasas de consumo fue más fuerte en las mujeres, que pasaron del 0,6% al 9,9% en tanto que en los varones las tasas se quintuplicaron, pasando de 2,6% en 1989 al 14,4% en 2012. El incremento fue sostenido en el tiempo para ambos sexos.

## Percepción de riesgo

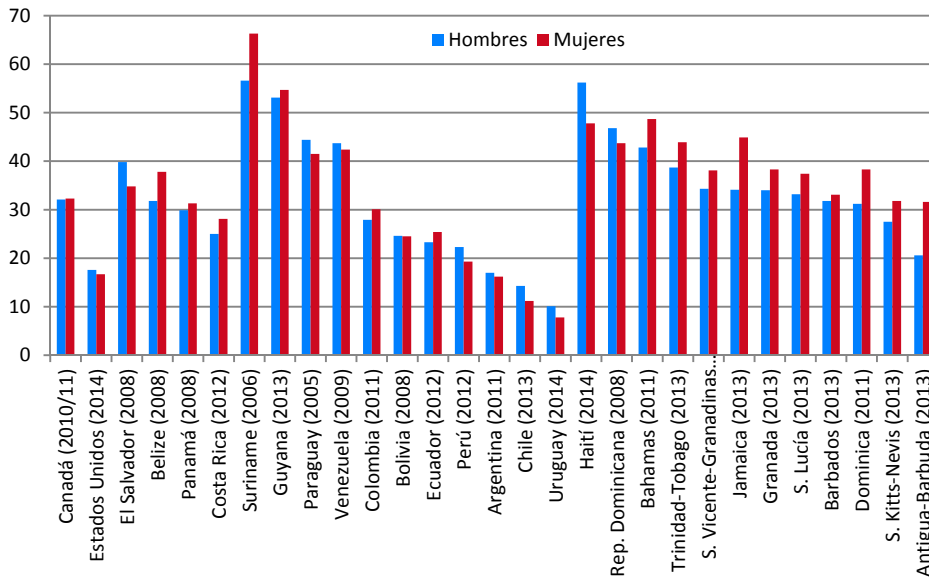
La percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana presenta una enorme variabilidad entre los países, expresado en un continuo que va desde menos del 10% a más del 70%. Pero podemos decir que solamente en cuatro países esta opinión supera a la mitad de los escolares, de los cuales 3 son del Caribe y uno centroamericano. Por debajo del 20% de opinión se encuentran 4 países, de los cuales 3 son sudamericanos y uno de América del Norte (Anexo tabla A3.9).

No siempre una baja percepción de riesgo se asocia a muy altas tasas de consumo de una determinada droga. Un sinnúmero de otros factores inciden para que el uso de una sustancia psicoactiva presente altas o bajas tasas de consumo, por ejemplo, la disponibilidad de la sustancia en el mercado, el precio de la droga, el nivel de aceptación/rechazo social, su capacidad de generar adicción, entre muchos otros.

En relación a las tasas de consumo, en los extremos hay correspondencia entre baja y alta prevalencia y altas y bajas proporciones de opinión sobre el gran riesgo del consumo ocasional de marihuana.

El gráfico siguiente muestra la percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana según sexo. Se observa que ésta se distribuye de una manera homogénea entre ambos sexos. En varios países se observan

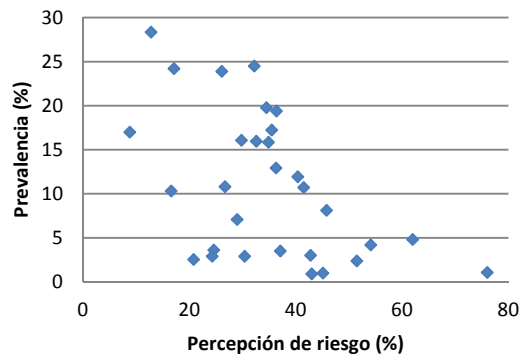
pequeñas diferencias que indican mayor percepción de riesgo en las mujeres (18 países, en su mayoría del Caribe), en otros en los varones (9 países de los cuales 6 son de Sudamérica) y en dos de ellos, Estados Unidos y Bolivia, no hay diferencias según sexo.



**Gráfico 3-12: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de marihuana según sexo, en estudiantes secundarios por país**

La variabilidad es menor en los países cuando se analiza la percepción de gran riesgo de consumo frecuente. En más de 20 países, entre el 60% y 80% de los estudiantes considera que el consumo frecuente de marihuana es de gran riesgo. En aquellos países donde la percepción de riesgo es más baja (solo el 50% de los estudiantes o menos lo considera de gran riesgo), el consumo es mayor (Anexo tabla A3.10).

Tal como se mencionó anteriormente, se observa una asociación entre la percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana y la prevalencia de consumo en los adolescentes escolarizados (gráfico 3-13).



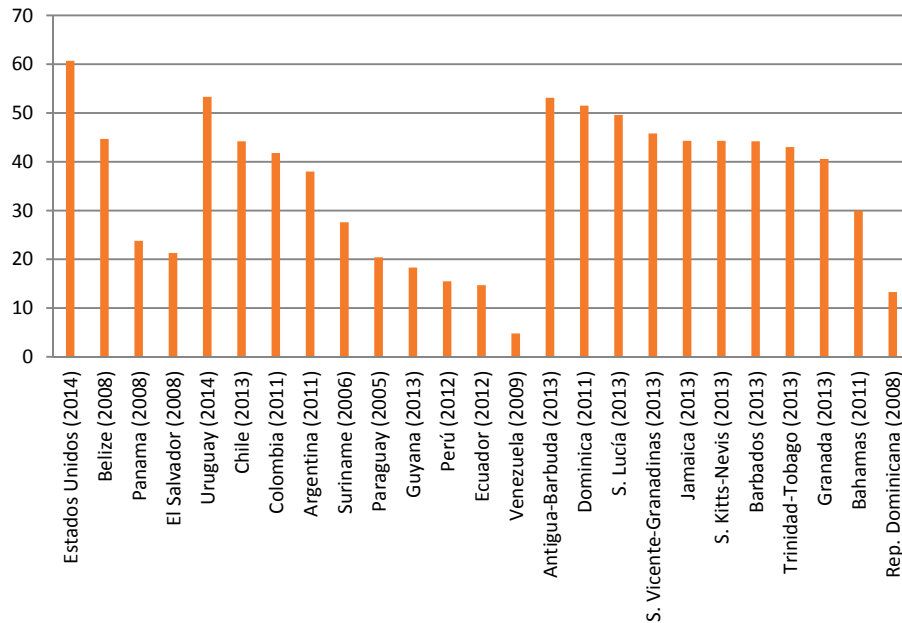
**Gráfico 3-13: Prevalencia de último año de consumo de marihuana y percepción de gran riesgo del uso ocasional en estudiantes secundarios**

## Percepción de facilidad de acceso y oferta de marihuana

La percepción de fácil acceso es un indicador de tipo subjetivo que tiene que ver con cual fácil o difícil se hace para alguien obtener una determinada droga, ya sea para comprarla o conseguirla a través de amigos o conocidos. Una droga percibida como de fácil acceso generalmente es más barata y está mayormente disponible en el mercado.

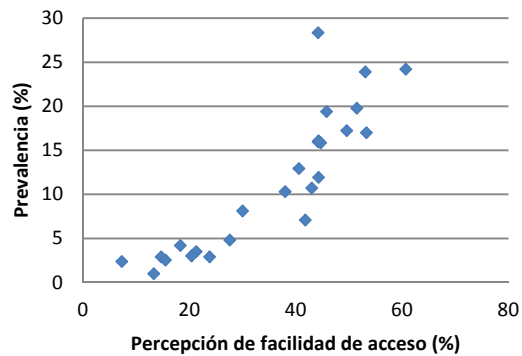
En este sentido, se observa en el gráfico 3-14 una gran variabilidad entre los países en la percepción de facilidad de acceso a marihuana por parte de los estudiantes, variación que comprende países cuya opinión no llega al 5% a otros con un poco más del 60%.

En cuatro países un 50% o más de los estudiantes considera que la marihuana es una sustancia de fácil acceso. Estos países además presentan la prevalencia más alta de consumo de acuerdo al gráfico 3-15. En tanto que en aquellos países cuya prevalencia de consumo está por debajo del 5%, el porcentaje de estudiantes que consideran que es fácil conseguir marihuana es menor al 30%. En diez países entre el 40% y 50% de los estudiantes mantienen la opinión de fácil acceso.



**Gráfico 3-14: Percepción de facilidad de acceso a marihuana, en estudiantes secundarios por país, organizados por subregión**

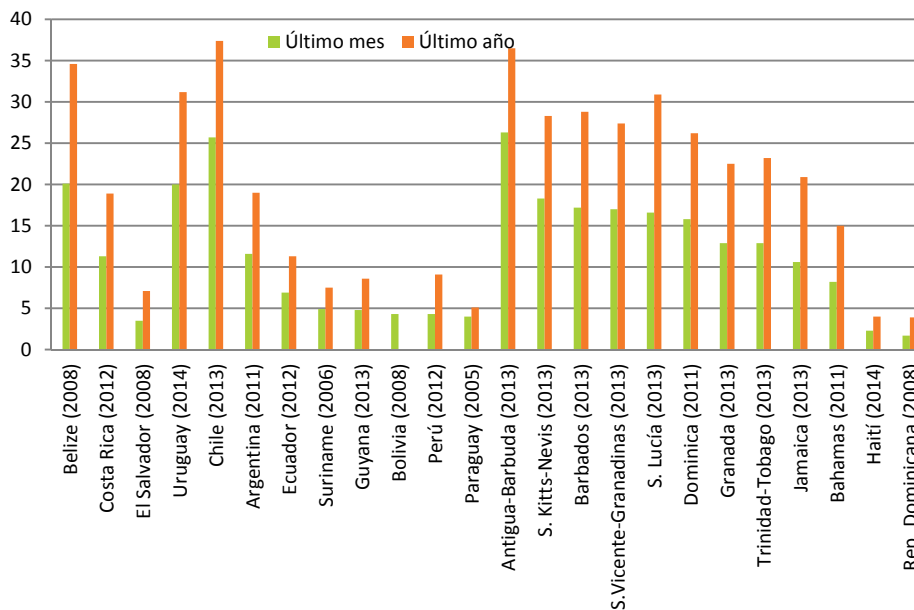
La asociación entre prevalencia de consumo y percepción de facilidad de acceso se muestra en el siguiente gráfico, donde se observa una relación directa entre ambas variables, esto es países donde el acceso a la marihuana es percibido como fácil, presentan niveles de consumo más altos.



**Gráfico 3-15: Prevalencia de último año y percepción de facilidad de acceso a marihuana, en estudiantes secundarios por país**

La oferta de drogas, conforme a las encuestas de los países de América Latina y el Caribe, es un indicador de tipo objetivo que intenta dar cuenta del ofrecimiento directo, de una determinada sustancia, del que han sido objeto los entrevistados. Al igual que el indicador de fácil acceso, el de oferta directa permite determinar cuán disponible está una sustancia psicoactiva entre los usuarios. Este último indicador suele ser más preciso a la hora establecer posibles asociaciones entre tasas de consumo y disponibilidad de drogas.

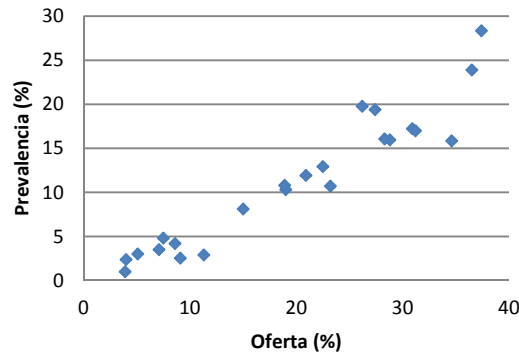
En la mayoría de los países con información sobre oferta, sobre un 20% de los estudiantes declara haber recibido alguna oferta de marihuana en el último año y también sobre un 15% haber recibido oferta en el último mes.



**Gráfico 3-16: Oferta de marihuana en el último año y mes, en estudiantes secundarios por país, ordenados por subregión**



El Gráfico 3-17 muestra que en países donde al menos 20% de los estudiantes ha recibido oferta de marihuana en el último año, la prevalencia de consumo es mayor al 10%. La mayoría de estos países son del Caribe, pero también se encuentran Chile, Uruguay y Belize. Los países en los que un menor porcentaje de escolares ha recibido oferta de marihuana, tienen menor prevalencia de consumo.



*Gráfico 3-17: Prevalencia de consumo y oferta de marihuana en el último año, en estudiantes secundarios por país*

## Población general

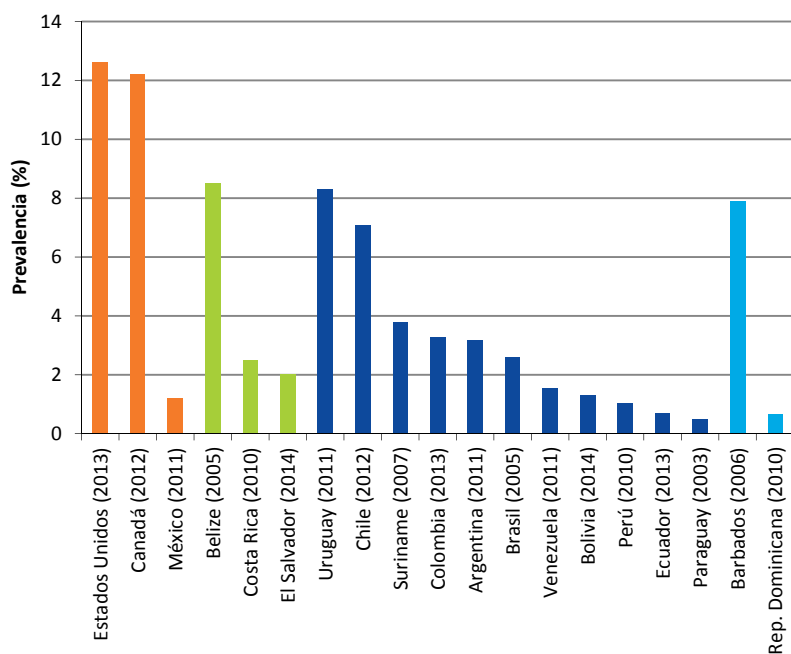
### Indicadores de uso

La tabla A3.4 en el anexo muestra la prevalencia de vida, último año y último mes del consumo de marihuana en la población general.

En Canadá y Estados Unidos el uso de marihuana alguna vez en la vida supera el 40%, muy por sobre los países sudamericanos. Entre estos, Chile y Uruguay son los países con mayor nivel de consumo, con una prevalencia de uso alguna vez en la vida de alrededor del 20%, la mitad de lo observado en Estados Unidos y Canadá.

En el otro extremo hay algunos países donde el 6% o menos de la población ha usado marihuana alguna vez en la vida. En esta situación se encuentran México, Bolivia, Ecuador, Paraguay (último estudio 2003), Perú, Venezuela y República Dominicana. Entre ambos grupos de países se observa una serie de ellos donde alrededor del 10% de las personas declararon uso alguna vez: Belize (último estudio 2005), El Salvador, Argentina, Brasil, Colombia y Suriname (último estudio en 2007).

Por otra parte cuando se utiliza como indicador el uso en el último año, se mantiene la misma tendencia del nivel de consumo entre los países de América del Norte (alrededor del 12%) y los de mayor uso en América del Sur (Chile y Uruguay con entre 7% y 8%, respectivamente), tal como se observa en el gráfico siguiente.



**Gráfico 3-18: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en la población general por país, ordenados por subregión<sup>8</sup>**

El consumo de marihuana es más frecuente entre la población adolescente y adulta joven. En casi todos los países, la mayor prevalencia de consumo se encuentra en el segmento de 18 a 34 años. La diferencia con el segmento de 12 a 17 años es mayor, particularmente en aquellos países de más alto consumo.

Sin embargo, es importante destacar que sobre el 10% de la población entre 15 y 17 años en Canadá y de 12 a 17 años en Estados Unidos declara haber usado marihuana en el último año.

<sup>8</sup> Canadá: población entre 15-64. Argentina: población de 16-64. Uruguay: población de 15 a 65 años.

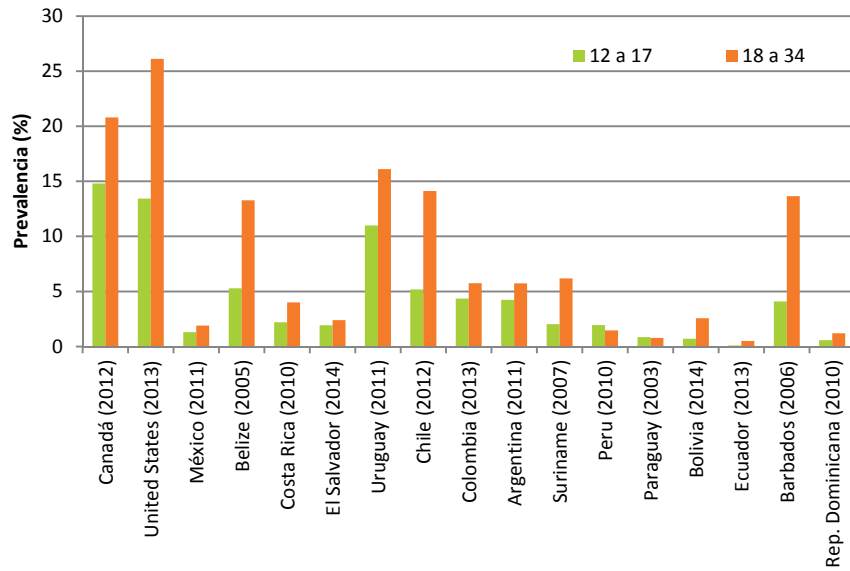


Gráfico 3-19: Prevalencia de último año de consumo de marihuana por grupos de edad de 12 a 17 y 18 a 34 años por país, ordenados por subregión<sup>9</sup>

## Tendencias en población general

La información obtenida durante más de diez años de monitoreo del consumo de marihuana en la población de 12 años y más de Estados Unidos indica que el consumo estuvo estabilizado en una prevalencia de alrededor del 11% hasta el año 2009, después de lo cual comienza un leve incremento, para concluir hacia el final del período informado con una prevalencia 1,5 puntos porcentuales mayor que al inicio del período.

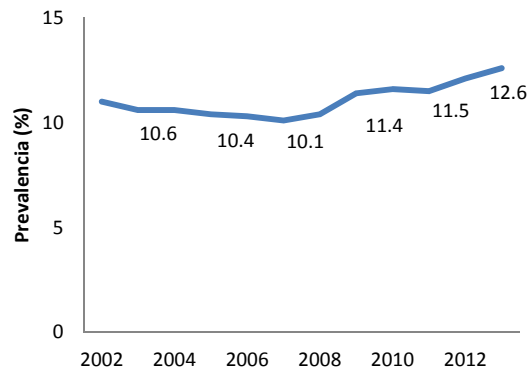


Gráfico 3-20: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población general de 12 años y más en Estados Unidos, 2002-2012

Los países de América del Sur con información disponible han incrementado el consumo de marihuana en la última década. Con la prevalencia más baja, Perú muestra un incremento en el consumo entre 1998-2002, después de lo cual vuelve a descender para llegar al 1% en 2010 (gráfico 3-21).

<sup>9</sup> Canadá: población entre 15-64. Argentina: población de 16-64. Uruguay: población de 15 a 65 años.

En Argentina la prevalencia de consumo de marihuana en la población general se duplicó entre los años 2004 al 2011, de 2% a poco más del 4%, con un máximo de 7% en el año 2006 (gráfico 3-22).

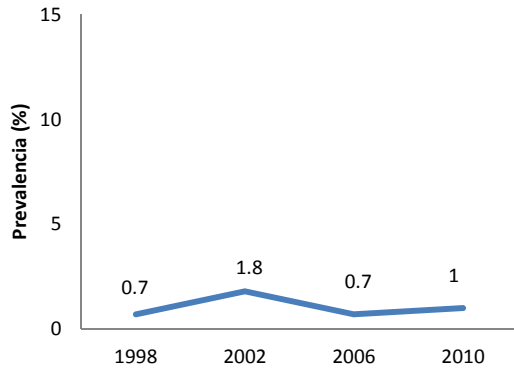


Gráfico 3-21: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población general de Perú, 1998-2010

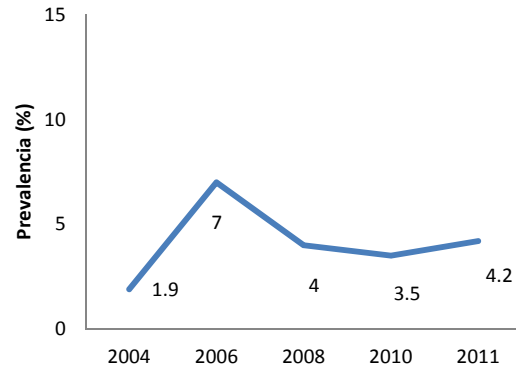


Gráfico 3-22: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población general de Argentina, 2004-2011 (16 a 65 años)

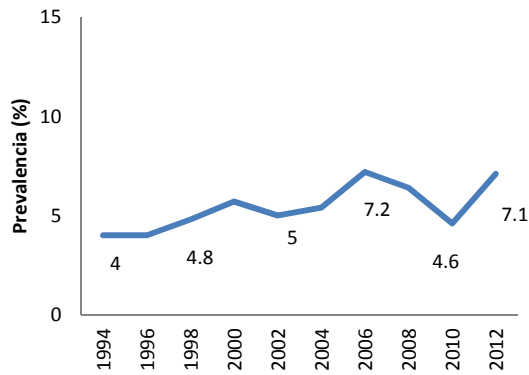


Gráfico 3-23: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población general de Chile, 1994-2012

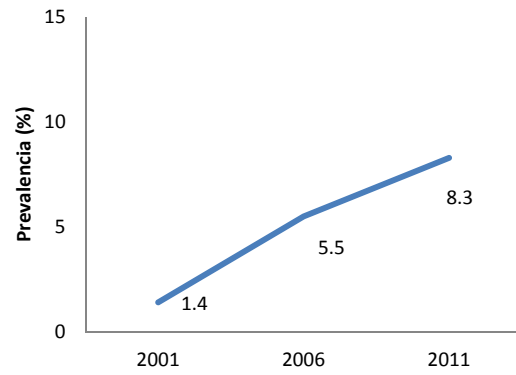


Gráfico 3-24: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población general de Uruguay, 2001-2011 (15 a 64 años)

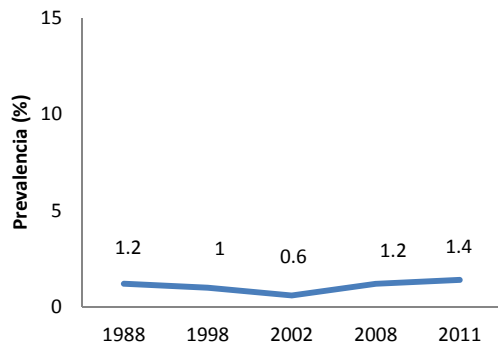
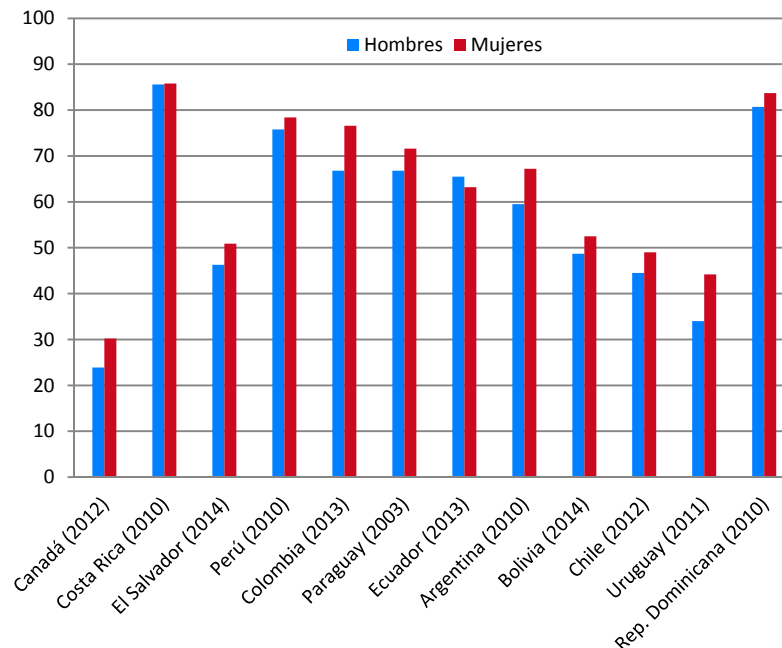


Gráfico 3-25: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en población general de México, 1998-2011

La tendencia monitoreada en Chile en casi 20 años muestra un crecimiento de 3 puntos porcentuales en todo el período, pasando de alrededor de un 4% en 1994 a poco más de 7% en 2012 (gráfico 3-23). Los datos disponibles de Uruguay indican que en una década el consumo de marihuana en la población general creció casi seis veces, de 1,4% a 8,3% (gráfico 3-24), siendo esta tendencia creciente para ambos sexos, pero siempre mayor en los varones. Los cambios en la prevalencia de Colombia entre 2008 y 2013 también muestran un incremento, pasando del 2,1% al 3,3%.

## Percepción de gran riesgo

La percepción de gran riesgo sobre el uso ocasional de marihuana en la población general se distribuye entre un 27% y un 87% de adherentes, según los países (Anexo tabla A3.11). Aquellos que tienen una menor proporción de personas que consideran de gran riesgo este consumo, son aquellos que presentan una prevalencia de consumo anual mayor. Y a la inversa, a mayor percepción de riesgo, menor consumo.



**Gráfico 3-26: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de marihuana según sexo, en la población general por país<sup>10</sup>**

Observados los datos según sexo, con las excepciones de Costa Rica y Ecuador, hay una mayor percepción de gran riesgo entre las mujeres respecto de los hombres.

Por otra parte, los países presentan menor variabilidad en relación a la opinión de gran riesgo del consumo frecuente, donde las poblaciones sostienen esta percepción entre un 80% y 90%. Estados Unidos, Canadá y Uruguay tienen valores inferiores y son países de mayor consumo (Anexo tabla A3.11).

<sup>10</sup> Argentina: población de 16-64, Canadá: población de 15-64 y Uruguay: población de 15-65

## Facilidad de acceso y oferta

Al igual que en los estudios en población escolar, se observa una importante variabilidad entre los países respecto de la opinión de facilidad de acceso a marihuana en la población general, que oscila entre el 16% al 62%. Perú y Bolivia, que presentan una percepción de facilidad de acceso menor al 35%, tienen en ambos casos prevalencia de último año más baja (2,5% Perú y 3,6% Bolivia).

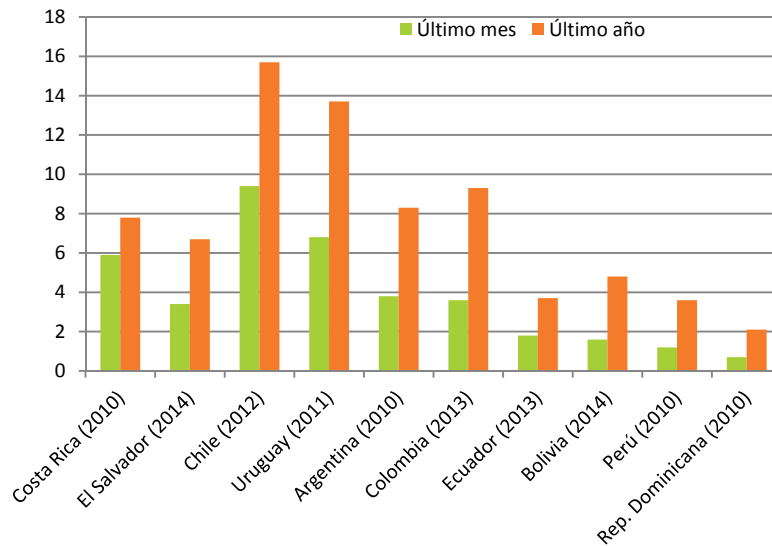


Gráfico 3-27: Percepción de facilidad de acceso a marihuana, en población general por país

Los dos países sudamericanos de mayor consumo son quienes también recogen datos de mayor oferta (Chile y Uruguay).

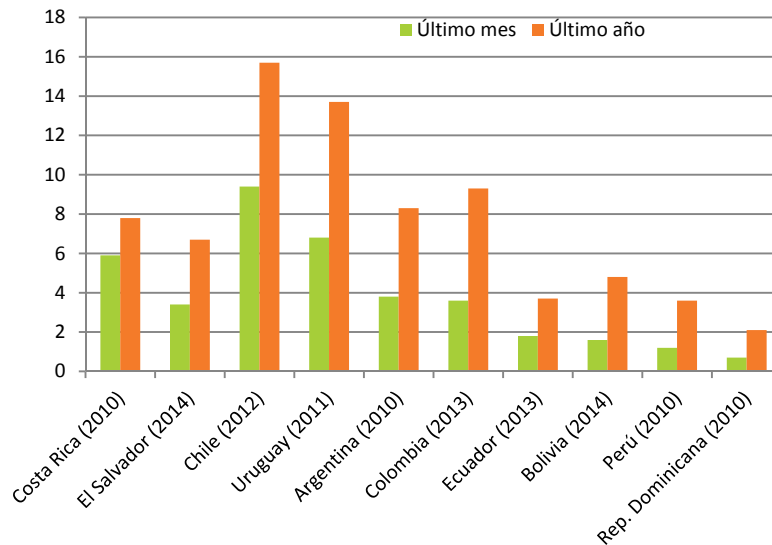
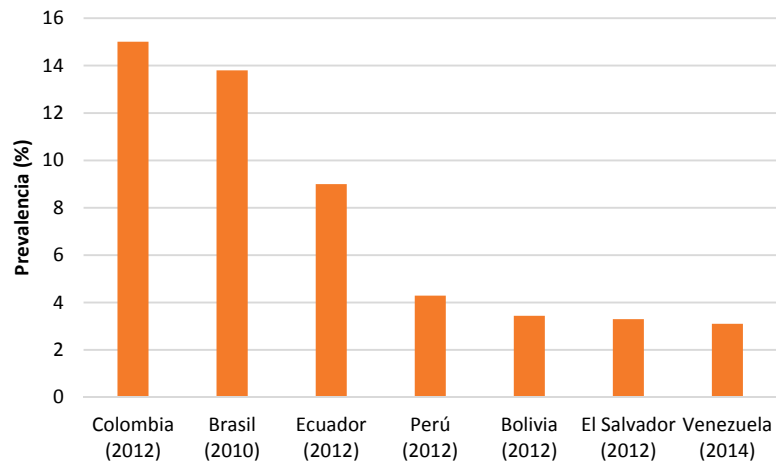


Gráfico 3-28: Oferta de marihuana en el último año y mes, en población general por país

## Estudiantes universitarios

### Indicadores de uso

Se dispone de información de siete países Latinoamericanos que realizaron estudios de consumo en estudiantes universitarios. Los datos dan cuenta de una gran variabilidad entre los países, la que se expresa en la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, entre el 6% al 31% (Anexo tabla A3.7) y de consumo reciente, entre el 3,1% y el 15%.



**Gráfico 3-29: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes universitarios por país**

Más de 10 puntos porcentuales separan a los países de mayor y menor prevalencia de consumo de marihuana en población universitaria.

El gráfico siguiente muestra que el consumo entre los varones duplica al consumo en las mujeres en todos los países, independientemente del nivel de consumo de éstos.

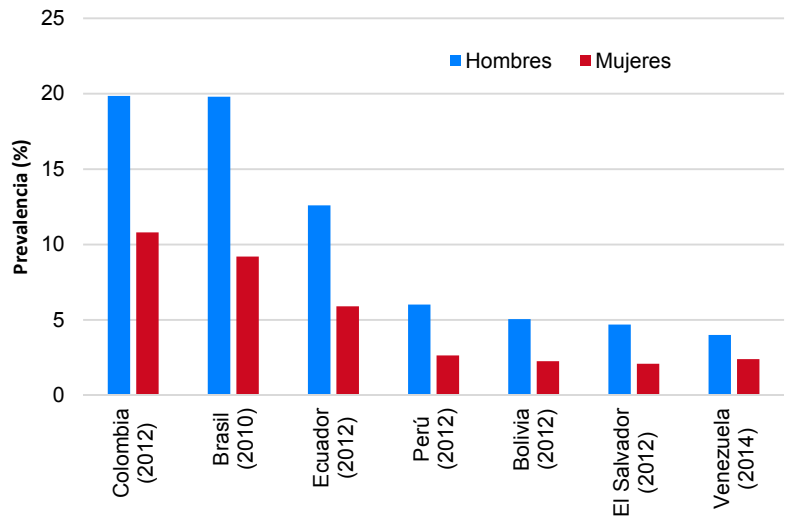


Gráfico 3-30: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes universitarios según sexo, por país

### Tendencias en estudiantes universitarios

Aunque no corresponde a un análisis de tendencia metodológicamente hablando, entre los años 2009 y 2012 se observa un aumento del consumo de marihuana en todos los países que cuentan con estas dos mediciones. Sin embargo, se observan diferencias en los niveles de consumo y la intensidad de este incremento. Por ejemplo, Colombia con una prevalencia relativamente alta en 2009, crece en casi 4 puntos porcentuales, en tanto Ecuador que tiene una prevalencia en 2009 de 4%, incrementa su consumo en casi 5 puntos porcentuales, lo que le significa más que duplicar su nivel anterior. En Perú y Bolivia el crecimiento es de 1 y 1,4 puntos porcentuales respectivamente.

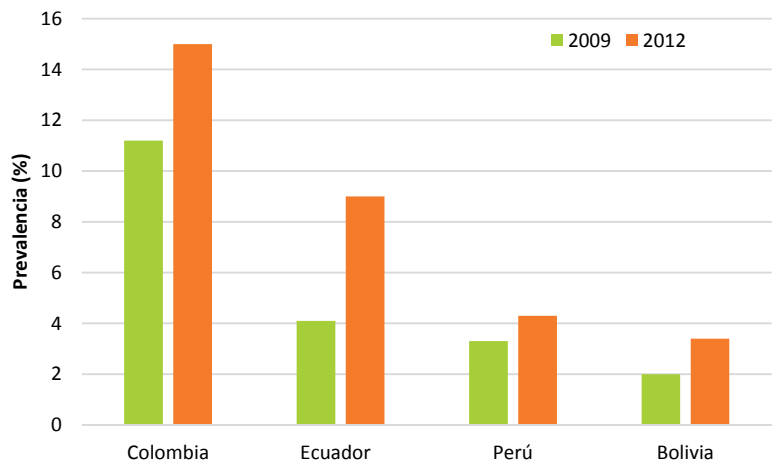
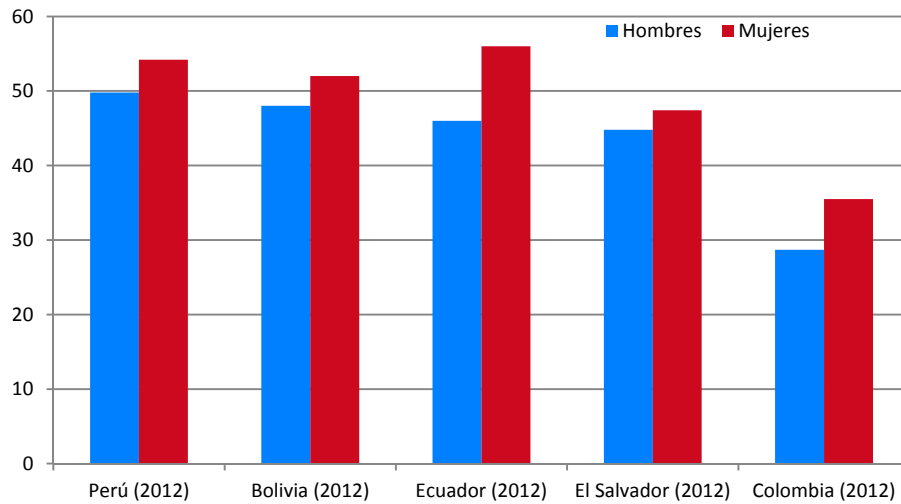


Gráfico 3-31: Prevalencia de último año de consumo de marihuana en estudiantes universitarios por país, 2009-2012



## Percepción de gran riesgo

El 50% o menos de los estudiantes universitarios de los cinco países en los que se dispone de información consideran de gran riesgo el uso ocasional de marihuana. Estos porcentajes son algo más altos en las mujeres que en los hombres, pero no llega a más del 56%. El país con menor percepción de gran riesgo es aquel donde se observa mayor prevalencia de consumo en esta población (Anexo tabla A3.13).

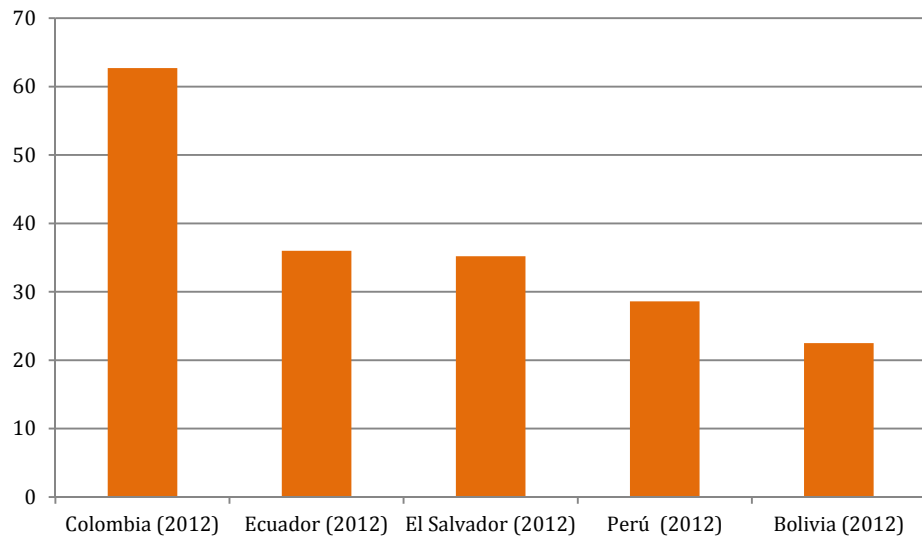


*Gráfico 3-32: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de marihuana según sexo, en estudiantes universitarios por país*

Por otra parte, la proporción de estudiantes que considera de gran riesgo el uso frecuente de marihuana se incrementa notablemente. De hecho, el país con mayor consumo y menores niveles de opinión en este sentido alcanza el 73% de los estudiantes (Anexo tabla A3.14).

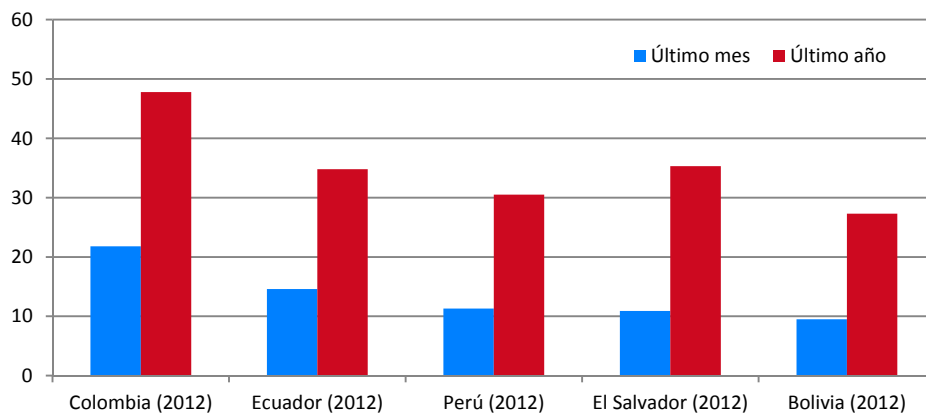
## Percepción de facilidad de acceso y oferta de marihuana

La percepción de los estudiantes universitarios respecto de la facilidad de acceso a marihuana oscila entre el 22% y el 62%. En esta población se observa una relación de correspondencia entre mayor percepción de acceso y mayor consumo, y a la inversa.



**Gráfico 3-33: Percepción de facilidad de acceso a marihuana, en estudiantes universitarios, por país**

En relación a los episodios de oferta de marihuana experimentados por los estudiantes, las diferencias entre los países disminuye. Entre un 27% y casi un 50% de los universitarios recibieron oferta de marihuana durante el último año.



**Gráfico 3-34: Oferta de marihuana en el último año y mes, en estudiantes universitarios, por país**

---

## CAPÍTULO 4: INHALABLES

---

### Introducción

Los inhalables son sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. La definición de inhalables es problemática en la investigación de drogas, ya que incluye una amplia gama de sustancias químicas con diversos grados de efectos psicoactivos y farmacológicos. Esta variedad de productos o sustancias plantea retos para la investigación sobre el uso de estas sustancias, las motivaciones para su uso, los comportamientos asociados y los daños que puede ocasionar en las personas.<sup>32</sup>

Se identifican cuatro clases de inhalables: solventes, aerosoles, gases y nitritos, o combinaciones distintas, incluso dentro de un mismo país. **Los solventes** son líquidos industriales o caseros que se vaporizan a temperatura ambiente, incluyendo solventes o removedores de pintura, tolueno, colas y corrector líquido. Los aerosoles son un tipo de spray que contienen propulsores y disolventes, utilizados en productos comunes tales como los desodorantes y sprays para cocinar. **Los gases** se encuentran en productos caseros o comerciales, como butano y propano, y también se utilizan como anestésicos médicos. **Los nitritos** se usan principalmente para intensificar el placer sexual y se venden comercialmente como “poppers” o “reventadores”.

Muchas de estas sustancias son elementos comunes de la casa y son fáciles de obtener. Si bien las sustancias inhalables no son ilícitas, se estudian con parámetros similares a los de las drogas ilícitas por su alto nivel adictivo y por estar asociadas con el policonsumo con otras drogas. A pesar de ser las inhalables sustancias no controladas, existen intentos de minimizar o controlar la disponibilidad de los mismos. El uso de inhalables es común en muchos países de todo el mundo, tanto en las poblaciones en mayor riesgo social, como en la población general.<sup>33,34,35,36,37,38</sup> Sin embargo, existe una gran diversidad entre países y dentro de cada país en el tipo de inhalables usados, las poblaciones a las que pertenecen los usuarios y la nomenclatura utilizada para identificar a las sustancias. Es importante tener en cuenta esta diversidad en los patrones de uso y en la identificación de sustancias al comparar resultados entre países.

### Población escolar

#### Indicadores de uso

Las tablas A4.1 y A4.2 del anexo muestran la prevalencia de uso de inhalables alguna vez en la vida, durante el último año y último mes en población escolar para hombres, mujeres y para el total de la población. La tabla A4.3 en el anexo presenta los resultados por grado cursado.

Los resultados globales se presentan en el mapa siguiente para la prevalencia de último año de consumo de inhalables en cada país.

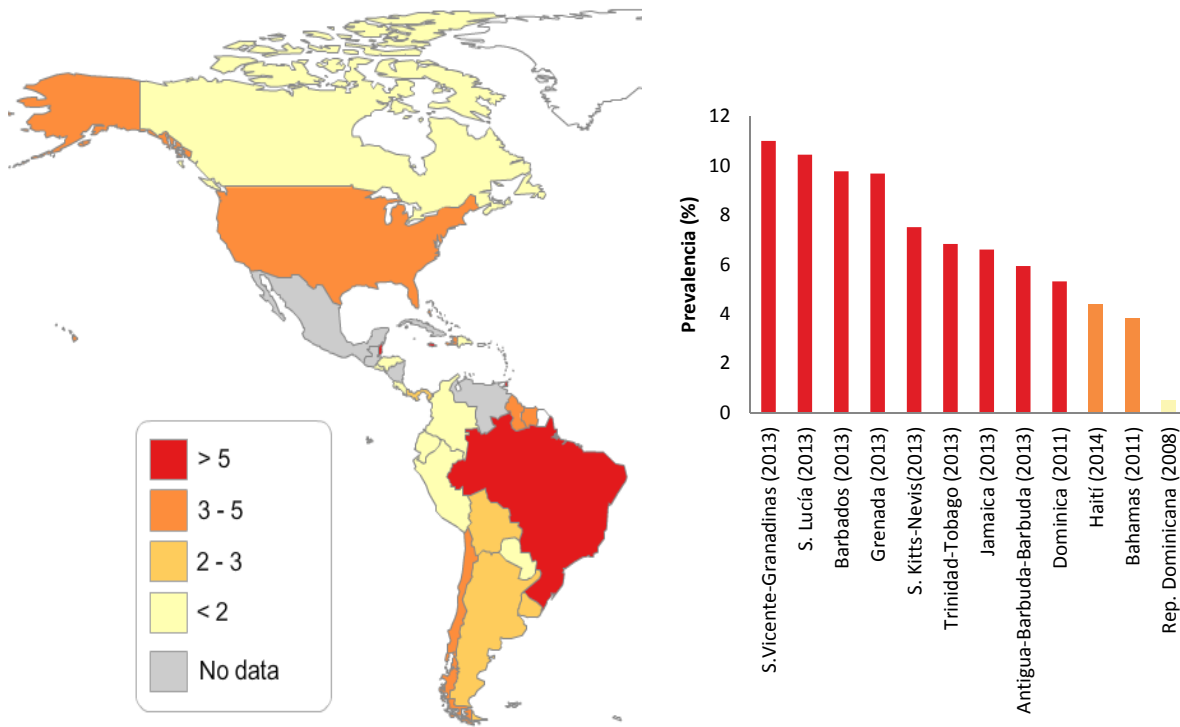


Gráfico 4-1: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios, por país

Lo primero que se destaca es la gran variabilidad en las tasas de consumo de inhalables entre las subregiones, también presente en menor medida dentro de cada subregión.

El siguiente gráfico presenta la prevalencia de último año de consumo de inhalables en ordenando a los países por subregión.

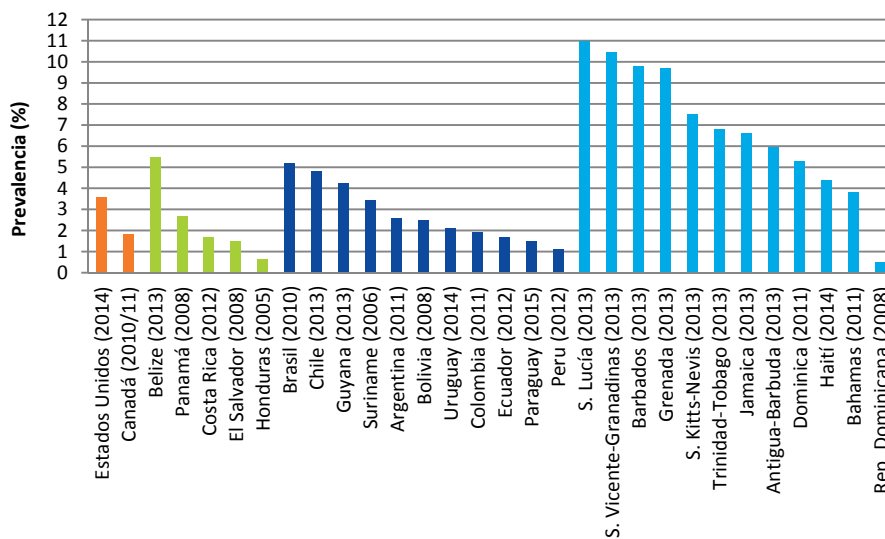


Gráfico 4-2: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios por país, ordenados por subregión

La prevalencia de último año de consumo de inhalables se extiende en un rango entre 0,5% y 11% (Gráfico 4-2). En el gráfico se observan países con prevalencia inferior a 1,5% como Honduras, Perú y República Dominicana, así como países con prevalencia superior a 8%: Grenada, Barbados, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Las Granadinas y Santa Lucía. El uso de inhalables es particularmente alto en el Caribe. Entre los 12 países del Caribe con reporte sobre inhalables, 8 tienen prevalencia de uso superior a 5,9%, por encima de todos los demás en el Hemisferio, posicionando a la región en un intervalo de prevalencia alta, con la excepción de República Dominicana donde el consumo es sustancialmente inferior.

En América Central hay diferencias importantes entre el país con el mayor índice, Belize con 5,5%, y Honduras con el menor consumo de 0,6%, aunque es importante aclarar que esta última corresponde al estudio del año 2005. En Sudamérica también se identifican diferencias entre los países con menor consumo, Perú, Paraguay, Colombia y Ecuador con tasas de consumo menores a 2%, y los países con mayor nivel de uso, Brasil, Chile y Guyana con prevalencia entre 4% y 6%. América del Norte muestra menor variabilidad en su prevalencia, con tasas de 1,8% en Canadá y 3,8% en Estados Unidos.

En la tabla 4-1 se presentan los indicadores de uso de inhalables alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes por subregión y para el total del Hemisferio. En la comparación, es importante tener en cuenta que sólo se incluyen estudios recientes (entre 2010 y 2014) y que distintos países tienen diversa magnitud de peso e influencia en los cálculos subregionales.

**Tabla 4-1 Prevalencia de vida, de último año y de último mes de consumo de inhalables en estudiantes secundarios por subregión y hemisférica \***

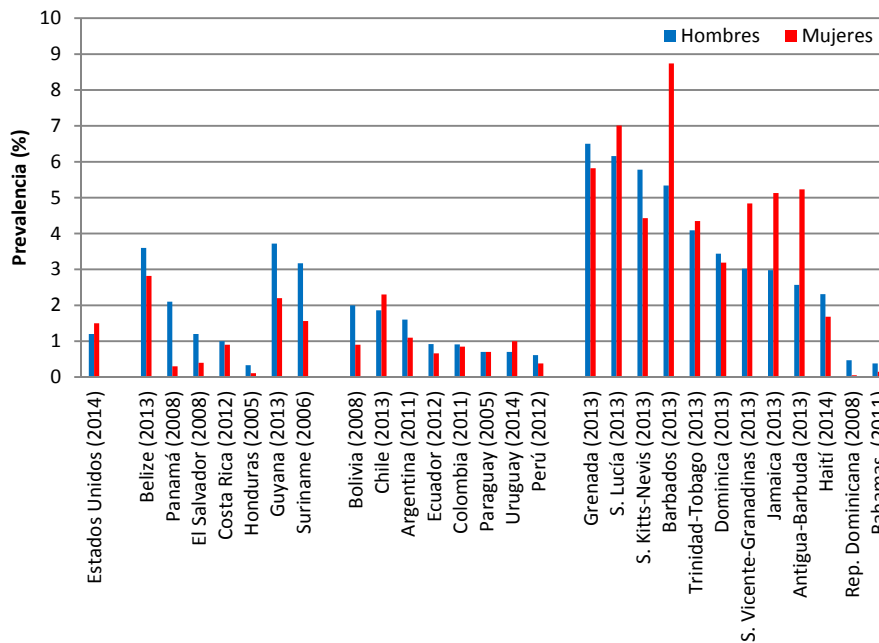
Región	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
América del Norte	8,8	3,6	1,4
América del Sur	5,55	3,62	1,03
El Caribe	9,84	5,56	3,02
Hemisferio	7,43	3,64	1,33

*\*Solo se incluye países con información desde el año 2010*

Los datos regionales confirman los análisis anteriores según los cuales el Caribe tiene la prevalencia más alta de uso de inhalables entre estudiantes.

Mientras que este patrón se replica para la prevalencia de vida y mes, la magnitud en las diferencias regionales difiere. En la prevalencia de último mes de consumo de inhalables América del Norte, América Central y Sudamérica oscilan en alrededor de 1%, mientras que el Caribe triplica estos valores con 3%. En la prevalencia de vida, América del Norte y el Caribe duplican la prevalencia de alrededor de 5% de América Central y América del Sur.

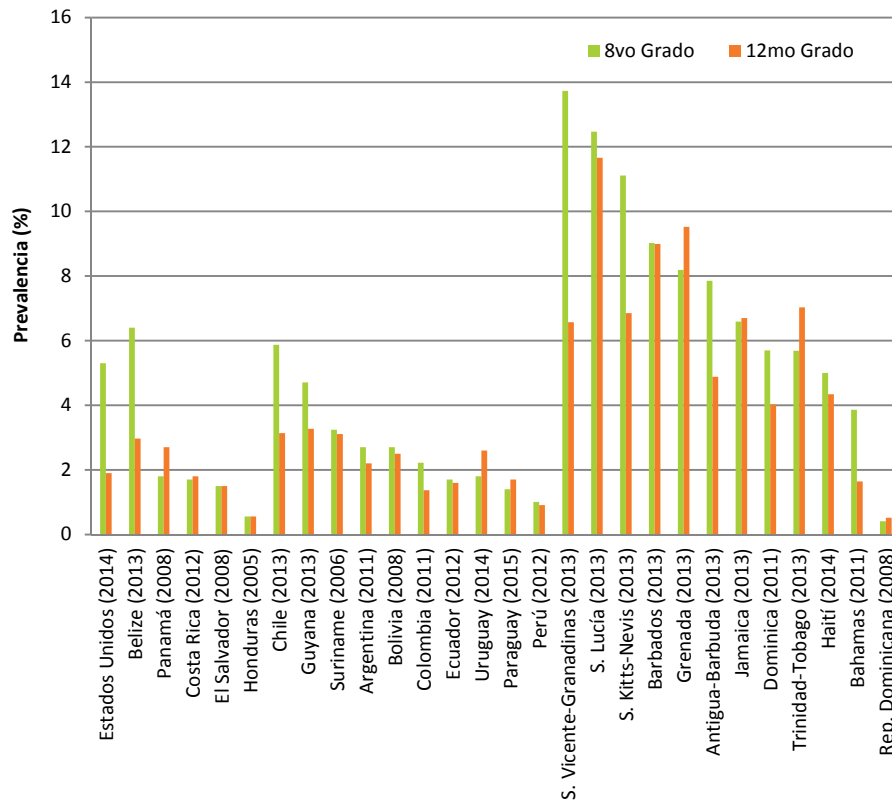
Adicional al análisis general sobre uso de inhalables, es posible estudiar la situación del **consumo según sexo** (Anexo tabla A4.2). En el gráfico siguiente se presentan los índices de uso en mujeres vs. hombres para la prevalencia de último año, ordenadas dentro de cada subregión de acuerdo a la magnitud del indicador.



*Gráfico 4-3: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios según sexo, por país, ordenados por subregión*

Lo primero que se observa en el gráfico 4-3 es la diversidad en magnitud y dirección de las diferencias de uso de inhalables entre hombres y mujeres. En algunos de los países el uso entre las estudiantes mujeres es mayor que entre los hombres. Particularmente en el Caribe, donde se registran mayores niveles de uso de inhalables en la población escolar, la mitad de los países tienen prevalencia mayor entre mujeres, tal como se observa en Santa Lucía, Barbados, Trinidad y Tobago, San Vicente y las Granadinas, Jamaica y Antigua y Barbuda. En otras regiones, países como Estados Unidos, Chile y Uruguay también identifican a las mujeres con prevalencia mayor que las de los hombres, aunque la diferencia entre el uso de inhalables por sexo es bastante pequeña. Los mayores índices se registran en República Dominicana y Panamá, donde los hombres muestran niveles de consumo entre 7 y 10 veces mayores a los de las mujeres. En los países donde las mujeres consumen más que los hombres, la mayor diferencia se presenta en Antigua y Barbuda donde la declaración de uso de inhalables entre estudiantes mujeres duplica a la de los hombres. En cuanto a las diferencias regionales, mientras que en América del Sur los países con mayor consumo entre mujeres muestran diferencias por sexo de alrededor del 30%, en el Caribe estas diferencias oscilan entre el 60% y el 100%.

Un área de interés en las políticas preventivas tiene que ver con el **inicio del consumo de alguna sustancia psicoactiva**, inhalables en este caso. En este capítulo estudiamos el uso temprano de inhalables a través del porcentaje de estudiantes de 8º grado (mayoritariamente de 13 años) que declaran haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida. Este indicador logra identificar una población de mayor riesgo, a la que las políticas preventivas deberían integrar. El siguiente gráfico presenta la prevalencia de vida de consumo de inhalables en escolares de 8º y 12º grados, para comparar los subgrupos etarios dentro de la población de estudiantes con mayor consumo de inhalables, e identificar aquellos países en los que los estudiantes más jóvenes presentan prevalencia de consumo particularmente alta.



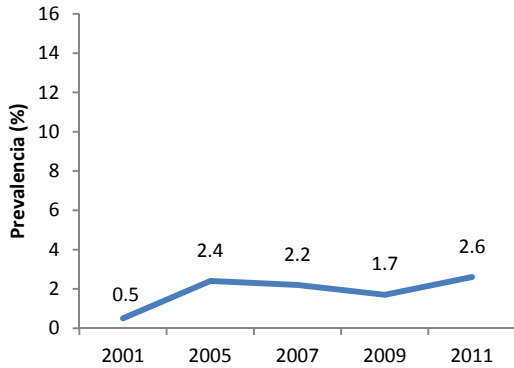
**Gráfico 4-4: Prevalencia de vida de consumo de inhalables en estudiantes secundarios de 8º y 12º grados, por país, ordenados por subregión**

Este gráfico muestra niveles de prevalencia variables entre subgrupos de jóvenes en distintos países, con una prevalencia de vida en menores a 13 años alta en términos generales, evidenciando el inicio al uso de inhalables entre jóvenes a una edad muy temprana. En el Caribe, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Saint Kitts y Nevis cuentan con más de 10% de sus estudiantes de 13 años de edad o menos como usuarios de inhalables alguna vez en la vida. En el resto de las regiones, Estados Unidos, Belize y Chile tienen más de 5% de sus estudiantes de 8º grado con uso de inhalables, mientras el resto de los países muestran prevalencia menor a esa cifra.

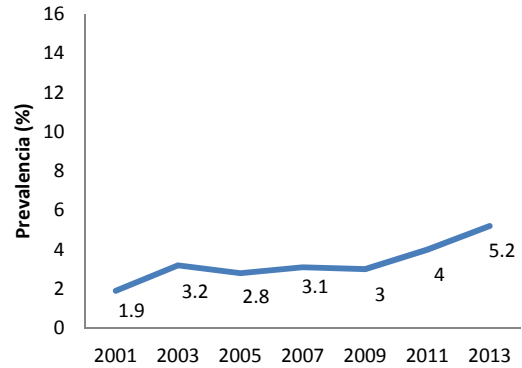
Complementando la información sobre inicio temprano del uso de inhalables, observamos también en la mayoría de los países que la prevalencia es mayor para estudiantes de 8º grado que de 12º grado, sugiriendo que el uso de inhalables predomina en sub-grupos más jóvenes dentro de los estudiantes secundarios. Excepciones a este patrón son los países Centroamericanos, donde el uso es similar entre distintos grados, o levemente mayor entre estudiantes de 12º grado, exceptuando a Belize. En Sudamérica, el uso es mayor entre estudiantes de 12º grado en Uruguay y Paraguay, y más alto entre estudiantes de 8º grado en el resto de los países. En el Caribe también predomina el uso entre los más jóvenes, excepto en Grenada, Trinidad y Tobago, Jamaica y República Dominicana. Entre los países del Caribe donde las diferencias entre los estudiantes de 8º y 12º grados son mayores, se encuentran San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis y Bahamas. En todas las subregiones los países con mayor prevalencia de consumo reportan un uso entre estudiantes de 8º grado que al menos duplica las cifras registradas entre estudiantes de 12º grado.

## Tendencias en población escolar

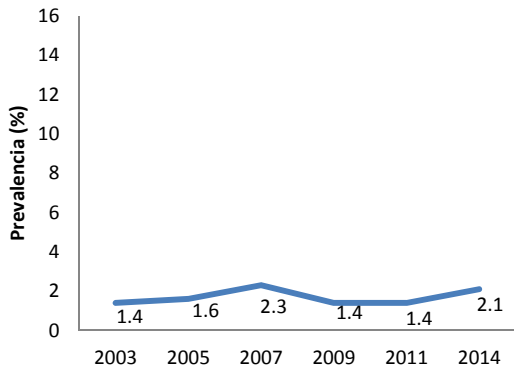
Los siguientes gráficos muestran las tendencias en el uso de inhalables en distintos países del Hemisferio. Todos aquellos representados muestran prevalencia de uso de inhalables en el último año entre 2005 y 2011, con series de al menos 4 puntos en el tiempo.



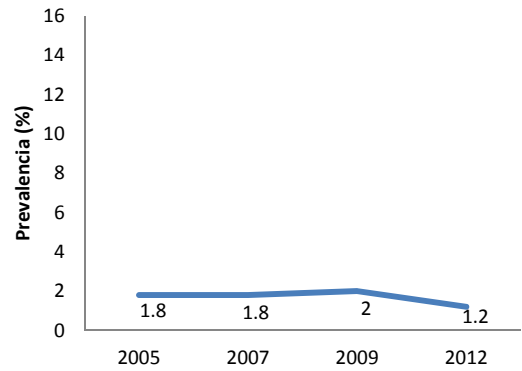
**Gráfico 4-5: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios de Argentina, 2001-2011**



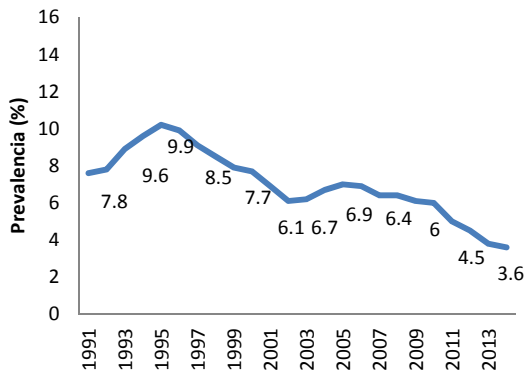
**Gráfico 4-6: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios de Chile, 2001-2013**



**Gráfico 4-7: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios de Uruguay, 2003-2014**



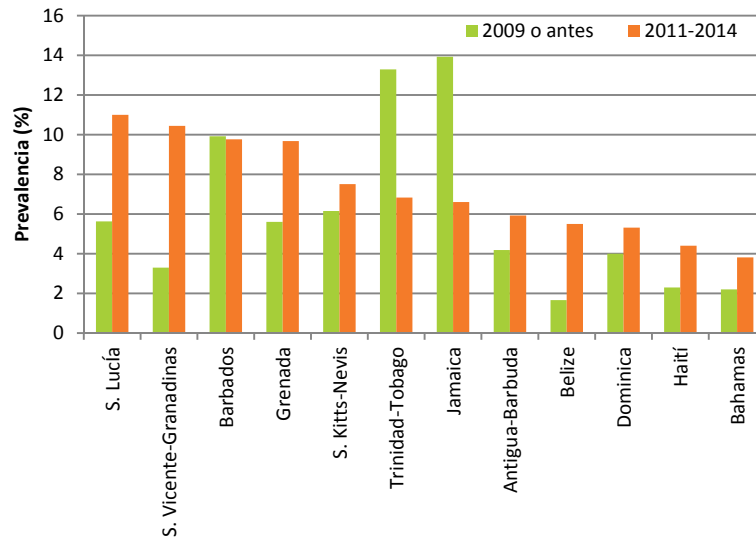
**Gráfico 4-8: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios de Perú, 2005-2012**



**Gráfico 4-9: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios de Estados Unidos, 1991-2014**



Los gráficos muestran una tendencia al aumento gradual del uso de inhalables en Chile con 1,9% en 2001 a 5,2% en 2013, y Argentina con 0,5% en 2001 a 2,6% en 2011. Uruguay se mantiene estable entre 2003 y 2014, con valores que oscilan entre 1,4% y 2,1%. Perú también tiene cierta estabilidad, con prevalencia entre 1,2% y 2% en el período de 2005 a 2012. México D.F. pasa por un aumento de uso de inhalables entre 2003 y 2009, estabilizándose sin mucha claridad desde entonces. Estados Unidos, por otro lado, muestra una tendencia claramente decreciente en el uso de inhalables entre escolares desde 9,9% en 1995 a 3,6% en 2013.

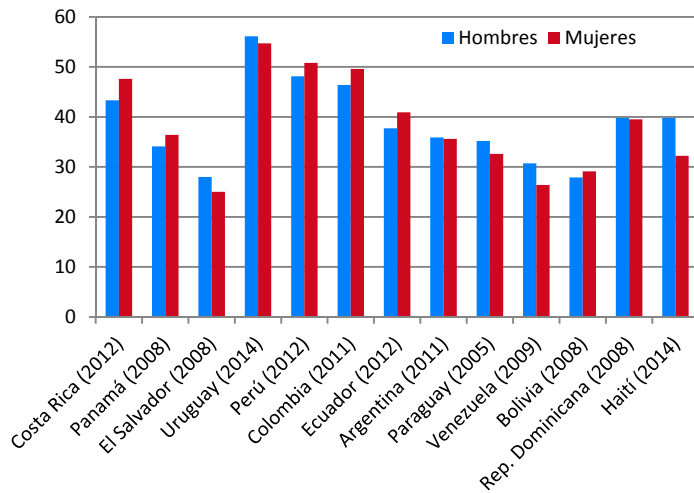


**Gráfico 4-10: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes secundarios, en países del Caribe, 2009-2014**

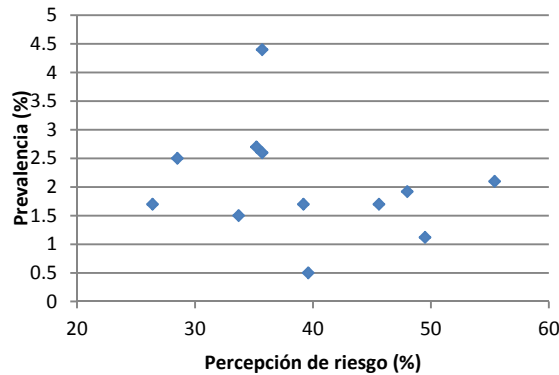
Si bien los países del Caribe sólo tienen datos de dos estudios y no podemos establecer tendencias, es importante observar los cambios entre los estudios realizados en 2009 o antes y los del período 2011-2014. Trinidad y Tobago y Jamaica disminuyeron su prevalencia casi a la mitad. Barbados se mantuvo estable. En el extremo opuesto, los mayores aumentos se ven en Belize y San Vicente y las Granadinas, donde la prevalencia casi se triplicó entre 2009 o antes y 2011-2014. El resto de los países muestra un aumento de un estudio a otro, con cambios menos significativos.

## Percepción de riesgo

Un factor importante para entender las diferencias en prevalencia de uso de inhalables, es la percepción de riesgo del uso de la sustancia. En los siguientes gráficos se muestran: (a) la percepción de gran riesgo de uso ocasional de inhalables, por sexo y por país, ordenados por subregión y (b) la percepción de gran riesgo de uso ocasional de inhalables en función de la prevalencia de uso de inhalables en el último año.



**Gráfico 4-11: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de inhalables según sexo, por país, en estudiantes secundarios**



**Gráfico 4-12: Prevalencia de último año de consumo de inhalables y percepción de gran riesgo del uso ocasional en estudiantes secundarios**

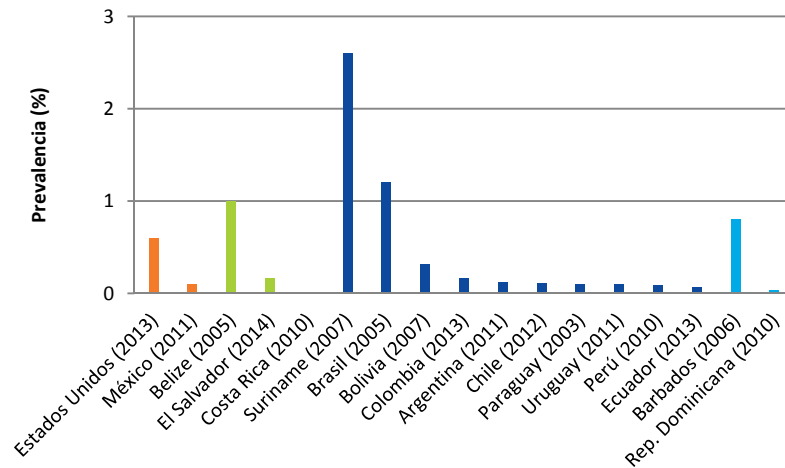
La percepción de gran riesgo de uso ocasional (alguna vez) de inhalables en la población escolar del Hemisferio se distribuye entre 26,4% y 55,4% (Anexo tabla A4.6). El gráfico 4-11 muestra nuevamente una variabilidad entre los países, con percepciones de riesgo entre 27,9% y 56,1% en hombres y entre 25% y 54,7% en mujeres. Al no tener información de este indicador para todos los países del Hemisferio, no es posible establecer comparaciones entre las subregiones. Teniendo en cuenta sólo los países representados, se ven diferencias importantes dentro de cada subregión, pero no entre las subregiones de América Central y América el Sur.

El gráfico 4-12 muestra que la asociación entre la percepción de gran riesgo y la prevalencia de último año de consumo de inhalables no es evidente. Así por ejemplo, países con percepción de riesgo de alrededor de 35% pueden presentar una prevalencia de uso baja (1,5%) o alta (4,5%).

## Población general

### Indicadores de uso

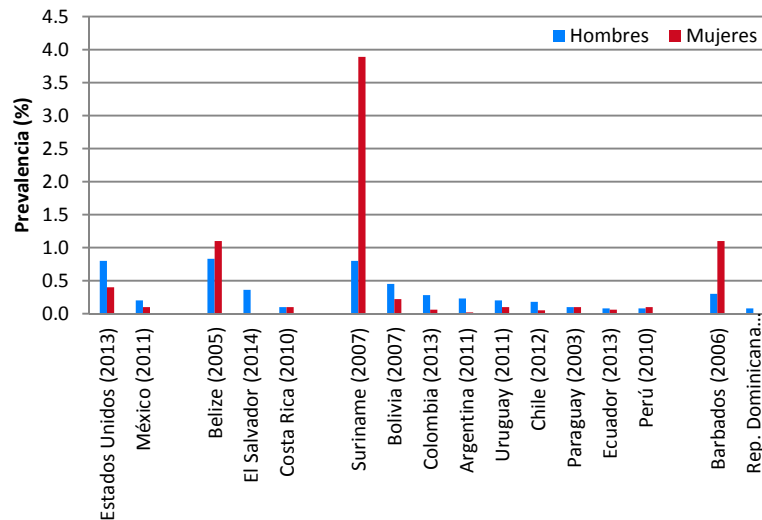
En base a los estudios realizados en los países a nivel de la población general, mayoritariamente de 12 a 65 años, se presentan los indicadores de uso de inhalables en el siguiente gráfico.



**Gráfico 4-13: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en la población general por país, ordenados por subregión<sup>11</sup>**

La prevalencia de uso de inhalables muestra grandes diferencias entre los estudios en escolares y en la población general. En esta última, la prevalencia de último año de uso de inhalables se extiende en un rango entre 0% y 2,6%. La mayoría de los países presenta prevalencia de último año por debajo de 0,2%, con excepción de Estados Unidos (0,6%), Belize (1%), Brasil (1,2%), Suriname (2,6%), Bolivia (0,3%) y Barbados (0,8%). Dada la limitada cantidad de estudios recientes sobre uso de drogas en la población adulta de muchos de los países, particularmente notoria en el Caribe, es difícil establecer comparaciones entre regiones. Sin embargo, dentro de cada subregión, se observan diferencias entre países que son aún más pronunciadas que las que se identificaron entre escolares. El gráfico 4-14 presenta las tasas de uso en mujeres vs. hombres para prevalencia de último año de consumo de inhalables, ordenadas dentro de cada subregión de acuerdo a la magnitud del indicador.

<sup>11</sup> Argentina: población de 16-64 y Uruguay: población de 15-65



**Gráfico 4-14: Prevalencia de último año de consumo de inhalables según sexo, por país, ordenados por subregión**<sup>12</sup>

Al analizar el uso de inhalables por sexo, encontramos una gran diversidad en magnitud y dirección de las diferencias de uso de inhalables entre hombres y mujeres. En algunos de los países el uso entre las estudiantes mujeres es mayor que entre los hombres, tal como se observa en Belize, Perú, Suriname y Barbados. La magnitud de esta diferencia varía entre 33% en Belize y 386% en Suriname, donde la prevalencia de último año de uso de inhalables en mujeres es 3,9% y cuadruplica el consumo de 0,8% reportado entre los hombres.

Entre los países donde los hombres consumen más que las mujeres, la mayor diferencia se presenta en El Salvador, donde la declaración de uso de inhalables entre estudiantes hombres es 36 veces la de las mujeres, seguido por Argentina, Colombia y Chile. Paraguay y Costa Rica son los únicos dos países con la misma prevalencia entre hombres y mujeres.

Tal como se mencionó anteriormente, es importante identificar a las sub-poblaciones que presentan consumos mayores dentro de cada país. En esta determinación, la diferenciación del consumo por rango etario cumple un rol importante para guiar las políticas públicas sobre drogas, particularmente relacionadas con la prevención del inicio del consumo. El gráfico 4-15 identifica un consumo de inhalables más alto en poblaciones jóvenes, entre 12 y 17 años de edad, que en población joven entre 18 y 34 años en la mayoría de los países sudamericanos, así como en Estados Unidos, Barbados y El Salvador. Otros países como Suriname, Bolivia y Perú registran uso más alto en jóvenes que en adolescentes menores de edad. Un tercer grupo de países, Belize, Costa Rica, Paraguay y República Dominicana concentran el consumo casi exclusivamente en la población joven de 18 a 34 años, con niveles muy bajos entre los adolescentes menores de edad.

<sup>12</sup> Argentina: población de 16-64 y Uruguay: población de 15-65

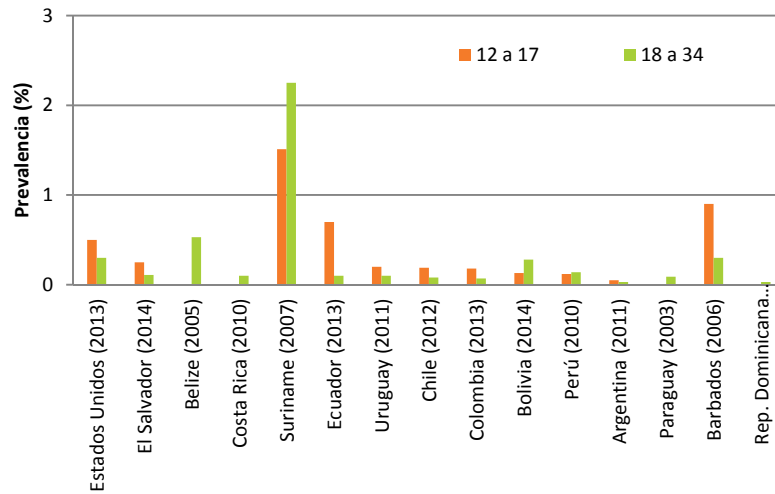


Gráfico 4-15: Prevalencia de último año de consumo de inhalables por grupos de edad de 12 a 17 y 18 a 34 años, por país, ordenados por subregión

## Tendencias en población general

Las tendencias a nivel de población general muestran una estabilización a niveles muy bajos de consumo, principalmente por tratarse de grupos poblacionales de edades donde el consumo de esta sustancia parece ser muy bajo.

## Percepción de gran riesgo

Como complemento a los datos de prevalencia de uso, en el siguiente gráfico se muestra la percepción de gran riesgo de uso ocasional de inhalables, por sexo y por país.

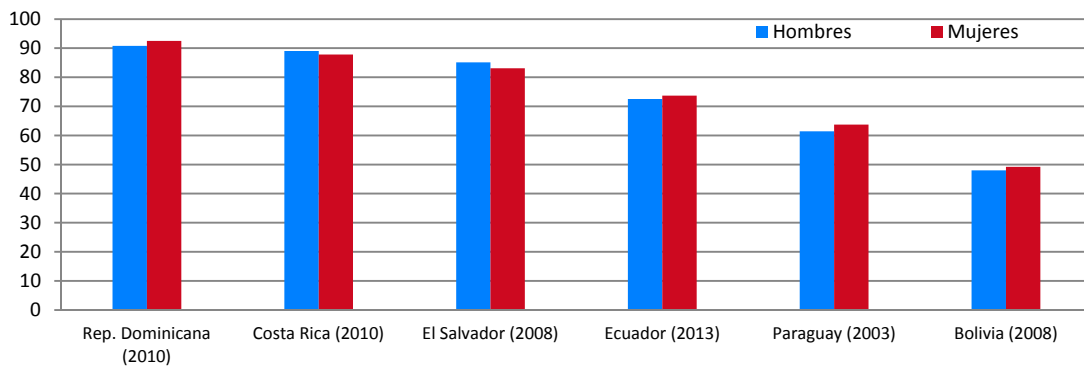


Gráfico 4-16: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de inhalables según sexo, por país, en población general

El gráfico evidencia la variabilidad entre los países, con percepciones de riesgo entre 48% y 90,8% en hombres y entre 49,2% y 92,5% en mujeres. Teniendo en cuenta sólo los países representados, Bolivia y Paraguay tienen

percepciones de gran riesgo menores que las de República Dominicana, Costa Rica o El Salvador. No se observaron diferencias significativas en la percepción de gran riesgo por sexo en ninguno de los países.

## Estudiantes universitarios

### Indicadores de uso

En el Hemisferio se han realizado estudios nacionales de uso de drogas en estudiantes universitarios en siete países que incluyen a los cuatro países Andinos, además de Brasil y El Salvador.

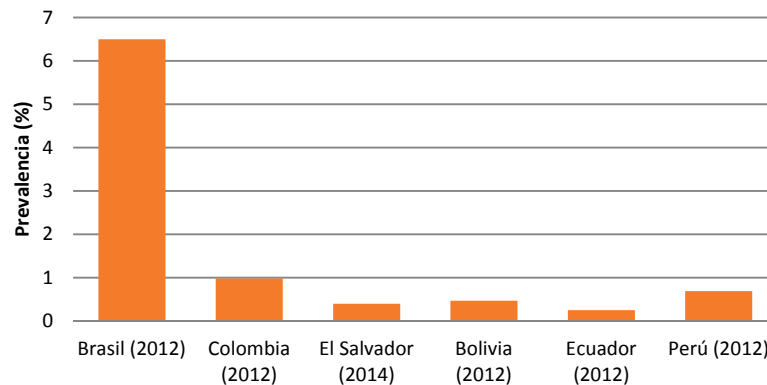


Gráfico 4-17: Prevalencia de último año de consumo de inhalables, por país, en estudiantes universitarios

El uso de inhalables entre universitarios registra una prevalencia de último año variable, pero baja en líneas generales. Todos los países quedan comprendidos en un intervalo entre 0,25% y 1%, Colombia y Perú con prevalencia alta y Ecuador entre las más bajas (Gráfico 4-17). En un análisis por sexo (Gráfico 4-18) se nota un mayor uso entre las mujeres en Perú, Bolivia y Ecuador, contrastando con un uso mayor en los hombres de Colombia.

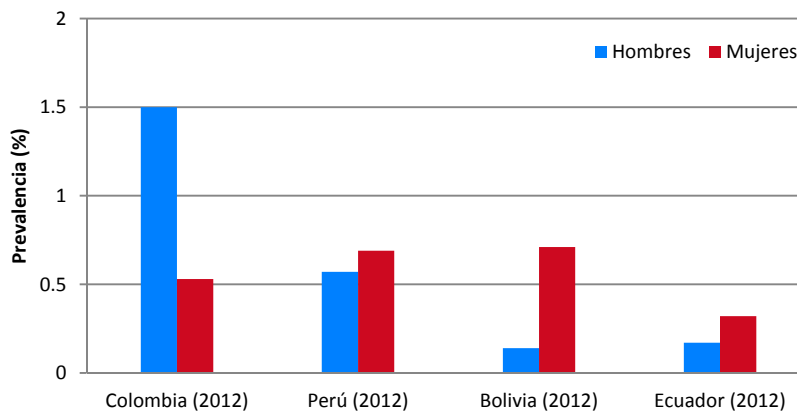
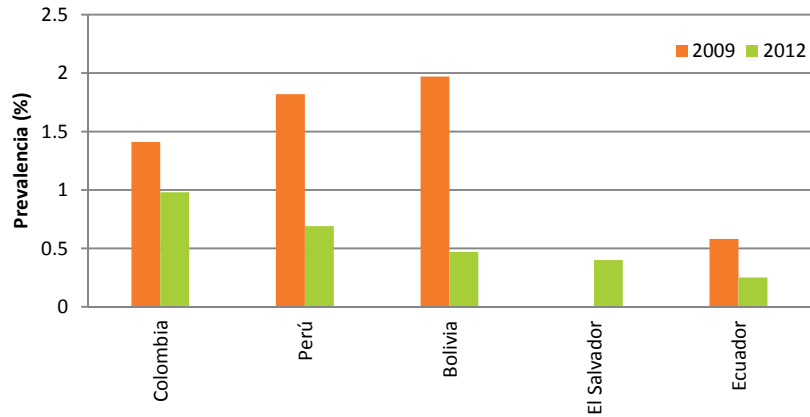


Gráfico 4-18: Prevalencia de último año de consumo de inhalables según sexo, por país, en estudiantes universitarios

## Tendencias en estudiantes universitarios

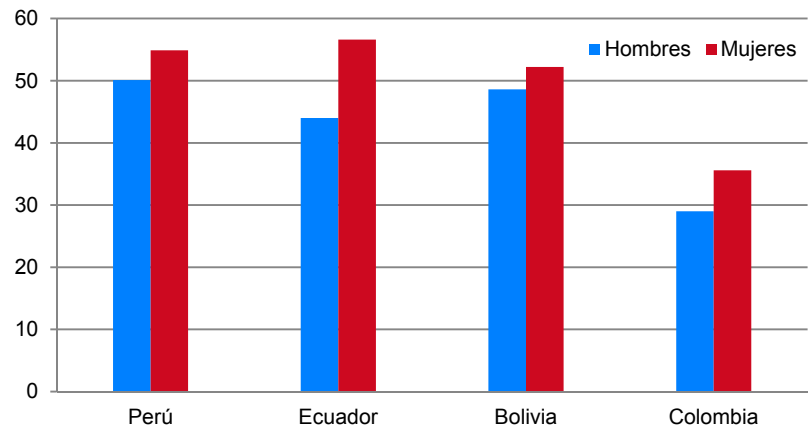
Si bien no contamos con tendencias de prevalencia de consumo de inhalables en la población de estudiantes universitarios, los países andinos han realizado dos estudios comparables con la misma metodología en 2009 y 2012 (Gráfico 4-19). Los datos de estos estudios muestran que el consumo de inhalables disminuyó en todos los países andinos entre 2009 y 2012. Bolivia tuvo la disminución más pronunciada, de 2% a 0,5% y Colombia tuvo el cambio menos notorio de 1,4% a 0,98%.



*Gráfico 4-19: Prevalencia de último año de consumo de inhalables en estudiantes universitarios por país, 2009-2012*

## Percepción de gran riesgo

Menos del 60% de los estudiantes universitarios en países andinos perciben gran riesgo en el uso ocasional de inhalables (Gráfico 4-20). En todos los países la percepción de gran riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres. Los valores comprenden un rango entre 29% y 50% en los hombres y entre 35% y el 57% entre las mujeres. La percepción de gran riesgo es notablemente menor en Colombia que en el resto de los países representados, tanto para hombres como para mujeres, lo que podría explicar parcialmente la mayor prevalencia de uso de inhalables entre universitarios de ese país.



*Gráfico 4-20: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de inhalables según sexo, por país, en estudiantes universitarios*

## CAPÍTULO 5: COCAÍNAS

En este capítulo, *Cocaínas*, se abordan según la información disponible los consumos referidos a tres sustancias o drogas que contienen alcaloide cocaína, extraído de las hojas del arbusto de la coca del género *Erythroxylum*, y que son el clorhidrato de cocaína o simplemente cocaína, la pasta base y el crack. Son tres drogas que tienen de común su procedencia y se diferencian por el proceso de elaboración que las determina y por el modo en que son consumidas. Específicamente, la cocaína se esnifa, inhala o inyecta, mientras que la pasta base y el crack se fuman. El modo en que se consumen tiene un alto impacto en la salud de los usuarios, además de los adulterantes y diluyentes que cada droga pueda contener en su presentación para consumo final y que está determinado por una serie de factores.

Lo cierto es que pueden diferenciarse mercados, modos de tráfico y patrones de consumo según estas tres drogas, la cuales van mutando según los procesos de adulteraciones y fraccionamiento.

La cocaína ha sido llamada la droga de los años ochenta y noventa por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. Las hojas de la coca, de donde se obtienen las cocaínas, se han ingerido por miles de años, mientras que la sustancia químicamente más pura, el clorhidrato de cocaína, se ha consumido por más de 100 años.

La cocaína usualmente se vende en la calle en forma de un polvo blanco, fino y cristalino que se conoce en español como “coca”, “nieve”, “dama blanca” o “talco”. Algunos de sus nombres en inglés son “coke”, “C”, “snow”, “flake” y “blow”. Los traficantes generalmente mezclan la cocaína con otras sustancias inertes, tales como la maicena, el talco o el azúcar; o con ciertas drogas activas como la procaína (un anestésico local de composición química parecida) u otros estimulantes, como la anfetamina. Algunos consumidores combinan la cocaína con la heroína en lo que suelen llamar un “speedball” (en español también se conoce como “revuelto”, “rebujo”, “francés” o “café con leche”).

Hay dos formas químicas de la cocaína que suelen consumirse: la sal de clorhidrato (que es soluble en agua) y los cristales de cocaína o base, conocida en inglés como “freebase” (que no son solubles en agua). La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína se consume de forma inyectada o inhalada (“snorting”). Los cristales de cocaína o freebase han sido procesados con amoníaco o bicarbonato sódico y agua, y luego calentados para eliminar el clorhidrato y producir una sustancia que se puede fumar. El término “crack”, el nombre de la calle para los cristales o base de cocaína, se refiere al sonido crujiente que se oye al fumar esta mezcla.

Según la definición de Castaño<sup>39</sup>, las cocaínas fumables son sustancias derivadas de la hoja de coca que después de su procesamiento químico adquieren características fisicoquímicas que le dan puntos de fusión bajos y pueden ser volatilizados por sublimación o ebullición utilizando calor. Tanto la Pasta Básica de Cocaína (PBC), como el Crack y la Base Libre, son cocaínas fumables. De todas ellas, es la PBC la que explica la aparición e instalación del consumo en los países de América del Sur, principalmente Argentina, Chile y Uruguay, así como en Brasil –en donde llaman crack a esta droga- a principios del siglo XXI. Durante los últimos años Paraguay también informó sobre la extensión de este consumo, al que le llaman crack o chespi.



En este capítulo, presentaremos en forma separada la información disponible para cada una de estas sustancias: cocaína, pasta base y crack.

## COCAÍNA

### Introducción

Las estimaciones mundiales de Naciones Unidas para el año 2012, indican que unas 17,2 millones de personas entre 15 a 64 años declararon haber usado cocaína durante los 12 meses anteriores a los estudios realizados en los respectivos países, expresada en una prevalencia mundial de 0,37%. El consumo de cocaína se ubicaría en el cuarto lugar de consumo de sustancias controladas a nivel global, pero está relativamente concentrado en las Américas, Europa y Oceanía. Por otra parte, casi la totalidad de cocaína producida proviene de tres países de Sudamérica.

### Población escolar

#### Indicadores de uso

Los resultados indican una gran variabilidad en el consumo de cocaína, ya sea el ocurrido alguna vez en la vida, en el último año o el último mes. Los promedios subregionales subsumen niveles de consumo muy disímiles entre los países que los componen, principalmente en Sudamérica.

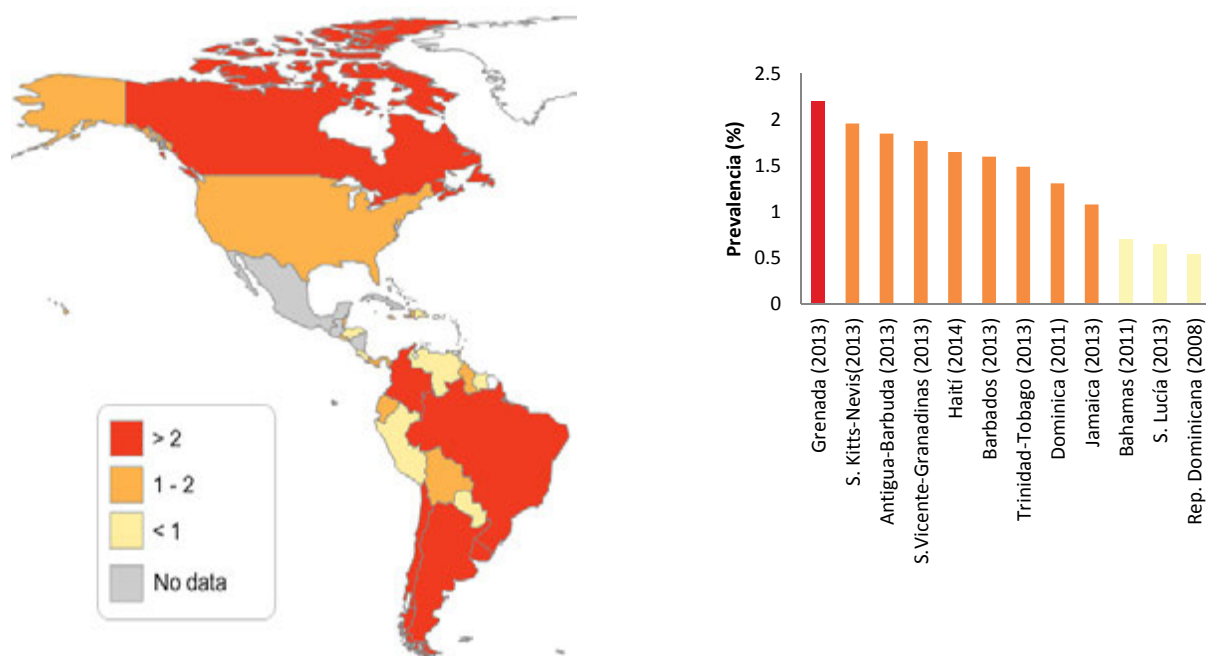
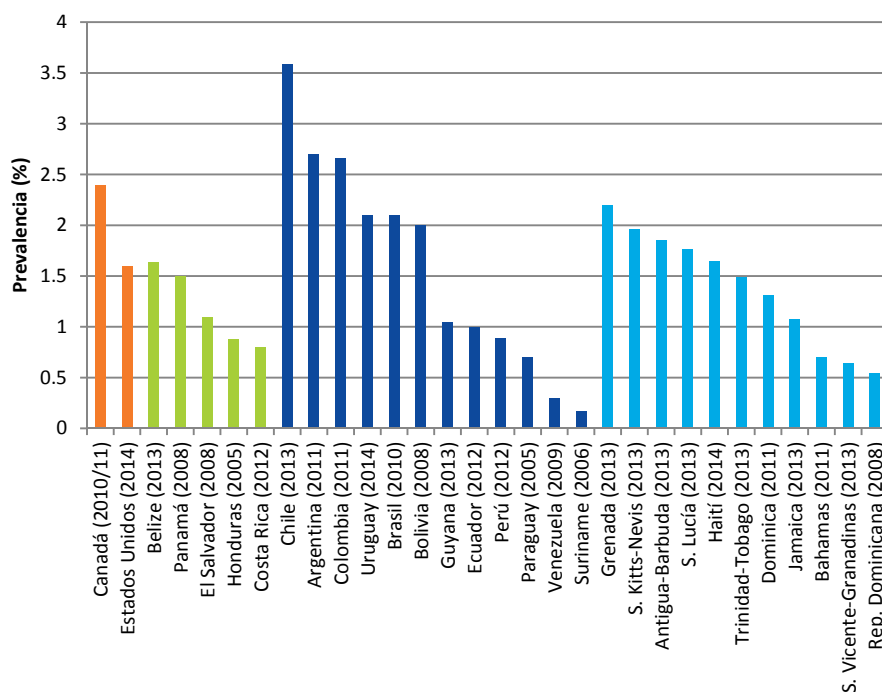


Gráfico 5-1: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios, por país

En el gráfico siguiente se presenta la prevalencia de último año de uso de cocaína agrupando a los países por subregión:



**Gráfico 5-2: Prevalencia de último año de consumo de cocaína por país, en estudiantes secundarios, ordenados por subregión<sup>13</sup>**

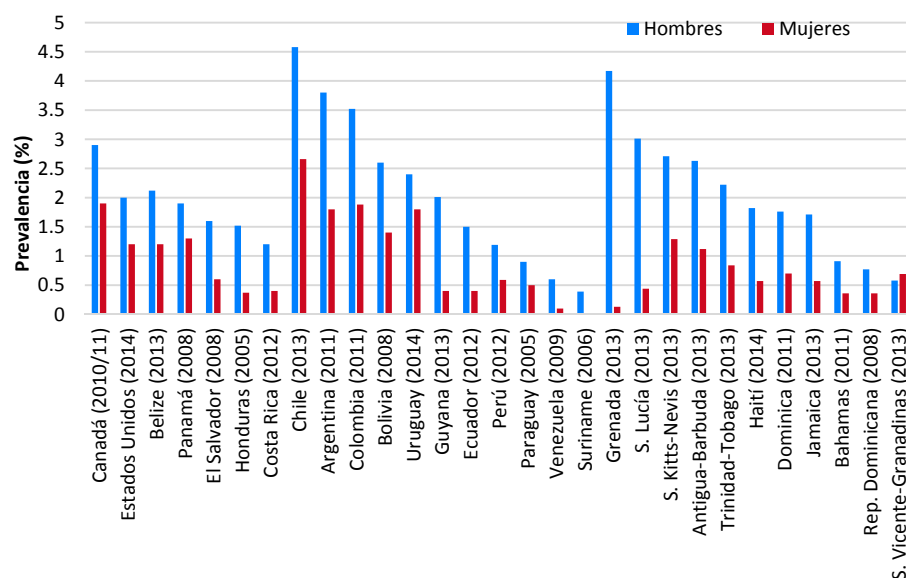
Del gráfico se observan tres países, todos de América del Sur, con prevalencia superior a 2,5% entre los estudiantes secundarios y son Chile, Argentina y Colombia; seguidos por Canadá, Grenada, Uruguay y Brasil, que presentan un consumo superior al 2%. Los niveles de consumo más bajos son del 0,3% y 0,2% y corresponden a Venezuela y Suriname respectivamente. Sudamérica es la subregión con mayor variabilidad en el consumo de cocaína.

En el Caribe se observan diferencias que oscilan entre un 0,5% y un poco más del 2%. En seis países (Grenada, Saint Kitts y Nevis, Antigua y Barbuda, Santa Lucía, Haití y Trinidad y Tobago) se registran tasas de consumo superiores o igual al 1,5%. En tres países del Caribe los niveles de consumo no superan el 0,5%.

Tres países en América Central tienen prevalencia del 1% y más (Belize, Panamá y El Salvador). En Norteamérica, Canadá forma parte de los países de mayor consumo en el Hemisferio, mientras que Estados Unidos está en un nivel intermedio (entre 1% y 2%).

<sup>13</sup> Brasil: población de 13 a 18 años.

El uso de cocaína en el último año según sexo se presenta a continuación (Anexo tabla A5.5). Los niveles de prevalencia están ordenados dentro de cada subregión, de acuerdo a la magnitud del indicador.



**Gráfico 5-3: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios según sexo, por país, ordenados por subregión**

Lo primero que hay que destacar es el mayor consumo de cocaína por parte de los estudiantes varones en todos los países, independientemente de su prevalencia. La excepción se observa en San Vicente y las Granadinas donde la prevalencia es similar y baja por sexo (0,58% en varones y 0,69% en mujeres).

En aquellos países de mayor prevalencia de consumo de cocaína, exceptuando la subregión del Caribe, las diferencias por sexo se expresan en una relación que oscila entre el 1,5 al 2,1 mayor entre los hombres, como en el caso de Argentina en el Cono Sur. En cambio, en el Caribe las diferencias en el consumo marcan razones del 32,1 en Grenada, país de mayor consumo en esta subregión, seguido con un 6,8 en Santa Lucía y alrededor de 3 en Haití y Jamaica.

En Sudamérica el consumo de los varones supera en 6 veces a las mujeres en Venezuela, 5 veces en Guyana y en 3,7 veces en Ecuador. En Centroamérica, Honduras y Costa Rica los registros muestran que el consumo en los hombres es 3 y 4 veces superior al de las mujeres, respectivamente.

La tabla siguiente nos indica que el promedio hemisférico del consumo de último año de cocaína en población escolar es de 1,8%. Por sobre este promedio se encuentra Sudamérica, con una tasa de 2,2%, subregión en la cual también están las tasas más altas de consumo alguna vez en la vida y en el último mes. América del Norte, sin los datos de México, es la segunda subregión de mayor consumo de cocaína, seguida por el Caribe.

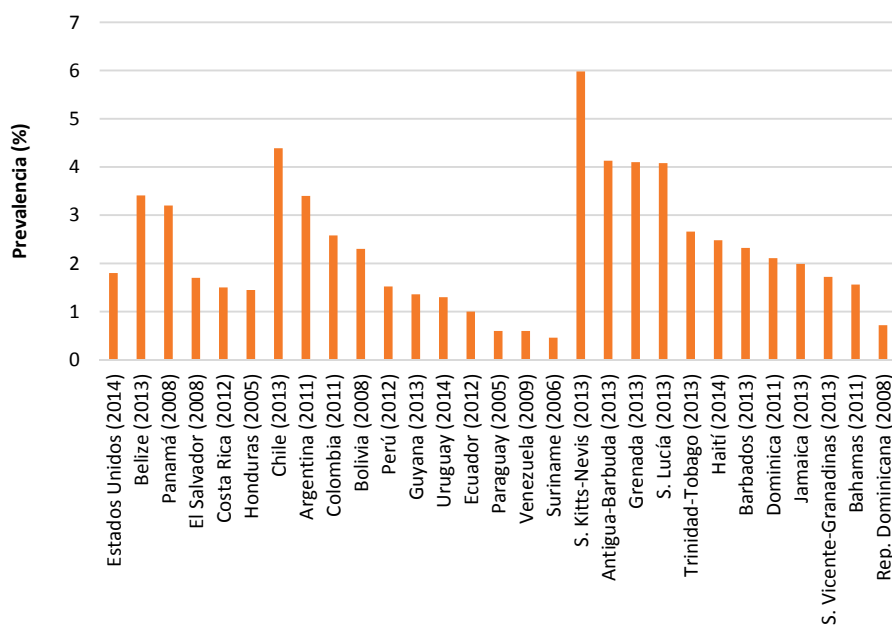
**Tabla 5-1: Prevalencia de vida, de último año y de último mes de consumo de cocaína en en estudiantes secundarios por subregión y a nivel Hemisférico\***

Subregión	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
América del Norte	2,90	1,60	0,70
América del Sur	3,78	2,16	1,20
El Caribe	2,25	1,49	0,85
Hemisferio	3,24	1,83	0,86

\*Sólo se incluyen países con información desde el año 2010 y debido a que sólo dos países de América Central tienen estudios de esa fecha, no se calcula el promedio subregional.

Si bien el consumo de drogas en población adolescente supone la manifestación temprana de ese fenómeno en un grupo especialmente vulnerable, es posible identificar una precocidad aún más grave a partir de conocer la prevalencia de consumo de cocaína en los estudiantes de 8º grado, es decir, los más pequeños de este universo observado. La prevalencia de vida en este segmento etario indica precisamente la proporción de estudiantes que consumieron cocaína alguna vez en su vida a los 13 años o antes.

El consumo ocurrido a los 13 años o menos alerta sobre una precocidad agravada del consumo sobre la cual los programas de prevención deberían actuar.



**Gráfico 5-4: Prevalencia de vida de consumo de cocaína en estudiantes de 8º grado o equivalente por país, ordenados por subregión**

Esta precocidad se perfila en los países del Caribe, al menos en cuatro de ellos en donde la prevalencia sobrepasa el 4% (Antigua y Barbuda, Grenada y Santa Lucía) e incluso como en el caso de Saint Kitts y Nevis llegando al 6%.

En relación a Sudamérica, Chile no sólo presenta una alta tasa de consumo anual entre los adolescentes, sino que el consumo realizado alguna vez en la vida a los 13 años o menos sobrepasa el 4%. Argentina se ubica en segundo lugar en este indicador, con más del 3%.

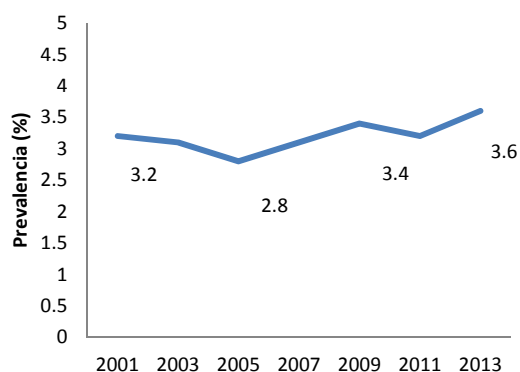
En América Central los dos países con mayor prevalencia anual a nivel de los estudiantes de 8º grado (Belize y Panamá) superan el 3%.

En relación a América del Norte, sólo se contó con datos de Estados Unidos, en el cual no hay cambios de magnitud significativos en relación a estos indicadores.

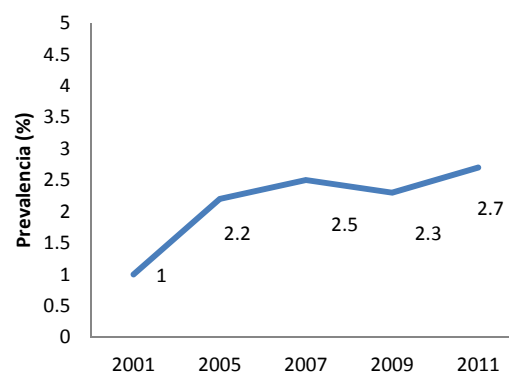
### Tendencias en población escolar

Los países de Sudamérica que cuentan con datos comparables en una serie temporal presentan tendencias distintas. El consumo presenta cierta estabilidad, pero con prevalencia alta o baja, como en Chile y Perú, y el consumo tiene un incremento a lo largo del período como en Argentina y Uruguay.

Los datos disponibles de Chile indican que el consumo reciente de cocaína entre 2001 y 2013 se sostiene oscilante alrededor del 3,2% y termina el periodo con una leve alza al 3,6%.



*Gráfico 5-5: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios de Chile, 2001-2013*

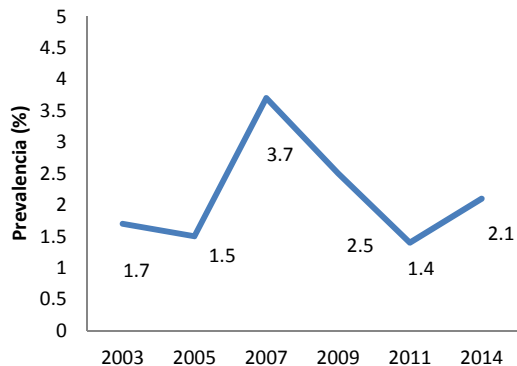


*Gráfico 5-6: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios de Argentina, 2001-2011*

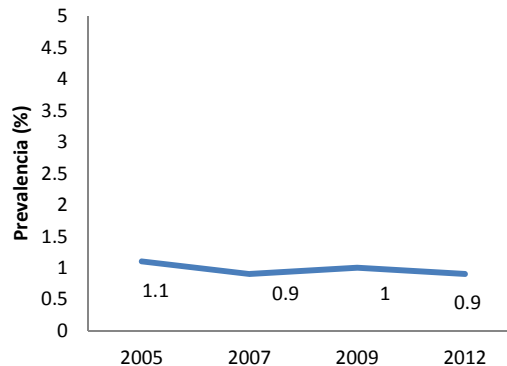
La información de Argentina indica que luego del fuerte crecimiento observado entre el período 2001-2005, la prevalencia oscila alrededor del 2,5%, con un leve incremento hacia el final del mismo.

Perú presenta un consumo de cocaína oscilante alrededor del 1%, desde el año 2005 al 2012.

En Uruguay el consumo crece de 1,7% al 2,1% en once años, pero con períodos oscilantes de incremento (2005-2007), descenso (2007-2011) para volver a crecer hacia el año 2014.

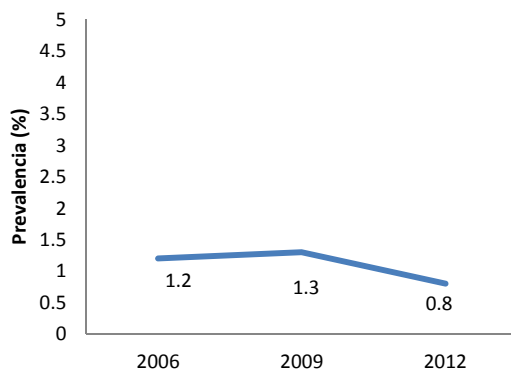


**Gráfico 5-7: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios de Uruguay, 2003-2014**



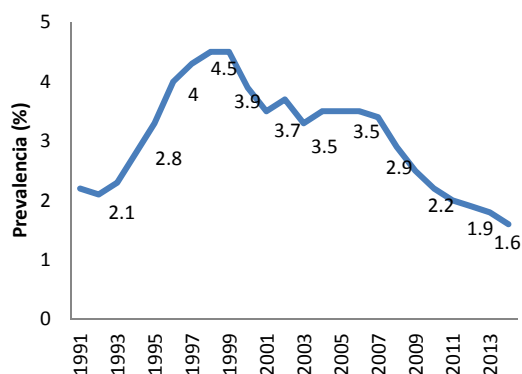
**Gráfico 5-8: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios de Perú, 2005-2012**

En América Central se dispone de información de Costa Rica entre los años 2006 y 2012, correspondiente a tres mediciones. La tendencia hacia el final del período es de un leve descenso en la tasa de consumo en el último año que pasa de 1,2% a 0,8%.



**Gráfico 5-9: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios de Costa Rica, 2006-2012**

La información disponible para Estados Unidos para el periodo 1991-2013, el monitoreo más largo en el Hemisferio, muestra un pico en el consumo de cocaína del 4,5% en el año 1998. A partir de ese año se inicia un descenso y entre los años 2002 y 2006 se llega a una meseta con una prevalencia que ronda el 3,7%. Finalmente, se produce un descenso sostenido hasta una prevalencia del 1,6% estimada en el último estudio del año 2013.



**Gráfico 5-10: Prevalencia de último año consumo de cocaína en estudiantes secundarios de Estados Unidos, 1991 – 2013**

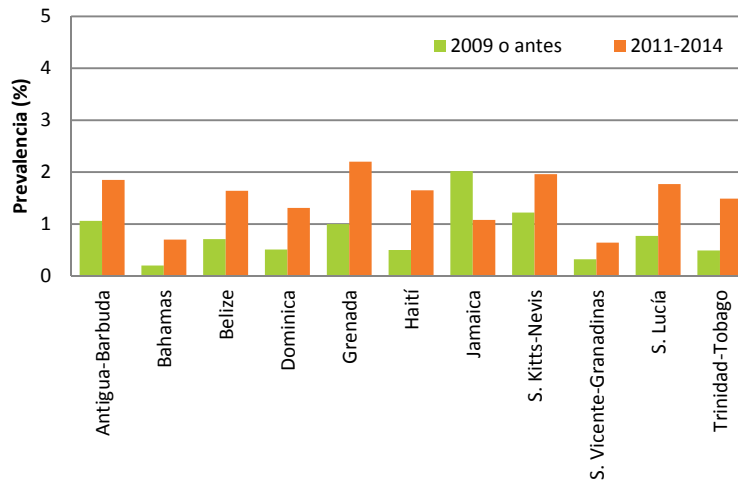
Guyana tiene dos estudios (2007 y 2013) y la prevalencia decreció del 2,8% al 1,1%.

Brasil, en estudiantes de 10 a 19 años y más que viven en 27 capitales dispone de dos estudios comparables, de los años 2004 y 2010. En este periodo el consumo de cocaína se incrementó levemente del 1,7% al 1,9%.

El consumo reciente de cocaína en población escolar de la ciudad de México, monitoreados desde los años 1989 a 2012, indica un fuerte crecimiento para ambos sexos, pero más intenso entre las mujeres, quienes pasan del 0,3% al 2,1%, en tanto que los hombres lo hacen del 0,9% al 2,8%. Por otra parte, la distancia entre varones y mujeres en las tasas de consumo no es relevante al inicio ni al final del período.

El gráfico siguiente muestra que en el Caribe, en diez de un total de once países con información, el consumo de cocaína se incrementó entre los años 2009 al 2011-2014. Aquellos países donde se duplicó el consumo son Antigua y Barbuda, Belize, Grenada, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía. En Bahamas, Dominica, Haití y Trinidad y Tobago el consumo se incrementó por encima del 100% con respecto a las mediciones realizadas en el primer período considerado.

La prevalencia hacia el final del periodo es mayor o igual al 1,5% en siete países, siendo 2,2% la prevalencia más alta del Caribe. En Jamaica se observó una reducción del consumo, teniendo en cuenta que para 2009 o antes dicho país contaba con la prevalencia de último año más alta del Caribe, por lo que su descenso es importante en el período observado.

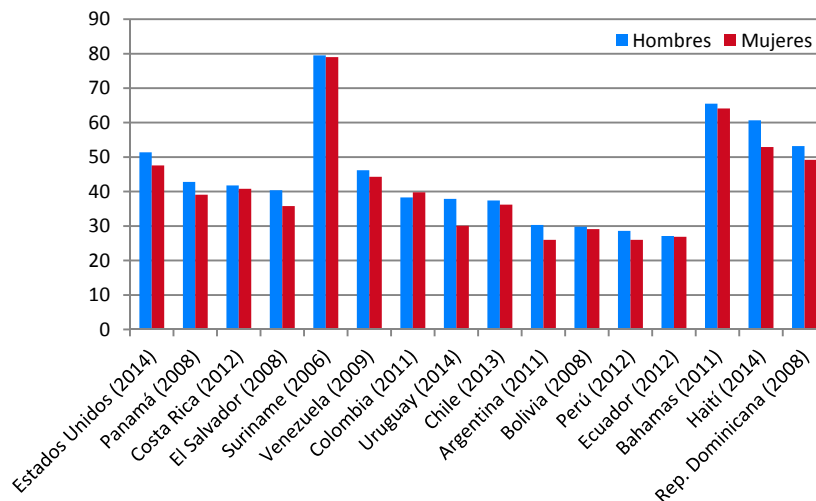


**Gráfico 5-11: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes secundarios de los países del Caribe, 2009-2014**

## Percepción de riesgo

La percepción del gran riesgo sobre el consumo ocasional de cocaína es sostenida por la mitad de los estudiantes o más (y como máximo el 80%), en 4 países del continente. Entre el 40% y el 50% se ubican otros cuatro países y en 8 países esta opinión es sostenida por el 27% y el 40%. Entre estos últimos países se encuentran aquellos cuya prevalencia de consumo en el último año es de 2% o más (Anexo tabla A5.9).

No se observan importantes diferencias por sexo en cuanto a la percepción de riesgo del uso ocasional de cocaína en los adolescentes escolarizados. Las pequeñas diferencias indican una mayor proporción de varones evaluando el consumo de esta manera, con excepción de Colombia en donde esta superioridad le corresponde a las mujeres. Tanto en países con alta percepción de riesgo, cercano al 80%, como en aquellos cercanos al 30%, no hay diferencias significativas según sexo.



**Gráfico 5-12: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de cocaína en estudiantes secundarios según sexo, por país, ordenados por subregión**



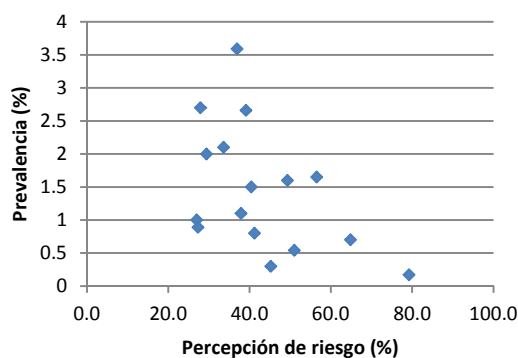
El uso frecuente de cocaína es evaluado de gran riesgo por un conjunto mayor de estudiantes en todos los países, superando el 50% e incluso cercano al 90%. Sólo en Chile esta percepción no alcanza al 50%, siendo importante recordar que es el país de mayor consumo. En países con consumos superiores al 2%, la percepción de gran riesgo se ubica entre el 70% y 80%, e incluso el 83% como en Uruguay (Anexo tabla A5.10).

A diferencia de la evaluación sobre el consumo ocasional, la percepción de gran riesgo del uso frecuente es mayor entre las mujeres, con excepción de Chile y Suriname, países en los extremos de adhesión a esta evaluación, donde las diferencias según sexo son ínfimas.

El gráfico siguiente muestra cómo se relacionan o no las percepciones de gran riesgo del uso ocasional de cocaína y las tasas de consumo. Nos encontramos con países en los cuales esta relación es clara: alta percepción de gran riesgo y bajo consumo.

Sin embargo, también nos encontramos con países que tienen una baja percepción de gran riesgo y bajo consumo. En ellos es oportuno considerar qué porcentaje de la población manifiesta que no tiene opinión formada al respecto y por lo tanto, no ha evaluado el consumo ocasional de cocaína.

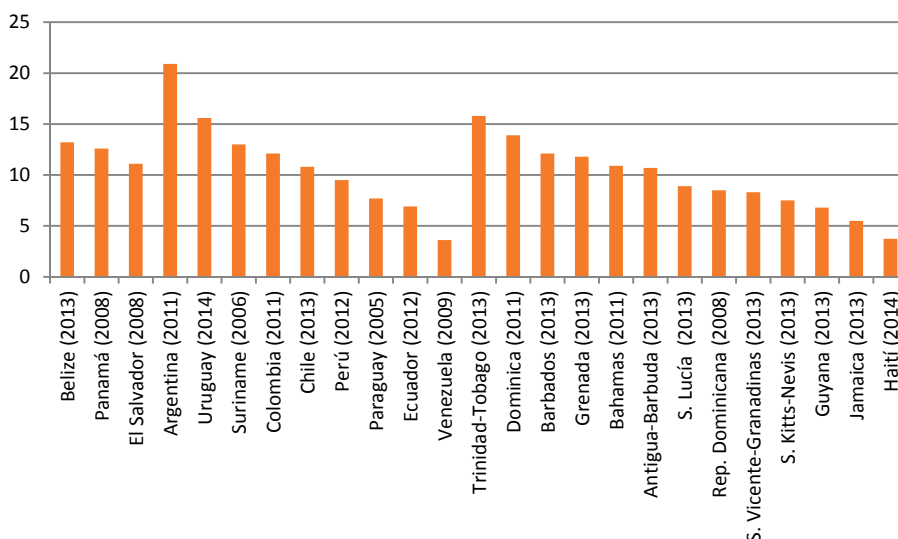
En este sentido, en rango de similar percepción de gran riesgo se encuentran países con niveles de prevalencia disímiles, por arriba del 1,5% y por debajo del 1%.



*Gráfico 5-13: Prevalencia de último año de consumo de cocaína y percepción de gran riesgo del uso ocasional de cocaína en estudiantes secundarios*

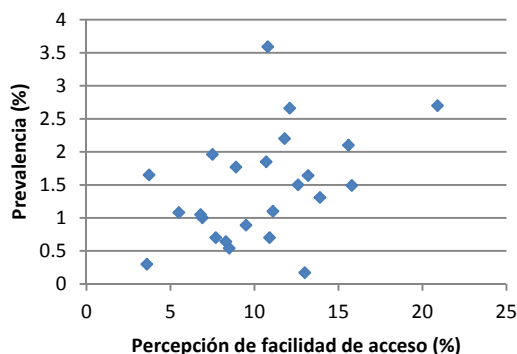
## Percepción de facilidad de acceso y oferta de cocaína

Los estudiantes de Argentina, Trinidad y Tobago y Uruguay tienen la mayor percepción de facilidad de acceso en el continente, sostenida por el 15% o más de los adolescentes escolarizados. En tanto que esta percepción es sostenida entre el 10% y el 14% de los estudiantes de 11 países, y en otros 11 esta percepción es menor.



**Gráfico 5-14: Percepción de facilidad de acceso a cocaína en estudiantes secundarios, por país, ordenados por subregión**

La asociación entre consumo y percepción de facilidad de acceso no es muy clara, excepto en los extremos de su variación, donde en países con mayor percepción de facilidad de acceso hay también mayor consumo y a la inversa. Por otra parte, se encuentran países con similares niveles de percepción de facilidad de acceso, pero con niveles de consumo disímiles y opuestos. Esta situación es explicada porque la percepción de facilidad de acceso se nutre de variadas fuentes y no necesariamente, esta consideración subjetiva, está acompañada o se corresponde con la realidad que supone.



**Gráfico 5-15: Prevalencia de último año de consumo de cocaína y percepción de facilidad de acceso a cocaína, en estudiantes secundarios por país**

En el gráfico siguiente se presentan los datos sobre la oferta de cocaína que recibieron los estudiantes, que presenta valores notoriamente más bajos que la percepción de facilidad de acceso. Sin embargo, hay correspondencia en los países que tienen mayor percepción de facilidad de acceso y mayor cantidad de episodios de oferta.

En cuatro países, la oferta en un período de un año ocurrió en el 6% o más de estos adolescentes, con un valor extremo de más del 8%. En nueve países, un 3% o menos de los adolescente escolarizados recibieron oferta directa de cocaína en el último año.

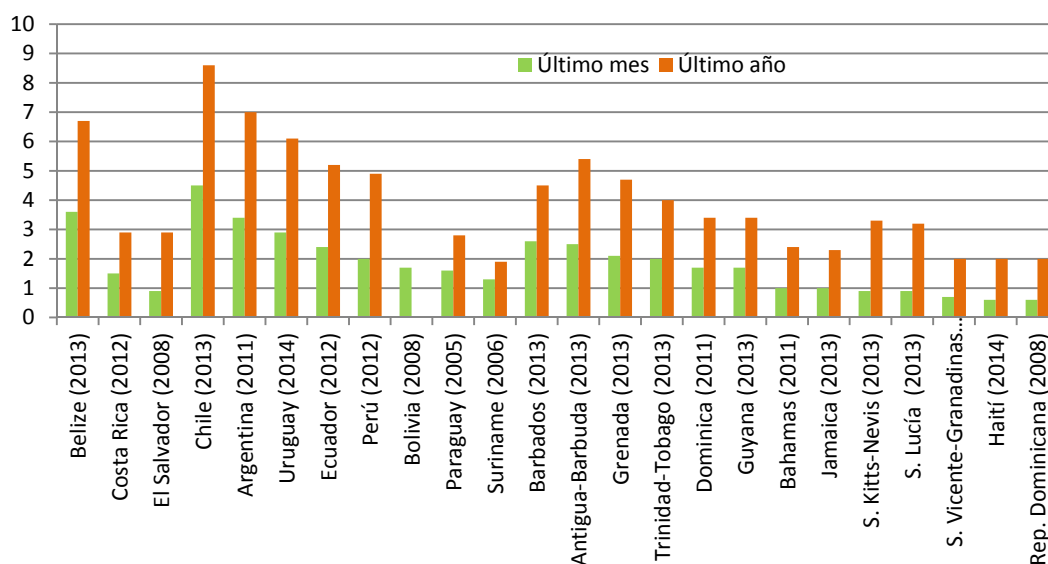


Gráfico 5-16: Oferta de cocaína en el último año y mes, en estudiantes secundarios, por país, ordenados por subregión

Cuando se analiza el indicador de oferta recibida y su asociación con el consumo es claro observar que en aquellos países cuyos escolares tuvieron mayores episodios de oferta, el consumo es mayor como es el caso de Argentina, Chile, Uruguay y Belize, países de los cuales se dispone de información sobre estos indicadores.

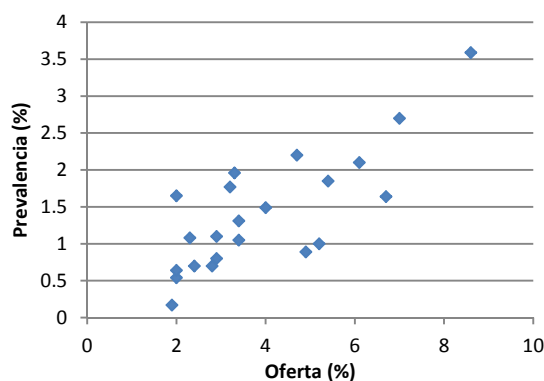


Gráfico 5-17: Prevalencia de último año de consumo de cocaína y porcentaje que recibió oferta de cocaína en el último año, en estudiantes secundarios por país

## Población general

### Indicadores de uso

El consumo de cocaína en las Américas, según la información disponible, indica que nueve países tienen tasas de consumo reciente que oscilan entre el 0,1% al 0,5%, otros siete tienen prevalencia que sobrepasa el 0,5% al 1% y tres países, los de mayor consumo, lo hacen por encima del 1%.

En el siguiente gráfico se muestran las prevalencia de consumo de cocaína en el último año por país, ordenados por subregión de pertenencia.

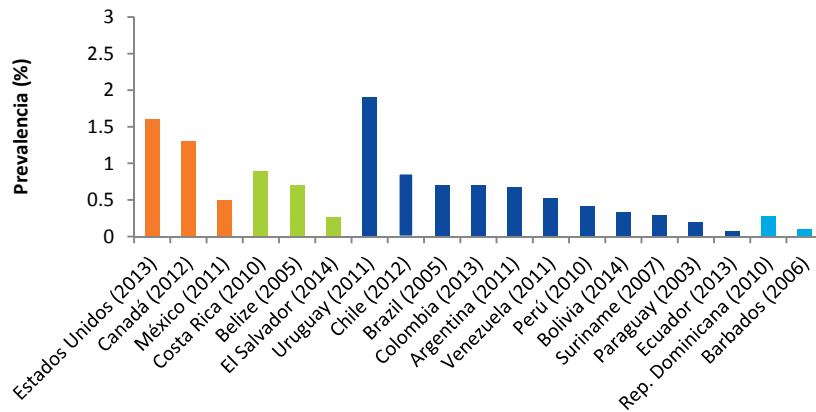


Gráfico 5-18: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población general, por país, ordenados por subregión<sup>14</sup>

Cuando se analiza el consumo de cocaína según sexo (Gráfico 5-19), las tasas de los hombres alcanzan valores superiores a la tasa global en todos los países y consecuentemente, el consumo es marcadamente superior entre los hombres con relación a las mujeres. Las excepciones son Belize, Paraguay y Ecuador -países con prevalencia disímil- en los cuales el consumo entre sexos no presenta diferencias.

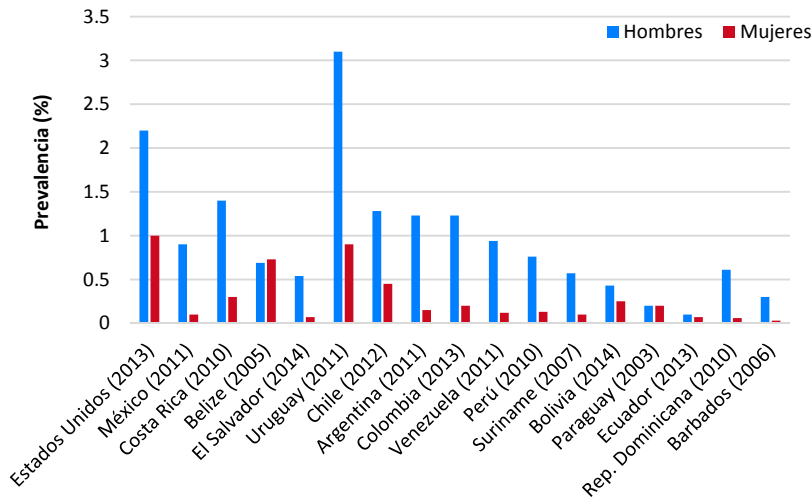


Gráfico 5-19: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población general según sexo, por país, ordenados por subregión<sup>15</sup>

En los dos países del Caribe con información disponible, la razón según sexo es de 10 hombres por cada mujer que consume cocaína. Baja a 9 en México y entre 7 y 8 veces más hombres que mujeres usuarias de cocaína se

<sup>14</sup> Canadá: población entre 15-64 años. Argentina: población entre 16-64 años. Uruguay: población entre 15-65 años.

<sup>15</sup> Uruguay: población entre 15-64 años. Argentina: población entre 16-64 años.

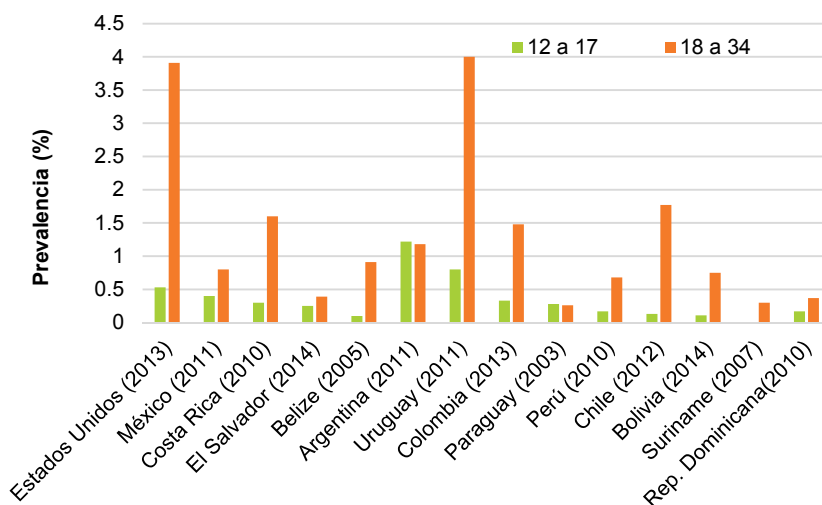
encuentran en El Salvador, Argentina y Venezuela. Perú y Suriname tienen entre 5 y 6 varones por cada mujer, mientras que en Uruguay es de 3,4 y en Estados Unidos de 2,2.

Una mirada más específica sobre el perfil de consumo en los países, es analizar las tasas de consumo en los dos grupos etarios que, a nivel mundial, se caracterizan por tener las tasas más altas, sobre todo de drogas ilícitas.

En ese sentido, el gráfico que continúa presenta las tasas de consumo de último año para la población comprendida entre los 12 a 17 años (adolescentes menores de edad) y entre los 18 a 34 años (jóvenes). Más que nunca con esta información hay que tener presente las poblaciones estudiadas en Estados Unidos, Canadá, Argentina y Uruguay.

En primer lugar, observamos que en todos los países las tasas de consumo en los jóvenes de 18 a 34 años superan a las tasas globales correspondientes a cada país y, por lo tanto con algunas excepciones, el consumo de cocaína en las Américas estaría concentrado en este grupo etario.

Las excepciones se observan en Sudamérica, en particular en Ecuador donde los adolescentes consumen más que los jóvenes, con tasas del 0,5% y 0,1% respectivamente. De este modo, los adolescentes ecuatorianos se asemejan a los estadounidenses en su nivel de consumo de cocaína. En Argentina los consumos son casi iguales entre adolescentes de 16 y 17 años y los jóvenes de 18 a 34 años. En Paraguay también se observa la igualdad entre los grupos etarios pero con prevalencia baja, de alrededor del 0,3%. Finalmente, en Suriname no se registró declaración de consumo en adolescentes con los estudios en hogares.

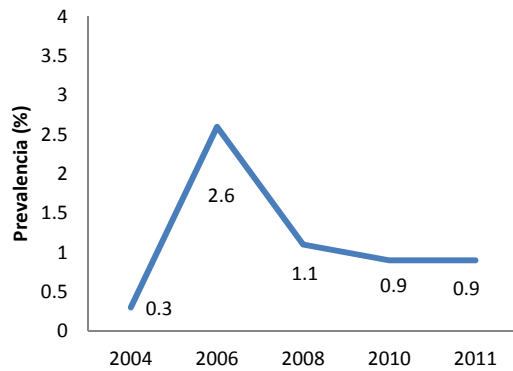


**Gráfico 5-20: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población de 12 a 17 y 18 a 34 años, por país, ordenados por subregión<sup>16</sup>**

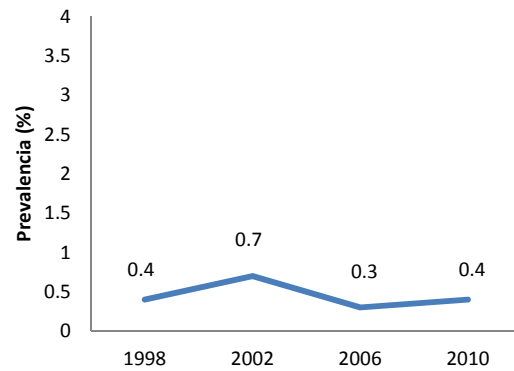
<sup>16</sup> Uruguay: población entre 15-64 años. Argentina: población entre 16-64 años.

## Tendencias en la población general

En Argentina el consumo de cocaína en la población general creció del 0,3% al 0,9% entre los años 2004 al 2011, con un pico en el año 2006.

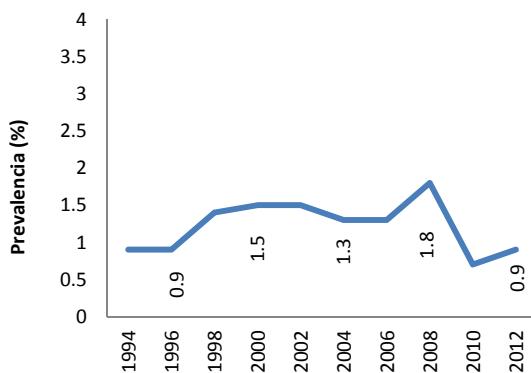


**Gráfico 5-21: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población general de Argentina, 2004-2011 (16 a 65 años)**

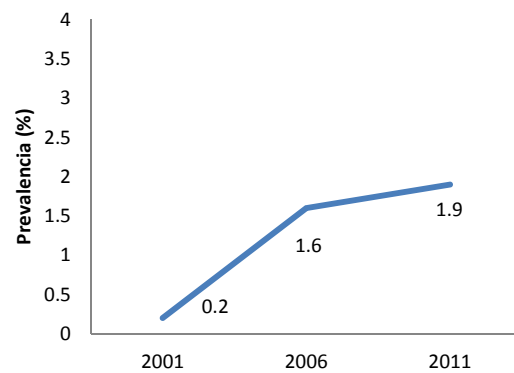


**Gráfico 5-22: Prevalencia de último año consumo de cocaína en población general de Perú, 1998-2010**

En Perú el consumo de cocaína se ubica en el 0,4% al principio y fin del periodo comprendido entre 1998 y 2010, con un pico en el año 2002.



**Gráfico 5-23: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población general de Chile, 1994-2012**



**Gráfico 5-24: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población general de Uruguay, 2001-2011 (15 a 64 años)**

La tendencia monitoreada en Chile en casi 20 años muestra igual prevalencia cercana al 1% al inicio y al final del período, pero con etapas de mayor consumo de alrededor del 1,5% entre 1998 y 2006, luego un pico hacia el año 2008, para descender a partir del 2010. En Uruguay, que cuenta con tres estudios en población general, el consumo de cocaína creció entre los años 2001 y 2011, pasando del 0,2% al 1,9%. En Colombia, que tiene dos estudios comparables (2008-2013), la prevalencia de último año de consumo de cocaína permanece estable en 0,7%.

Los datos de Estados Unidos muestran un descenso en el consumo de cocaína en la población general entre los años 2002 al 2012, que pasó del 2,5% al 1,6%. Luego de la estabilidad en las tasas más elevadas en el periodo 2002 al 2006, el descenso es constante hasta el año 2012 donde se registró un leve aumento.

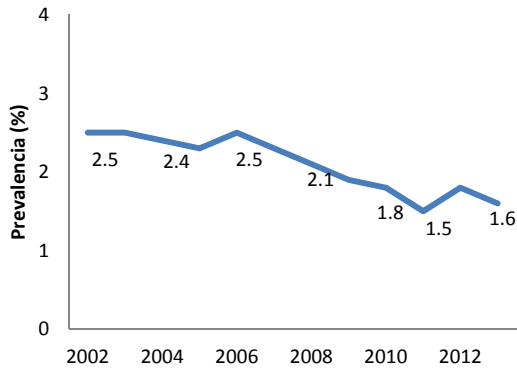


Gráfico 5-25: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población general de Estados Unidos, 2002-2012

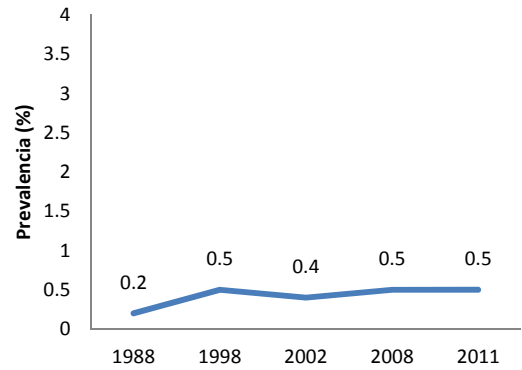


Gráfico 5-26: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en población general de México, 1988-2011

### Percepción de riesgo

La percepción de gran riesgo del consumo ocasional de cocaína es considerada por el 80% y más de la población de Costa Rica, República Dominicana, Colombia, Argentina y Perú. En tanto que el resto de los países con información, tiene entre el 60% y el 80% de la población con tal percepción (Anexo tabla A5.11).

Es interesante observar en el siguiente gráfico, que la población según sexo no presenta importantes diferencias en su opinión de gran riesgo sobre el uso ocasional de cocaína.

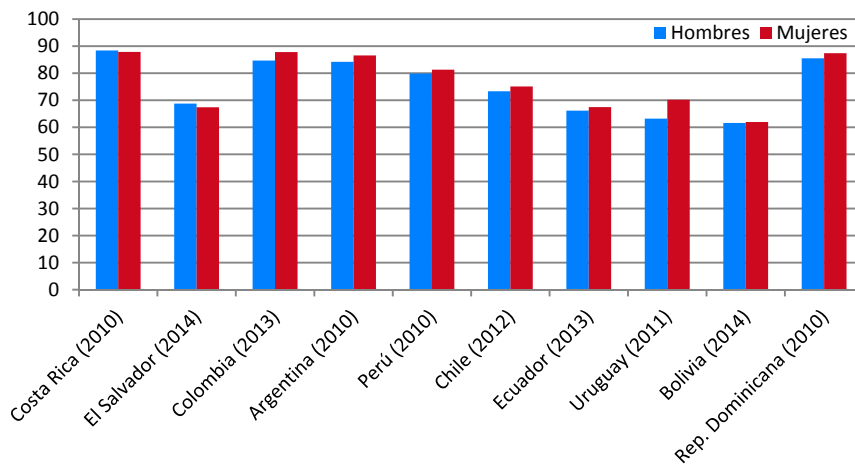


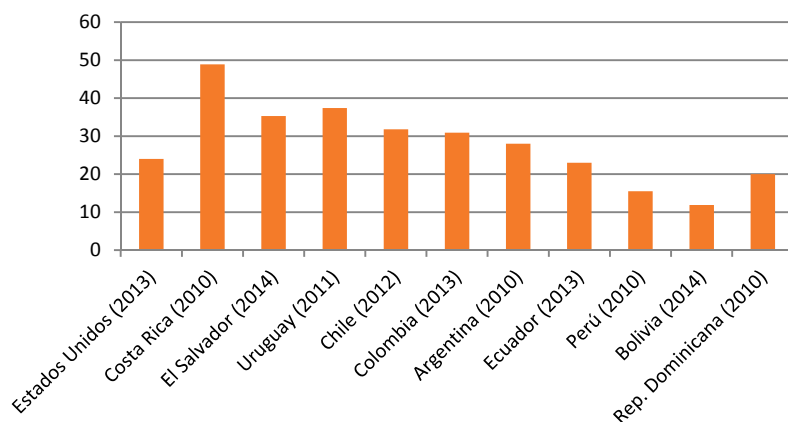
Gráfico 5-27: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de cocaína según sexo, en población general

El consumo de cocaína de manera frecuente es evaluado de gran riesgo por más del 90% de la población en seis países. Estos datos son congruentes con las prevalencia de consumo observada, donde los niveles más elevadas no llegan al 2% (Anexo tabla A5.4).

Por otra parte, la opinión sobre el uso frecuente de cocaína no presenta diferencias significativas según sean hombres o mujeres, que de manera similar consideran esta percepción en porcentajes altos, cercanos y superiores al 90% en varios países.

## Percepción de facilidad de acceso y oferta de cocaína

La percepción de facilidad de acceso a la cocaína en la población general varía según los países analizados, entre un 12% a un 49%. En términos generales, los países que tienen el mayor consumo (por ejemplo tasas superiores al 1%), tienen mayor percepción de facilidad de acceso, aunque la relación no es lineal en el sentido de las magnitudes. Es decir, Costa Rica no es el país de mayor consumo, pero sí el de mayor percepción de facilidad de acceso.



**Gráfico 5-28: Percepción de facilidad de acceso a cocaína, en población general, por país**

En los países del Cono Sur se encuentran los mayores porcentajes de personas que declaran haber tenido en el último año y en el último mes episodios de oferta directa de cocaína. En América Central la oferta recibida en el último año es similar entre países muy disímiles en sus tasas de consumo, como lo son El Salvador y Costa Rica. En este último país, es relevante la información sobre la oferta recibida en el último mes, declarada por el 2% de las personas.



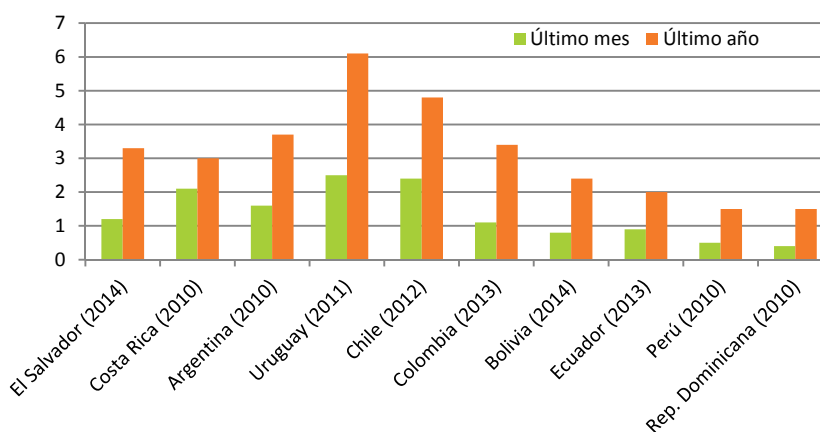


Gráfico 5-29: Oferta de cocaína en el último año y mes, en población general, por país

## Estudiantes universitarios

### Indicadores de uso

Se cuenta con información de siete países sobre el consumo de cocaína en estudiantes universitarios. En Brasil y Colombia la prevalencia de vida supera el 7%, sin embargo en Venezuela no alcanza al 1%, indicando una vez más la heterogeneidad del consumo en las Américas.

En el siguiente gráfico se muestran la prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes universitarios, en las cuales Brasil y Colombia se ubican con las mayores tasas. Exceptuando Ecuador, el resto de los países tienen tasas de consumo similares y por debajo del 0,5%.

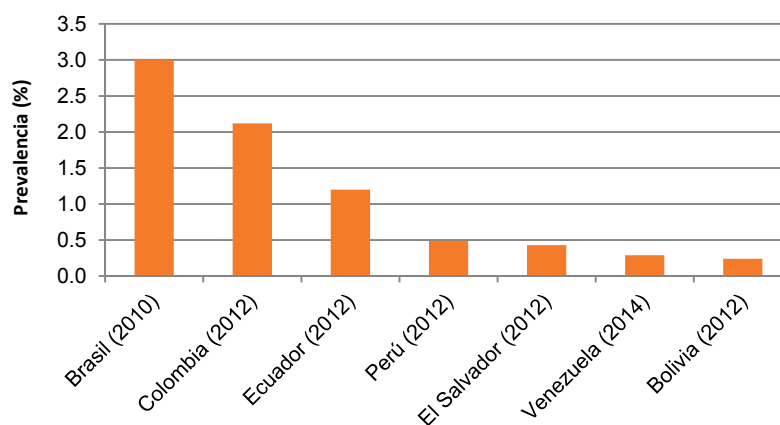
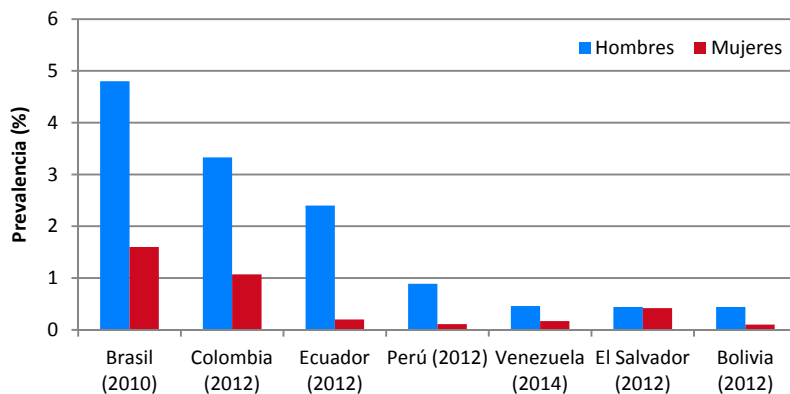


Gráfico 5-30: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes universitarios, por país

De manera similar a lo observado en otras poblaciones, el consumo de cocaína entre universitarios es mayor entre los hombres. En aquellos países de mayor prevalencia, como Brasil y Colombia, por cada mujer que consumió en el último año, tres hombres lo hicieron. Esta disparidad entre sexos se amplía a 12 y 8 veces en

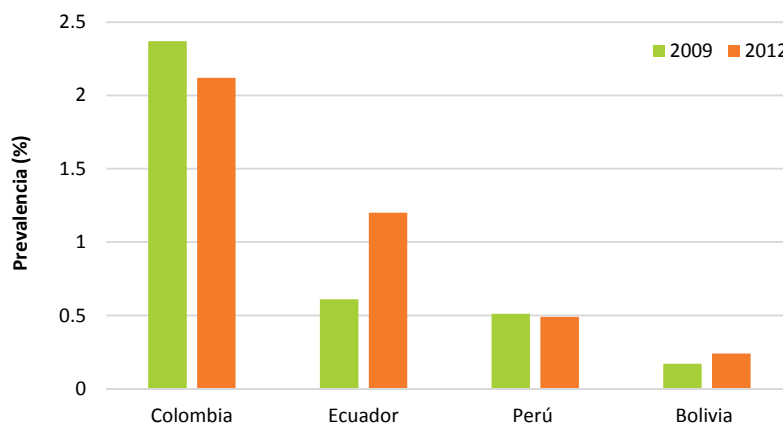
Ecuador y Perú. El Salvador es una excepción a esta situación, puesto que el consumo entre sexos no presenta diferencias.



**Gráfico 5-31: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes universitarios según sexo, por país**

## Tendencias en estudiantes universitarios

Los países andinos realizaron dos estudios en estudiantes universitarios comparables, en los años 2009 y 2012 y de ellos se desprende que los cambios en la prevalencia de último año de consumo de cocaína que se observan en Colombia presentan un leve descenso (del 2,4% al 2,1%) y en Ecuador donde el consumo se duplicó (0,6% a 1,2%). Perú y Bolivia se mantienen estables, en el 0,5% y el 0,2%, respectivamente.

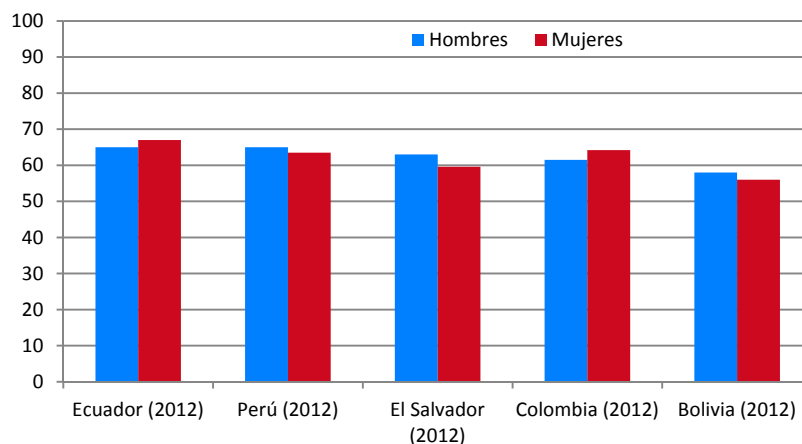


**Gráfico 5-32: Prevalencia de último año de consumo de cocaína en estudiantes universitarios por país, 2009-2012**

## Percepción de riesgo

De los cuatro países andinos, además de El Salvador se dispone de información sobre percepción de riesgo. Los datos indican que entre el 57% y el 66% de los estudiantes universitarios consideran de gran riesgo el uso ocasional de cocaína, siendo países cuyo consumo reciente oscila entre el 0,3% y el 2% (Anexo Tabla A5.13).

Las diferencias por sexo en la percepción del riesgo no son importantes. En Ecuador y Colombia, los dos países de mayor consumo –dejando de lado a Brasil-, la percepción de gran riesgo es levemente superior entre las mujeres, mientras que en Perú, El Salvador y Bolivia la relación se invierte.

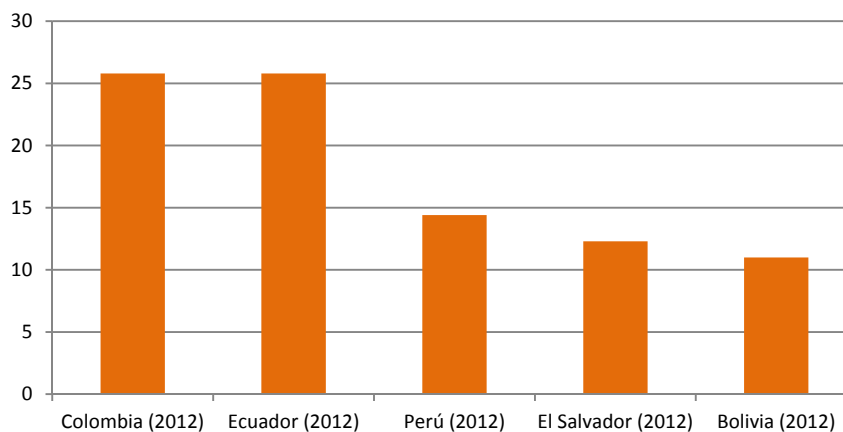


**Gráfico 5-33: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de cocaína según sexo, en estudiantes universitarios**

De manera similar que en el resto de las poblaciones analizadas, se incrementa la proporción de quienes evalúan de gran riesgo el uso frecuente de cocaína, aumentando en 30 puntos porcentuales y siendo las mujeres las que sobrepasan levemente a los hombres.

### Facilidad de acceso y oferta de cocaína

La percepción de facilidad de acceso en los estudiantes universitarios se ubica en un cuarto de los colombianos y ecuatorianos, países donde el consumo tiene las tasas más elevadas de último año, sin considerar el caso de Brasil.



**Gráfico 5-34: Percepción de facilidad de acceso a cocaína, en estudiantes universitarios por país**

Dada la cantidad de estudiantes que reportan haber recibido ofertas directas de cocaína en el último año, los estudiantes universitarios podrían ser considerados un grupo de riesgo. En los dos países donde el uso de cocaína es mayor, casi 14% de los estudiantes recibieron ofertas de cocaína. Incluso en países donde la prevalencia es inferior al 0,5%, alrededor de un 8% de sus estudiantes recibieron ofertas de cocaína.

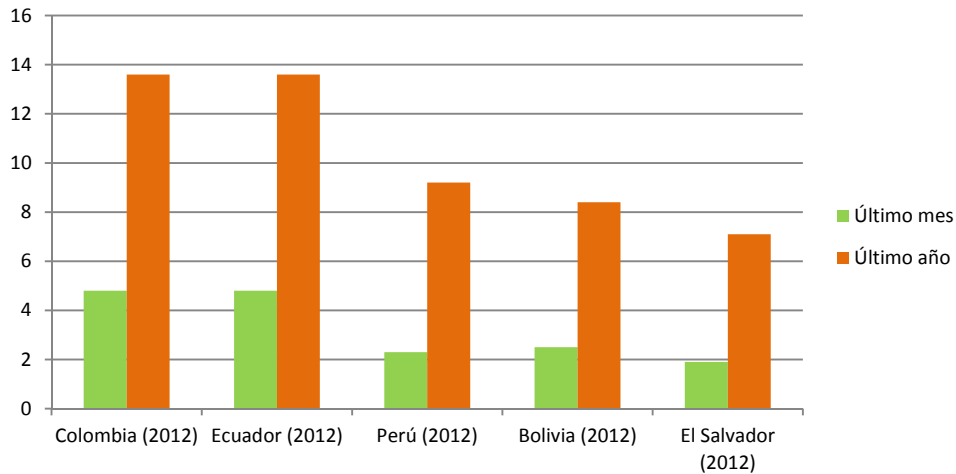


Gráfico 5-35: Oferta de cocaína en el último año y mes en estudiantes universitarios, por país

## PASTA BASE DE COCAÍNA

### Introducción

La pasta base de cocaína (PBC) también se denomina sulfato de Cocaína, pasta base o simplemente pasta y es un producto intermedio en la fabricación de clorhidrato de cocaína a partir de las hojas de coca. Generalmente se obtiene al disolver en agua las hojas de coca secas y tratar la solución con Kerosene o gasolina, para posteriormente hacerlo con sustancias alcalinas y permanganato de potasio y finalmente con ácido sulfúrico. (Castaño, G.A40).

Resulta un polvo blanco amarillento, de consistencia pastosa y olor penetrante, sustancia alcalina y liposoluble y se volatiliza a altas temperaturas. Contiene entre un 40% a un 85% de sulfato de cocaína y sirve para la posterior elaboración del clorhidrato de cocaína. Se consume fumada en pipa o mezclado con tabaco o marihuana en cigarrillo.

Es un producto complejo desde el punto de vista químico, que no debería ser considerado con las mismas propiedades biológicas y toxicológicas que la cocaína, aunque esta sea su mayor componente.

La PBC se adultera con el objetivo de aumentar el volumen, y para ello se agrega lactosa, talco, harina, polvo de ladrillo o azúcar, por ejemplo; y para compensar la potencia perdida en las adulteraciones, para lo cual se utilizan estimulantes (anfetamina, cafeína) y congelantes (lidocaína, benzocaína, levamisol), para imitar el efecto anestésico.

Al ser las cocaínas fumables altamente liposolubles, atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica llegando al sistema nervioso central en cinco segundos, siendo ésta una de las razones de la alta adictividad del consumo.

Recibe diferentes nombres según los países y grupos sociales de consumo. En Argentina se la llama “pasta base” o “paco”, también pasta base en Chile y Uruguay. En Brasil recibe el nombre de “crack” (pero no es la misma sustancia a la cual se llega a partir del clorhidrato de cocaína) al igual que en Paraguay donde también se la llama “chespi”. En Brasil, dependiendo del grado de adulteración de la PBC, recibe las denominaciones de “merla” (con alto porcentaje de solventes y ácidos de batería), u “oxi” (que son los desechos de las pasta base con gasolina, kerosene y cal).

Tal como queda expuesto, estamos frente a una diversidad de nombres y también de productos que si bien tienen de común su procedencia original de la pasta base de cocaína, trasmudan en distintos productos por las adulteraciones a la que es expuesta.

En la década del ‘70 el consumo de PBC estaba circunscrito a los países andinos (Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia), pero el nuevo fenómeno en América del Sur que irrumpe en las décadas del ‘90 y 2000, en particular en el Cono Sur, adquiere connotaciones sociales (sectores involucrados, nuevas modalidades del micro tráfico, problemas de seguridad y ambientales) de alto impacto, constituyéndose en un problema de agenda política e institucional para los gobiernos.

La irrupción de este problema de consumo estuvo vinculado en los países del Cono Sur, con episodios de intoxicación en salas de emergencia, incremento de la demanda de tratamiento, problemas de inseguridad y vulnerabilidad asociadas a las personas que empleaban dicha sustancia así como por ser co constitutivos de nuevos episodios de violencia y demanda de atención y ayuda por parte de familiares. En ninguno de los casos los resultados obtenidos por los estudios en población general o en estudiantes secundarios alertaron sobre este nuevo patrón de consumo, ya que la prevalencia estimada era baja y se mantenía estable en el tiempo.

Fueron necesarias nuevas metodologías para conocer y estimar a la población con consumo de pasta base en las llamadas poblaciones ocultas o sectores de difícil acceso, a partir de muestreos dirigidos por los entrevistados (Responding Driven Sampling), el método NSUM - Network Scale-up Method o bien muestras específicas en territorios determinados (villas de emergencia), que fueron complementados con abordajes etnográficos y cualitativos.

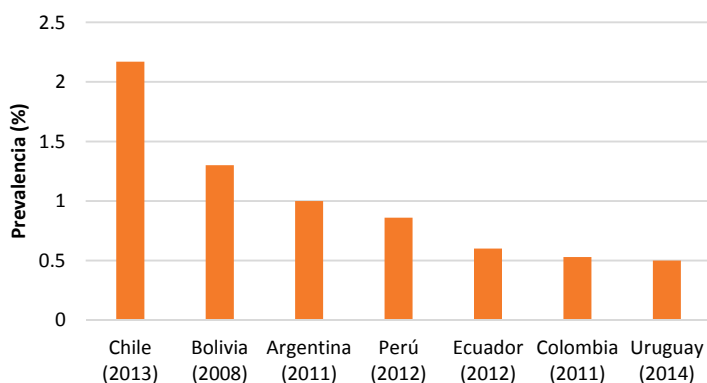
## Población escolar

### Indicadores de uso

En las tablas A5.17-A5.19 del anexo se presentan las prevalencia de uso de pasta base (vida, año y mes) según sexo y total, y los resultados por grado de los estudiantes.

En los países de Sudamérica, la variabilidad en la prevalencia de vida se encuentra entre el 0,8% (Colombia) y el 4,3% (Chile), es decir una diferencia de 3.5 puntos de porcentaje. Esta distancia se acorta en la prevalencia de año, a 2.3 puntos porcentuales (Anexo tabla A5.17).

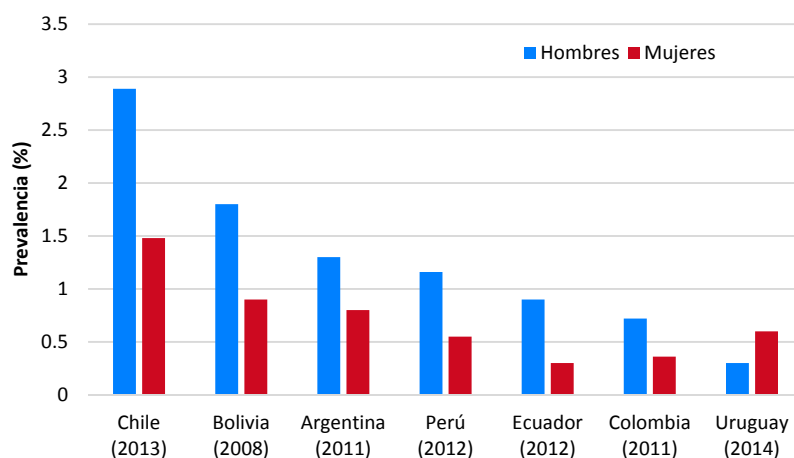
Argentina, Bolivia y Chile son los países con mayor prevalencia de último año de consumo de pasta base, con tasas que van desde el 1% al 2,2%.



**Gráfico 5-36: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en estudiantes secundarios, por país**

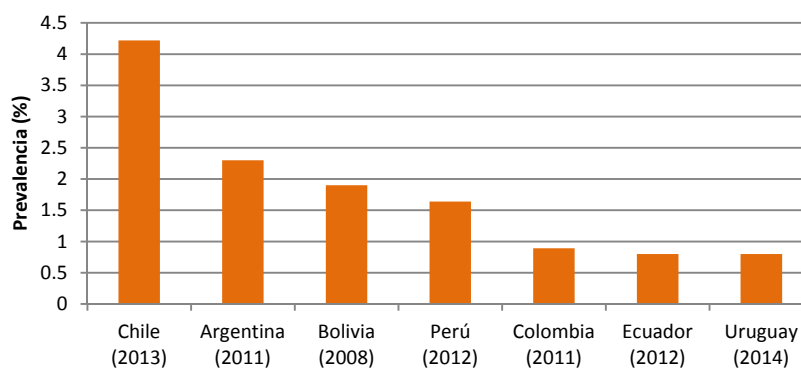
El gráfico siguiente presenta la prevalencia según sexo y se observa que el consumo es mayoritariamente de los estudiantes varones, con excepción de Uruguay que en el marco de una baja prevalencia, las mujeres duplican a los varones (0,6% y 0,3% respectivamente).

En el otro extremo, en Ecuador los varones triplican a las mujeres y en Chile el consumo en los varones duplican a las mujeres y esta relación se sostiene en Bolivia, Colombia y Perú. No así entre los estudiantes argentinos, donde la distancia en el consumo por sexos, es menor.



**Gráfico 5-37: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en estudiantes secundarios según sexo, por país**

Con el mismo propósito del análisis del consumo de cocaína, resulta pertinente poner atención sobre las tasas de consumo en los estudiantes de octavo año, es decir, los más pequeños de este universo observado, lo que se constituye en un indicador de la precocidad agravada del consumo de pasta base.



**Gráfico 5-38: Prevalencia de vida de consumo de pasta base en estudiantes de 8º grado, por país**

La precocidad del consumo de pasta base está presente en más del 1,5% de los estudiantes de Perú, Bolivia, Argentina y Chile, superando el 4% en este último.

## Tendencias en población escolar

Para evaluar la tendencia en el consumo de pasta base, contamos con información de Argentina, Chile, Perú y Uruguay. En Argentina, se observa un fuerte crecimiento en este consumo entre los años 2001 y 2005 del (0,5% al 1,5%), para luego descender hasta el 1% en el año 2009 y mantenerse en la última estimación disponible, del año 2011.

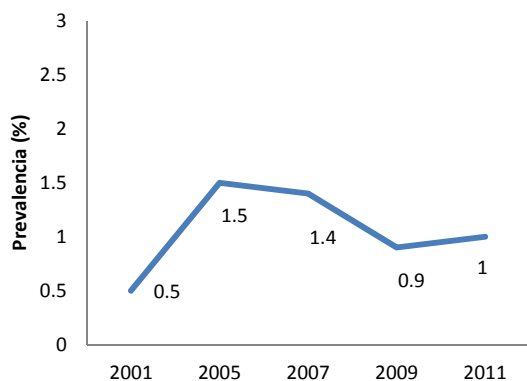


Gráfico 5-39: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en estudiantes secundarios de Argentina, 2001 – 2011<sup>41</sup>

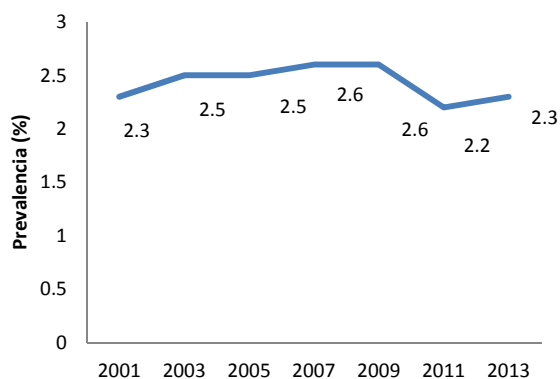


Gráfico 5-40: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en estudiantes secundarios de Chile, 2001 – 2013<sup>42</sup>

Los datos disponibles para Chile muestran que en hasta el 2009 el consumo de pasta base en estudiantes se encuentra estable alrededor del 2,5% y luego desciende levemente al 2,3%.

Los estudiantes peruanos tienen durante el periodo 2005 – 2012 una prevalencia estable alrededor del 1% que se consolida a partir del 2009.

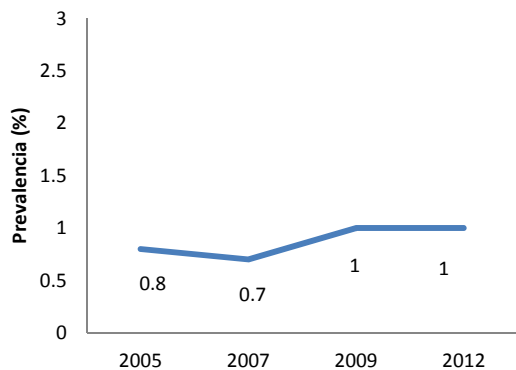


Gráfico 5-41: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en estudiantes secundarios de Perú, 2005 – 2012<sup>43</sup>

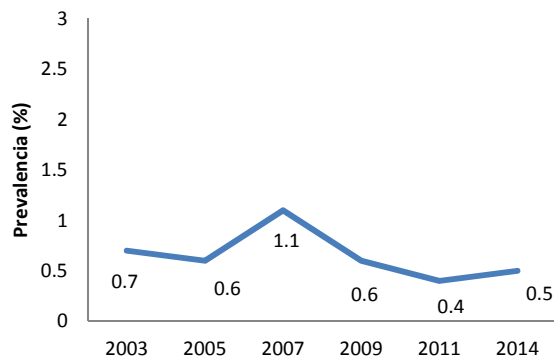


Gráfico 5-42: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en estudiantes secundarios de Uruguay, 2003 – 2014<sup>44</sup>

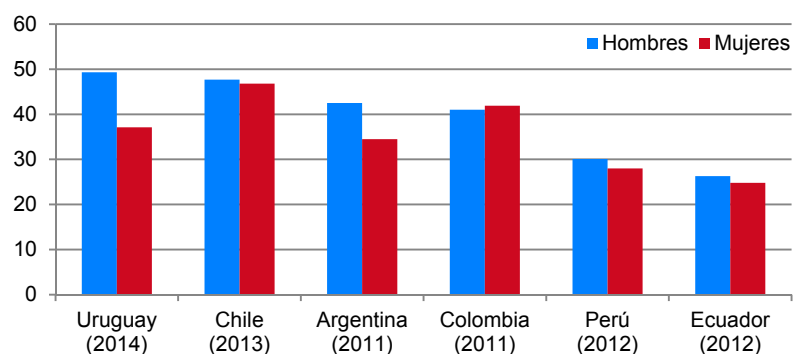
El consumo de pasta base en los estudiantes de Uruguay muestra oscilaciones entre el 0,7%, 1,1% y 0,5%. A partir del 2007, donde se registró la prevalencia más alta, se observa un descenso leve hacia el 2011-14.



## Percepción riesgo

La percepción de gran riesgo frente al uso ocasional de pasta base tiene una adherencia por países que no sobrepasa el 50% y un mínimo del 25% de la población (Anexo tabla A5.22). Los países de mayor consumo también tienen en mayor medida una percepción de gran riesgo y a la inversa, con lo cual hay que considerar que puede haber un importante porcentaje de escolares que no han evaluado el riesgo por desconocimiento.

La opinión de gran riesgo del uso ocasional de pasta base es mayor entre los varones en Uruguay y Argentina, mientras que en los demás es bastante similar esta percepción según sexo.



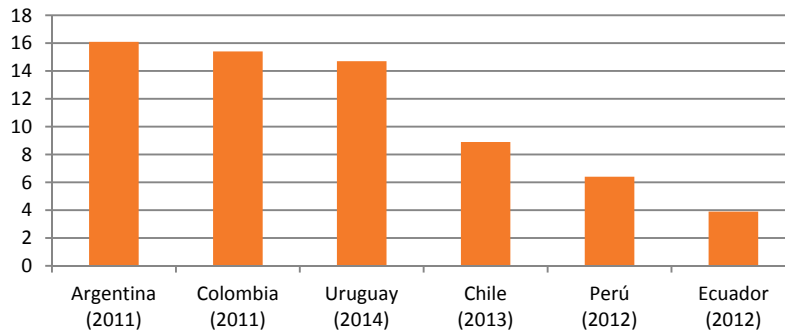
**Gráfico 5-43: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de pasta base según sexo, en estudiantes secundarios, por país**

Como era de esperar, los porcentajes de estudiantes que consideran que es de gran riesgo el consumo frecuente de pasta base se incrementan respecto del consumo ocasional. En Uruguay representan el 85%, en Argentina el 76%, en Colombia el 70%, en Perú el 63% y en Ecuador el 43% (Anexo tabla A5.23).

Frente al uso frecuente de pasta base, las mujeres tienen en mayor proporción la opinión de gran riesgo en todos los países, con excepción de Uruguay y Ecuador, donde las diferencias por sexos es pequeña (un punto de porcentaje) y son países que se encuentran en los extremos: mientras en Uruguay más del 80% de los estudiantes varones o mujeres evalúan de gran riesgo, en Ecuador solo lo hace el 40%.

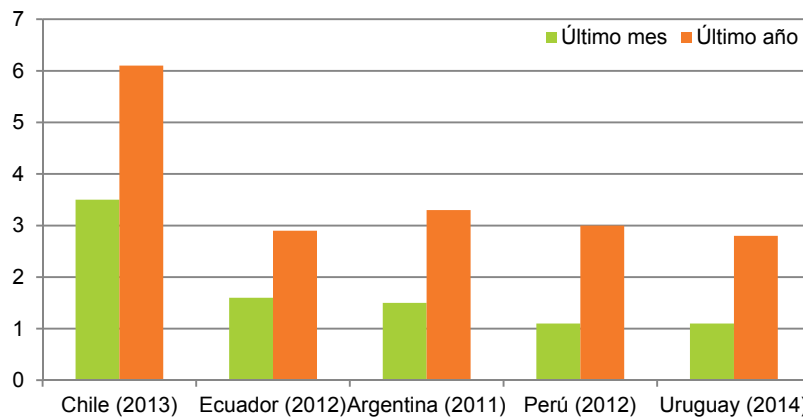
## Percepción de facilidad de acceso y oferta de pasta base

En Argentina, Colombia y Uruguay se encuentran los mayores porcentajes de percepción de facilidad de acceso a pasta base, informado entre el 14% y 16% de los estudiantes.



**Gráfico 5-44: Percepción de facilidad de acceso a pasta base, en estudiantes secundarios, por país**

Los episodios de oferta de pasta base informados por los estudiantes, durante el último año ronda el 3% en cuatro países de Sudamérica y se duplica en Chile, en tanto que la ocurrida en el último mes es la mitad o menos, según el país.



**Gráfico 5-45: Oferta de pasta base en el último año y mes, en estudiantes secundarios, por país**

## Población general

### Indicadores de uso

A continuación se presentan datos disponibles, de Belize y de los países que pertenecen a Sudamérica. La variabilidad entre los países se expresa en prevalencia de vida que van entre el 0,1% (Paraguay y Belize) y al 1,9% (Chile). Prevalencia de vida superior al 1% se encuentran en Perú (1,5%), Colombia (1,2%) y Uruguay (1,1%) (Anexo tabla A5.20).

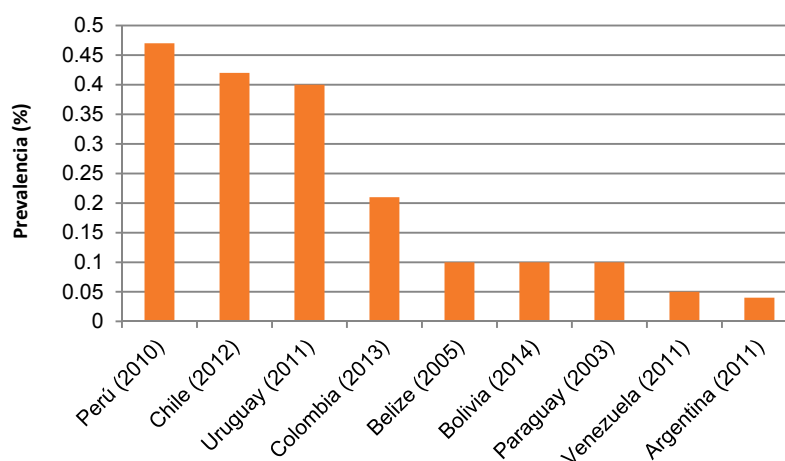


Gráfico 5-46: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en población general, por país<sup>17</sup>

El consumo de pasta base ocurrido en los últimos 12 meses en la población general oscila entre 0,04% y 0,47%, destacándose Perú, Chile y Uruguay, como los países de mayor consumo.

Cuando se analiza el consumo de pasta base según sexo, las tasas de los hombres alcanzan valores superiores perfilando un consumo marcadamente de varones. Incluso, en Paraguay no hay registro de consumo por parte de las mujeres.

La relación de masculinidad es alta, de 17,5 en Uruguay, 13,3 en Colombia, 9,6 en Chile, 8,2 en Perú, 8 en Argentina y Venezuela, 3,3 en Bolivia y 2,5 en Belize.

<sup>17</sup> Argentina: población de 16 a 64 años. Uruguay: población de 15 a 64 años.

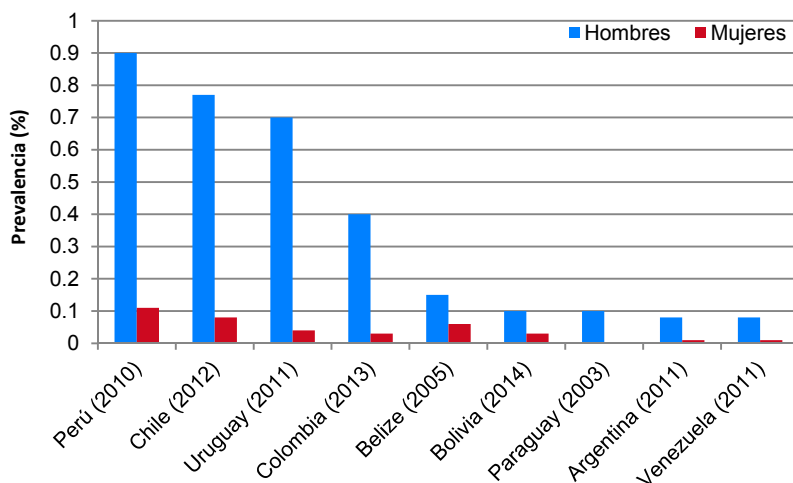


Gráfico 5-47: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en población general según sexo, por país<sup>18</sup>

Para aproximarnos a una lectura más específica sobre el perfil de consumo de pasta base en los países, el gráfico que continúa presenta las tasas de consumo de último año para la población comprendida entre los 12 a 17 años (adolescentes) y entre los 18 a 34 años (jóvenes).

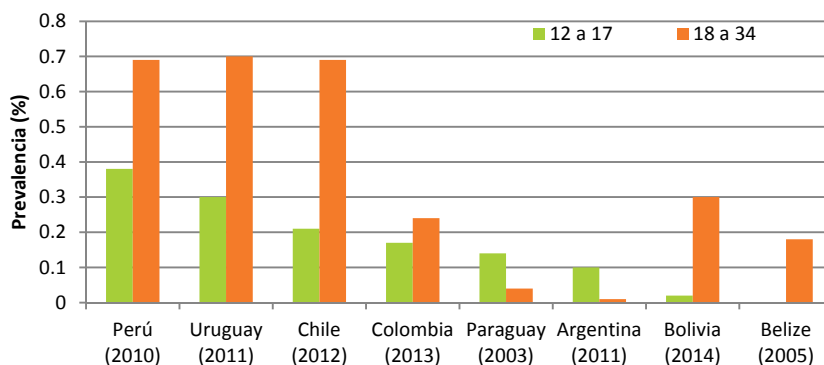


Gráfico 5-48: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en población de 12 a 17 años y de 18 a 34 años, por país<sup>19</sup>

En los tres países de mayor consumo en el último año, el mismo ocurre en mayor medida entre los jóvenes, aunque también se encuentra el uso de pasta base en los adolescentes, pero en niveles inferiores. Las tasas de Uruguay y Argentina se refieren a adolescentes entre 15 y 16 años a 17, y seguramente está impactando en la magnitud de las mismas.

Si bien con tasas bajas, en Paraguay el consumo parece concentrado en los adolescentes, en tanto que en Bolivia y en Belize, países de consumo intermedio en Sudamérica, hay baja o nula declaración de consumo de adolescentes y pero sí de los jóvenes de 18 a 34 años.

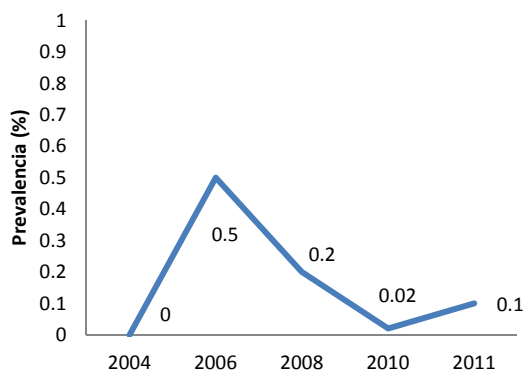
<sup>18</sup> Argentina: población de 16 a 64 años. Uruguay: población de 15 a 64 años

<sup>19</sup> Argentina: población de 16 a 64 años. Uruguay: población de 15 a 64 años

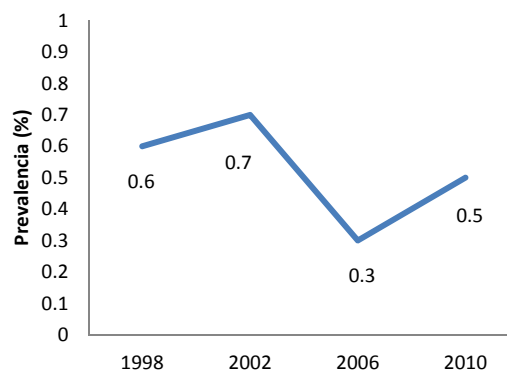
## Tendencias en población general

Los estudios en población general realizados en Argentina muestran que luego del incremento en el consumo entre los años 2004 y 2006, las tasas retroceden y finalizan el periodo en un valor del 0,1%, mayor al momento inicial.

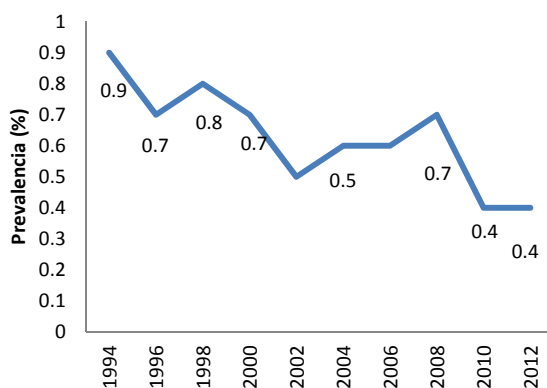
En Perú, los estudios indican que en 1998 el consumo era del 0,6%, desciende a la mitad en el 2006 y crece levemente al 0,5% en el 2010.



**Gráfico 5-49: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en población general de Argentina, 2004-2011**



**Gráfico 5-50: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en población general de Perú, 1998-2010**



**Gráfico 5-51: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en población general de Chile, 1994-2012**

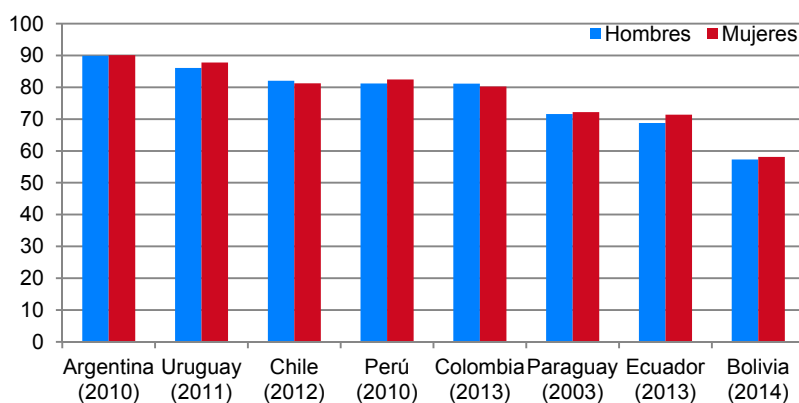
Los datos de Chile para el período 1994-2012 muestran una caída en el uso de pasta base en población general desde casi un 1% a un 0,4%.

En Uruguay, cuyo cambio en la prevalencia puede evaluarse entre los estudios del 2006 y 2011, se detecta cierta estabilidad en el periodo con niveles bajos, del 0,3% y 0,4% respectivamente (sin gráfico). Lo mismo se observa en Colombia cuya prevalencia del 0,2% en el año 2008 no se modifica en el año 2013 (sin gráfico).

## Percepción de riesgo

Más del 60% de la población de casi todos los países consideran de gran riesgo el uso ocasional de pasta base y se acerca al 90% en países de mayor y menor consumo, como Uruguay y Argentina, pero en estos países del cono sur la problemática de la pasta base adquirió fuertes connotaciones mediáticas, que seguramente impactan en la formación de la opinión (Anexo tabla A5.24).

El uso ocasional de pasta base no diferencia la opinión según sexo o lo hace de manera leve, como en Perú, Ecuador y Bolivia, con mayor peso en las mujeres.



**Gráfico 5-52: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de pasta base según sexo, por país, en población general<sup>20</sup>**

El uso frecuente es considerado de gran riesgo para casi la totalidad de la población general de Argentina, Chile, Uruguay y Perú, y se ubica entre el 70% y 85% en Colombia, Paraguay y Ecuador. Y al igual que la percepción sobre el uso ocasional, las diferencias según sexo son mínimas.

## Percepción de facilidad de acceso y oferta de pasta base

La percepción de facilidad de acceso a pasta base supera el tercio en países con consumos disímiles como Chile, Colombia y Uruguay. Recordemos que en este último país difiere la edad mínima de la consulta. En el Bolivia, Ecuador y Perú, la percepción de facilidad de acceso se ubica por debajo del 16%.

<sup>20</sup> Argentina: población de 16 a 64 años. Uruguay: población de 15 a 64 años.

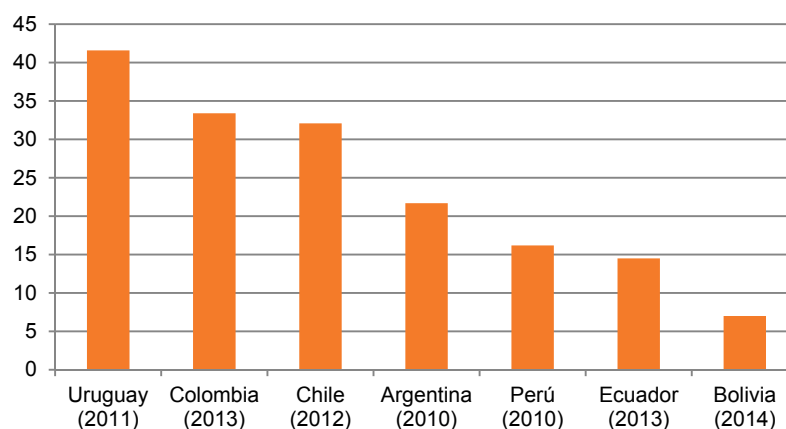


Gráfico 5-53: Percepción de facilidad de acceso a pasta base, en población general, por país

La proporción de estudiantes con episodios de recepción de oferta de pasta base es baja, no alcanza al 3% de la población general en ningún país y se observa la brecha existente con la percepción de facilidad de acceso. De todas maneras, en aquellos países con mayor consumo hay mayor proporción de personas que afirma haber transitado por esta situación, durante el último año como en el último mes (Perú, Chile y Uruguay).

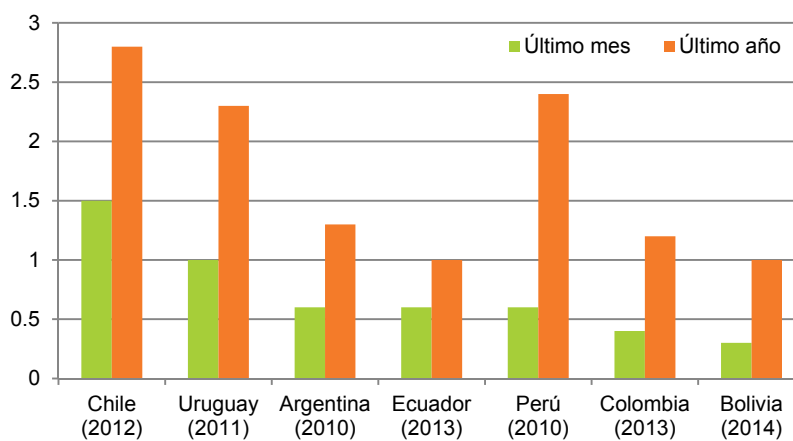


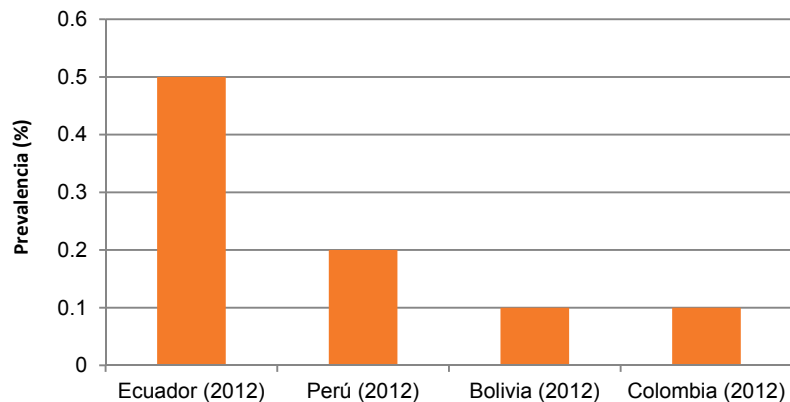
Gráfico 5-54: Oferta de pasta base en el último año y mes, en población general por país<sup>21</sup>

<sup>21</sup>Argentina: población de 16 a 64 años. Uruguay: población de 15 a 64 años.

## Estudiantes universitarios

### Indicadores de uso

El consumo reciente de pasta base en estudiantes universitarios tiene una prevalencia baja, no superando el 0,5% y son consumos mayoritariamente de varones. La prevalencia oscila entre el 0,1% y 0,5% en los cuatro países de los cuales se dispone de información sobre pasta base.

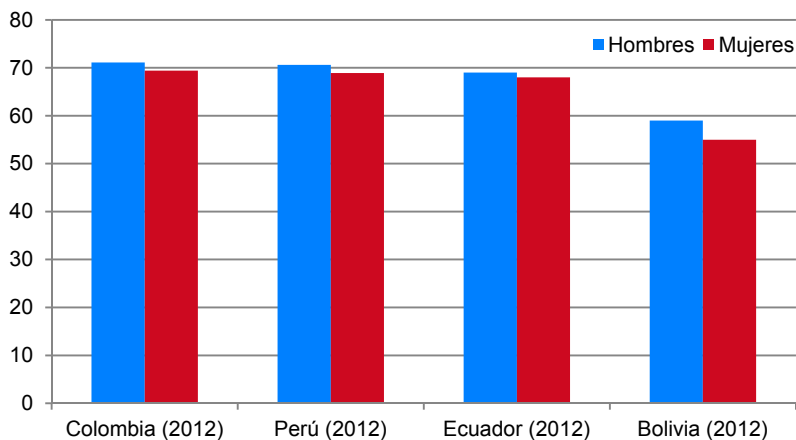


**Gráfico 5-55: Prevalencia de último año de consumo de pasta base en estudiantes universitarios según sexo, por país**

### Percepción de riesgo

La desaprobación del uso ocasional en función del riesgo de su consumo es señalado por el 70% de los estudiantes universitarios de Colombia, Perú y Ecuador, países con niveles de prevalencia diferente. Los estudiantes bolivianos lo consideran en un 57% (Anexo tabla A5.26).

Esta opinión es sostenida tanto por varones como por mujeres, aunque levemente superior en los primeros. En Bolivia la diferencia se amplía.



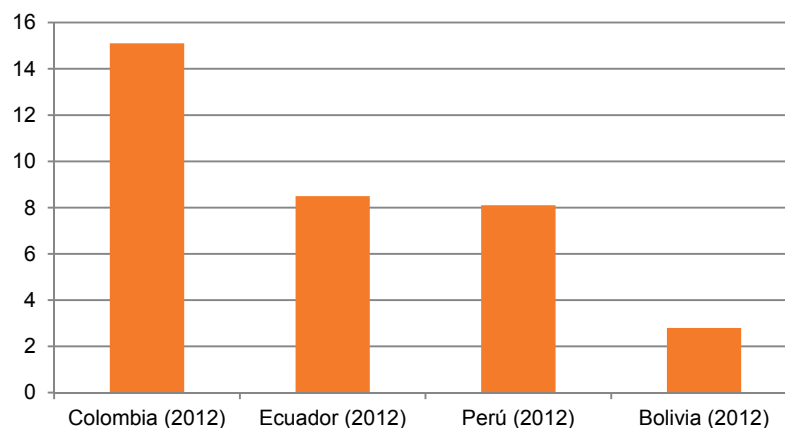
**Gráfico 5-56: Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de pasta base según sexo, por país, en estudiantes universitarios**



La percepción de gran riesgo del uso frecuente de pasta base se incrementa en 20 y 15 puntos porcentuales según los países (Anexo tabla A5.27) y las diferencias según sexo aparecen, aunque sean mínimas en algunos países, con una mayor presencia de mujeres.

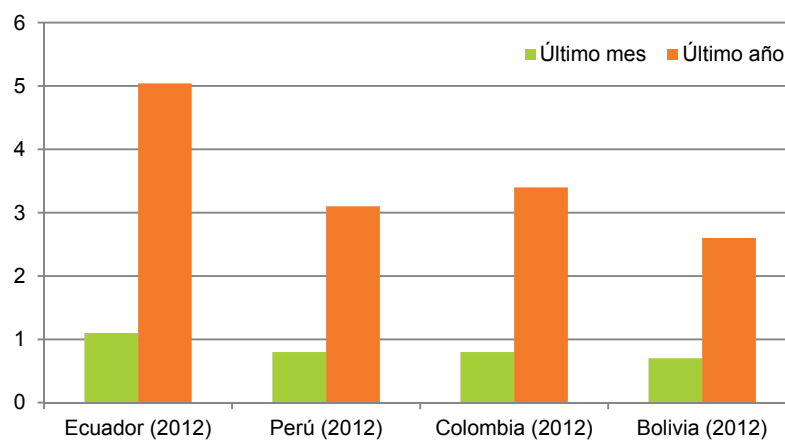
### Percepción de facilidad de acceso y oferta de pasta base

La percepción de facilidad de acceso en los países de mayor consumo (Ecuador y Perú) se ubica en el 8%, siendo esta percepción más alta en Colombia, con un 14%.



**Gráfico 5-57: Percepción de facilidad de acceso a pasta base, en estudiantes universitarios, por país**

Los episodios de oferta informados por los estudiantes universitarios alcanzaron el punto máximo con un 5% en Ecuador, seguido por Perú y Colombia, en relación al último año y 1% o menos en los últimos 30 días. Se asemejan los últimos países mencionados en relación a la oferta, cuando se diferenciaban en el consumo de pasta base.



**Gráfico 5-58: Oferta de pasta base en el último año y mes, en estudiantes universitarios, por país**

## CRACK

### Introducción

Tal como se mencionó al iniciar este capítulo, modificaciones químicas al clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico y agua y luego calentados para eliminar el clorhidrato, producen una nueva sustancia, cristales o base de cocaína, que se puede fumar. El término “crack”, el nombre de la calle para los cristales o base de cocaína, se refiere al sonido crujiente que se oye al fumar esta mezcla.

Las encuestas que se enmarcan en los lineamientos básicos del SIDUC desde hace más de diez años han incorporado en el listado de drogas ilícitas al crack, la pasta base y la cocaína. Los países sudamericanos hispanoparlantes por lo general sólo han indagado la prevalencia de vida y se han concentrado más en pasta base, por la impronta de este fenómeno, tal como se ha descrito.

Pero en los países centroamericanos y caribeños se encuentra más extendido y es más conocido el consumo de crack o cristales de cocaína que se fuman. De todas maneras, es necesario profundizar el conocimiento sobre la correspondencia entre la composición química de las sustancias y las denominaciones que los usuarios les otorgan, así como el modo en que son usadas.

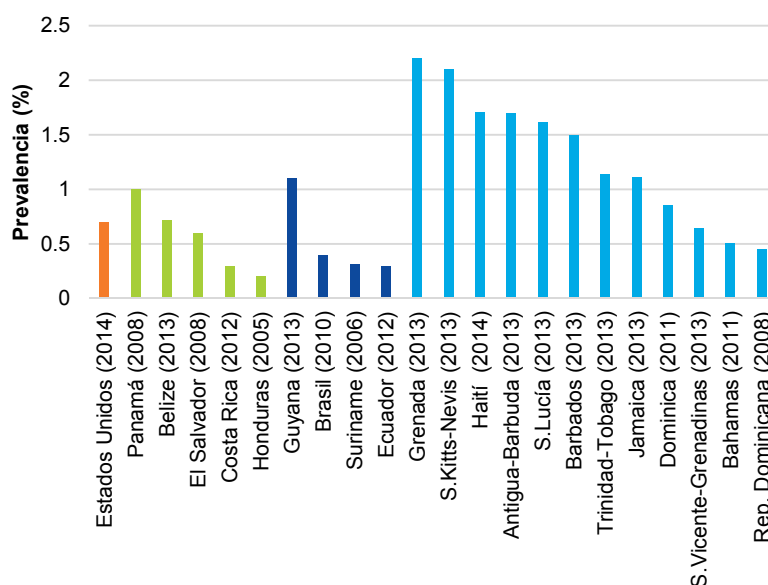
En este acápite se presentan los datos disponibles según las fuentes de información que estamos trabajando en relación al crack o cristales de cocaína.

### Población escolar

En la tabla A5.29 del Anexo, se encuentran la prevalencia de vida de consumo de crack y, por lo tanto, el listado de países se amplía. En el siguiente gráfico se observan las tasas de último año y se cuenta con información de todos los países del Caribe, cuatro de Sudamérica, cinco de Centroamérica y de Estados Unidos de Norteamérica.

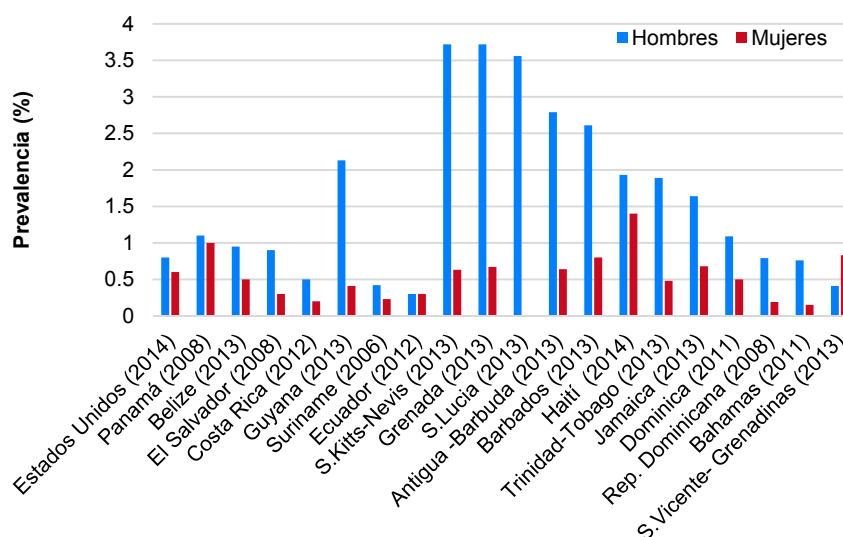
Los niveles de prevalencia más altos, entre 1,5% y 2,2% se encuentran en la mitad de los países del Caribe, en Grenada, Saint Kitts y Nevis, Haití, Antigua y Barbuda, Santa Lucía y Barbados. Con prevalencia del 1% y más se encuentra Panamá, Guyana, Trinidad y Tobago y Jamaica.

La prevalencia más baja, inferiores al 0,5% están en Sudamérica (Brasil, Suriname y Ecuador), Costa Rica y Honduras de Centroamérica y República Dominicana en el Caribe.



**Gráfico 5-59: Prevalencia de último año de consumo de crack en estudiantes secundarios por país, ordenados por subregión**

En términos generales, a mayor consumo, mayor es el consumo entre los hombres con relación a las mujeres, siendo la más alta de casi 6 varones por cada mujer que consume crack. Incluso en Santa Lucía, todos los estudiantes que declararon consumo de crack eran varones. En Antigua y Barbuda y Barbados esta relación alcanza a 4,4 y 3,3 respectivamente. Haití es la excepción de países de mayor consumo y alta presencia de varones, país en el cual por cada 1,4 varones hay una mujer. En San Vicente y las Granadinas son las mujeres las que declararon mayor consumo de crack.



**Gráfico 5-60: Prevalencia de último año de consumo de crack en estudiantes secundarios según sexo, por país, ordenados por subregión**

Analizada la precocidad del consumo de crack, se identifican las mayores tasas de consumo de alguna vez en la vida en estudiantes de 13 años o menos en los países de mayor consumo. Entre un 3% y 4% de adolescentes del 8º grado han usado crack en 5 países y alcanza el valor máximo de más de 7% en un país.

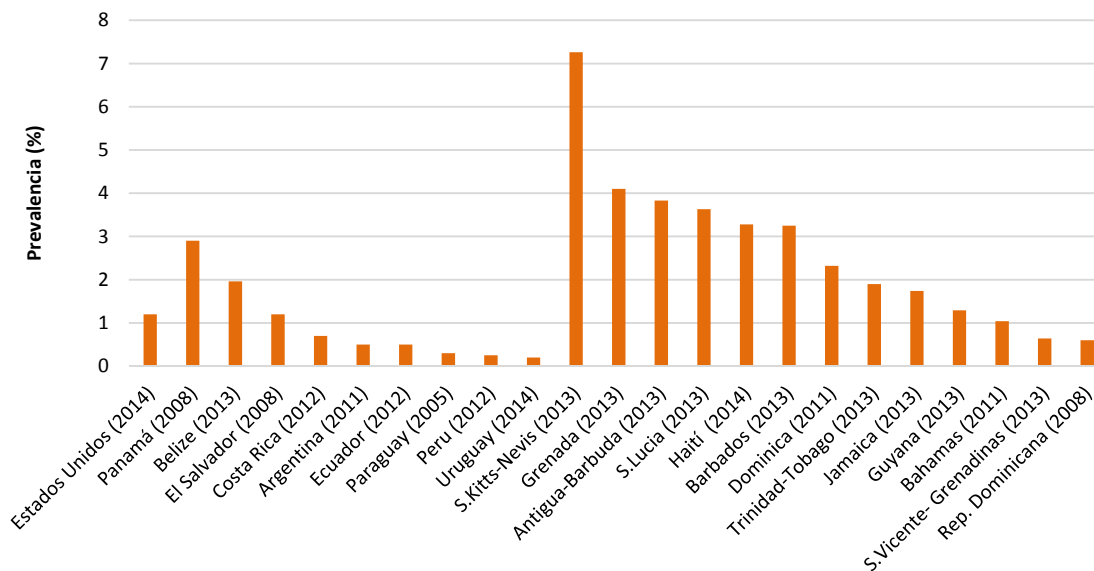


Gráfico 5-61: Prevalencia de vida de consumo de crack en estudiantes del 8º grado por país, ordenados por subregión

## Población general

Es escasa la información disponible en población general sobre consumo de crack. Las mayor prevalencia se encuentran entre un 0,2% y 0,3% en Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos y Venezuela.

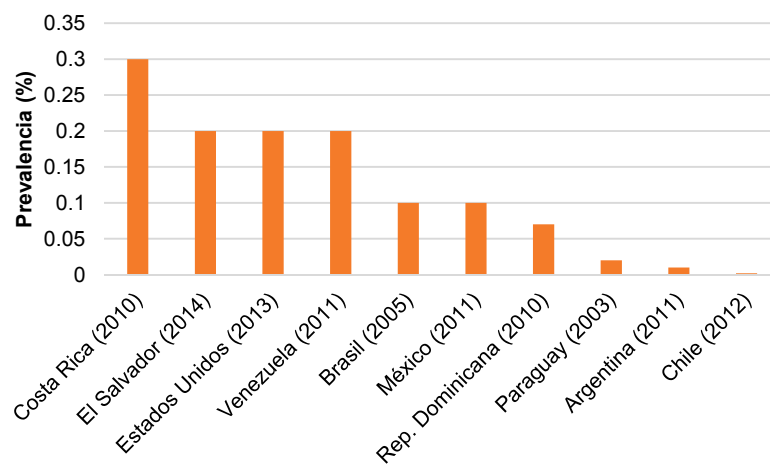
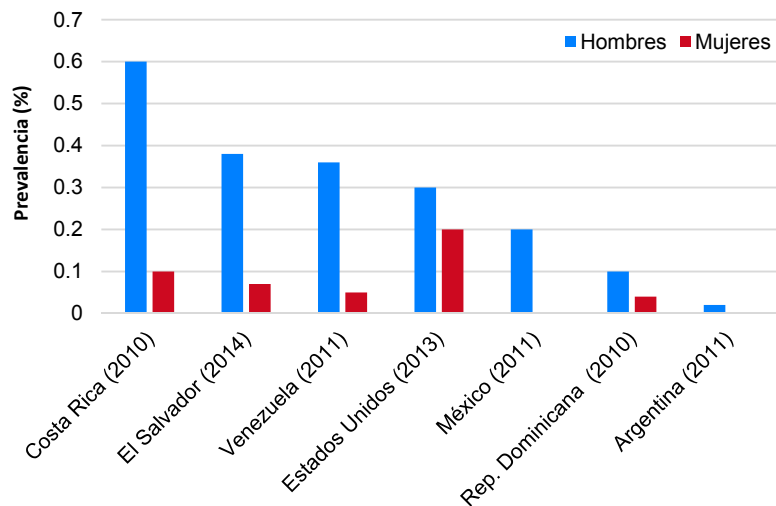


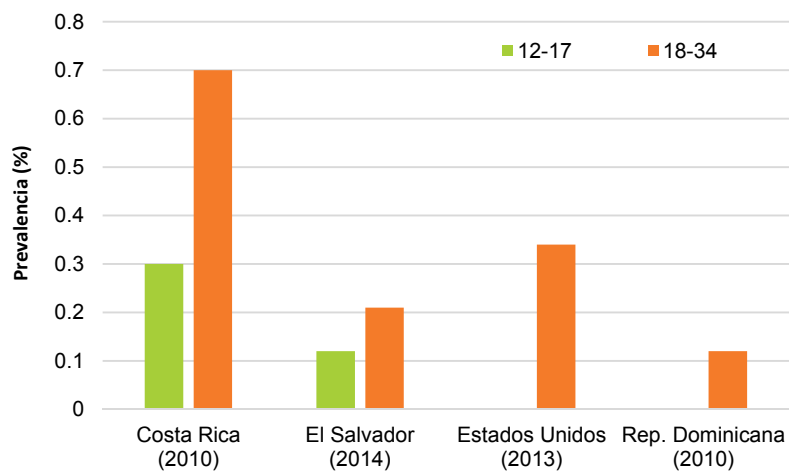
Gráfico 5-62: Prevalencia de último año de consumo de crack en población general, por país

El Consumo de crack aparece como un patrón de consumo más de hombres, entre 5 y 7 veces más que las mujeres en los países de mayor consumo. En algunos países como Argentina y México no hubo declaración de consumo por parte de las mujeres.



**Gráfico 5-63: Prevalencia de último año de consumo de crack en población general según sexo, por país<sup>22</sup>**

El consumo de crack tiene mayor presencia entre los jóvenes de 18 a 34 años en todos los países con información.



**Gráfico 5-64: Prevalencia de último año de consumo de crack en población de 12 a 17 años y de 18 a 34 años, por país<sup>23</sup>**

<sup>22</sup> Argentina: población de 16 a 64 años

<sup>23</sup> Estados Unidos y República Dominicana, en grupo 12 a 17 años, prevalencia es 0.

## CAPÍTULO 6: ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO

### Introducción

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son un grupo de sustancias entre las que se incluyen estimulantes sintéticos tales como la anfetamina, la metanfetamina, las sustancias tipo éxtasis<sup>24</sup> (por ejemplo, MDMA, MDA, MDE/MDEA y sus análogos), medicamentos de prescripción desviados/falsificados que contienen las sustancias mencionadas y otros estimulantes tales como metcatinona y 2C-B<sup>25</sup>.

De acuerdo al Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2014), los ETA constituyen el grupo de sustancias psicoactivas de mayor consumo a nivel global después del Cannabis. En 2012 se estimó que el número de usuarios de ETA fue de 34,4 millones de consumidores sólo para el grupo de las anfetaminas, y de 18,7 millones los usuarios de las sustancias tipo éxtasis, siendo de 177,6 millones los usuarios de Cannabis, de 33 millones los usuarios de Opioides, 16 millones los usuarios de Opiáceos y de 17 millones los usuarios de Cocaína.

### Grupo de las anfetaminas

Este grupo incluye tanto a la anfetamina como a la metanfetamina. Si bien algunas anfetaminas son elaboradas para fines médicos, la mayoría de ellas son distribuidas ilegalmente y elaboradas ilícitamente en laboratorios clandestinos.

La metanfetamina es el ETA más ampliamente elaborado y utilizado. Es un estimulante del sistema nervioso central conocido comúnmente como anfeta, meta y tiza en español o como “speed,” “meth” y “chalk” en inglés. Estos términos generalmente se refieren a la forma cristalina de la droga, la cual se puede fumar como “ice” (*hielo*), “crystal” (*cristal*), “crank” (*arranque*), o “glass” (*vidrio*). La sustancia es un polvo o cristal inodoro, blanco, con un sabor amargo y fácilmente soluble en agua y alcohol.

Las sustancias del grupo de las anfetaminas fueron originalmente compuestas a fines del Siglo XIX y comercializadas sin receta médica, como descongestionantes nasales, a partir de 1932. Cuando se utilizan en dosis similares, la metanfetamina llega al cerebro en cantidades mayores que la anfetamina, lo cual convierte a esta sustancia en un estimulante del sistema nervioso central más poderoso y su efecto es de mayor duración.

Tanto la anfetamina como la metanfetamina están bajo control internacional y ambas han sido incluidas en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

<sup>24</sup> Dada la gran variedad de drogas que se venden en el mercado como “éxtasis”, pero que luego de los análisis químicos muestran tener un bajo o nulo contenido de MDMA, en este informe se usará indistintamente el término “éxtasis” o sustancias tipo éxtasis para referirse a estas drogas.

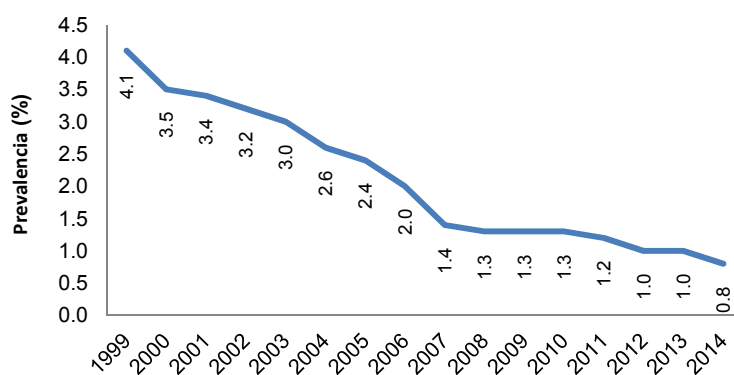
<sup>25</sup> UNODC -Programa Global SMART, estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina, 2014

Desde hace algunos años, América del Norte ha tenido un gran y creciente mercado de ETA. Particularmente la fabricación de metanfetamina en México y Estados Unidos parece haber aumentado significativamente y, de acuerdo con los Estados Unidos, grandes cantidades de la droga se introducen de contrabando al país desde México. Sin embargo, el uso de metanfetamina se ha mantenido hasta ahora en niveles relativamente bajos y estables en toda la subregión.

En Canadá, el mercado de metanfetamina parece ser más bien limitado. Los resultados de la encuesta anual de la población entre las personas de 15 o más años de edad en 2012, muestran que la metanfetamina es la segunda droga menos usada en términos de prevalencia de vida con 0,8%, seguida de la heroína con 0,5%<sup>45</sup>.

La prevalencia de último año de consumo de metanfetamina en los Estados Unidos muestra una tendencia estable. La Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud (NSDUH) realizada anualmente entre las personas de 12 y más años de edad, mostró que la prevalencia de último año de consumo de metanfetamina se redujo de 0,5% en 2009 al 0,4% en 2010, tasa de consumo que se ha mantenido estable en los últimos años. En 2013, la prevalencia anual del consumo de metanfetamina se situó en 0,5%, levemente por encima del LSD con 0,4% y sólo mayor que la heroína y el crack con 0,3% y 0,2% respectivamente<sup>46</sup>.

De acuerdo a la encuesta realizada anualmente a los estudiantes de 8º, 10º y 12º grados en Estados Unidos, la prevalencia de último año de consumo de metanfetamina ha venido disminuyendo de manera persistente entre 1999, con una tasa de 4,1% y 2014 con 0,8%<sup>47</sup> (gráfico 6-1).



**Gráfico 6-1: Prevalencia de último año de consumo de metanfetamina en estudiantes secundarios de Estados Unidos de 8º, 10º y 12º grados combinados, 1999-2014**

A pesar del rápido aumento de las incautaciones de metanfetamina en México, el uso local de la sustancia parece ser más bien bajo. Según la encuesta en población general de 12 a 64 años realizada en 2011, la prevalencia anual de consumo de metanfetamina se situó en 0,12%, por debajo de la prevalencia anual de consumo de cannabis con 1,2%, cocaína con 0,5% y opioides con aproximadamente 0,4%<sup>48</sup>.

De acuerdo a los datos de pacientes atendidos por problemas de drogas en dispositivos reconocidos por el Estado de México, alrededor del 3,2% de las personas fueron tratadas por consumo de metanfetamina en centros de tratamiento de drogas en 2012, levemente superior al 2,3% de pacientes tratados por metanfetamina en 2011, pero considerablemente inferior al 26,9% del ingreso de personas tratadas por consumo de cocaína o del 32,2% de los ingresos por consumo de marihuana en 2012<sup>49</sup>.

## Sustancias tipo éxtasis

Las sustancias tipo éxtasis se refieren a las sustancias sintéticas químicamente relacionadas a los estimulantes del grupo de las anfetaminas, aunque se diferencian en cierta medida por sus efectos. La sustancia más común de este grupo es la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), aunque otros análogos tales como el 3,4-metilendioxfanfetamina (MDA) o 3,4-metilendioxi-N-etilanfetamina (MDEA) también se encuentran con frecuencia en las píldoras de “éxtasis”.

El uso del “éxtasis” surgió en Europa a mediados de la década de los años 80, después de haberse popularizado en las fiestas electrónicas (rave parties). Su uso en este tipo de eventos recreativos se expandió primero a los Estados Unidos y luego al resto del mundo. Su fácil elaboración se confinó primero a Europa, pero luego se expandió recientemente a otros mercados más jóvenes y más lucrativos de todo el mundo. La pureza del “éxtasis” en Europa declinó entre 2008 y 2009, junto con el surgimiento de las nuevas sustancias psicoactivas, tales como la 1-benzilpiperazina (BZP), metilendioxi-provalerona (MDPV) y, en particular, la efedrina. Sin embargo, desde 2012 el mercado del “éxtasis” ha mostrado signos de recuperación en Europa, probablemente debido al resurgimiento de un alto contenido de MDMA en las píldoras vendidas como tales.

A nivel mundial, varias pastillas que se comercializan como sustancias del grupo del éxtasis, en realidad contienen una variedad de sustancias además del MDMA o mezclas de drogas, las cuales pueden ser potencialmente tóxicas. De acuerdo a un estudio llevado a cabo en Colombia, entre los adulterantes que se detectaron en las tabletas de MDMA que se venden en la calle, se incluyen la metanfetamina, cafeína, dextrometorfano (un calmante para la tos que se vende sin receta médica), efedrina (un precursor primario que se utiliza para elaborar la metanfetamina) y cocaína. Al igual que otras drogas adictivas, el MDMA raramente se usa solo y con frecuencia se utiliza junto con sustancias tales como el alcohol y el cannabis.

Aunque hay indicios de que el consumo de “éxtasis” es mayor que el de otros ETA en la mayor parte de los países de las Américas, su cuota de mercado aún parece ser relativamente baja en comparación con otras drogas sometidas a fiscalización internacional. Por ejemplo, una encuesta nacional en los centros de tratamiento de Argentina, realizada en 2010, mostró que de acuerdo a la droga que motivaba el ingreso a tratamiento, 74 pacientes buscaron ayuda motivados por el consumo de “éxtasis”, 43 por anfetamina y 26 por estimulantes no especificados. Sin embargo, el número total de personas tratadas por uso de ETA representó menos del 1,0% de los pacientes tratados para el consumo de drogas de ese año<sup>50</sup>.

Del mismo modo, Colombia informó que la mayor parte de personas tratadas por uso de ETA en 2012, lo fueron por el uso de “éxtasis” con el 53% (48 personas), seguido por metanfetaminas con 42% (38 personas) y el consumo de anfetaminas en torno al 5% (5 personas). Sin embargo, el número de personas tratadas por consumo de ETA sólo constituyó el 10,3% del número total de personas tratadas para el uso de drogas en Colombia ese año, mientras que la proporción de personas en tratamiento para el consumo de cannabis fue de un 33,0% (292 personas) y por consumo de cocaína de un 32,1% (181 personas)<sup>51</sup>.

Estas cifras muestran que, aunque el problema de uso de “éxtasis” y otros ETA existe en las Américas, otras drogas sometidas a fiscalización internacional, como el cannabis y la cocaína, siguen representando una proporción mucho mayor del mercado, en términos de consumo en diferentes grupos poblacionales, mayor demanda de tratamiento y mayor cantidad de oferta de este tipo de sustancias psicoactivas en comparación



con otras sujetas a fiscalización. A pesar de ello, el consumo de “éxtasis” ha presentado tasas de consumo preocupantes entre la población en edad juvenil de la región, tal como lo indican las encuestas de consumo de drogas realizadas entre los estudiantes secundarios.

### Consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios

El “éxtasis” es el ETA más consumido en los países de América Latina, como también uno de los más consumidos en las Américas en general. Si bien las tasas de consumo no suelen ser muy altas en la población en general, entre los jóvenes de la región esta es una de las sustancias de mayor uso. De acuerdo a las encuestas nacionales, el consumo alguna vez en la vida de sustancias tipo éxtasis muestra diferencias importantes entre los estudiantes de las diversas subregiones (Anexo tabla A6.1). Los estudiantes de América del Norte presentan las tasas de consumo más altas, con 7,6% en Canadá y 3,5% en los Estados Unidos. En las otras subregiones Antigua y Barbuda con 3,7% y Chile con 3,5% destacan por sobre el resto de países del Caribe y América del Sur, respectivamente. A nivel hemisférico se observan mayores tasas de consumo en el siguiente orden descendente: América del Norte, América del Sur, el Caribe y América Central. En esta última subregión la mayor tasa de consumo se registra en Belize con 2,4%<sup>26</sup> (gráfico 6-2).

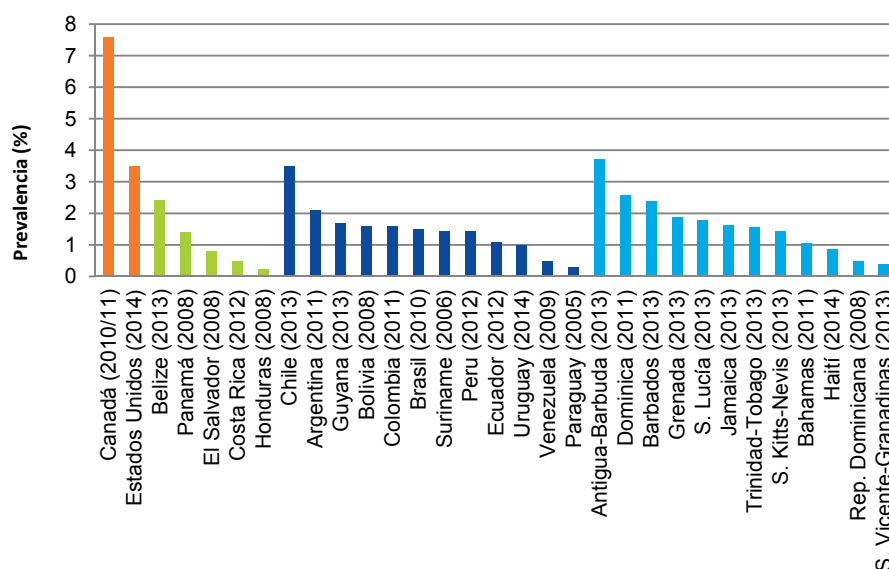


Gráfico 6-2: Prevalencia de vida de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios

Generalmente, los análisis de consumo de drogas por edad o por grados de estudio (Anexo tabla A6.3), como en este caso, indican que a mayor edad o grado de estudio, mayor es el consumo de una determinada sustancia psicoactiva. En el caso del consumo de sustancias tipo éxtasis entre los estudiantes secundarios de las Américas esto es así para 19 de un total de 27 países que reportaron información sobre “éxtasis”: Canadá, Estados Unidos, Costa Rica, El Salvador, Argentina, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Suriname, Uruguay, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Haití, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tobago. En todos estos países la prevalencia de vida de consumo de “éxtasis” es mayor entre los estudiantes de 12<sup>o</sup>

<sup>26</sup> Sin embargo, cabe destacar que en 3 de los 5 países de América Central con información disponible, los datos son del año 2008.

grado con relación a los de 8º grado. Llama la atención que en el caso de los estudiantes de Canadá y los Estados Unidos, las diferencias en las tasas de consumo de 8º grado, con 2,9% y 1,4% respectivamente, registran diferencias muy extremas con relación al 12º grado, con tasas de 11,9% y 5,6%, respectivamente (gráfico 6-3).

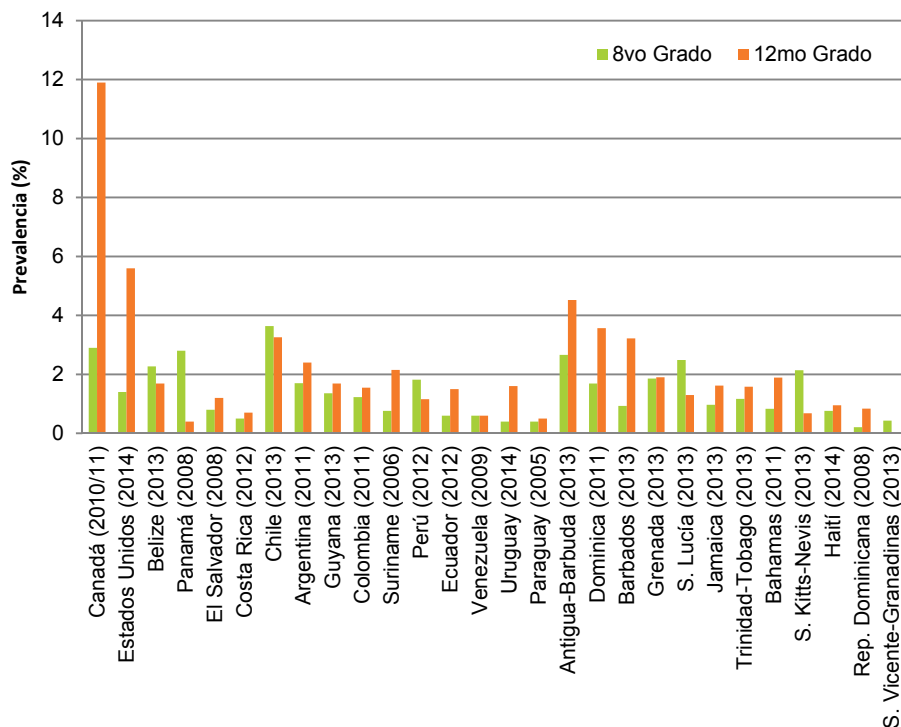


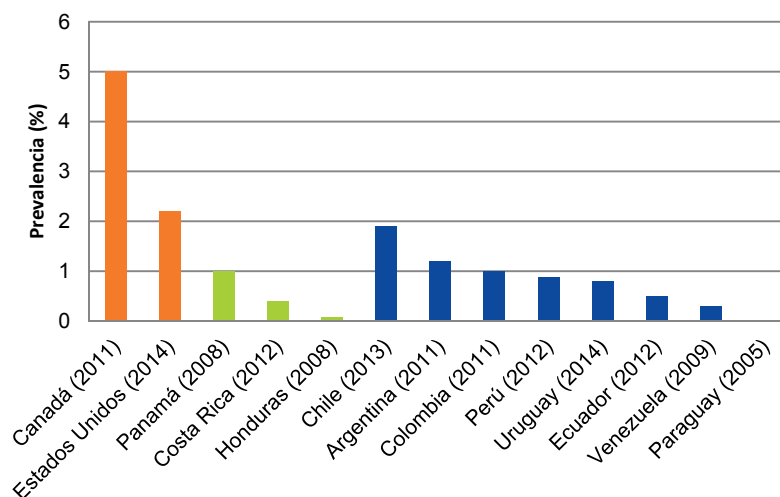
Gráfico 6-3: Prevalencia de vida de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios. Comparación grados 8º y 12º

Por otra parte, en Grenada el consumo de “éxtasis” entre los estudiantes de 8º y 12º grados no presenta diferencias. Mientras que en Belize, Panamá, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Chile y Perú los estudiantes del 8º grado presentan tasas de consumo de “éxtasis” mayores que aquellos del 12º grado<sup>27</sup>. Esta inusual situación llama la atención y podría estar dando cuenta de un mercado que intenta iniciar el consumo más precozmente con el fin de potenciarlo con el paso de los años.

Con relación a la precocidad en el consumo de “éxtasis”, es decir, aquellos estudiantes que consumen a una edad más temprana, los estudiantes del 8º grado de Chile presentan la prevalencia de vida más alta a nivel regional, con 3,6%, seguido de los estudiantes de 8º grado de Canadá que presentan una prevalencia de vida de 2,9%, los de Panamá con 2,8% y luego Antigua y Barbuda, y Santa Lucía con 2,7% y 2,5% respectivamente. En su conjunto, la precocidad en el consumo de “éxtasis” alguna vez no está marcada por una región en particular, sino más bien por las tasas de consumo de los estudiantes de determinados países en cada subregión que destacan por sobre los demás.

<sup>27</sup> Los estudiantes de San Vicente y las Granadinas en el Caribe no registran consumo en el 12º grado, pero se observó un mayor consumo de los estudiantes del 10º grado con relación al 8º grado.

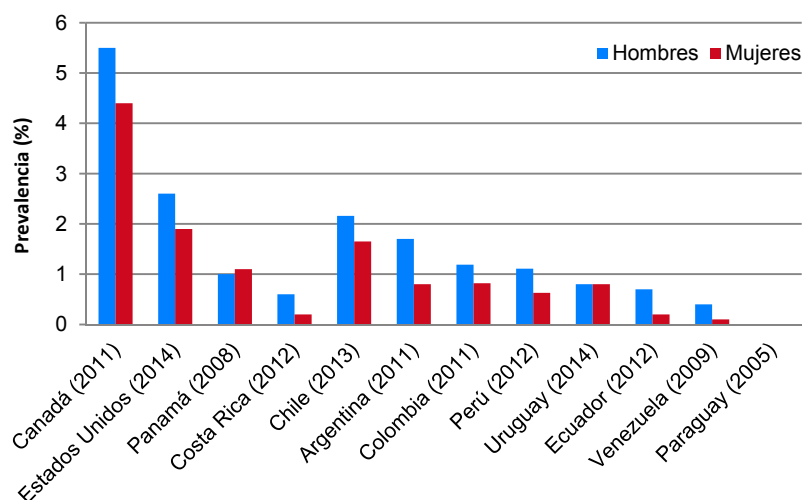
Lamentablemente, muy pocos países del hemisferio cuentan con información sobre la prevalencia de último año de consumo de las sustancias tipo éxtasis. De acuerdo a la información disponible, la prevalencia de último año de consumo de “éxtasis” registra un 5,0% en Canadá, seguido de 2,2% en los Estados Unidos. En el resto de subregiones, Chile presenta una tasa de consumo en el último año de 1,9%, mientras que Argentina, Colombia, Panamá, Perú y Uruguay registran tasas de consumo en torno al 1%. Costa Rica y Ecuador registran tasas de consumo de 0,4% y 0,5% respectivamente (gráfico 6.4).



**Gráfico 6-4: Prevalencia de último año de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios**

\*Paraguay: prevalencia de último año de 0,0%

Una característica común del consumo de este tipo de sustancias entre los jóvenes estudiantes secundarios es que, salvo las excepciones de Panamá y Uruguay, donde las tasas de consumo reciente entre hombres y mujeres son similares, el consumo de “éxtasis” es mayor entre los hombres con relación a las mujeres (gráfico 6-5).



**Gráfico 6-5: Prevalencia de último año de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios, por sexo**

\*Paraguay: prevalencia de último año de 0,0%.

Una síntesis de la información a nivel de subregiones y hemisférica da cuenta de tasas de consumo alguna vez en la vida de 3,5% entre los estudiantes de América del Norte, 1,7% en América del Sur, 1,2% en el Caribe y 0,6% en América Central. Teniendo en cuenta que no se dispone de los datos de un número importante de países y que otros tantos cuentan con información desactualizada, las tasas hemisféricas de consumo de sustancias tipo éxtasis entre los estudiantes secundarios son 2,7% para la prevalencia de vida, 1,8% para la prevalencia de último año y 0,7% para la prevalencia de último mes<sup>28</sup> (tabla 6-1).

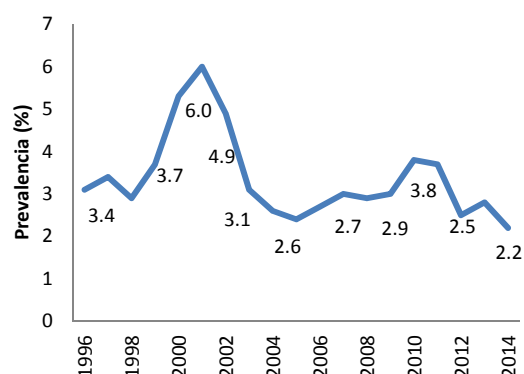
**Tabla 6-1: Prevalencia de vida, último año y último mes de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios, por subregión y a nivel hemisférico**

Subregión	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
América del Norte	3,5	2,2	0,8
América Central	0,6	0,4	0,1
América del Sur	1,7	1,1	0,6
El Caribe	1,2		
Hemisferio	2,7	1,8	0,7

## Tendencias del consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios

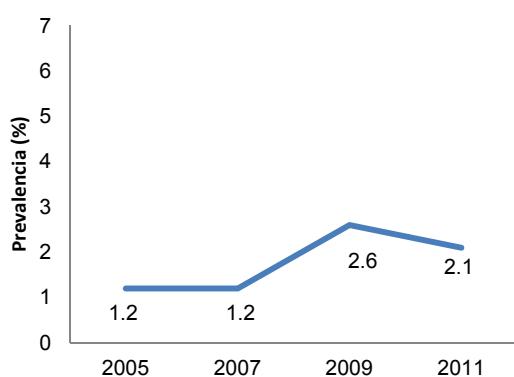
Estados Unidos es el único país del Hemisferio que cuenta con una larga serie de estudios periódicos sobre el consumo de drogas en la población de estudiantes de 8º, 10º y 12º grados. Conforme a los datos de la encuesta “Monitoreando el Futuro” del año 2014, la tendencia de la prevalencia de último año de consumo de “éxtasis” en los estudiantes presenta un descenso recurrente entre los años 2012, con 2,5% y 2014 con 2,2%. Esto es más destacable aún si se considera que en 2010 la prevalencia era de 3,8%. Entre los años 2000 y 2002 los estudiantes alcanzaron las tasas de consumo más altas de toda la serie, que fluctuaron entre cerca de 5% hasta 6%. A partir de 2002 se observaron descensos importantes en las tasas de consumo de “éxtasis”, para volver a repuntar en 2010, pero con los mencionados descensos posteriores hasta 2014 (gráfico 6-6). La experiencia de Estados Unidos indica que las tasas de consumo de “éxtasis” han presentado importantes variaciones en casi dos decenios de seguimiento, lo cual con seguridad ha estado asociado a fluctuaciones en el mercado, influencia de los programas preventivos y campañas específicas para abordar este problema entre los jóvenes estudiantes, entre otras muchas variables.

<sup>28</sup> Para estos cálculos sólo fueron considerados aquellos países que cuentan con datos de prevalencia de consumo vida, año y mes.

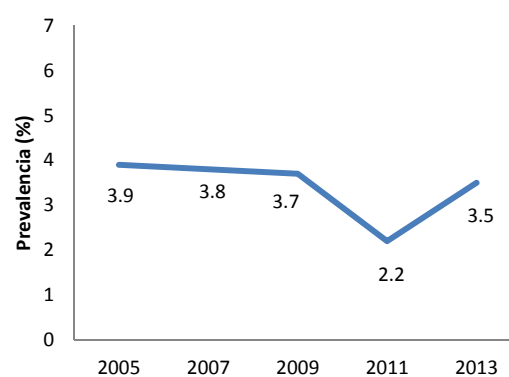


**Gráfico 6-6: Prevalencia de último año de consumo de "éxtasis" en estudiantes secundarios de Estados Unidos de 8º, 10º y 12º grados combinados, 1996-2014<sup>52</sup>**

Como ya se ha mencionado reiteradamente en este capítulo, muy pocos países de América Latina cuentan con información detallada sobre consumo de "éxtasis", pero aún menos con una periodicidad tal que permita determinar la tendencia del consumo de esta sustancia psicoactiva. En aquellos pocos países donde la información estuvo disponible, sólo se contó con registros de la prevalencia de vida<sup>29</sup>. En Argentina, Chile, Costa Rica, Perú y Uruguay los datos indican un descenso en el consumo entre los años 2011-2012, con relación a años anteriores. En el caso de Chile y Uruguay, donde existen datos de estudios de los años 2013 y 2014 respectivamente, la información muestra un aumento importante del consumo de "éxtasis" con relación a la medición anterior. En el caso de Chile, el consumo de "éxtasis" aumentó de 2,2% en 2011 a 3,5% en 2013, mientras que en Uruguay el consumo entre 2012 y 2014 se duplicó, con tasas de 0,5% y 1,0% respectivamente. Costa Rica, por su parte, registró una caída en el consumo, con tasas de 2,1% en 2009 y 0,5% en 2012 (gráficos 6-7 al 6-11).

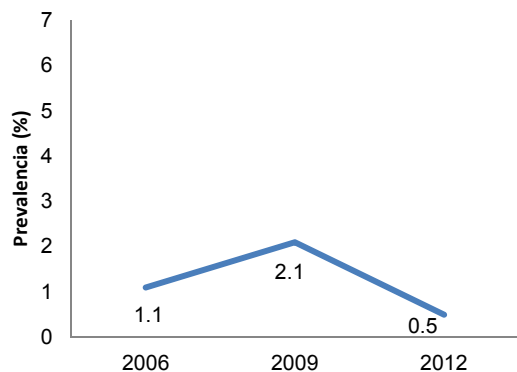


**Gráfico 6-7: Prevalencia de vida de consumo de "éxtasis" en estudiantes secundarios de Argentina, 2005-2011**

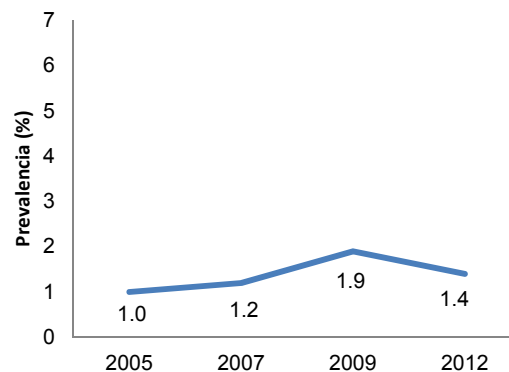


**Gráfico 6-8: Prevalencia de vida de consumo de "éxtasis" en estudiantes secundarios de Chile, 2005-2013**

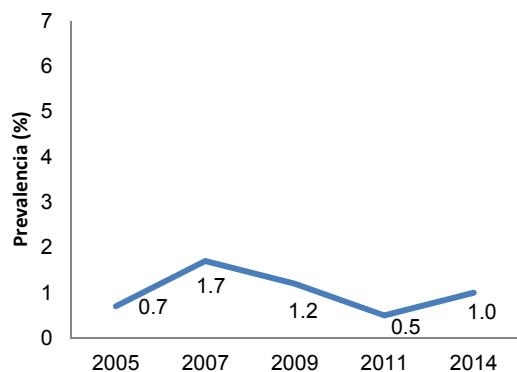
<sup>29</sup> Dado que no todos los países cuentan una serie de datos de prevalencia de último año, sólo fue posible establecer la tendencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida.



**Gráfico 6-9: Prevalencia de vida de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios de Costa Rica, 2006-2012**



**Gráfico 6-10: Prevalencia de vida de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios de Perú, 2005-2012**



**Gráfico 6-11: Prevalencia de vida de consumo de “éxtasis” en estudiantes secundarios de Uruguay, 2005-2014**

## Percepción de gran riesgo en estudiantes secundarios

A diferencia de lo comúnmente observado en otras drogas controladas, donde las percepciones de riesgo sobre el consumo tienden a ser muy altas, la percepción de gran riesgo sobre el consumo de “éxtasis” entre los estudiantes secundarios es más bien baja. En líneas generales el porcentaje de percepción de gran riesgo con relación al consumo alguna vez (ocasional) de “éxtasis” no sobrepasa el 50% en la mayoría de los países. *En otras palabras, 1 de cada 2 estudiantes no percibe un riesgo alto en el consumo ocasional de “éxtasis”.*<sup>30</sup> En la mayor parte de los países el riesgo percibido es algo mayor en las mujeres con relación a los hombres –lo cual explica en cierta forma menores tasas de consumo entre las mujeres–, pero esto no siempre es así. En Panamá, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Argentina, Paraguay, Perú, Suriname, El Salvador, Uruguay y Venezuela la percepción de gran riesgo de uso ocasional de “éxtasis” es levemente más alta entre los

<sup>30</sup> Se debe tener en cuenta que en este grupo puede estar una proporción importante de estudiantes que “no sabe” el riesgo que se corre.

estudiantes hombres, mientras que en Bolivia y Ecuador no existen diferencias por sexo en el riesgo percibido (gráfico 6-12).

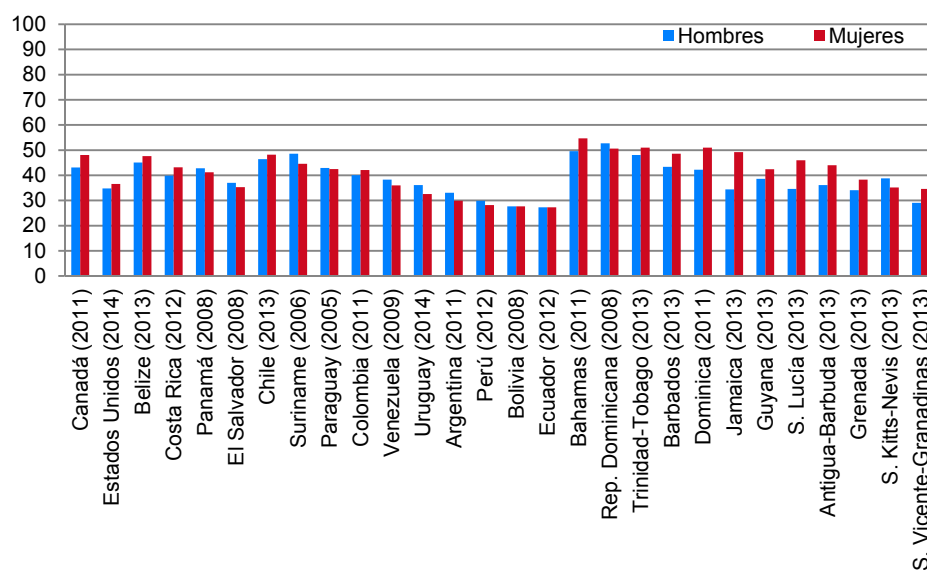


Gráfico 6-12: Percepción de gran riesgo del uso de "éxtasis" alguna vez en estudiantes secundarios

No siempre una baja percepción de riesgo se asocia a muy altas tasas de consumo en una determinada droga. Un sinnúmero de otros factores inciden para que el uso de una sustancia psicoactiva presente altas o bajas tasas de consumo, por ejemplo, la disponibilidad de la sustancia en el mercado, el precio de la droga, el nivel de aceptación/rechazo social, su capacidad de generar adicción, entre muchos otros.

En cualquier droga el riesgo percibido en el uso frecuente de la misma es siempre mayor con relación a usos más ocasionales o esporádicos. En el caso de la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de "éxtasis" se observa la misma tendencia que en las demás drogas y es así que el porcentaje de percepción de gran riesgo entre los estudiantes se encuentra en rangos por sobre el 70% en Canadá, El Salvador, Panamá, Argentina, Paraguay y Uruguay, donde se registra la mayor percepción de gran riesgo, a porcentajes inferiores al 50% en Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, y Ecuador. Probablemente los más bajos porcentajes de percepción de gran riesgo en el consumo frecuente se asocian a una mayor desinformación o carencia de programas preventivos que aborden de manera específica tales riesgos asociados al consumo de "éxtasis" entre los jóvenes estudiantes. Es también probable que las mayores tasas de consumo de "éxtasis" registradas entre los estudiantes de Canadá, Argentina y Uruguay se asocian con una mayor percepción de riesgo en el uso frecuente de la droga en esos mismos países (en el sentido que ya es una sustancia bien conocida entre los consumidores). A diferencia de lo observado en la percepción de gran riesgo del uso ocasional de "éxtasis" entre los estudiantes, con la excepción de Suriname, en todos los demás países la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de "éxtasis" es siempre mayor entre las mujeres con relación a los hombres (gráfico 6-13).

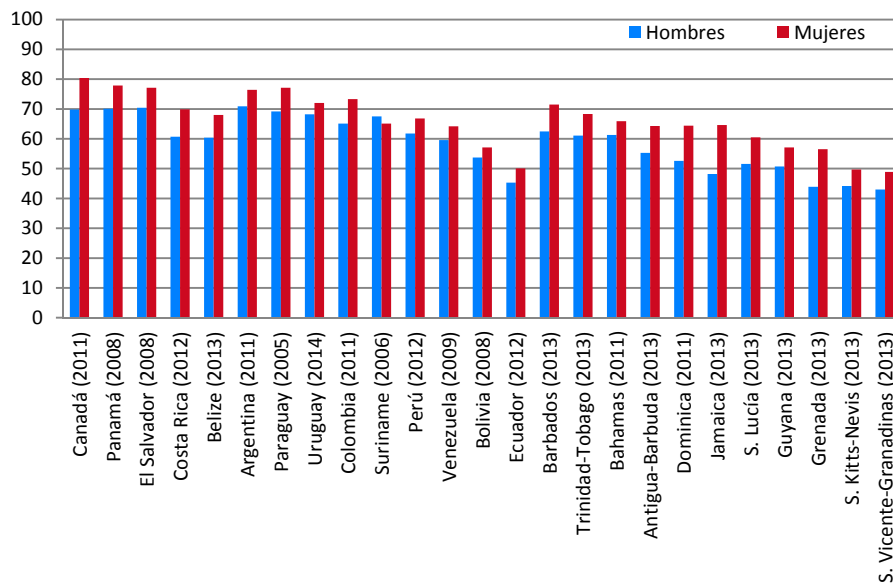


Gráfico 6-13: Percepción de gran riesgo del uso de “éxtasis” frecuentemente en estudiantes secundarios

## Percepción de fácil acceso en estudiantes secundarios

La percepción de fácil acceso es un indicador de tipo subjetivo que tiene que ver con cual fácil o difícil se hace para alguien obtener una determinada droga, ya sea para comprarla o conseguirla a través de amigos o conocidos. Una droga percibida como de fácil acceso generalmente es más barata y está mayormente disponible en el mercado.

Conforme a lo anterior y comparativamente con otras sustancias, el “éxtasis” suele no ser una droga de fácil acceso entre los estudiantes secundarios, principalmente en aquellos de América Latina. La información disponible indica que la percepción de fácil acceso entre los estudiantes de los Estados Unidos con 21,4%, no difiere mucho de la de estudiantes en Argentina con 19,8%<sup>31</sup>. Sin embargo, las diferencias con el resto de países de América latina y el Caribe son más amplias. Es así como 10,5% de los estudiantes de Colombia y 11,7% de los estudiantes de Suriname perciben que es fácil conseguir “éxtasis”. Por su parte, 10% de los estudiantes de Belize, 11,5% de Antigua y Barbuda y 11,4% de Barbados perciben que sería fácil conseguir “éxtasis” (gráfico 6-14). En líneas generales, los estudiantes perciben mayor facilidad de acceso para obtener “éxtasis” precisamente en aquellos países donde las tasas de consumo son mayores: Estados Unidos, Argentina, Colombia y Suriname. La excepción la constituye Chile, donde la percepción de fácil acceso es baja, pero la tasa de consumo supera a los demás países de América Latina.

<sup>31</sup> Argentina representa en este caso una excepción con relación al resto de países de la subregión.



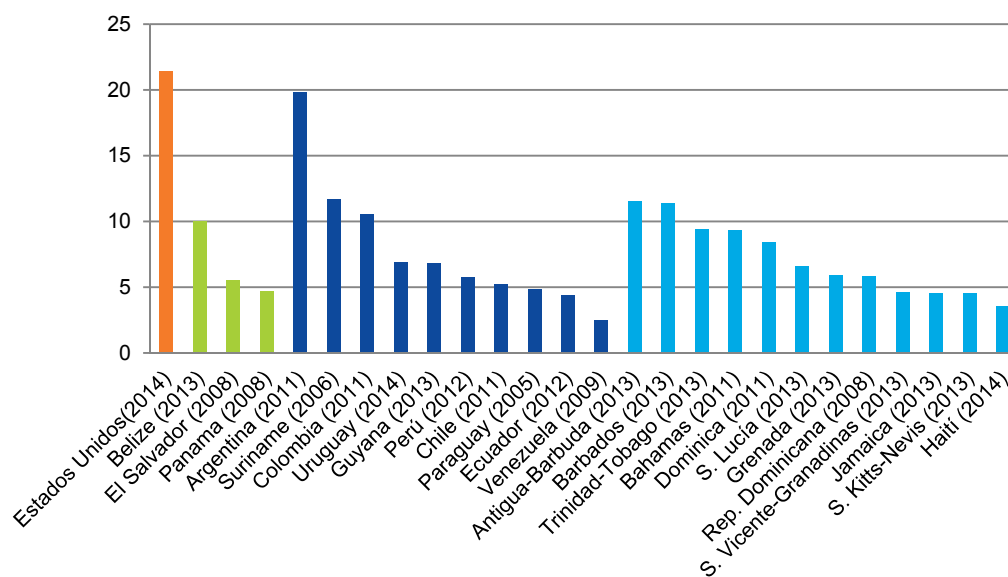


Gráfico 6-14: Percepción de fácil acceso a “éxtasis” en estudiantes secundarios

## Oferta de “éxtasis” en estudiantes secundarios

La oferta de drogas, conforme a las encuestas de los países de América Latina y el Caribe, es un indicador de tipo objetivo que intenta dar cuenta del ofrecimiento directo, de una determinada sustancia psicoactiva, del que han sido objeto los entrevistados. Al igual que el indicador de fácil acceso, el de oferta directa permite determinar cuan disponible está una sustancia psicoactiva entre los usuarios. Este último indicador suele ser más preciso a la hora establecer posibles asociaciones entre tasas de consumo y disponibilidad de drogas. Es así como entre los estudiantes secundarios que han recibido mayor oferta de “éxtasis”, encontramos las mayores tasas de consumo. Por ejemplo, Belize con altas tasas de consumo alguna vez en la vida de “éxtasis” entre los estudiantes secundarios de América Central, presenta uno de los porcentajes más altos de oferta de drogas con 6,1%. De igual modo, Antigua y Barbuda presenta la tasa de consumo de “éxtasis” más alta entre los estudiantes del Caribe (3,7%) y el mayor porcentaje de oferta de la droga (7,0%). En el caso de América del Sur, la mayor tasa de consumo alguna vez de “éxtasis” entre los estudiantes la registra Chile con 3,5%, y también el mayor porcentaje de oferta de la droga en el último año con 6,0%. Una excepción la constituye El Salvador, donde la oferta de “éxtasis” es la más alta de América Central y una de las mayores de la región, pero la tasa de consumo es baja (gráfico 6-15).

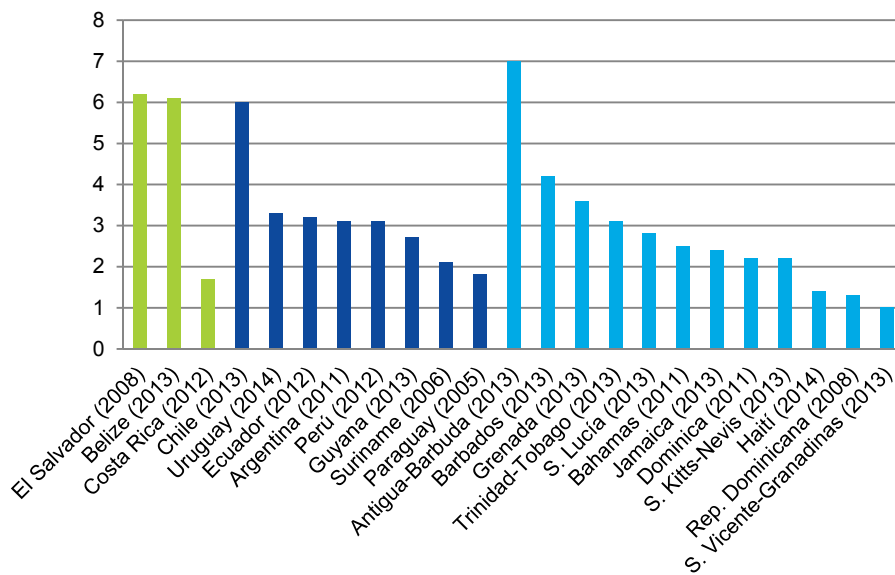


Gráfico 6-15: Oferta de “éxtasis” en el último año a estudiantes secundarios

### Consumo de “éxtasis” en la población general

La prevalencia de consumo de drogas en la población general muestra contrastes muy importantes entre las tasas de consumo de sustancias tipo éxtasis en Canadá y los Estados Unidos, con el resto de los países del Hemisferio (Anexo tabla A6.4). A nivel de la prevalencia de vida, las altas tasas de Estados Unidos de 6,8% y Canadá con 5,3%, están muy por encima de tasas de consumo alguna vez en Uruguay con 1,5%, Colombia y Barbados con 0,7%, Venezuela con 0,6%, Belize con 0,5% o Chile con 0,4%. Tales mayores tasas de consumo en Canadá y los Estados Unidos, con relación al resto del Hemisferio, se mantienen a nivel de la prevalencia de último año y mes, aunque Belize con una prevalencia año de 0,5%, pareciera estar un poco por encima en su consumo con relación al resto de los países de la región (gráfico 6-16).

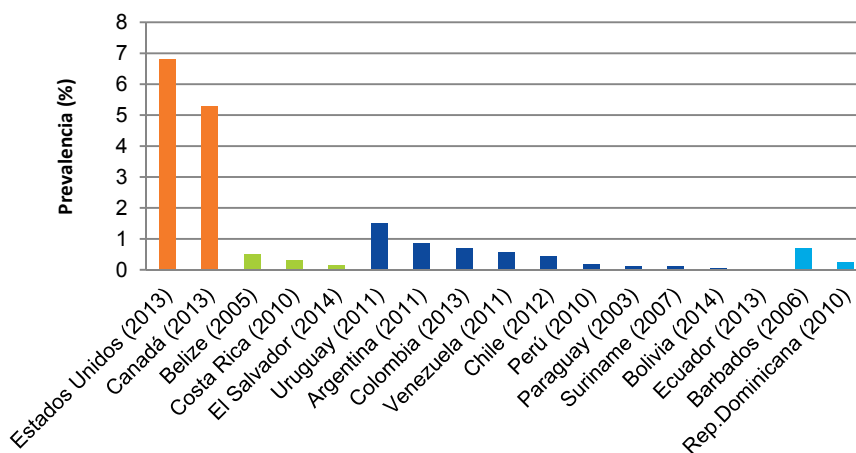
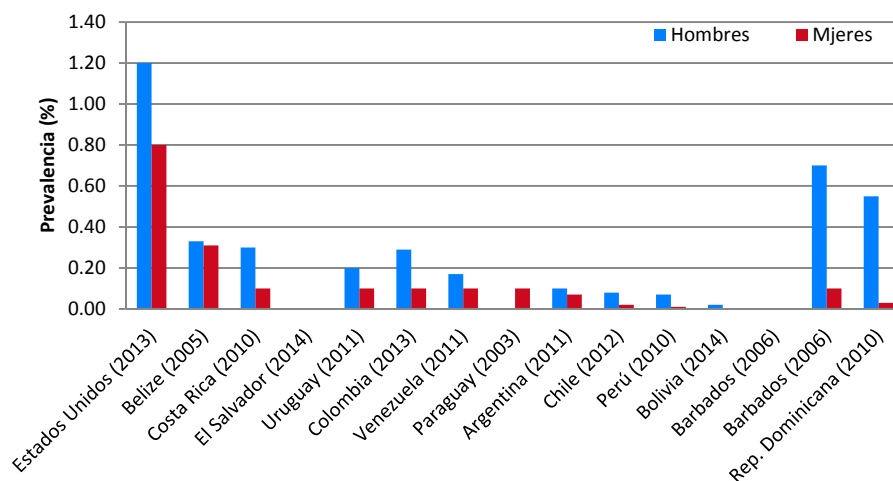


Gráfico 6-16: Prevalencia de vida de consumo de “éxtasis” en población general

Los datos de consumo reciente indican que, en todos los países con información disponible, la prevalencia de último año de consumo de “éxtasis” es siempre mayor en los hombres con relación a las mujeres. Sin embargo, en Belize tal diferencia es casi inexistente, con tasas de consumo de 0,33% en hombres y 0,31% en mujeres. La excepción a la regla la constituye Paraguay, donde no existe consumo entre los hombres y las mujeres presentan una tasa de consumo de 0,10% (gráfico 6-17).



**Gráfico 6-17: Prevalencia de último año de consumo de “éxtasis” en población general, por sexo**  
*\*En El Salvador y Ecuador: prevalencia es 0,00*

## Percepción de gran riesgo en la población general

A diferencia de lo observado entre los estudiantes, donde la percepción de gran riesgo en el consumo alguna vez (ocasional) de “éxtasis” es baja, en la población general los porcentajes de percepción de gran riesgo en el consumo ocasional de esta droga son altos, por sobre el 70% y 80% en la mayor parte de los países, con la excepción de El Salvador, Bolivia y Paraguay. Otra característica observada en la población general es que las diferencias por sexo en la percepción de riesgo son menores o inexistentes.

La percepción de gran riesgo con relación al consumo frecuente de “éxtasis” en la población general es aún mayor si se la compara con el riesgo percibido en el consumo ocasional. En este caso, en gran parte de los países el riesgo percibido supera el 90% (gráfico 6-18).

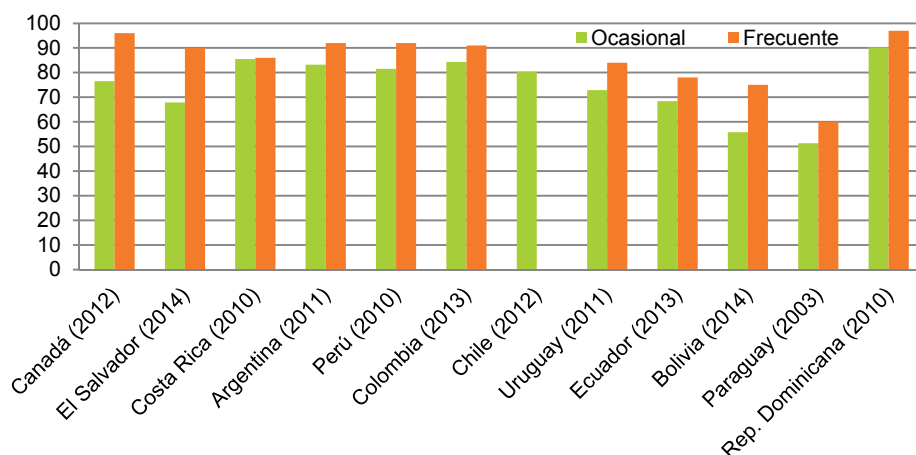


Gráfico 6-18: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” alguna vez y frecuente en población general

## Percepción de fácil acceso en la población general

Tal como se observó en los resultados de las encuestas a estudiantes secundarios, de igual modo en los estudios en la población general los mayores porcentajes de percepción de fácil acceso para obtener “éxtasis” en Argentina con 19,2%, Colombia con 22,7% y Uruguay con 18,5% corresponden a aquellos países con más altas tasas de consumo. Llama la atención Costa Rica, que si bien no presenta de las más altas tasas de consumo de “éxtasis” en la región, registra una alta percepción de fácil acceso a la droga con 24%, lo cual puede estar dando cuenta de un reciente mercado de consumo de “éxtasis” en ese país (gráfico 6-19).

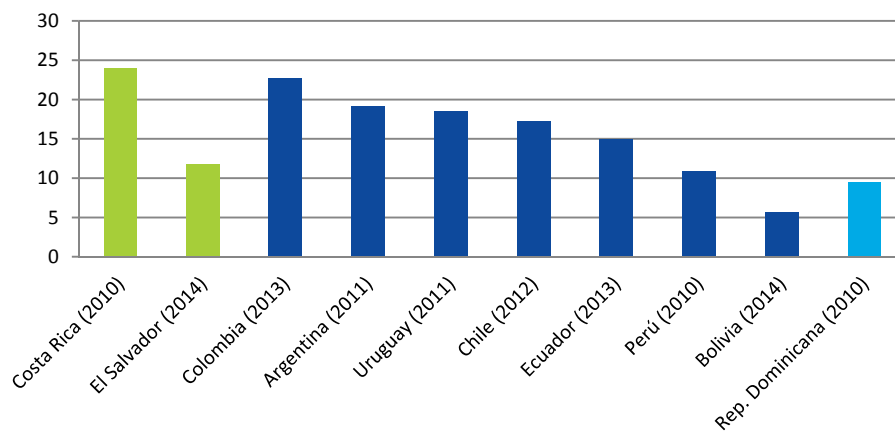


Gráfico 6-19: Percepción de fácil acceso a “éxtasis” en población general

## Oferta directa en la población general

La información sobre oferta directa de “éxtasis” en la población general no es tan clara, como sí ocurre entre los estudiantes secundarios, para establecer asociaciones entre el nivel de oferta y el consumo de esta sustancia<sup>32</sup>. En líneas generales el nivel de oferta de sustancias tipo éxtasis no varía mucho entre los países donde la información está disponible, con porcentajes de oferta en el último año en torno al 1%, con la excepción de Perú, de 0,5% y Colombia con 1,4% (gráfico 6-20).

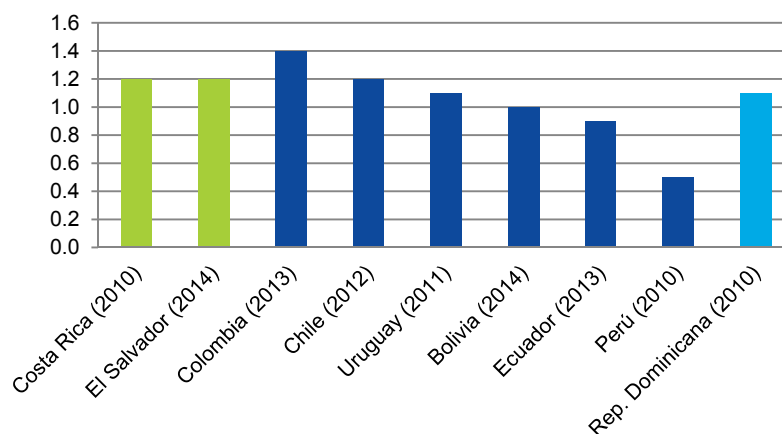


Gráfico 6-20: Oferta de “éxtasis” en el último año en población general

## Consumo de “éxtasis” en universitarios

Muy pocos países han realizado encuestas sobre consumo de drogas en la población universitaria. Sin embargo, entre aquellos donde la información está disponible, es posible observar importantes diferencias en las tasas de consumo. Atendiendo a la prevalencia de consumo de “éxtasis” alguna vez en la vida, se observa una tasa de consumo de 7,5% en Brasil<sup>33</sup>, seguido por Colombia con 3,2%. Ecuador y Perú alcanzan tasas de consumo alguna vez de 1,4% y 1,1% respectivamente. Más abajo se encuentran las tasas de consumo de Bolivia con 0,6% y Venezuela con 0,5%, relegando a El Salvador a la menor tasa con 0,2%. Al igual que lo observado en encuestas de población general y estudiantes secundarios, entre los universitarios las tasas de consumo tienden a ser mayores entre los hombres con relación a las mujeres. Por ejemplo, en Brasil la tasa de consumo alguna vez de los hombres, de 11%, duplica a la de mujeres con 4,9%. Algo parecido ocurre en Colombia donde la tasa de consumo en los hombres es de 4,5% y la de mujeres de 2,0%. En Ecuador, la tasa de consumo alguna vez de “éxtasis” entre los hombres, de 2,6%, es seis veces mayor que la de mujeres con 0,4%. El mismo patrón se repite en el resto de los países (tabla 6-2).

La prevalencia de último año y mes de consumo de “éxtasis” entre los estudiantes universitarios mantiene resultados similares a lo observado en la prevalencia de vida, es decir, tasas de consumo más altas en Brasil y

<sup>32</sup> La menor asociación entre la declaración de oferta recibida y las tasas de consumo de éxtasis en los estudios de población general podría estar vinculada con rangos de edad más amplios en este tipo de estudios.

<sup>33</sup> La metodología del estudio en universitarios de Brasil no es la misma que la utilizada en los demás países.

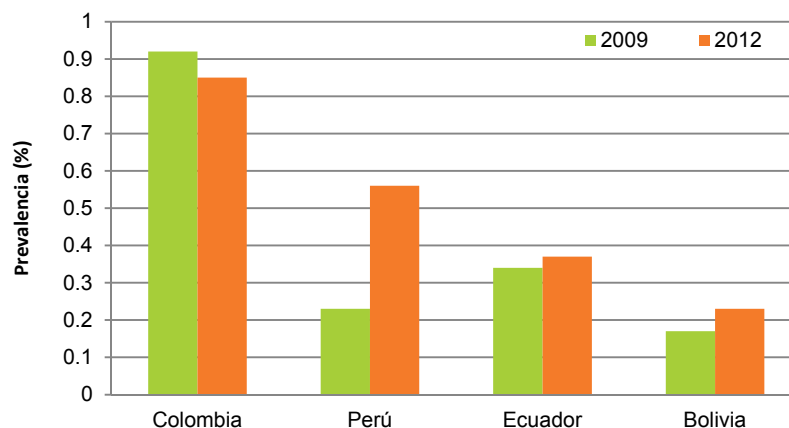
Colombia con relación al resto de países y tasas de consumo siempre mayores en los hombres con relación a las mujeres, en todos los países con información disponible.

**Tabla 6-2: Prevalencia de consumo de “éxtasis” en estudiantes universitarios, por sexo y total**

Región	Vida			Año			Mes		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
<b>Bolivia (2012)</b>	0,8	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Brasil (2010)</b>	11,0	4,9	7,5	4,7	1,9	3,1	2,8	1,3	1,9
<b>Colombia (2012)</b>	4,5	2,0	3,2	1,1	0,5	0,8	0,3	0,2	0,2
<b>Ecuador (2012)</b>	2,6	0,4	1,4	0,6	0,0	0,3	0,1	0,0	0,1
<b>El Salvador (2012)</b>	0,3	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Perú (2012)</b>	1,8	0,4	1,1	0,5	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1
<b>Venezuela (2014)</b>	0,8	0,2	0,5	0,4	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1

## Datos comparados en estudiantes universitarios

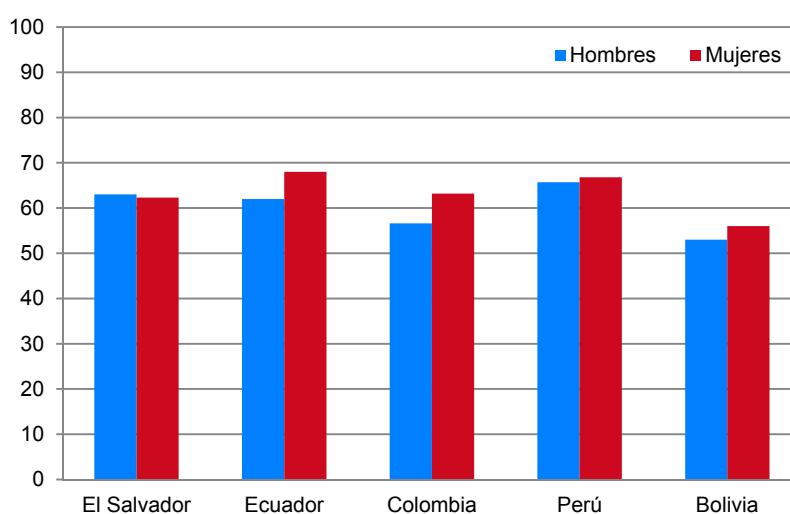
Las encuestas sobre drogas a los estudiantes universitarios de los países andinos cuentan con información más detallada y periódica sobre el consumo de “éxtasis”, entre otras drogas sintéticas, en esta población. Conforme a estos datos, la prevalencia de último año de consumo de sustancias tipo éxtasis en la región andina aumentó de 0,4% en 2009 a 0,5% en 2012<sup>53</sup>. El país con la más alta tasa de consumo es Colombia, donde la prevalencia de último año se mantuvo en torno al 0,9% entre 2009 y 2012. Los universitarios de Perú registraron un importante aumento en el consumo, con tasas de 0,2% en 2009 y 0,6% en 2012. En el caso de Ecuador y Bolivia las tasas de consumo de “éxtasis” y las diferencias registradas entre éstas entre los años 2009 y 2012 son menores (gráfico 6-21).



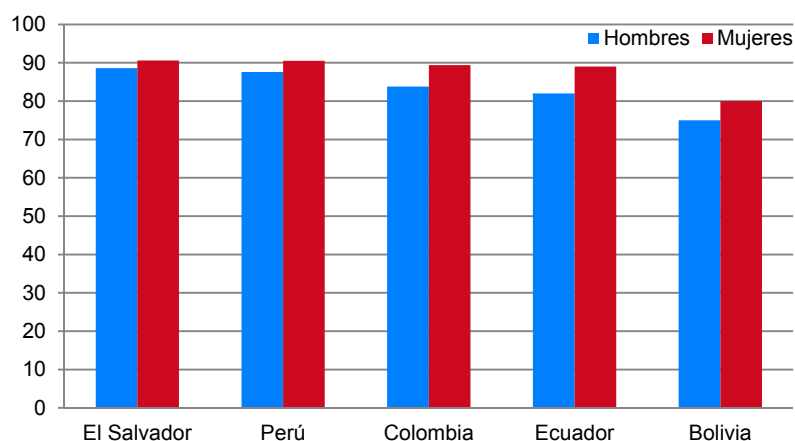
**Gráfico 6-21: Prevalencia de último año de consumo de “éxtasis” en universitarios andinos, datos comparados 2009-2012**

## Percepción de gran riesgo en universitarios

La percepción de gran riesgo con relación al consumo alguna vez o frecuente de “éxtasis” entre los estudiantes universitarios tiende a presentar patrones intermedios con relación a aquellos observados en los estudiantes secundarios y la población general. Es así como la percepción de gran riesgo en el consumo ocasional de “éxtasis” está por sobre el 50% en todos los países con información disponible, pero no sobrepasa el 70% en ningún caso (gráfico 6-22). Sin embargo, la percepción de gran riesgo con relación al consumo frecuente de “éxtasis” tiende a parecerse más a lo observado en la población general, donde los porcentajes se acercan al 90% en la mayoría de los países, con la excepción de Bolivia en torno al 80%. Una vez más el riesgo percibido en el uso de esta droga es mayor en las mujeres con relación a los hombres (gráfico 6-23).



**Gráfico 6-22: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” alguna vez en estudiantes universitarios, según sexo, por país (2012)**



**Gráfico 6-23: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” frecuentemente en estudiantes universitarios, según sexo, por país (2012)**

## Percepción de fácil acceso en universitarios

Entre la población universitaria la percepción de fácil acceso para obtener “éxtasis” ratifica que allí donde se percibe un acceso más fácil a la droga, las tasas de consumo son más altas. Es el caso de Colombia, donde la percepción de fácil acceso para conseguir “éxtasis”, de 20,4%, es la más alta con relación al resto de países con información disponible, y en ese mismo país los universitarios registran las mayores tasas de consumo (gráfico 6-24).

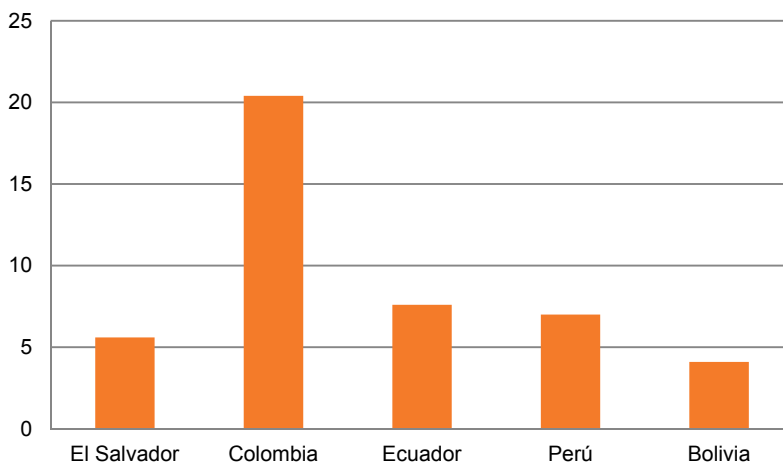


Gráfico 6-24: Percepción de fácil acceso a “éxtasis” en estudiantes universitarios, por país, 2012

## Oferta directa en universitarios

En el caso de los datos de oferta directa de “éxtasis” en estudiantes universitarios ocurre una situación parecida a la de estudiantes secundarios, es decir, los mayores niveles de oferta reportados ocurren en aquellos países donde se registraron las más altas tasas de consumo de “éxtasis”. Es así como las mayores tasas de oferta recibida de “éxtasis” en el último año fueron las de estudiantes universitarios de Colombia y Ecuador, con 7,9% (gráfico 6-25).

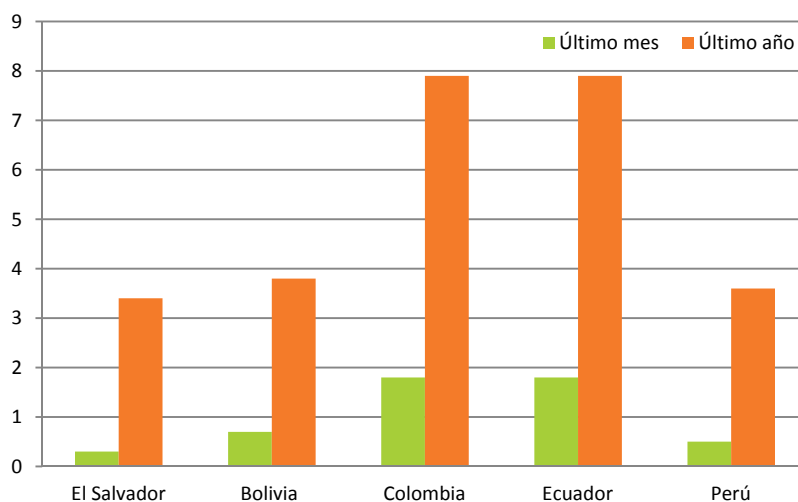


Gráfico 6-25: Oferta de “éxtasis” en el último mes y año a estudiantes universitarios, por país, 2012



## CAPÍTULO 7: NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTRAS DROGAS EMERGENTES EN LA REGIÓN

### Nuevas sustancias psicoactivas

En los últimos años el mercado de las drogas ilícitas se ha caracterizado por la aparición de varias nuevas sustancias, que a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente. Su variedad nunca ha sido tan amplia como lo es ahora.

Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) han sido conocidas en el mercado por términos como “drogas de diseño”, “euforizantes legales”, “hierbas euforizantes”, “sales de baño”, “productos químicos de investigación” y “reactivos de laboratorio”. A fin de promover una terminología clara sobre este asunto, UNODC utiliza únicamente el término nuevas sustancias psicoactivas, las cuales se definen como *“sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública”*. El término “nuevas” no se refiere necesariamente a nuevas invenciones – varias NSP fueron sintetizadas por primera vez hace 40 años – sino que son sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no han sido incorporadas en las Convenciones antes mencionadas.

#### Las NSP imitan los efectos de las sustancias bajo control<sup>54</sup>

Muchas nuevas sustancias psicoactivas en el mercado contienen productos químicos que comparten propiedades estructurales y/o farmacológicas similares a las sustancias sometidas a fiscalización internacional y están diseñadas para imitarlas.

Por ejemplo, los cannabinoides sintéticos, que incluyen la serie JHW (tales como JHW-018), son compuestos miméticos del THC (delta-9-tetrahidrocannabinol), que es el principal compuesto psicoactivo en el cannabis.

Las catinonas sintéticas, que incluyen sustancias como la mefedrona, metilona y MDPV, pueden generar efectos estimulantes y empatógenos similares a las anfetaminas, incluyendo el MDMA.

Las fenetilaminas incluyen sustancias tales como la serie 2C (por ejemplo, 2C-I) y los compuestos NBOMe (por ejemplo, 25I-NBOMe) que generan efectos que van desde los estimulantes a los alucinógenos. Algunas sustancias de este grupo ya están controladas bajo el Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas. Sin embargo, muchas de ellas aún no lo están.

La triptamina y sus derivados que han sido reportados como NSP, son moléculas indolealkylamine. Mientras que algunas triptaminas de origen natural son neurotransmisores (por ejemplo, la serotonina, la melatonina y

bufotenin), la mayoría se encuentran como alucinógenos psicoactivos en plantas, hongos y animales (por ejemplo, N, N-dimetiltriptamina (DMT) psilocibina, y 5-metoxi-N, N-dimetiltriptamina (5-MeO-DMT) [1-3].

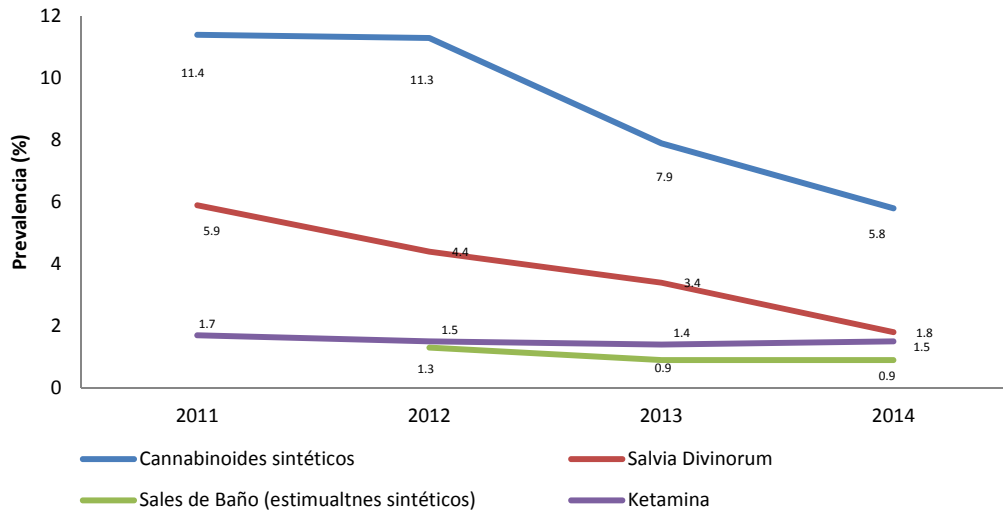
La ketamina también está estrechamente relacionada con la sustancia controlada a nivel internacional, la fenciclidina (PCP), que aparece en la Lista II del Convenio de 1971 sobre sustancias psicotrópicas.

En general, la semejanza química estructural no implica efectos farmacológicos similares. Por lo tanto, las NSP - diseñadas para imitar a una sustancia controlada- pueden tener mayor o menor actividad farmacológica, diversos efectos estimulantes y un perfil toxicológico diferente de la droga que se quiso imitar.

### América del Norte: un extenso mercado para nuevas sustancias psicoactivas

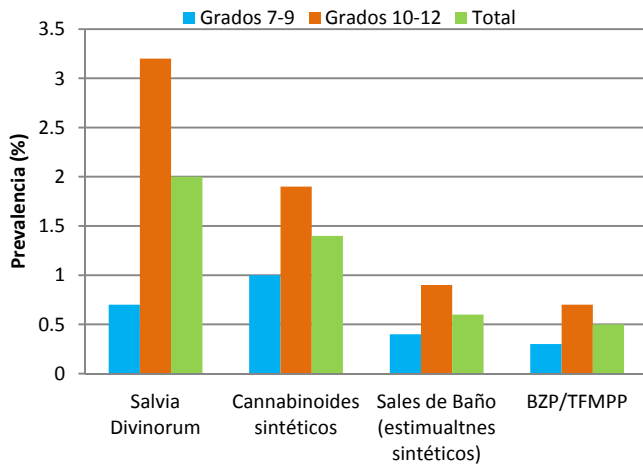
América del Norte, principalmente Estados Unidos y Canadá, son uno de los mercados más grandes y diversificados para NSP en el mundo. Ha habido un número creciente de NSP reportadas desde Estados Unidos y Canadá, que casi se han cuadruplicado entre 2010 y 2013. Desde 2008 los cannabinoides sintéticos han constituido un grupo creciente de NSP, lo que representó el 31% del total en 2013, seguido por las catinonas sintéticas con un 24% y las fenetilaminas con alrededor del 22%. Otras NSP reportadas, como aminoindanos, ketamina, sustancias tipo fenciclidina, piperazinas, sustancias de origen vegetal y triptaminas han aumentado constantemente en los últimos años y juntas representan cerca del 25% del total anual desde el año 2009<sup>55</sup>.

En los Estados Unidos, los cannabinoides sintéticos surgieron por primera vez en el mercado de las drogas en 2008 y fueron comercializados como una "alternativa legal a la marihuana", ya que el uso de los cannabinoides sintéticos produce efectos similares a los del cannabis. El número de llamadas a los centros de toxicología en relación con la "marihuana sintética" (es decir, los cannabinoides sintéticos) aumentó en los Estados Unidos en casi un 80% entre 2010 y 2012. Un laboratorio de cannabinoides sintéticos fue descubierto en Canadá en 2012. Los datos de consumo indican altos niveles de uso de NSP entre los jóvenes de Estados Unidos. El Estudio "Monitoreando el Futuro" del año 2014, sobre el consumo de drogas entre los estudiantes, registró que en el 12º grado la prevalencia anual de los cannabinoides sintéticos fue la quinta sustancia psicoactiva más utilizada con el 5,8%, después del cannabis con 35,1%, las anfetaminas con 8,1%, el adderall con 6,8% y otros narcóticos distintos de la heroína con 6,1%. La prevalencia anual de otras NSP también fue reportada en el mismo estudio de 2014, como la salvia divinorum con 1,8%, la ketamina con 1,5% y las "sales de baño" con 0,9%. De acuerdo con estos resultados, el uso de NSP entre los estudiantes ha llegado a ser significativamente mayor que la de muchas sustancias controladas internacionalmente<sup>56</sup> (gráfico 7-1).

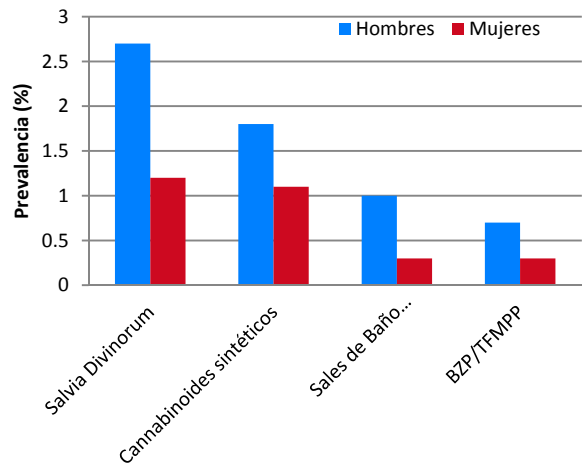


**Gráfico 7-1: Prevalencia de último año de consumo de NSP en estudiantes de 12º grado de Estados Unidos, 2011-2014**

Una encuesta realizada a los estudiantes de Canadá entre el 7º y 12º grados, en el año escolar 2012-2013, registró también importantes tasas de consumo de nuevas sustancias psicoactivas. De acuerdo a la prevalencia de último mes, la NSP más consumida por los estudiantes fue la Salvia divinorum con 2%, seguido de los cannabinoides sintéticos con 1,4%, las sales de baño con 0,6% y la bencilpiperazina con 0,5%. Las tasas de consumo registradas son siempre más altas entre los estudiantes de los grados superiores con relación a los estudiantes de grados inferiores (gráfico 7-2). Asimismo, el consumo de NSP es siempre mayor entre los hombres con relación a las mujeres (gráfico 7-3).



**Gráfico 7-2: Prevalencia de último mes de consumo de NSP por grados agrupados, grados 7-12, Canadá, 2012-2013<sup>57</sup>**



**Gráfico 7-3: Prevalencia de último mes de consumo de NSP según sexo, grados 7-12, Canadá, 2012-2013<sup>58</sup>**

La última encuesta de consumo de drogas en estudiantes secundarios de la Ciudad de México, del año 2012, registró una prevalencia de vida de consumo de plantas/hierbas alucinógenas de 3,8%, siendo superada sólo por las tasas de consumo de sustancias controladas como marihuana con 15,9% y cocaína con 5% (gráfico 7-4). Los registros de tratamiento proporcionados por el Gobierno de México indican que en 2012, al menos 1.213

personas solicitaron tratamiento por problemas derivados del consumo de plantas en ese país. De acuerdo a la última encuesta en la población general de México, la prevalencia de vida de consumo de plantas/hierbas alucinógenas fue de 0,7%, superando las tasas de consumo de sustancias controladas como anfetaminas y heroína, y levemente inferior a la tasa de consumo de matanfetamina con 0,8%.

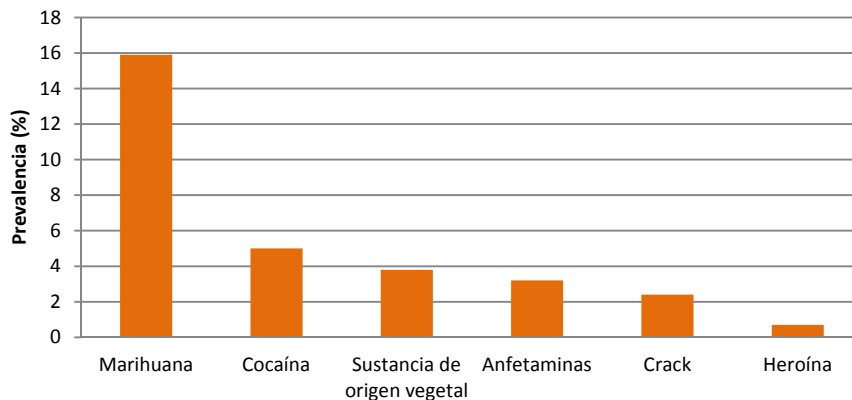


Gráfico 7-4: Prevalencia de vida de consumo de drogas en estudiantes secundarios de Ciudad de México, 2012

## La aparición de las nuevas sustancias psicoactivas en América Central y América del Sur

Entre 2008 y 2014 se reportaron un total de 73 NSP individuales a UNODC desde Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Uruguay, de las cuales la mayoría consistían en fenetilaminas, seguido de cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, piperazinas y sustancias de origen vegetal<sup>59</sup> (gráfico 7-5).

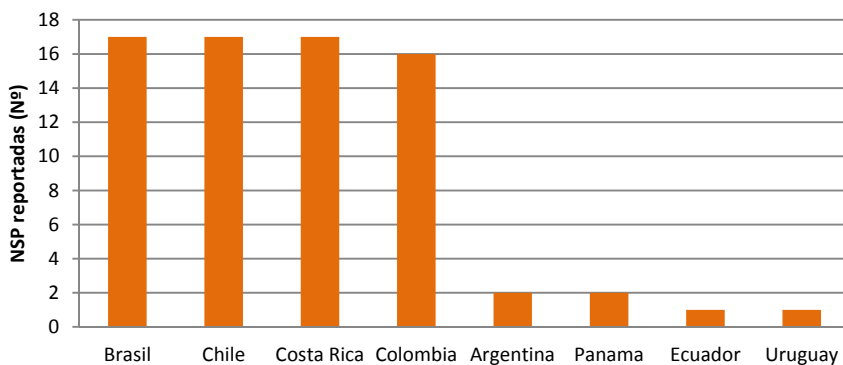
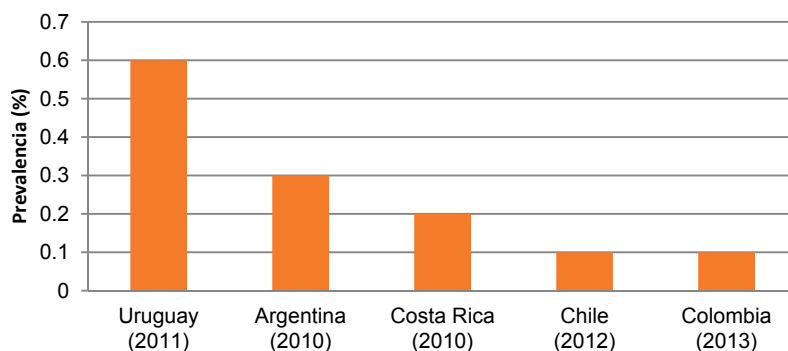


Gráfico 7-5: Número de NSP reportadas al SAT de UNODC<sup>60</sup> desde Centro y Sudamérica en el sexenio 2008-2014

Aunque ha habido relativamente pocos informes de ketamina en la región, en algunas incautaciones de sustancias bajo control internacional se encontraron contenidos de ketamina. En 2013 Colombia informó de la incautación de 7.000 pastillas vendidas como 2C-B361, un medicamento controlado internacionalmente, pero que según el Observatorio de Drogas de Colombia contenía ketamina y pequeñas cantidades de otras

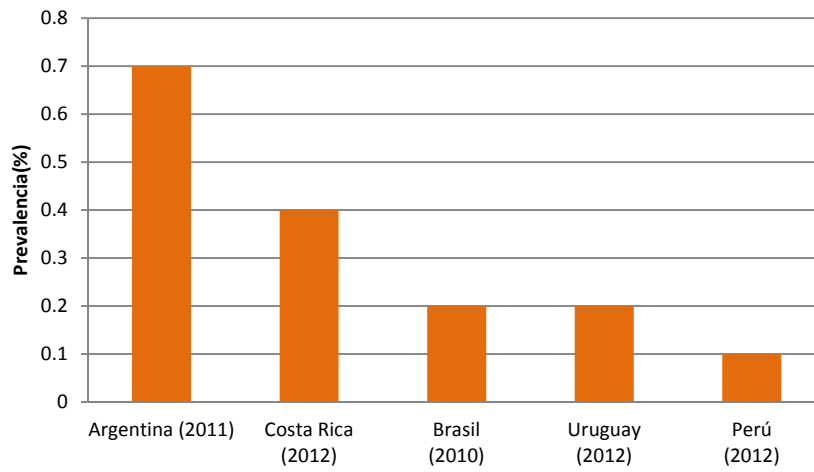
sustancias no identificadas<sup>61</sup>. En 2012 Brasil también informó a UNODC de haber descubierto ketamina en sustancias vendidas como "éxtasis".

En algunos países, la prevalencia de consumo de ketamina ha sido reportada en niveles superiores a los de algunas otras sustancias bajo control internacional. En Argentina, una encuesta realizada en 2010 sobre el uso de drogas en la población general entre los 12 a 65 años, indicó una prevalencia de vida para el uso de ketamina de 0,30%, mayor que la de los opiáceos con 0,07% y los estimulantes de prescripción con 0,05 %. Por su parte, una encuesta realizada en 2011 en la población general de Uruguay sobre el uso de drogas entre las personas de 15 a 65 años, mostró que la prevalencia de vida de la ketamina fue 0,60%, siendo mayor que el uso alguna vez de la metanfetamina con 0,20%, los opioides con 0,18% y los estimulantes de prescripción con 0,03%. Otros países de la región como Costa Rica, Chile y Colombia muestran características similares en el consumo de ketamina (gráfico 7-6), con tasas de consumo mayores que el de otras sustancias bajo control.



**Gráfico 7-6: Prevalencia de vida de consumo de ketamina en población general, por país**

De igual modo, los resultados de una encuesta de 2011 en Argentina mostraron que la ketamina tenía una prevalencia de vida de 0,7% entre los estudiantes secundarios, similar a la tasa de consumo alguna vez de heroína, crack y opio. Otra encuesta sobre uso de drogas realizada en 2010, esta vez entre los estudiantes de Brasil de 10 a 19 años, registró una prevalencia de vida de consumo de ketamina de 0,2%. Algo similar a lo observado en el caso de Costa Rica, donde la prevalencia de vida de uso de ketamina entre los estudiantes de 15 a 16 años registró un 0,4% en un estudio de 2012 (gráfico 7-7).



**Gráfico 7-7: Prevalencia de vida de consumo de ketamina en estudiantes secundarios, por país**

## Las NSP podrían estar apuntando a un mercado establecido de LSD

Una encuesta sobre el uso de drogas entre los estudiantes universitarios de los países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) realizada en 2012, posicionó al LSD como la segunda droga más consumida en Colombia en términos de prevalencia de último año con 3,2%, después de la marihuana con 15,2%. De acuerdo al mismo estudio, la prevalencia de vida de consumo de LSD entre los estudiantes universitarios colombianos también ha aumentado considerablemente llegando al 4,9%, pero por debajo del cannabis con 32,1%, la cocaína con 7,4 % y los solventes e inhalables con 8,1%. En Ecuador, la prevalencia de vida de consumo de LSD entre los estudiantes universitarios registró un 0,7%, superando las tasas de consumo de drogas como crack, heroína y ketamina. Los resultados de las encuestas a estudiantes universitarios de los cuatro países andinos muestran un aumento estadísticamente significativo de la prevalencia de vida y último año de consumo de LSD en dos estudios consecutivos. La prevalencia de vida aumentó de 0,5% en 2009 a 1,6% en 2012, mientras que el consumo reciente registró un aumento de 0,2% en 2009 a 1,0% en 2012<sup>62</sup> (gráfico 7-8). Las tasas de consumo de LSD entre los universitarios podrían estar relacionadas con la emergente aparición en la región de ciertas fenetilaminas, cuyos efectos entre los consumidores son similares al LSD.

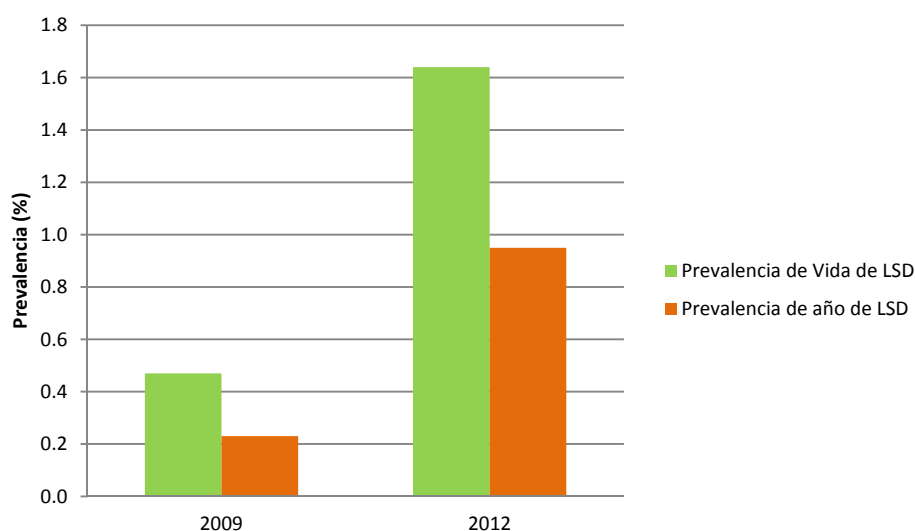


Gráfico 7-8: Prevalencia de vida y último año de consumo de LSD en estudiantes universitarios andinos, 2009-2012

## Los compuestos de la serie NBOMe son reportados en la región

En 2013 y 2014 Brasil, Chile y Colombia informaron la aparición de una serie de compuestos NBOMe. Recientemente, los organismos policiales en algunos países de América del Sur han informado que la sustancia es vendida como "LSD" en el mercado de drogas ilícitas. En junio de 2013 el Observatorio de Drogas de Colombia informó, a través de su sistema de alerta temprana (SAT), que las sustancias vendidas como LSD contenían en realidad dos compuestos NBOMe, el 25B-NBOMe y 25C-NBOMe<sup>63</sup>. Diversos estudios sobre consumo de drogas realizados en Colombia han reportado tasas de consumo de LSD particularmente altas. La última encuesta en población general de Colombia de 12 a 64 años, de 2013, indicó una prevalencia de vida de

consumo de LSD de 0,73%, posicionándose como la cuarta droga ilícita de mayor consumo alguna vez después del cannabis, cocaína y bazuco, superando al “éxtasis” cuya prevalencia de vida fue de 0,71%<sup>64</sup>.

Recientemente, también ha habido informes de envíos de “éxtasis” y “LSD” traficados a América del Sur desde Europa Occidental, con contenido de NSP. En mayo de 2013 la Policía Nacional de Chile incautó 800 estampillas que presumiblemente contenía la sustancia alucinógena LSD proveniente de una remesa que había sido traficada desde España, pero que en realidad y luego de los análisis químicos preliminares y confirmatorios, consistía en 25I-NBOMe<sup>65</sup>.

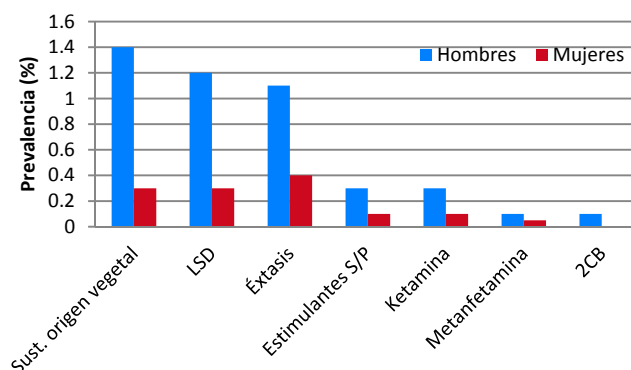
## Un mercado emergente de sustancias de origen vegetal

Si bien las nuevas sustancias psicoactivas son mayoritariamente drogas sintéticas que no están controladas por las convenciones internacionales, ellas también incluyen una categoría de drogas de origen vegetal que, tal como las primeras, no necesariamente son sustancias nuevas y, teniendo en cuenta que no forman parte de un contexto tradicional, han emergido en los últimos años transformándose en una amenaza potencial para la salud pública. Gran parte de esta modalidad de nuevas drogas son plantas o sustancias de origen vegetal con propiedades psicoactivas. Las más frecuentemente reportadas son el kratom (*mitragyna speciosa* Korth), una planta nativa del Sudeste Asiático que tiene efectos según la dosis empleada: es estimulante en dosis bajas y produce efectos sedantes a dosis más elevadas. La *Salvia divinorum*, es una planta autóctona de las zonas forestales en Oaxaca, México, que contiene el principio activo salvinorina A, una sustancia alucinógena. El khat (*catha edulis*), es una planta nativa de la región del Cuerno de África y la península arábiga. Las hojas de la planta se mastican, lo que resulta en la liberación de los estimulantes catinona y catina<sup>66</sup>.

Sin embargo, desde América Latina otra variedad de plantas con propiedades psicoactivas comienzan a aparecer de forma cada vez más recurrente en los mercados de venta y consumo de drogas. Muchas de ellas se creía estaban destinadas única y exclusivamente a rituales religiosos propios de los pueblos originarios de América. Sin embargo, los datos pesquisados en las últimas encuestas dan cuenta de consumidores jóvenes, de estratos socioeconómicos altos y que utilizan estas drogas con fines exclusivamente recreativos.

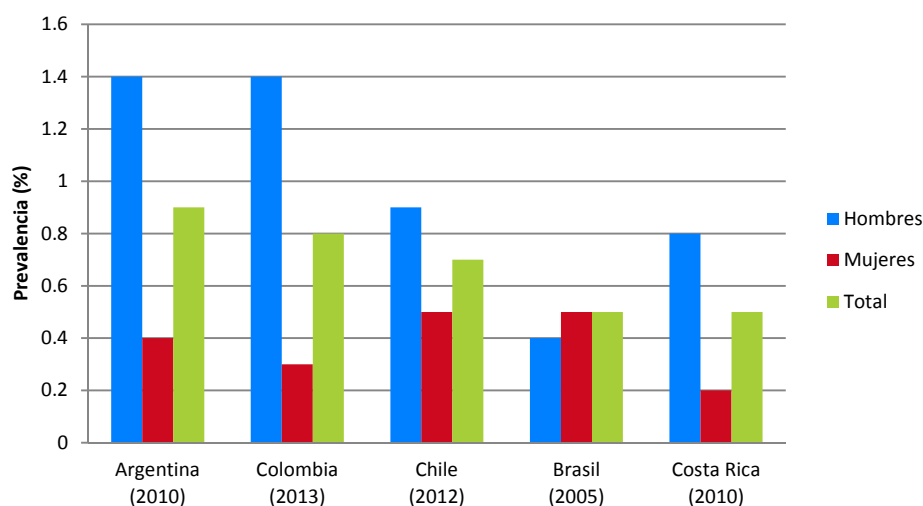
La encuesta en población general de Colombia del año 2013 dio cuenta del consumo de sustancias de origen vegetal tales como Hongos (alucinógenos), Yagé (o ayahuasca) o Cacao sabanero (nombre con que se conoce en Colombia a la Brugmansia o Floripondio, cuyo componente psicoactivo es el alcaloide escopolamina). La tasa de consumo alguna vez en la vida fue de 0,8%, con un amplio mayor consumo entre los hombres (1,4%) con relación a las mujeres (0,3%). El consumo de estas sustancias de origen vegetal en Colombia fue superior al de drogas como LSD, “éxtasis”, ketamina y anfetaminas<sup>67</sup> (gráfico 7-9).





**Gráfico 7-9: Prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas de origen vegetal<sup>34</sup> y drogas sintéticas en la población general de Colombia, según sexo (2013)**

Algunos países de la región han reportado resultados sobre consumo de plantas con propiedades psicoactivas, de acuerdo a sus encuestas en la población general. Con la excepción de Brasil, en todos los países con información disponible el consumo de plantas psicoactivas es ampliamente mayor entre los hombres con relación a las mujeres. De igual modo, en Argentina, Colombia y Chile las tasas de consumo alguna vez son similares, con 0,9%, 0,8% y 0,7% respectivamente (gráfico 7-10).



**Gráfico 7-10: Prevalencia de vida de consumo de sustancias de origen vegetal en población general, según sexo, por país**

Finalmente, la última encuesta de consumo de drogas en estudiantes secundarios de Costa Rica registró una prevalencia de vida de consumo de plantas/hierbas alucinógenas de 2,7%, siendo superada sólo por las tasas de consumo de marihuana, inhalables y fármacos. Los registros de tratamiento proporcionados por Costa Rica indican que, entre 2009 y 2012, al menos 300 personas solicitaron tratamiento por problemas derivados del consumo de plantas.

<sup>34</sup> Tales sustancias de origen vegetal excluyen a plantas tradicionalmente conocidas como el cannabis.

## HEROÍNA

Desde hace varios años el consumo de heroína ha estado presente en México, Estados Unidos y Canadá, por lo que parecía ser exclusivo de dichos países. Al parecer en los últimos años la situación ha cambiado. A pesar de que aún no se puede determinar con precisión la prevalencia del consumo en algunos países, los Observatorios Nacionales sobre Drogas en Colombia, la República Dominicana y Venezuela han confirmado la presencia de heroína en centros de tratamiento y en algunas poblaciones específicas.

De acuerdo al Gobierno de Colombia, el uso de heroína ha crecido de manera rápida en los últimos años. En el año 2007 en la región Antioquia, aproximadamente 26 personas pidieron tratamiento por el uso de heroína. En el 2014 dichas solicitudes ascendieron a 142 personas. Otro estudio en Santander de Quilchao determinó una relación fuerte entre el cultivo de amapola y el uso de heroína en la zonas en donde la amapola es cultivada<sup>68</sup>.



*Gráfico 7-11: Países que reportaron presencia de heroína en 2004*

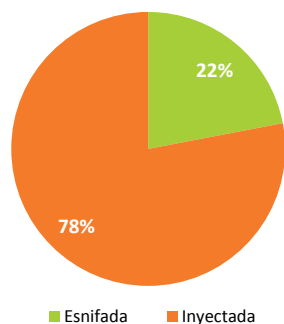


*Gráfico 7-12: Países que reportaron presencia de heroína en 2014*

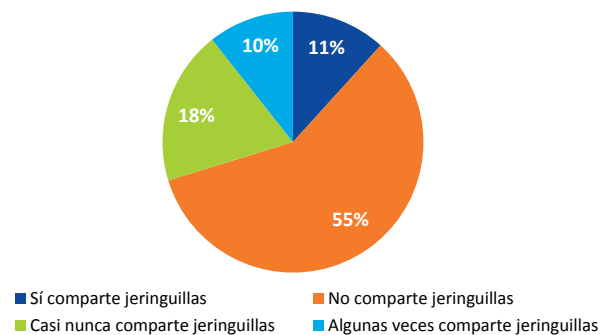
En abril de 2013 OID/CICAD y el Consejo Nacional de Drogas de la República Dominicana publicaron un estudio que evalúa el estado del problema de la heroína en República Dominicana. Este estudio confirma la existencia de un importante número de usuarios de esa droga, algunos de los cuales reciben tratamiento, pero de los que la mayoría no logra una oportuna y adecuada atención sanitaria. Si bien no se localizaron a todos los usuarios de heroína en el país, el estudio revela un escenario optimista con una proyección de entre 250 y 500 usuarios, y un escenario más realista con casi 2.000 usuarios.

En República Dominicana un estudio entrevistó a 53 pacientes en los centros de tratamientos del país, a 130 usuarios de heroína ambulatorios que no recibían tratamiento, y a 26 personas privadas de libertad. Una proporción importante de las personas estudiadas declaró que el primer contacto con la heroína fue en otro país (principalmente en Estados Unidos) y un 38% señaló que inició el uso en República Dominicana. Más de la mitad de los consumidores reportaron el uso de heroína por vía intravenosa y casi un tercio compartía jeringas. Entre los usuarios también se identificaron otras conductas de alto riesgo en la propagación de enfermedades de transmisión sexual, que representan un potencial problema sanitario emergente para el resto de la

población. De los 130 usuarios de heroína en centros ambulatorios, 78% reportaron vía de administración intravenosa y el 39% ha compartido jeringuillas.



**Gráfico 7-13: Vía de administración de heroína**



**Gráfico 7-14: Uso de jeringuillas entre usuarios de heroína inyectada**

Entre los pacientes en centros de tratamiento, alrededor de dos tercios manifestaron que había tenido al menos un tratamiento previo por heroína, y entre los usuarios que no estaban en tratamiento, casi un 90% declaró que si tuviera la oportunidad iría nuevamente o por primera vez a tratamiento. La razón más frecuentemente atribuida a no haber terminado el tratamiento fueron las ganas de consumir heroína.

Existen varios desafíos para tratar a los usuarios de heroína en la República Dominicana. La Ley 50-88 de drogas del país, en su artículo 7, establece que cuando se trate de LSD o cualquier otra sustancia alucinógena, lo mismo que el opio y sus derivados, en la cantidad que fuera, se clasificará a la persona o las personas procesadas como “traficantes”. Es decir, que para sustancias como la heroína, la Ley no distingue entre usuario que pueda tener una dosis personal y un vendedor, sino que ambos son severamente penalizados.

Venezuela reporta bajos niveles del consumo de heroína alguna vez en la vida <1%, en la población general y también en la población escolar. Sin embargo, han atendido aproximadamente 1500 casos de heroína en centros de tratamiento en los últimos 5 años.

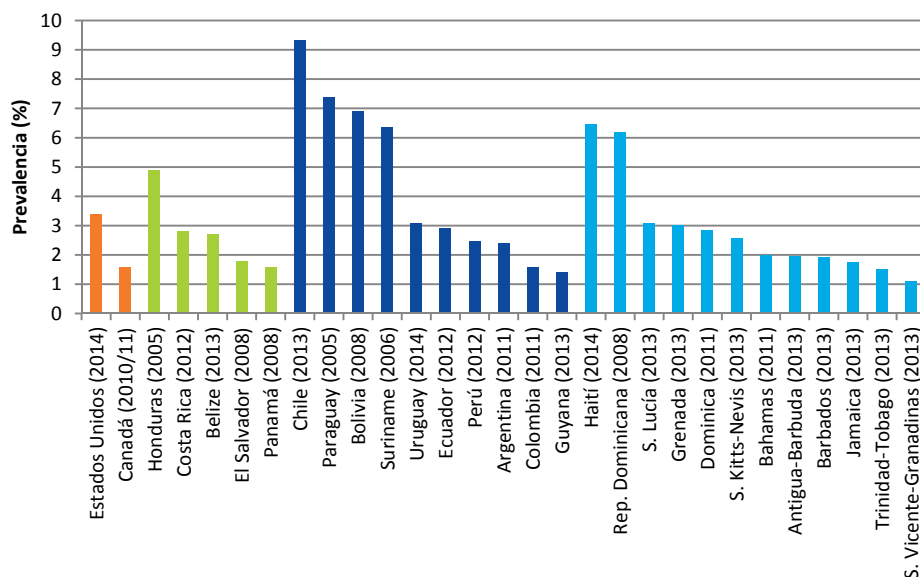
El origen del consumo de heroína parece ser distinto en los diferentes países. En el caso de Colombia y Venezuela, donde se cultiva amapola, parece que el problema se originó internamente. Dicho caso es diferente a la República Dominicana, donde hay evidencia de que el consumo de heroína comenzó entre personas que habían sido deportadas desde los EEUU u otros países<sup>69</sup>. A pesar de que aún hay pocos países que reportan el uso de heroína, el movimiento de consumo de heroína a países donde anteriormente no lo había, presenta la preocupación de que esta sustancia psicoactiva podría convertirse en un problema para varios países en un futuro.



## Uso de fármacos sin prescripción médica

Algunos fármacos producen efectos psicoactivos y a veces son usados indebidamente, ingiriéndolos sin una prescripción y sin supervisión médica. En muchos países de las Américas los productos farmacéuticos usados sin prescripción médica son las sustancias controladas que más frecuentemente consumen los estudiantes secundarios después de la marihuana y el alcohol. De hecho, el uso sin prescripción médica de productos farmacéuticos es una práctica extendida en estudiantes de toda América Latina y el Caribe, así como en la población general. Esta sección proporciona información básica sobre el uso sin prescripción médica de productos farmacéuticos, específicamente de las sustancias conocidas como **estimulantes** y **tranquilizantes**, y hace referencia solamente a aquellas sustancias que están disponibles en el mercado como medicamentos de venta con prescripción médica, pero que se consumen sin ella. Sin embargo, es importante tener presente que los nombres locales y de marca de las sustancias que se encuentran dentro de las categorías de **estimulantes** y **tranquilizantes** varían mucho de un país a otro. En esta sección se examinan algunos de los desafíos que enfrentan los Estados Miembros en materia de recopilación y análisis de datos.

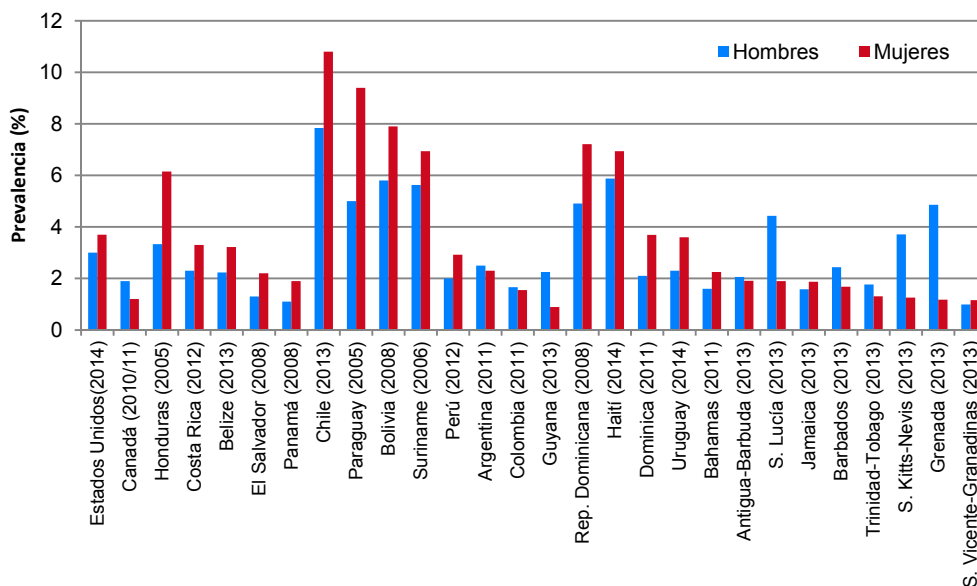
Los **tranquilizantes** pueden abarcar diversos fármacos, tales como los barbitúricos, las benzodiazepinas y los medicamentos para dormir, que son conocidos bajo una amplia gama de nombres comerciales y de la calle. Los tranquilizantes producen un efecto calmante que disminuye la actividad cerebral y se utilizan a menudo para el tratamiento de la ansiedad y trastornos del sueño. Sin embargo, pueden producir efectos para la salud, como somnolencia, dificultad para hablar, problemas de concentración y confusión, problemas de memoria y movimiento, disminución de la presión arterial y respiración lenta. En el gráfico 7-15 hemos incluido las sustancias que se han notificado a la CICAD como tranquilizantes, excluyendo los opiáceos y analgésicos.



**Gráfico 7-15: Prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios, por país, ordenados por subregión**

Podemos observar que se encuentran niveles mensurables de consumo de productos farmacéuticos sin prescripción médica en cada uno de los países que se muestran. Entre los estudiantes secundarios, Paraguay y Chile muestran una prevalencia de último año superior al 7%, mientras que Haití, Suriname y Bolivia muestran una prevalencia por encima del 6%. De hecho, se observa que la prevalencia de consumo de tranquilizantes es de las más elevadas en comparación con la del consumo de cualquier otra sustancia controlada en el Hemisferio después de la marihuana.

Cuando examinamos el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica por sexo, podemos observar que en más de la mitad de los países, las niñas que cursan estudios de secundaria muestran tasas de consumo más elevadas que los niños (gráfico 7-16).

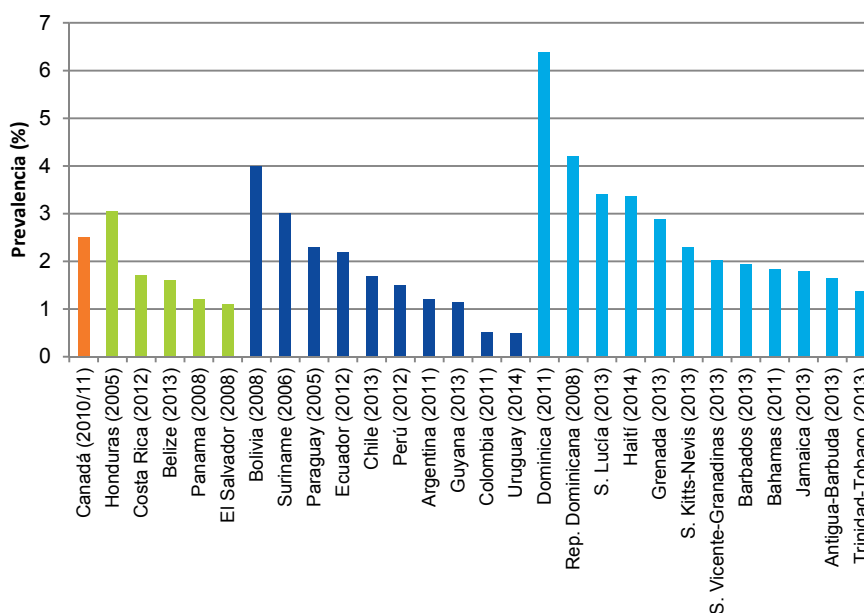


*Gráfico 7-16: Prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes en estudiantes secundarios según sexo, por país, ordenados por subregión*

Sin embargo, también hay muchos países en los que la tasa de consumo de los niños es más elevada. En este sentido, es importante que los países examinen sus propios datos nacionales con respecto al consumo de productos farmacéuticos, ya que no se observa un patrón único por sexo en todos los países.

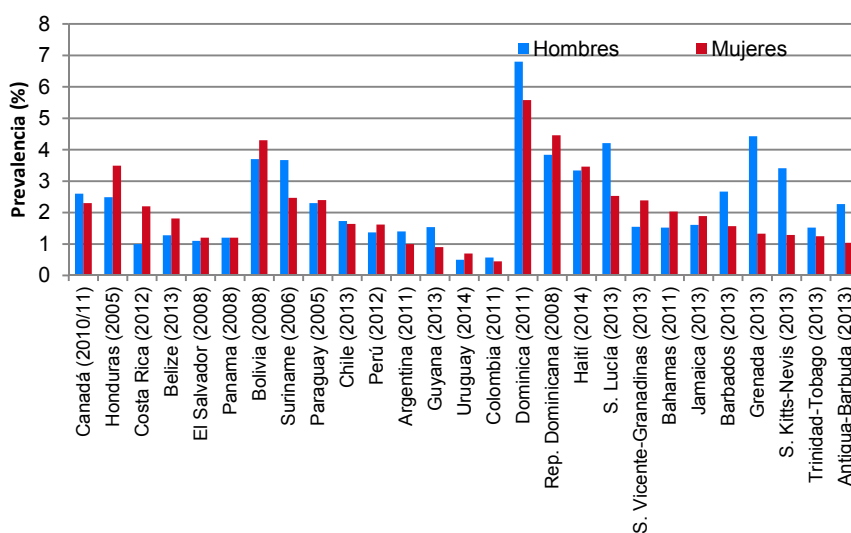
Los **estimulantes** son medicamentos que incrementan la actividad cerebral, lo cual provoca una mayor estado de alerta, más atención y energía. También pueden incrementar la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Las dosis elevadas de estimulantes pueden aumentar la temperatura corporal a niveles peligrosos, y causar latidos cardíacos irregulares, insuficiencias cardíacas y ataques cardíacos. En su mayoría, se trata de anfetaminas y metilfenidatos comerciales. Los medicamentos estimulantes se conocen por sus nombres comerciales y de la calle, y se encuentran disponibles en todo el Hemisferio.

El gráfico 7-17 ilustra la prevalencia de último año de consumo de estimulantes sin prescripción médica entre estudiantes secundarios.



**Gráfico 7-17: Prevalencia de último año de consumo estimulantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios, por país, ordenados por subregión**

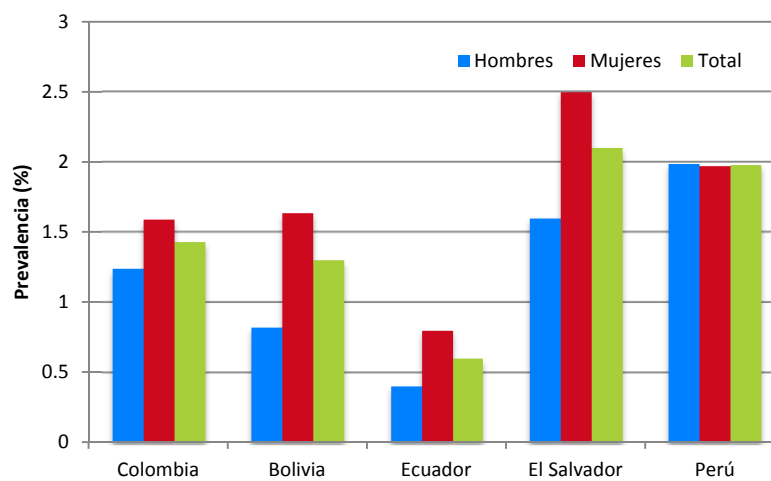
El consumo de estimulantes es inferior al de tranquilizantes, pero aún así muestra niveles mensurables entre los estudiantes secundarios. Dominica muestra una prevalencia de último año superior al 6%, seguida de Bolivia con un 4%. En Honduras, Paraguay, Santa Lucía y Haití la prevalencia de último año de consumo de estimulantes sin prescripción médica oscila entre el 3% y 4%.



**Gráfico 7-18: Prevalencia de último año de consumo de estimulantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios según sexo, por país**

Al igual que lo observado en el consumo de tranquilizantes, no existe un patrón claro en todos los países por sexo. En algunos países la tasa de consumo de estimulantes entre los hombres es más elevada que la de las mujeres, en otros países es a la inversa, y en varios países las tasas de consumo entre niños y niñas son bastante similares. Una vez más, es importante que los Estados Miembros examinen los datos nacionales sobre el uso indebido de productos farmacéuticos en su país, con el fin de determinar cuáles son los grupos de población más importantes donde realizar intervenciones.

El gráfico 7-19 ilustra la prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes entre los estudiantes universitarios.



**Gráfico 7-19: Prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre estudiantes universitarios, según sexo, por país**

En Perú, hombres y mujeres universitarios presentan niveles similares de consumo de tranquilizantes. Por su parte las mujeres tienen una prevalencia de último año de consumo de tranquilizantes considerablemente más alta en Colombia, Bolivia, Ecuador y El Salvador.,

El consumo de productos farmacéuticos sin supervisión médica está firmemente arraigado tanto entre los estudiantes secundarios como entre los estudiantes universitarios. Parece haber cierta evidencia de que puede ser necesario realizar intervenciones focalizadas, especialmente entre las mujeres que consumen tranquilizantes. Asimismo, el consumo sin prescripción de estimulantes es preocupante, tanto para los hombres como para las mujeres en las escuelas secundarias. Los países enfrentan muchos desafíos en cuanto a la recopilación de datos sobre el consumo sin prescripción médica de productos farmacéuticos, y dichos desafíos varían de un país al otro, lo cual no sólo destaca la importancia de recopilar datos, sino también la necesidad de que los países examinen su propia situación y tomen acción de acuerdo con los problemas particulares que enfrentan



## Opiáceos y Opioides

### Contexto global

Según el Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2014)<sup>70</sup> se estima que en 2012, cerca de 243 millones de personas (entre 162 y 324 millones) o un 5,2% (del 3,5% al 7,0%) de la población mundial, de entre 15 y 64 años de edad, consumieron por lo menos una vez durante el último año alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los **opioides**, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico.

Si bien el uso de drogas ilícitas entre hombres y mujeres varía de un país al otro en cuanto a su alcance y en cuanto a las sustancias usadas, generalmente los hombres tienen de dos a tres veces más probabilidades que las mujeres de usar una sustancia ilícita. Mientras que se observan distintas tendencias regionales en el alcance del uso de drogas ilícitas, la prevalencia de consumo global de drogas se considera estable. De forma similar, el consumo de drogas problemático, de consumidores habituales y personas que sufren trastornos de consumo o dependencia, también se mantuvo estable en unos 27 millones (entre 16 y 39 millones).

### Opiáceos y opioides

Unos 33 millones de personas consumieron opioides alguna vez en el último año y unos 16,4 millones consumieron opiáceos durante el mismo período. La prevalencia de último año de consumo de opioides fue de un 0,7% y de un 0,35% para opiáceos. Según el último informe mundial de drogas de UNODC<sup>71</sup>, después del cannabis, los opiodes y los estimulantes de tipo anfetamínico muestran tasas de consumo similares, alrededor de un 0,7%. Las sustancias tales como los opiáceos, la cocaína y el “éxtasis” muestran tasas de prevalencia que oscilan entre un 0,3% y un 0,4% (gráfico 7-20).

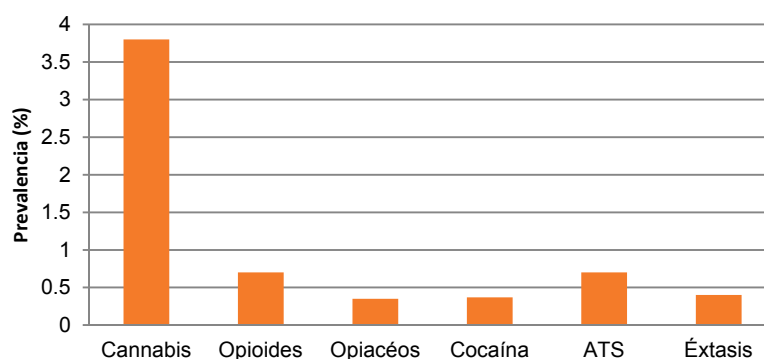


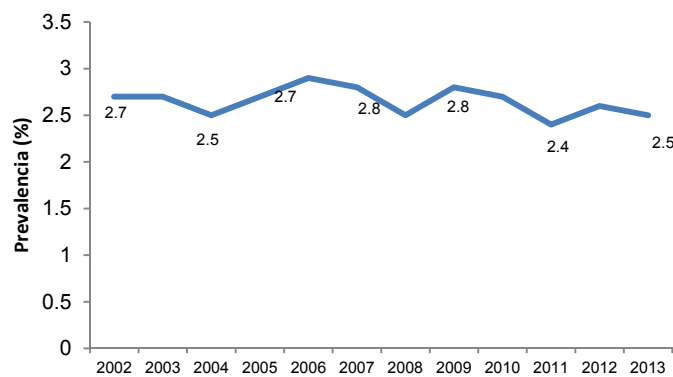
Gráfico 7-20: Prevalencia de último año de consumo de drogas a nivel mundial<sup>72</sup>

### Opioides

Los opioides se refieren a una clase de drogas que normalmente se prescriben para aliviar el dolor y que también tienen el potencial de ser desviadas y usadas indebidamente<sup>73</sup>. Estas incluyen medicamentos tales como la hidrocodona, la oxycodona, la morfina y la codeína. La heroína, que es una sustancia ilícita, también se encuentra dentro de la misma clase de drogas. Es difícil cuantificar de forma comparativa el consumo de estas

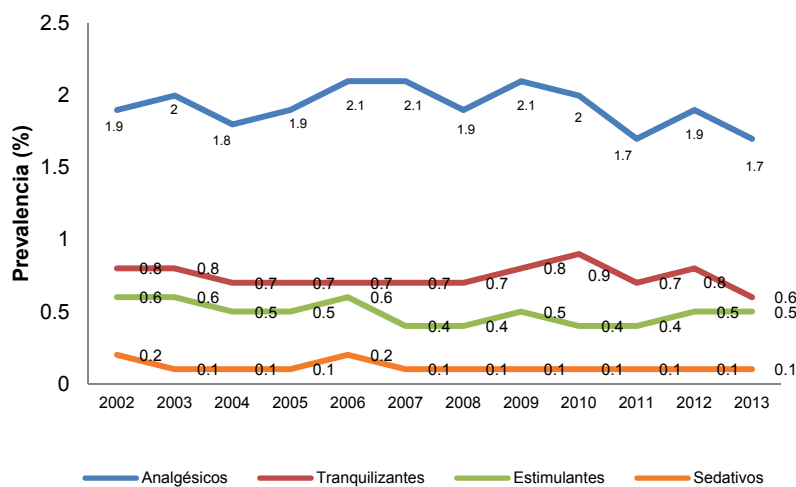
sustancias, ya que no parece existir una forma universalmente aceptada para recopilar información sobre su consumo<sup>74</sup>. No obstante, hay algunas fuentes de datos sobre consumo con suficientes series cronológicas que permitirían un examen de las tendencias recientes. En lo que se refiere a la población general, a partir de los 12 años de edad, en los Estados Unidos se ha registrado un aumento significativo en el consumo no médico de drogas psicoterapéuticas, principalmente opiodes sin prescripción médica, de un 5,7% en 2011 a un 6,4% en 2012.

Las tendencias de último mes de consumo de drogas psicoterapéuticas se presentan en el gráfico 7-21. Parece observarse una tendencia plana en la prevalencia de último mes de consumo de drogas psicoterapéuticas entre las personas mayores de 12 años, con cifras que oscilan entre el 2,4% y el 2,9% entre 2002 y 2013.



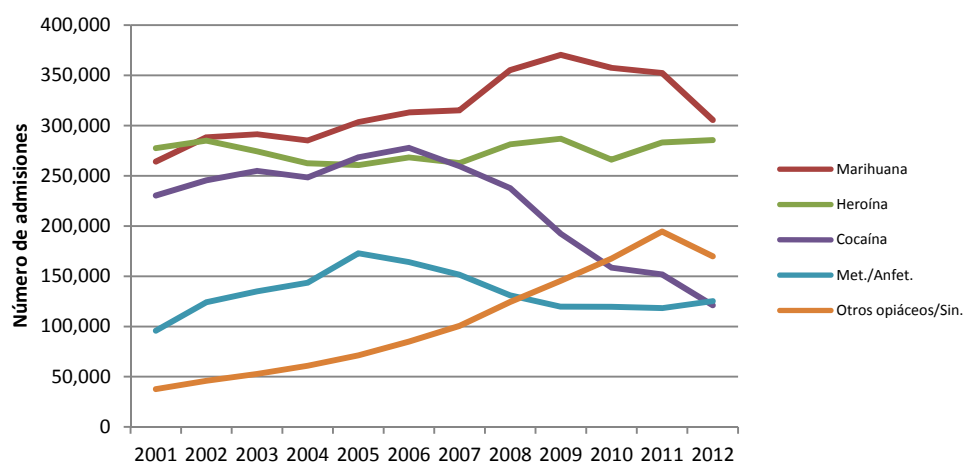
**Gráfico 7-21: Prevalencia de último mes de consumo de drogas psicoterapéuticas en personas mayores de 12 años en Estados Unidos, 2002 – 2013<sup>75</sup>**

Cuando las sustancias opioides se separan del grupo de drogas psicoterapéuticas, como se observa en el gráfico 7-22, es evidente que los opioides son las sustancias de mayor prevalencia en este grupo. La tendencia en el consumo de opioides es similarmente plana, con cifras de prevalencia de último mes que oscilan entre el 1,7% y el 2,1% entre 2002 y 2013.



**Gráfico 7-22: Prevalencia de último mes de consumo de drogas psicoterapéuticas sin prescripción médica en personas mayores de 12 años en Estados Unidos, 2002 – 2013<sup>76</sup>**

El siguiente gráfico (7-23) muestra las admisiones a centros de tratamiento de personas mayores de 12 años en los Estados Unidos por la principal sustancia de abuso para los años 2002-2012. Este gráfico evidencia lo contrario a lo del gráfico anterior, que muestra la prevalencia de último mes. La tendencia para “otros opiáceos o sintéticos” es claramente al alza, con 37.683 admisiones en 2001 y 169.868 admisiones en 2011. El número de admisiones por consumo de opiáceos se cruza con el grupo de las anfetaminas (metanfetamina y anfetamina) en 2008, así como la línea de tendencia para cocaína en 2010. El número de admisiones en 2012 por consumo de opiáceos es superior al número de admisiones por consumo de cocaína y al número de admisiones por consumo del grupo de las anfetaminas, lo cual demuestra el problema cada vez mayor que plantean estas sustancias.



**Gráfico 7-23: Admisiones a centros de tratamiento de personas mayores de 12 años en Estados Unidos, por principal sustancia de abuso: 2001 – 2012.**<sup>77</sup>

## Opioides entre los estudiantes

Entre los estudiantes de 8º, 10º y 12º grados en los Estados Unidos, la prevalencia de último año de consumo de opioides registró descensos significativos de 2009 a 2014, especialmente en el caso de OxyContin y Vicodin, mientras que el uso de heroína ha permanecido bastante estable a lo largo de la última década, con tasas inferiores al 1% y leves descensos en los últimos cinco años, registrando una tasa de un 0,5% en 2014 (gráfico 7-24).

La prevalencia de último año de consumo de Vicodin más elevada se registró en 2009, con una tasa de un 6,5%, y desde entonces ha mostrado descensos significativos, con una tasa de 3% en 2014. En el caso de OxyContin la situación es similar, desde el punto más álgido en 2009 con una tasa de un 3,9%, ha estado descendiendo, aunque en menor medida, a una tasa histórica de 2,4% en 2014.

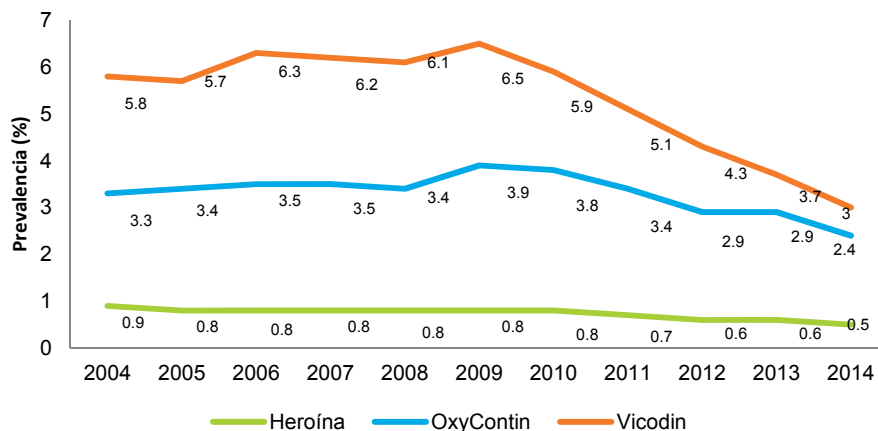


Gráfico 7-24: Prevalencia de último año de consumo de heroína, OxyContin y Vicodin entre los estudiantes de 8<sup>o</sup>, 10<sup>o</sup> y 12<sup>o</sup> grados (combinados) en Estados Unidos, 2004-2014<sup>78</sup>.

## Fentanilo

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) el fentanilo es un analgésico opiáceo sintético poderoso, similar pero más potente que la morfina. Normalmente se utiliza para tratar a pacientes con dolor intenso agudo, o para aliviar el dolor después de la cirugía. A veces se utiliza para tratar a personas con dolor crónico que toleran físicamente los opiáceos. Es un medicamento de venta con receta y está incluido en la Lista II. Cuando es recetado por un médico, el fentanilo se administra normalmente en forma inyectable, en forma de parches transdérmicos o en pastilla. Sin embargo, el tipo de fentanilo asociado con casos recientes de sobredosis fue producido en laboratorios clandestinos y estaba mezclado con (o substituido por) heroína en polvo. La mezcla de fentanilo con la heroína o cocaína que se vende en la calle amplifica notablemente su potencia y peligros potenciales. Sus efectos incluyen: euforia, somnolencia/depresión respiratoria y paro respiratorio, náusea, confusión, estreñimiento, sedación, pérdida del conocimiento, coma, tolerancia y adicción<sup>79</sup>. La Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) indica que el uso ilícito de fentanilo apareció por primera vez a mediados de los años 70 en la comunidad médica y sigue siendo un problema en los Estados Unidos. Hasta la fecha se han producido clandestinamente y se han identificado en el tráfico de drogas en Estados Unidos más de 12 análogos de fentanilo diferentes. Los efectos biológicos del fentanilo no pueden distinguirse de los de la heroína, con la excepción de que el fentanilo puede ser cientos de veces más potente. La administración más común de fentanilo es por vía intravenosa, pero al igual que la heroína, también puede fumarse o esnifarse<sup>80</sup>.

En Canadá, la Encuesta Canadiense de Vigilancia del Consumo de Alcohol y Drogas<sup>81</sup> recopila información de personas encuestadas mayores de 15 años sobre tres categorías de productos farmacéuticos: analgésicos opioides, estimulantes, y tranquilizantes y sedantes. Los resultados de la encuesta de 2012 indican que, al igual que en los Estados Unidos, los analgésicos opioides son las sustancias más comúnmente utilizada de este grupo, con una prevalencia de último año de consumo de un 16,9% en general. Entre estos consumidores, el 5,2% (0,9% de la población total) informaron haber abusado<sup>35</sup> de estas sustancias.

<sup>35</sup> Es decir, utilizados para experimentar, por la sensación que provocan, para drogarse o por "otras" razones (Health Canada).

En resumen, existen grandes desafíos en el ámbito de sustancias nuevas y emergentes en las Américas. La falta de datos sobre dichas drogas presenta obstáculos a la capacidad de los países para responder adecuadamente a esta situación.

Las NSP se caracterizan fundamentalmente por ser sustancias que no están reguladas por las Convenciones Internacionales y por implicar un serio peligro para la salud pública. Algunas de estas sustancias imitan los efectos de sustancias controladas y muchas de ellas se venden también en los mercados ilícitos de sustancias controladas. Las NSP han irrumpido en los países de las Américas en los últimos 6 años.

La venta de NSP por Internet o en otros lugares de comercio lícito es muy común, principalmente en los Estados Unidos donde aumentan los esfuerzos para establecer regulaciones y restricciones legales a este tipo de sustancias. La mayor información sobre consumo de NSP proviene de los países de América del Norte, fundamentalmente de los Estados Unidos y Canadá, donde los cannabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, sales de baño, ketamina, piperacinas y fenetilaminas han aparecido en forma recurrente en las últimas encuestas sobre consumo. Pero también en México, así como en el resto de países de América Latina, se ha detectado un consumo importante de algunas NSP, como plantas alucinógenas, además de cannabinoides sintéticos, fenetilaminas, piperazinas y ketamina. Muchas de estas sustancias están siendo detectadas entre la población más joven, como los estudiantes secundarios y universitarios. Urge poner atención a este nuevo fenómeno de nivel internacional, que implica un nuevo reto tanto para los organismos sanitarios, como para los organismos policiales, judiciales y de información, ya que han aumentado de manera persistente en la última década.

En el caso del uso de fármacos sin prescripción médica, el Sistema Interamericano de Datos Uniformes de la CICAD (SIDUC) no cuenta con metodologías estandarizadas que permitan identificar las distintas sustancias disponibles en todos los países. En dicho caso, queda en las manos de los propios países identificar los distintos medicamentos usados de manera indebida en cada país. A pesar de que muchos países han tomado medidas para mejorar dicha información, aun existe mucho por hacer en esta área.

## Referencias

- 1 “El Problema de las Drogas en las Américas” Organización de los Estados Americanos. Secretaría General. 2013
- 2 Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2013. CEPAL - Naciones Unidas. Anuario. Datos de Estados Unidos (elaboración propia en base a Bureau of Census. USA 2013).
- 3 Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2013. CEPAL y Banco Mundial. [www.datos.bancomundial.org](http://www.datos.bancomundial.org) Indicadores del desarrollo mundial
- 4 Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Las Bahamas, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Rep. Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname y Venezuela. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2013.
- 5 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Prevención de traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política, 2011
- 6 Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe sobre la Situación Mundial sobre el Consumo de Alcohol y la Salud, 2011
- 7 La violencia interpersonal y las drogas ilícitas. Liverpool, Reino Unido: Centro de Colaboración de la OMS para la Prevención de la Violencia. 2009.
- 8 Taylor B, Rehm J, Caldera-Aburto JT, Bejarano J, Cayetano C, et.al. Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2007.
- 9 Ellsberg M, Peña R, Herrera A, Liljestrand J, Winkvist A. Candies in hell: Women’s experience of violence in Nicaragua. *Soc Sci Med* 2000;51(11):1595-610.
- 10 Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat Service Bulletin*, 1994;14(1 - 22).
- 11 Mujeres violentadas por su pareja en México. Ciudad de México, México: INEGI 2003.
- 12 Violencia interpersonal y alcohol. Ginebra, Suiza: OMS, 2006.
- 13 Maltrato infantil y alcohol. Ginebra, Suiza: OMS, 2006.
- 14 Walsh C, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl* 2003;27(12):1409-25.
- 15 Darke S. The toxicology of homicide offenders and victims: A review. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29(2):202-15.
- 16 Windle, M. El consumo de alcohol entre adolescentes y adultos jóvenes. Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo; <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/79-86.htm>
- 17 Salas-Wright CP, Vaughn MG, Ugalde J, Todici J. Substance use and teen pregnancy in the United States: Evidence from the NSDUH 2002-2012, *Addictive Behavior* 2015, Feb 13:218-225.
- 18 Kroutil, L, Colliver J\* Gfoerer, J (2010). OAS Data Review: Age and cohort patterns of substance use among adolescents. Rockville, MD: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina de Estudios Aplicados (OAS).
- 19 SAMHSA; TEDS Report, 17 de julio de 2014; [http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/WebFiles\\_TEDS\\_SR142\\_AgeatInit\\_07-10-14/TEDS-SR142-AgeatInit-2014.pdf](http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/WebFiles_TEDS_SR142_AgeatInit_07-10-14/TEDS-SR142-AgeatInit-2014.pdf)
- 20 Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013
- 21 Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M; Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria, Segunda edición, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, 2001, WHO/MSD/MSB/01.6A
- 22 Nizama-Valladolid M, et al, Diagnóstico indirecto del abuso/dependencia al alcohol en población adulta peruana: validación de una; *Acta Médica Peruana*, 27(2) 2010
- 23 La Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH) define el consumo compulsivo de alcohol como el consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en un mismo evento durante por lo menos un día en los 30 días anteriores a la encuesta.
- 24 Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Resultados de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud: Resumen de las conclusiones nacionales, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias
- 25 Observatorio de Drogas de Colombia, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013
- 26 Organización Mundial de la Salud. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria, Segunda edición, 2001
- 27 Temas de salud. Tabaquismo, 2015. Sacado de <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- 28 Cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos), 2014. Sacado de <http://www.fda.gov/NewsEvents/%20PublicHealthFocus/ucm172906.htm>
- 29 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas. 2013
- 30 Ansara, Donna L., Fred Arnold, Sunita Kishor, Jason Hsia y Rachel Kaufmann, Tobacco Use by Men and Women in 49 Countries with Demographic and Health Surveys. 2013. DHS Comparative Reports No. 31.

- 31 Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2015). Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2014: Overview, key findings on adolescent drug use. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.
- 32 Balster, R.L., Cruz, S.L., Howard, M.O., Dell, C.A. & Cottler, L. B (2009). Classification of abused inhalants. *Addiction* 104 (6) 878-882.
- 33 Hynes-Dowell M, Mateu-Gelabert P, Taunhauser Barros HM, Delva J. Volatile Substance Misuse among High School Students in South America. *Substance Use & Misuse*, 46:27-34, 2011.
- 34 Neumark, Y, Bar-Hamburger R. Volatile Substance Misuse among Youth in Israel: Results of a National School Survey, *Substance Use & Misuse*, 46:21-26, 2011.
- 35 Villatoro J, Cruz S, Ortiz A, Medina-Mora M. Volatile Substance Misuse in Mexico: Correlates and Trends. *Substance Use & Misuse*, 46:40-45, 2011.
- 36 Sharma S, Lal R, Volatile Substance Misuse among Street Children in India: A preliminary Report. *Substance Use & Misuse*, 46:46-49, 2011.
- 37 Vazan P, Khan M, Poduska O, Stastna L, Miovsky M. Chronic Toluene Misuse among Roma Youth in Eastern Slovakia. *Substance Use & Misuse*, 46:57-61, 2011.
- 38 Abbs P, MacLean S. Petrol Sniffing Interventions Among Australian Indigenous Communities Through Product Substitution: from Skunk Juice to Opal. *Substance Use & Misuse*, 46:99-106, 2011.
- 39 G.A. Castaño: "Cocaínas fumables en Latinoamérica" *Adicciones*. 2000.
- 40 G.A. Castaño: "Cocaínas fumables en Latinoamérica" *Adicciones*. 2000.
- 41 Situación epidemiológica Argentina 2012. Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR
- 42 Décimo Estudio de Drogas en Población Escolar. Observatorio Chileno de Drogas. SENDA
- 43 Situation and Trends in Drugs, 2013 Report. Observatorio Peruano de Drogas. DEVIDA
- 44 Presidencia de la República. Observatorio Uruguayo de Drogas
- 45 2012 Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADUMS)", Controlled Substances and Tobacco Directorate, Health Canada
- 46 "2013 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)", Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- 47 Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use, 2014
- 48 Cuestionario para los informes del OID/ CICAD. Informe de México.
- 49 Cuestionario para los informes del OID/ CICAD. Informe de México. Para los cálculos del total de pacientes en tratamiento, 62294 en 2011 y 72364 en 2012, fueron excluidos los pacientes ingresados a tratamiento por alcohol.
- 50 Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. Observatorio Argentino de Drogas, julio de 2011.
- 51 UNODC, Global Synthetic Drugs Assessment, 2014.
- 52 Monitoring the Future, 2014
- 53 SG.CAN, II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional, 2012
- 54 El Sistema de Alerta Temprana sobre NSP de UNODC contiene información detallada sobre cada una de las categorías de este tipo de sustancias: <https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS>
- 55 Global Synthetic Drugs Assessment, Amphetamine-type stimulants and new psychoactive substances, 2014
- 56 Monitoring the Future, 2014
- 57 Source: Health Canada, Youth Smoking Survey 2012-2013
- 58 Source: Health Canada, Youth Smoking Survey 2012-2013
- 59 UNODC, Sistema de Alerta Temprana sobre NSP (EWA on NPS).
- 60 Sistema de Alerta Temprana sobre NSP de UNODC, Dic. 2014
- 61 Sistema de Alerta Temprana sobre NSP de Colombia. Información reportada en junio de 2013.
- 62 II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, Informe Regional, 2012. Secretaría General de la Comunidad Andina, Proyecto PRADICAN, enero 2013.
- 63 Sistema de Alerta Temprana sobre NSP de Colombia, 2013.
- 64 Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, Informe Final, 2013.
- 65 UNODC. Estimulantes de tipo anfetamínico en América Latina, 2014.
- 66 El Sistema de Alerta Temprana sobre NSP de UNODC contiene información detallada sobre cada una de estas sustancias: <https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS>
- 67 Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013: Información elaborada a partir de la base de datos del estudio, con autorización del Gobierno de Colombia.
- 68 Ministerio de Salud, Universidad Nacional de Colombia (2009). Evaluación Rápida de la Situación de Consumo de Heroína en el Municipio de Santander de Quilchao, Cauca

- 
- 69 CICAD/OEA y Consejo Nacional de Drogas de la República Dominicana, Proyecto sobre el Estado del Problema de Heroína en República Dominicana, Informe de Resultados, Abril 2013
- 70 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas 2014 (Publicaciones de las Naciones Unidas, Sales No. E.14.XI.7).
- 71 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas 2014 (Publicaciones de las Naciones Unidas, Sales No. E.14.XI.7).
- 72 UNODC, World Drug Report 2014
- 73 <http://www.samhsa.gov/atod/opioids>
- 74 Voon and Kerr: "Nonmedical" prescription opioid use in North America: a call for priority action. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2013 8:39
- 75 Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Resultados de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud: Resumen de las conclusiones nacionales, NSDUH Series H-48, HHS Publicación No. (SMA) 14-4863. 2014
- 76 Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Resultados de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud: Resumen de las conclusiones nacionales, NSDUH Series H-48, HHS Publicación No. (SMA) 14-4863. 2014
- 77 Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud Conductual. Conjunto de Datos de Episodios de Tratamiento (TEDS): 2002-2012. Admisiones Nacionales a Servicios de Tratamiento para el Abuso de Sustancias. BHSIS Series S-71, HHS Publicación No. (SMA) 14-4850. Rockville, MD: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2014.
- 78 Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), Vigilancia del Futuro, 2014
- 79 Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, en <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/fentanyl>
- 80 Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos, en [http://www.dea.gov/druginfo/concern\\_fentanyl.shtml](http://www.dea.gov/druginfo/concern_fentanyl.shtml)
- 81 Health Canada: Encuesta Canadiense de Vigilancia del Consumo de Alcohol y Drogas. Resumen de los resultados de 2011, en [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/\\_2011/summary-sommaire-eng.php#a2](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2011/summary-sommaire-eng.php#a2), 1 de abril de 2015.



# ANEXOS



**Tabla A1.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último Año	Último mes
Antigua-Barbuda (2013)	72.79	57.88	37.45
Argentina (2011)	73.20	62.80	49.30
Bahamas (2011)	67.44	46.04	27.51
Barbados (2013)	68.53	53.52	30.88
Belice (2013)	65.95	48.40	33.06
Bolivia (2008)	46.50	35.40	27.70
Canadá (2010/11)	70.60	49.90	n/d
Chile (2013)	78.37	60.60	33.89
Colombia (2011)	76.55	69.67	50.18
Costa Rica (2012)	60.40	42.00	23.80
Dominica (2011)	81.27	61.55	36.33
Ecuador (2012)	44.80	18.50	7.30
El Salvador (2008)	32.50	20.00	11.50
Estados Unidos (2014)	46.40	40.70	22.6
Grenada (2013)	72.58	55.58	35.60
Guyana (2013)	53.98	32.83	16.54
Haití (2014)	56.56	35.38	22.97
Honduras (2005)	43.38	22.12	12.70
Jamaica (2013)	64.95	44.93	24.07
Panamá (2008)	52.50	35.30	20.50
Paraguay (2005)	62.90	51.60	42.60
Perú (2012)	43.20	24.44	11.97
Rep. Dominicana (2008)	63.82	48.56	31.37
S. Kitts-Nevis (2013)	65.56	44.60	25.85
S. Lucia (2013)	75.88	58.53	41.07
S. Vincent-Grenadines (2013)	72.32	58.79	47.06
Suriname (2006)	66.01	50.92	37.22
Trinidad-Tobago (2013)	67.51	49.98	27.93
Uruguay (2014)	75.10	60.20	38.70
Venezuela (2009)	47.20	30.10	17.90

**Tabla A1.2: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Último Año		Último mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	58.08	57.97	37.50	38.01
Argentina (2011)	64.00	62.00	51.30	47.60
Bahamas (2011)	44.29	47.97	26.86	28.30
Barbados (2013)	52.61	57.15	32.00	31.80
Belice (2013)	50.82	46.14	35.43	30.85
Bolivia (2008)	41.50	30.00	33.50	22.50
Canadá (2010/11)	51.00	48.70	n/d	n/d
Chile (2013)	58.00	63.26	34.10	33.77
Colombia (2011)	69.82	69.54	51.18	49.27
Costa Rica (2012)	42.40	41.70	24.70	23.10
Dominica (2011)	61.21	62.31	35.10	37.99
Ecuador (2012)	19.39	17.48	8.14	6.33
El Salvador (2008)	21.90	18.40	12.70	10.60
Estados Unidos (2014)	39.20	42.10	22.10	22.80
Grenada (2013)	53.86	57.23	36.97	34.47
Guyana (2013)	36.98	30.17	20.13	14.19
Haití (2014)	44.66	27.52	30.11	16.84
Honduras (2005)	24.47	20.24	14.66	11.15
Jamaica (2013)	45.12	45.04	25.81	22.88
Panamá (2008)	40.00	31.80	25.70	16.40
Paraguay (2005)	50.60	52.40	42.70	42.60
Perú (2012)	25.66	23.23	13.05	10.90
Rep. Dominicana (2008)	45.76	50.87	28.87	33.40
S. Kitts-Nevis (2013)	42.81	46.14	26.96	24.52
S. Lucia (2013)	56.93	59.99	40.54	41.85
S. Vincent-Grenadines (2013)	59.95	57.90	47.54	46.69
Suriname (2006)	58.82	44.44	44.53	31.25
Trinidad-Tobago (2013)	46.83	53.01	26.91	28.97
Uruguay (2014)	60.10	60.40	38.80	38.60
Venezuela (2009)	31.70	28.70	19.90	16.20

**Tabla A1.3: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes secundarios por grado.**

País (año último estudio)	Último Año			Último mes		
	8º	10º	12º	8º	10º	12º
Antigua-Barbuda (2013)	39.62	63.05	76.09	25.23	40.36	50.38
Argentina (2011)	42.50	73.40	83.30	30.40	57.50	70.40
Bahamas (2011)	27.22	51.24	62.67	13.66	30.58	40.61
Barbados (2013)	26.73	28.49	73.46	11.60	28.49	45.89
Belice (2013)	39.63	58.81	52.12	24.56	42.82	37.71
Bolivia (2008)	20.30	34.10	52.40	16.90	26.40	40.30
Canadá (2010/11)	25.30	53.90	69.50	n/d	n/d	n/d
Chile (2013)	40.93	68.56	76.54	16.64	38.24	51.37
Colombia (2011)	57.32	77.02	80.70	39.22	56.47	60.32
Costa Rica (2012)	25.30	45.70	54.30	13.40	24.50	33.10
Dominica (2011)	48.00	70.83	75.45	23.84	43.95	53.57
Ecuador (2012)	9.40	21.01	27.61	3.13	7.88	12.22
El Salvador (2008)	11.10	21.30	30.30	6.10	12.80	17.30
Estados Unidos (2014)	20.80	44.00	60.20	9.00	23.50	37.40
Grenada (2013)	35.94	60.98	72.62	20.86	40.15	47.86
Guyana (2013)	20.49	39.34	40.50	11.38	20.47	18.29
Haití (2014)	25.97	37.96	41.26	16.00	23.64	28.04
Honduras (2005)	14.58	25.09	30.88	14.66	11.15	12.70
Jamaica (2013)	25.87	49.61	54.64	12.94	27.49	29.16
Panamá (2008)	16.20	41.60	52.90	8.90	21.80	34.50
Paraguay (2005)	33.10	59.10	72.50	26.50	50.00	59.80
Perú (2012)	11.80	28.04	35.79	4.91	13.49	18.86
Rep. Dominicana (2008)	28.73	54.20	70.09	15.47	33.94	51.25
S. Kitts-Nevis (2013)	32.48	49.36	55.48	15.81	32.62	30.82
S. Lucia (2013)	43.31	60.99	73.32	27.89	43.74	53.37
S. Vincent-Grenadines (2013)	43.56	67.04	69.90	34.12	56.35	53.63
Suriname (2006)	38.80	47.65	60.08	26.01	32.17	47.25
Trinidad-Tobago (2013)	29.20	53.07	62.61	15.01	27.78	37.20
Uruguay (2014)	41.50	71.80	79.90	21.30	48.70	58.20
Venezuela (2009)	22.60	41.40	50.20	11.90	24.90	34.40

**Tabla A1.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de alcohol en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último Año	Último mes
Argentina (2011)*	77.75	66.18	50.57
Barbados (2006)	78.90	53.40	36.20
Belice (2005)	47.30	38.80	27.10
Bolivia (2014)	69.38	48.53	23.02
Brasil (2005)	74.60	49.80	38.30
Canadá (2012)**	90.60	79.80	64.30
Chile (2012)	69.06	55.78	40.77
Colombia (2013)	87.07	58.78	35.77
Costa Rica (2010)	38.00	24.10	20.50
Ecuador (2013)	56.62	28.82	13.01
El Salvador (2014)	50.94	18.32	9.49
Estados Unidos (2013)	81.50	66.30	52.20
Mexico (2011)	71.30	51.40	31.60
Paraguay (2003)	81.20	65.30	45.20
Perú (2010)	75.31	52.58	30.63
Rep. Dominicana (2010)	79.39	56.31	36.25
Suriname (2007)	66.40	48.50	31.60
Uruguay (2011)***	92.40	74.00	55.30
Venezuela (2011)	68.00	52.70	33.50

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A1.5: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Último Año		Último mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Argentina (2011)*	75.19	57.35	62.67	38.72
Barbados (2006)	68.90	43.30	54.30	24.00
Belice (2005)	41.96	35.70	30.96	23.29
Bolivia (2014)	57.28	41.55	31.53	16.23
Canadá (2012)**	83.30	76.30	69.90	58.80
Chile (2012)	61.75	49.96	49.21	32.55
Colombia (2013)	69.03	49.12	46.24	25.89
Costa Rica (2010)	28.40	19.70	24.70	16.20
Ecuador (2013)	35.10	23.44	16.72	9.84
El Salvador (2014)	25.36	13.08	14.71	5.61
Estados Unidos (2013)	69.40	63.40	57.10	47.50
México (2011)	62.70	40.80	44.30	19.70
Paraguay (2003)	77.40	55.80	60.90	33.00
Perú (2010)	59.38	46.85	38.88	23.66
Rep. Dominicana (2010)	65.07	50.58	46.95	29.26
Suriname (2007)	63.43	37.96	47.91	19.72
Uruguay (2011)***	83.10	65.80	68.10	43.70
Venezuela (2011)	59.50	45.80	42.30	24.70

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 year

**Tabla A1.6: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en población general por grupo de edad.**

País (año último estudio)	Último Año			Último mes		
	12 a 17	18 a 34	35 a 64	12 a 17	18 a 34	35 a 64
Argentina (2011)*	57.2 0	71.1 2	63.0 2	40.6 1	54.0 2	48.7 4
Barbados (2006)	33.6 0	61.1 0	51.7 0	14.9 0	40.3 0	37.2 0
Belice (2005)	17.9 1	49.7 3	38.6 6	11.3 5	36.0 8	26.1 2
Bolivia (2014)	12.8 1	59.8 9	54.9 4	7.99	46.6 1	25.6 9
Canadá (2012)**	46.5 0	82.9 0	81.4 0	24.6 0	64.2 0	68.0 0
Chile (2012)	26.2 7	66.1 9	56.9 6	12.9 3	50.4 5	41.9 7
Colombia (2013)	40.3 9	71.8 1	53.6 8	19.3 2	47.1 0	31.4 6
Costa Rica (2010)	9.80	29.8 0	24.5 0	6.90	26.0 0	20.7 0
Ecuador (2013)	12.8 5	41.0 4	24.0 3	5.58	18.2 7	11.1 1
El Salvador (2014)	6.16	20.9 2	19.2 4	2.49	10.4 5	10.4 8
Estados Unidos (2013)	24.6 4	78.7 1	67.2 0	11.5 6	62.9 8	53.6 0
México (2011)	30.0 0	n/d	n/d	14.5 0	n/d	n/d
Paraguay (2003)	42.5 4	74.1 8	63.1 3	20.4 2	51.5 9	46.8 2
Perú (2010)	25.7 6	58.6 9	55.4 4	11.9 1	35.4 0	32.1 9
Rep. Dominicana (2010)	37.3 8	68.3 7	50.7 3	15.2 6	46.2 3	33.1 8
Suriname (2007)	30.0 7	52.7 8	50.3 3	11.5 8	35.6 4	33.9 5
Uruguay (2011)***	75.3 0	81.2 0	68.6 0	48.7 0	61.0 0	51.9 0

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A1.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo Año	Ultimo mes
Bolivia (2012)	77.76	57.59	35.13
Brasil (2010)	86.20	72.00	60.50
Colombia (2012)	95.57	84.76	61.05
Ecuador (2012)	89.40	70.40	50.00
El Salvador (2012)	61.10	36.40	18.60
Perú (2012)	87.07	71.70	46.59
Venezuela (2014)	78.80	62.70	33.60

**Tabla A1.8: Prevalencia de último año y último mes de uso de alcohol en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Ultimo Año		Ultimo mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Bolivia (2012)	67.7	50.12	46.14	27.00
Brasil (2010)	77.30	68.00	66.60	55.80
Colombia (2012)	87.55	82.27	66.65	56.07
Ecuador (2012)	77.80	64.00	60.10	41.20
El Salvador (2012)	42.00	31.50	23.00	14.90
Perú (2012)	77.92	65.81	54.73	38.89
Venezuela (2014)	69.00	58.10	41.20	28.10

**Tabla A1.9: Binge Drinking\* en estudiantes secundarios por sexo y grados.**

País (año último estudio)	Sexo		Grado			TOTAL
	Hombre	Mujer	8º	10º	12º	
Antigua-Barbuda (2013)	53.60	56.10	56.20	50.10	59.50	55.10
Argentina (2011)	68.00	59.10	57.50	65.40	63.60	63.50
Bahamas (2011)	55.50	50.10	61.70	55.50	47.30	53.00
Barbados (2013)	51.20	54.40	55.10	60.30	50.30	53.30
Belice (2013)	69.50	64.90	64.80	66.30	76.40	67.20
Canadá (2010/11)**	38.60	35.20	13.70	39.50	56.90	36.90
Chile (2013)	65.20	57.10	46.60	60.70	65.60	61.00
Costa Rica (2012)	51.90	49.70	44.80	52.60	50.70	50.80
Dominica (2011)	55.50	50.10	56.20	50.80	55.80	53.00
Ecuador (2012)	34.86	21.26	10.27	22.01	23.84	56.12
Estados Unidos (2014)***	12.50	10.90	2.70	11.20	23.50	11.90
Grenada (2013)	59.40	51.60	54.30	56.80	55.10	55.50
Guyana (2013)	67.10	56.00	64.20	63.00	56.80	61.30
Haití (2014)	49.00	43.10	39.20	48.00	50.00	47.10
Honduras (2005)	14.66	11.15	6.59	12.76	19.11	12.71
Jamaica (2013)	54.80	44.50	59.70	51.60	43.80	49.00
Perú (2012)	63.80	59.10	54.70	61.70	66.80	61.70
S. Kitts-Nevis (2013)	51.30	47.10	63.90	47.20	41.50	49.50
S. Lucía (2013)	57.90	55.40	55.10	54.90	57.80	56.20
S. Vincent-Grenadines (2013)	58.50	51.70	56.60	53.80	54.20	54.70
Suriname (2006)	68.50	64.00	73.10	65.70	64.70	66.40
Trinidad-Tobago (2013)	60.20	48.40	61.30	54.20	51.30	53.70
Uruguay (2014)	71.20	64.60	49.50	67.90	73.40	67.50

\*Basado en la proporción de estudiantes que usaron alcohol el último mes.

\*\* Basado en la proporción de estudiantes que usaron alcohol el último año.

\*\*\*Basado en la población global.

**Tabla A1.10: Porcentaje de estudiantes universitarios con uso riesgoso de alcohol como proporción de usuarios de último año por sexo, años 2009 y 2012.**

País	2009	2012	Hombre		Mujer	
			2009	2012	2009	2012
Bolivia	30.39	38.80	42.78	47.91	17.59	29.72
Colombia	30.55	30.94	39.14	35.21	21.95	26.90
Ecuador	34.14	36.75	45.03	44.67	20.49	28.33
Perú	20.87	25.47	25.74	32.17	15.89	17.95

**Tabla A1.11: Porcentaje de estudiantes universitarios con signos de dependencia de alcohol como proporción de usuarios de último año por sexo, años 2009 y 2012.**

País	2009	2012	Hombre		Mujer	
			2009	2012	2009	2012
Bolivia	10.55	17.23	13.48	23.41	6.46	11.08
Colombia	12.10	14.05	16.03	17.64	7.17	10.65
Ecuador	15.86	15.50	21.28	21.45	8.85	9.16
Perú	8.26	10.76	10.31	14.46	5.44	6.62

**Tabla A2.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo Año	Ultimo mes
Antigua-Barbuda (2013)	13.04	4.56	1.83
Argentina (2011)	41.00	26.40	18.70
Bahamas (2011)	11.79	4.43	2.05
Barbados (2013)	17.57	6.55	2.91
Belice (2013)	32.67	14.35	8.18
Bolivia (2008)	40.50	22.30	13.30
Canadá (2010/11)	33.40	n/d	12.90
Chile (2013)	55.04	38.39	24.49
Colombia (2011)	31.67	20.71	12.53
Costa Rica (2012)	26.00	11.10	6.70
Dominica (2011)	32.91	14.36	7.38
Ecuador (2012)	27.80	9.00	3.10
El Salvador (2008)	27.90	15.10	9.30
Estados Unidos (2014)	22.90	n/d	8.00
Grenada (2013)	26.83	8.85	5.39
Guyana (2013)	17.88	5.18	2.53
Haití (2014)	13.28	6.86	5.13
Honduras (2005)	40.37	16.87	9.01
Jamaica (2013)	28.05	9.79	4.50
Panamá (2008)	20.80	8.60	4.80
Paraguay (2005)	33.00	23.30	14.70
Perú (2012)	26.84	15.74	9.10
Rep. Dominicana (2008)	10.92	3.78	1.89
S. Kitts-Nevis (2013)	14.91	5.03	2.60
S. Lucia (2013)	21.64	6.29	3.87
S. Vincent-Grenadines (2013)	24.30	9.42	5.66
Suriname (2006)	38.42	16.63	8.76
Trinidad-Tobago (2013)	29.03	13.99	7.08
Uruguay (2014)	26.40	15.50	9.20
Venezuela (2009)	16.80	7.10	4.60

**Tabla A2.2: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Ultimo Año		Ultimo mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	4.15	5.10	1.13	2.59
Argentina (2011)	27.40	25.50	19.70	17.90
Bahamas (2011)	5.48	3.27	3.04	1.16
Barbados (2013)	8.56	5.56	3.73	2.51
Belice (2013)	19.74	9.25	12.31	4.23
Bolivia (2008)	29.80	15.80	18.90	8.40
Canadá (2010/11)	n/d	n/d	14.00	11.70
Chile (2013)	34.34	42.40	22.26	26.68
Colombia (2011)	25.15	16.70	15.54	9.80
Costa Rica (2012)	14.10	8.60	8.80	4.80
Dominica (2011)	17.30	11.07	9.07	5.38
Ecuador (2012)	11.90	5.65	4.51	1.47
El Salvador (2008)	19.90	10.90	13.20	5.90
Estados Unidos (2014)	n/d	n/d	8.40	7.30
Grenada (2013)	12.02	5.86	8.11	2.79
Guyana (2013)	7.35	3.73	4.46	1.24
Haití (2014)	8.58	4.96	6.26	3.88
Honduras (2005)	22.67	12.24	12.89	5.91
Jamaica (2013)	10.69	9.15	5.08	4.07
Panamá (2008)	10.70	7.00	6.00	3.80
Paraguay (2005)	26.00	21.10	17.70	12.30
Perú (2012)	19.17	12.35	11.68	6.54
Rep. Dominicana (2008)	4.25	3.42	2.40	1.50
S. Kitts-Nevis (2013)	7.12	3.20	3.69	1.64
S. Lucia (2013)	8.77	3.48	5.73	1.95
S. Vincent-Grenadines (2013)	11.04	8.18	5.78	5.57
Suriname (2006)	23.60	11.04	14.29	4.30
Trinidad-Tobago (2013)	18.34	10.12	10.01	4.48
Uruguay (2014)	14.50	16.40	8.50	9.80
Venezuela (2009)	9.60	4.80	6.60	2.80



**Tabla A2.3: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes secundarios por grado.**

País (año último estudio)	Ultimo Año			Ultimo mes		
	8º	10º	12º	8º	10º	12º
Antigua-Barbuda (2013)	3.78	4.24	6.05	1.77	1.53	2.32
Argentina (2011)	18.00	30.50	35.20	12.50	21.30	26.00
Bahamas (2011)	3.55	4.13	5.80	1.56	2.07	2.52
Barbados (2013)	2.85	2.22	10.03	1.86	2.22	4.11
Belice (2013)	12.49	16.67	14.83	6.91	9.35	9.75
Bolivia (2008)	11.50	20.40	35.60	6.60	11.60	22.20
Canadá (2010/11)	n/d	n/d	n/d	6.00	12.30	20.50
Chile (2013)	26.22	44.53	46.65	13.59	28.56	33.78
Colombia (2011)	16.20	23.64	24.42	9.18	14.63	15.38
Costa Rica (2012)	7.10	12.90	13.40	4.20	7.90	7.80
Dominica (2011)	9.70	18.59	14.29	4.54	9.34	10.27
Ecuador (2012)	3.67	9.80	15.21	1.15	3.39	5.36
El Salvador (2008)	10.20	17.30	19.10	6.30	11.10	11.30
Estados Unidos (2014)	n/d	n/d	n/d	4.00	7.20	13.60
Grenada (2013)	7.26	12.20	7.14	5.03	7.50	3.57
Guyana (2013)	1.74	6.47	7.92	1.06	2.44	4.45
Haití (2014)	4.49	7.09	8.59	3.65	5.52	6.07
Honduras (2005)	10.99	20.35	21.41	5.26	10.89	12.56
Jamaica (2013)	4.37	11.90	11.91	2.09	5.32	5.54
Panamá (2008)	3.60	10.40	13.00	1.70	5.40	8.00
Paraguay (2005)	13.70	27.50	33.60	7.60	17.20	23.20
Perú (2012)	7.79	18.36	22.52	4.57	10.22	13.34
Rep. Dominicana (2008)	2.55	3.50	5.95	1.40	1.56	3.04
S. Kitts-Nevis (2013)	5.56	5.15	4.11	3.42	2.15	2.05
S. Lucia (2013)	6.80	4.72	7.25	4.08	3.08	4.40
S. Vincent-Grenadines (2013)	8.58	10.69	9.00	4.94	6.01	6.23
Suriname (2006)	9.92	16.00	20.89	5.42	6.56	12.24
Trinidad-Tobago (2013)	8.51	14.13	17.78	3.93	6.67	9.61
Uruguay (2014)	8.00	18.90	25.20	4.80	11.20	14.80
Venezuela (2009)	3.30	7.30	10.50	1.90	4.30	5.90

**Tabla A2.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de tabaco en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo Año	Ultimo mes
Argentina (2011)*	52.89	32.48	28.91
Barbados (2006)	33.50	12.30	9.10
Belice (2005)	25.10	15.50	12.70
Bolivia (2014)	45.30	25.10	14.80
Brasil (2005)	44.00	19.20	18.40
Canadá (2012)**	41.30	19.50	17.80
Chile (2012)	57.94	38.16	33.97
Colombia (2013)	42.07	16.21	12.95
Costa Rica (2010)	24.80	15.40	13.40
Ecuador (2013)	32.28	11.37	8.12
El Salvador (2014)	31.94	7.72	5.00
Estados Unidos (2013)	61.80	25.30	21.30
Mexico (2011)	21.70	23.60	12.30
Paraguay (2003)	39.30	18.30	14.90
Perú (2010)	49.82	21.31	13.37
Rep. Dominicana (2010)	19.91	8.89	7.57
Suriname (2007)	39.50	24.60	21.80
Uruguay (2011)***	57.30	33.90	31.00
Venezuela (2011)	38.30	22.90	19.20

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A2.5: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Último Año		Último mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Argentina (2011)*	37.75	27.32	33.91	24.01
Barbados (2006)	21.90	5.90	17.10	3.80
Belice (2005)	19.18	11.83	16.19	9.11
Bolivia (2014)	35.20	17.00	21.90	9.10
Canadá (2012)**	22.60	16.40	20.60	15.00
Chile (2012)	40.78	35.61	36.98	31.03
Colombia (2013)	22.90	9.89	18.84	7.40
Costa Rica (2010)	20.50	10.10	18.00	8.60
Ecuador (2013)	16.83	6.70	11.36	5.36
El Salvador (2014)	14.96	2.32	9.39	1.73
Estados Unidos (2013)	28.20	22.50	23.60	19.00
México (2011)	31.40	12.60	16.40	8.10
Paraguay (2003)	28.20	10.50	23.70	8.00
Perú (2010)	30.41	13.64	19.90	7.85
Rep. Dominicana (2010)	11.57	7.14	10.12	5.90
Suriname (2007)	41.86	12.09	38.39	9.88
Uruguay (2011)***	37.30	30.90	34.30	28.00
Venezuela (2011)	30.00	15.70	25.20	13.20

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A2.6: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en población general por grupo de edad.**

País (año último estudio)	Último Año			Último mes		
	12 a 17	18 a 34	35 a 64	12 a 17	18 a 34	35 a 64
Argentina (2011)*	23.35	34.88	31.63	18.96	30.35	28.93
Barbados (2006)	4.30	16.50	10.80	0.80	12.10	8.50
Belice (2005)	6.77	17.70	17.91	3.67	13.74	16.37
Bolivia (2014)	7.30	30.87	28.08	2.85	18.05	17.50
Canadá (2012)**	8.30	23.00	18.60	7.60	21.30	16.80
Chile (2012)	17.07	45.54	39.04	10.59	40.95	35.77
Colombia (2013)	8.16	20.65	15.01	4.77	15.94	12.98
Costa Rica (2010)	6.10	17.80	16.80	3.00	15.40	15.50
Ecuador (2013)	5.41	14.53	10.63	2.42	10.73	7.73
El Salvador (2014)	5.35	8.96	7.26	2.30	6.86	4.10
Estados Unidos (2013)	13.90	47.08	21.30	7.84	37.71	19.00
México (2011)	12.30	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Paraguay (2003)	8.03	20.55	19.23	4.23	15.93	17.26
Perú (2010)	8.75	26.84	20.43	4.35	16.87	13.13
Rep. Dominicana (2010)	1.35	6.94	12.87	0.63	5.23	11.74
Suriname (2007)	9.62	23.48	29.72	6.30	20.81	26.98
Uruguay (2011)***	18.70	41.30	30.50	14.40	38.20	27.90

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A2.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo Año	Ultimo mes
Bolivia (2012)	58.70	34.70	22.30
Brasil (2010)	46.70	27.80	21.60
Colombia (2012)	58.61	29.37	18.98
Ecuador (2012)	61.20	34.40	24.30
El Salvador (2012)	38.40	18.70	12.10
Perú (2012)	59.86	36.18	22.10
Venezuela (2014)	35.20	17.00	9.40

**Tabla A2.8: Prevalencia de último año y último mes de uso de tabaco en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Ultimo Año		Ultimo mes	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Bolivia (2012)	50.20	23.20	35.40	12.80
Brasil (2010)	31.80	24.80	23.50	20.20
Colombia (2012)	37.31	22.30	25.24	13.42
Ecuador (2012)	47.80	22.70	35.70	14.30
El Salvador (2012)	27.90	10.80	19.30	6.00
Perú (2012)	44.26	28.53	28.72	15.84
Venezuela (2014)	22.50	13.10	12.70	7.00

**Tabla A2.9: Percepción de gran riesgo de fumar tabaco frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Antigua-Barbuda (2013)	75.40	72.70	74.10
Argentina (2011)	61.10	69.90	65.80
Bahamas (2011)	68.00	71.90	70.00
Barbados (2013)	77.90	76.50	77.00
Belice (2013)	70.80	73.10	72.00
Bolivia (2008)	55.60	63.30	60.20
Canadá (2010-11)	61.90	71.30	66.70
Chile (2013)	49.82	48.81	49.36
Colombia (2011)	62.60	70.00	66.50
Costa Rica (2012)	60.90	72.90	67.20
Dominica (2011)	67.80	73.10	70.10
Ecuador (2012)	51.62	57.98	54.57
El Salvador (2008)	48.10	49.70	48.90
Estados Unidos (2013)#	67.70	73.60	70.30
Grenada (2013)	66.00	79.60	73.30
Guyana (2013)	66.30	72.70	70.10
Haití (2014)	69.36	65.61	67.05
Jamaica (2013)	71.20	81.30	77.00
Panamá (2008)	75.30	79.30	77.30
Paraguay (2005)	68.80	75.80	72.70
Perú (2012)	58.33	65.92	62.14
Rep. Dominicana (2008)	73.55	80.95	77.67
S. Kitts-Nevis (2013)	60.40	63.50	62.00
S. Lucía (2013)	72.20	72.80	72.60
S. Vincent-Grenadines (2013)	67.30	69.80	68.70
Suriname (2006)	77.10	81.60	79.60
Trinidad-Tobago (2013)	75.30	80.70	78.20
Uruguay (2014)	67.40	73.40	70.60
Venezuela (2009)	63.00	70.60	67.00

# Pregunta refiere a usar "regularmente" en lugar de "frecuentemente"

**Tabla A3.1: Vida Prevalencia de último año y último mes de uso de marihuana en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo Año	Ultimo mes
Antigua-Barbuda (2013)	32.58	23.89	17.96
Argentina (2011)	13.90	10.30	6.20
Bahamas (2011)	12.78	8.10	4.29
Barbados (2013)	20.93	15.96	10.44
Belice (2013)	24.27	15.84	10.64
Bolivia (2008)	6.20	3.60	1.90
Brasil (2010)	5.70	3.70	2.00
Canadá (2010/11)	29.30	24.50	n/d
Chile (2013)	34.89	28.35	17.13
Colombia (2011)	9.86	7.08	3.77
Costa Rica (2012)	16.40	10.80	5.70
Dominica (2011)	32.87	19.77	12.47
Ecuador (2012)	6.70	2.90	1.30
El Salvador (2008)	5.50	3.50	1.80
Estados Unidos (2014)	30.50	24.20	14.40
Grenada (2013)	19.74	12.92	6.99
Guyana (2013)	7.15	4.19	2.38
Haití (2014)	3.20	2.36	1.21
Honduras (2005)	2.86	1.06	0.41
Jamaica (2013)	21.11	11.93	6.29
Panamá (2008)	6.20	2.90	1.80
Paraguay (2005)	4.20	3.00	1.60
Perú (2012)	5.02	2.53	1.55
Rep. Dominicana(2008)	1.70	0.99	0.44
S. Kitts-Nevis (2013)	24.24	16.07	11.61
S. Lucia (2013)	28.77	17.22	10.71
S. Vincent-Grenadines (2013)	26.70	19.39	14.11
Suriname (2006)	7.71	4.80	2.73
Trinidad-Tobago (2013)	16.60	10.70	6.23
Uruguay (2014)	20.10	17.00	9.50
Venezuela (2009)	1.70	0.90	0.60

**Tabla A3.2: Prevalencia de vida y último año de uso de marihuana en población escolar por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Ultimo Año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	39.01	26.27	30.02	17.64
Argentina (2011)	19.30	9.40	14.40	6.90
Bahamas (2011)	17.28	8.27	10.88	5.37
Barbados (2013)	25.99	18.63	19.18	14.65
Belice (2013)	32.04	17.08	22.80	9.35
Bolivia (2008)	9.80	3.10	5.40	2.00
Canadá (2010/11)	31.80	26.60	27.00	21.90
Chile (2013)	36.87	33.06	29.22	27.63
Colombia (2011)	12.11	7.82	8.97	5.36
Costa Rica (2012)	21.70	11.90	14.70	7.50
Dominica (2011)	40.47	24.03	24.60	14.26
Ecuador (2012)	9.59	3.36	4.11	1.51
El Salvador (2008)	8.30	3.10	5.40	1.80
Estados Unidos (2014)	31.70	29.00	25.20	22.80
Grenada (2013)	24.68	15.06	16.14	9.91
Guyana (2013)	11.11	4.53	6.85	2.42
Haití (2014)	3.63	2.78	2.39	2.30
Honduras (2005)	4.45	1.60	1.65	0.58
Jamaica (2013)	25.42	17.98	14.45	10.06
Panamá (2008)	9.20	4.00	4.80	1.40
Paraguay (2005)	6.00	2.70	4.60	1.80
Perú (2012)	6.27	3.79	3.29	1.77
Rep. Dominicana (2008)	2.41	1.16	1.45	0.64
S. Kitts-Nevis (2013)	28.79	19.95	20.20	12.58
S. Lucia (2013)	35.62	22.69	23.26	12.14
S. Vincent-Grenadines (2013)	35.46	20.01	24.75	15.31
Suriname (2006)	12.73	3.67	7.99	2.23
Trinidad-Tobago (2013)	21.24	12.36	13.76	7.97
Uruguay (2014)	22.40	18.10	18.60	15.70
Venezuela (2009)	2.60	1.00	1.40	0.50

**Tabla A3.3: Prevalencia de vida y último año de uso de marihuana en población escolar por grado.**

País (año último estudio)	Vida			Último Año		
	8º	10º	12º	8º	10º	12º
Antigua-Barbuda (2013)	21.05	35.01	45.19	12.90	27.36	34.38
Argentina (2011)	7.70	15.70	22.20	5.40	11.80	16.80
Bahamas (2011)	5.42	15.29	18.54	2.82	10.23	11.85
Barbados (2013)	7.03	21.17	30.39	4.48	11.26	23.37
Belice (2013)	20.54	29.95	22.03	13.83	19.11	13.98
Bolivia (2008)	3.30	5.90	9.70	2.30	3.80	4.70
Brasil (2010)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
Canadá (2010/11)	11.20	30.10	46.70	8.90	25.80	38.90
Chile (2013)	19.55	39.54	49.39	15.69	33.22	38.94
Colombia (2011)	6.65	11.81	12.69	5.22	8.28	8.61
Costa Rica (2012)	10.00	19.10	20.20	5.50	14.00	13.00
Dominica (2011)	25.00	40.42	30.80	14.03	25.17	18.75
Ecuador (2012)	2.98	6.74	11.71	1.25	3.05	4.95
El Salvador (2008)	3.70	6.40	6.90	2.60	4.00	4.20
Estados Unidos (2014)	15.60	33.70	44.40	11.70	27.30	35.10
Grenada (2013)	11.17	24.58	24.52	7.08	18.01	14.29
Guyana (2013)	4.93	8.10	8.79	3.03	4.35	5.44
Haití (2014)	2.55	3.77	3.39	2.19	2.63	2.35
Honduras (2005)	1.83	3.31	3.99	0.73	1.26	1.29
Jamaica (2013)	10.18	24.52	26.07	4.84	14.97	14.45
Panamá (2008)	4.90	6.80	7.20	3.60	3.10	1.60
Paraguay (2005)	2.00	4.40	7.50	1.50	3.50	5.00
Perú (2012)	3.25	5.19	6.99	1.34	2.79	3.67
Rep. Dominicana (2008)	1.10	2.02	2.17	0.59	1.34	1.12
S. Kitts-Nevis (2013)	16.24	28.76	29.45	8.97	20.17	20.55
S. Lucía (2013)	19.50	31.83	36.27	12.02	18.07	22.28
S. Vincent-Grenadines (2013)	16.52	31.85	34.60	13.09	24.28	22.15
Suriname (2006)	2.42	4.68	12.90	1.21	2.72	8.29
Trinidad-Tobago (2013)	8.20	17.91	21.67	5.86	12.62	12.82
Uruguay (2014)	9.90	24.40	33.50	8.10	21.00	29.00
Venezuela (2009)	1.40	1.90	1.90	n/d	n/d	n/d

**Tabla A3.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de marihuana en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último Año	Último mes
Argentina (2011)*	10.66	3.19	1.66
Barbados (2006)	16.20	7.90	6.20
Belice (2005)	11.70	8.50	6.90
Bolivia (2014)	3.61	1.27	0.67
Brasil (2005)	8.80	2.60	1.90
Canadá (2012)**	46.70	12.20	7.60
Chile (2012)	22.99	7.08	4.42
Colombia (2013)	11.48	3.27	2.18
Costa Rica (2010)	7.10	2.50	1.90
Ecuador (2013)	5.26	0.67	0.22
El Salvador (2014)	9.26	2.03	1.29
Estados Unidos (2013)	43.70	12.60	7.50
México (2011)	6.00	1.20	n/d
Paraguay (2003)	2.50	0.50	0.30
Perú (2010)	3.79	1.04	0.55
Rep. Dominicana (2010)	2.17	0.68	0.47
Suriname (2007)	9.40	3.80	3.20
Uruguay (2011)***	20.00	8.30	4.90
Venezuela (2011)	5.06	1.56	1.08

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A3.5: Prevalencia de vida y último año de uso de marihuana en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Último Año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Argentina (2011)*	14.54	6.86	4.68	1.73
Barbados (2006)	27.70	8.40	13.90	3.90
Belice (2005)	14.77	8.56	10.62	6.32
Bolivia (2014)	5.75	1.92	1.86	0.81
Brasil (2005)	14.30	5.10	n/d	n/d
Canadá (2012)**	52.70	40.70	15.90	8.50
Chile (2012)	30.02	16.15	9.84	4.39
Colombia (2013)	17.69	5.62	5.36	1.30
Costa Rica (2010)	10.10	3.90	3.90	1.10
Ecuador (2013)	6.35	4.32	0.82	0.53
El Salvador (2014)	17.27	3.31	3.93	0.62
Estados Unidos (2013)	48.60	39.20	15.50	9.80
México (2011)	10.60	1.60	2.20	0.30
Paraguay (2003)	4.60	0.90	0.80	0.30
Perú (2010)	6.63	1.40	2.02	0.22
Rep. Dominicana (2010)	4.30	0.78	1.40	0.22
Suriname (2007)	18.75	2.55	7.27	1.23
Uruguay (2011)***	25.20	15.20	11.50	5.40
Venezuela (2011)	7.89	2.22	2.55	0.56

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A3.6: Prevalencia de vida y último año de uso marihuana en población general por grupo de edad.**

País (año último estudio)	Vida			Último Año		
	12 a 17	18 a 34	35 a 64	12 a 17	18 a 34	35 a 64
Argentina (2011)*	8.47	16.05	6.43	4.24	5.74	0.97
Barbados (2006)	5.01	24.10	12.60	4.10	13.65	4.50
Belice (2005)	7.78	16.69	8.38	5.28	13.28	5.04
Bolivia (2014)	1.11	6.17	2.37	0.71	2.57	0.29
Brasil (2005)	4.10	15.25	5.60	n/d	n/d	n/d
Canadá (2012)**	21.60	49.70	47.50	14.80	20.80	7.50
Chile (2012)	7.48	34.15	19.73	5.18	14.12	2.79
Colombia (2013)	6.92	16.14	9.04	4.35	5.75	0.91
Costa Rica (2010)	4.60	11.20	4.60	2.20	4.00	1.10
Ecuador (2013)	4.74	5.44	5.27	0.06	0.49	0.10
El Salvador (2014)	4.85	10.26	9.55	1.93	2.39	1.76
Estados Unidos (2013)	16.44	54.50	43.12	13.44	26.11	6.51
México (2011)	2.40	8.70	4.80	1.30	1.90	0.60
Paraguay (2003)	1.69	3.74	1.53	0.85	0.78	0.10
Perú (2010)	2.23	4.92	3.32	1.94	1.46	0.43
Rep. Dominicana (2010)	0.72	3.12	1.72	0.58	1.20	0.24
Suriname (2007)	3.18	12.56	8.63	2.03	6.19	2.43
Uruguay (2011)***	14.90	34.40	10.20	11.00	16.10	2.30

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A3.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de marihuana en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo Año	Ultimo mes
Bolivia (2012)	11.97	3.44	1.45
Brasil (2010)	26.10	13.80	9.10
Colombia (2012)	31.16	15.01	7.14
Ecuador (2012)	21.90	9.00	3.70
El Salvador (2012)	11.80	3.30	0.70
Perú (2012)	11.58	4.29	1.62
Venezuela (2014)	6.10	3.10	1.10

**Tabla A3.8: Prevalencia de vida y último año de uso de marihuana en población universitaria por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Ultimo Año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Bolivia (2012)	19.7	6.4	5.1	2.3
Brasil (2010)	34.5	19.9	19.8	9.2
Colombia (2012)	39.0	24.4	19.9	10.8
Ecuador (2012)	32.4	13.1	12.6	5.9
El Salvador (2012)	19.4	5.4	4.7	2.1
Perú (2012)	16.9	6.6	6.0	2.7
Venezuela (2014)	8.3	4.4	4.0	2.4

**Tabla A3.9: Percepción de gran riesgo de uso de marihuana algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Antigua-Barbuda (2013)	20.6	31.6	26.1
Argentina (2011)	17.0	16.2	16.6
Bahamas (2011)	42.8	48.7	45.8
Barbados (2013)	31.8	33.1	32.6
Belice (2013)	31.8	37.8	34.9
Bolivia (2008)	24.6	24.5	24.6
Canadá (2010-11)	32.1	32.3	32.2
Chile (2013)	14.3	11.2	12.8
Colombia (2011)	27.9	30.1	29.0
Costa Rica (2012)	25.0	28.1	26.7
Dominica (2011)	31.2	38.3	34.5
Ecuador (2012)	23.3	25.4	24.3
El Salvador (2008)	39.8	34.8	37.1
Estados Unidos (2014)#	17.6	16.7	17.1
Grenada (2013)	34.0	38.3	36.3
Guyana (2013)	53.1	54.7	54.1
Haití (2014)	56.2	47.8	51.5
Honduras (2005)	n/d	n/d	76.0
Jamaica (2013)	34.1	44.9	40.4
Panamá (2008)	29.9	31.3	30.4
Paraguay (2005)	44.4	41.5	42.8
Perú (2012)	22.3	19.3	20.8
Rep. Dominicana (2008)	46.8	43.7	45.1
S. Kitts-Nevis (2013)	27.5	31.8	29.8
S. Lucia (2013)	33.2	37.4	35.5
S. Vincent-Grenadines (2013)	34.3	38.1	36.4
Suriname (2006)	56.6	66.3	62.0
Trinidad-Tobago (2013)	38.7	43.9	41.5
Uruguay (2014)	10.1	7.8	8.8
Venezuela (2009)	43.7	42.4	43.0

# Pregunta refiere a "probar una o dos veces" en lugar de "algunas veces"

**Tabla A3.10: Percepción de gran riesgo de uso de Marihuana frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Antigua-Barbuda (2013)	40.5	59.5	49.9
Argentina (2011)	61.2	74.4	68.2
Bahamas (2011)	60.6	71.2	66.1
Barbados (2013)	58.2	64.7	62.1
Belice (2013)	59.8	70.3	65.2
Bolivia (2008)	66.3	72.6	69.5
Canadá (2010-11)	60.9	70.8	66.0
Chile (2013)	22.5	22.4	22.5
Colombia (2011)	60.2	70.5	65.6
Costa Rica (2012)	56.2	68.2	62.5
Dominica (2011)	52.6	65.9	58.7
Ecuador (2012)	51.8	61.0	56.1
El Salvador (2008)	73.9	75.7	74.9
Estados Unidos (2014)#	43.5	51.7	47.3
Grenada (2013)	60.8	70.0	65.7
Guyana (2013)	69.4	75.9	73.3
Haití (2014)	67.4	59.2	62.8
Honduras (2005)	n/d	n/d	71.0
Jamaica (2013)	58.0	74.7	67.8
Panamá (2008)	73.6	82.3	78.1
Paraguay (2005)	76.3	84.3	80.7
Perú (2012)	64.5	70.6	67.6
Rep. Dominicana (2008)	78.4	84.8	82.0
S. Kitts-Nevis (2013)	45.2	56.4	51.0
S. Lucia (2013)	54.0	62.3	58.5
S. Vincent-Grenadines (2013)	61.1	67.0	64.4
Suriname (2006)	81.9	87.6	85.1
Trinidad-Tobago (2013)	58.9	70.0	64.8
Uruguay (2014)	50.2	59.0	55.0
Venezuela (2009)	68.9	77.4	73.4

# Pregunta refiere a usar "regularmente" en lugar de "frecuentemente"

**Tabla A3.11: Percepción de gran riesgo de uso de marihuana algunas veces en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)*	59.5	67.2	63.4
Bolivia (2014)	48.7	52.5	50.8
Canadá (2012)**	23.9	30.2	27.1
Chile (2012)	44.5	49.0	46.8
Colombia (2013)	66.8	76.6	71.9
Costa Rica (2010)	85.6	85.8	87.5
Ecuador (2013)	65.5	63.2	64.3
El Salvador (2014)	46.3	50.9	48.9
Estados Unidos (2013)#	n/d	n/d	28.2
Paraguay (2003)	66.8	71.6	69.5
Perú (2010)	75.8	78.4	77.2
Rep. Dominicana (2010)	80.7	83.7	82.5
Uruguay (2011)***	34.0	44.2	39.4

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

# Pregunta es sobre fumar "una vez al mes" en lugar de "algunas veces"



**Tabla A3.12: Percepción de gran riesgo de uso de marihuana frecuentemente en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)*	83.3	89.0	86.2
Bolivia (2014)	81.3	83.2	82.3
Canadá (2012)**	59.0	68.8	64.0
Chile (2012)	76.0	81.8	79.0
Colombia (2013)	87.2	92.8	90.9
Costa Rica (2010)	87.3	88.1	87.7
Ecuador (2013)	79.5	78.1	78.8
El Salvador (2014)	88.7	87.8	88.2
Estados Unidos (2013)#	n/d	n/d	37.1
México (2011)	56.6	68.1	62.6
Paraguay (2003)	85.2	87.0	86.2
Perú (2010)	92.3	93.8	93.1
Rep. Dominicana (2010)	93.8	96.4	95.4
Uruguay (2011)***	63.8	72.4	68.3

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

# Pregunta es sobre el fumar "una o dos veces a la semana" en lugar de "frecuentemente".

**Tabla A3.13: Percepción de gran riesgo de uso marihuana algunas veces en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	48.0	52.0	50.0
Colombia (2012)	28.7	35.5	32.3
Ecuador (2012)	46.0	56.0	51.0
El Salvador (2012)	44.8	47.4	46.2
Perú (2012)	49.8	54.2	52.1

**Tabla A3.14: Percepción de gran riesgo del uso de marihuana frecuentemente en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	79.0	85.0	83.0
Colombia (2012)	66.9	78.5	73.0
Ecuador (2012)	79.0	85.0	82.0
El Salvador (2012)	81.9	89.3	85.9
Perú (2012)	83.1	88.9	86.1

**Tabla A3.15: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de marihuana en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Fácil acceso	Oferta Directa	
		Ultimo Mes	Ultimo Año
Antigua-Barbuda (2013)	53.1	26.3	36.5
Argentina (2011)	38.0	11.6	19.0
Bahamas (2011)	30.0	8.2	15.0
Barbados (2013)	44.2	17.2	28.8
Belice (2013)	44.7	20.1	34.6
Bolivia	n/d	4.3	n/d
Chile (2013)	44.2	25.7	37.4
Costa Rica	n/d	11.3	18.9
Colombia (2011)	41.8	n/d	n/d
Dominica (2011)	51.5	15.8	26.2
Ecuador (2012)	14.7	6.9	11.3
El Salvador (2008)	21.3	25.9	26.9
Estados Unidos (2013)	60.7	n/d	n/d
Grenada (2013)	40.6	12.9	22.5
Guyana (2013)	18.3	4.8	8.6
Haití (2014)	7.29	2.3	4.0
Jamaica (2013)	44.3	10.6	20.9
Panamá (2008)	23.8	n/d	n/d
Paraguay (2005)	20.4	4.0	5.1
Perú (2012)	15.5	4.3	9.1
Rep. Dominicana (2008)	13.3	1.7	3.9
S. Kitts-Nevis (2013)	44.3	18.3	28.3
S. Lucia (2013)	49.6	16.6	30.9
S. Vincent-Grenadines (2013)	45.8	17.0	27.4
Suriname (2006)	27.6	4.9	7.5
Trinidad-Tobago (2013)	43.0	12.9	23.2
Uruguay (2014)	53.3	20.0	31.2
Venezuela (2009)	4.8	n/d	n/d

**Tabla A3.16: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de marihuana en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Fácil acceso	Oferta Directa	
		Ultimo Mes	Ultimo Año
Bolivia (2012)	22.5	9.5	27.3
Colombia (2012)	62.7	21.8	47.8
Ecuador (2012)	36.0	14.6	34.8
El Salvador (2012)	35.2	10.9	35.3
Perú (2012)	28.6	11.3	30.5

**Tabla A4.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de inhalables en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo Año	Ultimo Mes
Antigua-Barbuda (2013)	14.02	5.93	3.84
Argentina (2011)	4.50	2.60	1.30
Bahamas (2011)	10.51	3.81	0.29
Barbados (2013)	20.20	9.77	7.05
Belice (2013)	10.13	5.50	3.19
Bolivia (2008)	4.20	2.50	1.40
Brasil (2010)	8.70	5.20	2.20
Canadá (2010/11)	3.30	1.80	n/d
Chile (2013)	9.35	4.81	2.07
Colombia (2011)	3.32	1.92	0.87
Costa Rica (2012)	4.20	1.70	0.90
Dominica (2011)	10.76	5.31	3.38
Ecuador (2012)	3.50	1.70	0.80
El Salvador (2008)	2.80	1.50	0.80
Estados Unidos (2014)	8.80	3.60	1.40
Grenada (2013)	16.04	9.68	6.19
Guyana (2013)	10.79	4.22	2.80
Haití (2014)	6.27	4.40	1.95
Honduras (2005)	1.86	0.63	0.21
Jamaica (2013)	13.39	6.60	4.18
Panamá (2008)	4.40	2.70	1.10
Paraguay (2005)	2.80	1.50	0.70
Perú (2012)	2.71	1.12	0.49
Rep. Dominicana(2008)	1.13	0.50	0.24
S. Kitts-Nevis (2013)	13.68	7.51	5.18
S. Lucia (2013)	20.48	11.00	6.68
S. Vincent-Grenadines (2013)	17.45	10.44	4.05
Suriname (2006)	7.48	3.45	2.27
Trinidad-Tobago (2013)	15.51	6.83	4.23
Uruguay (2014)	4.20	2.10	0.80

**Tabla A4.2: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Ultimo año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	11.63	16.86	4.01	8.05
Argentina (2011)	5.90	3.30	3.40	2.00
Bahamas (2011)	9.74	11.32	3.42	4.14
Barbados (2013)	18.55	22.54	7.86	11.79
Belice (2013)	10.50	9.75	6.26	4.83
Bolivia (2008)	6.00	2.50	3.50	1.60
Canadá (2010/11)	4.00	2.50	2.20	1.30
Chile (2013)	8.28	10.44	4.29	5.35
Colombia (2011)	3.74	2.95	2.29	1.58
Costa Rica (2012)	4.50	4.00	1.90	1.40
Dominica (2011)	9.82	11.57	4.95	5.58
Ecuador (2012)	3.98	2.95	2.01	1.35
El Salvador (2008)	4.10	1.70	2.40	0.80
Estados Unidos (2014)	7.50	9.90	3.00	4.00
Grenada (2013)	17.84	14.24	11.12	8.29
Guyana (2013)	14.79	8.15	6.23	2.89
Haití (2014)	7.19	5.61	5.21	3.78
Honduras (2005)	2.72	1.18	0.96	0.37
Jamaica (2013)	11.79	14.60	5.27	7.58
Panamá (2008)	6.60	2.60	4.40	1.30
Paraguay (2005)	2.70	2.80	1.60	1.50
Perú (2012)	2.85	2.57	1.32	0.93
Rep. Dominicana (2008)	1.75	0.67	0.85	0.23
S. Kitts-Nevis (2013)	12.57	14.12	7.18	7.07
S. Lucia (2013)	20.79	20.05	10.52	11.22
S. Vincent-Grenadines (2013)	17.64	17.31	9.88	10.86
Suriname (2006)	9.55	5.82	4.50	2.62
Trinidad-Tobago (2013)	14.90	16.04	6.29	7.31
Uruguay (2014)	4.00	4.30	2.10	2.30

**Tabla A4.3: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en estudiantes secundarios por grado.**

País (año último estudio)	Vida			Último año		
	8º	10º	12º	8º	10º	12º
Antigua-Barbuda (2013)	16.33	15.59	8.73	7.85	4.73	4.88
Argentina (2011)	4.40	4.90	4.10	2.70	2.90	2.20
Bahamas (2011)	10.95	12.71	7.31	3.86	5.48	1.64
Barbados (2013)	17.65	22.22	20.58	9.02	8.25	8.99
Belice (2013)	11.04	10.03	6.78	6.40	5.15	2.97
Bolivia (2008)	3.90	4.00	4.70	2.70	2.40	2.50
Canadá (2010/11)	3.90	2.90	3.10	2.30	1.40	1.50
Chile (2013)	9.09	10.45	8.26	5.87	4.99	3.14
Colombia (2011)	3.54	3.42	2.82	2.22	1.95	1.37
Costa Rica (2012)	4.50	4.20	4.00	1.70	1.60	1.80
Dominica (2011)	11.39	10.20	10.71	5.70	5.24	4.02
Ecuador (2012)	3.30	3.79	3.39	1.66	1.80	1.63
El Salvador (2008)	2.30	2.80	3.40	1.50	1.60	1.50
Estados Unidos (2014)	10.80	8.70	6.50	5.30	3.30	1.90
Grenada (2013)	12.66	18.01	17.86	8.19	11.44	9.52
Guyana (2013)	10.24	11.48	10.66	4.71	4.50	3.27
Haití (2014)	6.40	6.03	6.31	5.00	3.68	4.34
Honduras (2005)	1.49	2.15	2.01	0.56	0.74	0.56
Jamaica (2013)	11.77	14.43	13.66	6.59	6.50	6.70
Panamá (2008)	3.80	4.30	5.30	1.80	3.50	2.70
Paraguay (2005)	2.30	2.60	3.90	1.40	1.60	1.70
Perú (2012)	1.96	3.70	2.53	1.01	1.44	0.91
Rep. Dominicana (2008)	1.14	1.27	0.94	0.41	0.58	0.52
S. Kitts-Nevis (2013)	18.38	10.30	11.64	11.11	4.29	6.85
S. Lucia (2013)	21.54	20.33	19.43	12.47	8.62	11.66
S. Vincent-Grenadines (2013)	19.74	16.93	14.88	13.73	9.80	6.57
Suriname (2006)	7.00	8.46	6.79	3.24	4.07	3.11
Trinidad-Tobago (2013)	12.51	16.28	17.12	5.69	7.74	7.03
Uruguay (2014)	4.50	4.10	3.50	1.80	2.30	2.60

**Tabla A4.4: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina (2011)*	0.58	0.12	0.03
Barbados (2006)	1.40	0.80	0.60
Belice (2005)	1.40	1.00	0.60
Bolivia (2014)	1.00	0.32	0.19
Brasil (2005)	6.10	1.20	0.40
Canadá (2012)**	0.90	n/d	n/d
Chile (2012)	0.71	0.11	0.08
Colombia (2013)	0.74	0.17	0.06
Costa Rica (2010)	0.60	0.00	0.00
Ecuador (2013)	0.12	0.07	0.05
El Salvador (2014)	1.39	0.16	0.10
Estados Unidos (2013)	8.00	0.60	0.20
Mexico (2011)	0.90	0.10	n/d
Paraguay (2003)	0.40	0.10	0.10
Perú (2010)	0.16	0.09	0.08
Rep. Dominicana (2010)	0.10	0.03	0.01
Suriname (2007)	4.30	2.60	1.60
Uruguay (2011)***	1.50	0.10	0.10
Venezuela (2011)	0.99	n/d	n/d

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A4.5: Prevalencia de vida y último año de uso de inhalables en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Bolivia (2012)	3.00	0.47	0.45
Brasil (2010)	20.40	6.50	2.90
Colombia (2012)	7.98	0.98	0.28
Ecuador (2012)	2.95	0.25	0.09
El Salvador (2012)	3.20	0.40	0.20
Perú (2012)	2.55	0.69	0.44

**Tabla A4.6: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables alguna vez en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)	35.90	35.60	35.70
Bolivia (2008)	27.90	29.10	28.50
Colombia (2011)	46.40	49.60	48.00
Costa Rica (2012)	43.30	47.60	45.60
Ecuador (2012)	37.75	40.87	39.20
El Salvador (2008)	28.00	25.00	26.40
Haití (2014)	39.84	32.23	35.72
Panamá (2008)	34.10	36.40	35.20
Paraguay (2005)	35.20	32.60	33.70
Perú (2012)	48.13	50.81	49.48
Rep. Dominicana (2008)	39.77	39.47	39.64
Uruguay (2014)	56.10	54.70	55.40
Venezuela (2009)	30.70	26.40	28.40

**Tabla A4.7: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)	67.20	73.70	70.60
Bolivia (2008)	53.90	56.20	55.00
Colombia (2011)	65.10	73.50	69.50
Costa Rica (2012)	62.50	70.80	66.90
Ecuador (2012)	46.95	52.96	49.74
El Salvador (2008)	60.10	63.00	61.60
Haití (2014)	52.61	44.55	48.11
Panamá (2008)	66.80	73.40	70.20
Paraguay (2005)	68.10	74.40	71.60
Perú (2012)	62.02	69.23	65.65
Rep. Dominicana (2008)	61.58	68.89	65.69
Uruguay (2014)	77.40	81.80	79.80
Venezuela (2009)	59.90	62.60	61.30

**Tabla A4.8: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables algunas veces y frecuentemente en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Algunas veces	Frecuentemente
Bolivia (2014)	48.7	81.2
Costa Rica (2010)	88.4	88.3
Ecuador (2013)	73.2	78.5
El Salvador (2014)	83.9	n/d
Mexico (2011)	n/d	80.4
Paraguay (2003)	62.7	80.9
Rep. Dominicana (2010)	91.8	93.5

**Tabla A4.9: Percepción de gran riesgo de uso de inhalables algunas veces y frecuentemente en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Algunas veces	Frecuentemente
Bolivia (2012)	50.5	82.4
Colombia (2012)	32.5	72.9
Ecuador (2012)	50.8	82
Perú (2012)	52.6	86.3

**Tabla A5.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de cocaína en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Antigua-Barbuda (2013)	3.26	1.85	1.52
Argentina (2011)	4.60	2.70	1.50
Bahamas (2011)	1.50	0.70	0.29
Barbados (2013)	2.80	1.65	1.32
Belice (2013)	2.98	1.64	0.82
Bolivia (2008)	3.10	2.00	1.20
Brasil (2010)	3.90	2.10	n/d
Canadá (2010/11)	3.90	2.40	n/d
Chile (2013)	6.03	3.59	1.73
Colombia (2011)	4.05	2.66	1.45
Costa Rica (2012)	1.40	0.80	0.40
Dominica (2011)	2.84	1.31	0.90
Ecuador (2012)	2.20	1.00	0.40
El Salvador (2008)	1.90	1.10	0.50
Estados Unidos (2014)	2.90	1.60	0.70
Grenada (2013)	3.25	2.20	1.61
Guyana (2013)	1.52	1.05	0.66
Haití (2014)	2.16	1.65	0.94
Honduras (2005)	2.14	0.88	0.40
Jamaica (2013)	2.08	1.08	0.51
Panamá (2008)	2.20	1.50	1.20
Paraguay (2005)	1.00	0.70	0.50
Perú (2012)	1.82	0.89	0.64
Rep. Dominicana (2008)	0.76	0.54	0.22
S. Kitts-Nevis (2013)	2.93	1.96	1.46
S. Lucia (2013)	2.95	1.77	1.12
S. Vincent-Grenadines (2013)	1.21	0.64	0.64
Suriname (2006)	0.70	0.17	0.07
Trinidad-Tobago (2013)	2.81	1.49	0.86
Uruguay (2014)	2.70	2.10	0.90
Venezuela (2009)	0.60	0.30	0.30

**Tabla A5.2: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Último año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	3.81	2.79	2.63	1.12
Argentina (2011)	6.60	3.00	3.80	1.80
Bahamas (2011)	2.05	0.87	0.91	0.36
Barbados (2013)	4.39	1.80	2.88	0.88
Belice (2013)	3.82	2.21	2.12	1.20
Bolivia (2008)	4.40	1.90	2.60	1.40
Canadá (2010/11)	4.90	2.90	2.90	1.90
Chile (2013)	7.75	4.36	4.58	2.66
Colombia (2011)	5.30	2.91	3.52	1.88
Costa Rica (2012)	2.00	1.00	1.20	0.40
Dominica (2011)	4.20	1.00	1.76	0.70
Ecuador (2012)	3.07	1.19	1.50	0.42
El Salvador (2008)	2.90	1.10	1.60	0.60
Estados Unidos (2014)	3.20	2.30	2.00	1.20
Grenada (2013)	5.58	0.74	4.17	0.13
Guyana (2013)	2.86	0.63	2.01	0.40
Haití (2014)	2.37	2.03	1.82	1.54
Honduras (2005)	3.17	1.33	1.52	0.37
Jamaica (2013)	3.03	1.35	1.71	0.57
Panamá (2008)	2.80	1.70	1.90	1.30
Paraguay (2005)	1.40	0.60	0.90	0.50
Perú (2012)	2.31	1.34	1.19	0.59
Rep. Dominicana (2008)	1.14	0.47	0.77	0.36
S. Kitts-Nevis (2013)	3.38	2.58	2.71	1.29
S. Lucia (2013)	4.17	1.70	3.01	0.44
S. Vincent-Grenadines (2013)	0.77	1.55	0.58	0.69
Suriname (2006)	1.50	0.06	0.39	n/d
Trinidad-Tobago (2013)	3.54	2.14	2.22	0.84
Uruguay (2014)	3.70	2.00	2.40	1.80
Venezuela (2009)	1.00	0.40	0.60	0.10

**Tabla A5.3: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína estudiantes secundarios por grado.**

País (año último estudio)	Vida			Último año		
	8º	10º	12º	8º	10º	12º
Antigua-Barbuda (2013)	4.13	2.30	3.34	2.36	1.95	1.02
Argentina (2011)	3.40	5.20	6.00	2.00	2.90	3.60
Bahamas (2011)	1.56	1.96	0.76	0.94	0.83	0.13
Barbados (2013)	2.32	3.25	2.81	2.09	0.95	1.61
Belice (2013)	3.41	2.98	1.27	1.86	1.76	0.42
Bolivia (2008)	2.30	3.20	3.60	1.60	2.20	2.10
Canadá (2010/11)	1.50	3.10	7.30	1.00	1.90	4.40
Chile (2013)	4.39	5.85	8.48	2.63	3.41	5.15
Colombia (2011)	2.58	4.69	5.67	1.96	2.97	3.44
Costa Rica (2012)	1.50	1.30	1.60	0.70	0.60	1.10
Dominica (2011)	2.11	3.05	4.91	1.05	1.43	1.79
Ecuador (2012)	1.09	2.12	3.81	0.50	1.01	1.66
El Salvador (2008)	1.70	2.40	1.80	1.00	1.30	1.00
Estados Unidos (2014)	1.8	2.6	4.6	1.00	1.5	2.60
Grenada (2013)	4.10	3.38	2.14	3.17	1.88	1.43
Guyana (2013)	1.36	1.52	1.72	1.21	0.92	0.99
Haití (2014)	2.48	2.01	1.99	2.05	1.38	1.50
Honduras (2005)	1.45	2.21	3.36	0.56	0.94	0.37
Jamaica (2013)	1.99	2.80	1.54	1.26	1.26	0.79
Panamá (2008)	3.20	2.30	0.50	3.00	1.00	0.30
Paraguay (2005)	0.60	1.20	1.20	0.40	0.90	0.80
Perú (2012)	1.52	2.15	1.84	0.90	1.01	0.74
Rep. Dominicana (2008)	0.72	0.82	0.74	0.36	0.73	0.56
S. Kitts-Nevis (2013)	5.98	0.43	2.05	4.27	0.00	1.37
S. Lucia (2013)	4.08	2.26	2.33	3.17	0.62	1.30
S. Vincent-Grenadines (2013)	1.72	1.34	0.35	0.43	1.11	0.35
Suriname (2006)	0.46	0.28	1.19	0.16	0.00	0.32
Trinidad-Tobago (2013)	2.66	3.14	2.69	1.50	1.71	1.33
Uruguay (2014)	1.30	3.10	5.00	1.00	2.40	3.80
Venezuela (2009)	0.6	0.7	0.9	n/d	n/d	n/d

**Tabla A5.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de cocaína en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina (2011)*	3.08	0.68	0.32
Barbados (2006)	0.79	0.14	0.04
Belice (2005)	1.42	0.71	0.61
Bolivia (2014)	0.83	0.33	0.05
Brasil (2005)	2.90	0.70	0.40
Canadá (2012)**	8.70	1.30	0.80
Chile (2012)	4.68	0.86	0.40
Colombia (2013)	3.23	0.70	0.40
Costa Rica (2010)	2.90	0.90	0.60
Ecuador (2013)	0.12	0.08	0.05
El Salvador (2014)	2.74	0.27	0.11
Estados Unidos (2013)	14.30	1.60	0.60
México (2011)	3.30	0.50	n/d
Paraguay (2003)	0.70	0.20	0.20
Perú (2010)	1.76	0.42	0.29
Rep. Dominicana (2010)	1.03	0.28	0.21
Suriname (2007)	0.90	0.30	0.20
Uruguay (2011)***	6.20	1.90	0.90
Venezuela (2011)	1.61	0.53	0.34

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A5.5: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Último año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Argentina (2011)*	5.15	1.06	1.23	0.15
Barbados (2006)	1.00	0.70	0.30	0.00
Belice (2005)	1.68	1.18	0.69	0.73
Bolivia (2014)	1.32	0.44	0.43	0.25
Brasil (2005)	5.40	1.20	n/d	n/d
Canadá (2012)**	11.60	5.80	1.70	n/d
Chile (2012)	7.29	2.13	1.28	0.45
Colombia (2013)	5.47	1.12	1.23	0.20
Costa Rica (2010)	4.70	1.10	1.40	0.30
Ecuador (2013)	0.13	0.11	0.10	0.07
El Salvador (2014)	5.75	0.50	0.54	0.07
Estados Unidos (2013)	17.80	11.10	2.20	1.00
México (2011)	5.90	0.70	0.90	0.10
Paraguay (2003)	1.10	0.30	0.20	0.20
Perú (2010)	3.31	0.45	0.76	0.13
Rep. Dominicana (2010)	2.19	0.28	0.61	0.06
Suriname (2007)	1.60	0.41	0.57	0.10
Uruguay (2011)***	9.30	3.50	3.10	0.90
Venezuela (2011)	2.63	0.58	0.94	0.12

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A5.6: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en población general por grupo de edad.**

País (año último estudio)	Vida			Último año		
	12 a 17	18 a 34	35 a 64	12 a 17	18 a 34	35 a 64
Argentina (2011)*	2.32	4.46	2.02	1.22	1.18	0.22
Barbados (2006)	0.00	0.57	1.13	0.00	0.31	0.04
Belice (2005)	0.73	1.90	1.29	0.10	0.91	0.84
Bolivia (2014)	0.44	1.55	0.32	0.11	0.75	0.02
Brasil (2005)	0.50	4.70	4.30	n/d	n/d	n/d
Canadá (2012)**	n/d	9.90	8.80	n/d	3.10	n/d
Chile (2012)	0.31	6.86	4.41	0.13	1.77	0.45
Colombia (2013)	0.80	4.60	2.85	0.33	1.48	0.17
Costa Rica (2010)	0.90	4.90	2.10	0.30	1.60	0.30
Ecuador (2013)	0.13	0.13	0.10	n/d	n/d	n/d
El Salvador (2014)	0.68	2.37	3.60	0.25	0.39	0.16
Estados Unidos (2013)	0.86	15.38	15.92	0.53	3.91	0.75
México (2011)	0.70	5.20	2.50	0.40	0.80	0.30
Paraguay (2003)	0.28	0.87	0.57	0.28	0.26	0.10
Perú (2010)	0.27	2.59	1.51	0.17	0.68	0.28
Rep. Dominicana (2010)	0.17	1.46	0.89	0.17	0.37	0.23
Suriname (2007)	0.72	1.09	0.78	0.00	0.30	0.36
Uruguay (2011)***	2.80	11.20	3.00	0.80	4.00	0.60

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años



**Tabla A5.7: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de cocaína en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo año	Ultimo mes
Bolivia (2012)	1.55	0.24	0.03
Brasil (2010)	7.70	3.00	1.80
Colombia (2012)	7.00	2.12	0.87
Ecuador (2012)	4.20	1.20	0.30
El Salvador (2012)	2.30	0.43	0.20
Perú (2012)	2.78	0.49	0.14
Venezuela (2014)	0.65	0.29	0.06

**Tabla A5.8: Prevalencia de vida y último año de uso de cocaína en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Ultimo año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Bolivia (2012)	2.87	0.59	0.44	0.10
Brasil (2010)	11.30	5.00	4.80	1.60
Colombia (2012)	10.55	3.93	3.33	1.07
Ecuador (2012)	7.00	1.90	2.40	0.20
El Salvador (2012)	4.00	0.80	0.44	0.42
Perú (2012)	4.46	1.19	0.89	0.11
Venezuela (2014)	1.06	0.36	0.46	0.17

**Tabla A5.9: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)	30.30	26.00	27.90
Bahamas (2011)	65.50	64.10	64.80
Bolivia (2008)	29.80	29.10	29.40
Chile (2013)	37.45	36.25	36.86
Colombia (2011)	38.30	39.80	39.10
Costa Rica (2012)	41.80	40.80	41.20
Ecuador (2012)	27.10	26.87	26.99
El Salvador (2008)	40.40	35.80	37.90
Estados Unidos (2014)#	50.90	47.80	49.30
Haití (2014)	60.85	52.91	56.49
Panamá (2008)	42.80	39.10	40.40
Perú (2012)	28.60	25.96	27.27
Rep. Dominicana (2008)	53.19	49.20	50.95
Suriname (2006)	79.50	79.00	79.20
Uruguay (2014)	<b>37.90</b>	30.10	33.60
Venezuela (2009)	46.20	44.30	45.20

# Pregunta refiera a "probar cocaína una o dos veces" en lugar de usar "algunas veces"

**Tabla A5.10: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)	75.10	81.20	78.30
Bahamas (2011)	74.50	78.00	76.30
Bolivia (2008)	65.30	69.50	67.40
Chile (2013)	47.13	47.79	47.42
Colombia (2011)	67.10	73.70	70.50
Costa Rica (2012)	65.50	74.90	n/d
Ecuador (2012)	52.11	59.87	55.71
El Salvador (2008)	75.80	78.00	77.00
Haití (2014)	68.64	60.88	64.26
Panamá (2008)	73.50	80.50	77.10
Perú (2012)	65.47	70.70	68.10
Rep. Dominicana (2008)	78.34	83.38	81.17
Suriname (2006)	89.80	89.30	89.50
Uruguay (2014)	82.70	84.00	83.40
Venezuela (2009)	69.20	76.80	73.20

**Tabla A5.11: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína algunas veces en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)*	84.2	86.6	85.4
Bolivia (2014)	61.6	62.0	61.8
Chile (2012)	73.3	75.1	74.2
Colombia (2013)	84.7	87.8	86.3
Costa Rica (2010)	88.4	87.9	88.2
Ecuador (2013)	66.2	67.5	66.9
El Salvador (2014)	68.8	67.4	68.0
Estados Unidos (2013)#	n/d	n/d	69.2
Perú (2010)	79.9	81.3	80.6
Rep. Dominicana (2010)	85.5	87.4	86.6
Uruguay (2011)**	63.2	70.2	66.9

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años.

#Pregunta es sobre uso "una vez al mes" en lugar de "algunas veces"

**Tabla A5.12: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína frecuentemente en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)*	96.5	96.8	96.6
Bolivia (2014)	83.8	83.2	83.5
Chile (2012)	94.6	95.1	94.8
Colombia (2013)	94.6	95.6	95.1
Costa Rica (2010)	88.6	88.8	88.7
Ecuador (2013)	83.0	81.3	82.1
El Salvador (2014)	94.7	94.0	94.3
Estados Unidos (2013)#	n/d	n/d	87.3
Mexico (2011)	79.9	84.3	82.2
Perú (2010)	93.9	94.5	94.2
Rep. Dominicana (2010)	95.4	97.1	96.4
Uruguay (2011)**	89.6	91.8	90.8

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años.

#Pregunta es sobre el uso "una o dos veces a la semana" en lugar de "frecuentemente".

**Tabla A5.13: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína algunas veces en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	58.0	56.0	57.0
Colombia (2012)	61.5	64.2	62.9
Ecuador (2012)	65.0	67.0	66.0
El Salvador (2012)	63.0	59.6	61.2
Perú (2012)	65.0	63.5	64.2

**Tabla A5.14: Percepción de gran riesgo de uso de cocaína frecuentemente en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	84.0	88.0	86.0
Colombia (2012)	89.4	92.9	91.3
Ecuador (2012)	87.0	94.0	91.0
El Salvador (2012)	90.1	93.5	91.9
Perú (2012)	90.2	92.9	91.6

**Tabla A5.15: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de cocaína en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Fácil Acceso	Oferta Directa	
		Último Mes	Último Año
Antigua-Barbuda (2013)	10.7	2.5	5.4
Argentina (2011)	20.9	3.4	7.0
Bahamas (2011)	10.9	1.0	2.4
Barbados (2013)	12.1	2.6	4.5
Belice (2013)	13.2	3.6	6.7
Bolivia (2008)	n/d	1.7	n/d
Chile (2013)	10.8	4.5	8.6
Colombia (2011)	12.1	n/d	n/d
Costa Rica (2012)	n/d	1.5	2.9
Dominica (2011)	13.9	1.7	3.4
Ecuador (2012)	6.9	2.4	5.2
El Salvador (2008)	11.1	6.5	15.1
Grenada (2013)	11.8	2.1	4.7
Guyana (2013)	6.8	1.7	3.4
Haití (2014)	3.73	0.6	2.0
Jamaica (2013)	5.5	1.0	2.3
Panamá (2008)	12.6	n/d	n/d
Paraguay (2005)	7.7	1.6	2.8
Perú (2012)	9.5	2.0	4.9
Rep. Dominicana (2008)	8.5	0.6	2.0
S. Kitts-Nevis (2013)	7.5	0.9	3.3
S. Lucía (2013)	8.9	0.9	3.2
S. Vincent-Grenadines (2013)	8.3	0.7	2.0
Suriname (2006)	13.0	1.3	1.9
Trinidad-Tobago (2013)	15.8	2.0	4.0
Uruguay (2014)	15.6	2.9	6.1
Venezuela (2009)	3.6	n/d	n/d

**Tabla A5.16: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de Cocaína en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Fácil Acceso	Oferta Directa	
		Último Mes	Último Año
Bolivia (2012)	11.0	2.5	8.4
Colombia (2012)	25.8	4.8	13.6
Ecuador (2012)	25.8	4.8	13.6
El Salvador (2012)	12.3	1.9	7.1
Perú (2012)	14.4	2.3	9.2

**Tabla A5.17: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de pasta base en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina (2011)	2.10	1.00	0.60
Bolivia (2008)	1.90	1.30	0.80
Chile (2013)	4.25	2.17	1.04
Colombia (2011)	0.79	0.53	0.22
Ecuador (2012)	1.20	0.60	0.20
Perú (2012)	1.88	0.86	0.66
Uruguay (2014)	0.90	0.50	0.10

**Tabla A5.18: Prevalencia de vida y último año de uso de pasta base en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Último año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Argentina (2011)	2.70	1.60	1.30	0.80
Bolivia (2008)	2.90	1.10	1.80	0.90
Chile (2013)	5.13	3.42	2.89	1.48
Colombia (2011)	1.04	0.56	0.72	0.36
Ecuador (2012)	1.80	0.50	0.88	0.27
Perú (2012)	2.54	1.23	1.16	0.55
Uruguay (2014)	1.00	0.80	0.30	0.60

**Tabla A5.19: Prevalencia de vida y de último año de uso de pasta base en población escolar por grado.**

País (año último estudio)	Vida			Último año		
	8º	10º	12º	8º	10º	12º
Argentina (2011)	2.30	2.20	1.60	1.20	1.10	0.60
Bolivia (2008)	1.90	2.20	1.70	1.40	1.50	1.00
Chile (2013)	4.22	4.26	4.28	2.23	2.04	2.27
Colombia (2011)	0.89	0.78	0.64	0.59	0.58	0.37
Ecuador (2012)	0.83	1.17	1.74	0.44	0.61	0.80
Perú (2012)	1.64	1.90	2.16	1.03	0.77	0.74
Uruguay (2014)	0.80	0.90	0.90	0.50	0.50	0.40

**Tabla A5.20: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de pasta base en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina (2011) *	0.29	0.04	0.01
Belice (2005)	0.10	0.10	0.10
Bolivia (2014)	0.20	0.06	0.04
Chile (2012)	1.88	0.42	0.21
Colombia (2013)	1.18	0.21	0.17
Ecuador (2013)	0.02	0.00	0.00
Paraguay (2003)	0.10	0.10	0.00
Perú (2010)	1.49	0.47	0.31
Uruguay (2011)**	1.10	0.40	0.20
Venezuela (2011)	0.40	0.05	0.02

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años.

**Tabla A5.21: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de pasta base en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Bolivia (2012)	0.30	0.10	0.00
Colombia (2012)	0.64	0.08	0.03
Ecuador (2012)	2.30	0.50	0.20
Perú (2012)	0.88	0.15	0.01
Venezuela (2014)	0.06	n/d	n/d

**Tabla A5.22: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)	42.50	34.50	38.10
Chile (2013)	47.66	46.80	47.26
Colombia (2011)	41.00	41.90	41.40
Ecuador (2012)	26.33	24.84	25.64
Paraguay (2005)	50.30	46.60	48.30
Perú (2012)	30.09	28.00	29.04
Uruguay (2014)	49.30	37.10	42.60

**Tabla A5.23: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)	74.20	77.70	76.00
Colombia (2011)	66.90	73.80	70.50
Ecuador (2012)	42.24	43.75	42.94
Paraguay (2005)	77.30	84.00	81.00
Perú (2012)	61.62	65.19	63.42
Uruguay (2014)	84.40	85.90	85.20

**Tabla A5.24: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base algunas veces en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011) *	89.9	90.1	90.0
Bolivia (2014)	57.3	58.1	57.7
Chile (2012)	82.1	81.2	81.6
Colombia (2013)	81.2	80.2	80.7
Ecuador (2013)	68.8	71.4	70.2
El Salvador (2014)	65.8	65.8	65.8
Paraguay (2003)	71.6	72.2	71.9
Perú (2010)	81.2	82.5	81.9
Uruguay (2011) **	86.1	87.8	87.0

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A5.25: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base frecuentemente en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011) *	95.8	96.4	96.1
Chile (2012)	95.2	95.5	95.4
Colombia (2013)	86.4	84.6	85.5
Ecuador (2013)	77.6	76.0	76.7
El Salvador (2014)	94.6	92.1	93.2
Paraguay (2003)	86.0	86.0	86.0
Perú (2010)	93.5	93.7	93.6
Uruguay (2011) **	94.1	95.9	95.0

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A5.28: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de pasta base en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Fácil Acceso	Oferta Directa	
		Ultimo Mes	Ultimo Año
Argentina (2011)	16.1	1.5	3.3
Chile (2013)	8.9	3.5	6.1
Colombia (2011)	15.4	n/d	n/d
Ecuador (2012)	3.9	1.6	2.9
Paraguay (2005)	6.0	1.4	2.1
Perú (2012)	6.4	1.1	3.0
Uruguay (2014)	14.7	1.1	2.8

**Tabla A5.26: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base algunas veces en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	59.0	55.0	57.0
Colombia (2012)	71.1	69.4	70.2
Ecuador (2012)	69.0	68.0	68.0
Perú (2012)	70.6	68.9	69.7

**Tabla A5.27: Percepción de gran riesgo de fumar pasta base frecuentemente en estudiantes universitarios por Sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	73.0	73.0	73.0
Colombia (2012)	84.8	86.3	85.6
Ecuador (2012)	81.0	87.0	84.0
Perú (2012)	88.3	90.0	89.2

**Tabla A5.29: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de crack en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Antigua-Barbuda (2013)	2.76	1.70	1.26
Argentina (2011)	0.60	n/d	n/d
Bahamas (2011)	1.06	0.51	0.29
Barbados (2013)	2.30	1.50	1.32
Belice (2013)	1.75	0.72	0.56
Brasil (2010)	0.60	0.40	n/d
Costa Rica (2012)	0.60	0.30	0.20
Dominica (2011)	2.30	0.86	0.63
Ecuador (2012)	0.70	0.30	0.10
El Salvador (2008)	1.20	0.60	0.40
Estados Unidos (2014)	1.3	0.7	0.40
Grenada (2013)	3.29	2.20	1.47
Guyana (2013)	2.07	1.10	0.45
Haití (2014)	2.34	1.71	0.96
Honduras (2005)	0.43	0.21	0.10
Jamaica (2013)	2.03	1.11	0.62
Panamá (2008)	1.20	1.00	1.00
Paraguay (2005)	0.30	0.00	0.00
Perú (2012)	0.33	n/d	n/d
Rep. Dominicana (2008)	0.74	0.45	0.19
S. Kitts-Nevis (2013)	3.38	2.10	1.78
S. Lucía (2013)	2.34	1.62	1.24
S. Vincent-Grenadines (2013)	0.72	0.65	0.57
Suriname (2006)	0.66	0.32	n/d
Trinidad-Tobago (2013)	2.17	1.14	0.70
Uruguay (2014)	0.20	n/d	n/d
Venezuela (2009)	0.50	0.20	0.20

**Tabla A5.30: Prevalencia de vida y de último año de uso de crack en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Último año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	3.76	1.84	2.79	0.64
Argentina (2011)	1.00	0.30	n/d	n/d
Bahamas (2011)	1.52	0.51	0.76	0.15
Barbados (2013)	3.35	1.71	2.61	0.80
Belice (2013)	2.33	1.20	0.95	0.50
Costa Rica (2012)	1.00	0.30	0.50	0.20
Dominica (2011)	3.36	0.90	1.09	0.50
Ecuador (2012)	0.90	0.50	0.30	0.30
El Salvador (2008)	1.80	0.70	0.90	0.30
Estados Unidos (2014)	1.40	1.20	0.80	0.60
Grenada (2013)	4.88	1.58	3.72	0.67
Guyana (2013)	3.32	1.24	2.13	0.41
Haití (2014)	2.63	1.91	1.93	1.40
Jamaica (2013)	2.75	1.48	1.64	0.68
Panamá (2008)	1.40	1.00	1.10	1.00
Paraguay (2005)	0.50	0.20	0.00	0.00
Perú (2012)	0.48	0.19	n/d	n/d
Rep. Dominicana (2008)	1.26	0.33	0.79	0.19
S. Kitts-Nevis (2013)	4.38	2.52	3.72	0.63
S. Lucía (2013)	4.21	0.81	3.56	0.00
S. Vincent-Grenadines (2013)	0.58	0.83	0.41	0.83
Suriname (2006)	1.10	0.30	0.42	0.23
Trinidad-Tobago (2013)	3.00	1.33	1.89	0.48
Uruguay (2014)	0.20	0.20	n/d	n/d
Venezuela (2009)	0.80	0.30	0.40	0.10

**Tabla A5.31: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de crack en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo año	Ultimo mes
Argentina (2011)*	0.08	0.01	0.01
Barbados (2006)	0.20	n/d	n/d
Belice (2005)	0.50	n/d	n/d
Bolivia (2014)	0.40	n/d	n/d
Brasil (2005)	0.70	0.10	0.10
Chile (2012)	0.07	0.00	0.00
Costa Rica (2010)	1.20	0.30	0.20
El Salvador (2014)	1.13	0.20	0.08
Estados Unidos (2013)	3.40	0.20	0.10
Mexico (2011)	1.00	0.10	n/d
Paraguay (2003)	0.04	0.02	0.02
Rep. Dominicana (2010)	0.36	0.07	0.05
Suriname (2007)	0.30	n/d	n/d
Uruguay (2011)**	0.40	n/d	n/d
Venezuela (2011)	0.55	0.20	0.16

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años.

**Tabla A6.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de "éxtasis" en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Ultimo año	Ultimo mes
Antigua-Barbuda (2013)	3.73	n/d	n/d
Argentina (2011)	2.10	1.20	0.70
Bahamas (2011)	1.06	n/d	n/d
Barbados (2013)	2.40	n/d	n/d
Belice (2013)	2.42	n/d	n/d
Bolivia (2008)	1.60	n/d	n/d
Brasil (2010)	1.50	n/d	n/d
Canadá (2010/11)	7.60	5.00	n/d
Chile (2013)	3.51	1.90	0.87
Colombia (2011)	1.59	1.00	0.45
Costa Rica (2012)	0.50	0.40	0.10
Dominica (2011)	2.57	n/d	n/d
Ecuador (2012)	1.10	0.50	0.20
El Salvador (2008)	0.80	n/d	n/d
Estados Unidos (2014)	3.50	2.20	0.80
Grenada (2013)	1.88	n/d	n/d
Guyana (2013)	1.69	n/d	n/d
Haití (2014)	0.88	n/d	n/d
Honduras (2005)	0.24	0.08	0.05
Jamaica (2013)	1.62	n/d	n/d
Panamá (2008)	1.40	1.00	0.90
Paraguay (2005)	0.30	0.00	0.00
Perú (2012)	1.44	0.87	0.57
Rep. Dominicana (2008)	0.50	n/d	n/d
S. Kitts-Nevis (2013)	1.45	n/d	n/d
S. Lucia (2013)	1.78	n/d	n/d
S. Vincent-Grenadines (2013)	0.39	n/d	n/d
Suriname (2006)	1.45	n/d	n/d
Trinidad-Tobago (2013)	1.55	n/d	n/d
Uruguay (2014)	1.00	0.80	0.20
Venezuela (2009)	0.50	0.30	0.20

**Tabla A6.2: Prevalencia de vida y último año de uso de "éxtasis" en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Vida		Ultimo año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	5.51	2.03	n/d	n/d
Argentina (2011)	2.80	1.50	1.70	0.80
Bahamas (2011)	1.22	0.87	n/d	n/d
Barbados (2013)	3.48	1.80	n/d	n/d
Belice (2013)	3.82	1.10	n/d	n/d
Bolivia (2008)	3.00	0.75	n/d	n/d
Canadá (2010/11)	7.90	7.40	5.50	4.40
Chile (2013)	4.13	2.89	2.16	1.65
Colombia (2011)	1.93	1.28	1.19	0.82
Costa Rica (2012)	0.70	0.30	0.60	0.20
Dominica (2011)	3.86	1.00	n/d	n/d
Ecuador (2012)	1.60	0.50	0.70	0.20
El Salvador (2008)	1.00	0.70	n/d	n/d
Estados Unidos (2014)	3.90	3.30	2.60	1.90
Grenada (2013)	2.93	0.80	n/d	n/d
Guyana (2013)	2.36	1.25	n/d	n/d
Haití (2014)	1.10	0.56	n/d	n/d
Honduras (2005)	n/d	n/d	n/d	n/d
Jamaica (2013)	2.14	1.25	n/d	n/d
Panamá (2008)	1.40	1.40	1.00	1.10
Paraguay (2005)	0.50	0.20	0.00	0.00
Perú (2012)	1.61	1.28	1.11	0.63
Rep. Dominicana (2008)	0.62	0.41	n/d	n/d
S. Kitts-Nevis (2013)	2.03	0.95	n/d	n/d
S. Lucia (2013)	2.43	0.97	n/d	n/d
S. Vincent-Grenadines (2013)	0.56	0.27	n/d	n/d
Suriname (2006)	2.62	0.50	n/d	n/d
Trinidad-Tobago (2013)	2.00	1.12	n/d	n/d
Uruguay (2014)	1.10	0.90	0.80	0.80
Venezuela (2009)	0.80	0.30	0.40	0.10



**Tabla A6.3: Prevalencia de vida y último año de uso de "éxtasis" en estudiantes secundarios por grado.**

País (año último estudio)	Vida			Último año		
	8º	10º	12º	8º	10º	12º
Antigua-Barbuda (2013)	2.66	4.24	4.52	n/d	n/d	n/d
Argentina (2011)	1.70	2.50	2.40	1.10	1.50	1.10
Bahamas (2011)	0.83	0.62	1.89	n/d	n/d	n/d
Barbados (2013)	0.93	2.70	3.22	n/d	n/d	n/d
Belice (2013)	2.27	2.85	1.69	n/d	n/d	n/d
Canadá (2010/11)	2.90	8.20	11.90	2.20	5.80	7.00
Chile (2013)	3.64	3.57	3.26	2.12	2.02	1.45
Colombia (2011)	1.23	2.05	1.55	0.87	1.31	0.79
Costa Rica (2012)	0.50	0.20	0.70	0.30	0.40	0.50
Dominica (2011)	1.69	3.15	3.57	n/d	n/d	n/d
El Salvador (2008)	0.80	0.60	1.20	n/d	n/d	n/d
Estados Unidos (2014)	1.40	3.70	5.60	0.9	2.3	3.6
Grenada (2013)	1.86	1.88	1.90	n/d	n/d	n/d
Guyana (2013)	1.36	2.03	1.69	n/d	n/d	n/d
Haití (2014)	0.76	0.93	0.95	n/d	n/d	n/d
Jamaica (2013)	0.97	2.17	1.62	n/d	n/d	n/d
Panamá (2008)	2.80	0.10	0.40	2.60	0.30	0.00
Paraguay (2005)	0.40	0.60	0.50	0.30	0.50	0.30
Perú (2012)	1.82	1.30	1.16	1.15	0.78	0.62
Rep. Dominicana (2008)	0.21	0.56	0.84	n/d	n/d	n/d
S. Kitts-Nevis (2013)	2.14	1.29	0.68	n/d	n/d	n/d
S. Lucia (2013)	2.49	1.44	1.30	n/d	n/d	n/d
S. Vincent-Grenadines (2013)	0.43	0.67	0.00	n/d	n/d	n/d
Suriname (2006)	0.76	0.98	2.15	n/d	n/d	n/d
Trinidad-Tobago (2013)	1.17	1.91	1.58	n/d	n/d	n/d
Uruguay (2014)	0.40	1.30	1.60	0.40	1.10	1.10
Venezuela (2009)	0.60	0.50	0.60	n/d	n/d	n/d

**Tabla A6.4: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de "éxtasis" en población general.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Argentina (2011)*	0.87	0.08	0.02
Barbados (2006)	0.70	0.30	0.10
Belice (2005)	0.50	0.50	0.10
Bolivia (2014)	0.04	0.01	0.00
Canadá (2012)**	5.30	0.80	n/d
Chile (2012)	0.43	0.05	0.02
Colombia (2013)	0.71	0.19	0.02
Costa Rica (2010)	0.30	0.20	0.10
Ecuador (2013)	0.01	0.01	0.00
El Salvador (2014)	0.15	0.00	0.00
Estados Unidos (2013)	6.80	1.00	0.30
Paraguay (2003)	0.10	0.10	0.00
Perú (2010)	0.19	0.04	0.00
Rep. Dominicana (2010)	0.23	0.23	0.04
Suriname (2007)	0.10	n/d	n/d
Uruguay (2011)***	1.50	0.20	0.10
Venezuela (2011)	0.56	0.13	0.05

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A6.5: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de "éxtasis" en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Bolivia (2012)	0.57	0.01	0.01
Brasil (2010)	7.50	3.10	1.90
Colombia (2012)	3.15	0.75	0.21
Ecuador (2012)	1.42	0.27	0.06
El Salvador (2012)	0.16	0.05	0.00
Perú (2012)	1.09	0.28	0.08
Venezuela (2014)	0.45	0.24	0.08

Tabla A6.6: Prevalencia de vida y último año de uso de “éxtasis” en estudiantes universitarios por sexo.

País (año último estudio)	Vida		Ultimo año	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Bolivia (2012)	0.76	0.42	0.01	0.00
Brasil (2010)	11.00	4.90	4.70	1.90
Colombia (2012)	4.45	2.03	1.05	0.49
Ecuador (2012)	2.60	0.40	0.60	0.00
El Salvador (2012)	0.31	0.03	0.10	0.00
Perú (2012)	1.78	0.44	0.51	0.07
Venezuela (2014)	0.82	0.19	0.38	0.14

Tabla A6.7: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” algunas veces en estudiantes secundarios por sexo.

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Antigua-Barbuda (2013)	36.10	44.00	40.00
Argentina (2011)	33.10	29.90	31.40
Bahamas (2011)	49.60	54.70	52.20
Barbados (2013)	43.40	48.60	46.50
Belice (2013)	45.10	47.60	46.40
Bolivia (2008)	27.70	27.70	27.60
Canadá (2010-11)	43.10	48.10	46.10
Chile (2013)	46.44	48.16	47.35
Colombia (2011)	40.10	42.10	41.10
Costa Rica (2012)	39.90	43.20	41.60
Dominica (2011)	42.20	51.00	46.20
Ecuador (2012)	27.30	27.30	27.30
El Salvador (2008)	37.00	35.30	36.10
Estados Unidos 2014)#	34.80	36.60	35.70
Grenada (2013)	34.10	38.30	36.40
Guyana (2013)	38.60	42.40	40.90
Honduras (2005)	n/d	n/d	72.00
Jamaica (2013)	34.40	49.20	43.00
Panamá (2008)	42.80	41.20	41.70
Paraguay (2005)	42.90	42.50	42.70
Perú (2012)	29.91	28.20	29.05
Rep. Dominicana (2008)	52.70	50.55	51.46
S. Kitts-Nevis (2013)	38.80	35.20	37.00
S. Lucía (2013)	34.60	46.00	40.80
S. Vincent-Grenadines (2013)	29.10	34.60	32.20
Suriname (2006)	48.60	44.60	46.40
Trinidad-Tobago (2013)	48.10	51.00	49.70
Uruguay (2014)	36.10	32.60	34.10
Venezuela (2009)	38.30	36.00	37.10

# Pregunta refería a usar “al menos alguna vez en la vida” en lugar de usar “algunas veces”.

**Tabla A6.8: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” frecuentemente en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Antigua-Barbuda (2013)	55.30	64.30	59.80
Argentina (2011)	70.90	76.40	73.80
Bahamas (2011)	61.30	65.90	63.60
Barbados (2013)	62.50	71.50	67.70
Belice (2013)	60.40	68.00	64.30
Bolivia (2008)	53.70	57.10	55.40
Canadá (2010-11)	69.80	80.40	75.40
Colombia (2011)	65.10	73.30	69.40
Costa Rica (2012)	60.70	69.90	65.50
Dominica (2011)	52.60	64.40	57.90
Ecuador (2012)	45.30	50.10	47.60
El Salvador (2008)	70.40	77.10	74.00
Grenada (2013)	43.90	56.50	50.60
Guyana (2013)	50.70	57.10	54.50
Honduras (2005)	n/d	n/d	79.20
Jamaica (2013)	48.20	64.60	57.70
Panamá (2008)	70.10	77.90	74.20
Paraguay (2005)	69.20	77.10	73.60
Perú (2012)	61.78	66.75	64.28
S. Kitts-Nevis (2013)	44.20	49.70	47.00
S. Lucía (2013)	51.60	60.50	56.40
S. Vincent-Grenadines (2013)	43.00	48.90	46.40
Suriname (2006)	67.50	65.10	66.20
Trinidad-Tobago (2013)	61.10	68.30	64.90
Uruguay (2014)	68.20	72.00	73.30
Venezuela (2009)	59.60	64.20	62.00

**Tabla A6.9: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” algunas veces en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)*	81.8	84.6	83.2
Bolivia (2014)	55.9	55.7	55.8
Canadá (2012)**	72.4	80.2	76.5
Chile (2012)	79.7	80.8	80.3
Colombia (2013)	83.5	85.0	84.3
Costa Rica (2010)	85.3	85.7	85.5
Ecuador (2013)	67.9	68.8	68.4
El Salvador (2014)	67.8	68.0	67.9
Paraguay (2003)	49.9	52.3	51.3
Perú (2010)	81.3	81.7	81.5
Rep. Dominicana (2010)	89.4	90.7	90.2
Uruguay (2011)**	70.2	75.3	72.9

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá and Uruguay: Población de 15 - 65 años.

**Tabla A6.10: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” frecuentemente en población general por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Argentina (2011)*	90.5	92.7	91.6
Bolivia (2014)	74.5	74.8	74.7
Canadá (2012)**	95.7	96.0	95.9
Colombia (2013)	91.4	91.2	91.3
Costa Rica (2010)	85.5	85.6	85.6
Ecuador (2013)	79.1	76.9	77.9
El Salvador (2014)	91.5	89.6	90.4
Mexico (2011)	n/d	n/d	n/d
Paraguay (2003)	59.6	61.0	60.4
Perú (2010)	92.3	92.0	92.1
Rep. Dominicana (2010)	96.0	97.2	96.8
Uruguay (2011)**	82.6	84.7	83.7

\*Argentina: Población de 16 - 64 años.

\*\*Canadá: Población de 15 - 64 años.

\*\*\*Uruguay: Población de 15 - 65 años

**Tabla A6.11: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” algunas veces En estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	53.0	56.0	55.0
Colombia (2012)	56.6	63.2	60.1
Ecuador (2012)	62.0	68.0	65.0
El Salvador (2012)	63.0	62.3	62.6
Perú (2012)	65.7	66.8	66.3

**Tabla A6.12: Percepción de gran riesgo de uso de “éxtasis” frecuentemente en estudiantes universitarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Bolivia (2012)	75.0	80.0	77.0
Colombia (2012)	83.8	89.4	86.7
Ecuador (2012)	82.0	89.0	86.0
El Salvador (2012)	88.6	90.6	89.7
Perú (2012)	87.6	90.5	89.1

**Tabla A6.13: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (Último año y último mes) de “éxtasis” en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Fácil Acceso	Oferta Directa	
		Ultimo Mes	Ultimo Año
Antigua-Barbuda (2013)	11.5	3.6	7.0
Argentina (2011)	19.8	1.5	3.1
Bahamas (2011)	9.3	1.1	2.5
Barbados (2013)	11.4	2.2	4.2
Belice (2013)	10.0	3.4	6.1
Bolivia (2008)	n/d	1.3	n/d
Chile (2013)	n/d	3.4	6.0
Colombia (2011)	10.5	n/d	n/d
Costa Rica (2012)	n/d	0.8	1.7
Dominica (2011)	8.4	1.2	2.2
Ecuador (2012)	4.4	1.7	3.2
El Salvador (2008)	5.5	5.1	6.2
Estados Unidos (2013)	21.4	n/d	n/d
Grenada (2013)	5.9	2.2	3.6
Guyana (2013)	6.8	1.2	2.7
Haití (2014)	3.5	0.8	1.4
Jamaica (2013)	4.5	1.3	2.4
Panamá (2008)	4.7	n/d	n/d
Paraguay (2005)	4.8	1.3	1.8
Perú (2012)	5.7	1.3	3.1
Rep. Dominicana (2008)	5.8	0.4	1.3
S. Kitts-Nevis (2013)	4.5	0.5	2.2
S. Lucia (2013)	6.6	1.1	2.8
S. Vincent-Grenadines (2013)	4.6	0.7	1.0
Suriname (2006)	11.7	1.2	2.1
Trinidad-Tobago (2013)	9.4	1.5	3.1
Uruguay (2014)	6.9	1.3	3.3
Venezuela (2009)	2.5	n/d	n/d

**Tabla A6.14: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de "éxtasis" en población general.**

País (año último estudio)	Fácil Acceso	Oferta Directa	
		Ultimo Mes	Ultimo Año
Argentina (2011)	19.2	n/d	n/d
Bolivia (2008)	5.7	1.0	0.4
Chile (2013)	17.3	1.2	0.5
Colombia (2011)	22.7	1.4	0.5
Costa Rica (2012)	24.0	1.2	1.0
Ecuador (2012)	14.9	0.9	0.5
El Salvador (2008)	11.8	1.2	0.4
Perú (2012)	10.9	0.5	0.1
Rep. Dominicana (2008)	9.5	1.1	0.1
Uruguay (2014)	18.5	1.1	0.4

**Tabla A6.15: Percepción de fácil acceso y porcentaje de oferta directa (último año y último mes) de "éxtasis" en estudiantes universitarios.**

País (año último estudio)	Fácil Acceso	Oferta Directa	
		Ultimo Mes	Ultimo Año
Bolivia (2012)	4.1	0.7	3.8
Colombia (2012)	20.4	1.8	7.9
Ecuador (2012)	7.6	7.9	1.8
El Salvador (2012)	5.6	0.3	3.4
Perú (2012)	7.0	0.5	3.6

**Tabla A7.1: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de fármacos estimulantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Antigua-Barbuda (2013)	2.74	1.64	1.33
Argentina (2011)	2.40	1.20	0.80
Bahamas (2011)	3.33	1.83	1.14
Barbados (2013)	3.66	1.95	1.59
Belice (2013)	3.25	1.60	1.03
Bolivia (2008)	9.10	4.00	2.40
Canadá (2010/11)	3.90	2.50	n/d
Chile (2013)	3.69	1.68	0.77
Colombia (2011)	0.87	0.51	0.22
Costa Rica (2012)	3.90	1.70	1.20
Dominica (2011)	15.58	6.39	2.93
Ecuador (2012)	3.80	2.20	1.00
El Salvador (2008)	1.70	1.10	0.90
Estados Unidos (2014)	3.50	2.20	0.80
Grenada (2013)	4.35	2.88	1.80
Guyana (2013)	2.87	1.15	0.86
Haití (2014)	7.65	3.36	1.55
Honduras (2005)	7.43	3.05	1.98
Jamaica (2013)	3.46	1.79	1.15
Panamá (2008)	4.70	1.20	0.50
Paraguay (2005)	3.80	2.30	1.10
Perú (2012)	2.56	1.50	0.98
Rep. Dominicana (2008)	9.12	4.21	2.83
S. Kitts-Nevis (2013)	4.05	2.29	1.14
S. Vincent-Grenadines (2013)	3.00	2.03	1.53
S. Lucia (2013)	5.01	3.40	2.54
Suriname (2006)	5.06	3.00	1.76
Trinidad-Tobago (2013)	3.91	1.38	1.00
Uruguay (2014)	1.00	0.50	n/d

**Tabla A7.2: Prevalencia de último año de uso de fármacos estimulantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo	
	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	2.27	1.04
Argentina (2011)	1.40	1.00
Bahamas (2011)	1.52	2.03
Barbados (2013)	2.67	1.57
Belice (2013)	1.28	1.81
Bolivia (2008)	3.70	4.30
Canadá (2010/11)	2.60	2.30
Chile (2013)	1.73	1.64
Colombia (2011)	0.57	0.45
Costa Rica (2012)	1.00	2.20
Dominica (2011)	6.80	5.58
El Salvador (2008)	1.10	1.20
Grenada (2013)	4.43	1.33
Guyana (2013)	1.54	0.90
Haití (2014)	3.34	3.46
Honduras (2005)	2.49	3.49
Jamaica (2013)	1.61	1.89
Panamá (2008)	1.20	1.20
Paraguay (2005)	2.30	2.40
Perú (2012)	1.37	1.62
Rep. Dominicana (2008)	3.84	4.46
S. Kitts-Nevis (2013)	3.41	1.29
S. Vincent-Grenadines (2013)	1.55	2.39
S. Lucia (2013)	4.21	2.53
Suriname (2006)	3.67	2.47
Trinidad-Tobago (2013)	1.52	1.25
Uruguay (2014)	0.50	0.70

**Tabla A7.3: Prevalencia de vida, último año y último mes de uso de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios.**

País (año último estudio)	Prevalencia		
	Vida	Último año	Último mes
Antigua-Barbuda (2013)	3.98	1.96	1.42
Argentina (2011)	4.70	2.40	1.40
Bahamas (2011)	3.99	1.98	1.10
Barbados (2013)	3.02	1.92	0.88
Belice (2013)	4.68	2.72	1.49
Bolivia (2008)	14.30	6.90	3.90
Canadá (2010/11)	2.40	1.60	n/d
Chile (2013)	15.83	9.33	3.83
Colombia (2011)	2.42	1.60	0.73
Costa Rica (2012)	5.40	2.80	1.50
Dominica (2011)	11.44	2.84	1.98
Ecuador (2012)	5.40	2.90	1.40
El Salvador (2008)	2.80	1.80	1.30
Estados Unidos (2014)	5.30	3.40	1.50
Grenada (2013)	4.00	3.01	1.85
Guyana (2013)	3.31	1.43	0.95
Haití (2014)	11.21	6.46	4.36
Honduras (2005)	12.39	4.91	2.82
Jamaica (2013)	3.24	1.74	0.96
Panamá (2008)	7.40	1.60	1.00
Paraguay (2005)	12.30	7.40	4.70
Perú (2012)	4.51	2.46	1.44
Rep. Dominicana (2008)	12.81	6.19	3.22
S. Kitts-Nevis (2013)	3.85	2.57	1.30
S. Vincent-Grenadines (2013)	1.95	1.09	0.83
S. Lucía (2013)	4.78	3.09	2.02
Suriname (2006)	10.91	6.35	3.78
Trinidad-Tobago (2013)	2.87	1.52	0.91
Uruguay (2014)	5.80	3.10	n/d

**Tabla A7.4: Prevalencia de último año de uso de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes secundarios por sexo.**

País (año último estudio)	Sexo	
	Hombre	Mujer
Antigua-Barbuda (2013)	2.06	1.91
Argentina (2011)	2.50	2.30
Bahamas (2011)	1.60	2.25
Barbados (2013)	2.44	1.68
Belice (2013)	2.23	3.22
Bolivia (2008)	5.80	7.90
Canadá (2010/11)	1.90	1.20
Chile (2013)	7.84	10.80
Colombia (2011)	1.66	1.55
Costa Rica (2012)	2.30	3.30
Dominica (2011)	2.10	3.69
El Salvador (2008)	1.30	2.20
Estados Unidos (2014)	3.00	3.70
Grenada (2013)	4.86	1.18
Guyana (2013)	2.25	0.89
Haití (2014)	5.88	6.94
Honduras (2005)	3.33	6.15
Jamaica (2013)	1.58	1.87
Panamá (2008)	1.10	1.90
Paraguay (2005)	5.00	9.40
Perú (2012)	2.00	2.92
Rep. Dominicana (2008)	4.91	7.21
S. Kitts-Nevis (2013)	3.71	1.26
S. Vincent-Grenadines (2013)	0.99	1.16
S. Lucía (2013)	4.43	1.90
Suriname (2006)	5.63	6.94
Trinidad-Tobago (2013)	1.77	1.31
Uruguay (2014)	2.30	3.60









Organización de los Estados Americanos



Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

**Organización de los Estados Americanos**  
**Secretaría de Seguridad Multidimensional**  
**Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas**

1889 F. Street, NW, Washington, DC 20006 | Tel: +1.202.370.5000 • Fax: +1.202.458.3658  
cicadinfo@oas.org | CICAD.OAS.org

ISBN 978-0-8270-6374-7