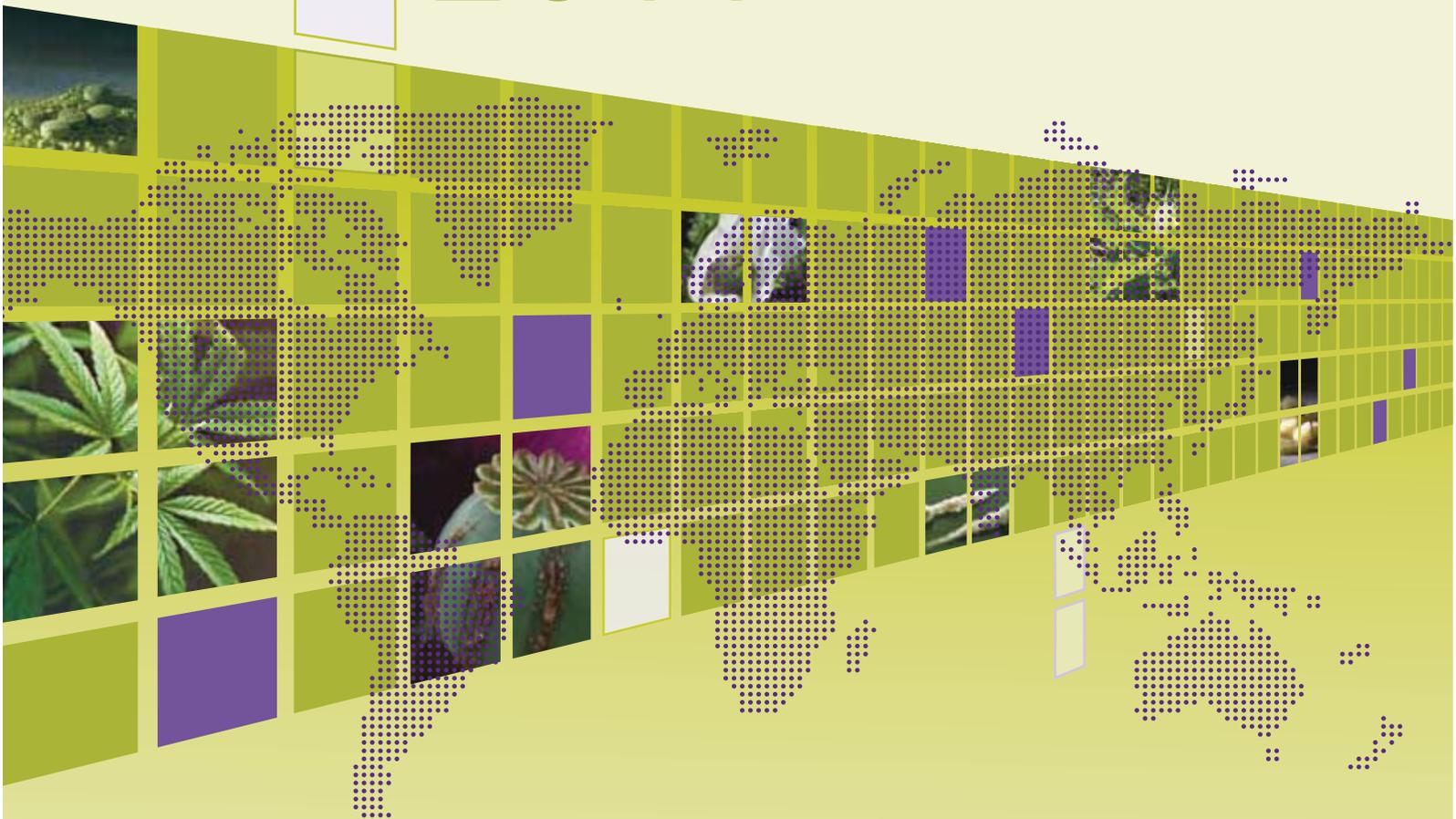




**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito

# INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2011





OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO  
Viena

# Informe Mundial sobre las Drogas 2011



NACIONES UNIDAS  
Nueva York, 2011

Copyright © 2011, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).

ISBN: 978-92-1-148262-1

e-ISBN: 978-92-1-054919-6

Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10

La presente publicación puede reproducirse íntegra o parcialmente por cualquier medio para fines educativos o sin ánimo de lucro, y no es necesario un permiso especial del titular de los derechos de autor, siempre que se cite expresamente la fuente. La UNODC agradecerá que se le envíe copia de toda publicación que utilice como fuente la presente publicación.

Se sugiere hacer la cita como sigue: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2011 (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.10).

La presente publicación no se puede revender ni podrá ser utilizada para ningún otro fin comercial sin la autorización previa por escrito de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Esa autorización deberá solicitarse de la Subdivisión de Análisis de Políticas e Investigación, de la UNODC, indicando claramente el propósito y la intención de la reproducción.

#### DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La presente publicación es traducción de un texto que no ha pasado por los servicios oficiales de edición.

El contenido de la presente publicación no representa necesariamente la opinión ni las políticas de la UNODC, como tampoco las de las organizaciones contribuyentes, ni implica tipo alguno de aprobación.

Las denominaciones empleadas en la presente publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la UNODC, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios o ciudades citados, ni de sus autoridades, como tampoco respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Fotografías: UNODC, © Edurivero / Dreamstime.com

Se agradecen las observaciones sobre el informe, que pueden enviarse a:

División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos  
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito  
Apartado postal 500  
1400 Viena  
Austria  
Tel.: (+43) 1 26060 0  
Fax: (+43) 1 26060 5827

Correo electrónico: [wdr@unodc.org](mailto:wdr@unodc.org)

Sitio web: [www.unodc.org](http://www.unodc.org)

*El presente informe está dedicado a la memoria de*

***Leonardo Iván Alfaro Santiago,  
Patricia Olga Delgado Rúa de Altamirano,  
Mariela Cinthia Moreno Torreblanco y  
Stephan Javier Campos Ruiz***

*que perdieron la vida el 5 de mayo de 2011 en acto de servicio  
para la UNODC en Los Yungas (Bolivia).*



## RECONOCIMIENTOS



### Equipo editorial y de producción

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* se elaboró bajo la supervisión de Sandeep Chawla, Director, División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos.

#### **Equipo principal**

##### *Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos*

Justice Tettey, Jakub Gregor, Beate Hammond y Yen Ling Wong.

##### *Sección de Estadística y Encuestas*

Angela Me, Coen Bussink, Philip Davis, Kamran Niaz, Preethi Perera, Catherine Pysden, Umidjon Rahmonberdiev, Martin Raithelhuber, Ali Saadeddin, Antoine Vella y Cristina Mesa Vieira.

##### *Sección de Estudios y de Análisis de las Amenazas*

Thibault Le Pichon, Hakan Demirbüken, Raggie Johansen, Anja Korenblik, Suzanne Kunnen, Kristina Kuttinig, Renee Le Cussan y Thomas Pietschmann.

La producción del *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* ha sido coordinada por Sandeep Chawla, con el apoyo de la Sección de Estudios y de Análisis de las Amenazas.

El informe ha sido posible también gracias a la labor y experiencia de muchos otros funcionarios de la UNODC en Viena y en el resto del mundo.

# ÍNDICE

Prefacio	8
Notas explicativas	10
Resumen	13
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LAS TENDENCIAS Y PAUTAS REGIONALES Y MUNDIALES EN MATERIA DE DROGAS</b>	
1.1 Panorama mundial	
1.1.1 Producción	19
1.1.2 Tráfico	21
1.1.3 Consumo	22
1.2 Panorama regional	
1.2.1 América del Norte	35
1.2.2 América del Sur, América Central y el Caribe	36
1.2.3 Europa	38
1.2.4 África	40
1.2.5 Asia	41
1.2.6 Oceanía	43
<b>2. EL MERCADO DE OPIO Y HEROÍNA</b>	
2.1 Introducción	45
2.2 Consumo	46
2.3 Producción	58
2.4 Tráfico	62
2.5 Análisis del mercado	77
<b>3. EL MERCADO DE COCA Y COCAÍNA</b>	
3.1 Introducción	85
3.2 Consumo	85
3.3 Producción	99
3.4 Tráfico	106
3.5 Análisis del mercado	119
<b>4. EL MERCADO DE LOS ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO (ETA)</b>	
4.1 Introducción	127
4.2 Consumo	127
4.3 Manufacture	146
4.4 Tráfico	154
4.5 Nuevas tendencias	165
<b>5. EL MERCADO DE CANNABIS</b>	
5.1 Introducción	175
5.2 Consumo	175
5.3 Producción	189
5.4 Tráfico	193

## 6. ANEXO ESTADÍSTICO

6.1 Consumo	
6.1.1 Prevalencia anual	209
6.1.2 Demanda de tratamiento	232
6.1.3 Consecuencias para la salud	237
6.2 Producción	
6.2.1 Afganistán	241
6.2.2 Bolivia (Estado Plurinacional de)	244
6.2.3 Colombia	245
6.2.4 República Democrática Popular Lao	248
6.2.5 Myanmar	249
6.2.6 Perú	252

### RECUADROS

■ Opioides y opiáceos	49
■ El policonsumo de drogas entre los consumidores de cocaína	92
■ Adulterantes de la cocaína	95
■ Hoja de coca: fresca, secada al sol, secada en horno	104
■ El consumidor de cannabis	178
■ Perfil de los pacientes en tratamiento motivado por el cannabis como principal droga de consumo en los Estados Unidos (2000-2008)	181
■ El consumo de cannabis y la psicosis	184
■ Química y efectos de los cannabinoides sintéticos	187
Metodología	255

## PREFACIO

Hoy en día los Estados Miembros y las entidades de las Naciones Unidas reconocen ampliamente que las drogas, junto con la delincuencia organizada, ponen en peligro el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cada vez está más claro que la fiscalización de las drogas debe ser un elemento esencial de nuestra labor conjunta por alcanzar la paz, la seguridad y el desarrollo. Al mismo tiempo, debemos reafirmar nuestro compromiso con la responsabilidad compartida y los principios básicos de la salud y los derechos humanos.

En el *Informe Mundial sobre las Drogas* se documenta lo acaecido recientemente en los mercados mundiales de drogas y se intenta explicar qué factores los mueven. Su análisis de las tendencias y los nuevos desafíos guía la formulación de las prioridades y las políticas nacionales e internacionales en materia de drogas y delincuencia, y sirve como fundamento sólido y objetivo para las intervenciones de lucha contra los estupefacientes. Los mercados de drogas y las pautas del consumo de drogas cambian rápidamente, por lo que las medidas para combatirlos deben poder adaptarse también con rapidez. Así, cuanto más completos sean los datos sobre las drogas que reunimos, y cuanto mayor sea nuestra capacidad de analizar el problema, mejor preparada estará la comunidad internacional para enfrentarse a nuevos desafíos.

### **Tendencias recientes**

A pesar de la mayor atención prestada a la reducción de la demanda de drogas durante los últimos años, el consumo de drogas sigue teniendo graves efectos. Cada año consumen drogas ilícitas unos 210 millones de personas en todo el mundo, y casi 200.000 de ellos mueren a causa de las drogas. Continúa habiendo una necesidad no atendida de actividades de prevención, tratamiento, atención y apoyo en la esfera de la drogodependencia, especialmente en los países en desarrollo.

El consumo de drogas no solo afecta a quienes las consumen, sino también a sus familias, sus amistades, sus compañeros de trabajo y sus comunidades. Los niños cuyos padres consumen drogas corren un mayor riesgo de consumirlas ellos también y de adoptar otras conductas peligrosas. Las drogas generan delincuencia, violencia callejera y otros problemas sociales que perjudican a las comunidades. En algunas regiones, el consumo de drogas ilícitas está contribuyendo a la rápida propagación de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis.

El consumo de heroína se ha estabilizado en Europa y el consumo de cocaína ha disminuido en América del Norte, los mercados más lucrativos para esas drogas. Pero estos logros se han visto contrarrestados por otras tendencias: un

gran aumento del consumo de cocaína en Europa y América del Sur en la última década; el reciente crecimiento del consumo de heroína en África; y un mayor abuso de drogas de diseño sintéticas y medicamentos de venta con receta en algunas regiones. Al mismo tiempo, están surgiendo también nuevos perfiles del consumo de drogas: el consumo de una combinación de varias drogas, en lugar de una única sustancia ilícita, es cada vez más común, y ello aumenta el riesgo de muerte o de consecuencias graves para la salud.

En cuanto a la oferta, actualmente el cultivo ilícito de adormidera y arbusto de coca se limita a unos pocos países, pero los niveles de producción de heroína y cocaína siguen siendo altos. Es cierto que en 2010 disminuyó considerablemente la producción de opio, pero ello se debió en gran medida a una plaga que afectó a las adormideras de las principales zonas de cultivo del Afganistán. No obstante, entre 1998 y 2009, la producción mundial de opio aumentó casi un 80%, con lo que la disminución de la producción en 2010 es menos significativa si se tiene en cuenta el conjunto de datos de la década anterior. Mientras tanto, el mercado de la cocaína no se ha reducido apreciablemente, sino que simplemente ha experimentado cambios geográficos en la oferta y la demanda. Hace tan solo una década, el mercado de cocaína de América del Norte era cuatro veces mayor que el de Europa, pero en estos momentos se está produciendo una reconfiguración total de la situación. Hoy en día el valor calculado del mercado de la cocaína en Europa (33.000 millones de dólares) es casi equivalente al de América del Norte (37.000 millones de dólares).

El tráfico de drogas, eslabón imprescindible entre la oferta y la demanda, está impulsando una actividad delictiva mundial valorada en cientos de miles de millones de dólares y plantea un desafío cada vez mayor para la estabilidad y la seguridad. Los narcotraficantes y los grupos delictivos organizados están formando redes transnacionales que les permiten obtener la droga en un continente, traficarla a través de otro y comercializarla en un tercer continente. En algunos países y regiones, el valor del comercio de drogas ilícitas supera con mucho el tamaño de la economía legítima. Dadas las enormes cantidades de dinero que controlan los narcotraficantes, estos tienen la capacidad de corromper a las autoridades. En los últimos años se han visto varios casos en que ministros y jefes de organismos nacionales de aplicación de la ley han estado implicados en actos de corrupción relacionada con las drogas. También se están observando cada vez más actos de violencia, conflictos y actividades terroristas impulsadas por el tráfico de drogas y la delincuencia organizada.

## **Una respuesta multilateral más enérgica a las drogas ilícitas**

Ante estos retos tan diversos y complejos, debemos hacer más eficaz nuestra respuesta mundial a las drogas ilícitas.

Este año marca el 50º aniversario de la piedra angular del sistema de fiscalización internacional de las drogas: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Sus disposiciones siguen siendo sólidas y muy pertinentes, al igual que su principal centro de atención: la protección de la salud. La comunidad internacional debe hacer un uso más eficaz de los tres tratados de fiscalización internacional de las drogas, así como de la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional y la Convención contra la Corrupción. Movilizando esos poderosos instrumentos jurídicos internacionales, junto con las redes judiciales y de aplicación de la ley existentes, se puede fortalecer la cooperación transnacional en la investigación y el enjuiciamiento de los narcotraficantes; luchar contra el blanqueo de dinero; y detectar, embargar y decomisar activos de origen delictivo.

Un enfoque global e integrado también puede ayudarnos a hacer frente más eficazmente a la amenaza mundial que plantean las drogas. Debemos establecer alianzas nuevas. Los gobiernos y la sociedad civil deben trabajar juntos. Los Estados deben unir sus fuerzas para fomentar la cooperación regional. Esa estrategia ya está dando algunos resultados en la lucha contra las drogas provenientes del Afganistán. La Iniciativa del Pacto de París reúne a más de 50 Estados y organizaciones internacionales para luchar contra el tráfico y el consumo de opiáceos afganos. Gracias a programas regionales de intercambio de información y a iniciativas conjuntas de cooperación para luchar contra las drogas, por ejemplo, la Iniciativa Triangular (formada por el Afganistán, el Irán (República Islámica del) y el Pakistán), el Centro Regional de Información y Coordinación de Asia Central y la Operación TARCET (iniciativa para prevenir el contrabando de precursores al Afganistán) se han interceptado e incautado toneladas de drogas ilícitas y precursores. Basándose en las lecciones de la Iniciativa del Pacto de París, el Grupo de los Ocho, bajo el liderazgo de la presidencia de Francia, ha lanzado recientemente una iniciativa para crear una respuesta unificada contra el mercado mundial de cocaína.

También debemos velar por que las actividades de reducción de la oferta y la demanda funcionen de manera conjunta, y no en paralelo. En cuanto a la oferta, si deseamos hacer verdaderos progresos frente a la heroína y la cocaína, debemos abordar el cultivo ilícito de un modo más significativo y coordinado. Tenemos muchos instrumentos a nuestra disposición, como los medios de vida alternativos. Los gobiernos y los organismos de ayuda deben invertir más en desarrollo, empleo productivo y mayor seguridad. La erradicación de los cultivos también puede desempeñar un papel, como responsabilidad nacional con apoyo y asistencia internacionales y en combinación con programas que ayuden a los agricultores a pasarse a cultivos lícitos. Además, debemos

desarrollar estrategias nuevas para evitar la desviación de sustancias químicas empleadas para fabricar drogas de diseño sintéticas y convertir la hoja de coca y la adormidera en cocaína y heroína.

En cuanto a la demanda, se reconoce cada vez más que debemos distinguir claramente entre los delincuentes (narcotraficantes) y sus víctimas (consumidores de drogas), y que el tratamiento por consumo de drogas es una solución mucho más eficaz que el castigo. Estamos observando progresos en la prevención del consumo de drogas mediante programas de fortalecimiento de la familia, y se está prestando más atención a la prevención, el tratamiento y el cuidado integrales del VIH. Como parte esencial de la labor de reducción de la demanda, también debemos concienciar al público más enérgicamente acerca de las drogas ilícitas, y facilitar alternativas saludables y satisfactorias al consumo de drogas, que no debe aceptarse como un estilo de vida.

### **Mejores datos y análisis para mejorar las políticas**

La falta de datos exhaustivos sigue entorpeciendo nuestro conocimiento pleno de los mercados de drogas ilícitas. Esa falta de datos es más prominente en algunas regiones, como África y Asia, y respecto de drogas nuevas y pautas de consumo cambiantes.

Una reunión de datos más exhaustiva permite hacer más y mejores análisis, lo que a su vez hace más eficaz nuestra respuesta al problema mundial de las drogas. Insto a los países a que redoblen sus esfuerzos por reunir datos sobre las drogas ilícitas, y aliento a los donantes a que apoyen a los países que necesiten asistencia para tal fin. Si mejoramos nuestras investigaciones y nuestros análisis, conoceremos mejor el fenómeno de las drogas y podremos determinar en qué áreas las intervenciones tienen más probabilidades de lograr buenos resultados.

Quiero expresar mi agradecimiento a los equipos de inspectores competentes que reúnen datos sobre la siembra y los niveles de producción de cultivos ilícitos en las principales regiones productoras de drogas del mundo. La información que obtienen es de importancia estratégica para el trabajo tanto de los gobiernos afectados como de la comunidad internacional destinado a lograr que nuestras sociedades queden libres de la droga y la delincuencia organizada. Además, los datos que han reunido forman el núcleo del presente informe. Estas valientes personas trabajan en condiciones difíciles y a veces peligrosas. Desgraciadamente, en mayo de 2011 un equipo de inspectores de cultivos de la UNODC perdió la vida en Bolivia (Estado Plurinacional de) mientras hacían su trabajo. Deseo rendir homenaje a su valentía y su compromiso, y dedicar el presente informe a su memoria.



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

## NOTAS EXPLICATIVAS

### Tipos de drogas:

*Cocaína (base y sales)* – Pasta de coca, cocaína base y clorhidrato de cocaína, en conjunto.

*Crack (cocaína crack)* – La cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante un proceso que la convierte en apta para fumar.

*Estimulantes de tipo anfetamínico* – Son un grupo de sustancias compuestas de estimulantes sintéticos del grupo de las sustancias anfetamínicas, incluidas la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo del éxtasis (MDMA y sus análogos). Cuando la comunicación del país a la UNODC no indica el estimulante de tipo anfetamínico específico a que se refiere, se utiliza la expresión “anfetaminas no especificadas”. Cuando se hace referencia al éxtasis entre paréntesis (“éxtasis”), se trata de casos en que la droga se vende como éxtasis (MDMA), pero puede contener un sustituto químico y no MDMA.

*HCl de heroína (clorhidrato de heroína)* – Forma inyectable de la heroína, denominada a veces “heroína núm. 4”.

*Heroína núm. 3* – Forma menos refinada de la heroína, apta para fumar.

*Opiáceo* – Subconjunto de los opioides compuesto por los diversos productos derivados de la adormidera, como el opio, la morfina y la heroína.

*Opioide* – Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera, sus análogos sintéticos y compuestos sintetizados en el organismo.

*Paja de adormidera* – Todas las partes de la adormidera (excepto las semillas) una vez cortada.

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



**Términos:** Puesto que existe cierta ambigüedad científica y jurídica acerca de las distinciones entre “uso”, “uso indebido” y “abuso” de drogas, en el presente informe se utilizan los términos neutrales “uso” o “consumo” de drogas.

Por “prevalencia anual” se entiende el número total de personas de un grupo de edad determinado que han consumido cierta droga al menos una vez el año anterior, dividido por el número de personas de ese grupo de edad.

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

**Datos demográficos:** Los datos demográficos que figuran en el presente informe proceden de la publicación World Population Prospects: The 2008 Revision, 2009, de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.

**Regiones:** En diversas secciones del presente informe se mencionan varias denominaciones regionales. Se trata de denominaciones no oficiales que se definen de la siguiente manera:

- África oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, Somalia y Uganda.
- África septentrional: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán y Túnez.
- África meridional: Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.
- África occidental y central: Angola, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo.

- Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bermudas, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago.
- América Central: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
- América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América y México.
- América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
- Asia central y Transcaucasia: Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.
- Asia oriental y sudoriental: Brunei Darussalam, Camboya, China (con Hong Kong, Macao y la Provincia china de Taiwán), Filipinas, Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Myanmar, República de Corea, República Popular Democrática de Corea, República Democrática Popular Lao, Singapur, Tailandia, Timor-Leste y Viet Nam.
- Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen. Por Cercano Oriente y Oriente Medio se entiende una subregión que incluye la Arabia Saudita, Bahrein, los Emiratos Árabes Unidos, Israel, Jordania, Kuwait, el Líbano, Omán, Qatar, la República Árabe Siria y el Yemen.
- Asia meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka.
- Europa oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania.
- Europa sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia, Kosovo, Montenegro, Rumania, Serbia y Turquía.
- Europa occidental y central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, San Marino, Suecia y Suiza.
- Oceanía: Australia, Fiji, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia, Nauru, Nueva Zelanda, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y otros pequeños territorios insulares.

## NOTAS EXPLICATIVAS



En el presente informe se han utilizado las siguientes abreviaturas:

<b>CDI</b>	Consumidores de drogas inyectables	<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>CEI</b>	Comunidad de Estados Independientes	<b>P-2-P</b>	1-fenil-2-propanona
<b>CICAD</b>	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas	<b>SACENDU</b>	Red de epidemiología sobre el consumo de drogas de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo
<b>CPIA</b>	Cuestionario para los informes anuales	<b>SAMHSA</b>	Administración de Servicios de Salud Mental y de Prevención del Uso Indebido de Sustancias
<b>DAINAP</b>	Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico	<b>SIDA</b>	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>DELTA</b>	Base de datos de la UNODC sobre estimaciones y análisis de las tendencias a largo plazo	<b>SRO</b>	Aceites ricos en safrol
<b>DIRAN</b>	Dirección Antinarcoóticos de la Policía Nacional de Colombia	<b>THC</b>	Tetrahidrocannabinol
<b>ESPAD</b>	Proyecto europeo de sondeo en colegios sobre el alcohol y otras drogas	<b>UNODC</b>	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
<b>ETA</b>	Estimulantes de tipo anfetamínico	<b>VIH</b>	Virus de la inmunodeficiencia humana
<b>EUROPOL</b>	Oficina Europea de Policía	<b>3,4-MDP-2-P</b>	3,4-metilendioxfenil-2-propanona
<b>HONLEA</b>	Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas	<b>THC</b>	tetrahydrocannabinol
<b>IDS</b>	Base de datos de la UNODC sobre incautaciones de drogas	<b>UNAIDS</b>	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
<b>JIFE</b>	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	<b>UNODC</b>	United Nations Office on Drugs and Crime
<b>LSD</b>	Dietilamida del ácido lisérgico	<b>WCO</b>	World Customs Organization
<b>MDA</b>	3,4-metilendioxfanfetamina (tenanfetamina)	<b>WDR</b>	<i>World Drug Report</i>
<b>MDE</b>	3,4-metilendioxiétanfetamina	<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>MDMA</b>	3,4-metilendioximetanfetamina	<b>3,4-MDP-2-P</b>	3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanone (PMK)
<b>NIDA</b>	Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas	<b>Pesos y medidas:</b>	
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos		l litro
<b>OEDT</b>	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías		g gramo
<b>OIPC-INTER-POL</b>	Organización Internacional de Policía Criminal		mg miligramo
<b>OMA</b>	Organización Mundial de Aduanas		kg kilogramo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud		mt tonelada
<b>ONG</b>	organización no gubernamental		

## RESUMEN

### Situación del consumo, la producción y el tráfico de drogas ilícitas a nivel mundial

#### Consumo

La UNODC estima que en 2009 entre 149 y 272 millones de personas de todo el mundo (del 3,3% al 6,1% de la población de entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez en el año anterior. Se calcula que aproximadamente la mitad de ellos eran consumidores habituales de drogas, es decir, que habían consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el mes anterior a la fecha de la evaluación. Si bien el número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales del decenio de 1990, las tasas de prevalencia han permanecido en gran parte estables, al igual que el número de consumidores problemáticos<sup>1</sup> que, según los cálculos, se sitúa entre los 15 y los 39 millones.

El cannabis es, con mucho, el tipo de droga ilícita más consumido. En 2009 lo consumieron entre 125 y 203 millones de personas de todo el mundo, lo que supone una tasa de prevalencia anual de 2,8% a 4,5%. En términos de

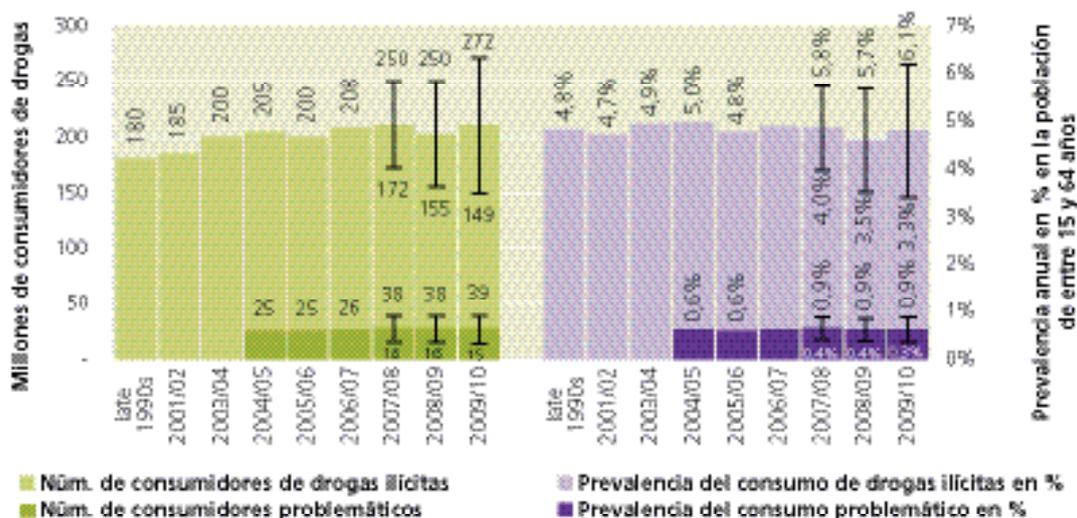
prevalencia anual, el consumo de cannabis vino seguido del de estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina, anfetamina y éxtasis), opioides (incluidos el opio, la heroína y los opioides de venta con receta) y cocaína. La falta de información sobre el consumo de drogas ilícitas, en particular sobre los estimulantes de tipo anfetamínico, en países muy poblados como China y la India y en regiones de consumo emergente como África, genera incerteza a la hora de calcular el número de consumidores en todo el mundo. Ello se refleja en la gran amplitud de las estimaciones.

La tendencia estable o descendiente del consumo de heroína y cocaína en las principales regiones de consumo se ve contrarrestada por un aumento en el caso de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta con receta. El consumo de estos medicamentos con fines no médicos parece ser un problema sanitario cada vez mayor en algunos países desarrollados y en desarrollo.

Por otra parte, en los últimos años han aparecido varios compuestos sintéticos nuevos en mercados establecidos de drogas ilícitas. Muchas de esas sustancias se comercializan como “colocones legales” y sustitutos de drogas estimulantes

#### Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, desde finales del decenio de 1990 hasta 2009/2010

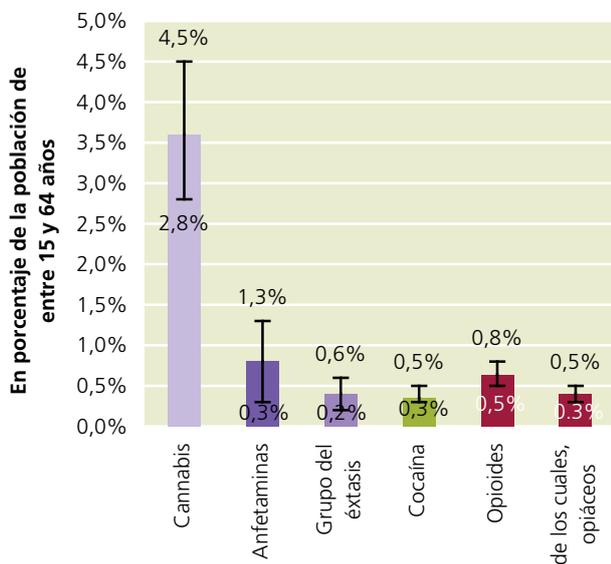
Fuente: Cálculos de la UNODC basados en los datos obtenidos mediante el cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.



<sup>1</sup> /  
1. sustancias ilícitas con regularidad y pueden considerarse drogodependientes, y a quienes se inyectan drogas.

**Prevalencia anual del consumo de drogas a nivel mundial, por categoría de drogas ilícitas, 2009-2010**

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en los datos obtenidos mediante el cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.



como la cocaína y el éxtasis. Dos ejemplos de ello son las piperazinas y la mefedrona, que no están sometidas a fiscalización internacional. Algo similar se ha observado respecto al cannabis: en algunos países ha aumentado la demanda de cannabinoides sintéticos (“spice”). Se venden en Internet y en tiendas especializadas, y se les describe como “alternativas legales” al cannabis, porque no están sometidos a fiscalización internacional. El nivel de fiscalización de esos compuestos difiere considerablemente de un país a otro.

En cuanto a la demanda de tratamiento, la situación varía entre las diversas regiones. El consumo de cannabis da lugar

a una gran parte de la demanda de tratamiento en la mayoría de las regiones, pero de forma especialmente prominente en África y Oceanía. Los opiáceos dominan la demanda de tratamiento en Europa y Asia, mientras que la cocaína es la droga que causa más problemas en América del Sur. En América del Norte, el cannabis, los opiáceos y la cocaína contribuyen casi por igual a la demanda total de tratamiento. Los estimulantes de tipo anfetamínico no predominan en ninguna región, pero contribuyen a una parte considerable de la demanda de tratamiento, sobre todo en Asia y Oceanía, aunque también en Europa y América del Norte.

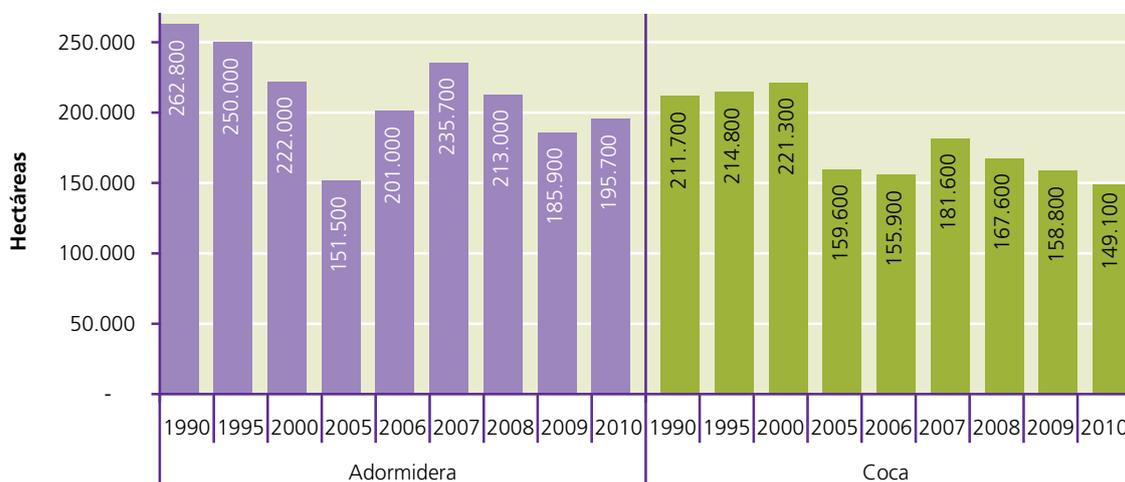
En cuanto a las consecuencias sanitarias del consumo de drogas, se calcula que la prevalencia media mundial del VIH entre los consumidores de drogas por inyección es del 17,9%, es decir, 2,8 millones de personas que se inyectan drogas son seropositivas. Eso significa que casi uno de cada cinco consumidores de drogas por inyección vive con el VIH. Se calcula que la prevalencia de la hepatitis C en los consumidores de drogas por inyección a nivel mundial es del 50% (amplitud: entre el 45,2% y el 55,3%), lo que indica que en todo el mundo hay 8 millones de consumidores de drogas por inyección (amplitud: entre 7,2 y 8,8 millones) que están infectados por el virus de la hepatitis C. Se calcula que cada año ocurren entre 104.000 y 263.000 fallecimientos relacionados o asociados con el consumo de drogas ilícitas, o sea, entre 23,1 y 58,7 fallecimientos por cada millón de habitantes de entre 15 y 64 años de edad. Según los cálculos, más de la mitad de esos fallecimientos corresponden a casos de sobredosis.

**Producción**

En 2010 se cultivaron unas 195.700 hectáreas de adormidera en todo el mundo, cifra que representa un ligero aumento respecto a 2009. La mayor parte (unas 123.000 hectáreas) se cultivó en el Afganistán, donde la tendencia de cultivo permaneció estable. La tendencia mundial se vio

**Cultivo de adormidera y coca a nivel mundial, 1990 a 2010 (en hectáreas)\***

\* No se dispuso de datos del cultivo de adormidera en México ni del cultivo de coca en Bolivia (Estado Plurinacional de), correspondientes a 2010, por lo cual para 2010 se utilizaron los cálculos de 2009.  
Fuente: UNODC.





afectada principalmente por el aumento del cultivo en Myanmar, donde se registró un incremento en este sentido de alrededor del 20% respecto a 2009. Aun así, la producción mundial de opio descendió considerablemente en 2010 a causa de una enfermedad que afectó a las adormideras del Afganistán.

En 2010 la superficie dedicada al cultivo de coca en todo el mundo siguió disminuyendo hasta llegar a 149.100<sup>2</sup> hectáreas, lo que supuso un descenso del 18% entre 2007 y 2010. También descendió considerablemente la fabricación potencial de cocaína, como consecuencia de la menor producción de esa sustancia en Colombia, que contrarresta los aumentos detectados tanto en Perú como en Bolivia (Estado Plurinacional de).

Si bien resulta difícil calcular la fabricación total de estimulantes de tipo anfetamínico en todo el mundo, sí se sabe que esa fabricación se ha extendido, pues más de 60 Estados Miembros de todas las regiones la han comunicado hasta el momento. La fabricación de sustancias del grupo de las anfetaminas es mayor que la de éxtasis. La metanfetamina, que pertenece al grupo de las anfetaminas, es el estimulante de tipo anfetamínico más fabricado. Los Estados Unidos comunicaron que habían descubierto un gran número de laboratorios ilícitos.

En casi todo el mundo se cultiva hierba de cannabis. Si bien no se dispuso de datos suficientes para actualizar el cálculo del cultivo de hierba de cannabis a nivel mundial, la tendencia relativamente estable de las incautaciones indica que el nivel de producción también ha permanecido estable. El cultivo bajo techo de hierba de cannabis sigue limitándose principalmente a los países desarrollados de América del Norte, Europa y Oceanía. Este año no se han actualizado los cálculos de la producción de resina de cannabis, pero según las respuestas al cuestionario para los informes anuales enviadas a la UNODC, el Afganistán y Marruecos fueron productores importantes.

### Tráfico

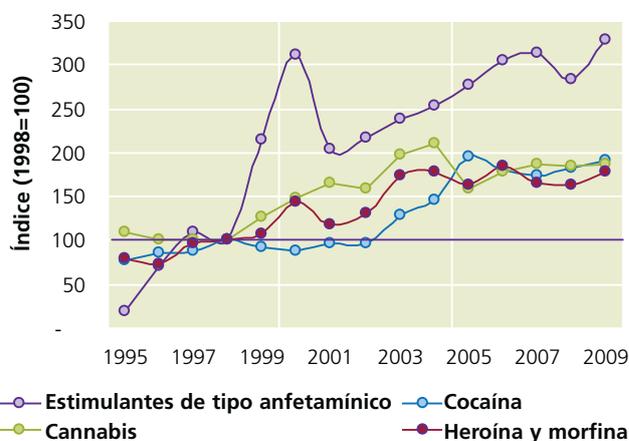
Las corrientes de tráfico varían según el tipo de droga de que se trate. El tipo más incautado, la hierba de cannabis, suele producirse localmente y por ello su tráfico internacional es limitado. La cocaína y la heroína se trafican tanto dentro de una región como entre varias regiones, y una cantidad considerable de esas drogas se consume muy lejos de los países de cultivo y producción. La mayoría de los estimulantes de tipo anfetamínico se fabrican en la región donde se consumen, mientras que sus precursores se trafican entre regiones.

Las tendencias a largo plazo indican que han aumentado las incautaciones de los principales tipos de drogas. Entre 1998 y 2009 las incautaciones de cocaína, heroína, morfina y cannabis casi se duplicaron, y las de estimulantes de tipo anfetamínico aumentaron a más del triple.

<sup>2</sup> En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de cifras sobre Bolivia (Estado Plurinacional de). La superficie total de cultivo en ese país correspondiente a 2010 se ha calculado utilizando las cifras correspondientes a 2009, y se revisará cuando se disponga de los datos correspondientes a 2010.

### Tendencias en el volumen de las incautaciones, por categoría principal de drogas (índice: 1998 = 100)

Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC.



Aunque el cannabis sigue siendo, con gran diferencia, la droga incautada más frecuentemente, su importancia relativa en el total de incautaciones de drogas ilícitas ha descendido, con lo que los demás tipos de drogas, especialmente los estimulantes de tipo anfetamínico, han ido cobrando más prominencia. De acuerdo con las tendencias recientes, en 2009 las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico en todo el mundo ascendieron a un nivel sin precedentes, debido al incremento de las incautaciones de metanfetamina. En cambio, las incautaciones de éxtasis disminuyeron. El tipo principal de estimulantes de tipo anfetamínico incautado varía según la región. Por ejemplo, en Oceanía, África, América del Norte y gran parte de Asia predomina la metanfetamina.

Las incautaciones de opiáceos permanecieron estables en 2009, y el Irán (República Islámica del) y Turquía siguieron siendo los países con los mayores volúmenes de incautaciones. Las incautaciones de cocaína permanecieron fundamentalmente estables, a un nivel alto. En cuanto al cannabis, aumentaron las incautaciones de hierba de cannabis, que es la variedad más consumida, y descendieron las de resina.

Las incautaciones de cocaína y resina de cannabis se están produciendo cada vez más en las regiones de origen, y ya no tanto en los principales mercados de consumo. Los porcentajes de incautaciones de cocaína a nivel mundial correspondientes a América del Norte y a Europa occidental y central descendieron, mientras que en América del Sur se está incautando más cantidad de esa sustancia. Asimismo, entre 2008 y 2009 las incautaciones de resina de cannabis descendieron considerablemente en Europa y aumentaron en el África septentrional.

### Los principales mercados de drogas

#### Opiáceos

En general, el consumo mundial de opiáceos permaneció estable en 2009. La UNODC calcula que entre 12 y 21 millones de personas en todo el mundo consumieron opiá-

ceos, y de ellas, unas tres cuartas partes consumieron heroína. Se calcula que en 2009, entre 12 y 14 millones de consumidores de heroína en todo el mundo consumieron aproximadamente 375 toneladas de la sustancia. Europa y Asia siguen siendo los principales mercados de consumo y se abastecen sobre todo del opio afgano.

En los últimos años el consumo con fines no médicos de varios opioides de venta con receta se ha convertido en un problema cada vez mayor en algunas zonas del mundo, especialmente en América del Norte. Actualmente en los Estados Unidos muchas visitas a los servicios de urgencias están relacionadas con el consumo de opioides de venta con receta, y esa clase de drogas es también la responsable del porcentaje cada vez mayor de personas ingresadas para recibir tratamiento en ese país.

El 63% de la superficie mundial dedicada al cultivo de adormidera se encuentra en el Afganistán. En 2010 el cultivo de adormidera permaneció estable en ese país, pero aumentó en Myanmar, con lo que la tendencia mundial aumentó en un 5%. El rendimiento del opio también va en ascenso en Myanmar, y por ello la producción potencial de opio de ese país ha aumentado en un 75% aproximadamente.

Con todo, la producción mundial de opio descendió a 4.860 toneladas en 2010, en comparación con las 7.853 del año anterior. Ello se debió sobre todo a una drástica reducción de la producción de opio en el Afganistán a causa de una enfermedad que afectó a las adormideras. Según las previsiones de la UNODC, en 2011 la producción afgana descenderá un poco más o, como mínimo, el cultivo de adormidera en general se estabilizará en los niveles más bajos. Si el rendimiento del opio vuelve a su nivel medio, es probable que en 2011 aumente la producción de esa sustancia en el Afganistán.

Las incautaciones de opio y heroína parecieron estabilizarse en 2009 y se situaron en 653 y 76 toneladas respectivamente. Se calcula que en 2009 se traficaron entre 460 y 480

toneladas de heroína en todo el mundo (incluida la incautada), de las cuales 375 llegaron a los consumidores. Recientemente se ha descubierto una importante amenaza: el uso de transportes y puertos marítimos por parte de los traficantes.

El mercado mundial de opiáceos de 2009 se valoró en 68.000 millones de dólares de los Estados Unidos. De esa cifra, correspondieron a los consumidores de heroína 61.000 millones de dólares. Los precios de la heroína varían enormemente. Aunque en el Afganistán los precios aumentaron en 2010, un gramo costaba menos de 4 dólares. En Europa occidental y central los consumidores pagaban entre 40 y 100 dólares por gramo; en los Estados Unidos y Europa septentrional, entre 170 y 200 dólares, y en Australia, los precios llegaban a situarse entre los 230 y los 370 dólares de los Estados Unidos. Los agricultores afganos solo ganaron unos 440 millones de dólares en 2010, pues los mayores beneficios son para los grupos delictivos de los principales países consumidores.

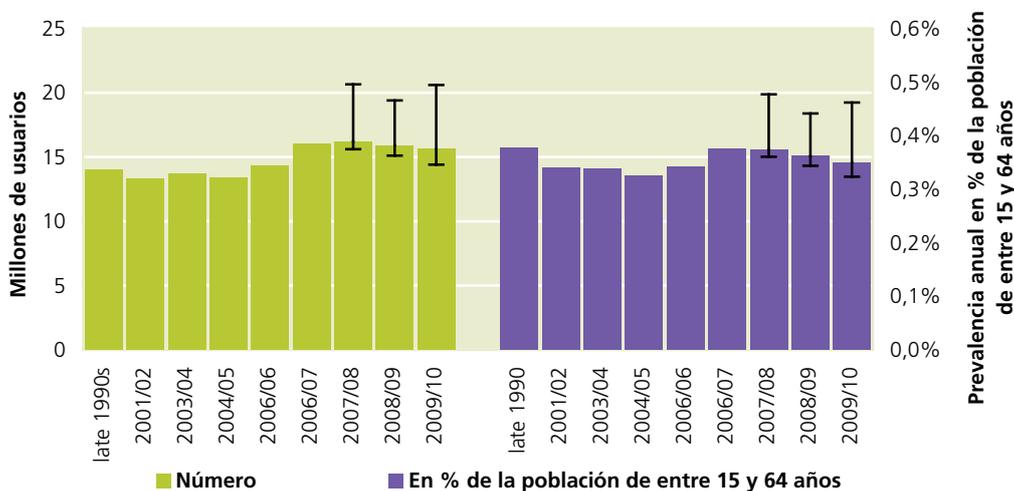
### Cocaína

En 2009 la prevalencia anual del consumo de cocaína, según los cálculos, se situó entre el 0,3% y el 0,5% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad, es decir, consumieron cocaína entre 14,2 y 20,5 millones de personas de esas edades. Aunque los límites inferior y superior del número de consumidores de cocaína en 2009 se han ampliado un poco, el consumo sigue fundamentalmente estable. Teniendo en cuenta información cualitativa, el número real de consumidores de cocaína probablemente se acerque al límite inferior de ese rango.

A pesar de los descensos considerables de los últimos años, el mayor mercado de la cocaína siguen siendo los Estados Unidos, con un consumo calculado de 157 toneladas, es decir, el 36% del consumo mundial. El segundo mercado de cocaína es Europa, sobre todo Europa occidental y cen-

## Prevalencia anual y número de consumidores de cocaína a nivel mundial, desde finales del decenio de 1990 hasta 2009/2010

Fuente: UNODC.





tral, donde se calcula que se consumen 123 toneladas de cocaína. En la última década el volumen de cocaína consumido en Europa se ha duplicado. Ha habido algunos signos de estabilización en los últimos años, pero en los niveles más altos. En Europa oriental se consume poca cocaína.

Entre 2007 y 2010 la superficie dedicada al cultivo de coca se redujo en un 18%. Tomando como referencia la última década (entre 2000 y 2010) el descenso fue todavía mayor, del 33%. Las incautaciones de cocaína a nivel mundial han permanecido fundamentalmente estables entre 2006 y 2009, y ese último año se situaron en 732 toneladas. Desde 2006 las incautaciones se han desplazado, desde los mercados de consumo de América del Norte y Europa occidental y central, hacia las zonas de origen en América del Sur. Si se tiene en cuenta únicamente el volumen de incautaciones, es posible que la importancia del África occidental en el tráfico de cocaína de América del Sur a Europa haya disminuido, pero según otros indicadores los traficantes tal vez hayan cambiado de tácticas, y la zona sigue siendo vulnerable a un resurgimiento del tráfico de cocaína. En 2008 y 2009 algunos países de la región de Asia y el Pacífico, con mercados de consumo potencialmente grandes, registraron un aumento de las incautaciones de cocaína.

El valor del mercado mundial de cocaína es menor que a mediados del decenio de 1990, cuando los precios eran mucho más altos y el mercado de los Estados Unidos era sólido. En 1995 el mercado mundial tenía un valor aproximado de 165.000 millones de dólares, mientras que en 2009 se había reducido a poco más de la mitad de esa cifra, unos 85.000 millones de dólares (amplitud: entre 75.000 y 100.000 millones de dólares). Al igual que ocurre con la heroína, casi todos los beneficios se los llevan los traficantes.

### Estimulantes de tipo anfetamínico

El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en todo el mundo permaneció fundamentalmente estable en 2009. Los estimulantes de tipo anfetamínico pueden dividirse en dos categorías principales: el grupo de las anfetaminas (principalmente anfetamina y metanfetamina) y el grupo del éxtasis (MDMA y sus análogos). La UNODC calcula que la prevalencia anual de las sustancias del grupo de las anfetaminas se situó entre el 0,3% y el 1,3% en 2009, es decir, entre 14 y 57 millones de personas de entre 15 y 64 años de edad habían consumido esas sustancias como mínimo una vez durante el año anterior. Respecto al grupo del éxtasis, la prevalencia anual mundial se situó, según los cálculos, entre el 0,2% y el 0,6% de la población de entre 15 y 64 años de edad, lo que equivale a entre 11 y 28 millones de consumidores en el año anterior.

La sustancia más consumida varía entre las diversas regiones, y también dentro de ellas. En África, América y Asia predominan las del grupo de las anfetaminas, mientras que en Europa y Oceanía son mayores las tasas de prevalencia de las sustancias del grupo del éxtasis. En América del Norte los dos grupos se consumen casi por igual. En conjunto, los expertos que comunicaron su evaluación del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en sus res-

pectivos países percibieron que el consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas fue estable o aumentó, mientras que en la gran mayoría de casos el consumo de las sustancias del grupo del éxtasis permaneció estable (aunque descendió en Asia).

La fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico no está limitada a un ámbito geográfico concreto, y los laboratorios de fabricación de esas sustancias suelen estar cerca de los mercados ilícitos de consumo. Los precursores y las demás sustancias químicas utilizadas en la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico suelen traficarse de una región a otra.

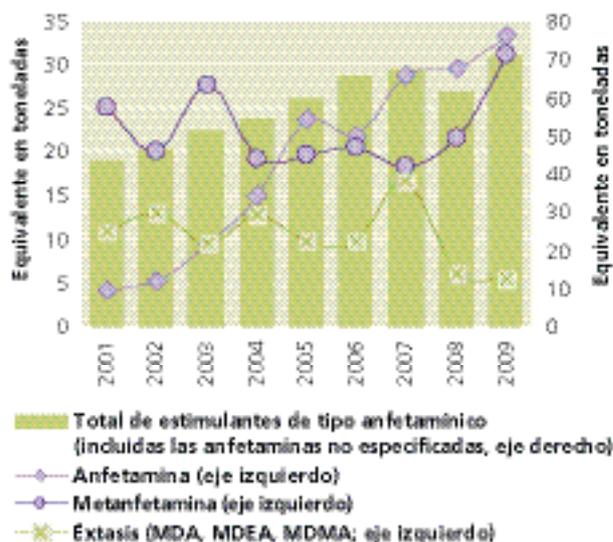
En 2009 se comunicó el desmantelamiento de unos 10.600 laboratorios relacionados con los estimulantes de tipo anfetamínico. La mayor parte de ellos se dedicaba a fabricar metanfetamina y se encontraba en los Estados Unidos. La metanfetamina es el estimulante de tipo anfetamínico más fabricado en todo el mundo. Las operaciones de fabricación de anfetamina y éxtasis no suelen ser tan numerosas pero son más complejas, porque requieren equipo y precursores más especializados y destrezas más elevadas.

En 2009 las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico en todo el mundo aumentaron bastante y superaron ligeramente el alto nivel alcanzado en 2007. Ese incremento se debió ante todo a las incautaciones de metanfetamina, que aumentaron en más de un 40%, hasta alcanzar las 31 toneladas. Las incautaciones de anfetamina aumentaron en un 10% aproximadamente, hasta las 33 toneladas, y las incautaciones de éxtasis experimentaron un ligero descenso (5,4 toneladas) respecto a los niveles ya bajos de 2008.

En el Asia oriental y sudoriental los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico se expandieron durante el año pasado. Según las percepciones de los expertos, ha aumen-

### Incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico, por tipo, 2001-2009

Fuente: Base de datos de la UNODC sobre estimaciones y análisis de las tendencias a largo plazo



tado considerablemente el consumo de esas sustancias, especialmente el de metanfetamina. Algunos expertos gubernamentales han comunicado que la metanfetamina es una de las tres drogas ilícitas más consumidas en varios países de la región como, entre otros China, el Japón e Indonesia.

África es motivo de preocupación con respecto al tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico. A finales de 2008 se informó por primera vez acerca del tráfico de metanfetamina desde África, y desde entonces ha continuado la información en ese sentido. El África occidental, en concreto, está surgiendo como nuevo punto de origen de metanfetamina para los mercados ilícitos del Asia oriental, y los correos a menudo atraviesan Europa, el Asia occidental o el África oriental para llegar a esos mercados. Además, muchas veces se reexpiden precursores a través de la región.

En la India se detectó la primera operación de fabricación clandestina de estimulantes de tipo anfetamínico en mayo de 2003, y desde entonces se han descubierto otras instalaciones dedicadas a tal fin. Bangladesh y Sri Lanka también han comunicado intentos de fabricación ilícita de estos estimulantes. El Asia meridional se ha convertido en una de las principales regiones donde se obtiene efedrina y pseudoefedrina para la fabricación ilícita de metanfetamina. La India es uno de los principales fabricantes de precursores del mundo, y Bangladesh cuenta también con una industria química cada vez más importante. Durante los últimos cinco años se han venido incautando regularmente anfetamina, metanfetamina y éxtasis en el Asia meridional.

## Cannabis

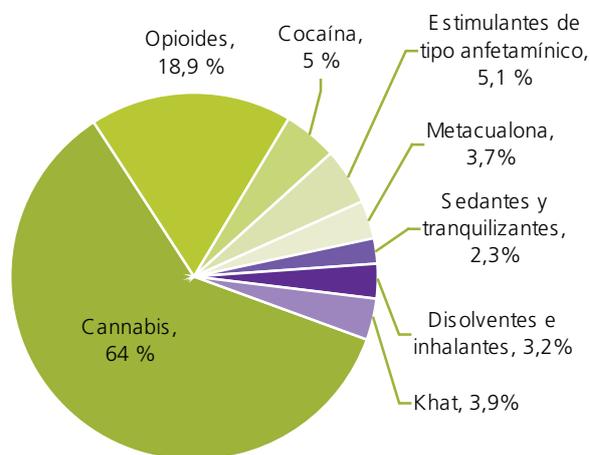
El cannabis sigue siendo, con mucho, la sustancia ilícita más producida y consumida del mundo. En 2009 entre el 2,8% y el 4,5% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad, es decir, entre 125 y 203 millones de personas, habían consumido cannabis al menos una vez durante el año anterior. La cifra es similar a los cálculos del año pasado. El tipo más consumido, producido e incautado es la hierba de cannabis.

En 2009 se comunicaron algunos aumentos del consumo de cannabis en América, África y Asia, mientras que en Europa occidental y Oceanía el consumo permaneció estable o descendió. En los últimos diez años, expertos de un número cada vez mayor de países han comunicado una estabilización en la tendencia del consumo de cannabis. A pesar de ello, corresponde al consumo de cannabis la mayor parte de las demandas de tratamiento en África y Oceanía.

Estudios recientes han demostrado que la exposición intensa (consumo regular durante mucho tiempo y con dosis altas) a los productos de cannabis de alta potencia puede aumentar el riesgo de sufrir trastornos psicóticos. Al parecer, el promedio de concentración de la principal sustancia psicoactiva de los productos de cannabis, el THC, es mayor que hace diez o quince años, aunque los datos correspondientes a los últimos cinco años muestran una tendencia estable en algunos países. Con todo, esa pauta no es aplicable a todos los productos ni a todos los países.

## África: Distribución\* de la droga principal de consumo de las personas que inician tratamiento, 2009

\* El total es mayor que 100 debido a que algunas personas consumen más de una droga.  
Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC.



El cultivo de hierba de cannabis está muy disperso porque se destina, sobre todo, a mercados nacionales o regionales. Por ello es sumamente difícil calcular la producción total mundial de hierba de cannabis. La producción de resina de cannabis está más concentrada, y la droga se trafica a mayores distancias. Los países que con más frecuencia se han citado en los mercados de consumo como el origen de la resina de cannabis son Marruecos, el Afganistán, el Líbano, Nepal y la India.

En el Afganistán, el primer estudio sobre el cannabis, realizado conjuntamente en 2009 por la UNODC y el Gobierno de ese país, indicó que, efectivamente, el Afganistán es un productor importante de resina de cannabis. Además, el cannabis se ha convertido en un competidor de la adormidera como cultivo lucrativo para los agricultores del país. En el avance del segundo estudio, correspondiente a 2010, no se observaron cambios importantes en los niveles de cultivo y producción respecto a 2009.

Las incautaciones de hierba de cannabis aumentaron ligeramente, a unas 6.000 toneladas, volviendo así a los niveles de 2006-2007 tras el descenso experimentado en 2008. En 2009 la mayor parte de las incautaciones de hierba de cannabis se produjo en América del Norte, y tanto en los Estados Unidos como en México se registraron aumentos. En cambio, las incautaciones de resina de cannabis descendieron respecto al nivel máximo alcanzado en 2008 y siguieron desplazándose desde Europa occidental y central, donde se registró el nivel más bajo de los últimos diez años, hacia la importante región de origen del África septentrional, donde aumentaron.

## 1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LAS TENDENCIAS Y PAUTAS REGIONALES Y MUNDIALES EN MATERIA DE DROGAS

El presente capítulo reúne, en primer lugar, información sobre el problema mundial de las drogas en sus tres principales dimensiones sectoriales: producción, tráfico y consumo, incluidos la prevalencia, el tratamiento relacionado con las drogas, las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas y las muertes causadas por drogas. A continuación se presenta un panorama regional. En los capítulos que figuran más adelante se encontrará información más detallada sobre mercados de drogas específicas (opiáceos, cocaína, cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico).

### 2) Panorama mundial

#### a) Producción

El mayor producto de droga ilícita a nivel mundial, en cuanto a su volumen, es el cannabis, es decir, la producción de hierba de cannabis, seguida de la de resina de cannabis. El segundo lugar lo ocupa la producción ilícita de cocaína, seguida por la de heroína. La producción ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico se sitúa, al parecer, a niveles comparables con la de heroína.

#### Cannabis: la droga ilícita de mayor producción a nivel mundial

La producción de hierba de cannabis se realiza en todos los continentes y en la mayoría de los países. La producción de cannabis bajo techo, en cambio, se concentra en los países desarrollados de América del Norte, Europa y Oceanía. No

se dispone de información fidedigna sobre las tendencias de la producción de hierba de cannabis a nivel mundial. Las incautaciones de esta hierba sugieren un nivel estable de la producción mundial.

La producción de resina de cannabis está más limitada desde el punto de vista geográfico. Según la información proporcionada por los Estados Miembros acerca de su origen, este parece concentrarse principalmente en Marruecos, especialmente para los mercados de Europa occidental y central y el África septentrional, y en el Afganistán, principalmente para los países vecinos del Asia sudoccidental y para el mercado local. Las autoridades marroquíes informan de que la producción de resina de cannabis ha disminuido en los últimos años. La producción de cannabis en el Afganistán, según encuestas conjuntas llevada a cabo por la UNODC y el Gobierno, parecía presentar un nivel generalmente estable en 2010, en comparación con el del año anterior (en 2009, la producción varió entre 1.500 y 3.500 t).

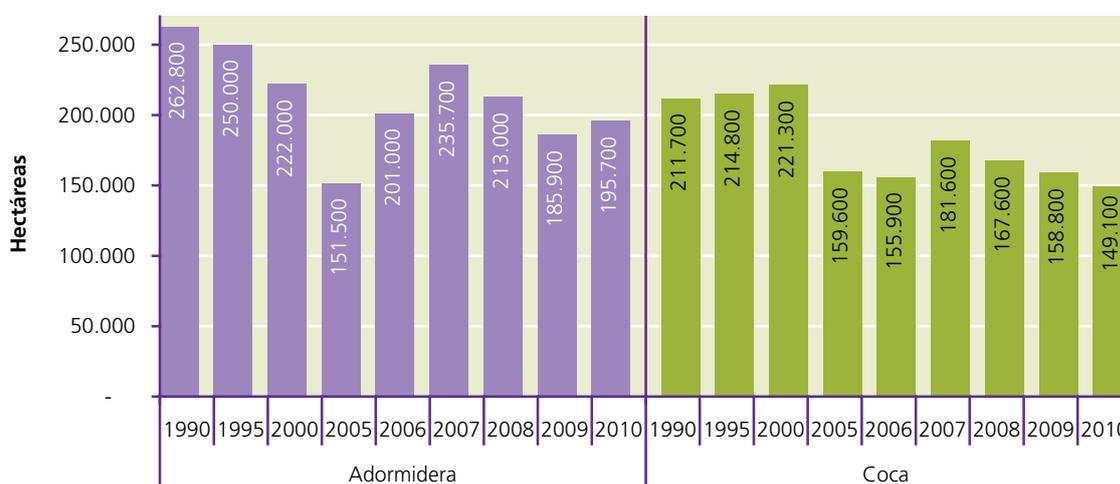
#### Disminución de la producción de opio y cocaína

En el caso de la producción de heroína y cocaína se dispone de mayor información. La UNODC y los gobiernos interesados llevan a cabo encuestas periódicas en las principales zonas de producción de opio y coca. Estas encuestas revelan claras disminuciones en el período de 2007 a 2009 (una reducción del 21% para el opio y del 13% para la coca). En 2010, la superficie dedicada al cultivo de coca a nivel mun-

**Fig. 1: Cultivos de adormidera y coca a nivel mundial, 1990-2010\***

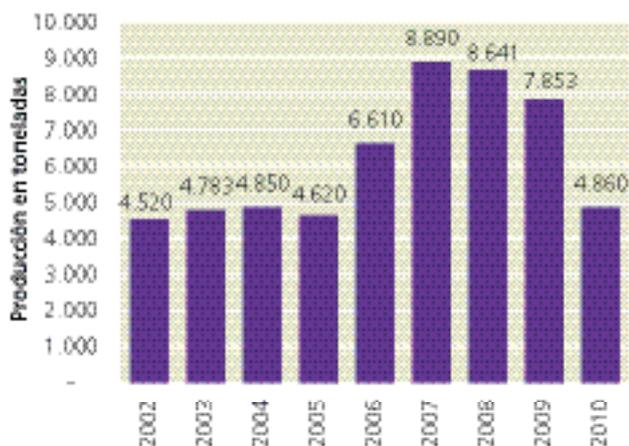
\* Dado que no se dispone de información de México (adormidera) ni del Estado Plurinacional de Bolivia (coca) en 2010, las cifras para 2010 se basan en los cálculos para 2009.

Fuente: UNODC, Programa de vigilancia de cultivos ilícitos.



**Fig. 2: Producción mundial de opio (en toneladas métricas), 2002-2010**

Fuente: UNODC, Programa de vigilancia de cultivos ilícitos.



dial siguió disminuyendo hasta quedar en 149.100<sup>1</sup> ha, lo que supuso una reducción del 18% entre 2007 y 2010. La superficie total de cultivo de coca en 2010 era inferior en un tercio a la del año 2000.

La tendencia descendente en cuanto a la superficie dedicada al cultivo de adormidera no continuó en 2010, principalmente debido a los aumentos registrados en Myanmar. En 2010, la superficie mundial dedicada al cultivo de adormidera era de unas 195.700 ha, lo que representa un 12% menos que en el año 2000 y más de un cuarto menos que la registrada en 1990. El Afganistán continuó siendo el mayor cultivador con unas 123.000 ha (63% del total mundial).

En lo que respecta a la producción de opio, esta descendió considerablemente en 2010 (-38%) debido a la notable disminución de la producción de opio en el Afganistán (-48%), causada por los bajos rendimientos obtenidos como consecuencia de diversas enfermedades que afectaron a las plantas de adormidera en el país. Estas disminuciones en el rendimiento registradas en el Afganistán contrarrestaron con creces los aumentos en Myanmar. Con todo, el Afganistán siguió siendo el mayor productor de opio ilícito del mundo, con un 74% de la producción mundial en 2010, que en 2009 había sido del 88% y del 92% en 2007. Al mismo tiempo, aumentó la importancia de Myanmar, del 5% de la producción mundial de opio en 2007, al 12% en 2010. La producción mundial de opio disminuyó en un 45%, entre 2007 y 2010, debido a la disminución de la producción en el Afganistán.

Paralelamente, la fabricación “potencial” de heroína, es decir, la heroína que pudo haber sido fabricada a partir del opio producido (menos la cantidad de opio consumido directamente), se redujo, pasando de alrededor de 760 t en 2007 a menos de 400 t en 2010. Sin embargo, estos cálcu-

<sup>1</sup> En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de las cifras sobre Bolivia (Estado Plurinacional de). La superficie total de cultivo en ese país correspondiente a 2010 se basa en las cifras correspondientes a 2009 y serán revisadas una vez que se disponga de los datos correspondientes a 2010.

los no incluyen las existencias ni el inventario de opio. Partiendo de las estimaciones de consumo y de las cantidades incautadas, se calcula que la cantidad de heroína que se encontraba disponible en el mercado (antes de las incautaciones) era, en promedio, de unas 430 t anuales durante el período de 2002 a 2008, y de 460 a 480 t en 2009.

En los últimos años se ha registrado una disminución apreciable en la fabricación potencial de cocaína. Entre 2007 y 2010, la producción potencial de cocaína se redujo en cerca de la sexta parte, resultado de una considerable caída de la producción de cocaína en Colombia, lo cual contrarrestó los aumentos observados tanto en Bolivia (Estado Plurinacional de) como en el Perú.

### Aumento de la fabricación de ETA

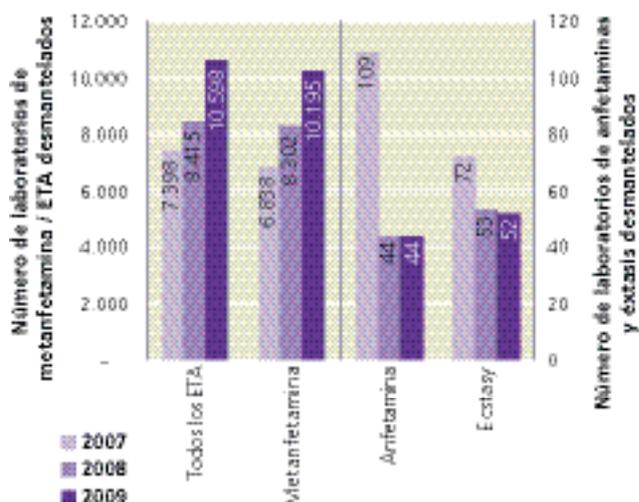
No se cuenta con nuevas estimaciones de la producción mundial de ETA para el año 2009. Sin embargo, los indicadores disponibles sugieren que la fabricación mundial de ETA podría haber aumentado en 2009. Las incautaciones de ETA aumentaron en un 16% ese año. El año anterior, el número de laboratorios de ETA detectados había aumentado un 26%, a unos 10.600, si bien esta cifra fue 46% más baja que la de 2004, cuando alcanzó el máximo.

El aumento estuvo relacionado principalmente con el desmantelamiento de laboratorios de metanfetamina en los Estados Unidos de América. Las incautaciones a nivel mundial de los dos precursores principales de la metanfetamina (efedrina y pseudoefedrina), sumados, se duplicaron con creces en 2009.

El número de laboratorios de metanfetamina y éxtasis desmantelados en el mundo fue menor, en cambio, en 2009 que en 2007, y mucho más bajo que el registrado en 2004. En 2009, se produjo una disminución de las incautaciones de los principales precursores de metanfetamina y éxtasis. La importancia de Europa como centro clave de la fabricación de éxtasis continuó disminuyendo.

**Fig. 3: Número de laboratorios de ETA desmantelados en todo el mundo, 2007-2009**

Fuente: UNODC, CPIA de la UNODC.



### b) Tráfico

Las corrientes de tráfico siguen presentando pautas bien definidas:

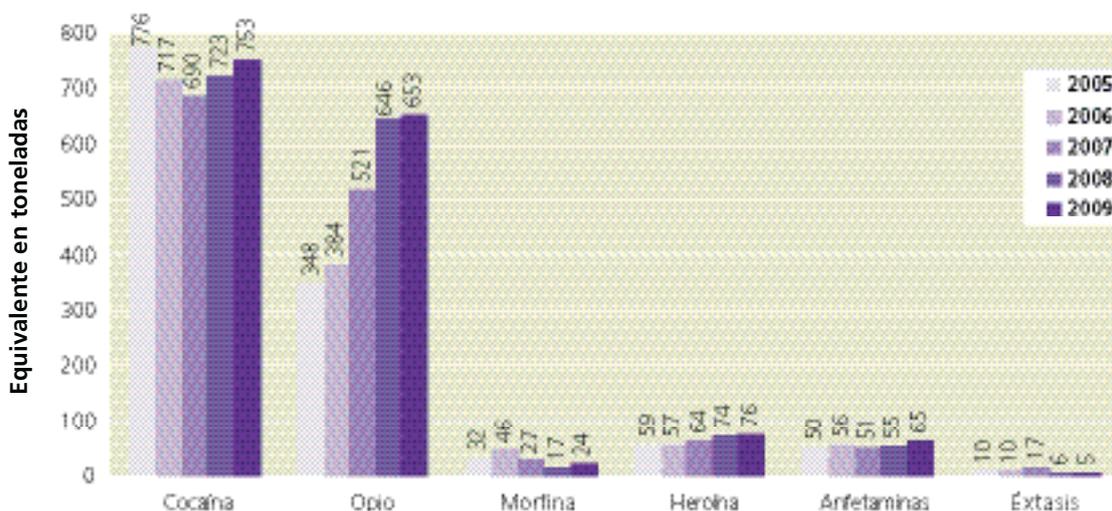
- La mayor parte del tráfico de hierba de cannabis se realiza dentro de una misma región. De hecho, la mayoría del cannabis se produce y consume localmente y, en general, no cruza las fronteras.
- La mayor parte de la resina de cannabis que se produce en Marruecos se destina al consumo en Europa central y occidental y en el África septentrional. La resina de cannabis que se produce en el Afganistán se destina principalmente a las regiones vecinas.
- La cocaína se trafica tanto dentro de una misma región como entre varias regiones. La cocaína que se produce en los tres países andinos (Colombia, Estado Plurinacional de Bolivia y Perú) se sigue destinando principalmente a América del Norte y a Europa occidental y central. Las exportaciones efectivas desde los países andinos (una vez que se deducen las incautaciones y el consumo en la región andina) se estiman en unas 788 t. Se calcula que en 2009 salieron de la región andina con destino a América del Norte 378 t, de las cuales se incautaron unas 200 de cocaína, cifra ajustada para tener en cuenta el grado de pureza. No obstante, la importancia de América del Norte ha disminuido a lo largo de los últimos años. Los destinos que le siguen en importancia son los países de Europa occidental y central, adonde la droga llega principalmente mediante envíos directos, si bien parte del tráfico también se lleva a cabo a través de países africanos, en particular del África occidental (alrededor del 13% de todo el tráfico para Europa). Se estima que salieron de la región andina con destino a Europa occidental y central cerca de 217 t de cocaína, de las cuales se incautaron casi 100, cifra ajustada para tener en cuenta el grado de pureza. Además, una proporción considerable de la cocaína se

destina a los países sudamericanos del Cono Sur para consumo interno.

- La heroína se trafica tanto dentro de una misma región como entre varias regiones. La heroína que se produce en el Afganistán se consume dentro de la región o se destina a Europa o ambas cosas. Se calcula que en 2009 cerca de 160 t de heroína afgana ingresaron en el Pakistán, de las cuales la mayor parte (unas 138 t) tenía como destino final Europa, el Asia sudoriental, el Asia meridional y África. Se calcula que en 2009 se introdujeron ilegalmente cerca de 145 t de heroína procedentes del Afganistán en la República Islámica del Irán para consumo local y para su tráfico ulterior. Se cree que se enviaron entre 75 y 80 t de heroína hacia Europa occidental y central, principalmente a través de Europa sudoriental. Se calcula que se introdujeron alrededor de 90 t de heroína afgana en el Asia central, principalmente con destino final en los países de la CEI, en particular la Federación de Rusia. La heroína que se fabrica en Myanmar se destina principalmente a los mercados de otros países del Asia sudoriental. La heroína que se produce en México y en Colombia se destina en su mayor parte a los Estados Unidos y una parte limitada al consumo local.
- El tráfico de anfetaminas se sigue realizando principalmente dentro de una misma región, mientras que sus precursores se trafican, en su mayoría, entre regiones.
- El tráfico de éxtasis ha sido tradicionalmente intrarregional en Europa (donde se originaba la mayor parte del éxtasis), e interregional en otras partes del mundo. En los últimos años la importancia de Europa como región de origen ha disminuido notablemente. La producción se ha desplazado hacia otras regiones, principalmente a América del Norte y al Asia sudoriental. Sin embargo, las exportaciones desde estas regiones hacia otras son aún muy limitadas.

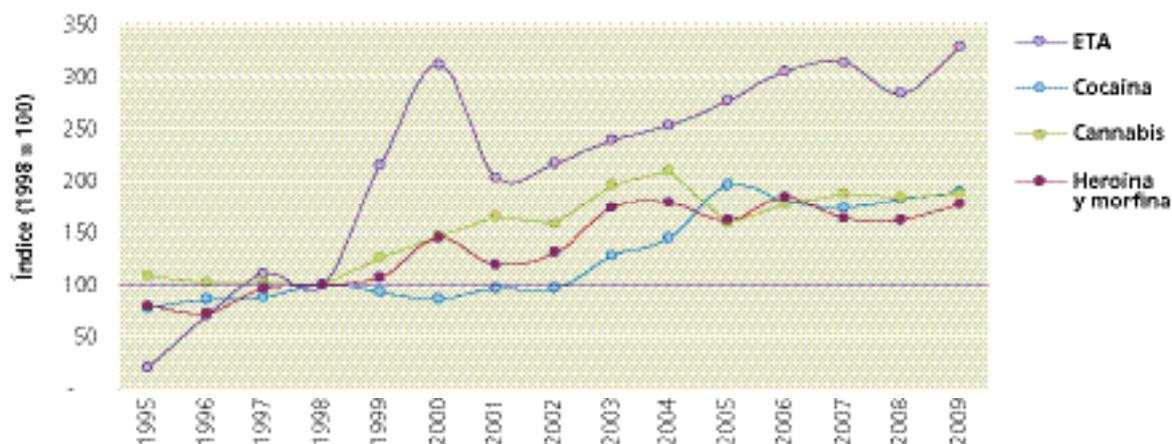
**Fig. 4: Incautaciones mundiales de determinadas drogas (en toneladas métricas), 2005-2009**

Fuente: UNODC, CPIA. Las cantidades se reproducen tal cual fueron comunicadas (sin ajustar para tener en cuenta el grado de pureza).



**Fig. 5: Tendencias de las incautaciones de las principales categorías de drogas (índice: 1998 = 100), 1995-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



Las incautaciones de hierba y resina de cannabis permanecieron estables durante el período de 2007 a 2009. En 2009, las incautaciones de hierba de cannabis aumentaron, mientras que las de resina disminuyeron.

Después de experimentar grandes aumentos entre 2000 y 2005, las incautaciones de cocaína a nivel mundial han fluctuado, si bien no sufrieron un cambio apreciable entre 2005 y 2009. Las altas incautaciones de cocaína indican los progresos que se están haciendo en la interceptación, dada la disminución de la producción mundial de cocaína.

Las incautaciones de opio casi se duplicaron entre 2005 y 2009, mientras que las de heroína y morfina, sumadas, se mantuvieron en general estables durante el mismo período. Esto sugiere que el considerable aumento de la producción de opio en el Afganistán (hasta 2007) llevó a un aumento de las exportaciones de opio, pero no significó una expansión igualmente rápida de la producción mundial de heroína. Del mismo modo, la disminución de la producción de opio afgano después de 2007 no llevó a una disminución del tráfico de heroína y morfina, al menos no hasta 2009.

Entre 2005 y 2009 aumentaron las incautaciones de anfetaminas debido principalmente al aumento de las incautaciones de metanfetamina.<sup>2</sup> Las incautaciones de éxtasis, en cambio, disminuyeron. Entre 2007 y 2009 se redujeron en más de dos tercios, lo que parece confirmar la información recibida sobre escasez de éxtasis en varios mercados.

Las tendencias a largo plazo indican que las incautaciones de cocaína, heroína y morfina, así como de cannabis, en función del volumen, casi se duplicaron entre 1998 y 2009,

■ ■  
2 Las incautaciones de anfetaminas y éxtasis que se mencionan en el presente informe difieren de las que aparecen en informes anteriores. Los comprimidos se expresan en función del peso bruto de anfetaminas o éxtasis (y no de la cantidad efectiva de sustancias psicoactivas contenida en dichos comprimidos), del mismo modo que las incautaciones de otras sustancias se expresan en peso bruto, sin ajustes para tener en cuenta las impurezas. El volumen de las anfetaminas y el éxtasis, expresado en equivalentes de kilogramo, es un tanto mayor que el mencionado en informes anteriores.

mientras que las incautaciones de ETA se triplicaron con creces durante el mismo período.

Durante el período de 2005 a 2009, las mencionadas incautaciones de drogas derivadas de plantas se mantuvieron, en gran medida, estables, mientras que las incautaciones de ETA, incluido el éxtasis, mostraron un aumento considerable.

### c) Consumo Consumidores

La UNODC estima que a nivel mundial, entre 149 millones y 272 millones de personas (entre el 3,3% y el 6,1% de la población de 15 a 64 años) consumieron sustancias ilícitas por lo menos una vez en el año anterior. Se calcula que cerca de la mitad de ellos son consumidores actuales, es decir, que han consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el mes anterior a la encuesta. En consecuencia, el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, para lo cual se ha establecido un sistema mundial de fiscalización, sigue siendo considerablemente más bajo que el uso de sustancias psicoactivas legales tales como el tabaco.<sup>3</sup> Según la Organización Mundial de la Salud, cerca del 25% de la población adulta (mayores de 15 años) fuma.<sup>4</sup>

### La tasa de prevalencia de consumo de drogas ilícitas permaneció estable, en general, durante el último decenio

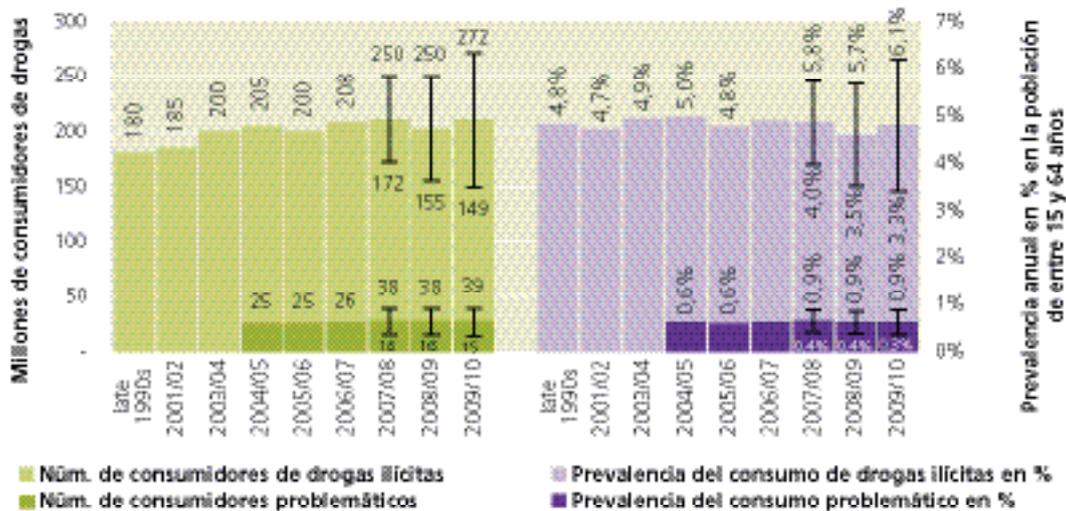
En la última década, el número total de consumidores parece haber aumentado de unos 180 a 210 millones de

■ ■  
3 La OMS coloca el tabaco dentro del grupo de sustancias psicoactivas (Organización Mundial de la Salud, *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence* (Ginebra, 2004)).

4 Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics 2010*. Los resultados se han tomado del informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaco, 2009. La OMS considera que los datos sobre el consumo masculino de tabaco (41,1% de la población masculina mayor de 15 años) y el consumo femenino de tabaco (8,9% de la población femenina mayor de 15 años) son las mejores estimaciones para 2006.

**Fig. 6: Prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas, fines de la década de 1990-2009/2010**

Fuente: UNODC. Los cálculos se basan en el CPIA de la UNODC y otras fuentes oficiales.



personas (intervalo: 149 a 272 millones). Sin embargo, en lo que respecta a la tasa de prevalencia, la proporción de consumidores en la población de 15 a 64 años se mantuvo prácticamente igual, alrededor del 5% (intervalo: 3,4% a 6,2%) en 2009/2010.

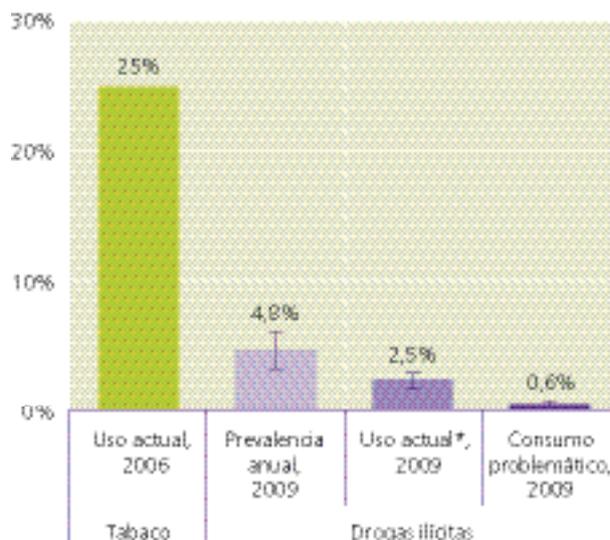
**El consumo problemático de drogas se mantiene relativamente estable**

Si se tienen en cuenta únicamente los consumidores problemáticos, los cálculos oscilan entre 15 y 39 millones de personas o sea, entre el 0,3% y el 0,9% de la población de 15 a 64 años. Si bien no existe una definición establecida de consumidor problemático, los países suelen definirlos como aquellas personas que consumen con regularidad sustancias ilícitas y pueden considerarse drogodependientes, y aquellas personas que se inyectan drogas. El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) define el consumo problemático de drogas como “el consumo de drogas inyectables o el consumo prolongado y frecuente de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas”.<sup>5</sup> El examen del consumo problemático de drogas desde 2004/2005 revela una tendencia bastante estable.

**Fig. 7: Prevalencia del consumo de tabaco y de drogas ilícitas en la población adulta, porcentaje**

\* El cálculo del consumo mensual se basa en la información facilitada por 35 países para los cuales se calcularon las proporciones entre el nivel de consumo del mes anterior y el del consumo anual. En los casos en que no se disponía de cifras totales del consumo de drogas, se utilizó el cociente entre el consumo de cannabis en el mes anterior y el año anterior. El promedio sin ponderar indicó que la prevalencia del mes anterior era equivalente al 52% de la prevalencia anual. Si esto se aplica a una tasa de prevalencia del 4,8%, se obtiene una estimación de la prevalencia en el mes anterior de un 2,5%.

Fuente: Estimaciones de drogas ilícitas de la UNODC, basadas en el CPIA de la UNODC; estadísticas de tabaco: OMS, Estadísticas Mundiales de Salud 2010.



5 OEDT (2008), *Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use*, Lisboa.

## Número estimado de personas de 15 a 64 años que consumieron drogas ilícitas durante el año anterior, por región y subregión, 2009

Región/subregión	Consumidores de cannabis el año anterior		Consumidores de opiáceos el año anterior		Consumidores de opiáceos el año anterior		Consumidores de cocaína el año anterior		Consumidores del grupo de las anfetaminas el año anterior		Consumidores de éxtasis el año anterior	
	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)
<b>África</b>	<b>21.630.000</b>	<b>59.140.000</b>	<b>940.000</b>	<b>3.750.000</b>	<b>890.000</b>	<b>3.210.000</b>	<b>940.000</b>	<b>4.420.000</b>	<b>1.180.000</b>	<b>8.150.000</b>	<b>350.000</b>	<b>1.930.000</b>
África oriental	2.340.000	8.870.000	150.000	1.790.000	140.000	1.310.000	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>
África septentrional	4.780.000	10.620.000	130.000	550.000	130.000	550.000	30.000	50.000	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>
África meridional	3.130.000	7.810.000	240.000	320.000	210.000	280.000	270.000	730.000	280.000	780.000	190.000	300.000
África occidental y central	11.380.000	31.840.000	420.000	1.090.000	410.000	1.070.000	550.000	2.300.000	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>
<b>América</b>	<b>40.950.000</b>	<b>42.860.000</b>	<b>12.960.000</b>	<b>14.590.000</b>	<b>1.180.000</b>	<b>1.910.000</b>	<b>8.280.000</b>	<b>8.650.000</b>	<b>5.170.000</b>	<b>6.210.000</b>	<b>3.770.000</b>	<b>4.020.000</b>
El Caribe	440.000	2.060.000	60.000	100.000	50.000	80.000	110.000	330.000	30.000	530.000	20.000	240.000
América Central	550.000	610.000	110.000	230.000	20.000	20.000	120.000	140.000	320.000	320.000	20.000	30.000
América del Norte	32.520.000	32.520.000	11.950.000	13.320.000	1.000.000	1.630.000	5.690.000	5.690.000	3.460.000	3.460.000	3.210.000	3.210.000
América del Sur	7.410.000	7.630.000	850.000	940.000	110.000	170.000	2.360.000	2.480.000	1.340.000	1.890.000	520.000	530.000
<b>Asia</b>	<b>31.340.000</b>	<b>67.970.000</b>	<b>6.760.000</b>	<b>12.520.000</b>	<b>6.440.000</b>	<b>12.020.000</b>	<b>400.000</b>	<b>2.300.000</b>	<b>4.330.000</b>	<b>38.230.000</b>	<b>2.390.000</b>	<b>17.330.000</b>
Asia central	1.950.000	2.260.000	350.000	350.000	320.000	320.000	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>
Asia oriental y sudoriental	5.440.000	24.160.000	2.870.000	5.050.000	2.800.000	4.990.000	400.000	1.070.000	3.480.000	20.870.000	1.480.000	6.920.000
Cercano Oriente y Oriente Medio	6.060.000	12.360.000	2.120.000	3.730.000	1.940.000	3.540.000	40.000	650.000	460.000	4.330.000	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>
Asia meridional	16.830.000	28.110.000	1.420.000	3.380.000	1.380.000	3.170.000	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>	<i>estimación no se puede calcular</i>
<b>Europa</b>	<b>28.730.000</b>	<b>29.250.000</b>	<b>3.270.000</b>	<b>3.730.000</b>	<b>3.110.000*</b>	<b>3.470.000*</b>	<b>4.300.000</b>	<b>4.750.000</b>	<b>2.540.000</b>	<b>3.180.000</b>	<b>3.680.000</b>	<b>3.920.000</b>
Europa oriental y sudoriental	5.980.000	6.380.000	2.100.000	2.330.000	2.100.000	2.300.000	310.000	660.000	510.000	1.050.000	1.190.000	1.370.000
Europa occidental y central	22.750.000	22.860.000	1.170.000	1.400.000	1.010.000	1.170.000	3.990.000	4.090.000	2.030.000	2.120.000	2.490.000	2.560.000
<b>Oceanía</b>	<b>2.160.000</b>	<b>3.460.000</b>	<b>100.000</b>	<b>190.000</b>	<b>40.000</b>	<b>50.000</b>	<b>330.000</b>	<b>400.000</b>	<b>470.000</b>	<b>640.000</b>	<b>850.000</b>	<b>920.000</b>
<b>ESTIMACIÓN MUNDIAL</b>	<b>124.810.000</b>	<b>202.680.000</b>	<b>24.030.000</b>	<b>34.780.000</b>	<b>11.660.000</b>	<b>20.660.000</b>	<b>14.250.000</b>	<b>20.520.000</b>	<b>13.690.000</b>	<b>56.410.000</b>	<b>11.080.000</b>	<b>28.090.000</b>

\* El cálculo de opiáceos en Europa, donde los países informaron únicamente sobre opiáceos, se realizó utilizando la distribución de consumidores de opiáceos comprendida dentro del número total de consumidores de opiáceos en tratamiento.



### El cannabis sigue siendo la droga ilícita de mayor consumo, por encima de los ETA, los opioides y la cocaína

El desglose del consumo de drogas ilícitas demuestra que el cannabis sigue siendo, con mucho, la sustancia ilícita de más amplio consumo. Se estima que en 2009 el número de consumidores de cannabis oscilaba entre 125 y 203 millones, lo que corresponde a una tasa de prevalencia comprendida entre un 2,8% y un 4,5% de la población de 15 a 64 años.

El segundo grupo de sustancias de consumo amplio es el de los ETA (entre ellos, la metanfetamina, la anfetamina, la metcatinona y el éxtasis). Dentro de los ETA, las anfetaminas (la metanfetamina, la anfetamina, la metcatinona) siguen siendo el grupo más prominente de sustancias, con unos 14 a 56 millones de consumidores en 2009, lo que equivale a una tasa de prevalencia que oscila entre el 0,3% y el 1,3% de la población de 15 a 64 años. La amplia gama se debe principalmente a que existe una gran incertidumbre acerca del grado de consumo de anfetaminas en los dos países más populosos del mundo, China y la India, así como del consumo de anfetaminas en África. Lo mismo se aplica a la amplia gama de consumo de éxtasis (entre 11 y 28 millones de personas, o una tasa de prevalencia que oscila entre el 0,2% y el 0,6% de la población de 15 a 64 años).

En tercer lugar siguen los opioides, que tienen, según se calcula, entre 24 y 35 millones de consumidores, lo que equivale a una tasa de prevalencia que oscila entre el 0,5% y el 0,8% de la población de 15 a 64 años. Los opioides más problemáticos<sup>6</sup> a nivel mundial, tal como lo refleja la demanda de tratamiento, son los opiáceos, es decir, las diversas sustancias psicoactivas derivadas de la adormidera, especialmente el opio y la heroína. Se calcula que en 2009, entre 12 y 21 millones de personas consumieron opiáceos ilícitos, lo que equivale a una tasa de prevalencia que oscila entre el 0,3% y el 0,5%. El opiáceo más problemático en los mercados mundiales de drogas ilícitas sigue siendo la heroína. La UNODC calcula que en 2009 había alrededor de 12 a 14 millones de consumidores de heroína en el mundo. En los últimos años, el problema del consumo de drogas también se ha relacionado con el consumo para fines no médicos de diversos opioides de venta con receta, tales como la oxycodona, el fentanilo o la petidina.

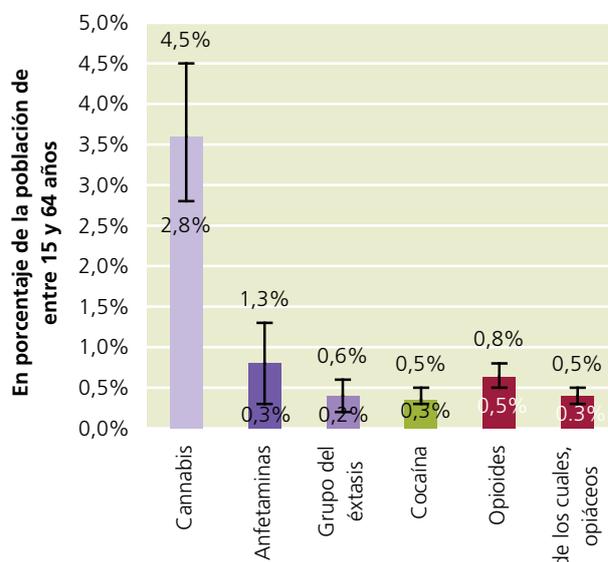
En cuanto a su prevalencia mundial, la cocaína se ubica en cuarto lugar, con estimaciones de sus consumidores que oscilan entre 14 y 21 millones de personas,<sup>7</sup> lo que equivale a una tasa de prevalencia anual comprendida entre el 0,3% y el 0,5% de la población de 15 a 64 años. El consumo de

6 Opiode es un término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera, sus análogos sintéticos y compuestos que se sintetizan en el organismo. Por lo general se hace una distinción entre "opiáceos" (es decir, los diversos productos derivados de la adormidera) y los opioides sintéticos. En el capítulo sobre el mercado del opio y la heroína se encontrará información más detallada.

7 Si se tiene en cuenta la información cualitativa (con respecto a África y Asia), el cálculo más aproximado es, probablemente, de menos de 16 millones.

**Fig. 8: Prevalencia anual del consumo de drogas a nivel mundial, expresada como porcentaje de la población de 15 a 64 años, 2009/2010**

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en el CPIA y otras informaciones oficiales.



cocaína a nivel mundial parece estar menos generalizado que el de los opioides, ser igual al de los opiáceos y estar más extendido que el de la heroína.

### Las tendencias del consumo de drogas dentro de las categorías principales se mantienen estables, en general, a nivel mundial

El número total de consumidores de las drogas incluidas en las distintas categorías que se mencionan más arriba no parece haber cambiado de manera apreciable en los últimos años. Los cambios ocurrieron dentro de las gamas existentes. Si hubo una tendencia general, esta consistió, para la mayoría de las drogas, en una ampliación de las gamas existentes (esto es, un aumento del nivel superior y una disminución del nivel inferior de las estimaciones), lo que refleja una mayor incertidumbre acerca del número real de consumidores. Esto se debe, en parte, a una buena práctica estadística, por la cual las estimaciones de la prevalencia hechas hace más de 10 años no se utilizan ya para calcular la prevalencia. La falta de información reciente sobre el consumo de drogas en gran número de países de África y Asia hace que aumenten los niveles de incertidumbre.

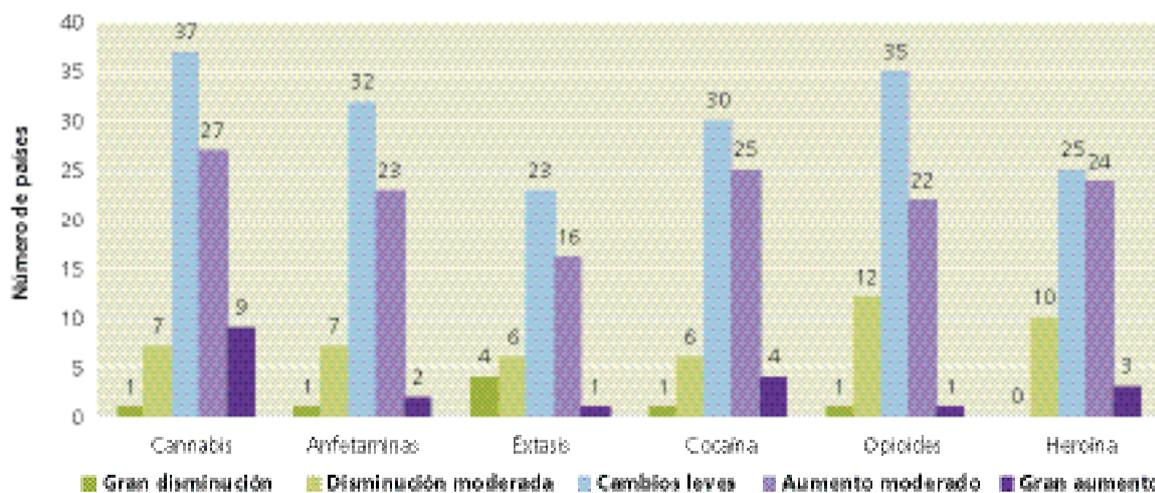
Utilizando una escala de cinco puntos, que va desde una gran disminución a un gran aumento, la mayoría de los expertos gubernamentales percibe una estabilización en el consumo de drogas en 2009, según se desprende del CPIA. Esto se aplica al cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y los opioides, incluida la heroína.

### Surgimiento de nuevas drogas

Sin embargo, la tendencia en general positiva respecto de las drogas "tradicionales" no se aplica a todos los mercados de drogas ilícitas. Estos mercados continúan evolucionando y cada año se fabrican nuevos productos, que no están fis-

**Fig. 9: Cómo perciben los expertos gubernamentales las tendencias del consumo de drogas ilícitas\*, 2009**

\* Basado en información proporcionada por 83 países y territorios.  
Fuente: UNODC, CPIA.



calizados, con el propósito de satisfacer una demanda cada vez más diversificada de sustancias psicoactivas.

En este contexto, las drogas sintéticas son las que han evolucionado con mayor rapidez, si bien los productos a base de cannabis, cocaína y opiáceos también se han diversificado. Asimismo, ha aumentado el número de casos comunicados de combinaciones de adulterantes de drogas relacionadas con sustancias farmacológicamente activas.

Los mercados ilícitos se abastecen de nuevas sustancias psicoactivas como respuesta a ciertos factores, por ejemplo: i) el uso de diferentes sustancias químicas y precursores para evadir los controles establecidos; ii) el uso de sustancias que no son objeto de regulación ni fiscalización a nivel nacional o internacional; iii) la sustitución de sustancias cuya oferta está disminuyendo; iv) el ofrecimiento de productos que pueden satisfacer las exigencias en constante evolución de los consumidores.

El hecho de que estén apareciendo en el mercado de drogas nuevas sustancias psicoactivas no es ninguna novedad. El mercado de sustancias nuevas, según se desprende de las incautaciones, ha experimentado recientemente una rápida expansión. En Europa, una de las regiones más “innovadoras” en lo que respecta a drogas nuevas, se informó, entre 1997 y 2009, sobre la existencia de 110 nuevas sustancias psicoactivas al Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) y a Europol. En 2010, más de 40 sustancias nuevas fueron notificadas al sistema europeo de alerta temprana, en comparación con 24 en 2009.<sup>8</sup> Entre ellas se incluían piperazinas, catinonas, cannabinoides sintéticos, triptaminas y fenetilaminas.

En los últimos años ingresaron en el mercado ilícito varias sustancias nuevas, que imitan las propiedades farmacológicas o las estructuras químicas de sustancias fiscalizadas ya

existentes tales como las anfetaminas o el éxtasis. Algunas de ellas contienen sustancias no reguladas y son conocidas como “euforizantes legales”. Las piperazinas y las catinonas, por ejemplo la mefedrona, son algunas de las sustancias no reguladas de entrada reciente en los mercados.

#### Piperazinas

Inicialmente, la piperazina se desarrolló como antihelmíntico para el tratamiento de los gusanos parásitos. Su derivado más conocido, la benzilpiperazina (BZP), se desarrolló como antidepresivo si bien no fue comercializada con ese fin porque producía efectos parecidos a los de la d-anfetamina, aunque menos potentes. Estos efectos, similares a los de las anfetaminas, incluyen una sensación de euforia y un efecto estimulante. Los derivados de la piperazina, tales como la BZP y la 3-trifluorometilfenilpiperazina (TFMPP), se venden comúnmente como éxtasis cuando escasea la MDMA.

#### Mefedrona

También conocida como 4-metilmetcatinona (4-MMC), está relacionada químicamente con la catinona, sustancia sujeta a fiscalización internacional, que es una de las sustancias psicoactivas encontradas en la planta khat. La entrada de la mefedrona en el mercado es reciente y con frecuencia se la promociona como la alternativa legal de las anfetaminas o la cocaína, con un número creciente de casos comunicados en Europa, América del Norte y Australia. Si bien la mefedrona y sus análogos, tales como la nafirona, producen efectos similares a los de sustancias sometidas a fiscalización internacional, con frecuencia no existen restricciones legislativas sobre su fabricación y distribución debido a las diferencias químicas.

#### “Spice”

El mercado del cannabis se ha diversificado con la introducción de los cannabinoides sintéticos, que emulan los

■ ■  
8 OEDT, Informe Anual, 2010.



efectos del cannabis. Desde 2008, se han detectado varios cannabinoides sintéticos (“spice”) en mezclas de hierbas para fumar. Estos productos típicamente contienen unos tres gramos de material desmenuzado al que se agregan uno o más cannabinoides sintéticos. Dado que no contienen productos sometidos a fiscalización internacional, estos productos se comercializan con frecuencia como “alternativas legales” del cannabis. Se sabe poco acerca de la farmacología y la toxicología de estos compuestos y se cree que algunas de estas sustancias quizá sean potencialmente más adictivas que el cannabis. En consecuencia, varios países han sometido el “spice” y otros productos similares a fiscalización, lo que ha llevado a una disminución de la magnitud del problema.

### **Combinaciones de adulterantes de drogas: cocaína adulterada con levamisol**

Los vendedores callejeros normalmente “cortan” la cocaína con diluyentes tales como la lactosa para aumentar las ganancias. Recientemente se ha informado sobre el uso de adulterantes farmacológicamente más activos, tales como la atropina, la fenacetina y el metilfenidato. La presencia de algunos de estos adulterantes puede servir para potenciar el efecto deseado de las sustancias ilícitas o incluso reducir o eliminar algunos de sus efectos adversos. La información proveniente de los Países Bajos (confirmada por información proporcionada por algunos países europeos y de América del Norte) revela que en 2008 y 2009 un número creciente de muestras de cocaína contenían levamisol, antihelmíntico utilizado eficazmente para combatir la lombriz común.

### **Dificultad para fiscalizar las sustancias nuevas**

El gran número de sustancias nuevas que ingresan en el mercado mundial plantea una serie de desafíos para los sistemas de salud pública y de aplicación de la ley y obligan a ejercer una mayor vigilancia y a adoptar una respuesta coordinada entre los distintos países y regiones. Al tiempo que algunos países han intentado abordar el problema mediante mecanismos de reclasificación de emergencia, otros han comenzado a experimentar con mecanismos de reclasificación genéricos, que ponen a las sustancias análogas automáticamente bajo fiscalización. Sin embargo, esto es difícil de aplicar en muchos ordenamientos jurídicos. Otros países han comenzado a someter a fiscalización inmediata las sustancias nuevas mediante “leyes de medicamentos” (en lugar de “leyes de estupefacientes”), que normalmente exigen que los productos medicinales sean sometidos a prueba antes de ponerlos a la venta al público.

Los precursores químicos de las drogas sintéticas también cambian en respuesta a controles más estrictos. En el caso de algunos países, por ejemplo, los traficantes han comenzado a usar norefedrina como precursor para la fabricación de metanfetaminas, en lugar de efedrina y pseudoefedrina, que se encuentran bajo un mayor escrutinio por parte de los gobiernos.

### **Problemas relacionados con el creciente consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta**

Si bien las tendencias con respecto al consumo de drogas

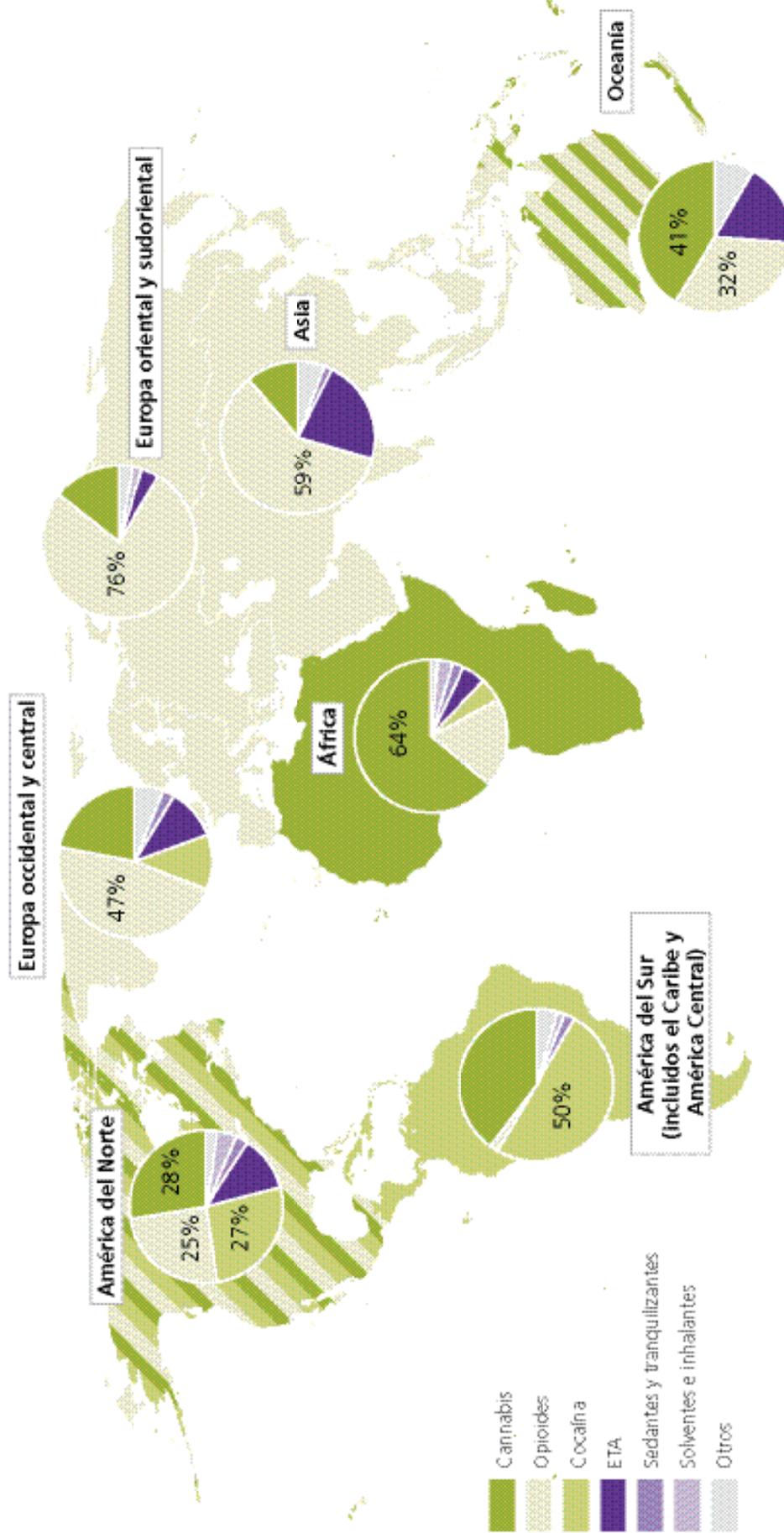
tradicionales permanecen estables, e incluso ha disminuido el consumo de heroína y cocaína en regiones de alto consumo, en varios países parece haber aumentado el consumo de drogas con fines no médicos.

El consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta, como varios opioides sintéticos, tranquilizantes y sedantes o estimulantes, se ha convertido en un creciente problema sanitario en varios países. En los Estados Unidos, las visitas a las salas de urgencia relacionadas con el consumo de drogas con fines no médicos ha comenzado a exceder el número de visitas relacionadas con el uso de drogas ilícitas. Las drogas de venta con receta han reemplazado a algunas drogas ilícitas dado que su consumo se percibe como menos perjudicial por ser recetadas por profesionales. Son legales, menos costosas que las drogas ilícitas y su consumo es más aceptado socialmente. Otro factor que influye en la creciente popularidad del consumo de drogas con fines no médicos es que los pacientes a los que se ha recetado un medicamento lo comparten o venden a sus familiares, amigos u otras personas que lo solicitan. El consumo de drogas con fines no médicos es un fenómeno común entre la población de adultos jóvenes, mujeres, pacientes de edad avanzada y profesionales de la salud. Otro motivo de preocupación es que el creciente número de consumidores de más de una droga, dentro del grupo de consumidores de drogas ilícitas, también consumen drogas de venta con receta combinadas con la droga ilícita de su preferencia para potenciar los efectos de la droga principal.

### **Demanda de tratamiento**

La necesidad de tratamiento refleja un consumo problemático de drogas, con sus efectos negativos en la salud. En la mayoría de las regiones del mundo sigue habiendo pautas regionales claras con respecto a los principales tipos de drogas problemáticas. En Europa y Asia, los opioides (básicamente los opiáceos y, en particular, la heroína) son los que causan más problemas. En algunos países asiáticos, los ETA, principalmente la metanfetamina en el Asia sudoriental y el Captagon (esto es, anfetamina mezclada con cafeína) en la Península Arábiga, han surgido como el grupo de drogas más problemático. La demanda de tratamiento por consumo de ETA se ha extendido también a Oceanía, América del Norte y Europa occidental y central. El consumo problemático de cannabis contribuye en gran medida a la demanda de tratamiento en todas las regiones, si bien tiene especial prevalencia en África. En América del Sur (incluidos el Caribe y América Central), la cocaína es la causa principal del tratamiento por consumo de drogas. En América del Norte existen pautas más diversas donde no existe una única droga dominante. El cannabis, los opioides y la cocaína están igualmente representados. En Oceanía, el tratamiento está vinculado principalmente al consumo de cannabis, seguido de los opioides.

Principales drogas problemáticas según lo refleja la demanda de tratamiento, por región, 2009 (o último año en que se dispone de información)



Notas: Los valores medios de demanda de tratamiento de los países no han sido ponderados. Número de países que proporcionaron información: África (26), América del Norte (3), América del Sur, incluidos el Caribe y América Central (26), Asia (42), Europa oriental y sudoriental (11), Europa occidental y central (33), Oceanía (3). La información en general responde al consumo primario de drogas. El policonsumo podría hacer que los totales pasaran del 100%. Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Fuentes: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales (CPAY DELTA) e informes de los gobiernos nacionales.



### Los opiáceos son las drogas más perjudiciales según se desprende de la demanda de tratamiento

Una manera de medir el daño potencial de una droga determinada es comparar el número de personas que necesitan someterse a tratamiento con el número de personas que consumen esa droga.

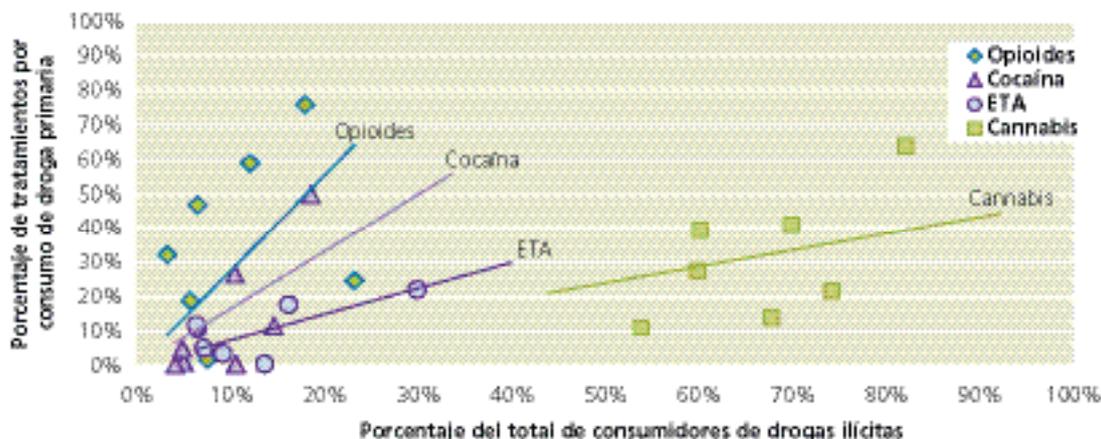
Los últimos datos proporcionados por los Estados Unidos<sup>9</sup> indican que, en promedio, tres de cada 100 consumidores de droga anuales tuvieron que someterse a tratamiento por consumo de drogas en 2008. El consumo de opiáceos crea muchos más problemas que el uso de otras drogas ilícitas. La tasa de heroína es mucho más elevada que el promedio, de 22 por cada 100 consumidores, es decir, más de uno de cada cinco recibe tratamiento. Si bien la demanda de tratamiento por consumo de opiáceos de venta con receta en los Estados Unidos ha crecido con mayor fuerza (460% entre 1998 y 2008) que la demanda de tratamiento por consumo de heroína (8%), solo una de cada 100 personas que consumen opiáceos de venta con receta necesita tratamiento. En 2008, las tasas correspondientes fueron: entre cuatro y cinco de cada 100 consumidores de cocaína y anfetaminas (estimulantes), y uno de cada 100 consumidores de cannabis. La demanda de tratamiento por consumo de cocaína crack sigue siendo superior a la media (14 por cada 100 consumidores), lo que excede claramente el total de la demanda de tratamiento por consumo de cocaína, y para los consumidores de metanfetamina (14 por cada 100 consumidores), claramente superior al total de la demanda de tratamiento por consumo de anfetaminas. Con respecto a los consumidores de tranquilizantes y sedantes, las tasas se sitúan entre el 0,6 y el 0,7 por cada 100 consumidores.

A juzgar por el número de consumidores durante el pasado año en los países europeos y las cifras disponibles sobre tratamiento por consumo de los distintos tipos de drogas, cabe concluir que entre uno de cuatro o uno de cinco consumidores de opiáceos termina en tratamiento. Estas tasas son comparables con las de los Estados Unidos, ya que la mayor parte del consumo de opiáceos en Europa está vinculado al uso indebido de opiáceos, principalmente la heroína. En cuanto a la cocaína y los ETA, la información de que se dispone sugiere que alrededor de uno de cada 100 consumidores en Europa recibe tratamiento, es decir, menos que en los Estados Unidos. Esto parece sugerir que el consumo de cocaína y de estimulantes en Europa todavía no es tan problemático como en los Estados Unidos porque la cocaína crack y la metanfetamina, las dos sustancias más problemáticas dentro de estas categorías, no están tan difundidas en Europa. Si bien el tratamiento relacionado con el consumo de cannabis aumentó en Europa en el último decenio, sigue siendo menos común que en los Estados Unidos. Alrededor de uno de cada 230 consumidores de cannabis se sometió a tratamiento en Europa, en comparación con uno de cada 80 en los Estados Unidos. Las diferencias en la política de tratamiento (particularmente en lo que respecta a los programas obligatorios de tratamiento por consumo de cannabis) y en las prácticas de registro podrían contribuir a explicar algunas de estas diferencias. Por consiguiente, los consumidores de opiáceos y de opiáceos en Europa tienen 20 veces más probabilidades de terminar en tratamiento que los consumidores de cocaína y de ETA, y 50 veces más probabilidades que los consumidores de cannabis. En los Estados Unidos, la pro-

**Fig. 10: Comparación entre la demanda de tratamiento por consumo de distintos tipos de drogas y el número relativo de consumidores\*, por región\*\***

\* El porcentaje de los consumidores de drogas ilícitas no incluye a las personas que consumen más de una droga. \*\* Se representan siete regiones, a saber: África, América del Norte, América del Sur, Asia, Asia oriental y sudoriental, Europa occidental y central y Oceanía. Cada forma geométrica corresponde a una región.

Fuente: UNODC; informes de los gobiernos.



9 SAMHSA, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*; SAMHSA, *Treatment Episode Data Set (TEDS), 1998-2008*; las estimaciones del número de consumidores de opiáceos y opiáceos se derivan de las estimaciones de la ONDCP del número de consumidores de heroína y en las estimaciones de SAMHSA del número de consumidores de opiáceos de venta con receta.

babilidad de que los consumidores de opiáceos terminen en tratamiento es unas cinco veces más elevada que la de los consumidores de cocaína y de estimulantes, y 20 veces mayor que la de los consumidores de cannabis.<sup>10</sup>

La prevalencia del consumo de opiáceos, comparada con la del consumo de otras drogas, es relativamente baja. Sin embargo, los opiáceos dominan el tratamiento, con un porcentaje de demanda desproporcionadamente alto. Esto pone de manifiesto el daño considerable asociado a los opiáceos (en particular la heroína), y la elevada probabilidad de que los consumidores de opiáceos necesiten tratamiento. En cuanto a la mayoría de las regiones (con excepción de América del Norte y del Sur), las cifras de opiáceos y opioides siguen siendo casi idénticas.

Las altas tasas de prevalencia de los ETA en Asia, especialmente en el Asia oriental y sudoriental, hacen pensar, con preocupación, que haya una demanda no atendida de tratamiento por consumo de ETA en la región. Dado que la mayoría de los servicios de tratamiento están destinados a satisfacer las necesidades de los consumidores de opioides y de cannabis, los servicios de tratamiento por consumo de ETA son relativamente escasos y cuentan con pocos recursos.<sup>11</sup>

La gran mayoría de los usuarios de drogas ilícitas consumen cannabis, y aunque el daño asociado con su consumo es relativamente menor en comparación con el que causan los opiáceos, el cannabis contribuye en medida nada despreciable a la demanda de tratamiento. El nivel de esta demanda coincide con las tasas de prevalencia regionales, que son mayores en Oceanía y África, seguidas por América, Europa y Asia.

### Las enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas inyectables

En un estudio sistemático<sup>12</sup> llevado a cabo por el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables, se estima que existen aproximadamente 15,9 millones (intervalo: 11 y 21,2 millones) de consumidores de drogas inyectables a nivel mundial, con China a la cabeza, seguida por los Estados Unidos y la Federación de Rusia. Estas cifras sugieren que cerca del 60% de todos los consumidores problemáticos a nivel mundial se inyectan drogas, y que los consumidores de drogas inyectables representan el 7,5% del total mundial de consumidores de drogas.

El consumo de drogas inyectables es una forma extrema del consumo de drogas que acarrea graves consecuencias para la salud y gastos para el individuo y la comunidad. Las conductas arriesgadas –sexual y de consumo de drogas

10 Este análisis se basa en datos globales y no toma en cuenta el consumo de más de una droga.

11 UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine Type Stimulants and Other Drugs Asia and the Pacific*, Global SMART Programme, 2010.

12 B. M. Mathers y otros (noviembre de 2008), “Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”, *The Lancet*, vol. 372, núm. 9651, págs. 1733 a 1745.

inyectables— entre los toxicómanos representan un problema de salud pública debido al alto riesgo de transmisión sanguínea de enfermedades como el VIH/SIDA y la hepatitis C y B, especialmente entre los marginados y los grupos de mayor riesgo.

### Uno de cada cinco consumidores de drogas inyectables es VIH positivo

Sobre la base de la información compilada por la UNODC, se estima que el promedio mundial de prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables es del 17,9%; esto significa que 2,8 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VIH. Esto está de acuerdo con la estimación de 3,0 millones (intervalo: 0,8 y 6,6 millones) que presentó el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables.<sup>13</sup> Se han observado altos niveles de infección con el VIH, generalmente entre los sectores marginados de consumidores de drogas, así como en la población carcelaria.

Según el Grupo de Referencia, existen grandes variaciones geográficas en la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables, con las cifras más altas y las tasas más elevadas en América Latina, Europa del este y el Asia oriental y sudoriental. Estas regiones combinadas representan el 73% del número total de consumidores de drogas inyectables que viven con el VIH. En algunos países, la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables es extremadamente alta, como Estonia (72%), la Argentina (50%) y el Brasil (48%).

### La mitad del total de los consumidores de drogas inyectables están infectados por el virus de la hepatitis C

Las infecciones con el virus de la hepatitis C y B también plantean importantes problemas para la salud pública, con las considerables morbilidad y mortalidad consiguientes entre los consumidores de drogas.

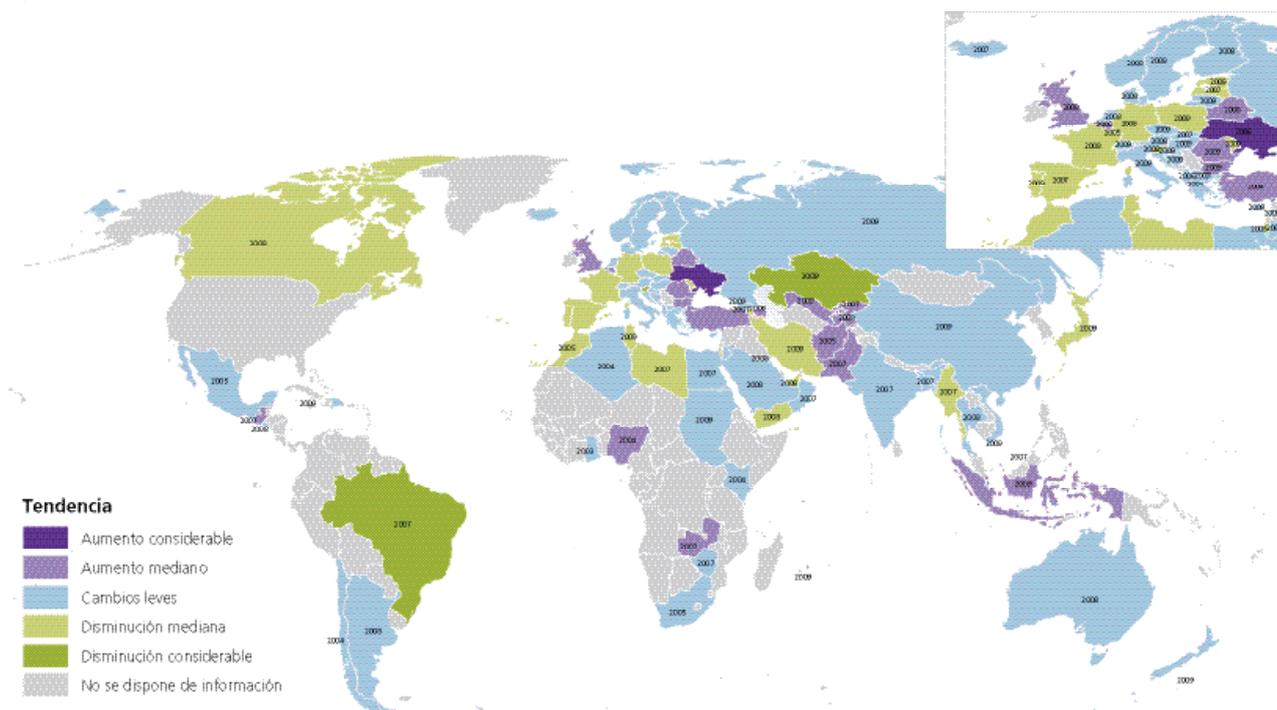
El virus de la hepatitis C (VHC), que afecta a millones de personas –entre unos 130 y 170 millones– en todo el mundo<sup>14</sup> (del 2,2% al 3,0% de la población total), es una de las causas principales de las enfermedades del hígado y puede provocar problemas de salud considerables y la muerte prematura. En los países desarrollados, el consumo de drogas inyectables es la principal vía de transmisión del VHC.<sup>15</sup> A pesar de que el VHC y el VIH tienen propiedades virales y resultados clínicos diferentes, comparten riesgos paralelos, y su epidemia sigue un camino similar. Sin embargo, a nivel mundial, la difusión del VHC es cinco veces mayor que la del VIH porque es más contagioso y ha estado presente durante más tiempo en las poblaciones humanas.

13 *Ibid.*

14 Daniel Lavanchy. The global burden of hepatitis C, *Liver International*, 2009; 29(s1): págs. 74 a 81.

15 *Ibid.*, y Colin W. Shepard, Lyn Finelli, Miriam J. Alter. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis* 2005;5: págs. 558 a 567.

**Mapa 1: Tendencias de la prevalencia de infecciones por el VIH entre consumidores de drogas inyectables, 2009 (o último año en que se dispone de información)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

**Cuadro 2: Prevalencia de la hepatitis C y B entre consumidores de drogas inyectables**

Fuente: UNODC y el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables.

Región	VHC entre consumidores de drogas inyectables		VHB entre consumidores de drogas inyectables	
	Número de países*	Prevalencia (%)**	Número de países*	Prevalencia (%)**
África	2	73.2	1	9.0
América	4	58.4	2	5.9
Asia	10	50.6	9	22.0
Europa	28	47.0	26	24.4
Oceanía	2	63.8	1	18.0
<b>Todo el mundo</b>	<b>46</b>	<b>50.3</b>	<b>39</b>	<b>22.0</b>

\* Número de países utilizados en el cálculo de la prevalencia (requiere una estimación del número de consumidores de drogas inyectables y de la prevalencia a nivel nacional. El número total de países que informaron sobre la prevalencia es 51 (para la hepatitis C) y 44 (para la hepatitis B).

\*\* Prevalencia a nivel nacional ponderada por el número de consumidores de drogas inyectables.

La prevalencia de la hepatitis C entre los consumidores de drogas inyectables a nivel mundial es alta, 50,3% (entre 45,2% y 55,3%), con tasas de prevalencia superiores al 70% en 13 de 51 países. África y Oceanía presentan los niveles más altos, 73,2% y 63,8%, respectivamente, si bien el número de países de estas dos regiones que informaron acerca de sus tasas es muy bajo. Partiendo del promedio mundial de prevalencia estimado se concluye que existen unos 8 millones (entre 7,2 y 8,8 millones) de consumidores de drogas inyectables infectados con el VHC. Tal como sucede con el VIH, los niveles más altos de hepatitis C se encontraron entre los grupos marginados de consumidores de drogas y entre la población carcelaria.

La mayor parte de la información presentada a la UNODC

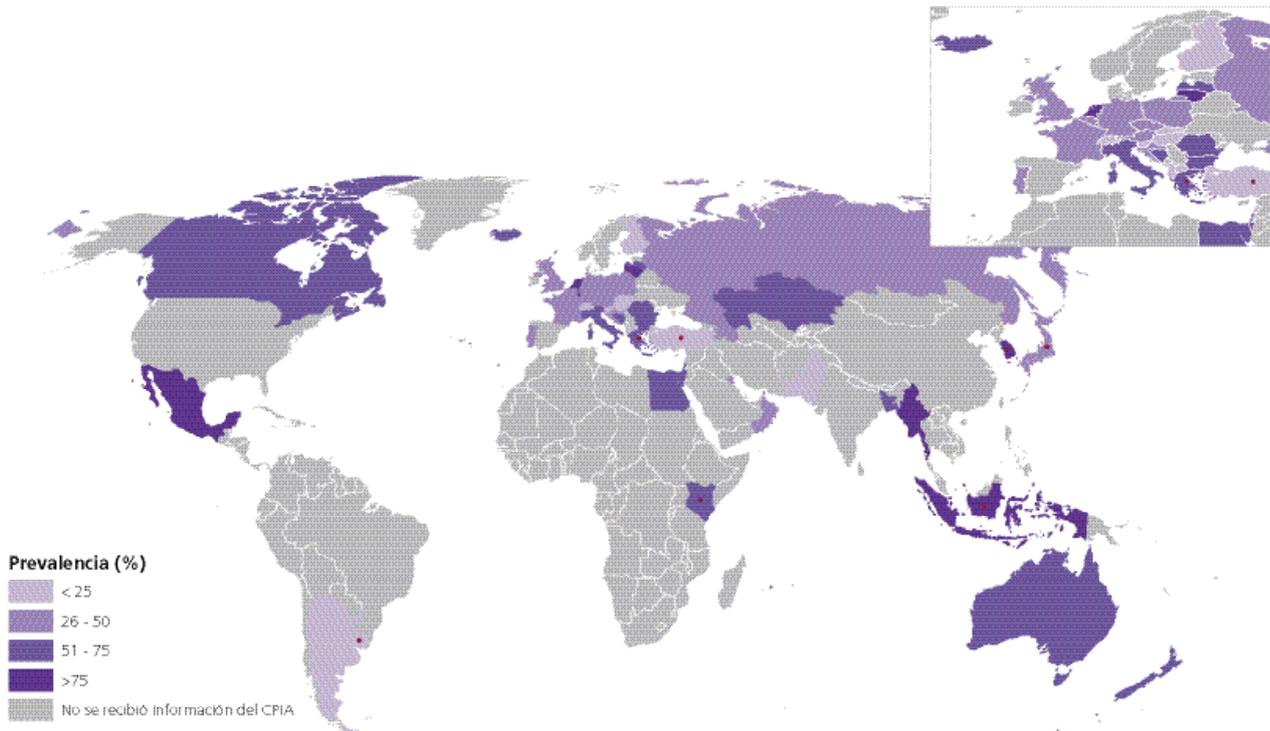
proviene de Europa, donde el nivel promedio de las infecciones con el VHC entre los consumidores de drogas inyectables es del 47%, si bien 8 de los 29 países tienen una tasa de prevalencia por encima del 60% y 5, superior al 70%.

**Más del 20% de los consumidores de drogas inyectables están infectados por el virus de la hepatitis B**

Se estima que unos 350 millones de personas en todo el mundo están crónicamente infectadas con el virus de la hepatitis B<sup>16</sup> (VHB), enfermedad con consecuencias graves para la salud, como la cirrosis y el cáncer de hígado.

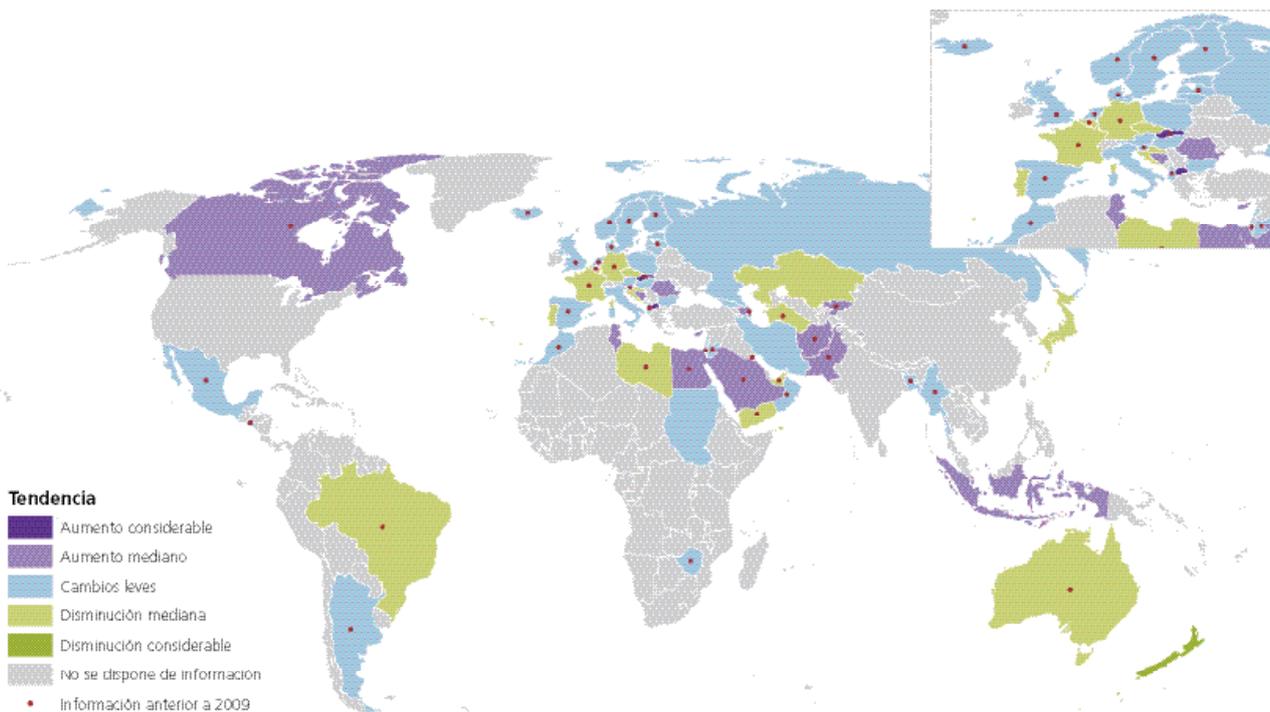
<sup>16</sup> Custer B, Sullivan SD, Hazlet TK, Iloeje U, Veenstra DL, Kowdley KV. Global epidemiology of hepatitis B virus, Journal Clinical Gastroenterology, 2004 Nov.-Dic.; 38 (10 Suppl. 3):S1 58 a 68.

**Mapa 2: Prevalencia de la hepatitis C entre los consumidores de drogas inyectables, 2009 (o último año en que se dispone de información)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

**Mapa 3: Tendencias de la prevalencia de infecciones de hepatitis C entre los consumidores de drogas inyectables, 2009 (o último año en que se dispone de información hasta 2005)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.



Se estima que, a nivel mundial, el 22% de los consumidores de drogas inyectables están infectados por el VHB. Esto significa que 3,5 millones de consumidores de drogas inyectables están infectados por el virus. Europa tiene la tasa más elevada, un 24,4% (datos basados en información proveniente de 26 países).

Si se quiere poder prevenir las infecciones nuevas por el VIH para 2015, tal como se indica en la estrategia del programa conjunto de ONUSIDA para 2011-2015, se necesitan programas integrales de eficacia demostrada y basados en los derechos humanos al alcance de todas las personas que consumen drogas inyectables.

### Muertes asociadas al consumo de drogas ilícitas

Las muertes relacionadas o asociadas con el consumo de drogas ilícitas pueden incluir: sobredosis fatales; suicidios; accidentes (tales como accidentes de tráfico) ocurridos bajo la influencia de drogas ilícitas; muertes entre los consumidores de drogas inyectables y otras drogas causadas por enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la hepatitis C, que se transmiten a través del uso de jeringas contaminadas; o debido a condiciones patológicas (por ejemplo, la insuficiencia de un órgano vital) asociadas al consumo prolongado de drogas. La información sobre el número de muertes relacionadas con el consumo de drogas ilícitas comunicada a la UNODC se basa con frecuencia en diferentes criterios de clasificación de las enfermedades y puede incluir solo algunas de estas categorías o todas ellas.

Los datos sobre las muertes relacionadas con el consumo de drogas ilícitas proporcionan información sobre las consecuencias más extremas y el impacto en la salud que tiene el consumo de drogas en la comunidad. Proporcionan asimismo información fundamental sobre las pautas de riesgo del consumo de drogas, el riesgo que cabe atribuir a determinadas drogas o combinaciones de sustancias y el nivel de riesgo entre los grupos más vulnerables; esos datos permiten también observar la prevalencia de los riesgos que se atribuyen a ciertas drogas.<sup>17</sup> Los exámenes toxicológicos para identificar las causas de muerte no son la norma en la mayoría de los países y, aun cuando se lleven a cabo, con frecuencia solo confirman la presencia de sustancias psicoactivas en el cadáver, pero no indican si existe una relación causal. Por ejemplo, con frecuencia se comunican muertes relacionadas con el consumo de cannabis, pese a que, en la mayoría de los casos, la presencia de esta droga no fue la causa de la muerte. Se debe manejar con cautela la información sobre las muertes relacionadas con drogas proveniente de diferentes países que utilizan sistemas de clasificación diferentes.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud ha publicado diferentes estimaciones del número de muertes relacionadas con las drogas. Estas estimaciones incluyen:

- 194.000 muertes (intervalo de incertidumbre: 113.494 a 276.584) relacionadas con el consumo de drogas en el año 2000, sobre la base de estimaciones de las cuatro

causas siguientes: SIDA, sobredosis de opioides, suicidio de consumidores de opioides y trauma.<sup>18</sup>

- 197.400 muertes (intervalo de incertidumbre: 101.751 a 322.456) en el año 2000, sobre la base de todas las causas de mortalidad de los estudios de cohortes y fracciones atribuibles.<sup>19</sup>
- 245.000 muertes atribuibles al consumo de drogas ilícitas en 2004, lo cual incluye las muertes relacionadas con el consumo de heroína y cocaína, las muertes causadas por el VIH/SIDA y la hepatitis B y C como resultado del consumo de drogas ilícitas.<sup>20</sup>

En 2009, la UNODC reunió datos sobre las muertes relacionadas con el consumo de drogas basándose en las respuestas al CPIA. La información sobre las muertes relacionadas con las drogas abarca casi la mitad de la población mundial de 15 a 64 años (49%), si bien existen grandes diferencias regionales en la cobertura: América del Norte, 100%; Europa, 97%; América del Sur (incluidos el Caribe y América Central), 64%; Oceanía, 62%; Asia, 42% y África, <1%. Dado que la información proveniente de los países africanos es muy escasa, se ha utilizado una fuente alternativa de información sobre las muertes relacionadas con drogas.<sup>21</sup>

Según se desprende de los datos reunidos por la UNODC, se producen a nivel mundial entre 104.000 y 263.000 muertes anuales atribuibles al consumo de drogas ilícitas, lo que equivale a un número de muertes por millón de personas de 15 a 64 años causadas por el consumo de drogas ilícitas comprendido entre 23,1 y 58,7. Estas estimaciones coinciden con otras publicadas anteriormente por la OMS. Según informan los Estados Miembros, alrededor del 50% de las muertes se deben a sobredosis. Un hecho significativo es que las muertes relacionadas con el uso de drogas ocurren en el grupo de gente joven. El OEDT informa que en Europa la edad media en los casos de muertes por sobredosis es de 35 años.<sup>22</sup>

En Europa, las sobredosis representan el 4% de todas las muertes entre las personas de 15 a 39 años,<sup>23</sup> y en algunos países las tasas exceden el 10% dentro de este grupo de edad. En un estudio sobre la mortalidad relacionada con las drogas llevado a cabo en ocho ciudades europeas, se concluye que entre un 10% y un 20% de la mortalidad, dentro del grupo de edad de 15 a 49 años, puede atribuirse al

18 Degenhardt L, Hall W, Warner-Smith M, Lynskey M., 'Chapter 13: Illicit drug use,' En: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

19 *Ibid.*

20 Organización Mundial de la Salud, *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, 2009.

21 Darke, S., Degenhardt, L. y Mattick, R., *Mortality Amongst Illicit Drug Users: Epidemiology, Causes and Intervention*, Cambridge University Press, 2007.

22 OEDT, *Annual report: the state of the drugs problem in Europe - 2010*, Lisboa, noviembre de 2010.

23 *Ibid.*

17 OEDT, *An overview of the drug-related deaths and mortality among drug users (DRD) key indicator*, enero de 2009.

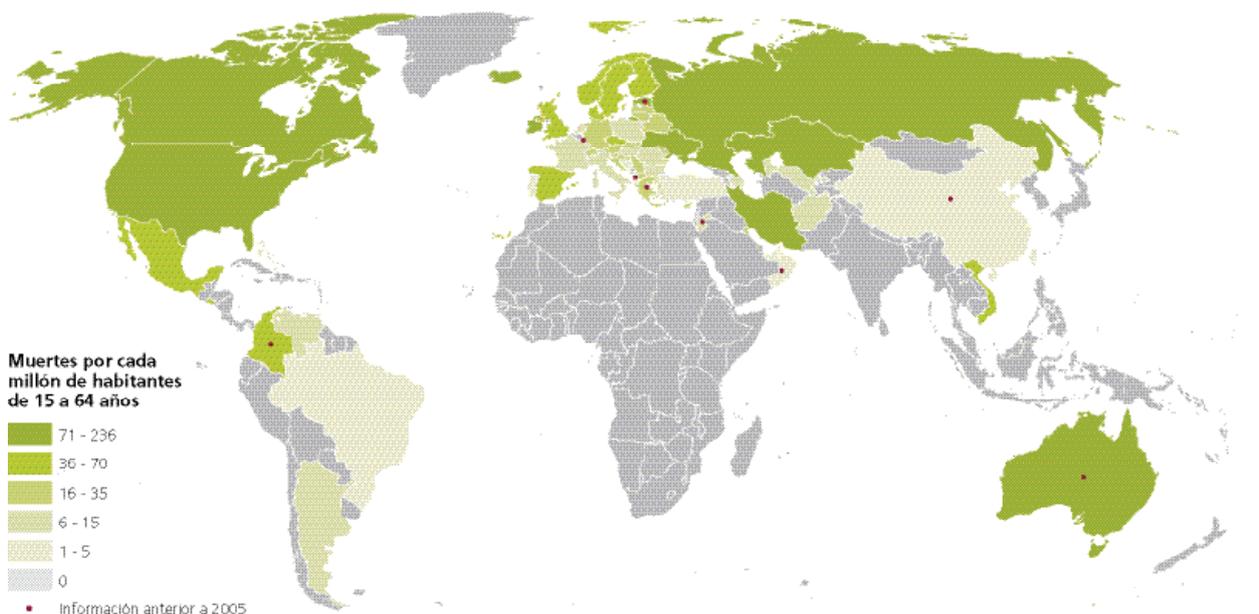
**Cuadro 3: Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasas de mortalidad por millones de personas de 15 a 64 años**

Fuente: UNODC, CPIA (salvo en el caso de África: Capítulo 13: Illicit drug use, en Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors, Organización Mundial de la Salud, 2003).

Región	Número de muertes relacionadas con las drogas		Tasa de mortalidad por millón de personas de 15 a 64 años	
	Estimación más baja	Estimación más alta	Estimación más baja	Estimación más alta
África	13,000	41,700	22.9	73.5
América del Norte	45,100	45,100	147.9	147.9
América del Sur*	2,200	6,300	7.0	20.5
Asia	15,300	140,200	5.6	51.5
Europa	25,200	26,700	45.6	48.4
Oceanía	2,800	2,800	118.9	118.9
<b>Todo el mundo</b>	<b>104,000</b>	<b>263,000</b>	<b>23.1</b>	<b>58.7</b>

\* Incluidos el Caribe y América Central.

**Mapa 4: Muertes relacionadas con las drogas, 2009 (o último año en que se dispone de información)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

consumo de opioides.<sup>24</sup> Los datos provenientes de Europa también sugieren que por cada muerte inducida por drogas existen entre 20 y 25 casos de sobredosis no mortales. Como se ve, las muertes relacionadas con drogas son prematuras (y evitables) y representan una contribución desproporcionada a la carga de las enfermedades medida en años potenciales de vida perdidos.

<sup>24</sup> Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. y otros (2006), 'Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries', *European Journal of Public Health*, 16, págs. 198 a 202.



### 3) Panorama regional

En esta sinopsis se destacan algunas de las principales características y tendencias de los mercados de drogas ilícitas a nivel regional.

#### a) América del Norte

América del Norte sigue siendo el mercado de drogas más grande del mundo, aunque, según todas las estimaciones, actualmente se ha reducido, en términos económicos, en comparación con decenios anteriores.

#### Producción

La producción de drogas ilícitas en América del Norte se relaciona, sobre todo, con el cannabis (principalmente la hierba de cannabis), los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) y los opiáceos.

En todos los países de América del Norte se cultivan grandes cantidades de cannabis y las exportaciones desde México a los Estados Unidos, y en menor medida, desde el Canadá a los Estados Unidos, son considerables. El cultivo de cannabis en invernaderos está limitado aún a los Estados Unidos y el Canadá.

En estos tres países se lleva a cabo la fabricación de ETA, principalmente de metanfetamina y, en menor proporción, de éxtasis. Cerca del 99% de todos los laboratorios de metanfetamina del mundo (en su mayoría, laboratorios caseros) se desmantelan en América del Norte, especialmente en los Estados Unidos. Se siguen enviando importantes cantidades de metanfetamina a través de la frontera de México hacia los Estados Unidos. La fabricación de éxtasis se concentra principalmente en el Canadá y en los Estados Unidos. Buena parte de la producción de éxtasis del Canadá se destina al mercado estadounidense. Algunos grupos asiáticos vinculados a China y países del Asia sudoriental se dedican principalmente a la producción de éxtasis.

La producción de opiáceos en América del Norte se lleva a cabo solo en México. La producción de opio en este país representó el 5% del total mundial en 2009.

#### Tráfico

El tráfico de drogas continúa dirigiéndose principalmente hacia América del Norte. Si bien también se trafican drogas fuera de la región, que se envían a otros destinos, las cantidades son limitadas. El tráfico de la hierba de cannabis es,

en su mayor parte, intrarregional, esto es, se dirige de México y el Canadá a los Estados Unidos, además del tráfico interno de hierba de cannabis producida localmente en los diferentes estados norteamericanos. Del mismo modo, el tráfico de metanfetamina se lleva a cabo fundamentalmente dentro de la región, y se dirige desde México hacia los Estados Unidos, al tiempo que las anfetaminas de producción local se trafican dentro de los mismos Estados Unidos. El tráfico de éxtasis, que solía ser interregional (desde Europa occidental hacia América del Norte) se ha vuelto casi exclusivamente intrarregional (desde el Canadá a los Estados Unidos). El tráfico de cocaína, en cambio, sigue siendo interregional y los envíos, originados en la región andina, Colombia en particular, se dirigen a través de América Central y México a los mercados de los Estados Unidos y, en menor medida, los del Canadá, que son su destino final.

Las mayores incautaciones realizadas en América del Norte sobre las que se informó fueron de cannabis, seguidas de las de cocaína y anfetaminas. Expresados como porcentaje del total mundial, los datos indican que en 2009 el 70% de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis y el 70% de las incautaciones mundiales de éxtasis se llevaron a cabo en América del Norte, seguidas de las de anfetaminas (21%) [solamente metanfetamina: 44%], cocaína (18%) y heroína (4% del total mundial). Las incautaciones de resina de cannabis representan menos del 1% del total e indican que el hashish no tiene importancia en América del Norte.

Al tiempo que las incautaciones de cocaína disminuyeron considerablemente entre 2005 y 2009 (-43%), reflejo de la reducción general del mercado de cocaína en América del Norte, en este mismo período aumentaron las incautaciones de anfetaminas (87%), éxtasis (71%), hierba de cannabis (32%) y heroína (19%).

#### Consumo de drogas ilícitas

Los niveles más altos de consumo de drogas ilícitas están relacionados con el consumo de cannabis, especialmente de hierba de cannabis. Con una tasa de prevalencia del 10,7% en la población de 15 a 64 años, el consumo de cannabis en América del Norte es superior al promedio mundial. La región representa aproximadamente una quinta parte de los usuarios de cannabis a nivel mundial, cifra muy superior a la proporción de sus habitantes respecto de la población mundial (alrededor del 7%). En 2009, y después de años

**Cuadro 4: Incautaciones en América del Norte, en equivalentes de kilogramo, 2005-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del total mundial en 2009
Hierba de cannabis	3.183.053	3.278.467	3.930.620	3.205.334	4.188.620	70%
Cocaína	233.605	193.601	175.316	132.970	132.355	18%
Anfetaminas	7.422	9.226	7.047	8.551	13.876	21%
Éxtasis	2.227	3.008	3.981	3.279	3.816	70%
Heroína	2.391	2.432	1.760	2.283	2.853	4%
Nota: Población					458 millones	7%

de contracción, el consumo de cannabis en los Estados Unidos volvió a experimentar un aumento. Ese mismo año, la prevalencia anual del consumo de cannabis en los Estados Unidos aumentó del 10,1% de la población mayor de 12 años, al 11,3%.

En lo que respecta a la cocaína, la importancia relativa de América del Norte es mayor. Casi el 37% de todos los consumidores de cocaína del mundo se encuentran en América del Norte. Con una tasa de prevalencia del 1,9% en la población de 15 a 64 años de edad, y a pesar de la disminución registrada en los últimos años, América del Norte aún posee la tasa de prevalencia más alta de cualquier subregión, muy por encima del promedio mundial (0,4%). La disminución fue más pronunciada después de 2006, con una prevalencia anual de consumo de cocaína en los Estados Unidos que pasó, en 2009, del 3% de la población de 15 a 64 años al 2,4%. Asimismo, se informó de disminuciones en el consumo de cocaína en el Canadá en los últimos años, con una tasa de prevalencia que pasó del 2,3% en 2004 al 1,4% en 2009.

Alrededor del 1,1% de la población de América del Norte consume anfetaminas, y una proporción similar consume éxtasis. Ambos casos están por encima de la media mundial. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico presenta una tendencia descendente durante el período de 2006 a 2008, y un ligero aumento en 2009. Este aumento se relaciona principalmente con la “recuperación” de la metanfetamina, cuya tasa de prevalencia pasó de un 0,3% de la población mayor de 12 años, en 2008, a un 0,5% en 2009. Lo mismo se aplica al consumo de éxtasis en los Estados Unidos, que en 2009 aumentó del 0,9% al 1,1% de la población mayor de 12 años.

Si se tienen en cuenta los opioides, las estimaciones de que se dispone sugieren que más del 40% de los consumidores mundiales de opioides se encuentran en América del Norte. Estos niveles se deben principalmente al consumo generalizado con fines no médicos de opioides de venta con receta, que aumentó entre 2002 y 2006, experimentó una disminución en 2008 y volvió a aumentar en 2009. El uso indebido de opiáceos, con una tasa del 0,4%, se encuentra cerca de la media mundial. Los niveles de consumo de opiáceos han permanecido estables en los últimos años.

En lo que se refiere al consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta, América del Norte en general tiene un problema serio. En los Estados Unidos, el consumo de tales drogas (psicoterapéuticas) ocupa, desde hace algunos años, el segundo lugar después del cannabis, con una prevalencia anual del 6,4% entre la población mayor de 12 años.<sup>25</sup> El consumo de analgésicos con fines no médicos (4,9%), que son opiáceos de venta con receta, y tranquilizantes (2,2%) presenta en la actualidad tasas de prevalencia superiores a las de la cocaína (1,9%). El consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta, en particular la

oxicodona, parece haber aumentado desde 2005. En los Estados Unidos, entre aquellos que se iniciaron en el consumo de drogas en 2009, alrededor de 2,2 millones de personas comenzaron consumiendo analgésicos, número similar al de las que se iniciaron consumiendo cannabis.

Las principales categorías farmacéuticas de drogas de venta con receta que se consumen en el Canadá son los analgésicos a base de opioides, los estimulantes y los tranquilizantes y sedantes. En 2009, el uso indebido de opioides de venta con receta en el Canadá fue del 0,5%, el mismo nivel que en 2008, mientras que el consumo de heroína ascendió, según se calcula, al 0,36%.<sup>26</sup>

En México, la prevalencia anual de consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta parece ser mucho menor. En 2008, la encuesta nacional de hogares reveló que la prevalencia de opioides de venta con receta era del 0,06% de la población adulta, frente al 0,04% de la de heroína.<sup>27</sup>

### Muertes relacionadas con las drogas

Al parecer, América del Norte presenta una gran proporción de muertes relacionadas con las drogas (unos 45.100 casos), y la tasa de mortalidad relacionada con las drogas más alta (148 muertes por millón de personas de 15 a 64 años). En 2006, el número de muertes por consumo de drogas ilícitas en los Estados Unidos fue de 38.400, que corresponde a una tasa de mortalidad relacionada con las drogas de 182 muertes por cada millón de habitantes de 15 a 64 años.

En 2006, los casos de sobredosis de opioides de venta con receta aumentaron de manera sostenida en los Estados Unidos, de 4.000 casos en 2001 a 11.000 en 2006 (el año más reciente en que se dispone de información), lo que significa un aumento del 175%, principalmente como resultado del consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta desviados hacia otros usos.<sup>28</sup> En otros países también están surgiendo tendencias similares de consumo con fines no médicos de medicamentos de venta con receta.<sup>29</sup>

### b) América del Sur, América Central y el Caribe

América del Sur sigue siendo la subregión conocida principalmente por la producción y el tráfico de cocaína en gran escala, si bien el consumo de drogas, fundamentalmente en los países del Cono Sur, también se ha vuelto considerable.

25 Administración de Servicios de Salud Mental y de Prevención del Uso Indebido de Sustancias, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, 2010, Rockville, Maryland, Estados Unidos de América.

26 Estimaciones de la UNODC basadas en el 1% de prevalencia del consumo de drogas inyectables (que, según se calcula, ascendió a 220.690 en 2004) comunicadas por el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables, 2008.

27 SALUD, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

28 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Dirección de Lucha contra las Drogas, Centro Nacional de Información sobre Drogas, *National Prescription Drug Threat Assessment 2009, y National Drug Threat Assessment 2010*.

29 Nicholas R., Lee N., y A. Roche, *Responding to pharmaceutical drug misuse in Australia: A Matter of Balance*, NCETA Literature Review to support the development of the National Pharmaceutical Drug Misuse Strategy, marzo de 2011.



## Producción

En los tres países andinos sigue teniendo lugar una considerable producción de drogas ilícitas. Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú son responsables de cerca del 100% de la producción mundial de hoja de coca, la materia prima utilizada en la fabricación de la cocaína. En 2010, el cultivo de coca ocupaba 149.100 ha<sup>30</sup> en los países andinos, frente a 221.300 ha en 2000. También en estos países se lleva a cabo, en gran medida, la fabricación de cocaína en laboratorios clandestinos. Desde 2007, la producción de cocaína ha mostrado una clara tendencia descendente, principalmente debido a la disminución de la producción en Colombia, situación que se mantuvo en 2010. La producción de cocaína disminuyó en cerca de un sexto entre 2007 y 2010.

La mayoría de los países de América del Sur, América Central y el Caribe tienen niveles considerables de producción de cannabis, en particular de hierba de cannabis. En 2009, el 70% de las incautaciones mundiales de plantas de cannabis, indicador indirecto de la erradicación del cannabis, se produjo en esta subregión. Tres cuartas partes de estas incautaciones se llevaron a cabo en América del Sur. Según parece, la producción de cannabis en la mayoría de los países es para consumo interno. La producción de opio en América del Sur es prácticamente insignificante a nivel mundial.

La fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico es aún limitada en la región, ya que gran parte de los ETA que se consumen son estimulantes de venta con receta que se desvían hacia fines no médicos. Sin embargo, en los últimos años, ha habido fabricación ilícita de ETA en países sin antecedentes casi de fabricación.

## Tráfico

Las corrientes de tráfico se dirigen principalmente desde los países productores de la región andina hacia América del Norte, sea directamente hacia México y luego a los Estados

Unidos, sea a través de América Central hacia México, o a través del Caribe hacia los Estados Unidos. Las corrientes de tráfico hacia Europa van directamente desde la región andina o a través de países vecinos hacia Europa, a través de países del Caribe, o a través de países africanos (en particular países del África occidental).

Las corrientes de tráfico de cannabis son principalmente intrarregionales. Además, hay una corriente limitada de tráfico de heroína desde Colombia hacia los Estados Unidos.

En cambio, las corrientes de tráfico de anfetaminas y de éxtasis van en su mayor parte desde Europa hacia América del Sur, aunque parecen estar disminuyendo debido a su sustitución con producción local.

En América del Sur, las mayores incautaciones en función del volumen son las de hoja de coca, que representan el total de las incautaciones mundiales de hoja de coca. Durante el período de 2007 a 2009, estas disminuyeron en cerca del 25%, lo que refleja en parte una disminución de la producción de hoja de coca. En cambio las incautaciones de cocaína, actividad que corresponde a los países de América del Sur, América Central y el Caribe, el 74% del total mundial, registraron un aumento del 27% entre 2007 y 2009. Esto se atribuye a un aumento en los esfuerzos de interdicción de los países andinos, especialmente Colombia, así como a una mayor cooperación internacional y, como resultado de ello, un mayor número de interdicciones “en la fuente”.

Las incautaciones de opio y heroína disminuyeron considerablemente entre 2005 y 2009. Esta disminución está en consonancia con los informes acerca de grandes reducciones de la producción de opio en América del Sur registradas en el último decenio.

## Consumo de drogas ilícitas

Las encuestas sugieren que cerca del 5% de todos los con-

**Cuadro 5: Incautaciones en América del Sur, Central y el Caribe en equivalentes de kilogramo, 2005-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del total mundial en 2009
Hierba de cannabis	509.265	1.065.673	1.009.470	857.534	619.786	10%
Hoja de coca	3.195.757	3.318.645	4.698.820	4.883.732	3.517.918	100%
Cocaína	429.740	400.266	427.685	523.040	541.070	74%
Anfetaminas	140	87	519	41	189	0.3%
Éxtasis	141	53	103	46	54	1%
Heroína	1.863	1.689	1.205	1.335	1.159	2%
Opio	2.129	263	259	300	74	0.01%
<i>Nota: Población</i>					473 millones	7%

<sup>30</sup> En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de cifras sobre Bolivia (Estado Plurinacional de). La superficie total de cultivo en ese país correspondiente a 2010 se ha calculado utilizando cifras anteriores, y se revisará cuando se disponga de los datos correspondientes a 2010.

sumidores de cannabis a nivel mundial se encuentran en América del Sur, América Central y el Caribe, cifra ligeramente inferior al porcentaje de la población de esta región respecto del total de la población mundial. Sin embargo, el cannabis es la sustancia ilícita de mayor consumo en la región. La tasa de prevalencia del consumo de cannabis en América del Sur oscila entre el 2,9% y el 3,0% de la población de 15 a 64 años, entre 1,6% y 7,6% en el Caribe, y entre 2,2% y 2,5% en América Central.

La prevalencia en América del Sur, Central y el Caribe se ubica claramente por encima del promedio mundial. Entre el 0,9% y el 1,0% de la población de 15 a 64 años consume cocaína, lo que equivale a un intervalo de 2,6 a 3,0 millones de personas o al 17% de los consumidores de cocaína a nivel mundial. Los últimos datos indican que, después de años de aumento, la prevalencia del consumo de cocaína se ha estabilizado en los niveles más altos. La cocaína sigue siendo la principal droga problemática en América del Sur, Central y el Caribe, y representa cerca del 50% de la demanda total de tratamiento relacionado con las drogas en la región.

El consumo de otras drogas se sitúa por debajo del promedio. Esto vale tanto para los ETA como para los opioides. En general, el consumo de opioides es mucho más frecuente (0,4%) que el consumo de opiáceos (0,1%).

Las drogas de venta con receta de mayor prevalencia en la región parecen ser los opioides. Costa Rica, el Brasil y Chile informaron acerca de la alta prevalencia del consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta. La mayor parte del consumo de ETA en la región está vinculado a los estimulantes de venta con receta (que se recetan principalmente como anorexígenos o para el tratamiento de los trastornos de la concentración) desviados hacia otros fines. Se ha informado acerca de los altos niveles de consumo registrados en 2009, en particular por la Argentina, el Brasil y, en menor medida, Chile<sup>31</sup>.

### Muertes relacionadas con las drogas

Los países de América del Sur, incluidos el Caribe y América Central, presentan relativamente pocos casos de muertes por drogas (entre 2.200 y 6.300), con una tasa de mortalidad muy por debajo del promedio mundial (entre 7 y 20 muertes por millón de personas de 15 a 64 años). Los países colocan la cocaína sistemáticamente en primer lugar como principal causa de muerte, lo cual está de acuerdo con la alta prevalencia del consumo de cocaína y el predominio de la cocaína en la demanda de tratamiento.

#### c) Europa

### Producción

La producción de drogas ilícitas en Europa está principalmente vinculada con el cannabis, las anfetaminas y el éxtasis.

- Se cree que está aumentando la producción de cannabis en Europa, principalmente bajo techo. En 2008, 29

países europeos informaron acerca de cultivos de hierba de cannabis.

- Anteriormente, las sustancias del grupo del éxtasis se fabricaban predominantemente en Europa occidental. Los Países Bajos y Bélgica siguen siendo las fuentes principales de éxtasis en Europa. Sin embargo, la fabricación se ha desplazado de la región y, en 2008 y 2009, se informó acerca de la existencia de solo unos pocos laboratorios en Europa.
- La mayor parte de la anfetamina incautada en Europa se fabrica, por orden de importancia, en los Países Bajos, Polonia y Bélgica.
- La fabricación clandestina de metanfetamina se concentra en la República Checa, si bien parte de la producción también se lleva a cabo en los países bálticos. La producción y consumo de metanfetamina son todavía la excepción en Europa.
- En España, existen indicios de la reconversión de cocaína, mezclada con otras sustancias, de vuelta a cocaína.
- En Europa del este, en particular en la Federación de Rusia y Ucrania, se produce opio o paja de adormidera para el consumo local (kompot).

### Tráfico

La mayoría de las incautaciones de cannabis en Europa están relacionadas con la resina de cannabis, que en 2009 representó el 49% del total mundial. La resina de cannabis del mercado europeo proviene principalmente de Marruecos. Si bien las incautaciones de resina de cannabis disminuyeron entre 2005 y 2009, las de hierba de cannabis aumentaron un 88%, lo que confirma los informes acerca del aumento de los niveles de producción (frecuentemente hidropónica) de hierba de cannabis en Europa para el consumo local. A pesar de la creciente importancia de la hierba de cannabis, en general las incautaciones de cannabis disminuyeron un 19% entre 2005 y 2009.

La cocaína llega a Europa principalmente por mar, aunque, según lo informado, ha habido más incautaciones de envíos por vía aérea. El envío de cocaína a la Unión Europea en contenedores marítimos parece haber aumentado en los últimos años. Mientras que el mercado europeo de cocaína parece haberse mantenido bastante estable entre 2006 y 2009, después de registrarse pronunciados aumentos de tráfico entre 1998 y 2006, las incautaciones de cocaína disminuyeron enormemente durante ese mismo período (-53%). Esto refleja en parte una cooperación más estrecha con las autoridades homólogas de América Latina y, en consecuencia, un mayor intercambio de información, lo que conduce a que las incautaciones de cocaína se lleven a cabo en América del Sur y no a su llegada a Europa. Las incautaciones de cocaína aún se concentran en Europa occidental. Correspondió a los países de Europa occidental y central el 97% de todas las incautaciones de cocaína realizadas en 2009. Además de los envíos directos desde América del Sur, los envíos desde África, en particular desde el África occidental, adquirieron mayor importancia durante el período de 2004 a 2007, para luego disminuir entre 2007

31 JIFE, *Report for 2010 – Psychotropic Substances*.

y 2009. Aunque la Península Ibérica, seguida de los Países Bajos y Bélgica, continúan siendo los principales puntos de entrada en Europa de remesas de cocaína, se ha informado sobre envíos de cocaína, cuyo destino final es la Unión Europea, en contenedores o carga aérea a los Balcanes.

En 2009, las incautaciones de heroína en Europa representaron el 38% del total mundial. Se concentran principalmente en Europa sudoriental (63% de todas las incautaciones de heroína en Europa), debido sobre todo a los enormes esfuerzos de Turquía, ya que la heroína se envía a través de la República Islámica del Irán hacia Turquía, y luego pasa por las diversas ramas de la ruta de los Balcanes hacia Europa occidental. Las incautaciones de heroína en Europa occidental y central se han mantenido en gran parte estables durante el período de 2005 a 2009, mientras que en Europa sudoriental se duplicaron.

Europa es, ante todo, una región de consumo final, con excepción del éxtasis, que se produce localmente y se envía a otros destinos. Sin embargo, las exportaciones de éxtasis desde Europa han disminuido notablemente en los últimos años, lo cual se ha atribuido a la mejor fiscalización de los precursores, con la consiguiente escasez del precursor tradicional del éxtasis. El porcentaje correspondiente a la región del volumen de incautación mundial de éxtasis disminuyó del 90%, en 1996, al 18% en 2009.

En 2009, el total de las incautaciones de anfetaminas en Europa, que se mantuvieron estables, en su mayor parte, durante el período de 2005 a 2009, ascendió al 24%. Más del 80% de todas las incautaciones de anfetaminas llevadas a cabo en Europa en 2009 tuvieron lugar en países de Europa occidental y central.

Entre 2005 y 2009, las incautaciones de benzodiazepinas y barbitúricos aumentaron más del 50%. En 2009, cerca del 90% de todas las incautaciones mundiales de benzodiazepinas y barbitúricos fueron notificadas por países europeos.

Las incautaciones en Europa de ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), habitualmente conocido en los mercados de drogas ilícitas como “éxtasis líquido” y “droga de la violación en citas” se cuadruplicaron durante el período de 2005 a 2009. Las incautaciones europeas representaron el 80% del total mundial.

Las incautaciones de dietilamida de ácido lisérgico (LSD), que en términos de volumen son casi despreciables, tendieron a disminuir entre 2005 y 2009. Europa representa el 80% de todas las incautaciones de LSD llevadas a cabo a nivel mundial.

### Consumo ilícito de drogas

La droga de mayor prevalencia en Europa es el cannabis, con una tasa anual de entre 5,2% y 5,3% en la población de 15 a 64 años. Alrededor del 18% del total de consumidores de cannabis vive en Europa. El consumo de cannabis parece haberse estabilizado en Europa tras años de considerable aumento.

Le sigue en prevalencia la cocaína (entre el 0,8% y el 0,9%). Europa, que tiene entre 4,3 y 4,75 millones de consumidores de cocaína, representa casi el 30% del total mundial. El consumo de cocaína se sigue concentrando en Europa occidental y central, que tienen cerca del 90% del total de consumidores de cocaína de la región. Las tasas de prevalencia de cocaína en Europa occidental y central se duplicaron entre 1998 y 2006, pero se mantuvieron básicamente estables durante el período de 2006 a 2009.

La siguiente sustancia por orden de prevalencia es el éxtasis (0,7% de la población de 15 a 64 años). Europa, que tiene entre 3,7 y 4 millones de consumidores de éxtasis, representa cerca de la quinta parte del mundo. La mayoría de los países europeos comunican tendencias estables del consumo de éxtasis.

El consumo de anfetaminas afecta a millones de personas en Europa, entre 2,5 y 3,2 millones, o sea, entre el 0,5% y

**Cuadro 6: Incautaciones en Europa, en equivalentes de kilogramo, 2005-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del total mundial en 2009
Resina de cannabis	907.423	618.448	853.654	937.027	623.369	49%
Hierba de cannabis	105.577	132.558	144.310	178.345	198.841	3%
Cocaína	106.587	121.065	79.864	62.737	56.736	8%
Grupo de las anfetaminas, incluida la anfetamina	9.906 8.039	11.434 6.019	11.216 8.791	9.771 9.438	9.077 8.117	14% 24%
Éxtasis	4.709	5.649	5.839	1.763	995	18%
Heroína	22.165	22.171	26.394	29.206	28.762	38%
Opio	2.059	1.292	1.445	1.324	1.379	0.2%
Benzodiazepinas y barbitúricos	1.344,25	126,13	452,38	580,54	2.103,22	89%
GHB	156	38	318	383	675	79%
LSD	6,1	0,5	0,4	0,1	0,1	80%
<i>Nota: Población</i>					808 millones	12%

el 0,6% de la población de 15 a 64 años. La mayoría de los países informan que las tendencias del consumo de anfetamina son estables. Dentro del grupo de las anfetaminas, esta sustancia sigue siendo la de mayor consumo en Europa. El consumo de metanfetamina se limita principalmente a la República Checa, aunque también se consume en Eslovaquia, en algunas provincias de Alemania y Austria linderas con la República Checa, así como en los países bálticos y en algunos países nórdicos. Si se combina el consumo de éxtasis con el de sustancias del grupo de las anfetaminas, el consumo de ETA constituye el segundo grupo de drogas de mayor prominencia después del cannabis.

Contrariamente a lo que sucede en otras regiones, el consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta no se considera, por el momento, un gran problema en Europa.<sup>32</sup> Dinamarca, Estonia y Finlandia tienen tasas considerables o incluso mayores de consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta de consumo de heroína. Se comunicó que hasta la fecha Irlanda del Norte (Reino Unido) posee los niveles más elevados de consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta. Los países nórdicos, en particular Suecia (11,6%), Noruega (10,2%) y Finlandia (8,5%), comunicaron una proporción considerable de demanda de tratamiento por consumo de sedantes y tranquilizantes. El consumo de benzodiazepinas es común en toda Europa, incluso entre los pacientes en tratamiento de sustitución. Los estudios demuestran que entre el 11% y el 70% de los pacientes declaran que consumen benzodiazepinas.<sup>33</sup>

### Muertes relacionadas con las drogas

Las mejores estimaciones sugieren que anualmente se producen en Europa entre 25.000 y 27.000 muertes relacionadas con las drogas, con una tasa comprendida entre 46 y 48 muertes por cada millón de personas de 15 a 64 años, aunque algunas estimaciones arrojan cifras considerablemente más elevadas (cerca del doble). En los países de la Unión Europea las muertes por sobredosis de drogas ascendieron a unas 7.000 en los últimos años, lo que constituye una disminución en comparación con las 8.000 registradas en 2000.<sup>34</sup> Los opioides, sobre todo la heroína, son predominantemente los principales responsables de las muertes, seguidos, en medida mucho menor, por la cocaína. La mayoría de las muertes relacionadas con las drogas ocurren en Ucrania, la Federación de Rusia, el Reino Unido, España y Alemania. Estos cinco países combinados representan cerca del 80% de todas las muertes relacionadas con las drogas en Europa. En cuanto a las tasas de mortalidad, Ucrania, Islandia, Irlanda y Luxemburgo parecen presentar los niveles más altos de Europa, con más de 100 muertes relacionadas con las drogas por millón de personas de 15 a 64 años.

32 OEDT, *The State of Drugs Problem in Europe, Annual Report 2010*.

33 OEDT, *Polydrug Use: Patterns and responses*, Selected issues 2009.

34 OEDT, *Statistical Bulletin*, Number of drug-induced deaths recorded in EU Member States according to national definition, Dual drug-induced deaths, 1995-2008.

## d) África

### Producción

En África, la producción ilícita de drogas se centra principalmente en el cannabis. La resina de cannabis se produce sobre todo en Marruecos, mientras que la hierba de cannabis se produce en toda África.

La producción de opio en pequeña escala se limita a los países del África septentrional, especialmente Egipto, que suele comunicar las mayores actividades de erradicación de adormidera de todos los países del continente.

La fabricación de ETA parece estar surgiendo en algunos países africanos. Ya hace un tiempo que en Sudáfrica se producen metanfetamina y metcatinonas, principalmente para consumo interno. Del mismo modo, Egipto viene comunicando la fabricación clandestina de ETA desde hace años. Esta producción es reducida y está destinada únicamente a abastecer el mercado interno.

Los últimos informes sobre envíos de metanfetamina desde países del África occidental (Nigeria en particular) al Asia oriental y sudoriental, en cambio, son motivo de preocupación internacional, pues sugieren la aparición de una producción más profesional de ETA en el África occidental. Algunos de los equipos y productos químicos incautados en Guinea en 2010 parecen indicar la posible producción local de ETA.

Por último, en varios países del África oriental se cultiva la planta khat. Esta planta no está sujeta a fiscalización internacional, aunque varios países, algunos de ellos africanos, han promulgado leyes destinadas a prohibir el cultivo y tráfico de esta planta.

### Tráfico

La mayor parte del tráfico de cannabis consiste en envíos dentro de África. Solo una pequeña cantidad se destina a los mercados exteriores, principalmente Europa. La mayor parte de la producción de resina de cannabis en el África septentrional es para el consumo final en Europa. Las incautaciones más importantes fueron de hierba de cannabis, seguidas de las de resina de cannabis. La proporción correspondiente a la región del total mundial de incautaciones de hierba de cannabis fue de un 11% y estuvo, por tanto, por debajo de su porcentaje de la población mundial (15%), mientras que su porcentaje de las incautaciones mundiales de resina de cannabis, en su mayoría llevadas a cabo por los países del África septentrional, equivalió al 25% del total mundial.

En los últimos años, África se ha visto afectada por importantes envíos de cocaína provenientes de América del Sur con destino a Europa. Sin embargo, las cantidades que se dirigen hacia Europa a través de África parecen haber disminuido en 2008 y en 2009, y resurgido solo en parte en 2010. Las estimaciones de 2009 sugieren la posibilidad de que se hayan enviado unas 35 t de cocaína de América del Sur hacia África, de las cuales llegaron a Europa unas 21 t. La mayor parte del resto parece haberse consumido localmente. Además, existen indicios de que se están utilizando países del África occidental para almacenar cocaína para su posterior envío a Europa en pequeñas cantidades.

**Cuadro 7: Incautaciones en África en equivalentes de kilogramo, 2005-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del total mundial en 2009
Hierba de cannabis	865.974	1.220.578	694.177	936.084	639.769	11%
Resina de cannabis	121.576	132.784	140.544	165.455	320.600	25%
Planta khat*	1.522	5.691	2.490	6.219	23.442	12%
Cocaína	2.575	851	5.535	2.551	956	0,1%
Metacualona	159	773	93	1.586	828	99%
Heroína	325	335	328	311	515	0,7%
Opio	45	33	49	67	57	0,01%
Grupo de las anfetaminas	2.085	851	721	3.492	98	0,2%
Éxtasis	3,7	74,5	9,2	0,06	0,02	0,0%
<i>Nota: Población</i>					1.009 millones	15%

\* No sujeta a fiscalización internacional.

Además, es cada vez más frecuente que los traficantes utilicen países africanos para transportar heroína afgana a sus destinos finales en Europa y otras regiones. Si bien el África oriental parece ser el principal objetivo intermedio para estas actividades, las mayores incautaciones de heroína en África se realizaron en el África meridional y septentrional. Las estimaciones sugieren que en 2009 llegaron a África entre 40 y 45 t de heroína afgana.

Nigeria y Sudáfrica informaron sobre incautaciones de metanfetamina. Sin embargo, en 2009 solo Sudáfrica comunicó incautaciones, de un total de cuatro países africanos que dieron cuenta de incautaciones de ETA en el CPIA. Aproximadamente la mitad de las incautaciones de ETA en África correspondió a anfetaminas. La escasez de datos no permite hacer una caracterización fiable del continente en su conjunto. Varios países africanos parecen estar afectados por el tráfico y el consumo de drogas de venta con receta, desviadas o falsificadas, que contienen sustancias sujetas a fiscalización cuya naturaleza con frecuencia se desconoce, si bien parece ser que incluyen ETA, así como sedantes y tranquilizantes.

### Consumo de drogas ilícitas

Debido a la falta de estudios científicos en África, la información sobre el consumo de drogas en la región es muy limitada. El alto nivel de incertidumbre se ve reflejado en los amplios intervalos de las mejores estimaciones. La información de que se dispone sugiere que el consumo de cannabis está generalizado, y que también se consumen otras drogas, especialmente en las zonas urbanas.

La escasa información que se posee acerca de tratamientos relacionados con las drogas en África indica que el cannabis es la droga más problemática, con un 64% de la demanda total de tratamiento en la región. Esta cifra para el cannabis es muy superior a la de cualquier otra región. Le siguen los opioides (19%), la cocaína (5%), los ETA (5%), la metacualona (4%), la planta khat (3%), los solventes e inhalantes (3%) y los sedantes y tranquilizantes (2%).

Debido a la falta de información sobre las modalidades del

consumo total de drogas, también resulta difícil estimar la magnitud en la región del consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta. Sin embargo, existen mercados paralelos en muchos países africanos donde las drogas de venta con receta se venden fuera del control de las autoridades sanitarias. Los datos derivados del CPIA sugieren un consumo frecuente con fines no médicos de drogas de venta con receta, tales como la buprenorfina, la pentazocina y las benzodiazepinas en varios países africanos. En Mauricio, se registró un consumo de buprenorfina más alto que el de heroína. En Madagascar, cerca del 38% del total de la demanda de tratamiento fue por consumo de tranquilizantes, en tanto que el cannabis ocupaba el primer lugar (>60%). Del mismo modo, en Sudáfrica, el 6,9% por término medio de las personas en tratamiento informaron que los opioides y los tranquilizantes de venta con receta eran su droga de consumo primaria o secundaria.<sup>35</sup>

### Muertes relacionadas con las drogas

La información sobre las muertes relacionadas con las drogas en África también es limitada. Las mejores estimaciones de que se dispone sugieren que podría haber entre 13.000 y 41.700 muertes relacionadas con las drogas, lo que equivale a un intervalo comprendido entre 23 y 74 muertes por millón de personas de 15 a 64 años. Estas cifras parecen sugerir que el número de muertes relacionadas con las drogas en África se aproxima al promedio mundial. Las estimaciones podrían cambiar considerablemente, por cierto, si se obtuvieran mejores datos.

### e) Asia

#### Producción

El opio es la principal droga ilícita que se produce en Asia. Los mayores productores de opio son el Afganistán y Myanmar. Aunque la proporción de la producción de opio asiático en el total mundial disminuyó del 98%, en 2007,

<sup>35</sup> Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre el uso de drogas (SACENDU), *Monitoring Alcohol and drug abuse trends in South Africa*, SACENDU Research Brief Vol 13 (01), 2010.

al 87% en 2010, la región continúa dominando la producción mundial de opio y, por tanto, también el mercado mundial de heroína. Mientras que la producción de opio afgano disminuyó durante el período de 2007 a 2010, se registró un aumento de la producción en Myanmar.

La producción de cannabis se extiende por toda Asia, incluida la producción de resina de cannabis en el Afganistán y en sus vecinos del Asia sudoccidental y central, y la producción de hierba de cannabis abarca el Asia oriental, sudoriental y meridional. En el estudio preliminar del cannabis llevado a cabo por la UNODC y el Gobierno del Afganistán, se comprobó que en 2010 se habían producido entre 1.200 y 3.700 t de resina de cannabis en el Afganistán, y este país fue, después de Marruecos, el segundo del mundo más mencionado como origen de los envíos de resina de cannabis. En 2009, el número de incautaciones de plantas de cannabis, indicador indirecto de erradicación, fue mayor en Asia que en América del Norte, Europa y Oceanía. Solo América del Sur presentó cifras más altas.

Asia también desempeña un papel preponderante en la fabricación clandestina de ETA, especialmente de metanfetamina. La fabricación de metanfetamina se concentra principalmente en el Asia oriental y sudoriental, incluidos Filipinas, China, Malasia y Myanmar. Además, desde 2009, la República Islámica del Irán parece haber surgido como un lugar de importancia para la fabricación clandestina de metanfetamina. En Asia también se producen cantidades limitadas de éxtasis, especialmente en el Asia oriental y sudoriental, incluidos Malasia, China e Indonesia. La producción de ETA se destina principalmente al consumo dentro de la región. Las exportaciones a otras regiones, con excepción de algunas de poca monta hacia Oceanía, son insignificantes.

### Tráfico

El tráfico en Asia está dominado por el opio y la heroína, que se introducen ilegalmente con destino final en la región, así como en Europa (desde el Afganistán), y en

China (desde Myanmar), aunque parte de los opiáceos afganos también llegan a China (donde la demanda es del 30%). En general, las exportaciones del opio asiático representan más del 99% del total mundial. Del mismo modo, las incautaciones de morfina realizadas en Asia representan más del 99% del total mundial. Más de la mitad de las incautaciones de heroína (56% en 2009) se llevaron a cabo en países asiáticos. Dado que el Afganistán tiene una producción de opio muy superior a la de Myanmar, era de prever que las incautaciones de opiáceos fueran también mucho mayores en los países que rodean al Afganistán (en particular la República Islámica del Irán y el Pakistán) que en los países vecinos de Myanmar.

A las incautaciones de hierba de cannabis correspondió solamente al 6% del total mundial. En cambio, a las de resina de cannabis correspondió, en 2009, el 24% del total mundial. Las incautaciones de ambas –hierba y resina– presentaron una tendencia ascendente (60% y 30%, respectivamente) durante el período de 2005 a 2009. El desglose revela que el 98% de las incautaciones de resina de cannabis llevadas a cabo en Asia en 2009 tuvieron lugar en el Cercano Oriente y en el Oriente Medio, y en el Asia sudoccidental. En cambio, las incautaciones de hierba de cannabis se realizaron principalmente en el Asia meridional (53% de todas las incautaciones en Asia), y en el Asia oriental y sudoriental (36%).

Además, Asia se ha convertido en un centro importante de producción y tráfico de ETA, al que en 2009 correspondió el 64% de todas las incautaciones de estas sustancias a nivel mundial. Las incautaciones de anfetaminas (principalmente Captagon) se llevan a cabo fundamentalmente en el Cercano Oriente y en el Oriente Medio, especialmente en la Península Arábiga, y representan casi la totalidad de las incautaciones de estas sustancias en Asia. Las incautaciones de metanfetamina, en cambio, se producen principalmente en la región del Asia oriental y sudoriental (95% de todas las incautaciones de metanfetamina en Asia). Las incautaciones de anfetamina y metanfetamina aumentaron en Asia

**Cuadro 8: Incautaciones en Asia, en equivalentes de kilogramo, 2005-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del total mundial en 2009
Opio	337.071	381.741	517.119	643.873	649.449	> 99%
Morfina	31.342	45.787	27.039	17.060	23.655	> 99%
Heroína	31.852	30.442	34.699	40.490	42.512	56%
Hierba de cannabis	233.808	231.786	201.030	331.322	373.522	6%
Resina de cannabis	236.284	227.822	308.410	543.177	306.556	24%
Grupo de las anfetaminas	29.968	32.460	31.031	32.854	41.592	64%
Anfetamina	15.572	15.690	19.296	19.711	24.772	74%
Metanfetamina	12.175	12.360	11.026	13.052	16.577	53%
Éxtasis	1.202	451	1.998	843	506	9%
Ketamina	3.256	4.455	12.098	7.913	10.693	99%
Cocaína	525	711	568	1.136	676	0,1%
Nota: Población					4,068 millones	59%



entre 2005 y 2009 (en un 59% y un 36%, respectivamente).

Las incautaciones de éxtasis, por el contrario, disminuyeron durante ese mismo período, de 2005 a 2009 (-58%), lo que se explica por el mejoramiento de la fiscalización de los precursores del éxtasis. La importancia de las incautaciones de éxtasis en Asia con respecto al total mundial (9%) es mucho menor que la de las anfetaminas.

La creciente popularidad de la ketamina, droga utilizada por sus propiedades analgésicas principalmente en medicina veterinaria, representa un problema para los países del Asia oriental y sudoriental, así como para el Asia meridional. La ketamina no está sujeta a fiscalización internacional. Con frecuencia se vende como éxtasis o mezclada con la MDMA. Entre 2005 y 2009 las incautaciones de ketamina en Asia se triplicaron, y en 2009 fueron, por su volumen, 20 veces mayores que las incautaciones de éxtasis. En 2009, correspondió a Asia el 99% de las incautaciones mundiales de ketamina. La mayor parte de esta sustancia se produce en la región.

Las incautaciones de cocaína comunicadas en Asia equivalían solamente al 0,1% del total mundial. Sin embargo, con excepción de los países del Asia central, todas las demás subregiones informaron de incautaciones de cocaína en los últimos años. Al parecer, existen concentraciones relativas de tráfico de cocaína en el Asia oriental y sudoriental, así como en el Cercano Oriente y el Oriente Medio.

### Consumo de drogas ilícitas

La información sobre el consumo de drogas ilícitas es solo ligeramente mejor en Asia que en África, lo que también da lugar a amplios intervalos en las mejores estimaciones.

El cannabis es la droga de mayor consumo en Asia. A pesar de las diferencias nacionales, en general el consumo de cannabis es bastante bajo en Asia y se sitúa claramente debajo de la media mundial. En tanto que la resina de cannabis se consume principalmente en el Afganistán y en el Líbano y en sus respectivos países vecinos, la hierba de cannabis se consume fundamentalmente en el Asia meridional y sudoriental.

El segundo tipo de droga que más se consume en Asia es el grupo de las anfetaminas, es decir, metanfetamina en el Asia oriental y sudoriental y anfetamina en la Península Arábiga. La información de que se dispone sugiere que el consumo de anfetaminas aumentó en los últimos años.

Los países asiáticos informaron acerca de tendencias mixtas del consumo de éxtasis. Sin embargo, las estimaciones en relación con el éxtasis deben tratarse con cautela. Con frecuencia se venden como éxtasis, en Asia, sustancias distintas de la MDMA.

Para la mayoría de los países asiáticos, el grupo de sustancias más problemático es, con mucho, el de los opiáceos. Se calcula que más de la mitad de la población mundial que consume opiáceos vive en Asia. Las tasas de prevalencia del consumo de opiáceos son especialmente altas en las principales regiones productoras de opio, así como en algunos de los países vecinos. Las estimaciones más altas de consumo de opiáceos corresponden a los países del Asia sudoccidental.

El consumo de cocaína en Asia sigue siendo limitado, aunque se ha informado reiteradamente de que grupos delictivos organizados están tratando de desarrollar el mercado, especialmente en algunas de las zonas más ricas de Asia, donde hay suficiente poder adquisitivo.

En la mayoría de los países de Asia, la información sobre el consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta se encuentra dispersa y su acceso es limitado, debido a que no se hacen estudios periódicos de prevalencia. Sin embargo, los informes de que se dispone indican que en muchos países asiáticos se consumen con fines no médicos opioides, tranquilizantes y anfetaminas de venta con receta.

En Bangladesh, Nepal y la India, la buprenorfina frecuentemente se inyecta. En el Asia sudoccidental y central, el consumo con fines no médicos de opioides, barbitúricos y sedantes de venta con receta es una práctica común entre los consumidores de heroína habituales. En el Afganistán, se comunicó que la tasa de prevalencia anual en la población adulta de opioides de venta con receta era del 0,5% y la de los tranquilizantes del 0,4%. La prevalencia anual del consumo de tranquilizantes es casi la misma en la población masculina que en la femenina, mientras que el consumo de otras drogas es predominantemente masculino.<sup>36</sup>

En el Asia sudoriental, varios países de la región, entre los que se incluyen Brunei Darussalam, Malasia, Myanmar, Filipinas y Singapur, informaron del consumo de ETA junto con tranquilizantes con fines no médicos, especialmente la benzodiazepina. En la República de Corea y Filipinas, los opiáceos de venta con receta son los opioides de mayor consumo. Se informó además del aumento del consumo de drogas sintéticas y de venta con receta en países como Jordania, Qatar y los Emiratos Árabes Unidos. En Kuwait, por ejemplo, alrededor del 16% de la demanda de tratamiento estuvo relacionada con el consumo de sedantes y tranquilizantes.

### Muertes relacionadas con las drogas

Asia refleja la mayor incertidumbre en cuanto al intervalo estimado de muertes relacionadas con drogas: entre 6 y 51 muertes por millón de personas de 15 a 64 años. Esto requiere una interpretación cuidadosa, que tenga en cuenta la baja cobertura y la forma en que se llevan los datos de mortalidad. Sin embargo, debido a la nutrida población asiática, esto se traduce a un intervalo de 15.000 a 140.000 muertes. Se informa que en Asia los opioides son casi exclusivamente la principal sustancia relacionada con las muertes por drogas.

### f) Oceanía

#### Producción

La producción de drogas en Oceanía se limita al cultivo de la planta de cannabis, principalmente para la producción de hierba de cannabis. La producción de cannabis se lleva a cabo en Australia, en Nueva Zelanda y en la mayoría de los pequeños países insulares. Se destina al consumo local y no existe información sobre su exportación a otras regiones.

36 UNODC, *Drug Use in Afghanistan: 2009 Survey*.

Además, en el último decenio la producción de ETA ha comenzado a adquirir importancia, principalmente la de metanfetamina y, en menor medida, la de éxtasis. También se produce algo de anfetamina. La producción de ETA se concentra en Australia y, en menor grado, en Nueva Zelanda.

### Tráfico

Las cantidades de droga incautadas en Oceanía tienden a ser reducidas si se comparan con las incautadas a nivel internacional. Las incautaciones de hierba de cannabis siguieron disminuyendo durante el período de 2005 a 2009, y equivalen solamente al 0,02% del total mundial, cifra muy inferior a la proporción de la población de la región en el total mundial (0,5%). Esto resulta sorprendente ya que Oceanía tiene una de las tasas de prevalencia de consumo de cannabis más altas del mundo.

En cuanto al volumen, le siguen las incautaciones de cocaína, que representan el 0,04% del total de las incautaciones. Las de cocaína aumentaron entre 2005 y 2008, pero disminuyeron nuevamente en 2009. La cocaína se dirige desde América del Sur a Australia, aunque algunos de las últimas detenciones sugieren que los carteles mexicanos de narcotraficantes han comenzado a mostrar interés en el mercado de cocaína australiano, potencialmente lucrativo debido a los altos precios de la cocaína.

En cuanto a los ETA, la proporción de Oceanía en el total mundial es más alta. Las incautaciones de las sustancias del grupo de las anfetaminas equivalieron al 0,4% del total mundial. Las incautaciones del grupo de las anfetaminas disminuyeron en un 85% entre 2006 y 2009.

La disminución fue incluso más pronunciada para las incautaciones de éxtasis, que entre 2005 y 2009 fue del 96%, y, entre 2007 y 2009, del 99%. Sin embargo, con una proporción del 1,2% de las incautaciones mundiales, el éxtasis sigue teniendo una preponderancia en la región superior a la media. El éxtasis sigue ingresando ilegalmente en Oceanía (principalmente Australia) desde Europa y el Asia sudoriental, en grandes cantidades –para la norma local– aparte de la oferta interna.

Las incautaciones de heroína en Oceanía también son modestas (0,3% de las incautaciones totales). Sin embargo, mostraron un claro aumento entre 2006 y 2009, aunque fueron un 80% más bajas que en el año 2000.

Las incautaciones de LSD disminuyeron en un 95% entre 2005 y 2009, si bien fue la única sustancia a la que correspondió una proporción importante de las incautaciones mundiales de drogas (16%).

### Consumo de drogas ilícitas

En Oceanía, el consumo de drogas ilícitas se caracteriza en general por tener altas tasas de prevalencia, particularmente el de cannabis (del 9,3% al 14,8% de la población de 15 a 64 años), pero lo mismo sucede con los ETA, tanto el éxtasis (del 3,6% al 4%) como las anfetaminas (del 2% al 2,8%), así como con la cocaína (1,4% al 1,7%). Únicamente la tasa de prevalencia de los opiáceos (0,2%) se encuentra por debajo del promedio mundial, resultado que ha sido duradero debido a la escasez de heroína en 2001.

Al mismo tiempo, en el último decenio se han realizado grandes progresos para reducir las tasas de prevalencia. Esto es particularmente cierto en el caso de los opiáceos y también en el del cannabis. El consumo de éxtasis y de cocaína, en cambio, aumentó. En fecha reciente todos los indicadores mostraron una estabilización en el consumo de drogas.

Aunque las tasas de prevalencia anuales del consumo de drogas son altas, el consumo per cápita entre los consumidores de drogas tiende a ser bajo en Oceanía, especialmente en el caso de la cocaína. Esto podría deberse a los elevados precios de las drogas.

El consumo con fines no médicos de drogas de venta con receta parece estar muy extendido en Oceanía, y podría estar vinculado principalmente a algunas anfetaminas y opioides de venta con receta.

En Australia existe entre la población en general un consumo considerable con fines no médicos tanto de anfetaminas (2,7%) como de opioides (0,2%) de venta con receta. El consumo de tranquilizantes es también común. El 16,2% de los estudiantes de 12 a 17 años consumió tranquilizantes sin receta médica en algún momento de su vida.

**Cuadro 9: Incautaciones en Oceanía, en equivalentes de kilogramo, 2005-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

	2005	2006	2007	2008	2009	Porcentaje del total mundial en 2009
Hierba de cannabis	3,514	2,845	2,730	1,445	1,389	0.02%
Cocaína	95	285	626	931	290	0.04%
Grupo de las anfetaminas	338	1,753	198	312	253	0.4%
Metanfetamina	132	216	174	48	171	0.6%
Éxtasis	1,447	541	4,666	58	63	1.2%
Heroína	152	67	65	80	195	0.3%
LSD	0.67	0.13	0.13	0.00	0.03	16%
<i>Nota: Población</i>					36 millones	0.5%

Esto se puede comparar con una prevalencia en algún momento de la vida del 3,8% para el consumo de anfetaminas entre estudiantes, y del 2,3% para el de opiáceos.<sup>37</sup> Nueva Zelanda también informó sobre el consumo extendido con fines no médicos de drogas de venta con receta.

### **Muertes relacionadas con las drogas**

En Oceanía, a pesar de que el número total de muertes relacionadas con las drogas es reducido (aproximadamente 2.800 muertes), la tasa de mortalidad, 119 muertes por millón de personas de 15 a 64 años, parece bastante alta. Dado que Australia es el único país que suministró información, es probable que esta tasa no refleje la situación en toda Oceanía. Además, Australia cuenta con un sistema de registro de muertes por drogas mejor que el de muchos otros países.

■ ■  
37 White V. and Smith G., *Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over-the-counter and illicit substance in 2008*, Dependencia de Estrategias sobre Drogas, Departamento de Salud y del Envejecimiento del Gobierno de Australia, septiembre de 2009.



## 2. El mercado de opio y heroína



### 2.1 Introducció

La UNODC calcula que en 2009 había entre 12 y 21 millones de consumidores de opiáceos en todo el mundo. La heroína sigue siendo el opiáceo que se consume con mayor frecuencia y el preferido por la gran mayoría de los consumidores de opiáceos a nivel mundial (alrededor del 75%). Se calcula que en 2009 entre 12 y 14 millones de personas consumieron unas 375 t de heroína.

Europa y Asia siguen siendo los principales mercados de consumo de opiáceos. Sin embargo, en el mundo se consume una amplia gama de opiáceos, incluidos el opio crudo, la morfina y otros tipos de opiáceos locales.<sup>1</sup> El consumo de estas sustancias es limitado y generalmente está restringido a determinadas zonas geográficas. En los últimos años, el consumo problemático de drogas se ha relacionado también con el consumo con fines no médicos de diversos opioides de venta con receta, tales como la oxicozona, el fentanil o la petidina.

En 2010, el cultivo mundial de la adormidera abarcaba una superficie de 195.700 ha, lo que equivale a un aumento del 5% con respecto a 2009, que se debió principalmente a la intensificación del cultivo en Myanmar. Si bien el cultivo en la República Democrática Popular Lao aumentó en 2010, sus niveles se mantienen bajos. Aunque el cultivo en el Afganistán ha disminuido en los últimos tres años, sigue siendo alto (63% del cultivo mundial). Se calcula que en 2010 la superficie destinada al cultivo de adormidera en el Afganistán era de unas 123.000 ha, igual a la del año anterior.

En 2010, la producción mundial de opio fue de 4.860 t, en comparación con 7.853 t en 2009. Esta disminución se

<sup>1</sup> Preparados mezclando los cultivos locales de adormidera con anhídrido acético.

debió en gran medida a la fuerte reducción de la producción de opio en el Afganistán a causa de una enfermedad que afectó a las plantas de adormidera. Según las previsiones del *Winter Rapid Assessment* (febrero de 2011) de la UNODC, en 2011 la producción afgana descenderá un poco más o, como mínimo, el cultivo de adormidera en general se estabilizará en los niveles más bajos. Si el rendimiento del opio vuelve a su nivel medio, es probable que en 2011 aumente la producción en el Afganistán.

Partiendo de los datos sobre la producción, las incautaciones y el consumo, se calcula que en 2009 se traficaron entre 460 y 480 t de heroína en todo el mundo (incluida la incautada), 375 de las cuales llegaron a los consumidores. El movimiento de opiáceos desde los países productores hasta los mercados consumidores requiere una red mundial de rutas y la participación de grupos delictivos nacionales e internacionales. En particular, el uso de transporte y puertos marítimos por parte de los traficantes se ha convertido en una importante amenaza, descuidada en gran parte por las autoridades internacionales encargadas de hacer cumplir la ley. En 2009, se despacharon en todo el mundo más de 420 millones de contenedores, de los cuales solo el 2% fueron inspeccionados. Aunque las rutas del narcotráfico cambian continuamente, el desplazamiento mundial de heroína de los productores a los consumidores internacionales sigue rutas bien establecidas. La heroína de Myanmar se dirige principalmente a China y la heroína mexicana a los Estados Unidos, mientras que la heroína afgana se dirige a todas las regiones del mundo, excepto América del Sur y América Central. Los opiáceos procedentes del Afganistán pasan a través del Pakistán, la República Islámica del Irán y el Asia central antes de alcanzar los principales mercados de consumo en Europa occidental y central, Europa oriental y el Asia oriental y sudoriental.

En 2009, el consumo de opiáceos generó una ganancia de

unos 68.000 millones de dólares de los EE.UU., de los cuales 60.000 millones correspondieron a los opiáceos afganos. Elementos contrarios al Gobierno y redes delictivas locales se benefician del comercio de opiáceos en el Afganistán y países vecinos, pero la mayor parte de las ganancias va a los narcotraficantes internacionales. Según un cálculo conservador (suponiendo un margen de ganancia neta del 10%),<sup>2</sup> los grupos delictivos organizados obtuvieron del tráfico de opiáceos unas ganancias netas de al menos 7.000 millones de dólares de los EE.UU.

La delincuencia organizada representa una amenaza a la estabilidad política, la seguridad y la salud públicas, tanto en los países de tránsito como en los de destino. La economía clandestina resultante del comercio mundial de opiáceos socava las economías legales y alimenta la corrupción en algunos países. Los opiáceos, en particular la heroína, también causan graves problemas de salud, incluida la transmisión a través de la sangre de enfermedades como el VIH/SIDA y la hepatitis C.

## 2.2 Consumo

La UNODC calcula que en 2009, entre 12 y 21 millones de personas (punto medio: 17,5 millones) consumieron opiáceos al menos una vez el año anterior,<sup>3</sup> con una tasa de prevalencia anual comprendida entre el 0,3% y el 0,5% de la población mundial de 15 a 64 años. Si bien en la presente sección del informe se analiza principalmente el consumo mundial de opiáceos (heroína y opio), también se incluyen otros opioides,<sup>4</sup> ya que algunos Estados Miembros solo proporcionan estadísticas globales sobre los opioides en lugar de las tasas de prevalencia específicas de la heroína y el opio al contestar el cuestionario para los informes anuales (CPIA).<sup>5</sup>

La heroína, el opiáceo de consumo más frecuente, es consumida por alrededor de las tres cuartas partes de los consumidores de opiáceos del mundo. Se calcula que en 2009 había entre 12 y 14 millones de consumidores de heroína en todo el mundo. Sin embargo, también se consumen opiáceos tales como el opio, la morfina y otros tipos de

opiáceos locales, como el kompot o cherniashka.<sup>6</sup> El consumo de opio crudo está restringido en gran parte a algunas partes de Asia, el kompot o cherniashka se consume casi exclusivamente en Europa oriental, y la morfina ilícita tiene un número de consumidores extremadamente limitado. En los últimos años se ha registrado en algunos países un aumento del consumo con fines no médicos de varios opioides de venta con receta.<sup>7</sup> Este grupo de sustancias se ha convertido en uno de los grupos de fármacos que afectan a los consumidores problemáticos de drogas.

En cuanto al número absoluto de consumidores de opioides, la mayoría se encuentran en América, especialmente América del Norte, seguida de Asia y Europa. Sin embargo, si se tiene en cuenta únicamente el consumo de opiáceos, más de la mitad del número estimado de consumidores de opiáceos (heroína y opio) del mundo se encuentran en Asia, seguida de Europa y África. Las pautas del consumo mundial de opioides varían considerablemente de una región a otra. En América y Oceanía (particularmente en Nueva Zelanda y Australia), el consumo de opioides de venta con receta constituye el principal problema, mientras que el consumo de heroína es limitado. En cambio en Europa, la heroína es el opiáceo de mayor consumo, en tanto que el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta es limitado.<sup>8</sup>

En los países cultivadores tradicionales de opio y en algunos de los países vecinos, el consumo de opio es más común que el de heroína. Esto es particularmente cierto en el caso del Afganistán, la República Democrática Popular Lao, Myanmar y la República Islámica de Irán. En África y Asia, mientras que la heroína es el opiáceo más utilizado, existen informes según los cuales en algunos países el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta es cada vez más común.

En 2009, se consumieron en todo el mundo unas 375 t de heroína pura.<sup>9</sup> En Asia, la mayor parte del consumo de heroína se registró, con mucho, en China, el Pakistán, la República Islámica del Irán y la India.<sup>10</sup> En América, el consumo de heroína estuvo dominado por los Estados Unidos. En Europa, varios países, entre ellos la Federación de Rusia,<sup>11</sup> el Reino Unido, Italia, Francia y Alemania, son los principales consumidores de heroína. En África, el consumo se concentra principalmente en el África oriental, meridional y central.

2 Este es un margen de ganancia mínimo. Es probable que sea muy superior, pero se necesitan estudios detallados.

3 Esto se refiere al año anterior al año de los cálculos nacionales, y no necesariamente al 2009.

4 Opiode es un término genérico que se refiere a los alcaloides derivados de la adormidera, sus análogos sintéticos y compuestos sintetizados en el organismo. En general, se hace una distinción entre "opiáceos" (es decir, los diversos productos derivados de la planta de la adormidera tales como el opio, la morfina y la heroína) y "opioides sintéticos". A los efectos de la descripción en la presente sección (y en consonancia con el nuevo cuestionario para los informes anuales), el término "opiáceos" solo se refiere al opio y a la heroína, y el término "opioides de venta con receta" incluye la morfina y la codeína, así como los opioides sintéticos como la metadona, la buprenorfina, el propoxifeno, el fentanilo, la pentazocina, etc.

5 El CPIA que utilizaron los Estados Miembros hasta 2010 incluía una categoría amplia de opioides y una subcategoría de heroína, opio y "otros opioides". En el nuevo CPIA que aprobaron los Estados Miembros en 2010 se agregó la categoría de "uso indebido de opioides de venta con receta" a la de "otros opioides".

6 Preparado mezclando los cultivos locales de adormidera con anhídrido acético.

7 Tales como la oxycodona, el fentanil o la petidina, y en algunos casos, opioides de sustitución como la buprenorfina y la metadona.

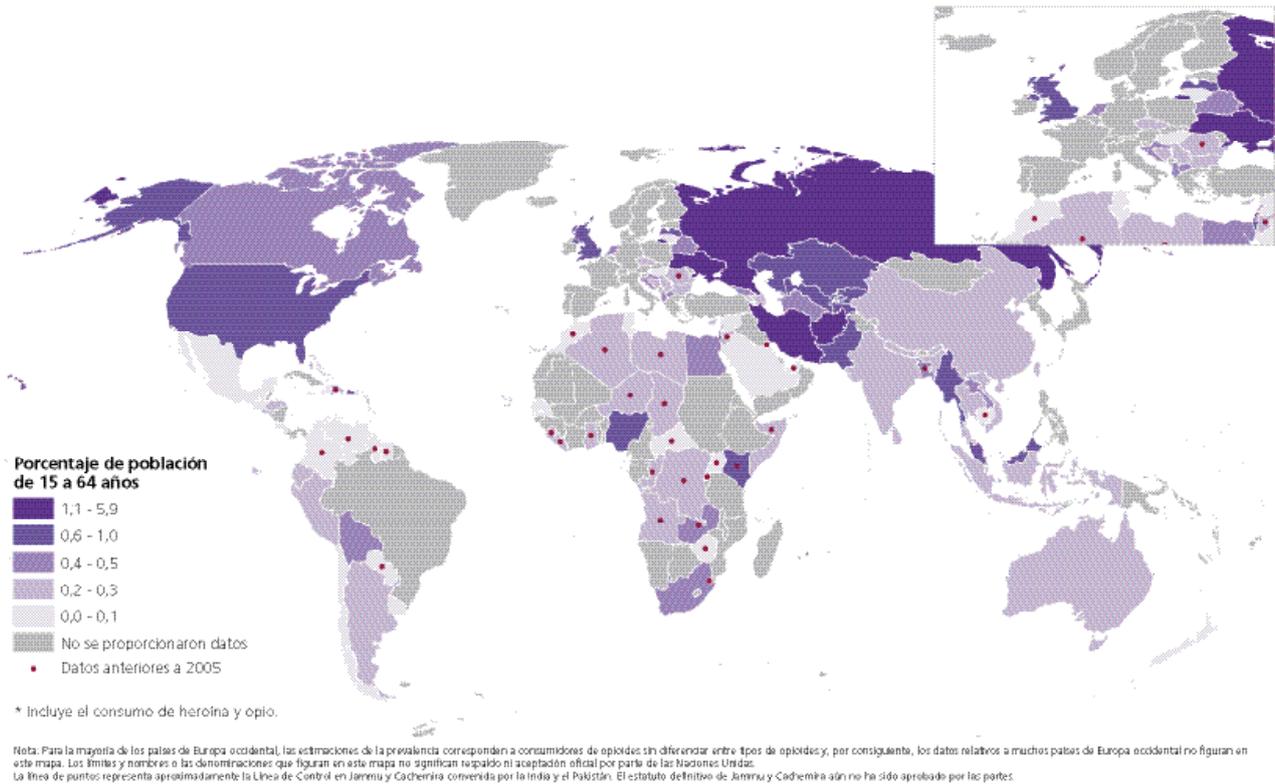
8 El alcance del consumo de opioides de venta con receta en Europa debe investigarse más a fondo.

9 La "heroína pura" se refiere a la heroína con una pureza del 70%, de manera que esa cifra equivale aproximadamente a 2.600 toneladas de heroína con una de pureza del 10%.

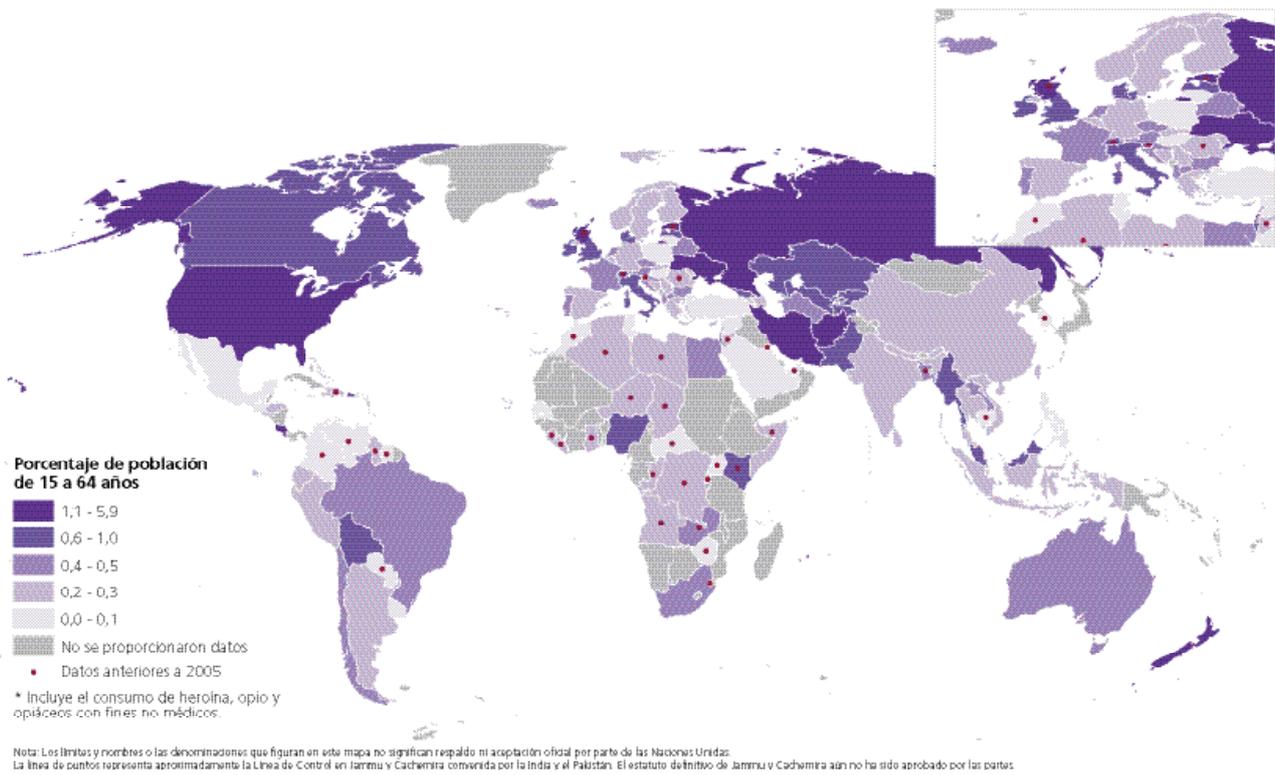
10 UNODC, *Addiction, Crime and Insurgency: The transnational threat of Afghan opium*, 2009.

11 Basado en estimaciones preliminares de la UNODC, ya que no existen estudios exhaustivos sobre la prevalencia del consumo de opiáceos en la Federación de Rusia.

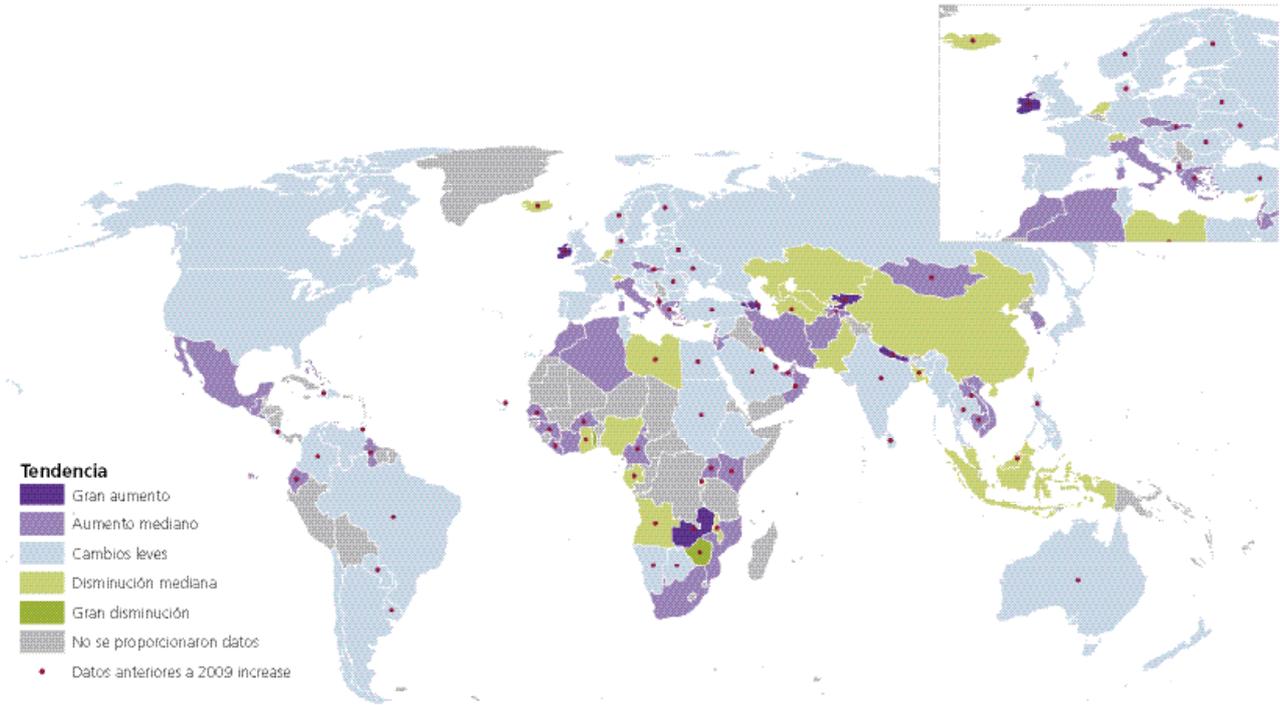
**Mapa 5: Prevalencia anual del consumo de opiáceos, 2009 (o último año disponible)**



**Mapa 6: Prevalencia anual del consumo de opioides, 2009 (o último año disponible)**



**Mapa 7: Cómo ven los expertos los cambios en el consumo de opiáceos, 2009 (o último año disponible)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

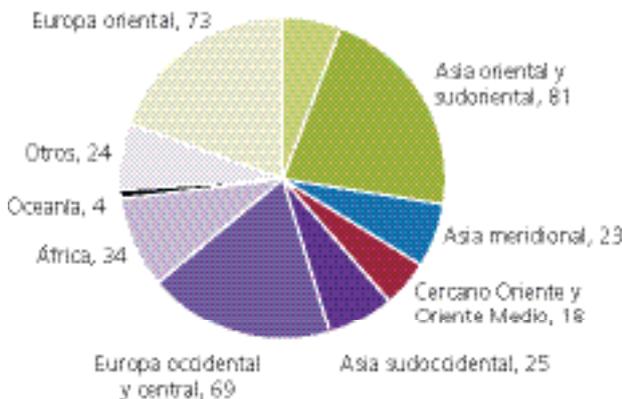
En función del número de consumidores y de su alcance geográfico, el consumo de opio crudo es mucho más limitado que el de heroína. En 2008, había unos 4 millones de consumidores de opio en todo el mundo, que, según se calcula, consumieron 1,1 t de dicha sustancia.<sup>12</sup> Del total mundial de consumidores, la gran mayoría –a la que corresponde más del 80% del consumo mundial– se encontraba en Asia. Las prácticas culturales y la tradición podrían explicar la concentración del consumo de opio en Asia. El hábito de fumar opio es una práctica tradicional en algunos países del Asia sudoriental y meridional, especialmente en

la República Islámica de Irán, el Pakistán, el Afganistán y la India, así como en algunas zonas del sudeste asiático, en particular en el estado de Shan de Myanmar y en las zonas septentrionales de la República Democrática Popular Lao.

En los dos últimos años han surgido varias tendencias respecto del consumo de opiáceos. Comparado con 2008, el consumo de opiáceos a nivel mundial se mantuvo casi estable. El Afganistán presenta la tasa de prevalencia de consumo de opiáceos más alta, en tanto que las tasas de consumo de opiáceos también aumentaron en casi todos los países vecinos. En el Afganistán, el consumo de opiáceos en general aumentó, del 1,4% en 2005, al 2,7% en 2009 entre la población de 15 a 64 años. Entre 2005 y 2009, el consumo de opio en el Afganistán aumentó en más del 50% (1,9% de la población) y el consumo de heroína aumentó en un 140% (1% de la población), lo que lo ubica por encima de Europa. Si bien la República Islámica del Irán presenta la segunda tasa de prevalencia de opiáceos más alta del mundo, en términos absolutos China y la Federación de Rusia<sup>13</sup> tienen el mayor número de consumidores de heroína del mundo.

**Fig. 11: Distribución del consumo de heroína por región, 2009 (375 toneladas)**

Fuente: UNODC.



<sup>12</sup> UNODC, *Addiction, Crime and Insurgency: The transnational threat of Afghan opium*, 2009.

**El consumo con fines no médicos de opiáceos de venta con receta continúa siendo un problema grave en América**

Si se incluye en el cálculo el consumo total de opiáceos, la tasa anual de prevalencia aumenta a una cifra comprendida

<sup>13</sup> Basado en estimaciones preliminares de la UNODC, ya que no existen estudios exhaustivos sobre la prevalencia del consumo de opiáceos en la Federación de Rusia.

## Opioides y opiáceos

En el presente capítulo se usan varios términos en relación con los opiáceos, opioides, opioides sintéticos, etc. El objeto del presente recuadro es precisar la definición técnica de estos términos y explicar la terminología utilizada en la presentación de los datos en este capítulo.

### Definición técnica

El opio se produce a partir de las plantas de adormidera y contiene sustancias psicoactivas como la morfina, la codeína, la tebaína, la papaverina y la noscapina. El opio, junto con sus componentes psicoactivos y sus derivados semisintéticos, por ejemplo la heroína (derivada de la morfina), se denominan opiáceos. Opiode es un término genérico que se aplica a dos conjuntos principales de sustancias: opiáceos y sustancias sintéticas (los llamados opioides sintéticos) que tienen efectos similares a los de la morfina, en particular la capacidad de aliviar el dolor. Entre los opioides sintéticos cabe mencionar sustancias tales como el fentanilo, la metadona, la buprenorfina, el propoxifeno, la pentazocina y la oxycodona. Otro grupo de sustancias incluidas en la categoría genérica de los opioides es la de los opioides endógenos, por ejemplo las endorfinas (morfina endógena) y las encefalinas. Estas sustancias se generan naturalmente en el cuerpo humano y tienen acciones similares a la morfina. Algunas de estas sustancias, tales como las encefalinas, se sintetizan y se pueden obtener en fuentes comerciales.

### Datos presentados sobre el consumo de drogas en relación con los opiáceos y los opioides

Los datos sobre el consumo de drogas proporcionados por los Estados Miembros incluyen tradicionalmente la categoría genérica de consumidores de opioides y la subclasificación de consumidores de heroína, de opio y de “otros opiáceos”. En 2010, la Comisión de Estupefacientes aprobó un nuevo cuestionario (Cuestionario para los informes anuales, CPIA) para presentar los datos en el futuro. El CPIA incluye la categoría genérica del consumo de opioides y las tres subcategorías siguientes: i) el consumo de opiáceos (heroína y opio); ii) el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta (morfina, codeína y opioides como la metadona, la buprenorfina, el propoxifeno, el fentanilo, la pentazocina y la oxycodona) y iii) el consumo de otros opioides ilícitos.

Si bien la morfina y la codeína entran técnicamente dentro de la clasificación de opiáceos, es importante señalar que, a los efectos de la presentación de datos a la UNODC, han sido clasificadas en la subcategoría de “opioides de venta con receta”.

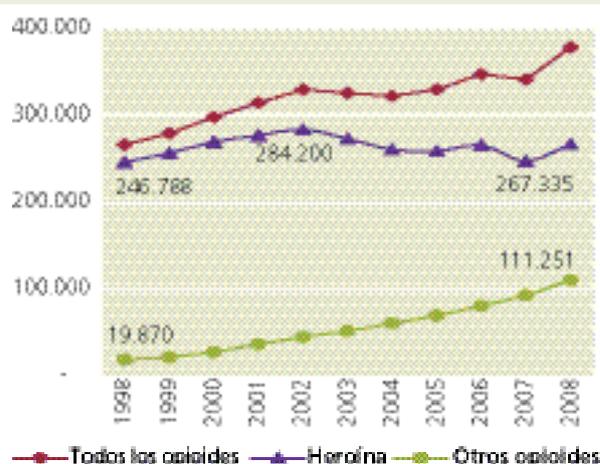
entre el 0,5% y el 0,8% de la población adulta, es decir, entre 24 y 35 millones de personas. El consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta (comercializados comúnmente como analgésicos) se concentra principalmente en América del Norte.

Los cálculos del consumo anual global de opioides en América del Norte oscilan entre un 3,9% y un 4,4% de la población de 15 a 64 años, lo que refleja principalmente el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta. En 2009, los Estados Unidos comunicaron una prevalencia anual del consumo de opioides con fines distintos de los médicos del 5,6%, que se compara con una prevalencia del 0,5% entre los consumidores crónicos de heroína.<sup>14</sup> En 2009 se diagnosticaron 1,9 millones de casos de uso indebido de sustancias o drogodependencia de los opioides de venta con receta en los Estados Unidos.

A pesar de los niveles más altos de consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta, los datos sobre el tratamiento sugieren que en los Estados Unidos la heroína sigue siendo un problema grave. En 2008, el 71% de todos los casos de tratamiento relacionado con los opioides se debieron al consumo de heroína. Los datos también indi-

**Fig. 12: Personas tratadas a nivel nacional por uso indebido de drogas en los Estados Unidos, 1998-2008**

Fuente: SAMHSA, Treatment Episode Data Set (TEDS), 1998-2008.



can que en la última década, el número de tratamientos por consumo de heroína se mantuvo estable, mientras que el total de pacientes sometidos a tratamiento por el consumo de opioides de venta con receta presentó un notable aumento, del 7% en 1998 al 29% en 2008.

<sup>14</sup> Basado en una estimación de los consumidores crónicos de heroína hecha por la Oficina de Fiscalización Nacional de Drogas en el año 2000.

**Cuadro 10: Prevalencia anual y número estimado de consumidores de opiáceos\*, a nivel regional, subregional y mundial, 2009**

\*Las estimaciones del consumo de opiáceos en Europa, cuyos países comunicaron estimaciones del consumo de opioides solamente, se obtuvieron utilizando la distribución de los consumidores de opiáceos contenida en el número total de consumidores de opioides en tratamiento.

Región/subregión	Número estimado de consumidores al año (mínimo)	Número estimado de consumidores al año (máximo)	Porcentaje de población de 15 a 64 años (mínimo)	Porcentaje de población de 15 a 64 años (máximo)
<b>África</b>	890.000	3.210.000	0,2	0,6
África oriental	140.000	1.310.000	0,1	1,0
África septentrional	130.000	550.000	0,1	0,4
África meridional	210.000	280.000	0,3	0,3
África occidental y central	410.000	1.070.000	0,2	0,5
<b>América</b>	1.180.000	1.910.000	0,2	0,3
Caribe	50.000	80.000	0,2	0,3
América Central	20.000	20.000	0,1	0,1
América del Norte	1.000.000	1.630.000	0,3	0,5
América del Sur	110.000	170.000	0,0	0,1
<b>Asia</b>	6.440.000	12.020.000	0,2	0,4
Asia central	320.000	320.000	0,6	0,6
Asia oriental y sudoriental	2.800.000	4.990.000	0,2	0,3
Cercano Oriente y Oriente Medio	1.940.000	3.540.000	0,8	1,4
Asia meridional	1.380.000	3.170.000	0,2	0,4
<b>Europa</b>	3.110.000	3.470.000	0,6	0,6
Europa oriental y sudoriental	2.100.000	2.300.000	0,9	1,0
Europa occidental y central	1.010.000	1.170.000	0,3	0,4
<b>Oceanía</b>	40.000	50.000	0,2	0,2
<b>Todo el mundo</b>	<b>11.660.000</b>	<b>20.660.000</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>

En lo que respecta a las visitas a salas de urgencia, los datos de 2009 indican que se deben más al consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta (analgésicos narcóticos: 129,4 visitas por cada 100.000 habitantes) que al consumo de heroína (69 visitas por cada 100.000 habitantes).<sup>15</sup>

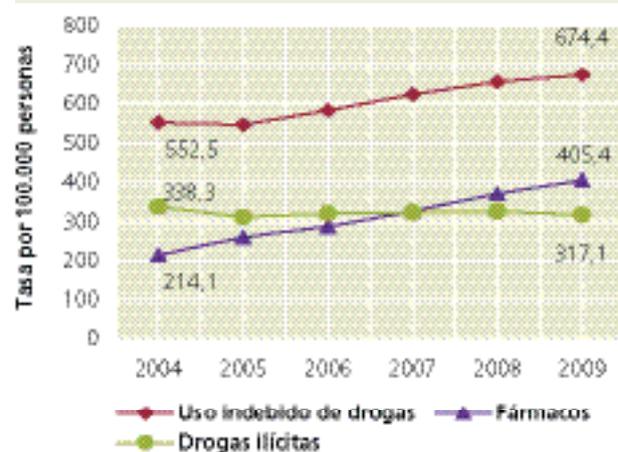
Sin embargo, los datos de la encuesta de hogares de los Estados Unidos de 2009 revelaron un aumento más pronunciado del consumo de heroína que del consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta. Según estos datos, el número de consumidores de heroína aumentó un 33% en comparación con 2008, mientras que el número de consumidores de opioides de venta con receta aumentó un 4%. En términos estadísticos, ninguno de estos incrementos fue significativo. Con todo, el número de nuevos consumidores de heroína también registró un aumento pronunciado. En los últimos 12 meses, alrededor de 180.000 personas de 12 años o más consumieron heroína por primera vez. En 2009, esta cifra fue apreciablemente mayor que el promedio registrado entre 2002 y 2008, que fue ligeramente superior a 100.000.<sup>16</sup>

15 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, *Highlights of the 2009 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits*, 2009.

16 SAMHSA, *National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)*, 2009.

**Fig. 13: Tendencias de las visitas relacionadas con drogas a salas de urgencia en los Estados Unidos, 2004-2009**

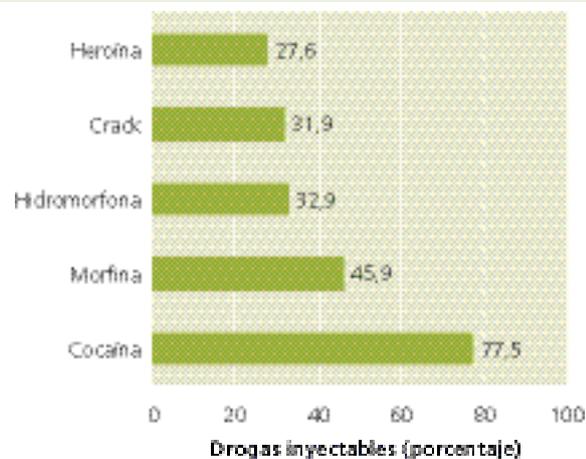
Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, *Highlights of the 2009 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits*, 2009.



Por otra parte, se estima que 2 millones de personas de 12 años o más se iniciaron en el consumo de drogas utilizando analgésicos de venta con receta. De ellos, el 55,3% obtuvo la droga de manera gratuita a través de un amigo o familiar,

**Fig. 14: Drogas inyectadas por consumidores de drogas en el Canadá, 2006**

Fuente: Agencia de Salud Pública del Canadá, *Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada; Phase I Report*, 2006.



el 17,6% por intermedio de un médico, el 4,8% de un narcotraficante u otro desconocido, y el 0,4% lo compró en Internet.<sup>17</sup>

En 2009, el Canadá comunicó que el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta era del 0,5%, igual que el año anterior, mientras que el consumo de heroína se calculaba en un 0,36%.<sup>18</sup> En el Canadá, al igual que en muchos otros países, el consumo de opioides inyectables, incluida la heroína, es una práctica frecuente, según se informa, entre los consumidores problemáticos de drogas. De los consumidores de drogas inyectables que participaron en un estudio del comportamiento llevado a cabo en el Canadá en 2006, la mitad de los participantes indicaron que se inyectaban morfina no recetada, mientras que el 27,6% manifestaron haberse inyectado heroína en los meses previos a la entrevista.<sup>19</sup> Como sucede en otros países, la seroprevalencia del VIH entre los participantes era de un 13,4%, en tanto que la de hepatitis C era del 65,7%.<sup>20</sup>

En América del Sur, se calcula que la prevalencia anual del consumo de opioides (principalmente el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta) se sitúa entre un 0,3% y un 0,4% de la población adulta, o sea entre 850.000 y 940.000 personas de 15 a 64 años. El Estado Plurinacional de Bolivia (0,6%), el Brasil (0,5%) y Chile (0,5%) siguen siendo países con una alta tasa de consumo de opioides. En América Central, Costa Rica tiene una tasa superior al promedio mundial (2,8%). En América del Sur

17 *Ibid.*

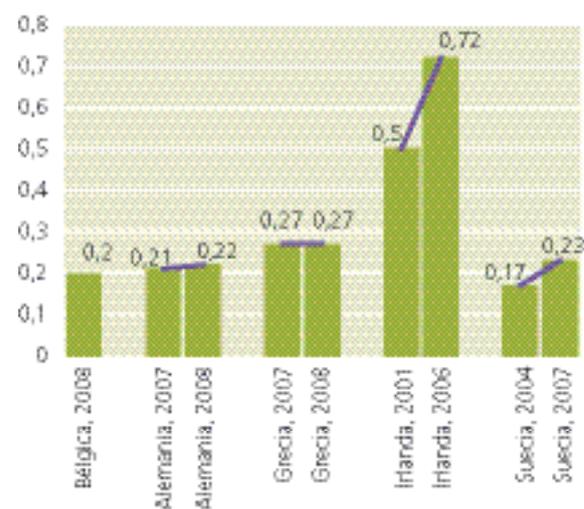
18 Cálculo de la UNODC basado en una prevalencia del 1% de consumo de drogas inyectables (se calcula que hubo 220.690 casos en 2004) según lo comunicó el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables, 2008.

19 Agencia de Salud Pública del Canadá, *Enhanced Surveillance of Risk Behaviours among Injecting Drug Users in Canada, Phase I Report*, 2006.

20 *Ibid.*

**Fig. 15: Países con estimaciones revisadas de la prevalencia anual de opioides consumidos en Europa, distintos años**

Fuente: UNODC, CPIA.



y América Central, los opioides de consumo más común son los preparados a base de codeína. En los últimos años, la demanda de tratamiento en la región se ha mantenido estable. En 2009, el 9,6% de los casos de tratamiento estuvieron relacionados con el consumo de opioides.

#### **A pesar de la estabilización de los niveles de consumo de heroína en Europa, los problemas sociales y de salud conexos no disminuyen**

La heroína es el opiáceo de mayor consumo en Europa. Se estima que la prevalencia de los opiáceos (principalmente heroína) en Europa<sup>21</sup> es de un 0,6% de la población de 15 a 64 años, es decir, entre 3,1 y 3,5 millones de personas. La prevalencia del consumo de opiáceos en Europa oriental y sudoriental (entre el 0,9% y el 1,0%), es mayor que en Europa occidental. En general, los expertos de más de la mitad de los países de Europa que contestaron las preguntas del CPIA consideran que las tendencias de los opioides se mantienen estables. En 2010 se publicaron estimaciones de prevalencia nuevas o actualizadas para una serie de países de Europa, entre ellos: Alemania, Austria, Bélgica, Chipre, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo y Suecia. Dos de ellos, Irlanda y Suecia, comunicaron un aumento de las tasas de prevalencia anual, mientras que otros países indicaron tendencias estables del consumo de opioides.

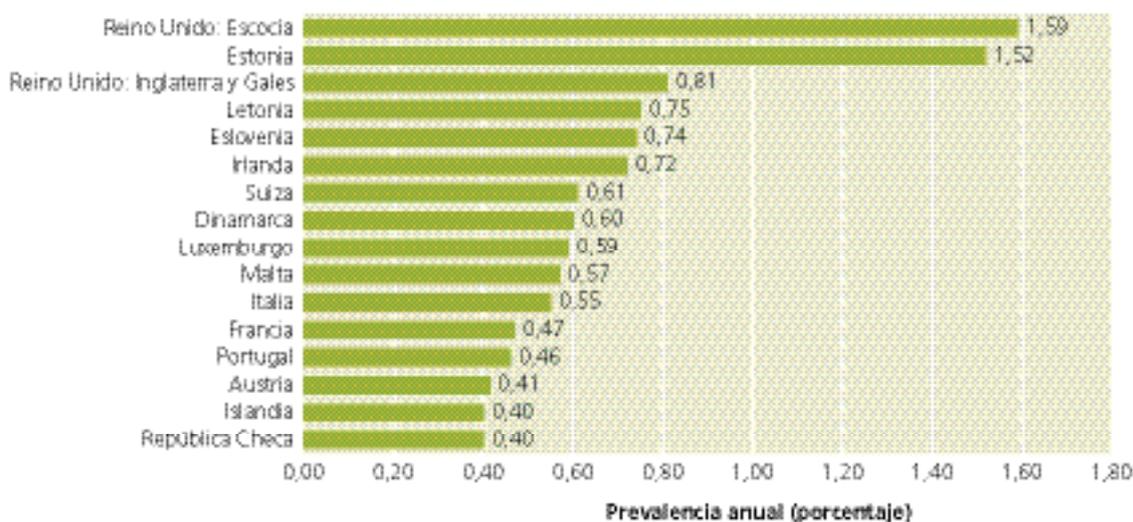
En Europa occidental y central, las tasas de prevalencia más altas de consumo de opioides fueron comunicadas por el Reino Unido (unos 350.000 consumidores, según se calcula), Italia (216.000 consumidores) y Francia (190.000 consumidores). En Europa oriental, la Federación de Rusia (1,7 millones de consumidores de opiáceos)<sup>22</sup> y Ucrania

21 Las estimaciones del consumo de opiáceos en Europa, donde los países comunicaron las estimaciones del consumo de opioides solamente, se obtuvieron utilizando la distribución de los consumidores de opiáceos dentro del número total de consumidores de opioides que se encuentran en tratamiento.

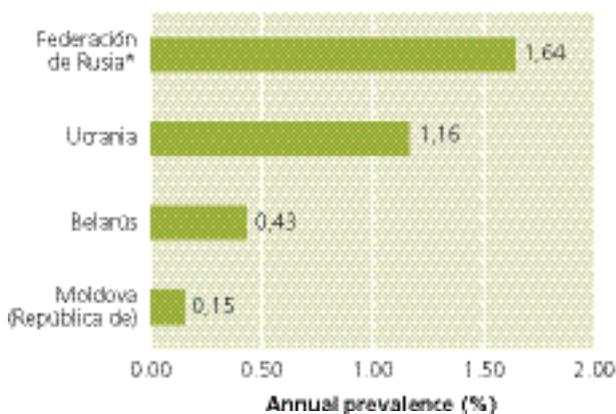
22 Estas estimaciones son preliminares, dado que no existen estudios

**Fig. 16: Prevalencia del consumo de opioides en Europa occidental y central, 2009 (o último año disponible)**

Fuente: UNODC.

**Fig. 17: Prevalencia del consumo de opiáceos en Europa oriental, 2009 (o último año disponible)**

\*Basado en estimaciones preliminares de la UNODC, ya que no existen estudios exhaustivos sobre la prevalencia del consumo de opiáceos en la Federación de Rusia.  
Fuente: UNODC, CPIA.



(370.000 consumidores de opiáceos) registraron una alta tasa de prevalencia de consumo de opiáceos en 2009. La mayoría de los consumidores de los países mencionados consumen heroína.

Del millón de personas que recibieron tratamiento en Europa por consumo de drogas ilícitas en 2007, más de la mitad recibió tratamiento de sustitución a base de opioides (principalmente metadona; en menor medida, buprenorfina y, en algunos países, morfina de acción lenta). Al igual

■ ■ exhaustivos sobre la prevalencia del consumo de opiáceos en la Federación de Rusia. El cálculo de los consumidores de opiáceos oscila entre el 0,3% y el 1,64% de la población de 15 a 64 años. La estimación del 1,64% se basa en el número de consumidores de opiáceos en tratamiento para 2007, con un multiplicador de tratamiento del 5,3% tomado de un estudio realizado por el Centro Nacional de Adicciones de la Federación de Rusia titulado: Dynamics of Drug Related Disorders in the Russian Federation, 2007.

que en el pasado, se comunicó que la heroína y sus metabolitos eran la principal causa de la mayoría de las muertes por consumo de drogas en Europa, que representaban más de dos tercios de todos los casos informados por 20 países. La edad media de las personas que murieron por consumo de heroína era de unos 35 años, lo que sugiere una estabilización o disminución del número de consumidores jóvenes de heroína en Europa. El informe Anual de 2010 de la OEDT sugiere que por cada muerte por consumo de drogas, existen entre 20 y 25 casos de sobredosis sin consecuencias fatales.

#### **El consumo de heroína se está estabilizando en el Asia oriental y sudoriental, si bien se considera que está aumentando en otras partes de Asia**

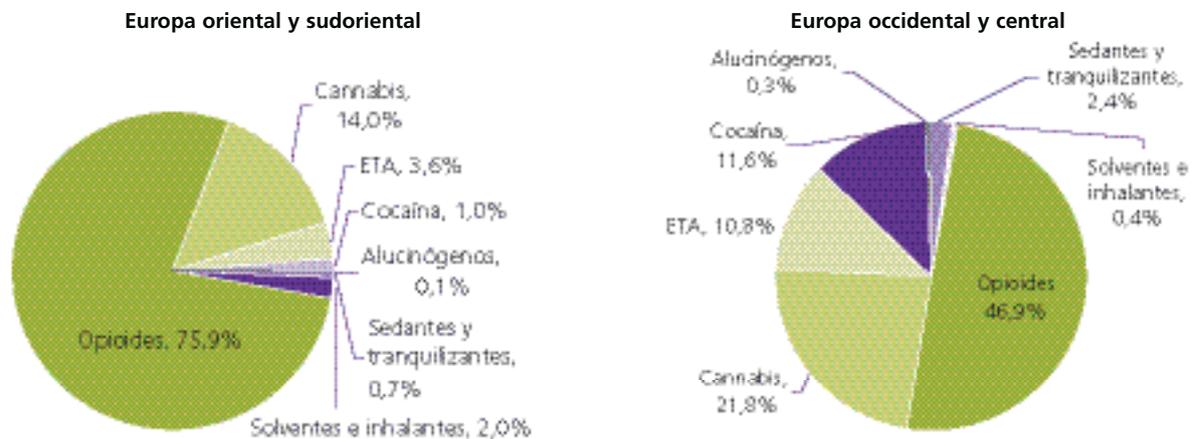
Las estimaciones de las tasas de prevalencia de los opiáceos en Asia oscilan entre el 0,2% y el 0,5% de la población de 15 a 64 años, o sea entre 6,5 y 13,2 millones de personas. Según se informa, la mayoría de los consumidores de opiáceos en Asia consumen heroína u opio, y más de la mitad de los consumidores de opiáceos del mundo viven, según se estima, en Asia. Aunque no se dispone de estimaciones recientes de las tasas de prevalencia para la mayoría de los países asiáticos, menos de la mitad (46%) de los países que contestaron el CPIA consideraban que hubiera habido un aumento en el consumo de opioides. Sin embargo, el 38% de los países, en su mayoría del Asia sudoriental, consideraban que había habido una disminución en 2009.

Los países del Asia sudoccidental siguen teniendo altas tasas de prevalencia de consumo de opiáceos. Estos países en conjunto representan cerca de un tercio de los consumidores de opiáceos de Asia. Se estima que en el Afganistán alrededor del 60% de los consumidores de opiáceos consumen opio. En la República Islámica del Irán, se calcula que el 40% de los consumidores de opiáceos consumen opio, y el resto consume principalmente heroína. En la República Islámica del Irán, el 83% de los casos de tratamiento en 2009 fueron por consumo de opiáceos; en el Pakistán, la

**Fig. 18: Demanda de tratamiento en Europa, 2009 (o último año disponible)\***

Fuente: UNODC, CPIA.

\* Las definiciones de tratamiento y la presentación de los datos difieren de un país a otro. En consecuencia, los totales podrían no alcanzar o exceder el 100%.



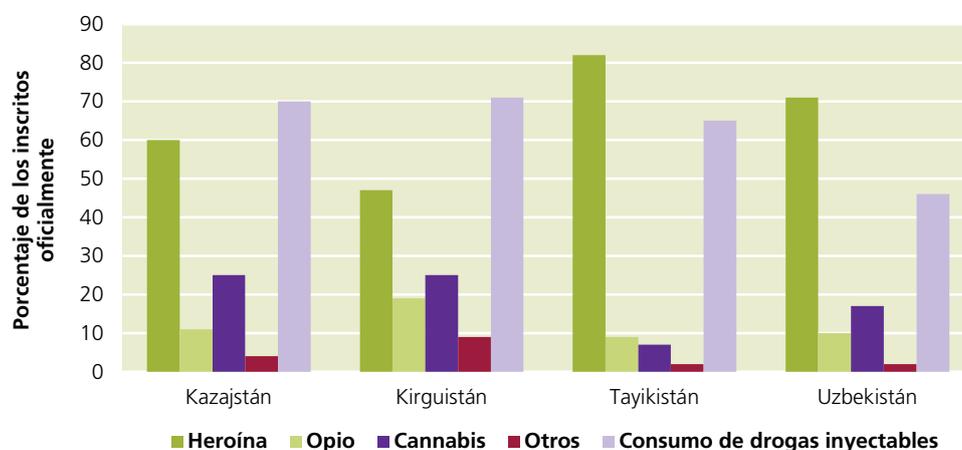
proporción fue del 41% para el período de 2006 a 2007. Los opiáceos son además la causa más común de las muertes relacionadas con las drogas en esos países. En la República Islámica del Irán, la tasa de muertes relacionadas con las drogas era de 91 por cada millón de personas de 15 a 64 años; la mayoría de estas se relacionaban con el consumo de opiáceos. Además, el consumo general de opiáceos en el Afganistán aumentó, del 1,4% en 2005, al 2,7% en 2009 en la población de 15 a 64 años. La heroína sigue siendo la droga ilícita más problemática en el Asia central y en la región del Cáucaso. Los expertos del Asia central observaron una tendencia a la estabilización en el consumo de opioides, pero la proporción de los consumidores de heroína inscritos oficialmente siguió aumentando. De ellos, el 47% en Kirguistán y el 82% en Tayikistán se identifica-

ron como consumidores de heroína en 2009.<sup>23</sup> El consumo de drogas inyectables es también una práctica común, y los porcentajes de los consumidores oscilan entre el 46% en Uzbekistán, y el 70% en Kirguistán y Kazajstán.<sup>24</sup> La prevalencia de los opiáceos en la región del Cáucaso es menor que el promedio mundial, y oscila entre el 0,31%, en Georgia, y el 0,22% en Armenia. Con la excepción de Azerbaiyán, los opioides son también el grupo principal de sustancias implicadas en las muertes relacionadas con las drogas en la región, cuyas tasas oscilan entre 7 por millón de personas de 15 a 64 años en Uzbekistán y 115 en Kazajstán.

Si bien la mayoría de los países del Asia meridional carecen de estimaciones recientes sobre el consumo de opiáceos, los niveles parecen variar en la región.

**Fig. 19: Asia central: consumo de distintas drogas y de drogas inyectables entre los consumidores inscritos oficialmente, 2009**

Fuente: UNODC, *Compendium of drug related statistics: 2009*, Oficina Regional para Asia central, 2009.



<sup>23</sup> UNODC, *Compendium of drug related statistics: 2009*, Oficina Regional para Asia central, 2009.

<sup>24</sup> *Ibid.*

**Cuadro 11: Asia meridional: consumo de opioides entre los consumidores de drogas, 2006**Fuente: UNODC, *Rapid Situation and Response Assessment of drugs and HIV in Bangladesh, India, Nepal and Sri Lanka: A regional report, 2006*.

	Opio	Heroína (fumada)	Heroína (inyectada)	Propoxifeno	Buprenorfina
<b>Bhután (n=200)</b>					
Consumo ocasional	0	37	3	32	28
Consumo actual	0	4	3	3	2
Porcentaje de consumidores actuales	0	2	1,5	1,5	1
<b>Bangladesh (n=1073)</b>					
Consumo ocasional	140	989	46	3	295
Consumo actual	7	961	6	1	154
Porcentaje de consumidores actuales	0,7	89,6	0,6	0,1	14,4
<b>India (n=5732)</b>					
Consumo ocasional	1.535	3.017	1.623	1.713	1.466
Consumo actual	858	2123	1.228	1.103	1.115
Porcentaje de consumidores actuales	15	37	21,4	19,2	19,5
<b>Nepal (n=1322)</b>					
Consumo ocasional	181	1.159	606	149	1.013
Consumo actual	117	880	456	97	858
Porcentaje de consumidores actuales	8,9	66,6	34,5	7,3	64,9
<b>Sri Lanka (n=1016)</b>					
Consumo ocasional	107	558	23	39	6
Consumo actual	36	520	4	14	0
Porcentaje de consumidores actuales	3,5	51,2	0,4	1,4	0

Un estudio sobre las drogas y el VIH llevado a cabo en 2006 en el Asia meridional<sup>25</sup> indicó que el 90% de los consumidores de drogas entrevistados en Bangladesh y el 2% en Bután consumían heroína en ese momento (la fumaban o se la inyectaban). Asimismo, el consumo de opioides de venta con receta entre los encuestados oscilaba entre el 1% en Bután y Sri Lanka, y el 20% en la India. El consumo de heroína inyectable era más común en Nepal, seguido de cerca por la India.

En el Asia oriental y sudoriental, la tasa de consumo de opiáceos continúa siendo alta. En 2009, la heroína era la principal droga consumida en China, Malasia, Myanmar, Singapur y Viet Nam. La mayoría de los países de la región comunicaron tendencias estables o en disminución con respecto al consumo de opiáceos, excepto en la República Democrática Popular Lao, Singapur y Viet Nam.<sup>26</sup> En Myanmar, la prevalencia de los opiáceos aumentó, del 0,6% en 2008, al 0,8% en 2010.<sup>27</sup> Al igual que en años anteriores, la prevalencia del consumo de opio en Myanmar, en las aldeas cultivadoras de opio, fue mayor (1,7%)

que en las aldeas donde no se cultivaba (0,6%). En Myanmar, con una prevalencia estimada del 0,18% de la población de 15 años o más,<sup>28</sup> el consumo de heroína está menos extendido que el consumo de opio. En el Asia oriental y sudoriental la demanda de tratamiento por dependencia de la heroína se mantiene alta, y va desde el 50% de la demanda total de tratamiento en Singapur, al 80% en China y el 98% en Viet Nam.

### El consumo de opiáceos se mantiene bajo en el Oriente Medio

La tasa de prevalencia del consumo de opiáceos se mantiene baja en los países del Oriente Medio, donde la heroína es el principal opiáceo consumido. En cuanto a la demanda de tratamiento, se informa que la heroína y los opioides de venta con receta son las principales sustancias implicadas en muchos países como Omán (100%), la República Árabe Siria (95%), los Emiratos Árabes Unidos (64%) y el Líbano (57%). Los opiáceos también se encuentran entre las principales sustancias relacionadas con las muertes por drogas, con tasas que oscilan entre 4,6 por millón de personas de 15 a 64 años en los Emiratos Árabes Unidos y 44,3 en Bahrein.<sup>29</sup>

25 UNODC, *Rapid Situation and Response Assessment of drugs and HIV in Bangladesh, India, Nepal and Sri Lanka: A regional report, 2006*.

26 UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific*, programa mundial SMART, 2010.

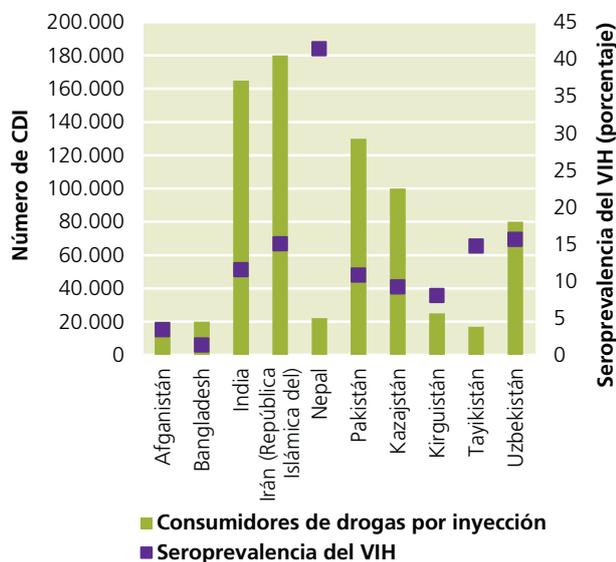
27 UNODC, *South-East Asia Opium Survey 2010: Lao People's Democratic Republic, Myanmar*, 2010.

28 *Ibid.*

29 UNODC, CPIA.

**Fig. 20: Número de consumidores de drogas inyectables y prevalencia del VIH en el Asia occidental, central y meridional, último año disponible**

Fuente: Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables.



### Se considera que aumenta el consumo de heroína en África

En 2009, se calculó que la prevalencia anual del consumo de opiáceos en África oscilaba entre el 0,2% y el 0,6% de la población de 15 a 64 años, o sea, entre 890.000 y 3,2 millones de personas. Este amplio intervalo se debe a la falta de información sobre la mayoría de las regiones del continente. La heroína sigue siendo el principal opiáceo consumido en África, si bien se informa que en algunos países se consumen con fines no médicos opioides de venta con receta.

La mayoría de los países africanos que proporcionaron información a la UNODC indicaron un aumento en el consumo de opioides. En 2009, el 60% de los países que respondieron al CPIA comunicaron un aumento en el consumo de opioides, mientras que solamente el 30% comunicaron una disminución.<sup>30</sup> La tasa de prevalencia anual del consumo de opiáceos es más alta en el África oriental (entre el 0,1% y el 1%) que en otras subregiones.

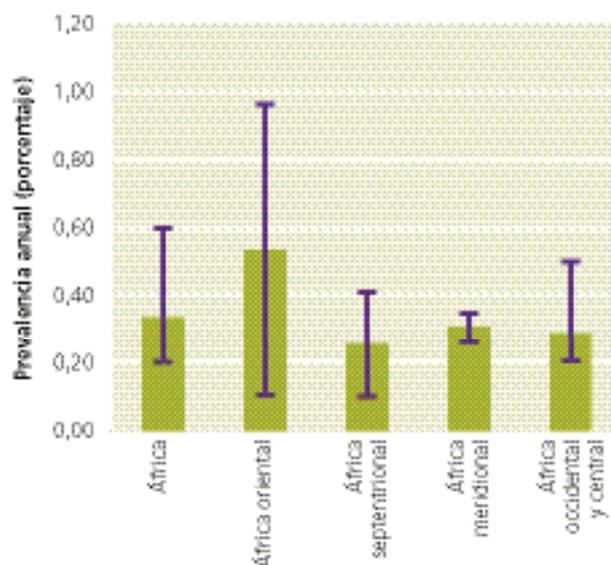
En el África oriental, países tales como Mauricio (0,91%) y Kenya (0,73%) tienen altas tasas de prevalencia de consumo de heroína. Sin embargo, el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta en Mauricio (1,04%) es superior al consumo de heroína. En 2009, se realizó una encuesta de 4.500 hogares sobre el consumo de alcohol y drogas en las provincias costeras de Kenya: la prevalencia del consumo de heroína era del 1,9% de la población, con una prevalencia más alta, de 2,5%, entre los adultos jóvenes de 18 a 25 años.<sup>31</sup> Según se informa, el

<sup>30</sup> UNODC, CPIA.

<sup>31</sup> NACADA, Report of Survey on Drugs and Substance Abuse in Coast

**Fig. 21: Prevalencia anual del consumo de opiáceos en África, por región, 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



consumo de drogas por inyección, especialmente de heroína, es común entre los consumidores de drogas de Kenya, y dentro de este grupo, la tasa de seroprevalencia del VIH resultó ser muy alta (42,9%).<sup>32</sup>

Aunque actualmente no existen estimaciones fiables acerca del consumo de opiáceos en la República Unida de Tanzania, se informó sobre la existencia de tendencias de aumento del consumo de heroína por inyección, especialmente en las zonas costeras. Un estudio de la seroprevalencia del VIH realizado en 2006 reveló un nivel de seroprevalencia entre los consumidores de drogas inyectables de un 27% entre la población masculina y de un 58% entre la femenina.<sup>33</sup> Del mismo modo, en un estudio del VIH entre los consumidores de drogas llevado a cabo en Zanzibar, se encontró que el 46% de los entrevistados eran consumidores de drogas inyectables, el 30% de ellos estaban infectados por el VIH y el 22% presentaban seroprevalencia positiva de hepatitis C.<sup>34</sup>

Se estima que en 2009 la tasa de prevalencia del consumo de opiáceos (principalmente heroína) aumentó del 0,57% al 0,70% en Nigeria. Esto significa que este país tiene unos 500.000 a 600.000 consumidores de esta sustancia.

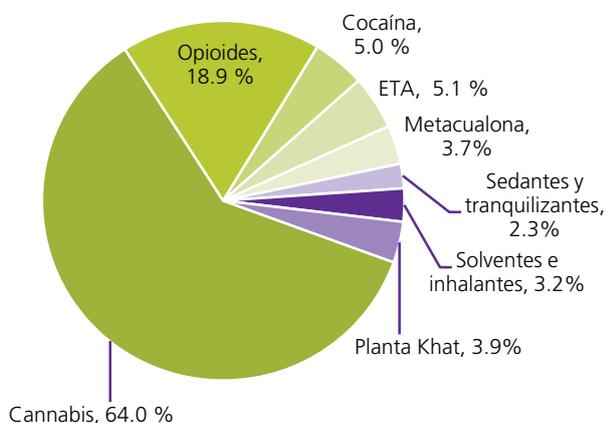
En muchos países de la región los opiáceos ya constituyen el principal grupo de drogas cuyos consumidores solicitan

- ■ Province, Kenya, marzo de 2010.
- <sup>32</sup> Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, A., Wodak, A., Panda, S., Tyndall, M., Toufik, A. y Mattick, en nombre del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables, 'Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review', *The Lancet*, 2008; 372: págs. 1733 a 1745.
- <sup>33</sup> Timpson, S., y otros, 'Substance abuse, HIV risk and HIV and AIDS in Tanzania', *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 5(2), 2006.
- <sup>34</sup> Dahoma, J., y otros, 'HIV and substance abuse: the dual epidemics challenging Zanzibar', *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 5(2), 2006.

**Fig. 22: Demanda de tratamiento en África, 2009, o último año disponible\***

\* Las definiciones de tratamiento y la presentación de datos difieren de un país a otro. En consecuencia, los totales podrían no alcanzar o exceder el 100%.

Fuente: UNODC, CPIA.



tratamiento, con tasas de internamiento del 81% en Mauricio, 55% en Mozambique, 45% en Seychelles y 33% en la República Unida de Tanzania. Entre el escaso número de países que suministraron datos sobre mortalidad, los opiáceos eran también el principal grupo de sustancias responsables de las muertes relacionadas con drogas.

**La tendencia del consumo de heroína en Oceanía se mantiene estable**

Se informó que en Australia, en los 12 meses anteriores a 2007, el 0,4% de la población de 15 a 64 años, unas 57.000 personas, habían consumido heroína, metadona –sin receta– u otros opioides. En 2008, el 1,7% de los estudiantes de 12 a 17 años que participaron en la encuesta de escuelas secundarias australianas habían consumido opioides con fines no médicos.<sup>35</sup>

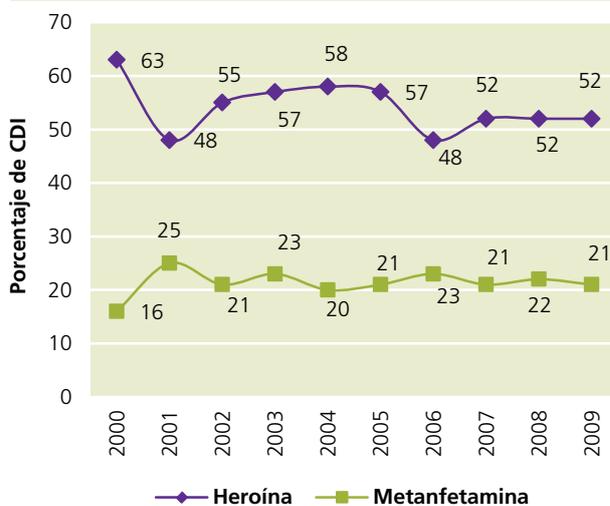
El Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas (IDRS) de Australia indicó que la heroína seguía siendo la droga preferida entre los consumidores de drogas por inyección. Luego de experimentar un fuerte descenso en 2001, la proporción de estos consumidores que declaraban que la heroína era la última droga que habían consumido o que se inyectaban con más frecuencia se redujo nuevamente entre 2004 y 2006. Sin embargo, a partir de ese momento se ha producido un aumento sostenido en el consumo de heroína entre los consumidores de drogas inyectables, que pasó del 27%, en 2006, al 43% en 2009, lo que podría indicar que la estabilidad del consumo de heroína en Australia podría estar llegando a su fin. Con todo, las proporciones de consumidores de heroína inyectable siguen siendo muy inferiores a las del año 2000 (58%).<sup>36</sup> Por otra parte, la morfina,

35 White V. y Smith, G., *Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over the counter and illicit substances in 2008*, Unidad de Estrategias sobre Drogas, Departamento de Salud y del Envejecimiento del Gobierno de Australia.

36 Rainsford, C., Lenton, S. y Fetherston, J., 'Indicators of changing trends in heroin and other opioid use in IDRS data nationally and

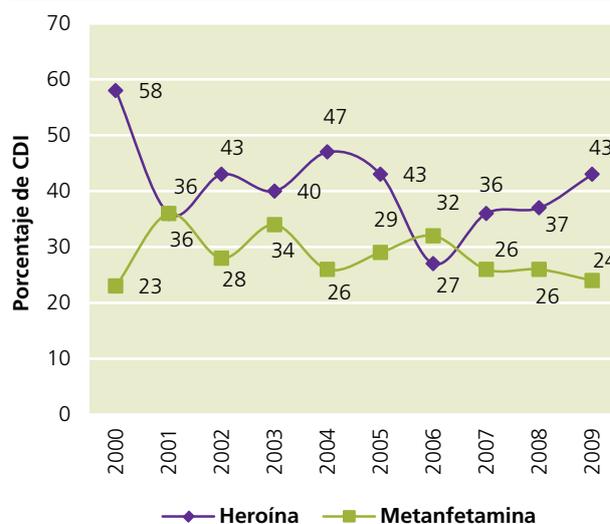
**Fig. 23: Droga preferida, Australia, 2000-2009**

Fuente: Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia.



**Fig. 24: Droga inyectable más consumida en el último mes, Australia, 2000-2009**

Fuente: Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia.



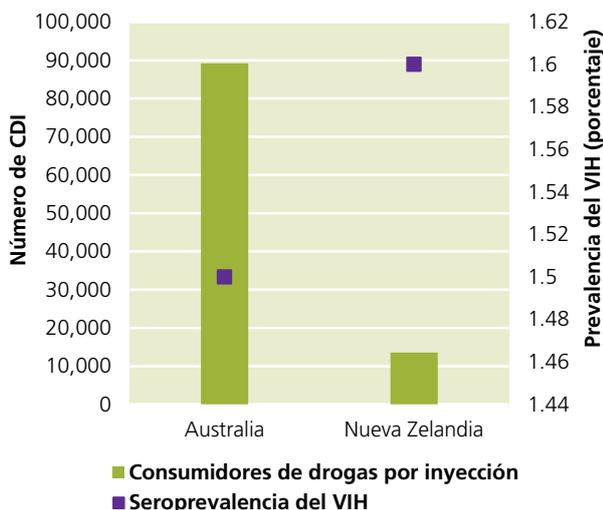
y en segundo lugar la oxycodona, siguen siendo los opioides de venta con receta que utilizan con mayor frecuencia los consumidores de drogas por inyección.

La seroprevalencia del VIH entre los consumidores de drogas en Australia se mantuvo baja, en un 1,5% durante el período de 2005 a 2008, mientras que la del virus de la hepatitis C fue del 63%.<sup>37</sup> La tasa de seroprevalencia del virus de la hepatitis C (VHC) fue aún mayor entre los consumidores de drogas que declararon que la heroína o los opioides farmacéuticos habían sido la última droga inyec-

37 UNODC CPIA.

**Fig. 25: Número de consumidores de drogas por inyección y seroprevalencia del VIH, Australia (2005-2009) y Nueva Zelanda (2006)**

Fuentes: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, *Australian NSP Survey National Data Report 2005-2009*, Universidad de Nueva Gales del Sur; Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Inyectables.

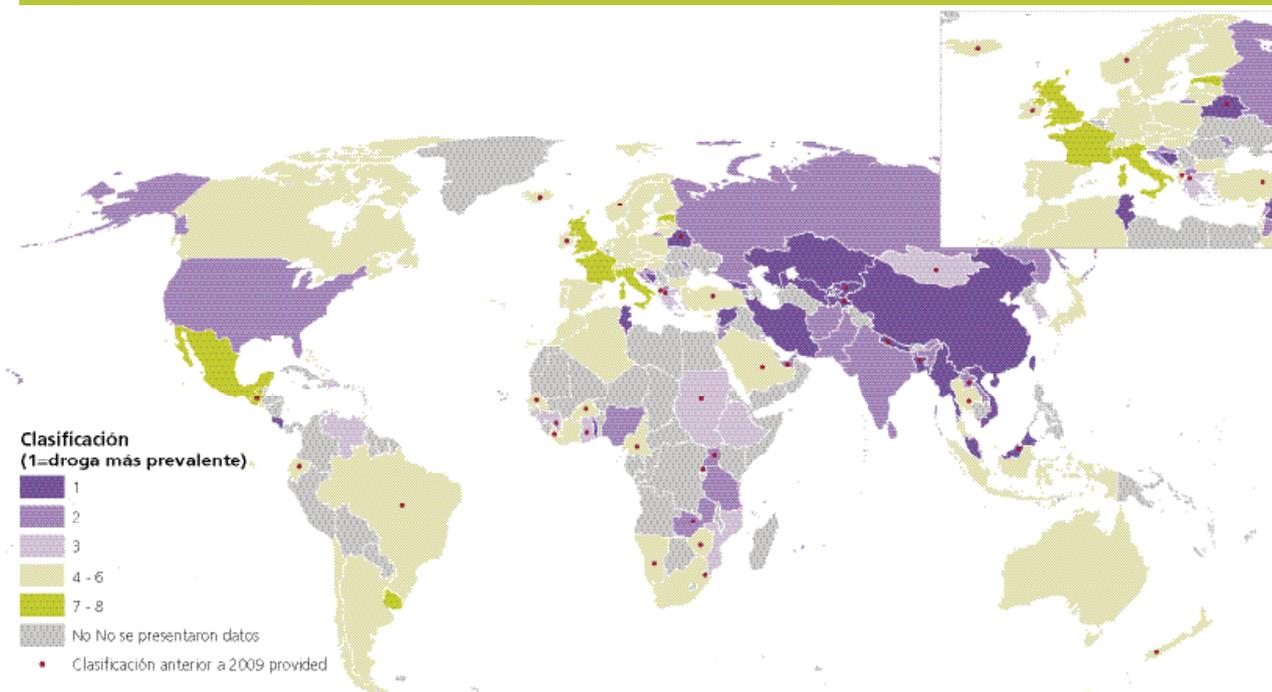


tada.<sup>38</sup> Los opioides también constituyeron la causa principal de las muertes relacionadas con drogas en Australia, con 118,9 muertes por cada millón de personas de 15 a 64 años.

Según se desprende de la encuesta de Nueva Zelanda sobre el consumo de alcohol y drogas en 2007-2008, el 1,1% de los adultos de 16 a 64 años habían consumido algún tipo de opioide en los 12 meses anteriores. Esto incluye el consumo con fines no médicos de heroína y de analgésicos de venta con receta, tales como la morfina. Durante el período de la encuesta, el consumo con fines no médicos de analgésicos de venta con receta (1%) fue muy superior al de los opiáceos (0,1%).<sup>39</sup> En 2007, sin embargo, en las pruebas para la detección de drogas ilícitas en los detenidos, el 68% dio positivo para el cannabis, el 3,6% para opiáceos y el 1,2% para metadona de venta sin receta.<sup>40</sup> En 2009, la mayoría de los consumidores de drogas tratados lo fueron por consumo de opiáceos y de cannabis. La seroprevalencia del VIH entre los consumidores de drogas inyectables en Nueva Zelanda era, según se informa, del 1,6%, mientras que la del VHC era del 70%.

En la actualidad no se dispone de información reciente o fiable respecto del consumo de opioides para las restantes partes de Oceanía, en especial de los Estados insulares del Pacífico.

**Mapa 8: Orden de importancia de los opiáceos en función de la prevalencia, 2009**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aprobación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira consentida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

38 National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, *Australian NSP Survey National Data Report 2005-2009*, Universidad de Nueva Gales del Sur, Sidney, 2010.  
 39 Drug use in New Zealand, Key Results 2007/08, *New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, Ministerio de Salud, 2010.  
 40 Hales, J. y Manser, J., NZ-ADAM, Health Outcomes International, New Zealand Police, Annual Report 2007.

### 2.3 Producción

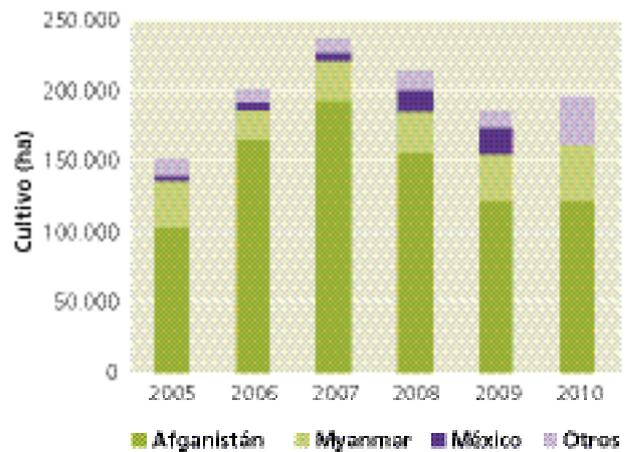
En 2010, la superficie total cultivada con adormidera era de 195.700 ha, lo que constituye un aumento del 5% con respecto a 2009. Mientras que el Afganistán siguió siendo el país con el grueso de los cultivos, con unas 123.000 ha, la causa principal del aumento mundial fue la mayor superficie cultivada en Myanmar. En los tres años transcurridos desde 2007, los cultivos de opio en el Afganistán disminuyeron, aunque se mantuvieron a niveles altos. Los cultivos en Myanmar y en México han aumentado considerablemente. En 2006, los cultivos de adormidera en Myanmar ocupaban 21.500 ha, la cifra más baja desde 1996. Desde entonces, han ido en constante aumento. En 2010, además de Myanmar, el cultivo de opio aumentó también en la República Democrática Popular Lao en casi un 60%, si bien se mantiene a un nivel bajo.

En el momento de prepararse el presente informe no se disponía de un cálculo del cultivo de adormidera en México para 2010. Por consiguiente, se utilizaron las cifras de 2009 para calcular el cultivo total mundial en 2010. El cultivo de adormidera en México parece haber experimentado un

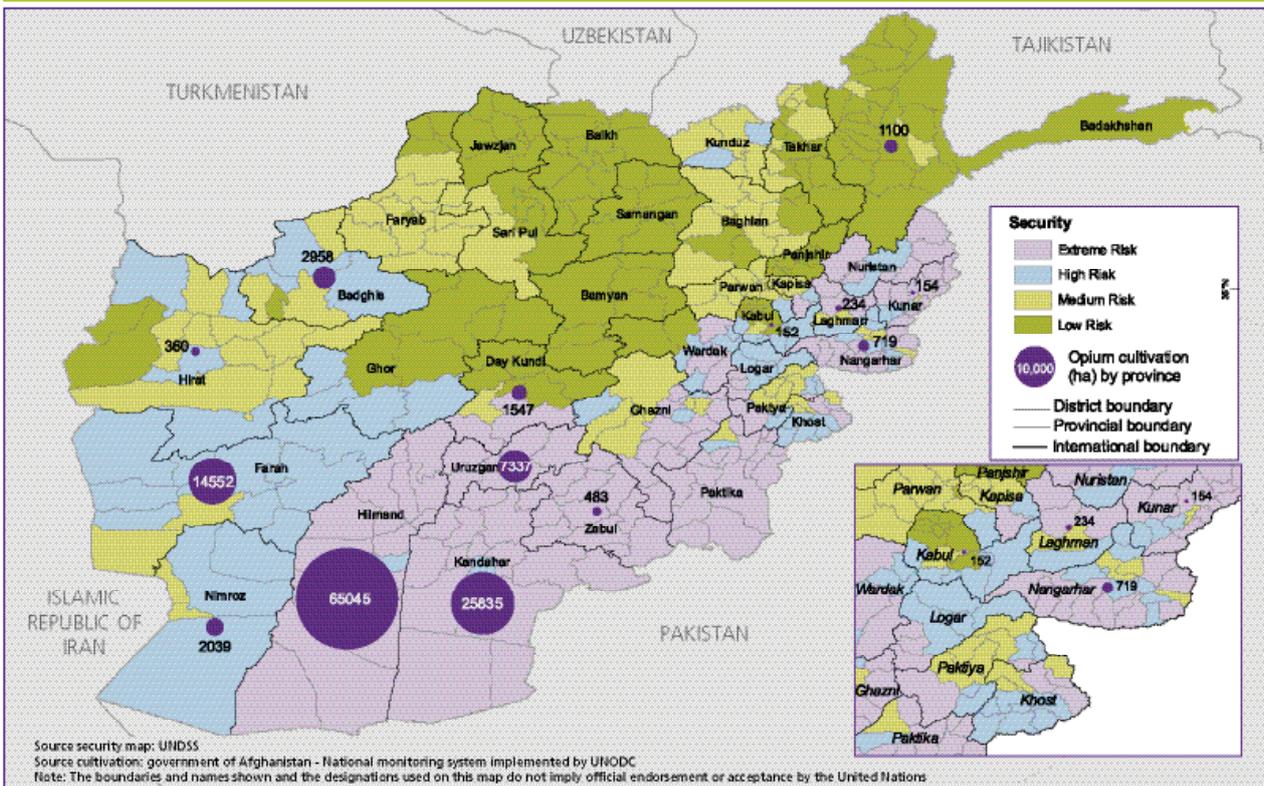
**Fig. 26: Cultivo mundial de adormidera (ha),\* 2005-2009**

\* En el caso de México, por no disponerse de datos para 2010, se utilizó la estimación correspondiente a 2009.

Fuente: UNODC, CIA.



**Mapa 9: Mapa de seguridad (al 30 de marzo de 2010) y cultivo de opio en el Afganistán, por provincia, 2010**



**Cuadro 12: Informes sobre la erradicación de cultivos de adormidera en determinados países (ha), de 1996 a 2010**

\* Si bien en 2004 se llevaron a cabo tareas de erradicación, no se informó a la UNODC al respecto.

En este cuadro se tiene en cuenta únicamente la erradicación por unidades de superficie. La información comunicada sobre incautación de plantas puede encontrarse en el anexo sobre incautaciones de la versión electrónica del Informe Mundial sobre las Drogas. Fuente: UNODC, cuestionario para los informes anuales (CPIA), informes de los gobiernos, informes de órganos regionales, Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Afganistán				400	121			21.430	*	5.103	5.300	9.047	5.480	5.351	2.316
Colombia	6.885	6.988	2.901	8.249	9.254	2.385	3.577	3.266	3.866	2.121	1.929	375	381	546	
Egipto							15	34	65	45	50	98	121	89	
Guatemala										489	720	449	536	1.345	918
India		29	96	248	153	18	219	494	167	12	247	8.000	624	2.420	1.022
Libano								4.134	3.556	2.575	1.518	779	575	651	579
México								4	67	27		8		21	
Myanmar	14.671	17.732	17.449	15.461	15.717	15.350	19.157	20.034	15.926	21.609	16.890	11.046	13.095	14.753	
Nepal	1.938	3.093	3.172	9.824	1.643	9.317	7.469	638	2.820	3.907	3.970	3.598	4.820	4.087	8.268
Pakistán							19	19	4		1		21	35	
Perú	867	654	2.194	1.197	1.704	1.484		4.185	5.200	391	354	614	0	105	68
RDP Lao			4	18	26	155	14	57	98	92	88	28	23	32	21
Tailandia	886	1.053	716	808	757	832	989	767	122	110	153	220	285	201	278
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	51	266	148	137	215	39	0	0	87	154	0	0	0		
Viet Nam	1.142	340	439		426		125	100	32			38	99	31	

aumento sostenido entre 2005 y 2009, y en 2009 ascendía a 19.500 ha, con lo cual ese país pasó a ocupar el tercer lugar del mundo después del Afganistán y Myanmar. A diferencia de los países mencionados más arriba, ni el Gobierno ni la UNODC intervinieron directamente en la vigilancia de estos cultivos y, por tanto, las estimaciones no se pueden confirmar. En 2009, el Gobierno de México informó que se habían erradicado cerca de 15.000 ha de adormidera, lo que representa la mayor cifra a nivel mundial de que se haya informado para ese año.

En Myanmar el cultivo de adormidera ha venido aumentando anualmente desde 2006. Los cultivos se concentran en el estado de Shan, en la región oriental del país. En 2010 el cultivo de adormidera en la República Democrática Popular Lao fue mayor que en cualquier otro año desde 2005 (3.000 ha), y ha aumentado considerablemente desde su nivel más bajo (1.500 ha) en 2007. El cultivo parece estar cada vez más concentrado en unas pocas provincias de la región septentrional del país.

En el Pakistán, la adormidera se cultiva principalmente en el distrito de Khyber, en la zona tribal bajo administración federal, si bien se han encontrado pequeñas zonas de cultivo en las provincias de Baluchistán y Sindh. Desde 2006, el cultivo en el Pakistán se ha mantenido por debajo de las 2.000 ha.

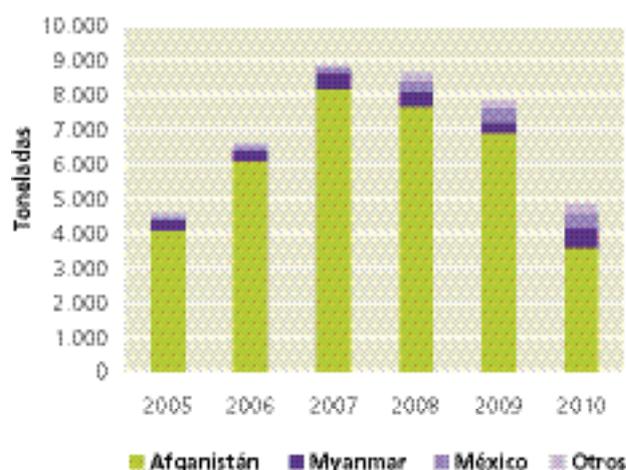
Los informes sobre programas de erradicación de la adormidera y las incautaciones de esa planta indican que existen cultivos de adormidera en muchos otros países y regiones, aparte de los ya mencionados. Se estima que la India posee un considerable número de cultivos ilícitos, ya que el consumo interno de opio crudo y la mitad de la demanda local de heroína se satisface con la producción local<sup>41</sup>. Se calcula

que el cultivo de adormidera en otros países del mundo abarca una superficie de al menos unas 10.000 ha, lo que en 2010 significó un aumento del 30%. En general, en los últimos cinco años, el cultivo de adormidera en el mundo aumentó en un 40%. En la actualidad, la UNODC, en colaboración con los Gobiernos del Afganistán, Myanmar y la República Democrática Popular Lao, está ejecutando programas de vigilancia del cultivo ilícito de adormidera.

En 2010, la producción potencial mundial de opio disminuyó en al menos un 38% con respecto a la de 2009, debido a los bajos rendimientos causados por una enfermedad que afectó a las plantas de adormidera en el Afganistán. Si bien el aumento de los cultivos (y el rendimiento del opio) en otros países condujo a un incremento de la pro-

**Fig. 27: Producción mundial de opio\*, 2005-2010**

\* En el caso de México, en ausencia de datos para 2010, se utilizó la estimación para 2009. Fuente: UNODC.



41 UNODC, CPIA.

**Cuadro 13: Cultivo ilícito de adormidera y producción potencial de opio en el mundo, 1996-2010**

CULTIVO ILÍCITO DE ADORMIDERA Y PRODUCCIÓN DE OPIáceOS EN EL MUNDO, 1996-2010															
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>CULTIVO NETO DE ADORMIDERA, EN HECTÁREAS</b>															
<b>ASIA SUDOCCIDENTAL</b>															
Algeria	56.824	58.476	63.674	60.593	62.171	7.696	74.100	80.000	131.000	104.000	105.000	120.000	152.000	123.000	123.000
Pakistán	873	874	920	354	250	313	621	1.300	1.500	2.438	1.843	1.701	1.900	1.729	1.321
<b>Total parcial</b>	<b>57.697</b>	<b>59.350</b>	<b>64.594</b>	<b>60.947</b>	<b>62.421</b>	<b>7.999</b>	<b>74.721</b>	<b>81.300</b>	<b>132.500</b>	<b>106.438</b>	<b>106.843</b>	<b>121.701</b>	<b>153.900</b>	<b>124.729</b>	<b>124.321</b>
<b>ASIA SUDORIENTAL</b>															
RDP Lao <sup>(a)</sup>	21.631	24.052	36.897	23.513	19.073	17.315	14.000	12.000	6.600	1.800	3.900	1.500	1.400	1.900	2.000
Myanmar <sup>(b)</sup>	163.000	155.100	130.300	88.500	108.700	105.000	81.400	62.300	44.200	32.800	21.500	22.700	28.500	31.700	28.100
Tailandia <sup>(c)</sup>	269	352	716	302	990	620	750								
Viet Nam <sup>(d)</sup>	1.783	363	440	442											
<b>Total parcial</b>	<b>166.712</b>	<b>159.917</b>	<b>138.353</b>	<b>112.167</b>	<b>129.643</b>	<b>123.625</b>	<b>96.150</b>	<b>74.300</b>	<b>50.800</b>	<b>34.700</b>	<b>24.000</b>	<b>24.200</b>	<b>29.100</b>	<b>33.600</b>	<b>30.100</b>
<b>AMÉRICA LATINA</b>															
Colombia	4.216	6.294	7.330	6.500	6.300	4.300	4.153	4.026	3.890	1.950	1.013	715	394	350	
México <sup>(e)</sup>	5.100	4.000	5.500	3.600	1.900	4.400	2.700	4.800	3.500	3.900	5.000	6.900	11.000	13.500	
<b>Total parcial</b>	<b>10.016</b>	<b>10.294</b>	<b>12.830</b>	<b>10.100</b>	<b>8.200</b>	<b>8.700</b>	<b>6.853</b>	<b>8.826</b>	<b>7.390</b>	<b>5.850</b>	<b>6.013</b>	<b>7.615</b>	<b>14.394</b>	<b>16.850</b>	<b>16.850</b>
<b>OTROS</b>															
Otros países <sup>(f)</sup>	3.790	2.093	2.050	2.090	2.479	2.500	2.500	3.074	5.180	5.212	4.432	4.184	8.600	7.700	20.000
<b>TOTAL</b>	<b>247.412</b>	<b>251.948</b>	<b>237.916</b>	<b>214.704</b>	<b>223.143</b>	<b>149.094</b>	<b>183.325</b>	<b>165.480</b>	<b>187.943</b>	<b>151.238</b>	<b>131.056</b>	<b>136.200</b>	<b>178.300</b>	<b>165.829</b>	<b>164.671</b>
<b>PRODUCCIÓN POTENCIAL DE OPIO SECA DO AL ROJINO, EN TONELADAS MÉTRICAS</b>															
<b>ASIA SUDOCCIDENTAL</b>															
Algeria	2.248	2.804	2.693	4.565	3.276	185	3.400	3.600	4.200	4.100	6.100	8.200	7.700	6.900	3.600
Pakistán	24	24	26	9	8	5	5	52	60	36	29	43	43	44	42
<b>Total parcial</b>	<b>2.272</b>	<b>2.828</b>	<b>2.719</b>	<b>4.574</b>	<b>3.284</b>	<b>190</b>	<b>3.405</b>	<b>3.652</b>	<b>4.260</b>	<b>4.136</b>	<b>6.129</b>	<b>8.243</b>	<b>7.743</b>	<b>6.944</b>	<b>3.642</b>
<b>ASIA SUDORIENTAL</b>															
RDP Lao <sup>(a)</sup>	140	147	124	124	167	134	112	120	46	14	20	9	10	11	18
Myanmar <sup>(b)</sup>	1.790	1.676	1.303	885	1.087	1.097	828	810	370	342	315	461	410	330	580
Tailandia <sup>(c)</sup>	5	4	8	8	6	6	9								
Viet Nam <sup>(d)</sup>	9	2	2	2											
<b>Total parcial</b>	<b>1.944</b>	<b>1.829</b>	<b>1.437</b>	<b>1.039</b>	<b>1.260</b>	<b>1.247</b>	<b>849</b>	<b>830</b>	<b>416</b>	<b>356</b>	<b>335</b>	<b>469</b>	<b>420</b>	<b>341</b>	<b>598</b>
<b>AMÉRICA LATINA</b>															
Colombia	67	90	100	88	88	60	52	50	48	24	13	14	10	9	
México <sup>(e)</sup>	54	46	60	49	21	91	58	101	73	71	108	148	225	421	
<b>Total parcial</b>	<b>121</b>	<b>136</b>	<b>160</b>	<b>127</b>	<b>109</b>	<b>171</b>	<b>110</b>	<b>151</b>	<b>121</b>	<b>95</b>	<b>121</b>	<b>162</b>	<b>335</b>	<b>430</b>	<b>430</b>
<b>OTROS</b>															
Otros países <sup>(f)</sup>	48	20	20	20	28	22	56	50	75	62	16	15	129	124	385
<b>TOTAL</b>	<b>4.285</b>	<b>4.823</b>	<b>4.344</b>	<b>5.704</b>	<b>4.681</b>	<b>1.638</b>	<b>4.520</b>	<b>4.730</b>	<b>4.958</b>	<b>4.620</b>	<b>6.618</b>	<b>8.890</b>	<b>8.941</b>	<b>7.953</b>	<b>4.648</b>

Las cifras que figuran en cursiva son preliminares y podrían modificarse una vez que se disponga de información actualizada. Se encontrará información sobre la metodología seguida para la estimación y las definiciones en el capítulo sobre Metodología, que forma parte del presente informe.

Fuentes: Afganistán: antes de 2003: UNODC; desde 2003: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos, con apoyo de la UNODC. Pakistán: CPIA, Gobierno del Pakistán, Departamento de Estado de los EE.UU. RDP Lao: 1996-1999: UNODC; desde 2000: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos, con apoyo de la UNODC. Myanmar: antes de 2001: Departamento de Estado de los EE.UU.; desde 2001: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos, con apoyo de la UNODC. Colombia: antes de 2000: diversas fuentes; desde 2000: Gobierno de Colombia. En 2008 y 2009 la producción se calculó a partir de las cifras de rendimiento regional mediante los coeficientes de conversión del Departamento de Estado/Dirección de Lucha contra la Droga (DEA) de los EE.UU. México: Cifras derivadas de encuestas del Gobierno de los EE.UU.

- Podría incluir áreas que fueron erradicadas después de recogidos los datos del estudio de la zona.
- Dada la magnitud sistemáticamente limitada de los cultivos, las cifras de Viet Nam (desde el 2000) y Tailandia (desde 2003) se han incluido en la categoría "Otros".
- El Gobierno de México comunicó un cultivo de adormidera en bruto de 19.147 ha (2006) y estimó la producción de opio crudo en 211 t (2006), 122 t (2007), 144 t (2008), 162 t (2009) y 170 t (2010). Estas cifras brutas no son directamente comparables con las cifras netas presentadas en el cuadro. El Gobierno de México no está en condiciones de confirmar las cifras de los EE.UU. ya que no tiene información sobre la metodología empleada para calcularlas.
- Los informes de diversas fuentes sobre la erradicación y la incautación de plantas entre 2006 y 2010 indican que el cultivo ilícito de adormidera también se practica en las siguientes subregiones: África septentrional, Asia central y Cáucaso meridional, Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, América Central y América del Sur. A partir de 2008, se empleó una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio y heroína en esos países. Las estimaciones son mayores que las cifras anteriores pero son del mismo orden de magnitud. Se encontrará la descripción detallada de la metodología para la estimación en la sección sobre Metodología.

**Cuadro 14: Producción potencial de opio y fabricación de heroína de pureza desconocida (toneladas), 2004-2010**

\* Si bien hubo actividades de erradicación en 2004, no se informó oficialmente a la UNODC al respecto.

En este cuadro se tiene en cuenta únicamente la erradicación por unidades de superficie. La información comunicada sobre incautación de cultivos se encontrará en el anexo sobre incautaciones de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas.

Fuentes: UNODC, cuestionario para los informes anuales (CPIA), informes de los gobiernos, informes de órganos regionales, Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas, Departamento de Estado de los Estados Unidos.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total de opio potencial	4.850	4.620	6.610	8.890	8.641	7.853	4.860
Opio potencial no transformado en heroína	1.197	1.169	2.056	3.411	3.080	2.898	1.728
Opio potencial transformado en heroína	3.653	3.451	4.555	5.479	5.561	4.955	3.132
Total de heroína potencial	529	472	629	757	752	667	396

ducción potencial de opio fuera del Afganistán, esto no bastó para compensar la disminución registrada en ese país. Sin embargo, la producción de opio en el Afganistán podría aumentar si los rendimientos volvieran a sus niveles medios en 2011, a pesar de que se prevé que el cultivo de adormidera se mantendrá estable, en general, en el país.

A pesar de que la producción potencial mundial de opio disminuyó a 4.860 t, lo que representa un descenso importante comparado con los niveles más altos de producción registrados entre 2006 y 2009, el nivel actual se asemeja a la producción media de los últimos dos decenios. En 2010, el Afganistán seguía siendo el mayor productor de opio del mundo, con un 74% de la producción potencial mundial (por debajo del 88% alcanzado en 2009). En 2009, México tuvo por primera vez una producción potencial de opio superior a la de Myanmar. En 2010, la producción potencial de opio de Myanmar ascendió a 580 t, lo que representa un aumento del 76%. Este es el nivel más alto registrado en ese país desde 2004.

Como en años anteriores, la UNODC calculó la producción potencial total de opio y heroína (de pureza desconocida). Según estas estimaciones, la producción de opio en 2010 fue de 4.860 t, lo que supone una disminución del 38% en comparación con la de 2009. La producción potencial de heroína fue de 396 t, lo que entraña una disminución del 40% en comparación con las 667 t estimadas en 2009. La expresión “producción potencial de heroína” se refiere a la cantidad de heroína que se produciría si todo el opio cosechado ingresara en el mercado como opio o si fuera transformado en heroína.<sup>42</sup>

Sin embargo, la cantidad total de opio que se produce cada año puede no ser consumida ni transformada en heroína, ya que pueden producirse incautaciones de productos finales o intermedios o efectuarse almacenamientos de opiáceos dentro y fuera del Afganistán.<sup>43</sup> La cantidad de heroína que se vende en el mercado está directamente relacionada con

la demanda y es probable que sea menor que el nivel de producción potencial (que se calcula multiplicando la superficie cultivada por el rendimiento por hectárea). Es necesario, por tanto, estimar la demanda mundial de opiáceos teniendo en cuenta las incautaciones y el consumo. Partiendo de esta base, se estimó que en 2009 se encontraban disponibles en el mercado mundial entre 460 y 480 t de heroína. De esta cifra, se calcula que unas 375 t llegaron a los consumidores, mientras que el resto fue incautado. En otras secciones, más adelante, se proporcionan más detalles acerca de estas estimaciones.

En 2009 no hubo informes sobre la existencia de laboratorios para fabricar heroína fuera de los países productores de opio. En tanto que el mayor número de laboratorios se descubrió en el Afganistán (48),<sup>44</sup> se comunicó la existencia de tres laboratorios en Myanmar y otro en México, si bien existía un número mucho mayor de laboratorios de metanfetamina, algunos de los cuales también fabricaban heroína. También se descubrieron en otros países laboratorios donde se trabajaba con heroína si bien en ellos no se fabricaba esa sustancia. Un laboratorio de la Federación de Rusia producía opio acetilado y, en Grecia, siete establecimientos se dedicaban a reempaquetar y adulterar la heroína.

En la actualidad, el Afganistán es el único país del que se tiene conocimiento que fabrica heroína a partir del opio afgano. Los países vecinos y otros países que se encuentran a lo largo de las rutas de tráfico conocidas, no informaron sobre la fabricación nacional de morfina ni de heroína a partir del opio afgano. Sin embargo, en 2010 se comunicaron grandes incautaciones de morfina fuera del Afganistán. La morfina se utiliza principalmente para producir heroína, ya que el consumo mundial de morfina ilícita es limitado. Por lo tanto, es probable que se esté elaborando heroína fuera del Afganistán. En vista de la situación de seguridad, se estima que la gran mayoría de la heroína afgana se produce dentro del país, especialmente en las provincias meridionales. El alto número de laboratorios de fabricación de heroína que fueron desmantelados en el Afganistán corrobora esta hipótesis.

42 La UNODC estima la producción de heroína mediante el cálculo de la proporción de opio que se convierte en heroína en función de las incautaciones y de acuerdo con los datos proporcionados por informantes clave.

43 El almacenamiento de opio por parte de los agricultores es una antigua tradición en el Afganistán.

44 Información obtenida del Ministerio del Interior/Policía de Lucha contra la Droga del Afganistán.

## 2.4 Tráfico

### Incautaciones

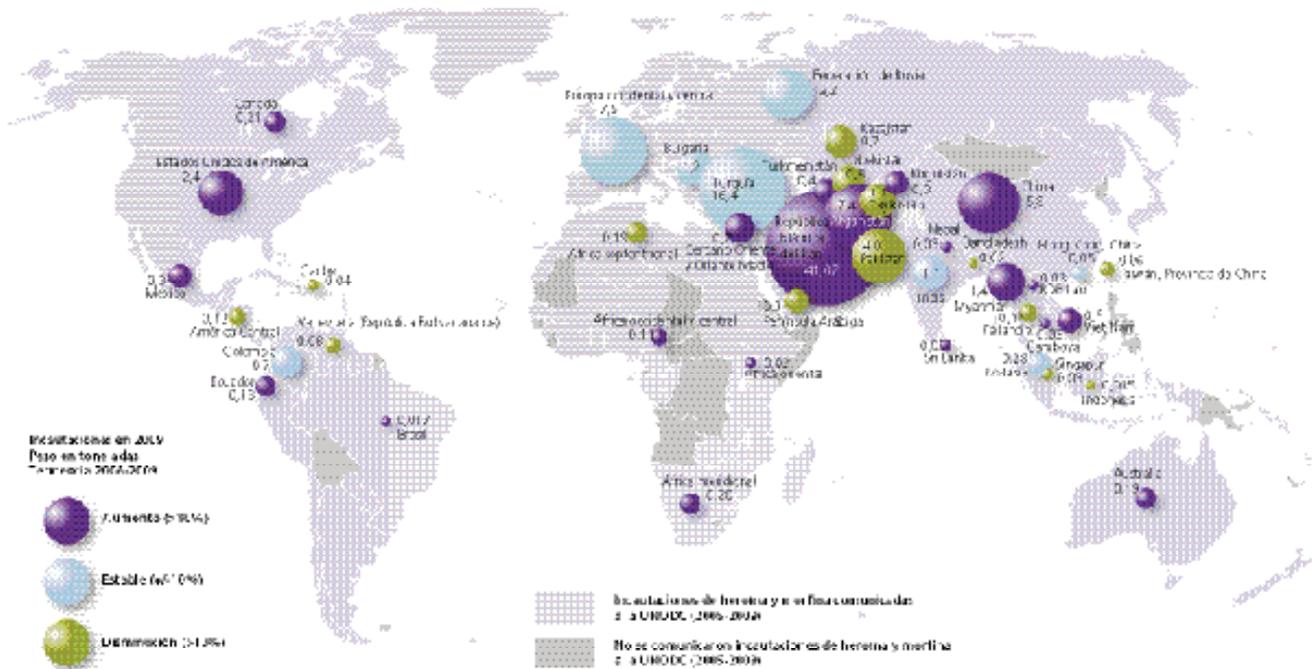
En 2009, las incautaciones mundiales de opio y heroína, que ascendieron a 653 t y 76 t, respectivamente, parecen haberse estabilizado. Turquía y la República Islámica del Irán, que son puntos de tránsito para la heroína que se dirige desde el Afganistán, por la “ruta de los Balcanes”, hacia Europa occidental y central, siguieron siendo los países donde se incautaron las mayores cantidades de opiáceos.

Aunque se dispone de considerable información acerca de los proveedores, los consumidores, los traficantes y las rutas por donde se desplazan las drogas, su interceptación sigue siendo una tarea difícil. Los esfuerzos de los encargados de hacer cumplir la ley se ven frustrados por varias razones: los narcotraficantes internacionales cambian continuamente de métodos y rutas; las grandes ganancias permiten fomentar la corrupción en las altas esferas; las iniciativas de cooperación internacional tardan en surtir efecto.

La tendencia de las incautaciones mundiales de heroína parece seguir la de la producción de opio con un año de atraso. A una reducción de la producción de opio en 2001 siguió una disminución de las incautaciones de heroína en 2002. Y la estabilidad en la producción de opio entre 2003 y 2005 se tradujo en una relativa estabilidad del total de las incautaciones de heroína entre 2004 y 2006,<sup>45</sup> al tiempo que el marcado aumento en la producción de opio entre 2005 y 2007 se reflejó, a su vez, en un incremento de las incautaciones de heroína entre 2006 y 2008. Con todo, la tendencia de las incautaciones de morfina es más errática.

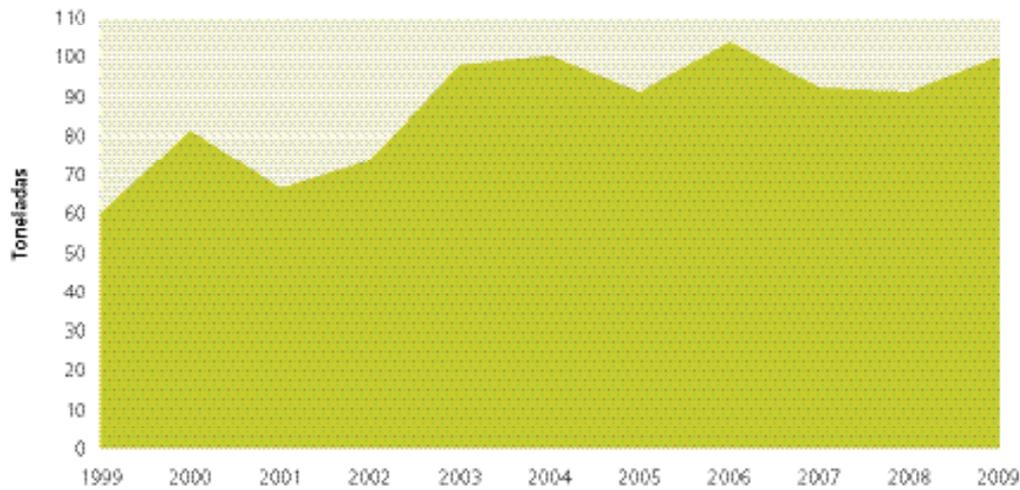
El total de las incautaciones de drogas ilícitas puede variar debido a dos factores principales: 1) la oferta disponible de la droga y 2) la eficacia de los encargados de hacer cumplir la ley. Dado que en diferentes países las prácticas y la dedicación de las fuerzas del orden no evolucionan a la par, a nivel mundial el componente de la policía influye menos en la tendencia. En consecuencia, el aumento de las incautaciones de heroína refleja, al menos en parte, un aumento

**Mapa 10: Incautaciones de heroína y morfina, 2009 (países y territorios que notificaron incautaciones\* de más de 10 kilogramos)**



\* No se comunicaron datos de incautaciones para algunos países y territorios (países de África, UN-LDC, República Dominicana, Haití, Corea del Norte, Kirguistán, Laos, República Dominicana, Siria, Irak, Líbano, Yibuti y Haití). Los datos de los territorios que figuran en el presente mapa no figuran separados ni se reportan a nivel por países de ultramar. Fuente: UNODC, 2010.

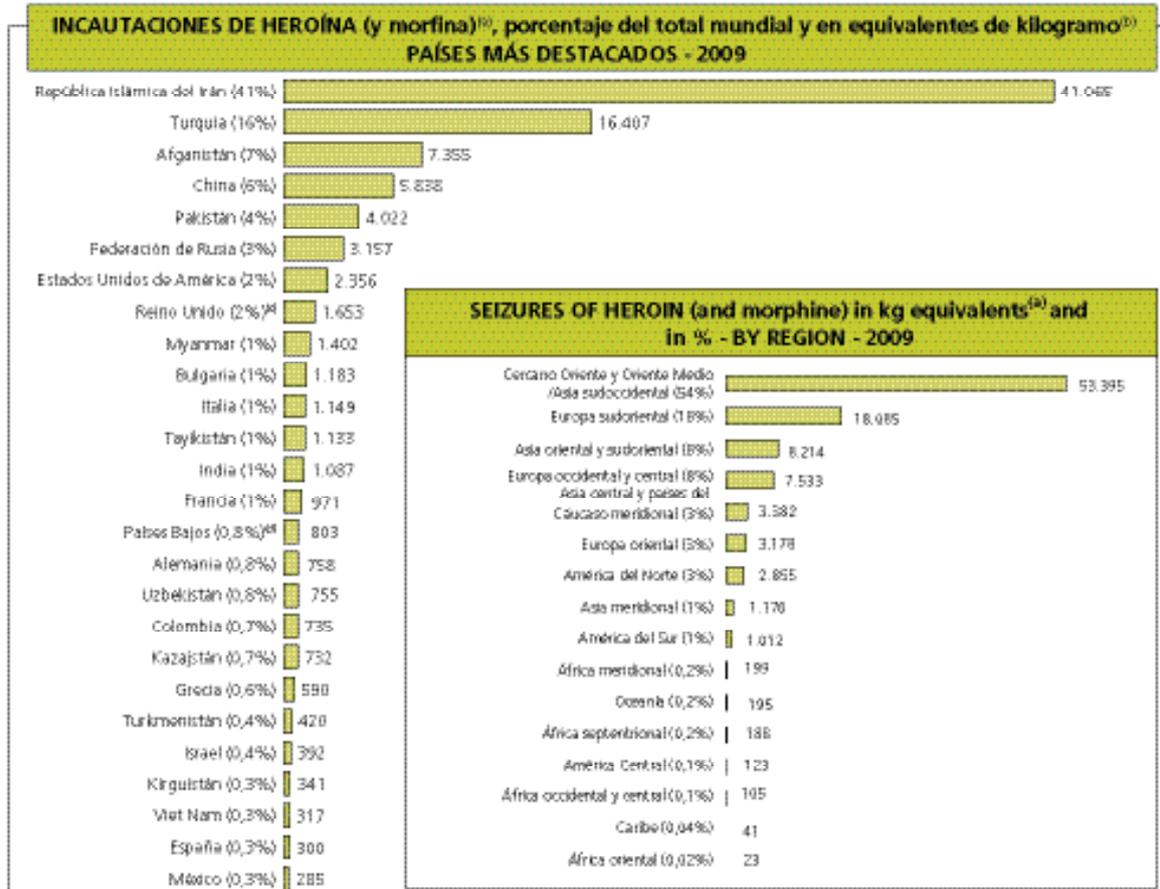
<sup>45</sup> En 2005 y 2006, las incautaciones totales de heroína registraron una ligera reducción, de tan solo un 3,5% y un 2,7%, respectivamente.

Fig. 28: Incautaciones mundiales de heroína<sup>(a)</sup> y morfina<sup>(b)</sup>: 1999-2009

<sup>(a)</sup> Incautaciones notificadas (sin ajustes para tener en cuenta el grado de pureza).

<sup>(b)</sup> Se supone que 1 kg de morfina equivale a 1 kg de heroína.

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Metric Tons	60	81	66	73	98	100	91	104	92	91	100



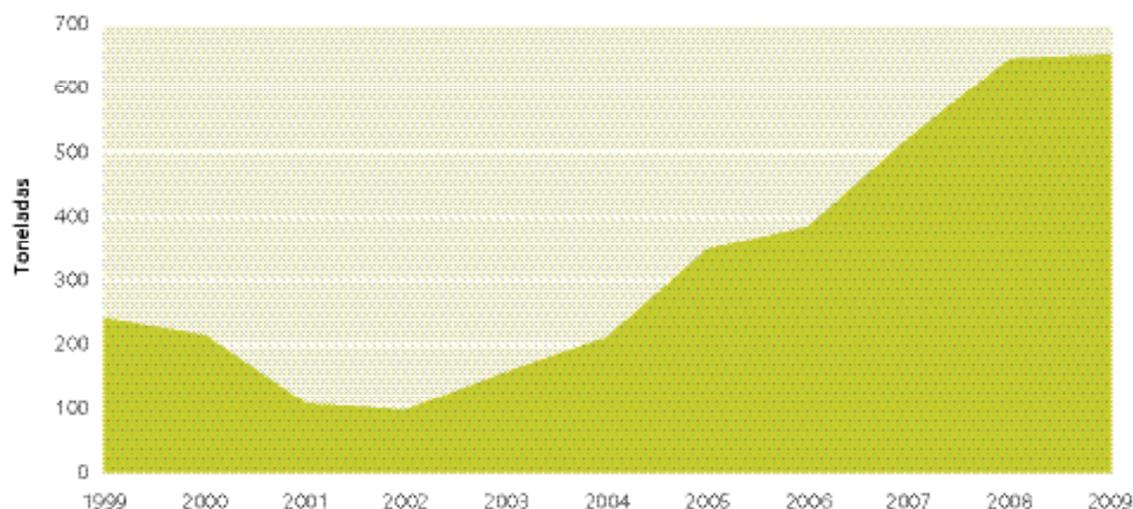
<sup>(a)</sup> Se supone que 1 kg de morfina equivale a 1 kg de heroína.

<sup>(b)</sup> Incautaciones notificadas (sin ajustes para tener en cuenta el grado de pureza).

<sup>(c)</sup> La información del Reino Unido correspondiente a 2009 se basa en datos incompletos de algunas jurisdicciones para el ejercicio financiero 2009/2010, y se ajustó para las jurisdicciones que faltaban utilizando la última distribución completa de que se disponía (correspondiente al ejercicio financiero 2006/07).

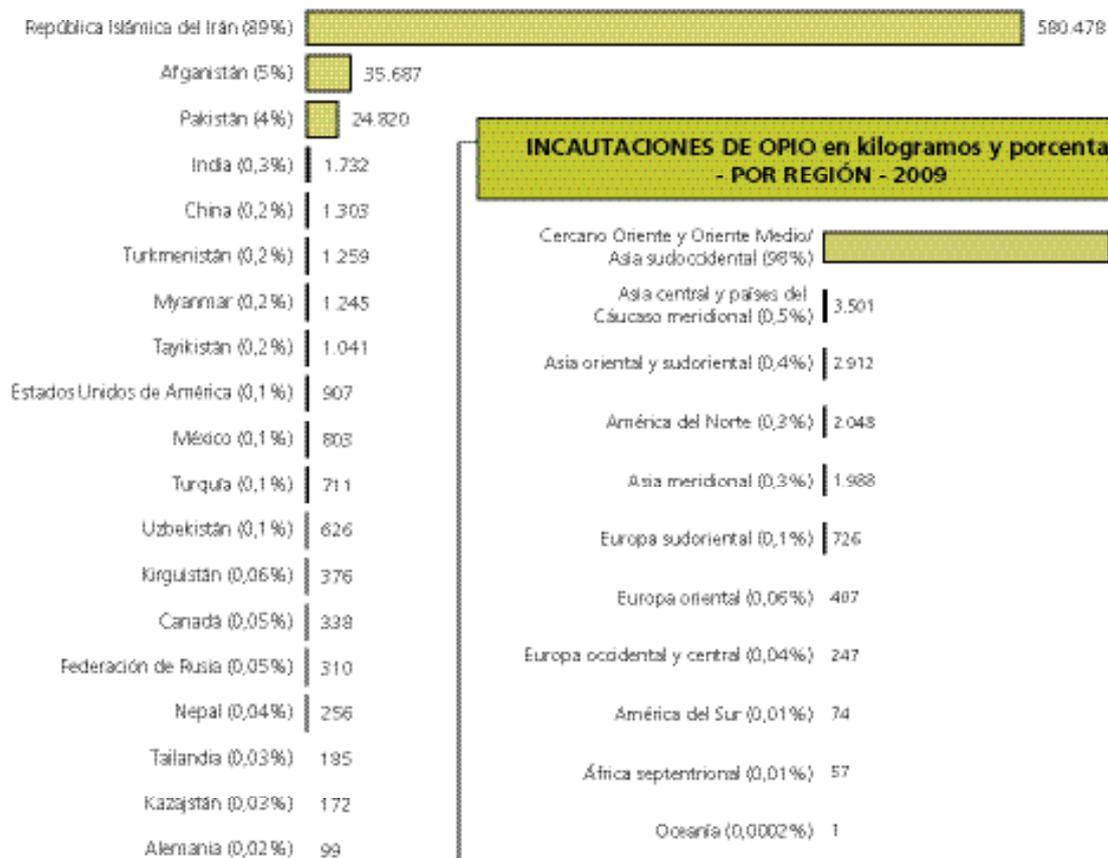
<sup>(d)</sup> Datos relativos al año 2008. Los datos de los Países Bajos para 2009 no estaban disponibles.

**Fig. 29: Incautaciones mundiales de opio: 1999-2009**

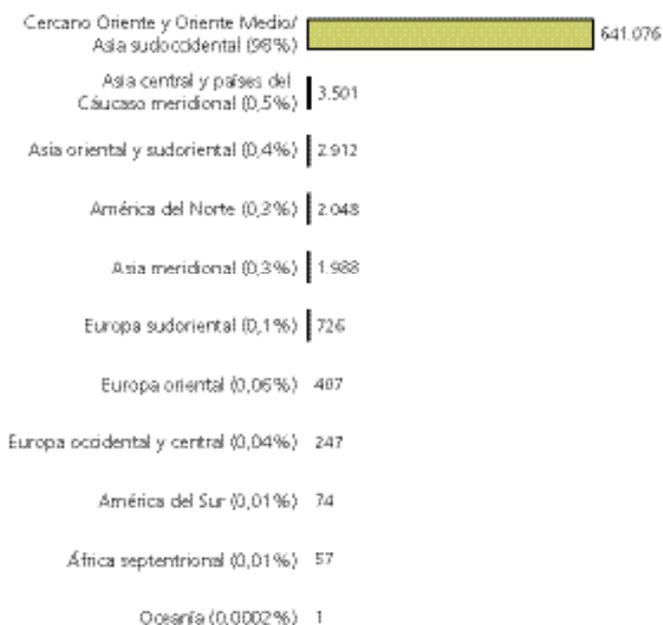


Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toneladas	240	214	107	97	157	212	349	384	521	646	653

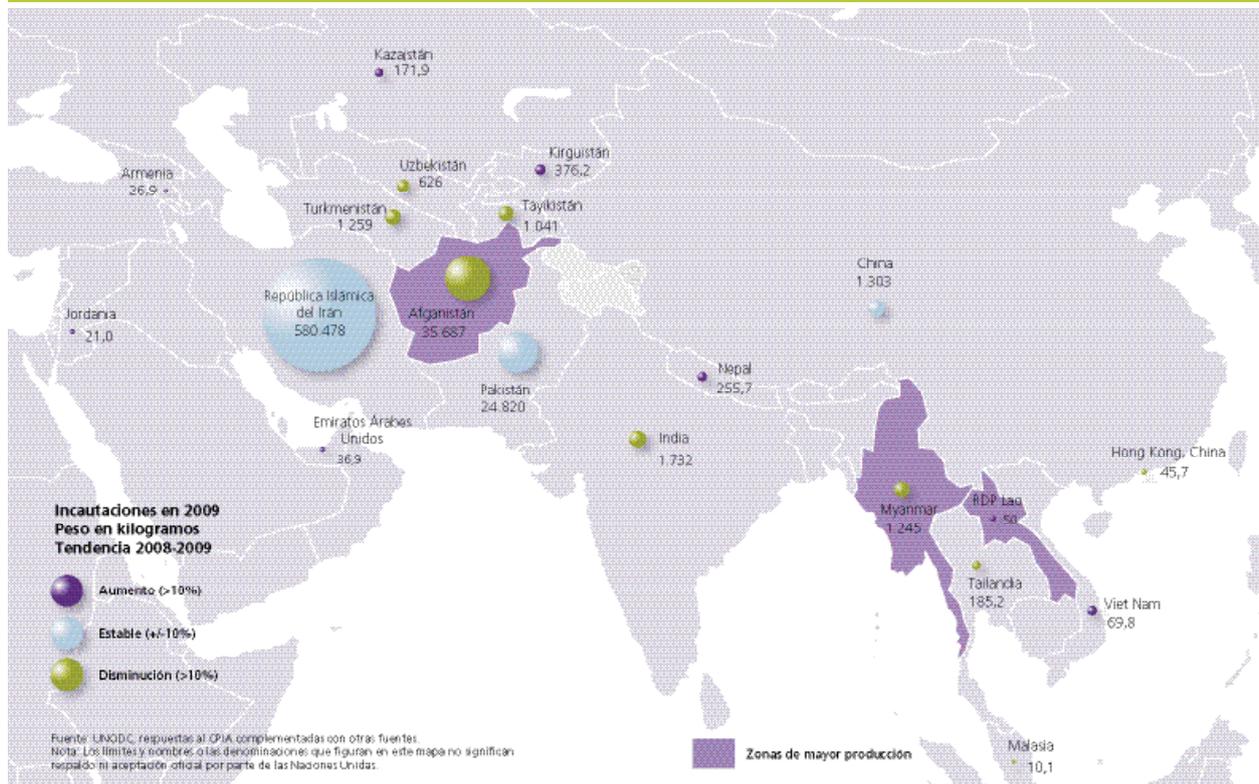
**INCAUTACIONES DE OPIO, porcentaje del total mundial y en kilogramos  
PAÍSES MÁS DESTACADOS - 2009**



**INCAUTACIONES DE OPIO en kilogramos y porcentaje  
- POR REGIÓN - 2009**



Mapa 11: Incautaciones de opio en Asia, 2009



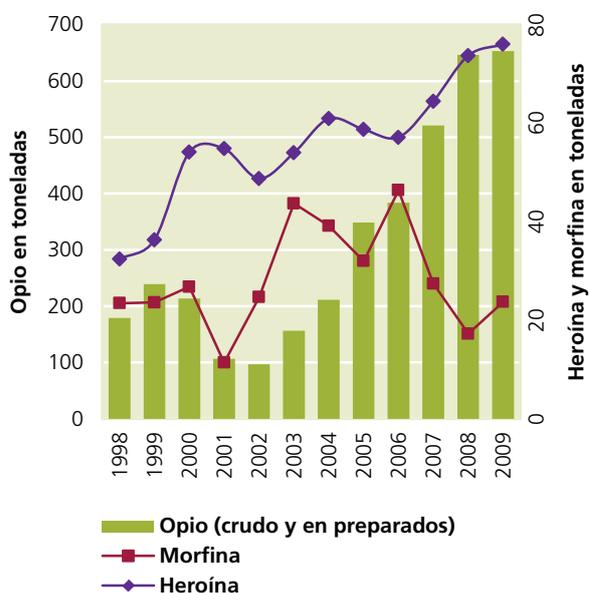
de la oferta mundial de heroína. Esto coincide con el aumento de los niveles de producción de opio. En comparación con 1998,<sup>46</sup> el aumento de las incautaciones de heroína se mantuvo al mismo nivel que el crecimiento de la producción de opio, e incluso llegó a superarlo ligeramente. En 2009, las incautaciones de heroína alcanzaron 2,3 veces el nivel de 1998, mientras que la producción de opio en 2008 fue 1,8 veces mayor que en 1997.<sup>47</sup>

Con el fin de evaluar las repercusiones que tiene la incautación de drogas en la oferta mundial, las incautaciones totales de una droga determinada se expresan como porcentaje de la producción mundial. Este porcentaje suele denominarse “tasa de interceptación”. Sin embargo, dicho cálculo está sujeto a ciertas salvedades, la primera de las cuales es el tiempo que transcurre entre el cultivo ilícito y su efecto en la disponibilidad de la droga derivada en el mercado ilícito. Suponiendo que un kilogramo de heroína o de morfina equivale a unos 7 a 10 kilogramos de opio, si se compara el total de las incautaciones en 2009 con la producción media de opio en 2008 y 2009,<sup>48</sup> se deriva una

tasa de interceptación de opiáceos del 16% al 20%. Las incautaciones de opio en un año determinado se comparan con la producción media de opio de ese año y del año anterior. Si bien las incautaciones de opio y de morfina se concentran en el Afganistán y en los países vecinos, las de heroína están mucho más dispersas.

Fig. 30: Incautaciones mundiales de opiáceos, 1998-2009

Fuente: UNODC, CIA.



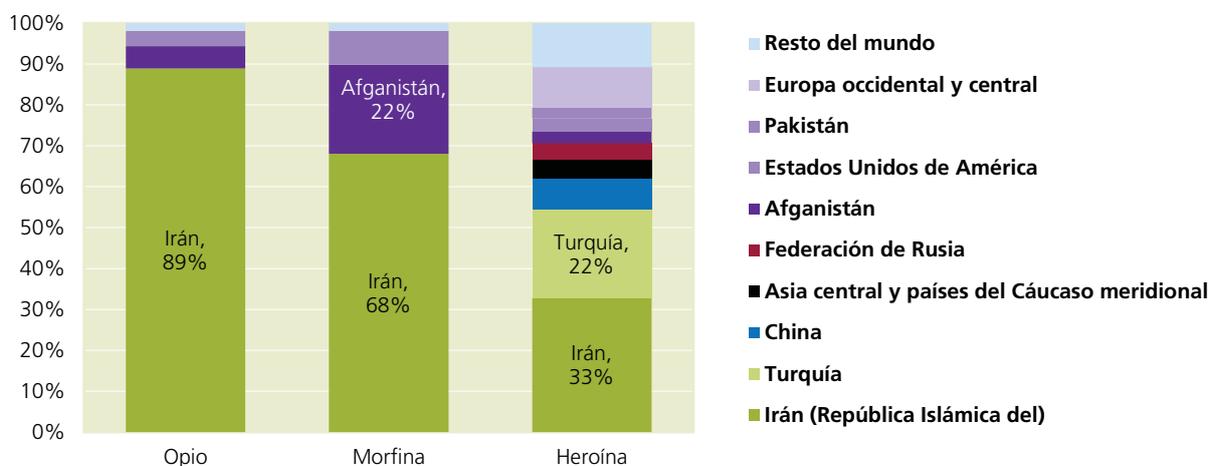
46 El año 2008 se utiliza como referencia ya que en el período 1996-1998 las incautaciones de opio y heroína, al igual que la producción de opio, se mantuvieron relativamente estables, lo que sugiere que el mercado de opiáceos estaba cerca de alcanzar el equilibrio.

47 Las incautaciones de heroína en un año determinado se comparan con la producción de opio del año anterior a fin de dejar margen para el tiempo que lleva transformar el opio en morfina y heroína, y hacer llegar la heroína a los mercados donde se incauta.

48 La producción de opio en 2008 se considera junto con la de 2009 a fin de permitir el tiempo necesario para su elaboración y para que los opiáceos lleguen a los mercados donde son incautados.

**Fig. 31: Distribución de las incautaciones mundiales de opiáceos, 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



### El Afganistán y países vecinos

En 2009, las incautaciones de opio y heroína en el Afganistán siguieron siendo limitadas; ascendieron a 36 y 2,2 t, respectivamente. En 2009, estas incautaciones representaron el 5,5% de las incautaciones de opio y el 2,9% de las de heroína a nivel mundial.

Sin embargo, la vecina República Islámica del Irán continuó realizando grandes incautaciones. En 2009, este país llevó a cabo el 89% de las incautaciones mundiales de opio. El aumento del número de incautaciones mundiales de opio desde 2002 se debe en gran medida a las grandes cantidades incautadas en la República Islámica del Irán, que desde 1996 superan las tres cuartas partes de las incautaciones anuales de opio en todo el mundo. En 2006, la República Islámica del Irán pasó a ser el país que notificaba las mayores incautaciones de heroína en el mundo, reemplazando a Turquía, que hasta entonces había ocupado ese lugar. Desde entonces, la República Islámica del Irán y Turquía se han incautado anualmente de las mayores cantidades de heroína en el mundo. Entre 2002 y 2008, las incautaciones de heroína en estos dos países aumentaron considerablemente, si bien en 2009 se estabilizaron tanto en la República Islámica del Irán, con 25 t (en comparación con 23 t en 2008), como en Turquía, con 16 t (en comparación con 15 t en 2008).

En el Asia central y en los países de Europa oriental, las incautaciones de heroína han sido irregulares en los últimos años, aunque a largo plazo se observa un claro aumento. Entre 2003 y 2009, las incautaciones de heroína en Europa oriental fueron mucho más altas que en años anteriores.

### Europa occidental y central

La tendencia de las grandes incautaciones de heroína en Europa occidental y central no refleja el aumento del suministro de opio en el Afganistán ni el aumento de las incautaciones de heroína en la República Islámica del Irán y Turquía. De hecho, en 2000, las incautaciones en Europa occidental y central alcanzaron un máximo de 11,6 t, y

parecen haberse estabilizado a un nivel inferior, que osciló entre 7,5 y 7,9 t anuales durante el período de 2005 a 2009.

### La región de Asia y el Pacífico

Anteriormente, la heroína consumida en China provenía principalmente del Asia sudoriental (especialmente de Myanmar). Sin embargo, actualmente considerables cantidades de heroína han comenzado a llegar a China desde el Afganistán.

La heroína procedente del norte de Myanmar ingresa en China a través de la provincia de Yunnan. Según las autoridades chinas, las incautaciones de heroína en esta provincia aumentaron, de 2,9 t en 2008, a 3,3 t en 2009. Las incautaciones de la heroína proveniente del Afganistán registraron un aumento aún más pronunciado: de 390 kg (incautados en 234 casos) en 2008 a 1,5 t (incautadas en 333 casos) en 2009.<sup>49</sup>

El movimiento de heroína desde el Afganistán hacia la región de Asia y el Pacífico es cada vez mayor, hecho corroborado por los informes del Pakistán sobre incautaciones de drogas. Entre los casos en que se estableció que el destino del envío no era el Pakistán, la proporción de las incautaciones de heroína destinada a la región de Asia y el Pacífico aumentó, de un 12% antes de 2006, a una cifra comprendida entre el 40% y el 44% cada año desde entonces. La aparición de esta nueva ruta en el período 2005-2006 parece haber sido causa también de una disminución en las incautaciones de heroína en la región, lo que sugiere que la policía regional necesita tiempo para descubrir las nuevas rutas. Esto coincidió con un considerable aumento de la producción de opio en el Afganistán. Este aumento puede haber conducido a una oferta excesiva de opiáceos, parte de la cual pudo haber buscado salida en la región de Asia y el Pacífico.

<sup>49</sup> Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, ponencia presentada en la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMIC), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

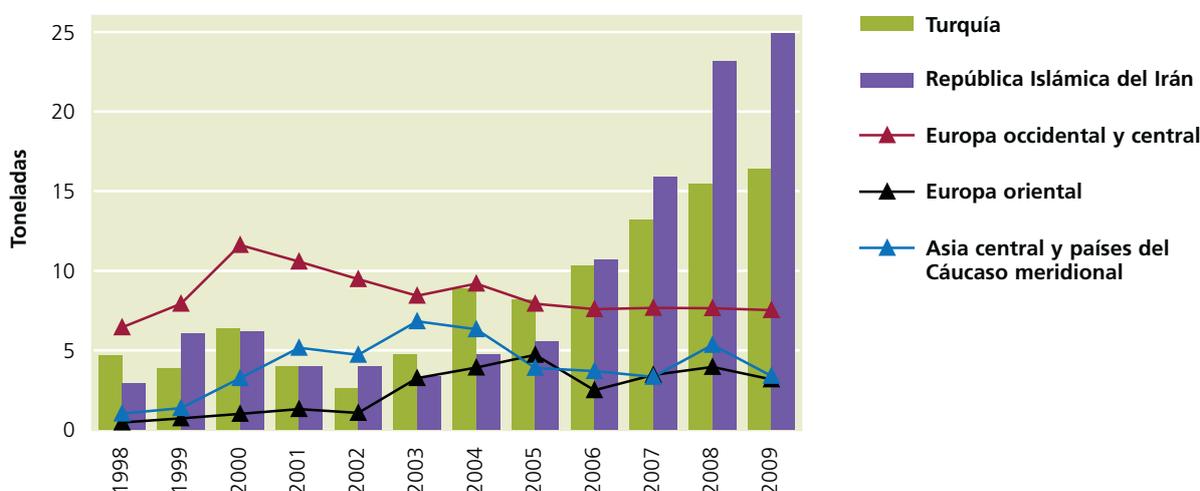
Fig. 32: Incautaciones mundiales de opiáceos, 1999-2009



\* Se consideran conjuntamente la heroína, la morfina y el opio. Las cantidades se expresan en equivalentes de heroína, suponiendo que 1 kg de heroína equivale a 1 kg de morfina y a 10 kg de opio.

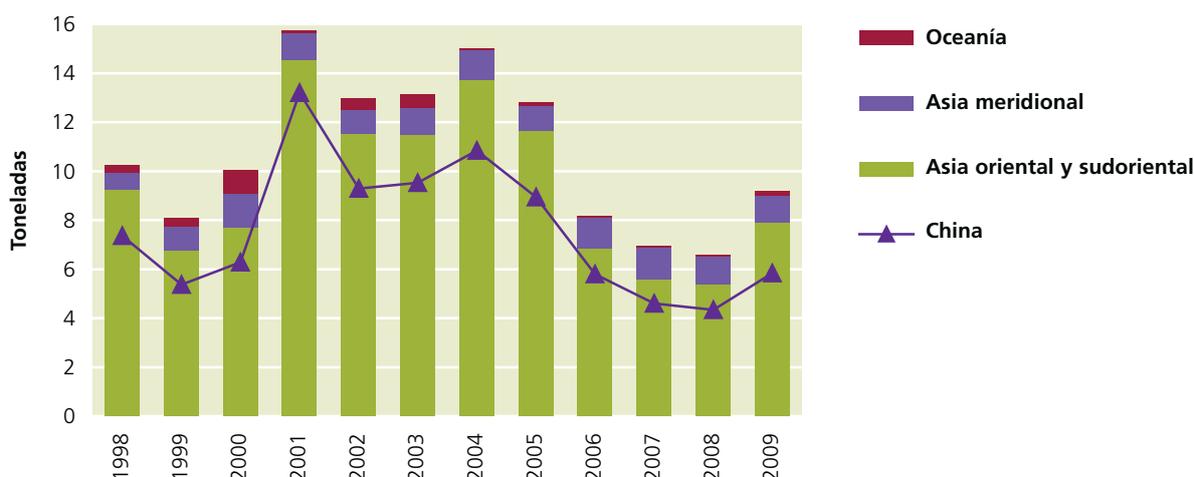
**Fig. 33: Incautaciones de heroína en determinados países o regiones que reciben opio afgano, 1998-2009**

Fuente: UNODC, CPIA/DELTA.



**Fig. 34: Incautaciones de heroína en Asia y el Pacífico, 1998-2009**

Fuente: UNODC, CPIA/DELTA.



**América**

El número total de incautaciones de heroína comunicado por los Estados Unidos sigue siendo, con creces, el más alto en la región de América, que pasó, de 1,4 t en 2007, a 2,4 t en 2009. Los resultados del programa de identificación del origen de la heroína de la Dirección de Lucha contra la Droga de los Estados Unidos revelaron un aumento de la disponibilidad de heroína proveniente de México. En 2008, el grado de pureza de la heroína de origen mexicano para la venta al por mayor alcanzó su valor máximo (40%) desde 2005; al mismo tiempo, la heroína de México representaba (por peso) el 39%, el porcentaje más alto desde 1987, de toda la heroína analizada por medio de ese programa. Las incautaciones de heroína por las autoridades de los Estados Unidos a lo largo de la frontera de ese país con México aumentaron, de 404 kilogramos en 2007, a 556 kilogramos en 2008, y el total parcial de 2009 ascendió a

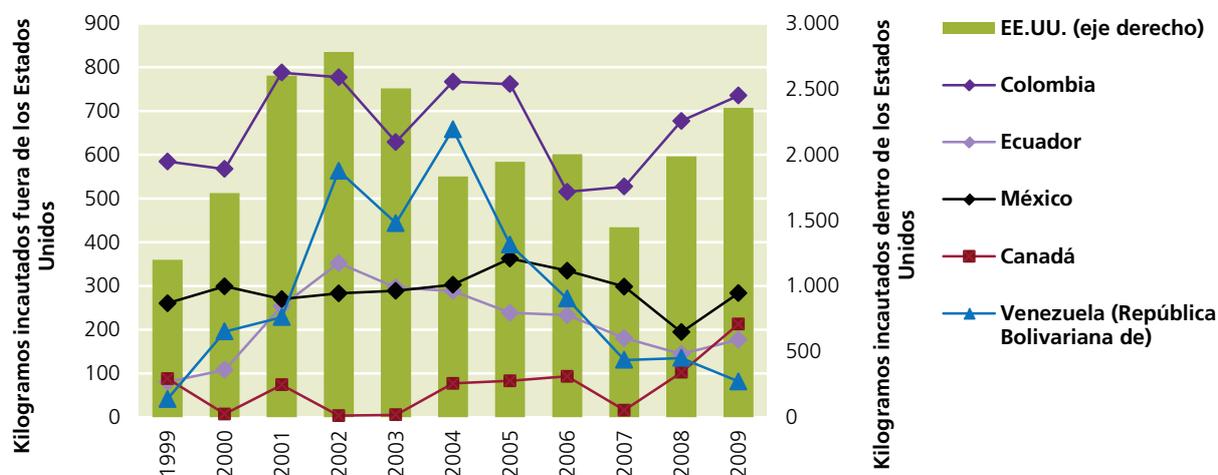
642 kilogramos.<sup>50</sup> En 2009, se incautaron además grandes cantidades de heroína en Colombia (735 kg), México (283 kg) y el Ecuador (177 kg). Las incautaciones en la República Bolivariana de Venezuela, que han registrado una considerable disminución desde su nivel más alto alcanzado en 2004 (658 kg), fueron de 81 kg en 2009.

Las incautaciones de heroína también aumentaron notablemente en el Canadá, donde pasaron, de 16 kg en 2007, a 102 kg en 2008, y a 213 kg en 2009. Sin embargo, el aumento registrado en 2009 se puede atribuir a un único envío marítimo de 108 kilogramos. El Canadá determinó que, a diferencia de los Estados Unidos, el 98% de la heroína que había llegado a su mercado nacional en 2009 provenía del Asia meridional. En 2009, el Canadá también

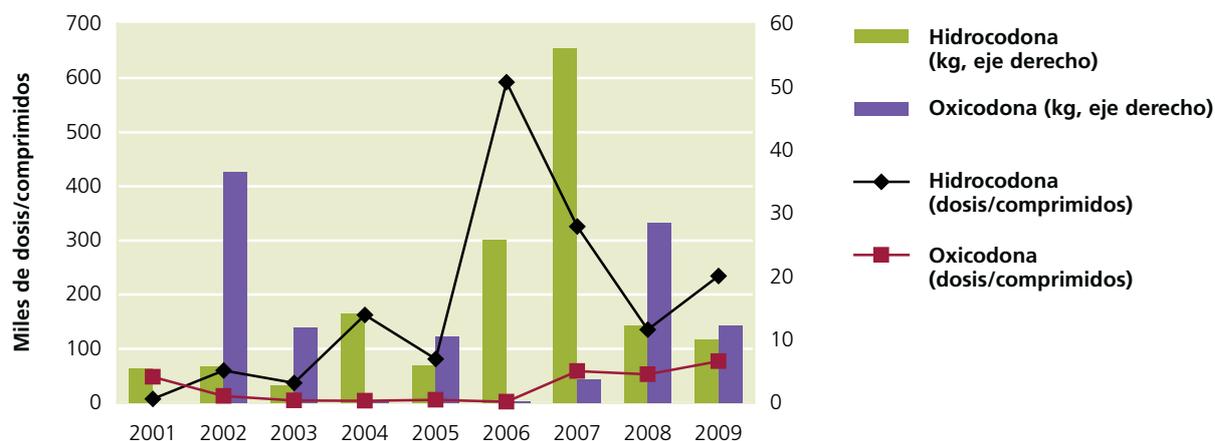
<sup>50</sup> National Drug Intelligence Center, Ministerio de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*, febrero de 2010.

**Fig. 35: Incautaciones de heroína en determinados países de América, 1999-2009**

Fuente: UNODC, CPIA/DELTA.

**Fig. 36: Incautaciones de hidrocodona y oxycodona en los Estados Unidos, 2001-2009**

Nota: Las incautaciones expresadas por el número de comprimidos (eje izquierdo), se suman a las expresadas por peso (eje derecho).  
Fuente: UNODC, CPIA.



se incautó de 20 t de un preparado denominado “dode”, polvo fino que se obtiene moliendo vainas secas de adormidera y que generalmente se mezcla con agua caliente para consumirlo como infusión. El Canadá determinó que el 94% del “dode” importado a su mercado nacional provenía de los Estados Unidos, mientras que el 6% restante provenía de los Países Bajos y que, debido al precio económico del “dode”, existía la posibilidad de que surgiera un mercado más allá de los grupos culturales tradicionales.

Los Estados Unidos, que también se ven afectados por el consumo con fines no médicos de opioides de venta con receta, comunicaron considerables incautaciones de oxycodona y de hidrocodona.

### África

En África, las incautaciones de heroína aumentaron marcadamente, de 311 kg in 2008, a 515 kg en 2009, cifra

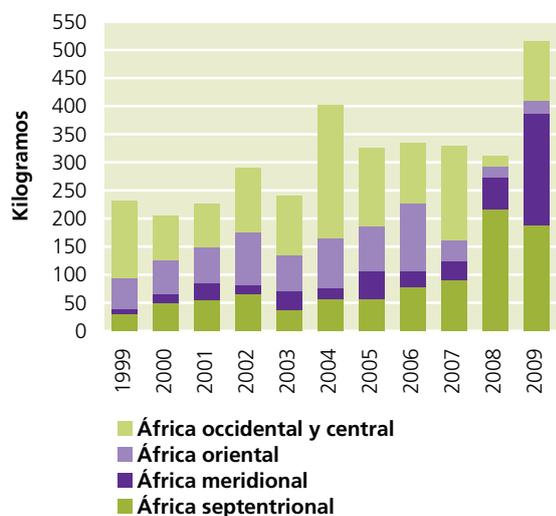
máxima desde 1993. En Sudáfrica se registró el total de incautaciones más grande, así como el mayor aumento interanual, con incautaciones que pasaron de 41 kg en 2008, a 198 kg en 2009.

En los últimos años, las incautaciones de heroína han aumentado considerablemente en Egipto. En 2008, este país se incautó de 211 kg de heroína, lo que representa dos tercios del total de las incautaciones de heroína en África, y el tercer aumento interanual consecutivo. En 2009, las incautaciones se redujeron a 159 kg, aunque continuaron siendo apreciablemente más altas que las registradas en este país entre 1995 y 2006. En años anteriores Egipto también informó de la incautación de opio y de cápsulas de opio.

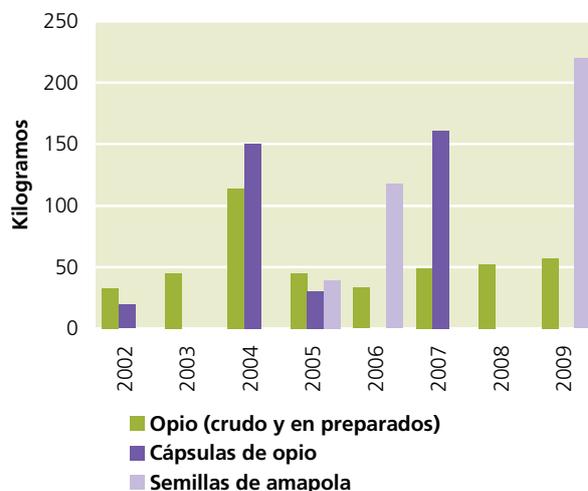
En 2009, se incautaron cantidades importantes de heroína en Nigeria (104 kg). Si bien esto representa un aumento notable respecto de los niveles registrados en 2008 (12 kg),

**Fig. 37: Incautaciones de heroína en África, por subregión, 1999-2009**

Fuente: CPIA/DELTA.

**Fig. 38: Incautaciones de opio (crudo y en preparados), cápsulas de opio y semillas de amapola en Egipto, 2002-2009**

Fuente: CPIA/DELTA.



las incautaciones en 2007 ya eran altas (121 kg). Los informes sugieren que Nigeria quizá funcione como país de tránsito para cantidades limitadas de heroína destinadas a los mercados de consumidores de otros países. Durante el período de 2004 a 2008, el Pakistán comunicó importantes incautaciones de envíos de heroína con destino a Nigeria, aunque las cifras están disminuyendo (36 incautaciones en 2008 y 16 en 2009). Según el Departamento de Justicia de los Estados Unidos, entre las organizaciones responsables del tráfico de heroína procedente del Asia sudoccidental con destino a los Estados Unidos, había algunas con base en el África occidental. Australia y los Estados Unidos mencionaron en los últimos años que Nigeria era país de tránsito de heroína. Nigeria estimó que una mitad de la heroína que se había traficada en su territorio en 2009 estaba destinada a los Estados Unidos, y la otra mitad a Europa (40%) y a China (10%).

### Rutas de tráfico y volúmenes

Los países productores de heroína para consumo mundial abastecen a diferentes mercados. La heroína proveniente de Myanmar se envía principalmente a China y la de México a los Estados Unidos. Sin embargo, la heroína afgana se envía a todas las regiones del mundo excepto América Latina. En la presente sección se examinarán con especial detenimiento las rutas de tráfico de la heroína afgana.

Estas rutas son complejas. Para calcular el volumen del tráfico, es decir, la corriente mundial de opiáceos, se necesitan datos sobre su demanda mundial. Las incautaciones mundiales de heroína y opio se utilizan para detectar las rutas de tráfico de los opiáceos y para ayudar a calcular la magnitud de las corrientes en cada país. Además de los datos sobre incautaciones, se obtuvo información de los informes nacionales oficiales, tales como las respuestas al CPIA.

Los datos disponibles sobre la demanda se utilizaron como variable clave para estimar el volumen de las corrientes

mundiales de heroína y de opio. Los datos sobre la demanda son de solidez muy variable y están sujetos, por tanto, a frecuentes revisiones y cambios. La mayoría de los países aún carecen de sistemas de reunión de datos estructurados capaces de producir estadísticas científicamente fiables sobre la demanda, la oferta y las incautaciones. En consecuencia, las estadísticas y estimaciones proporcionadas sobre la demanda y las corrientes de opiáceos deberán considerarse como las mejores aproximaciones posibles en la actualidad.

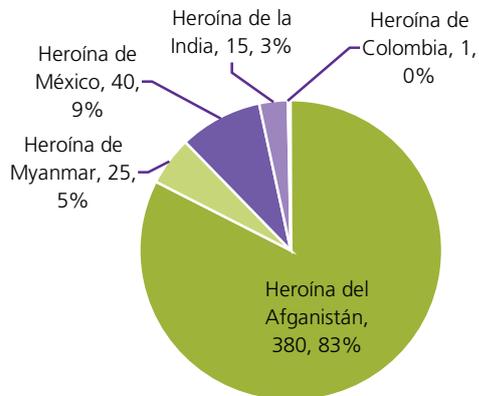
Las cifras para la corriente de heroína que se utilizan en la presente sección son indicativas y deben ser tratadas con cautela. El propósito de estas estadísticas es i) calcular las corrientes y los cambios principales en las rutas con el paso del tiempo, y ii) proporcionar análisis de las amenazas y los riesgos para los países de producción, tránsito y destino. Los volúmenes y las rutas examinados no son fijos y se modifican según cambian la demanda, la disponibilidad de la droga o las percepciones de riesgo de los narcotraficantes. Es fundamental, pues, hacer un seguimiento anual de las corrientes para detectar los cambios en el mercado y en las rutas, seguimiento que puede servir de base a las estrategias y políticas mundiales sobre las ramificaciones para la salud pública y la seguridad.

El movimiento de la heroína desde los países productores hasta los mercados de consumo requiere una red mundial de rutas y la participación de grupos delictivos nacionales e internacionales. Aunque las rutas mismas cambian constantemente, el desplazamiento mundial de la heroína del Afganistán y de otros productores con destino a consumidores internacionales sigue trayectorias bien establecidas. Algunas rutas se eligen por motivos geográficos, mientras que otras se prefieren por la falta de control policial.

Se estima que en 2009 había en el mercado mundial de 460 a 480 t de heroína. De esta cifra, unas 375 t llegaron a los consumidores y el resto fue incautado. El Afganistán siguió

**Fig. 39: Distribución de la producción mundial efectiva de heroína, 2009**

Fuente: UNODC.



siendo el principal proveedor del mercado mundial de heroína, con una producción de 380 t (83%).

A pesar de la complejidad de las rutas de tráfico de la heroína, es posible generalizar algunos de los desplazamientos mundiales de la heroína afgana, que sale del Afganistán, pasa por el Pakistán, la República Islámica del Irán y algunos países del Asia Central hasta llegar a los principales mercados consumidores de Europa occidental y central, Europa oriental y el Asia oriental y sudoriental.

### La heroína sale del Afganistán ...

El Afganistán continúa dominando la oferta mundial de heroína. Se calcula que en 2009 se produjeron en ese país

unas 6.900 t de opio. Casi el 95% del opio afgano se cultiva en algunas de las provincias meridionales del país, entre ellas, Hilmand, Kandahar, Farah, Nimroz y Uruzgan. Los laboratorios de elaboración de heroína también se concentran en esas provincias.

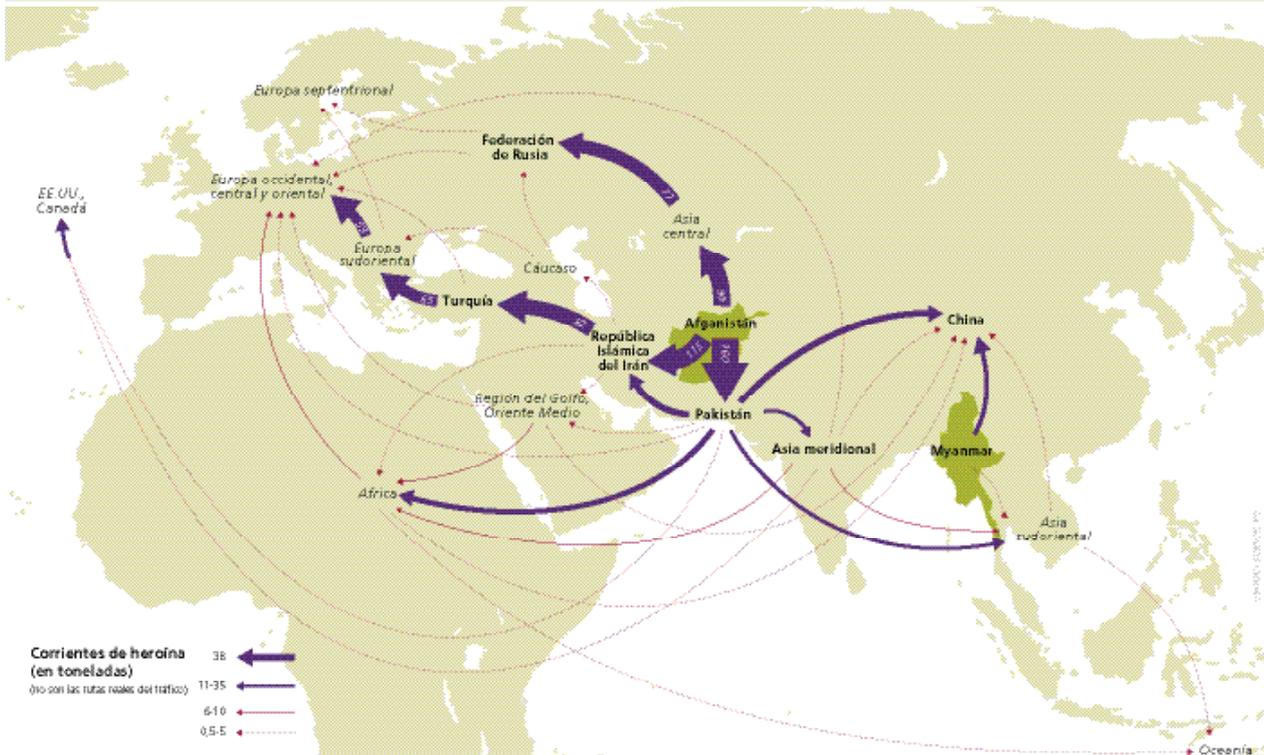
Desde las zonas de producción, la heroína se dirige a través de rutas terrestres en tres direcciones principales: i) hacia las provincias de Nimroz, Farah y Hirat a lo largo de la frontera con la República Islámica del Irán, ii) hacia el este y norte del Afganistán, o iii) hacia las fronteras con la provincia pakistaní de Baluchistán. La UNODC calcula que en 2009 se colocaron 365 t de heroína afgana en los mercados internacionales. Los países vecinos del Afganistán fueron los que recibieron el mayor volumen de heroína. Unas 160 t fueron al Pakistán, 115 t a la República Islámica del Irán y 90 t a países del Asia Central (Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán).

### ... hacia el Pakistán

Se estima que en 2009 se enviaron 160 millones de toneladas desde el Afganistán hacia el Pakistán. Se cree que la mayor parte de esta corriente ingresó por rutas terrestres en la provincia pakistaní de Baluchistán, desde las provincias afganas Hilmand y Kandahar, favorecida por la capacidad limitada de los encargados de hacer cumplir la ley a ambos lados de la frontera y por la fuerte presencia de los talibanes y otros elementos contrarios al Gobierno. Las fronteras de las provincias afganas de Nangarhar y Kunar con la zona tribal bajo administración federal del Pakistán también se consideran importantes puntos de cruce de la heroína, aunque en menor medida.

**Mapa 12: Rutas y volúmenes del tráfico de heroína afgana, 2009**

Fuente: UNODC.



De las 160 t de heroína que ingresaron en el Pakistán, 138 continuaron con destino a otros lugares. Al menos 30 t pasaron de Baluchistán a la República Islámica del Irán. Las 108 t restantes fueron transportadas internamente hasta los centros industriales de Karachi y Lahore en el Pakistán, así como hasta otros puntos costeros o fronterizos para su ulterior transporte a Europa, el Asia sudoriental, el Asia meridional y África por mar y por aire. La disminución de la producción de opio en Myanmar dio por resultado un aumento de la corriente de heroína hacia el Asia sudoriental a través del Pakistán, especialmente en 2009.

### ... hacia la República Islámica del Irán

Se calcula que en 2009 se enviaron unas 145 t de heroína a la República Islámica del Irán desde el Afganistán y el Pakistán. Si bien la mayor parte de la heroína ingresa desde el Afganistán, es posible que la intensificación de la vigilancia a lo largo de la frontera de la República Islámica del Irán con el Afganistán provoque un aumento de la corriente a través del Pakistán.<sup>51</sup> A juzgar por las incautaciones de heroína, una vez que esta sustancia ingresa en la República Islámica del Irán, se la transporta en cuatro direcciones principales: i) a través de las zonas centrales del país hacia la frontera con Turquía, ii) hacia los puertos y zonas costeras, iii) hacia la frontera con el Iraq, o iv) hacia la frontera con Azerbaiyán.

A pesar de los altos niveles de consumo interno, la mayor parte de la heroína que ingresa en la República Islámica del Irán se dirige hacia otros lugares, especialmente por la ruta de los Balcanes, hacia Europa occidental y central. Se estima que en 2009 se enviaron unas 82 t a Turquía, 6 t a África, 3 t a los países del Cáucaso y pequeñas cantidades directamente a Europa.

### ... hacia el Asia central

En 2009, se introdujeron 90 t de heroína afgana en el Asia central, concretamente en Tayikistán, Uzbekistán, Turkmenistán, Kirguistán y Kazajistán. La heroína afgana ingresa en la región principalmente a través de la porosa frontera entre Tayikistán y el Afganistán, demarcada por el río Pianj.<sup>52</sup> La heroína afgana ingresa también a través de Uzbekistán, si bien en menores cantidades. Una vez que se encuentra en Tayikistán, se desplaza generalmente a través de Uzbekistán y Kirguistán, antes de pasar por Kazajistán, hacia la Federación de Rusia.

La mayoría de las 90 t que ingresaron en la región, unas 75, estaban destinadas a la Federación de Rusia. Dado que Kazajistán es la única frontera terrestre de la Federación de Rusia con el Asia central, la casi totalidad de la heroína que se dirige por tierra a la Federación de Rusia pasa por ese país. El Asia central sirve como puerta de entrada para la heroína que se destina a la Federación de Rusia y que luego continúa hacia Europa oriental. Esta ruta se conoce como "la ruta norte".

■ ■  
51 Según la Brigada de Estupefacientes del Pakistán, 2010.

52 Organismo de Fiscalización de Drogas de Tayikistán.

## Principales mercados de destino

Una vez que los opiáceos afganos llegan al Pakistán, la República Islámica del Irán y el Asia central, se los encauza hacia los principales mercados de consumo internacionales: Europa occidental y central, Europa oriental, Asia oriental y sudoriental y Asia meridional. Cantidades más limitadas también llegan a otros mercados de consumo más pequeños.

### Europa occidental y central

En 2009 se consumieron cerca de 70 t de heroína pura en Europa occidental y central. Otras 7,5 t fueron confiscadas por los órganos encargados de hacer cumplir la ley. De esta manera, se estima que llegaron a Europa occidental y central entre 75 y 80 t de heroína. La mayor parte, unas 60 t, habían pasado por países de Europa sudoriental, a través de la ruta de los Balcanes. Por otra parte, unas 7 t procedían de África, 4 t del Pakistán, 3 t del Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental (principalmente la República Islámica del Irán, Qatar y Jordania), y 1 tonelada del Asia meridional (principalmente la India, Bangladesh y Nepal). No fue posible determinar la fuente y ruta de las 3 t restantes.

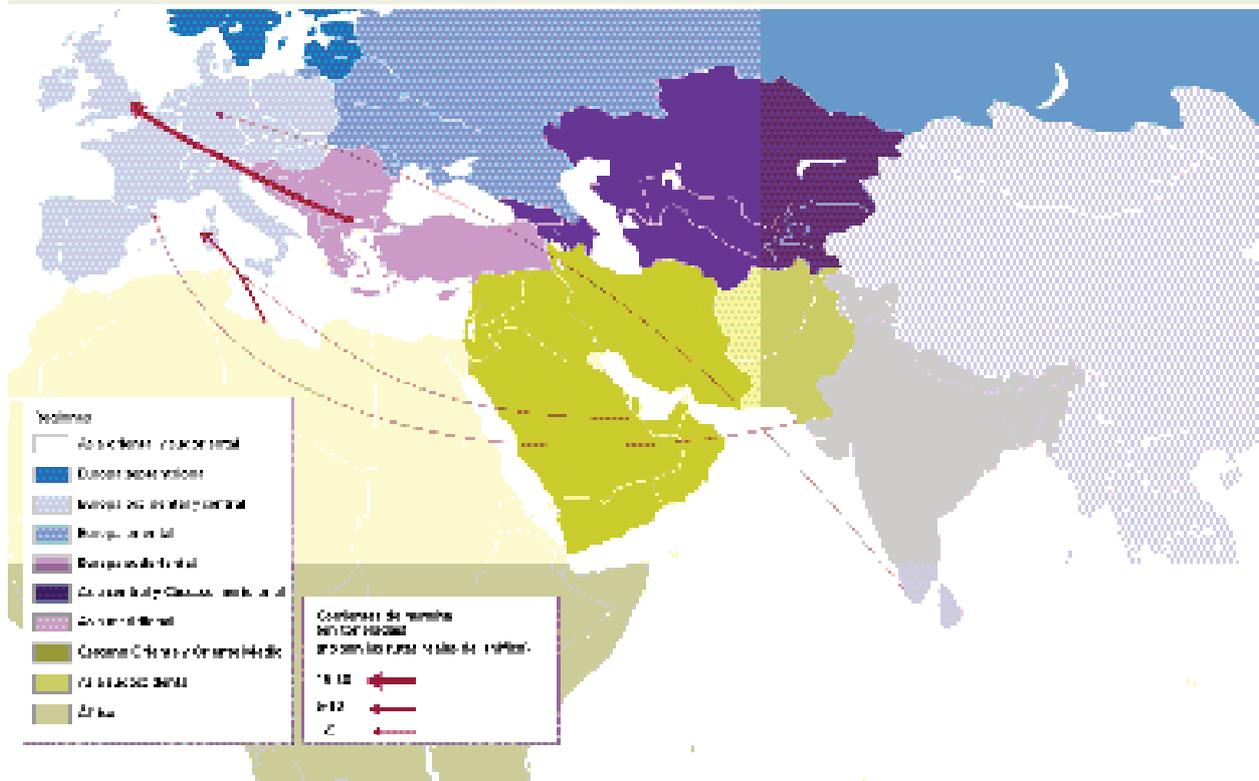
La heroína se introduce en Europa occidental y central por tierra, mar y aire. La ruta de los Balcanes domina los envíos terrestres y marítimos, mientras que África está empezando a ser el origen principal de los envíos aéreos. Una de las razones es que la capacidad de los encargados de hacer cumplir la ley en el África oriental es limitada, y el transporte de heroína por mar desde el Pakistán plantea pocas dificultades a los narcotraficantes experimentados.

La ruta de los Balcanes se inicia en el Afganistán, atraviesa la República Islámica del Irán y Turquía, y llega a los Balcanes por Bulgaria, con una corriente menor que pasa a través de Grecia. Una vez que la heroína ingresa en Turquía, se dirige, en su mayor parte, a Estambul y luego hacia las fronteras con Bulgaria y Grecia. Los traficantes aprovechan el hecho de que no se necesite visado para circular entre los países balcánicos. Se estima que en 2009 llegaron a esos países unas 65 t de heroína, 60 de las cuales siguieron luego a Europa occidental y central, principalmente al Reino Unido, Italia, los Países Bajos, Alemania, Francia y Bélgica. Una cantidad limitada del tráfico de heroína también se realiza por aire, directamente desde Turquía hacia países de Europa occidental y central.

Se cree que la mayor parte de la heroína que pasa a través de la República Islámica del Irán y de Turquía está destinada a Europa occidental. Las recientes incautaciones realizadas en puertos marítimos indican que el transporte por mar quizá se esté usando más de lo que se cree para traficar heroína en todo el mundo. En los primeros tres meses de 2011, se realizaron grandes incautaciones de heroína en el África oriental (Kenya y la República Unida de Tanzania). Según informes recientes, además, la cantidad media incautada en cada caso ha disminuido en la República Islámica del Irán y en Turquía, países que han fortalecido sus mecanismos de cumplimiento de la ley en los últimos años. Esto podría obligar a los traficantes de heroína a buscar rutas alternativas de entrada en Europa.

### Mapa 13: Corrientes de heroína hacia Europa occidental y central en 2009

Fuente: UNODC.



#### Europa oriental

Se estima que en 2009 se consumieron en Europa oriental unas 73 t de heroína. Ese mismo año, la tasa de prevalencia de los opiáceos en la población adulta de la Federación de Rusia fue de 1,64%.<sup>53</sup> Esto equivale a alrededor de 1,7 millones de consumidores de opiáceos, que consumieron unas 70 t de heroína pura.

Se calcula que en 2009 se introdujeron ilegalmente en la Federación de Rusia, en total, entre 75 y 80 t de heroína, entre las cuales se incluyen 3,1 t de heroína incautada y 2 a 3 t de heroína que continuó en tránsito hacia otros destinos. La ruta a través del Asia central, la Federación de Rusia y Europa oriental se conoce como la ruta norte. La mayor parte de la heroína que entra en la Federación de Rusia proviene del Asia central y, en menor medida, de Azerbaiyán.<sup>54</sup> La mayor parte de la heroína que llega a Europa oriental proviene de la Federación de Rusia, así como de Turquía y los países del Cáucaso.

<sup>53</sup> Estas estimaciones son preliminares ya que no existen estudios exhaustivos sobre la prevalencia del consumo de opiáceos en la Federación de Rusia. Se calcula que esa tasa oscila entre el 0,3% y el 1,64% de la población de 15 a 64 años. La estimación del 1,64% se obtiene partiendo del número de consumidores de opiáceos en tratamiento en 2007 y aplicando un multiplicador de tratamiento del 5,3%, extraído de un estudio realizado por el Centro Nacional de Adicciones de la Federación de Rusia: *Dynamics of Drug Related Disorders in the Russian Federation*, 2007.

<sup>54</sup> UNODC, CPIA.

#### Cuadro 40: Número de veces que se mencionan la República Islámica del Irán y Turquía como países de tránsito de heroína, 2007-2009

\* No se incluye a Turquía.  
Fuente: UNODC, CPIA.

	República Islámica del Irán	Turquía
Cáucaso	1	6
Oriente Medio	4	9
Europa oriental	1	2
Resto de Europa*	6	58
África	3	1
Resto del mundo	0	2

#### Asia oriental y sudoriental

En 2009, la demanda de opiáceos en el Asia oriental y sudoriental se satisfizo tanto con la producción local como con el suministro del Afganistán. Myanmar y la República Democrática Popular Lao son los principales países productores y exportan alrededor de 25 t de heroína. Se estima que en 2009 el total de la demanda de heroína en el Asia oriental y sudoriental fue de 90 t (incluidas las incautaciones y las remesas en tránsito).

Se calcula que para paliar las carencias de la producción local ingresaron en la región unas 65 t de heroína pura

### Mapa 14: Corrientes de heroína hacia la Federación de Rusia y Europa oriental, 2009

Fuente: UNODC.



afgana: 25 t fueron al Asia sudoriental y 40 t a China. Dado que la mayor parte de la heroína proveniente de Myanmar se envía a China, es probable que la mayor parte de la que ingresa en el Asia sudoriental sea transportada desde el Afganistán a través del Pakistán. Sin embargo, en 2009 fue difícil determinar con exactitud las rutas del narcotráfico y las fuentes debido a la falta de incautaciones. En vista de los bajos precios de la heroína en el Pakistán, podría resultar más barato para las redes de tráfico transportar a China y al Asia sudoriental la heroína afgana que la de Myanmar.

Según se desprende de las incautaciones de distintas drogas comunicadas por el Pakistán, el tráfico de heroína procedente del Afganistán destinada a la región de Asia y el Pacífico va en aumento. Entre los casos en que el destino de los envíos era un país o región distintos del Pakistán, la proporción destinada a la región de Asia y el Pacífico registró un cambio significativo de 2005 a 2006. Esta proporción (por el número de incautaciones) se mantuvo relativamente estable entre 2002 y 2005 (con un intervalo del 11% al 13%) y aumentó considerablemente, a un 44%, en 2006. Desde entonces se ha mantenido relativamente estable, con valores entre el 40% y el 44%. Es probable que buena parte de estos envíos estuviese destinada a China. La proporción de casos en los que se identificó a China como el país de destino aumentó considerablemente, de menos del 1% en 2004 al 28% en 2006, lo que posiblemente refleje la ruta que, según las autoridades chinas, ha sido elegida para los envíos directos al noroeste de China. Desde 2006, estos envíos parecen haber sido reemplazados gra-

dualmente por los envíos a otros países de la región de Asia y el Pacífico, posiblemente para ser reenviados a su destino final (que podría incluir a China, así como a otros países del sudeste de Asia y Oceanía).

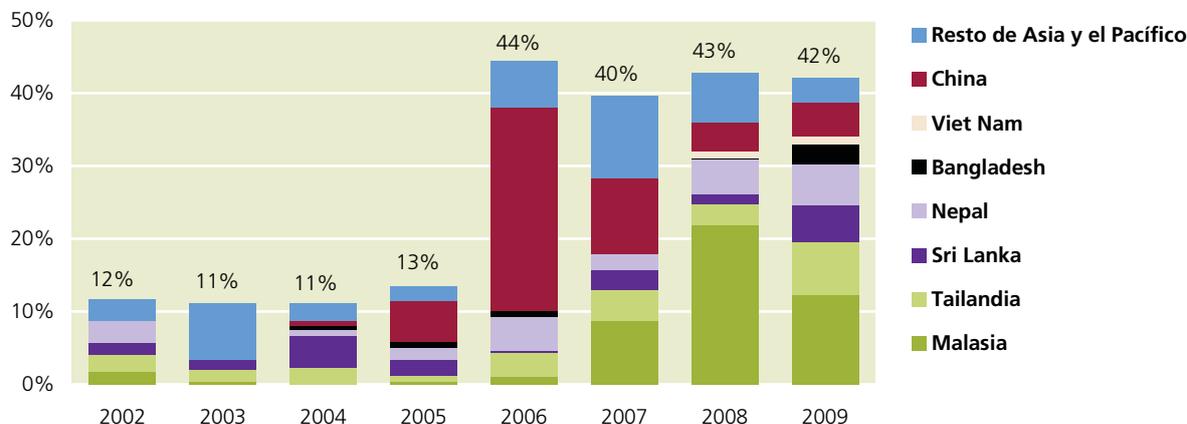
Esta proporción también alcanzó niveles sin precedentes en el caso de otros varios países de esta región, tales como Malasia (22% en 2008), Tailandia (7% en 2009), Nepal (6% en 2009) y Sri Lanka (5% en 2009). Los envíos podrían indicar la ruta más reciente del tráfico dirigido hacia la China sudoriental. De hecho, si bien hubo envíos aéreos de cantidades limitadas de heroína afgana desde el Asia sudoccidental hacia la China noroccidental (en particular a Urumqi), la ruta que estaba adquiriendo cada vez más importancia era la que va desde el Afganistán y sus países vecinos hacia la provincia china sudoriental de Guangdong, pasando por países de tránsito tales como Malasia, Singapur, Filipinas y Viet Nam. Cinco de las incautaciones llevadas a cabo en la provincia de Guangdong en 2009 representaban en total una tonelada de heroína.<sup>55</sup> El surgimiento de esta nueva ruta durante 2005 y 2006 también parece explicar la disminución en las

<sup>55</sup> Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, ponencia presentada en la Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, febrero de 2010, Tokio (Japón), y la Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, ponencia presentada en la Vigésima Reunión para la Lucha contra la Droga de Funcionarios de Enlace para la Cooperación Internacional (ADLOMIC), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

**Fig. 41: Envíos de heroína incautados en el Pakistán con destino a Asia y el Pacífico, como porcentaje de todas las incautaciones de envíos de heroína con destino conocido (por número de casos), 2002-2009**

Nota: Se excluyen del total los envíos cuyo destino, según se determinó, era el Pakistán.

Fuente: UNODC, IDS.



incautaciones de heroína en la región, lo que sugiere que las autoridades necesitan tiempo para adaptarse a los cambios.

La corriente de heroína desde el Asia oriental y sudoriental es limitada. En 2009, se enviaron de 3 a 4 t de heroína desde el Asia sudoriental hacia Australia y, en menor medida, hacia Nueva Zelanda. En 2009, China no comunicó que hubiera envíos de heroína hacia otros destinos.

#### Asia meridional

En 2009, el Asia meridional era un importante punto de consumo y tránsito de la heroína afgana. Se consumieron unas 25 t de heroína pura en la región, y otras 15 t continuaron hacia otros destinos. De estas, unas 6 t fueron al Asia Sudoriental, 6 t a África, entre 1 y 2 t a América del Norte y sendas toneladas a China y Europa. Aunque la mayoría de los consumidores de la India consumen heroína local, los narcotraficantes prefieren exportar heroína afgana por su mayor pureza.

De las 40 t de heroína que estaban disponibles en el Asia meridional, se estima que 25 habían llegado desde el Afganistán, en tanto que las otras 15 t habían sido fabricadas en la región. La heroína de la India abasteció a los mercados regionales, entre ellos, Bangladesh<sup>56</sup>, Nepal<sup>57</sup> y Sri Lanka.

#### África

Se estima que en 2009 se enviaron a África entre 40 y 45 t de heroína afgana, de las cuales unas 25 provenían probablemente del Pakistán, 5 a 6 de los Emiratos Árabes Unidos, otras 5 a 6 de la India y 5 de la República Islámica del Irán. La mayor parte de la heroína se sigue contrabandeando hacia Sudáfrica, principalmente desde el Asia sudoccidental y, en menor medida, desde el Asia sudoriental. Los principales centros en África son Nigeria y Sudáfrica.

La mayor parte de la heroína que llegó al continente se consumió localmente, aunque África está surgiendo como un centro de tráfico de heroína. Se calcula que en 2009 se enviaron unas 7 t de heroína de África a Europa, casi 1 tonelada a China, y una pequeña cantidad a Australia.

#### Corrientes de heroína hacia otros destinos

Además de los mercados de destino ya mencionados, existen otros mercados internacionales de consumo, entre ellos América y Oceanía.

Se estima que en 2009 la heroína disponible en América era de unas 40 t, producida, en su mayor parte, en la región. Había en el mercado solo una cantidad limitada de heroína afgana, ya que la producción de México fue superior a la demanda regional. Sin embargo, el mercado de heroína del Canadá se abastecía principalmente con la heroína afgana.

En 2009, México produjo 426 t de opio, que se podían convertir en 40 t de heroína mexicana (alquitrán negro). Sin embargo, tal nivel de producción de heroína en este país equivaldría a casi el doble del consumo estimado en su principal mercado de destino: América del Norte (22 t). A falta de existencias regionales de opiáceos, o bien se han sobrestimado las cifras de producción o se ha subestimado el nivel de consumo.

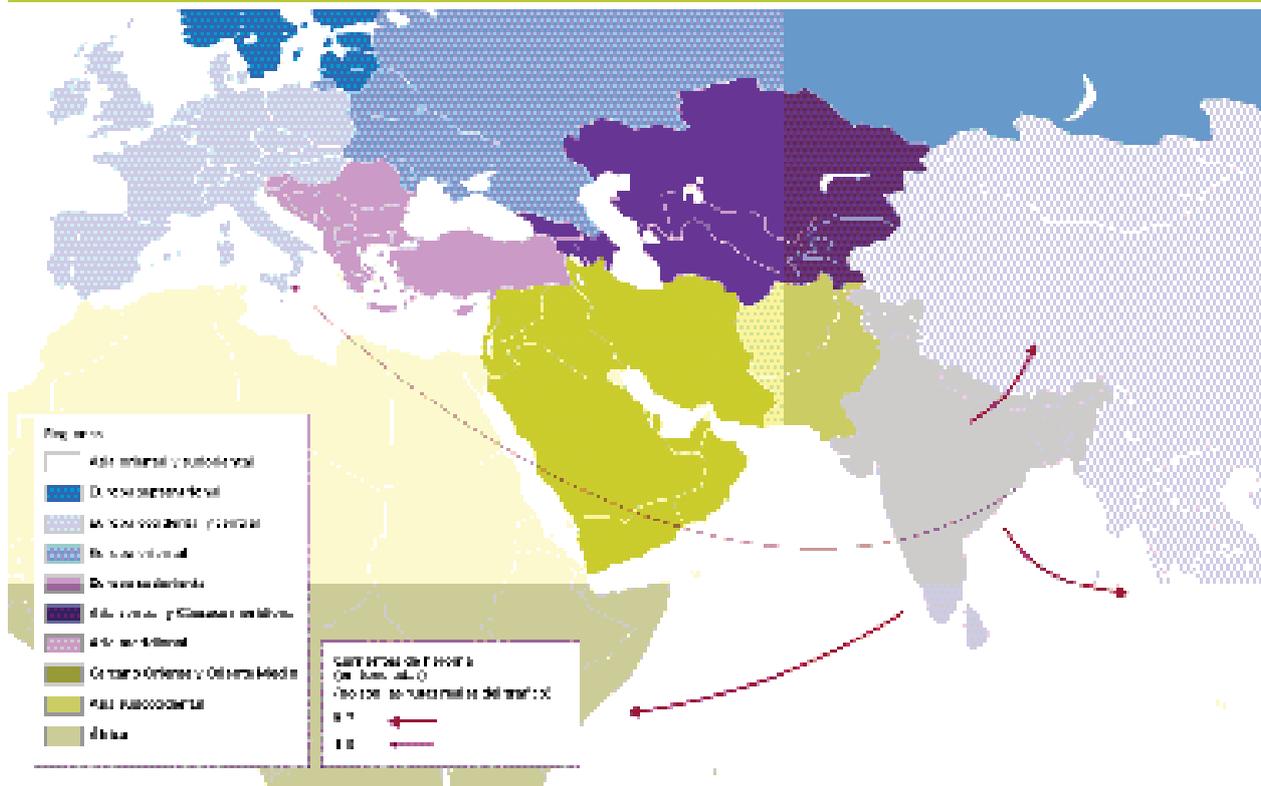
La producción en Colombia es asimismo poco clara. Alrededor del 58% de la heroína incautada en los Estados Unidos de América es, según se informa, de origen colombiano.<sup>58</sup> Sin embargo, la producción total de opio de Colombia fue de 9 t en 2009, con un rendimiento máximo de 1 tonelada de heroína. En 2009, los órganos colombianos encargados de hacer cumplir la ley se incautaron de 650 kg de heroína, lo que dejó 350 kg de heroína para el narcotráfico. Esto ni siquiera llega a satisfacer el consumo de heroína en América del Sur (2 t), además de que no

<sup>56</sup> Entrevistas con funcionarios de Bangladesh, marzo de 2009.

<sup>57</sup> Entrevistas con funcionarios de Nepal, marzo de 2009.

<sup>58</sup> Dirección de Lucha contra las Drogas de los Estados Unidos de América, *Heroin Signature Program*.

Mapa 15: Tráfico de heroína procedente del Asia meridional, 2009



habría ningún sobrante para vender en los Estados Unidos. Los datos disponibles en la actualidad resultan insuficientes para comprender adecuadamente la oferta y la demanda de heroína en América.

En 2009, se enviaron casi 4 t de heroína a Oceanía, principalmente a Australia. De esta cantidad, 3,2 t se consumieron en Australia y 0,6 t en Nueva Zelanda. El consumo de heroína fue insignificante en otros países de la región. La heroína afgana dominó los mercados de Australia y Nueva Zelanda, adonde llegó, probablemente, pasando a través del Pakistán y los países del Asia sudoriental. En realidad, Australia registró una importante diversidad en cuanto a los países de origen de la heroína llegada al país (en 1999-2000 eran 11, y en 2008-2009, 29),<sup>59</sup> e identificó a Camboya, Malasia, el Pakistán, Tailandia y Viet Nam, como los países de origen más comunes en el período de 2008 a 2009. Aunque en 2009 el tráfico de heroína procedente del África meridional y oriental con destino a Australia fue limitado, los envíos desde África están surgiendo como una nueva tendencia, de acuerdo con el Gobierno de Australia.<sup>60</sup>

59 Ambos períodos de información van desde el 1 de julio al 30 de junio del año siguiente.  
60 UNODC, CPIA.



## 2.5 Análisis del mercado

Los resultados que se exponen en la presente sección fueron calculados mediante el examen de toda una gama de indicadores, entre los que se incluyen estadísticas de la demanda, bases de datos de incautaciones de opiáceos de la Organización Mundial de Aduanas y de la UNODC, las respuestas al CPIA e informes de distintos países. También se consultó a los Estados Miembros y las oficinas extrasede de la UNODC.

Los precios de la heroína y el opio dependen de varios factores, entre los que se incluyen la pureza, la oferta y la demanda, la distancia desde la fuente y los riesgos de interceptación. Por ejemplo, un gramo de heroína de buena calidad cuesta entre 2 y 3 dólares de los EE.UU. en el Afganistán, mientras que en los mercados de consumo el precio oscila entre 40 y 400 dólares de los EE.UU. Aunque los agricultores del Afganistán son los que suministran la mayoría de los opiáceos del mundo, los que se hacen de miles de millones de dólares cada año son las organizaciones delictivas internacionales que operan en las rutas del narcotráfico.

Los valores de mercado de la heroína en cada país o región importante de consumo se calcularon utilizando la cantidad del consumo estimado de heroína y el precio medio. El consumo de heroína a nivel regional y de país, así como los precios medios, se detallan en otra parte del presente capítulo.

Las cantidades de heroína consumidas en cada país y región se calcularon multiplicando el número estimado de consumidores de opiáceos por el consumo medio de heroína per cápita por año. Desde 2008,<sup>61</sup> las cifras medias de consumo de heroína que figuran en el Informe Mundial sobre las Drogas de 2005 se vienen actualizando con la colaboración de varios Estados Miembros, las oficinas extrasede de la UNODC y otras organizaciones pertinentes.

Todos los valores se ajustaron para tener en cuenta el grado de pureza a fin de poder comparar los valores de mercado entre regiones y países. Esta información se obtuvo a partir de las respuestas al CPIA o en reuniones bilaterales con funcionarios competentes. Sin embargo, la información disponible respecto de los niveles de pureza es limitada.

Para calcular la magnitud de las corrientes de opiáceos a través de un país o región, se analizaron los datos correspondientes a 2009, tanto sobre el consumo como sobre las incautaciones de opiáceos, con el propósito de determinar las pautas y estimar la magnitud de las corrientes de opiá-

ceos. Se calculó el consumo total de heroína de cada país, después se combinó este resultado con los datos oficiales sobre incautaciones y se ponderaron las cifras teniendo en cuenta la fabricación total. Se analizaron conjuntamente la fabricación, el consumo y las incautaciones. Por ejemplo, la magnitud de las corrientes de heroína estimadas desde el Afganistán o el Pakistán hacia un país "X" debería ser similar a la cantidad de heroína que se consume e intercepta en ese país "X" y en los países de destino y tránsito que reciben la heroína que pasa por "X". Primero se calculó la demanda de heroína u opio en las principales regiones o países de destino. Después, utilizando las estadísticas sobre incautaciones de cada país, se calcularon las cantidades de heroína y opio que circulaban entre los países.

Con respecto al análisis de los grupos que se benefician del comercio de heroína, se examinaron las estadísticas de detenciones proporcionadas por los Estados Miembros, que se complementaron con extensas consultas con diversos expertos e instituciones gubernamentales.

Dado que el presente informe tiene por objeto proporcionar información mundial, así como órdenes de magnitud, las corrientes representadas en los mapas no tienen carácter definitivo sino que han de considerarse más bien como indicadores generales. Las corrientes pueden desviarse a otros países a través de las rutas y existen numerosas corrientes secundarias que pueden no estar representadas. Además, las tendencias responden con rapidez a los cambios en las fuerzas del orden y en la demanda. Por consiguiente, las estimaciones de las corrientes de opiáceos deberían revisarse si cambiasen las estadísticas sobre la demanda. Las estimaciones se actualizarán periódicamente, a medida que los Estados Miembros proporcionen nuevos datos sobre el consumo de drogas.

### Pureza y precios

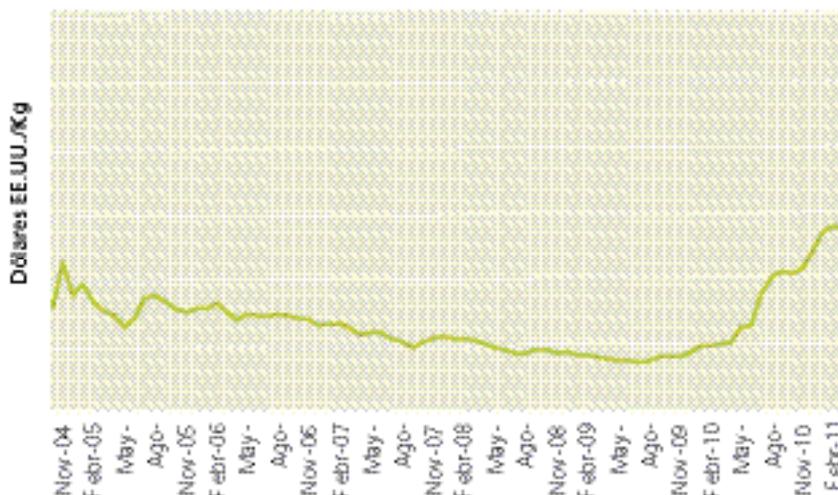
En el último año, los precios de la heroína (al por mayor) y del opio (al pie de la plantación) en el Afganistán aumentaron a pesar de la baja sostenida que experimentaron entre 2006 y 2009. A finales de marzo de 2011, el precio nacional medio de un kilogramo de opio seco en el Afganistán al pie de la plantación era de 274 dólares de los EE.UU., es decir, 180% más que los 98 dólares de los EE.UU. por kilo registrados en marzo de 2010.<sup>62</sup> El precio del opio seco al pie de la plantación viene aumentando desde julio de 2009. El precio actual al pie de la plantación es el más alto regis-

61 UNODC, *Addiction, Crime and Insurgency: The Transnational Threat of Afghan Opium*, 2009.

62 Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes de la República Islámica del Afganistán y UNODC, *Afghanistan Opium Price Monitoring Monthly Report*, febrero de 2011.

**Fig. 42: Precio medio del opio seco al pie de la plantación, septiembre de 2004 a marzo de 2011**

Fuentes: Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán y la oficina de la UNODC en el Afganistán, *Afghanistan Opium Price Monitoring Monthly Report*, marzo de 2011.



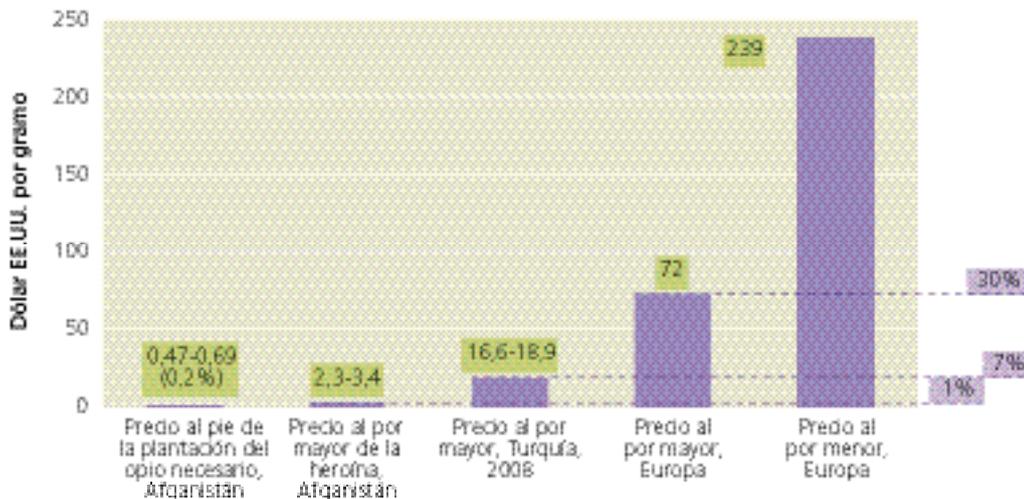
trado desde noviembre de 2004. Del mismo modo, a fines de marzo de 2011, el precio de la heroína era de 3.815 dólares de los EE.UU. el kilo, en comparación con 2.506 dólares de los EE.UU. el kilo en marzo de 2010, lo que representa un aumento del 52%.<sup>63</sup> En promedio, la heroína afgana tiene un nivel de pureza de cerca del 70%, muy superior a la de la heroína que llega a los mercados mundiales de consumo.

Los precios de la heroína en Europa occidental no muestran una clara respuesta a los precios de los opiáceos en el Afganistán. Una comparación a largo plazo de los precios comerciales del opio en el Afganistán con los precios de la heroína en Europa revela que, a pesar del marcado aumento de los precios del opio entre principios de 2000 y fines de 2002, que coincidió con una fuerte disminución de la producción de opio en 2001, el precio de venta al por menor

en euros de la heroína en Europa occidental se mantuvo estable. En vista de las grandes diferencias de precios que existen entre el Afganistán y Europa occidental (el precio de un gramo de heroína pura en el Afganistán es aproximadamente 1% del precio de venta al por menor en Europa occidental), una posible explicación es que los cambios de precios en el lugar de origen tienen una repercusión en el precio final más bien acumulativa y no proporcional, es decir, que tienen un efecto imperceptible dado el orden de magnitud mucho más alto de los precios al por menor. Por ejemplo, un aumento del precio de venta de heroína al por mayor en el Afganistán de 2 a 3 dólares de los EE.UU. por gramo (un aumento del 50%) llevaría, si el impacto fuera en efecto acumulativo, a un incremento de 1 dólar de los Estados Unidos por gramo en el precio final al por menor, es decir, de 70 a 71 dólares de los EE.UU. por gramo (un

**Fig. 43: Progresión de los precios de la heroína ajustada para tener en cuenta el grado de pureza, 2009 (o último año disponible)**

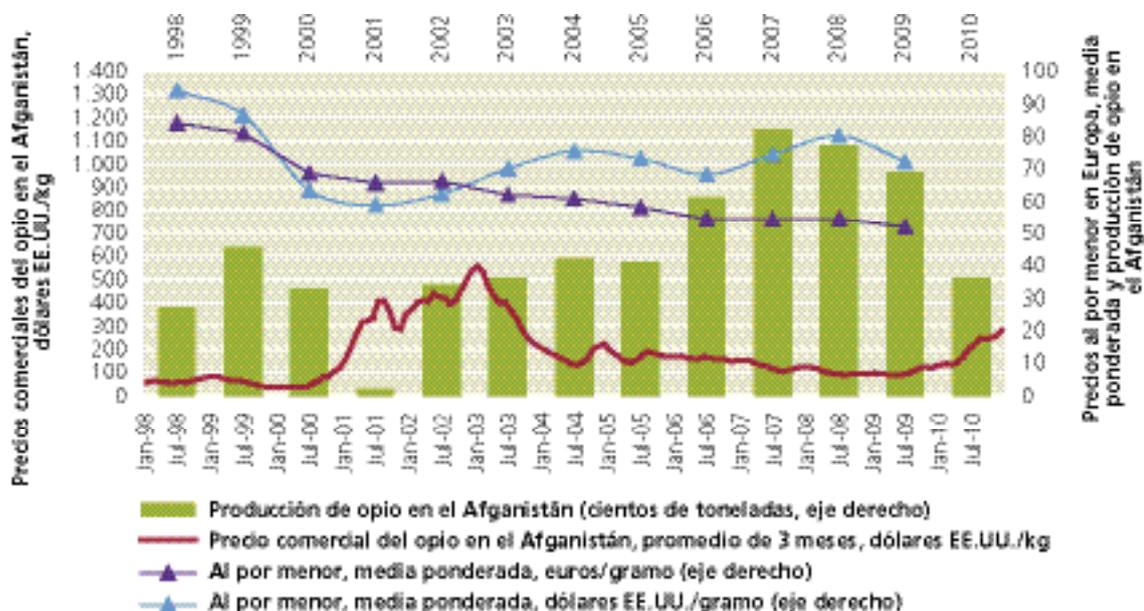
Fuentes: Oficina de la UNODC en el Afganistán; UNODC, DELTA; estimaciones de la UNODC.



63 *Ibid.*

**Fig. 44: Precio y producción de opio en el Afganistán en comparación con los precios de venta al por menor de la heroína en Europa occidental**

Fuentes: UNODC, DELTA; Oficina de la UNODC en el Afganistán; estimaciones de la UNODC.



aumento del 1,4%). Si el impacto fuese proporcional, un aumento del 50% en el precio de venta de heroína al por mayor en el Afganistán llevaría a un aumento similar en el precio final de venta al por menor, es decir, de 70 a 105 dólares de los EE.UU.

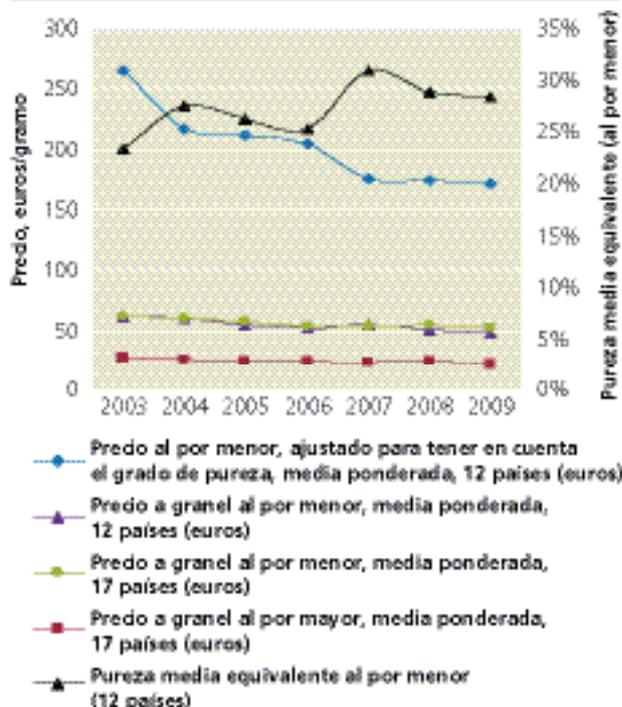
Aunque las incautaciones en Europa occidental y central no reflejan el aumento del suministro del opio afgano ni el aumento de las incautaciones de heroína en la República Islámica del Irán y Turquía, los datos sobre los precios de la heroína en Europa occidental son compatibles con el aumento de la oferta. Las estimaciones de la UNODC de los precios al por menor de la heroína, ajustados para tener en cuenta el grado de pureza, basadas en 12 países de Europa occidental indican una disminución del 35% entre 2003 y 2009 en el precio por gramo de la heroína pura, en euros y sin ajustar para tener en cuenta la inflación.<sup>64</sup> La disminución es menos evidente en los precios de venta a granel, lo que sugiere que el aumento de la oferta de heroína podría haberse traducido en un aumento de la pureza. La pureza media equivalente aumentó, del 23% en 2003, al 28% en 2009.

La heroína proveniente de México y la proveniente de América del Sur son productos bastante distintos dentro del principal mercado de consumo: los Estados Unidos de América. La heroína de América del Sur es más cara y tiene mayor pureza. En 2009, los Estados Unidos informaron que la pureza típica de la heroína de América del Sur era del 52%, frente al 40% de la heroína proveniente de México, y que la gama de precios iba de 44.000 a 113.333 dólares de los EE.UU. por kilo de heroína sudamericana, en com-

paración con 32.880 a 70.000 dólares de los EE.UU. por kilo de heroína mexicana. Sobre la base de todas las adquisiciones de heroína realizadas por las fuerzas del orden en los Estados Unidos, en el último trimestre de 2009, el precio medio por gramo de heroína pura se encontraba al más alto nivel del período de 2006 a 2009, mientras que la pureza media fue la más baja de ese mismo período.

**Fig. 45: Precios y pureza de la heroína en Europa occidental y central, 2003-2009**

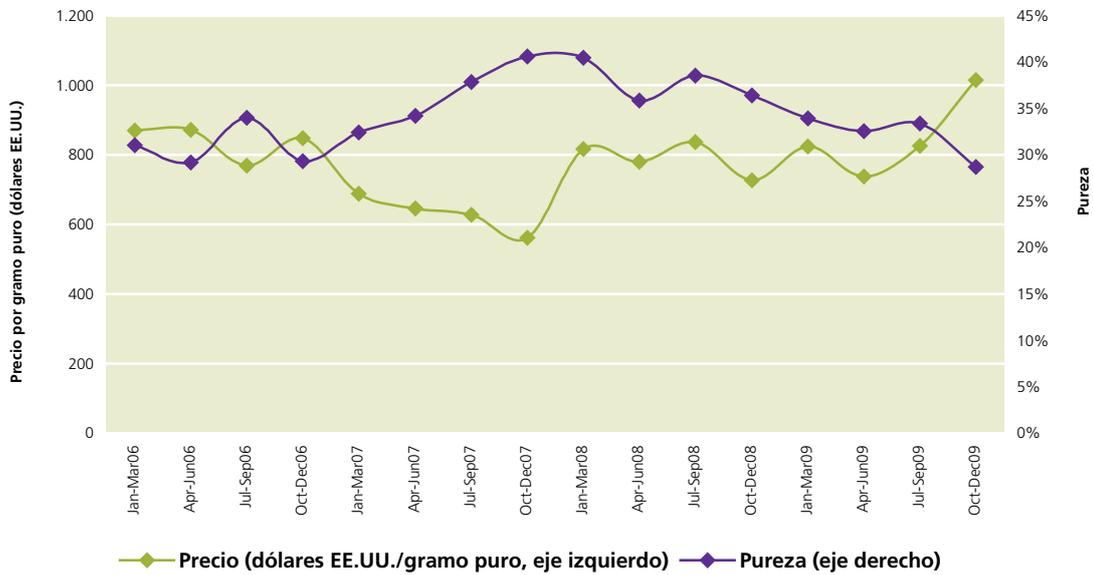
Fuentes: UNODC, DELTA; estimaciones de la UNODC.



<sup>64</sup> El ajuste para tener en cuenta la inflación utilizando el índice de la zona del euro de Eurostat daría por resultado una disminución de más del 11%.

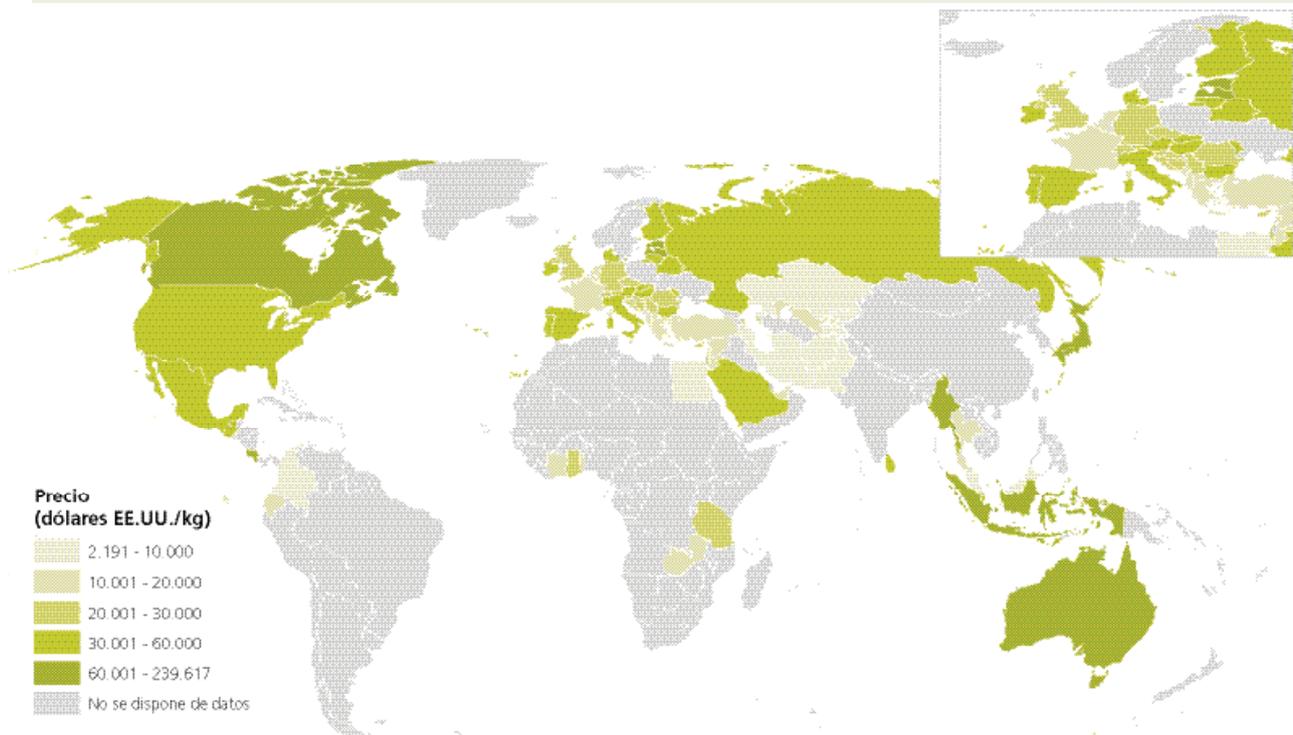
**Fig. 46: EE.UU.: precio y pureza medios de la heroína adquirida por órganos encargados de hacer cumplir la ley, 2006-2009**

Fuentes: UNODC, CPIA.



**Mapa 16: Precios al por mayor de la heroína (dólares EE.UU./kg), 2009 (o 2008 cuando 2009 no estaba disponible)**

Fuentes: UNODC, CPIA; EUROPOL; estimaciones de la UNODC.



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Los valores representan los precios típicos comunicados. En los casos en que se comunicaron intervalos sin un precio típico, se considera el punto medio. En los casos en que los países distinguen entre diferentes tipos de heroína, se considera el precio más bajo, que por lo general corresponde a "la heroína núm. 3" o "heroína morena".

**Cuadro 15: Precios de la heroína, 2009**

Fuentes: UNODC, CIA; EUROPOL; estimaciones de la UNODC.

	2008	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	230	260	262	182	188	63	63	67	84	84	82	84	82	86	76	74	69	64	64	69
Bélgica	60	60	60	77	76	76	56	56	41	41	26	27	26	24	24	24	24	24	24	26
Dinamarca	262	265	265	190	258	67	67	67	147	147	146	144	146	122	94	92	89	82	82	148
Francia	607	606	606	401	408	414	414	414	254	250	207	207	206	187	182	182	175	151	151	202
Países Bajos	148	151	150	115	144	130	126	117	119	117	92	94	47	57	65	69	67	57	57	66
Austria	116	76	62	74	91	61	74	51	42	45	36	36	36	45	46	45	45	45	45	51
Brasil	120	125	62	44	61	48	48	48	51	51	45	45	45	45	45	45	45	45	45	51
Canadá	146	140	140	147	147	138	276	268	272	264	170	170	170	170	246	262	261	274	264	274
China	167	146	140	23	53	41	115	95	130	95	71	66	59	61	65	65	66	66	66	70
Corea	172	150	150	150	172	202	136	141	133	138	60	67	67	45	40	40	40	40	40	66
Países Bajos	42	50	50	42	53	61	45	53	54	50	43	43	43	40	37	36	34	34	34	53
Perú	1 680	626	630	216	269	303	262	168	165	165	128	127	126	143	138	200	200	200	200	200
Polonia	62	62	72	62	61	74	56	51	74	72	45	45	41	54	52	52	52	52	52	62
Portugal	132	145	140	132	132	132	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112	112
Rusia	225	270	285	167	165	307	340	335	130	126	110	126	126	126	149	149	149	149	149	201
Suecia	312	321	340	258	344	320	310	310	310	310	310	310	310	310	48	48	48	48	48	48
Reino Unido	157	144	149	124	127	123	108	118	120	124	107	106	107	100	110	107	107	107	107	107
Estados Unidos	228	232	231	154	167	162	155	119	144	130	83	78	64	82	84	82	82	101	118	201
Media no ponderada en dólares (EUU)	406	395	387	238	261	232	211	212	162	162	112	112	112	112	162	162	162	162	162	162
Media ponderada en dólares (EUU)	173	146	146	118	118	119	117	117	93	84	66	63	69	62	70	72	68	68	68	68
Media ponderada en dólares (EUU)	304	294	294	191	171	167	160	124	124	111	74	71	74	82	86	80	73	77	80	80
Media ponderada en dólares (EUU)	138	120	120	81	88	81	57	82	64	61	68	66	66	62	61	59	54	54	54	57
Media ponderada en dólares (EUU)	111	109	101	125	133	118	119	119	115	98	83	81	86	78	87	83	83	83	83	83
Media ponderada en dólares (EUU)	141	111	101	102	98	94	90	100	102	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Media ponderada en dólares (EUU)	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Media ponderada en dólares (EUU)	640	612	612	468	477	465	462	468	468	468	468	468	468	468	468	468	468	468	468	468
Media ponderada en dólares (EUU)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Precios de venta al por mayor, dólares EE.UU./kg

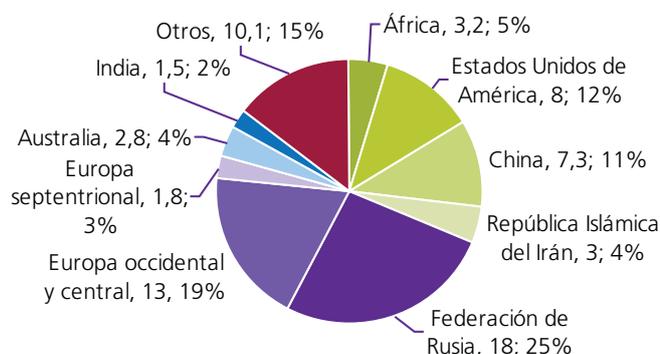
País	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Austria	52 744	48 165	47 000	26 000	27 162	30 491	30 228	28 421	28 826	21 041	22 000	19 000	20 000
Bélgica	30 000	30 000	29 000	29 000	29 500	32 500	24 300	21 300	19 500	19 500	20 000	20 000	20 000
Bulgaria	210 000	150 000	85 000	85 000	111 000	100 000	80 000	100 000	80 000	60 000	60 000	60 000	60 000
Canadá	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
China	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Corea del Sur	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Francia	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
India	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000
Indonesia	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Italia	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000
Japón	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000
Países Bajos	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Perú	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
Polonia	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Rusia	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Suecia	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000
Suiza	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Tailandia	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000
Reino Unido	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000
Estados Unidos	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000	500 000
Ucrania	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
Uzbekistán	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000
Vietnam	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	80 000
Yemen	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000	90 000
Zambia	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000

### El valor de mercado y los beneficiarios

El mercado mundial de opiáceos en 2009 se valoró en 68.000 millones de dólares de los EE.UU., de los cuales, 61.000 millones correspondían al consumo de heroína. El valor del mercado mundial de heroína tiende a aumentar según el número de fronteras internacionales que tengan que cruzar los narcotraficantes. De este modo, la heroína es en general más barata en el Afganistán, país donde se produce, que en Europa occidental y central, donde llega luego de haber sido transportada a través de grandes distancias, utilizando diferentes medios y cambiando de manos varias veces. Sin embargo, esta pauta puede inducir a error, ya que los precios y los niveles de consumo de heroína varían apreciablemente entre países y regiones.

**Fig. 47: Proporciones del valor del mercado mundial de opiáceos, 2009 (en miles de millones de dólares EE.UU.)**

Fuente: UNODC.



Los precios de la heroína fluctúan de modo apreciable de un lugar a otro. Australia es el ejemplo más notable de esta variación de los precios. Aunque los consumidores australianos representan únicamente el 0,85% del consumo mundial total de heroína, contribuyen un 4% del valor del mercado mundial. En Australia, el valor en la calle de un gramo de heroína oscila entre 230 y 370 dólares de los EE.UU., mientras que en los Estados Unidos y en Europa septentrional, un gramo de heroína cuesta entre 170 y 200 dólares de los EE.UU. Por su parte, los consumidores de Europa occidental y central pagan entre 40 y 100 dólares de los EE.UU. por gramo de esta sustancia. En general, la Federación de Rusia y Europa occidental y central contribuyeron con casi la mitad al valor total del mercado mundial, que ascendía a 31.000 millones de dólares de los EE.UU. en 2009.

### Beneficiarios

En vista de la extensión geográfica que abarcan los consumidores de heroína y el hecho de que los precios aumenten más o menos en función de la distancia desde el punto de origen, no resulta sorprendente que las redes delictivas de Europa, la Federación de Rusia y el Asia sudoriental se llevaran la mayor parte de las ganancias en 2009. De hecho, los beneficiarios del Afganistán, por ejemplo, tuvieron una ganancia considerablemente menor que las redes delictivas

internacionales. Aunque los grupos internacionales de delincuencia organizada dominan el narcotráfico transnacional, las ventas locales en cada país corren por cuenta, casi en su totalidad, de grupos locales, incluidos los grupos armados nacionales de carácter ilegal y los movimientos separatistas.

Existe un fuerte vínculo entre la inseguridad y el comercio de opiáceos en el Afganistán, ya que los opiáceos constituyen la principal fuente de ingresos para los grupos contrarios al Gobierno, tales como los talibanes afganos. Casi todo el opio que se produce en el Afganistán se cultivó en las provincias meridionales del país, región donde operan los grupos insurgentes. Aunque el papel que desempeñan los talibanes afganos en el tráfico de drogas no está del todo claro, los agricultores de adormidera, los narcotraficantes y los dueños de laboratorios de heroína les pagan hasta un 10% del valor de sus envíos de opiáceos a modo de "impuesto" o cuota por protección. Se estima que los ingresos totales que percibieron los talibanes por el comercio de opiáceos en 2009 ascendieron a unos 155 millones de dólares de los EE.UU. Sin embargo, es probable que los agricultores de opio afganos hayan percibido unos 440 millones de dólares de los EE.UU.<sup>65</sup> y los narcotraficantes afganos unos 2.200 millones.

En 2009, el mercado total de opiáceos del Pakistán tenía un valor de 1.200 millones de dólares de los EE.UU., incluidos el tráfico transnacional y el consumo interno. Resulta difícil determinar con exactitud quiénes son los beneficiarios del comercio de opiáceos en el Pakistán, si bien hay razones para creer que los principales beneficiarios son los grupos extremistas de la zona tribal bajo administración federal y los grupos delictivos de Baluchistán. Los opiáceos ingresan en el Pakistán a través de estas zonas, que limitan con el Afganistán.

Se estima que en 2009 el valor del mercado de opiáceos de la República Islámica del Irán ascendía a unos 3.000 millones de dólares de los EE.UU. La mayoría de estas ganancias fueron a parar a manos de grupos delictivos iraníes y, en menor medida, a los narcotraficantes extranjeros que operan en el país.

Aunque cada país del Asia central tiene sus grupos delictivos locales, es posible que los grupos delictivos tayikos y rusos tengan a su cargo la organización del tráfico de heroína desde el Afganistán hasta la Federación de Rusia. El idioma más común a lo largo de la ruta es el ruso. Se calcula que en 2009 el valor del mercado de heroína traficada en el Asia central ascendía a 1.400 millones de dólares de los EE.UU., que, en su mayoría, fueron a parar a manos de grupos delictivos regionales.

En 2009, el valor total de la heroína que se traficó a través de Europa sudoriental fue de unos 2.000 millones de dólares de los EE.UU., mientras que los mercados internos de heroína de la región se valoraron en unos 500 millones de dólares de los EE.UU. Por consiguiente, en 2009 el valor

<sup>65</sup> UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupeficientes del Afganistán, Estudio sobre el opio en el Afganistán, 2009.

total del comercio de opiáceos fue de 2.500 millones de dólares de los EE.UU. en Europa sudoriental. Los grupos de delincuencia organizada turcos, kurdos y balcánicos fueron los beneficiarios de este comercio.

La región de Europa occidental y central sigue siendo uno de los mercados de drogas más lucrativos, con un valor de 13.000 millones de dólares de los EE.UU. en 2009. Se estima que ese mismo año el mercado de heroína del Reino Unido era de 3.000 millones de dólares de los EE.UU. y participaban en él grupos de delincuencia organizada británicos, holandeses y turcos y, en menor medida, grupos del Asia meridional. El mercado de la heroína de Italia dejó una ganancia de 3.000 millones de dólares de los EE.UU., que fueron a parar principalmente a manos de grupos de delincuencia organizada italianos y albaneses. Se calcula que el valor del mercado de la heroína en Francia ascendía a 2.000 millones de dólares de los EE.UU., que terminaron casi en su totalidad en manos de los distribuidores con base en el país. El mercado de la heroína de Alemania produjo unas ganancias de aproximadamente 1.300 millones de dólares de los EE.UU. Los grupos turcos y balcánicos fueron los principales traficantes de dicha sustancia.

Se estima que en 2009 las redes delictivas rusas obtuvieron una ganancia de 18.000 millones de dólares de los EE.UU. con el tráfico de heroína. A juzgar por las detenciones relacionadas con drogas, el mercado de drogas ruso está dominado por ciudadanos de ese país, seguidos por los tayikos, que son los nacionales extranjeros más activos. El tráfico de drogas en Europa oriental lo llevan a cabo probablemente grupos locales. Sin embargo, el panorama de la actividad delictiva en esta región no está del todo claro.

En 2009, los 2,3 millones de consumidores de opiáceos de China consumieron entre 55 y 60 t de heroína pura y pagaron unos 7.300 millones de dólares de los EE.UU. a los narcotraficantes locales. En otros países del Asia sudoriental, el valor de mercado total de la heroína ascendía a 2.400 millones de dólares de los EE.UU. Los grupos de delincuencia organizada chinos y otros grupos locales controlan el mercado de heroína del Asia sudoriental, a nivel tanto minorista como mayorista. El comercio de heroína en Indonesia está controlado y dirigido principalmente por africanos occidentales, particularmente nigerianos.<sup>66</sup>

También en 2009, la mayor parte del valor total del mercado de la heroína del Asia meridional, estimado en unos 1.900 millones de dólares de los EE.UU., fue a parar a manos de grupos delictivos locales de la India. El mayor mercado se encuentra en ese país y tiene un valor de 1.400 millones de dólares de los EE.UU.

Se calcula que el valor del mercado del narcotráfico en África ascendía, en 2009, a 3.200 millones de dólares de los EE.UU., la mayoría de los cuales fueron a parar a manos de grupos de delincuencia organizada nigerianos. Estos grupos probablemente dominan el narcotráfico en África y operan en muchos países de todo el mundo, incluidos algunos

países de destino europeos. Sin embargo, participan en el narcotráfico de África tanto las redes africanas (nigerianas y tanzanas), como las extranjeras (chinas y pakistaníes).

Los Estados Unidos de América dominan la demanda regional de heroína, cuyo mercado tenía un valor estimado de 8.000 millones de dólares de los EE.UU. en 2009. Los grupos de delincuencia organizada con base en América del Norte (tales como los carteles de narcotraficantes mexicanos) son los que más se benefician de estas actividades.

En 2009, el mercado de heroína de Oceanía tenía un valor estimado de 3.500 millones de dólares de los EE.UU., debido a que en Australia y Nueva Zelanda se pagaban los precios de heroína más altos del mundo. Ese mismo año, los narcotraficantes tanto del Asia sudoriental como de África (en su mayoría nigerianos) participaron en el envío de heroína a Australia. Si bien la información es escasa, es muy probable que las ventas internas estuvieran a cargo de grupos locales.

Los traficantes de heroína continúan adaptando sus técnicas y cambiando sus rutas de tráfico tratando de aprovechar las rutas internacionales que oponen la menor resistencia. Aún existen numerosas zonas vulnerables en todo el mundo, al tiempo que surgen otras nuevas.

La eliminación de barreras comerciales en muchas partes del mundo ha facilitado no solo el desplazamiento de bienes ilícitos, sino también una interacción más estrecha entre los grupos de delincuencia organizada provenientes de diferentes lugares y culturas. En 2009, muchas fronteras internacionales se volvieron más fáciles de cruzar debido a la firma de acuerdos de comercio internacional. Es probable que los narcotraficantes aprovechen esta situación y establezcan conexiones con otras redes delictivas para facilitar el desplazamiento sin tropiezos de la heroína.

En vista de la eliminación de las barreras comerciales que se está produciendo en todo el mundo, los métodos tradicionales de control fronterizo podrían resultar insuficientes para contener la corriente de opiáceos hacia los mercados de destino. En particular, se ha descubierto recientemente una importante amenaza: el uso del transporte y puertos marítimos por los narcotraficantes, que ya están aprovechando el aumento del comercio mundial que se realiza a través de las rutas marítimas. En 2009, se inspeccionó solo una pequeña fracción de los más de 400 millones de contenedores que circularon por todo el mundo. Ese mismo año, solo el 6% de las incautaciones mundiales de heroína llevadas a cabo por las aduanas se produjeron en puertos marítimos. Existen indicios de que los narcotraficantes están utilizando el transporte marítimo en mayor medida de lo que actualmente se cree. El tráfico de drogas a través de puertos marítimos internacionales debe estudiarse más a fondo y deben establecerse mecanismos de vigilancia.

En 2009, África surgió como una ruta económica para el tráfico de drogas con destino a Europa, América del Norte y Oceanía. Las incautaciones de drogas y las detenciones de los traficantes indican que los africanos, en particular las redes del África occidental, están transportando cada vez más heroína afgana del Pakistán hacia el África oriental

<sup>66</sup> Departamento de Estado de los Estados Unidos, *Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs, International Narcotics Control Strategy Report*, 2009.



para luego enviarla a Europa y otros destinos. El surgimiento de África como centro de tráfico de heroína se ha visto favorecido por la corrupción, la capacidad limitada de las fuerzas del orden y la creciente presión ejercida sobre las rutas “tradicionales” del narcotráfico. Los Estados africanos más frágiles son en particular los más vulnerables. El control mínimo que se mantiene en los puertos de entrada del África oriental ha alentado a los traficantes de drogas a transportar heroína a través de esa región. El aumento de las corrientes de heroína hacia África también ha llevado a un incremento en el consumo de droga en el continente.

Hay informes esporádicos según los cuales la cantidad de heroína en Europa es limitada, particularmente en el Reino Unido, donde la heroína de buena calidad escasea en el mercado. De hecho, la pureza media de la heroína incautada por la policía del Reino Unido, y posteriormente analizada por el Servicio de Ciencias Forenses del Reino Unido, disminuyó, del 46,4% en el tercer trimestre de 2009, al 33,7% en el tercer trimestre de 2010, mientras que la pureza media de la heroína incautada por la Agencia de Fronteras del Reino Unido disminuyó del 58,2% al 46,2%. Existe información anecdótica según la cual la heroína escasea en algunos países, aunque no en todos, lo que sugiere que la causa probable de esta escasez sea la intensificación de los esfuerzos policiales y la disminución de la producción de opio en el Afganistán.



## 3. El mercado de coca y cocaína



### 3.1 Introducción

La mayoría de los indicadores y las investigaciones sugieren que la cocaína es, después de la heroína, la droga más problemática en lo que respecta a las consecuencias nocivas para la salud y probablemente la droga más difícil desde el punto de vista de la violencia generada por el narcotráfico.

La prevalencia general y el número de consumidores de cocaína a nivel mundial se mantienen estables. Sin embargo, existen diferencias regionales en las nuevas tendencias: América del Norte comunicó una reducción considerable, en tanto que en Europa occidental y central las tendencias permanecieron estables y en África y Asia se registraron aumentos. Se estima que las cantidades consumidas de cocaína se han reducido, debido principalmente a una disminución en los Estados Unidos y a los bajos niveles de consumo per cápita en los nuevos mercados. El mercado de la cocaína más desarrollado fuera de América sigue siendo Europa, especialmente Europa occidental y central, al tiempo que el consumo de cocaína en Europa oriental sigue siendo limitado. Mientras que en 1998 la demanda en los Estados Unidos era más de cuatro veces la de Europa, un decenio más tarde el volumen y el valor del mercado de cocaína en Europa occidental y central (33.000 millones de dólares de los EE.UU.) están casi a la par de los de los Estados Unidos (37.000 millones de dólares de los EE.UU.). En efecto, el volumen de cocaína consumida en Europa se duplicó en el último decenio, si bien los datos correspondientes a los últimos años indican que se ha estabilizado en los niveles más altos.

Los perjuicios asociados al consumo de cocaína en lo que respecta a la demanda de tratamiento, los casos de sobredosis y muertes, las complicaciones para la salud debidas al consumo de múltiples drogas entre los consumidores de cocaína, y a los adulterantes de la cocaína siguen siendo considerables en las regiones de consumo más importantes.

Se ha registrado una reducción de la superficie destinada al cultivo de coca, así como en la producción de cocaína. Las incautaciones mundiales de cocaína han permanecido fundamentalmente estables entre 2006 y 2009. Desde 2006 las incautaciones se han desplazado, desde los mercados de consumo de América del Norte y Europa occidental y central, hacia las zonas de origen en América del Sur. Algunos países sudamericanos de distribución secundaria parecen estar adquiriendo una creciente importancia como países de tránsito para el tráfico de cocaína. El tráfico a través del África occidental continúa siendo considerable, a pesar de que desde 2007 se ha venido reduciendo el número de incautaciones (de un 25% de las incautaciones de cocaína europea que pasaba por países del África occidental y central en 2007, a un 13% en 2009). La zona sigue siendo vulnerable a un resurgimiento del tráfico de cocaína. En 2008 y 2009 algunos países de la región de Asia y el Pacífico, con mercados de consumo potencialmente grandes, registraron un aumento de las incautaciones de cocaína.

La expansión del mercado de cocaína al otro lado del Atlántico, más recientemente en América del Sur y otros países, pone de relieve la necesidad de tratar la cocaína como un problema mundial y de formular estrategias de acuerdo con la escala del problema. Los esfuerzos deben estar cada vez más mejor coordinados e integrados para crear un enfoque internacional que se adapte a los cambios y las nuevas tendencias.

### 3.2 Consumo

La UNODC estima que la prevalencia anual del consumo de cocaína en 2009 se situaba entre un 0,3% y un 0,5% de la población de 15 a 64 años, lo que corresponde a 14,3 y 20,5 millones de personas dentro de ese intervalo de edad que consumieron cocaína al menos una vez el año anterior. Los intervalos inferior y superior de los consumidores de

**Cuadro 15: Cálculo de la prevalencia anual y número de consumidores de cocaína, por región, subregión y a nivel mundial**

Región/subregión	Número estimado de consumidores anuales (mínimo)	-	Número estimado de consumidores anuales (máximo)	Porcentaje de la población de 15 a 64 (mínimo)	-	Porcentaje de la población de 15 a 64 (máximo)
<b>África</b>	940.000	-	4.420.000	0,2	-	0,8
África oriental	-	-	-	-	-	-
África septentrional	30.000	-	50.000	0,03	-	0,04
África meridional	270.000	-	730.000	0,3	-	0,9
África occidental y central	550.000	-	2.300.000	0,3	-	1,1
<b>América</b>	8.280.000	-	8.650.000	1,4	-	1,4
Caribe	110.000	-	330.000	0,4	-	1,2
América Central	120.000	-	140.000	0,5	-	0,6
América del Norte	5.690.000	-	5.690.000	1,9	-	1,9
América del Sur	2.360.000	-	2.480.000	0,9	-	1,0
<b>Asia</b>	400.000	-	2.300.000	0,02	-	0,2
Asia central	-	-	-	-	-	-
Asia oriental/sudoriental	400.000	-	1.070.000	0,03	-	0,2
Cercano Oriente/Oriente Medio	40.000	-	650.000	0,01	-	0,3
Asia meridional	-	-	-	-	-	-
<b>Europa</b>	4.300.000	-	4.750.000	0,8	-	0,9
Europa oriental/sudoriental	310.000	-	660.000	0,1	-	0,3
Europa occidental/central	3.990.000	-	4.090.000	1,2	-	1,3
<b>Oceanía</b>	330.000	-	400.000	1,4	-	1,7
<b>Todo el mundo</b>	<b>14.250.000</b>	-	<b>20.520.000</b>	<b>0,3</b>	-	<b>0,5</b>

**Cuadro 16: Opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de cocaína por región, 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

Región	Estados Miembros que informan sobre la opinión	Tasa de respuestas de los Estados Miembros sobre la opinión	Aumento del consumo problemático*	Porcentaje del aumento del consumo problemático	Consumo problemático estable	Porcentaje del consumo problemático estable	Reducción del consumo problemático*	Porcentaje de reducción del consumo problemático
África	8	15%	4	50%	2	25%	2	25%
América	15	43%	5	33%	7	47%	3	20%
Asia	13	29%	7	54%	3	23%	3	23%
Europa	27	60%	14	52%	13	48%	0	0%
Oceanía	1	7%	0		1		0	
<b>Todo el mundo</b>	<b>64</b>	<b>33%</b>	<b>30</b>	<b>47%</b>	<b>26</b>	<b>41%</b>	<b>8</b>	<b>13%</b>

\* Se refiere a los aumentos o disminuciones que van de 'cierto aumento/disminución' a 'gran aumento/disminución', no ponderados por población.

cocaína en 2009<sup>1</sup> se han ampliado, lo que sugiere o bien un aumento en el número estimado de consumidores, o bien una creciente incertidumbre acerca de las estimaciones. La principal diferencia con respecto a años anteriores es la amplitud de los intervalos, que deriva de una falta de información actualizada o fiable de África, en particular de las regiones del África occidental y central<sup>2</sup> y del Asia orien-

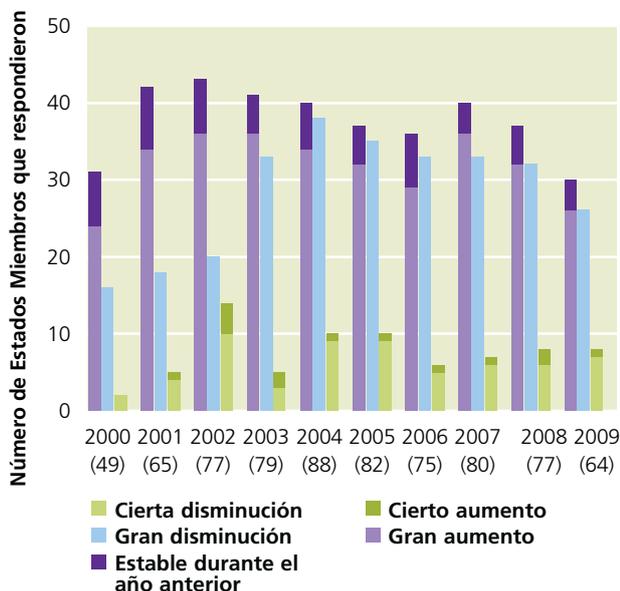
tal y sudoriental, donde el consumo de cocaína podría haber aumentado a partir de niveles relativamente bajos. No se dispone de información acerca del alcance del consumo de cocaína en el Asia meridional o central. En 2009, se registró una disminución considerable en el número calculado de consumidores de cocaína en América del Norte, mientras que el consumo de cocaína en Europa parece haberse estabilizado.

- ■
- 1 En 2008, el valor estimado de la prevalencia anual de consumidores de cocaína oscilaba entre el 0,3% y el 0,4% de las personas de 15 a 64 años, o sea, entre 15,1 y 19,4 millones de personas.
  - 2 Esto se debe en cierta medida al hecho de que en años anteriores las estimaciones para la República Democrática del Congo se incluyeron

■ ■ dentro de la subregión del África meridional y que, por razones de uniformidad, se pasaron ahora a la subregión del África occidental y central.

**Fig. 49: Opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de cocaína, 2000-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



Sin embargo, el consumo de cocaína parece haberse extendido geográficamente. En 2009, cerca de la mitad de los Estados Miembros que comunicaron la opinión de los expertos a través del CPIA consideraron que el consumo de cocaína había aumentado en sus países. Esto resultó particularmente visible en África y Asia, donde países que nunca lo habían hecho hasta entonces comunicaron un aumento de las incautaciones de cocaína, si bien a niveles bajos. Las tendencias a largo plazo, según la opinión de los expertos comunicadas oficialmente a la UNODC, apuntan también a un sostenido aumento del consumo de cocaína en África y Asia. Los expertos de la mitad de los países europeos, especialmente de Europa occidental y central, consideraron que el consumo de cocaína se mantenía estable, mientras que la otra mitad percibieron un aumento. Los principales niveles de estabilización o disminución de las tendencias del consumo de cocaína se observan en la región de América.

**Decrece el consumo de cocaína en una de las principales regiones consumidoras: América del Norte**

América del Norte continúa siendo la subregión con el mayor número de consumidores de cocaína del mundo (5,7 millones en 2009), lo que representa más de la tercera parte de todos los consumidores del mundo. Las encuestas de hogares llevadas a cabo en los tres países de América del Norte indican que, en 2009, la tasa de prevalencia anual del consumo de cocaína en la población de 15 a 64 años era del 1,9%, valor inferior a la tasa del 2,4% registrada en 2006.

Los Estados Unidos de América tienen la prevalencia del consumo de cocaína más alta de la región (2,4% de la población, o sea, 5 millones de personas de 15 a 64 años), pero existen indicios de que el consumo de cocaína ha disminuido en los últimos años.

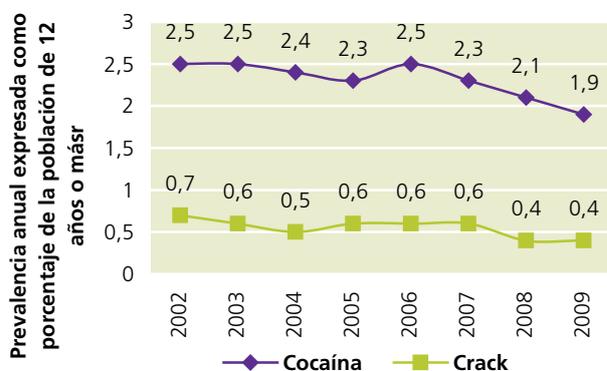
**Fig. 50: Prevalencia anual del consumo de cocaína en América del Norte, 2006-2009**

Fuentes: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2010 y años anteriores; actualizado con las respuestas al CPIA.



**Fig. 51: Estados Unidos: Tendencias de la prevalencia anual del consumo de cocaína en la población de 12 años o más, 2002-2009**

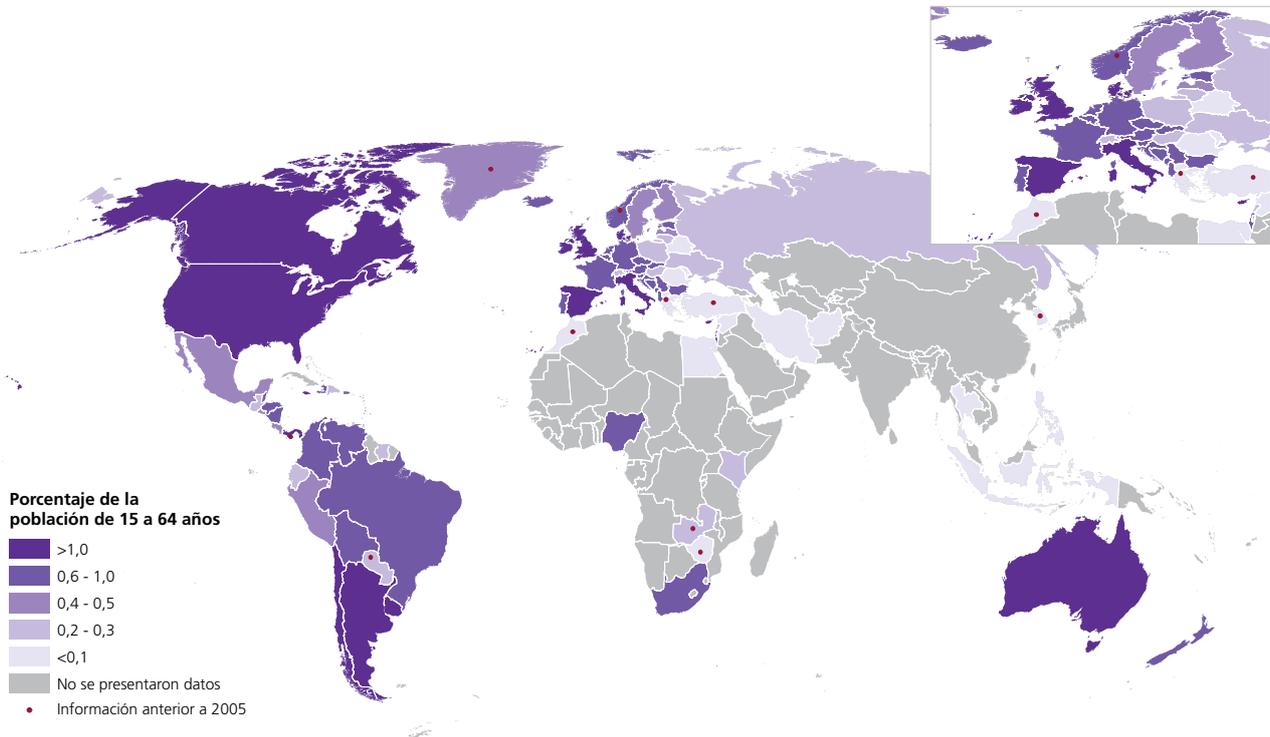
Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: Volume I, Summary of National Findings.



Desde 2006, se ha producido una disminución sostenida en la prevalencia anual del consumo de cocaína (de 2,5% en 2006, a 1,9% en 2009) en la población de 12 años o más, si bien el consumo de crack presenta una tendencia decreciente más lenta. Esta reducción coincidió con una escasez del suministro en el mercado de la cocaína de los Estados Unidos, debido a que las cantidades que llegaban de México eran más reducidas. Los precios de la cocaína ajustados para tener en cuenta el grado de pureza aumentaron en más del 80% entre 2006 y 2009.

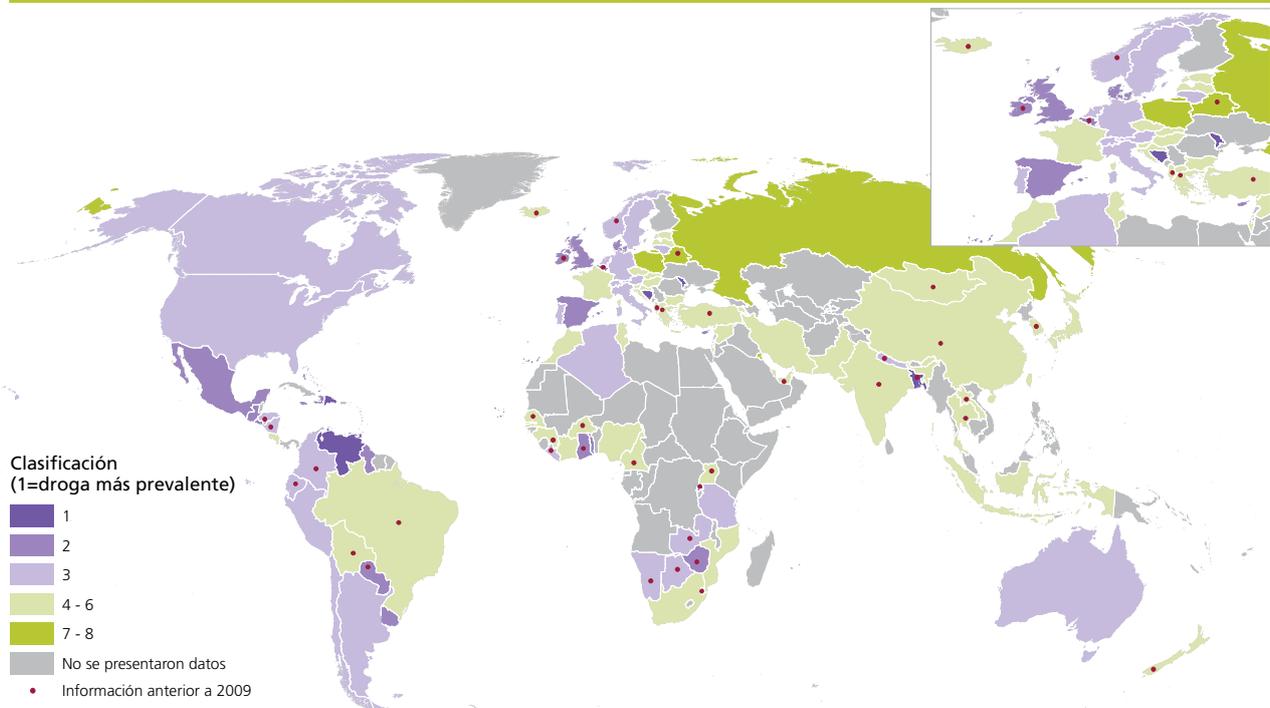
Además de la considerable disminución en la prevalencia del consumo de cocaína tanto anual como del mes anterior, también se registró un menor número de casos de iniciación en el consumo de cocaína. En 2009, en los Estados Unidos, alrededor de 617.000 personas de 12 años o más consumieron cocaína por primera vez en los últimos 12 meses, cantidad inferior a los 722.000 casos del año anterior.

**Mapa 17: Prevalencia anual del consumo de cocaína, 2009 (o último año disponible a partir de 2005)**



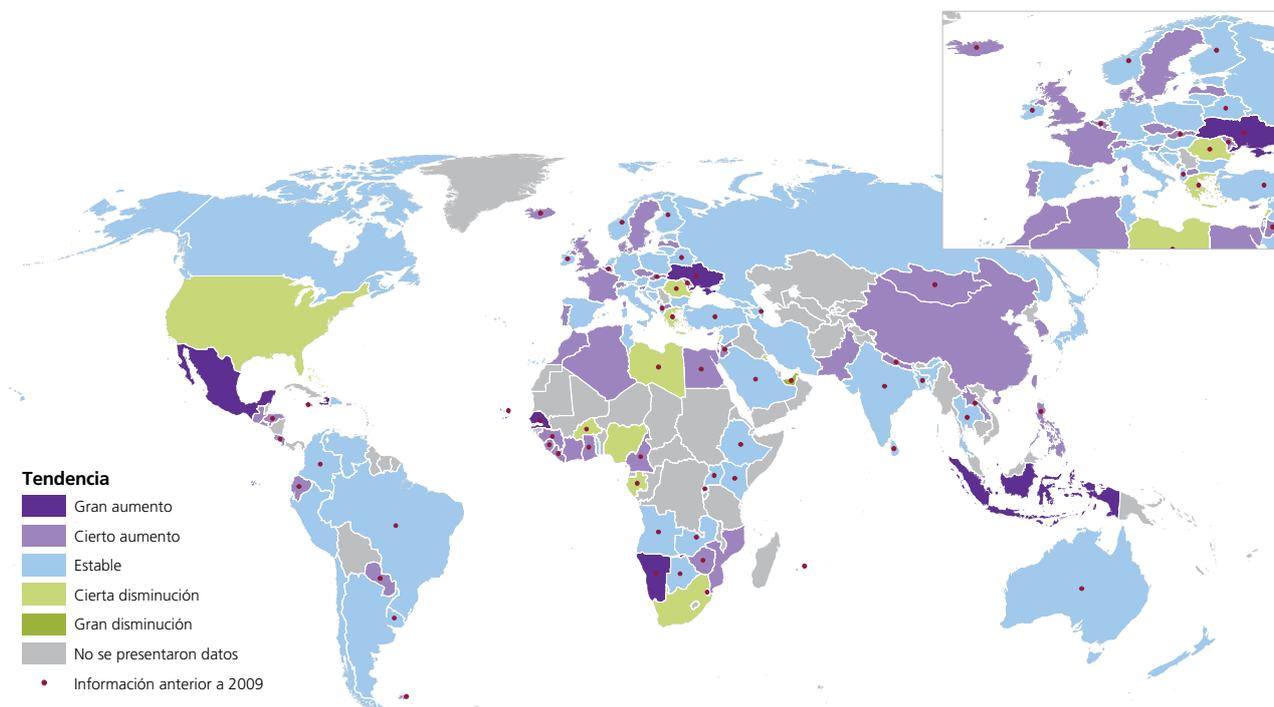
Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

**Mapa 18: Orden de importancia de la cocaína en función de la prevalencia, 2009 (o último año disponible a partir de 2005)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

**Mapa 19: Opinión de los expertos acerca de los cambios en la tendencia del consumo de cocaína, 2009 (o último año disponible a partir de 2005)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

Asimismo se ha registrado una disminución considerable y sostenida de la prevalencia anual del consumo de cocaína y crack entre los estudiantes de secundaria estadounidenses, grados 8° a 12°, especialmente desde 2006. En 2010, la prevalencia anual del consumo de cocaína y de crack entre los estudiantes de 12° grado era del 2,9% y del 1,4%, respectivamente, valores que en 2006 eran del 5,7% y 2,1%.<sup>3</sup>

Sin embargo, la cocaína sigue siendo una droga problemática en los Estados Unidos. De los 7,1 millones de personas de 12 años o más que en 2009 fueron clasificadas como personas con problemas de “dependencia o abuso de drogas ilícitas”, 1,1 millones fueron clasificadas como personas con problemas de “dependencia o abuso de la cocaína”.<sup>4</sup> Esto representa casi una quinta parte de los consumidores anuales de cocaína en 2009, proporción superior a la de todas las demás sustancias ilícitas, excepto la heroína.

En 2009 hubo en los Estados Unidos unos 4,6 millones de visitas a salas de urgencia por problemas de drogas. Del total de esas visitas, la tasa más alta vinculada al consumo de drogas ilícitas fue la de la cocaína (137,7 visitas por cada

100.000 habitantes),<sup>5</sup> seguida de las del cannabis (122,6 por cada 100.000 habitantes) y la heroína (69,4 por cada 100.000 habitantes). Si se compara con otras drogas ilícitas, la tasa de visitas a salas de urgencia por problemas de consumo de cocaína fue mucho más alta entre los pacientes de 21 años o más (80,9%),<sup>6</sup> lo que indica que persiste el consumo problemático en la población de más edad.

Los resultados positivos de las pruebas de detección de cocaína en muestras de cabello de la población laboral también se redujeron del 5,3%, en 2007, al 2,3% en el primer semestre de 2010. Estas pruebas permiten detectar el consumo de cocaína durante los tres meses anteriores. La prueba de consumo de cocaína mediante análisis de orina (que detecta el consumo durante los dos o tres días anteriores) entre los trabajadores estadounidenses mostró la misma tendencia decreciente.

En el Canadá, la prevalencia anual del consumo de cocaína en 2009 fue del 1,4% en la población de 15 a 64 años, lo que corresponde a unas 327.000 personas que consumieron cocaína al menos una vez el año anterior. Del mismo

3 Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., y Schulenberg, J. E., *Monitoring the Future, national results on adolescent drug use: Overview of key findings*, 2010, 2011, Institute for Social Research, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Estados Unidos de América.

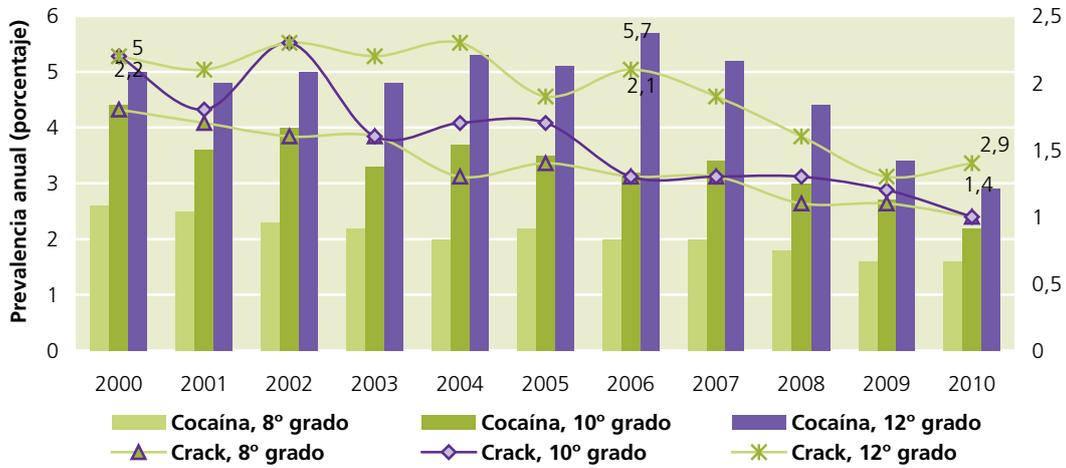
4 Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4586Findings (Rockville, Maryland, 2010).

5 En general, teniendo en cuenta las visitas a salas de urgencia relacionadas con el uso indebido o abuso de drogas, la tasa más alta correspondió a los opioides y analgésicos de venta con receta, con 405,4 visitas por cada 100.000 habitantes, mientras que la tasa de las visitas motivadas por el consumo de cocaína ocupó el segundo lugar.

6 Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, Centre for Behavioural Health Statistics and Quality, *The DAWN Report: Highlights of the 2009 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits*, 2010, Rockville, Maryland, Estados Unidos de América.

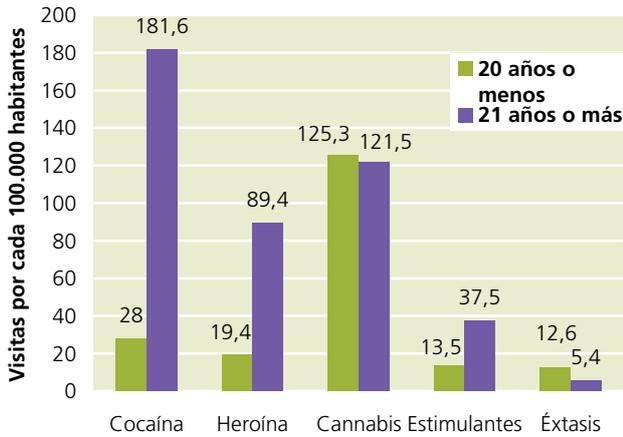
**Fig. 52: Prevalencia anual del consumo de cocaína entre los alumnos de enseñanza media en los Estados Unidos, 2000-2010**

Fuente: United States Monitoring the Future: results on adolescent drug use.



**Fig. 53: Estados Unidos: visitas a salas de urgencia relacionadas con drogas ilícitas, por edad, 2009**

Fuente: SAMHSA, Drug Abuse Warning Network (DAWN).



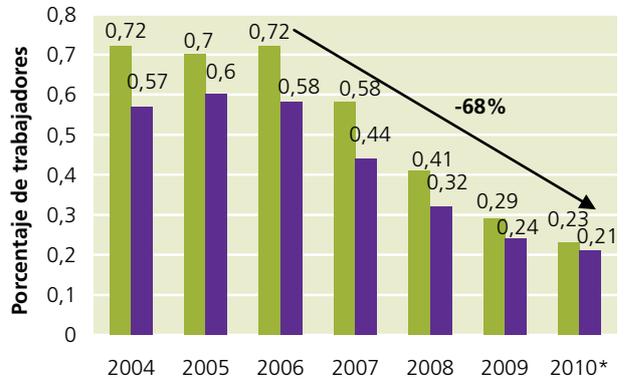
modo que en los Estados Unidos, el consumo de cocaína en el Canadá ha venido disminuyendo considerablemente desde 2004, cuando llegaba al 2,3%. En 2008, la tasa era del 1,9% en la población de 15 a 64 años. La prevalencia del consumo de cocaína en los últimos 12 meses en 2009 era de casi el doble (3,0%) entre los jóvenes (de 15 a 24 años), tasa que también ha disminuido desde 2008, año en que ascendió al 5,9%.<sup>7</sup>

Si se compara a México con el Canadá y los Estados Unidos, la prevalencia anual del consumo de cocaína es mucho menor (aproximadamente un 0,4%). En México, los expertos observaron un aumento del consumo de cocaína en relación con el año anterior, mientras que la demanda de tratamiento por consumo de cocaína como principal sus-

7 Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey*, 2009.

**Fig. 54: Pruebas positivas de orina por consumo de cocaína entre los trabajadores de los EE.UU.\*, 2004-2010**

\* Los resultados positivos por consumo de cocaína entre los trabajadores de los EE.UU. (4,2 millones de pruebas en 2009) y entre los trabajadores con funciones que afectan a la seguridad obligados a someterse a la prueba por disposición federal (1,3 millones de pruebas en 2009). Los datos de 2010 se refieren a los primeros seis meses. Source: Quest Diagnostics, Drug Testing Index.



Trabajadores ordinarios  
Trabajadores con funciones que afectan a la seguridad obligados a someterse a la prueba por disposición federal

tancia problemática ha disminuido al 7,9% de la demanda total en 2009, en comparación con el 20,6% registrado en 2008.<sup>8</sup>

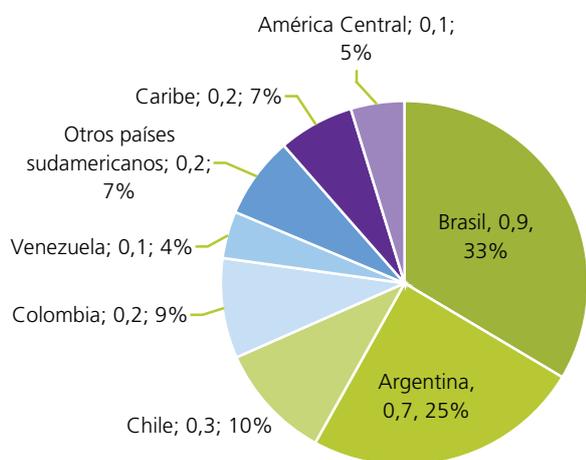
**El consumo de cocaína se considera en general estable en América del Sur y América Central**

Se calcula que el número anual de consumidores de cocaína en América del Sur y América Central y en el Caribe oscila entre los 2,6 y los 2,9 millones de personas de 15 a 64 años. El consumo de cocaína en América del Sur y Central sigue

8 Esta disminución de la demanda de tratamiento podría derivar de un cambio en el registro de los tratamientos.

**Fig. 55: Consumo de cocaína en los países de América del Sur, América Central y el Caribe, en millones de personas y como porcentaje del total (N = 2,7 millones en 2009)**

Source: UNODC ARQ.



a niveles superiores a la media mundial. Se calcula que la prevalencia anual en la población varía entre el 0,9% y el 1% en América del Sur, y entre el 0,5% y el 0,6% en América Central. La prevalencia del consumo de cocaína en América del Sur, aunque mucho más baja que en América del Norte, es comparable con la de Europa. La tendencia ascendente del consumo de cocaína comunicada en años anteriores no se mantuvo en 2009. A excepción del Ecuador

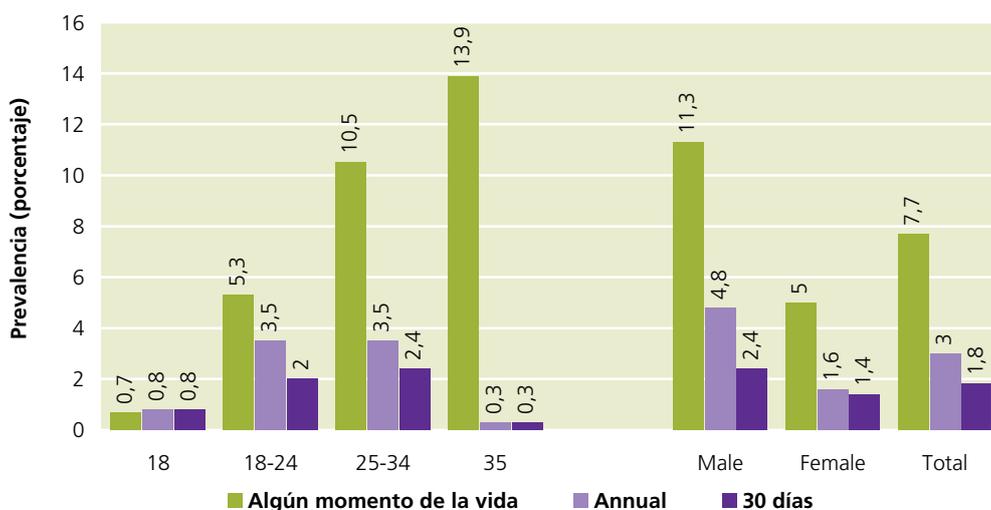
y Guatemala, que comunicaron aumentos, los expertos de la mayoría de los países de América del Sur y América Central opinaron que las tendencias se habían estabilizado. Cerca del 50% de la demanda total de tratamiento comunicada por los países de América del Sur y Central (incluido el Caribe) se debe, según los informes, al consumo de cocaína, al tiempo que esta sustancia es la principal causante las muertes inducidas por las drogas en la subregión.

Se cuenta con información actualizada sobre el alcance del consumo de cocaína en América del Sur y Central. Países como la Argentina (2,6%), Chile (2,4%) y el Uruguay (1,4%) mantienen una alta prevalencia del consumo de cocaína en la población en general. En conjunto, corresponden al Brasil, la Argentina y Chile más de dos tercios del total de consumidores de cocaína de América del Sur, América Central y el Caribe. Del total, el 7% corresponde a los países caribeños y el 5% a América Central.

Aunque el Brasil tiene la tasa de prevalencia más baja (0,7%) en la población de 15 a 64 años, debido a su gran número de habitantes es el país de América del Sur con el mayor número de consumidores de cocaína (900.000). De acuerdo con una encuesta nacional llevada a cabo en 2009 entre estudiantes universitarios del Brasil, la prevalencia anual del consumo de cocaína entre los estudiantes de 18 a 35 años era del 3%. El consumo de cocaína era mucho menor entre las estudiantes mujeres que entre los varones. Se comunicaron niveles comparables de consumo reciente y actual de cocaína entre los estudiantes de 18 a 24 y de 25 a 34 años, valores mucho más altos que el correspondiente al consumo de cocaína entre los estudiantes de 18 o 35 años.<sup>9</sup>

**Fig. 56: Brasil: consumo de cocaína entre estudiantes universitarios, 2009**

Fuente: I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Os Universitarios Das 27 Capitais Brasileiras, Secretaria Nacional Políticas sobre Drogas.



<sup>9</sup> Andrade, A.G., Duarte, P. y Oliveira, L.G., I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Os Universitarios Das 27 Capitais Brasileiras, Secretaria Nacional Políticas sobre Drogas, Brasília, 2010.

## El policonsumo de drogas entre los consumidores de cocaína

El policonsumo de drogas, es decir, el consumo de varias drogas al mismo tiempo, ya sea combinado o consecutivo, es un fenómeno común entre los grupos de consumidores de drogas. En Europa y en los Estados Unidos de América, el consumo de cocaína es común entre los consumidores de múltiples drogas.

En Europa se informó que la prevalencia del policonsumo de drogas era más alta entre los consumidores de cocaína que entre los de cannabis, mientras que los consumidores de cocaína también presentaban tasas más elevadas de consumo simultáneo de estimulantes. Una investigación llevada a cabo en 2006 en 14 países europeos reveló que alrededor del 62% de los consumidores de cocaína eran consumidores de múltiples drogas. El alcohol, el cannabis y la heroína se contaban entre las tres principales sustancias usadas, según se informa, por los consumidores de cocaína.

### El consumo de múltiples drogas entre los consumidores de cocaína y cannabis\*

\*En el cuadro se compara el policonsumo de drogas entre las personas que han consumido cocaína y cannabis a lo largo de muchos años y que inician tratamiento.  
Fuente: OEDT, Annual Report 2009: the state of the drugs problem in Europe.

Consumidores de cocaína	% del total
Alcohol	42
Cannabis	28
Heroína	16
Consumo total de múltiples drogas entre los consumidores de cocaína	62
Consumidores de cannabis	% del total
Alcohol	65
Cocaína	13
Heroína	12
Consumo total de múltiples drogas entre los consumidores de cannabis	85

Entre los pacientes que inician tratamiento en Europa, la droga secundaria comunicada con más frecuencia, en casi un tercio de los casos, es la cocaína (incluido el crack). Entre los consumidores de cocaína en tratamiento, se distinguieron dos grupos principales: los individuos socialmente integrados que consumían cocaína en polvo, con frecuencia durante los fines de semana, en fiestas u otras reuniones sociales. Estos consumidores normalmente esnifan, algunas veces junto con el consumo de alcohol o cannabis. El segundo grupo es un grupo de pacientes más marginados, que con frecuencia se inyectan y consumen cocaína o cocaína crack combinada con opioides. Además, este grupo marginado de consumidores de cocaína presen-

taba un estado de salud y condiciones sociales muy precarias, e incluía a ex consumidores de opioides que volvían a tratarse por consumo de cocaína.

Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos reveló que, después del alcohol, la cocaína era la sustancia de mayor consumo en combinación con otras, tales como el alcohol, el cannabis, el alcohol y el alcohol y opioides.

Países con una alta prevalencia del consumo de cocaína, entre ellos Los Estados Unidos, el Canadá, el Reino Unido, Italia y España, también comunicaron el consumo combinado o simultáneo de cocaína y heroína, conocido como **speedballing**. En 2006, más de la cuarta parte de los pacientes de 14 países europeos que solicitaron tratamiento, declararon practicar el consumo combinado de cocaína y heroína. Un estudio realizado en el Canadá demostró que la misma proporción de consumidores de drogas consumían cocaína y heroína tanto de manera consecutiva (dentro de la misma hora) como simultánea, o combinadas. Un estudio llevado a cabo entre los consumidores en cárceles mexicanas reveló que la gran mayoría de los reclusos (92%) se inyectaba drogas, y menos de la mitad de ellos practicaban el *speedballing*.

Algunas de las razones para la práctica del *speedballing* que se sugieren en la literatura son: 1) cuando la cocaína y la heroína se consumen juntas, no se experimenta ningún efecto nuevo o diferente, sino que se sienten simultáneamente los efectos típicos de ambas drogas; 2) el consumo simultáneo de cocaína y heroína en dosis bajas podría reforzar mutuamente sus efectos; 3) la cocaína intensifica algunos efectos de los opioides (como grupo) y reduce algunos efectos adversos de la heroína u otros opioides, al tiempo que mantiene la euforia inicial inducida por la heroína; 4) en el caso de algunos consumidores de opioides, incluidos los que se encuentran en terapia de sustitución o de mantenimiento, el consumo de opioides se considera algo normal o incluso "medicinal" para prevenir el síndrome de abstinencia y mantener la normalidad, mientras que el crack se consume por su efecto euforizante.

En cuanto al consumo subsiguiente de heroína o cocaína, se sugiere que el consumo de heroína después de una dosis de cocaína tiene un efecto depresivo que contrarresta la sobreexcitación causada por la cocaína, mientras que la cocaína quizá se utilice para reducir los efectos secundarios desagradables de la heroína, como los síntomas adversos del síndrome de abstinencia.

### Riesgos y consecuencias

La principal consecuencia del policonsumo de drogas, como en el caso del consumo de cocaína, es que aumentan los peligros de sobredosis y los problemas crónicos de la salud. El consumo de alcohol junto con el de cocaína puede aumentar la concentración de cocaína en la sangre, lo que produce un efecto psicoactivo más prolongado, pero agrava el riesgo de sufrir problemas cardiovasculares



porque provoca una aceleración del pulso y un aumento de la presión arterial. El consumo de cocaína también puede disminuir la percepción de los efectos de la embriaguez causada por el alcohol. Se ha encontrado un nexo causal entre las ideas suicidas o los actos violentos, por un lado, y el consumo combinado de alcohol y cocaína, por el otro. Al combinarse estas dos sustancias, el hígado produce una tercera sustancia llamada cocaetileno, que intensifica la sensación de euforia causada por la cocaína. Se ha encontrado una asociación entre esta combinación y un mayor riesgo de ataques cardíacos o incluso de muerte súbita en consumidores de menos de 40 años.

De manera análoga, cuando la cocaína se combina con opioides, se intensifican los efectos cardiovasculares negativos de la cocaína, que pueden provocar depresión respiratoria y contrarrestar los efectos sedantes de los opioides, creando así un mayor riesgo de sobredosis. En Europa, correspondió a las muertes provocadas por el consumo de cocaína con otras drogas el 21% de las muertes por consumo de drogas, y en el 8% de esos casos había opioides presentes (2009).

El consumo combinado de cocaína y heroína también ha sido relacionado con una mayor probabilidad de abandono del tratamiento, de recaídas y comorbilidad con psicopatología que cuando solo se consumen opioides. Los consumidores de opioides y cocaína experimentan más depresiones, episodios de ansiedad y síntomas conexos que los que consumen solo cocaína. Entre los consumidores de heroína y cocaína también es más frecuente el consumo por inyección, lo que puede dar por resultado un mayor uso compartido de jeringas contaminadas. Además, el uso de ácido cítrico para preparar las inyecciones y la práctica de *flushing*<sup>1\*</sup> aumentan el riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea tales como la hepatitis B y C, y causan un mayor deterioro de los tejidos blandos y las venas donde se inyectan.

Por lo tanto, el consumo de múltiples drogas, particularmente si una de ellas es la cocaína, y los peligros conexos tienen importantes repercusiones para la salud pública y las políticas de prevención, tratamiento y atención de los consumidores de heroína y cocaína.

## Referencias

- Bandettini Di Poggio, A. y otros, 'Comparison between Heroin and Heroin-Cocaine Polyabusers: A Psychopathological Study,' *Annals of the New York Academy of Science*, 2006; 1074: págs. 438 a 445.
- Bucardo, J. y otros, 'Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections,' *Drug and Alcohol Dependence*, 2005; 79(3): págs. 281 a 293.

<sup>1</sup> \* Flushing es el término utilizado para describir una práctica de inyección en la cual el émbolo de la jeringa se tira hacia atrás y se reinyecta el fluido (compuesto en su mayor parte por sangre y, en algunos casos, solo por sangre). También se conoce como "booting" y "kicking".

OEDT, *Polydrug use: patterns and responses*, Selected Issue, Lisboa, 2009.

OEDT, *Informe anual 2009: El problema de la drogodependencia en Europa*, Lisboa, 2009.

Grov, C., Kelly, B.C. y Parsons, J.T., 'Polydrug use among club-going young adults recruited through time-space sampling,' *Substance Use and Misuse*, 2009; 44(6): págs. 848 a 864.

Kaye, S., y Darke, S., 'Injecting and non-injecting cocaine use in Sydney, Australia: physical and psychological morbidity,' *Drug and Alcohol Review*, 2004; 23: págs. 391 a 398.

Kedia, S., Sell, M.A. y Relyea, G., 'Mono- versus polydrug abuse patterns among publicly funded clients,' *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2007; 2:33.

Leri, F., Bruneau, J., y Stewart, J., 'Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use,' *Addiction*, 2003; 98: págs. 7 a 22.

Leri, F. y otros, 'Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montréal,' *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 2004; 29 (1): 40-7.

Leri, F. y otros, 'Patterns of opioid and cocaine co-use: A descriptive study in a Canadian sample of untreated opioid-dependent individuals,' *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2005; 13(4): págs. 303 a 310.

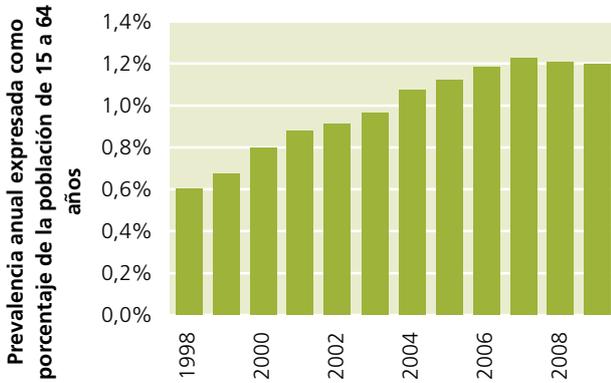
Instituto Nacional contra la Drogadicción (NIDA), *Info Facts: Cocaine*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2010.

Prinzleve, M. y otros, 'Cocaine Use in Europe – A Multi-Centre Study: Patterns of Use in Different Groups,' *European Addiction Research*, 2004;10: págs. 147 a 155.

Rhodes, T. y otros, 'Crack-heroin speedball injection and its implications for vein care: qualitative study,' *Addiction*, 2007; 102: págs. 1782 a 1790.

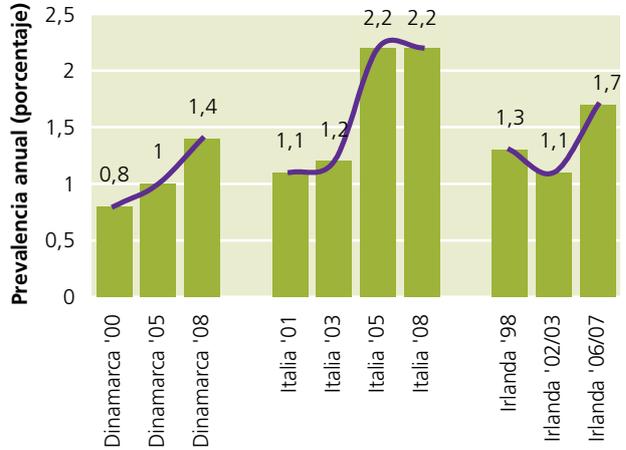
**Fig. 57: Prevalencia anual del consumo de cocaína entre los países de la UE/AELI, 1998-2009**

Fuentes: Respuestas al CPIA; informes de los gobiernos; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*; OEDT, *Statistical Bulletin 2009*.



**Fig. 60: Europa: Tendencias del consumo de cocaína en algunos países con alta prevalencia**

Fuente: UNODC, CPIA; OEDT.



**Fig. 58: Europa: Tendencias del consumo de cocaína en países que comunicaron información actualizada**

Fuente: UNODC, CPIA; OEDT.



**Fig. 59: Inglaterra y Gales (Reino Unido): Tendencias de la prevalencia anual del consumo de cocaína, 1996-2009/2010**

Fuente: UNODC, CPIA; OEDT.



**La mayoría de los países de Europa comunican una tendencia estable del consumo de cocaína en la actualidad**

Se estima que la prevalencia anual del consumo de cocaína en Europa se ubica entre el 0,8% y el 0,9% de la población de 15 a 64 años, o sea, entre 4,3 y 4,8 millones de personas que consumieron cocaína al menos una vez el año anterior. Estas cifras son ligeramente más bajas que las del año precedente. El consumo de cocaína es, según se informa, más alto en Europa occidental y central (1,2% a 1,3%) que en Europa oriental y sudoriental (0,1% a 0,3%). En 2009, muchos países europeos, principalmente de Europa occidental y central que transmitieron la opinión de los expertos sobre las tendencias, comunicaron una estabilización del consumo de cocaína ese año, según esa opinión.

Las estimaciones de la tasa de prevalencia para los 27 países de la Unión Europea<sup>10</sup> y los 4 de la AELI<sup>11</sup> sugieren que el número de consumidores de cocaína se duplicó entre 1998 y 2006. Entre 2006 y 2009, el consumo parece haberse estabilizado. A pesar del aumento en Europa y de la disminución en América del Norte que se registraron en el último decenio, los niveles totales de consumo de cocaína en la región de la UE/AELI (prevalencia anual del 1,2%) siguen siendo solo la mitad de los de Estados Unidos (2,4% de la población de 15 a 64 años en 2009).

**Las altas tasas de prevalencia del consumo de cocaína se limitan a algunos países de Europa occidental**

Dos tercios de los consumidores de cocaína europeos se concentran en tres países: el Reino Unido, España e Italia.

<sup>10</sup> Países de la UE: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia.

<sup>11</sup> Países de la AELI: Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza.

Estos países, junto con Alemania y Francia, representan el 80% del consumo de cocaína en el continente. En lo que respecta a las tasas de prevalencia anual, Dinamarca, España, Irlanda, Italia y el Reino Unido siguen siendo los países con tasas más altas que la media de los países de Europa occidental y central. Se considera que el consumo de cocaína es particularmente alto entre los jóvenes, especialmente entre los hombres de 15 a 34 años. En los cinco países con alta prevalencia, la tasa anual entre las personas de 15 a 34 años osciló entre el 4% y el 8,4%. En estos países, los consumidores de opioides que están recibiendo tratamiento de sustitución también consumen, según se informa, cocaína.<sup>12</sup>

En 2009, Alemania, Bélgica, Chipre, España y el Reino Unido (Inglaterra y Gales) comunicaron nuevos datos sobre la prevalencia del consumo de cocaína. Entre estos países, Chipre y España comunicaron una disminución considerable del consumo de cocaína. La tendencia total en Inglaterra y Gales durante los últimos años ha fluctuado, seguida de importantes aumentos desde fines del decenio de 1990.

## Adulterantes de la cocaína

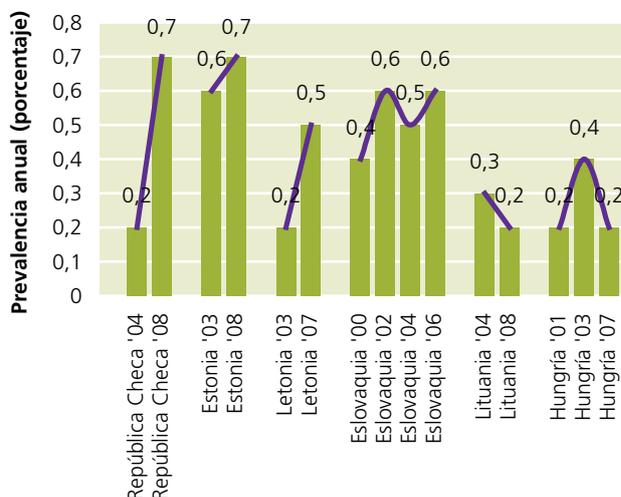
Un fenómeno general registrado en los últimos años ha sido la disminución de la pureza de la cocaína en los principales mercados de consumo de América del Norte y Europa. Esto coincidió con la creciente importancia de los adulterantes, que están modificando las propiedades farmacológicas del polvo blanco que se vende como "cocaína".

Mientras que los diluyentes y otros agentes similares, como la lactosa, se utilizan simplemente para aumentar el peso de la droga, los adulterantes son típicamente sustancias psicoactivas utilizadas para compensar algunos de los efectos farmacológicos de la droga que se pierden por la disminución de los niveles de pureza. La mezcla de la droga con adulterantes puede ocasionar a los consumidores problemas de salud adicionales. En el caso de la cocaína, se han utilizado diferentes sustancias adulterantes, entre las que se incluyen:

Adulterantes comunes de la cocaína	
Levamisole	Probable sinergia estimulante entre la cocaína y el levamisole
Lidocaína	Anestésico local, tiene efectos anestésicos similares a los de la cocaína
Procaína	Anestésico local
Benzocaína	Anestésico local
Cafeína	Estimulante
Ácido bórico	Se parece a la cocaína y actúa como anestésico
Hidroxizina	Antihistamínico
Fenacetina	Analgésico relacionado con el paracetamol

**Fig. 61: Tendencias del consumo de cocaína en determinados países de Europa central**

Fuente: UNODC, CIA; OEDT.



Desde 2004, uno de los adulterantes que, según lo informado, se presenta con mayor frecuencia en las muestras de cocaína analizadas en los Estados Unidos y en Europa es el levamisole. Se trata de un agente antiparasitario utilizado en medicina veterinaria en América del Sur. También se utilizaba en los Estados Unidos para el tratamiento del cáncer de colon y la artritis reumatoide, pero se retiró del mercado debido a sus efectos secundarios adversos.

Cuando el levamisole se utiliza por períodos prolongados y en altas dosis puede tener efectos adversos graves, tales como la agranulocitosis, mal consistente en una disminución de los glóbulos blancos, lo que afecta la capacidad del organismo para combatir las infecciones.

Hasta un 70% de las muestras de cocaína analizadas en los Estados Unidos y en Europa contenían levamisole. Esto llevó al Sistema Europeo de Alerta Temprana a emitir una advertencia e iniciar la reunión de datos adicionales sobre el tema. En 2009, SAMHSA también emitió una advertencia sanitaria sobre los riesgos de la cocaína adulterada con levamisole.

## Referencias

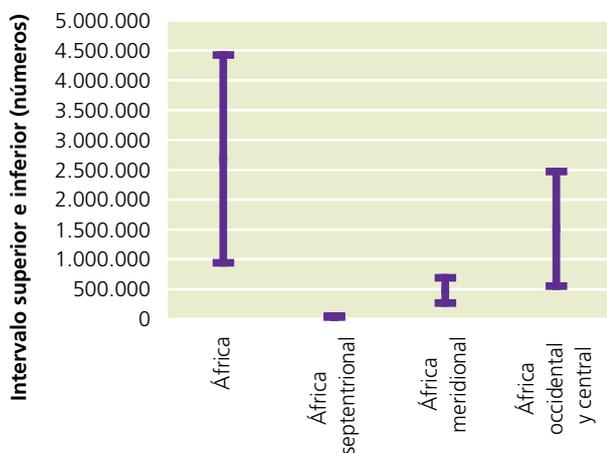
SAMHSA, *Nationwide public health alert issued concerning life threatening risk posed by cocaine laced with veterinary anti parasitic drug*, 21 de septiembre de 2009.

OEDT, *Informe anual 2009: El problema de la drogodependencia en Europa*, Lisboa, 2009.

12 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), *Informe anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa*, Lisboa, 2010

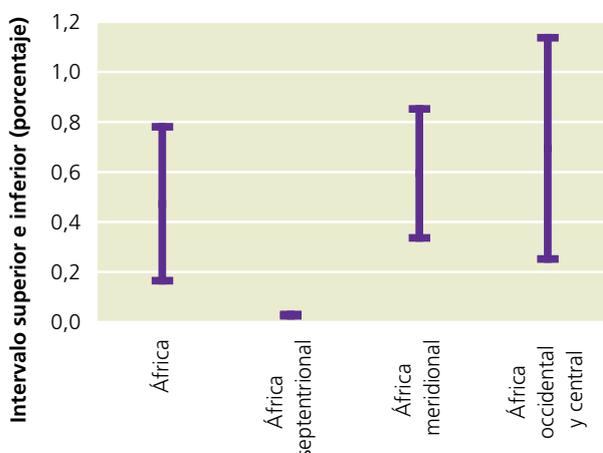
**Fig. 62: Intervalo del número estimado de consumidores de cocaína en África, 2009**

Fuente: UNODC.



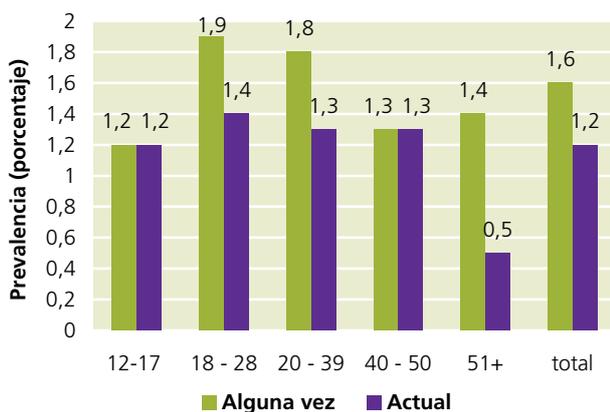
**Fig. 63: Intervalo de prevalencia anual del consumo de cocaína en África, 2009**

Fuente: UNODC.



**Fig. 64: Kenya (provincias costeras): consumo de cocaína actual y en algún momento de la vida, por edad, 2009**

Fuente: NACADA, Report of Survey on Drug and Substance Abuse in Coast Province Kenya.



**Cuadro 17: África: La cocaína como droga primaria de consumo y su proporción respecto de todos los casos de tratamiento, años recientes**

	Año	Cocaína
Namibia	2006	24%
Burkina Faso	2008	21%
Mozambique	2004	11%
Kenya	2005	10%
Eritrea	2006	8%
Sudáfrica	2009	8%
Togo	2009	8%
Senegal	2005	2%
Ghana	2008	1%
Swazilandia	2004	1%
Nigeria	2004	1%

Entre los otros países con altas tasas de prevalencia del consumo de cocaína, Italia presentó una tendencia estable, si bien datos preliminares derivados de una encuesta llevada a cabo en 2009 parecen indicar cierta disminución. Información menos reciente proveniente de Dinamarca (2008) y de Irlanda (2007) reveló, en cambio, tendencias al alza del consumo de cocaína en el período anterior a la encuesta.

La situación en Europa central, donde países tales como la República Checa, Estonia, Letonia y Eslovaquia comunicaron aumentos en el consumo de cocaína, no es uniforme puesto que otros, como Hungría y Lituania, comunicaron disminuciones en las últimas encuestas.

En Europa occidental y central, el 11% de la demanda de tratamiento correspondió a casos en que la cocaína era la droga de consumo primaria, en promedio, comparada con solo el 1% de la demanda de tratamiento en Europa oriental y sudoriental. Aun dentro de Europa occidental y central, la demanda de tratamiento por consumo de cocaína también variaba considerablemente. España fue el país que

tuvo la mayor demanda de tratamiento por problemas relacionados con la cocaína (46% de todos los tratamientos relacionados con drogas), seguida por los Países Bajos (30%). En Alemania, Italia, Suiza y el Reino Unido, la demanda de tratamiento por cocaína expresada como porcentaje de todos los tratamientos fue de alrededor del 15%.

**Aunque la información sobre el alcance del consumo de cocaína en África es limitada, los expertos de los países que han comunicado información opinan que aumenta**

Un limitado número de países africanos han proporcionado información sobre el alcance del consumo de cocaína. Se calcula que la prevalencia anual del consumo de cocaína oscila entre el 0,2% y el 0,8% de la población de 15 a 64 años, o sea, entre 940.000 y 4,4 millones de personas que, según se estima, consumieron cocaína el año anterior. Es probable que el número real de consumidores de cocaína en África se acerque a las estimaciones más bajas. El amplio

**Cuadro 18: Opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de cocaína en Asia, 2008 y 2009**

Fuente: UNODC, CIA.

	2008	2009
Armenia		↔
Bahrein	↑	↑
China	↑	↑
Israel	↔	↑
Indonesia	↓	↑
Japón	↑	
República de Corea		↑
Hong Kong, China	↓	↓
Macao, China		↑
Mongolia	↑	
Pakistán	↑	↑
Filipinas	↑	
Kuwait		↓
Líbano	↔	↓
República Árabe Siria	↑	↔
Emiratos Árabes Unidos	↓	

Explicación: ↑ Aumento; ↓ Disminución; ↔ Estable

intervalo en las estimaciones se debe a la mayor incertidumbre en cuanto a los datos disponibles sobre el continente.

Entre los ocho países que facilitaron la opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de cocaína en África, cuatro comunicaron aumentos. En el África septentrional, donde el consumo de cocaína se considera bajo (0,03% a 0,04%), Argelia y Marruecos comunicaron un aumento, según esa opinión. Los otros dos países que comunicaron aumentos en el consumo de cocaína en 2009 fueron Côte d'Ivoire y Mozambique. En Nigeria y Sudáfrica, en cambio, los expertos opinaron que el consumo de cocaína había disminuido.

En Kenya, una encuesta de hogares que se realizó en las provincias costeras del país en 2009 reveló una prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida del 1,6%, mientras que la prevalencia del consumo actual<sup>13</sup> en la población de 12 a 51 años era del 1,2%. La pequeña diferencia entre el consumo actual y el consumo en algún momento de la vida indica que el consumo de cocaína en estas provincias podría ser un fenómeno nuevo. El alcance del consumo actual de cocaína era comparable entre todos los grupos de edad dentro del intervalo de 12 a 50 años, pero, al igual que en otros países, fue más alto entre los hombres (2,7%) que entre las mujeres (0,4%) que respondieron a la encuesta.<sup>14</sup>

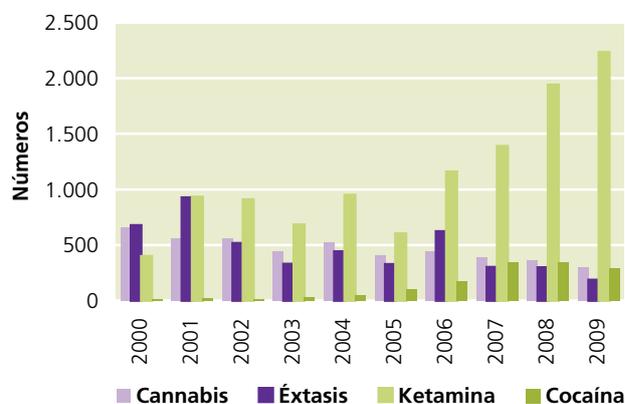
■ ■

13 Por "consumo actual" de drogas se entiende el consumo que tuvo lugar en las cuatro semanas previas a la encuesta.

14 National Campaign Against Drug Abuse Authority (NACADA), *Report of Survey on Drug and Substance Abuse in Coast Province Kenya*

**Fig. 65: Hong Kong (China): Tendencias de los consumidores de cocaína y otros consumidores de drogas registrados, 2000-2009**

Fuente: Central Registry Drug Abuse, Narcotics Division, Security Bureau, Hong Kong (China).



La demanda de tratamiento por problemas relacionados con la cocaína en los países de África que han suministrado información se sitúa alrededor del 5% de todos los tratamientos iniciados. Namibia y Burkina Faso comunicaron la mayor demanda de tratamiento por problemas relacionados con la cocaína, como proporción de todos los tratamientos. En Sudáfrica, según lo comunicó la Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre uso de drogas, la demanda de tratamiento por consumo de cocaína parece haber disminuido en los últimos años, después de haber registrado un aumento en los años anteriores. En las diferentes regiones que comunicaron sus datos en el primer semestre de 2010, la cocaína era la primera o la segunda droga de consumo entre el 5% y el 15% de los pacientes en tratamiento<sup>15</sup>.

#### Varios países de Asia, especialmente del Asia oriental y sudoriental, perciben un aumento en el consumo de cocaína

La información respecto del alcance del consumo de cocaína en Asia es escasa y se limita principalmente a algunos países del Asia oriental y sudoriental. A pesar de esta laguna en la información, se estima que la prevalencia anual del consumo de cocaína en Asia oscila entre el 0,02% y el 0,2% de la población de 15 a 64 años, o sea, entre 400.000 y 2,3 millones de personas que pudieron haber consumido cocaína el año anterior. Es probable que el número real de consumidores de cocaína en Asia se acerque al extremo más bajo del intervalo.

En Asia, la mayoría de los países que proporcionaron la opinión de los expertos respecto del consumo de cocaína observaron que este había aumentado el año anterior. En

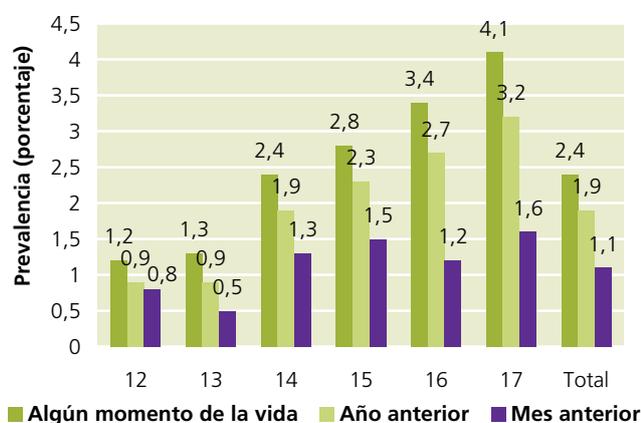
■ ■

– Main Report, marzo de 2010.

15 Plüddemann A. y otros, *Monitoring Alcohol & Drug Abuse Trends in South Africa* (julio de 1996 a junio de 2010), Phase 28, SACENDU research brief, Vol. 13 (2), 2010, Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre uso de drogas.

**Fig. 66: Australia, consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria, 2008**

Fuente: Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over the counter and illicit substances in 2008.



2009, 7 de 13 países o territorios opinaron que el consumo de cocaína había aumentado. Muchos de los países que no habían detectado previamente ningún consumo de cocaína, ahora perciben un aumento. La mayoría de los países que han observado una tendencia creciente (a partir de bajos niveles de consumo) se encuentran en la región del Asia sudoriental, incluida China. Algunos países de otras subregiones también observaron un aumento.

Si bien tiene un reducido número de consumidores de cocaína, el territorio de Hong Kong (China) ha comunicado un descenso constante del consumo en los últimos años. Esto también se refleja en la disminución del número de consumidores de cocaína registrados por las autoridades entre 2007 y 2009, lo que supone una inversión de la tendencia creciente percibida entre 2004 y 2007. En un estudio limitado llevado a cabo en 2008 de grupos de consumidores de cocaína e informantes clave, la pauta del consumo de cocaína en Hong Kong (China) puso de manifiesto que alrededor de dos tercios de los entrevistados consumían cocaína crack y asociaban el consumo de cocaína con las salidas nocturnas y los lugares de entretenimiento como clubes, discotecas y salas de karaoke<sup>16</sup>.

### El consumo de cocaína en Nueva Zelanda y Australia parece haberse estabilizado tras un período de grandes aumentos

El consumo de cocaína en la región de Oceanía parece estable, en general, después de haber registrado fuertes aumentos en Australia durante el período de 2004 a 2007, y en Nueva Zelanda, de 2003 a 2006. La información respecto del consumo de cocaína en Oceanía consiste fundamentalmente en datos de encuestas realizadas en Australia y en Nueva Zelanda. Se calcula que la prevalencia anual en Oceanía oscila entre el 1,4% y el 1,7% de la población de 15 a 64 años. Los valores estimados son aún más bajos

16 Yueying, L., Wing, D. y Fai, J., Study of Cocaine Abuse in Hong Kong, Report to the Narcotics Division, Department of Applied Social Studies, City University of Hong Kong, noviembre de 2008.

**Cuadro 19: Tendencias del consumo de cocaína entre los estudiantes de secundaria en Australia, 2002, 2005 y 2008**

\* Significativamente diferente de la de 2008,  $p < 0,01$ .

Fuente: Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over the counter and illicit substances in 2008.

	12 a 15 años		
	2002	2005	2008
Algun momento de la vida	3*	2.6*	1.9
Mes anterior	1.4	1.4	1
	16 a 17 años		
	2002	2005	2008
Algun momento de la vida	3.6	3.5	3.7
Mes anterior	1.1	1.1	1.4
	12 a 17 años		
	2002	2005	2008
Algun momento de la vida	3.1*	2.9	2.4
Mes anterior	1.3	1.3	1.1

que los niveles comunicados por América del Norte, pero más altos que los de Europa occidental y central.

Se estima que la prevalencia anual del consumo de cocaína en Australia en 2007 fue del 1,9% de la población de 15 a 64 años, comparable a los niveles comunicados por América del Norte. Tal como se informa en el Australian Illicit Drug Data Report (2008-2009), "los recientes aumentos de las detenciones relacionadas con la cocaína y del consumo, así como las considerables incautaciones de la droga en los últimos años, según se informa, apuntan a una expansión potencial del mercado de cocaína australiano"<sup>17</sup>.

Sin embargo, existen indicios de que el aumento se detuvo. El consumo de cocaína entre los estudiantes ha disminuido en los últimos años. En 2008, entre los estudiantes de 12 a 17 años, la prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida era del 2,4%, mientras que la prevalencia del mes anterior era del 1,1%. Entre los estudiantes que participaron en la encuesta, el consumo de cocaína en todos los períodos, es decir, en algún momento de la vida, anual y del mes anterior, aumentaba con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 17 años<sup>18</sup>.

La prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida entre los estudiantes de 12 a 15 años en Australia disminuyó considerablemente entre 2002 y 2008, así como entre 2002 y 2005. La prevalencia del mes anterior más baja dentro de este grupo se registró en 2008, si bien este valor no es estadísticamente significativo. La prevalencia en

17 Australian Crime Commission, *Illicit Drug Data Report 2008-2009*, junio de 2010.

18 White V. and Smith G., *Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over the counter and illicit substances in 2008*, Drugs Strategy Branch, Departamento de Salud y del Envejecimiento Australiano.

algún momento de la vida y del mes anterior entre los estudiantes de 16 y 17 años se mantuvo a niveles similares y no experimentó ninguna disminución significativa durante los tres períodos de la encuesta.<sup>19</sup>

En 2008, entre los detenidos sometidos a análisis para detectar la presencia de drogas en Australia, se detectó cocaína en el 1% de los análisis de orina. Entre los detenidos, los hombres eran más propensos a dar positivo en la prueba, mientras que la tasa más alta de resultados positivos se registró entre los detenidos de 21 a 35 años. La prevalencia del consumo de cocaína entre los detenidos sometidos a pruebas de drogas se mantuvo sistemáticamente baja en los años anteriores<sup>20</sup>, lo que contrasta con la alta prevalencia del consumo de cocaína en la población en general. Del mismo modo, entre los consumidores de drogas inyectables, una pequeña proporción (2% a 3%) declararon que la cocaína era la última droga que se habían inyectado<sup>21</sup>, mientras que esta sustancia representaba menos del 1% del total de la demanda de tratamiento para el período de 2007 a 2008<sup>22</sup>. Esto también indica que en Australia la cocaína sigue siendo la droga de consumo más común entre los grupos socialmente integrados, que, en su mayoría, la consumen con fines recreativos.

La información más reciente sobre el consumo de cocaína en Nueva Zelanda data de 2008, cuando se estimaba que el 0,6% (intervalo: 0,3% a 0,8%) de la población de 16 a 64 años había consumido cocaína durante el año anterior a la encuesta. La prevalencia anual más alta del consumo de cocaína (1,8%) se registró entre los jóvenes de 25 a 34 años<sup>23</sup>. Según lo comunicado por Nueva Zelanda, los expertos opinan que el consumo de cocaína ha permanecido estable en los últimos dos años.

Para el resto de Oceanía, no existe información reciente o fiable sobre el alcance o las pautas del consumo de cocaína.

■ ■  
19 *Ibid.*

20 Gaffney A., Jones W., Seeney J. y Payne J., *Drug Use monitoring in Australia: 2008 annual report on drug use among police detainees*, Monitoring Reports 09, Instituto Australiano de Criminología.

21 National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, *Australian NSP Survey National Data Report 2005-2009*, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales, Sydney, 2010.

22 UNODC, CPIA.

23 Drug use in New Zealand, *Key Results 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, Ministerio de Salud, 2010.

### 3.3 Producción

#### Cultivo

Las estimaciones del cultivo mundial de coca para 2010 se basan en las cifras de 2009 en el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, y en las cifras de 2010 en el de Colombia y el Perú. En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de cifras correspondientes a 2010 sobre el cultivo de coca en Bolivia.

En 2010, la superficie total destinada al cultivo de la coca disminuyó en un 6%, debido principalmente a una pronunciada reducción en Colombia, que no se vio enteramente contrarrestada por el ligero aumento registrado en el Perú. La reducción de la superficie total dedicada al cultivo de coca desde 2007 se debe a una considerable disminución de la producción en Colombia, que ha sido en parte contrarrestada por los aumentos registrados en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú durante el mismo período.

La principal diferencia entre la coca y otras plantas narcóticas tales como la adormidera y el cannabis es que el arbusto de coca es una planta perenne, que puede cosecharse varias veces al año. Esta longevidad de la planta de coca debería, en principio, facilitar la medición de la superficie destinada a su cultivo. En realidad, la superficie destinada al cultivo de coca es dinámica, cambia constantemente y es difícil determinar la cantidad exacta de tierra destinada a su cultivo en un momento dado o en un año determinado. Existen varias razones que explican este dinamismo: la aparición de nuevas plantaciones, el abandono de tierras de cultivo, la reactivación de tierras previamente abandonadas, la erradicación manual y la fumigación aérea. Existen

diversos métodos para medir la superficie destinada al cultivo de coca que pueden verse afectados por algunos de estos factores o todos ellos. Desde la perspectiva del gobierno, es preferible vigilar el cultivo ilícito en un año determinado midiendo todos los campos de coca independientemente de que se utilicen durante todo el año o solo durante parte de este (superficie bruta de cultivo). Sin embargo, para calcular la producción potencial de hoja de coca y de cocaína, es necesario medir la superficie productiva. Esto se logra únicamente determinando el tiempo durante el año en que los campos de coca son productivos, antes, por ejemplo, de ser erradicados o abandonados (superficie neta de cultivo). La superficie destinada al cultivo en determinada fecha puede obedecer a otras razones, por ejemplo, para observar el efecto de las actividades de las fuerzas del orden en un período determinado (superficie neta de cultivo en una fecha x).

Los sistemas nacionales de vigilancia apoyados por la UNODC que se encuentran actualmente en funcionamiento en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú, han elaborado diferentes modos de abordar las dificultades de medición de la dinámica del cultivo de coca, según los factores específicos del país, la disponibilidad de información auxiliar sobre erradicación, así como consideraciones prácticas y financieras. Si bien esta estrategia contribuye a ajustar el sistema de vigilancia a las características privativas de cada país, limita la comparabilidad de la superficie de cultivo entre distintos países.

Desde 1999, cuando se inició el primer estudio sobre el cultivo de coca como una actividad conjunta entre la

**Cuadro 20: Cultivo ilícito de arbusto de coca en el mundo, 1999-2010**

Fuente: Bolivia: 2002 y años anteriores: CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU., INCSR. Desde 2003: Sistema nacional de vigilancia apoyado por la UNODC. Colombia: Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos con apoyo de la UNODC. Perú: 1999: CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU., INCSR; desde 2000: Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos con apoyo de la UNODC.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bolivia	21.800	14.600	19.900	21.600	23.600	27.700	25.400	27.500	28.900	30.500	30.900	(30.900)*
Colombia <sup>(a)</sup>	160.100	163.300	144.800	102.000	86.000	80.000	86.000	78.000	99.000	81.000	68.000	57.000
Colombia <sup>(b)</sup>											73.000	62.000
Peru	38.700	43.400	46.200	46.700	44.200	50.300	48.200	51.400	53.700	56.100	59.900	61.200
<b>Total</b>	<b>220.600</b>	<b>221.300</b>	<b>210.900</b>	<b>170.300</b>	<b>153.800</b>	<b>158.000</b>	<b>159.600</b>	<b>156.900</b>	<b>181.600</b>	<b>167.600</b>	<b>158.800*</b>	<b>149.100*</b>

\* En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de cifras sobre el cultivo de coca en Bolivia. En el caso de este país, la cifra correspondiente a la superficie total destinada al cultivo de coca en 2010 se basa en las cifras de 2009 y está sujeta a revisión una vez que se disponga de las cifras de 2010. En el caso de Colombia, y para poder mantener la comparabilidad, se utilizaron las series sin ajustes para tener en cuenta los campos pequeños.

(a) Superficie sin ajuste para tener en cuenta los campos pequeños.

(b) Superficies ajustadas para tener en cuenta los campos pequeños.

**Cuadro 21: Erradicación acumulativa del arbusto de coca comunicada (ha), 1996-2010**

Fuentes: Gobiernos de Colombia, el Perú, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela.

		1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bolivia*	Manual	7.512	7.000	11.620	15.353	7.653	9.395	11.839	10.089	8.437	6.073	5.070	6.269	5.484	6.341	8.200
Colombia	Manual	4.057	2.262	3.126	1.046	3.495	1.745	2.762	4.219	6.234	31.980	43.051	66.805	95.634	60.544	43.792
	Fumigación	18.519	41.861	66.029	43.112	58.073	94.153	130.364	132.817	136.552	138.775	172.026	153.134	133.496	104.771	101.939
Perú**	Manual	1.259	3.462	7.834	14.733	6.208	6.436	7.134	11.312	10.399	12.237	12.688	12.072	10.143	10.025	12.253
Ecuador	Manual									4	18	9	12	12	6	
Venezuela	Manual	18	0	0	0	38	47	0	0	118	40	0	0	0	0	

\* Bolivia: desde 2006, erradicación forzosa y voluntaria.

\*\* Perú: incluye la erradicación forzosa y la voluntaria.

UNODC y el Gobierno de Colombia, la atención de los expertos dejó de concentrarse principalmente en la superficie cultivada con coca, para concentrarse en la tarea de determinar con mayor exactitud las cantidades de cocaína producidas. Esto se debe en parte a una mayor apreciación del hecho de que la erradicación, tanto manual como por fumigación aérea, no se traduce necesariamente en una reducción de la superficie cultivada con coca. Los efectos de una erradicación realizada entre la fecha A y la B puede deducirse (o no) comparando la superficie cultivada con coca en estos dos puntos en el tiempo, pero sin duda se notará en el rendimiento de la coca, ya que los campesinos perderán cosechas o tendrán que volver a plantar sus campos. La erradicación ha pasado a ser, de herramienta para reducir la superficie cultivada con coca, una pieza más de un complejo engranaje de intervención para combatir el narcotráfico, orientado hacia la reducción, a diferentes niveles, de la productividad de la cadena de producción de clorhidrato de cocaína a partir de la hoja de coca.

Esta reducción del rendimiento y de la producción se capta mediante el método de la "superficie productiva", que considera cada hectárea destinada al cultivo de coca y el número de meses en que el campo es realmente productivo. A fin de calcular la producción de cocaína, el método de la superficie productiva parece ser el más adecuado, pero es también el más exigente en cuanto a los datos necesarios. En la actualidad, los sistemas de vigilancia utilizados en los tres países cultivadores de coca contienen elementos de ambos métodos: de la superficie neta y la superficie productiva. En el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú, la superficie estimada a partir de imágenes de satélite representa el promedio del cultivo de coca en el segundo semestre del año, cifra que se utiliza directamente para calcular la producción. En Colombia, donde se fija una fecha de cierre al final del año para calcular la superficie de cultivo, se utiliza información adicional para establecer la superficie total productiva destinada a la producción de hoja de coca y de cocaína.

Se han hecho esfuerzos en los tres países para mejorar los cálculos de la producción de cocaína y los conceptos de superficie neta y superficie productiva, que se detallan a continuación, son parte importante del proceso.

## Colombia

En 2010, la superficie destinada al cultivo de coca en Colombia registró una considerable reducción: 15%. El cultivo del arbusto de coca disminuyó en todas las regiones importantes de cultivo. La región del Pacífico siguió siendo la región de cultivo de coca más grande, con el 42% (25.680 ha) del total nacional, seguida de la región central (25% o 15.310 ha) y la región de los ríos Meta y Guaviare (14% o 8.710 ha).<sup>24</sup>

**Cuadro 22: Métodos para medir el cultivo de coca (ha), 2010**

	Cultivo neto al 31/12/2010	Superficie productiva de coca
Bolivia	n.d.	30.900*
Colombia <sup>(a)</sup>	57,000 <sup>(a)</sup> / 62,000 <sup>(b)</sup>	62.000-77.000 <sup>(b)</sup>
Perú	n.d.	61.200
<b>Total</b>	<b>n.d.</b>	<b>154.100-169.100</b>

\* En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de las cifras del cultivo de coca en Bolivia. La cifra dada para la superficie total destinada al cultivo de coca en ese país en 2010 se basa en las cifras de 2009 y están sujetas a revisión una vez que se disponga de las cifras de 2010.

- a) Superficie sin ajustar para tener en cuenta los campos pequeños.  
b) Superficie ajustada para tener en cuenta los campos pequeños.

Desde el primer estudio sobre el cultivo de coca realizado por el sistema nacional de vigilancia con el apoyo de la UNODC, la superficie media de los campos de coca ha disminuido, pasando de unas 2 ha, en 1999, a valores comprendidos entre 0,7 y 0,9 ha a partir de 2006. Una creciente proporción de la coca se cultiva en pequeñas parcelas. Esto ha causado cierta preocupación porque el tipo de imágenes satelitales utilizadas para detectar los cultivos de coca en Colombia se presta mejor para localizar los campos con una superficie de más de 0,25 ha, y no para identificar campos más pequeños.

<sup>24</sup> Todas las cifras de este párrafo se refieren a la superficie ajustada para los campos pequeños.

**Cuadro 23: Colombia: ajuste de la superficie cultivada con coca para tener en cuenta los campos pequeños, 2009-2010 (ha)**

Fuente: Sistema nacional de vigilancia con el apoyo de la UNODC.

	2009	2010	Cambio con respecto a 2009
Sin ajuste para tener en cuenta los campos pequeños	68.000	57.000	-16%
Con ajuste para tener en cuenta los campos pequeños	73.000	62.000	-15%

Por esta razón, se llevó a cabo un estudio utilizando imágenes de alta resolución para determinar la proporción de la coca cultivada en campos por debajo del umbral de las 0,25 ha. Basándose en los resultados de este estudio se ha introducido un factor de ajuste para los campos pequeños. Este ajuste permite incluir los campos de cultivo con superficies inferiores al umbral detectable, con lo cual mejora la exactitud de la estimación de la superficie cultivada con coca en Colombia.

En 2010, la superficie destinada al cultivo de coca se estimó en 57.000 ha sin ajustes para tener en cuenta los campos pequeños. Esta cifra fue modificada a 62.000 ha tras incluir el factor de ajuste para esos campos. A fin de facilitar la comparación con 2009, la cifra de este año se corrigió también, de 68.000 a 73.000 ha, con el ajuste para los campos pequeños.

### Perú

En 2010, la superficie destinada al cultivo de coca en el Perú era de 61.200 ha, cifra que, con respecto a 2009, representa un aumento de solo el 2% (1.300 ha más), prueba de que la situación es, en general, estable. Sin embargo, las regiones de cultivo de coca mostraron tendencias de cultivo divergentes. La región del Alto Huallaga, la de mayor cultivo en los últimos años, experimentó una marcada disminución, de casi 4.500 ha, debido a las intensas actividades de erradicación. En cambio Apurímac-Ene, la segunda región por orden de importancia hasta 2009, presentó un considerable aumento de la superficie cultivada con coca, de más de 2.200 ha, y, con un total de 19.700 ha, se convirtió en la región de cultivo más grande en 2010.

Otras regiones de cultivo tales como Palcazú-Pichis-Pachitea (+59%), así como Maraón, Putumayo y otras zonas más pequeñas de la cuenca del Amazonas experimentaron un notable aumento (+90%) y contribuyeron al aumento general.

En 2010, algunas regiones más pequeñas como Aguatiya e Inambari-Tambopata, que en los últimos años experimentaron una disminución considerable de la superficie de cultivo, se mantuvieron estables.

### Producción

Debido al examen en marcha de los factores de conversión, no ha sido posible proporcionar una estimación precisa del nivel de producción de cocaína en 2009 y 2010. Dada la incertidumbre en cuanto al nivel de producción potencial total de cocaína y a la comparabilidad de las estimaciones entre los distintos países, las cifras correspondientes a 2009 y 2010 se presentan como intervalos (842-1.111 t y 786-1.054 t, respectivamente).<sup>25</sup>

Los altos niveles de incautaciones de cocaína en todo el mundo corroboran la hipótesis de que el nivel de la producción mundial de cocaína podría ser mucho más alto de lo que se estimó previamente, sobre todo porque los traficantes han encontrado la manera de mejorar la eficiencia de los laboratorios clandestinos para extraer los alcaloides de la cocaína presentes en la hoja de coca. La falta de mediciones precisas acerca de la eficiencia de los laboratorios de los diferentes países aumenta el nivel de incertidumbre, si bien no afecta la tendencia, que desde 2007 muestra una clara disminución en la producción mundial de cocaína. Un reciente estudio (PRELAC), llevado a cabo conjuntamente por la UNODC y los gobiernos de los países cultivadores de coca, confirmó que la eficiencia de los laboratorios había aumentado, e indicó que los traficantes en el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú podrían haber alcanzado ya niveles de eficiencia comparables a los de Colombia<sup>26</sup>. Por esta razón, en otras secciones del presente informe se ha utilizado el extremo superior del intervalo de producción mundial de cocaína, lo cual, a pesar de la incertidumbre de que adolece la estimación, constituye la mejor aproximación a la realidad.

### Perú

La producción de cocaína en el Perú ha ido en aumento desde 2005 debido a la mayor superficie cultivada con coca. Sin embargo, es necesario hacer una advertencia. Los rendimientos de la hoja de coca en Colombia han sido examinados con regularidad y actualizados desde 2005, y parte de la disminución de la producción de cocaína colombiana se debe a la disminución de los rendimientos. En el Perú, en cambio, la información sobre los rendimientos de la hoja de coca datan de 2004, y en el caso de algunas de las regiones de cultivo pequeñas, que experimentaron un aumento considerable de la superficie cultivada con coca, no se dispone de información sobre los rendimientos de la hoja de coca específicos de la región. Existen otros problemas para calcular el rendimiento de los campos de cultivo nuevos o reactivados, a diferencia de los campos maduros y bien mantenidos, así como para determinar los efectos de

25 Para más información sobre el examen de las tasas de conversión, véase el capítulo sobre Metodología del presente informe y el *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* (pág. 315 y ss.)

26 Prevención del desvío de precursores de drogas en la región de América Latina y el Caribe (PRELAC) es un proyecto financiado por la Comisión Europea y ejecutado por la UNODC y los gobiernos de América Latina y el Caribe. Dentro de este marco, en varios estudios se analizaron los métodos de conversión de la hoja de coca en cocaína. Para más información, véase <http://www.prelac.org>.



la presión continua de la erradicación. Como ya se dijo, hay razones para creer que el nivel de producción de cocaína en el Perú puede ser mayor de lo que se estimó anteriormente, debido a una mayor eficiencia de los laboratorios, pero se necesitan más investigaciones para mejorar el cálculo de la producción de cocaína en el país.

## Colombia

En 2010, la producción de cocaína en Colombia se redujo a 350 t. Esta disminución, que se viene registrando desde 2005, es el resultado de una reducción de la superficie cultivada con coca y de un menor rendimiento de la hoja de coca. También existen indicios de cambios estructurales

en la organización de la elaboración de la hoja de coca. En Colombia, a diferencia del Estado Plurinacional de Bolivia y del Perú, donde los agricultores secan al sol la hoja de coca para prolongar el tiempo de conservación y facilitar su transporte, los agricultores colombianos transforman las hojas frescas en pasta de coca o cocaína base inmediatamente después de la cosecha. En 2005, solo el 24% de la producción de hoja de coca de ese año se vendió como hoja fresca, mientras que en 2009 esa cantidad casi se duplicó, alcanzando el 45%. En números absolutos, en 2005 los agricultores vendieron a los intermediarios unas 133.000 t de hoja de coca fresca, mientras que en 2009, esta cifra fue de 155.000 t, lo que representa un aumento del 16%. Este

### Cuadro 24: Producción mundial de hoja de coca y clorhidrato de cocaína (toneladas), 2005-2010

Fuentes: Gobiernos de Colombia, el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>PRODUCCIÓN POTENCIAL DE HOJA DE COCA SECADA AL SOL, EN TONELADAS</b>						
<b>Bolivia</b>	28.200	33.200	36.400	39.400	40.200	no se dispone de datos (n.d.)
<b>Intervalo</b>			<i>34.200-38.300</i>	<i>37.300-41.800</i>	<i>37.900-42.500</i>	n.d.
<b>Perú</b>	97.000	105.100	107.800	113.300	119.000	120.500
<b>Intervalo</b>	<i>85.400-108.600</i>	<i>91.000-119.200</i>	<i>93.200-122.000</i>	<i>97.600-127.800</i>	<i>102.400-134.200</i>	<i>103.000-136.300</i>

Fuente: Bolivia: Producción potencial de hoja de coca secada al sol para la producción de cocaína, Sistema Nacional de Monitoreo de Cultivos Ilícitos con el apoyo de la UNODC. Fuente del rendimiento de la hoja: UNODC (Yungas de La Paz), Chapare (Dirección de Lucha contra la Droga (DEA), estudios científicos). Se dedujo el monto estimado de la hoja de coca producida en 12.000 ha de Yungas de La Paz, donde el cultivo de coca está autorizado por ley nacional. Intervalo: límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95% de la estimación de rendimiento de la hoja de coca.

Perú: Producción potencial de hoja de coca secada al sol para la producción de cocaína, calculada por el Sistema Nacional de Monitoreo de Cultivos Ilícitos con el apoyo de la UNODC. Se dedujeron unas 9.000 t de hoja de coca secada al sol, que, según fuentes gubernamentales, es la cantidad utilizada para fines tradicionales. Intervalo: límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95% de la estimación de rendimiento de la hoja de coca.

<b>PRODUCCIÓN POTENCIAL DE HOJA DE COCA FRESCA, EN TONELADAS</b>						
<b>Colombia</b>	555,400	528,300	525,300	389.600	343.600	305.300
<b>Intervalo</b>						<i>305.300-349.600</i>
<b>PRODUCCIÓN POTENCIAL DE HOJA DE COCA SECADA EN HORNO, EQUIVALENTE EN TONELADAS</b>						
<b>Colombia</b>	164.280	154.130	154.000	116.900	103.100	91.600
<b>Intervalo</b>						<i>91.600-104.880</i>

Fuentes: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC. Sistema Nacional de Monitoreo de Cultivos Ilícitos con el apoyo de la UNODC. Debido a que se introdujo el factor de ajuste para tener en cuenta los campos pequeños, las estimaciones de 2010 no son directamente comparables con las de años anteriores.

Los intervalos expresan la incertidumbre asociada a las estimaciones. En el caso de Bolivia y el Perú, las variaciones se basan en los intervalos de confianza y la mejor estimación es el punto medio entre el límite superior y el inferior del intervalo. En el caso de Colombia, el intervalo representa los dos métodos utilizados para calcular la superficie de cultivo productiva, de modo que el límite inferior se acerca más a la estimación utilizada en años anteriores. Aún se está trabajando en la metodología para calcular los intervalos de incertidumbre para las estimaciones de la producción, y las cifras podrían revisarse una vez que se disponga de más información.

<b>FABRICACIÓN POTENCIAL DE COCAÍNA DE 100% DE PUREZA, EN TONELADAS</b>						
<b>Bolivia</b>	80	94	104	113	n.d.	n.d.
<b>Colombia</b>	680	660	630	450	410	350
<b>Intervalo</b>						<i>350-400</i>
<b>Perú</b>	260	280	290	302	n.d.	n.d.
<b>Total</b>	<b>1.020</b>	<b>1.034</b>	<b>1.024</b>	<b>865</b>	*	*

\* Debido al examen que se está haciendo de los factores de conversión, no ha sido posible proporcionar una estimación precisa del nivel de producción de cocaína en 2009 y 2010. Dada la incertidumbre sobre el nivel de producción potencial total de cocaína y sobre la comparabilidad de las estimaciones entre los distintos países, las cifras correspondientes a 2009 y 2010 se estimaron como intervalos (842-1.111 t y 786-1.054 t, respectivamente)

Fuentes: Bolivia: Estimaciones de la UNODC basadas en datos de la UNODC (Yungas de La Paz), y DEA, estudios científicos (Chapare), encuesta sobre el rendimiento de la hoja de coca. Colombia: Sistema Nacional de Monitoreo de Cultivos Ilícitos con el apoyo de la UNODC y DEA, estudios científicos. Debido a que se introdujo el factor de ajuste para tener en cuenta los campos pequeños, las estimaciones de 2010 no son directamente comparables con las de años anteriores. Perú: Cálculos de la UNODC basados en el coeficiente de conversión de la hoja de coca de los estudios científicos de la DEA.

Para obtener información detallada sobre la revisión en curso de los coeficientes de conversión y la eficiencia de los laboratorios de cocaína, véase el Informe Mundial sobre las Drogas 2010 (pág. 315).

Las cifras que aparecen en cursiva son objeto de examen. Para obtener más información sobre las metodologías de estimación y definiciones, véase el capítulo sobre Metodología del presente informe.

**Fig. 67: Colombia, producción de hoja de coca fresca (toneladas), 2005 y 2009**

Fuente: UNODC/Gobierno de Colombia, encuestas sobre el cultivo de coca, 2005 y 2009.



incremento es aún más notable si se tiene en cuenta la disminución general de la producción de hoja de coca en Colombia durante este período.

Los estudios revelan que los agricultores pueden aumentar sus beneficios si transforman la hoja de coca en pasta de coca o en cocaína base en lugar de venderla. ¿Qué razón pueden tener los agricultores para no elaborar ellos mismos la hoja de coca y venderla en cambio?

Un estudio sobre los precursores de la cocaína llevado a cabo en 2009/2010 en América del Sur (PRELAC) y otros estudios efectuados por la UNODC y el Gobierno demostraron que en Colombia, en los últimos años, las diferencias en la calidad de la pasta de coca y de la cocaína base suministrada por los agricultores de coca se habían convertido en un nuevo problema para los laboratorios clandestinos de cocaína. Una de las estrategias empleadas por los traficantes para obtener cocaína base de mejor calidad o más homogénea podría consistir en ejercer un control mayor sobre el proceso de extracción de alcaloides de la cocaína. Los “cocineros” –los encargados de extraer los alcaloides por calentamiento–, dotados de mayores conocimientos técnicos y mejores equipos y precursores químicos, están en mejores condiciones que los agricultores para producir cocaína base con las propiedades buscadas. Aún se desconoce cómo se organiza la compra de hoja de coca de los agricultores y quiénes son los actores que intervienen en el proceso. Tampoco se dispone de información suficiente sobre las propiedades químicas de la pasta de coca o cocaína base que se produce en Colombia para corroborar esta hipótesis.

¿Qué puede haber provocado las aparentes diferencias en la calidad de la cocaína base que producen los agricultores?

Desde 2005, probablemente debido al aumento de la presión contra el narcotráfico, el rendimiento por hectárea de los campos de coca disminuyó en muchas regiones de cultivo de Colombia, y existe una tendencia a utilizar campos más pequeños. Esto quizá haga que resulte más difícil

producir hoja de coca en cantidad suficiente para permitir la elaboración a nivel de la plantación. Dado que en Colombia la hoja de coca no se seca al sol, juntar las hojas hasta alcanzar una cantidad suficiente no es una opción viable, ya que la calidad de la hoja de coca fresca se deteriora rápidamente. Otra razón podría ser que en 2009 era más arriesgado para los agricultores procesar coca en las zonas donde el Gobierno había reforzado su presencia, en comparación con 2005. Vender la hoja de coca en lugar de mantener productos químicos y equipo de elaboración en las plantaciones podría ser una estrategia de los agricultores para evitar riesgos. Por otro lado, los informes de observadores sobre el terreno indican que existe una fuerte vinculación entre los grupos armados y el cultivo de coca y la producción de cocaína. Es posible, entonces, que los agricultores hayan cambiado su estrategia de venta debido a la presión ejercida por estos grupos.

Otra medida adoptada por los traficantes fue la introducción de un proceso hasta entonces desconocido, la reoxidación de la cocaína base. Este proceso, que utiliza permanganato potásico, parece ser un paso más para homogenizar y mejorar la calidad de la cocaína base de calidad variable que proviene de diferentes fuentes y zonas geográficas. Según la información disponible, la reoxidación está vinculada con los laboratorios clandestinos que producen clorhidrato de cocaína, conocidos en Colombia como “cristalizadores”, que probablemente cuenten con una vasta superficie donde obtener cocaína base. La aparición de este proceso en la cadena de producción clandestina de cocaína sugiere que las diferencias en la calidad de la cocaína base suministrada por los agricultores, y quizás también la baja calidad, han presentado un problema en los últimos años para los traficantes que producen clorhidrato de cocaína en Colombia.

### Estado Plurinacional de Bolivia

Cabe suponer que, siguiendo la tendencia de los cultivos, la producción de cocaína en Bolivia debe de haber aumentado entre 2005 y 2009. En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de cifras para 2010. Existen indicios de que, desde 2007, los laboratorios clandestinos de Bolivia se han beneficiado de una transferencia de conocimientos técnicos de Colombia. Los laboratorios que utilizan el método “colombiano” son mucho más eficientes en la extracción de cocaína de la hoja de coca. Se necesitan más investigaciones para comprender mejor la eficiencia actual de los laboratorios clandestinos del país.

### Instalaciones clandestinas de elaboración

En 2009, así como en años anteriores, la extracción de alcaloides de la cocaína y la fabricación de clorhidrato de cocaína se mantuvieron concentradas geográficamente en América del Sur. La extracción ilícita de alcaloides de la cocaína a partir de la hoja de coca se lleva a cabo exclusivamente en los tres países que cultivan el arbusto de coca, es decir, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú. En 2009, se comunicó el desmantelamiento de 8.691 instalaciones dedicadas a la producción de pasta o base de coca. Esta cifra no incluye la destrucción de los pozos de

## Hoja de coca: fresca, secada al sol, secada en horno

En este informe, la producción de la hoja de coca se presenta de tres maneras diferentes: como hoja de coca fresca, como hoja de coca secada al sol y como hoja de coca secada en horno.

Existen dos razones para ello. En primer lugar, la hoja de coca se procesa o comercializa en Colombia como hoja fresca, es decir, inmediatamente después de su cosecha, mientras que en el Perú y en el Estado Plurinacional de Bolivia los agricultores secan la hoja de coca antes de venderla, esparciendo las hojas en el suelo para exponerlas al aire. El resultado es una hoja de coca que contiene una cantidad reducida de humedad, lo que facilita su transporte y permite su almacenamiento. Las expresiones hoja secada al sol y hoja secada al aire son intercambiables.

En segundo lugar, la humedad que contienen tanto la hoja fresca como la secada al sol varía de manera considerable, según las propiedades biológicas de la hoja y factores ambientales como la humedad del aire. La hoja de coca fresca que se cosecha a primera hora de la mañana tendrá un mayor contenido de humedad que la que se coseche al mediodía. La hoja de coca secada al sol tras una fuerte lluvia, a baja altitud, tendrá un contenido de humedad diferente de la que se ha secado al sol durante la estación seca y a mayor altitud.

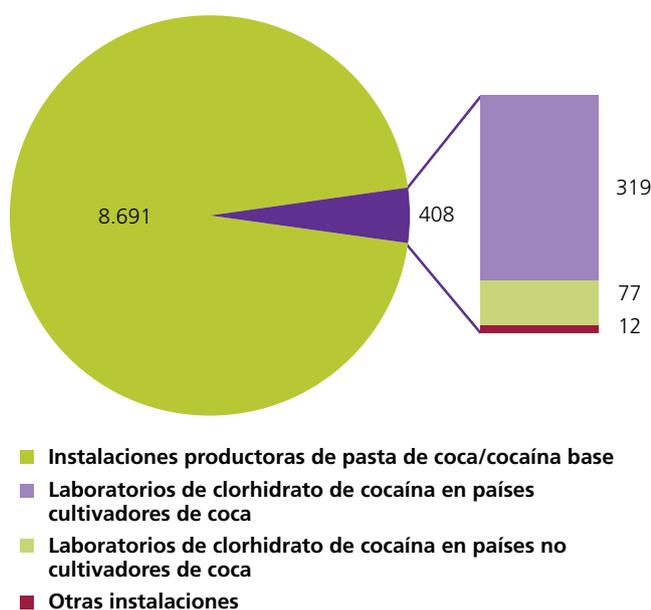
Mientras que estas diferencias pueden no importar demasiado a los agricultores que venden hoja de coca, sí conciernen al científico, especialmente cuando se trata de comparar la producción de la hoja de coca en los diferentes países y estimar la cantidad potencial de cocaína que se puede extraer de la hoja. Dicho de otro modo, al científico le interesa saber cuánta materia vegetal seca hay en la hoja, y qué proporción de esa materia seca consiste en alcaloides de cocaína. En este contexto, el contenido de agua de la hoja carece de interés y debe eliminarse en los cálculos.

Como todo material vegetal vivo, la hoja de coca fresca está compuesta principalmente por agua (-70%). Un kilo de hoja de coca fresca típicamente pierde más de la mitad de su peso cuando se seca al sol. Incluso la hoja secada al sol retiene parte de la humedad y cuando se seca en un horno de laboratorio para eliminar toda la humedad, pierde otra tercera parte de su peso. Es decir, un kilo de hoja de coca fresca pesa, una vez que sale de la cámara de secado, solo unos 300 gramos, que es el peso de la materia vegetal seca. Solo una pequeñísima proporción (alrededor del 0,5%) de esa materia vegetal es realmente cocaína.

En consecuencia, cuando se compara la producción de hoja de coca, conviene usar el equivalente al peso de la hoja de coca secada en horno. Sin embargo, en la actualidad no se dispone de suficiente información sobre el contenido de humedad de la hoja de coca en las diferentes regiones de los países cultivadores de coca. Por consiguiente, no es posible hacer una comparación directa entre la hoja de coca fresca de Colombia y la hoja de coca secada al sol del Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú mediante la conversión de todas las cifras en equivalentes a la hoja secada en horno.

**Fig. 68: Incautaciones de instalaciones clandestinas de elaboración de coca/cocaína, 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



maceración, componente típico de la producción de pasta de coca en el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú.

Además de la destrucción de instalaciones que procesan pasta de coca o cocaína base, los países también informaron en 2009 del desmantelamiento de 396 laboratorios productores de clorhidrato de cocaína, 319 de los cuales (81%) se encontraban en países cultivadores de coca. Esto confirma los informes de años anteriores de que la mayor parte de la cocaína base que se produce en los países cultivadores de coca se convierte en clorhidrato de cocaína en esos mismos países.

Hay indicios de que la cocaína base se envía a otros países de la región para su ulterior elaboración, entre ellos: Argentina (36 laboratorios), Ecuador (10) y la República Bolivariana de Venezuela (26). Todos ellos comunicaron el desmantelamiento de instalaciones de producción de cocaína. Con frecuencia los informes no especifican si las instalaciones detectadas producían cocaína base o clorhidrato. Se supone que la mayoría de las instalaciones de las cuales se dijo que eran productoras de cocaína, producían clorhidrato de cocaína y no cocaína base. Solo unas pocas instalaciones dedicadas a la producción de cocaína base o clorhidrato se encontraban fuera de América del Sur, por ejemplo, en México (4) y España (1).

España también comunicó la detección de instalaciones clandestinas dedicadas a la extracción secundaria de cocaína. A veces la cocaína se disuelve en otras sustancias para prevenir su detección. Los traficantes utilizan laboratorios de extracción secundaria para invertir el proceso y recuperar la cocaína. La mayoría de las instalaciones clandestinas descubiertas en España en 2008 y 2009 se dedicaban a la extracción secundaria (24 en 2008 y 11 en 2009). Grecia también comunicó la detección de instalaciones clandestinas dedicadas a la elaboración de cocaína. Estas instalaciones llevaban a cabo actividades de reempaquetado y adulteración de la cocaína. Una de las instalaciones trabajaba únicamente con cocaína, en tanto que otras cuatro trabajaban también con heroína (información comunicada bajo “heroína”).

Para poder entender los cambios potenciales de las estrategias del narcotráfico, sería útil disponer de más información de otros países acerca de la detección de instalaciones clandestinas de extracción secundaria y de los lugares de reempaquetado y adulteración. Esto también daría una idea de la evolución de los centros de distribución.



### 3.4 Tráfico

Entre 2000 y 2005, las incautaciones mundiales de cocaína, incluidas las sales de cocaína, cocaína base y cocaína crack, aumentaron notablemente, para mantenerse en general estables durante el período de 2006 a 2009, oscilando entre un mínimo de 690 t, en 2007, y un máximo de 732 t en 2009. Desde 2006, las incautaciones se han desplazado desde los mercados de consumo de América del Norte y Europa occidental y central, hacia los puntos de origen en América del Sur, lo que denota una cooperación internacional más estrecha y un mayor intercambio de información. En 2006, correspondieron en total a América del Sur 317 t (44% del total mundial para ese año), y 442 t en 2009 (60% del total mundial). Durante ese mismo período, las incautaciones disminuyeron en casi un tercio en América del Norte (de 194 t en 2006 a 132 en 2009), y en más de la mitad en Europa occidental y central (de 121 t en 2006 a 55 en 2009).

En 2009 poco más del 60% de las incautaciones de cocaína tuvo lugar en América del Sur, en tanto que a América del Norte correspondió el 18% y a Europa el 8% del total. Las incautaciones fuera de la región de América y Europa ascendieron a solo el 0,3% del total.

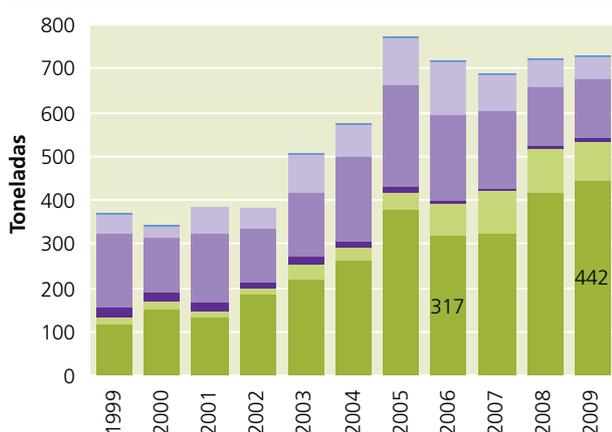
Los tres mercados principales de cocaína, en cuanto a su volumen, son América del Norte, particularmente los Estados Unidos; Europa, especialmente los países de la UE/AELI; y América del Sur.

Las autoridades norteamericanas estiman que más del 90% de la cocaína consumida en América del Norte en los dos últimos años provenía de Colombia,<sup>27</sup> complementada con cocaína peruana y cantidades limitadas de cocaína boliviana. En 2009, las conclusiones del programa *Cocaine Signature Program* de los Estados Unidos, basadas en el análisis de aproximadamente 3.000 muestras de clorhidrato de cocaína, indican que el 95,5% provenía de Colombia<sup>28</sup> (99% en 2002),<sup>29</sup> y el 1,7% del Perú. No se pudo determinar el origen de la cantidad restante (2,8%). En la actualidad, el tráfico de cocaína enviada a los Estados Unidos está en gran parte controlado por varios carteles de narcotraficantes mexicanos, en tanto que hasta mediados de la década de 1990 lo controlaban los carteles colombianos.

La procedencia de la cocaína que se consume en Europa parece estar distribuida más uniformemente. Si se considera el número de incautaciones realizadas entre 2008 y

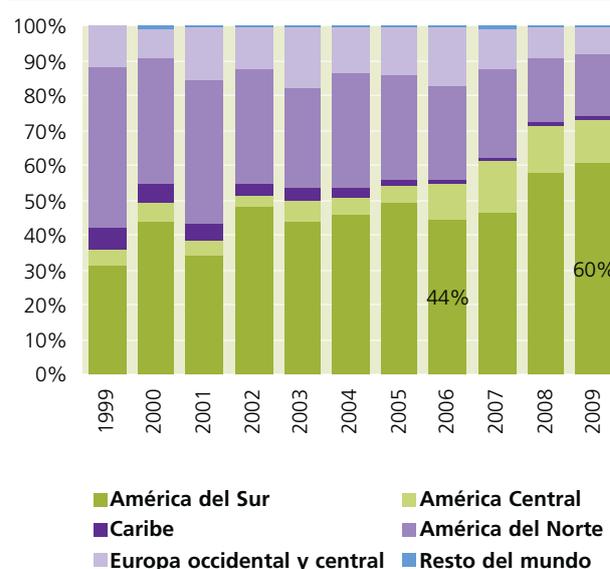
**Fig. 69: Incautaciones mundiales de cocaína (toneladas), 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



**Fig. 70: Distribución de las incautaciones mundiales de cocaína, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



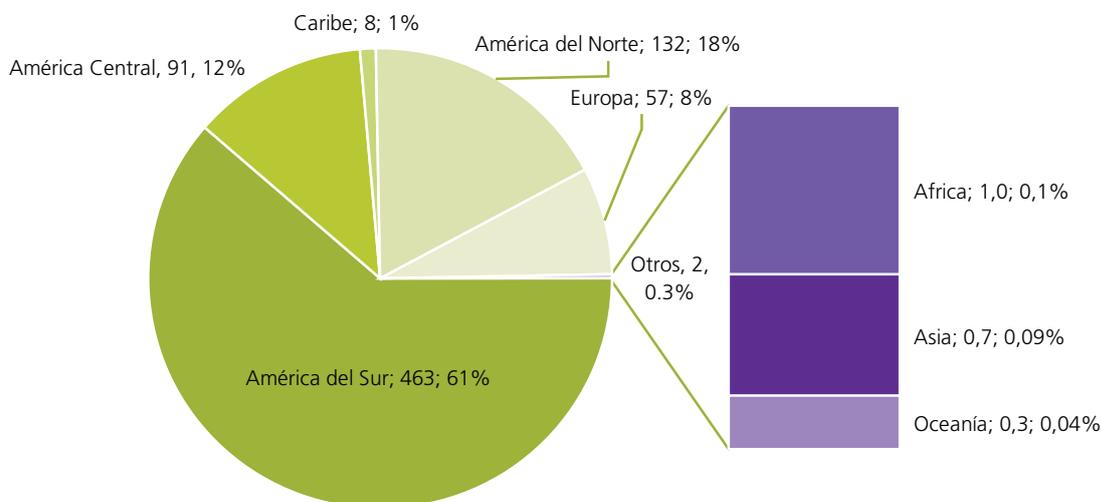
27 Departamento de Estado de los Estados Unidos, *2011 International Narcotics Control Strategy Report*, Washington D.C., 2011.

28 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Dirección de Lucha contra las Drogas, Laboratorio especial de ensayos e investigación, *Cocaine Signature Program Report*, enero de 2010, citado en la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), DEA Special Testing and Research Laboratory and DEA Intelligence Division Briefing, OEA/Ser.L/XIV.2.47, CICAD/doc.1802/10, 3 de mayo de 2010.

29 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Dirección de Lucha contra las Drogas, Selected Intelligence Brief, 'Cocaine Signature Program Report,' enero de 2003, *Microgram Bulletin*, vol. XXXVI, febrero de 2003.

**Fig. 71: Distribución de las incautaciones mundiales de cocaína por región, 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



2010, la cocaína proveniente de Colombia representaba el 8% de la cocaína confiscada en Europa; la del Perú, el 7% y la del Estado Plurinacional de Bolivia, el 5% (datos basados en información de 13 países europeos).<sup>30</sup> El origen del resto, un 80%, se puede atribuir a otros varios países de América (particularmente la Argentina, la República Dominicana, el Brasil, Costa Rica, Panamá, el Ecuador y el Paraguay), de África (específicamente el Senegal, Malí, Guinea y Nigeria), y de Europa (en particular, España, los Países Bajos y Portugal).

En lo que respecta a la procedencia de la cocaína incautada en Europa en función del volumen, Colombia es el país de mayor importancia. Entre 2008 y 2010, la cocaína proveniente de este país representó el 25% de las incautaciones de cocaína, en función del volumen, llevadas a cabo en Europa, mientras que el Perú representó el 6% y el Estado Plurinacional de Bolivia, el 2%. Si a la cocaína proveniente de Colombia se le sumase la que procede de la República Bolivariana de Venezuela, el Ecuador y Panamá, el porcentaje de las incautaciones de cocaína en Europa con un nexo colombiano se elevaría al 69% del total (para el período de 2008 a 2010).<sup>31</sup>

La cocaína que se produce en Colombia se destina principalmente al consumo en mercados extranjeros. La que se produce en el Perú y en el Estado Plurinacional de Bolivia, en cambio, se destina principalmente al mercado sudamericano, en particular a los países del Cono Sur. Aunque la cocaína peruana parece tener una importancia cada vez mayor en Europa, los grupos delictivos que organizan el tráfico dirigido desde América del Sur hacia Europa son principalmente colombianos (particularmente para las operaciones de tráfico que utilizan a España como principal puerto de entrada de la cocaína en Europa) y, en menor

medida, nacionales de otros países latinoamericanos y de varios países africanos y europeos. La influencia de los carteles mexicanos, que dominan las ventas de cocaína en los Estados Unidos, parece ser limitada en lo que respecta al tráfico dirigido hacia Europa o hacia países sudamericanos.

El total de las incautaciones mundiales, que en 2009 ascendió a 732 t, se refiere a las incautaciones de cocaína tal como se notifican, es decir, a cantidades no ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza. Si bien no es posible precisar los ajustes para tener en cuenta el grado de pureza al nivel de país con los datos de que se dispone actualmente, se puede calcular un intervalo para las incautaciones mundiales de cocaína ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza.<sup>32</sup> Si se expresa esta cantidad como un porcentaje de la oferta mundial de cocaína, se obtiene la tasa de interceptación. Si se quiere tener en cuenta el lapso que transcurre entre la producción y el tráfico, se puede considerar la producción media de los dos años anteriores (2007 y 2008) como valor representativo de la oferta mundial. De este cálculo se obtiene un intervalo de la tasa de interceptación de un 46% a un 60%. Sin embargo, este intervalo debe ser interpretado con cautela, ya que depende de las actuales estimaciones de la producción de cocaína, que están siendo objeto de examen.

### América

En 2008 y 2009, correspondió a América más del 90% de las incautaciones mundiales de cocaína, con decomisos que ascendieron a 656 t en 2008 y a 673 t en 2009. Las incautaciones de mayor volumen las siguen realizando Colombia

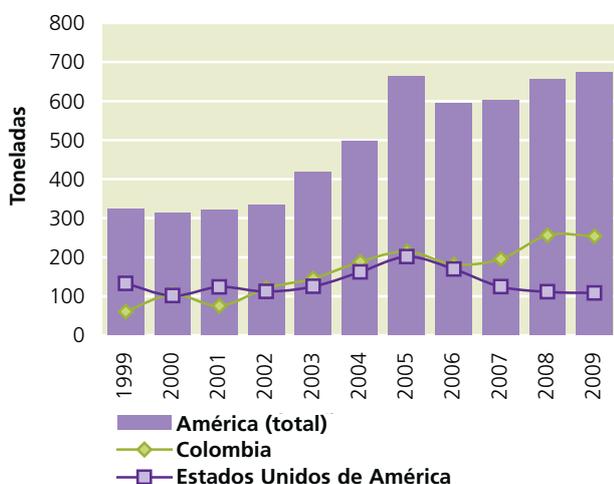
<sup>32</sup> Teniendo en cuenta únicamente los datos de 2009, las estimaciones mundiales indican un intervalo de 431 a 562 t. El extremo superior del intervalo se obtiene considerando solamente la pureza a nivel de venta al por mayor, lo que vale para la gran mayoría de las incautaciones por peso, mientras que el extremo inferior del intervalo se obtiene usando la pureza tanto de venta al por menor como al por mayor, y suponiendo que el nivel de la venta al por menor no representa más de la mitad de las incautaciones por peso.

<sup>30</sup> Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, España, Francia, Irlanda, Polonia, Portugal, Reino Unido, Rumanía, Suiza y Turquía.

<sup>31</sup> UNODC, *Individual Drug Seizures database*.

**Fig. 72: Incautaciones de cocaína en América, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



y los Estados Unidos. La cocaína se envía en grandes cantidades desde América del Sur hacia los Estados Unidos a través de México, país de tránsito clave. Durante el período de 2002 a 2006, Colombia y los Estados Unidos se incautaron de cantidades similares de cocaína. Sin embargo, a partir de 2007, las cantidades comenzaron a diferir. En 2008 y 2009, la cantidad de cocaína incautada en Colombia fue más del doble de la incautada en los Estados Unidos. Esto podría atribuirse a que las autoridades colombianas intensificaron los esfuerzos de lucha contra el tráfico de cocaína y también a una mejor cooperación internacional, particularmente con las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley de países clave como los Estados Unidos, el Reino Unido y España.

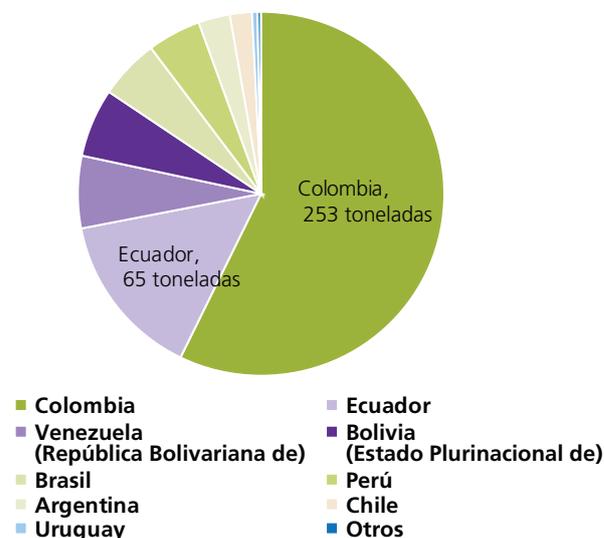
Cada año, desde 2002 a 2009, Colombia fue la nación del mundo que realizó la mayor incautación total de cocaína. En 2009, las incautaciones ascendieron a 253 t,<sup>33</sup> manteniendo un nivel similar al máximo alcanzado en 2008 (256 t). Según las autoridades colombianas,<sup>34</sup> el 48% de las incautaciones de cocaína en 2009 se llevaron a cabo en aguas territoriales. Colombia se siguió incautando de grandes cantidades de sustancias que pueden utilizarse en la extracción y elaboración de alcaloides naturales.<sup>35</sup>

El Ecuador, que limita con Colombia y el Perú, parece estar adquiriendo creciente importancia como centro de tráfico de cocaína. En 2009, las incautaciones en ese país alcanza-

- ■
- 33 Datos proporcionados por el *Observatorio de Drogas de Colombia*, agosto de 2010. No incluye incautaciones de "basuco" (1,9 t). En el momento de prepararse el presente informe no se disponía de las respuestas de Colombia al CPIA de 2009.
- 34 Ponencia presentada por Colombia a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima (Perú), 4 a 7 de octubre de 2010.
- 35 Informe de Colombia a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.

**Fig. 73: Incautaciones de cocaína en América del Sur, por país, 2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



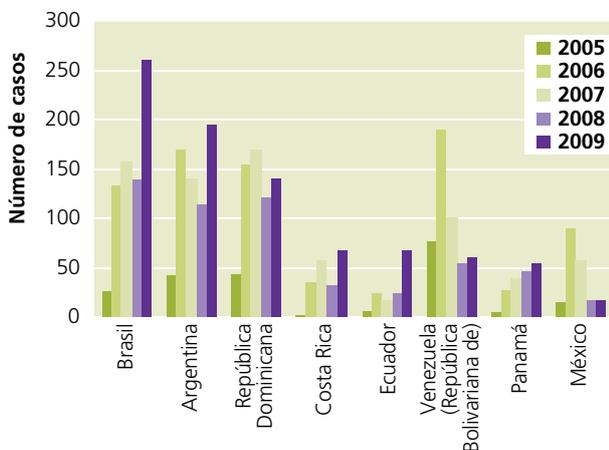
ron el nivel sin precedentes de 65 t,<sup>36</sup> el segundo por orden de importancia en América del Sur. Según las autoridades ecuatorianas,<sup>37</sup> las incautaciones de drogas y de precursores químicos llevadas a cabo por las fuerzas del orden ecuatorianas sugieren que los narcotraficantes procuran utilizar cada vez más el Ecuador para acumular, almacenar y reenviar cocaína en gran escala. La cocaína ingresa en el Ecuador a través de la frontera con Colombia, en las provincias de Esmeraldas, Carchi y Sucumbios, y a través de la frontera con el Perú, en las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe<sup>38</sup>, de donde se reenvía después a los mercados de consumo de América del Norte y Europa. El papel cada vez más prominente que desempeña el país se puso en evidencia también en los informes sobre remesas de cocaína incautadas en Europa, que situaban al Ecuador en la ruta del tráfico, y que pasaron, de 6 incautaciones en 2005 (por un total de 25 kg de cocaína), a 67 en 2009 (por un total de 2,5 t).

En la República Bolivariana de Venezuela, las incautaciones alcanzaron su máximo en 2005, con 59 t, y desde entonces han disminuido aproximadamente a la mitad, con unas 28 t en 2009. Según los datos preliminares, esta tendencia descendente continuó en 2010, con 20 t incautadas.<sup>39</sup> Esta

- ■
- 36 Informe del Ecuador a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010. En el momento de la preparación de este informe no se disponía de las respuestas de Ecuador al CPIA correspondientes a 2009.
- 37 Informe de Ecuador a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.
- 38 Ponencia presentada por el Ecuador a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.
- 39 Ponencia presentada por la República Bolivariana de Venezuela a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados

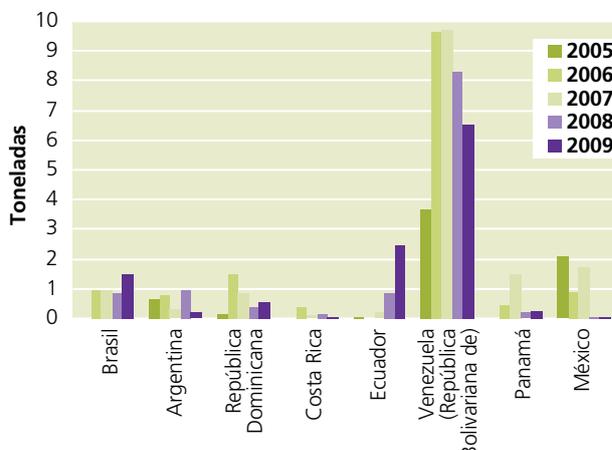
**Fig. 74: Incautaciones en Europa de cocaína que pasa en tránsito por determinados países de América, por número de casos, 2005-2009**

Fuente: UNODC, *Individual Drug Seizures (IDS)*.



**Fig. 75: Incautaciones en Europa de cocaína que pasa en tránsito por determinados países de América, por cantidad incautada, 2005-2009**

Fuente: UNODC, *IDS*.



disminución también se reflejó en los informes sobre importantes incautaciones individuales de drogas en Europa. Si se consideran los informes de los nueve países<sup>40</sup> que proporcionaron datos sobre la procedencia de las incautaciones individuales de cocaína en 2006 y 2009, el número de incautaciones en las que la República Bolivariana de Venezuela figuraba en la ruta del tráfico disminuyó de 151 (con un total de 9,4 t) en 2006 a 59 (con un total de 6,6 t) en 2009. Expresado como porcentaje del total de las incautaciones de cocaína realizadas en Europa (en que se proporcionó información sobre la procedencia), el número de incautaciones disminuyó del 12% al 4%, pero aumentó la cantidad, del 36% al 41%.

En 2008, las incautaciones de cocaína alcanzaron niveles relativamente altos, tanto en el Estado Plurinacional de Bolivia como en el Perú, en comparación con años anteriores. Desde entonces, las incautaciones en Bolivia se han mantenido fundamentalmente a un nivel alto: 27 t en 2009 y 29 t<sup>41</sup> en 2010, mientras que las incautaciones en el Perú disminuyeron a 21 t (de 28 t en 2008), y en 2010 volvieron a aumentar a 31 t.<sup>42</sup> El Estado Plurinacional de Bolivia estima que, en 2009, más del 95% del tráfico de cocaína en su territorio se efectuó por tierra. Además, de acuerdo con las autoridades bolivianas,<sup>43</sup> el tráfico transfronterizo se produjo desde Bolivia hacia la Argentina, el Brasil y Chile y también desde el Perú hacia Bolivia. Según informan las

autoridades peruanas,<sup>44</sup> las organizaciones delictivas internacionales de narcotráfico que operan en el Perú prefieren, en cambio, las rutas marítimas y utilizan los puertos de Callao, Chimbote y Paita como puntos principales de partida. En el Perú también se utiliza toda una variedad métodos de transporte, que incluyen rutas terrestres y fluviales, servicios de mensajería, servicios postales y vuelos desde pistas clandestinas.

En los últimos años, las incautaciones de cocaína también han aumentado considerablemente en el Brasil, de 8 t en 2004, a 24 t en 2009, de las cuales 1,6 t se incautaron en cinco interceptaciones de aeronaves.<sup>45</sup> En lo que respecta al número de incautaciones, en 2009 el Brasil fue el principal país de tránsito en América de los envíos de cocaína incautados en Europa. El número de incautaciones en que el Brasil figuró como país de tránsito aumentó de 25, en 2005 (339 kg de cocaína), a 260 en 2009 (1,5 t).

Según la Organización Mundial de Aduanas (OMA), en 2009 los países de distribución secundaria más importantes (además del Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú) fueron la República Bolivariana de Venezuela, el Ecuador, el Brasil y la Argentina (ordenados por el peso total de las remesas incautadas provenientes de esos países).<sup>46</sup> Con respecto a la cocaína enviada a Europa, la OMA también observó la llegada de gran cantidad de cocaína del Ecuador, así como la importancia creciente del Brasil y Suriname. Respecto de la cocaína que llegaba a África, la OMA observó que el Brasil era el único país de

■ ■ de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.

40 Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Irlanda, Portugal, Rumania y Suiza.

41 Datos preliminares proporcionados por el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.

42 Datos preliminares proporcionados por el Gobierno del Perú.

43 Ponencia presentada por el Estado Plurinacional de Bolivia a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.

■ ■ 44 Informe de Perú a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.

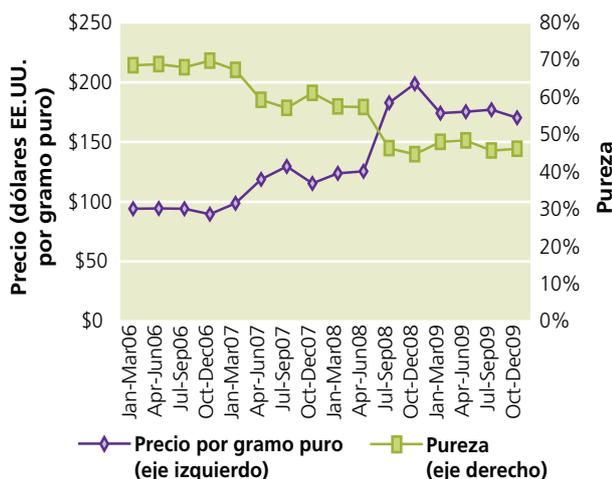
45 Ponencia presentada por el Brasil a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.

46 Basado en las incautaciones incluidas en la base de datos de la Red de Aplicación de las Medidas Aduaneras.

**Fig. 76: Precio y pureza medios de todas\* las adquisiciones de cocaína realizadas por las fuerzas del orden en los Estados Unidos, 2006-2009**

\* Los valores que aquí se consignan son promedios de todas las adquisiciones de cocaína, independientemente de la cuantía de la transacción, y pueden no corresponder, por tanto, ni a los niveles de precios al por mayor ni a los niveles de precios al por menor. Aunque los datos no se reunieron como muestra representativa del mercado de los Estados Unidos, contienen la mejor información disponible sobre las fluctuaciones de los precios y la pureza de la cocaína en ese mercado.

Fuente: UNODC, CPIA.



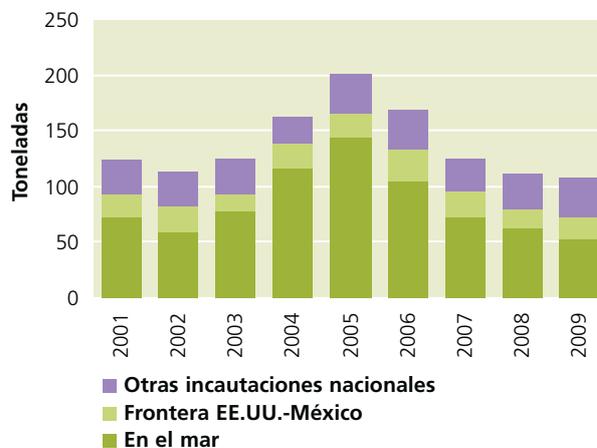
América del Sur mencionado como país de origen de las incautaciones realizadas en África en 2009.

En la Argentina, las incautaciones de cocaína aumentaron de manera sostenida de 1,6 t en 2002 a 12,1 t en 2008, y en 2009 se mantuvieron a ese alto nivel con 12,6 t. En 2009 tanto la Argentina como Chile comunicaron que se había detectado tráfico de cocaína desde el primer país al segundo; la Argentina también consideró que en 2009 parte de la cocaína traficada en su territorio estaba destinada a Europa, aparte del consumo local. En 2007, las incautaciones en Chile aumentaron notablemente, y desde entonces han registrado una ligera disminución (8,4 t en 2009). La Argentina también se destaca, en cuanto al número de incautaciones, como país de tránsito de las remesas incautadas en Europa, con 194 casos comunicados en 2009. Sin embargo, estas incautaciones, que ascienden en total a 217 kg de cocaína, tienden a ser pequeñas en comparación con las incautaciones de droga en tránsito hechas por otros países.

La República Dominicana, Costa Rica y Panamá son otros países de tránsito importantes de la región de América Central y el Caribe. En 2009, las incautaciones en Panamá ocuparon el tercer lugar por orden de importancia en América Latina y el Caribe (53 t). La República Dominicana consideró que, en 2009, el 18% de la cocaína que se traficó en su territorio estaba destinada a España, y la mayor parte a los Estados Unidos. Aunque las incautaciones realizadas en Europa de envíos procedentes de la República Dominicana como país de tránsito no fueron demasiado grandes comparadas con las de otros países, se realizaron grandes

**Fig. 77: Incautaciones de cocaína en los Estados Unidos por lugar y cantidad (toneladas), 2001-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



incautaciones en la propia República Dominicana: en 2009, cinco de ellas representaron casi dos tercios del total incautado en el país ese año (4,7 t). De acuerdo con las autoridades costarricenses,<sup>47</sup> en los últimos años se ha registrado un aumento considerable en la cantidad de cocaína incautada en la ruta marítima, donde operan nacionales costarricenses que en su mayoría trabajan en el sector de la pesca y operan bajo la dirección de nacionales colombianos, utilizando barcos de pesca con pabellón de Costa Rica para transportar drogas ilícitas. En 2009, las incautaciones hechas en Costa Rica ascendieron a 21 t.

México siguió siendo un importante país de tránsito de la cocaína dirigida a los Estados Unidos. En 2008, las incautaciones de cocaína en México decrecieron bruscamente (de 48 t en 2007 a 19 t en 2008), lo que coincide con la tendencia observada en los Estados Unidos, y registraron un leve aumento en 2009, con 22 t. La gran mayoría, casi las tres cuartas partes, se realizaron en la ruta marítima.

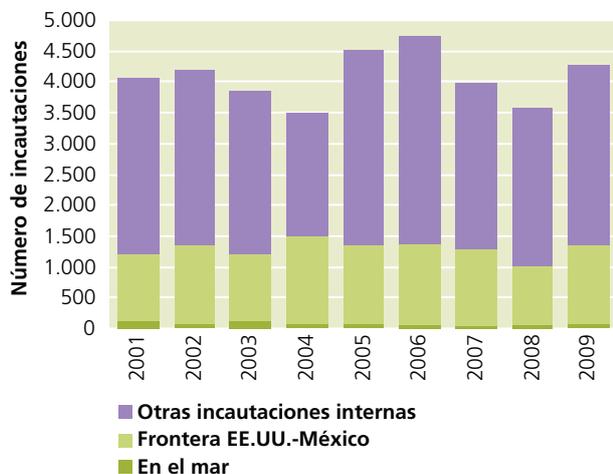
El menor nivel de las incautaciones se reflejó también en las incautaciones de cocaína efectuadas por las autoridades de los Estados Unidos a lo largo de la frontera con México, que siguieron una tendencia en general decreciente entre el último trimestre de 2005 y el segundo trimestre de 2008<sup>48</sup>. En 2009, el número de incautaciones a lo largo de la frontera entre México y los Estados Unidos aumentó levemente, de 17,8 t en 2008 a 20,5 t, si bien se mantuvo debajo del nivel máximo de 28 t registrado en 2006. Varios factores han contribuido a que se produzca un cambio en las rutas del narcotráfico de México a los Estados Unidos, incluidos los altos niveles de violencia entre los carteles de la droga y los esfuerzos de las autoridades mexicanas para combatirlos.

47 Informe de Costa Rica a la Vigésima Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 4 a 7 de octubre de 2010.

48 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Intelligence Center, National Drug Threat Assessment 2009*, diciembre de 2008.

**Fig. 78: Incautaciones de cocaína en los Estados Unidos por lugar y número de casos, 2001-2009**

Fuente: UNODC, CIA.



Las incautaciones realizadas por los Estados Unidos alcanzaron su máximo, 201 t, en 2005, y desde entonces han disminuido considerablemente. En 2009, las incautaciones parecen haberse estabilizado en poco más de la mitad de los niveles de 2005 (109 t). Esto sugiere, junto con otros indicadores, que la disponibilidad de cocaína en los Estados Unidos se ha estabilizado a un nivel más bajo.

El precio medio de la cocaína ajustado para tener en cuenta el grado de pureza, calculado a partir de todas las adquisiciones de cocaína llevadas a cabo por las fuerzas del orden de los Estados Unidos,<sup>49</sup> subió a más del doble entre el último trimestre de 2006 y el último trimestre de 2008 (de 90 a 199 dólares de los EE.UU. por gramo puro), y se ha mantenido relativamente alto desde entonces (170 dólares de los EE.UU. por gramo puro en el último trimestre de 2009). Esto se debió en gran medida a una disminución de la pureza, que se redujo de un promedio de 70% en el último trimestre de 2006, a 45% en el último trimestre de 2008, y se mantuvo en 46% en el último trimestre de 2009.

Las incautaciones realizadas por los Estados Unidos incluyen grandes cantidades de cocaína incautada en el mar. Estas representaron aproximadamente la mitad del total de las incautaciones llevadas a cabo por los Estados Unidos en 2009. En lo que respecta al número de las incautaciones, en su mayoría siguen siendo casos internos de menor cuantía.

Una comparación de los precios de la cocaína ajustados para tener en cuenta el grado de pureza en puntos clave a lo largo de la ruta del tráfico de la cocaína en América confirma que el aumento del margen de ganancia se produce principalmente hacia el final de la cadena de suministro. El precio al por mayor es de aproximadamente una cuarta parte del precio de venta al por menor, mientras que

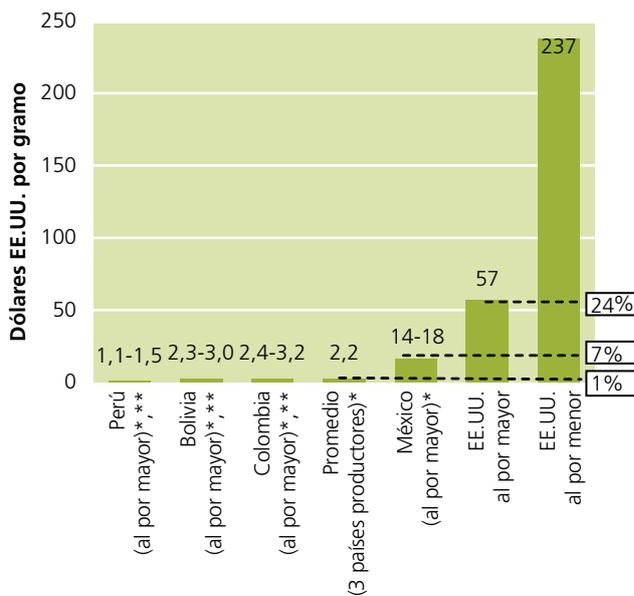
<sup>49</sup> Esto incluye todas las adquisiciones, independientemente de la cuantía de la transacción, y pueden no corresponder, por tanto, ni a los niveles de precios mayoristas ni a los niveles de precios al por menor.

**Fig. 79: Progresión de los precios de la cocaína ajustados para tener en cuenta el grado de pureza en América, 2009**

\* Para estos países, el cálculo supone una pureza al por mayor de 70% a 90%; las barras verticales representan el punto medio del intervalo resultante.

\*\* El valor para el Perú representa el precio en las regiones productoras, mientras que los valores para Bolivia y Colombia representan el precio en las grandes ciudades.

Fuente: Datos de las oficinas extrase de la UNODC; UNODC, CIA.



el precio en los países productores solo asciende al 1% del precio final (de venta al por menor).

A nivel mundial, la cantidad total de incautaciones de cocaína crack comunicada es insignificante en comparación con las incautaciones de cocaína base o sales de cocaína. Esto podría deberse en parte a que algunos países no comunican las incautaciones de cocaína crack y, en parte, a que las incautaciones individuales de esa sustancia, hechas posiblemente en la calle, suelen ser de muy poca monta.

Varios países de América, sobre todo de América Central y el Caribe, así como el Brasil, los Estados Unidos y la República Bolivariana de Venezuela comunican las incautaciones de cocaína crack, además de las de cocaína base o de sales de cocaína. En 2009, las incautaciones de cocaína crack ascendieron a 194 kg en Panamá, 163 kg en los Estados Unidos y 80 kg en la República Bolivariana de Venezuela. En 2008, el Brasil llevó a cabo la incautación más grande (374 kg).<sup>50</sup> En 2009, el mayor número de incautaciones de este tipo en todo el mundo fueron comunicadas por la República Dominicana (4.173 casos), el Canadá (1.822) y la República Bolivariana de Venezuela (1.643).

### Europa

A nivel mundial, Europa ocupa el segundo lugar entre los mercados de consumo de cocaína y sigue siendo responsa-

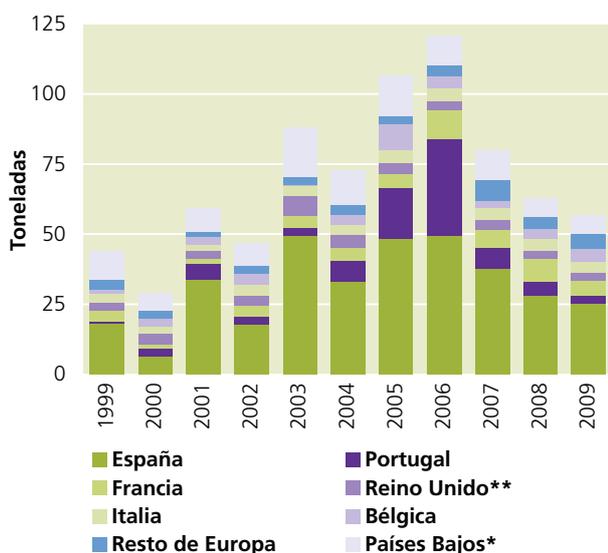
<sup>50</sup> No se dispuso de un desglose de las incautaciones de cocaína en el Brasil para 2009.

**Fig. 80: Incautaciones de cocaína en Europa (toneladas), 1999-2009**

\* No se dispuso de datos de los Países Bajos para 2009; el valor utilizado corresponde a 2008, y se incluye solo para calcular el total regional.

\*\* Los datos del Reino Unido para 2007, 2008 y 2009 se basan en datos incompletos de algunas jurisdicciones para los ejercicios económicos 2007/2008 y 2008/2009, respectivamente, y se ajustaron utilizando la distribución en 2006/2007 para las jurisdicciones que faltaban.

Fuente: UNODC, DELTA.



ble de la mayoría de las incautaciones realizadas fuera de América. El volumen de las incautaciones alcanzó un nivel máximo de 121 t en 2006, y luego disminuyó durante tres años consecutivos, para caer a menos de la mitad (57 t) en 2009. Esta tendencia decreciente se observó en los países de Europa occidental que hicieron las mayores incautaciones en Europa, si bien otros varios países registraron aumentos.

La península ibérica es un importante punto de entrada para la cocaína que llega al continente europeo. España continúa siendo el país que comunica las mayores incautaciones de cocaína en Europa, si bien estas disminuyeron de 50 t, en 2006, a 25 t en 2009. En Portugal, el descenso ha sido más pronunciado, de 34 t en 2006 (el segundo de Europa por orden de importancia ese año), a 2,7 t en 2009 (el séptimo en importancia). También se han registrado disminuciones considerables en los Países Bajos, donde las incautaciones se redujeron a 6,8 t, en 2008, de su nivel máximo de 14,6 t alcanzado en 2005.<sup>51</sup>

En términos relativos, las tendencias de las incautaciones en toda Europa en los últimos años parecen seguir, en líneas generales, un espectro continuo que va, desde fuertes bajas cerca de los centros de tráfico que funcionan como principales puntos de entrada o distribución en Europa, hasta pronunciados aumentos en los países de Europa oriental que históricamente no habían estado vinculados al tráfico de cocaína en gran escala. Si se comparan las incautaciones medias de 2005-2006 con las de 2008-2009, se percibe un

51 No se dispuso de datos de incautaciones de los Países Bajos para 2009.

marcado descenso en Portugal, España, Bélgica y los Países Bajos<sup>52</sup> (en términos relativos y absolutos). En el Reino Unido y Francia se observa un descenso más moderado, mientras que las incautaciones en Italia y Alemania se mantuvieron básicamente estables. Por otro lado, se observaron aumentos de más del 30% en varios países situados más al este, entre ellos, la Federación de Rusia, Turquía, Polonia, Grecia, Ucrania y Rumania. En Irlanda, las incautaciones alcanzaron su máximo en 2007, pero también han disminuido apreciablemente desde entonces. Este cuadro sugiere que, si bien las rutas establecidas de tráfico de la cocaína que ingresa en Europa siguen siendo importantes, la cocaína puede estar entrando en Europa a través de nuevas rutas.

En 2009, Rumania comunicó la incautación de 1,3 t de cocaína. Esto parece incluir una única incautación de 1,2 t de cocaína que llegó al puerto de Constanta, en enero de 2009, en dos contenedores procedentes de la ciudad portuaria de Paranagua (Brasil). La investigación iniciada tras este caso condujo a la incautación de 3,8 t de cocaína en Paranagua en febrero de 2009, también dirigidas a Rumania.<sup>53</sup>

Los precios al por menor de la cocaína, ajustados para tener en cuenta el grado de pureza, en Europa occidental y central aumentaron notablemente en 2006, año en que las incautaciones alcanzaron su punto máximo. El alza de los precios se debió principalmente a una disminución de la pureza. Una posible explicación es que la intensificación de los esfuerzos de los encargados de hacer cumplir la ley haya repercutido en la disponibilidad de cocaína en el mercado europeo y que los narcotraficantes hayan respondido vendiendo la droga con un menor grado de pureza en lugar de aumentar el precio a granel. Desde 2006, el grado de pureza se ha mantenido relativamente bajo, a los precios ajustados. El precio en euros ajustado para tener en cuenta el grado de pureza se redujo entre 2006 y 2008, y pareció estabilizarse en 2009.

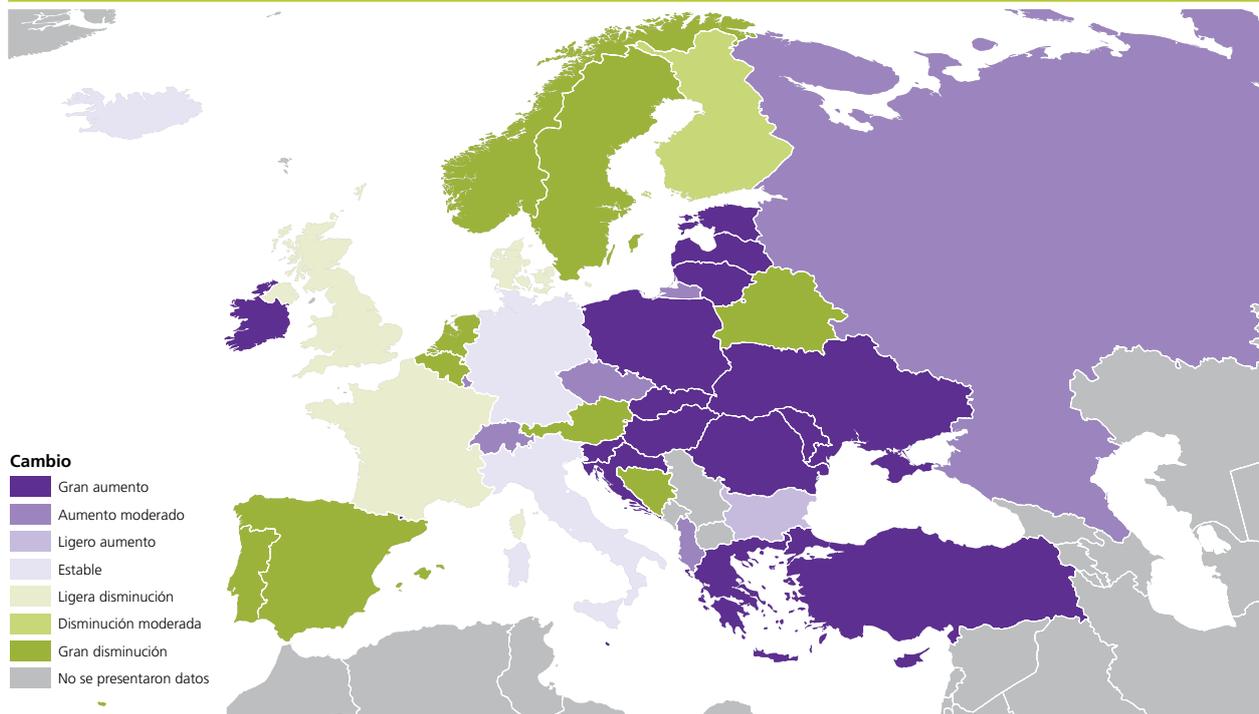
En 2009, el precio en euros de venta al por menor ajustado para tener en cuenta la inflación y el grado de pureza era igual al de 2005 (dentro del 1%), antes del alza de 2006. Si bien estos datos deben interpretarse con cautela, es posible que los métodos y las rutas alternativos de tráfico de la cocaína adoptados por los traficantes para contrarrestar controles más estrictos hayan compensado la disminución a corto plazo de la disponibilidad de cocaína en el mercado europeo. Además, la baja de los precios de la cocaína en euros entre 2006 y 2008 coincidió con la depreciación del dólar de los EE.UU. en ese mismo período, con el resultado para el consumidor de que bajó el costo de las importaciones, incluidas las de cocaína.

## África

En 2009, las incautaciones de cocaína en el continente africano siguieron siendo limitadas y ascendieron a menos

52 Teniendo en cuenta solo los datos de 2008 para los Países Bajos.

53 Embajada de los Estados Unidos en Rumania, *DEA and Romanian Police work together in stopping second cocaine shipment from Brazil to Romania*, comunicado de prensa, 9 de febrero de 2009.

**Mapa 20: Tendencias de las incautaciones de cocaína en Europa, promedio de 2008-2009 comparado con el promedio de 2005-2006**

Fuente: UNODC, DELTA  
 Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

de 1 tonelada, lo que supone una disminución en comparación con las 2,6 t registradas en 2008 y las 5,5 t de 2007. Si bien esta cantidad es muy pequeña en comparación con las cantidades que quizá sean traficadas en toda África, los datos sobre incautaciones en otras regiones también apuntan a una tendencia descendente en lo que respecta al tráfico de cocaína proveniente de Sudamérica con destino a Europa, en particular en el África occidental. Sin embargo, el tráfico de cocaína persistió en la región, que siguió siendo vulnerable a un resurgimiento, especialmente el África occidental. Benin, Burkina Faso, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenya, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Sudáfrica y Togo fueron países de tránsito<sup>54</sup> en 2008 o 2009.

En 2008, las mayores incautaciones de cocaína en África se registraron en Ghana (841 kg), Sierra Leona (703 kg),<sup>55</sup> el Togo (393 kg, cifra que disminuyó a 34 kg en 2009), Nigeria (365 kg, que aumentaron a 392 kg en 2009) y Sudáfrica (156 kg, que aumentaron a 234 kg en 2009). El 29 de enero de 2009, las autoridades sudafricanas se incautaron de 230 kg de cocaína en un buque surto en el puerto de Durban.<sup>56</sup> En 2009, también se incautaron importantes

cantidades, para la norma africana, en Angola, el Senegal, Egipto y Marruecos. En 2009, correspondió al Senegal más de la mitad de los casos (30) de las incautaciones de cocaína en África registradas en la base de datos de la Organización Mundial de Aduanas (OMA). Estas incautaciones ascendieron en total a 65 kg. La situación cambió un año más tarde. En 2010, se incautaron 2,1 t de cocaína en el marco de una operación en Gambia.<sup>57</sup>

Un factor que contribuye a la disminución de las incautaciones de cocaína en África podría ser la diversificación de las rutas y los métodos de tráfico, probablemente en respuesta a los esfuerzos de control, pero también podría constituir una forma de explorar nuevos mercados. En 2009, el Togo informó sobre la aparición de nuevas rutas de tráfico de cocaína con destino a Europa. En 2009, las autoridades de Nigeria estimaron que la mitad de la cocaína que pasaba por su territorio podía estar destinada a los Estados Unidos. Esto podría ser una reacción a la aparente escasez de cocaína en el mercado de los Estados Unidos, lo que lleva a los narcotraficantes a buscar rutas alternativas. Algunos informes también sugieren la existencia de un enlace entre el África oriental y el África occidental en cuanto al tráfico de cocaína. En 2009, Swazilandia comunicó un aumento del tráfico de cocaína.

54 La información suministrada incluye la mención de países africanos como países de "origen", lo que probablemente se refiera a la procedencia de la droga que se trafica y no al país de fabricación.

55 Esta cantidad fue incautada en un avión en julio de 2008, en una sola operación. (Informe de Sierra Leona a la Decimonovena Reunión de Jefes de Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África).

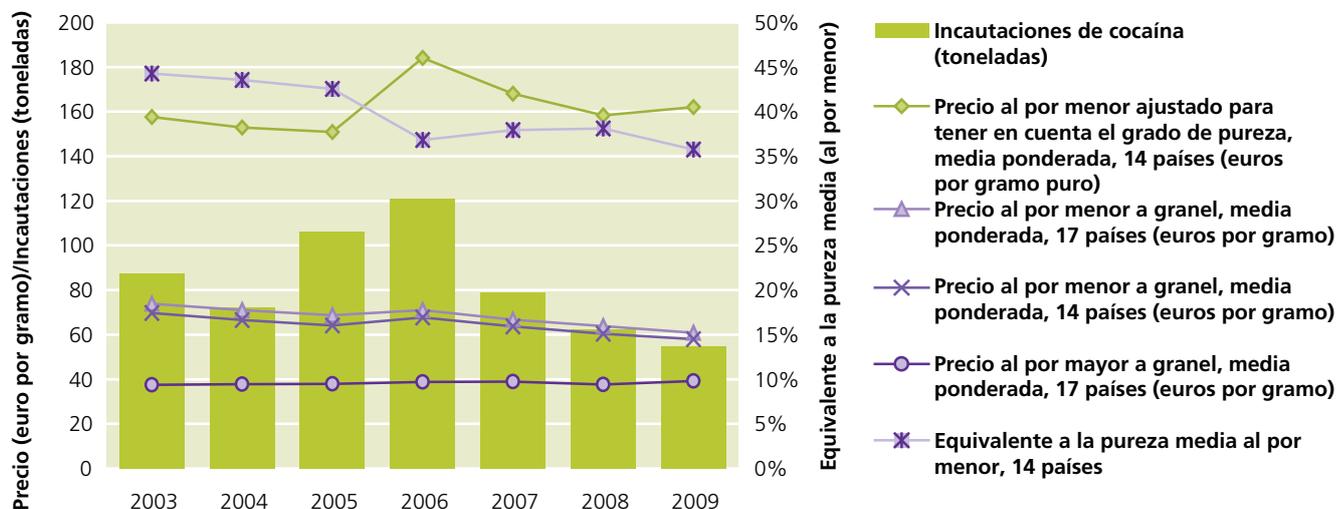
56 Informe de Sudáfrica a la Decimoquinta Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico,

Japón, 2 a 5 de febrero de 2010. En el momento de prepararse el presente informe no se disponía de las respuestas de Sudáfrica al CPIA de 2009.

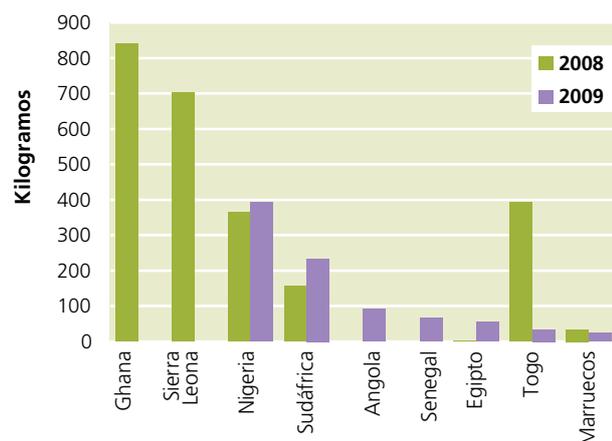
57 Ponencia presentada por EUROPOL sobre la cocaína en Europa en la Conferencia sobre la lucha contra la amenaza de las drogas ilícitas y el fortalecimiento del control de los precursores químicos, Viena, 8 y 9 de julio de 2010.

**Fig. 81: Precios y pureza de la cocaína en Europa occidental y central, 2003-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

**Fig. 82: Incautaciones de cocaína en determinados países de África (kg), 2008-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



La cocaína también se envía directamente desde América del Sur a Sudáfrica, país con un considerable mercado de consumo. Sudáfrica llegó a la conclusión de que en 2008, y nuevamente en 2009, el 40% de la cocaína traficada en su territorio estaba destinada a Europa y el resto a su mercado interno. En 2009, Sudáfrica también se mencionó como país de tránsito de la cocaína destinada a otros varios países africanos. De acuerdo con las autoridades angoleñas,<sup>58</sup> la cocaína por lo general llegaba a Angola por aire desde el Brasil, pasando por Sudáfrica, Namibia y la República Democrática del Congo.

### Asia y el Pacífico

La región de Asia y el Pacífico continuó representando menos del 1% de las incautaciones mundiales de cocaína.

<sup>58</sup> Informe de Angola a la Decimonovena Reunión de Jefes de Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África.

Sin embargo, hubo indicios de que el tráfico de cocaína podía estar penetrando en nuevos mercados de consumo. En 2008, las incautaciones en la región alcanzaron la cifra sin precedentes de 1,6 t, en tanto que en 2009 disminuyeron a 766 kg.

En Australia, las incautaciones aumentaron, de 626 kg en 2007, a 930 kg en 2008. En 2009 las incautaciones en el país disminuyeron a 288 kg, aunque en 2010, como resultado de dos importantes procedimientos de incautación, el total parcial aumentó a más de 700 kg.<sup>59</sup> Australia informó que, durante el período comprendido entre el 1° de julio de 2008 y el 30 de junio de 2009, alrededor del 70% de las detecciones de cocaína (por número) se realizaron en el correo, y que México, Colombia, Panamá, la Argentina, el Canadá, los Estados Unidos, el Brasil, los Emiratos Árabes Unidos, Singapur, Sudáfrica, el Estado Plurinacional de Bolivia, Kenya y los Países Bajos eran países de embarque de los envíos de cocaína de más de 1 kg. Además, indicó la posibilidad de que se estuvieran dejando de lado las importaciones de pequeñas cantidades de cocaína.

En 2008, las incautaciones aumentaron a 664 kg<sup>60</sup> en China, incluidos 69 kg incautados en Hong Kong (China) y 64 kg<sup>61</sup> en Taiwán, Provincia de China. En 2009, China comunicó incautaciones de 163 kg, incluidos 112 kg en Hong Kong (China). Según las autoridades chinas, la cocaína, en su mayor parte, se manda de contrabando desde América del Sur a través del Océano Pacífico a ciudades de la costa sudoriental de China.<sup>62</sup>

<sup>59</sup> Policía Federal Australiana, *Drug syndicate smashed, 464 kg of cocaine seized*, comunicado de prensa, 14 de octubre de 2010.

<sup>60</sup> UNODC, datos recopilados por la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico (DAINAP).

<sup>61</sup> Administración de Alimentos y Drogas de Taiwán, Provincia de China.

<sup>62</sup> Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, ponencia presentada a la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMIC), octubre de 2010.

En 2009, Filipinas registró un nivel de incautaciones de cocaína sin precedentes (259 kg). Durante el período de 2003 a 2008, en cambio, las incautaciones en este país ascendieron a menos de 3 kg al año. El aumento de 2009 se debió, en parte, a que en diciembre de ese año una embarcación que transportaba una gran cantidad de cocaína desde América del Sur a China la echó por la borda

cerca de la provincia de Samar Oriental. Se registraron otras dos incautaciones apreciables, por un total de 15,5 kg de cocaína, en el puerto de Davao. Filipinas estima que el 30% del total de la cocaína que ingresó en el país procedía de Alemania, y otro 30% de Malasia, y que su destino era China (con un 40% destinado a Hong Kong, China).

**Cuadro 25: Precios de la cocaína en Europa y los Estados Unidos (no ajustados para tener en cuenta el grado de pureza), 1990-2009**

Precio al por menor (precio en la calle), dólares EE.UU./gramo																				
EUROPA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Austria	198	180	167	120	126	156	138	118	113	93	94	78	71	90	103	101	78	99	110	97
Bélgica	80	90	68	95	82	93	90	57	55	60	55	51	50	51	51	51	60	67	72	71
Dinamarca	144	135	111	90	150	176	169	108	119	165	106	120	91	122	82	82	81	74	99	93
Finlandia	159	150	126	105	165	191	184	123	179	157	138	121	111	151	146	125	100	110	154	139
Francia	99	119	140	153	151	174	125	87	84	82	50	87	75	90	99	94	97	96	103	83
Alemania	120	103	111	95	109	103	90	77	72	68	57	58	57	68	73	79	74	86	91	87
Grecia	150	120	105	54	116	111	144	91	54	82	69	72	75	96	93	79	110	110	110	104
Irlanda	141	137	120	110	100	119	32	34	32	30	28	28	94	79	87	88	88	96	103	97
Italia	108	120	164	90	104	113	129	109	129	135	100	89	90	101	113	114	104	112	111	99
Luxemburgo	150	150	150	150	172	194	127	115	110	119	119	119	107	96	114	105	106	89	89	89
Países Bajos	66	70	74	66	60	79	52	64	38	33	33	33	33	30	59	59	60	59	63	63
Noruega	176	170	255	156	145	150	153	177	133	128	114	157	165	170	155	155	157	164	154	154
Portugal	63	57	60	57	59	66	64	57	51	43	56	48	36	47	49	55	56	55	66	66
España	110	100	100	63	78	91	72	68	68	63	52	52	56	70	76	76	76	83	89	83
Suecia	160	152	183	123	148	118	118	98	88	97	77	79	87	99	93	92	107	96	138	104
Suiza	178	144	188	136	146	148	127	117	110	109	77	69	74	89	86	86	84	75	65	82
Reino Unido	131	127	69	123	113	111	102	124	128	104	94	84	84	90	91	79	87	91	74	62
Media no ponderada, dólares EE.UU.	131	125	129	105	119	129	113	95	92	92	78	80	80	92	92	89	88	92	99	93
Ajustado para tener en cuenta la inflación, dólares EE.UU. de 2009	215	197	197	156	172	181	154	128	121	119	97	96	95	107	105	98	94	95	99	93
Media ponderada, dólares EE.UU.	117	115	118	104	112	118	105	92	92	88	70	74	72	84	88	86	86	91	94	85
Ajustado para tener en cuenta la inflación, dólares EE.UU. de 2009	192	180	180	154	162	166	144	123	121	113	88	90	85	97	100	95	91	95	94	85
Media ponderada en euros	92	92	91	88	94	91	83	81	82	82	76	83	76	74	71	69	71	67	64	61
Ajustado para tener en cuenta la inflación, euro de 2009	144	138	130	122	126	119	106	102	102	101	92	98	87	83	78	74	75	69	64	61

Fuentes: Datos de la UNODC, CIA y EUROPOL. Las estimaciones de la UNODC aparecen en cursiva.

Estados Unidos																				
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Precio en la calle en dólares EE.UU.	97	93	81	84	79	91	91	81	81	81	96	96	83	90	84	85	94	104	119	120
Ajustado para tener en cuenta la inflación, dólares EE.UU. de 2009	159	147	123	125	115	128	124	108	106	104	119	116	99	105	96	93	100	107	118	120
Ajustado para tener en cuenta el grado de pureza	167	148	120	122	119	149	124	125	117	125	155	166	119	131	122	124	127	157	215	237
Ajustado para tener en cuenta el grado de pureza y la inflación, dólares EE.UU. de 2009	274	233	184	181	172	209	170	167	154	161	193	201	142	153	139	137	135	163	214	237

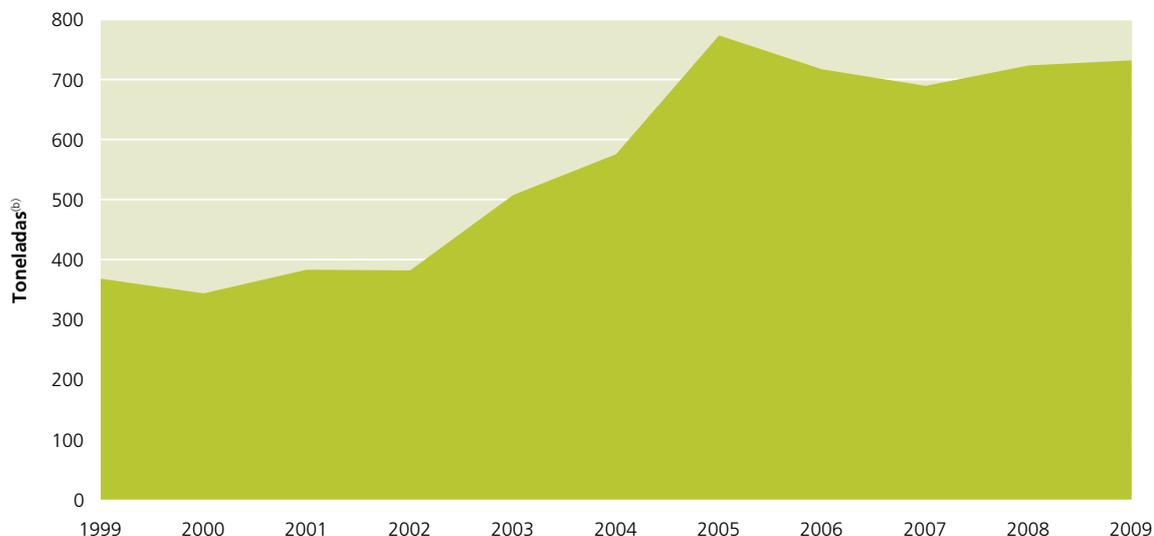
Fuentes: Para 1990-2006, ONDCP, National Drug Control Strategy Data Supplement 2010. Para 2007-2009, Las estimaciones de la UNODC se basan en el CIA (datos de STRIDE) y en precios de 2006.

Precio al por mayor, dólares EE.UU./Kg																				
EUROPA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Austria	66.000	66.000	54.000	40.000	41.946	52.084	45.875	56.723	54.440	38.859	47.094	43.995	42.385	59.300	55.894	59.757	50.185	61.661	66.176	48.668
Bélgica	25.000	24.000	38.250	28.000	26.920	30.560	21.927	17.025	19.167	23.859	22.376	26.771	28.111	29.610	32.480	32.480	32.480	47.958	53.757	46.675
Dinamarca	80.000	85.000	85.000	82.500	58.516	60.034	46.141	38.640	44.517	78.900	43.462	47.839	37.823	53.160	45.896	50.321	40.520	40.445	43.447	40.730
Finlandia	79.500	75.000	62.750	52.500	82.500	95.450	91.750	61.550	89.350	78.460	68.321	59.492	51.804	62.150	68.315	68.315	56.611	61.660	66.176	62.573
Francia	117.000	38.250	45.000	38.250	40.000	39.877	48.077	43.554	42.159	27.714	27.000	34.978	37.676	45.200	49.683	50.321	50.190	61.661	44.118	41.715
Alemania	69.000	53.100	60.300	54.142	57.692	54.676	53.925	45.294	41.210	39.639	33.752	33.235	34.476	40.110	44.243	46.525	45.320	48.826	54.114	57.171
Grecia	75.000	90.000	95.000	36.000	46.413	53.098	72.015	43.795	49.180	49.320	41.237	40.359	42.385	53.680	57.446	62.902	62.735	69.853	63.964	
Irlanda	45.000	45.000	40.000	50.000	45.000	42.000	31.646	33.735	31.530	29.891	29.891	29.891	29.891	30.510	38.557	38.506	39.636	41.107	44.118	36.161
Italia	54.000	48.000	94.000	41.935	51.097	51.455	55.633	50.629	49.091	47.250	46.000	40.529	41.412	47.440	51.759	52.188	52.920	56.029	63.514	57.153
Luxemburgo	93.919	95.939	113.521	50.847	157.593	141.343	47.625	43.103	41.072	47.718	47.718	47.718	47.718	31.052	31.450	31.450	31.450	31.451	31.451	31.451
Países Bajos	26.500	28.000	29.500	26.500	24.680	33.232	23.894	29.698	22.355	27.500	27.500	27.500	27.500	27.400	33.775	33.775	35.000	42.409	46.691	46.691
Noruega	120.000	120.000	127.500	110.000	39.971	50.000	41.670	60.028	81.699	57.545	51.417	51.569	54.159	56.500	65.209	65.209	56.400	61.661	51.471	57.471
Portugal	39.500	39.285	33.000	27.000	27.950	34.483	42.591	37.908	33.447	30.000	28.000	29.080	31.046	32.410	36.399	36.399	31.365	34.256	44.118	41.716
España	65.000	60.000	55.000	35.000	36.434	41.322	38.760	36.806	38.924	38.899	30.882	38.899	31.511	38.830	42.167	41.321	41.210	46.274	48.709	45.941
Suecia	80.000	85.000	91.375	61.450	73.825	55.556	59.255	45.573	50.484	48.508	38.394	34.693	35.763	43.130	39.560	40.068	39.270	51.883	72.844	45.459
Suiza	63.900	94.250	116.250	50.847	72.012	75.949	51.587	40.780	41.152	41.000	35.482	23.392	19.274	37.230	44.008	44.008	41.090	44.351	49.307	50.379
Reino Unido	47.850	46.475	20.625	43.210	45.000	46.774	40.625	47.500	47.500	33.981	38.168	36.008	35.848	40.880	50.036	50.036	50.943	60.362	64.682	76.963
Media no ponderada	67.481	64.312	68.298	48.717	54.562	56.347	47.823	43.079	45.722	43.473	38.629	37.997	36.987	43.839	46.263	47.270	44.549	50.278	53.797	49.699
Ajustado para tener en cuenta la inflación, dólares EE.UU. de 2009	110.766	101.301	104.437	72.329	78.985	79.320	65.391	57.582	60.179	55.982	48.126	46.029	44.108	51.114	52.542	51.926	47.407	52.023	53.605	49.699
Media ponderada, dólares EE.UU.	67.639	51.835	57.493	44.032	47.117	48.204	47.823	44.011	43.456	38.510	35.592	36.089	35.941	42.308	46.898	47.739	46.963	53.390	55.261	54.577
Media ponderada, dólares EE.UU. por gramo	68	52	57	44	47	48	48	44	43	39	36	36	36	42	47	48	47	53	55	55
Ajustado para tener en cuenta la inflación, dólares EE.UU. de 2009	111.026	81.648	87.915	65.373	68.208	67.858	65.391	58.829	57.195	49.591	44.343	43.718	42.861	49.330	53.262	52.442	49.977	55.242	55.065	54.577
Ajustado para tener en cuenta la inflación, dólares EE.UU. de 2009/gramo	111	82	88	65	68	68	65	59	57	50	44	44	43	49	53	52	50	55	55	55
Media ponderada, euro/gramo	53	42	44	38	40	37	38	39	39	36	38	40	38	37	38	38	39	39	38	39
Ajustado para tener en cuenta la inflación, euro de 2009/gramo	83.1	62.2	63.4	52.0	53.3	48.4	48.4	48.6	48.3	46.3	46.3	44.3	43.9	42.2	41.7	41.0	41.1	40.4	37.7	39.2

Fuentes: UNODC, CIA; EUROPOL. Las estimaciones de la UNODC aparecen en cursiva.

Estados Unidos																				
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Precio al por mayor en los EE.UU.	34	32	31	29	27	28	27	28	25	25	26	24	24	24	24	24	23	23	26	27
Ajustado para tener en cuenta el grado de pureza	52	42	41	39	36	41	37	41	35	40	46	44	41	38	37	34	31	37	53	57
Ajustado para tener en cuenta la inflación y el grado de pureza, dólares EE.UU. de 2009	85	66	62	59	51	57	50	54	46	52	57	53	49	44	42	38	33	39	53	57

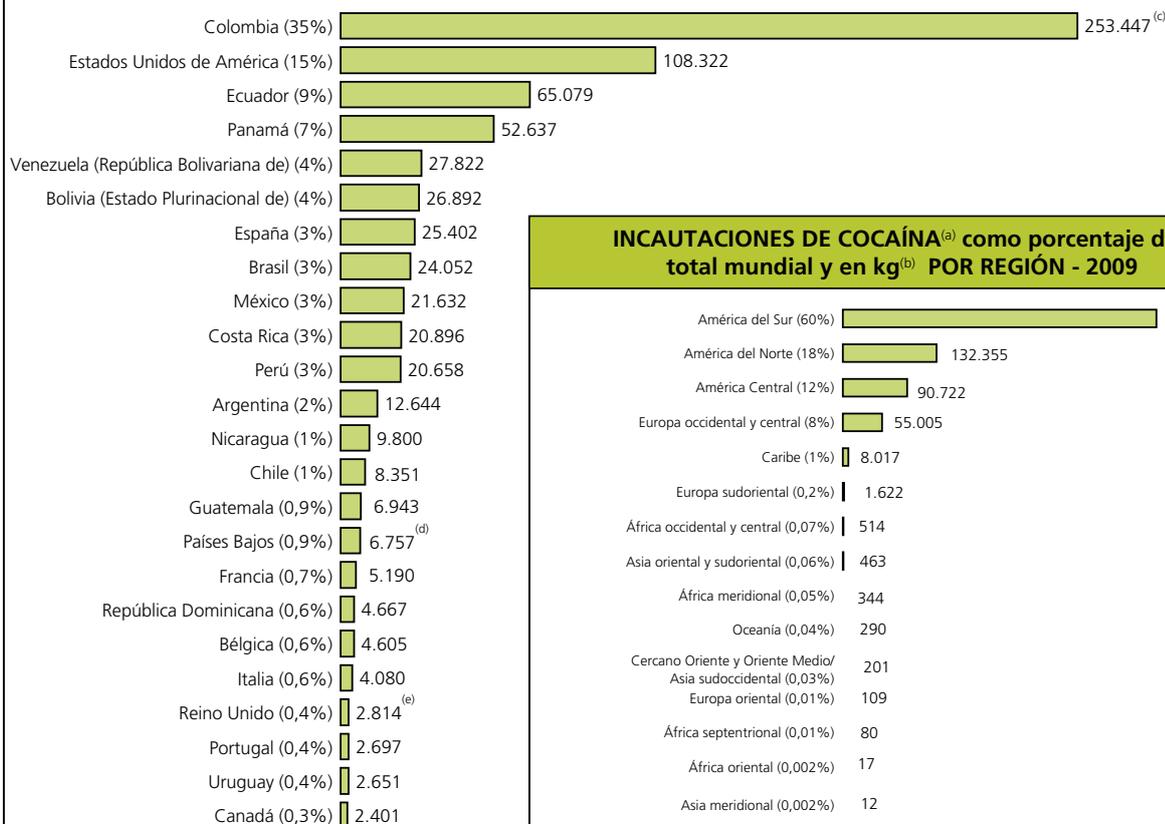
**Fig. 83: Incautaciones mundiales de cocaína<sup>(a)</sup>, 1999-2009**



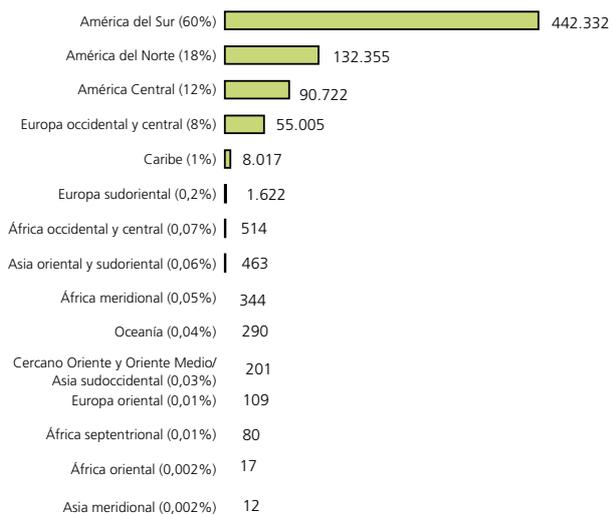
<sup>(a)</sup> Incluye clorhidrato de cocaína, cocaína base y cocaína crack.

<sup>(b)</sup> Las incautaciones, según se comunicaron (no ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza).

**INCAUTACIONES DE COCAÍNA<sup>(a)</sup> como porcentaje del total mundial y en kg<sup>(b)</sup>  
PAÍSES MÁS DESTACADOS - 2009**



**INCAUTACIONES DE COCAÍNA<sup>(a)</sup> como porcentaje del total mundial y en kg<sup>(b)</sup> POR REGIÓN - 2009**



<sup>(a)</sup> Incluye clorhidrato de cocaína, cocaína base y cocaína crack.

<sup>(b)</sup> Las incautaciones, según se comunicaron (no ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza).

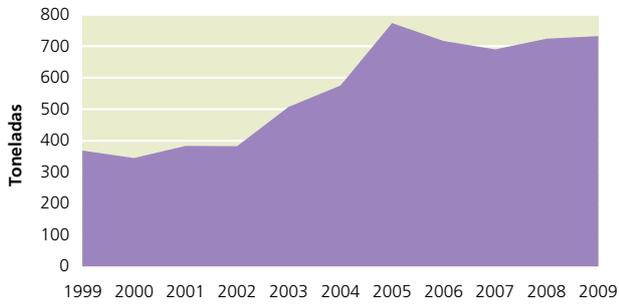
<sup>(c)</sup> No se incluyen 1,9 t de "basuco".

<sup>(d)</sup> Datos de 2008. No se dispuso de datos de los Países Bajos para 2009.

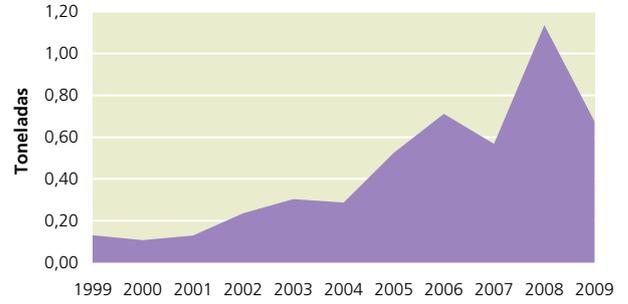
<sup>(e)</sup> Los datos del Reino Unido para 2009 se basan en datos incompletos de algunas jurisdicciones para los ejercicios económicos 2009/2010, y se ajustaron utilizando la última distribución completa (del ejercicio económico 2006/2007).

**Fig. 84: Incautaciones mundiales de cocaína, 1999-2009**

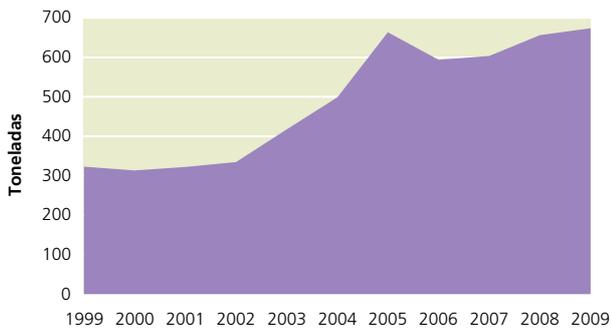
**COCAÍNA<sup>(a)</sup> INTERCEPTADA – TODO EL MUNDO: 1999-2009**



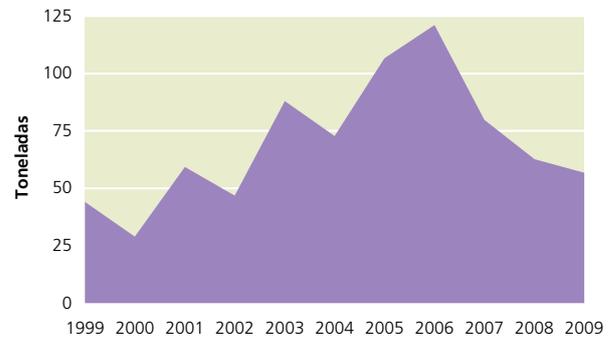
**COCAÍNA INTERCEPTADA - ASIA: 1999-2009**



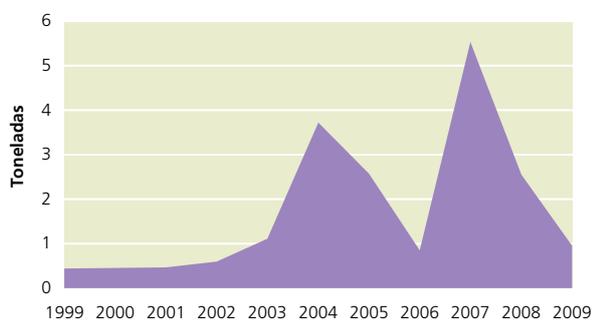
**COCAÍNA<sup>(a)</sup> INTERCEPTADA - AMÉRICA: 1999-2009**



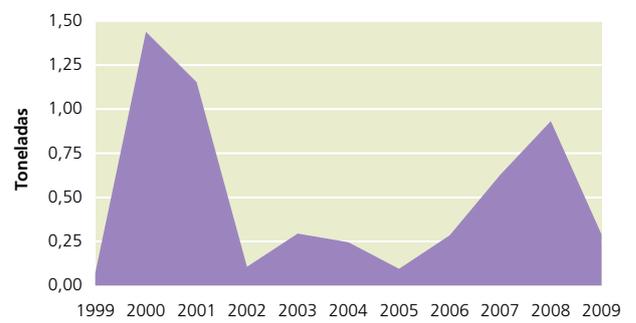
**COCAÍNA<sup>(a)</sup> INTERCEPTADA - EUROPA: 1999-2009**



**COCAÍNA<sup>(a)</sup> INTERCEPTADA - ÁFRICA: 1999-2009**

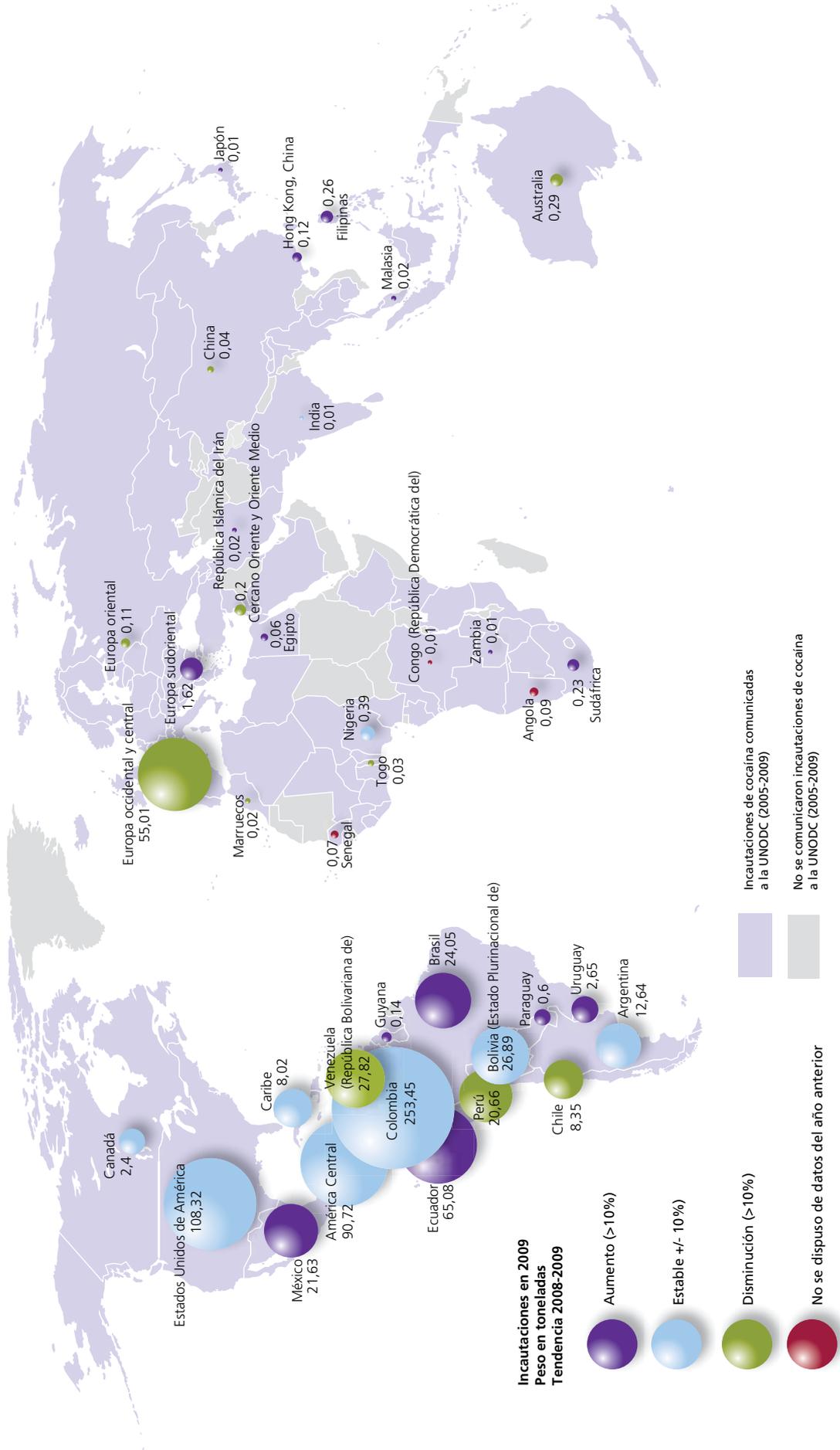


**COCAÍNA<sup>(a)</sup> INTERCEPTADA - OCEANÍA: 1999-2009**



<sup>(a)</sup> Includes cocaine HCl, cocaine base and crack-cocaine

**Mapa 21: Incautaciones de cocaína, 2009 (países y territorios que comunicaron incautaciones superiores a los 10 kg)**



\* Las incautaciones según se comunicaron (no ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza), incluyen cocaína base, clorhidrato de cocaína y cocaína crack. Fuente: UNODC, respuestas al CPIA y otras fuentes. Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

### 3.5 Análisis del mercado

Durante los últimos 40 años, la región de América se ha visto afectada por el tráfico transnacional de cocaína. El tamaño del mercado estadounidense, que ha sido durante décadas el principal mercado individual de cocaína, ha disminuido en los últimos años, debido principalmente a la reducción de las corrientes de cocaína provenientes de México. Esta notable disminución del mercado de los Estados Unidos se vio contrarrestada en parte por el aumento del consumo de cocaína en nuevos mercados de destino (principalmente en zonas con un poder adquisitivo superior a la norma), y en los países de tránsito. El tráfico y consumo de cocaína han comenzado a afectar a los países de la región de Oceanía (que ya muestran altas tasas anuales de prevalencia del consumo de cocaína comparadas con la norma internacional), a los países del África occidental y meridional por donde pasan las corrientes de tráfico, y a algunas partes de Asia (algunos países del Cercano Oriente y el Oriente Medio, así como nuevos enclaves en algunos países del Lejano Oriente).

Europa continúa siendo el mercado de cocaína más desarrollado fuera de América, especialmente Europa occidental y central. El consumo de cocaína en Europa oriental, en cambio, es aún limitado. El volumen de la cocaína consumida en Europa se ha duplicado en el último decenio, aunque los datos de los últimos años parecen indicar que se ha estabilizado en los niveles más altos.

Al tiempo que los organismos europeos encargados de hacer cumplir la ley redoblan sus esfuerzos, los traficantes continúan innovando y buscando nuevas maneras de llevar sus productos al consumidor. Hacia 2004, los traficantes sudamericanos comenzaron a experimentar con nuevas rutas de tráfico a través del África occidental. En pocos años lograron socavar los mecanismos de seguridad y sembraron la corrupción a los niveles más altos en algunos países de la región. Reconociendo la amenaza que esto representaba, la comunidad internacional emprendió una variedad de intervenciones para contener esta corriente. El aspecto novedoso se perdió, la inestabilidad política resultó ser contraproducente, y se llevaron a cabo algunas incautaciones muy considerables. En 2008, se produjo una marcada disminución en el número de grandes incautaciones marítimas y de portadores de cocaína descubiertos en vuelos del África occidental a Europa. La labor de los servicios de inteligencia criminal indica que la corriente puede haber disminuido, pero no se detuvo. Esto aumenta la posibilidad de que los traficantes hayan simplemente modificado sus técnicas y hayan encontrado nuevos métodos para llevar la cocaína a Europa sin ser detectados, incluso a través del África occidental. Los datos estadísticos apoyan esta hipótesis: las incautaciones de cocaína en Europa disminuyeron

de 121 t en 2006 a 57 t en 2009. Sin embargo, durante este período, la demanda no se redujo a la mitad. Parte de la disminución (pero no toda), podría deberse a que se intensificaron los esfuerzos de interceptación en la fuente como resultado de un mejor intercambio de información con los homólogos sudamericanos.<sup>63</sup>

#### Estimaciones del consumo de cocaína

Una de las tareas más difíciles es convertir las estimaciones del número de consumidores de cocaína en cantidades de cocaína consumida. La información sobre el consumo per cápita es aún limitada (existen algunos estudios realizados en América del Norte, América del Sur, Europa y Australia), y cualquier cálculo resultante debe ser interpretado con cautela (los resultados están sujetos a cambios cada vez que se dispone de información más fiable). La interpretación más adecuada de los datos y las estimaciones disponibles indican que en 2009 se consumieron unas 440 t de cocaína pura. Esto estaría en consonancia con una producción estimada de alrededor de 1.111 t, las incautaciones de 615 t de cocaína de venta al por mayor ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza, y las pérdidas mundiales de alrededor de 55 t (5% de la producción).

De las 440 t disponibles para el consumo, alrededor del 63% se consumieron en América, 29% en Europa, 5% en África, 3% en Asia y menos del 1% en Oceanía. Los mercados subregionales más grandes se encontraban en América del Norte (cerca de 180 t o 41% del total), Europa occidental y central (123 t o 28%) y América del Sur (85 t o 19%). A estas tres subregiones corresponde el 63% del consumo mundial de cocaína. El mayor mercado individual de cocaína, a pesar de las importantes disminuciones de los últimos años, siguen siendo los Estados Unidos, con un consumo estimado de 157 t de cocaína, que equivalen al 36% del consumo mundial y superan todavía las cantidades de cocaína consumidas en Europa occidental y central.

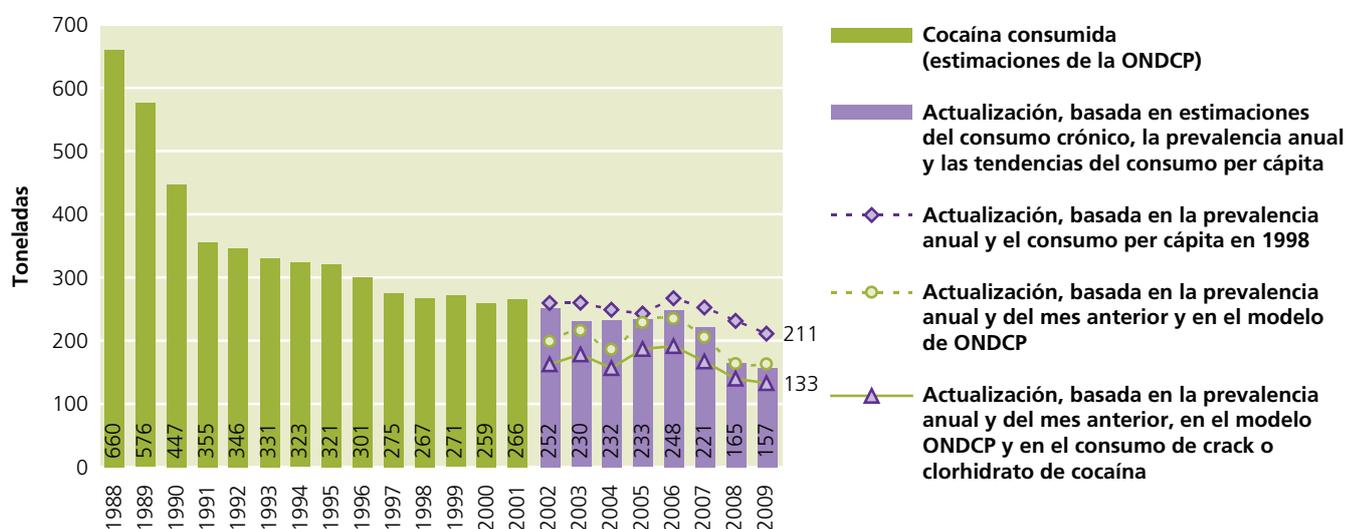
Durante el período de 1999 a 2009, el consumo de cocaína en los Estados Unidos, en términos de volumen, parece haber disminuido en más del 40%, a unas 157 t (intervalo: 133 a 211 t). La mayor disminución (más de un tercio) se produjo entre 2006 y 2009. En comparación con las estimaciones para 1989, el consumo de cocaína en los Estados Unidos es actualmente un 70% más bajo (intervalo: -63% a -77%), lo que refleja en parte un aumento del tratamiento y mejores medidas de prevención, al tiempo que la última disminución en el período de 2006 a 2009 se atribuyó más bien a una reducción de la oferta.

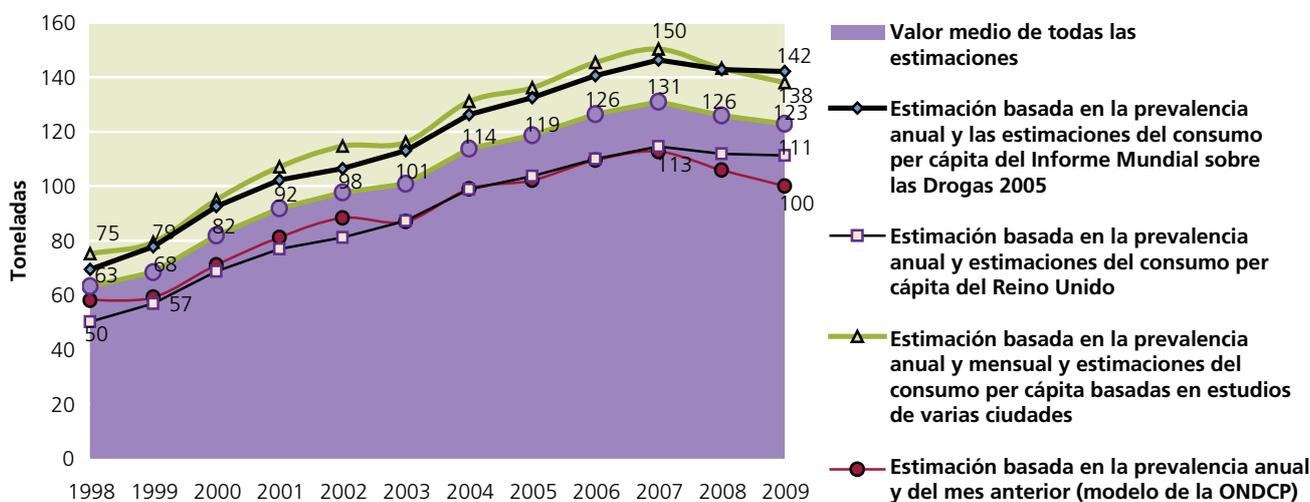
63 UNODC, *The Transnational Cocaine Market*, abril de 2011.

**Cuadro 26: Estimaciones de las cantidades de cocaína consumida, por región, subregión y en todo el mundo, 2009**Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en el CPIA y el *Informe Mundial sobre las Drogas 2005*, así como en actualizaciones basadas en determinados estudios científicos.

Región/subregión	Mejores estimaciones				
	Consumidores		Consumo per cápita	Consumo	
	en millones	porcentaje del total	gramos por año	en toneladas	porcentaje del total
<b>América</b>	8,4	54%	32,6	275	63%
América del Sur	2,4	15%	35,0	85	19%
América Central	0,1	1%	35,0	5	1%
Caribe	0,1	1%	35,0	6	1%
América del Norte	5,7	36%	31,5	179	41%
<b>Europa</b>	4,5	29%	28,4	129	29%
Europa occidental y central	4,1	26%	30,3	123	28%
Europa oriental y sudoriental	0,5	3%	12,3	6	1%
<b>África</b>	1,7*	11%	12,0	21	5%
África occidental y central	1,1	7%	12,0	13	3%
África meridional	0,3	2%	12,0	4	1%
África septentrional	< 0,1	<1%	12,0	< 1	< 1%
África oriental	0,2	1%	12,0	3	< 1%
<b>Asia</b>	0,7*	4%	20,0	14	3%
<b>Oceanía</b>	0,3	2%	7,3	2	< 1%
<b>Total</b>	<b>15,6*</b>	<b>100%</b>	<b>28,1</b>	<b>440</b>	<b>100%</b>

\* En vista de la incertidumbre respecto de los datos sobre Asia y África, se supuso que estas dos regiones tenían un nivel más bajo de consumo,

**Fig. 85: Estimaciones del consumo de cocaína en los Estados Unidos (toneladas), 1988 2009**Fuente: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* y actualizaciones de la UNODC para 2009.

**Fig. 86: Estimaciones del consumo de cocaína en países de la UE/AELI (toneladas), 1998-2009**Source: UNODC ARQ; Government reports; UNODC, *World Drug Report 2010*; EMCDDA, *Statistical Bulletin 2009*.

En Europa se observa la tendencia opuesta. Se estima que el consumo de cocaína en los países de la UE/AELI se ha casi duplicado, pasando de 68 t en 1999 (intervalo: 57 a 79 t) a 123 t en 2009 (intervalo: 100 a 142 t). Entre 2006 y 2009, el consumo de cocaína se estabilizó, y entre 2007 y 2009, podría haber disminuido levemente.

### Evolución de las corrientes de tráfico

Los cambios en la demanda también tuvieron repercusiones en la naturaleza del tráfico transnacional de cocaína. A finales del decenio de 1990, la mayor parte de la cocaína del mundo se enviaba a los Estados Unidos, donde estaba bajo el creciente control de grupos mexicanos. El Caribe, que era la zona de tránsito preferida cuando eran los carteles colombianos los que dominaban el mercado, vio reducido el tráfico debido a que parte de este se realizaba por el Pacífico, a través de México, hacia los Estados Unidos. Los traficantes colombianos, a quienes los carteles mexicanos desplazaron de los eslabones más lucrativos de la cadena de suministro a América del Norte, empezaron a centrar su atención en el creciente mercado europeo.

Tradicionalmente existían varias corrientes paralelas de cocaína dirigida hacia Europa. Los portadores que viajaban en vuelos comerciales, muchas veces bajo el control, en el nuevo milenio, de grupos del África occidental, salían de distintos países de tránsito caribeños rumbo a Europa. Por su parte, los grupos colombianos también utilizaban compañías aéreas comerciales para sus envíos, a menudo en colaboración con grupos dominicanos, con quienes mantienen una relación de larga data. Con frecuencia se cargaban grandes cantidades en “buques nodriza”, que eran posteriormente transportadas hacia la costa en embarcaciones más pequeñas. Los principales puntos de entrada marítima eran España (por su proximidad geográfica y cultural), y los Países Bajos (por el tamaño de su puerto). Típicamente el mar de tránsito de estas embarcaciones era el Caribe.

Hacia 2004, los grupos colombianos comenzaron a experimentar con nuevas rutas a través del África occidental para transportar los cargamentos de cocaína. De 2005 a 2008, se llevaron a cabo una serie de incautaciones de cocaína de gran magnitud en la región del África occidental o en sus proximidades. Muchas de ellas se produjeron en “buques nodriza” interceptados por armadas europeas. También hubo casos en que se utilizaron pequeñas aeronaves modificadas. En algunos países participaron funcionarios de alto nivel. También hubo un gran aumento del número de portadores de cocaína descubiertos en vuelos del África occidental a Europa.

Hacia 2008, los acontecimientos políticos locales (que condujeron a la caída de algunos de los regímenes del África occidental que cooperaban estrechamente con los narcotraficantes),<sup>64</sup> conjuntamente con la atención internacional dedicada al problema, condujeron a una notable reducción del número y volumen de las incautaciones, tanto de los envíos marítimos como de la cocaína contrabandada por portadores en vuelos comerciales. Al mismo tiempo, la proporción de las incautaciones individuales en Europa de cocaína que había pasado por países del África occidental y central se redujo, de alrededor del 25% en 2007 (intervalo: 21% a 30%), a un 13% en 2009 (intervalo: 11% a 17%).

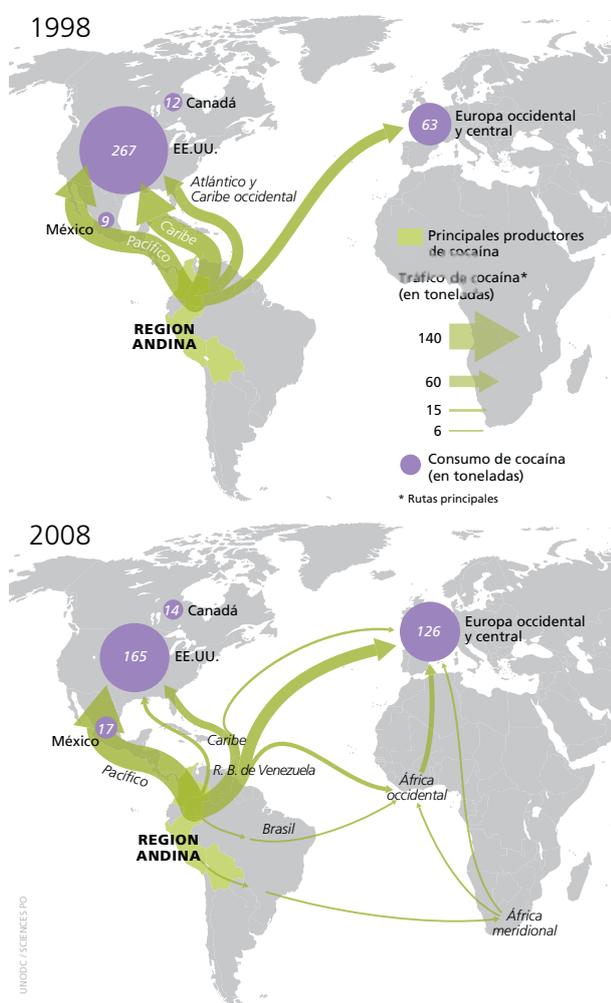
En 2008, se realizaron solo cuatro grandes incautaciones (de más de 100 kg), y en 2009 nada más que una. Según IDEAS, la base de datos de correos aéreos, en el segundo trimestre de 2007, el 59% de los correos de cocaína que se detectaron provenían del África occidental, mientras que en el tercer trimestre de 2009 no se descubrió ninguno. Desde entonces, se registraron algunos aumentos (hasta un 5% de los portadores descubiertos) en el cuarto trimestre de 2009 y, en promedio, un 11% en 2010.

64 UNODC, *The Transnational Cocaine Market*, abril de 2011.

**Cuadro 27: Proporción de la cocaína que pasa por el África occidental y central con destino a Europa (basado en incautaciones individuales en Europa cuyo "origen" se conocía)**

Fuente: UNODC, IDS.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Casos de incautaciones de cocaína	2,9%	14,7%	16,4%	29,5%	23,8%	16,0%
Cantidad de cocaína incautada	1,1%	2,7%	13,4%	21,3%	3,6%	10,7%
Punto medio ("mejor estimación")	2,0%	8,7%	14,9%	25,4%	13,7%	13,4%

**Mapa 22: Corrientes mundiales de cocaína, 1998 y 2008**Fuente: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2009, y UNODC, estimaciones notificadas por la ONDCP de los EE.UU., *Cocaine Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno).

A pesar de esta aparente disminución o interrupción, informes no oficiales indicaron que el tráfico continuaba. La utilización de aviones de reacción, que pueden penetrar en el interior del continente, podría haberse convertido en un método alternativo para transportar cocaína a través del África occidental hacia Europa.

### Corrientes de tráfico actuales con destino a los principales mercados de consumo

Se estima que alrededor de 380 t, o sea un 45% del total de las exportaciones de cocaína de la región andina, están destinadas a América del Norte, región con una población de unos 460 millones de habitantes. La mayoría de los cargamentos de cocaína aún se envían por el Pacífico a México y luego a los Estados Unidos. Por otra parte, en los últimos años los países centroamericanos han adquirido importancia como lugares de trasbordo. El Caribe, en cambio, perdió importancia en el último decenio como eje de las actividades. Los datos más recientes sugieren que la tendencia descendente no continuó en 2009, y los primeros datos correspondientes a 2010 apuntan a un posible renacimiento de la importancia del Caribe. Se estima que las incautaciones realizadas en países de América del Sur fuera de la región andina, así como en América Central y el Caribe, de envíos destinados a América del Norte son ligeramente inferiores a las 100 t (ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza). En América del Norte se incautan otras 100 t de cocaína ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza. Por lo tanto, de las 380 t que se exportan a América del Norte, solo alrededor de 180 llegan al consumidor, y la mayoría se consume en los Estados Unidos (88%).

La segunda corriente por orden de importancia está dirigida a Europa. Los cambios de la demanda mundial también afectaron las rutas de tráfico hacia Europa, con un volumen mucho mayor de envíos marítimos y aéreos a través del Atlántico. En 2009, alrededor de 220 t, o sea un 26% del total de las exportaciones de cocaína, salieron de los países andinos hacia Europa occidental y central. De esas 220 t, cerca de 60 (ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza) fueron incautadas en otros países sudamericanos o en la región del Caribe. Por consiguiente, en 2009 salieron alrededor de 160 t de América del Sur para Europa occidental y central.

Las incautaciones en Europa occidental y central (incluidas las incautaciones en alta mar frente a la costa europea) ascendieron a unas 35 t (ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza), por lo que quedaron unas 123 t para el consumo de la región (intervalo: 100 a 138 t). Esto coincide con una tasa de prevalencia general del 0,8% de la población de 15 a 64 años y un nivel de consumo per cápita de alrededor de 30 gramos de cocaína pura por consumidor por año, para una población total de aproximadamente 480 millones de personas en Europa occidental y central (países

**Cuadro 28: Corrientes de cocaína, ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza\*, a los principales mercados de consumo (toneladas), 2009**

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del CPIA y otras fuentes oficiales o científicas.

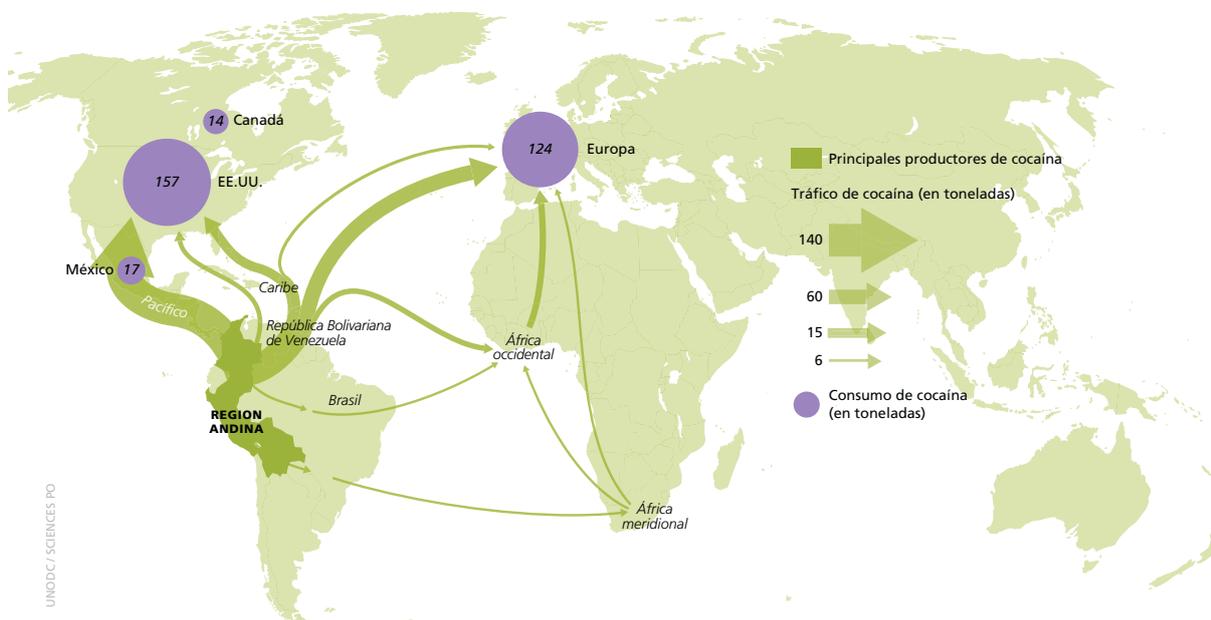
Producción**	1.111		
Menos incautaciones en países andinos	-254		
Menos consumo doméstico en la región andina	-13		
Cantidades potencialmente disponibles para exportar fuera de los países andinos	844		
Menos pérdidas en la producción o en el tráfico mundial que no se pueden atribuir a ninguna región determinada	-56		
Exportaciones fuera de los países andinos	788		
	<b>Europa occidental y central</b>	<b>América del Norte</b>	<b>América del Sur (excluidos los países andinos)/ Caribe, América Central, África, Asia, Oceanía</b>
Cantidades de cocaína que salen de países andinos	217	378	193
Menos cantidades incautadas en América del Sur (excluidos los países andinos), el Caribe y América Central vinculadas con las corrientes de tráfico	-59	-98	-64
Menos consumo interno en América del Sur (excluidos los países andinos), el Caribe y América Central			-83
Cantidades que salen de América del Sur, el Caribe y América Central	158 (incl. 21 mt via West Africa)	280	46
Menos cantidades incautadas en países consumidores fuera de América del Sur, el Caribe y América Central	-35	-101	-3
Cantidades de cocaína consumida en países fuera de América del Sur, el Caribe y América Central	123	179 (incl. 157 en los EE.UU.)	43 (incl. 21 en África, 14 en Asia, 6 en Europa oriental y sudoriental; 2 en Oceanía)

\* Los niveles de pureza tienden a disminuir a lo largo de la cadena de tráfico. Todas las cifras de este cuadro han sido ajustadas a los equivalentes de cocaína pura. Los datos sobre incautaciones se ajustaron sobre la base de los datos sobre la pureza al por mayor comunicados.

\*\* Se estima que la producción mundial de cocaína en 2009 se situó entre las 842 y las 1.111 t. Se estima que el consumo efectivo de cocaína en 2009 fue de 440 t. Las incautaciones de cocaína no ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza ascendieron a unas 732 t en 2009. Si se consideran las incautaciones de cocaína ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza (media no ponderada de todos los grados de pureza al por menor y al por mayor comunicados por los Estados Miembros en 2009), se concluye que quedarían disponibles unas 481 t para el consumo y las pérdidas si se utiliza la estimación de producción de cocaína más baja. Si se utiliza en cambio la estimación de producción de cocaína más alta, descontando las incautaciones de cocaína ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza de la cocaína vendida al por mayor (basándose en los datos sobre el grado de pureza de 2009 o el último año disponible), quedarían unas 496 t para el consumo y las pérdidas. Las estimaciones de producción más alta y más baja podrían ser por tanto suficientes para cubrir el consumo (440 t). Para el cálculo precedente, se utilizaron la estimación de producción más alta y las incautaciones al por mayor ajustadas para tener en cuenta el grado de pureza. Esto refleja el hecho de que las incautaciones al por mayor representan el grueso de las incautaciones en términos de volumen y corrobora la estimación de producción más alta. Sin embargo, no se puede excluir la posibilidad de que las cifras de las incautaciones estén sobrestimadas al ser contadas más de una vez cuando son varios los organismos de aplicación de la ley o los países que intervienen en las interceptaciones de cocaína.

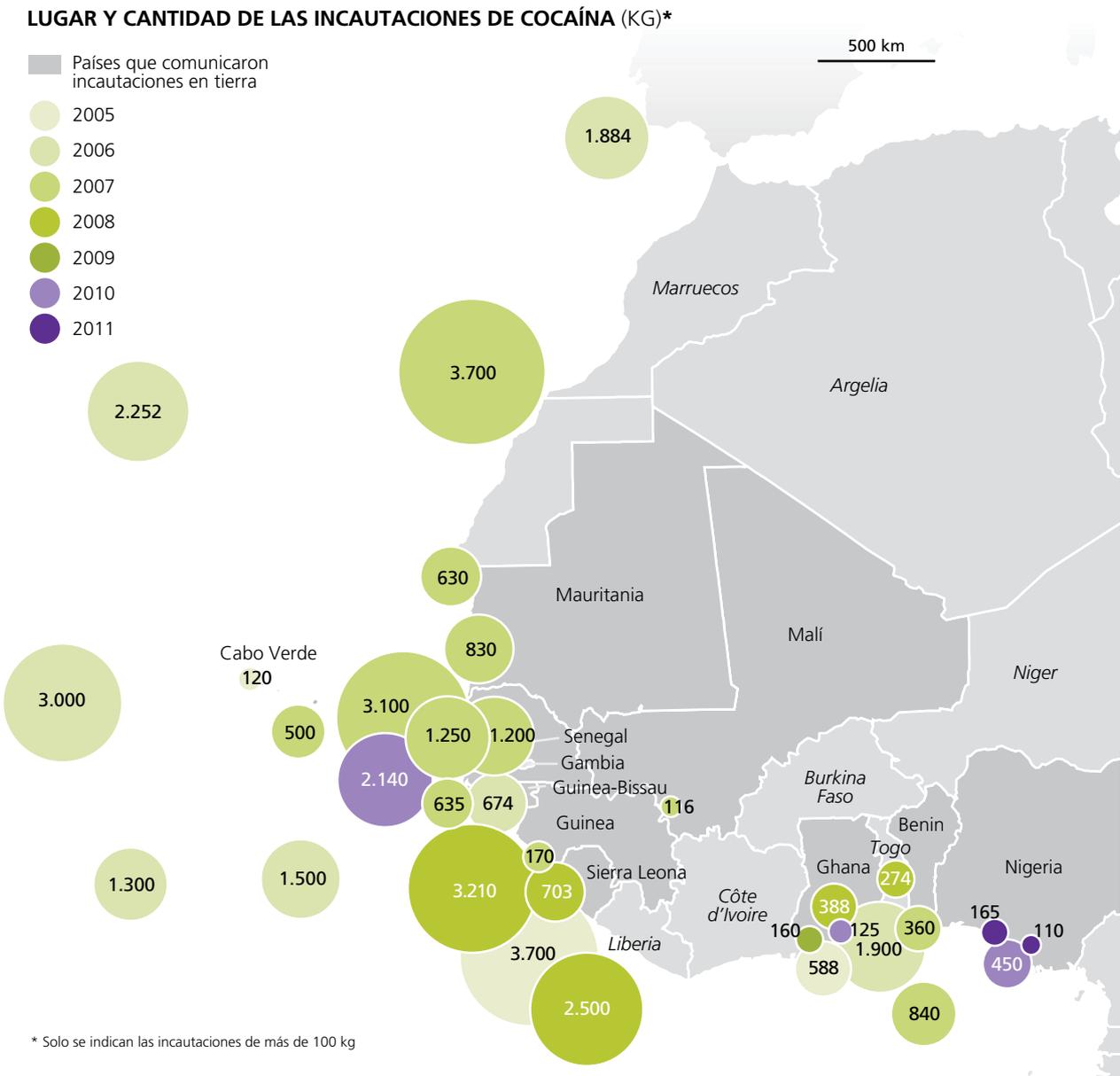
**Mapa 23: Principales corrientes mundiales de cocaína, 2009**

Fuente: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2009, actualizaciones para 2009.



**Mapa 24: Incautaciones de cocaína considerables que afectan al África occidental, 2005-2011\***

\* Enero de 2011.  
Fuente: UNODC, IDS; fuentes oficiales.



de la UE/AELI). El consumo global en Europa se estima en 129 t, lo que sugiere que Europa occidental y central, con 123 t, representa el 95% del total del mercado de cocaína europeo.

Un análisis de las incautaciones individuales de drogas comunicadas en Europa sugiere que más del 86% de las drogas se enviaban directamente a Europa occidental y central, mientras que alrededor del 13% pasaban por el África occidental. El tráfico a través del África occidental y central ascendió probablemente a unas 21 t.<sup>65</sup> Además, la cocaína se trafica en el África occidental y central para

satisfacer la demanda local de la subregión, que cuenta con una población combinada de 400 millones de habitantes, que podrían consumir unas 13 t. En 2009, las corrientes de tráfico hacia el África occidental podrían así haber ascendido a unas 35 t (intervalo: 21 a 55 t), lo que equivale al 4% (intervalo: 2% a 6%) del total de las exportaciones de cocaína de los tres países andinos, dos tercios de las cuales continuaron en tránsito hacia Europa occidental y central.

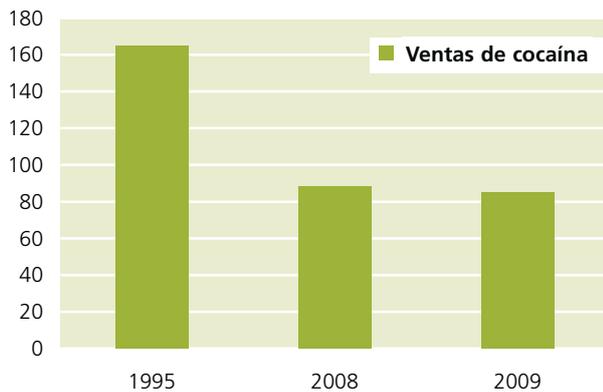
#### Valor y corrientes de dinero en la actualidad

No cabe duda de que el valor del mercado mundial de cocaína es inferior al de mediados del decenio de 1990, años en que los precios eran muy superiores y el mercado de los Estados Unidos era pujante. En 1995, el valor del

65 158 t\* 13,4% = 21 t; intervalo: 158\* 10,7% a 158\* 16% = 17-26 t.

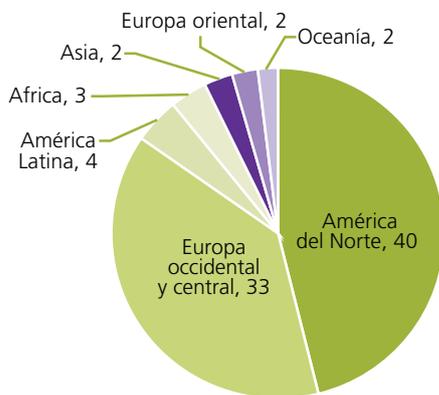
**Fig. 87: Valor del mercado mundial de cocaína al por menor (en miles de millones de dólares EE.UU. constantes de 2009), 1995, 2008 y 2009**

Fuentes: PNUFID, *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, Viena 1997 (cifras ajustadas de acuerdo con el índice de precios al consumidor de los EE.UU.); estimaciones de la UNODC de la magnitud del mercado mundial de cocaína en 2009, basadas en datos del CPIA y otras fuentes oficiales.



**Fig. 88: Desglose regional del valor del mercado mundial de cocaína en 2009 en miles de millones de dólares de los EE.UU. (N = 85.000 millones de dólares EE.UU.)**

Fuente: Estimaciones de la UNODC de la magnitud del mercado mundial de cocaína en 2009, basadas en datos del CPIA y otras fuentes oficiales.

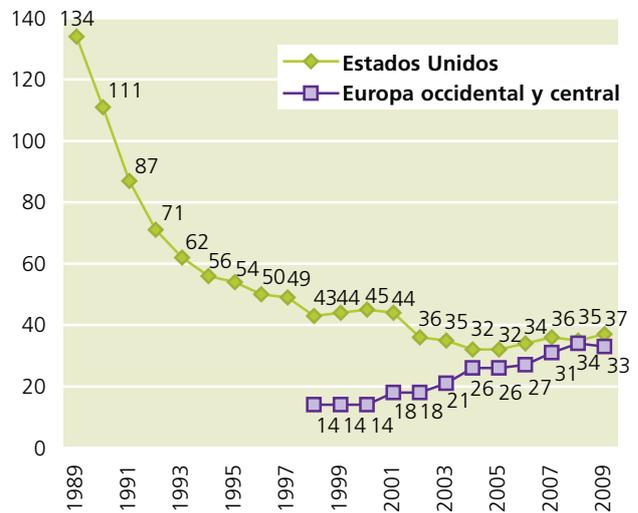


mercado mundial ascendía a unos 165.000 millones de dólares de los EE.UU., valor que para 2009 se había reducido a la mitad (85.000 millones de dólares de los EE.UU.; intervalo: 75.000 a 100.000 millones de dólares de los EE.UU.). En 2009, América del Norte y Europa occidental y central representaban el 86% del mercado mundial de cocaína en términos económicos. Del total, correspondía a América del Norte un 47% y a Europa occidental y central un 39%.

En tanto que en los últimos dos decenios el mercado norteamericano se contrajo debido a la reducción de los volúmenes y a la baja de los precios, el mercado europeo se expandió. Con todo, el mercado de los Estados Unidos

**Fig. 89: Valor de los mercados de cocaína de los EE.UU. y de Europa occidental y central, 1989-2009 (en miles de millones de dólares EE.UU. constantes de 2008)**

Fuente: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2010, y actualizaciones para 2009.



continúa siendo el más grande del mundo, pero el mercado de los países de Europa occidental y central (33.000 millones de dólares de los EE.UU. al nivel de venta al por menor en 2009) es en la actualidad, en términos económicos, casi tan grande como el mercado estadounidense (37.000 millones de dólares de los EE.UU. en 2009).

Se calcula que de los 85.000 millones de dólares de los EE.UU. resultantes de la venta mundial de cocaína al por menor en 2009, los traficantes obtuvieron una ganancia de 84.000 millones de dólares de los EE.UU. (casi el 99%). El resto lo recibieron los agricultores de la región andina. Los mayores beneficios brutos se obtuvieron de la venta de cocaína en América del Norte (unos 34.000 millones de dólares de los EE.UU.), seguida por los países de Europa occidental y central (unos 23.000 millones de dólares de los EE.UU.). Si se expresa como porcentaje del PIB, el producto de la venta de cocaína fue más bien modesto (0,2% del PIB en América del Norte y 0,1% en Europa occidental y central). Las ganancias derivadas del tráfico internacional con América del Norte y Europa ascienden a unos 15.000 millones de dólares de los EE.UU., lo que sugiere que más del 85% de las ganancias mundiales de cocaína se relacionan con la demanda de estas dos regiones. En 2009, las ganancias derivadas del tráfico de cocaína enviada desde América del Sur, América Central y el Caribe a América del Norte y Europa occidental y central ascendieron a unos 18.000 millones de dólares de los EE.UU., lo que equivale al 0,6% del PIB total de América del Sur, América Central y el Caribe.

Sobre la base de un análisis de las incautaciones individuales de drogas en términos de volumen y número, la UNODC estima que, en 2009, alrededor del 13% (intervalo: 11% a 16%) de la cocaína destinada a satisfacer la

**Cuadro 29: Estimaciones de la ganancia bruta obtenida por los traficantes (mil millones de dólares EE.UU.), por región, 2009**

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del CPIA y otras fuentes oficiales o científicas.

	En miles de millones de dólares EE.UU.	Porcentaje del PIB
América del Sur, América Central y el Caribe		
Mercado local	3	0,1%
Exportaciones a América del Norte*	6	0,2%
Exportaciones a Europa**	9	0,3%
<b>Total parcial para América del Sur, América Central y el Caribe</b>	<b>18</b>	<b>0,6%</b>
América del Norte (EE.UU., México, Canadá)	34	0,2%
Europa occidental y central (UE-25 y AELI)	23	0,1%
África occidental y central (demanda local y exportación a Europa)	0,8	0,2%
Otros	8	0,04%
<b>Total de las ganancias del narcotráfico</b>	<b>84***</b>	<b>0,1%</b>

\* Tráfico de las zonas productoras de la región andina con México.

\*\* Todo el tráfico con países de tránsito (4.900 millones de dólares EE.UU.) y desde los países de tránsito con Europa (6.100 millones de dólares EE.UU.), suma de la cual se supone que el 70% (4.300 millones de dólares EE.UU.) procede del tráfico de los grupos de América del Sur y el Caribe. Los beneficios brutos del tráfico con Europa son considerables porque los precios en España (principal punto de entrada en Europa) son mucho más altos que los precios en México (principal punto de entrada en América del Norte).

\*\*\* La diferencia entre la magnitud total del mercado mundial de cocaína (85.000 millones de dólares EE.UU.) y las ganancias brutas (84.000 millones de dólares EE.UU.) es la ganancia de los agricultores, que, según se calcula, ganan menos de 1.000 millones de dólares EE.UU.

**Cuadro 30: Estimaciones preliminares de las ganancias derivadas del tráfico de cocaína obtenidas por grupos del África occidental**

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del CPIA y datos de las IDS.

	Ganancia bruta	Proporción de la participación (supuesta) del África occidental	Ganancias derivadas del tráfico de cocaína en el África occidental
Ganancias generadas por la importación de cocaína de América del Sur en el África occidental para consumo interno	Dólares de los EE.UU 0,2 bn	10%	Dólares de los EE.UU 0,02 bn
Ganancias generadas por la venta de cocaína a compradores del África occidental	Dólares de los EE.UU 0,4 bn	100%	Dólares de los EE.UU 0,4 bn
Ganancias generadas por el envío de cocaína a países de Europa occidental y central y por su venta a narcotraficantes de nivel medio	Dólares de los EE.UU 9,2 bn	13,4% * 33%	Dólares de los EE.UU 0,4 bn
Total parcial			≈ Dólares de los EE.UU 0,8 bn
Ganancias al por menor generadas en Europa occidental y central	Dólares de los EE.UU 20 bn	5% - 10%	Dólares de los EE.UU 1 bn - 2 bn
<b>Total</b>			<b>Dólares de los EE.UU 1,8 - 2,8 bn</b>

demanda de Europa occidental y central pasó por el África occidental. Los informes indican que hasta un tercio de los envíos se pagan en especie a los intermediarios del África occidental y que estos son luego quienes se encargan del envío de la mayor parte de esta cocaína a Europa. También se obtienen ganancias derivadas del abastecimiento del mercado de cocaína del África occidental. En 2009, los beneficios potenciales de la venta al por mayor en esta

región ascendieron a 800 millones de dólares de los EE.UU., lo que equivale al 0,2% del PIB del África occidental y central. Estas cifras no incluyen los beneficios que obtuvieron los ciudadanos de países del África occidental dedicados a la venta al por menor de cocaína en Europa (con frecuencia se trata de residentes europeos, inmigrantes ilegales o personas que solicitan asilo). En Europa, las ganancias derivadas de la venta al por menor ascienden a unos

20.000 millones de dólares de los EE.UU. Las estadísticas de detenciones de ciudadanos de países del África occidental relacionadas con el tráfico de cocaína (por ejemplo, más del 23% en Portugal en 2008, y más del 16% en Francia en 2006) sugieren que los grupos del África occidental desempeñan un papel importante en la venta callejera de cocaína en varios países europeos, principalmente en Europa continental. Suponiendo que los grupos del África occidental obtengan, por término medio, entre un 5% y un 10% de las ganancias de la venta de cocaína al por menor en Europa, esto equivaldría a una ganancia potencial derivada de la cocaína de 1.000 a 2.000 millones de dólares de los EE.UU.

## 4. El mercado de los estimulantes de tipo anfetamínico



### 4.1 Introducción

La expresión estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) se refiere al grupo de sustancias sintéticas que incluye el grupo de las anfetaminas (principalmente anfetamina, metanfetamina y metcatinona) y sustancias del grupo del éxtasis (MDMA y sus análogos).

Los ETA están disponibles en diversas formas y grados de pureza. La metanfetamina y la anfetamina pueden presentarse en polvo, comprimidos, pasta y en forma cristalina mientras que el éxtasis se presenta, por lo general, en comprimidos o en polvo.

### 4.2 Consumo

En los últimos dos decenios, el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) ha constituido uno de los problemas de drogas más importantes del mundo. En la presente sección se describen las tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas y del grupo del éxtasis en las diferentes regiones.

#### Sustancias del grupo de las anfetaminas

La UNODC estima que en 2009, con un intervalo de prevalencia comprendido entre el 0,3% y el 1,3%, entre 13,7 y 56,4 millones de personas de 15 a 64 años en todo el mundo consumieron sustancias del grupo de las anfetaminas al menos una vez en los 12 meses anteriores. Si bien estas cifras indican un ligero aumento respecto de las estimaciones de años anteriores, no muestran una diferencia apreciable en la prevalencia de las sustancias del grupo de las anfetaminas.

Las sustancias del grupo de las anfetaminas consumidas en las diferentes regiones varían considerablemente. En el Asia oriental y sudoriental, la metanfetamina es la principal

sustancia de consumo dentro de este grupo, mientras que en el Cercano Oriente y el Oriente Medio es más común, según se informa, el consumo de comprimidos que se venden como Captagon. En Europa, la anfetamina es la principal sustancia que se consume dentro de este grupo, excepto en la República Checa y en Eslovaquia, donde la metanfetamina ha sido tradicionalmente la sustancia del grupo de las anfetaminas de mayor consumo.

En América del Norte, así como en Australia y Nueva Zelanda, el consumo de estimulantes de venta con receta<sup>1</sup> es tan común como el de la metanfetamina. En América del Sur y el Caribe, es más habitual el consumo de estimulantes de venta con receta. En África, especialmente en el África occidental, central y oriental, y algunas zonas del África meridional, el consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas puede incluir el consumo de estimulantes de venta con receta. En Sudáfrica, la metanfetamina y la metcatinona son los ETA de mayor consumo.

En 2009, de los 69 Estados Miembros que comunicaron la opinión de los expertos respecto de las tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas a través de las respuestas al Cuestionario para los Informes Anuales (CPIA), la mitad de los países percibió una tendencia creciente y la otra una tendencia estable en cuanto al consumo de ETA durante el año anterior. Sin embargo, en Asia, particularmente en el Asia meridional y sudoriental, la mayoría de los países opinaron que había habido un aumento en el consumo de ETA.

Las tendencias en los últimos 12 años del aumento percibido en el consumo de ETA según lo informado por los Estados Miembros indican que, desde 2001, la tasa de

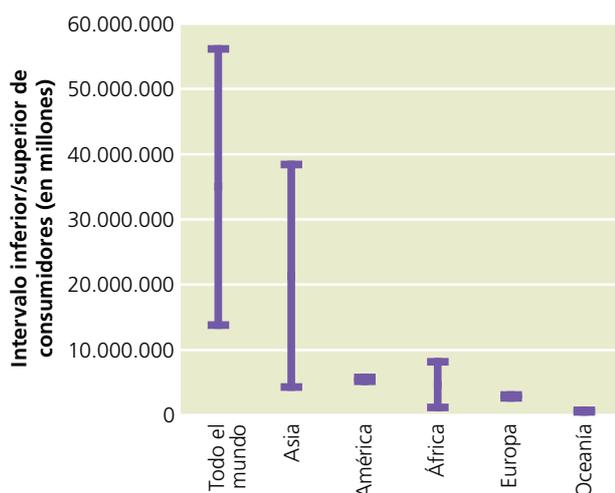
<sup>1</sup> Los estimulantes de venta con receta pueden incluir sustancias tales como la amfepramona, fenetilina, metilfenidato, fenmetracina, etc.

**Cuadro 30: Prevalencia anual y número estimado de consumidores de sustancias del grupo de las anfetaminas, por región, subregión y a nivel mundial, 2009**

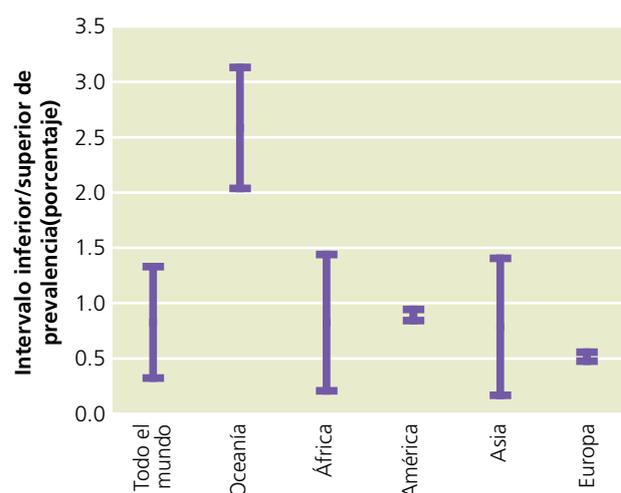
Región/subregión (grupo de las anfetaminas)	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	-	Número estimado de consumidores anuales (superior)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (inferior)	-	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (superior)
<b>África</b>	1.180.000	-	8.150.000	0,2	-	1,4
África oriental						
África septentrional						
África meridional	280.000	-	780.000	0,4	-	1,0
África occidental y central						
<b>América</b>	5.170.000	-	6.210.000	0,8	-	1,0
Caribe	30.000	-	530.000	0,1	-	1,9
América Central	320.000	-	320.000	1,3	-	1,3
América del Norte	3.460.000	-	3.460.000	1,1	-	1,1
América del Sur	1.340.000	-	1.890.000	0,5	-	0,7
<b>Asia</b>	4.330.000	-	38.230.000	0,2	-	1,4
Asia central						
Asia oriental/sudoriental	3.480.000	-	20.870.000	0,2	-	1,4
Cercano Oriente y Oriente Medio	460.000	-	4.330.000	0,2	-	1,7
Asia meridional						
<b>Europa</b>	2.540.000	-	3.180.000	0,5	-	0,6
Europa oriental/sudoriental	510.000	-	1.050.000	0,2	-	0,5
Europa occidental/central	2.030.000	-	2.120.000	0,7	-	0,7
<b>Oceanía</b>	470.000	-	640.000	2,0	-	2,8
<b>Total mundial</b>	<b>13.690.000</b>	-	<b>56.410.000</b>	<b>0,3</b>	-	<b>1,3</b>

**Fig. 91: Intervalo del número estimado de consumidores de sustancias del grupo de las anfetaminas, por región**

Fuente: UNODC.

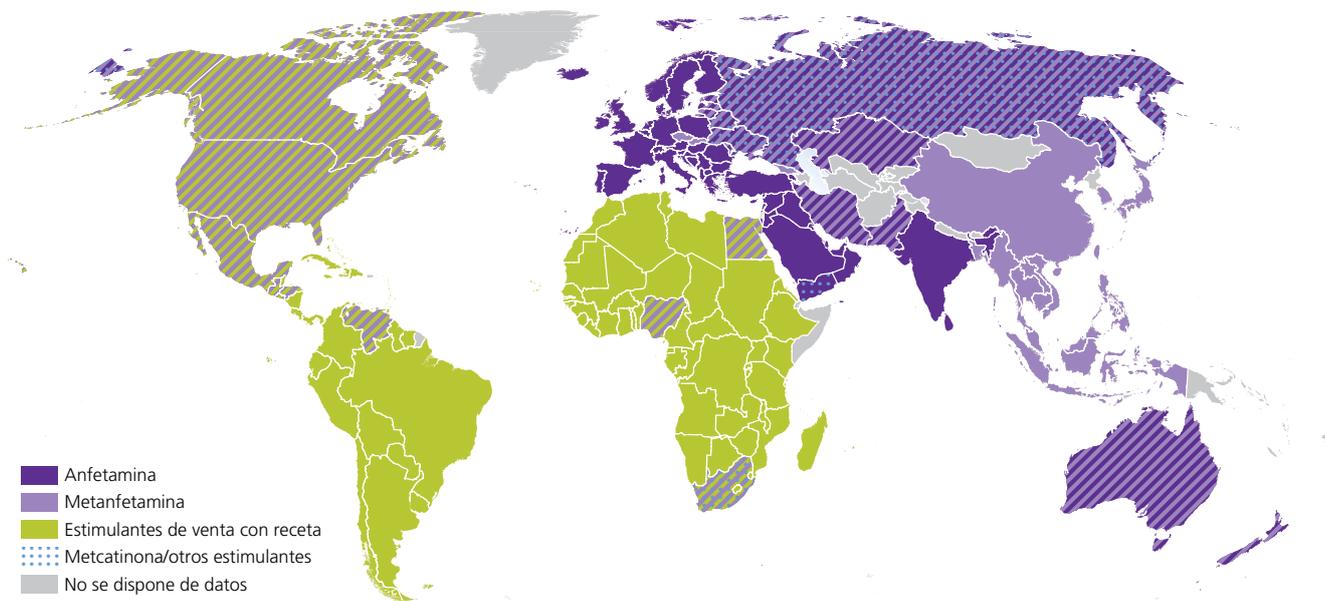
**Fig. 92: Intervalo de prevalencia anual de consumidores de sustancias del grupo de las anfetaminas, por región**

Fuente: UNODC.



aumento ha sido mucho más alta y más importante en los países en desarrollo (no pertenecientes a la OCDE) que en los países desarrollados (OCDE). En los países en desarrollo, y especialmente en las economías emergentes, la clase media se está haciendo más numerosa y cuenta con un mayor poder adquisitivo. En estos países, la asociación de las drogas sintéticas, especialmente los estimulantes, con un

estilo de vida moderno y opulento, combinado con crecientes exigencias de un mayor rendimiento y la disponibilidad y el consumo de estimulantes en ambientes de ocio y recreativos, podría estar contribuyendo a un aumento del consumo de estimulantes en los países en desarrollo donde los jóvenes pertenecientes a esta clase media, cada vez más numerosa, podrían querer imitar esos estilos de vida.

**Mapa 25: Consumo de diferentes tipos de sustancias del grupo de las anfetaminas**

Fuentes: Cuestionarios para los informes anuales, fuentes gubernamentales y oficinas extrase de la UNODC.

Nota: Los colores no representan el nivel de consumo, sino tan solo la categoría de estimulantes utilizados.

Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

**Cuadro 31: Opiniones de los expertos sobre la tendencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas, 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

Región	Estados Miembros que comunicaron datos sobre la opinión de expertos	Tasa de respuesta de los Estados Miembros acerca de la opinión	Aumento* del consumo problemático	Aumento* del consumo problemático expresado como porcentaje	Consumo problemático estable	Consumo problemático estable expresado como porcentaje	Disminución* del consumo problemático	Disminución* del consumo problemático expresado como porcentaje
África	5	9%	2	40%	2	40%	1	20%
América	11	31%	4	36%	6	55%	1	9%
Asia	24	53%	14	58%	5	21%	5	21%
Europa	28	62%	10	36%	16	57%	2	7%
Oceanía	1	7%	0		1		0	
<b>Mundial</b>	<b>69</b>	<b>36%</b>	<b>30</b>	<b>43%</b>	<b>30</b>	<b>43%</b>	<b>9</b>	<b>13%</b>

\* Indica aumentos o disminuciones que van de "cierto aumento (o disminución)" a "gran aumento (o disminución)", no ponderado en función de la población.

### América del Norte: aumento del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas comunicado por los Estados Unidos y México; disminución en el Canadá

Con una población estimada de 3,5 millones de personas que han consumido sustancias del grupo de las anfetaminas al menos una vez durante el año anterior, es probable que esta región posea la tercera tasa de prevalencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas (1,1% de la población de 15 a 64 años) a nivel mundial.

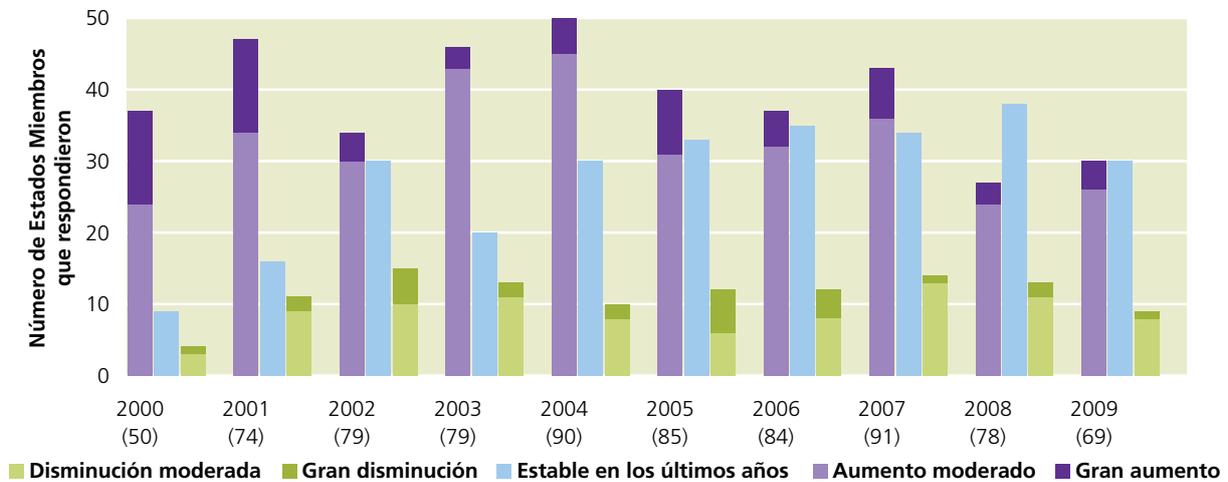
En 2009, la prevalencia anual de sustancias del grupo de las anfetaminas en los Estados Unidos fue de 1,5% de la

población de 15 a 64 años. El consumo con fines no médicos de estimulantes de venta con receta es mayor en los Estados Unidos que el consumo de metanfetamina, que alcanzó una prevalencia anual del 0,6% de la población de 15 a 64 años. Entre 2002 y 2006, hubo un aumento sostenido del consumo de anfetaminas y metanfetamina en la población mayor de 12 años, seguido de una disminución entre 2007 y 2008. En 2009, la prevalencia anual registró un aumento, pero a niveles inferiores a los observados entre 2002 y 2006.

En 2009, en los Estados Unidos, unas 154.000 personas mayores de 12 años se iniciaron en el consumo de drogas

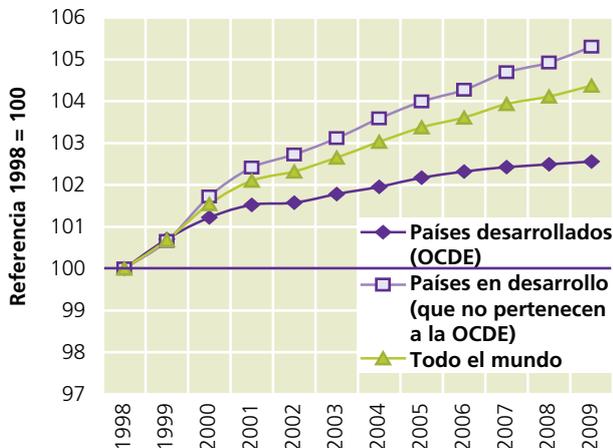
**Fig. 93: Opiniones de los expertos sobre la tendencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas, 2000-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



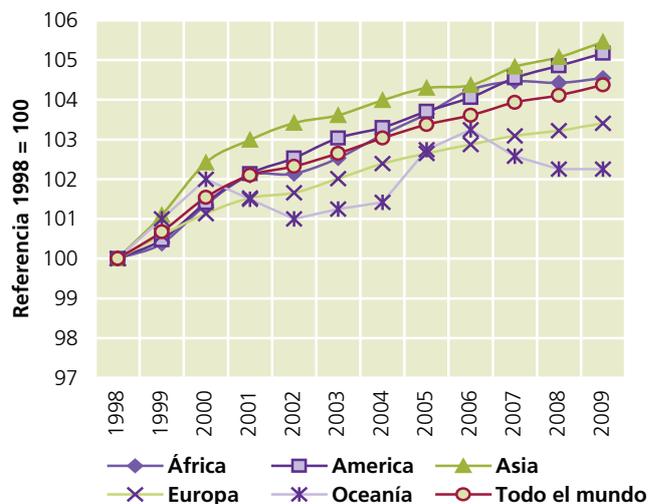
**Fig. 94: Tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas según la opinión de los expertos de los países desarrollados (OCDE) y los países en desarrollo, 1998-2009 (Referencia: 1998 = 100)**

Fuente: UNODC, CPIA.



**Fig. 95: Opinión de los expertos sobre las tendencias regionales y mundiales del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas, 1998-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



con la metanfetamina. Si bien esta estimación es considerablemente más alta que la de 2008 (95.000), es aún considerablemente más baja que la estimación para 2002 (299.000),<sup>2</sup> y mucho menor que la comunicada con respecto a la iniciación en el consumo de drogas ilícitas con otras drogas (excepto el PCP). En consonancia con la prevalencia anual, el número y la proporción de personas que habían comunicado el consumo con fines no médicos de estimulantes en los últimos 30 días (antes de la encuesta)

<sup>2</sup> Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Rockville, Maryland, EE.UU., 2010

aumentó apreciablemente, de 904.000 (0,4%) en 2008, a 1,3 millones (0,5%) en 2009. Este aumento en la prevalencia del consumo de estimulantes se atribuye en parte a un aumento en el número de consumidores de metanfetamina.<sup>3</sup>

El reciente aumento del consumo de estimulantes, especialmente de la metanfetamina, en la población estadounidense en general no estuvo reflejado en los datos de prevalencia para 2009 de los estudiantes de enseñanza media. Entre 2002 y 2008 se observó una tendencia decreciente en la prevalencia anual del consumo de anfetaminas

<sup>3</sup> *Ibid.*

**Fig. 96: Estados Unidos: prevalencia anual del consumo de estimulantes y metanfetamina en la población de 12 años o más, 2002-2009**

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, 2010.



y metanfetamina entre los estudiantes de secundaria de los Estados Unidos, y en 2009 se registraron tendencias estables.<sup>4</sup> En 2010, la prevalencia anual del consumo de anfetaminas aumentó entre los estudiantes de 10º y 12º grado en tanto que continuó disminuyendo entre los de 8º grado. En 2010, el consumo de metanfetamina, en cambio, aumentó entre los estudiantes de 8º grado, permaneció estable entre los de 10º grado y disminuyó entre los de 12º

grado. Pese a algunos aumentos en el consumo de anfetaminas –en tanto que el consumo de metanfetamina se mantuvo a un nivel estable– entre los estudiantes de enseñanza media en 2010, el nivel en general de ese año permaneció fundamentalmente por debajo del de 2002-2006.

En contraste con la tendencia general creciente del consumo de ETA en los Estados Unidos, la prevalencia anual del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en la población en general del Canadá (0,7%) fue mucho menor en 2009 que en 2008 (1,5%). La prevalencia anual tanto de las anfetaminas como de la metanfetamina fue sustancialmente menor en 2009 que durante el año precedente (0,5% y 0,1% en comparación con el 1,3% y 0,2%, respectivamente).

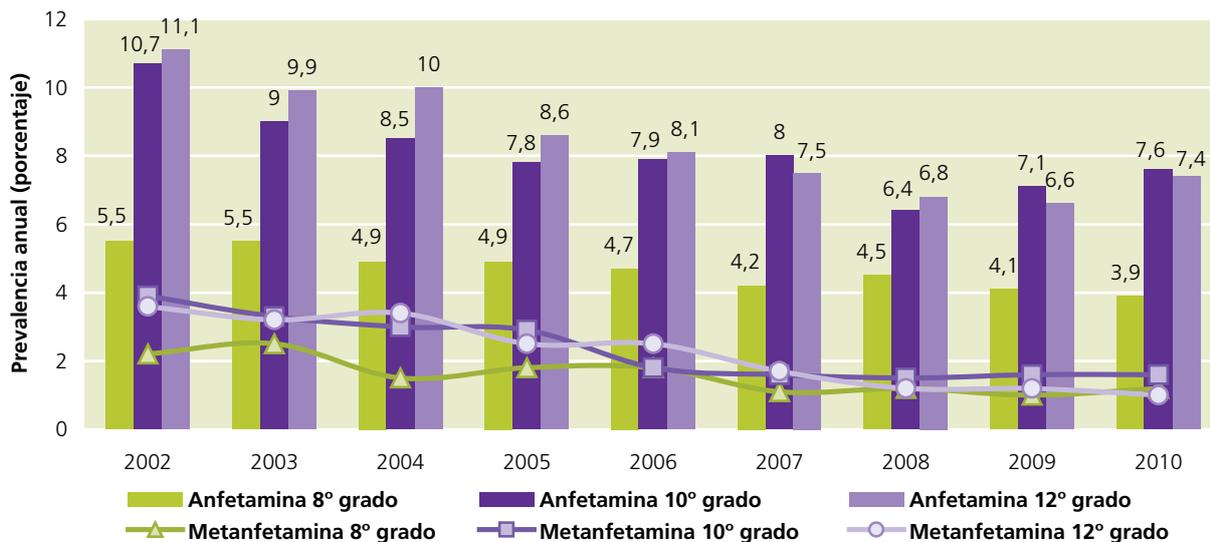
En México, aunque no ha habido ninguna actualización de la prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas desde la última encuesta de hogares de 2008, en opinión de los expertos las anfetaminas presentaron una tendencia estable en 2009, pero hubo un gran aumento en el consumo de metanfetamina el último año. En 2009, entre los estudiantes mexicanos de 12 a 19 años, la prevalencia en algún momento de la vida del uso de anfetaminas fue del 1,9%, y del 0,7% para la metanfetamina.<sup>5</sup> En años anteriores, no obstante, la prevalencia entre los jóvenes de 12 a 17 años era del 0,07% para las anfetaminas, y del 0,35% para la metanfetamina.<sup>6</sup>

**El consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en América del Sur parece mantenerse estable**

No se dispone de información actualizada sobre la prevalencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetami-

**Fig. 97: Prevalencia anual del consumo de anfetaminas y metanfetamina entre estudiantes de secundaria de los Estados Unidos, 2002-2009**

Fuente: United States Monitoring the Future: national results on adolescent drug use.



4 Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., y Schulenberg, J. E., *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2010*, Ann Arbor, Institute for Social Research, The University of Michigan, EE.UU., 2011.

5 UNODC, CPIA.

6 Los datos del CPIA sobre la prevalencia anual para México en 2008 se basaron en la encuesta nacional realizada en la población en general de 12 a 65 años, con un desglose de las estimaciones para las edades de 12 a 17 años.

**Fig. 98: Prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en América del Sur en la población de 15 a 64 años, o último año en que se disponía de datos**

Fuente: UNODC, CPIA.



nas en América del Sur. La información de que se dispone indica que la prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en América del Sur se mantiene próxima al promedio mundial, con estimaciones que oscilan entre el 0,5% y el 0,7% de la población de 15 a 64 años, o sea que entre 1,34 y 1,89 millones de personas dentro de ese grupo de edad consumieron estas sustancias el año anterior. La mayoría de los países de la región que proporcionaron información consideraban que la tendencia del consumo de anfetaminas y metanfetamina en 2009, en comparación con 2008, había sido estable. El Brasil, la República Bolivariana de Venezuela y la Argentina siguieron siendo países con una prevalencia alta y un gran número absoluto de consumidores de anfetaminas y metanfetamina en América del Sur.

Se ha informado que, según una encuesta nacional llevada a cabo entre estudiantes universitarios del Brasil en 2009, la prevalencia anual del consumo de anfetaminas entre los estudiantes era del 10,5%. La prevalencia anual fue superior entre las mujeres (14,1%) que entre los hombres (5,5%), y fue incluso superior entre los estudiantes de 35 años o más (18,6%), seguida de la de los estudiantes de 25 a 34 años (13,7%).<sup>7</sup> El consumo de sustancias de tipo anfetamínico es más común entre las mujeres, según se informa, debido a sus efectos anoréxicos y a la predominante cultura del consumo de medicamentos para bajar de peso.<sup>8</sup>

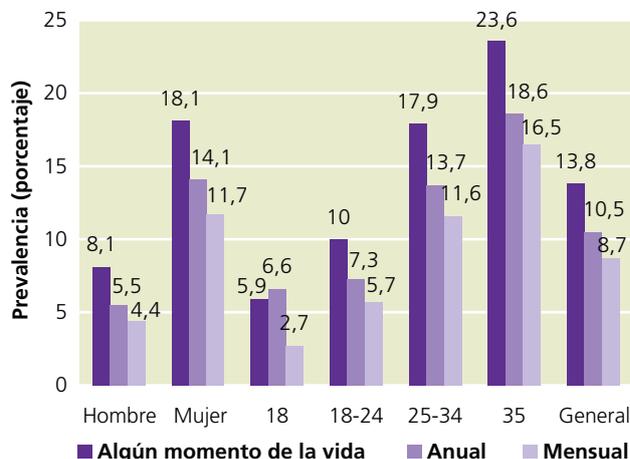
Si bien no existen datos recientes sobre la prevalencia de las

7 Andrade, A.G., Duarte, P. y Oliveira, L.G., *I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Os Universitários Das 27 Capitais Brasileiras*, Secretaria Nacional Políticas sobre Drogas, Brasília, 2010.

8 Napp S.A., y otros, 'Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women', *Eating Behaviors*, Volumen 3, Segunda edición, verano de 2002, págs. 153 a 1165.

**Fig. 99: Brasil: prevalencia del consumo de anfetaminas entre estudiantes universitarios, 2009**

Fuente: *I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Os Universitários Das 27 Capitais Brasileiras*, Secretaria Nacional Políticas sobre Drogas, Brasília 2010.



anfetaminas y la metanfetamina en América Central, esta subregión tiene una alta tasa de prevalencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas (1,3% de la población adulta), siendo El Salvador (3,3%), Belice (1,4%) y Panamá (1,2%) los tres países con una alta prevalencia anual en la población en general. Una gran proporción del consumo de ETA en estos países se relaciona con el consumo de estimulantes de venta con receta.

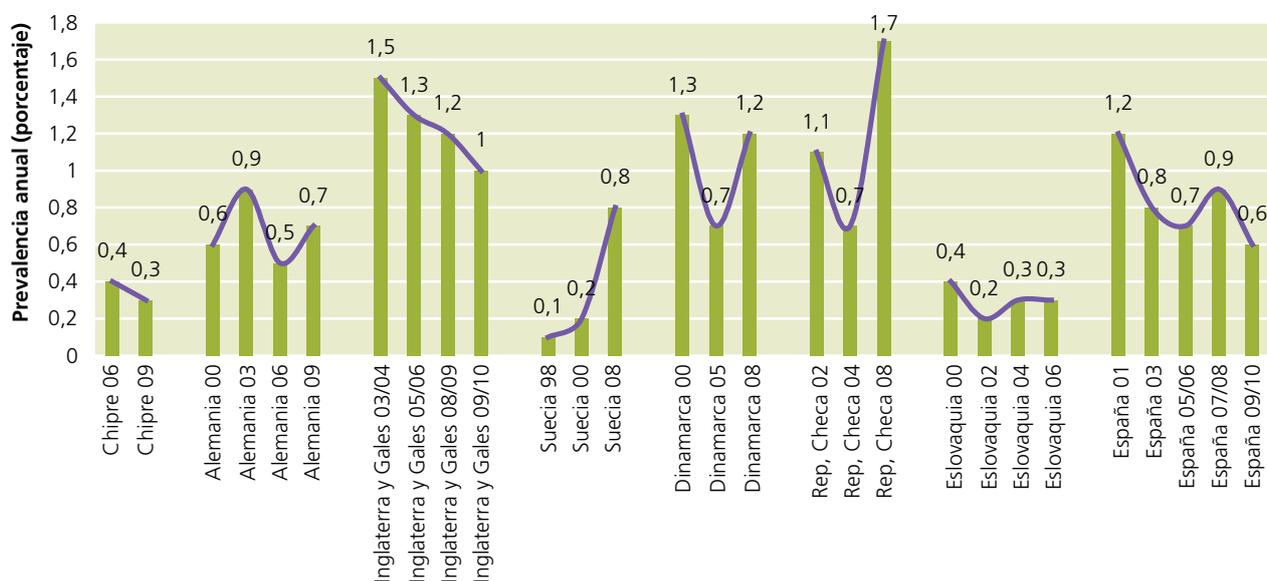
**Mientras que la mayoría de los países europeos muestran tendencias a la estabilización del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas, unos pocos comunicaron altos niveles de consumo de anfetaminas inyectables**

En 2009, más de la mitad de los países europeos comunicaron tendencias estables del consumo de ETA. Los países que proporcionaron datos presentan diversas tendencias en comparación con años anteriores. Se estima que la prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en Europa se situó entre el 0,5% y el 0,6%, lo que significa que aproximadamente entre 2,6 y 3,3 millones de personas consumieron estas sustancias durante el año anterior. Al igual que en otras regiones, la mayoría de los consumidores de anfetaminas se encuentra dentro del grupo de 15 a 34 años, con una prevalencia anual estimada mucho más alta, del 1,2%.

La prevalencia de las sustancias del grupo de las anfetaminas es, en general, más alta en Europa occidental y central que en Europa oriental y sudoriental. En la mayor parte de Europa, el consumo de anfetamina es más común dentro de este grupo, mientras que el consumo de metanfetamina sigue siendo limitado y ha sido históricamente más alto en la República Checa y en Eslovaquia. En 2009 y 2010, entre los países que comunicaron datos recientes sobre la prevalencia de ETA cabe mencionar Alemania, Chipre, España,

**Fig. 100: Tendencias de las sustancias del grupo de las anfetaminas en determinados países europeos, distintos años**

Fuente: UNODC; OEDT.



el Reino Unido (Inglaterra y Gales) y Suecia. Con excepción de Alemania y Suecia, muchos de estos países presentan tendencias a la estabilización o disminución del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas. Si bien en Alemania se registró un aumento de la prevalencia anual en 2009 (0,7%) por encima de las estimaciones de 2006 (0,5%), esta cifra sigue siendo más baja que la de 2003 (0,9%).

Dentro de la subregión de Europa occidental y central, la República Checa, Dinamarca, el Reino Unido, Noruega y Estonia siguen siendo los países con las tasas de prevalencia anual más altas, al tiempo que en Europa sudoriental, Bosnia y Herzegovina y Bulgaria tienen una alta prevalencia anual de consumo de anfetaminas.

En la mayoría de los países de Europa occidental y central, el consumo problemático de anfetaminas representa una pequeña fracción del total del consumo problemático de drogas, excepto en la República Checa y en algunos países nórdicos. En Europa, las personas que declaran la anfetamina como sustancia primaria de consumo representan, por término medio, menos del 5% de los consumidores de drogas en tratamiento. Países tales como la República Checa, Estonia, Letonia, Lituania, Suecia y Finlandia informaron de altos niveles de consumo por inyección, que oscilan entre el 57% y el 82% del consumo total de anfetaminas.<sup>9</sup>

### Las tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en África no son uniformes

La prevalencia anual de las sustancias del grupo de las anfetaminas en África se calcula entre el 0,2% y el 1,4% (entre,

aproximadamente, 1,2 y 8 millones de personas), lo que refleja el hecho de que para la mayor parte de África los datos son limitados o no se dispone de información reciente y fiable sobre las tendencias del consumo de estas sustancias, con la consiguiente amplitud del intervalo e incertidumbre de las estimaciones. Las únicas estimaciones válidas corresponden a la región del África meridional, donde se calcula que la prevalencia anual se sitúa entre el 0,4% y el 1% de la población de 15 a 64 años.

Entre el reducido número de países que han comunicado la opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de las sustancias del grupo de las anfetaminas en África, cerca de la mitad de ellos informaron que la tendencia había aumentado, al tiempo que otros tantos comunicaron tendencias estables durante el último año. En la mayor parte de África, las anfetaminas de venta con receta constituyen la sustancia de mayor consumo dentro de este grupo.

Sudáfrica es el país de la región respecto del cual se dispone de información más coherente y actualizada sobre las tendencias del consumo de drogas. Estos datos, basados en la demanda de tratamiento, revelaron un marcado incremento en la importancia de las anfetaminas hasta el segundo semestre de 2006, tras lo cual siguió una tendencia a la estabilización o a un ligero descenso. La importancia de las anfetaminas registró un nuevo aumento transitorio en el primer semestre de 2009, antes de volver a disminuir en el segundo semestre del mismo año hasta alcanzar los niveles comunicados en 2008.

La prevalencia de los tres meses anteriores de las sustancias del grupo de las anfetaminas en Sudáfrica fue del 0,7%, en 2008, en la población mayor de 15 años. Partiendo de esta información, la UNODC estimó que la prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas se situaba entre el 0,7% y el 1,4% de la población adulta (de 15 a 64 años) de Sudáfrica.

<sup>9</sup> Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), Informe Anual 2010: El problema de la drogodependencia en Europa, Lisboa, 2010.

**Fig. 101: Tendencias de la demanda de tratamiento por metanfetamina como sustancia primaria de consumo en la Provincia Occidental del Cabo (Ciudad del Cabo), Sudáfrica, 2005-2009 (datos semestrales)**

Fuente: *Alcohol and Drug Abuse Trends: July-December 2009 (Phase 27)*, Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre el uso de drogas (SACENDU), actualizado en junio de 2010.



A diferencia de las pautas en otras partes de África, la metanfetamina y la metcatinona son las principales sustancias de consumo entre las sustancias del grupo de las anfetaminas.

En Sudáfrica, la metanfetamina o "tik", como se conoce localmente, sigue siendo la principal sustancia de consumo para la que se busca tratamiento, principalmente en Ciudad del Cabo. En otras partes del país, la proporción se ha mantenido muy baja.<sup>10</sup> Para los demás países de África de los que se dispone de información sobre la demanda de tratamiento, las sustancias del grupo de las anfetaminas son la principal sustancia de abuso entre las personas que buscan tratamiento en la región, con un promedio de alrededor del 5% del total de la demanda de tratamiento. Esto oscila entre un 30% de todos los ingresos a tratamiento comunicados en el Níger y un 2% en Nigeria.

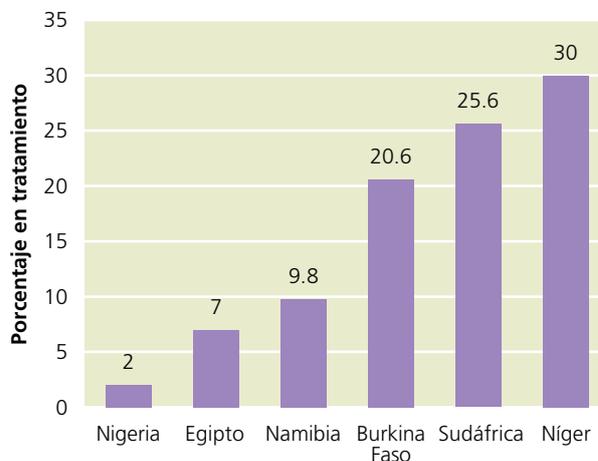
**Según se informa, las tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas van en aumento en Asia y el consumo de metanfetamina por vía intravenosa, con sus graves consecuencias para la salud, es un problema creciente en el Asia oriental y sudoriental**

La prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en Asia oscila entre el 0,2% y el 1,4%, o sea, que hay entre 4 y 38 millones de personas de 15 a 64 años que, según se estima, han consumido estas sustancias en el último año. El amplio intervalo y la gran incertidumbre de las estimaciones resultan de la falta de información

<sup>10</sup> Pluddemann A., Parry C., y otros. *Alcohol and Drug Abuse Trends: July - December, 2009 (Phase 27)*, Documento de Investigación de la red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre el uso de drogas (SACENDU). Actualizado en junio de 2010.

**Fig. 102: Porcentaje de las sustancias del grupo de los ETA entre las sustancias primarias de abuso que llevan al tratamiento en África, 2009 o último año disponible**

Fuente: UNODC, CPIA.



sobre el alcance y las pautas del consumo de drogas de los grandes países de Asia, particularmente China y la India. Habida cuenta de la ausencia de estimaciones recientes o fiables de varios países de la región, no es posible hacer estimaciones para las subregiones del Asia central y meridional.

Sin embargo, entre los países asiáticos que comunicaron sus datos a través del CPIA, los expertos en más de la mitad de los países, principalmente del Asia oriental y sudoriental, opinaron que el consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas había aumentado, en tanto que en menos de un cuarto de los países, los expertos opinaron que el problema se había estabilizado o disminuido en el último año. Fuera de la región del Asia oriental y sudoriental,<sup>11</sup> países tales como Armenia, Georgia, Jordania, el Pakistán y Qatar opinaron, en cambio, que el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico había aumentado en los últimos años.

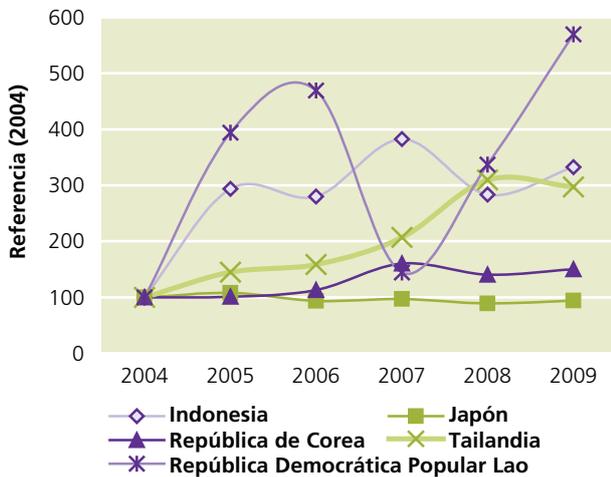
En el Asia oriental y sudoriental, la prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas osciló entre el 0,2% y el 1,4% de la población de 15 a 64 años.<sup>12</sup> La metanfetamina, tanto en comprimidos como en forma cristalina, es la principal sustancia de consumo dentro de este grupo. En la subregión, Filipinas (2,1%), Tailandia (1,4%) y la República Democrática Popular Lao (1,4%) son países con una prevalencia del consumo de metanfetamina superior a la media mundial.

<sup>11</sup> Los países y regiones que comunicaron aumentos del consumo de ETA en 2009 incluyen China (y Macao (China)), Indonesia, Malasia, Myanmar, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam. Por otro lado, Hong Kong (China), Kazajstán, el Líbano y la República de Corea comunicaron disminuciones del consumo de ETA.

<sup>12</sup> En el Asia oriental y sudoriental, la mayor parte de la información sobre las sustancias del grupo de las anfetaminas se encuentra disponible a través del programa SMART, de la UNODC, que colabora con los países de la región en el seguimiento de las tendencias de las drogas, con particular atención a los estimulantes de tipo anfetamínico.

**Fig. 103: Tendencias de las detenciones relacionadas con la metanfetamina en determinados países del Asia oriental y sudoriental, 2004-2009**

Fuente: UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine-type Stimulants and Other Drugs, Asia and Pacific*, Global SMART Programme, 2010.



En 2009, los países del Asia sudoriental comunicaron un aumento medio del 250% en el número de las detenciones relacionadas con la metanfetamina desde 2004. El mayor aumento lo comunicó la República Democrática Popular Lao, mientras que el Japón comunicó una disminución en el número de tales detenciones.<sup>13</sup>

La demanda de tratamiento por consumo de metanfetamina en el Asia oriental y sudoriental aumentó considerablemente durante el último decenio, pasando de un cuarto, por término medio, de todas las demandas de tratamiento en 1998, a casi la mitad de todos los ingresos a tratamiento en 2009. La demanda de tratamiento por consumo de metanfetamina en 2009, o el último año disponible, varía considerablemente según los países y las zonas y va, desde una demanda casi total de tratamiento por consumo de metanfetamina en Brunei Darussalam, la República de Corea y la República Democrática Popular Lao, a solo el 9% de la demanda de tratamiento en Indonesia y Hong Kong (China).

En el Asia oriental y sudoriental, la heroína y la metanfetamina son las dos sustancias de consumo por inyección más comunes, con tendencias en aumento, según se informa, del consumo de metanfetamina por inyección en la subregión. En Tailandia, la inyección es, por su frecuencia, el segundo método de consumo de metanfetamina cristalina, y el tercero para el abuso de píldoras de metanfetamina.<sup>14</sup> En 2009, Indonesia comunicó una tendencia creciente del consumo de heroína y de metanfetamina cristalina inyectables, mientras que por primera vez en 2009<sup>15</sup> Malasia

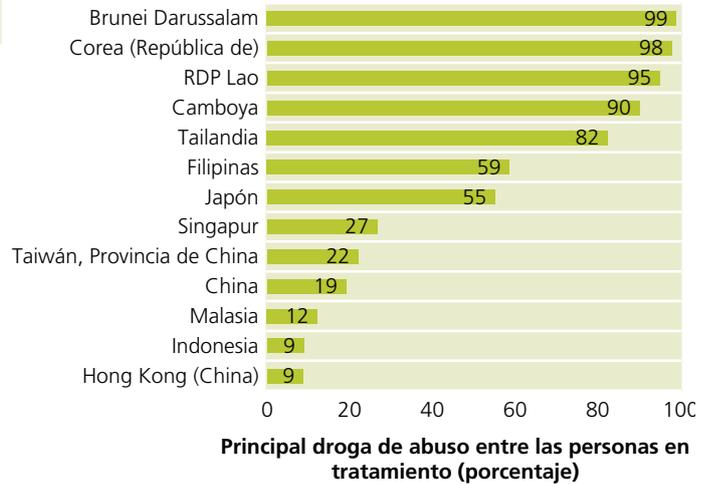
13 UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine-type Stimulants and Other Drugs, Asia and Pacific*, Global SMART Programme, 2010.

14 Las píldoras se pulverizan, se disuelven y se inyectan.

15 UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine-type Stimulants and*

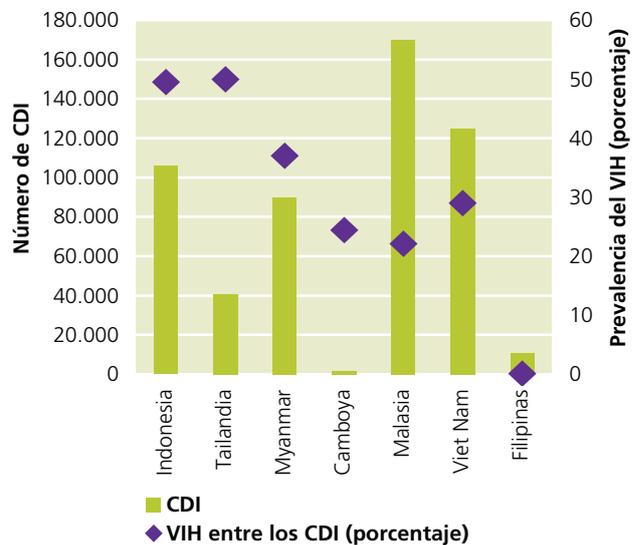
**Fig. 104: La metanfetamina como principal sustancia de abuso entre las personas en tratamiento (porcentaje), 2009 o último año disponible**

Fuente: UNODC, CPIA.



**Fig. 105: Asia oriental y sudoriental: número de consumidores de drogas inyectables (CDI) y prevalencia del VIH entre los CDI en determinados países, 2009 o último año disponible**

Fuente: United Nations Regional Task Force on Injecting Drug use and HIV and AIDS for Asia and the Pacific.



informó sobre el consumo por inyección de metanfetamina cristalina. En consecuencia, muchos países del Asia oriental y sudoriental también se ven afectados por epidemias concentradas del VIH, causadas en gran parte por el uso compartido de agujas y jeringas contaminadas entre los consumidores de drogas inyectables.

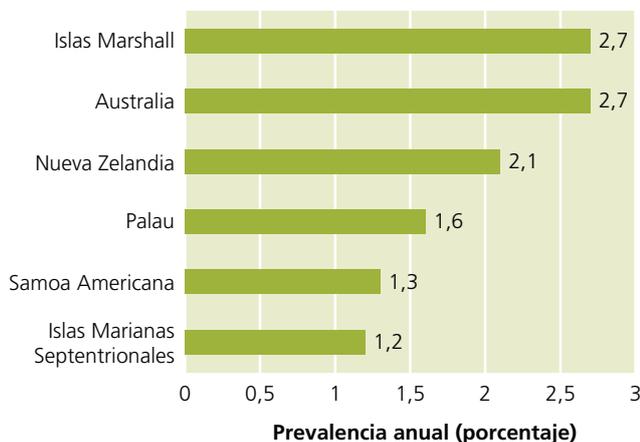
Otra consecuencia importante para la salud del consumo de drogas inyectables es el riesgo de infección con el virus

Other Drugs, Asia and Pacific, Global SMART Programme, 2010.

**Fig. 106: Prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en determinadas zonas de Oceanía, 2007/2008\***

\* En el caso de Nueva Zelanda, las estimaciones son de 2008, mientras que para el resto de los países son de 2007.

Fuente: UNODC.



de la hepatitis C (VHC), cuya frecuencia es también alta, según se informa, en los países del Asia oriental y sudoriental. Entre los países y las zonas que aportaron datos sobre la prevalencia del VHC entre los consumidores de drogas inyectables, esta va, de un 50% en Macao (China), a más del 80% en Indonesia, Myanmar y Hong Kong (China).<sup>16</sup>

**La prevalencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas se mantiene en los niveles más altos en Oceanía, aunque la tendencia en Australia y Nueva Zelanda es decreciente**

Oceanía es, según se informa, la región con la tasa de prevalencia más alta del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas, que oscila entre el 2% y el 2,8% de la población de 15 a 64 años. Las tasas anuales de prevalencia de las Islas Marshall (2,7%), Australia (2,7%) y Nueva Zelanda (2,1%) siguen siendo las más elevadas. Los Estados y territorios insulares del Pacífico de los cuales se dispone de datos comunicaron altas tasas de prevalencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas.

La prevalencia anual del consumo de meta/anfetamina en la población mayor de 14 años en Australia disminuyó, de 3,4% en 2001, a 2,3% en 2007. Si bien desde 2007 no se dispone de información actualizada sobre la prevalencia anual del consumo de anfetaminas en la población en general, la información con que se cuenta indica que sigue disminuyendo el consumo de anfetaminas según se desprende de diferentes indicadores.

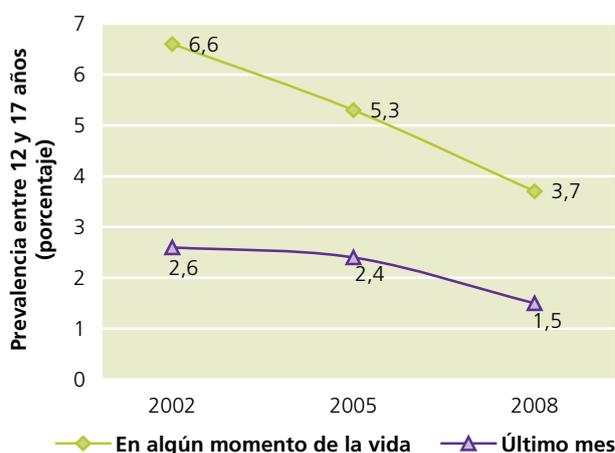
De 2002 a 2005 y en 2008,<sup>17</sup> se observó una disminución

16 UNODC, CPIA.

17 White V. y Smith G., *Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over-the-counter and illicit substances in 2008*, Drugs Strategy Branch, Departamento de Salud y del Envejecimiento Australiano, septiembre de 2009.

**Fig. 107: Australia: prevalencia del consumo de anfetaminas entre los estudiantes, 2002, 2005 y 2008**

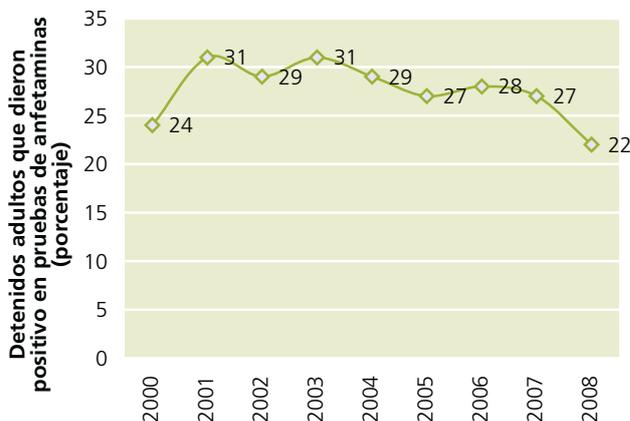
Fuente: *Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over-the-counter and illicit substance in 2008*, Dependencia de Estrategias sobre Drogas, Departamento de Salud y del Envejecimiento del Gobierno de Australia, septiembre de 2009.



**Fig. 108: Australia: porcentaje de detenidos que dieron positivo en pruebas de anfetaminas, 2000-2008**

\* Datos sobre las tendencias de los cuatro lugares incluidos originalmente en el sistema DUMA: Bankstown, Parramatta, East Perth y Southport.

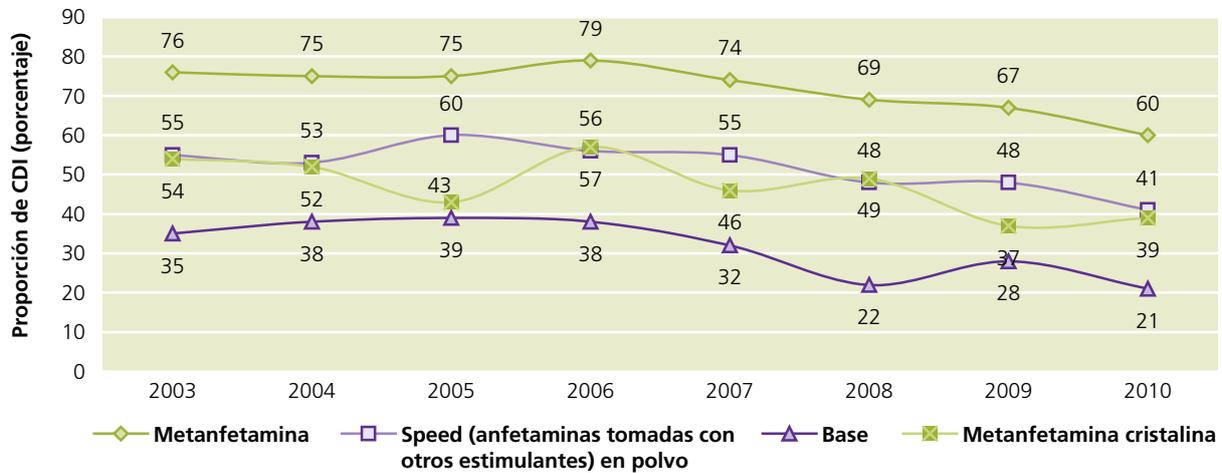
Fuente: Sistema de vigilancia del consumo de drogas en Australia (DUMA): *2008 Annual Report on drug use among police detainees*, Australian Institute of Criminology, 2010.



considerable tanto en la prevalencia del consumo de anfetaminas en algún momento de la vida como en la del último mes, entre los estudiantes australianos de 12 a 17 años. La prevalencia en algún momento de la vida entre los estudiantes disminuyó al 3,7% en 2008, del 6,6% registrado en 2002.<sup>18</sup>

El seguimiento que se llevó a cabo entre los detenidos que

18 Al igual que en otros países, la prevalencia en algún momento de la vida y del último mes del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de 16 y 17 años es más alta (6,2% y 2,4%, respectivamente) que entre los de 12 a 15 años (2,7% y 1,2%, respectivamente).

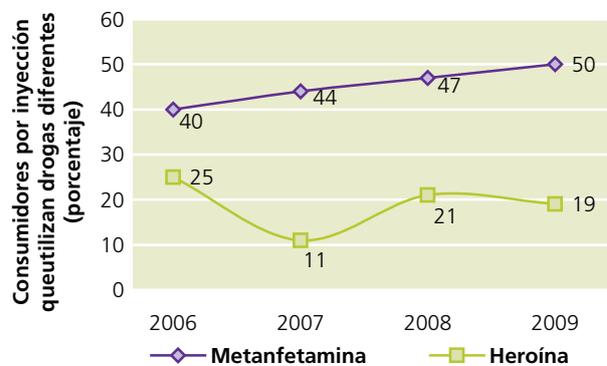
**Fig. 109: Australia: porcentaje de consumidores de drogas por inyección que dijeron haber consumido metanfetamina en los últimos seis meses, 2003-2010**Fuente: Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia, *Australian Drug Trends 2010: Key Findings – Drug Trend Conference Handouts*, Australian Government Department of Health and Ageing.

dieron positivo por consumo de drogas en Australia, en 2008, reveló que el 22% de los detenidos habían dado positivo para la metanfetamina, lo que significa una disminución del 27% con respecto a 2007. Esta proporción fue la más baja desde el año 2000.<sup>19</sup>

Entre los consumidores de droga por inyección que fueron entrevistados como parte del Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia (IDRS), el porcentaje de estos consumidores que habían usado metanfetamina en cualquier forma en los últimos seis meses disminuyó cada año entre 2006 y 2010, y este último año presentó el nivel más bajo desde 2003. El porcentaje de consumidores de metanfetamina por inyección que habían consumido esta sustancia en los últimos seis meses descendió, del 79% registrado en 2006, al 74% en 2007, y siguió disminuyendo al 67% en 2009 y al 60% en 2010.<sup>20</sup>

La prevalencia de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección se mantuvo estable, entre el 61% y el 62%, durante el período de 2005 a 2008 en Australia, y fue menor entre aquellos que dijeron haber consumido metanfetamina que entre los que declararon que la última droga inyectada había sido la heroína. La prevalencia del VIH también se mantuvo baja, alrededor del 1,5%, entre los consumidores de drogas por inyección, pero la prevalencia fue mayor entre los que dijeron que la última droga inyectada había sido la metanfetamina que entre los que habían consumido heroína inyectable como última droga.<sup>21</sup>

La prevalencia de las sustancias del grupo de las anfetami-

**Fig. 110: Nueva Zelanda: tendencias del consumo de heroína y metanfetamina inyectables entre consumidores frecuentes de drogas por inyección, 2006-2009**Fuente: *Recent Trends in Illegal Drug Use in New Zealand, 2006-2009: Findings from the 2006, 2007, 2008 and 2009 Illicit Drug Monitoring System (IDMS)*, Universidad de Massey, julio de 2010.

nas en Nueva Zelanda se encuentra entre las más altas del mundo; en efecto, un 2,1% de la población de 16 a 64 años había consumido anfetaminas el último año (2007/2008). La metanfetamina también se inyecta. El año anterior, alrededor del 0,5% de la población había consumido con fines recreativos estimulantes de venta con receta.<sup>22</sup> Como parte del sistema de vigilancia del consumo de drogas entre los detenidos en Nueva Zelanda (NZ-ADAM), se comprobó que, después del cannabis, la anfetamina era la segunda droga más comúnmente detectada (10%), seguida por la metanfetamina (9%), entre los sometidos a pruebas del consumo de drogas en 2008.<sup>23</sup>

19 Gaffney A., y otros. Sistema de vigilancia del consumo de drogas en Australia (DUMA): *2008 Annual Report on drug use among police detainees*, Australian Institute of Criminology, 2010.

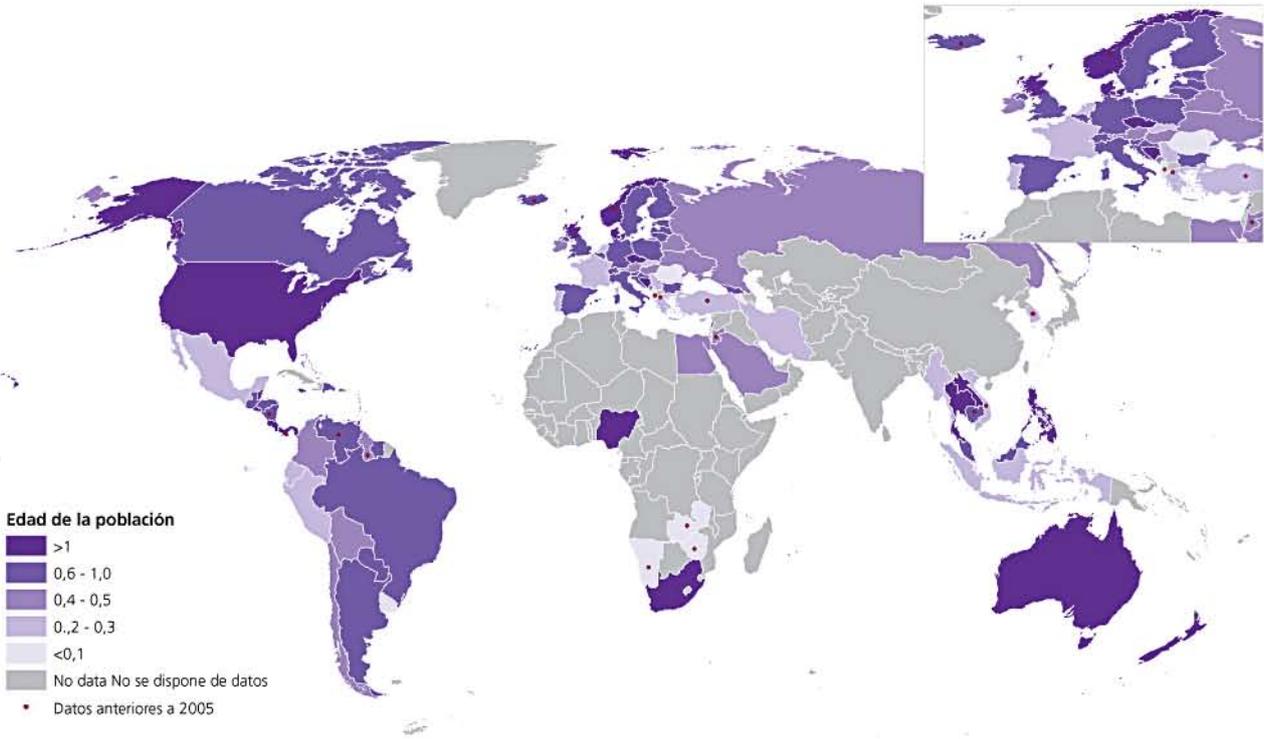
20 Sistema de Información sobre Drogas Ilícitas de Australia, *Australian Drug Trends 2010: Key Findings – Drug Trend Conference Handouts*, Australian Government Department of Health and Ageing.

21 National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, *Australian NSP Survey National Data Report 2005-2009*, The University of New South Wales, Sydney, 2010.

22 Ministerio de Salud, *Drug Use in New Zealand: Key Results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, 2010.

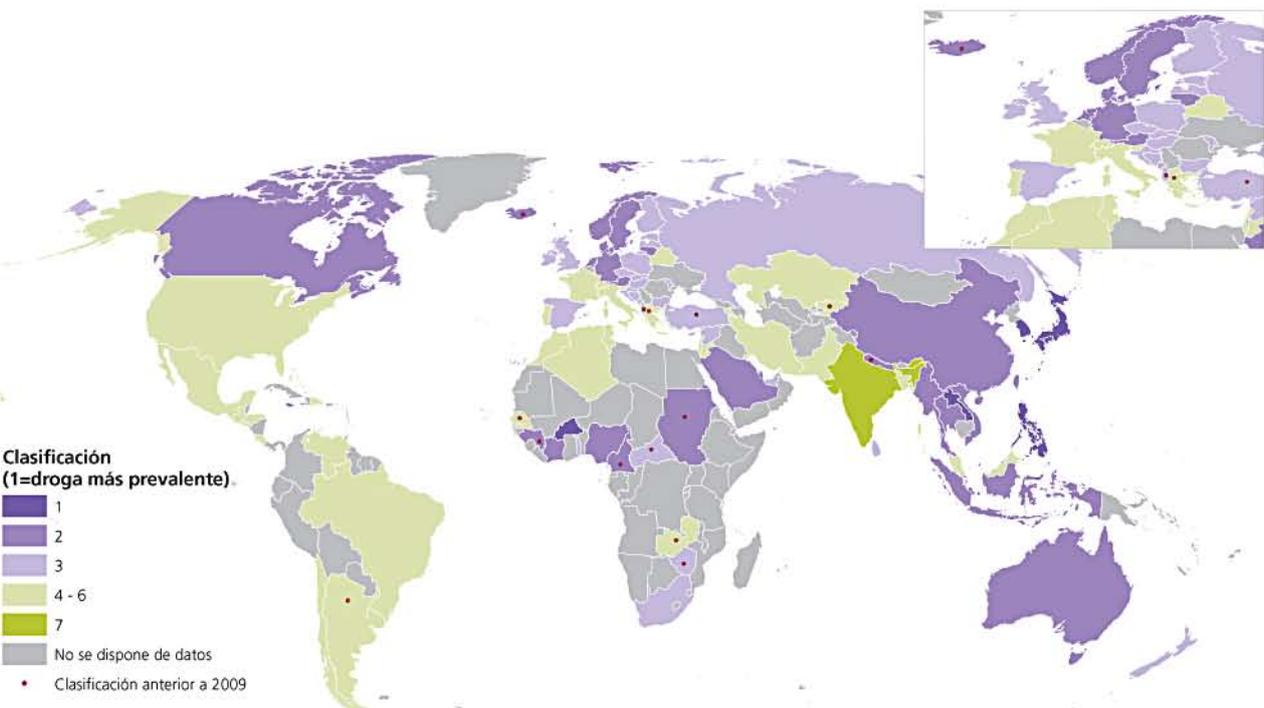
23 Hales J. y Manser J., *Annual report 2008- New Zealand Police NZ-ADAM*, Health Outcomes International Pvt. Ltd., octubre de 2008.

**Mapa 26: Consumo de anfetaminas, 2009 (o último año disponible)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

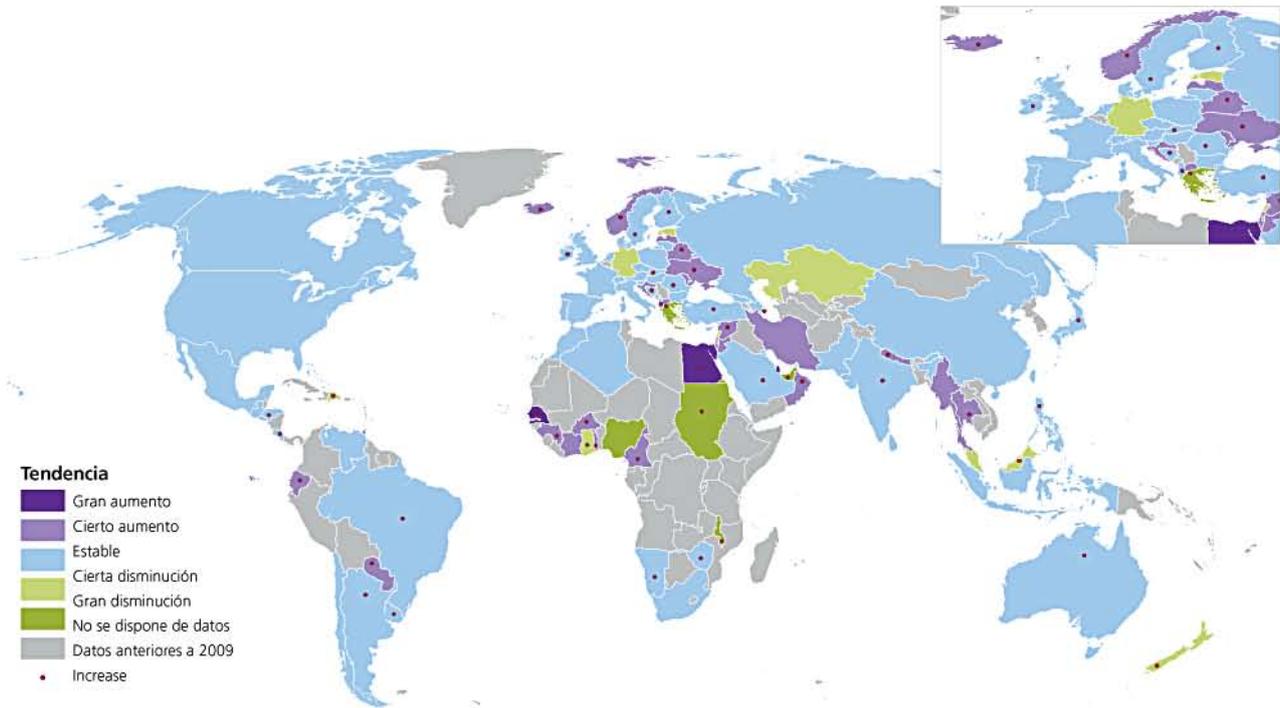
**Mapa 27: Clasificación de las anfetaminas por orden de prevalencia, 2009 (o último año del que se dispone de datos a partir de 2005)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

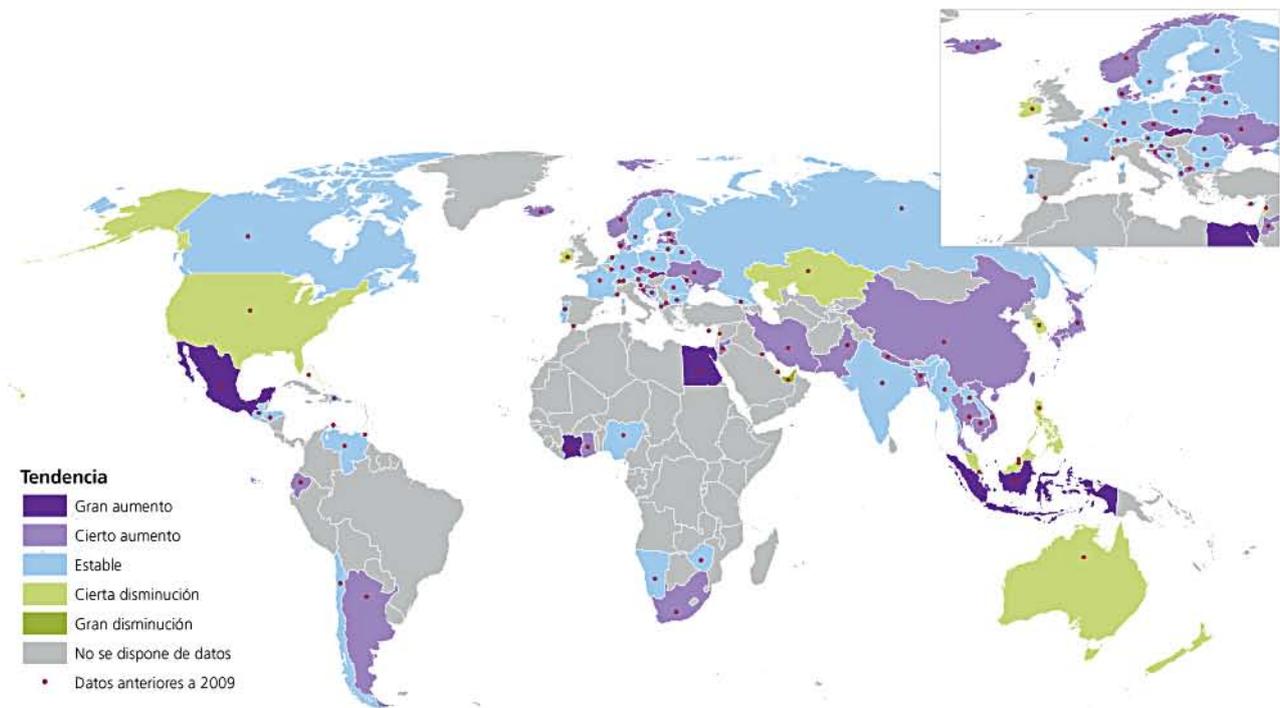


**Mapa 28: Opinión de los expertos sobre los cambios de las tendencias del consumo de anfetaminas, 2009 (o último año del que se dispone de datos a partir de 2005)**

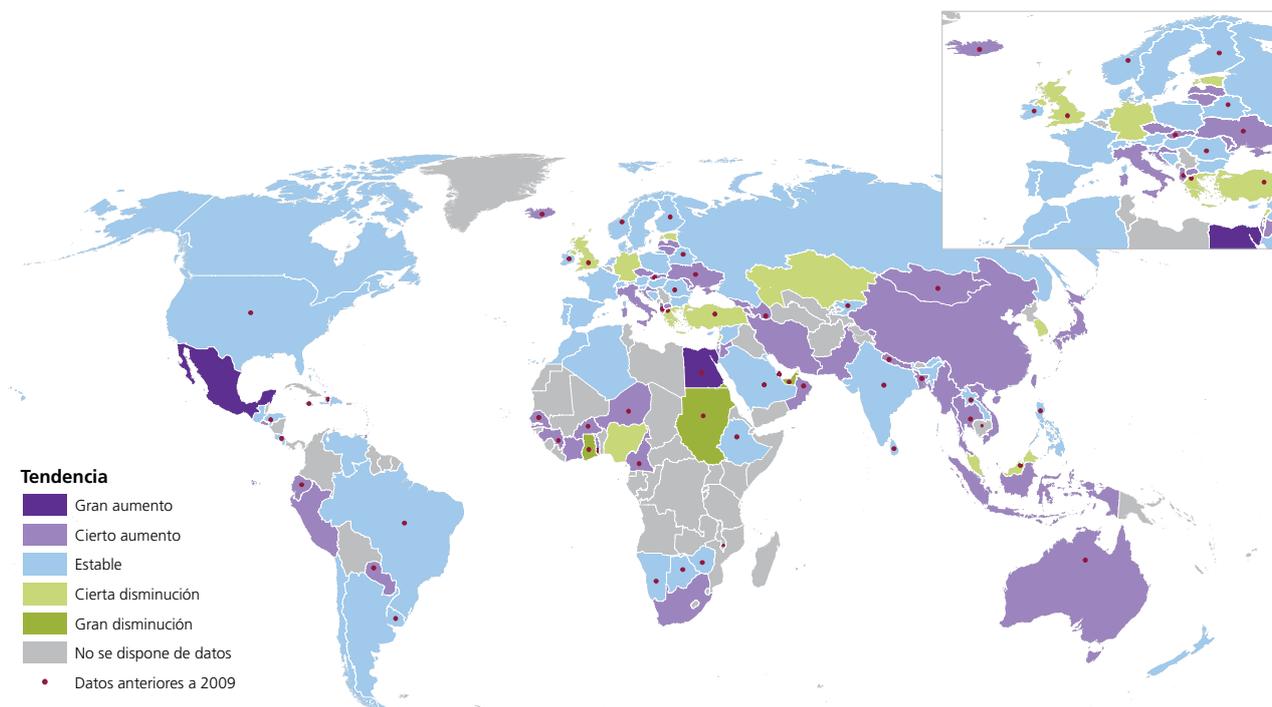


Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

**Mapa 29: Opinión de los expertos sobre los cambios de las tendencias del consumo de metanfetamina no especificada, 2009 (o último año del que se dispone de datos a partir de 2005)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

**Mapa 30: Opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de anfetaminas no especificadas, 2009 (o último año del que se dispone de datos)**

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

A diferencia de Australia, las cifras del consumo de metanfetamina parecen seguir aumentando en Nueva Zelanda. Entre los consumidores frecuentes de drogas inyectables, la proporción de los que se inyectaban metanfetamina aumentó, de 40% en 2006, a 50% en 2009. Los consumidores frecuentes de metanfetamina, es decir, los que habían consumido esta droga en los seis meses anteriores, que fueron entrevistados como parte del sistema de control de drogas ilícitas en Nueva Zelanda en 2009, tenían más probabilidades de haberse inyectado metanfetamina en 2009 que en 2008 (35% frente a 23%).<sup>24</sup>

### Sustancias del grupo del éxtasis

Las sustancias del grupo del éxtasis incluyen principalmente MDMA y sus análogos,<sup>25</sup> y su consumo se asocia con frecuencia a entornos recreativos tales como clubes nocturnos y fiestas hasta el amanecer donde va la gente joven. La prevalencia del consumo de éxtasis es, por tanto, particularmente elevada entre las cohortes juveniles y suele correlacionarse con el número de fiestas y bailes que duran toda la noche. Los jóvenes que consumen éxtasis pueden no

experimentar o consumir necesariamente otras sustancias ilícitas con regularidad, pero el hecho de estar en un ambiente donde se consumen drogas presenta más oportunidades y aumenta la probabilidad de experimentar con otras sustancias ilícitas. Mientras que en los países desarrollados todos los sectores de la sociedad se ven afectados por el consumo de éxtasis, en los países en desarrollo dicho consumo continúa siendo un fenómeno que se da solo en las clases media y alta.

La UNODC estima que en 2009 la prevalencia anual mundial del consumo de éxtasis se situaba entre el 0,2% y el 0,6% de la población de 15 a 64 años, o sea que entre 11 y 28 millones de personas habían consumido éxtasis al menos una vez el año anterior. Dada la escasa información disponible, la prevalencia anual del consumo de éxtasis estimada parece mantenerse alrededor del mismo nivel que la del año precedente (2008).

A nivel mundial, la mayoría de los países que respondieron al CPIA en 2010 (47%), consideraron que el nivel de consumo de éxtasis en sus países era estable. En América (83%) y Europa (54%), la mayoría de los países comunicaron tendencias estables para 2009. Del mismo modo, en África, la región con el menor número de países que respondieron al cuestionario (lo que refleja no solo bajas tasas de respuesta, sino también una escasa difusión del consumo de éxtasis), la mayoría de los países (67%) también comunicaron una tendencia estable. Asia fue la única región donde la mayoría de los países (47%) comunicaron una tendencia decreciente del consumo de éxtasis. Existen indicios de que

<sup>24</sup> Wilkins C., y otros, *Recent Trends in Illegal Drug Use in New Zealand, 2006-2009: Findings from the 2006, 2007, 2008 and 2009, Illicit Drug Monitoring System (IDMS)*, Massey University, julio de 2010.

<sup>25</sup> Los informes demuestran que, sin el conocimiento de muchos consumidores de éxtasis, lo que se les vende como éxtasis (MDMA) es a menudo una combinación de varias sustancias psicoactivas, tales como la metanfetamina y la ketamina. *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ATS Assessment* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta E.08.XI.12).

**Cuadro 32: Prevalencia anual y número estimado de consumidores de éxtasis, por región, subregión y a nivel mundial, 2009**

Región/Subregión	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	Número estimado de consumidores anuales (superior)	Porcentaje de la población de 15-64 años (inferior)	Porcentaje de la población de 15-64 años (superior)
<b>África</b>	390.000	1.900.000	0,1	0,3
África oriental				
África septentrional				
África meridional	190.000	300.000	0,2	0,4
África occidental y central				
<b>América</b>	3.770.000	4.020.000	0,6	0,7
Caribe	20.000	240.000	0,1	0,9
América Central	20.000	30.000	0,1	0,1
América del Norte	3.210.000	3.210.000	1,1	1,1
América del Sur	520.000	530.000	0,2	0,2
<b>Asia</b>	2.390.000	17.330.000	0,1	0,6
Asia central				
Asia oriental/sudoriental	1.480.000	6.920.000	0,1	0,5
Cercano Oriente y Oriente Medio				
Asia meridional				
<b>Europa</b>	3.680.000	3.920.000	0,7	0,7
Europa oriental/sudoriental	1.190.000	1.370.000	0,5	0,6
Europa occidental/central	2.490.000	2.560.000	0,8	0,8
<b>Oceanía</b>	850.000	920.000	3,6	4,0
<b>Total mundial</b>	<b>11.080.000</b>	<b>28.090.000</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>

**Cuadro 33: Opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de éxtasis, 2009**

Región	Estados Miembros que transmitieron la opinión de expertos	Tasa de respuesta de los Estados Miembros sobre la opinión de expertos	Aumento* del consumo problemático	Aumento* del consumo problemático expresado como porcentaje	Consumo problemático estable	Consumo problemático expresado como porcentaje	Disminución* del consumo problemático	Disminución* del consumo problemático expresado como porcentaje
África	3	6%	1	33%	2	67%	0	0%
América	6	17%	1	17%	5	83%	0	0%
Asia	17	38%	6	35%	3	18%	8	47%
Europa	24	53%	8	33%	13	54%	3	13%
Oceanía	1	7%	0		1		0	
Todo el mundo	51	27%	16	31%	24	47%	11	22%

\* Indica aumentos o disminuciones que oscilan entre "cierto aumento (o disminución)" a "gran aumento (o disminución)", no ponderado en función de la población.

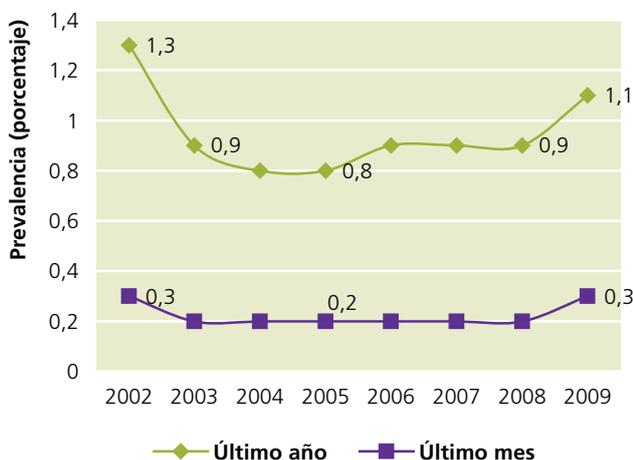
la estabilización o disminución del consumo de éxtasis está relacionada con una reducción en su fabricación, lo que a su vez parece ser consecuencia de que se han hecho algunos progresos en el control de los precursores químicos. Sin embargo, cada vez que mejora la situación de la oferta, o cada vez que se reduce la percepción del peligro del éxtasis para la salud, la demanda aumenta de inmediato, lo que deja en evidencia que aún queda mucho por hacer en materia de prevención eficaz.

#### **América del Norte: señales de aumento en el consumo de éxtasis en los Estados Unidos y de una disminución en el Canadá**

La prevalencia anual del consumo de éxtasis en América del Norte se estima en el 1,1%, o sea que aproximadamente 3,2 millones de personas de 15 a 64 años han consumido sustancias del grupo del éxtasis durante el año anterior. Dentro de esta subregión, los Estados Unidos posee la tasa

**Fig. 111: Estados Unidos: tendencias de la prevalencia del consumo de éxtasis en la población mayor de 12 años, 2002-2009**

Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*.



de prevalencia más alta (1,4%) del consumo de éxtasis en la población en general.

En 2009 en los Estados Unidos, alrededor de 1,1 millones de personas se iniciaron en el consumo de drogas con éxtasis, lo que representa un aumento considerable en relación con el año anterior (894.000 personas en 2008). La mayoría de los consumidores de éxtasis (66,3%) que se iniciaron en 2009 tenían 18 años o más, y la edad media era de 20,2 años entre los que consumieron éxtasis por primera vez en 2009.<sup>26</sup>

A partir de la disminución de la prevalencia del consumo de éxtasis en 2002, las tendencias permanecieron estables entre 2003 y 2008, pero registraron un aumento en 2009.

Se observó una tendencia similar entre los estudiantes de secundaria, donde la prevalencia anual del consumo de éxtasis entre los estudiantes de 8º, 10º y 12º grado registró un claro aumento durante el período de 2008 a 2010, tras un período estable entre 2003 y 2008, especialmente entre los grupos más jóvenes de 8º y 10º grado.<sup>27</sup> Los datos sobre los estudiantes de enseñanza media no indican ningún aumento en cuanto a la disponibilidad de éxtasis. Sin embargo, el aumento en el consumo de éxtasis estuvo vinculado con la percepción de un menor riesgo de los efectos nocivos del consumo de dicha sustancia.

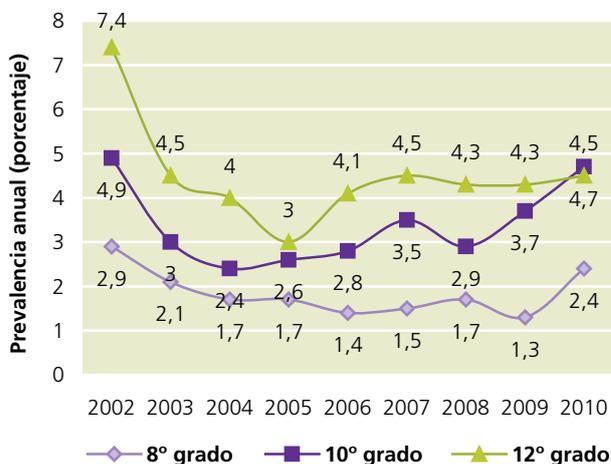
En el Canadá, en cambio, el consumo de éxtasis disminuyó en 2009 comparado con el año anterior. La prevalencia anual del consumo de éxtasis en la población de 15 a 64

<sup>26</sup> Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Rockville, Maryland, EE.UU.

<sup>27</sup> Johnston, L. D., y otros, *Monitoring the Future: national results on adolescent drug use: Overview of key findings*, 2010, Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, EE.UU.

**Fig. 112: Estados Unidos: tendencias de la prevalencia anual del consumo de éxtasis entre estudiantes de enseñanza media, 2002-2010**

Fuente: *Monitoring the Future: national results on adolescent drug use: Overview of key findings*, Institute for Social Research, The University of Michigan, USA.



**Fig. 113: América del Sur y Central: prevalencia en algún momento de la vida del consumo de éxtasis entre los jóvenes, 2008 o 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



años se situó, según lo informado, en el 1,1% en 2009, lo que significó una disminución frente al 1,7% en 2008.<sup>28</sup> La prevalencia anual entre los jóvenes de 15 a 19 años fue del 3% en 2009.<sup>29</sup>

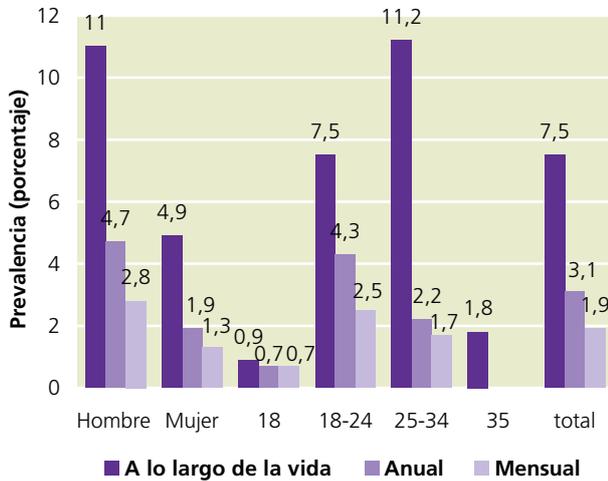
En el caso de México, no se dispone de estimaciones cuantitativas recientes del consumo de éxtasis. En opinión de los expertos hay una tendencia creciente del consumo de esta sustancia en el país.

<sup>28</sup> UNODC, CPIA.

<sup>29</sup> En cuanto a la prevalencia entre los jóvenes, el Canadá comunicó únicamente la prevalencia anual entre los jóvenes de 12 a 17 años, que en 2008 se situó en un 6,2%, mientras que en 2009 la prevalencia anual fue del 4,5%, y la del último año, de un 3% entre los jóvenes de 15 a 19 años.

**Fig. 114: Brasil: prevalencia del consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios, 2009**

Fuente: *I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Universitarios Das 27 Capitais Brasileiras*, Secretaria Nacional Políticas sobre Drogas.



**En América Central y América del Sur el consumo de éxtasis se mantiene bajo en la población en general, pero sigue siendo más alto entre los jóvenes**

No existe información actualizada sobre el consumo de éxtasis en América Central y América del Sur. Sin embargo, los datos de que se dispone sugieren que la prevalencia anual en la población en general, que va del 0,1% en Chile al 0,5% en la Argentina, es más baja en estas subregiones que la media mundial. El Salvador, el Perú y Trinidad y Tabago declararon que, en opinión de los expertos, el consumo de éxtasis durante el último año había aumentado. Al

igual que en otros países, la información sobre el consumo de éxtasis entre los niños en edad escolar de América Central y América del Sur indica que las tasas de prevalencia son mucho más altas que para la población en general. Los datos más recientes (2008 o 2009) sobre la prevalencia del éxtasis en algún momento de la vida indican que las tasas de prevalencia van del 0,5% en la República Bolivariana de Venezuela al 3,7% en Chile.

Según se desprende de una encuesta nacional llevada a cabo en el Brasil entre los estudiantes universitarios en 2009, la prevalencia anual del consumo de éxtasis era del 3,1%, lo que supera claramente las estimaciones de la UNODC de alrededor del 0,2% para la población en general. Como en el resto del mundo, el consumo de éxtasis era más común entre los estudiantes varones que entre las mujeres. La prevalencia anual y de los últimos 30 días fue mayor entre los estudiantes de 18 a 24 años que entre cualquier otro grupo de edad.<sup>30</sup>

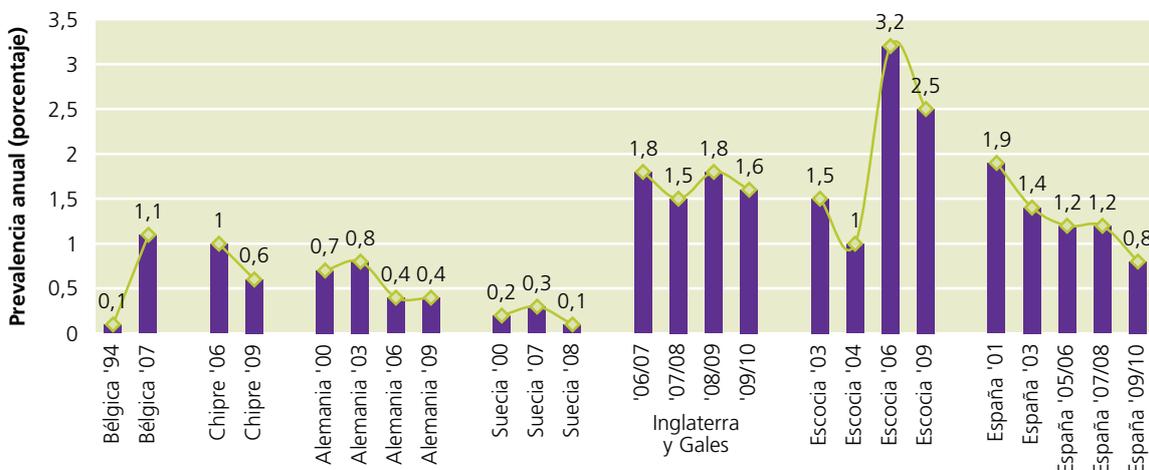
**El consumo de éxtasis, según se informa, se está estabilizando en Europa, pero las modalidades de consumo están cada vez más polarizadas entre las personas que frecuentan los clubes y la población en general**

Se calcula que la prevalencia anual del consumo de éxtasis en Europa es del 0,7% de la población adulta. Entre 3,7 y 4 millones de personas de 15 a 64 años consumieron éxtasis el último año en Europa. La tasa de prevalencia del consumo de éxtasis es aún más alta en Europa occidental y central (0,8%) que en Europa oriental y sudoriental (0,6%).

En la actualidad, la mayoría de los países europeos informan que las tendencias del consumo de éxtasis se han estabilizado. Se dispuso de estimaciones nuevas o actualizadas sobre el consumo de éxtasis en países tales como Alemania, Bél-

**Fig. 115: Europa: tendencias del consumo de éxtasis en determinados países y zonas, distintos años**

Fuente: OEDT; UNODC, CIA.



30 Andrade, A.G., Duarte, P. y Oliveira, L.G., *I Levantamento Nacional Sobre O Uso De Álcool, Tabaco E Outras Drogas Entre Universitarios Das 27 Capitais Brasileiras*, Secretaria Nacional Políticas sobre Drogas, Brasília 2010.

**Cuadro 34: Asia: países y zonas que transmitieron la opinión de los expertos sobre el consumo de éxtasis en 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

Disminución	Estable	Aumento
China	República de Corea	Armenia
Hong Kong (China)	Kuwait	Georgia
Macao (China)	Malasia	Israel
Indonesia		Libano
Japón		Pakistán
Kazajistán		Viet Nam
Singapur		
Tailandia		

gica, Chipre, España, el Reino Unido (Inglaterra y Gales y Escocia) y Suecia. Muchos de estos países han comunicado una disminución de la prevalencia anual según encuestas recientes, en comparación con años anteriores. Esto coincide con los informes sobre las dificultades con que tropezó la fabricación de dicha sustancia en varios países europeos en los últimos años, y de ahí que se consuman otras sustancias distintas de los comprimidos de éxtasis (MDMA). Eslovaquia, Letonia, el Reino Unido y la República Checa siguen siendo los países con las tasas de prevalencia del consumo de éxtasis más altas en la población en general.

Al igual que en otras partes del mundo, la mayoría de los consumidores de éxtasis son jóvenes de 15 a 34 años. En su informe anual de 2010, el OEDT menciona que prácticamente todos los consumidores de éxtasis que, según se estima, consumieron dicha sustancia el último año -2,5 millones- tenían entre 15 y 34 años.

Las encuestas específicas de la vida nocturna llevadas a cabo en países europeos sugieren que la prevalencia y la pauta del consumo de estimulantes y éxtasis combinado con el alcohol siguen siendo altas. Algunos estudios llegan a sugerir incluso que las modalidades del consumo de drogas entre los concurrentes asiduos a clubes nocturnos están cada vez más polarizadas, es decir, presentan tasas de prevalencia cada vez más altas, en marcado contraste con la tasa de prevalencia de la población en general.<sup>31</sup>

### La falta de información en África hace difícil determinar las tendencias del consumo de éxtasis en la región

Utilizando la escasa información que se posee sobre los países y el modelo estándar de la UNODC, se estima que la prevalencia anual del consumo de éxtasis en África se sitúa entre el 0,1% y el 0,3%. Las cifras reales probablemente estén más cerca del extremo inferior del intervalo, o incluso por debajo de este, ya que el consumo de éxtasis en África sigue siendo principalmente un fenómeno de la juventud que pertenece a las clases altas, o que se concentra en los

centros turísticos, donde el principal grupo de consumidores son los turistas extranjeros. El amplio intervalo de las estimaciones se debe a que no se dispone de datos sobre el consumo de éxtasis en gran parte de la región. En 2009, únicamente Argelia, Marruecos y Sudáfrica comunicaron la opinión de los expertos respecto de las tendencias del consumo de éxtasis a través del CPIA. Al tiempo que Marruecos comunicó un aumento en el consumo de éxtasis, Argelia y Sudáfrica comunicaron tendencias a la estabilización en 2009.

### En Asia se comunican tendencias opuestas del consumo de éxtasis

En 2009, cerca de la mitad (47%) de los países asiáticos que transmitieron la opinión de los expertos sobre el consumo de éxtasis a través del CPIA consideraron que la tendencia era a la disminución, mientras que un tercio de los países comunicaron aumentos el último año. Se estima que la prevalencia anual del consumo de éxtasis en Asia se sitúa entre el 0,1% y el 0,6% de la población de 15 a 64 años, lo que representa entre 2,4 y 17 millones de personas que podrían haber consumido éxtasis al menos una vez el último año. El amplio intervalo de las estimaciones refleja la incertidumbre debida a la falta de información sobre el consumo de esta sustancia en la mayor parte de Asia.

### El consumo de éxtasis en Nueva Zelanda y Australia se mantiene alto

Oceanía (principalmente Australia y Nueva Zelanda) posee la prevalencia del consumo de éxtasis más alta del mundo, con un valor anual que va del 3,6% al 4% de la población adulta. Esto significa que entre 850.000 y 920.000 personas consumieron éxtasis al menos una vez el año anterior.

La prevalencia anual del consumo de éxtasis en la población de 16 a 64 años en Nueva Zelanda osciló entre el 2% y el 3%, o sea que unas 67.000 personas declararon haber consumido éxtasis el último año (2007/2008). La prevalencia más alta, al igual que en otros países, se observó en el grupo de edad de 18 a 24 años, y fue mayor entre los hombres que entre las mujeres (prevalencia anual del 8,9% entre los hombres y del 4,9% entre las mujeres dentro de este grupo de edad). Según se informó, la mayoría de los consumidores de éxtasis de Nueva Zelanda lo habían consumido con alcohol (78,9%), cannabis (42,8%) y comprimidos de bencilpiperazina (BZP) para fiestas<sup>32</sup> (13,5%).<sup>33</sup>

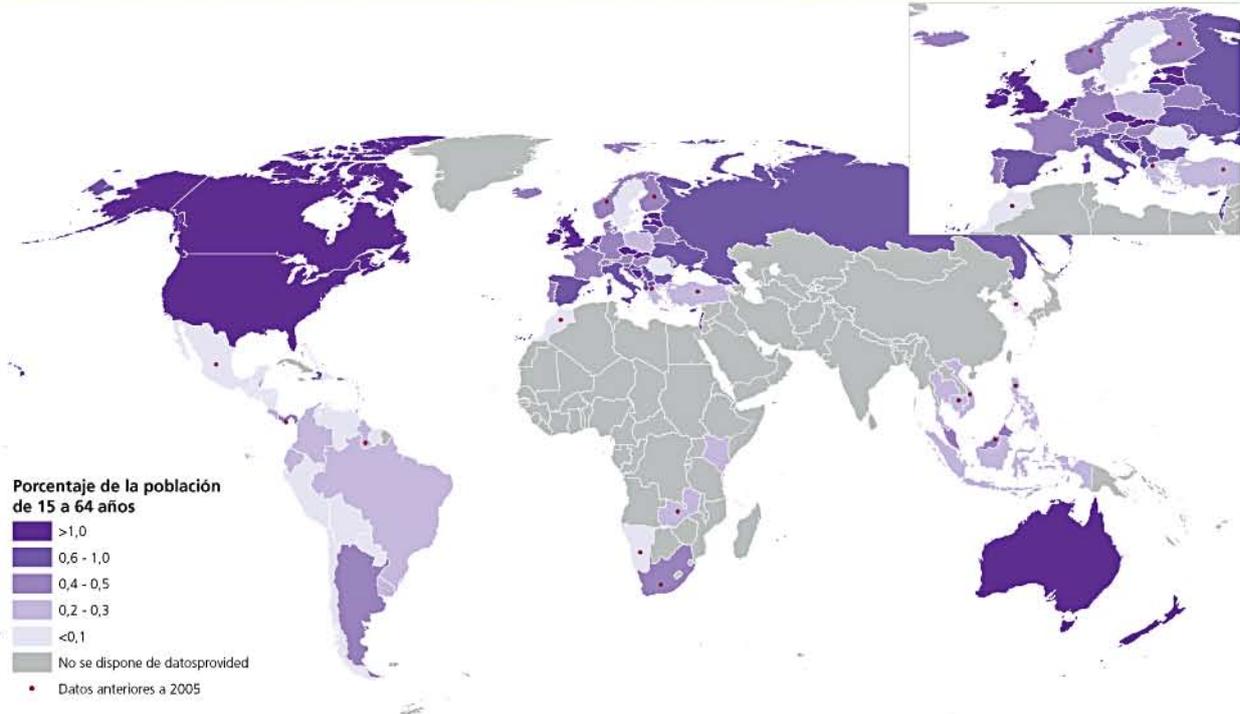
Se estima que en 2007 la prevalencia del consumo de éxtasis en Australia era de alrededor del 4,2% de la población de 15 a 64 años. Desde entonces, no se dispone de información actualizada sobre la prevalencia del consumo de drogas en Australia. Sin embargo, en 2010, una encuesta llevada a cabo entre 974 atletas reveló que la cuarta parte de ellos habían recibido ofrecimientos o habían tenido oportunidad de consumir éxtasis en los últimos 12 meses. Esta proporción era mayor que la de consumidores de can-

32 Se refiere a los productos que contienen bencilpiperazina (BZP) y sustancias afines que tienen efectos estimulantes y eufóricos.

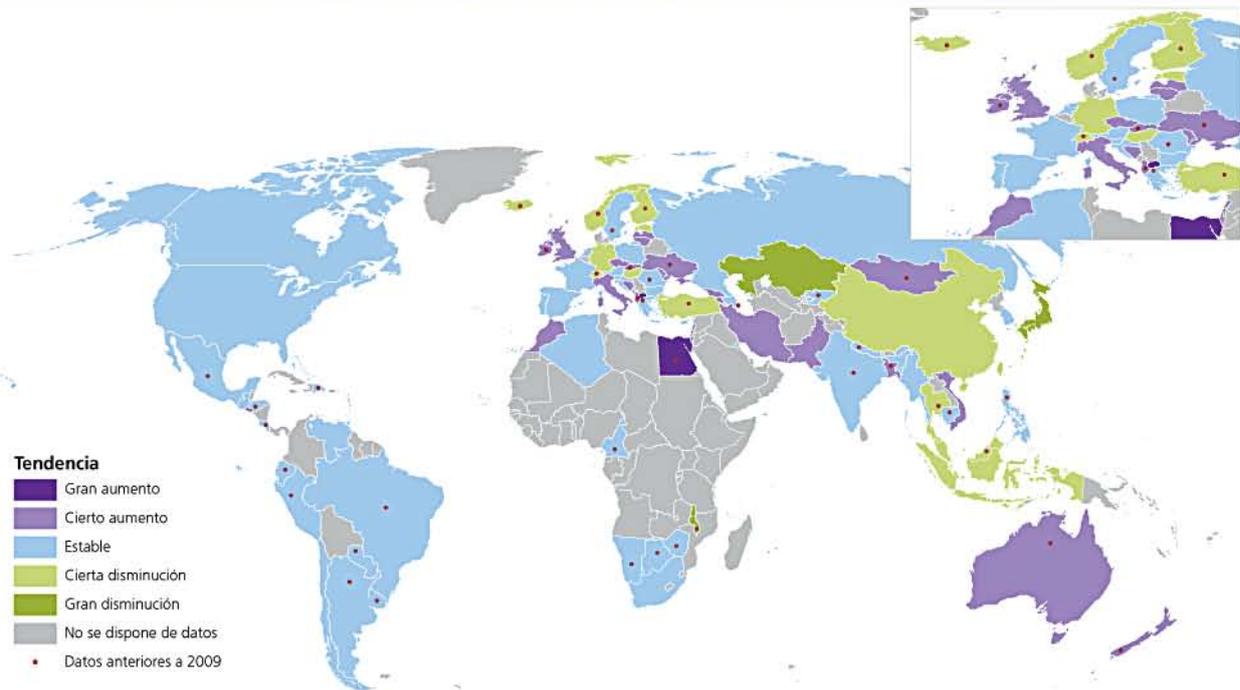
33 Ministerio de Salud, *Drug Use in New Zealand: Key Results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, 2010.

31 OEDT, *The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2010*, 2010.

**Mapa 31: Consumo de éxtasis en 2009 (o último año del que se dispone de datos a partir de 2005)**



**Mapa 32: Opinión de los expertos sobre los cambios de las tendencias del consumo de éxtasis, 2009 (o último año del que se dispone de datos a partir de 2005)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

nabis (22%) y de cocaína (17%). El 3,2% de los encuestados, según lo informado, habían consumido éxtasis el año anterior.<sup>34</sup>

<sup>34</sup> Dunn, M. y Thomas, J.O., 'Attitudes toward, knowledge of, and prevalence of recreational drug use among elite Australian athletes', *EDRS Drug Trends Bulletin*, April 2010, Sydney: National Drug and

Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

### 4.3 Fabricación

A diferencia del cultivo ilícito de la planta de coca y de adormidera, que se limita a zonas específicas, la fabricación de ETA no tiene límites geográficos. Los laboratorios de fabricación de ETA suelen estar cerca de los mercados ilícitos de consumo. Los precursores y las demás sustancias químicas utilizadas en la fabricación ilícita de ETA suelen pasar de una región a otra.

En los últimos dos decenios, se ha registrado una expansión de la fabricación de ETA y, hasta la fecha, más de 60 Estados Miembros han comunicado actividades de fabricación de ETA. Se sabe que la fabricación de estas sustancias se lleva a cabo en todas las regiones del mundo. Desde el año 2000, países tales como Alemania, Australia, Bélgica, Bulgaria, Canadá, China,<sup>35</sup> Eslovaquia, Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Filipinas, Indonesia, Malasia, México, Myanmar, Nueva Zelandia, Países Bajos, Polonia, la República Checa, la República de Moldova y Sudáfrica han informado a la UNODC de una considerable fabricación de ETA en pequeños laboratorios clandestinos, así como en instalaciones de mayor escala.

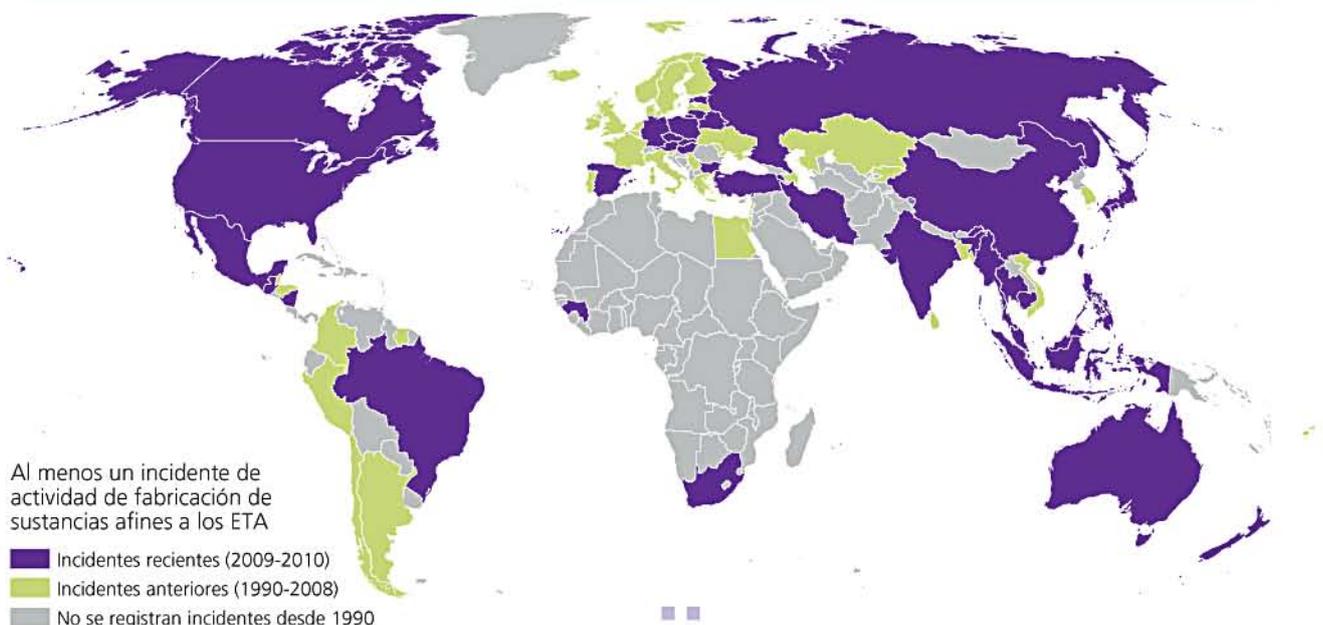
#### Sigue aumentando el número de laboratorios de ETA en el mundo

En 2009, se comunicó el desmantelamiento de unos 10.600 laboratorios relacionados con los ETA a través del CPIA, lo que representa un aumento del 26% respecto de los 8.400 laboratorios comunicados en 2008, si bien es inferior al máximo de 19.800 registrado en 2004.<sup>36</sup> La tendencia general refleja las incautaciones realizadas en los Estados Unidos, que sigue desmantelando la gran mayoría de los laboratorios de ETA ilícitos en todo el mundo. Los laboratorios de metanfetamina pequeños son una constante en los Estados Unidos.

La metanfetamina es, con mucho, el estimulante de tipo anfetamínico más fabricado en todo el mundo. Las operaciones de fabricación de anfetamina y éxtasis suelen ser menos numerosas pero más complejas, porque requieren equipo y precursores más especializados y mayores conocimientos.

En 2009, el número de laboratorios de metanfetamina en

**Mapa 33: Estados Miembros que comunicaron la fabricación de sustancias afines a los ETA\* desde 1990**



Al menos un incidente de actividad de fabricación de sustancias afines a los ETA

- Incidentes recientes (2009-2010)
- Incidentes anteriores (1990-2008)
- No se registran incidentes desde 1990

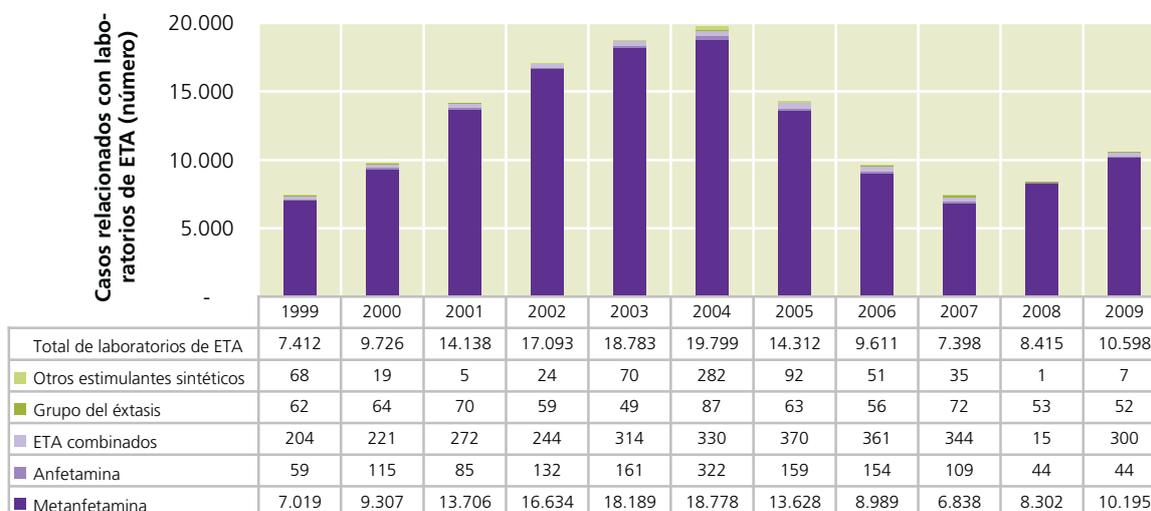
\* Incluye los laboratorios de extracción de precursores de ETA e intentos frustrados por las fuerzas del orden. Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

35 Incluye todas las provincias y regiones administrativas especiales.

36 Dado que no existe una definición estándar de laboratorio clandestino, las cifras incluyen cualquiera de las etapas de incautación de laboratorios notificadas a la UNODC, por ejemplo, el lugar donde se encuentran materiales de laboratorio y productos químicos utilizados en la fabricación, el lugar donde se produce la síntesis de drogas y se elaboran los comprimidos, así como los vertederos tóxicos donde los productos químicos y equipos se desechan ilegalmente.

**Fig. 116: Número total de casos de detección de laboratorios de ETA, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



todo el mundo aumentó considerablemente, en un 22%, a casi 10.200, de los 8.300 descubiertos en 2008. Desde 2007, el número comunicado de laboratorios de metanfetamina continuó aumentando, si bien es apreciablemente inferior al máximo alcanzado en 2004. Mientras que el número total de laboratorios de metanfetamina desmantelados aumentó a nivel mundial en 2009, este aumento se concentró, en gran medida, en los Estados Unidos. En 2009, el número de laboratorios desmantelados (y comunicados) fuera de los Estados Unidos disminuyó con respecto al año anterior, pero se mantenía a un nivel que solo una vez ha sido superado hasta ahora.

### Importantes puntos de fabricación

La metanfetamina se fabrica en los tres países de América del Norte. En el último decenio, especialmente en 2009, México pasó a ser un importante lugar de fabricación. En 2009, México comunicó el desmantelamiento de 191 laboratorios, frente a 21 en 2008. La tendencia creciente de la fabricación parece haber continuado en 2010, pues hasta mayo de ese año se habían desmantelado 63 laboratorios.<sup>37</sup> Si bien el número de laboratorios desmantelados en México sigue siendo inferior al de los Estados Unidos, las actividades en México están orientadas a la fabricación de grandes cantidades del producto final, mientras que muchos laboratorios de los Estados Unidos parecen dedicarse a la fabricación a menor escala. También han aumentado los incidentes relacionados con la fabricación de metanfetamina en América Central y América del Sur. En 2010, por ejemplo, las autoridades nicaragüenses desmantelaron un gran laboratorio clandestino de metanfetamina.

El Asia oriental y sudoriental, donde se ha desmantelado un número considerable de laboratorios clandestinos de metanfetamina en los últimos años, es otra importante

subregión de fabricación ilícita de metanfetamina.<sup>38</sup> En otra época, los laboratorios de fabricación ilícita de ETA eran, ante todo, grandes operaciones a escala industrial. Sin embargo, en los últimos años, varios países comunicaron el desmantelamiento de un número considerable de laboratorios pequeños, tendencia que continuó en 2009.

En 2009, China comunicó el desmantelamiento de 391 laboratorios clandestinos de drogas sintéticas e instalaciones de almacenamiento. La mayoría de estos se encontraban en las provincias de Guangdong, Sichuan y Hubei, y se dedicaban principalmente a la fabricación de metanfetamina cristalina y de ketamina. En 2008, se desmanteló en China un total de 244 laboratorios no especificados. La fabricación de ETA se está diversificando cada vez más en China, donde las diferentes etapas de fabricación se dividen entre las distintas provincias.

En 2009, Indonesia desmanteló 35 laboratorios clandestinos de fabricación de drogas sintéticas, la cifra más alta hasta el momento. De ellos, 25 eran laboratorios de fabricación a gran escala y los otros 10, a pequeña escala.

La fabricación clandestina de ETA en Hong Kong (China), ha estado dominada por operaciones de producción de comprimidos y reempaquetado. En 2009, Hong Kong (China), comunicó la existencia de dos instalaciones de fabricación a pequeña escala de metanfetamina cristalina.<sup>39</sup>

En los últimos cinco años, Malasia se ha convertido en un importante punto de fabricación de metanfetamina. En 2009, se incautaron 11 laboratorios clandestinos de fabri-

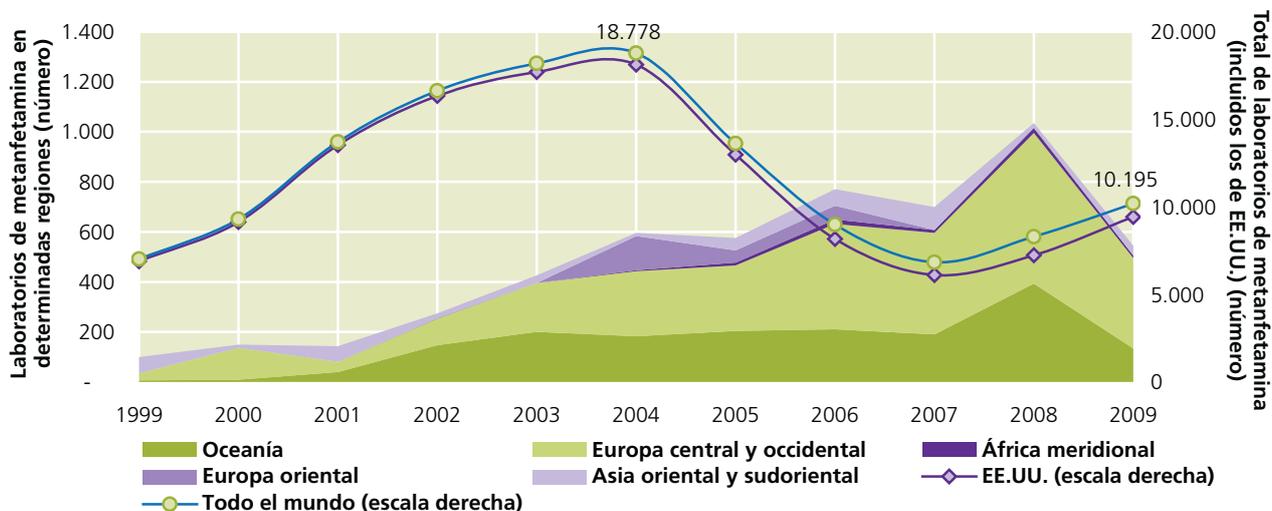
<sup>38</sup> En el caso del Asia oriental y sudoriental, la mayoría de los datos sobre los ETA se encuentra disponible a través del Programa mundial de vigilancia de las drogas sintéticas de la UNODC: análisis, informes y tendencias (SMART), que presta asistencia a los países de la región en el seguimiento de las tendencias de las drogas, con particular atención a los ETA.

<sup>39</sup> UNODC, *Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs- Asia and the Pacific*, Global SMART Programme, noviembre de 2010.

<sup>37</sup> Departamento de Estado de los Estados Unidos, *International Narcotics Control Strategy Report*, marzo de 2011.

**Fig. 117: Número de incidentes notificados en relación con laboratorios de metanfetamina, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



cación de ETA. La mayoría de los laboratorios estaban ubicados en Kuala Lumpur y en la región de Malasia meridional.<sup>40</sup>

En 1996, Filipinas comunicó la fabricación ilícita de metanfetamina cristalina y, un año más tarde, informó sobre la existencia de la primera instalación clandestina de fabricación a escala industrial. Continúa en este país la fabricación de metanfetamina cristalina y en 2009 se detectaron 9 laboratorios que se dedicaban a su fabricación. En los últimos años, las autoridades se han incautado de laboratorios de fabricación de metanfetamina en zonas rurales y urbanas. En 2009, los laboratorios, que eran de magnitud mediana en años anteriores, pasaron a ser instalaciones más pequeñas, tipo “laboratorios caseros”.<sup>41</sup> En 2009, la mayoría de los laboratorios clandestinos incautados se encontraban una vez más en zonas urbanas.<sup>42</sup>

### Myanmar es la principal fuente de comprimidos de metanfetamina en el Asia sudoriental

Myanmar es la principal fuente de comprimidos de metanfetamina en la región. Las incautaciones llevadas a cabo en laboratorios de fabricación clandestina en los últimos años en Myanmar han consistido principalmente en equipo para fabricar comprimidos. Sin embargo, esto no se condice con la enorme cantidad de comprimidos incautados en toda la región. Los amplios análisis forenses de la metanfetamina incautada en Tailandia sugieren que es probable que existan 12 operaciones de fabricación de metanfetamina a gran escala en la región del “Triángulo de Oro”. Aunque no se

han incautado instalaciones de fabricación de metanfetamina cristalina, las autoridades de Myanmar y Tailandia confirman que se fabrica en Myanmar y que este país ha sido el origen de la mayor parte de la metanfetamina cristalina incautada en el norte de Tailandia en los últimos años.

En el Japón, la fabricación ilícita de ETA es poco común. Sin embargo, en junio de 2010, la policía detuvo a dos nacionales de la República Islámica del Irán de quienes se sospechaba que fabricaban metanfetamina. Este fue el primer incidente de este tipo en el país desde 1995.

### Australia y Nueva Zelandia comunican fabricación de metanfetamina; escasa información de los Estados y territorios de las Islas del Pacífico

Dos países de Oceanía, Australia y Nueva Zelandia, comunicaron la fabricación de ETA. En 2009, Australia notificó el desmantelamiento de 316 laboratorios de fabricación de ETA. Se determinó que la mayoría de los laboratorios se dedicaban a la fabricación de metanfetamina y anfetamina. Ese mismo año, Nueva Zelandia comunicó el desmantelamiento de un total de 135 laboratorios, dedicados principalmente a la fabricación de metanfetamina. Es posible que en 2010 se hayan descubierto más laboratorios debido a los crecientes esfuerzos del Gobierno de Nueva Zelandia para combatir la metanfetamina.<sup>43</sup>

Se dispone de poca información sobre los Estados y territorios de las Islas del Pacífico, que siguen siendo vulnerables a la fabricación ilícita de ETA, debido a que varios de esos países<sup>44</sup> no son partes en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

40 UNODC, *Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs- Asia and the Pacific*, Global SMART Programme, noviembre de 2010.

41 Comunicación del Organismo de Lucha contra la Droga de Filipinas, agosto de 2010.

42 Organismo de Lucha contra la Droga de Filipinas, *Philippine National ATS Situation 2008-2009*, presentado en el Taller regional del Global SMART Programme, Bangkok, 5 a 6 de agosto de 2010.

43 *Monthly Illicit Drug Assessment*, National Drug Intelligence Bureau (NDIB), Wellington, enero de 2010.

44 Entre ellos se incluían, al 7 de abril de 2011, las Islas Salomón, Kiribati, Nauru, Palau, Papua Nueva Guinea y Tuvalu.

### El nivel de fabricación de metanfetamina en Europa es comparativamente bajo

En comparación con la mayoría de las regiones del mundo, la fabricación ilícita de metanfetamina en Europa es bastante reducida. Hasta hace poco, la fabricación de metanfetamina se limitaba en gran parte a la República Checa, donde cada año se desmantelan entre 300 y 400 instalaciones, en su mayoría de fabricación a pequeña escala. Estos son los llamados “laboratorios caseros”, que normalmente fabrican unos pocos gramos de droga por vez. En países vecinos, tales como Eslovaquia, Alemania, Polonia y Austria, se comunicó a Europol la incautación de instalaciones de fabricación de metanfetamina. El segundo centro de suministro de metanfetamina está ubicado en la región de los países del Báltico, particularmente en Lituania y Estonia<sup>45</sup>.

Es poco común que África comunique datos sobre la fabricación de metanfetamina, a excepción de Sudáfrica y Egipto. En 2009, se comunicaron diez incidentes relacionados con laboratorios de metanfetamina en Sudáfrica, en comparación con los 20 comunicados en 2008.

### El número de desmantelamientos de laboratorios de anfetamina a nivel mundial se mantiene estable

En 2009, se comunicó la existencia de 44 laboratorios de anfetamina, cifra básicamente similar a la de 2008. La mayoría de estos laboratorios constan en los informes de países europeos, especialmente de Europa occidental, central y oriental.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), la mayor parte de la anfetamina incautada en Europa se fabrica, por orden de importancia, en los Países Bajos, Polonia y Bélgica y, en menor medida, en Estonia, Lituania y el Reino Unido. En 2007, se descubrieron en la Unión Europea 29 instalaciones dedicadas a operaciones de elaboración, producción de comprimidos y almacenamiento de anfetaminas, que se denunciaron a Europol.

El número relativamente bajo de laboratorios de anfetaminas comunicado no se condice con la gran cantidad de incautaciones de anfetaminas en el mundo, que siguieron aumentando en los últimos dos años.

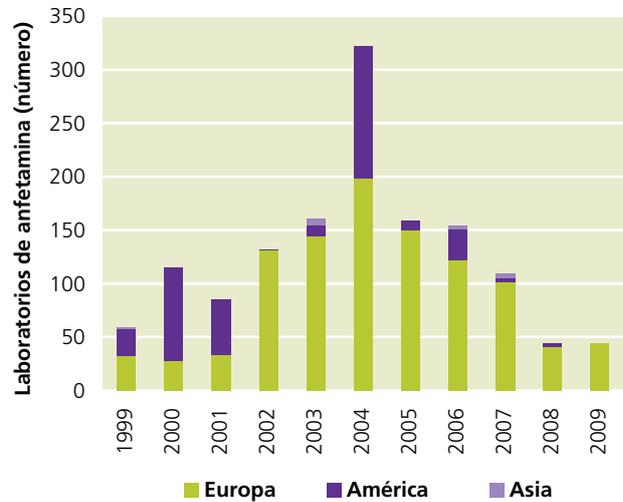
### Aumento de las incautaciones de precursores para la fabricación de metanfetamina y anfetaminas

La efedrina y la pseudoefedrina son los principales precursores químicos de la metanfetamina y ambas sustancias están sujetas a fiscalización internacional e incluidas en el Cuadro I de la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Las incautaciones de estos precursores pueden dar cierta idea de las tendencias de la fabricación. En 2009, se incautaron 41,9 t de efedrina y 7,2 t de pseudoefedrina, frente a las 18,2 t de efedrina y las 5,1 t de pseudoefedrina

<sup>45</sup> OEDT, *Amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Lisboa, noviembre de 2010.

**Fig. 118: Número de laboratorios de anfetamina incautados, 1999-2009**

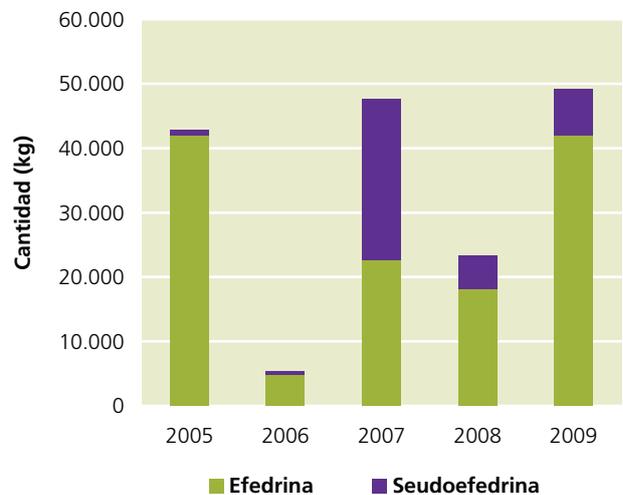
Fuente: UNODC, CPIA.



**Fig. 119: Incautaciones mundiales de efedrina y pseudoefedrina, 2005-2009\***

\* El gráfico se basa en datos sobre incautaciones nacionales e incautaciones realizadas en los puntos de entrada o salida. No se incluyen las sustancias incautadas de las cuales se sabía que no estaban destinadas a la fabricación ilícita de drogas. No se incluye el número de envíos interceptados.

Fuente: JIFE.



incautadas en 2008.<sup>46</sup> Recientemente se han sustituido las sustancias a granel por preparados farmacéuticos para la fabricación ilícita de metanfetamina.

### Los traficantes adoptan estrategias alternativas para evadir medidas de control más estrictas

Según aumentan la conciencia del problema, las restricciones y los controles de la fabricación ilícita de ETA, las

<sup>46</sup> Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, *Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas*, E/INCB/2010/4, marzo de 2011.

operaciones tienden a trasladarse a países más vulnerables. Cuando los Estados Unidos reforzaron los controles sobre los precursores, las operaciones de fabricación se desplazaron hacia México. Y cuando México respondió, a su vez, con iniciativas más enérgicas de lucha contra la metanfetamina, los países de América Central y América del Sur empezaron a detectar y comunicar un mayor número de actividades de fabricación en su territorio.

Además, los traficantes recurren a sustitutos químicos. Al mismo tiempo que los gobiernos restringen la disponibilidad de la efedrina y la pseudoefedrina, algunos traficantes empiezan a utilizar otras sustancias químicas como la norefedrina, que puede sustituir estos dos productos químicos mediante una ligera modificación del proceso de fabricación. Los traficantes también han intentado desviar la planta de efedra, fuente natural de efedrina, hacia la fabricación ilícita de ETA. Además, se ha informado de que los traficantes transforman los precursores existentes en nuevos productos químicos no sometidos a fiscalización, que se reconvierten en los precursores originales una vez que llegan al país de destino final.

Uno de los precursores químicos más utilizados en la fabricación ilícita de metanfetamina y anfetamina es el 1-fenil-2-propanona (P-2-P). La desviación de este producto químico podría estar impulsando la expansión del mercado de anfetamina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, donde la anfetamina suele venderse en los mercados ilegales como Captagon. En 2009 y 2010, Jordania comunicó a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes las necesidades anuales legítimas de P-2-P más altas del

mundo, que ascendían a la mitad del total mundial. Esas altas necesidades legítimas se basaban en la supuesta utilización del P-2-P en productos de “limpieza y desinfectantes”. Sin embargo, ese volumen conlleva un alto riesgo de desviación hacia la fabricación ilícita, especialmente debido a que el P-2-P no es un ingrediente esencial en la formulación de productos de limpieza y desinfectantes y existen productos químicos alternativos.

### El número comunicado de laboratorios del grupo del éxtasis permanece básicamente estable

En 2009 se notificó la existencia de 52 laboratorios del grupo del éxtasis, que se compara con 53 en 2008. Asia y Oceanía comunicaron la cifra más alta de laboratorios desmantelados, a saber: Indonesia (18) y Australia (19). Esto podría indicar que Indonesia ha reemplazado a Europa como la fuente principal del éxtasis consumido en el Asia sudoriental.

En el pasado, las sustancias del grupo del éxtasis solían fabricarse principalmente en Europa occidental. La fabricación alcanzó su punto máximo en 2000, cuando se comunicó el desmantelamiento de 50 laboratorios en Europa. Desde entonces, empero, la producción de sustancias del grupo del éxtasis se desplazó de la región hacia otros mercados de todo el mundo. Las regiones donde se desmantelan con mayor frecuencia operaciones de fabricación a gran escala son el Asia oriental y sudoriental, América y Oceanía. En 2008, Europa comunicó la existencia de solamente cuatro laboratorios; en 2009, se comunicó la incautación de solo uno, en Bélgica.

**Mapa 34: Rutas utilizadas en casos notables de desvío de efedrina/seudoeferina, 2008-2010**



#### Casos notables de rutas de tráfico de efedrina y pseudoefedrina

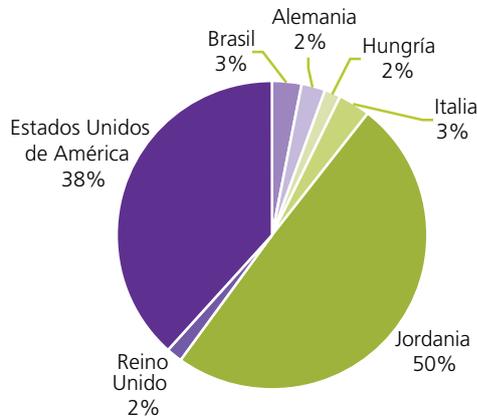
- — Rutas habituales
- — Rutas descubiertas en 2008-2010

Otras fuentes gubernamentales incluyen: ACC (2010); DEA-ODC (2008); INSCR (2011); NDIB (2009); RCMP (2010 y años anteriores) y OMA (2010 y años anteriores).

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas representan origen y destino previstos, no necesariamente las rutas exactas, e incluyen tanto los intentos de tráfico que se completaron como los que se interrumpieron. El medio de transporte puede ser aéreo, marítimo, terrestre o una combinación de estos.

**Fig. 120: Distribución de las necesidades anuales legítimas de P-2-P en el mundo, 2010**

Fuente: JIFE.



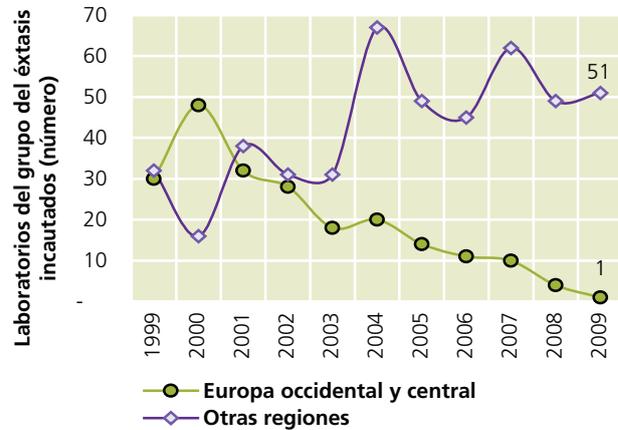
### Cambios en la fabricación de éxtasis

La fabricación de éxtasis se lleva a cabo cada vez con más frecuencia en regiones distintas de Europa, tales como el Asia oriental y sudoriental, América del Norte, Oceanía y América Latina. La Argentina, Belice, el Brasil, Guatemala, México y Suriname comunicaron la fabricación ilícita de éxtasis. En 2008, se incautó un laboratorio pequeño en el Brasil y, en 2009, otra instalación de escala más comercial, que incluyó la incautación de 20.000 comprimidos<sup>47</sup>.

Los precursores de las sustancias de grupo del éxtasis son el safrol (incluidos los aceites ricos en safrol), isosafrol, piperonal, y 3,4-MDP-2-P, que están sujetos a fiscalización internacional e incluidos en el Cuadro I de la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. Las incautaciones mundiales de estos precursores comunicadas han disminuido notablemente, lo que refleja la menor disponibilidad de éxtasis en Europa, uno de los principales mercados de esta sustancia.

**Fig. 121: Número de incautaciones de laboratorios del grupo del éxtasis, por región, 1999-2008**

Fuente: UNODC, DELTA.



Sin embargo, en enero de 2010, las autoridades australianas descubrieron el primer laboratorio clandestino en el país de extracción y procesamiento de aceites ricos en safrol para la fabricación de éxtasis.

### Aumento apreciable de incidentes relacionados con la fabricación de otras drogas sintéticas

El número de incidentes relacionados con la fabricación de otras drogas sintéticas comunicados a la UNODC a través del CPIA ha superado por primera vez el correspondiente al éxtasis. Esto se debe a que los Estados Unidos comunicaron un importante número de incidentes relacionados con precursores de ETA no especificados. Casos similares parecen también darse en otras partes del mundo.

El número de incidentes de laboratorios de GHB disminuyó de 12, en 2008, a 9 en 2009. No se informó de ningún laboratorio de ketamina en el CPIA. Como la ketamina no está sujeta a fiscalización internacional, es probable que se informe menos sobre su fabricación de lo que se debería. Fuentes oficiales de China indican que en

**Cuadro 35: Incidentes relacionados con la fabricación de otras drogas sintéticas, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Precursores de ETA	0	5	0	0	2	0	0	22	1	3	40
Fentanil	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
Ácido gamma-hidroxi-ibutírico (GHB)	0	1	0	9	21	17	8	10	8	12	9
Ketamina	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0	0
Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
Metacualona	0	4	5	6	15	16	5	3	4	1	4
Fenciclidina (PCP)	1	1	4	6	16	0	11	4	0	16	7
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>55</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>41</b>	<b>59</b>	<b>33</b>	<b>61</b>

47 UNODC, *Global SMART Update*, vol.2, octubre de 2009.

el país se dismantelan sistemáticamente las operaciones de los laboratorios de ketamina.

**Incautaciones de precursores químicos para la fabricación ilícita de ETA**

Los precursores químicos son necesarios para la síntesis de los ETA y la mayoría de los productos químicos comúnmente utilizados está sujeta a fiscalización internacional en virtud de la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas. Su incautación se informa a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y puede dar una idea de las tendencias de la fabricación clandestina.

Las incautaciones en 2009 incluyeron:

**Grupo de las anfetaminas:**

- Metanfetamina: 41.931 kg de efedrina y 7.241 kg de pseudoefedrina, cantidad suficiente para fabricar aproximadamente 32,7 t de metanfetamina.
- Anfetamina: 4.885 litros de fenil-2-propanona (P-2-P), cantidad suficiente para fabricar 2,4 t de anfetamina o metanfetamina.
- 195 kg de norefedrina, suficiente para fabricar 130 kg de anfetamina.

**Grupo del éxtasis:**

- 40 litros de 3,4-MDP-2-P, suficiente para fabricar 33 kg de MDMA;
- 1.048 litros de aceite de safrol, suficiente para fabricar 222 kg de MDMA;

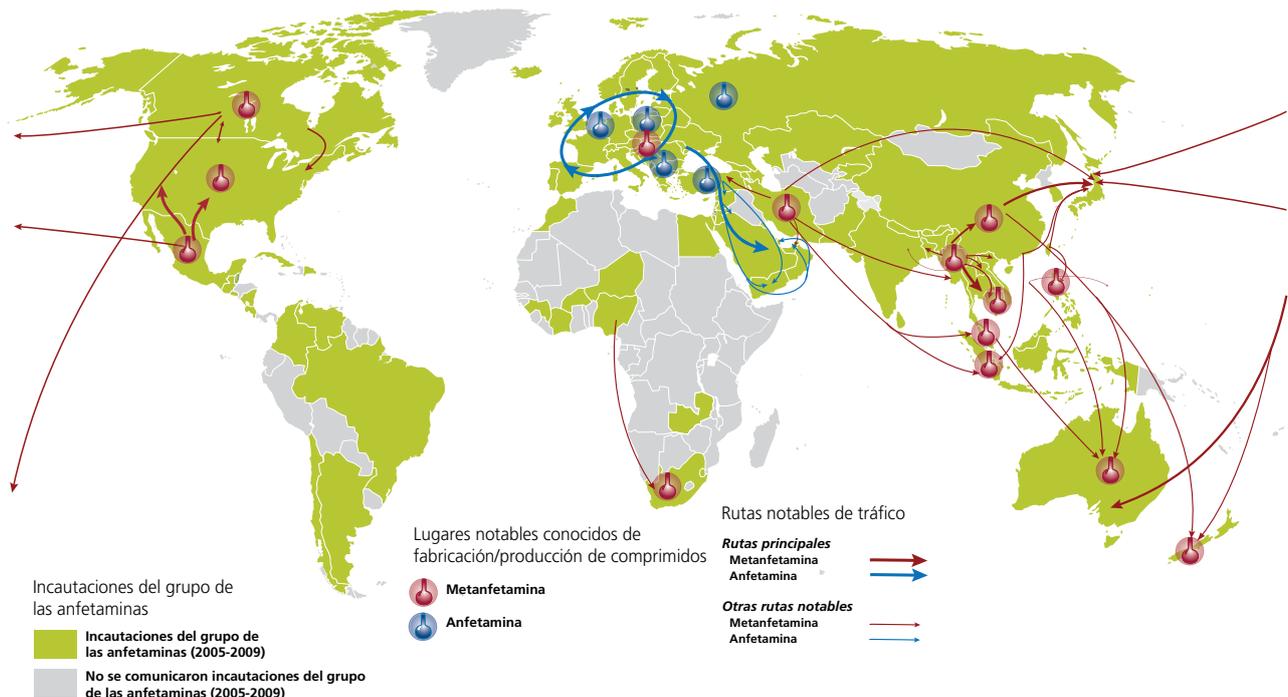
- 4,3 t de piperonal, que podrían convertirse en 1,6 t de MDMA; y
- 5 litros de isosafrol, que podrían ser utilizados en la fabricación 2,36 kg de MDMA.

Las reducidas cantidades de precursores químicos incautados no se condicen con la magnitud del mercado de consumo, lo cual indica que la mayor parte del tráfico de los precursores necesarios para la elaboración de ETA no se detecta. Las organizaciones delictivas adoptan distintas estrategias a fin de evadir los controles y, así, cambian las rutas de tráfico de los precursores químicos a través de nuevos lugares, como África, trasladan las operaciones de fabricación a nuevos países y cambian los precursores químicos.

Los datos sobre las incautaciones de precursores solo proporcionan un cuadro parcial de su disponibilidad. La desviación y la detención de envíos no se incluyen en las estadísticas tradicionales de las incautaciones, ni tampoco las desviaciones internas y su posterior contrabando.

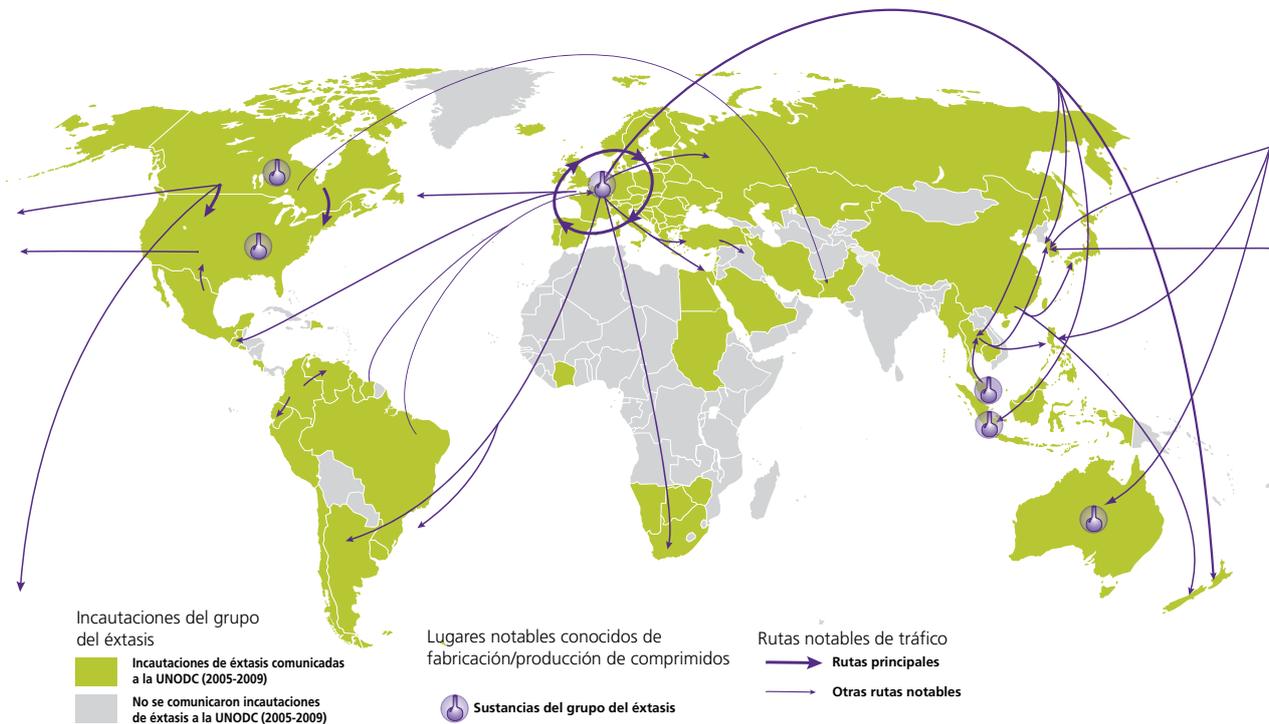
Estas cifras representan en gran medida las incautaciones de productos químicos brutos y en algunos casos de preparados farmacéuticos y, por tanto, no representan todos los precursores incautados.

**Mapa 35: Lugares notables de fabricación y principales rutas de tráfico de ETA**



Otras fuentes gubernamentales incluyen: ACC (2010), DCHIRI (2008), ICPO (2010), INSCR (2011), JNPA (2010), LDEBC (2008), RCMP (2010), TKMO (2008-2009) y OMA (2010).  
 Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas representan origen y destino previstos, no necesariamente las rutas exactas, e incluyen tanto los intentos de tráfico que se completaron como los que se interrumpieron. El medio de transporte puede ser aéreo, marítimo, terrestre o una combinación de estos.

**Mapa 36: Lugares notables de fabricación y principales rutas de tráfico de sustancias del grupo del éxtasis**



Otras fuentes gubernamentales incluyen: ACC (2010), DCHIRI (2008), ICPO (2010), INSCR (2011), JNPA (2010), LDEBC (2008), RCMP (2010), TKMO (2008-2009) y OMA (2010).

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas representan origen y destino previstos, no necesariamente las rutas exactas, e incluyen tanto los intentos de tráfico que se completaron como los que se interrumpieron. El medio de transporte puede ser aéreo, marítimo, terrestre o una combinación de estos.

## 4.4 Tráfico

### Incautaciones de ETA a nivel mundial

En 2009, las incautaciones mundiales de ETA aumentaron considerablemente (un 16%), superando apenas el alto nivel alcanzado en 2007 (tras una disminución del 9% en 2008). El aumento se debió a la gran cantidad de metanfetamina incautada, que aumentó considerablemente, de 22 t en 2008, a 31 t, y de anfetamina, que tuvo un aumento moderado, de 30 t, en 2008, a 33 t. Las incautaciones de éxtasis ascendieron a unas 5,4 t, manteniéndose por debajo del nivel reducido de 2008. Los aumentos de metanfetamina y anfetamina se compensaron en parte por una disminución de las incautaciones de anfetaminas no especificadas, por lo que el total de las incautaciones de ETA en 2009 fue de 71 t. Debido a la escasa información sobre algunos países, la reducción de las anfetaminas no especificadas no es estadísticamente significativa, y en 2009 se registró un aumento de un 22% en el total de anfetamina, metanfetamina y éxtasis.

Las incautaciones de ETA se comunican por peso (en kg), por volumen (en litros, normalmente cuando la droga incautada se encuentra en estado líquido), y por el número de comprimidos, dosis o unidades. Aunque la UNODC mantiene y publica datos que reflejan –con la mayor precisión posible– las cantidades incautadas comunicadas por los países, sería útil combinar los datos de diferentes tipos con cierta frecuencia para poder realizar comparaciones a lo largo del tiempo o entre países o regiones. A fin de poder

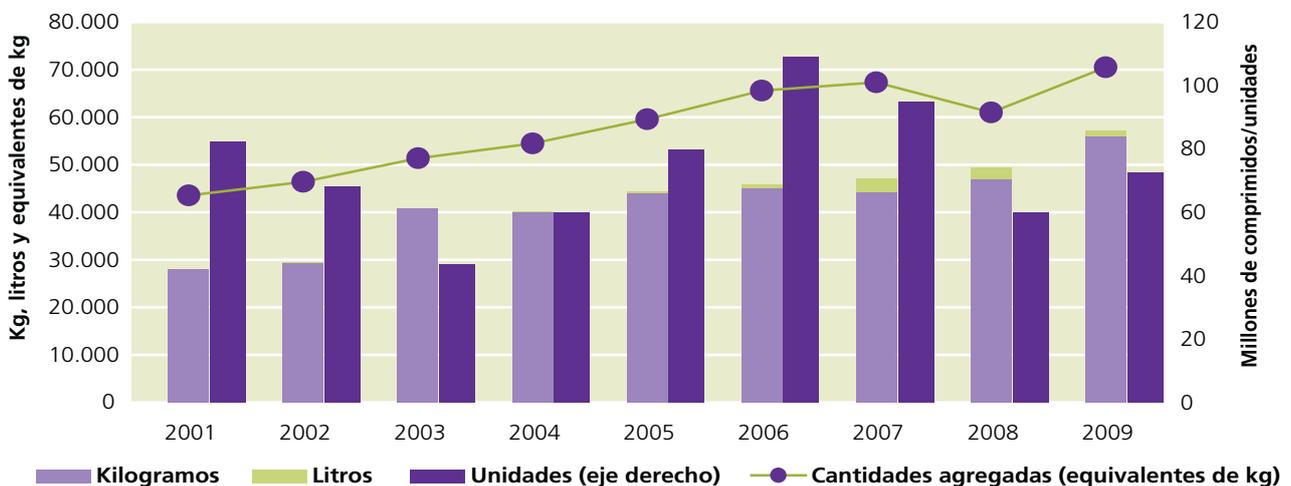
combinar estas cantidades en cifras agregadas, se utilizan factores de conversión para expresar las cantidades en equivalentes de kilogramo.

Las estadísticas agregadas que se utilizan en el presente informe dependen de los factores de conversión empleados, y los efectos de estos factores de conversión pueden ser particularmente pronunciados en el caso de los ETA, ya que una parte importante de las incautaciones de este tipo de droga se cuantifica de acuerdo con el número de comprimidos. En ediciones anteriores del *Informe Mundial sobre las Drogas* los factores de conversión utilizados tenían por objeto reflejar la cantidad del ingrediente psicoactivo contenido en los comprimidos incautados. Con el fin de mejorar la comparabilidad con las incautaciones comunicadas por peso, que se cuantifican en peso a granel y solo se pueden ajustar para tener en cuenta el grado de pureza en los pocos casos en que los datos lo permiten, la UNODC ha revisado los factores de conversión utilizados para reflejar el peso a granel de las comprimidos de ETA incautados. Los nuevos factores se basan en estudios forenses y oscilan entre 90 mg y 300 mg por comprimido, según la región y el tipo de droga. Estos factores están sujetos a revisión a medida que se disponga de más información. En la sección sobre metodología se encontrarán más detalles al respecto.

Si bien el tráfico y consumo de ETA afecta actualmente a todas las regiones del mundo, diferentes tipos de ETA prevalecen en distintas regiones. En años anteriores, las incau-

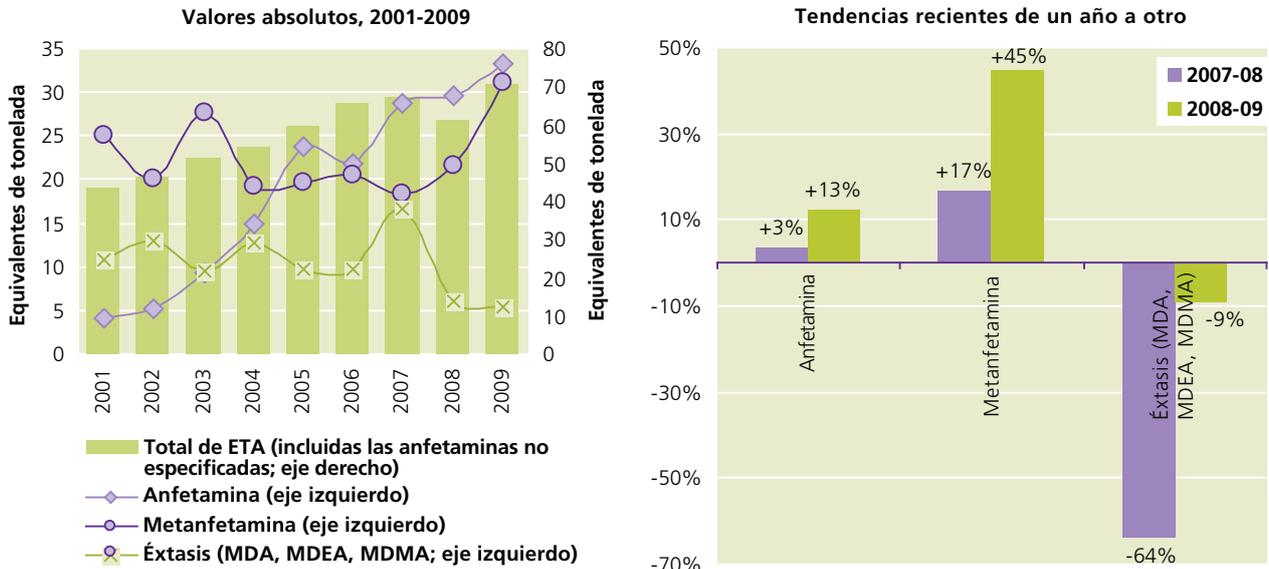
**Fig. 122: Incautaciones de ETA en todo el mundo, en kilogramos, litros, número de unidades y cantidades agregadas, 2001-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



**Fig. 123: Incautaciones de ETA por tipo**

Fuente: UNODC, DELTA.

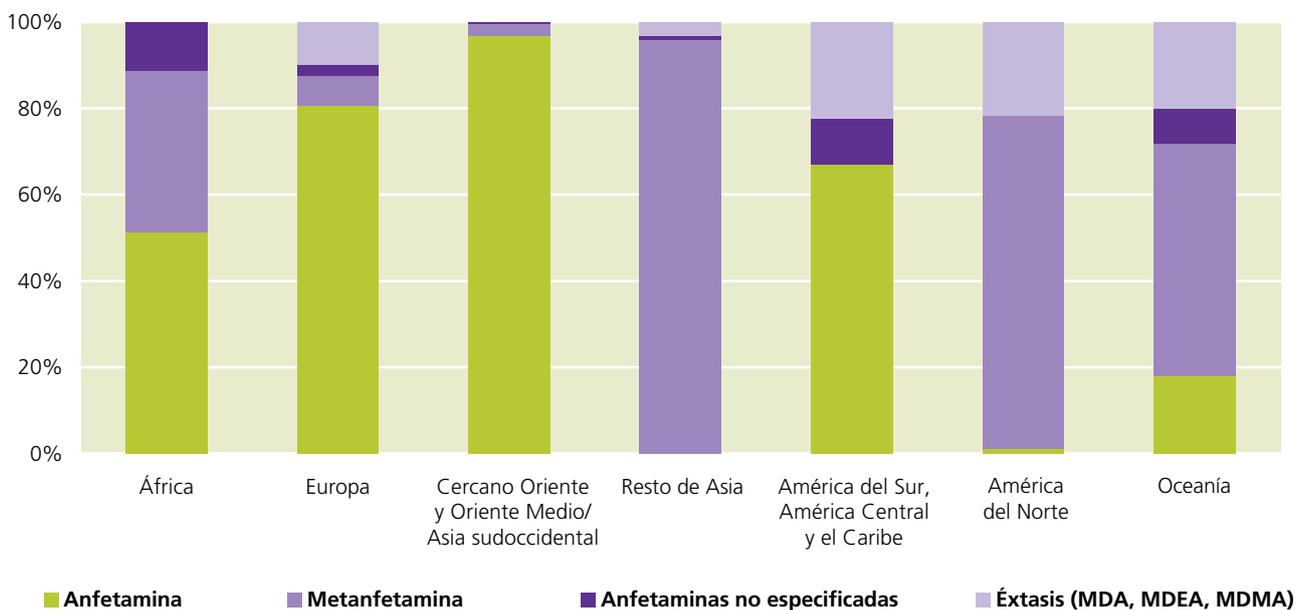


taciones de ETA en Europa habían estado dominadas por el éxtasis y la anfetamina. Sin embargo, las incautaciones de éxtasis en Europa disminuyeron notablemente entre 2007 y 2009, mientras que en 2009 las de metanfetamina alcanzaron un nivel sin precedentes para la norma europea. El éxtasis representó únicamente el 10% de las incautaciones de ETA en Europa en 2009, en comparación con el 6% para la metanfetamina. En América del Norte, las incautaciones siguieron estando dominadas por la metanfetamina y el éxtasis. En términos relativos, las incautaciones de éxtasis siguieron siendo importantes también en América del Sur, América Central y el Caribe, si bien la mayoría de

las incautaciones de ETA en la región, en 2009, fueron de anfetaminas. El mercado de Oceanía se mantuvo diversificado entre los distintos tipos de ETA. En el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia sudoccidental, las incautaciones de ETA consisten principalmente en incautaciones de Captagon, y se cree que contienen anfetamina como principal ingrediente psicoactivo. Nigeria y Sudáfrica comunicaron incautaciones de metanfetamina. Sin embargo, en 2009, de los cuatro países que comunicaron incautaciones de ETA a través del CPIA, solo Sudáfrica informó sobre la incautación de metanfetamina. Aproximadamente la mitad de los ETA incautados en África son

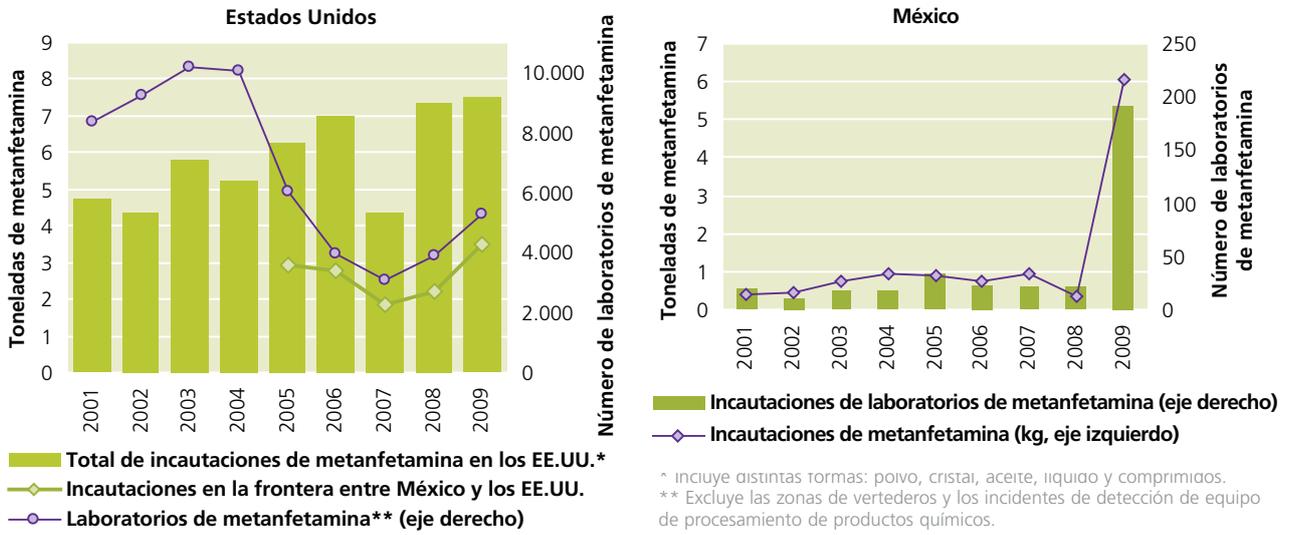
**Fig. 124: Distribución de las incautaciones de ETA por región, 2009**

Fuentes: UNODC, DELTA.



**Fig. 125: Laboratorios e incautaciones de metanfetamina en los Estados Unidos y México, 2001-2009**

Fuentes: UNODC, DELTA; Departamento de Justicia de los Estados Unidos.



anfetaminas. La escasez de datos no permite hacer una caracterización fiable del continente en su conjunto.

**América del Norte: aumento del suministro de metanfetamina**

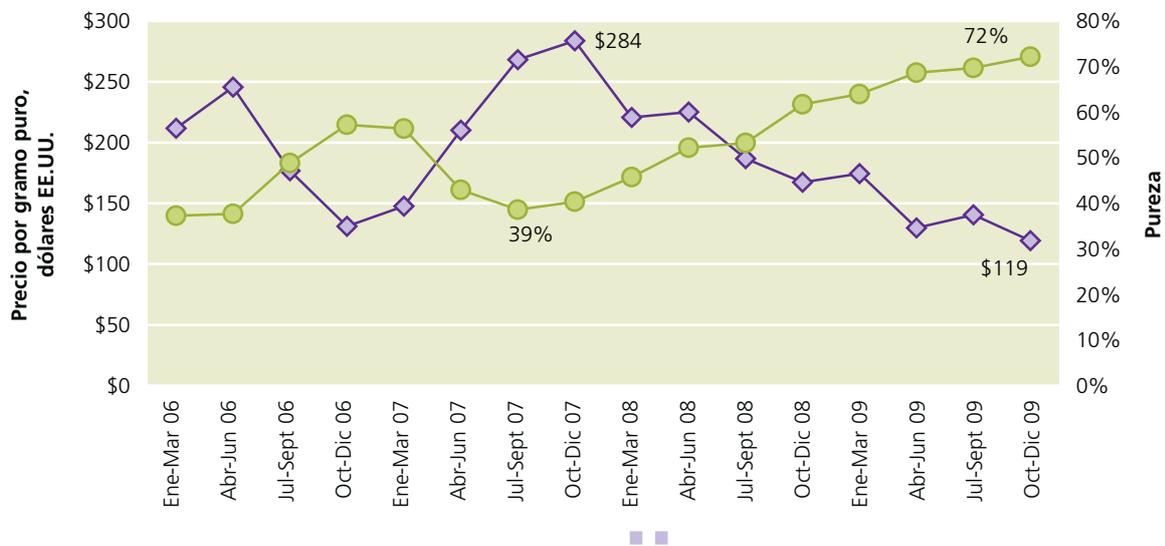
En 2009, correspondió a América del Norte el 44% de las incautaciones mundiales de metanfetamina, debido a la gran cantidad de incautaciones en los Estados Unidos (7,5 t frente a 7,4 t en 2008), así como al marcado incremento de las incautaciones de metanfetamina en México, que alcanzaron un nivel comparable (6,1 t, frente a 341 kg en 2008). Esto constituyó un pronunciado contraste con respecto a años anteriores; en efecto, durante el período de

2001 a 2008, las incautaciones anuales en los Estados Unidos fueron de 5 a 21 veces mayores que en México.

El mercado de consumo de metanfetamina de los Estados Unidos siguió abasteciéndose principalmente de la sustancia fabricada en ese país y en México. Tras una apreciable disminución en 2007, la disponibilidad de metanfetamina en los Estados Unidos parece haber repuntado. Según el Departamento de Justicia de los Estados Unidos,<sup>48</sup> la disponibilidad de metanfetamina en el país parece estar directamente relacionada con la producción de esta sustancia en México. La disminución de la disponibilidad en 2007, probablemente causada por las medidas más restrictivas de la importación de precursores de metanfetamina en México,

**Fig. 126: Precio medio y pureza de la metanfetamina adquirida por las fuerzas del orden de los EE.UU., 2006-2009**

Fuente: UNODC, CPIA.



<sup>48</sup> Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*, febrero de 2010.

se vio reflejada en la disminución de las incautaciones y el alza de los precios, y pudo haber conducido a un aumento de la fabricación de metanfetamina en los Estados Unidos. El número de laboratorios de metanfetamina detectados en los Estados Unidos aumentó, de 3.049 en 2007, a 3.873 en 2008 y a 5.286 en 2009. El aumento se debió principalmente a la cantidad de pequeños laboratorios que existen en el país. Por otra parte, algunas organizaciones mexicanas de narcotraficantes trasladaron sus operaciones de producción de México a los Estados Unidos, en particular, California.

Desde 2007, la fabricación de metanfetamina en México parece haber aumentado considerablemente. México comunicó el desmantelamiento de 191 laboratorios de metanfetamina en 2009, lo que representó un notable aumento con respecto a los 21 laboratorios desmantelados en 2008. En 2009, se descubrieron laboratorios en la región del Pacífico central (en particular, en los estados de Michoacán, Jalisco y Sinaloa). Entre 2007 y 2009, las incautaciones de metanfetamina realizadas por las autoridades de los Estados Unidos a lo largo de la frontera con México aumentaron por lo menos en un 87%, y el total parcial en 2009 ascendió a 3.478 kg (frente a 1.860 kg en 2007)<sup>49</sup>. La mayor disponibilidad en los Estados Unidos también se manifiesta en los datos sobre precio y pureza. Entre el cuarto trimestre de 2007 y el cuarto trimestre de 2009, el precio medio por gramo puro de metanfetamina siguió una tendencia en general decreciente, disminuyendo de 284 a 119 dólares de los EE.UU., mientras que la pureza media siguió una marcada tendencia ascendente, aumentando del 39% al 72%<sup>50</sup>.

Sin embargo, el aumento de la pureza y la baja de los precios se deben a que se está fabricando un producto menos potente llamado d,l-metanfetamina racémica. La menor potencia de este producto de calidad inferior se compensa con altos niveles de pureza, que es lo que está sucediendo en la actualidad. Parece ser que la reducción en la disponibilidad de efedrina y pseudoefedrina en México (necesarias para la fabricación de la d-metanfetamina, que es más potente), se tradujo en un mayor uso de métodos alternativos para fabricar metanfetamina. Con esas técnicas se sintetizan estas sustancias químicas a partir de otras más fácilmente disponibles o se prescinde por completo de su utilización y se emplea, por ejemplo, el método del 1-fenil-2-propanona (P-2-P), o su preprecursor, el ácido fenilacético (PAA). El producto que se obtiene a partir del PAA o del P-2-P es una d,l-metanfetamina racémica menos potente, a menos que se agregue un paso más en el proceso de purificación para obtener una vez más la d-metanfetamina tradicional. México se incautó de un gran volumen de ácido fenilacético (31 t en 2009), que puede utilizarse para obtener P-2-P, así como de otras sustancias químicas estrechamente relacionadas con esa, incluidas algunas que no están sujetas a fiscalización internacional (como los

49 *Ibid.*

50 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*. Sobre la base de datos tomados del *System To Retrieve Information on Drug Evidence (STRIDE)*.

ésteres del ácido fenilacético en 2008<sup>51</sup> y la fenilacetilamida en 2009). En 2010 y 2011, las autoridades de México siguieron incautándose de ésteres del ácido fenilacético.<sup>52</sup>

### Aumentan las incautaciones de MDMA en los Estados Unidos y el Canadá

Por segundo año consecutivo, América del Norte realizó más de la mitad de las incautaciones mundiales de éxtasis en 2009. Solo los Estados Unidos representaron el 63% del total mundial. Contrariamente a la tendencia de las incautaciones mundiales, que se mantuvieron esencialmente al nivel relativamente bajo de 2008, en 2009 las incautaciones en América del Norte se mantuvieron a los altos niveles de 2007 y 2008. Según el Departamento de Justicia de los Estados Unidos,<sup>53</sup> el nuevo aumento de la disponibilidad de MDMA en ese país se debió a su fabricación en el Canadá y su posterior contrabando hacia los Estados Unidos a través de la frontera. Las incautaciones de MDMA en la frontera con el Canadá se duplicaron con creces de 2007 a 2008.

En 2009, el Canadá comunicó la existencia de 23 laboratorios de metanfetamina y 12 de MDMA. Aunque las incautaciones de éxtasis en el Canadá disminuyeron por segundo año consecutivo, de 1 t en 2007 a 715 kg en 2008, y a 405 kg en 2009, el país comunicó un aumento de los envíos de MDMA en polvo a países extranjeros y una aparente expansión de los mercados de consumo internacionales para el MDMA de producción canadiense. Entre algunos de los destinos de los envíos de MDMA incautados en el Canadá o en ruta, se encontraban las Filipinas, Malasia, Taiwán (Provincia de China), México y Jamaica. Mientras que el tráfico transfronterizo de metanfetamina entre el Canadá y los Estados Unidos continuó siendo limitado, en comparación con el tráfico transfronterizo de MDMA, se registró un ligero aumento en el número de envíos de metanfetamina interceptados en ambas direcciones.

### América Central, América del Sur y el Caribe

Las incautaciones de ETA en esta región son escasas. Sin embargo, en los últimos años se ha comenzado a fabricar ilícitamente ETA en varios países en los que hasta ahora no se había registrado ninguna fabricación de este tipo, o era escasa.

En la Argentina, el número de incautaciones de comprimidos de éxtasis aumentó de 11.072, en 2008, a 136.550 en 2009.<sup>54</sup> También se incautaron en el país 20 kg de metanfetamina en 2008, así como pequeñas cantidades de comprimidos de metanfetamina en 2008 y 2009. En 2008, la

51 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, 2008, febrero de 2009.

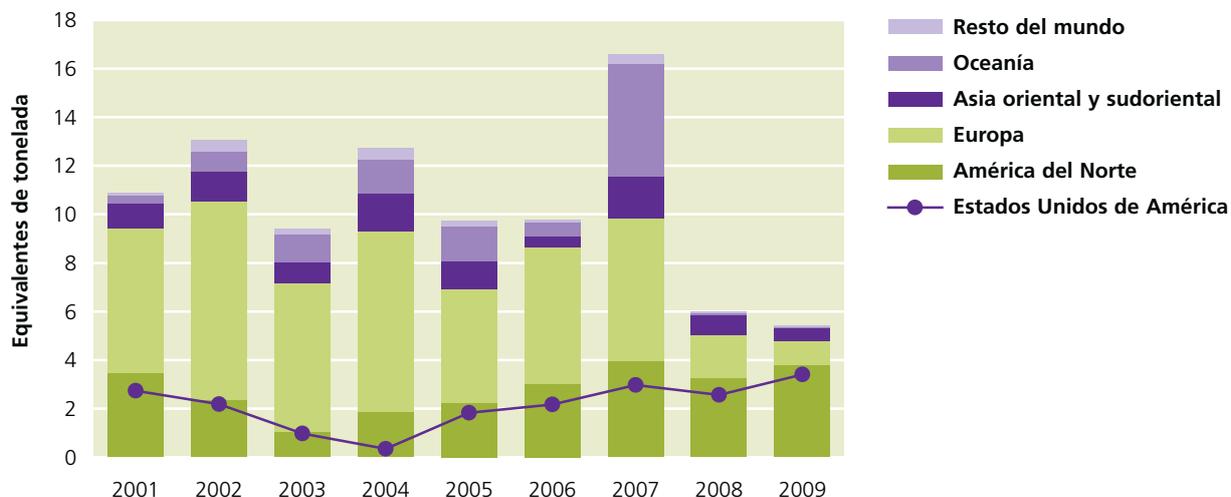
52 Procuraduría General de la República, México, Secretaría de Marina, México.

53 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*, febrero de 2010.

54 Además, la Argentina también comunicó la incautación de 15 gramos y 10 gramos de éxtasis en 2008 y 2009, respectivamente.

**Fig. 127: Incautaciones de éxtasis en los Estados Unidos y por región, 2001-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



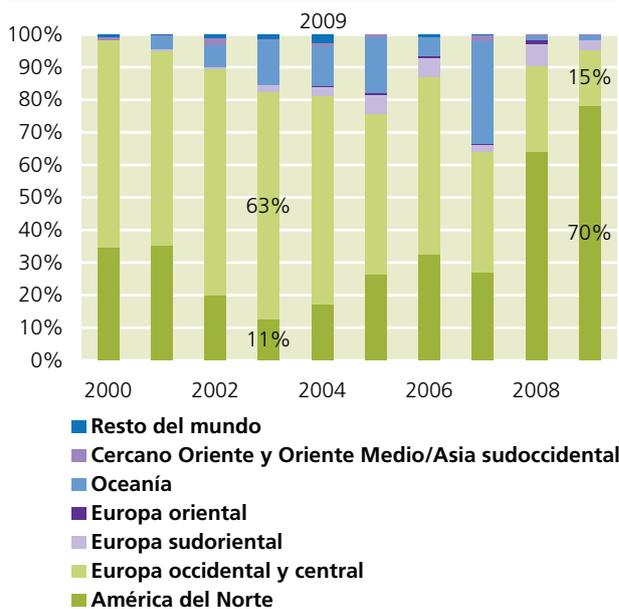
Argentina comunicó la incautación de un laboratorio de éxtasis. En agosto de 2009, las autoridades argentinas se incautaron de un total de 4,2 t de efedrina (precursor de la metanfetamina) en dos operaciones practicadas en los alrededores de Buenos Aires. Si bien no se puede descartar la fabricación de metanfetamina en la Argentina, es probable que el precursor incautado en grandes cantidades por las autoridades haya estado destinado a otros países, posiblemente México.<sup>55</sup>

En 2010, el Brasil se incautó de unos 2.740 comprimidos de éxtasis y unas 5.910 unidades de metanfetamina.<sup>56</sup> En 2008, las autoridades del Brasil dismantelaron un laboratorio de “éxtasis”<sup>57</sup> en el estado de Paraná y, de acuerdo con datos preliminares, también llevaron a cabo el dismantelamiento de otro laboratorio de “éxtasis”, en la misma localidad, así como de un laboratorio de metanfetamina en el estado de Santa Catarina, en 2009.<sup>58</sup> Ese mismo año, Chile dismanteló un laboratorio en el que se fabricaba mescalina.<sup>59</sup> De las incautaciones e investigaciones de las autoridades de Chile también se desprende que la efedrina se manda de Chile a México.<sup>60</sup> En 2009, Colombia se incautó de 126.573 comprimidos de ETA, incluidos 23.477 comprimidos de éxtasis.<sup>61</sup>

Las incautaciones de comprimidos de éxtasis en la República Dominicana, importante país de tránsito de esta sustancia durante mucho tiempo, disminuyeron, de 20.861

**Fig. 128: Distribución de las incautaciones mundiales de éxtasis, por región, 2000-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



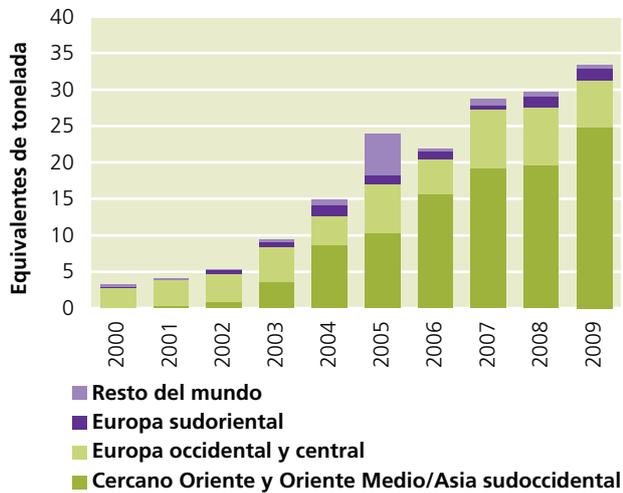
unidades en 2007, a 17.885 en 2008<sup>62</sup>, y a 10.166 en 2009. En agosto de 2009 las autoridades dominicanas interceptaron una remesa de más de 409.000 comprimidos de pseudoefedrina procedentes de Bangladesh<sup>63</sup> que estaban en camino a Guatemala. Este país, a su vez, comunicó el dismantelamiento de un laboratorio de ETA, en 2008, y de tres laboratorios en 2009, así como la incautación de 12 t de pseudoefedrina. En 2008, las autoridades de Honduras descubrieron algunos establecimientos en los que se extraía

55 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 2, octubre de 2009.  
 56 Policía Federal del Brasil.  
 57 Policía Federal del Brasil. *Dados Estatísticos apreensão de drogas*, Coordenação Geral Polícia de Repressão a Entorpecentes. Diciembre de 2010.  
 58 *Global SMART Update*, Volumen 2, octubre de 2009.  
 59 Aunque la mescalina no se incluye dentro de la clasificación de estimulantes de tipo anfetamínico, es una sustancia psicotrópica y alucinógena.  
 60 *Global SMART Update*, Volumen 2, octubre de 2009.  
 61 Observatorio de Drogas de Colombia.

62 Además, en 2008 se incautaron 49 gramos de éxtasis en la República Dominicana.  
 63 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 2, octubre de 2009.

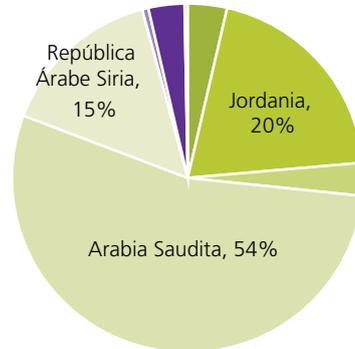
**Fig. 129: Incautaciones de anfetamina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia sudoccidental y en todo el mundo, 2000-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



**Fig. 130: Distribución de las incautaciones de anfetamina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia sudoccidental, 2009 (equivalentes de kg)**

Fuente: UNODC, DELTA.



■ República Islámica del Irán ■ Jordania  
 ■ Qatar ■ Arabia Saudita  
 ■ República Árabe Siria ■ Emiratos Árabes Unidos  
 ■ Yemen ■ Otros

seudoefedrina. En febrero de 2010, en Nicaragua, la policía descubrió un laboratorio donde se fabricaban drogas sintéticas y se incautó de una pequeña cantidad de anfetamina. Este fue el tercer laboratorio de ETA en Nicaragua del que se informó.<sup>64</sup>

En 2009, pequeñas cantidades de ETA fueron incautadas también en Costa Rica (metanfetamina y éxtasis), Chile (anfetamina y éxtasis), Cuba (metanfetamina y ETA no especificados), Bahamas (éxtasis) y El Salvador (anfetamina).

#### **Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental: aumento de las incautaciones de anfetamina**

El tráfico de comprimidos de Captagon sigue afectando a varios países del Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental. No siempre es posible determinar la naturaleza de los ingredientes de esos comprimidos, pero se sabe que el principal ingrediente psicoactivo es actualmente la anfetamina (en lugar de la fenetilina, el ingrediente activo utilizado en el preparado farmacéutico lícito hace unos 15 años). Estos comprimidos también suelen contener otras sustancias, por ejemplo, cafeína.

Las incautaciones de anfetamina en países del Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental aumentaron de manera sostenida entre 2000 y 2007, parecieron estabilizarse en 2008 (19,6 t) y en 2009 volvieron a aumentar, ascendiendo a 24,8 t. El aumento a largo plazo de las incautaciones en esta región obedeció principalmente a las incautaciones llevadas a cabo en la Arabia Saudita, que aumentaron sistemáticamente entre 2000 y 2007, alcanzando 13,9 t<sup>65</sup> ese último año. Desde entonces, el número

de incautaciones en este país parece haberse estabilizado: ascendió a 12,8 t en 2008 y a 13,4 t en 2009.<sup>66</sup> La Arabia Saudita tiene un mercado de consumo considerable de comprimidos de Captagon. En enero de 2010 se incautaron 8 millones de esos comprimidos en un solo procedimiento llevado a cabo en ese país. Se cree que los traficantes tenían vínculos con una red dedicada a la fabricación y distribución de anfetaminas que se había desbaratado en Turquía unos meses antes.<sup>67</sup> Se sospecha que Turquía es el principal país de tránsito de Captagon y una de las puertas de entrada para el tráfico ilícito de Europa sudoriental hacia el Oriente Medio.

Las respuestas al Cuestionario Para los Informes Anuales (CPIA) del Cercano Oriente y el Oriente Medio indicaron que la Arabia Saudita era el principal destino de la anfetamina (específicamente Captagon) que se traficaba en su territorio. También Egipto, al parecer, se ha convertido en un punto de salida de los envíos de anfetamina. En un solo procedimiento llevado a cabo en el puerto marítimo de Dhuba, las autoridades de aduana de la Arabia Saudita se incautaron de más de 1,3 millones de comprimidos escondidos a bordo de una embarcación que había llegado desde Egipto.<sup>68</sup>

Jordania registró un considerable aumento de las incautaciones de anfetamina en 2008 y nuevamente en 2009. Durante el período de 2004 a 2007, las incautaciones en este país alcanzaron en promedio unos 11 millones de comprimidos, y aumentaron a 14 millones en 2008 y a 29 millones (específicamente de Captagon) en 2009. Las incautaciones también siguieron aumentando en la Repú-

64 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 3, marzo de 2010.

65 Los datos correspondientes al período de 2002 a 2007 y 2009 provienen de la Organización Mundial de Aduanas y de la OIPC/INTERPOL.

66 Organización Mundial de Aduanas.

67 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 3, marzo de 2010.

68 Organización Mundial de Aduanas, *Customs and Drugs Report 2009*, junio de 2009.

blica Árabe Siria, de 12 millones de comprimidos en 2007 y 2008, a 22 millones en 2009.

En 2009, Turquía comunicó la incautación de 2,8 millones de comprimidos de Captagon,<sup>69</sup> además de 479 kg de anfetamina, de los cuales 473 kg<sup>70</sup> fueron incautados en Estambul en septiembre de 2009, en un laboratorio de fabricación ilícita de Captagon. Según las autoridades turcas,<sup>71</sup> estos establecimientos, que se descubren esporádicamente, llevan a cabo actividades de conversión a comprimidos, más que el proceso químico mediante el cual la anfetamina se fabrica a partir de otras sustancias. En 2010 el número de comprimidos de Captagon incautados disminuyó a 1,1 millones.<sup>72</sup>

### Aumento de las incautaciones de metanfetamina en la República Islámica del Irán

A partir de 2005, en la República Islámica del Irán se incautaron cantidades cada vez mayores de metanfetamina. En los primeros nueve meses de 2010, se decomisaron 883 kg de metanfetamina, lo que representó un aumento con respecto a los 571 kg incautados en 2009.<sup>73</sup> Los resultados de la investigación llevada a cabo en el país comunicados por la Sede de la Lucha contra las Drogas,<sup>74</sup> indican que el consumo de metanfetamina ha aumentado. Las autoridades iraníes informaron que la metanfetamina introducida clandestinamente en su territorio en 2009 provenía del Asia noroccidental, el Asia sudoriental y Europa septentrional y occidental, y que el 1% de esta sustancia se fabricaba en el país. También informaron de la detección de seis laboratorios “caseros” de fabricación ilícita de metanfetamina. En 2009, la República Islámica del Irán declaró que sus necesidades legítimas de pseudoefedrina como precursor ascendían a 55 t<sup>75</sup>, el cuarto por orden de importancia comunicado a nivel mundial ese año.

Según las autoridades tailandesas,<sup>76</sup> se observó una nueva tendencia en la región que indicaba que el tráfico de metan-

69 Turquía también confirmó que, en 2009, los comprimidos de Captagon contenían anfetamina en lugar de fenetilina.

70 Ministerio del Interior. Policía Nacional de Turquía, Departamento de Lucha contra el Contrabando y la Delincuencia Organizada. *Turkish Report on Drugs and Organized Crime 2009*.

71 *Ibid.*

72 Ministerio del Interior. Policía Nacional de Turquía, Departamento de Lucha contra el Contrabando y la Delincuencia Organizada. *Turkish Report on Drugs and Organized Crime 2010*.

73 Sede de Control de Drogas. República Islámica del Irán. *Drug Control in 2010*, Informe anual.

74 Sede de Control de Drogas. República Islámica del Irán. *Drug Control in 2008, Annual Report and Rapid Situation Assessment*.

75 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes para 2009 sobre la aplicación del Artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, E/INCB/2009/4. Febrero de 2010.

76 Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes de Tailandia, ponencia presentada en la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

fetamina estaba en manos de nacionales iraníes. Esta tendencia también se observó en el Japón, donde los nacionales iraníes representan la quinta parte de las detenciones de extranjeros no residentes relacionadas con el tráfico de metanfetamina.<sup>77</sup> En dos incidentes registrados en julio de 2009 y en febrero de 2010, cinco nacionales iraníes fueron detenidos en Malasia cuando intentaban introducir ilegalmente un total de 75 kg de metanfetamina en vuelos provenientes de los Emiratos Árabes Unidos.<sup>78</sup> En agosto de 2010, la policía de Sri Lanka detuvo a tres nacionales iraníes y decomisó 16 kg de metanfetamina.<sup>79</sup> Turquía, donde se efectuaron incautaciones de metanfetamina por primera vez en 2009, también informó que la metanfetamina se contrabandeaba por tierra desde la República Islámica del Irán hacia Turquía, para luego ser enviada por aire a países del Asia oriental y sudoriental, como Indonesia, el Japón, Malasia y la República de Corea. En 2009, Indonesia también mencionó la República Islámica del Irán como país de origen de metanfetamina, y Turquía como país de tránsito. El tráfico de metanfetamina de la República Islámica del Irán a través de Turquía también fue confirmado por las autoridades filipinas.<sup>80</sup>

### Asia y el Pacífico: aumentan las incautaciones de metanfetamina

La región de Asia y el Pacífico, especialmente la que comprende Camboya, Myanmar, la República Democrática Popular Lao, Tailandia, Viet Nam y las provincias fronterizas del sur de China, continúa viéndose afectada por operaciones de fabricación, tráfico y consumo de metanfetamina a gran escala. En 2009, las incautaciones de metanfetamina en el Asia oriental y sudoriental aumentaron en más de un tercio, pasando de 11,6 t, en 2008, a 15,8 t, debido principalmente a las cantidades incautadas en Myanmar. En términos relativos, Tailandia también registró recientemente considerables aumentos. China continuó realizando las incautaciones de mayor tamaño en la región de Asia y el Pacífico, mientras que la región del Asia oriental y sudoriental en su conjunto siguió representando aproximadamente la mitad de las incautaciones mundiales de metanfetamina. Además, se observaron indicios de diversificación de las rutas de tráfico; en efecto, la metanfetamina estaba llegando ahora a la región desde África y la República Islámica del Irán.

En China, las incautaciones agregadas de metanfetamina permanecieron notablemente estables durante el período de 2005 a 2009, oscilando entre 6,1 t y 6,8 t (6,6 t en 2009). Según las autoridades chinas,<sup>81</sup> se registró un

77 Decimoquinta Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, febrero de 2010, Tokio, Japón. Informe del Japón.

78 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 3, marzo de 2010.

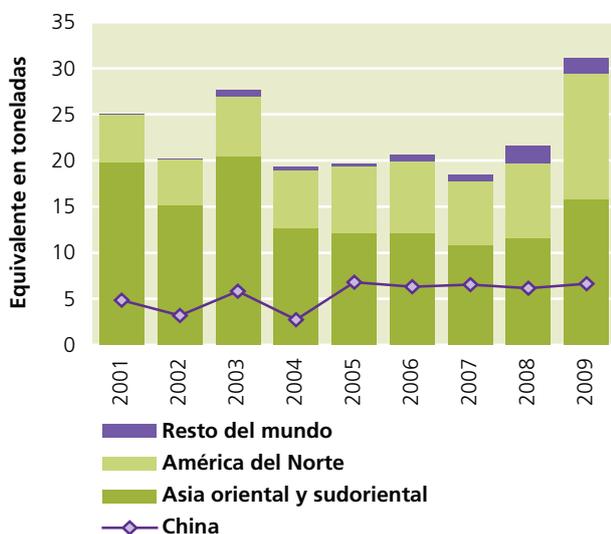
79 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 4, octubre de 2010.

80 Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea. Informe nacional de Filipinas.

81 Comisión Nacional de Control de Estupefacientes de China. Ponencia presentada en la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga

**Fig. 131: Incautaciones de metanfetamina en China, Asia oriental y sudoriental, América del Norte y en todo el mundo, 2001-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



aumento en el tráfico de ETA desde los países vecinos (conocido como el “Triángulo de Oro”) hacia la provincia de Yunnan. Las incautaciones de metanfetamina en esta provincia aumentaron, de 2,2 t en 2008, a 3,2 t en 2009. También se observó un aumento en la producción interna de drogas ilícitas, y el número de laboratorios clandestinos desmantelados pasó, de 244 en 2008, a 391 en 2009. Las operaciones de fabricación se llevaban a cabo especialmente en las provincias de Guangdong, Sichuan y Hubei, y las sustancias producidas eran principalmente ETA y ketamina.

En 2009 se registró un marcado aumento de las incautaciones de metanfetamina en Myanmar, donde durante el período de 2003 a 2008 alcanzaban un promedio anual de 528 kg, y en 2009 se elevaron a 3,4 t. Este aumento coincidió con un aumento similar de las incautaciones de heroína llevadas a cabo en el mismo país, lo que podría reflejar una presencia reforzada de las fuerzas del orden en algunas zonas de Myanmar.

Tailandia sigue siendo un mercado importante de metanfetamina y se han observado indicios de que el tráfico de esta sustancia está aumentando. Según datos recopilados por la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico, los comprimidos de metanfetamina incautados aumentaron, de 14 millones en 2007, a 22 millones en 2008, y a 27 millones en 2009, mientras que las incautaciones de metanfetamina cristalina aumentaron, de 47 kg en 2007 y 53 kg en 2008, a 209 kg en 2009.<sup>82</sup> De acuerdo con las autoridades tailandesas,<sup>83</sup> la fabricación de

sustancias ilícitas era muy limitada en Tailandia, y la metanfetamina que ingresaba en el país provenía de países vecinos. Tailandia era utilizada por los traficantes como lugar de tránsito de la metanfetamina destinada a otros mercados.

En 2008 y 2009 se incautaron grandes cantidades de metanfetamina en Filipinas. En 2008 también se llevaron a cabo operaciones de desmantelamiento de 10 laboratorios de metanfetamina (incluidos cuatro laboratorios caseros) y 9 en 2009 (incluidos 8 caseros), y además se comunicó un aumento del 36% en el precio medio del clorhidrato de metanfetamina en 2009, en comparación con el del año anterior, lo que sugiere que hubo un aumento de la demanda de esta sustancia.

Las incautaciones de metanfetamina en Malasia ascendieron a alrededor de 1,1 t en 2008 y a aproximadamente 1,2 t en 2009.<sup>84</sup> Estos niveles son considerablemente más altos que los registrados antes de 2008. En una incautación individual llevada a cabo en mayo de 2009, la policía de Malasia se incautó de 978 kg de metanfetamina cristalina de alta pureza en la ciudad de Johor Bahru.<sup>85</sup>

Las incautaciones de metanfetamina en Indonesia, en cambio, disminuyeron a su nivel más bajo desde 2004. Ese país también comunicó incautaciones de 5 pequeños laboratorios de metanfetamina en 2008 y de 17 en 2009.

La tendencia general descendente de las incautaciones de éxtasis desde 2007 en todo el mundo (con la excepción de América del Norte), también se observó en varios países de la región de Asia y el Pacífico. Para 2009, las incautaciones de éxtasis en China, Indonesia, el Japón, Malasia y Tailandia habían disminuido considerablemente en comparación con los niveles de 2007. Sin embargo, Indonesia comunicó en 2008 la incautación de 9 laboratorios caseros de éxtasis, y de 18 en 2009.

Oceanía sigue viéndose afectada por el tráfico de anfetamina, metanfetamina y éxtasis, sin que ninguna de estas sustancias predomine en el mercado. En 2009, se incautaron en Australia 56 kg de anfetamina, 150 kg de metanfetamina y 59 kg de éxtasis. El número de laboratorios desmantelados en el país aumentó marcadamente, de 11 laboratorios de ETA en 2007 y 2008, a 316 en 2008 y 2009, de los cuales 19 fabricaban principalmente MDMA y el resto anfetamina y metanfetamina. Nueva Zelanda también llevó a cabo incautaciones de cantidades más pequeñas de anfetamina, metanfetamina y éxtasis. Sin embargo, los 135 laboratorios descubiertos en ese país se dedicaban a la fabricación de metanfetamina.

#### África: pocos países comunican incautaciones

La variedad de sustancias, sus combinaciones, el uso de precursores y de procesos químicos para la fabricación de ETA dificultan la recopilación de datos de buena calidad,

(ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

82 En su respuesta al Cuestionario para los Informes Anuales de 2009, Tailandia comunicó incautaciones de 2,4 t de comprimidos de metanfetamina, y 210 kg de metanfetamina cristalina.

83 Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes de Tailandia,

ponencia presentada en la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

84 Datos recopilados por DAINAP.

85 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 2, octubre de 2009.

en particular la identificación y clasificación apropiadas de las sustancias sujetas a fiscalización que se incautan, especialmente en países que carecen de servicios de laboratorio con fines forenses, algo que preocupa particularmente en África. En su gran mayoría se trata de incautaciones cuya naturaleza exacta se desconoce. Varios países africanos parecen estar afectados por el tráfico y el consumo de drogas de venta con receta falsificadas o desviadas, que contienen sustancias sujetas a fiscalización de naturaleza dudosa, que posiblemente incluya ETA, así como sedantes y tranquilizantes.

En 2009, Nigeria comunicó la incautación de 712 kg de sustancias psicotrópicas, lo que representó un aumento con respecto a los 530 kg decomisados el año anterior. En 2008, Burkina Faso comunicó incautaciones de 3.403 kg de “médicamentos de la rue”. Por su parte, en 2008, Marruecos informó acerca de incautaciones de 48.293 unidades de sustancias psicotrópicas, que en 2009 aumentaron a 61.254 y en 2010 a 105.940.<sup>86</sup> En 2009, Sudáfrica comunicó incautaciones agregadas de 48 kg de ETA, incluidos 37 kg de metanfetamina. Ese mismo año, Argelia informó acerca de incautaciones agregadas de 90.630 comprimidos de sedantes y tranquilizantes. En 2008, Côte d’Ivoire llevó a cabo la incautación de 43 kg de anfetamina, así como de 17.155 comprimidos de anfetamina (además de incautaciones de comprimidos de clonazepán y diazepam).<sup>87</sup> En 2009, las incautaciones de anfetamina en el país disminuyeron a 1.200 comprimidos. La Organización Mundial de Aduanas también informó que las autoridades sudanesas habían frustrado un intento de contrabando de 18,3 kg de comprimidos estimulantes en el aeropuerto de Jartum.

Todos los años, desde 2000 hasta 2009, las autoridades egipcias se incautaron de pequeñas cantidades de comprimidos de éxtasis. En 2006 las incautaciones superaron los 10.000 comprimidos, pero disminuyeron a 203 comprimidos en 2008 y a 76 en 2009. En abril de 2010, se dismanteló un laboratorio de metanfetamina en Egipto.<sup>88</sup>

Según las autoridades sudafricanas, los ETA, en particular la metanfetamina y las drogas que se consumen en clubes, tales como el éxtasis y la catinona, se siguen consumiendo en el país.<sup>89</sup> La fabricación de estas drogas, con excepción del éxtasis, se realizaba localmente en laboratorios clandestinos, mientras que el éxtasis se contrabandeara principalmente desde Europa, por carga aérea y en encomiendas. Durante el período comprendido entre el 1 de abril de 2008 y el 31 de marzo de 2009, se dismantelaron 20 labo-

86 Comunicación oficial del Gobierno de Marruecos. En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de las respuestas al Cuestionario para los Informes Anuales para 2009 y 2010 del Reino de Marruecos.

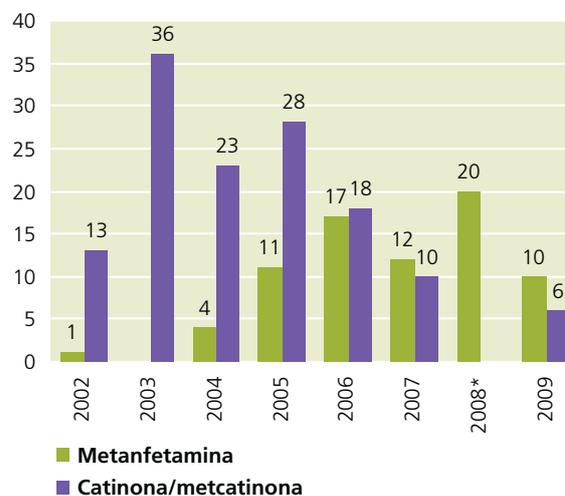
87 Informe de Côte d’Ivoire a la Decimonovena Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito, África. En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de las respuestas al Cuestionario para los Informes Anuales para 2008 de Côte d’Ivoire.

88 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 4.

89 Informe de Sudáfrica a la Decimonovena Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito, África.

**Fig. 132: Número de laboratorios de metanfetamina y catinona/metcatinona incautados en Sudáfrica (de toda escala), 2002-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



\* Abarca el período comprendido entre el 1 de abril de 2008 y el 31 de marzo de 2009.

ratorios clandestinos de fabricación de metanfetamina,<sup>90</sup> mientras que en 2009 se dismantelaron 10 laboratorios de metanfetamina y 6 de catinona. Sudáfrica también informó que un aumento del tráfico de metanfetamina había hecho que bajaran los precios.

### Tráfico de metanfetamina desde África al Japón

Una de las nuevas tendencias detectadas por las autoridades japonesas ha sido la del tráfico de metanfetamina desde África al Japón.<sup>91</sup> La proporción de la metanfetamina incautada en el Japón proveniente de África aumentó, del 7,4% en 2009, al 36% en el primer semestre de 2010. Los países del África occidental y central –Benin, Nigeria, el Camerún y el Senegal– eran los principales países de origen. No está claro si el África occidental, centro importante ya del tráfico ilícito de cocaína, está empezando a ver el surgimiento de la fabricación local de ETA, o si simplemente sirve como punto de tránsito de la metanfetamina fabricada en otros lugares, posiblemente Sudáfrica. Con todo, esta tendencia, sumada a los informes de otros países de la región, sugiere la posibilidad de que los grupos delictivos que operan en la región de Asia y el Pacífico estén ampliando sus actividades al tráfico de metanfetamina, además del de la heroína y cocaína.

Los países del África occidental, que han asumido una función preponderante en el tráfico de cocaína, son también vulnerables a un aumento potencial de su participa-

90 Servicio de Policía Sudafricano, *Annual Report 2008/2009*. En las respuestas al CPIA de 2008, Sudáfrica no informó acerca de ningún laboratorio clandestino.

91 *Japan Customs Intelligence and Targeting Centre*, ponencia presentada en la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

**Fig. 133: Incautaciones de anfetamina en Europa, 2000-2009**

\* No se dispuso de información sobre los Países Bajos en 2009; el valor utilizado corresponde al año 2008 y se incluye solamente para poder calcular el total regional.

\*\* La información del Reino Unido para 2007, 2008 y 2009 está basada en datos incompletos de algunas jurisdicciones para los ejercicios económicos de 2007/2008, 2008/2009 y 2009/2010, respectivamente, y se ajustó usando la distribución de 2006/2007 para las jurisdicciones que faltaban.

Fuente: UNODC, DELTA.



ción en el tráfico o la fabricación de otras drogas, incluidos los ETA. En julio de 2009, se descubrieron en varias instalaciones de Guinea grandes cantidades de productos químicos y equipo que podían utilizarse en la fabricación ilícita de drogas. Entre los materiales incautados se contaban más de 5.000 litros de aceite de sasafrás y 80 litros de 3,4-MDP-2-P, que pueden ser utilizados para la fabricación de MDMA. En julio de 2009, en otra incautación aparte, funcionarios nigerianos se incautaron de 10 kg de metanfetamina cristalina y 10 kg de anfetamina junto con 57 kg del precursor químico efedrina. La incautación se realizó en la terminal aérea de partidas, en un vuelo con destino a Sudáfrica<sup>92</sup> (la metanfetamina incautada no se hizo constar por separado en las respuestas al CPIA, sino que se incluyó en la categoría amplia de sustancias psicotrópicas incautadas). En 2010, se incautaron en Nigeria 75 kg de metanfetamina: en los nueve meses que van desde mayo de 2010 a enero de 2011, 11 de las 150 incautaciones realizadas por las autoridades en el Aeropuerto Internacional de Murtala Muhammed estaban relacionadas con la metanfetamina, destinada principalmente a la región de Asia y el Pacífico.<sup>93</sup>

### Europa: las incautaciones de anfetamina parecen disminuir

Esta región, especialmente Europa occidental y central, sigue constituyendo un importante mercado de anfetamina, tanto de fabricación como de consumo. Las incautaciones de anfetamina en Europa alcanzaron su nivel máximo en 2007 (8,2 t), y en 2008 se mantuvieron básicamente a ese nivel (7,9 t). En 2007 y 2008, correspondió a los Países Bajos, el Reino Unido y Alemania más del 70% de las incautaciones anuales de anfetamina de Europa occidental y central, y en 2009, el Reino Unido y Alemania

registraron las dos mayores incautaciones de Europa. No se dispuso de información acerca de las incautaciones de los Países Bajos en 2009. Sin embargo, una comparación del total de las incautaciones en 2008 y 2009, sin incluir a los Países Bajos, muestra una disminución del 20%.

El marcado descenso de las incautaciones en el Reino Unido, desde el alto nivel registrado en 2008, quedó contrarrestado en parte por el aumento de las incautaciones en Francia, mientras que en Alemania continuó la tendencia de crecimiento gradual que se remonta hasta 2002. Entre todos los países del mundo, los Países Bajos siguen siendo el país de origen de anfetamina y éxtasis más citado. Le sigue Polonia, donde en 2009 se dismantelaron ocho laboratorios, y Alemania, Escandinavia y el Reino Unido fueron identificados como los principales destinos de la anfetamina fabricada en Polonia.

### Las incautaciones de éxtasis siguen disminuyendo

Las incautaciones de éxtasis en Europa se han reducido considerablemente, situándose en 1,8 t en 2008 —aproximadamente un tercio de los niveles anteriores—, con una disminución aparente de más del 59% en 2009 (excluidas las incautaciones en los Países Bajos). Las disminuciones se registraron en toda Europa, pero en unos países fueron más pronunciadas que en otros; debido a las recientes disminuciones en países que históricamente representaban una parte predominante de las incautaciones europeas de éxtasis (especialmente el Reino Unido y, hasta 2008, los Países Bajos), en 2009 las mayores incautaciones de éxtasis comunicadas por los países europeos se realizaron en Turquía (432.513 comprimidos) y en España (404.334 comprimidos), mientras que Polonia registró incautaciones comparables con las cantidades incautadas en el Reino Unido (6% del total europeo). Polonia estimó que parte del éxtasis incautado en su territorio tenía su origen en la propia Polonia y que el resto procedía de los Países Bajos. Según las

92 UNODC, *Global SMART Update*, Volumen 2, octubre de 2009.

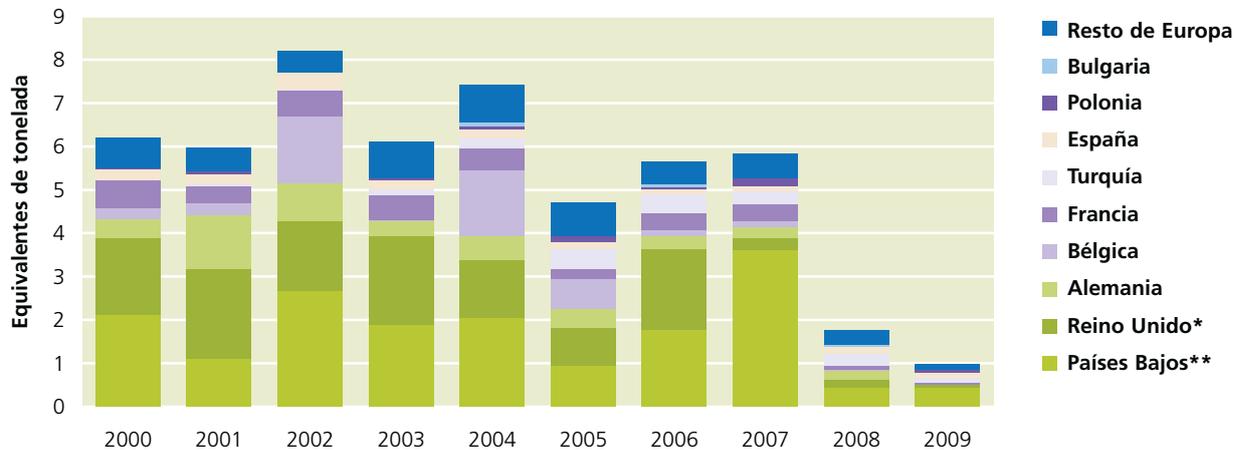
93 National Drug Law Enforcement Agency of Nigeria.

**Fig. 134: Incautaciones de éxtasis en Europa, 2000-2009**

\* La información del Reino Unido para 2007, 2008 y 2009 está basada en datos incompletos de algunas jurisdicciones para los ejercicios económicos de 2007/2008, 2008/2009 y 2009/2010, respectivamente, y se ajustó utilizando la distribución de 2006/2007 para las jurisdicciones que faltaban.

\*\* No se dispuso de información de los Países Bajos en 2009; el valor utilizado corresponde al año 2008, y solo se incluye para poder calcular el total regional.

Fuente: UNODC, DELTA.



autoridades colombianas<sup>94</sup>, Polonia se incautó de un envío de 15 millones de comprimidos de “éxtasis” destinados a Colombia, de lo cual cabe concluir que los grupos delictivos organizados de ese país aceptan comprimidos de “éxtasis” fabricados en Europa en pago de la cocaína. En años anteriores también se informó de arreglos similares en otros países europeos.

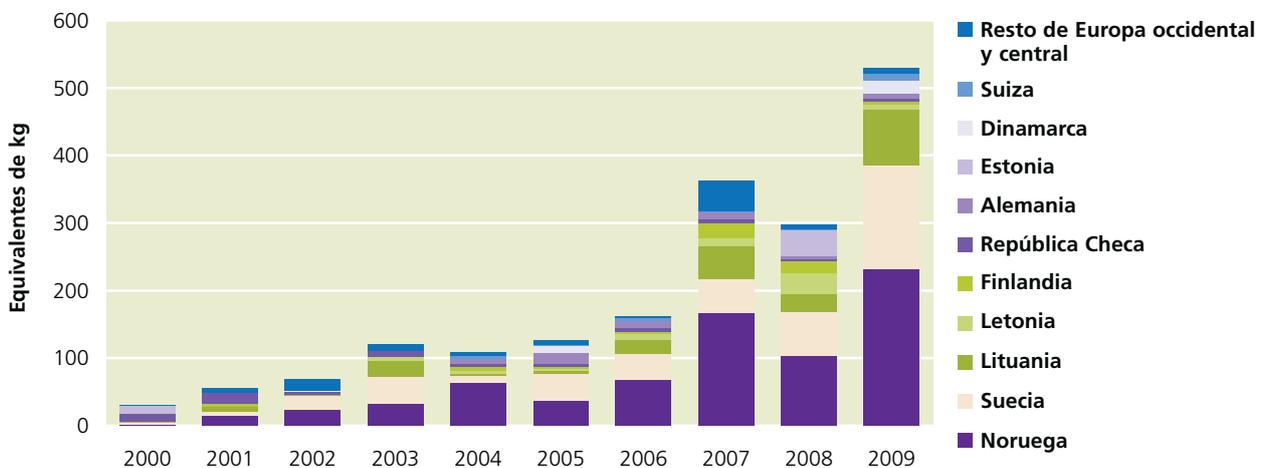
**Surgimiento de la metanfetamina en Europa**

Mientras que en el pasado el mercado europeo de ETA estuvo dominado por sustancias tales como la anfetamina y el éxtasis, los últimos años han visto el surgimiento de actividades de fabricación, tráfico y consumo de metanfetamina en algunas partes de Europa. Entre 2004 y 2009, las incautaciones de metanfetamina se quintuplicaron en

Europa occidental y central, debido principalmente a las incautaciones realizadas en Noruega, Suecia y Lituania. Entre 2002 y 2009, Lituania y los Países Bajos fueron los países europeos citados con más frecuencia como países de origen de metanfetamina, seguidos de Polonia, la República Checa y Eslovaquia. En 2009, Lituania estimó que la metanfetamina traficada en su territorio se había originado en su totalidad en la propia Lituania, al tiempo que Eslovaquia estimó que el porcentaje de fabricación interna ascendía al 98% y, en la República Checa, al 95%. Este último país informó de la incautación de un gran número de laboratorios de metanfetamina (342); también se procedió al desmantelamiento de un laboratorio de metanfetamina en Lituania, y a un número no especificado en Eslovaquia.

**Fig. 135: Incautaciones de metanfetamina en Europa occidental y central, 2000-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



<sup>94</sup> Dirección Nacional de Estupefacientes, Ministerio del Interior y de Justicia, Colombia.



## 4.5 Nuevas tendencias

### Expansión de los mercados de ETA en el Asia oriental y sudoriental

En los últimos años se ha observado una expansión de los mercados establecidos de ETA en el Asia oriental y sudoriental. En opinión de los expertos, los ETA, en especial la metanfetamina, desempeñan un papel importante en la región. En algunos países, el consumo de ETA puede haber superado incluso el consumo de las drogas de origen vegetal en los últimos años. Los comprimidos de metanfetamina fueron la principal droga de consumo en la República Democrática Popular Lao y Tailandia, en tanto que la metanfetamina cristalina fue la principal droga de consumo en Brunei Darussalam, Camboya, el Japón, la República de Corea y Filipinas. La metanfetamina en comprimidos y en forma cristalina constituye la segunda droga de mayor consumo en China, y el éxtasis la tercera. En Indonesia, la metanfetamina cristalina y el éxtasis fueron la segunda y tercera droga de consumo más frecuente, respectivamente. La metanfetamina cristalina ocupó el tercer lugar como la droga de mayor consumo en Malasia y Singapur.

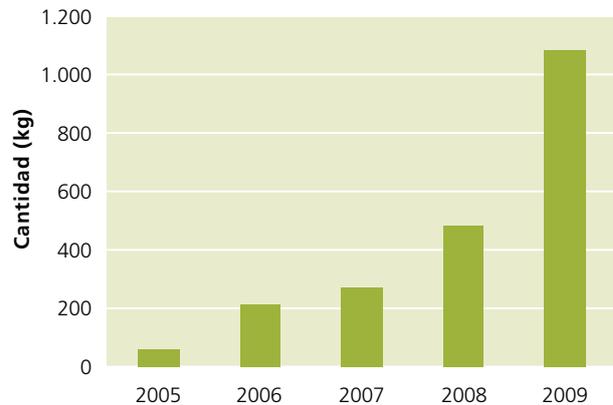
En los últimos años, se ha observado en la región el surgimiento de varios mercados en expansión. Por ejemplo, el mercado de la metanfetamina en Viet Nam ha crecido a medida que el país se ha vuelto un lugar atractivo para los traficantes debido a su población cada vez más próspera y urbana. El consumo de metanfetamina cristalina, en particular, ha aumentado entre los jóvenes en las principales ciudades, y las incautaciones de comprimidos de metanfetamina han aumentado considerablemente en los últimos tres años. Viet Nam también comunicó la existencia de lugares de almacenamiento de drogas a lo largo de su frontera noroeste con la República Democrática Popular Lao.

Según los expertos, el consumo de metanfetamina cristalina en Indonesia ha experimentado un aumento desde 2003, y en la actualidad la droga es la segunda de mayor consumo, tras haber sido la quinta en 2005. En los últimos cinco años, Indonesia, que hasta ahora había sido principalmente un país de tránsito de la metanfetamina, se ha convertido en centro de fabricación de metanfetamina cristalina. Malasia es un país de tránsito clave para el tráfico de esa sustancia en la región y en años recientes ha realizado operaciones de desmantelamiento de varios laboratorios de fabricación a pequeña y gran escala, siguiendo la pauta de otros países.

Otra de las tendencias es el aumento del tráfico y consumo de ketamina, que suele venderse en los mercados tradicionales de ETA del Asia sudoriental. En 2009, se incautaron 6,9 t de ketamina en el Asia oriental y sudoriental. Casi el

**Fig. 136: Incautaciones de ketamina en la India, 2005-2009**

Fuente: Directorate of Revenue Intelligence and Narcotics Control Board, India.



90% de esta cantidad se incautó en China que, junto con la India, es uno de los principales países de origen de la ketamina que se encuentra en la región. Casi con certeza, las cifras de las incautaciones de ketamina no reflejan la realidad, especialmente en Asia. Esta sustancia no está sujeta a fiscalización internacional y solo algunos países de la región han impuesto restricciones a su acceso. Según se informa, el consumo está aumentando en varios países y zonas y, en Hong Kong (China), fue la droga de mayor consumo y sus incautaciones en 2009 se quintuplicaron en comparación con las de 2007. Una de las razones de su creciente popularidad es que la ketamina es más barata que otras drogas tales como el MDMA, y su consumo lícito permite que esté ampliamente disponible para ser desviada ilícitamente a otros países de la región.

La ketamina se trafica con frecuencia en el Asia meridional, particularmente desde la India. Las incautaciones en este país aumentaron, de 60 kg en 2005, a más de 1 t en 2009. Esta sustancia también se envía a países del Asia oriental y sudoriental, así como a América del Norte (especialmente el Canadá) y a algunos países europeos (en particular el Reino Unido y los Países Bajos).

### Surgimiento de sustancias análogas en mercados establecidos de ETA

La aparición de nuevos compuestos sintéticos no regulados en los mercados establecidos de ETA, particularmente en Europa, los Estados Unidos, el Canadá, Australia y Nueva Zelanda ha sido una importante tendencia observada en

los últimos años. Muchas de estas sustancias se comercializan como “euforizantes legales” y sirven como sustituto de drogas estimulantes ilícitas tales como la cocaína o el éxtasis.

En Europa, la aparición de estas sustancias coincidió con la desaparición gradual del éxtasis del mercado de drogas ilícitas. Las incautaciones de precursores del éxtasis han experimentado una constante disminución en los últimos cinco años. Las incautaciones del principal precursor del éxtasis, el 3,4-MDP-2-P (también conocido como metilendioxi-fenil propanona) registraron una pronunciada disminución a partir de 2004. La desaparición lenta y sostenida del MDMA del mercado ilícito coincidió con la disminución de la actividad de los laboratorios. En 2009, se comunicó solo un incidente relacionado con un laboratorio de éxtasis en Europa.

Al mismo tiempo, otras sustancias sintéticas, especialmente las piperazinas, se venden como éxtasis para satisfacer la demanda del mercado ilícito. Los fabricantes y los traficantes han comenzado a explotar la falta de fiscalización nacional e internacional de las piperazinas y otras nuevas sustancias sintéticas. Las piperazinas no están sometidas a fiscalización internacional, aunque muchos países han introducido controles a nivel nacional sobre la BZP y adoptado otras medidas para prevenir su venta y distribución.

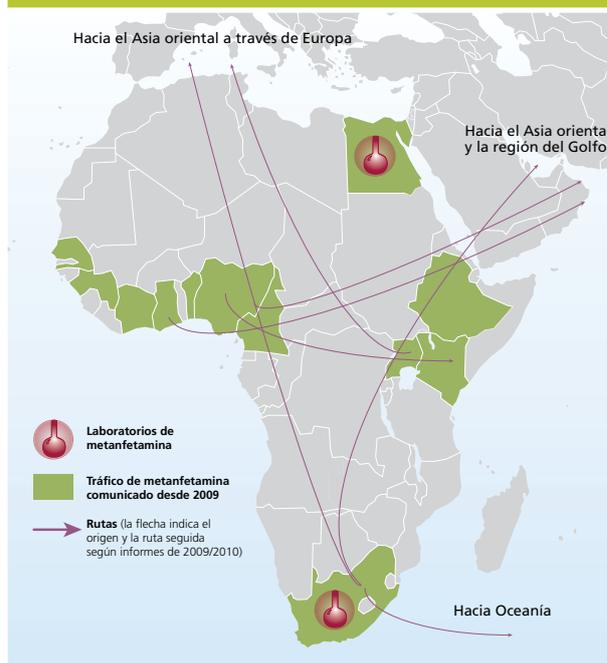
Como resultado de ello han surgido otras sustancias, especialmente la mefedrona. La mefedrona, 4-metil-metcatinona (4-MMC) apareció por primera vez en el mercado ilícito alrededor de 2007. Esta sustancia no es de uso médico ni en seres humanos ni en animales, y se la ha asociado con algunas muertes en países de Europa. En diciembre de 2010, la mefedrona fue prohibida en los países de la Unión Europea. Sin embargo, aún se la puede encontrar en mercados de drogas ilícitas y además ha aparecido en mercados de países desarrollados fuera de Europa, tales como los Estados Unidos y Australia.

### Tráfico de metanfetamina desde África

África plantea una de las nuevas amenazas más grandes con respecto al tráfico de ETA. A finales de 2008 se informó por primera vez acerca del tráfico de metanfetamina desde África, y desde entonces ha continuado la información en ese sentido. El África occidental, en particular, está surgiendo como nuevo punto de origen de metanfetamina para los mercados ilícitos del Asia oriental, y los portadores con frecuencia atraviesan Europa, el Asia occidental o el África oriental para llegar a esos mercados. Son pocos los países de la región con la capacidad y las estructuras de gobernanza adecuadas para hacer frente al problema.

La fabricación de metanfetamina no es un fenómeno completamente nuevo en África. Sudáfrica viene informando al respecto desde 2004, y Egipto comunicó un caso en abril de 2010. También existen indicios de que la fabricación de ETA podría realizarse en el África occidental. En julio de 2009, se descubrió en Guinea equipo que podía utilizarse en la fabricación de ETA. En junio de 2010, el Gobierno de los Estados Unidos acusó a los miembros de una gran organización internacional dedicada al tráfico de cocaína

**Mapa 37: Rutas de tráfico de la metanfetamina en África**



Fuente: UNODC, Global SMART Update, Volume 4, octubre de 2010.

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. Las líneas representan origen y destino previstos, no necesariamente las rutas exactas, e incluyen tanto los intentos de tráfico que se completaron como los que se interrumpieron. El medio de transporte puede ser aéreo, marítimo, terrestre o una combinación de estos.

de, entre otras cosas, intentar crear un centro de producción a gran escala de metanfetamina cristalina en Liberia.

Con frecuencia, los precursores químicos se transbordan a través de la región. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) dijo en 2008 que África era la región con mayor número de desvíos o intentos de desvíos de precursores químicos de ETA. Los países importan precursores en cantidades que exceden considerablemente las necesidades anuales legítimas y la delincuencia organizada trata de explotar esa situación. Por ejemplo, un solo envío a Uganda de 300 kg de pseudofedrina fue incautado a su arribo en 2008. Al mismo tiempo, la JIFE observa que las pautas del tráfico de precursores en África ofrecen un gran contraste con el reducido número de incautaciones efectuadas por los gobiernos de la región. En 2009 se informó de solo dos casos: 1,25 t de efedrina en la República Centroafricana y 1 t de pseudofedrina en Kenya, sustancias ambas que pueden utilizarse para la producción de metanfetamina.

A mediados de 2008, la Organización Mundial de Aduanas (OMA) observó por primera vez un corto número de casos de tráfico de metanfetamina desde África (meridional) hacia el Asia oriental. En 2009, el número de incautaciones y las cantidades de metanfetamina proveniente de África se triplicaron con creces. Esta tendencia parece estar en ascenso y expansión. Se han observado casos de tráfico de metanfetamina en varios países del África occidental. Desde 2009 se ha informado acerca del tráfico que se origina en Benin, el Camerún, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinea, el Senegal y, en particular, Nigeria, o que pasa por ellos.

Los destinos más comunes de la metanfetamina se encuentran fuera de la región, principalmente el Japón, seguido de la República de Corea y, más recientemente, Malasia y Tailandia. Los casos son generalmente de varios kilogramos, se transportan utilizando pasajeros aéreos y se esconden en el equipaje, o con métodos de ocultamiento corporal similares a los utilizados por los grupos delictivos del África occidental con otras drogas. Los envíos pasan por países del Golfo, África oriental y países europeos. También se han comunicado envíos bastante más grandes. Por ejemplo, en mayo de 2010 las autoridades nigerianas detuvieron sendos envíos de metanfetamina y anfetamina, por un total de 63 kilogramos, al Japón y Sudáfrica. En julio de 2009, se incautaron en Nigeria 10 kg de metanfetamina cristalina, 10 kg de anfetamina y 57 kg de efedrina destinados a Sudáfrica.

La infraestructura creada por los traficantes de heroína y cocaína transnacionales en el África occidental es fácilmente adaptable a la flexibilidad de la producción de ETA. Si bien la capacidad de informar sobre la situación en la región sigue siendo limitada, los indicadores iniciales sugieren que los productos son una amenaza para los mercados lucrativos de todo el mundo. Esto demuestra la necesidad de un verdadero esfuerzo internacional para tratar el problema de las drogas sintéticas.

### Los ETA en el Asia meridional

Situada en el cruce de las fuentes de suministro de drogas del Asia sudoriental y sudoccidental, la región del Asia meridional se ha visto afectada tradicionalmente por la producción, el tráfico y el consumo ilícitos de drogas, principalmente opiáceos. Sin embargo, en los últimos años el Asia meridional se ha convertido en una fuente de ETA y de los precursores químicos necesarios para su fabricación.

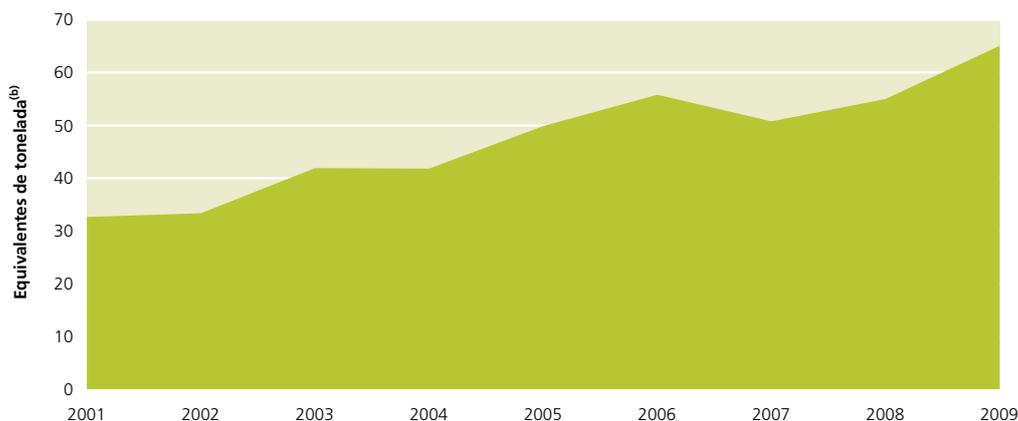
Uno de los factores que hace que esta región sea un objetivo vulnerable para la fabricación ilícita de ETA es su proximidad geográfica con los países de origen de la metanfetamina ilícita en el Asia oriental y sudoriental. En la India se detectó la primera operación de fabricación clandestina de ETA en mayo de 2003, y desde entonces se han descubierto otras instalaciones dedicadas a tal fin. En agosto de 2010 se descubrió un laboratorio de metanfetamina en la India. Sin embargo, los intentos de fabricación ilícita de ETA no se limitan a este país. Bangladesh y Sri Lanka también han comunicado intentos de fabricación ilícita de estos estimulantes. En este último país, se dismanteló un laboratorio de producción de metanfetamina a gran escala en mayo de 2008.

Además, el Asia meridional se ha convertido en una de las principales regiones donde los narcotraficantes se abastecen de efedrina y pseudoefedrina para la fabricación ilícita de metanfetamina. La India es uno de los principales fabricantes de precursores del mundo y Bangladesh cuenta también con una industria química cada vez más importante. Pese a los esfuerzos por controlar los precursores químicos, ambos países han sido identificados en varios casos como el país de origen de los precursores químicos desviados de toda una serie de drogas, incluida la metanfetamina. Se cree que la

seudoefedrina, objeto de varias incautaciones de considerable magnitud llevadas a cabo en América Central y el Caribe (por ejemplo, en la República Dominicana, Guatemala y Honduras), proviene de Bangladesh. Varios países de América Central y el Caribe corren el riesgo de ser utilizados por los narcotraficantes para obtener precursores químicos.

En los últimos cinco años se han venido incautando regularmente anfetamina, metanfetamina y éxtasis en el Asia meridional. Las comprimidos de metanfetamina provenientes de Myanmar se trafican en Bangladesh, la India y Nepal. El reciente aumento de las incautaciones de metanfetamina proveniente de Myanmar podría tener fuertes repercusiones en la región.

**Fig. 137: Incautaciones mundiales de anfetamina<sup>(a)</sup>: 2001-2009**

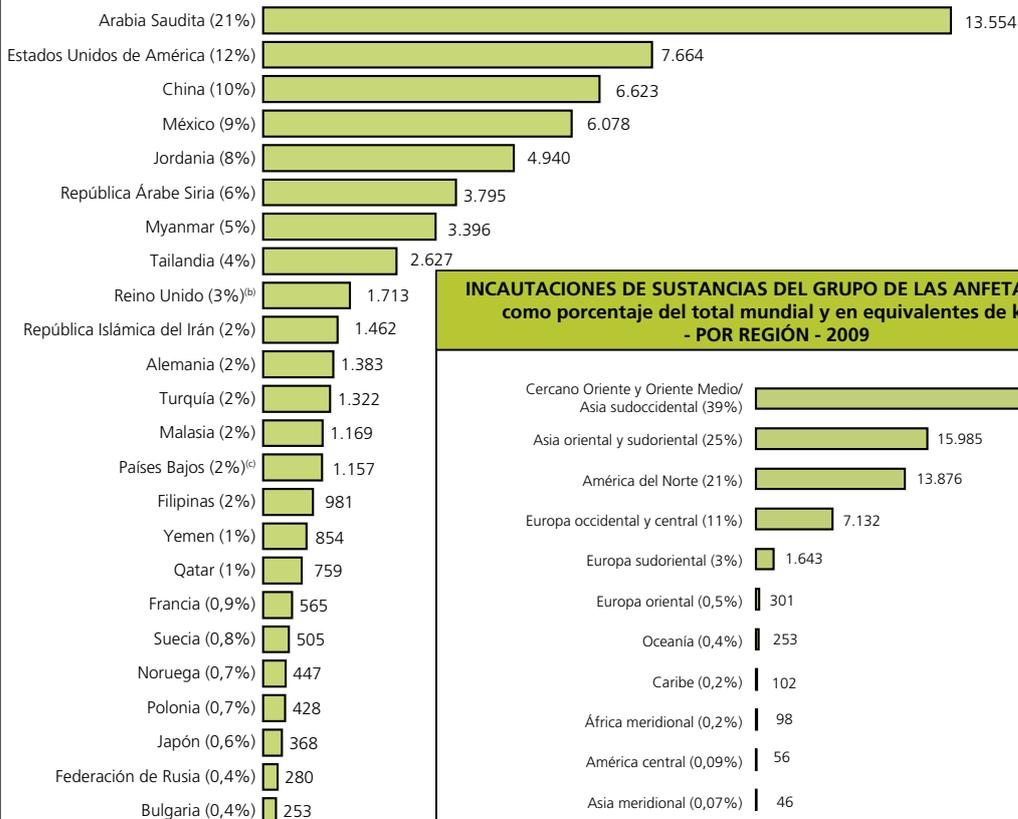


<sup>(a)</sup> Antetamina, metantetamina y antetaminas atines no especificadas.

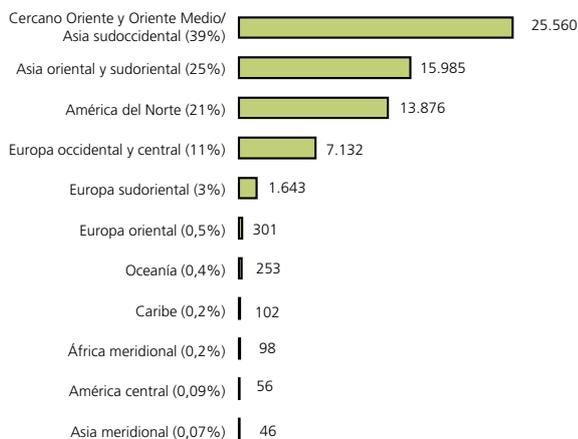
<sup>(b)</sup> Esta cantidad corresponde al peso bruto de las incautaciones no ajustado para tener en cuenta el grado de pureza. Las incautaciones comunicadas de sustancias del grupo de las anfetaminas presentadas en comprimidos o unidades similares se convierten suponiendo que el peso bruto del comprimido es de 90 mg y 300 mg, según la región y el tipo específico de la droga, y sobre la base de la información de que dispone la UNODC actualmente. Esto difiere del método utilizado en ediciones anteriores del *Informe Mundial sobre las Drogas*.

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Equivalentes de tonelada <sup>(b)</sup>	33	33	42	42	50	56	51	55	65

**INCAUTACIONES DE SUSTANCIAS DEL GRUPO DE LAS ANFETAMINAS como porcentaje del total mundial y en equivalentes de kg<sup>(a)</sup> - PAÍSES MÁS DESTACADOS - 2009**



**INCAUTACIONES DE SUSTANCIAS DEL GRUPO DE LAS ANFETAMINAS como porcentaje del total mundial y en equivalentes de kg<sup>(a)</sup> - POR REGIÓN - 2009**



<sup>(a)</sup> Esta cantidad corresponde al peso bruto de las incautaciones no ajustado para tener en cuenta el grado de pureza. Las incautaciones de las sustancias del grupo de las anfetaminas presentadas en comprimidos o unidades similares comunicadas se convierten suponiendo que el peso bruto del comprimido es de 90 mg y 300 mg, según la región y el tipo específico de la droga, y sobre la base de la información de que dispone la UNODC actualmente. Esto difiere del método utilizado en ediciones anteriores del *Informe Mundial sobre las Drogas*.

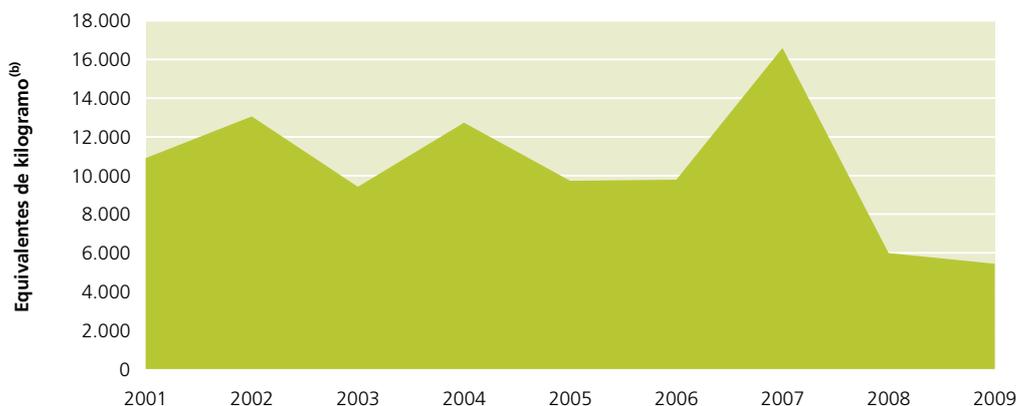
<sup>(b)</sup> La información del Reino Unido para 2009 se basa en datos incompletos de algunas jurisdicciones para el ejercicio financiero de 2009/2010, y se ajustó para las jurisdicciones que faltaban utilizando la última distribución completa de que se disponía (correspondiente al ejercicio financiero de 2006/2007).

<sup>(c)</sup> Datos relativos a 2008. Los datos de los Países Bajos para 2009 no estaban disponibles.

**Fig. 138: Interceptación de sustancias del grupo de las anfetaminas, 2001-2009**



**Fig. 139: Incautaciones mundiales de sustancias del grupo del éxtasis<sup>(a)</sup>: 2001-2009**

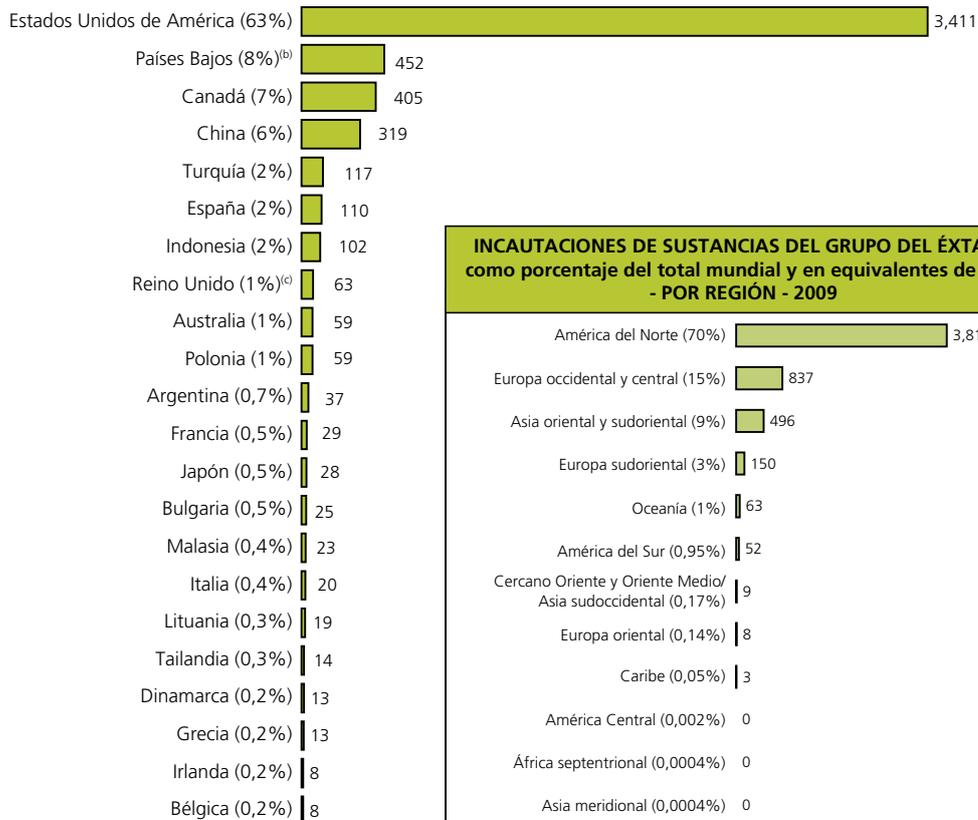


<sup>(a)</sup> Incluye sustancias de las que se sospecha que son éxtasis (por ejemplo, MDMA, MDA, MDE), pero que pueden no haber sido confirmadas mediante pruebas forenses.

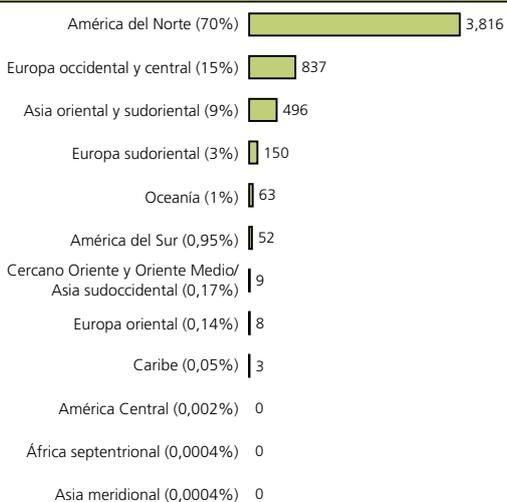
<sup>(b)</sup> Esta cantidad corresponde al peso bruto de las incautaciones de éxtasis sin ajustar para tener en cuenta el grado de pureza. Las incautaciones comunicadas de éxtasis en forma de comprimidos o unidades similares se convierten suponiendo que el peso bruto del comprimido es de 200 mg y 300 mg, según la región y la información de que dispone la UNODC actualmente. Esto difiere del método utilizado en ediciones anteriores del Informe Mundial sobre las Drogas.

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Equivalentes de kilogramo	10.895	13.049	9.410	12.727	9.729	9.776	16.595	5.991	5.435

**INCAUTACIONES DE SUSTANCIAS DEL GRUPO DEL ÉXTASIS como porcentaje del total mundial y en equivalentes de kg<sup>(a)</sup> - PAÍSES MÁS DESTACADOS - 2009**



**INCAUTACIONES DE SUSTANCIAS DEL GRUPO DEL ÉXTASIS como porcentaje del total mundial y en equivalentes de kg<sup>(a)</sup> - POR REGIÓN - 2009**



<sup>(a)</sup> Esta cantidad corresponde al peso bruto de las incautaciones de éxtasis sin ajustar para tener en cuenta el grado de pureza. Las incautaciones comunicadas de éxtasis en forma de comprimidos o unidades similares se convierten suponiendo que el peso bruto del comprimido es de 200 mg y 300 mg, según la región y la información de que dispone la UNODC actualmente. Esto difiere del método utilizado en ediciones anteriores del Informe Mundial sobre las Drogas.

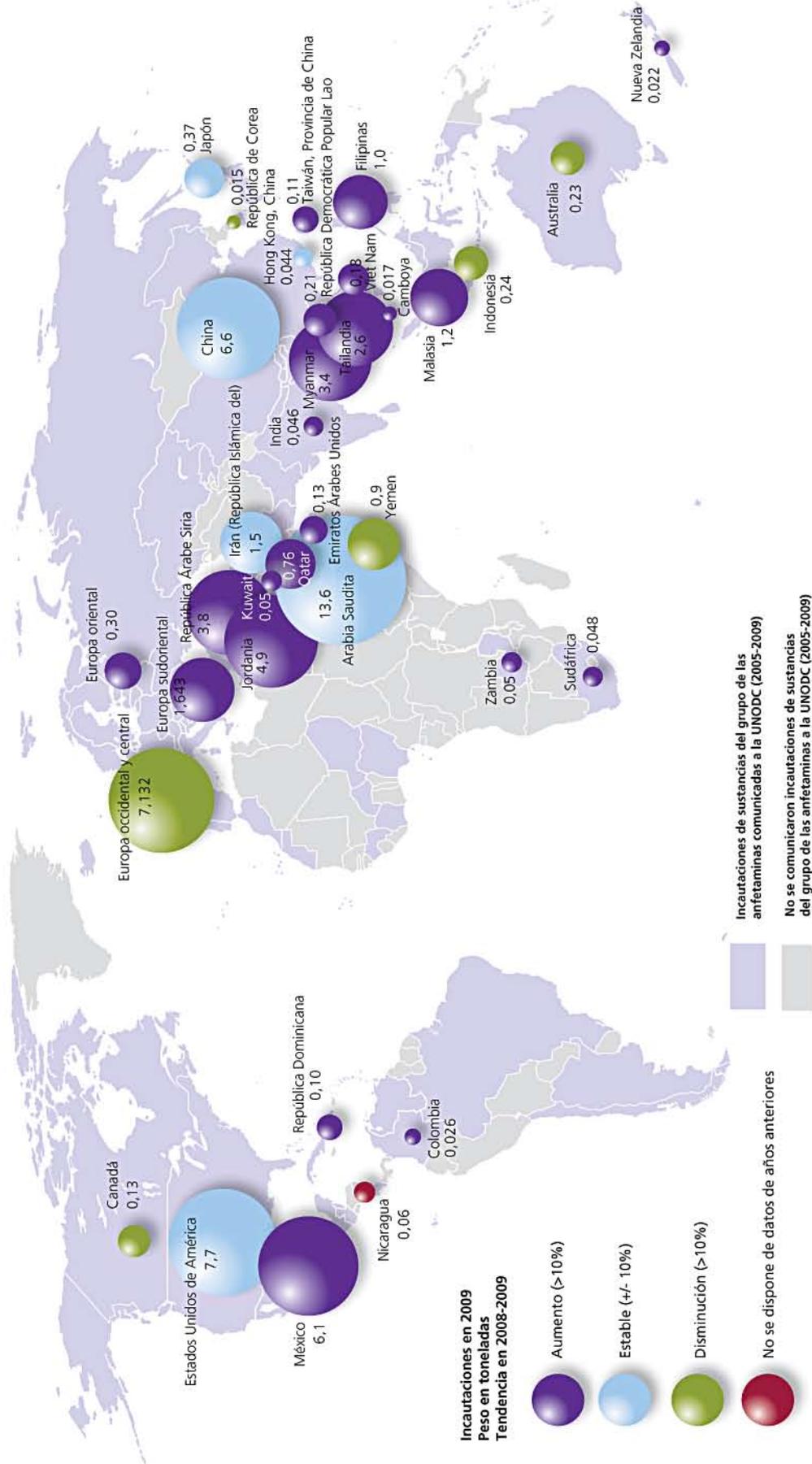
<sup>(b)</sup> Datos relativos a 2008. Los datos de los Países Bajos para 2009 no estaban disponibles.

<sup>(c)</sup> La información del Reino Unido para 2009 se basa en datos incompletos de algunas jurisdicciones para el ejercicio financiero de 2009/2010, y se ajustó para las jurisdicciones que faltaban utilizando la última distribución completa de que se disponía (correspondiente al ejercicio financiero de 2006/2007).

**Fig. 140: Interceptación de sustancias del grupo del éxtasis, 2001-2009**

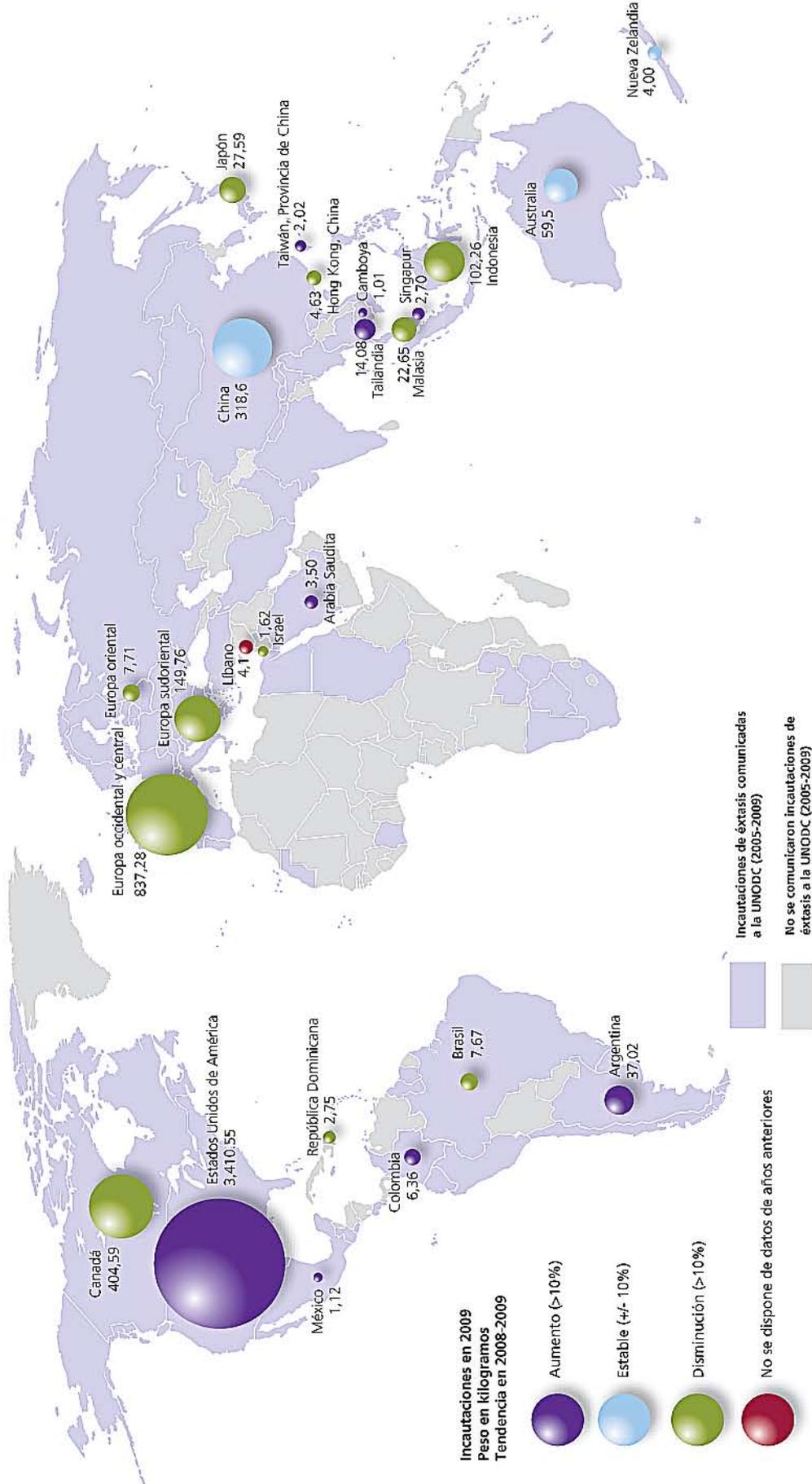


**Mapa 38: Incautaciones de sustancias del grupo de las anfetaminas, 2009 (países y territorios que comunicaron incautaciones de más de 10 kg)\***



\* Peso bruto de las incautaciones sin ajustar para tener en cuenta el grado de pureza. Las incautaciones de las sustancias del grupo de las anfetaminas en forma de comprimidos o unidades similares comunicadas se convierten suponiendo que el peso bruto del comprimido es de 90 mg y 300 mg, según la región y el tipo específico de droga, y sobre la base de la información de que dispone la UNODC actualmente. Esto difiere del método utilizado en ediciones anteriores del Informe Mundial sobre las Drogas. Fuentes: UNODC, datos del CPIA complementados con otras fuentes. Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

Mapa 39: Incautaciones de éxtasis, 2009 (países y territorios que comunicaron incautaciones de más de 10 kg)\*



\* Peso bruto de las incautaciones de éxtasis sin ajustar para tener en cuenta el grado de pureza. Las incautaciones de éxtasis en forma de comprimidos o unidades similares comunicadas se convierten suponiendo que el peso bruto del comprimido es de 200 mg y 300 mg, según la región y el tipo específico de droga, y sobre la base de la información de que dispone la UNODC actualmente. Esto difiere del método utilizado en ediciones anteriores del Informe Mundial sobre las Drogas. Fuentes: UNODC, datos del CPIA complementados con otras fuentes. Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.



## 5. El mercado de cannabis



### 5.1 Introducción

El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más producida y consumida del mundo. El alcance del problema mundial del cannabis no experimentó cambios considerables en 2009, aunque las estimaciones del consumo muestran un intervalo más amplio. Esto se debe al aumento del consumo de cannabis en los Estados Unidos de América, África, América del Sur, América Central y Asia, aunque el consumo en el Canadá, Europa occidental y Oceanía permanecieron estables o incluso disminuyeron.

En Europa, las incautaciones de resina de cannabis se encuentran actualmente en el nivel más bajo de los últimos 10 años, mientras que las incautaciones de resina en el África septentrional han aumentado. No hubo indicios de cambio en los niveles de producción de los principales países productores de resina de cannabis. Las incautaciones mundiales de hierba de cannabis han aumentado, principalmente debido a las incautaciones realizadas en los Estados Unidos y México, donde los datos sobre el consumo y el cultivo también indican un incremento en la disponibilidad de la hierba de cannabis en el mercado.

Existen cada vez más pruebas de que una exposición intensa a productos derivados del cannabis de gran potencia puede aumentar el riesgo de trastornos psicóticos (véase el texto del recuadro). Estudios recientes han demostrado que la concentración media de la principal sustancia psicoactiva de los productos de cannabis, el tetrahidrocannabinol (THC), es mayor que hace 10 o 15 años, aunque los datos correspondientes a los últimos cinco años indican una tendencia estable en algunos países. Con todo, eso no vale para todos los productos ni todos los países.

Desde la perspectiva del mercado, parece ser que tanto los productores como los consumidores de cannabis están buscando productos más diversificados, que no solo difie-

ran en la concentración de THC, sino que además tengan distintos sabores. Ejemplo de esta diversificación es el éxito de los cannabinoides sintéticos (*spice*). En poco tiempo, estos productos se han vuelto populares entre los jóvenes y adolescentes en Europa y los Estados Unidos. Si bien existen ciertos indicios de que estos productos pueden ser más perjudiciales para la salud, se necesitan más estudios farmacológicos y toxicológicos al respecto. Al mismo tiempo, el gran número de productos que se comercializan como cannabinoides representan un desafío para las medidas de control adoptadas por las autoridades reguladoras de los Estados Miembros, la Organización Mundial de la Salud, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y la Comisión de Estupefacientes.

### 5.2 Consumo

La UNODC estima que en 2009, entre el 2,8% y el 4,5% de la población mundial de 15 a 64 años, o sea entre 125 y 203 millones de personas, consumieron cannabis al menos una vez el año anterior. Comparados con 2008, los niveles superior e inferior de las estimaciones han aumentado, ampliando así el intervalo.<sup>1</sup> Esto se debe en parte a una mayor incertidumbre en las estimaciones, ya que existen pocos datos recientes o fiables sobre la prevalencia en muchos países de Asia y África.

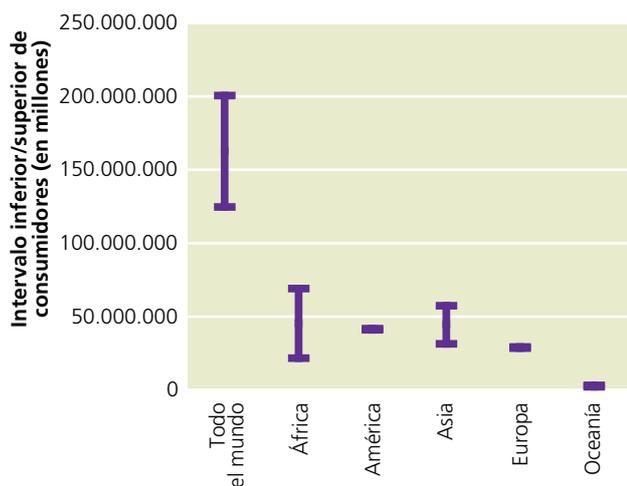
<sup>1</sup> En 2008, la prevalencia anual se estimó entre el 2,9% y el 4,3% de la población de 15 a 64 años.

**Cuadro 36: Prevalencia anual y número estimado de consumidores de cannabis, por región, subregión y a nivel mundial, 2009**

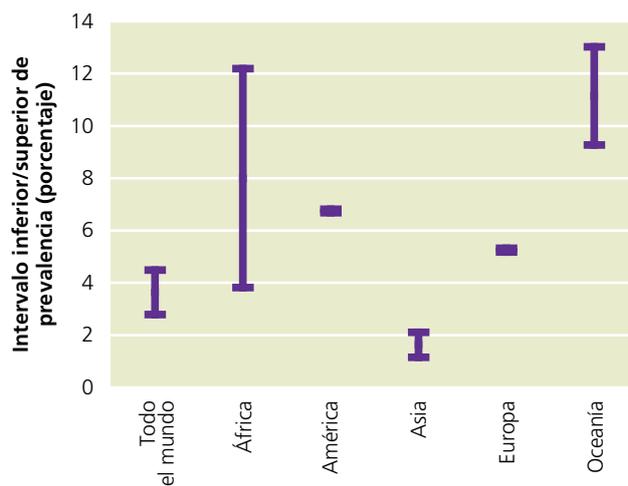
Región/Subregión	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	-	Número estimado de consumidores anuales (superior)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (inferior)	-	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (superior)
<b>África</b>	21.630.000	-	59.140.000	3,8	-	10,4
África oriental	2.340.000	-	8.870.000	1,7	-	6,5
África septentrional	4.780.000	-	10.620.000	3,6	-	8,0
África meridional	3.130.000	-	7.810.000	3,9	-	9,8
África occidental y central	11.380.000	-	31.840.000	5,2	-	14,6
<b>América</b>	40.950.000	-	42.860.000	6,7	-	7,0
Caribe	440.000	-	2.060.000	1,6	-	7,6
América Central	550.000	-	610.000	2,2	-	2,5
América del Norte	32.520.000	-	32.520.000	10,7	-	10,7
América del Sur	7.410.000	-	7.630.000	2,9	-	3,0
<b>Asia</b>	31.340.000	-	67.970.000	1,2	-	2,5
Asia central	1.950.000	-	2.260.000	3,8	-	4,4
Asia oriental/sudoriental	5.440.000	-	24.160.000	0,4	-	1,6
Cercano Oriente y Oriente Medio	6.060.000	-	12.360.000	2,4	-	4,8
Asia meridional	16.830.000	-	28.110.000	1,9	-	3,1
<b>Europa</b>	28.730.000	-	29.250.000	5,2	-	5,3
Europa oriental/sudoriental	5.980.000	-	6.380.000	2,6	-	2,6
Europa occidental/central	22.750.000	-	22.860.000	7,1	-	7,1
<b>Oceanía</b>	2.160.000	-	3.460.000	9,3	-	14,8
<b>Total mundial</b>	<b>124.810.000</b>	-	<b>202.680.000</b>	<b>2,8</b>	-	<b>4,5</b>

**Fig. 141: Número estimado de consumidores de cannabis por región, 2009**

Fuente: UNODC.

**Fig. 142: Prevalencia anual de consumidores de cannabis por región, 2009**

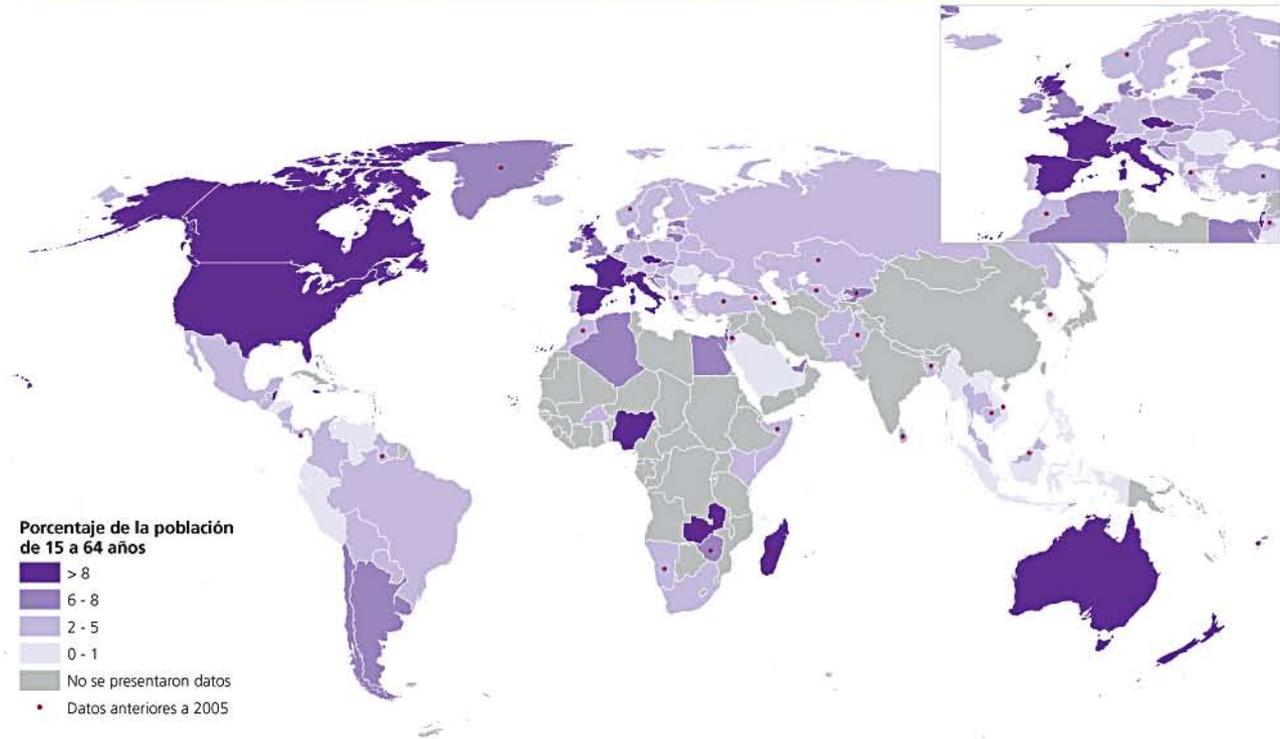
Fuente: UNODC.



En 2009, entre los Estados Miembros que suministraron información sobre la opinión de los expertos respecto de las tendencias del consumo de cannabis en sus países, cerca de la mitad consideraron que el consumo de cannabis se había mantenido estable. Este valor fue incluso superior en países de América (67%). Menos de la mitad de los Estados

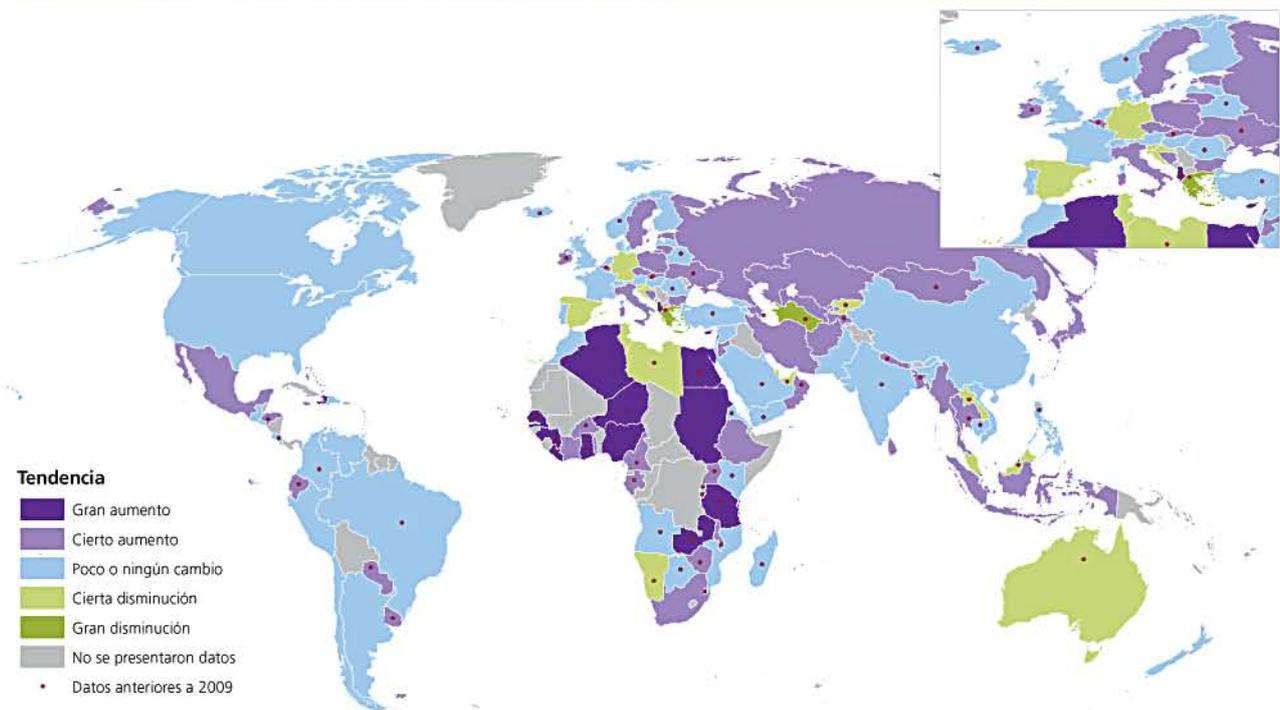
Miembros (44%), principalmente de África, Asia y en menor medida de Europa, informaron que el consumo de cannabis había aumentado. Como tendencia general, en los últimos 10 años, un número cada vez mayor de países ha comunicado tendencias estables del consumo de cannabis.

**Mapa 40: Prevalencia del consumo de cannabis, 2009 (o último año del que se dispone de datos)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

**Mapa 41: Opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de cannabis, 2009 (o último año en que se dispone de datos)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos reopresenta aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.

## El consumidor de cannabis

La tipología que se presenta a continuación está basada en una serie de estudios de comportamiento llevados a cabo en algunos países desarrollados (como los Estados Unidos, Australia y el Reino Unido) y tiene por objeto dar una idea de los factores de riesgo y las pautas de consumo de cannabis en algunos países de alta prevalencia.

### Experimental:

El consumidor experimental de cannabis típico prueba la droga por primera vez durante la adolescencia. Se trata de personas que desean experimentar con drogas ilícitas, pero para la mayoría de ellas, la experiencia con cannabis es suficiente. La modalidad “por etapas” sugiere que los “experimentadores” comienzan consumiendo alcohol y tabaco, para luego continuar con cannabis o inhalantes.

Las malas relaciones entre padres e hijos, los síntomas de depresión, el contacto con compañeros que consumen drogas y el fácil acceso a las drogas son factores importantes que llevan a la iniciación en el consumo de drogas ilícitas. Sin embargo, la percepción favorable que tienen los adolescentes del consumo de cannabis y el trato con compañeros que la consumen son los mecanismos de predicción de mayor fuerza de la experimentación con cannabis. La búsqueda de sensaciones nuevas en la adolescencia representa una propensión a lo novedoso, que también podría llevar al consumo experimental de cannabis. Algunos consumidores experimentales pueden continuar consumiendo cannabis regularmente con fines recreativos o a largo plazo y convertirse en consumidores crónicos o dependientes.

### Recreativo:

Durante el último cuarto del siglo XX, el consumo recreativo de cannabis aumentó notablemente en todo el mundo y llegó a ser percibido por una gran cantidad de jóvenes como una actividad recreativa normal. El consumidor recreativo consume cannabis principalmente los fines de semana; es probable que haya consumido o consuma otras drogas y tiene una vida nocturna urbana más activa que otros consumidores. El consumidor recreativo de cannabis declara que el principal propósito de su consumo es alcanzar una sensación de euforia social, aunque también lo consume para relajarse, mejorar la actividad entre manos, sacarse el aburrimiento, sentirse más seguro de sí mismo, reducir la ansiedad o sentirse mejor. Estos jóvenes no se ponen en contacto con servicios públicos o privados de ayuda para la adicción, sea porque desconocen su existencia, no se consideran dependientes o sienten que estos servicios no han sido concebidos para sus necesidades específicas. El consumo repetido de cannabis en los primeros años de la adolescencia puede ser un factor de riesgo del consumo crónico de dicha sustancia.

### A largo plazo o crónico:

Las personas que comienzan a consumir cannabis a una temprana edad y los que consumen otras drogas ilícitas tienen más probabilidades de continuar consumiendo cannabis durante la vida adulta, lo que sugiere que el consumo de cannabis forma parte de su estilo de vida. Factores tales

como bajos ingresos, bajas tasas conyugales, altas tasas de desempleo y el hecho de tener amigos que consumen cannabis durante la juventud son todos factores mencionados con frecuencia por estas personas.

El consumidor a largo plazo expresa niveles más bajos de satisfacción con respecto a las medidas de la calidad de vida. Dice que consume cannabis para intensificar las sensaciones positivas; opina que la droga tiene un efecto calmante, y puede suceder que la consuma para manejar mejor las situaciones de estrés. Dice también que consume cannabis para evadirse de los problemas, mitigar la ira o la frustración, y para “sobrevivir otro día”. Lo que distingue al consumidor crónico del experimental y el recreativo es que presenta una conducta más antisocial. Se ha informado de que los factores psicosociales, los trastornos de la personalidad antisocial y la dependencia del alcohol podrían predecir el consumo de cannabis a largo plazo. El tabú social que existe con respecto al consumo crónico de drogas entre las mujeres quizá sea un factor de protección, lo que se refleja en las bajas tasas de consumo a largo plazo entre las mujeres.

### Bibliografía

- Coffey, C., Lynskey M., Wolfe R. and Patton, G.C., ‘Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study,’ *Addiction*, Nov. 2000; 95(11): págs. 1679 a 1690.
- Brook, J. S., Zhang, C. and Brook, D. W., ‘Developmental Trajectories of Marijuana Use from Adolescence to Adulthood: Personal Predictors,’ *Archives of Paediatric & Adolescence Medicine*, Jan. 2011; 165(1): págs. 55 a 60.
- Hall W. and Degenhardt, L., ‘Adverse health effects of non-medical cannabis use,’ *The Lancet*, 2009, Vol. 374, Issue 9698, págs. 1383 a 1391.
- Duff, C., ‘Party drugs and party people: examining the ‘normalization’ of recreational drug use in Melbourne, Australia,’ *International Journal of Drug Policy*, 16, 2005, págs. 161 a 170.
- Boys, A., Marsden, J. and Strang, J., ‘Understanding reasons for drug use amongst young people: a functional perspective,’ *Health Education Research*, 2001, 16 (4): págs. 457 a 469.
- DiNitto D.M. and Choi, N.G., ‘Marijuana use among older adults in the USA.: user characteristics, patterns of use, and implications for intervention,’ *International Psychogeriatric Association*, Nov. 2010, 25: págs. 1 a 10.
- Gruber, A.J. et al., ‘Attributes of long-term heavy cannabis users: a case-control study,’ *Psychological Medicine*, 2003, 33, págs. 1415 a 1422.
- Perkonig, A. et al. ‘The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life,’ *Addiction*, Mar. 2008;103(3): págs. 439 a 49.

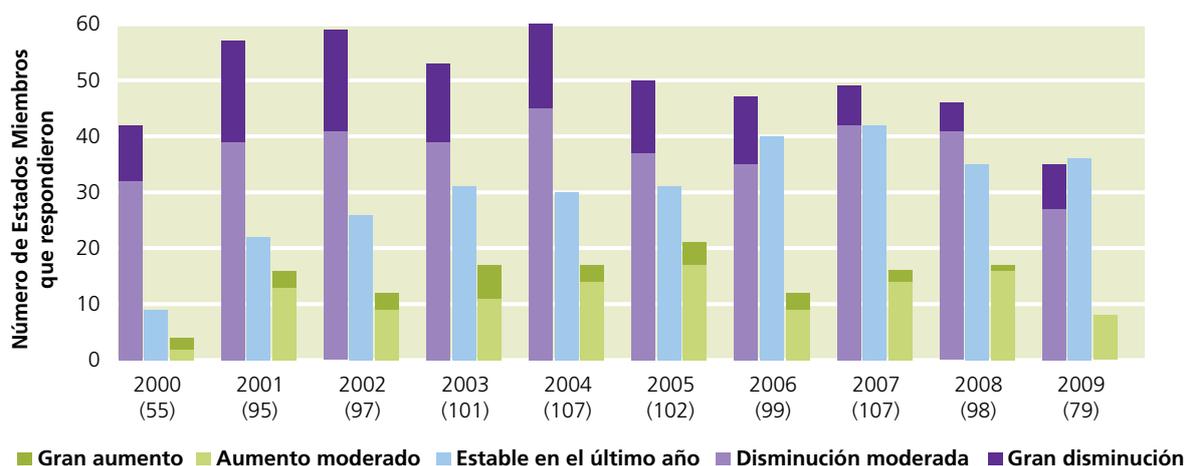
**Cuadro 37: Opinión de los expertos sobre la tendencia del consumo de cannabis por región, 2009**

Fuentes: UNODC, CPIA

Región	Estados Miembros que comunicaron datos sobre la opinión de expertos	Tasa de respuesta de los Estados Miembros sobre opiniones	Aumento del consumo problemático	Aumento del consumo problemático (porcentaje)	Consumo problemático estable	Consumo problemático estable (porcentaje)	Disminución del consumo problemático	Disminución del consumo problemático (porcentaje)
África	11	21%	7	64%	3	27%	1	9%
América	15	43%	5	33%	10	67%	0	0%
Asia	22	49%	11	50%	8	36%	3	14%
Europa	30	67%	12	40%	14	47%	4	13%
Oceanía	1	7%	0	0%	1	100%	0	0%
<b>Todo el mundo</b>	<b>79</b>	<b>41%</b>	<b>35</b>	<b>44%</b>	<b>36</b>	<b>46%</b>	<b>8</b>	<b>10%</b>

**Fig. 143: Expert perceptions of trends in cannabis use, 2000-2009**

Source: UNODC ARQ.



### El consumo de cannabis en los Estados Unidos resurge, mientras que disminuye en el Canadá

Se estima que la prevalencia anual del consumo de cannabis en América del Norte es del 10,7% en la población de 15 a 64 años. Estas cifras son superiores a la prevalencia anual del 9,9% citada en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* y básicamente revelan el aumento de la prevalencia anual del consumo de cannabis en los Estados Unidos de América.

En este país, el cannabis siguió siendo la droga ilícita de mayor consumo en el último año. La prevalencia anual del consumo de cannabis, que había estado disminuyendo de manera sostenida entre 2002 y 2007, empezó a elevarse en los últimos dos años y en 2009 se estimó que era algo más alta que la prevalencia de 2002.<sup>2</sup> Se han observado tenden-

cias similares del consumo de cannabis tanto en la población en general como entre los estudiantes de enseñanza media.

En 2009, entre las personas que se habían iniciado en el consumo de drogas el año anterior en los Estados Unidos, el mayor número –2,4 millones de personas mayores de 12 años– consumieron cannabis como primera droga. Le seguía el consumo de analgésicos con fines no médicos (2,2 millones). Entre los 22,5 millones de consumidores de drogas que, según se estima, podían clasificarse el último año como drogodependientes o consumidores abusivos, el número más alto se encontraba entre los consumidores de cannabis (4,3 millones de personas mayores de 12 años).<sup>3</sup>

La prevalencia del último mes del consumo de cannabis en la población estadounidense mayor de 12 años aumentó, del 6,1% en 2008, al 6,6% en 2009. La tasa actual del consumo de drogas ilícitas, incluido el cannabis, en la

2 Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, 2010, Rockville, Maryland, Estados Unidos de América.

3 Ibid.

**Fig. 144: Estados Unidos: tendencias de la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población de 12 años o más, 2002-2009**

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*.

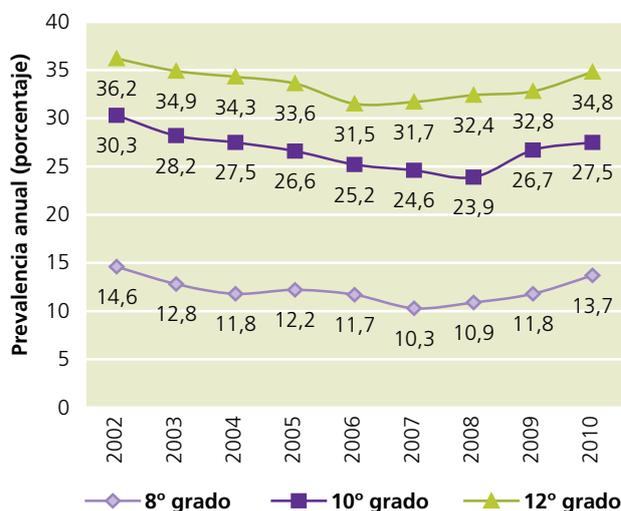


población de más edad (50 a 59 años) también experimentó un aumento, pasando del 2,7%, en 2002, al 6,2% en 2009,<sup>4</sup> debido principalmente a que el grupo de los “baby boomers”<sup>5</sup> presentó altas tasas de consumo de drogas ilícitas. Entre los estudiantes de enseñanza media, de 8º, 10º y 12º grado, se registró un aumento sostenido en la prevalencia anual del consumo de cannabis desde 2007, después de observarse cierta disminución entre 2002 y 2006. Sin embargo, el consumo aún no alcanza los niveles comunicados en 2002.<sup>6</sup> Este cambio de las tendencias del cannabis a partir de 2006 se atribuye en parte a que la percepción de los riesgos que trae aparejados el consumo de cannabis se ha vuelto menos negativa en la población estudiantil,<sup>7</sup> hecho que coincidió con un período de debates públicos en torno a una iniciativa destinada a la legalización del cannabis en un estado de los Estados Unidos.

En cuanto a las visitas a salas de urgencia relacionadas con el consumo de cannabis en 2009, la tasa fue algo más alta para la población de 20 años o menos (125,3 visitas por cada 100.000 personas).<sup>8</sup> Para todas las demás drogas ilícitas,

**Fig. 145: Estados Unidos: tendencias de la prevalencia anual del consumo de cannabis entre los estudiantes de secundaria, 2002-2010**

Fuente: Monitoring the future: national results on adolescent drug use.



tas, la tasa de visitas a salas de urgencia fue mucho más baja en la población más joven.

En el Canadá, la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población adulta se mantuvo a niveles comparables a los de los Estados Unidos, si bien la prevalencia anual ha ido disminuyendo desde 2004. En 2009, se comunicó una prevalencia anual del 12,6%, cifra inferior al 13,6% registrado en 2008 y al 14,1% en 2004.<sup>9</sup> La prevalencia anual del consumo de cannabis también ha disminuido entre los jóvenes de 15 a 24 años, del 37% en 2004, al 26,3% en 2009.<sup>10</sup>

No se dispone de información actualizada acerca del alcance del consumo de cannabis en México, pero los expertos opinan que ha ido en aumento desde 2008, cuando el consumo era del 1% en la población adulta. Los niveles del consumo de cannabis en México siguen siendo muy inferiores a los de los Estados Unidos y el Canadá.

### Algunos países de América del Sur y América Central comunican aumentos en el consumo de cannabis

Las tendencias del consumo de cannabis en el Caribe, América del Sur y América Central no experimentaron cambios y la prevalencia del consumo se situó a niveles comparables en estas subregiones. Un tercio de los países que transmitieron la opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas consideraban que el consumo de can-

4 Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, 2010, Rockville, Maryland, Estados Unidos de América.

5 El término “baby boomer” se refiere a la cohorte de personas nacidas en los Estados Unidos entre 1946 y 1964.

6 Johnston, L. D., O’Malley, P.M., Bachman, J. G. y Schulenberg, J. E., *Monitoring the Future, national results on adolescent drug use: Overview of key findings*, 2010, Institute for Social Research, University of Michigan, 2011, Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos de América.

7 Instituto Nacional contra la Drogadicción (NIDA), *Research Report Series: Marijuana Abuse*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud, septiembre de 2010.

8 Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, Centre for Behavioural Health Statistics and Quality, *The DAWN*

Report: *Highlights of the 2009 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits*, diciembre de 2010, Rockville, Maryland, Estados Unidos de América.

9 UNODC, CPIA.

10 Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: Summary Results for 2009, 2010*.

## Perfil de los pacientes en tratamiento motivado por el cannabis como principal droga de consumo en los Estados Unidos (2000-2008)

Contrariamente a la creencia popular de que el consumo de cannabis no causa mayor daño a quienes lo consumen, en los últimos años un número cada vez mayor de personas de diversas regiones han ingresado a tratamiento por problemas relacionados con el consumo de cannabis. A continuación se presentan algunas de las características del consumidor de cannabis típico que ingresa a tratamiento en los Estados Unidos, utilizando datos globales correspondientes al período de 2000 a 2008. Sobre la base de esta información puede inferirse que el consumidor de cannabis en tratamiento:

1. Es, con toda probabilidad, un adolescente o adulto joven, de sexo masculino, soltero, con estudios secundarios. Un tercio de los pacientes tienen menos de 17 años.
2. Es, con toda probabilidad, alguien que no trabaja; es decir, que es estudiante o no tiene empleo.
3. Se inició en el consumo de cannabis a una edad muy temprana: más de la mitad, antes de los 14 años y casi el 90%, antes de los 18 años.

Más de un cuarto de ellos consumían la droga a diario, inmediatamente antes de iniciar el tratamiento, aunque más de un tercio había dejado de consumirla el mes previo al ingreso. La mayoría de los casos fueron remitidos a través del sistema de justicia penal.

Características	Porcentaje del total	
Edad	12 a 17 años	32,5
	18 a 24 años	32,5
	+ de 25 años	34,9
Sexo	Masculino	74,4
	Femenino	25,6
Estado civil	Soltero	80,5
Estudios	12 años o menos	90,4
Situación laboral	Tiempo completo	19,2
	Tiempo parcial	9,2
	Desempleado	25,3
	No pertenece a la población activa (55,4% de los cuales son estudiantes)	46,3
Frecuencia del consumo de cannabis	No consumió el último mes	35,0
	1 a 3 veces el último mes	16,4
	1 a 2 veces la última semana	10,4
	3 a 6 veces la última semana	11,8
	Diaria	26,4
Edad en que la consumió por primera vez	11 años o menos	13,6
	12 a 14 años	42,3
	15 a 17 años	31,2
	18 a 20 años	8,5
	Mayor de 21 años	4,4
Fuente de remisión	Individual (o por propia iniciativa)	16,1
	Profesional de la salud	10,3
	Escuela	3,9
	Empleador	1
	Remisión de la comunidad	11,5
	Tribunal/sistema de justicia penal	57,1
Diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)	Dependencia del cannabis	40,8
	Abuso del cannabis	28,8
Problemas psiquiátricos además del problema del cannabis		23,2

Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Datos sobre episodios de tratamiento (TEDS).

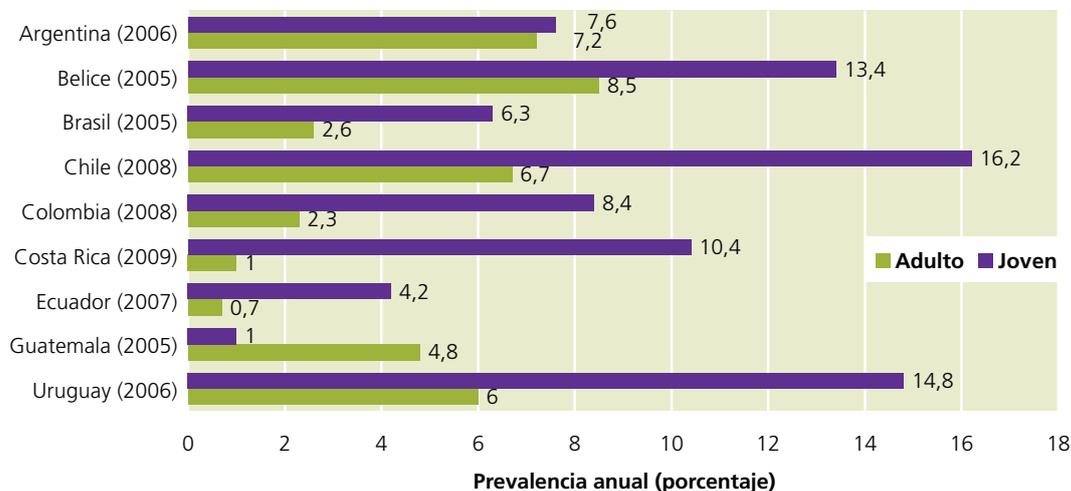
nabis en sus países había aumentado. Entre los países que tienen una alta prevalencia del consumo de cannabis en la población adulta en estas subregiones cabe mencionar la Argentina, Belice, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala. Tal como se observa en otras regiones, la prevalencia del consumo de cannabis en América Central y América del Sur tiende a ser más alta entre los jóvenes que

en la población en general, excepto en Guatemala, donde la prevalencia del consumo de cannabis es más alta entre los adultos de 15 a 64 años (4,8%), que entre los jóvenes de 12 a 19 años (1%). En la Argentina, la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población de 15 a 64 años y de 13 a 17 años es casi idéntica (7,2% y 7,6%, respectivamente).

**Fig. 146: Prevalencia anual del consumo de cannabis en la población adulta y los jóvenes\* en determinados países del Caribe, América Central y América del Sur**

\* Jóvenes: en la Argentina y el Uruguay, de 13 a 17 años; en Belice, 13, 15 y 17 años; en el Brasil, Chile y Colombia, 15 a 16 años; en Costa Rica, 10º grado; en el Ecuador, 12 a 17 años; en Guatemala, 12 a 19 años.

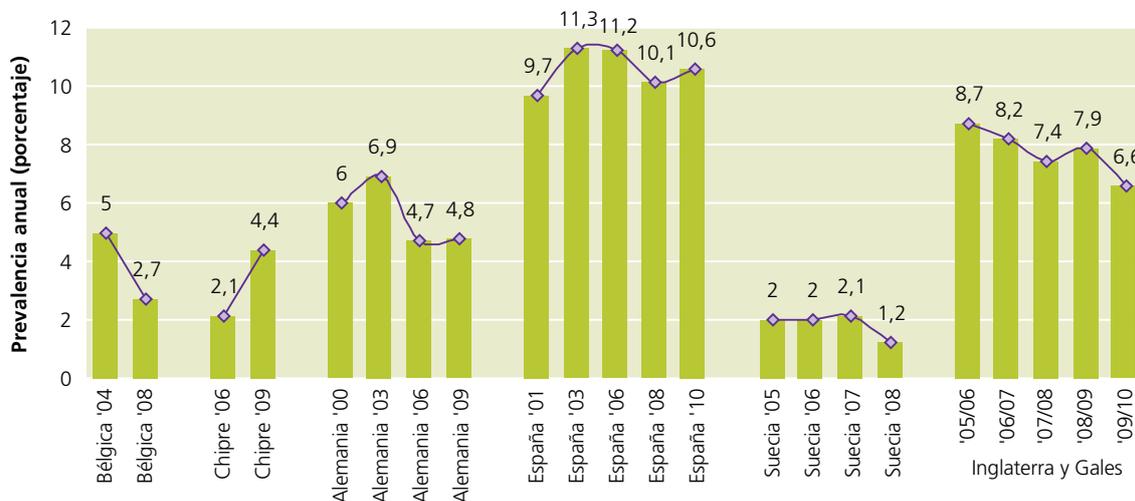
Fuente: UNODC, CPIA.



**Fig. 147: Europa: tendencias de la prevalencia anual del consumo de cannabis en países con datos recientes\***

\* Se refiere a datos nuevos o recientes suministrados por los Estados Miembros en 2010, tanto a través del CPIA como en informes de encuestas.

Fuentes: UNODC, CPIA; informes de los gobiernos.



**La mayoría de los países de Europa presentan niveles de consumo de cannabis estables o en disminución, pero se informa que está aumentando en Europa oriental**

En algunos países de Europa oriental, el consumo de cannabis excede los niveles de prevalencia de Europa occidental. Se dispone de nuevos datos de algunos países europeos que confirman que el consumo de cannabis en Europa occidental se está estabilizando. Eslovaquia, España, Estonia, Italia, el Reino Unido y la República Checa siguen

siendo los países con los niveles más altos de consumo de cannabis en la población en general y entre los adultos jóvenes y, en opinión de los expertos, el consumo en esos países ha tendido a aumentar en los últimos años.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Una nueva encuesta por hogares llevada a cabo en Italia indica una fuerte disminución de la prevalencia anual, del 14,3%, en 2008, al 5,2% en 2009, así como una reducción paralela de la prevalencia del consumo de cannabis a lo largo de la vida en la población general. Sin embargo, la comparabilidad de las conclusiones entre estas dos encuestas es incierta.

**Fig. 148: Tendencias de la prevalencia anual del consumo de cannabis en países de alta prevalencia**

Fuentes: OEDT; UNODC, CPIA.



En Europa, se estima que la prevalencia anual del consumo de cannabis se sitúa entre un 5,2% y un 5,3% de la población de 15 a 64 años. La prevalencia del consumo de cannabis es mucho más alta en Europa occidental y central (7,1%) que en Europa oriental y sudoriental (2,6%). El consumo de cannabis se concentra en gran parte entre los jóvenes y la prevalencia anual más alta corresponde al grupo de edad de 15 a 24 años (13,9%), comparada con la prevalencia anual media del 10% en la población de 15 a 34 años en Europa occidental, central y sudoriental.

El riesgo individual relacionado con el consumo de cannabis parece ser menor que el de la heroína o la cocaína, pero no por eso es menos real y, debido a la alta prevalencia del consumo, las consecuencias del cannabis para la salud pública pueden ser considerables<sup>12</sup>. Se informó que, por término medio, correspondía al cannabis, la droga primaria que motivaba el ingreso a tratamiento, el 21% de los casos en Europa occidental y central, y el 14% en Europa oriental y sudoriental. Además, el cannabis era la droga secundaria declarada por el 24% de los pacientes en tratamiento ambulatorio en Europa. Entre los consumidores más jóvenes en tratamiento (15 a 19 años), una proporción mucho más alta (83%) estaba en tratamiento por consumo de cannabis como droga principal<sup>13</sup>. Según informó el OEDT, muchos de los pacientes consumidores de cannabis también informaron acerca del consumo de alcohol y otras drogas. Según los datos reunidos en 14 Estados miembros de la UE, el 65% de los consumidores de cannabis habían consumido otra sustancia –principalmente alcohol o cocaína–, y algunos declararon haber consumido ambos, alcohol y cocaína, el año anterior.

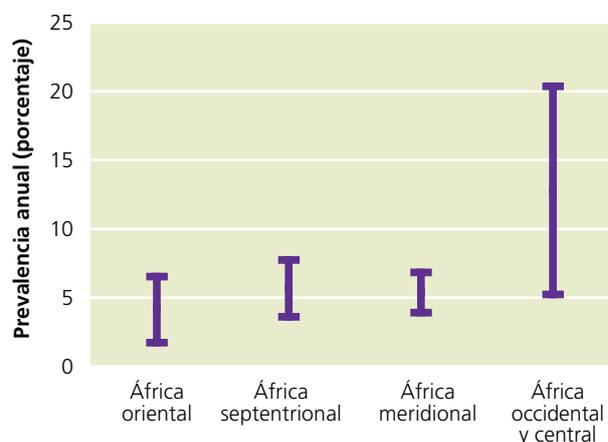
Aunque no se dispone de información suficiente y fiable sobre el alcance del consumo de cannabis en África, se cree que está muy difundido, y la mayoría de los países que transmitieron la opinión de los expertos consideran que sigue en aumento.

Las tasas estimadas de prevalencia anual del consumo de cannabis en África son las segundas del mundo y oscilan entre el 3,8% y el 10,4% de la población de 15 a 64 años, o sea entre 21,6 y 59,1 millones de personas. Se estima que los niveles más altos del consumo de cannabis se registran en la África occidental y central en comparación con otras subregiones.

En Kenya, una encuesta de 4.500 hogares llevada a cabo en 2009 en las provincias costeras demostró que la prevalencia general del consumo de cannabis en algún momento de la vida era del 10,6% entre grupos de todas las edades, y que

**Fig. 149: Prevalencia anual del consumo de cannabis en África, por subregión, 2009**

Fuente: UNODC.



<sup>12</sup> Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), *Annual Report 2010: The State of the drugs problem in Europe*, Lisboa, 2010.

<sup>13</sup> Ibid.

## El consumo de cannabis y la psicosis

La experiencia clínica sugiere que el cannabis y otros cannabinoides pueden provocar una serie de síntomas psicóticos transitorios y déficits cognitivos, tales como deficiencias temporales en el aprendizaje, la memoria a corto plazo, la memoria operativa, la función ejecutiva, la capacidad de abstracción, la toma de decisiones, así como problemas de atención. Cada vez hay más razones para concluir que el inicio temprano y el abuso grave de cannabis pueden aumentar el riesgo de contraer trastornos psicóticos tales como la esquizofrenia.

En un estudio de casos con testigos llevado a cabo por Di Forti y otros en el Reino Unido (2009), se comprobó que era más probable que los pacientes que habían sufrido un primer episodio de psicosis hubieran fumado cannabis de gran potencia (es decir, cannabis con un alto contenido de THC), con mayor frecuencia y durante períodos más prolongados. El estudio demostró que el 78% de los grupos de pacientes habían consumido cannabis de gran potencia (sin semilla o skunk, con concentraciones de THC que oscilan entre el 12% y el 18% y 0% de cannabidiol), en comparación con el 37% del grupo de testigos (que habían fumado resina de cannabis con una concentración del 3,4% de THC y de cannabidiol) (AOR\* = 6,8); y los consumidores diarios (AOR = 6,4) y habían fumado cannabis durante más de 5 años (AOR = 2,1).

Estudios recientes también indican que el cannabidiol reduce los efectos cognitivos agudos del THC, hecho importante ya que la potencia del cannabis ha aumentado en Europa durante los últimos 10 años, y el THC ha sido asociado con los efectos perjudiciales que tiene el cannabis para la salud mental de los consumidores de alto riesgo.

En un estudio de seguimiento de 10 años, publicado recientemente, se investigó la relación existente entre el consumo de cannabis y el posterior desarrollo de psicosis con el tiempo, y se llegó a la conclusión de que el consumo de cannabis era un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas psicóticos. El estudio también concluyó que el consumo habitual de cannabis podía aumentar el riesgo de sufrir trastornos psicóticos

al incidir en la persistencia de los síntomas.

\* AOR significa ajustado según la "odds ratio" o razón de probabilidades relativas, es decir que una vez hechos los ajustes para tener en cuenta las diferencias de edad, sexo, etnia, etc., el grupo de los que habían fumado cannabis con contenidos más altos de THC corrían un riesgo 6,8 veces mayor de sufrir episodios de psicosis que el otro grupo.

### Bibliografía:

Sewell y otros, 'Behavioral, cognitive and psychophysiological effects of cannabinoids: relevance to psychosis and schizophrenia,' *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol 32, Suppl I, mayo de 2010.

Compton y otros, 'Association of Pre-Onset Cannabis, Alcohol, and Tobacco Use With Age at Onset of Prodrome and Age at Onset of Psychosis in First-Episode Patients,' *American Journal of Psychiatry*, Nov. 2009; 166: págs. 1251 a 1257.

Arseneault y otros, 'Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence,' *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184: págs. 110 a 117.

OEDT, *Insights: An overview of cannabis potency in Europe*, 2004.

Di Forti y otros., 'High-potency cannabis and the risk of psychosis,' *British Journal of Psychiatry*, Dic. 2009; 195(6): págs. 488 a 491.

Ramaekers y otros, 'High-Potency Marijuana Impairs Executive Function and Inhibitory Motor Control,' *Neuropsychopharmacology*, 2006, 31, págs. 2296 a 2303.

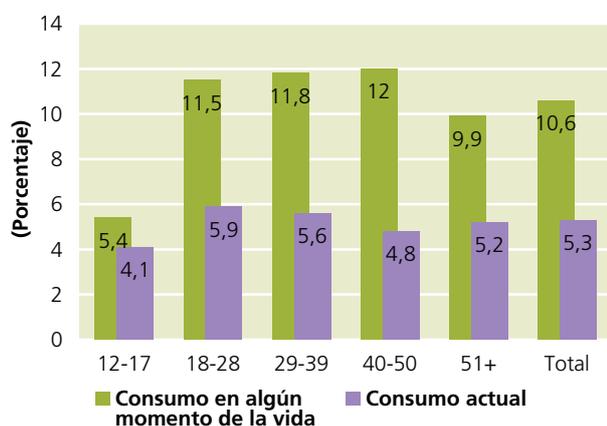
Morgan y otros, 'Impact of cannabidiol on the acute memory and psychotomimetic effects of smoked cannabis: naturalistic study,' *British Journal of Psychiatry*, 2010, 197, págs. 285 a 290.

Henquet, C. y Kuepper, R., 'Does Cannabidiol protect against the negative effects of THC?,' *British Journal of Psychiatry*, 2010, 197: págs. 259 a 260.

Keupper y otros, 'Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10-year follow-up cohort study,' *British Medical Journal*, 2011: 342:d738.

**Fig. 150: Kenia: prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida y actual por grupo de edad, 2009**

Fuente: National Campaign Against Drug Abuse Authority (NACADA), Report of Survey on Drug and Substance Abuse in Coast Province Kenya – Main Report.



la prevalencia en la población urbana era mucho mayor (11%) que en la rural (4%). La prevalencia en algún momento de la vida se situó a niveles parecidos para todos los grupos de edad, excepto para el grupo de 12 a 17 años, mientras que el consumo actual<sup>14</sup>, situado en el 5,3% para todos los grupos de edad, se mantenía constante<sup>15</sup>.

En cuanto a la demanda de tratamiento, a diferencia de otras regiones, en África el cannabis sigue siendo la droga primaria más común por la cual se busca tratamiento. Esta proporción varía desde casi todos los ingresos a tratamiento en países como Botswana, Malawi y Ghana, hasta alrededor de un tercio de los ingresos a tratamiento en Kenia, Mozambique y Sudáfrica.

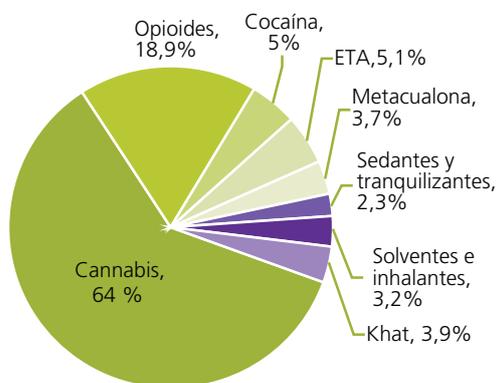
<sup>14</sup> Se define como el consumo en las cuatro semanas antes de la entrevista.

<sup>15</sup> National Campaign Against Drug Abuse Authority (NACADA), *Report of Survey on Drug and Substance Abuse in Coast Province Kenya – Main Report*, marzo de 2010.

**Fig. 151: África: distribución de la droga primaria de las personas que ingresan a tratamiento, 2009\***

\* El total es superior al 100% debido al consumo de múltiples drogas.

Fuente: UNODC, CPIA.



**No se dispone de información reciente acerca del alcance del consumo de cannabis en la mayor parte de Asia, especialmente en países con gran densidad de población como China y la India**

Entre los países que comunicaron la opinión de los expertos sobre las tendencias del consumo de drogas, la mayoría consideraba que el consumo de cannabis había aumentado el último año.

Se estima que la prevalencia anual del consumo de cannabis en Asia se sitúa entre el 1,2% y el 2,5% de la población de 15 a 64 años. Esto significa que entre 31 y 68 millones de personas consumieron cannabis al menos una vez el año anterior. En lo que respecta a la prevalencia, Asia posee la tasa más baja, pero debido al número de habitantes, es posible que tenga el mayor número absoluto de consumidores de cannabis del mundo. La mayoría de los países que comunicaron un aumento en el consumo de cannabis se encuentran en el Asia oriental y sudoriental, mientras que la prevalencia más alta del consumo de cannabis la tienen, según lo informado, el Asia central y el Cercano Oriente y Oriente Medio.

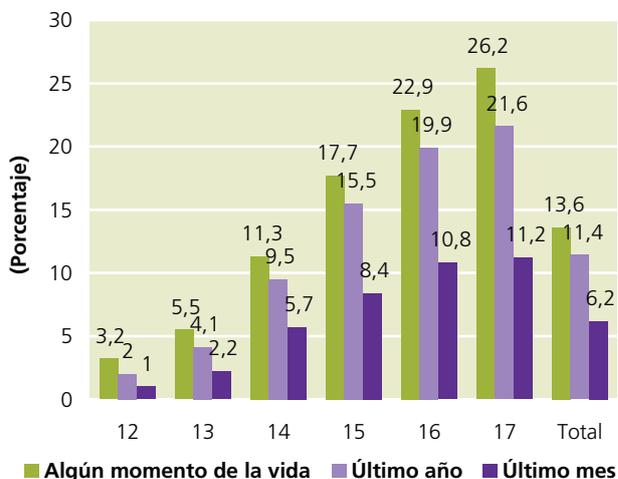
**Cuadro 38: Asia: Estados Miembros que comunicaron un aumento en el consumo de cannabis, 2009**

Fuente: UNODC, CPIA.

Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental	Asia oriental y sudoriental	Asia meridional	Asia central
Afganistán	Brunei Darussalam	Sri Lanka	Kazajstán
Jordania	Indonesia		Uzbekistán
Líbano	Malasia		
	Singapur		
	Tailandia		

**Fig. 152: Australia: consumo de cannabis entre los estudiantes, 2008**

Fuente: Australian School Survey 2008.



**El nivel del consumo de cannabis en Oceanía se mantiene alto, si bien Australia y Nueva Zelandia muestran tendencias decrecientes**

Oceanía tiene una de las tasas de prevalencia del consumo de cannabis más altas del mundo, con valores que oscilan entre 9,3% y 14,8% de la población de 15 a 64 años. La principal información de que se dispone sobre el alcance del consumo de cannabis en la región se refiere a Australia y a Nueva Zelandia, y en menor medida a los pequeños Estados insulares del Pacífico.

No se han comunicado nuevos datos sobre la prevalencia del consumo de cannabis en la población en general en Australia. Se estima que en 2007 la prevalencia anual era del 10% de la población de 15 a 64 años, con una disminución de casi un 20% entre 2004 y 2007. La prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida entre los estudiantes de 12 a 17 años que participaron en la encuesta de escuelas secundarias australianas era del 13,6% en 2008. Esta cifra representa una disminución de la prevalencia en algún momento de la vida frente al 17,8% en años anteriores y el 25% en 2002. Entre los estudiantes que participaron en la encuesta de 2008, el consumo de cannabis en algún momento de la vida, el último año y el último mes aumentaba con la edad y alcanzó el máximo entre los estudiantes de 17 años.<sup>16</sup>

En Australia, el cannabis fue también la droga más común detectada entre los detenidos por la policía, y un 48% de ellos dieron positivo para el consumo de cannabis en 2009. De los detenidos que declararon el consumo de drogas por propia iniciativa, el 54% declaró haber consumido cannabis durante los 12 meses anteriores, en tanto que la mayor

<sup>16</sup> White V. and Smith G., *Australian secondary school students' use of tobacco, alcohol, and over the counter and illicit substances in 2008*, Drugs Strategy Branch, Departamento de Salud y del Envejecimiento Australiano.

proporción de consumidores se encontraba en el grupo de edad de 21 a 25 años.<sup>17</sup>

Para Nueva Zelanda, la información más reciente sobre el consumo de cannabis data de 2008, cuando la prevalencia anual se estimaba entre el 13,4% y el 15,7% de la población de 16 a 64 años. Como se observa con frecuencia, las probabilidades de consumo de cannabis el último año eran mayores entre los hombres (21%) que entre las mujeres (13,9%). En la población adulta, el consumo de cannabis el último año había sido más alto entre los grupos más jóvenes y disminuía al aumentar la edad de la población adulta. La prevalencia más alta del consumo el año anterior se encontró entre los hombres de 18 a 24 años y entre las mujeres de 16 y 17 años y de 18 a 24 años.<sup>18</sup>

Tal como se observó en años anteriores, muchos pequeños Estados insulares del Pacífico comunicaron una alta prevalencia anual del consumo de cannabis, que osciló entre el 24,2% en Palau o el 22,2% en las Islas Marianas septentrionales, y aproximadamente el 5% en Fiji y las Islas Marshall.

### Surgimiento de cannabinoides sintéticos en productos a base de hierbas

En 2008, se detectaron varios cannabinoides sintéticos en mezclas de hierbas para fumar, que se vendían en Internet y en tiendas especializadas con toda una variedad de marcas, tales como “*Spice Silver*”, “*Spice Gold*”, “*Spice Diamond*”, “*Yucatan Fire*” y “*Smoke*”. Estos coloridos productos a base de hierbas, profesionalmente diseñados, contienen típicamente unos tres gramos de materia vegetal picada, a la que se agrega uno o más cannabinoides sintéticos.

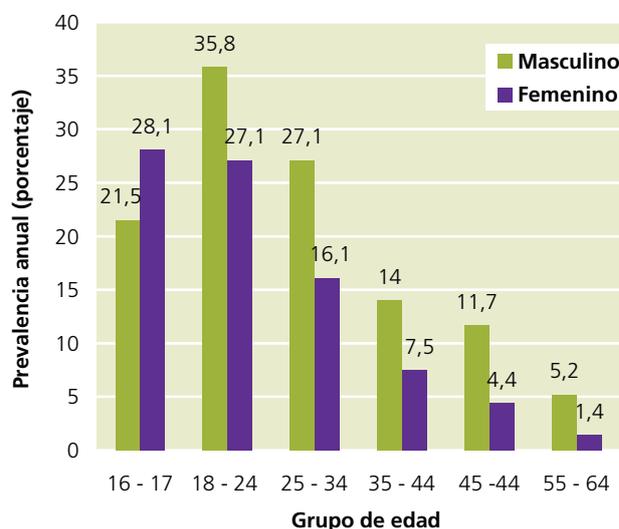
Antes de 2008, el consumo de estos productos parecía estar restringido a un pequeño número de consumidores experimentales. Sin embargo, en 2008,<sup>19</sup> alcanzaron enorme popularidad en Alemania y en otros países europeos a través de Internet y a su posterior divulgación en los medios de comunicación, que los describían como “alternativas legales” del cannabis, por lo que, sin querer, se fomentó el consumo de estas drogas.

Los cannabinoides sintéticos generalmente se fuman ya sea en forma de cigarrillo o con una pipa de agua. Estos productos no contienen tabaco ni cannabis, pero cuando se fuman son capaces de producir, según se afirma, efectos similares a los del cannabis.

Aunque por el momento se sabe relativamente poco acerca de la farmacología y la toxicología de los distintos cannabinoides sintéticos (en constante evolución) que se agregan a las mezclas de hierbas, algunas de estas sustancias pueden

**Fig. 153: Nueva Zelanda: prevalencia anual del consumo de cannabis por sexo y grupo de edad, 2008**

Fuente: Consumo de drogas en Nueva Zelanda, *Key Results 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, Ministerio de Salud



ser potencialmente más adictivas que el cannabis debido a que se adquiere tolerancia con mayor rapidez (ver el texto del recuadro).

En la actualidad, ninguno de los cannabinoides sintéticos que se encuentran en estos productos a base de hierbas está sometido a la fiscalización internacional de las convenciones de las Naciones Unidas de lucha contra las drogas de 1961 y 1971, y hoy en día la situación de control de estos productos difiere considerablemente de un país a otro. La mayoría de los países enfrentan el desafío que presenta el constante surgimiento de nuevos cannabinoides sintéticos, lo que significa que las medidas de control dirigidas a los distintos compuestos se pueden soslayar fácilmente. Algunos Estados Miembros, tales como el Reino Unido, Irlanda y Luxemburgo han adoptado un enfoque más genérico para regular los cannabinoides sintéticos que tienen compuestos de estructura similar. Sin embargo, la aplicación de medidas de fiscalización eficaces podría verse obstaculizada por la falta de datos analíticos y muestras de referencia, así como de metodologías para la identificación toxicológica de metabolitos en especímenes biológicos.

17 Gaffney A., Jones, W., Seenev, J. and Payne J., *Drug Use Monitoring in Australia: 2008 annual report on drug use among police detainees*, Monitoring Reports 09, Australian Institute of Criminology.

18 Consumo de drogas en Nueva Zelanda, *Key Results 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, Ministerio de Salud, 2010.

19 Sin embargo, un estudio reciente reveló una marcada disminución del consumo de “spice” en Alemania, del 3% al 1% en 2009 (fuente: Abschlussbericht, Spice, Smoke, Sence & Co. –Cannabinoidhaltige Räucher-mischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung, Goethe-Universität).

## Química y efectos de los cannabinoides sintéticos

### La química

Los cannabinoides sintéticos son típicamente cannabinoides sintéticos agonistas que funcionan de modo similar al D9-tetrahidrocannabinol (THC), el principal componente psicoactivo del cannabis. Al igual que el THC, los cannabinoides sintéticos poseen características estructurales que permiten que se produzca la combinación con uno de los receptores de cannabinoides conocidos, el CB1 o CB2, en el cerebro u otros órganos para producir una actividad farmacológica similar a la del cannabis. En la actualidad, existen muchos compuestos con estructuras químicas no relacionadas que entran en esta definición y podrían clasificarse de la siguiente manera:\*

- i) Cannabinoides clásicos (por ejemplo: HU-210, AM-906, AM-411, O-1184)
- ii) Cannabinoides no clásicos (tales como: CP-47,497-C8, CP-55,940, CP-55,244)
- iii) Cannabinoides híbridos (por ejemplo el AM-4030)
- iv) Aminoalquilindoles (por ejemplo: JWH-018, JWH-073, JWH-398, JWH-015, JWH-122, JWH-210, JWH-081, WIN-55,212, JWH-250, JWH-251, pravadoline, AM-694, RSC-4)
- v) Eicosanoides (por ejemplo, anandamida, metanandamida)
- vi) Otros (tales como Rimonabant®, JWH 307, CRA-13)



### Síntesis y precursores

Se han descrito detalladamente varios métodos de síntesis de cannabinoides en la literatura científica\*\*. Los precursores químicos pueden obtenerse también a través de los proveedores de productos químicos de uso comercial. En general, las síntesis de cannabinoides clásicos, no clásicos e híbridos son procesos mucho más complicados y refinados debido a la presencia de centros asimétricos en estos compuestos. Como resultado, se necesita con frecuencia realizar una síntesis estereoselectiva o una separación compleja de estereoisómeros para aislar el compuesto deseado. En lo que respecta a los compuestos sin centros asimétricos, como la mayoría de los aminoalquilindoles, se puede sintetizar fácilmente una gran variedad de compuestos similares agregando un halógeno, alquilo, alcoxi u otro radical

sustitutivo de uno de los sistemas de anillos aromáticos, o podrían hacerse otros ligeros cambios, por ejemplo, variando la longitud y configuración de la cadena alquilo.

La mayoría de los aminoalquilindoles puede sintetizarse fácilmente utilizando equipo estándar de laboratorio y reactivos fácilmente asequibles. La síntesis de los cannabinoides no clásicos exige disponer de un equipo más avanzado y de conocimientos técnicos, pero debería ser posible para un químico con una sólida formación básica en síntesis orgánica.

### Uso medicinal

Algunos cannabinoides sintéticos se encuentran disponibles comercialmente para fines medicinales, como la nabilona (Cesamet®), que se utiliza para el tratamiento de pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, y el dronabinol (Marinol®), que es el THC producido sintéticamente para tratar la esclerosis múltiple y para terapia paliativa.

### Farmacología y toxicidad

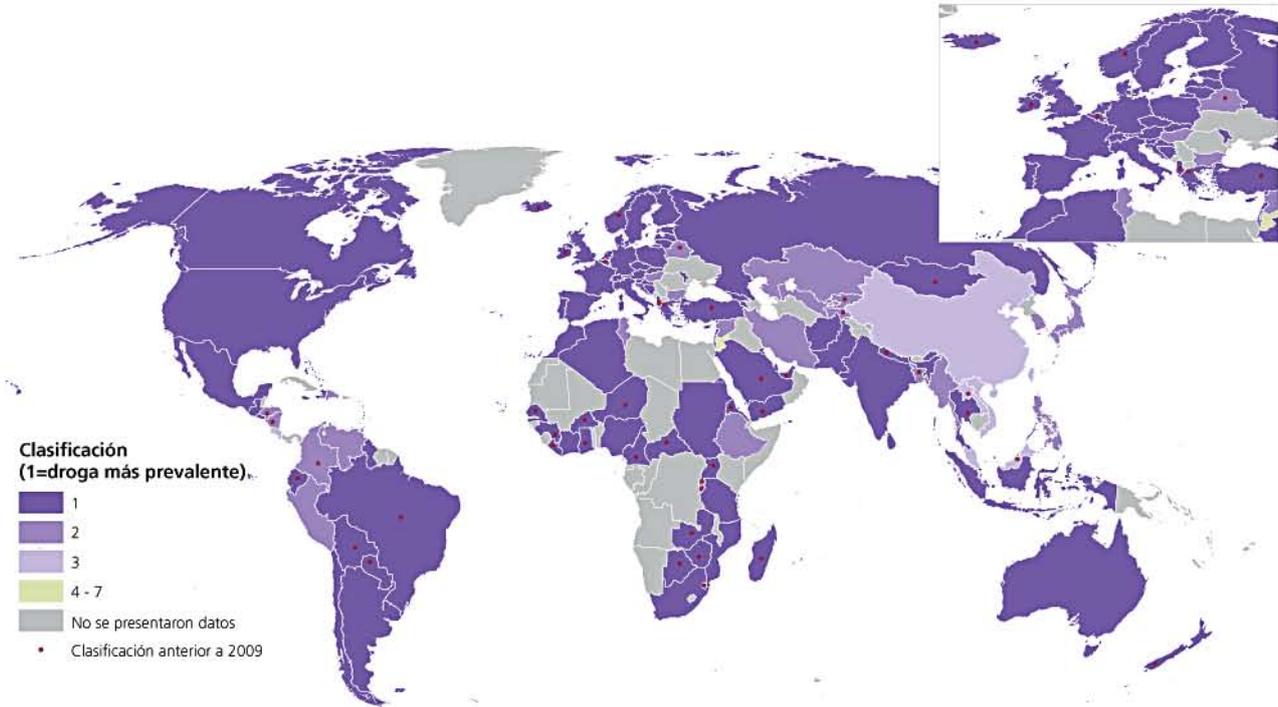
Hasta el momento se sabe muy poco acerca de la farmacología y toxicología de estos compuestos. Algunos partes médicos indican que los problemas de salud relacionados con el consumo de estos productos herbales parecen ser muy similares a los problemas que produce el consumo de cannabis\*\*\*. Entre los síntomas más frecuentes mencionados se encuentran los problemas cardiovasculares y los trastornos psicológicos, tales como ataques de pánico. Varias de estas sustancias podrían tener un potencial adictivo más alto que el cannabis dada la rapidez con que se adquiere tolerancia. Algunos cannabinoides sintéticos, por ejemplo el HU-210, el CP 55,940 y el WIN-55,212-2, que actúan como agonistas plenos en el receptor CB1, pueden causar intoxicaciones graves e incluso potencialmente mortales en caso de sobredosis. Además, debido a las características estructurales de determinados aminoalquilindoles, es posible también que tengan efectos carcinógenos.

\* Howlett y otros, 'Unión Internacional de Farmacología. XXVII. Classification of cannabinoid receptors', *Pharmacol Rev*, 2002. 54(2): págs. 161 a 202.

\*\* Huffman y otros, 'Structure-activity relationships for 1-alkyl-3-(1-naphthoyl)indoles at the cannabinoid CB1 and CB2 receptors: steric and electronic effects of naphthoyl substituents. New highly selective CB2 receptor agonists,' *Bioorganic and Medicinal Chemistry*, 2005, 13(1): págs. 89 a 112.

\*\*\* Vardakou y otros, 'Spice drugs as a new trend: mode of action, identification and legislation,' *Toxicology Letters*, 2010. 197(3): págs. 157 a 162.

**Mapa 42: Orden de importancia del cannabis en función de la prevalencia, 2009 (o último año disponible a partir de 2005)**



Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira convenida por la India y el Pakistán. El estatus definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido aprobado por las partes.



### 5.3 Producción

Prácticamente todos los países del mundo producen cannabis, lo que hace que esta droga ilícita sea la más difundida. La hierba de cannabis se produce principalmente para consumo en los mercados internos o regionales, mientras que la resina de cannabis se trafica a través de mayores distancias. Los países que se citan con más frecuencia en los mercados de consumo como países de origen de la resina de cannabis son el Afganistán, Marruecos, el Líbano, Nepal y la India. Los intentos de calcular la producción de cannabis se ven frustrados debido a las graves deficiencias de la información, descritas detalladamente en ediciones anteriores del *Informe Mundial sobre las Drogas*. En el de 2009, se estimó que la producción de la hierba de cannabis oscilaba entre las 13.300 t y las 66.100 t, y la de resina de cannabis

entre 2.200 t y 9.900 t. Partiendo de esos datos, la superficie total dedicada al cultivo de cannabis se estimó entre 200.000 ha y 641.800 ha. El cálculo se basó en los niveles mínimo y máximo calculados a partir de los informes sobre el cultivo y la producción, las incautaciones de cannabis y las tasas de prevalencia del consumo. En 2010, estos indicadores no mostraron cambios apreciables que justificaran una actualización de las estimaciones de la producción, teniendo en cuenta la amplitud del intervalo entre los niveles extremos. En consecuencia, los cálculos de producción no se actualizaron para los propósitos de la presente edición. Este capítulo se centra en algunas tendencias de producción del último año, prestando especial atención a las tendencias de la potencia.

**Cuadro 39: Actualización de la información disponible sobre el alcance del cultivo y la producción de cannabis en los principales países productores, 2009\***

Fuente: UNODC, CPIA de 2009 a menos que se especifique otra cosa.

País	Superficie cultivada (ha)	Erradicación		Superficie cosechable (ha)	Producción (toneladas)	
		Superficie (ha)	Plantas		Resina	Hierba
Afganistán <sup>20</sup>	9.000-29.000 (2010)			9.000-29.000 (2010)		
Belarús	300			300		
Bolivia <sup>21</sup>			1.910.857 (kg)		1.200-3.700 (2010)	
Guatemala			429.610 (kg)			
India	4.265	4.265		0		
Líbano	1.310	1.310		0		
México		16.547		17.500 <sup>22</sup>		
Marruecos				47.500 <sup>23</sup>		
Nigeria		925				
Filipinas			477.927 (kg)			
Sudáfrica	880	567		313		657 <sup>24</sup>
España						29
Sri Lanka	500					
Swazilandia		542				
EE.UU. <sup>25</sup>			9.980.038 plantas cultivadas al aire libre/ 414.604 plantas cultivadas bajo techo			

\* U otro año. si se menciona.

20 UNODC, *Afghanistan cannabis survey 2010* (preliminar).

21 OEA, Mecanismo de Evaluación Multilateral, Evaluación del progreso de control de drogas 2007-2009.

22 Departamento de Estado de los Estados Unidos, *International Narcotics Control Strategy Report*, 2011.

23 Nota Verbal a la UNODC, 27 de diciembre de 2010.

24 Calculado a partir de la superficie cosechable, el número de cosechas y las cifras de rendimiento (UNODC, CPIA 2009).

25 Departamento de Estado de los Estados Unidos, Dirección de Lucha contra las Drogas, 2009.

### El cultivo de cannabis en algunos de los principales países productores

En 2010, la UNODC y el Gobierno del Afganistán llevaron a cabo conjuntamente una encuesta en el país, uno de los más importantes productores de resina de cannabis. Los resultados del primer estudio sobre el cannabis realizado en 2009 indican que el Afganistán es uno de los principales países productores de resina de cannabis y que el cannabis se ha convertido en un competidor de la adormidera como cultivo lucrativo para los agricultores del país. En el estudio preliminar de 2010, no se observaron cambios importantes en los niveles de cultivo y producción con respecto a 2009. El intervalo de la superficie cultivada iba de 9.000 ha a 29.000 ha, frente a 10.000 ha y 24.000 ha en 2009. Asimismo, la producción de resina osciló entre 1.200 t y 3.700 t en comparación con las 1.500 t y las 3.500 t registradas en 2009.

La importancia del Afganistán como productor de resina de cannabis se refleja en las incautaciones comunicadas por otros países. El 10% de los países que comunicaron incautaciones de cannabis citaron al Afganistán como país de origen de esa sustancia. El Gobierno de Marruecos comunicó una reducción de la superficie de cultivo a 47.500 ha,<sup>26</sup> aunque siguió siendo citado como país de origen por la mayoría de los países que comunicaron incautaciones de

resina de cannabis a la UNODC (19%). Esto sugiere que Marruecos continúa siendo uno de los principales productores de resina de cannabis. Los datos sobre las incautaciones y los precios en Europa sugieren que el suministro de cannabis desde Marruecos a la región se ha mantenido igual o ha disminuido levemente.

Otros países tales como el Líbano, España (como país de tránsito del cannabis proveniente de Marruecos), Turquía y la India empezaron a ser citados cada vez con mayor frecuencia como países de origen del cannabis. La India comunicó la existencia de grandes cultivos de cannabis y la posterior erradicación de 4.265 ha.

Se desconoce la cantidad de hierba de cannabis que se produce en los Estados Unidos, pero se cree que es considerable y va en aumento. Esto se refleja en el constante aumento de la erradicación de plantas de cannabis, cultivadas principalmente en terrenos públicos por grupos delictivos extranjeros (presumiblemente, grupos delictivos/organizaciones de tráfico de drogas caucásicos, asiáticos, cubanos y mexicanos).<sup>27</sup> Se cree que también ha aumentado la producción bajo techo. Sin embargo, el número de plantas cultivadas bajo techo erradicadas se mantiene estable.<sup>28</sup>

Aunque el Gobierno mexicano no calcula su nivel de producción nacional,<sup>29</sup> los informes de los Estados Unidos sugieren que el cultivo de cannabis en México ha aumentado de 5.600 ha, en 2005, a 17.500 ha en 2009. De acuerdo con fuentes de los Estados Unidos, este aumento podría ser resultado de un cambio de la estrategia policial, que pasó de centrarse en la reducción de los cultivos ilícitos a ocuparse de las tareas de seguridad pública.<sup>30</sup>

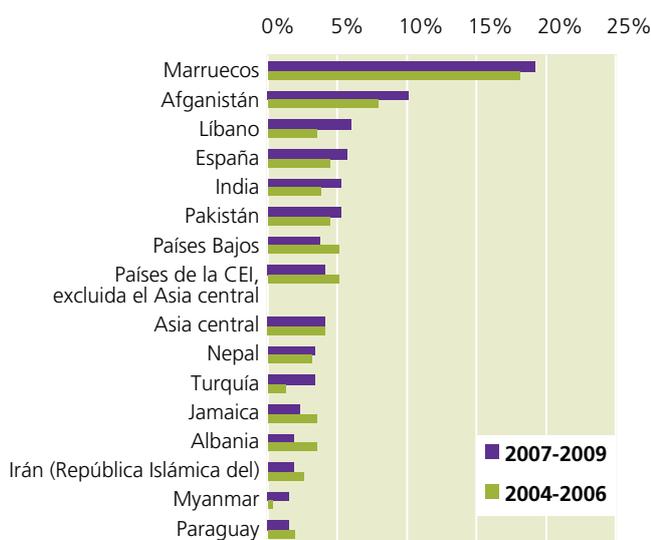
Se cree que la producción de cannabis en Europa está aumentando,<sup>31</sup> sobre todo la producción bajo techo, y está cada vez más controlada por grupos delictivos organizados. En la actualidad, la hierba de cannabis se produce con frecuencia dentro de Europa (29 países europeos comunicaron cultivos a nivel nacional en 2008), más cerca de su mercado de destino y por tanto, con menos riesgo de ser interceptada.<sup>32</sup>

### Cambios en las concentraciones de THC

En fecha reciente se afirmó que había habido un fuerte aumento de las concentraciones de THC, el principal componente activo del cannabis (o, dicho de otro modo, de su "potencia"). La concentración de THC en el cannabis ha cambiado con frecuencia en diferentes países. La recopilación más sistemática y normalizada de las concentraciones

**Fig. 154: Principales países de origen\* de resina de cannabis comunicados a la UNODC en los períodos 2007-2009 y 2004-2006\*\***

\* País de origen no siempre significa el país donde se produjo; también puede indicar el último país de tránsito conocido.  
 \*\* Número de veces que los países fueron citados como países de origen, expresado como proporción de los países que presentaron informes.  
 Fuente: UNODC, CPIA.



26 La última encuesta conjunta llevada a cabo por la UNODC y el Gobierno de Marruecos fue en 2005.

27 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*.

28 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Dirección de Lucha contra las Drogas, 2009.

29 En la actualidad, el Gobierno de México está elaborando su propia encuesta de producción de cannabis, en colaboración con la UNODC.

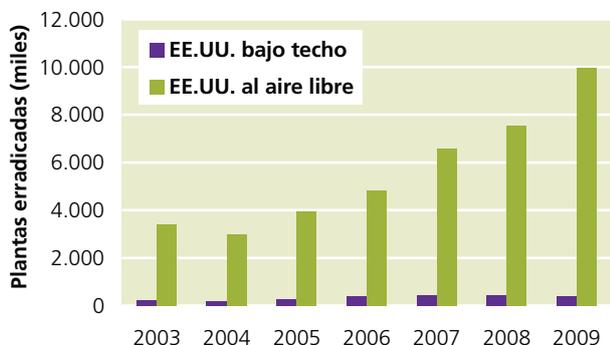
30 Departamento de Estado de los Estados Unidos, *International Narcotics Control Strategy Report*, 2011.

31 OEDT, *Annual Report 2010*.

32 Ibid.

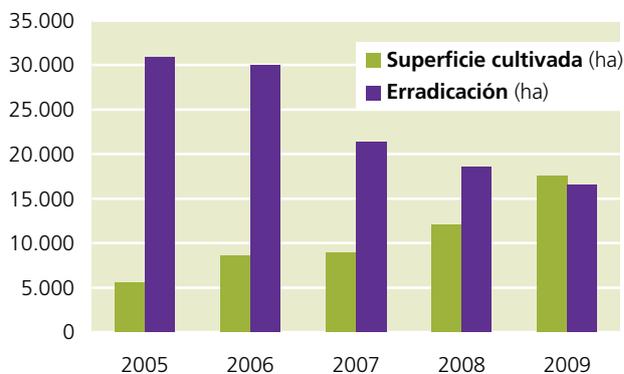
**Fig. 155: Plantas de cannabis erradicadas en lugares de cultivo al aire libre y bajo techo en los Estados Unidos, 2003-2009**

Fuente: Departamento de Justicia de los Estados Unidos, Dirección de Lucha contra las Drogas, 2009.

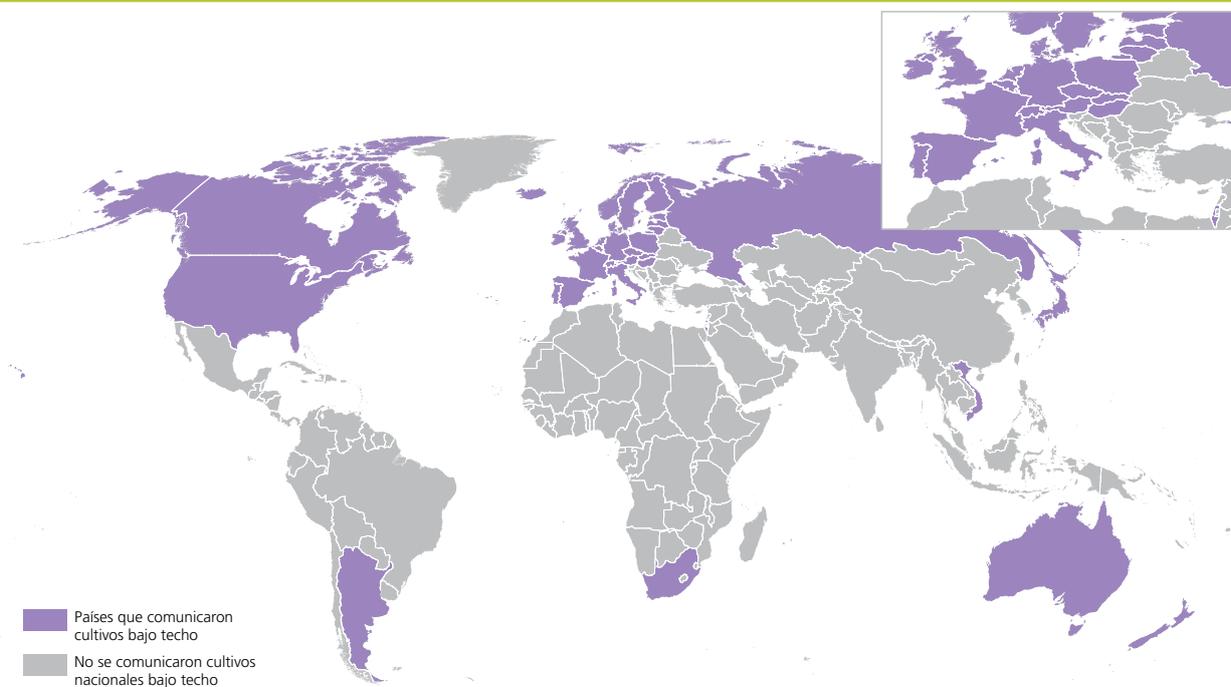


**Fig. 156: Cifras de cultivo y erradicación de México, 2005-2009**

Fuentes: UNODC, CPIA; *US International Narcotics Control Strategy Report*.



**Mapa 43: Pruebas de la existencia de cultivos bajo techo en el mundo**



Fuentes: UNODC, CPIA 2008-2009; Informes nacionales a la JIFE 2007-2010; INCSR 2010 2011; Trigésima tercera Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, Asia y el Pacífico (Denpasar, Indonesia, 6 a 9 octubre de 2009); Kilmer and Hoorens, *Understanding illicit drug markets, supply-reduction efforts and drug-related crime in the European Union*, RAND Europe, 2010; REITOX, informes, informes nacionales presentados al OEDT, 2009-2010; OEA, *Mecanismo de Evaluación Multilateral*, 2008; Departamento de Policía de los Países Bajos (KLPD-IPOL).

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

de THC, que se presenta a continuación, se realiza en los Estados Unidos, los Países Bajos y Alemania.<sup>33</sup>

*Concentración de THC en la hierba de cannabis en los Estados Unidos, los Países Bajos y Alemania*

A finales de la década de 1990 y principios de la de 2000, tanto los Estados Unidos como los Países Bajos experimentaron un aumento del contenido medio de THC en sus

productos de hierba de cannabis. En los Estados Unidos, la concentración de THC media en la sin semilla se duplicó, pasando del 6% al 13% desde principios de 1990 hasta fines de la misma década, tras lo cual el nivel disminuyó y se mantuvo prácticamente estable en torno al 11% en el último decenio<sup>34</sup>. Al mismo tiempo, los contenidos de THC de la marihuana más común son considerablemente más bajos, ya que la marihuana que se consume en los Estados Unidos se cultiva principalmente al aire libre; los

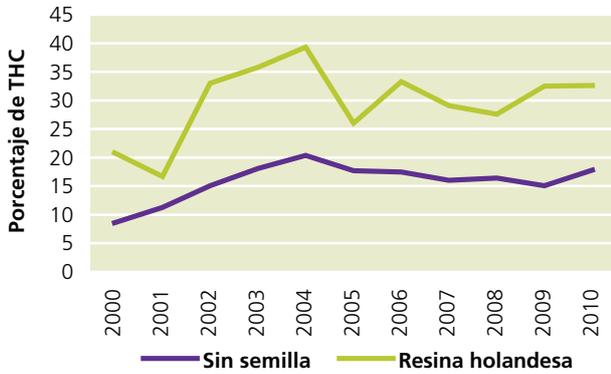
33 Concentración medida en muestras: en los EE.UU., 46.211 muestras decomisadas por órganos encargados de hacer cumplir la ley; en los Países Bajos, muestras reunidas anualmente en 50 cafés seleccionados al azar; en Alemania, calculada sobre la base de los datos de las incautaciones; 9.250 muestras en 2009.

34 Estos son valores medios y los intervalos de potencia no han cambiado. El cannabis de alta potencia también se encontraba disponible en el pasado, pero era menos común.

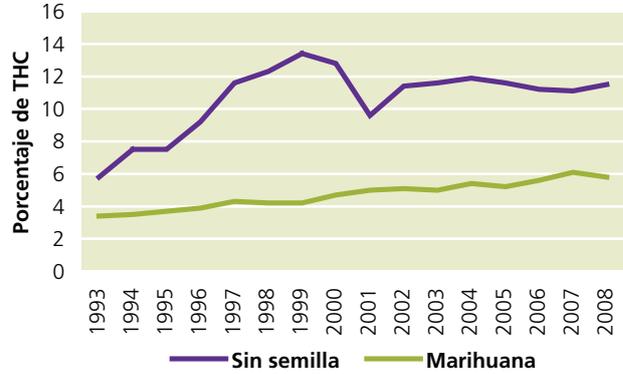
**Fig. 157: Concentraciones de THC en diferentes productos del cannabis en los Países Bajos, los Estados Unidos y Alemania, en distintos períodos**

Fuentes: THC-concentraties in wiet, nederwriet en hasj in Nederlandse coffeeshops 2009-2010; THC-concentraties in wiet, nederwriet en hasj in Nederlandse coffeeshops 2005-2006; Mehmedic, Z. et al, "Potency Trends of 9-THC and Other Cannabinoids in Confiscated Cannabis Preparations from 1993 to 2008, Journal of Forensic Sciences, September 2010, Vol. 55, No. 5, págs. 1209 a 1217; informe nacional de 2010 (datos de 2009) presentado al OEDT por Reitox, National Focal Point for Germany.

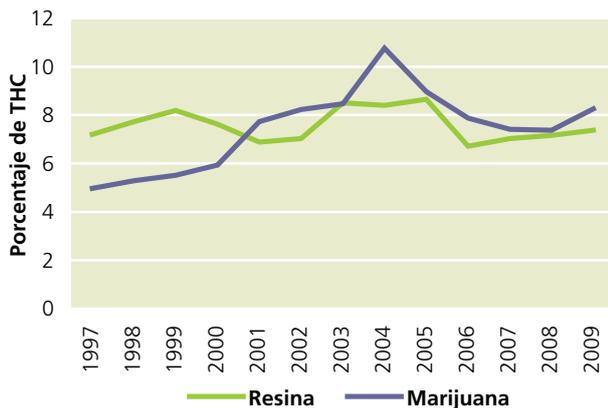
**Sin semilla y resina holandesa en los Países Bajos, 2000-2010**



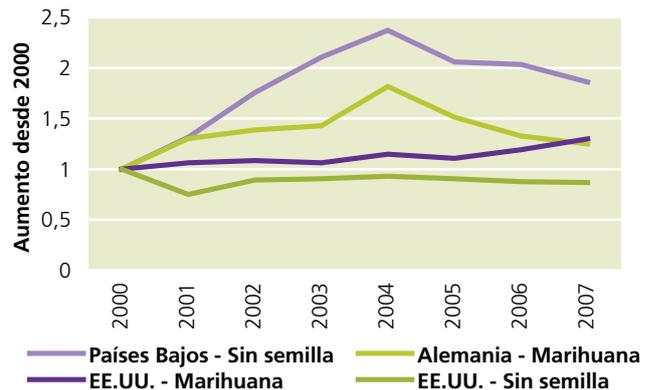
**Sin semilla y marihuana en los Estados Unidos de América, 1993-2008**



**Resina de cannabis y marihuana en Alemania, 1997-2009**



**Aumento de la concentración de THC en la sin semilla (EE.UU. y los Países Bajos) y en la marihuana (EE.UU. y Alemania), 2000-2007 (año base: 2000)**



contenidos de THC en la marihuana presentaron una tendencia al aumento, lento pero sostenido, durante 15 años.

En los Países Bajos, se llevan a cabo análisis anuales desde 2000 y los resultados muestran un marcado aumento en la concentración de THC de la sin semilla a principios de la década de 2000, que pasó del 9% al 19%. Esto se atribuye al consumo cada vez más frecuente de variedades mejoradas, al cultivo bajo techo y a la utilización de técnicas avanzadas. Si bien estas técnicas ya se encontraban disponibles en la década de 1980, el perfil de los cultivadores ha pasado a ser el de profesionales organizados. Sin embargo, desde 2004, la tendencia general fue a la disminución, con una concentración del 15% en 2009. En Alemania, la concentración de THC en la marihuana, que es un grupo más amplio que la sin semilla, muestra una tendencia similar, duplicando su contenido de THC, del 5% en 1997, a más del 10% en 2004, y disminuyendo nuevamente al 8% en 2009. Estas tendencias paralelas probablemente reflejen fuentes semejantes de producción. Los informes relativos a otros países están fragmentados y son menos sistemáticos;

los países europeos que comunicaron suficientes datos sobre la hierba de cannabis informaron acerca de tendencias divergentes para el período de 2003 a 2008. Seis países comunicaron un aumento; otros cuatro, una disminución<sup>35</sup>.

**Concentración de THC en la resina de cannabis**

En los Países Bajos, los contenidos de THC de la resina del cannabis muestran una tendencia creciente parecida a la de la sin semilla. El nivel en los Países Bajos aumentó del 20% a casi el 40% a principios de la década de 2000, para luego disminuir a alrededor del 30% entre 2005 y 2010. En Alemania, los contenidos de THC han oscilado alrededor del 8% y no presentan un cambio a largo plazo. El contenido de THC de la resina de cannabis en otros países europeos siguió pautas divergentes: algunos países mostraron un aumento y otros una disminución.

35 OEDT, *Annual Report 2010*.



## 5.4 Tráfico

De los cuatro grandes grupos de drogas, los derivados del cannabis constituyen el tipo de droga ilícita que más se trafica y que se obtiene con mayor facilidad. Los informes sobre las incautaciones de cannabis se refieren principalmente a la hierba y a la resina de cannabis, pero también puede tratarse de la planta, el aceite y la semilla de cannabis. En todo el mundo se incautan grandes cantidades de hierba de cannabis, mientras que las incautaciones de resina de cannabis se concentran principalmente en Europa, el África septentrional y el Medio Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental, lo que pone de manifiesto los lugares donde se produce y los principales mercados de consumo de dicha sustancia. El hecho de que la producción de resina de cannabis se lleve a cabo en gran medida en países alejados de los principales mercados de consumo, crea la necesidad de que el tráfico se realice a través de diferentes regiones, a diferencia del tráfico de la hierba de cannabis, que es más localizado.

### Hierba de cannabis

Tras sufrir una leve disminución (8%) en 2008, las incautaciones mundiales de hierba de cannabis en 2009 volvieron a los niveles registrados en 2006 y 2007, alcanzando un total de 6.022 t. América del Norte representó el 70% de las incautaciones mundiales, seguida por África (11%), América del Sur (10%), Asia (6%) y Europa (3%).

Dada la relativa facilidad del cultivo de cannabis, el suministro de hierba de cannabis suele ser de origen local, con el resultado de que las modalidades del tráfico tienden a ser más localizadas, en comparación con las de la resina de cannabis u otras drogas. En las respuestas al CPIA de 2009, de los 68 países que proporcionaron información sobre el país de origen de la hierba de cannabis que se traficaba en sus territorios, 44 de ellos estimaron que parte o toda la hierba de cannabis se originaba en su propio territorio. En estos últimos, el 75% de la hierba se originaba, por término medio, en su territorio.<sup>36</sup>

Los precios al por menor de la hierba de cannabis muestran una considerable variación tanto interregional como intraregional, incluso cuando se ajustan para tener en cuenta las diferencias en el poder adquisitivo. Los precios al por menor parecen estar determinados tanto por la disponibilidad de la hierba de cannabis, que a su vez está vinculada a los niveles de producción interna, como por los ingresos disponibles de los consumidores. En general, los precios son considerablemente más bajos en África y en América Central, América del Sur y el Caribe. Algunos de los precios más bajos se registraron en el Togo, la India, Guatemala y la República Unida de Tanzania, mientras que el precio más alto se registró en el Japón. El bajo precio en algunos de estos países podría deberse en parte a la gran producción, si bien es probable que los niveles de los ingresos también desempeñen un papel importante. Del mismo modo, es

**Fig. 158: Incautaciones de hierba de cannabis en todo el mundo, 1999-2009**

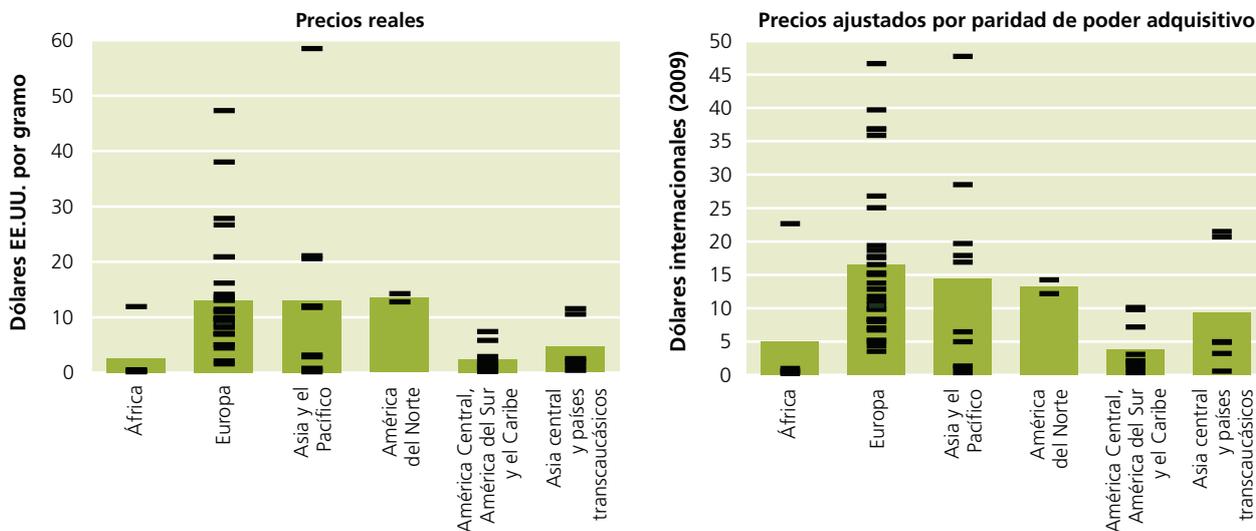
Fuente: UNODC, DELTA.



<sup>36</sup> El cálculo se basa en los 33 países que proporcionaron porcentajes. Los 11 restantes mencionaron sus propios países pero no especificaron la proporción.

**Fig. 159: Precios al por menor de la hierba de cannabis en todo el mundo, por región, 2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



posible que el precio en el Japón sea alto en parte por el alto nivel de ingresos del consumidor y, en parte, porque a diferencia de lo que suele suceder en otros países, la mayor parte de la hierba de cannabis del país es importada.

### América

Las incautaciones de hierba de cannabis en América del Norte aumentaron de 3.205 t en 2008 a 4.189 t en 2009, impulsadas por un gran aumento tanto en México como en los Estados Unidos, que siguieron comunicando las mayores incautaciones de hierba de cannabis en todo el mundo. México produce grandes cantidades de hierba de cannabis que trafica en los Estados Unidos. En 2009, las incautaciones en los Estados Unidos alcanzaron el nivel sin precedentes de 2.049 t, es decir, un aumento de un tercio con respecto al año anterior, y se registró un aumento parecido en México, donde las incautaciones pasaron, de 1.658 t en 2008, a 2.105 t en 2009.

En México, las incautaciones se realizaron fundamentalmente cerca de las zonas de cultivo o de la frontera con los Estados Unidos. En 2009, correspondió a los estados contiguos de Sinaloa, Durango, Chihuahua y Sonora el 75% de las incautaciones de hierba de cannabis, mientras que a Sinaloa, Chihuahua y Durango correspondió el 76% de la erradicación, y a los estados de Nayarit, Jalisco, Michoacán, Guerrero y Oaxaca, en la costa del Pacífico, otro 20% de la erradicación.

Parte de la oferta de hierba de cannabis en el mercado de consumo de los Estados Unidos se abastece localmente y parte se abastece desde México y, en menor medida, desde el Canadá. En 2008, las incautaciones fronterizas de hierba de cannabis hechas por las autoridades de los Estados Unidos ascendieron a 1.253 t en la frontera con México y a 3 t en la frontera con el Canadá. Sobre la base de datos parciales correspondientes a 2009, las incautaciones en ambas fronteras aumentaron ese año, pero permanecieron concentradas en la frontera con México. Según las autori-

dades de los Estados Unidos, había amplia disponibilidad de la hierba de cannabis en México debido, en parte, al aumento de la producción en ese país.<sup>37</sup>

Los Estados Unidos también informaron que organizaciones extranjeras de narcotraficantes se estaban dedicando cada vez más al cultivo de cannabis bajo techo y al aire libre, y que sus redes de distribución se estaban expandiendo. El Canadá informó que grupos delictivos organizados asiáticos seguían especializándose en el cultivo de cannabis mientras que las organizaciones delictivas indo-canadienses y de Europa oriental practicaban el contrabando a través de la frontera.

En América del Sur, siguieron las incautaciones de grandes cantidades de hierba de cannabis, así como de plantas de cannabis. Las incautaciones en la región alcanzaron su nivel máximo, 946 t, en 2007, y después disminuyeron dos años seguidos, con un total en 2009 de 598 t. Las incautaciones más grandes se registraron en Colombia, donde disminuyeron, de 255 t en 2008, a 209 t, y en el Brasil, donde también se redujeron, de 187 t en 2008, a 131 t. En términos relativos, se registró un considerable aumento en la República Bolivariana de Venezuela, donde las incautaciones aumentaron en un 58% en 2009, alcanzando 33 t, el nivel más alto desde 1990.

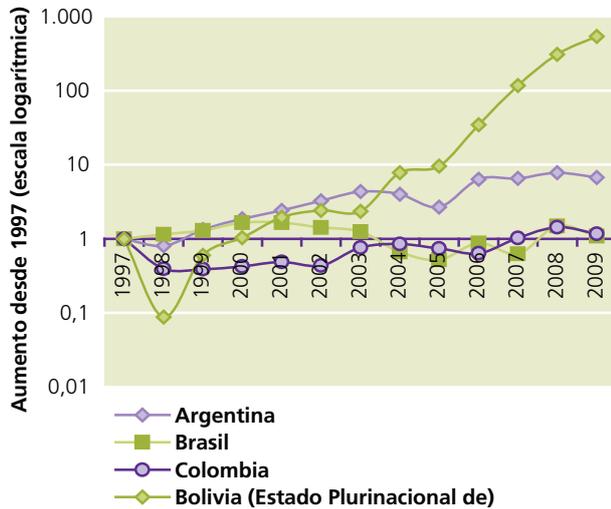
Si se consideran las incautaciones de distintos tipos de cannabis en su conjunto (hierba, planta, resina, aceite y semilla) el Estado Plurinacional de Bolivia registró un aumento sostenido entre 1998 y 2009. Las cantidades comunicadas, que incluyen principalmente plantas de cannabis, ascendieron a 320 kg en 1998, a 28 t en 2004 y a 1.937 t en 2009. Datos preliminares indican que el total de las incautaciones se redujo a 1.073 t en 2010.

<sup>37</sup> Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*.

**Fig. 160: Aumento de las incautaciones de cannabis (cifras globales)\* en determinados países de América del Sur, 1997-2009 (referencia: 1997)**

\* Hierba, planta, resina, aceite y semilla de cannabis. Para los propósitos de la agregación, se supone que el peso de una planta de cannabis es de 100 gramos.

Fuente: UNODC, DELTA.



Los altos niveles de las incautaciones recientes de planta de cannabis en el Estado Plurinacional de Bolivia son comparables con las incautaciones hechas en el Paraguay en 2007 y 2008 —4.667 t en 2007 y 5.185 t en 2008. En Guatemala también se comunicaron grandes incautaciones de plantas de cannabis: 10,8 millones en 2008 y 4,3 millones en 2009.

### África

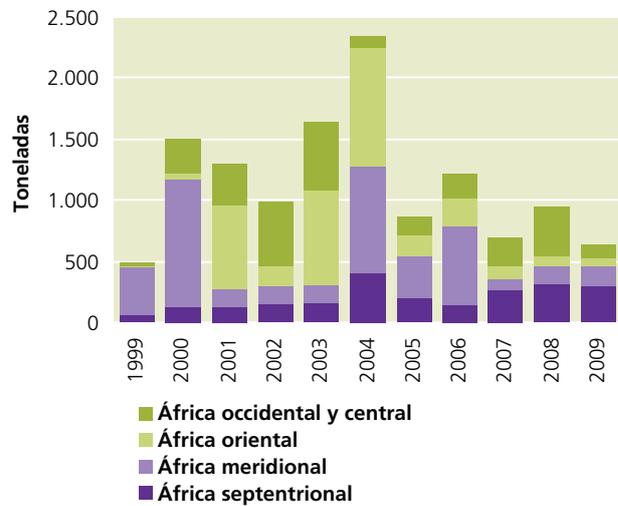
Las incautaciones de hierba de cannabis en África fluctuaron considerablemente en los últimos años, tras lo cual siguieron una tendencia en general decreciente después de alcanzar el nivel más alto en 2004. En 2009, las incautaciones totales en África disminuyeron a 640 t, de las 936 t registradas en 2008. Esta disminución se debió en parte a una gran reducción en Nigeria.

Aunque la hierba de cannabis se sigue traficando en toda África, las incautaciones tienden a concentrarse en un corto número de países. Durante el período de 2000 a 2009, la UNODC recogió datos sobre las incautaciones de hierba de cannabis en 48 países africanos. Sin embargo, las incautaciones en siete de estos países (Egipto, Kenya, Malawi, Marruecos, Nigeria, la República Unida de Tanzania y Sudáfrica) representaron el 90% o más del total anual para África cada año, de 2000 a 2009, y el 94% de la cantidad incautada en África durante todo ese período.

En 2007 y 2008, Nigeria comunicó las mayores incautaciones anuales de hierba de cannabis en África. Sin embargo, en 2009 las incautaciones en ese país se redujeron en casi dos tercios, de 336 t en 2008 a 115 t. Nigeria estimó que en 2009 la hierba de cannabis en su territorio se originaba en su totalidad en el propio país, pero se destinaba a los

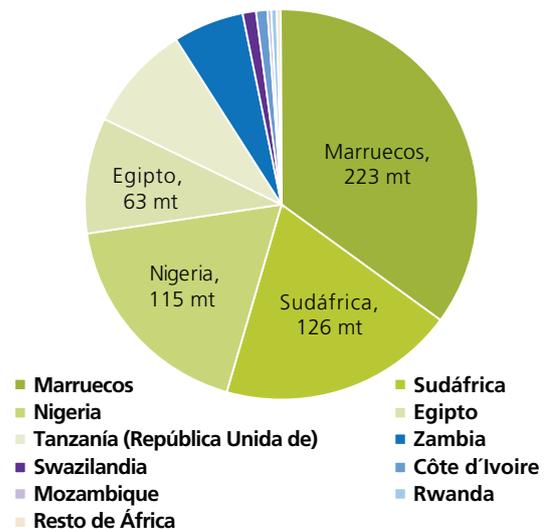
**Fig. 161: África: incautaciones de hierba de cannabis por subregión, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



**Fig. 162: África: incautaciones de hierba de cannabis, por país, 2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



Países Bajos (50%), el Japón (30%) e Italia (20%). Nigeria también comunicó un notable aumento en el precio del cannabis al pie de la plantación, que pasó de 8.000 naira por kg en 2008, a 35.000 naira por kg en 2009. Tanto la disminución de las incautaciones como el alza de los precios se atribuyeron a la destrucción de plantaciones de cannabis por funcionarios de las fuerzas del orden de Nigeria.

Marruecos se siguió incautando de grandes cantidades de "kif", que consiste en ciertas partes de la hierba del cannabis que pueden ser transformadas en resina de cannabis.<sup>38</sup>

<sup>38</sup> Stambouli, H., El Bouri, A., Belliman, M. A., Bouayoun, T. y El Karn, N., "Cultivation of Cannabis sativa L. in northern Morocco",

Sin embargo, otros países también han citado a Marruecos como país de origen de la hierba de cannabis y, a veces, también de resina de cannabis. Las incautaciones de “kif” ascendieron a 223 t en 2009, frente a 187 t en 2010. En 2009, las incautaciones de hierba de cannabis disminuyeron en Egipto, de 81 t en 2008, a 63 t, y en la República Unida de Tanzania, de 70 t en 2008, a 56 t.

Sudáfrica continuó siendo país de origen, consumo y tránsito de hierba de cannabis. Según parece, los puertos del país sirven como puerta de entrada para la hierba de cannabis que se produce en países vecinos, y como puerta de salida para la exportación de la producida en el propio país a los mercados de consumo fuera de África. Esto refleja el papel que desempeña este país como principal centro de transbordo para el comercio legítimo. Sudáfrica considera que, en 2009, el 80% de la hierba de cannabis en su territorio provenía de países vecinos (Lesoto y Swazilandia). Además, se estima que el 30% estaba destinado a los mercados de consumo de Europa. Las incautaciones en Sudáfrica ascendieron a 126 t en 2009. En las respuestas al CPIA de 2007-2009, otros países citaron a Sudáfrica ocho veces como país de origen de la hierba de cannabis. Contrariamente a la tendencia prevaleciente del tráfico localizado de la hierba de cannabis, siete de esas menciones fueron de países situados fuera de África.

### Asia y el Pacífico

En 2009, la región de Asia y el Pacífico representó el 5,5% de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis. Las incautaciones en la región aumentaron por segundo año consecutivo, alcanzando 333 t en 2009. Los incrementos se deben principalmente a las cantidades incautadas en la India e Indonesia, que comunicaron, con mucho, las mayores incautaciones de la región.

En 2008, las incautaciones en Indonesia alcanzaron el nivel sin precedentes de 141 t. Un año más tarde disminuyeron a 111 t, pero se mantuvieron altas en comparación con los niveles históricos, que entre 2003 y 2007 alcanzaron una media de 20 t. Indonesia estimó que el 99% de la hierba de cannabis que se hallaba en su territorio se originaba en el propio país. La elevación de los niveles se atribuyó a la intensificación de los esfuerzos de aplicación de la ley, y la disminución de 2009 al éxito de los programas de desarrollo alternativo.

En 2009, las incautaciones de hierba de cannabis en la India aumentaron en casi dos tercios, de 103 t en 2008, a 171 t, el nivel más alto alcanzado desde 1994. La India estimó que el 81% del cannabis incautado en su territorio en 2009 se originaba en el país, en tanto que el resto provenía de Nepal. Una proporción sin especificar estaba destinada a Bangladesh. En 2008, las incautaciones de hierba de cannabis en Nepal ascendieron a 9,6 t (el nivel más alto desde 1987), y aumentaron en un 73% más en 2009, llegando a las 17 t.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> *Bulletin on Narcotics*, Volume LVII, Nos. 1 y 2, 2005.

<sup>39</sup> Decimoquinta Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, febrero de 2010, Tokio,

**Fig. 163: Incautaciones de hierba de cannabis en la región de Asia y el Pacífico, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



Según las autoridades tailandesas,<sup>40</sup> el cultivo de la hierba de cannabis se ha reducido marcadamente después de 20 años, y las pautas más recientes de tráfico de esta sustancia consisten en la entrada de contrabando en el país desde la República Democrática Popular Lao y su envío desde Tailandia hacia Malasia. Las incautaciones de hierba de cannabis en Tailandia ascendieron a 19 t en 2008 y a 18 t en 2009. También se incautaron importantes cantidades en Malasia en 2009 (2,4 t, frente a 875 kg en 2008),<sup>41</sup> y en Filipinas (1,9 t, frente a 3,7 en 2008).

En el Japón, las incautaciones pasaron, de 504 kg en 2007, a 207 kg en 2009. Esta disminución se atribuye a una reducción de los casos de importación ilegal acompañada de un aumento del cultivo ilícito interno de cannabis. Según las autoridades japonesas, se descubrió un caso de cultivo bajo techo a gran escala, en el que estaban involucrados seis nacionales vietnamitas y un japonés.<sup>42</sup> Además, el número de detenciones por el cultivo de cannabis aumentó, de 207 en 2008, a 243 en 2009, mientras que el número de detenciones por contrabando de cannabis disminuyó, de 85 en 2008, a 48 en 2009.<sup>43</sup> No obstante, en

<sup>40</sup> Japón, informe de Nepal.

<sup>40</sup> Decimoquinta Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, febrero de 2010, Tokio, Japón, informe de Tailandia y de la Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes de Tailandia, ponencia presentada a la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

<sup>41</sup> Datos recopilados por DAINAP.

<sup>42</sup> División de Información Internacional, Departamento de Fiscalización de Estupefacientes, Japón. Ponencia presentada a la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea.

<sup>43</sup> División de Drogas y Armas de Fuego, Organismo Nacional de Policía, Japón. Ponencia presentada a la Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República

2009 la hierba de cannabis siguió siendo introducida en el Japón de contrabando desde otros países, tales como Botswana, Francia, Sudáfrica y los Estados Unidos.<sup>44</sup>

Las incautaciones de hierba de cannabis en Oceanía han disminuido considerablemente tras alcanzar su nivel máximo en 2001, principalmente debido a las incautaciones realizadas en Australia. En 2009, las incautaciones en Nueva Zelanda ascendieron a 759 kg, mientras que en Australia fueron de 629 kg,<sup>45</sup> en 2009, y 745 kg en 2008, mucho menos que los niveles anteriores registrados en el país, que alcanzaron una media de 6,1 t entre 2001 y 2003. Pese a la alta tasa de prevalencia del consumo de cannabis en Australia, las cantidades incautadas son relativamente pequeñas, incluso cuando se comparan sobre una base per cápita con mercados de consumo similares tales como Europa y los Estados Unidos.

### Resto del mundo

En el Asia central, las mayores cantidades de hierba de cannabis se siguieron incautando en Kazajstán (26 t en 2009), donde parte de la hierba abastecía el mercado interno, parte estaba destinada a otros mercados tales como la Federación de Rusia, donde también se registraron importantes incautaciones (33 t, lo que supuso un aumento, frente a 25 t en 2008). Las incautaciones en Europa occidental y central ascendieron a 101 t, manteniendo básicamente el nivel más alto de 2008.

En los últimos años, las incautaciones de hierba de cannabis en Turquía siguieron una marcada tendencia creciente, al punto que se sextuplicaron en cinco años, pasando de 6,8 t en 2004, al nivel sin precedentes de 42 t en 2009. Según

las autoridades turcas,<sup>46</sup> el aumento del tráfico de cannabis se debió al cultivo ilícito en algunas zonas rurales del país.

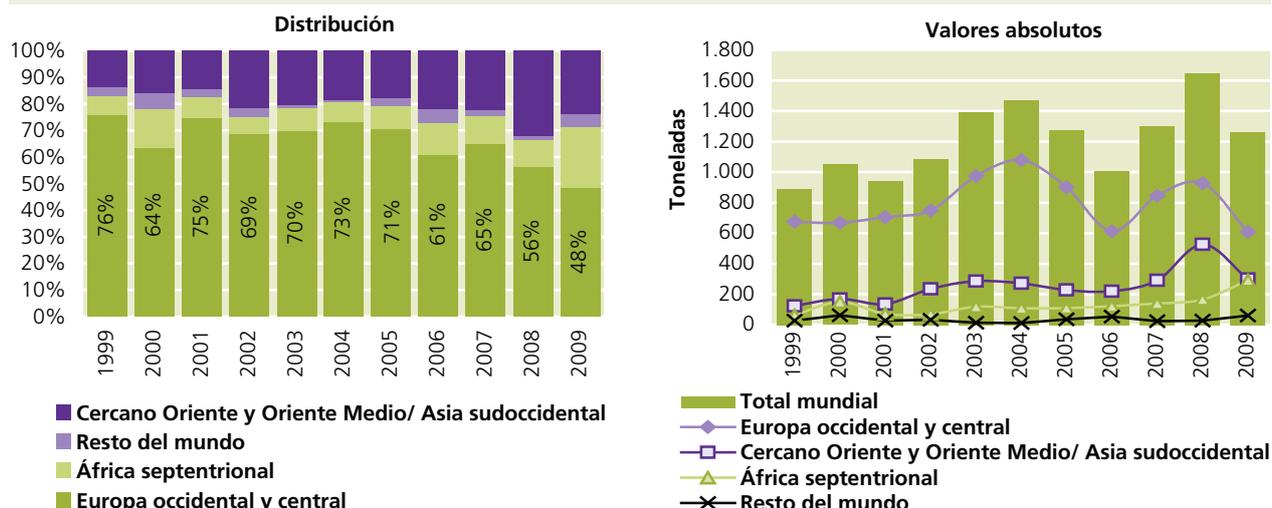
### Resina de cannabis

Las incautaciones mundiales de resina de cannabis alcanzaron la cifra sin precedentes de 1.648 t en 2008, y en 2009 disminuyeron a 1.261 t, nivel comparable a los registrados en años anteriores. Todos los años, a partir de 2001, las subregiones de Europa occidental y central, el Cercano Oriente y el Oriente Medio, el Asia sudoccidental y el África septentrional representaron el 95% o más de las incautaciones mundiales de resina de cannabis. El porcentaje atribuible a Europa occidental y central disminuyó gradualmente, de 73% en 2004, a 48% en 2009. Este último año marcó un cambio significativo en las incautaciones de resina de cannabis, que pasaron de los mercados de consumo de Europa occidental y central al África septentrional, importante fuente de la resina de cannabis que llega a Europa.

El alto nivel de 2008 se debió en parte al aumento en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y en el Asia sudoccidental y, en particular, a una única incautación de extraordinaria magnitud, 236,8 t,<sup>47</sup> llevada a cabo por las autoridades afganas en la provincia de Kandahar en junio de 2008. En Europa occidental y central se registró un aumento de las incautaciones menos pronunciado en 2008. Sin embargo, en 2009, las incautaciones se redujeron tanto en Europa occidental y central como en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y en el Asia sudoccidental, reducción contrarrestada en parte por las incautaciones en el África septentrional.

**Fig. 164: Incautaciones mundiales de resina de cannabis, por región, 1999-2009**

Fuente: UNODC, DELTA.



de Corea.

44 Vigésima reunión para la cooperación internacional de funcionarios de enlace en la lucha contra la droga (ADLOMICO), octubre de 2010, Seúl, República de Corea, informe del Japón.

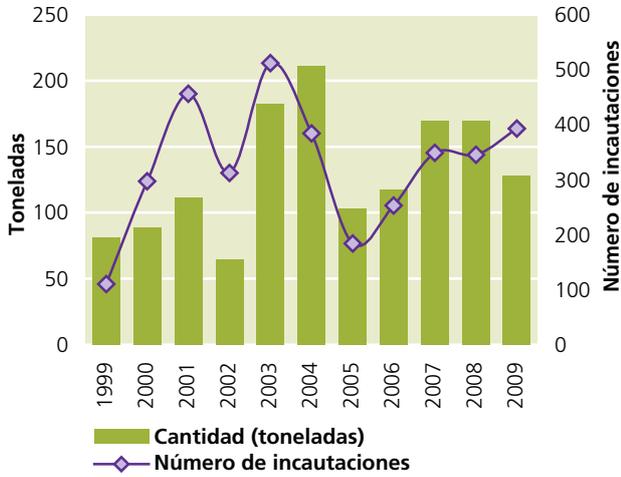
45 Esta cifra representa un total global de 624 kilos de hierba de cannabis junto con 11.042 semillas o bolsitas, que se convirtieron suponiendo que cada unidad pesaba medio gramo.

46 Ministerio del Interior, Policía Nacional de Turquía, Departamento de lucha contra el contrabando y la delincuencia organizada, *Turkish Report on Drugs and Organized Crime 2009*.

47 Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad, Comunicado de prensa de 11 de Junio de 2008 (<http://www.nato.int/isaf/docu/pressreleases/2008/06-june/pr080611-246.html>) y comunicado de prensa de la UNODC de 12 de junio de 2008 (<http://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2008-06-12.html>).

**Fig. 165: Importantes incautaciones individuales en España de resina de cannabis procedente de Marruecos, 1999-2009**

Fuente: UNODC, IDS.



A diferencia de lo que sucede con la hierba de cannabis, cuya demanda tiende a satisfacerse con la producción de lugares relativamente próximos al de consumo, la resina de cannabis se trafica en grandes cantidades a través de enormes distancias para llegar a los mercados de consumo.

**Europa y África septentrional**

España continuó comunicando las mayores incautaciones anuales de resina de cannabis del mundo. Grandes cantidades de esta sustancia se envían desde Marruecos, el país de origen, a España y a otros países europeos. En 2009, las

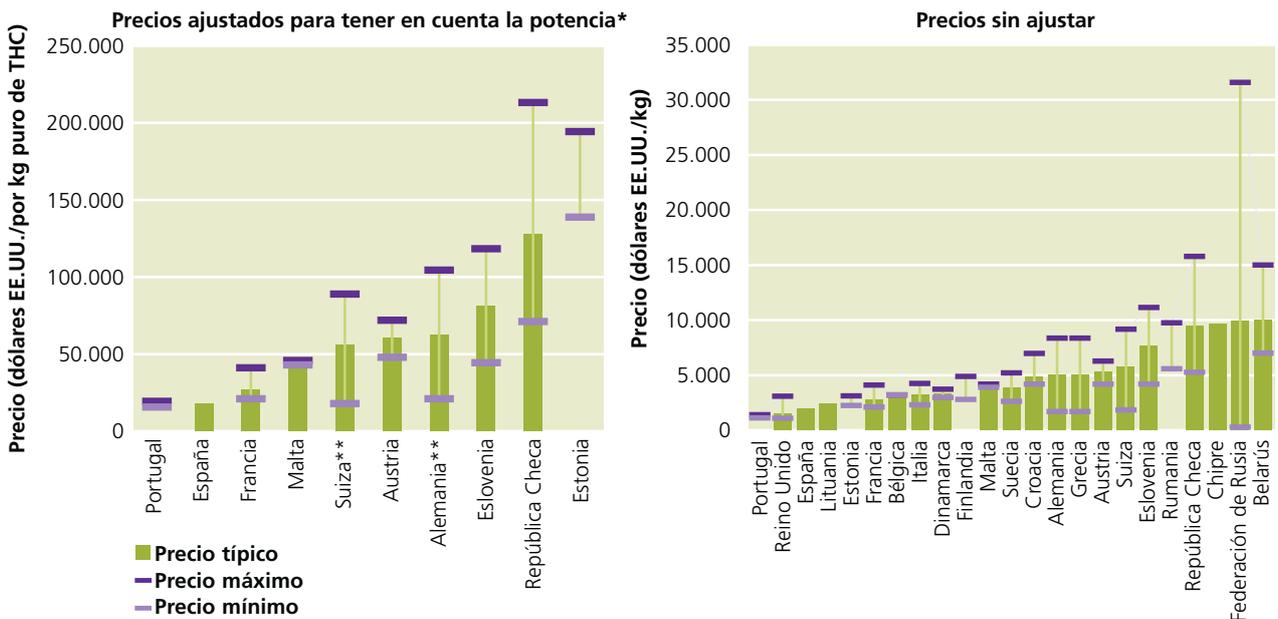
incautaciones de resina de cannabis en España disminuyeron a 445 t –el nivel más bajo desde 1999 (431 t)– mientras que las incautaciones en Marruecos aumentaron, de 114 t en 2008, a 188 t en 2009, el nivel más alto registrado. Entre 1999 y 2009, alrededor de la mitad de las mayores incautaciones individuales de drogas comunicadas por España eran de resina de cannabis. En todos estos casos, Marruecos era prácticamente el único país de origen<sup>48</sup> de la resina de cannabis decomisada. Sin embargo, es probable que Marruecos no sea el único país de origen de la resina de cannabis que llega a Europa, y España estimó que la disminución de la cantidad total de la resina incautada en el país se debía a que el mercado europeo había empezado a abastecerse de otro proveedor distinto de Marruecos. En 2010, las incautaciones en Marruecos descendieron a 118 t.

También se observó un aumento de las incautaciones de resina de cannabis en otros países del África septentrional. En Argelia y Egipto, las incautaciones se duplicaron con creces en 2008, alcanzando el nivel sin precedentes de 38 t en Argelia, y de 12,8 t en Egipto (el más alto desde 1989). En 2009, las incautaciones en Egipto parecieron estabilizarse en las 11,4 t, pero en Argelia aumentaron aún más, registrando el cuarto aumento consecutivo interanual. De hecho, las incautaciones en Argelia ascendieron a 74,6 t en 2009, en comparación con 1,7 t en 2005. Argelia informó que en 2009 la resina y la hierba de cannabis en su territorio se originaban, en su totalidad, en Marruecos.

Los datos sobre las incautaciones y, hasta cierto punto, los datos sobre el precio corroboran la hipótesis de la corriente de resina de cannabis desde el África septentrional hacia Europa occidental a través de España. Aparte de España,

**Fig. 166: Precios al por mayor de la resina de cannabis en Europa, 2009**

Fuente: UNODC, DELTA.

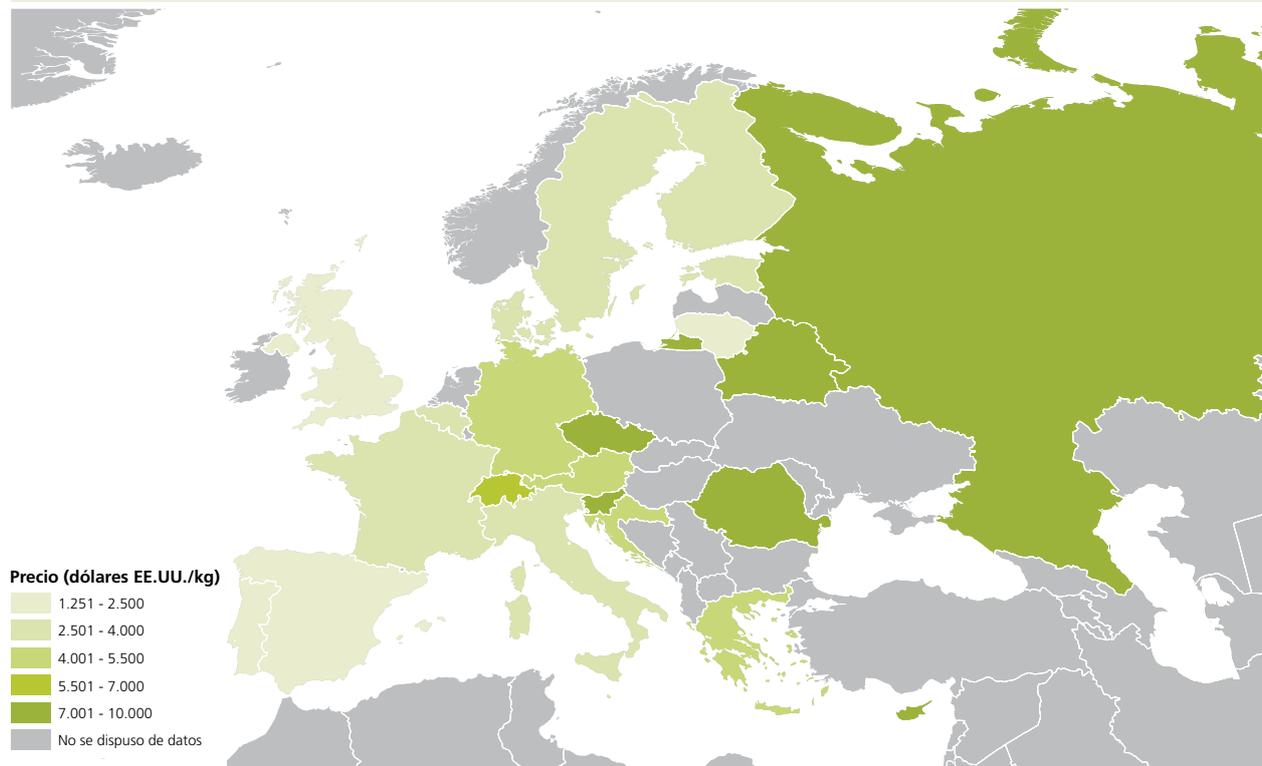


\* Las estimaciones de la UNODC se basan en los datos comunicados sobre el precio y la pureza típica.  
 \*\* Datos sobre la pureza para Alemania y Suiza en relación con 2008.

48 No incluye las menciones de España como país de "origen", que probablemente se refieran al punto de partida de los envíos más que al propio país de origen de la droga.

**Mapa 44: Precios al por mayor de la resina de cannabis\* en Europa, 2009**

\* No ajustado para tener en cuenta la concentración de THC por falta de datos.



Fuente: UNODC, CPIA 2009.

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

que comunica, con mucho, las mayores incautaciones de cannabis en Europa, las mayores incautaciones entre los países europeos en 2009 fueron comunicadas por Francia y Portugal, seguidos de Italia y Bélgica. La disminución de las incautaciones en España en 2009 se vio reflejada en disminuciones similares en los cuatro países europeos que incautaron las cantidades más grandes en 2008 (sin contar España): Francia (-21%), Portugal (-62%), Italia (-43%) y el Reino Unido (-61%). Las incautaciones en Bélgica fluctuaron considerablemente, ascendiendo a 18,7 t en 2009 (frente a 1,5 t en 2008).

Los precios al por mayor de la resina de cannabis (sin ajustar para tener en cuenta la potencia) en Europa también son compatibles con la hipótesis de una corriente de esta sustancia desde España al resto de Europa, con algunas excepciones notables. En 2009, los precios al por mayor más bajos en Europa se registraron en Portugal y España, en tanto que Francia, Italia y Bélgica comunicaron precios apenas más altos. Sin embargo, los precios del Reino Unido y de países vecinos como Estonia y Lituania eran bajos. Cuando los precios se ajustan para tener en cuenta la potencia, aparece un cuadro más claro, en que Estonia se destaca por tener los precios más altos del resto de los países de los que se dispuso de datos sobre el precio y la potencia.<sup>49</sup>

<sup>49</sup> No se dispuso de datos sobre la potencia para 2009 de Lituania y el Reino Unido.

Si bien se siguen enviando grandes cantidades de resina de cannabis desde Marruecos a Europa, esta sustancia también llega a Europa desde otras regiones. En 2009, el Afganistán y la India fueron citados con frecuencia por países europeos como lugares de origen de la resina de cannabis. La India estimó que aproximadamente la mitad de la resina de cannabis que se encontraba en su territorio en 2009 se producía en el propio país, y citó a Europa occidental y el Canadá como lugares de destino.

**Asia y el Pacífico**

En 2007 y 2008, correspondieron a Viet Nam las mayores incautaciones de resina de cannabis de la región de Asia y el Pacífico. Las incautaciones en este país ascendieron a 8 t en 2007 y 8,8 t en 2009.<sup>50</sup> Según las autoridades vietnamitas,<sup>51</sup> en mayo de 2008 se incautaron más de 8 t de resina de cannabis en una única operación en la localidad de Mong Cai, en la frontera con China. Las circunstancias del caso sugieren que Viet Nam funcionaba como país de tránsito de la resina de cannabis. Informes oficiales indican que los envíos procedían del Pakistán y estaban destinados al Canadá.

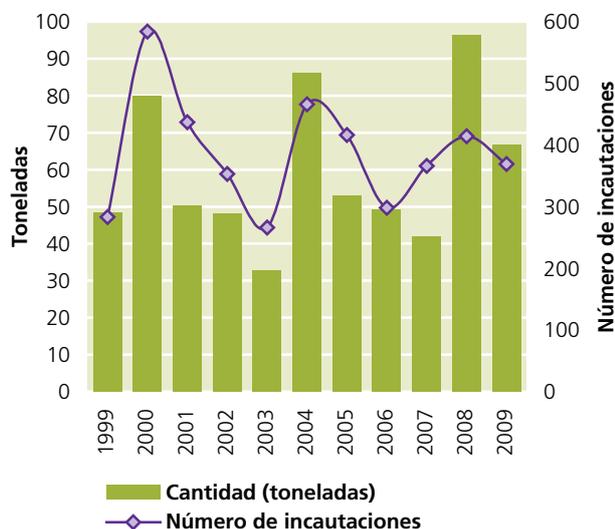
Se siguieron incautando importantes cantidades de resina de cannabis en la India, si bien disminuyeron de su nivel

<sup>50</sup> Datos recopilados por DAINAP.

<sup>51</sup> Séptima reunión del Grupo de Tareas III de ACCORD, Filipinas, julio de 2008. Ponencia presentada por Viet Nam.

**Fig. 167: Importantes incautaciones individuales de resina de cannabis procedente del Afganistán en el Pakistán, 1999-2009**

Fuente: UNODC, IDS.



más alto, alcanzado en 2007 (5,2 t), a 3,5 t en 2009. La India estimó que en 2009 una mitad de la resina de cannabis que se encontraba en su territorio procedía de Nepal y la otra se originaba en el propio país. Entre los destinos se incluían zonas metropolitanas y lugares turísticos de la India, pero también se enviaba resina de cannabis a Europa y el Canadá.

De acuerdo con las autoridades nepalesas<sup>52</sup>, las incautaciones de resina de cannabis disminuyeron de 2,0 t en 2008 a 1,6 t en 2009. La sustancia se producía en Nepal y se enviaba por tierra a China y la India. La resina de cannabis era a su vez distribuida desde la India a otros destinos mediante portadores.

#### **Cercano Oriente y Oriente Medio/ Asia sudoccidental**

Las incautaciones de resina de cannabis en el Pakistán aumentaron durante dos años consecutivos, y en 2009 alcanzaron 205 t, el nivel más alto desde 1995. El Pakistán siguió estimando que el 98% de la resina de cannabis de su territorio se originaba en el Afganistán. Entre 1999 y 2009, el 41% de las incautaciones individuales más importantes comunicadas por el Pakistán estaban relacionadas con la resina de cannabis; se citó al Afganistán casi exclusivamente como país de origen de estos envíos.

En la República Islámica del Irán, las incautaciones de resina de cannabis disminuyeron dos años seguidos del nivel sin precedentes alcanzado en 2007 (90 t), con un nivel en 2009 de 69 t. Sobre la base de los datos de los primeros nueve meses del año, esta tendencia decreciente

continuó al parecer en 2010. La República Islámica del Irán estimó que, en 2009, un cuarto de la resina de cannabis que se traficaba en su territorio estaba destinada al consumo en el país y que el resto estaba destinado a países árabes, Turquía y Europa.

Las incautaciones en el Afganistán disminuyeron de su nivel más alto en 2008 (271 t) a un nivel relativamente bajo de 10,5 t en 2009, lo que representa apenas menos del 1% del total mundial en 2009. El promedio de las incautaciones en el Afganistán para el período de 2002 a 2007 fue de 56 t.

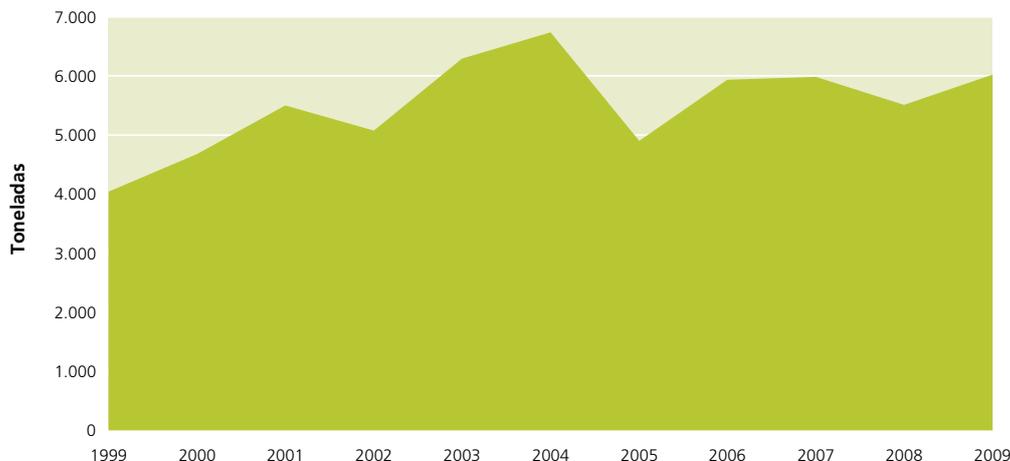
#### **América del Norte**

Las incautaciones de resina de cannabis en América siguieron siendo limitadas. En 2009, las incautaciones aumentaron considerablemente alcanzando las 10,8 t, cifra inferior, con todo, al 1% del total mundial. Sin embargo, el mercado de consumo de resina de cannabis en el Canadá era considerable. En 2008, casi la mitad de las incautaciones de resina de cannabis en América correspondieron al Canadá (899 kg). En 2009 el Canadá se incautó de una cantidad mucho mayor, 9,7 t, en 2.045 incautaciones individuales, dos de las cuales representaron juntas el 82% del total. Además, las rutas del tráfico de resina de cannabis al Canadá parecen haber sufrido cambios apreciables. El Canadá declaró que el Caribe, el África septentrional y el Asia sudoriental eran las principales regiones de origen de la resina de cannabis que llegaba a su territorio en 2008, pero en 2009 Sudáfrica y el Asia sudoccidental reemplazaron a esos países.

En los Estados Unidos, las incautaciones aumentaron, de 367 kg en 2008, a 811 kg en 2009. Se estimó que en 2008, por un lado, se había introducido resina de cannabis (proveniente del África septentrional) en su territorio a través del Canadá y, por el otro, se había enviado al Canadá, desde los Estados Unidos, resina de cannabis procedente del Caribe. Las incautaciones de resina de cannabis en México aumentaron, de 6 kg en 2007, a 297 kg en 2008, el nivel más alto desde 1995. Sin embargo, las incautaciones disminuyeron a 11 kg en 2009. En el Brasil, las incautaciones de resina de cannabis se triplicaron entre 2006 y 2008, alcanzando el nivel sin precedentes de 301 kg en 2008, pero disminuyeron a 204 kg en 2009.

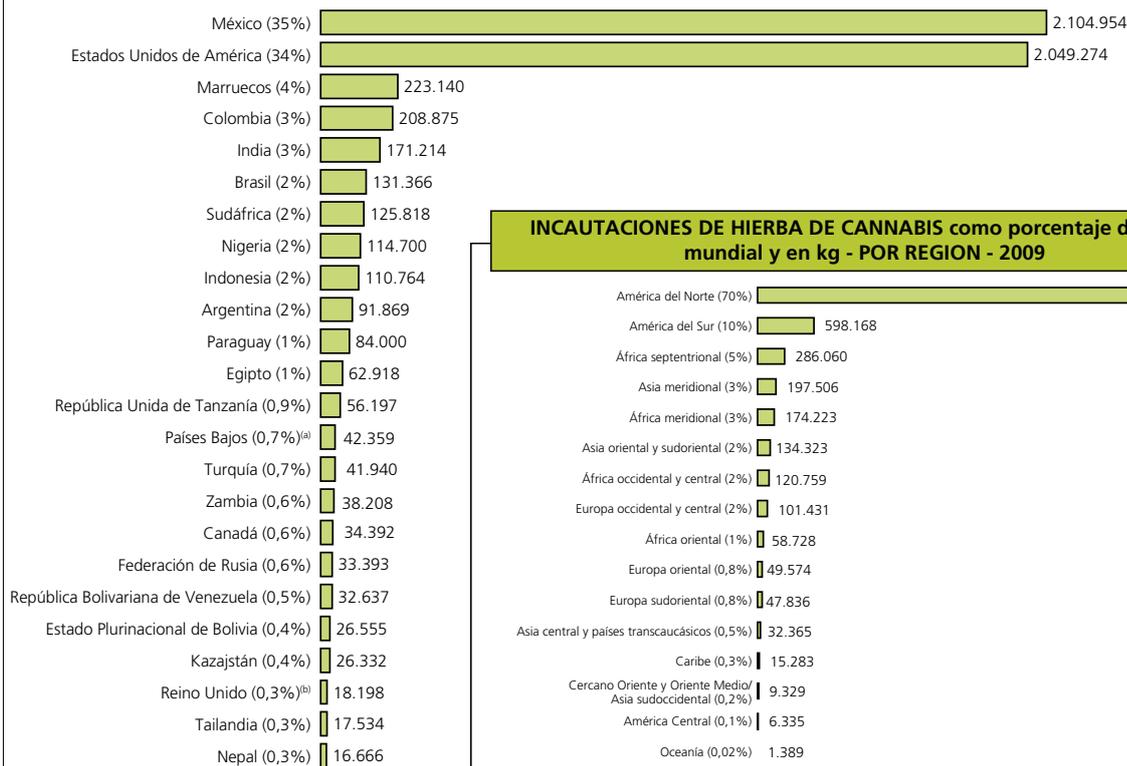
<sup>52</sup> Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, febrero de 2010, Tokio, Japón, informe de Nepal.

**Fig. 168: Incautaciones mundiales de hierba de cannabis, 1999-2009**

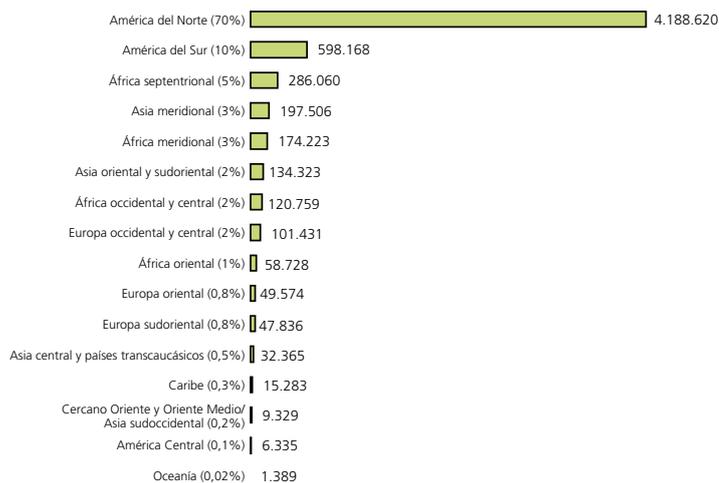


Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Toneladas	4.042	4.680	5.504	5.076	6.295	6.739	4.901	5.932	5.982	5.510	6.022

**INCAUTACIONES DE HIERBA DE CANNABIS como porcentaje del total mundial y en kg - PAÍSES MÁS DESTACADOS - 2009**



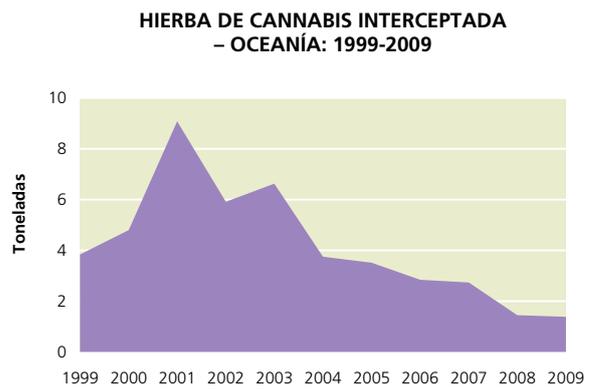
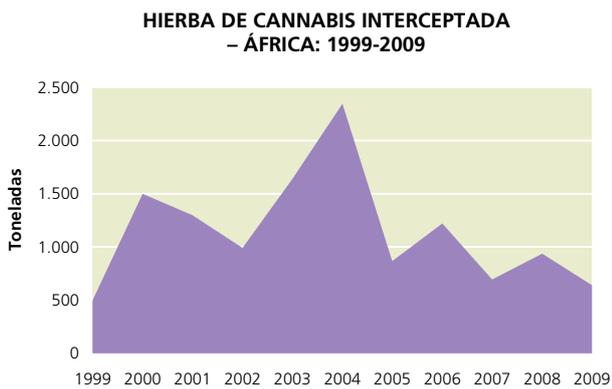
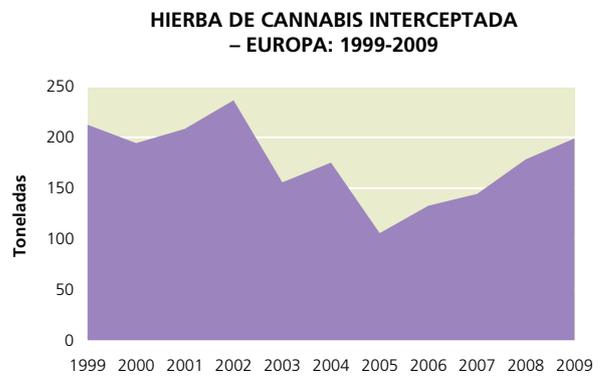
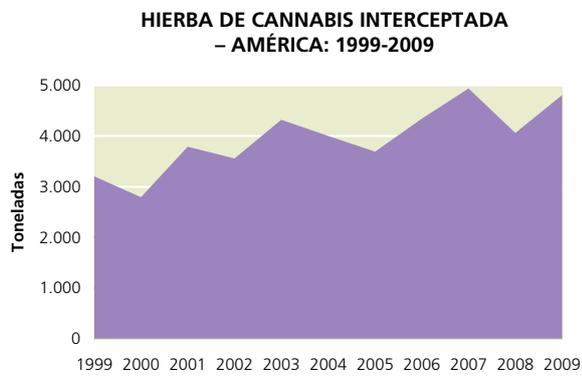
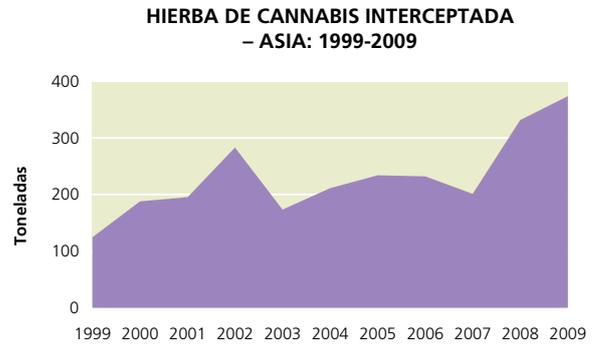
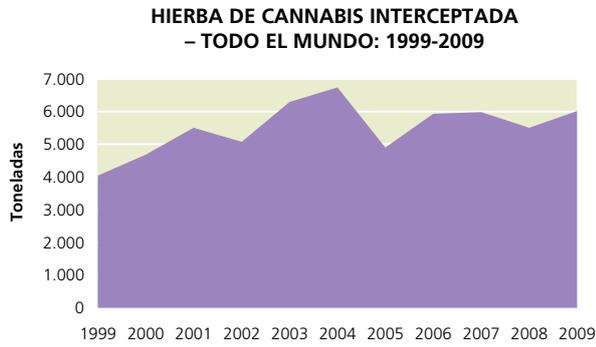
**INCAUTACIONES DE HIERBA DE CANNABIS como porcentaje del total mundial y en kg - POR REGION - 2009**



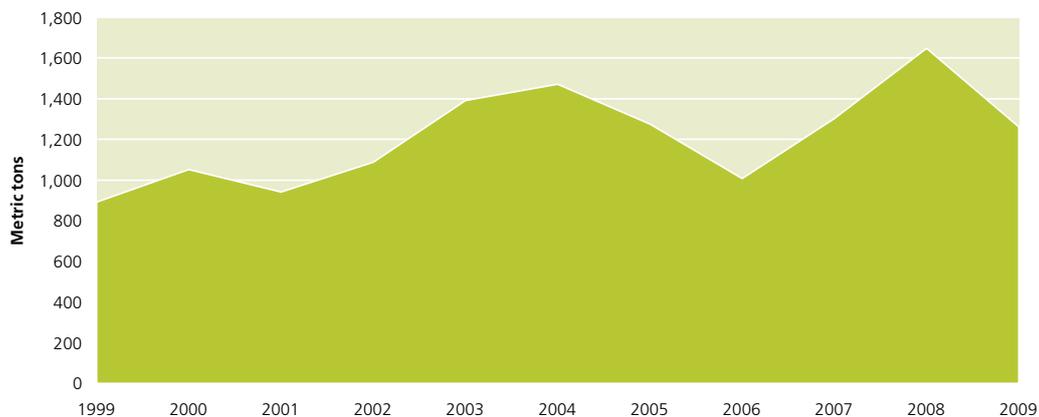
<sup>(a)</sup> Datos relativos a 2008. No se dispuso de datos de los Países Bajos para 2009.

<sup>(b)</sup> La información del Reino Unido para 2009 se basa en datos incompletos de algunas jurisdicciones para el ejercicio financiero de 2009/2010, y se ajustó para las jurisdicciones que faltaban utilizando la última distribución completa de que se disponía (correspondiente al ejercicio financiero de 2006/2007).

**Fig. 169: Incautaciones mundiales de hierba de cannabis, 1999-2009**

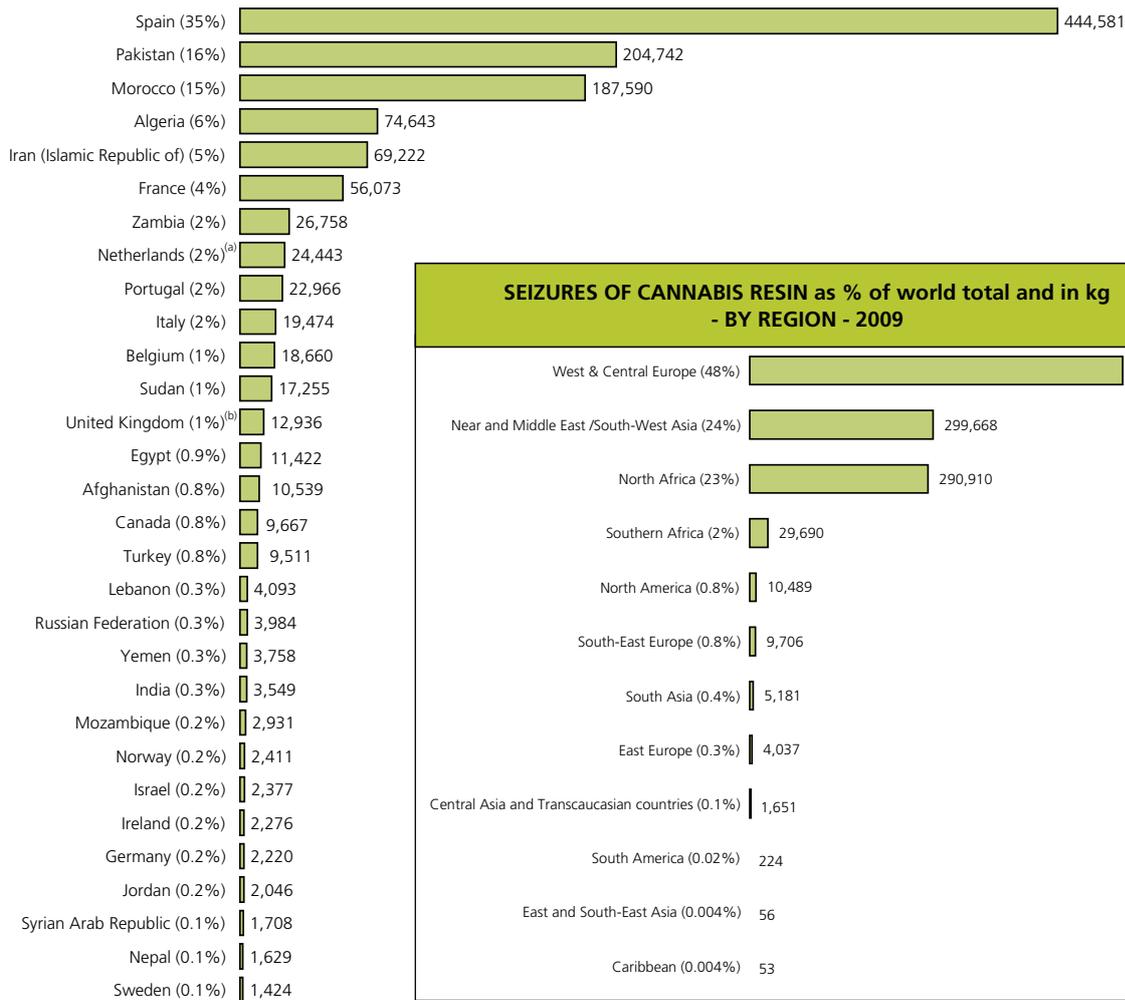


**Fig. 170: Incautaciones mundiales de resina de cannabis, 1999-2009**

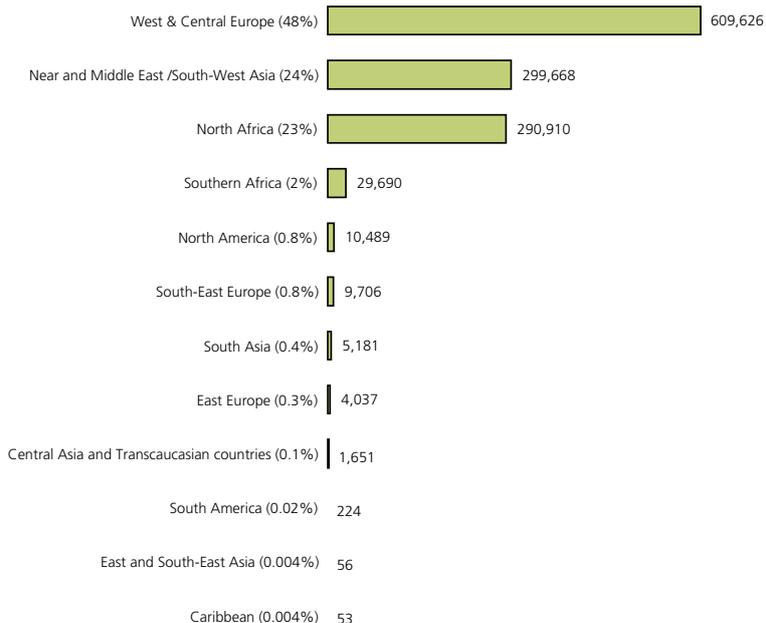


Year	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Metric tons	891	1,051	942	1,088	1,392	1,472	1,274	1,008	1,303	1,648	1,261

**SEIZURES OF CANNABIS RESIN as % of world total and in kg- HIGHEST RANKING COUNTRIES - 2009**



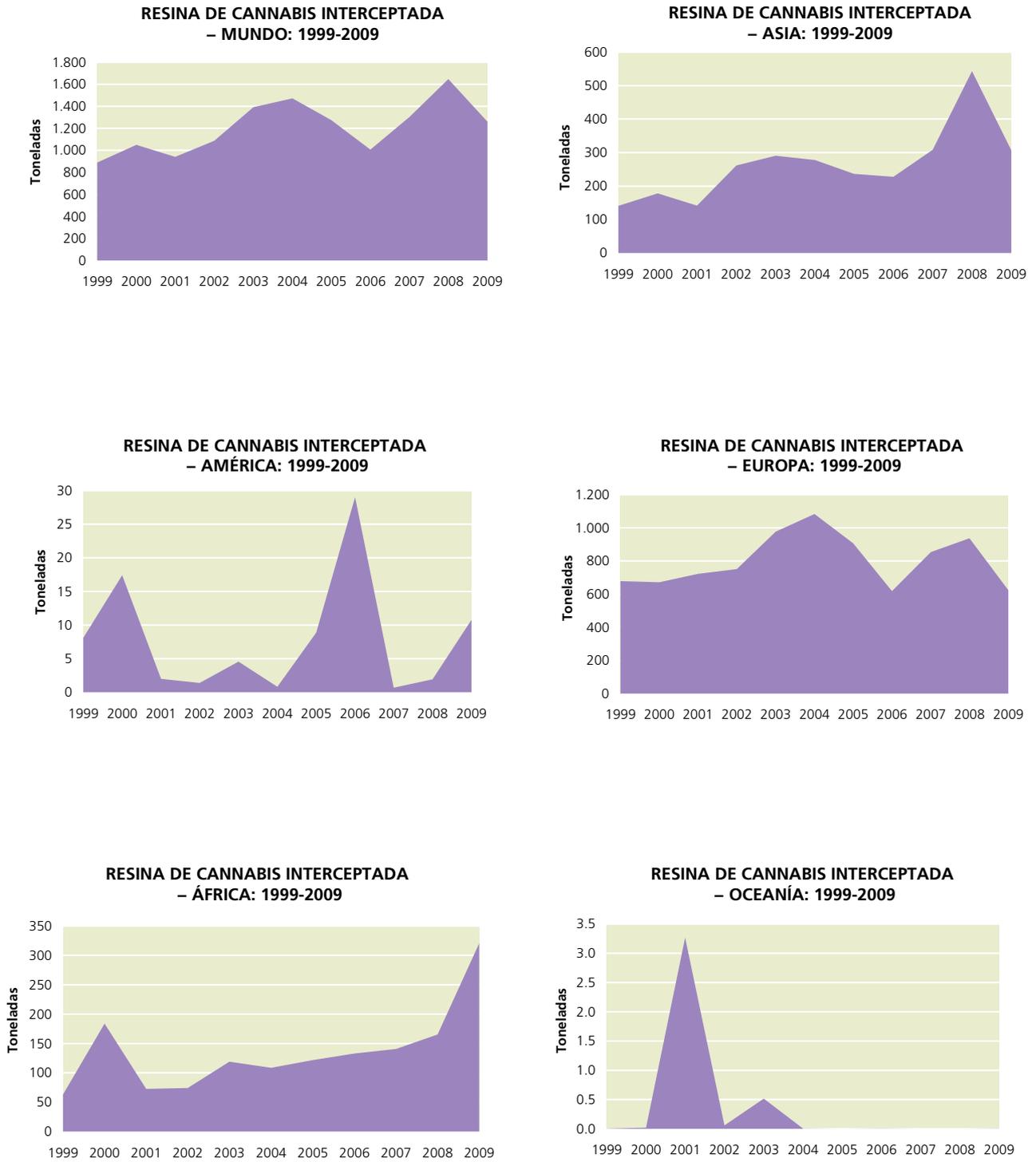
**SEIZURES OF CANNABIS RESIN as % of world total and in kg - BY REGION - 2009**



<sup>(a)</sup> Data relative to 2008. Data for 2009 from the Netherlands were not available.

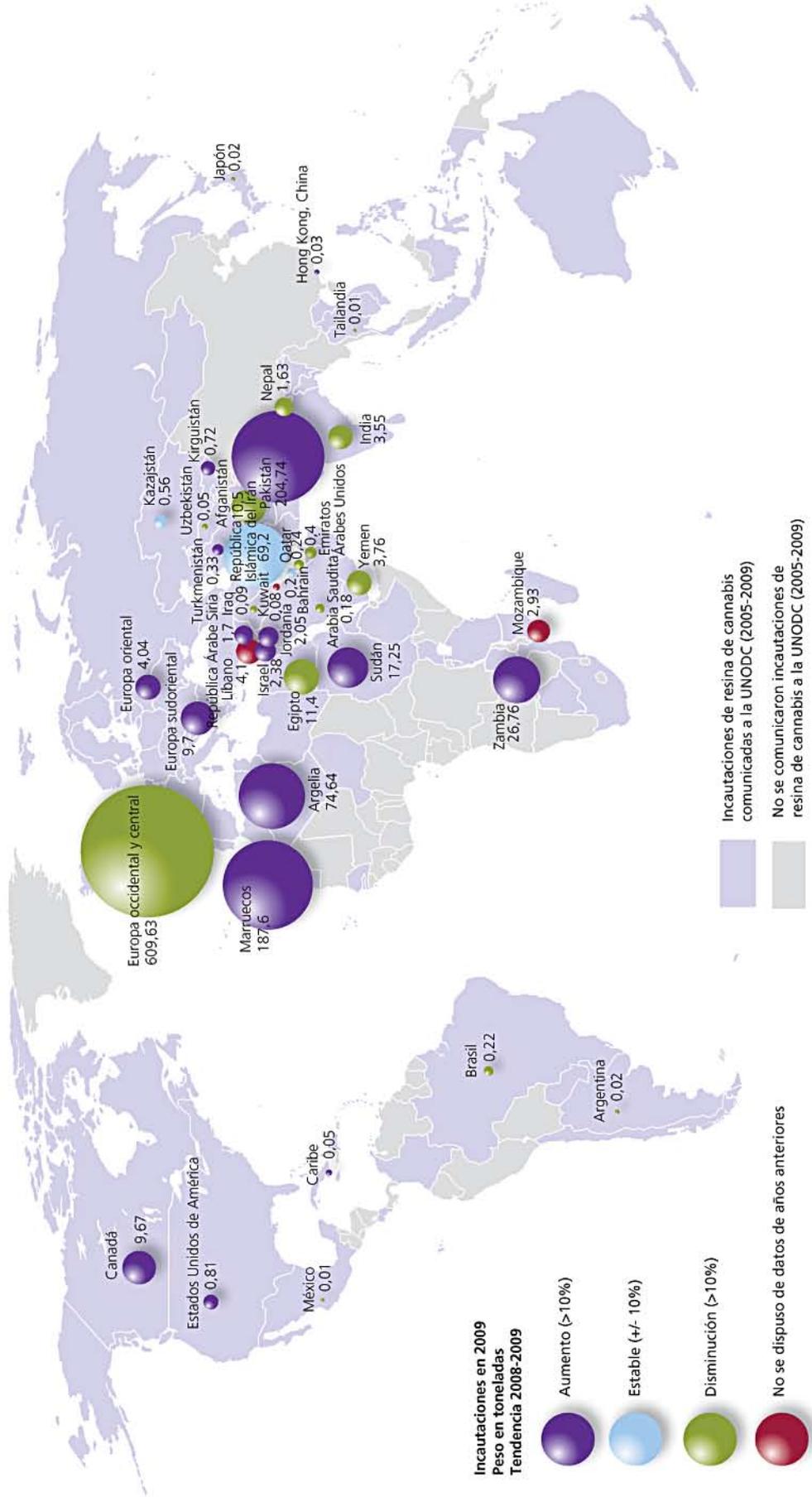
<sup>(b)</sup> Data for the United Kingdom for 2009 are based on incomplete data for some jurisdictions for the financial year 2009/10, and adjusted for the missing jurisdictions using the latest available complete distribution (relative to the financial year 2006/07).

**Fig. 171: Incautaciones mundiales de resina de cannabis, 1999-2009**





Mapa 46: Incautaciones de resina de cannabis, 2009 (países que comunicaron incautaciones de más de 10 kg)



Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes.  
 Nota: Los límites y nombres y las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

## 6. ANEXO ESTADÍSTICO





## 6.1 Consumo

### 6.1.1 Prevalencia anual

#### 6.1.1.1 Opiáceos

Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)														
		Opioids		Opiates		Prescription Opioids								
Country or Territory		UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted		
Africa	East Africa	Burundi								No recent, reliable estimate				
		Comoros								No recent, reliable estimate				
		Djibouti									No recent, reliable estimate			
		Eritrea									No recent, reliable estimate			
		Ethiopia									No recent, reliable estimate			
		Kenya	0.73	0.16 - 1.30	0.73	0.16 - 1.30			15-64	2004	IDU ref. group	I	c, I	
		Madagascar									No recent, reliable estimate			
		Mauritius	1.95	1.95 - 1.95	0.91	0.91 - 0.91	1.04	1.04 - 1.04	15-64	2007	UNODC Estimate based	I		
		Rwanda	0.14	0.14 - 0.14	0.14	0.14 - 0.14			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Seychelles									No recent, reliable estimate			
	Southern Africa	Somalia	0.16	0.16 - 0.16	0.16	0.16 - 0.16			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Tanzania (United Republic of)									No recent, reliable estimate			
		Uganda	0.05	0.05 - 0.05	0.05	0.05 - 0.05			15-64	2004	Cure Research estimate			
		North Africa	Algeria	0.12	0.12 - 0.12	0.12	0.12 - 0.12			15-64	2004	UNODC Estimate		
			Egypt	0.44	0.14 - 0.73	0.44	0.14 - 0.73			15-64	2006	Govt. Academic Research	HHS, SS	a, d
		Libyan Arab Jamahiriya	0.14	0.14 - 0.14	0.14	0.14 - 0.14			15-64	2004	UNODC Estimate			
		Morocco	0.02	0.02 - 0.02	0.02	0.02 - 0.02			15-64	2003	ARQ			
		Sudan									No recent, reliable estimate			
		Tunisia	0.09	0.09 - 0.09	0.09	0.09 - 0.09			15-64	2006	UNODC Estimate			
		West and Central Africa	Angola	0.25	0.25 - 0.25	0.25	0.25 - 0.25			15-64	2001	UNODC Estimate		
Botswana										No recent, reliable estimate				
Lesotho										No recent, reliable estimate				
Malawi										No recent, reliable estimate				
Mozambique										No recent, reliable estimate				
Namibia										No recent, reliable estimate				
Réunion										No recent, reliable estimate				
South Africa	0.50		0.50 - 0.50	0.41	0.41 - 0.41	0.09	0.09 - 0.09	15-64	2008	UNODC Estimate				
Swaziland	0.17		0.17 - 0.17	0.17	0.17 - 0.17			15-64	2004	Cure Research estimate				
Zambia	0.37		0.37 - 0.37	0.37	0.37 - 0.37			15-64	2003	UNODC Estimate				
Americas	Caribbean	Zimbabwe	0.04	0.04 - 0.04	0.04	0.04 - 0.04			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Benin									No recent, reliable estimate			
		Burkina Faso									No recent, reliable estimate			
		Cameroon									No recent, reliable estimate			
		Cape Verde	0.18	0.18 - 0.18	0.18	0.18 - 0.18			15-64	2004	UNODC Estimate			
		Central African Republic	0.05	0.05 - 0.05	0.05	0.05 - 0.05			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Chad	0.22	0.22 - 0.22	0.22	0.22 - 0.22			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Congo	0.13	0.13 - 0.13	0.13	0.13 - 0.13			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Congo (Dem. Rep. of the)	0.17	0.17 - 0.17	0.13	0.13 - 0.13			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Côte d'Ivoire									No recent, reliable estimate			
		Equatorial Guinea									No recent, reliable estimate			
		Gabon									No recent, reliable estimate			
		Gambia									No recent, reliable estimate			
		Ghana	0.14	0.14 - 0.14	0.14	0.14 - 0.14			15-65	2004	Cure Research estimate			
		Guinea									No recent, reliable estimate			
		Guinea-Bissau									No recent, reliable estimate			
		Liberia	0.17	0.17 - 0.17	0.17	0.17 - 0.17			15-64	2004	Cure Research estimate			
		Mali									No recent, reliable estimate			
Mauritania									No recent, reliable estimate					
Niger	0.20	0.20 - 0.20	0.20	0.20 - 0.20			15-64	2004	IDU ref. group	I				
Nigeria	0.70	0.30 - 1.00	0.70	0.30 - 1.00			15-64	2008	UNODC Estimate					
Saint Helena									No recent, reliable estimate					
Sao Tome and Principe									No recent, reliable estimate					
Senegal	0.08	0.08 - 0.08	0.08	0.08 - 0.08			15-64	2006	UNODC Estimate	SS	a, d, e			
Sierra Leone	0.17	0.17 - 0.17	0.17	0.17 - 0.17			15-64	2004	Cure Research estimate					
Togo									No recent, reliable estimate					
Americas	Caribbean	Anguilla								No recent, reliable estimate				
		Antigua and Barbuda	0.05	0.05 - 0.05	0.05	0.05 - 0.05			15-64	2000	ARQ			
		Aruba									No recent, reliable estimate			
		Bahamas	0.22	0.22 - 0.22	0.22	0.22 - 0.22			15-64	2003	UNODC Estimate			
		Barbados	0.23	0.16 - 0.29	0.11	0.10 - 0.13	0.16	0.12 - 0.21	15-64	2006	UNODC Estimate			
		Bermuda									No recent, reliable estimate			
		British Virgin Islands									No recent, reliable estimate			
		Cayman Islands									No recent, reliable estimate			
		Cuba									No recent, reliable estimate			
		Dominica									No recent, reliable estimate			
		Dominican Republic	0.14	0.14 - 0.14	0.11	0.11 - 0.11	0.03	0.03 - 0.03	15-64	2001	UNODC Estimate			
		Grenada									No recent, reliable estimate			
		Guadeloupe									No recent, reliable estimate			
		Haiti	0.20	0.19 - 0.22	0.07	0.07 - 0.07	0.13	0.13 - 0.13	15-64	2006	ARQ	SS	a, d, e	
		Jamaica	0.10	0.10 - 0.10	0.10	0.10 - 0.10			15-64	2001	UNODC Estimate			
		Martinique									No recent, reliable estimate			
		Montserrat									No recent, reliable estimate			
		Netherlands Antilles									No recent, reliable estimate			
		Puerto Rico	1.15	1.15 - 1.15	1.15	1.15 - 1.15			15-64	2002	IDU ref. group	I		
		Saint Kitts and Nevis									No recent, reliable estimate			
Saint Lucia									No recent, reliable estimate					
Saint Vincent and the Grenadines									No recent, reliable estimate					
Trinidad and Tobago	0.09	0.09 - 0.09	0.09	0.09 - 0.09			15-64	2002	UNODC Estimate					
Turks and Caicos Islands	0.07	0.07 - 0.07	0.07	0.07 - 0.07			15-64	2002	UNODC Estimate					
United States Virgin Islands									No recent, reliable estimate					
Americas	Central America	Belize								No recent, reliable estimate				
		Costa Rica	2.80	2.80 - 2.90	0.09	0.09 - 0.09	2.80	2.80 - 2.80	12-70	2006	ARQ	HHS		
		El Salvador	0.14	0.14 - 0.14	0.11	0.11 - 0.11	0.06	0.06 - 0.06	15-64	2005	UNODC Estimate	HHS	e	
		Guatemala	0.04	0.04 - 0.04	0.04	0.04 - 0.04			15-65	2005	ARQ			
		Honduras	0.15	0.15 - 0.15	0.15	0.15 - 0.15			15-64	2005	UNODC Estimate	HHS	e	
		Nicaragua									No recent, reliable estimate			
		Panama									No recent, reliable estimate			
		North America	Canada	0.68	0.50 - 0.86	0.36	0.28 - 0.47	0.50	0.50 - 0.50	15-64	2009	ARQ & IDU Ref Group	HHS, I, x	
			Mexico	0.08	0.06 - 0.10	0.04	0.04 - 0.04	0.06	0.06 - 0.06	15-64	2008	ARQ	HHS	
			Saint Pierre and Miquelon									No recent, reliable estimate		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry, \* approximate estimates  
 UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include nonmedical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants.

Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)																	
		Opioids				Opiates				Prescription Opioids							
Country or Territory		UNODC Best Estimate	Uncertainty Range		UNODC Best Estimate	Uncertainty Range		UNODC Best Estimate	Uncertainty Range		Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted		
The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.																	
South America	United States of America	5.90	5.60	- 6.20	0.57	0.43	- 0.71	5.60	5.60	- 5.60	15-64	2009	ARQ, SAMHSA, ONDCP	HHS, I, x			
	Argentina	0.19	0.13	- 0.26	0.13	0.09	- 0.17	0.11	0.10	- 0.13	15-64	2007	UNODC Estimate		e		
	Bolivia (Plurinational State of)	0.60	0.30	- 0.90	0.45	0.30	- 0.60	0.30	0.30	- 0.30	12-65	2007	ARQ	HHS	e		
	Brazil	0.50	0.50	- 0.50				0.50	0.50	- 0.50	12-65	2005	ARQ	HHS	e		
	Chile	0.50	0.50	- 0.50	0.10	0.10	- 0.10	0.40	0.40	- 0.40	15-64	2008	HHS	HHS			
	Colombia	0.10	0.10	- 0.10	0.02	0.02	- 0.02				15-64	2004	UNODC Estimate		e		
	Ecuador	0.12	0.12	- 0.12	0.12	0.12	- 0.12				15-64	2005	UNODC Estimate		e		
	Falkland Islands (Malvinas)													No recent, reliable estimate			
	French Guiana													No recent, reliable estimate			
	Guyana	0.25	0.25	- 0.25	0.07	0.07	- 0.07	0.18	0.18	- 0.18	15-64	2002	UNODC Estimate				
	Paraguay	0.03	0.03	- 0.03	0.03	0.03	- 0.03				12-65	2003	ARQ	HHS	e		
	Peru	0.18	0.18	- 0.18	0.18	0.18	- 0.18				12-64	2005	UNODC Estimate				
	Suriname	0.08	0.08	- 0.08	0.08	0.08	- 0.08				15-64	2002	UNODC Estimate		e		
	Uruguay	0.10	0.10	- 0.10	0.10	0.10	- 0.10				15-64	2006	ARQ	HHS	e		
	Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.10	0.03	- 0.16	0.10	0.03	- 0.16				15-64	2003	ARQ	SS	a, d, e		
	Asia	Central Asia and Transcaucasian countries	0.30	0.30	- 0.30	0.22	0.22	- 0.22	0.08	0.08	- 0.08	15-64	2005	UNODC Estimate	HHS		
Azerbaijan		0.20	0.20	- 0.20	0.20	0.20	- 0.20				15-64	2008	ARQ		i		
Georgia		0.58	0.58	- 0.58	0.31	0.31	- 0.31	0.27	0.27	- 0.27	15-64	2006	UNODC Estimate				
Kazakhstan		1.00	1.00	- 1.00	0.89	0.89	- 0.89	0.11	0.11	- 0.11	15-64	2006	UNODC (GAP survey)		i		
Kyrgyzstan		0.80	0.80	- 0.80	0.74	0.74	- 0.74	0.06	0.06	- 0.06	15-64	2006	UNODC (GAP survey)		i		
Tajikistan		0.54	0.54	- 0.54	0.54	0.54	- 0.54				15-64	2006	UNODC (GAP survey)		i		
Turkmenistan		0.32	0.32	- 0.32	0.32	0.32	- 0.32				15-64	2007	ARQ				
Uzbekistan		0.80	0.80	- 0.80	0.78	0.78	- 0.78	0.02	0.02	- 0.02	15-64	2006	UNODC (GAP survey)		i		
East and South-East Asia		Brunei Darussalam												No recent, reliable estimate			
Cambodia		0.03	0.01	- 0.09	0.03	0.01	- 0.09				15-64	2004	INCSR/ IDU ref. group		i		
China	0.25	0.19	- 0.31	0.25	0.19	- 0.31				15-64	2005	Academic research/ IDU ref. group		i			
China, Hong Kong SAR	0.20	0.20	- 0.20	0.20	0.20	- 0.20				15-64	2006	ARQ					
China, Macao SAR	1.12	1.12	- 1.12	1.12	1.12	- 1.12				15-64	2003	ARQ					
Guam													No recent, reliable estimate				
Indonesia	0.16	0.16	- 0.16	0.16	0.16	- 0.16				15-64	2005	ARQ					
Japan													No recent, reliable estimate				
Korea (Dem. People's Rep.)													No recent, reliable estimate				
Korea (Republic of)	0.08	0.06	- 0.10				0.08	0.06	- 0.10	15-64	2004	ARQ	HHS	a, e			
Lao People's Democratic Republic	0.37	0.37	- 0.37	0.37	0.37	- 0.37				15-64	2008	UNODC (ICMP)	HHS	a, c			
Malaysia	0.94	0.94	- 0.94	0.94	0.94	- 0.94				15-64	2009	SMART		i			
Mongolia													No recent, reliable estimate				
Myanmar	0.80	0.70	- 0.90	0.80	0.70	- 0.90				15-64	2010	UNODC (ICMP)	HHS	a, c			
Philippines	0.05	0.05	- 0.05				0.05	0.05	- 0.05	15-64	2005	IDU ref. group; ARQ					
Singapore	0.01	0.01	- 0.01							15-64	2006	ARQ		R			
Taiwan, Province of China	0.20	0.20	- 0.20	0.20	0.20	- 0.20				12-64	2005	Government source					
Thailand	0.20	0.20	- 0.20	0.20	0.20	- 0.20				15-64	2007	ARQ	HHS				
Timor-Leste													No recent, reliable estimate				
Viet Nam	0.27	0.25	- 0.28	0.27	0.25	- 0.28				15-64	2005	INCSR/ IDU ref. group					
Near and Middle East /South-West Asia	Afghanistan	2.92	2.65	- 3.20	2.65	2.34	- 2.96	0.55	0.46	- 0.63	15-64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS			
	Bahrain												No recent, reliable estimate				
	Iran (Islamic Republic of)	2.26	1.77	- 2.75	2.26	1.77	- 2.75				15-64	2010	Government Source				
	Iraq													No recent, reliable estimate			
	Israel	0.72	0.46	- 0.97	0.61	0.46	- 0.76	0.21	0.21	- 0.21	18-40	2008	UNODC Estimate	HHS			
	Jordan	0.17	0.17	- 0.17	0.17	0.17	- 0.17				15-64	2001	UNODC Estimate				
	Kuwait	0.17	0.17	- 0.17	0.17	0.17	- 0.17				15-64	2004	UNODC Estimate				
	Lebanon	0.20	0.20	- 0.20	0.20	0.20	- 0.20				15-64	2003	ARQ				
	Occupied Palestinian Territory													No recent, reliable estimate			
	Oman													No recent, reliable estimate			
	Pakistan	0.70	0.70	- 0.70	0.57	0.57	- 0.57	0.13	0.13	- 0.13	15-64	2006	UNODC (GAP survey)				
	Qatar													No recent, reliable estimate			
	Saudi Arabia	0.06	0.06	- 0.06	0.06	0.06	- 0.06				15-64	2006	UNODC Estimate				
	Syrian Arab Republic	0.02	0.02	- 0.02	0.02	0.02	- 0.02				2005		UNODC Estimate				
United Arab Emirates	0.02	0.02	- 0.02	0.02	0.02	- 0.02				15-64	2004	UNODC Estimate					
Yemen													No recent, reliable estimate				
South Asia	Bangladesh	0.40	0.40	- 0.40	0.37	0.37	- 0.37	0.03	0.03	- 0.03	15-64	2003	ARQ	HHS	a, e		
	Bhutan													No recent, reliable estimate			
	India													No recent, reliable estimate			
	Maldives													No recent, reliable estimate			
	Sri Lanka	0.11	0.11	- 0.11	0.11	0.11	- 0.11				15-64	2006	ARQ				
	Europe	East Europe	Belarus	0.43	0.08	- 0.74	0.39	0.07	- 0.67	0.04	0.01	- 0.07	15-64	2007	UNODC Estimate	R	h, g
		Moldova (Republic of)	0.15	0.12	- 0.17							15-64	2008	Government source	R, HHS	e	
		Russian Federation	1.64	0.31	- 1.64	1.64	0.31	- 1.64				15-64	2007	UNODC Estimate		g	
		Ukraine	1.16	1.00	- 1.31	1.16	1.00	- 1.31				15-64	2006	IDU ref. group		i	
		Southeast Europe	Albania	0.45	0.45	- 0.45	0.45	0.45	- 0.45			15-64	2007	UNODC Estimate	R	h, g	
Bosnia and Herzegovina		0.30	0.30	- 0.30	0.30	0.30	- 0.30				15-64	2005	IDU ref. group		i		
Bulgaria		0.45	0.30	- 0.60							15-64	2008	UNODC Estimate		i		
Croatia		0.36	0.36	- 0.36	0.36	0.36	- 0.36				15-64	2006	ARQ		i		
Macedonia (TFYR)		0.50	0.50	- 0.50	0.40	0.40	- 0.50				15-64	2005	ARQ				
Montenegro														No recent, reliable estimate			
Romania		0.16	0.11	- 0.21							15-64	2004	ARQ based on heroin injectors		i		
Serbia		0.28	0.18	- 0.38	0.28	0.18	- 0.38				15-64	2008	ARQ		i		
Turkey		0.05	0.05	- 0.11							15-64	2008	EMCDDA		i		
West & Central Europe		Andorra												No recent, reliable estimate			
Austria	0.41	0.40	- 0.43							15-64	2007	ARQ		i			
Belgium	0.20	0.20	- 0.20							15-64	2008	ARQ	HHS				
Channel Islands													No recent, reliable estimate				
Cyprus	0.20	0.20	- 0.20	0.20	0.20	- 0.20				15-64	2009	ARQ	HHS				
Czech Republic	0.40	0.40	- 0.40							15-64	2008	Government source	HHS				
Denmark	0.60	0.60	- 0.60							15-64	2005	ARQ		i			
Estonia	1.52	0.89	- 3.79	0.81	0.47	- 2.02	0.71	0.42	- 1.77	15-64	2004	Annual report 2008 to EMCDDA		i			
Faeroe Islands													No recent, reliable estimate				
Finland	0.29	0.29	- 0.30							15-64	2005	UNODC Estimate		i			
France	0.47	0.42	- 0.51							15-64	2007	Government source		i			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry, \* approximate estimates  
 UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants.  
 The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.



Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)												
Country or Territory		Opioids		Opiates		Prescription Opioids		Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
		UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range					
	Germany	0.22	0.18 - 0.25					15-64	2008	EMCDDA	I	
	Gibraltar									No recent, reliable estimate		
	Greece	0.27	0.23 - 0.31					15-64	2008	EMCDDA	I	
	Greenland									No recent, reliable estimate		
	Hungary	0.10	0.04 - 0.20					18-64	2007	Government source	HHS	g
	Iceland	0.40	0.40 - 0.40					15-64	2005	ARQ	I	
	Ireland	0.72	0.62 - 0.81					15-64	2006	EMCDDA	I	
	Isle of Man									No recent, reliable estimate		
	Italy	0.55	0.53 - 0.57					15-64	2008	EMCDDA	I	
	Latvia	0.75	0.70 - 0.80	0.75	0.70 - 0.80			15-64	2007	ARQ	HHS	
	Liechtenstein	0.20	0.20 - 0.20	0.20	0.20 - 0.20			15-64	2005	ARQ	SS	
	Lithuania	0.10	0.10 - 0.10	0.10	0.10 - 0.10			15-64	2008	Government source	HHS	
	Luxembourg	0.59	0.50 - 0.76					15-64	2007	EMCDDA	I	
	Malta	0.57	0.54 - 0.59					15-64	2007	ARQ	I	
	Monaco									No recent, reliable estimate		
	Netherlands	0.31	0.31 - 0.31	0.31	0.31 - 0.31			15-64	2005	ARQ	I	
	Norway	0.30	0.21 - 0.39					15-64	2008	Government source	I	
	Poland	0.10	0.09 - 0.11					15-64	2005	ARQ	I	
	Portugal	0.46	0.43 - 0.50					15-64	2005	ARQ	I	
	San Marino									No recent, reliable estimate		
	Slovakia	0.30	0.30 - 0.30					15-64	2009	ARQ	I	
	Slovenia	0.74	0.66 - 0.92					15-64	2004	ARQ	I	g
	Spain	0.13	0.12 - 0.14					15-64	2007	Government source	I	
	Sweden	0.23	0.19 - 0.28					15-64	2007	ARQ	I	g
	Switzerland	0.61	0.51 - 0.78					15-64	2000	Government source	I	
	United Kingdom (England and Wales)	0.81	0.78 - 0.87					15-64	2007	EMCDDA	I	
	United Kingdom (Northern Ireland)	0.12	0.11 - 0.16					15-64	2004	EMCDDA	I	
	United Kingdom (Scotland)	1.59	1.57 - 1.65					15-64	2006	EMCDDA	I	
<b>Oceania</b>	<b>Oceania</b>											
	American Samoa									No recent, reliable estimate		
	Australia	0.40	0.40 - 0.40	0.20	0.20 - 0.20	0.20	0.20 - 0.20	15-64	2007	ARQ	HHS	a
	Christmas Islands									No recent, reliable estimate		
	Cocos (Keeling) Islands									No recent, reliable estimate		
	Cook Islands									No recent, reliable estimate		
	Fiji									No recent, reliable estimate		
	French Polynesia									No recent, reliable estimate		
	Kiribati									No recent, reliable estimate		
	Marshall Islands									No recent, reliable estimate		
	Micronesia (Federated States of)									No recent, reliable estimate		
	Nauru									No recent, reliable estimate		
	New Caledonia									No recent, reliable estimate		
	New Zealand	1.10	0.70 - 1.50	0.10	0.10 - 0.30	1.00	0.70 - 1.30	16-64	2008	Government source	HHS, x	
	Norfolk Island									No recent, reliable estimate		
	Northern Mariana Islands									No recent, reliable estimate		
	Palau									No recent, reliable estimate		
	Papua New Guinea									No recent, reliable estimate		
	Pitcairn									No recent, reliable estimate		
	Samoa									No recent, reliable estimate		
	Solomon Islands									No recent, reliable estimate		
	Tonga									No recent, reliable estimate		
	Tuvalu									No recent, reliable estimate		
	Vanuatu									No recent, reliable estimate		
	Wallis and Futuna Islands									No recent, reliable estimate		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry, \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants.

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

## 6.1.1.2 Cocaína

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
<b>AFRICA</b>							
<b>East Africa</b>							
Burundi					No recent, reliable estimate located	HHS	b, e
Comoros					No recent, reliable estimate located		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya	0.3	0.2 - 0.4	15 - 65	2007	Government source		
Madagascar					No recent, reliable estimate located		
Mauritius					No recent, reliable estimate located		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia					No recent, reliable estimate located		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
<b>North Africa</b>							
Algeria					No recent, reliable estimate located	HHS, SS	a, d
Egypt	<0.1		15 - 64	2006	Govt; Academic Research		
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco	<0.1		15 - 64	2004	ARQ		
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
<b>Southern Africa</b>							
Angola					No recent, reliable estimate located	HHS	a, e
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia					No recent, reliable estimate located		
Réunion					No recent, reliable estimate located		
South Africa	0.8	0.6 - 1.2	15 - 64	2008	ARQ		
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	0.2		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
Zimbabwe	0.1		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
<b>West and Central Africa</b>							
Benin					No recent, reliable estimate located	HHS	a, b, e
Burkina Faso					No recent, reliable estimate located		
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde	0.2		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria	0.7	0.3 - 1.1	15 - 64	2008	ARQ		
Saint Helena					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo					No recent, reliable estimate located		
<b>AMERICAS</b>							
<b>Caribbean</b>							
<i>Anguilla</i>					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	0.9	0.3 - 1.6	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
<i>Aruba</i>					No recent, reliable estimate located		
Bahamas	0.2	<0.1 - 0.3	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Barbados	0.4		12 - 65	2006	CICAD	HHS	
<i>Bermuda</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>British Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cayman Islands</i>	0.6		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica					No recent, reliable estimate located		
Dominican Republic	0.3	0.1 - 0.6	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Grenada	0.9	0.2 - 1.9	15 - 64	2005	CICAD	SS	d, e
<i>Guadeloupe</i>					No recent, reliable estimate located		
Haiti	0.9		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Jamaica	1.1		15 - 64	2006	UNODC Estimate	SS	a, d
<i>Martinique</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Montserrat</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Netherlands Antilles</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Puerto Rico</i>	0.8	0.3 - 1.4	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Saint Kitts and Nevis	1.7	0.4 - 3.2	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Saint Lucia	1.0		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Saint Vincent and the Grenadines	0.7		15 - 64	2002	UNODC Estimate	SS	
Trinidad and Tobago					No recent, reliable estimate located		
<i>Turks and Caicos Islands</i>	0.7		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
<i>United States Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<b>Central America</b>							
Belize	0.9		12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Costa Rica	0.4		12 - 70	2006	ARQ	HHS	
El Salvador	0.4	0.2 - 0.5	12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Guatemala	0.2		15 - 64	2005	ARQ	HHS	
Honduras	0.9		15 - 64	2005	ARQ		
Nicaragua	0.7	0.5 - 0.9	12 - 65	2006	CICAD	HHS, c	
Panama	1.2		12 - 65	2003	Government source	HHS	
<b>North America</b>							
Canada	1.4		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Mexico	0.4		12 - 65	2008	Govt. source (ENA)	HHS	
<i>Saint Pierre and Miquelon</i>					No recent, reliable estimate located		
United States of America	2.4		15 - 64	2009	Govt. source (SAMSHA)	HHS	
<b>South America</b>							
Argentina	2.6		15 - 64	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Bolivia (Plurinational State of)	0.8		12 - 65	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Brazil	0.7		12 - 65	2005	Government source	HHS, c	
Chile	2.4		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	0.8	0.7 - 0.9	12 - 65	2008	Government source	HHS, c	
Ecuador	0.3		15 - 64	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
<i>Falkland Islands (Malvinas)</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>French Guiana</i>					No recent, reliable estimate located		
Guyana					No recent, reliable estimate located		
Paraguay	0.3	0.2 - 0.3	12 - 64	2003	CICAD	HHS	
Peru	0.5	0.3 - 0.6	12 - 64	2006	ARQ	HHS, c	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Suriname	0.3		12 - 65	2007	Government source	HHS	
Uruguay	1.4		12 - 65	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.6		15 - 64	2005	Government source	HHS	
<b>ASIA</b>							
<b>Central Asia and Transcaucasian countries</b>							
Armenia	0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	
Azerbaijan					No recent, reliable estimate located		
Georgia					No recent, reliable estimate located		
Kazakhstan					No recent, reliable estimate located		
Kyrgyzstan					No recent, reliable estimate located		
Tajikistan					No recent, reliable estimate located		
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located		
Uzbekistan					No recent, reliable estimate located		
<b>East and South-East Asia</b>							
Brunei Darussalam					No recent, reliable estimate located		
Cambodia					No recent, reliable estimate located		
China					No recent, reliable estimate located		
<i>China, Hong Kong SAR</i>	0.3	0.2 - 0.3	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
<i>China, Macao SAR</i>					No recent, reliable estimate located		
Guam					No recent, reliable estimate located		
Indonesia	<0.1		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	<0.1		15 - 64	2004	ARQ	HHS	e, f
Lao People's Democratic Republic					No recent, reliable estimate located		
Malaysia					No recent, reliable estimate located		
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar					No recent, reliable estimate located		
Philippines	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	
Singapore					No recent, reliable estimate located		
<i>Taiwan, Province of China</i>	0.1		12 - 64	2005	AMCEWG		
Thailand	<0.1		12 - 65	2007	ARQ	HHS	e
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam					No recent, reliable estimate located		
<b>Near and Middle East /South-West Asia</b>							
Afghanistan	<0.1		15 - 64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS	
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)	<0.1		15 - 64	2008	Government source	I	f, g
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	0.6		18 - 40	2008	Government source	HHS	
Jordan					No recent, reliable estimate located		
Kuwait	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		g
Lebanon	0.1		15 - 64	2001	UNODC Estimate		d, e
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman					No recent, reliable estimate located		
Pakistan					No recent, reliable estimate located		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia					No recent, reliable estimate located		
Syrian Arab Republic	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		g
United Arab Emirates					No recent, reliable estimate located		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
<b>South Asia</b>							
Bangladesh					No recent, reliable estimate located		
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka					No recent, reliable estimate located		
<b>EUROPE</b>							
<b>East Europe</b>							
Belarus	<0.1	<0.1 - 0.1	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Moldova (Republic of)	<0.1	<0.1	15 - 64	2008	Government sources	HHS	e
Russian Federation*	0.2	0.2 - 0.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	0.2	0.2 - 0.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
<b>Southeast Europe</b>							
Albania	0.8	<0.1 - 1.6	15 - 64	2006	Government sources	SS	d, e
Bosnia and Herzegovina	0.6	<0.1 - 1.9	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e
Bulgaria	0.6		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
Croatia	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Macedonia (TFYR)	<0.1		15 - 64	2007	INCSR		
Montenegro	0.8	<0.1 - 1.7	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e
Romania	<0.1	<0.1	15 - 64	2007	ARQ	HHS	e
Serbia	0.5	0.1 - 1.2	15 - 64	2008	Government sources	HHS	a, d, e
Turkey	<0.1		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
<b>West &amp; Central Europe</b>							
Andorra					No recent, reliable estimate located		
Austria	0.9		15 - 64	2008	Govt.	HHS	
Belgium	0.9		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Channel Islands					No recent, reliable estimate located		
Cyprus	1.2		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Czech Republic	0.7		15 - 64	2008	Government sources	HHS	
Denmark	1.4		16 - 64	2008	ARQ	HHS	
Estonia	0.6		15 - 64	2008	Government sources	HHS	
Faeroe Islands	0.2	0.1 - 0.8	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Finland	0.5		15 - 64	2006	ARQ		
France	0.6		15 - 64	2005	ARQ		
Germany	0.9	0.8 - 0.9	18 - 64	2009	Government source	HHS	
Gibraltar					No recent, reliable estimate located		
Greece	0.1		15 - 64	2004	ARQ		
Greenland	0.4		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Hungary	0.2	<0.1 - 0.4	18 - 64	2007	ARQ	HHS	
Iceland	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ireland	1.7		15 - 64	2007	Government source	HHS	
Isle of Man	3.5	2.4 - 4.6	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Italy	2.2		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Latvia	0.5		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
Liechtenstein	0.8		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Lithuania	0.2		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Luxembourg	0.9		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Malta	1.1	1.1 - 1.2	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Monaco	1.9	1.7 - 2.0	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Netherlands	0.6		15 - 64	2005	ARQ		
Norway	0.8		15 - 64	2004	ARQ		
Poland	0.2		15 - 64	2006	ARQ		
Portugal	0.6		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
San Marino					No recent, reliable estimate located		
Slovakia	0.6		15 - 64	2006	ARQ	HHS	
Slovenia	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Spain	2.6		15 - 64	2010	Government source	HHS	
Sweden	0.5		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Switzerland	0.2		15 - 64	2007	ARQ	hhs	
United Kingdom					No recent, reliable estimate located		
United Kingdom (England and Wales)	2.5		16 - 59	2010	Government source	HHS	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
United Kingdom (Northern Ireland)	1.9		15 - 64	2007	Government source	HHS	
United Kingdom (Scotland)	3.9	3.7 - 4.0	16 - 64	2009	Government source	HHS	
<b>OCEANIA</b>							
<b>Oceania</b>							
<i>American Samoa</i>					No recent, reliable estimate located		
Australia	1.9		15 - 64	2007	Government Source	HHS	
<i>Christmas Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cocos (Keeling) Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cook Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Fiji					No recent, reliable estimate located		
<i>French Polynesia</i>					No recent, reliable estimate located		
Kiribati					No recent, reliable estimate located		
Marshall Islands					No recent, reliable estimate located		
Micronesia (Federated States of)					No recent, reliable estimate located		
Nauru					No recent, reliable estimate located		
<i>New Caledonia</i>					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	0.6		16 - 64	2008	Government source	HHS	
<i>Norfolk Island</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Northern Mariana Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Palau					No recent, reliable estimate located		
Papua New Guinea					No recent, reliable estimate located		
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
<i>Wallis and Futuna Islands</i>					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

## 6.1.1.3 Cannabis

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
<b>AFRICA</b>							
<b>East Africa</b>							
Burundi					No recent, reliable estimate located		
Comoros	2.9		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya	2.1	0.3 - 4.0	15 - 65	2007	Govt	HHS	b, e
Madagascar	9.1		15 - 64	2004	ARQ	SS, A	d, e
Mauritius	3.9		15 - 54	2004	ARQ		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia	2.5		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
<b>North Africa</b>							
Algeria	5.7	5.2 - 6.4	15 - 64	2006	Council of Europe	SS, A	d
Egypt	6.2	2.9 - 9.6	15 - 64	2006	Govt; Academic Research	HHS, SS	a, d
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco	4.2		15 - 64	2004	ARQ	HHS	
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
<b>Southern Africa</b>							
Angola					No recent, reliable estimate located		
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia	3.9		15 - 64	2000	ARQ		
Réunion					No recent, reliable estimate located		
South Africa	4.3	3.5 - 6.2	15 - 64	2008	ARQ	HHS	a, e
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	9.5	4.0 - 15.6	15 - 64	2004	Govt; Academic Research	SS	d, e
Zimbabwe	6.9		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
<b>West and Central Africa</b>							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso	2.9		15 - 64	2006	UNODC Estimate		d, e
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde	8.1		15 - 64	2004	UNODC Estimate		d, e
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria	14.3	11.8 - 16.8	15 - 64	2008	ARQ	HHS	a, b, e
Saint Helena					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo	1.0	0.2 - 3.1	15 - 64	2009	ARQ	SS	d, e
<b>AMERICAS</b>							
<b>Caribbean</b>							
Anguilla					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	10.6	7.8 - 13.4	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Aruba					No recent, reliable estimate located		
Bahamas	5.5	3.2 - 7.9	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Barbados	8.3		12 - 65	2006	CICAD	HHS	
Bermuda					No recent, reliable estimate located		
British Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
Cayman Islands					No recent, reliable estimate located		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica	10.8	6.1 - 15.5	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Dominican Republic	0.3	0.3 - 1.4	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Grenada	10.8	7.3 - 14.4	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Guadeloupe					No recent, reliable estimate located		
Haiti	1.4	0.4 - 2.2	15 - 64	2005	CICAD	SS	d, e
Jamaica	9.9	7.5 - 12.2	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Martinique					No recent, reliable estimate located		
Montserrat					No recent, reliable estimate located		
Netherlands Antilles					No recent, reliable estimate located		
Puerto Rico	4.9	3.1 - 6.7	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Saint Kitts and Nevis	11.7	8.3 - 15.1	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Saint Lucia	9.0		15 - 64	2006	UNODC Estimate	SS	d, e
Saint Vincent and the Grenadines	7.1	5.1 - 9.1	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Trinidad and Tobago	4.7	2.9 - 6.4	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Turks and Caicos Islands	5.4		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
United States Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
<b>Central America</b>							
Belize	8.5		12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Costa Rica	1.0		12 - 70	2006	ARQ	HHS	
El Salvador	0.4		12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Guatemala	4.8		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS, SS	c, d
Honduras	0.8	0.4 - 1.6	15 - 64	2005	CICAD	SS	d, e
Nicaragua	1.1		12 - 65	2006	CICAD	HHS, c	
Panama	3.6	3.4 - 3.7	12 - 65	2003	CICAD	HHS	d, e
<b>North America</b>							
Canada	12.6		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Mexico	1.0		12 - 65	2008	Govt. source (ENA)	HHS	
Saint Pierre and Miquelon					No recent, reliable estimate located		
United States of America	13.7		15 - 64	2009	Govt. source (SAMSHA)	HHS	
<b>South America</b>							
Argentina	7.2		15 - 64	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Bolivia (Plurinational State of)	4.3		12 - 65	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Brazil	2.6		12 - 65	2005	Government source	HHS, c	
Chile	6.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	2.3		12 - 65	2008	Government source	HHS	
Ecuador	0.7		15 - 64	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Falkland Islands (Malvinas)					No recent, reliable estimate located		
French Guiana					No recent, reliable estimate located		
Guyana	2.6		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Paraguay	1.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Peru	0.7		12 - 64	2006	ARQ	HHS, c	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Suriname	4.3	3.8 - 4.7	12 - 65	2007	Government source	HHS	
Uruguay	6.0		12 - 65	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.9	0.2 - 1.4	15 - 64	2005	Government source	HHS	a, e
<b>ASIA</b>							
<b>Central Asia and Transcaucasian countries</b>							
Armenia	3.5		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Azerbaijan	3.5		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Georgia	2.7	1.2 - 4.3	15 - 64	2009	Government source/ NGO/Academic	SS	b, d, e
Kazakhstan	4.2		15 - 64	2003	INCSR		
Kyrgyzstan	6.4		15 - 64	2001	ARQ		
Tajikistan					No recent, reliable estimate located		
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located		
Uzbekistan	4.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate		e
<b>East and South-East Asia</b>							
Brunei Darussalam					No recent, reliable estimate located		
Cambodia	3.5		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
China					No recent, reliable estimate located		
China, Hong Kong SAR	0.4	0.2 - 2.0	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
China, Macao SAR	0.7		15 - 64	2003	UNODC Estimate	R	d, e
Guam	18.4	14.7 - 22.0	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Indonesia	0.4		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	0.3	<0.1 - 0.6	15 - 64	2004	ARQ	HHS	c, e
Lao People's Democratic Republic	0.9	0.7 - 1.1	15 - 64	2008	UNODC report	SS	c, d
Malaysia	1.6		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar	0.9		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, e
Philippines	0.8	0.7 - 0.9	15 - 64	2008	Government source	HHS	c, e
Singapore					No recent, reliable estimate located		
Taiwan, Province of China	0.3		12 - 64	2005	AMCEWG		
Thailand	1.2		12 - 65	2007	ARQ	HHS	
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam	0.3		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
<b>Near and Middle East /South-West Asia</b>							
Afghanistan	4.3	3.4 - 5.2	15 - 64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS	
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	8.9		18 - 40	2008	Government source	HHS	
Jordan	2.1		15 - 64	2001	ARQ		a
Kuwait	3.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Lebanon	1.9	0.7 - 4.0	15 - 64	2009	Government source/ NGO/Academic	SS	d, e
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman					No recent, reliable estimate located		
Pakistan	3.9		15 - 64	2000	INCSR		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia	0.3		15 - 64	2006	Government source/ NGO/Academic	R	
Syrian Arab Republic					No recent, reliable estimate located		
United Arab Emirates	5.4		15 - 64	2006	UNODC Estimate		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
<b>South Asia</b>							
Bangladesh	3.3		15 - 54	2004	Academic research	HHS	a, e, f
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka	1.5		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
<b>EUROPE</b>							
<b>East Europe</b>							
Belarus	1.1	0.9 - 1.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	c, d, e
Moldova (Republic of)	0.9		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Russian Federation*	3.5		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	2.5	2.4 - 2.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
<b>Southeast Europe</b>							
Albania	1.8		15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Bosnia and Herzegovina	2.8	2.8 - 4.6	15 - 64	2008	ESPAD	SS	c, d, e
Bulgaria	2.5		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Croatia	5.2	5.1 - 5.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Macedonia (TFYR)	0.6	0.5 - 2.4	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e
Montenegro	0.2	0.2 - 2.0	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e
Romania	0.4		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
Serbia	4.1	2.8 - 5.4	15 - 64	2006	Government source	HHS	a, d, e
Turkey	1.9		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
<b>West &amp; Central Europe</b>							
Andorra	14.6	10.3 - 18.8	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Austria	3.5		15 - 64	2008	Government source	HHS	a
Belgium	5.1		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Channel Islands					No recent, reliable estimate located		
Cyprus	4.4		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Czech Republic	15.2		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Denmark	5.5		16 - 64	2008	ARQ	HHS	
Estonia	6.0		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Faeroe Islands	2.2	0.7 - 4.6	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Finland	3.1	3.0 - 3.2	15 - 64	2008	Government source	HHS	a
France	8.6		15 - 64	2005	ARQ		
Germany	4.8		18 - 64	2009	ARQ	HHS	
Gibraltar	5.2	2.2 - 8.2	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Greece	1.7		15 - 64	2004	ARQ		
Greenland	7.6		15 - 64	2003	ESPAD	SS	d, e
Hungary	2.3	1.7 - 2.9	18 - 64	2007	ARQ	HHS	
Iceland	3.4	3.2 - 3.5	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ireland	6.3		15 - 64	2007	Government source	HHS	
Isle of Man	9.4	5.9 - 12.9	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Italy	14.6		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Latvia	4.9		15 - 64	2007	ARQ		
Liechtenstein	8.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Lithuania	5.6		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Luxembourg	7.6		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Malta	4.5	4.4 - 4.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Monaco	8.9	7.9 - 10.0	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Netherlands	5.4		15 - 64	2005	ARQ		
Norway	4.6		15 - 64	2004	ARQ		
Poland	2.7		15 - 64	2006	ARQ	HHS	
Portugal	3.6		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
San Marino					No recent, reliable estimate located		
Slovakia	6.9		15 - 64	2006	ARQ	HHS	
Slovenia	4.1		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Spain	10.6		15 - 64	2010	Government source	HHS	
Sweden	1.2		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Switzerland	3.4		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
United Kingdom					No recent, reliable estimate located		
United Kingdom (England and Wales)	6.6		16 - 59	2010	Government source	HHS	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
United Kingdom (Northern Ireland)	7.2		15 - 64	2007	Government source	HHS	
United Kingdom (Scotland)	8.4		16 - 64	2009	Government source	HHS	
<b>OCEANIA</b>							
<b>Oceania</b>							
American Samoa	7.0	4.7 - 9.2	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Australia	10.6		15 - 64	2007	Government source	HHS	
Christmas Islands					No recent, reliable estimate located		
Cocos (Keeling) Islands					No recent, reliable estimate located		
Cook Islands					No recent, reliable estimate located		
Fiji	5.1	3.0 - 7.1	15 - 64	2004	Government source	SS	d, e
French Polynesia					No recent, reliable estimate located		
Kiribati					No recent, reliable estimate located		
Marshall Islands	5.5	3.4 - 7.5	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Micronesia (Federated States of)					No recent, reliable estimate located		
Nauru					No recent, reliable estimate located		
New Caledonia					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	14.6		16 - 64	2008	Government source	HHS	
Norfolk Island					No recent, reliable estimate located		
Northern Mariana Islands	22.2	18.1 - 26.4	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Palau	24.2	19.8 - 28.6	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Papua New Guinea					No recent, reliable estimate located		
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
Wallis and Futuna Islands					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

## 6.1.1.4 Anfetaminas

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
<b>AFRICA</b>							
<b>East Africa</b>							
Burundi					No recent, reliable estimate located		
Comoros					No recent, reliable estimate located		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya					No recent, reliable estimate located		
Madagascar					No recent, reliable estimate located		
Mauritius					No recent, reliable estimate located		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia					No recent, reliable estimate located		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
<b>North Africa</b>							
Algeria					No recent, reliable estimate located		
Egypt	0.5	0.4 - 0.5	15 - 64	2006	Govt; Academic Research	HHS, SS	a, b, d
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco					No recent, reliable estimate located		
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
<b>Southern Africa</b>							
Angola					No recent, reliable estimate located		
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia	<0.1		15 - 64	2000	ARQ		
Réunion					No recent, reliable estimate located		
South Africa	1.0	0.7 - 1.4	15 - 64	2008	ARQ	HHS	a, e
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	0.1		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Zimbabwe	0.1		15 - 64	2000	ARQ		
<b>West and Central Africa</b>							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso					No recent, reliable estimate located		
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde					No recent, reliable estimate located		
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria	1.4	0.7 - 2.0	15 - 64	2008	ARQ	HHS	a, b, e
Saint Helena					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo					No recent, reliable estimate located		
<b>AMERICAS</b>							
<b>Caribbean</b>							
Anguilla					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	0.6	0.2 - 1.2	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Aruba					No recent, reliable estimate located		
Bahamas	0.4	0.1 - 1.1	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Barbados	0.2		12 - 65	2006	CICAD	HHS, z	
Bermuda					No recent, reliable estimate located		
British Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
Cayman Islands					No recent, reliable estimate located		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica	0.9	0.3 - 1.6	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Dominican Republic	1.0	<0.1 - 2.6	15 - 64	2008	ARQ	SS, z	d, e
Grenada	0.7		15 - 64	2005	ARQ		
Guadeloupe					No recent, reliable estimate located		
Haiti					No recent, reliable estimate located		
Jamaica	1.1	0.4 - 1.9	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Martinique					No recent, reliable estimate located		
Montserrat					No recent, reliable estimate located		
Netherlands Antilles					No recent, reliable estimate located		
Puerto Rico	0.4	0.1 - 1.1	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Saint Kitts and Nevis	0.2	0.1 - 0.6	15 - 64	2006	Government source	SS, z	d, e
Saint Lucia	1.2	0.4 - 1.9	15 - 64	2005	CICAD	SS, z	d, e
Saint Vincent and the Grenadines	0.6	0.2 - 1.3	15 - 64	2006	CICAD	SS, z	d, e
Trinidad and Tobago	0.7	0.2 - 1.4	15 - 64	2006	CICAD	SS, z	d, e
Turks and Caicos Islands	0.3		15 - 64	2003	UNODC Estimate		d, e
United States Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
<b>Central America</b>							
Belize	1.4		12 - 65	2005	CICAD	HHS, z	
Costa Rica	1.3		12 - 70	2006	ARQ		
El Salvador	3.3		12 - 65	2005	CICAD	HHS, z	
Guatemala	0.9		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, e
Honduras	0.8		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, e
Nicaragua	0.8		15 - 64	2003	UNODC Estimate		d
Panama	1.2		12 - 65	2003	CICAD	HHS, z	
<b>North America</b>							
Canada	0.7		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Mexico	0.2		12 - 65	2008	Govt. source (ENA)	HHS	
Saint Pierre and Miquelon					No recent, reliable estimate located		
United States of America	1.5		15 - 64	2009	Govt. source (SAMHSA)	HHS	
<b>South America</b>							
Argentina	0.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate	SS, z	d, e
Bolivia (Plurinational State of)	0.5		12 - 65	2007	ARQ	HHS	
Brazil	0.7		12 - 65	2005	Government source	HHS, c	
Chile	0.4		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	0.5	<0.1 - 1.9	12 - 65	2008	Government source	HHS, SS	a, c, d, e
Ecuador	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate	SS, z	d, e
Falkland Islands (Malvinas)					No recent, reliable estimate located		
French Guiana					No recent, reliable estimate located		
Guyana	0.5	0.1 - 1.1	15 - 64	2002	CICAD	SS, z	d, e
Paraguay	0.5		15 - 64	2005	UNODC Estimate	SS, z	d, e
Peru	0.2		12 - 64	2006	Govt.	HHS	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Suriname	0.7		12 - 65	2007	Government source	HHS, z	
Uruguay	0.1		12 - 65	2006	ARQ		
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.6		15 - 64	2002	UNODC Estimate		d, e
<b>ASIA</b>							
<b>Central Asia and Transcaucasian countries</b>							
Armenia	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	
Azerbaijan					No recent, reliable estimate located		
Georgia	0.6	0.1 - 1.1	15 - 64	2009	Government source/ NGO/Academic	SS	b, d, e
Kazakhstan					No recent, reliable estimate located		
Kyrgyzstan					No recent, reliable estimate located		
Tajikistan					No recent, reliable estimate located		
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located		
Uzbekistan					No recent, reliable estimate located		
<b>East and South-East Asia</b>							
Brunei Darussalam	0.3		15 - 64	2006	UNODC Estimate		g
Cambodia	0.6		15 - 64	2004	UNODC Estimate		d, e
China					No recent, reliable estimate located		
China, Hong Kong SAR	0.4	<0.1 - 1.1	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
China, Macao SAR					No recent, reliable estimate located		
Guam	1.4	0.5 - 2.3	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Indonesia	0.2		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	0.1	<0.1 - 0.2	15 - 64	2004	ARQ	HHS	b, c, e
Lao People's Democratic Republic	1.4	1.1 - 1.7	15 - 64	2008	Academic research	SS	a, c, d, e
Malaysia	0.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, g, h
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, f
Philippines	2.1	1.9 - 2.4	15 - 64	2008	Government source	HHS	c, e
Singapore					No recent, reliable estimate located		
Taiwan, Province of China	0.6		12 - 64	2005	AMCEWG		
Thailand	1.4		12 - 65	2007	ARQ	HHS	
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam	0.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate		h
<b>Near and Middle East /South-West Asia</b>							
Afghanistan	<0.1		15 - 64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS	
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)	0.1	0.1 - 0.2	15 - 64	2010	Government source	I	f, g
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	5.0	4.5 - 5.5	18 - 40	2008	ARQ	HHS	
Jordan	0.4		15 - 64	2001	UNODC Estimate		
Kuwait	0.3		15 - 64	2005	UNODC Estimate		g
Lebanon	0.4		15 - 64	2001	UNODC Estimate		d, e
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman					No recent, reliable estimate located		
Pakistan					No recent, reliable estimate located		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia	0.4		15 - 64	2006	UNODC Estimate		g
Syrian Arab Republic					No recent, reliable estimate located		
United Arab Emirates					No recent, reliable estimate located		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
<b>South Asia</b>							
Bangladesh					No recent, reliable estimate located		
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka					No recent, reliable estimate located		
<b>EUROPE</b>							
<b>East Europe</b>							
Belarus	0.4		15 - 64	2006	UNODC Estimate		g
Moldova (Republic of)	<0.1		15 - 64	2008	Government source	HHS	e
Russian Federation*	0.4	0.2 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	0.4	0.2 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
<b>Southeast Europe</b>							
Albania	<0.1		15 - 64	2004	ARQ		
Bosnia and Herzegovina	1.0	0.4 - 1.7	15 - 64	2008	ESPAD	SS	c, d, e
Bulgaria	1.0		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Croatia	0.7	0.6 - 0.8	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Macedonia (TFYR)					No recent, reliable estimate located		
Montenegro	0.5	<0.1 - 0.9	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e
Romania	<0.1		15 - 64	2007	Government source	HHS	e
Serbia	0.2	0.1 - 0.5	15 - 64	2006	Government sources	HHS	a, e
Turkey	0.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
<b>West &amp; Central Europe</b>							
Andorra					No recent, reliable estimate located		
Austria	0.5		15 - 64	2008	Government source	HHS	a
Belgium	0.9		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Channel Islands					No recent, reliable estimate located		
Cyprus	0.3		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Czech Republic	1.7		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Denmark	1.2		16 - 64	2008	ARQ	HHS	
Estonia	1.0		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Faeroe Islands	0.4	<0.1 - 0.8	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Finland	0.6		15 - 64	2006	ARQ		
France	0.2		15 - 64	2005	ARQ		
Germany	0.7		18 - 64	2009	ARQ	HHS	
Gibraltar					No recent, reliable estimate located		
Greece	0.2		15 - 64	2004	ARQ		
Greenland					No recent, reliable estimate located		
Hungary	0.5	0.2 - 0.8	18 - 64	2007	ARQ	HHS	
Iceland	0.7	0.6 - 0.9	15 - 64	2003	ESPAD	SS	
Ireland	0.4		15 - 64	2007	Government source	HHS	
Isle of Man	0.9	0.3 - 1.5	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Italy	0.6	0.6 - 0.7	15 - 64	2007	Government source/ ESPAD	HHS, SS	d, e
Latvia	0.9		15 - 64	2007	ARQ		
Liechtenstein	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d
Lithuania	0.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Luxembourg					No recent, reliable estimate located		
Malta	0.9	0.6 - 1.2	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Monaco	0.5	0.5 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Netherlands	0.3		15 - 64	2005	ARQ	HHS	
Norway	1.1		15 - 64	2004	ARQ	HHS	
Poland	0.7		15 - 64	2006	ARQ	HHS	
Portugal	0.2		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
San Marino					No recent, reliable estimate located		
Slovakia	0.3		15 - 64	2006	EMCDDA	HHS	
Slovenia	0.5	0.4 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Spain	0.6		15 - 64	2010	Government source	HHS	
Sweden	0.8		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Switzerland	0.6	0.6 - 0.7	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
United Kingdom					No recent, reliable estimate located		
United Kingdom (England and Wales)	1.0		16 - 59	2010	Government source	HHS	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
United Kingdom (Northern Ireland)	0.8		16 - 59	2008	Government source	HHS	
United Kingdom (Scotland)	1.4		16 - 64	2009	Government source	HHS	a
<b>OCEANIA</b>							
<b>Oceania</b>							
<i>American Samoa</i>	1.3	0.5 - 2.3	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Australia	2.7		15 - 64	2007	Government source	HHS	
<i>Christmas Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cocos (Keeling) Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cook Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Fiji					No recent, reliable estimate located		
<i>French Polynesia</i>					No recent, reliable estimate located		
Kiribati					No recent, reliable estimate located		
Marshall Islands	2.7	1.4 - 4.0	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Micronesia (Federated States of)					No recent, reliable estimate located		
Nauru					No recent, reliable estimate located		
<i>New Caledonia</i>					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	2.1		16 - 64	2008	Government source	HHS	
<i>Norfolk Island</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Northern Mariana Islands</i>	1.2	0.4 - 2.1	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Palau	1.6	0.6 - 2.6	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Papua New Guinea					No recent, reliable estimate located		
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
<i>Wallis and Futuna Islands</i>					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

## 6.1.1.5 Éxtasis

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
<b>AFRICA</b>							
<b>East Africa</b>							
Burundi					No recent, reliable estimate located	HHS	b, e
Comoros					No recent, reliable estimate located		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya	0.3	0.2 - 0.3	15 - 65	2007	Govt		
Madagascar					No recent, reliable estimate located		
Mauritius					No recent, reliable estimate located		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia					No recent, reliable estimate located		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
<b>North Africa</b>							
Algeria					No recent, reliable estimate located		
Egypt					No recent, reliable estimate located		
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco	<0.1		15 - 64	2003	ARQ		
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
<b>Southern Africa</b>							
Angola					No recent, reliable estimate located		
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia	<0.1		15 - 64	2000	ARQ		
Réunion					No recent, reliable estimate located		
South Africa	0.4		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	0.3		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Zimbabwe					No recent, reliable estimate located		
<b>West and Central Africa</b>							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso					No recent, reliable estimate located		
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde	<0.1		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria					No recent, reliable estimate located		
Saint Helena					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo					No recent, reliable estimate located		
<b>AMERICAS</b>							
<b>Caribbean</b>							
Anguilla					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	0.2	<0.1 - 0.7	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Aruba					No recent, reliable estimate located		
Bahamas	0.1	<0.1 - 0.6	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
Barbados	0.5		12 - 65	2006	CICAD	HHS	
Bermuda					No recent, reliable estimate located		
British Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
Cayman Islands					No recent, reliable estimate located		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica	<0.1	<0.1 - 0.5	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Dominican Republic	<0.1	<0.1 - 0.5	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
Grenada	0.2	<0.1 - 0.7	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Guadeloupe					No recent, reliable estimate located		
Haiti	0.6	0.1 - 1.2	15 - 64	2005	CICAD	SS	d, e
Jamaica					No recent, reliable estimate located		
Martinique					No recent, reliable estimate located		
Montserrat					No recent, reliable estimate located		
Netherlands Antilles					No recent, reliable estimate located		
Puerto Rico	0.4	<0.1 - 1.0	15 - 64	2005	Government source	SS	
Saint Kitts and Nevis	0.4	<0.1 - 1.0	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Saint Lucia					No recent, reliable estimate located		
Saint Vincent and the Grenadines	<0.1	<0.1 - 0.5	15 - 64	2006	CICAD	SS	d, e
Trinidad and Tobago	0.1	<0.1 - 0.6	15 - 64	2006	CICAD	SS	d, e
Turks and Caicos Islands	0.7		15 - 64	2003	UNODC Estimate		d, e
United States Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
<b>Central America</b>							
Belize	0.3		12 - 65	2005	Government source	HHS	
Costa Rica	0.2	0.1 - 0.4	12 - 70	2006	ARQ	SS	d, e
El Salvador	<0.1		12 - 65	2005	CICAD	HHS	a, e
Guatemala	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Honduras	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d
Nicaragua	<0.1		12 - 65	2006	CICAD	HHS, c	e
Panama	0.4		12 - 65	2003	UNODC Estimate		d
<b>North America</b>							
Canada	1.1		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Mexico	<0.1		15 - 64	2002	Govt. source (CONADIC)		
Saint Pierre and Miquelon					No recent, reliable estimate located		
United States of America	1.4		15 - 64	2009	Govt. source (SAMHSA)	HHS	
<b>South America</b>							
Argentina	0.5		15 - 64	2006	Government source		
Bolivia (Plurinational State of)	0.1		12 - 65	2007	ARQ	HHS, c	
Brazil	0.2		12 - 65	2005	UNODC Estimate		
Chile	0.1		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	0.3		12 - 65	2008	Government source	HHS, c	
Ecuador	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Falkland Islands (Malvinas)					No recent, reliable estimate located		
French Guiana					No recent, reliable estimate located		
Guyana	0.1		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Paraguay	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Peru	<0.1		12 - 64	2006	ARQ	HHS, c	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY								
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)								
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted	
Suriname	0.1	<0.1 - 0.2	12 - 65	2007	Government source	HHS, c	e	
Uruguay	0.2		12 - 65	2006	Government source	HHS, a, c	c, e	
Venezuela (Bolivarian Republic of)	<0.1	<0.1	15 - 64	2005	Government source	HHS	a, e	
<b>ASIA</b>								
<b>Central Asia and Transcaucasian countries</b>								
Armenia	0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS		
Azerbaijan					No recent, reliable estimate located			
Georgia	0.5	0.2 - 0.9	15 - 64	2009	ARQ	SS	a, b, d, e	
Kazakhstan					No recent, reliable estimate located			
Kyrgyzstan					No recent, reliable estimate located			
Tajikistan					No recent, reliable estimate located			
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located			
Uzbekistan					No recent, reliable estimate located			
<b>East and South-East Asia</b>								
Brunei Darussalam					No recent, reliable estimate located			
Cambodia	0.1		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
China					No recent, reliable estimate located			
<i>China, Hong Kong SAR</i>	0.2	<0.1 - 0.8	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e	
<i>China, Macao SAR</i>	0.3		15 - 64	2002	UNODC Estimate		c, e	
Guam					No recent, reliable estimate located			
Indonesia	0.2		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Japan					No recent, reliable estimate located			
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located			
Korea (Republic of)	<0.1	<0.1	15 - 64	2004	ARQ	HHS	c, e	
Lao People's Democratic Republic					No recent, reliable estimate located			
Malaysia	0.4		15 - 64	2003	UNODC Estimate		e, g	
Mongolia					No recent, reliable estimate located			
Myanmar					No recent, reliable estimate located			
Philippines	0.2		15 - 64	2004	Government source	HHS		
Singapore					No recent, reliable estimate located			
<i>Taiwan, Province of China</i>	0.5		12 - 64	2005	AMCEWG		a	
Thailand	0.3		12 - 65	2007	ARQ	HHS		
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located			
Viet Nam	0.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
<b>Near and Middle East /South-West Asia</b>								
Afghanistan					No recent, reliable estimate located			
Bahrain					No recent, reliable estimate located			
Iran (Islamic Republic of)					No recent, reliable estimate located			
Iraq					No recent, reliable estimate located			
Israel	0.7		18 - 40	2008	Government source	HHS		
Jordan					No recent, reliable estimate located			
Kuwait					No recent, reliable estimate located			
Lebanon	1.0	0.3 - 1.7	15 - 64	2009	Government source/ NGO/Academic	SS	d, e	
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located			
Oman					No recent, reliable estimate located			
Pakistan					No recent, reliable estimate located			
Qatar					No recent, reliable estimate located			
Saudi Arabia					No recent, reliable estimate located			
Syrian Arab Republic					No recent, reliable estimate located			
United Arab Emirates					No recent, reliable estimate located			
Yemen					No recent, reliable estimate located			
<b>South Asia</b>								
Bangladesh					No recent, reliable estimate located			
Bhutan					No recent, reliable estimate located			
India					No recent, reliable estimate located			
Maldives					No recent, reliable estimate located			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka					No recent, reliable estimate located		
<b>EUROPE</b>							
<b>East Europe</b>							
Belarus	0.3		15 - 64	2007	ESPAD	SS	c, d, e
Moldova (Republic of)	0.3		15 - 64	2008	Government sources	HHS	
Russian Federation*	0.7		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	0.7		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
<b>Southeast Europe</b>							
Albania	1.0	0.3 - 2.1	15 - 64	2006	Government sources	SS	d, e
Bosnia and Herzegovina	1.4	0.4 - 2.7	15 - 64	2008	ESPAD	SS	c, d, e
Bulgaria	0.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Croatia	0.8		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Macedonia (TFYR)	0.8	0.2 - 1.8	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e
Montenegro	0.5	0.1 - 1.5	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e
Romania	0.1		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
Serbia	0.6	0.4 - 0.9	15 - 64	2008	Government sources	HHS	a, e
Turkey	0.3		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
<b>West &amp; Central Europe</b>							
Andorra					No recent, reliable estimate located		
Austria	0.5		15 - 64	2008	Govt.	HHS	a
Belgium	0.9		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Channel Islands					No recent, reliable estimate located		
Cyprus	0.6		15 - 64	2009	ARQ	HHS	
Czech Republic	3.6		15 - 64	2008	Government	HHS	
Denmark	0.4		16 - 64	2008	ARQ	HHS	
Estonia	1.2		15 - 64	2008	Government	HHS	
Faeroe Islands	0.2	0.1 - 0.6	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Finland	0.5		15 - 64	2004	ARQ		
France	0.5		15 - 64	2005	ARQ		
Germany	0.4		18 - 64	2009	ARQ	HHS	
Gibraltar					No recent, reliable estimate located		
Greece	0.2		15 - 64	2004	ARQ		
Greenland					No recent, reliable estimate located		
Hungary	0.5	0.2 - 0.8	18 - 64	2007	ARQ	HHS	
Iceland	0.5		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ireland	1.2		15 - 64	2007	Government source		
Isle of Man	1.5	0.9 - 2.2	15 - 64	2007	ARQ	SS	d, e
Italy	0.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Latvia	1.5		15 - 64	2007	ARQ		
Liechtenstein	0.5		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Lithuania	1.0		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Luxembourg					No recent, reliable estimate located		
Malta	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Monaco	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Netherlands	1.2		15 - 64	2005	ARQ		
Norway	0.5		15 - 64	2004	ARQ		
Poland	0.3		15 - 64	2006	ARQ		
Portugal	0.4		15 - 64	2007	ARQ		
San Marino					No recent, reliable estimate located		
Slovakia	1.6		15 - 64	2006	EMCDDA	HHS	
Slovenia	0.7		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Spain	0.8		15 - 64	2010	Government source	HHS	
Sweden	0.1		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Switzerland	0.3	0.1 - 0.5	15 - 64	2007	ARQ	HHS, SS	d, e
United Kingdom					No recent, reliable estimate located		
United Kingdom (England and Wales)	1.6		16 - 59	2010	Government source	HHS	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
United Kingdom (Northern Ireland)	1.5		16 - 59	2008	Government source	HHS	
United Kingdom (Scotland)	2.5		16 - 64	2009	Government source	HHS	
<b>OCEANIA</b>							
<b>Oceania</b>							
<i>American Samoa</i>					No recent, reliable estimate located		
Australia	4.2		15 - 64	2007	Government source/ NGO/Academic	HHS	
<i>Christmas Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cocos (Keeling) Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cook Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Fiji					No recent, reliable estimate located		
<i>French Polynesia</i>					No recent, reliable estimate located		
Kiribati					No recent, reliable estimate located		
Marshall Islands					No recent, reliable estimate located		
Micronesia (Federated States of)					No recent, reliable estimate located		
Nauru					No recent, reliable estimate located		
<i>New Caledonia</i>					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	2.6		16 - 64	2008	Government source	HHS	
<i>Norfolk Island</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Northern Mariana Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Palau					No recent, reliable estimate located		
Papua New Guinea					No recent, reliable estimate located		
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
<i>Wallis and Futuna Islands</i>					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. \* approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

## 6.1.2 Demanda de tratamiento

## 6.1.2.1 Drogas primarias de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en África

Country / Territory	Source	Treatment Year	Distribution of main drugs in percentages*										Treatment Provided **	Data Primarily Reflect	
			Cannabis	Opioids	Cocaine	Amphetamine - type Stimulants	Methaqualone	Sedatives and Tranquillisers	Solvents and Inhalants	Khat					
Algeria	ARQ	1999/ 2009***	81.3%	6.6%	0.2%	-	-	-	-	-	-	2.1%	-	1,086	
Botswana	SENDU/ ARQ	2003/ 2006***	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311	
Burkina Faso	ARQ	2008	58.8%	-	20.6%	20.6%	-	-	-	-	-	-	-	65	a, d
Cape Verde	ARQ	2006	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	
Central African Republic	ARQ	2006	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	
Egypt	ARQ	2007	50.1%	42.7%	-	7.2%	-	-	-	-	-	-	-	129,850	a
Eritrea	ARQ	2006	38.5%	11.5%	7.7%	-	-	-	-	-	42.3%	-	-	26	a
Ethiopia	ARQ	2006/ 2009***	18.8%	18.8%	-	-	-	-	-	-	-	-	62.5%	781	
Ghana	ARQ	2008	99.1%	0.1%	0.8%	-	-	-	-	-	-	-	-	1,066	a, d
Kenya	University <sup>(1)</sup>	2005	36.3%	37.8%	9.7%	0.5%	-	-	0.5%	-	1.2%	11.4%	402		
Lesotho	SENDU	2004	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	d
Madagascar	ARQ	2007	60.8%	-	-	-	-	-	-	39.2%	-	-	-	148	a
Malawi	SENDU	2004	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	796	
Mauritius	ARQ	2009	19.4%	80.6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,015	
Mozambique	SENDU	2004	33.3%	54.7%	11.4%	-	-	-	-	-	-	-	-	150	a
Namibia	ARQ	2005/ 2006***	2.4%	2.4%	24.4%	9.8%	-	61.0%	-	-	-	-	-	238	
Niger	ARQ	2006	69.2%	-	-	30.8%	-	-	-	-	-	-	-	168	
Nigeria	Govt.	2004	89.7%	1.2%	0.7%	2.0%	-	-	-	3.9%	-	3.7%	-	925	
Senegal	GAP	2005	78.0%	1.0%	2.0%	1.0%	-	-	-	-	11.0%	-	-	202	a
Seychelles	ARQ	2007	55.0%	45.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	149	a, d
South Africa	ARQ	2009	39.0%	19.1%	8.2%	25.6%	-	4.1%	-	-	-	-	-	11,178	
Swaziland	SENDU	2004	92.2%	0.9%	0.9%	-	-	4.7%	0.9%	-	-	-	-	128	
Tanzania	SENDU	2004	62.7%	32.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	340	
Togo	ARQ	2009	88.1%	4.0%	7.9%	-	-	-	-	-	-	-	-	151	d
Tunisia	ARQ	2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	828	
Zambia	ARQ	2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	233	
Total														150,405	
Average (unweighted)			64.0%	18.9%	5.0%	5.1%	3.7%	2.3%	3.2%	3.9%					

\* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country, totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting.

\*\* Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine.

\*\*\* The second year specified is for the number of people treated (second to last column).

Sources:

UNODC, Annual Reports Questionnaires (ARQ)

Community Epidemiology Network on Drug Use (SENDU)

UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP)

<sup>(1)</sup> Proxy: cohort of abusers identified from rehabilitation centres, treatment centres, hospitals, streets, and drug dens within 5 urban areas.

Data primarily reflect (codes)

a Geographically limited reporting (eg the Capital city)

b Publicly funded treatment

c NGO/ privately funded treatment

d Inpatient/ hospitalization modality

e Outpatient modality

f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)

g Opioid substitution treatment (eg methadone)

h First-time treatment entrants (not returning clients)

i Treatment admissions (not persons)

## 6.1.2.2 Drogas primarias de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en América

Country / Territory	Sources	Treatment Year	Distribution of main drugs in percentages*											Treatment Provided **	Data Primarily Reflect
			Cannabis	Opioids	Sum of all Cocaine	Cocaine Group			Amphetamine-type stimulants		Solvents and Inhalants	Sedatives and Tranquillisers			
						Cocaine	Basuco	Crack	Amphetamines-Group	Ecstasy-Group					
Argentina	ARQ	2008-09	37.0%	0.7%	45.4%	34.7%	10.7%	-	0.3%	0.4%	7.6%	8.7%	2,125	a	
Bahamas	ARQ	2006-07	72.0%	0.5%	27.5%	27.5%	-	-	-	-	-	-	629	a,b	
Barbados	ARQ	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	111	-	
Bolivia (Plurinational State of)	ARQ	2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,396	-	
Brazil	ARQ	2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	850,000	-	
Canada	CAMH/ DATIS (1)	2009-10	32.5%	22.0%	33.4%	17.0%	16.4%	3.1%	2.4%	0.6%	3.9%	58,147 <sup>a</sup>	(Ontario)		
Chile	ARQ	2009	18.6%	-	76.0%	76.0%	-	0.3%	0.01%	0.3%	4.5%	8,712	a		
Costa Rica	ARQ	2008	30.5%	0.5%	64.1%	-	-	-	-	-	-	3,059	-		
Dominican Republic	ARQ	2009	20.3%	9.0%	69.8%	69.8%	-	0.3%	0.6%	-	-	6,137	h		
Ecuador	ARQ	2008	39.9%	4.2%	55.5%	55.5%	46.6%	0.4%	-	-	-	3,550	d, e		
El Salvador	ARQ	2004/ 2009***	13.8%	-	63.8%	17.2%	-	-	-	-	-	6,001	d, e		
Grenada	ARQ	2009	71.4%	-	27.0%	27.0%	-	-	-	-	-	252	-		
Guatemala	ARQ	2009	24.4%	-	68.0%	68.0%	-	2.2%	2.2%	3.1%	-	244	a, e		
Haiti	ARQ/ Govt.	2002/ 2007***	35.4%	2.1%	37.5%	37.5%	-	-	-	-	6.3%	27	-		
Honduras	ARQ	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,500	-		
Jamaica	ARQ	2008	52.7%	-	47.3%	47.3%	-	-	-	-	-	283	d		
Mexico	ARQ	2009	21.2%	18.2%	26.9%	-	-	17.9%	-	11.4%	2.3%	38,802	c		
Nicaragua	Govt.	2004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,502	d, e		
Panama	Govt.	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	992	d, e		
Paraguay	Govt.	2005	39.0%	1.4%	33.0%	22.0%	2.6%	1.6%	0.2%	9.7%	15.1%	804	-		
Peru	Govt.	2009	13.6%	6.3%	41.8%	-	-	-	-	5.4%	4.4%	3,376	-		
Puerto Rico	Govt. (TEDS)	2009	20.8%	62.6%	12.6%	12.6%	-	-	-	-	0.8%	1,331	-		
Saint Kitts and Nevis	ARQ	2009	86.1%	-	13.9%	13.9%	-	-	-	-	-	44	f		
Saint Lucia	ARQ	2005	17.5%	-	82.5%	82.5%	-	-	-	-	-	40	d		
Saint Vincent and the Grenadines	ARQ/ Govt.	2004/ 2005***	75.3%	-	24.7%	24.7%	-	-	-	-	-	196	d		
Trinidad and Tobago	ARQ	2006/ 2009***	48.8%	-	51.1%	51.1%	-	-	-	-	-	3,405	-		
Uruguay	ARQ	2009	-	-	43.6%	43.6%	-	-	-	-	-	4,396	-		
United States of America	Govt. (TEDS)	2008	29.3%	34.1%	19.5%	19.5%	-	10.9%	-	0.1%	1.5%	1,546,103	b		
Venezuela (Bolivarian Republic of)	ARQ	2009	16.8%	8.6%	73.6%	38.8%	4.1%	0.1%	0.2%	-	0.7%	5,097	a, b, c		
Total												2,565,930			
North America			27.7%	24.8%	26.6%			10.6%	1.2%	4.0%	2.6%	1,643,052			
South America (incl. the Caribbean and Central America)			39.6%	1.9%	49.8%			0.3%	0.2%	1.5%	2.2%	922,878			
Average (unweighted)			37.9%	5.1%	46.6%			1.8%	0.3%	1.9%	2.3%				

\* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country; totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting

\*\* Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine.

\*\*\* The second year specified is for the number of people treated (second to last column).

Sources: UNODC Annual Reports Questionnaires data (ARQ)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Treatment Episode Dataset TEDS, USA

Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Drug and Alcohol Treatment Information System (DATIS), Canada

(1) Number for treatment provided estimated by UNODC

Data primarily reflect (codes)

a Geographically limited reporting (eg the Capital city)

b Publicly funded treatment

c NGO/ privately funded treatment

d Inpatient/ hospitalization modality

e Outpatient modality

f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)

g Opioid substitution treatment (eg methadone)

h First-time treatment entrants (not returning clients)

i Treatment admissions (not persons)

### 6.1.2.3 Drogas primarias de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Asia

Country / Territory	Source	Treatment Year	Distribution of main drugs in percentages*										Treatment Provided**	Data Primarily Reflect	
			Cannabis	Opioids	Cocaine	Amphetamines-Group	Ecstasy-Group	Solvents and Inhalants	Sedatives and Tranquillisers	Other †					
Afghanistan	ARQ	2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,424	a
Armenia	ARQ	2009	-	70.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	257	
Azerbaijan	ARQ / UNODC Estimate	2003	20.0%	75.0%	-	-	-	-	-	-	5.0%	-	-	-	
Bangladesh	DAINAP	2007/2009***	15.0%	76.9%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,800	a
Brunei Darussalam	DAINAP	2009	-	-	-	99.0%	-	-	-	-	1.0%	-	-	103	b
China	Govt. / DAINAP	2008/2009***	-	79.7%	-	19.1%	-	-	-	-	-	-	-	173,000	f
Cambodia	DAINAP	2009	0.3%	4.3%	-	90.0%	-	0.3%	-	-	-	-	-	1,305	f
Georgia	ARQ	2009	0.9%	88.1%	-	8.4%	-	-	-	-	-	-	-	255	a
China, Hong Kong SAR	Govt. / ARQ	2008/2009***	6.0%	57.9%	-	8.7%	-	-	-	-	-	-	27.4%	12,557	f / i
India	ARQ	2009	18.6%	65.8%	0.3%	65.8%	-	2.4%	-	-	12.2%	-	-	7,430	b
Indonesia	DAINAP	2009	11.9%	72.5%	0.6%	8.9%	-	3.3%	-	-	2.2%	-	-	14,852	
Iran (Islamic Republic of)	Govt. / ARQ	2008/2009***	1.7%	83.4%	0.2%	2.6%	-	-	-	-	-	-	-	660,000	
Israel	ARQ	2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,000	b
Japan	Govt. / DAINAP	2005/2008***	2.3%	-	-	55.1%	-	14.5%	-	-	28.2%	-	-	11,130	
Jordan	ARQ	1999	-	21.4%	-	45.2%	-	6.0%	-	-	-	-	-	85	
Kazakhstan	ARQ	2009	3.4%	95.8%	-	0.1%	-	0.7%	-	-	-	-	-	4,973	d
Kuwait	ARQ	2009	28.4%	31.2%	0.5%	21.8%	-	1.5%	-	-	16.1%	-	-	197	d, f
Kyrgyzstan	ARQ	2009	2.5%	96.6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	322	
Lao People's Democratic Republic	DAINAP	2009	-	-	-	95.0%	-	-	-	-	-	-	-	1,964	a
Lebanon	ARQ / UNODC Estimate	2004/2009***	32.0%	57.0%	4.0%	0.5%	-	-	-	6.0%	-	-	-	1,022	f
China, Macao SAR	ARQ	2009	0.5%	81.0%	-	1.9%	-	-	-	-	-	-	16.6%	416	
Malaysia	DAINAP	2008/2009***	14.6%	73.2%	-	12.2%	-	-	-	-	-	-	-	15,645	
Maldives	ARQ	2003	13.0%	87.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	126	d, e
Mongolia	ARQ	2001	28.6%	71.4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	
Myanmar	ARQ	2009	1.1%	96.7%	-	2.2%	-	-	-	-	-	-	-	1,066	a, b
Nepal	ARQ	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	900	a
Oman	ARQ	2002	-	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	f
Pakistan	ARQ	2006-07	40.7%	44.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	15.4%	3,640	a
Philippines	DAINAP	2009	37.9%	-	1.5%	58.6%	-	1.6%	-	-	-	-	-	2,863	
Qatar	ARQ	2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	a, d
Korea (Republic of)	DAINAP	2009	2.2%	-	-	97.8%	-	-	-	-	-	-	-	324	
Saudi Arabia	Govt. / University	2005-06	55.8%	7.5%	-	72.8%	-	0.7%	-	5.5%	-	-	-	1,059	a, d
Singapore	ARQ	2009	5.0%	50.1%	-	26.7%	-	1.3%	-	9.0%	-	7.9%	-	535	
Syrian Arab Republic	ARQ	2006	0.2%	94.9%	0.9%	-	-	-	-	-	-	-	-	674	
Sri Lanka	DAINAP	2009	23.0%	50.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,975	f
Taiwan, Province of China	NBCD DOH	2009	0.1%	73.1%	0.01%	22.1%	-	0.2%	-	4.2%	-	-	-	19,125	d
Tajikistan	Govt.	2008	0.1%	88.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,152	d
Thailand	DAINAP	2009	7.4%	3.1%	0.02%	82.4%	-	5.4%	-	-	-	-	-	106,408	
Turkmenistan	ARQ	2007	3.3%	96.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28,720	d, e
United Arab Emirates	ARQ	2008/2009***	35.7%	64.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	
Uzbekistan	ARQ	2009	7.9%	92.1%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,497	b
Viet Nam	DAINAP	2008/2009***	0.8%	98.0%	-	0.4%	-	-	-	-	-	-	-	64,809	
Total			11.1%	59.1%	0.2%	21.9%	-	0.2%	-	1.0%	-	1.7%	-	1,172,829	
Average (unweighted)															

\* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country; totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting.

\*\* Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine.

\*\*\* The second year specified is for the number of people treated (second to last column).

† Other drug category refers to Tranquillisers (Amnesia), Ketamine (China, Macao SAR and Singapore), or otherwise unspecified.

Sources: Annual Reports, Questionnaire (ARQ) and Field Office (FO) data; UNODC Drug Abuse Information Network for Asia and the Pacific (DAINAP); National Bureau of Controlled Drugs (NBCD), Department of Health (DOH), Taiwan

Data primarily reflect (codes):  
a Geographically limited reporting (eg the Capital city)  
b Publicly funded treatment  
c NGO/privately funded treatment  
d Inpatient residential modality  
e Outpatient modality  
f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)  
g Opioid substitution treatment (eg methadone)  
h Treatment admissions (not persons)  
i Treatment admissions (not persons)



### 6.1.2.4 Drogas primarias de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Europa

Country / Territory	Source	Treatment Year	Distribution of main drugs in percentages*										Treatment Provided**	Data Primarily Reflect
			Cannabis	Opioids	Cocaine	Amphetamine-type stimulants	Ecstasy-group	Hallucinogens	Sedatives and Tranquilisers	Solvents and Inhalants	Other†			
Albania	EMCDDA	2007	5.6%	89.0%	2.2%	-	-	-	0.2%	-	-	2,070	b	
Andorra	ARQ	2008	8.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	252	a, d	
Austria	EMCDDA	2008	18.5%	69.0%	7.1%	1.6%	0.6%	-	0.3%	-	5,311	a, d		
Belarus	EMCDDA	2004/2008***	63.2%	63.2%	0.1%	3.6%	-	-	1.2%	12.3%	4,843	d/a, d, e		
Belgium	ARQ	2006	34.0%	36.2%	18.9%	10.1%	0.8%	-	-	-	7,261			
Bosnia and Herzegovina	ARQ	2007/2008***	48.3%	48.3%	0.7%	1.7%	1.0%	-	-	-	563	a		
Bulgaria	ARQ	2008	97.1%	97.1%	0.1%	1.6%	0.2%	-	-	-	2,009	a, d, e		
Croatia	ARQ	2009	10.5%	82.7%	1.9%	1.8%	0.7%	-	-	-	7,733	d, e		
Cyprus	ARQ	2009	32.2%	50.4%	14.0%	0.4%	0.5%	-	-	-	852	b		
Czech Republic	ARQ	2009	13.1%	24.0%	0.4%	60.9%	0.1%	-	0.1%	0.5%	8,763			
Denmark	EMCDDA	2008	38.9%	41.4%	6.7%	9.9%	0.9%	-	0.02%	0.1%	4,232	d, e		
Estonia	ARQ	2008	1.3%	96.6%	-	1.8%	-	-	-	-	625			
Finland	ARQ	2008	11.0%	61.0%	-	19.5%	-	-	-	-	3,369			
France	ARQ	2008	35.3%	51.0%	7.5%	0.3%	0.7%	-	0.3%	2.8%	90,757	e		
Germany	ARQ	2008	31.8%	35.5%	14.7%	9.5%	4.9%	-	3.3%	-	43,058	e		
Gibraltar	ARQ	2008	23.8%	4.8%	66.7%	-	-	-	4.8%	-	41	d		
Greece	EMCDDA	2008	8.7%	85.3%	4.0%	-	-	-	-	-	4,682			
Macedonia (TFYR)	ARQ	2009	6.8%	92.0%	1.3%	-	-	-	-	-	1,212			
Hungary	ARQ	2009	71.2%	10.8%	2.4%	10.2%	1.0%	-	0.5%	0.7%	4,317			
Iceland	ARQ	2007	33.3%	2.8%	16.7%	38.9%	11.1%	-	-	-	1,800	a		
Ireland	EMCDDA	2008	18.3%	64.2%	11.7%	16.3%	0.6%	-	0.1%	-	6,387			
Iste of Man	Govt.	2009	39.4%	17.7%	17.1%	4.6%	4.6%	-	2.9%	-	196			
Italy	ARQ	2009	9.3%	69.9%	16.2%	0.1%	0.3%	-	0.5%	-	166,386			
Latvia	ARQ	2009	19.1%	36.9%	0.7%	28.2%	0.2%	-	-	3.3%	466	b, e		
Liechtenstein	ARQ	2006	81.3%	-	15.6%	3.1%	-	-	-	-	32			
Lithuania	ARQ	2009	0.8%	91.9%	0.2%	3.1%	-	-	1.5%	2.6%	5,954			
Luxembourg	EMCDDA	2008	0.6%	82.0%	13.5%	0.3%	2.8%	-	0.6%	-	327			
Malta	ARQ	2009	6.3%	83.8%	9.4%	-	-	-	-	-	1,682			
Moldova (Republic of)	ARQ	2009	17.4%	82.6%	-	-	-	-	-	-	2,160			
Monaco	ARQ	2009	25.9%	39.2%	-	4.5%	0.6%	-	-	-	175			
Netherlands	ARQ	2008	16.9%	50.4%	1.6%	18.5%	-	-	-	-	32,444			
Norway	Govt./ARQ	2008	16.9%	50.4%	1.6%	18.5%	-	-	-	-	9,657	d, e, i		
Poland	Govt./ARQ	2006/2007***	2.9%	17.1%	0.3%	7.8%	-	-	0.4%	1.3%	12,562	d		
Portugal	ARQ	2009	3.5%	49.8%	4.3%	0.02%	0.1%	-	0.1%	-	36,668			
Romania	ARQ	2009	6.3%	74.0%	0.8%	0.2%	0.2%	-	-	-	1,703			
Russian Federation	ARQ	2009	0.8%	95.2%	0.03%	0.3%	-	-	-	-	18.6%			
Slovakia	ARQ	2009	19.0%	42.6%	0.6%	30.1%	0.1%	-	-	4.4%	91,229	b		
Slovenia	ARQ	2008	6.5%	86.5%	3.6%	0.1%	0.1%	-	-	-	3,169	e		
Spain	ARQ	2007	10.9%	39.9%	45.6%	0.8%	0.4%	-	0.1%	-	50,555			
Sweden	ARQ	2008	19.9%	31.8%	1.6%	33.4%	0.3%	-	-	-	4,298			
Switzerland	ARQ	2007/2008***	26.0%	59.6%	0.4%	0.4%	0.4%	-	-	-	30,000	d, e		
Turkey	ARQ	2008	29.8%	53.0%	3.4%	0.1%	2.3%	-	-	9.2%	2,145	d		
Ukraine	ARQ	2009	12.0%	58.0%	0.2%	25.7%	-	-	0.1%	-	5,950			
United Kingdom	EMCDDA	2007-08	16.4%	61.9%	13.9%	3.5%	0.7%	-	0.3%	-	132,003	d, e		
Total Europe											791,807			
Total East & Southeast Europe											121,597			
Total West & Central Europe											670,210			
Average (unweighted) Europe			19.8%	54.4%	8.8%	8.0%	0.9%	-	0.2%	0.8%				
Average (unweighted) East & Southeast Europe			14.0%	75.9%	1.0%	3.2%	0.4%	-	0.1%	2.0%				
Average (unweighted) West & Central Europe			21.8%	46.9%	11.6%	9.7%	1.1%	-	0.3%	0.4%				

\* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country, totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting.  
 \*\* Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine.  
 \*\*\* The second year specified is for the number of people treated (second to last column).

† Other drug category represents Ketamine and other sedatives and hypnotics (Romania), ICID10-F19 "Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances" (Poland), or otherwise unspecified.

Sources:  
 UNODC, Annual Reports Questionnaires (ARQ)  
 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

Data primarily reflect (codes):  
 a Geographically limited reporting (eg the Capital city)  
 b Publicly funded treatment  
 c NGO/privately funded treatment  
 d Inpatient/hospitalization modality  
 e Outpatient modality  
 f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)  
 g Opioid substitution treatment (eg methadone)  
 h First-time treatment entrants (not returning clients)  
 i Treatment admissions (not persons)

## 6.1.2.5 Drogas primarias de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Oceanía

Country / Territory	Source	Treatment Year	Distribution of main drugs in percentages*							Treatment Provided **	Data Primarily Reflect	
			Cannabis	Opioids	Cocaine	Amphetamine-type stimulants		Hallucinogens	Sedatives and Tranquillisers			
						Amphetamines-group	Ecstasy-group					
Australia	ARQ	2007-08	38.8%	23.3%	0.6%	20.2%	1.6%	-	-	-	82,019	b, i
New Zealand	DAINAP	2009	43.4%	41.3%	0.4%	13.7%	-	1.2%	-	-	5,038	b, d
Fiji	DAINAP	2006	87.2%	-	-	-	-	-	-	12.8%	312	f
Total											87,369	
Average (unweighted) †			41.1%	32.3%	0.5%	17.0%	0.8%	0.6%	-	-		

\* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country; totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting.

\*\* Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine.

\*\*\* The second year specified is for the number of people treated (second to last column).

† Fiji is excluded because of the disproportionate affect that the small number in treatment has on the unweighted mean

Sources:

UNODC Drug Abuse Information Network for Asia and the Pacific (DAINAP)

Data primarily reflect (codes)

a Geographically limited reporting (eg the Capital city)

b Publicly funded treatment

c NGO/ privately funded treatment

d Inpatient/ hospitalization modality

e Outpatient modality

f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)

g Opioid substitution treatment (eg methadone)

h First-time treatment entrants (not returning clients)

i Treatment admissions (not persons)



## 6.1.3 Consecuencias para la salud

### 6.1.3.1 Muertes relacionadas con las drogas

Region / Country	Year of estimate	National estimate	Number of deaths	Reference population *	Rate per million (aged 15-64)	Ranking of drugs as primary cause of death						Fatal drug overdoses (%)	
						Cannabis	Opioids	Cocaine	ATS	Ecstasy	Sedatives		Inhalants
<b>AMERICAS</b>													
<b>North America</b>													
Canada	2005	✓	2,182	23,377,266	93.3								
Mexico	2009	✓	4,562	71,376,666	63.9				3				
United States of America	2006	✓	38,396	210,501,532	182.4			2	4	1	5		
<b>North America†</b>			<b>45,100</b>		<b>147.9</b>								
<b>Caribbean</b>													
Bahamas	2007	✓	2	231,328	8.6							1	0%
Dominican Republic	2008	✗	135					2		1		3	
Trinidad and Tobago	2009	✓	3	971,480	3.1					1			
<b>Central America</b>													
Costa Rica	2006	✗	204					2	3	1			4
El Salvador	2009	✗	145	3,731,556	38.9								
<b>South America</b>													
Argentina	2006	✓	315	25,890,285	12.2					1	2		
Brazil	2007	✓	158	130,461,732	1.2		2	4	1	6		5	3
Colombia	2000	✓	1,225	29,848,575	41.0			3	1				2
Uruguay	2004	✗	14										100%
Venezuela (Bolivarian Republic of)	2008	✓	48	5,822,473	8.2		2	2		1			
<b>South America, Central America, Caribbean†</b>			<b>range: 2,200 - 6,300</b>		<b>7.0 - 20.5</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>AFRICA</b>													
<b>East Africa</b>													
Seychelles	2007	✓	5	59,058	84.7			1					80%
<b>Southern Africa</b>													
Namibia	2001	✗	3					1					100%
South Africa	2009							1			2		
Zambia	2001?		7					1					29%
<b>ASIA</b>													
<b>East and South-East Asia</b>													
China	2002	✓	1,737	965,401,696	1.8								
China, Hong Kong SAR	2008	✓	155	5,289,006	29.3			1				2	
Japan	2009										1		
Myanmar	2009							1					
Viet Nam	2009	✓	2,184	59,827,591	36.5			1					
<b>Near and Middle East /South-West Asia</b>													
Afghanistan	2009	✗	16	1,857,939	8.6			1					100%
Bahrain	2009	✓	25	564,893	44.3			1					100%
Iran (Islamic Republic of)	2008	✓	4,800	52,747,616	91.0			1					
Israel	2009							1			2		





Drug-related mortality with ranking of drugs as primary cause of death (2009 or latest year available)

Region / Country	Year of estimate	National estimate?	Number of deaths	Reference population *	Rate per million (aged 15-64)	Ranking of drugs as primary cause of death							Fatal drug overdoses (%)				
						Cannabis	Opioids	Cocaine	ATS	Ecstasy	Sedatives	Inhalants		Other			
Monaco	2009	✓	0	20,475	0.0												
Netherlands	2008	✓	129	11,151,671	11.6		1	2									100%
Norway	2008	✓	179	3,187,637	56.2		1										
Poland	2007	✓	214	27,287,709	7.8		2	3									
Portugal	2006	✓	8	7,180,097	1.1												100%
Slovakia	2007	✓	102	3,920,448	26.0												31%
Slovenia	2005	✓	44	1,413,528	31.1		1	3									16%
Spain	2006	✓	1,638	32,950,551	49.7		4	2	5	6	3						50%
Sweden	2008	✓	419	6,052,357	69.2		1	3	2								51%
Switzerland	2008	✗	129	5,124,258	25.2												
United Kingdom	2008	✓	2,278	40,716,118	55.9		1	3	4	5	2						
<b>Southeast Europe</b>																	
Albania	2004	✓	8	2,111,663	3.8												100%
Bosnia and Herzegovina	2009	✓	1	2,664,722	0.4		1										100%
Bulgaria	2008	✓	74	5,215,908	14.2												
Croatia	2009	✓	90	2,987,872	30.1		2	1	4		2	5					69%
Macedonia (TFYR)	2009	✓	23	1,434,979	16.0		1	5	4		2		3				39%
Romania	2009	✗	32	2,975,142	10.8		1				2		3				53%
Serbia	2008	✓	138	6,686,525	20.6		1	2									
Turkey	2007	✓	153	50,350,280	3.0		1										
<b>East Europe</b>																	
Belarus	2008	✓	109	6,907,225	15.8		3	1	5			2					12%
Moldova (Republic of)	2009	✓	45	2,595,820	17.3												24%
Russian Federation	2008	✓	7,464	101,615,465	73.5												17%
Ukraine	2009	✓	7,597	32,169,000	236.2			1									100%
<b>Europe†</b>			<b>range: 25,200 - 26,700</b>		<b>45.6 - 48.4</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>7</b>					

Source: UNODC Annual Reports Questionnaire (ARQ)

Notes

† Regional total deaths and rates are estimates corrected for non-reporting countries. Number of deaths are rounded to nearest 100.

\* Reference population refers to the population aged 15-64 for national estimates or the reference population as specified in the ARQ for partial country estimates or sub-populations

\*\* All drug-related deaths refer to the first year stated, deaths from drug overdose to the second year. The percentage of fatal overdoses therefore reflects data from different year:

Switzerland: Total drug-related deaths reported excludes two Cantons - estimated to be 10 cases in the calculation of the mortality rate

Romania: Includes only counties reporting with conclusive toxicological tests (representing under 20% of the population)

Belarus: Deaths among drug users registered on the Narcological Register

Russian Federation: Deaths among persons registered with the State Service for Drug Abuse Treatment

## 6.1.3.2 Hepatitis C entre los consumidores de drogas inyectables

Region	Country	Year Of Estimate	Prevalence (%)	
Africa	Egypt	2007	55	
	Kenya	2004	70	
	Mauritius	2009	97	
Americas	Argentina	2009	2	
	Canada	2008	69	
	Mexico	2005	96	
	Uruguay	2004	22	
Asia	Azerbaijan	2007	30	
	Bangladesh	2004	54	
	China, Hong Kong SAR	2009	50	
	China, Macao SAR	2009	89	
	Indonesia	2004	82	
	Israel	2008	55	
	Japan	2004	37	
	Kazakhstan	2009	60	
	Korea (Republic of)	2004	80	
	Kuwait	2008	40	
	Lebanon	2009	2	
	Myanmar	2007	79	
	Oman	2007	27	
	Pakistan	2007	20	
	Europe	Albania	2006	22
		Austria	2007	42
Belgium		2008	49	
Bosnia and Herzegovina		2006	67	
Bulgaria		2009	61	
Croatia		2009	42	
Czech Republic		2009	30	
Finland		2008	1	
France		2008	40	
Germany		2008	36	
Greece		2004	61	
Hungary		2009	24	
Iceland		2007	70	
Italy		2009	59	
Latvia		2007	74	
Lithuania		2008	95	
Luxembourg		2005	81	
Macedonia (TFYR)		2009	18	
Malta		2010	39	
Netherlands		2008	76	
Poland		2009	48	
Portugal		2009	29	
Romania		2009	57	
Russian Federation		2009	48	
Slovakia		2007	14	
Slovenia		2008	22	
Switzerland		2007	14	
Turkey	2003	15		
United Kingdom	2008	40		
Oceania	Australia	2008	63	
	New Zealand	2007	70	

## 6.2 PRODUCCIÓN

### 6.2.1 Afganistán

#### Ficha descriptiva – Afganistán, encuestas sobre el opio y el cannabis 2010<sup>1</sup>

	2009	Cambio en 2009	2010
Net opium cultivation (after eradication) <sup>2</sup>	123.000 ha (102.000-137.000)	0%	123.000 ha (104.000-145.000)
Cannabis cultivation <sup>3</sup>	10.,000-24.000 ha	*	9.000-29.000 ha
No. of poppy-free provinces <sup>4</sup>	20	No hay cambio	20
No. of provinces affected by opium cultivation	14		14
Núm. de provincias con cultivo de cannabis <sup>5</sup>	17	+2	19
Erradicación de adormidera	5.351	-57%	2.316 ha
Rendimiento medio ponderado del opio	56,1 kg/ha	-48%	29,2 kg/ha
Rendimiento medio de la resina de cannabis ( <i>garda</i> )	143 kg/ha	-12%	128 kg/ha
Producción potencial de opio expresada como porcentaje de la producción potencial mundial de opio	6.900 mt 88%	-48%	3.600 mt 74%
Producción potencial de resina de cannabis ( <i>garda</i> ) <sup>6</sup>	1.500-3.500 mt	*	1.200-3.700 mt
Núm. de familias que cultivan adormidera <sup>7</sup> expresado como porcentaje de la población total	245.200 6%	+1%	248.700 6%
Núm. de familias que cultivan cannabis	40.000 (25.000-60.000)	+18%	47.000 (27.000-88.000)
Precio medio al pie de la plantación (ponderado por producción) del opio seco en tiempo de cosecha	US\$ 64/kg	+164%	US\$ 169/kg
Precio medio al pie de la plantación de la resina de cannabis (mejor calidad ponderada por producción) en el momento de procesar la resina	US\$ 35/kg	+146%	US\$ 86/kg
Valor total al pie de la plantación de la producción de opio expresado como porcentaje del PIB <sup>8</sup>	US\$ 438 million 4%	+38%	US\$ 605 million 5%
Valor total al pie de la plantación de la producción de resina de cannabis ( <i>garda</i> )	US\$ 39-94 million	*	US\$ 85-263 million
Valor potencial bruto de la exportación de opiáceos expresado como porcentaje del PIB	US\$ 2,8 billion 26%	-50%	US\$ 1,4 billion 11%
Valor potencial neto de la exportación de opiáceos expresado como porcentaje del PIB <sup>8</sup>	US\$ 2,3 billion 21%	-48%	US\$ 1,2 billion 9%
Ingreso bruto anual medio derivado del opio de las familias que cultivan adormidera	US\$ 1.786	+36%	US\$ 2.433
Ingreso bruto anual derivado del cannabis de las familias que cultivan cannabis	US\$ 1.553	+93%	US\$ 3.000
Ingresos producto del opio por ha (bruto/neto)	US\$ 3.600 / 2.005	+36% / +45%	US\$ 4.900 / 2.900
Ingresos producto del cannabis por ha (bruto/neto)	US\$ 3.900 / 3.341	+131% / +150%	US\$ 9.000 / 8.341

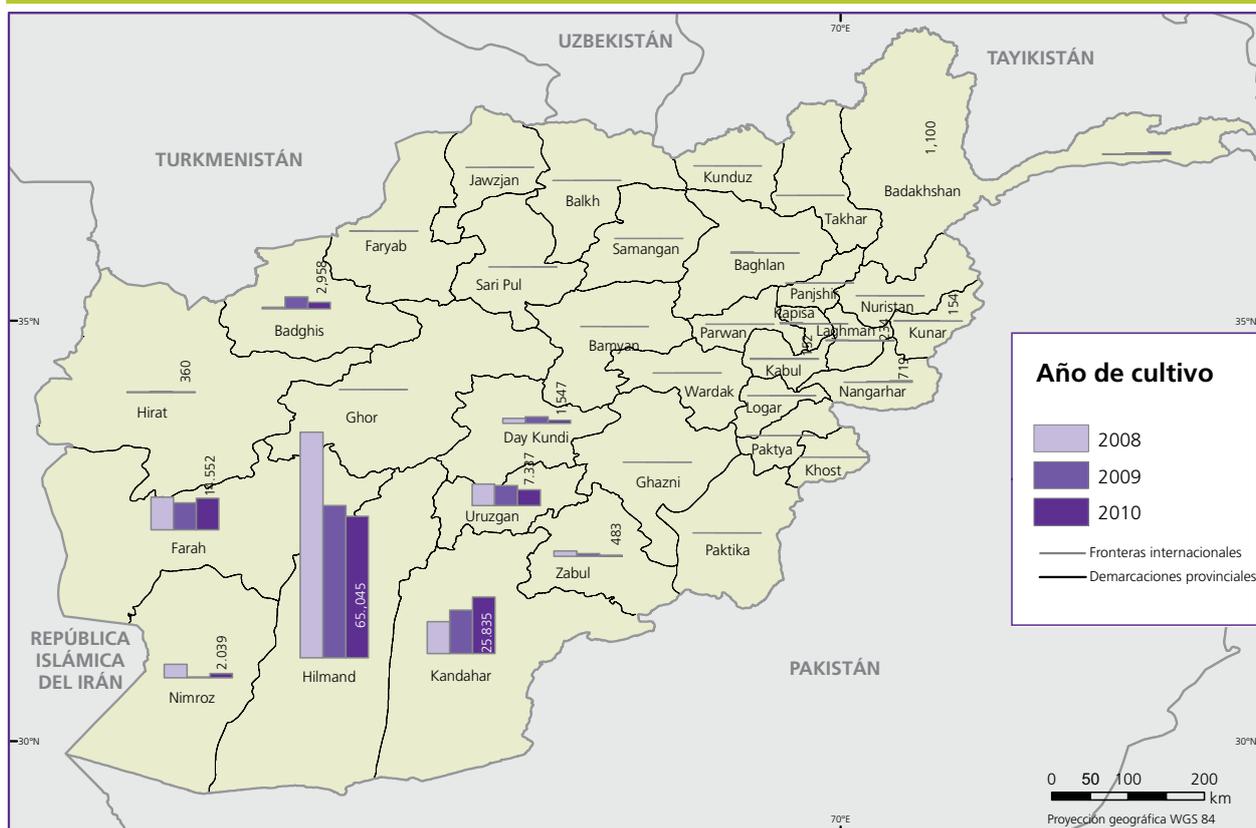
\* Debido a la incertidumbre asociada a las estimaciones, no se pudo calcular un tipo de cambio.

- 1 La información que figura en la presente sección procede del Estudio sobre el opio en el Afganistán 2010 (UNODC/Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes), y puede consultarse también en Internet: (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>), y del Estudio preliminar sobre el cannabis en el Afganistán 2010. Fuente, salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC.
- 2 Las cifras entre paréntesis son los límites superior e inferior del intervalo de la estimación.
- 3 El cultivo de cannabis se definió como el monocultivo de cannabis en los campos. No fue posible considerar el cultivo combinado y a pequeña escala.
- 4 De las 34 provincias del Afganistán. Las provincias sin adormidera son aquellas con menos de 100 ha de cultivo de adormidera.
- 5 El cultivo de cannabis se definió como el monocultivo de cannabis en los campos. No fue posible considerar el cultivo combinado y a pequeña escala.
- 6 *Garda* es el término local empleado en el Afganistán para designar el polvo que se obtiene al trillar y tamizar las plantas de cannabis cosechadas y secas. Ese proceso se repite varias veces lo que produce *garda* de diferente calidad (primera, segunda, ...), con proporciones variables de resina y otra materia vegetal. La *garda* se procesa a su vez para producir hashish.
- 7 Las estimaciones correspondientes a 2009 se basan en una población de 24,0 millones; las correspondientes a 2010, en una población de 24,5 millones y en una familia media de 6,2 personas. Fuente: Gob. del Afganistán, Oficina Central de Estadística.
- 8 PIB nominal del año respectivo. Fuente: Gob. del Afganistán, Oficina Central de Estadística.

### Afganistán, distribución regional del cultivo de adormidera (ha), 2009-2010

Región	2009 (ha)	2010 (ha)	Cambio en 2009	2010 (ha) como porcentaje del total
Sur	103.014	100.247	-3%	82%
Oeste	18.800	19.909	6%	16%
Este	593	1.100	97%	1%
Nordeste	557	1.107	87%	1%
Centro	132	152	15%	0.1%
Norte	Sin adormidera	Sin adormidera	No se dispone de datos	No se dispone de datos
<b>Total redondeado</b>	<b>123.000</b>	<b>123.000</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

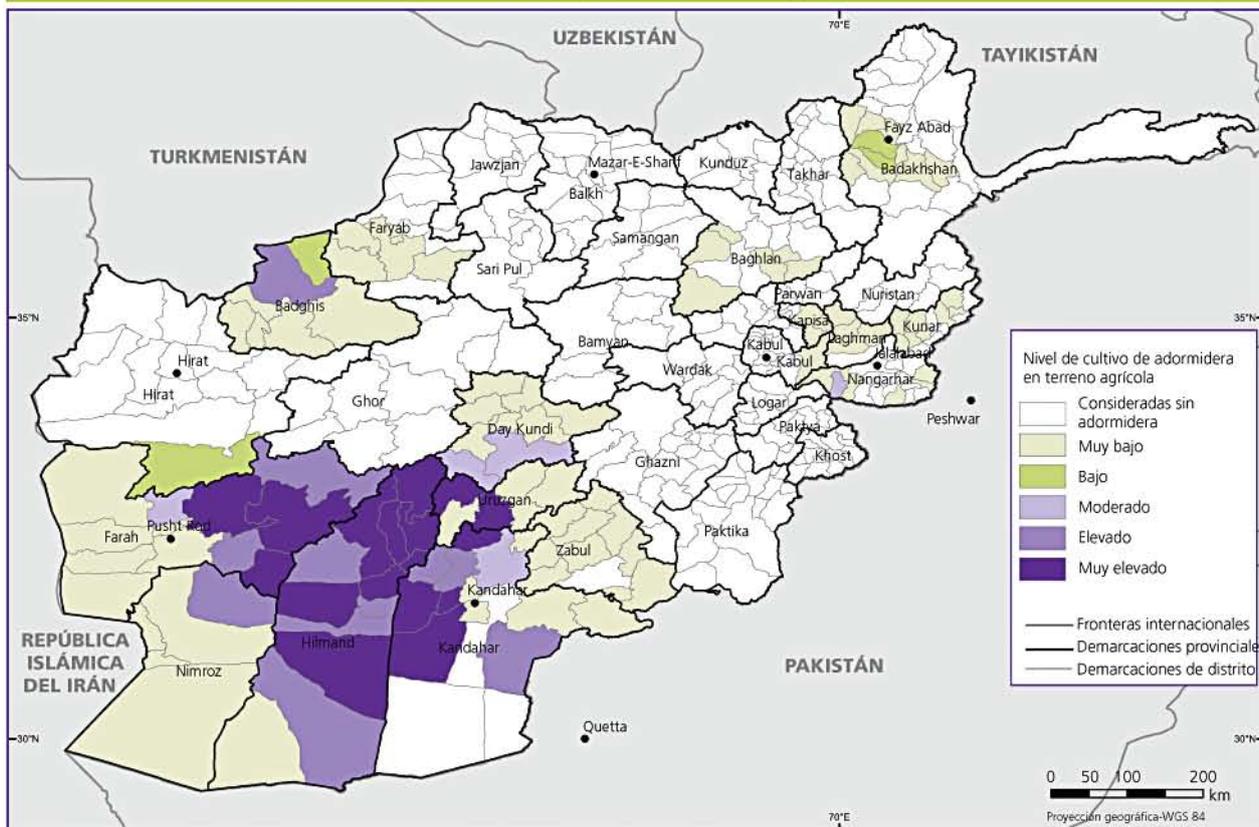
### Cultivo de adormidera a nivel provincial en el Afganistán, 2008-2010



Fuente: MCN-UNDOC, Estudio sobre el opio en el Afganistán, 2010.  
 Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.



**Cultivo de adormidera en el Afganistán, 2010 (a nivel de distrito)**



Fuente: MCN-UNDOC, Estudio sobre el opio en el Afganistán, 2010.  
 Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

## 6.2.2 Bolivia (Estado Plurinacional de)

### Ficha descriptiva – Bolivia, encuesta sobre la coca 2010<sup>9</sup>

**En el momento de imprimirse el presente Informe aún no se disponía de las cifras del informe sobre el cultivo de coca de 2010.**

	2009	Cambio en 2009	2010
Cultivo de coca <i>De las cuales: en Yungas de La Paz</i> <i>en Chapare</i> <i>en Apolo</i> <i>De las cuales, autorizadas por la ley 1008 de Bolivia</i>	30.900 ha 20.900 ha 9.700 ha 300 ha 12.000 ha		12.000 ha
Producción de hoja de coca secada al sol	54.800 mt		
Producción potencial de clorhidrato de cocaína	n.d.		
Precio medio nacional al pie de la plantación ponderado de la hoja de coca (fuera del mercado estatal)	US\$ 4.9/kg		
Valor total al pie de la plantación de la producción de hoja de coca PIB <sup>10</sup>	US\$ 265 million		
Valor al pie de la plantación de la producción de hoja de coca expresado como porcentaje del PIB	US\$ 13.0 billion 2%		
Valor al pie de la plantación de la producción de hoja de coca expresado como porcentaje del sector agrícola	14%		
Erradicación notificada de arbustos de coca*	6.341 ha	+29%	8.200 ha
Incautación notificada de hoja de coca secada al sol*	1.624 mt	-37%	1.016 mt
Incautación notificada de cocaína base*	21.970 kg	+17%	25.714 kg
Incautación notificada de clorhidrato de cocaína*	4.922 kg	-31%	3.390 kg
Destrucción notificada de laboratorios de coca <sup>11*</sup>	4.888	+21%	5.922

\* Según lo comunicado por el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. El término "erradicación" incluye la erradicación voluntaria y la forzada.

<sup>9</sup> La información que figura en la presente sección procede del Informe sobre el cultivo de coca en Bolivia (UNODC/Gobierno de Bolivia, junio de 2010), y puede consultarse también en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente, salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC

<sup>10</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE).

<sup>11</sup> Incluidas las instalaciones que producen cocaína base, clorhidrato de cocaína o que 'reciclan' precursores. Excluidos los pozos de maceración de la hoja de coca.



## 6.2.3 Colombia

### Ficha descriptiva – Colombia, encuesta sobre la coca 2010<sup>12</sup>

	2009	Cambio en 2009	2010
Cultivo neto de coca (redondeado al 31 de dic.)			
Sin ajuste para las parcelas pequeñas	68.000 ha	-16%	57.000 ha
<i>Ajustado para las parcelas pequeñas</i> <sup>13</sup>	73.000 ha	-15%	62.000 ha
De las cuales <sup>14</sup>			
<i>Región del Pacífico</i>	27.020 ha	-5%	25.680 ha
<i>Región central</i>	18.050 ha	-15%	15.310 ha
<i>Región Putumayo-Caquetá</i>	9.620 ha	-23%	7.360 ha
<i>Región Meta-Guaviare</i>	13.130 ha	-34%	8.710 ha
<i>Otros lugares</i>	5.320 ha	-11%	4.750 ha
Producción potencial de cocaína (100% pura)			
Basado en la superficie no ajustada para las parcelas pequeñas	410 mt	n.d.	n.d.
<i>Basado en la superficie ajustada para las parcelas pequeñas</i>	n.a.	n.d.	350 ml (350-400)
Precio medio al pie de la plantación de la pasta de coca	US\$956/kg	-6%	US\$1.015/kg
	COP2.047.970/kg	-6%	COP1.923.000/kg
Precio medio al por mayor de la cocaína*	US\$2.147/kg	+14%	US\$2.439/kg
(de pureza desconocida, en las grandes ciudades)	COP 4.587.000/kg	+1%	COP4.623.000/kg
Valor total al pie de la plantación de la producción de hoja de coca y sus derivados	US\$496 million		n.d.
<i>expresado como porcentaje del PIB</i> <sup>15</sup>	0,2%		n.d.
<i>expresado como porcentaje del sector agrícola</i>	3%		n.d.
Destrucción mediante fumigación aérea de los arbustos de coca comunicada*			
Erradicación manual notificada de arbustos de coca comunicada*	104.771 ha	-3%	101.939 ha
Erradicación manual notificada de arbustos de coca comunicada*	60.544 ha	-28%	43.792 ha
Incautaciones de cocaína comunicadas*	203 mt		215 mt
Destrucción de laboratorios de procesamiento de coca comunicada*	2.888	-9%	2.623
<i>De los cuales, laboratorios de procesamiento de clorhidrato de cocaína</i>	278	-9%	254
Cultivo de adormidera comunicado*	356 ha	-3%	346 ha
Producción potencial de látex de opio**	26 mt		
Producción potencial de heroína (redondeada)**	1,1 mt		
Precio medio al pie de la plantación de látex de opio*	US\$358/kg	+37%	US\$489/kg***
Precio medio al por mayor de la heroína*	US\$9.993/kg	+7%	US\$10.667/kg***
Incautaciones de heroína comunicadas*	732 kg	-54%	337 kg

Nota: Las cifras de 2009 se están revisando debido a que se introdujo un factor de ajuste para tener en cuenta las parcelas pequeñas.

\* Según lo comunicado por el Gobierno de Colombia.

\*\* Cálculos propios basados en cifras regionales de rendimiento y coeficientes de conversión del Gobierno de los EE.UU./DEA.

\*\*\* Datos preliminares, abarcan solamente el período de enero a octubre de 2010.

12 The information in this section comes from the report on Coca Cultivation in Colombia (UNODC/Government of Colombia, June 2011), and can also be found on the internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Source unless otherwise indicated: National monitoring system supported by UNODC.

13 The spatial resolution of the satellite images ("pixel size") used for

coca monitoring limits the detection of small fields below 0.25 ha. Based on studies with very high resolution imagery, a correction factor was calculated to minimize this effect and improve the accuracy of the estimate.

14 Regional area figures refer to area adjusted for small fields.

15 GDP of the respective year as reported by the Government.

### Colombia, precios nominal y constante medios anuales al por mayor del clorhidrato de cocaína\* (dólares EE.UU./kg y miles de pesos colombianos/kg), 2006-2010

\* Cocaína de pureza desconocida  
Fuente: DIRAN.



### Colombia, precios\* anuales al pie de la plantación del látex de opio, 2006-2010

\* Precios nominales  
Fuente: DIRAN

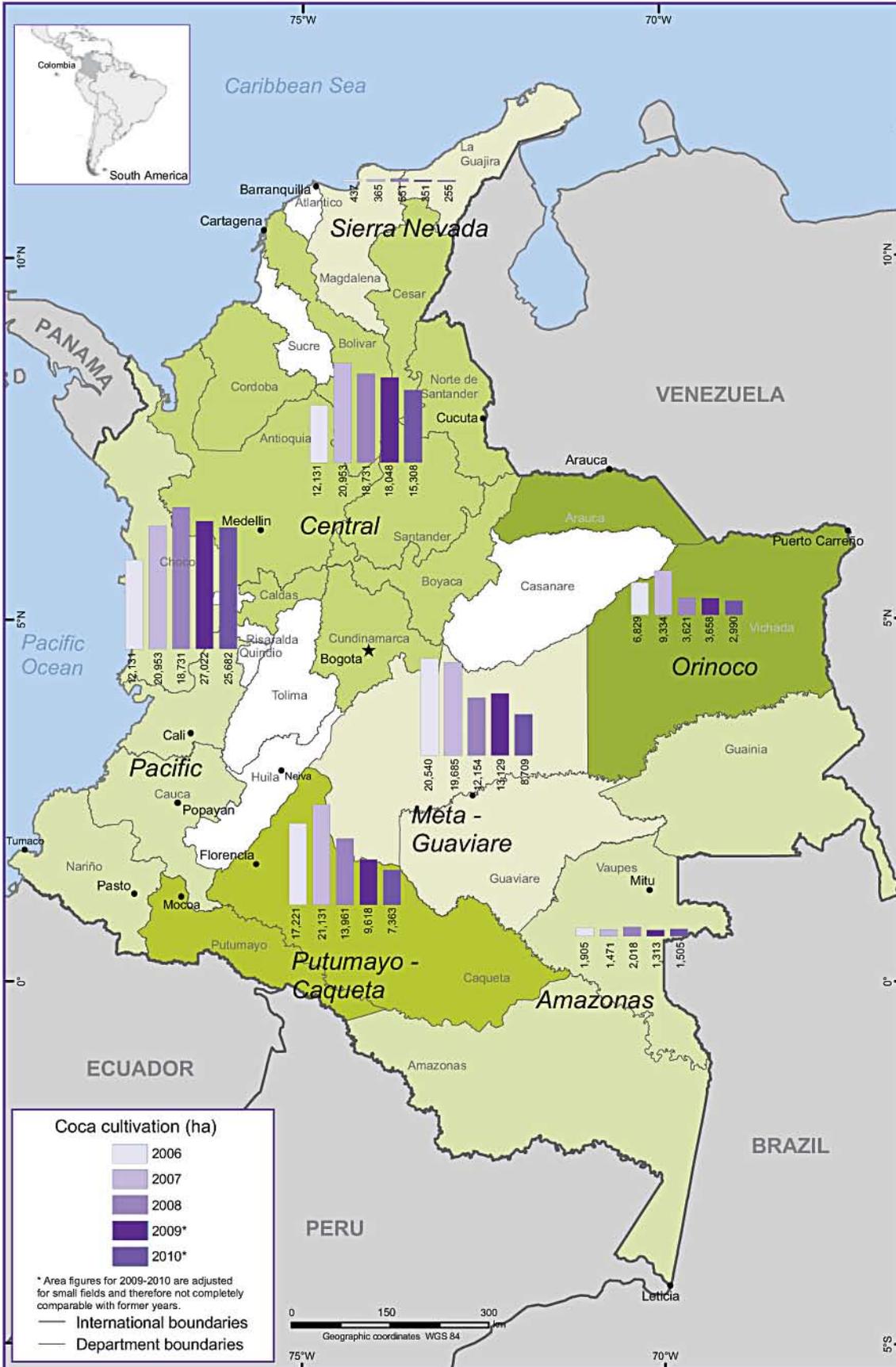


### Colombia, precio anual al por mayor de la heroína\*, 2006-2010

\* Precios nominales de la heroína de pureza desconocida  
Fuente: DIRAN



Colombia, cultivo de coca por región (ha), 2006-2010



Source: Government of Colombia - National monitoring system supported by UNODC. The boundaries and names shown and the designations used in this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

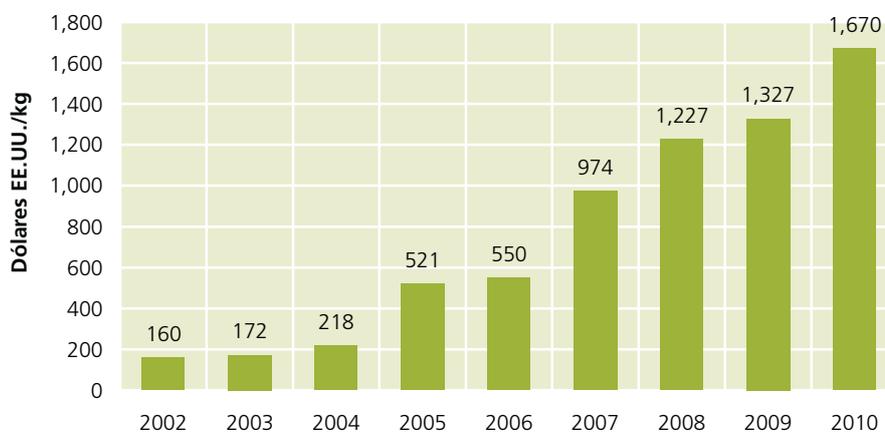
## 6.2.4 República Democrática Popular Lao

### Ficha descriptiva – República Democrática Popular Lao, encuesta sobre el opio 2010<sup>16</sup>

	2009	Cambio en 2009	2010
Cultivo de adormidera	1.900 ha (900-3.000)	+58%	3.000 ha (1.900-4.000)
Rendimiento medio del opio seco <sup>17</sup>	6 kg/ha	n.d.	6 kg/ha
Producción potencial de opio seco	11 mt (5.4-18)	+58%	18 mt (11.4-24.0)
Precio medio al por menor/al por mayor del opio <sup>18</sup>	US\$ 1.327 (350-2.440)	+26%	US\$ 1.670 (580-2.700)
Erradicación <sup>19</sup>	651 ha	-11%	579 ha

### República Democrática Popular Lao, precios anuales del opio (dólares EE.UU./kg), 2002-2010

Fuente: LCDC, Encuesta realizada por las autoridades provinciales.



16 La información que figura en la presente sección procede del informe sobre el Cultivo de la Adormidera en el Asia sudoriental (UNODC/ Gobiernos de la RDP Lao y Myanmar), y también puede encontrarse en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente, salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia, con apoyo de la UNODC. Las cifras entre paréntesis son los límites superior e inferior del intervalo de confianza del 90%, a menos que se indique otra cosa.

17 A falta de un estudio reciente sobre rendimiento, se utilizó el rendimiento por hectárea correspondiente a 2007.

18 Fuente: Comisión Nacional Lao de Fiscalización y Supervisión de Drogas (LCDC), encuesta realizada por las autoridades provinciales. Debido a lo limitado del mercado de opio, no se pudo establecer una distinción clara entre el precio al pie de la plantación, el precio al por mayor y el precio al por menor. El intervalo indica los extremos inferior y superior observados del precio provincial.

19 Fuente: LCDC. Se realizaron campañas de erradicación durante y después de la encuesta.



## 6.2.5 Myanmar

### Ficha descriptiva – Myanmar, encuesta sobre el opio 2010<sup>20</sup>

	2009	Cambio en 2009	2010
Cultivo de adormidera en Myanmar	31.700 ha (24.000 - 42.900)	+20%	38.100 ha (23.200 - 53.900)
De las cuales. en el estado de Shan	30.000 ha (24.000 - 40.000)	+17%	35.000 ha (22.700 - 50.100)
Rendimiento medio del opio (ponderado por área)	10.4 kg/ha	+46%	15.2 kg/ha
Producción potencial de opio seco	330 mt (214 - 447)	+76%	580 (350 - 820)
Erradicación de adormidera <sup>21</sup>	4.087 ha	+102%	8.268 ha
Precio medio al pie de la plantación del opio en tiempo de cosecha	US\$ 317/kg	-4%	US\$ 305/kg
Valor potencial total al pie de la plantación de la producción de opio <sup>22</sup>	US\$ 105 million (68 - 142)	+68%	US\$ 177 million (107 - 250)
Número estimado de familias que cultivan adormidera	192.000 (160.000 - 225.000)	+17%	224.000 (102.000 - 342.000)
De las cuales. en el estado de Shan	176.500 (141.200 - 235.300)	+17%	206.000 (134.000 - 295.000)
Familias que producen opio en el estado de Shan:			
Ingreso familiar medio anual	US\$ 700	+19% <sup>23</sup>	US\$ 830
Ingreso por ventas de opio	US\$ 160	+125%	US\$ 360
Ingreso per cápita	US\$ 125	+19%	US\$ 155
Familias que no producen adormidera en el estado de Shan			
Ingreso familiar medio anual	US\$ 750	+13% <sup>24</sup>	US\$ 850
Ingreso per cápita	US\$ 133	+17%	US\$ 155

Las cifras entre paréntesis son los límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95%.

20 La información que figura en la presente sección procede del informe sobre el Cultivo de la Adormidera en Asia sudoriental (UNODC/ Gobiernos de la RDP Lao y Myanmar, diciembre de 2010), y también puede encontrarse en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>).

21 Fuente: Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas (CCDAC).

22 El valor al pie de la plantación debería calcularse a partir del precio del opio seco. No obstante, el precio del opio seco es difícil de establecer en Myanmar debido a las prácticas de venta y almacenaje de los agricultores. El valor al pie de la plantación se calcula aquí a partir del precio del opio fresco, lo que da por resultado una estimación inferior.

23 Equivale a un aumento del 10% en kyats constantes de 2009.

24 Equivale a un aumento del 5% en kyats constantes de 2009.

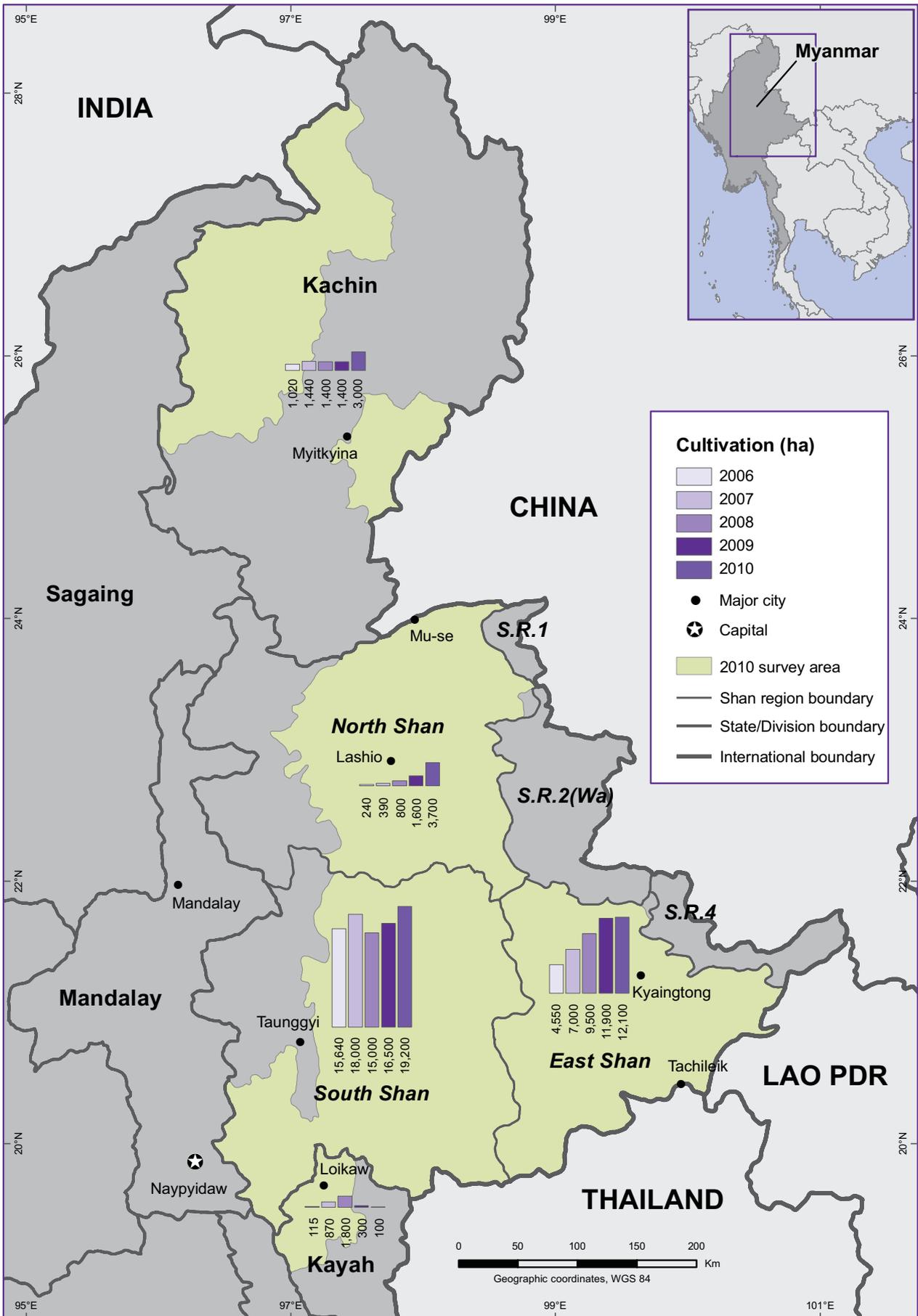
Myanmar, cultivo de adormidera por región (ha), 2008-2010				
Región	2008	2009	2010	Porcentaje de la superficie total del cultivo de adormidera
Shan oriental	9.300 (6.800 to 11.800)	11.900 (8.100 to 15.000)	12.100 (6.200 to 19.000)	32%
Shan septentrional	800 (400 to 1.200)	1.600 (390 to 2.900)	3.700 (1.500 to 6.700)	10%
Shan meridional	15.500 (9.500 to 21.500)	16.500 (10.900 to 22.600)	19.200 (9.400 to 31.500)	50%
<b>Total del estado de Shan</b>	<b>25.300</b>	<b>30.000</b> <b>(24.000 to 40.000)</b>	<b>35.000</b> <b>(22.700 to 50.100)</b>	<b>92%</b>
Kachin	1.500 (1.100 to 1.900)	1.400 (1.100 to 1.700)	3.000 (500 to 3.800)	8%
Kayah	1.800 (1.800 to 2.500)	300 <sup>25</sup> (60 to 700)	100	0,3%
<b>Total nacional (redondeado)</b>	<b>28.500</b> <b>(17.900 to 37.000)</b>	<b>31.700</b> <b>(20.500 to 42.800)</b>	<b>38.100</b> <b>(23.200 to 53.900)</b>	<b>100%</b>

Las cifras entre paréntesis son los límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95%.

Myanmar, erradicación de adormidera comunicada, por región (ha), 2006-2010					
Región	2006	2007	2008	2009	2010
Shan oriental	32	1.101	1.249	702	868
Shan septentrional	76	916	932	546	1.309
Shan meridional	3.175	1.316	1.748	1.466	3.138
<b>Total del estado de Shan</b>	<b>3.283</b>	<b>3.333</b>	<b>3.929</b>	<b>2.714</b>	<b>5.316</b>
Kachin	678	189	790	1.350	2.936
Kayah	0	12	12	14	13
<b>Total dentro de la zona vigilada</b>	<b>3.961</b>	<b>3.534</b>	<b>4.731</b>	<b>4.078</b>	<b>8.265</b>
Magwe	0	45	0	1	1
Chin	0	10	86	5	2
Mandalay	9	0	3	2	0
Sagaing	0	9	0	1	0
Otros estados	9	64	0	0	0
<b>Total (nacional)</b>	<b>3.970</b>	<b>3.598</b>	<b>4.820</b>	<b>4.087</b>	<b>8.268</b>

25 Las estimaciones para Kayah en 2008 y 2009 no son directamente comparables debido a un cambio en la metodología.

**Myanmar, cultivo de adormidera (ha), 2006-2010**



Source: Government of Myanmar - National Monitoring System supported by UNODC  
 The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

## 6.2.6 Perú

Ficha descriptiva – Perú, encuesta sobre la coca 2009<sup>26</sup>

	2009	Cambio en 2009	2010
Cultivo de coca	59.900 ha	+2%	61.200 ha
<i>De las cuales en</i> Alto Huallaga	17.500 ha	-26%	13.000 ha
Apurímac-Ene	17.500 ha	+13%	19.700 ha
La Convención-Lares	13.200 ha	+1%	13.300 ha
Otros lugares	11.700 ha	+29%	15.200 ha
Rendimiento medio ponderado de la hoja de coca secada al sol	2.200 kg/ha	-5%	2.100 kg/ha
Producción potencial de hoja de coca secada al sol <sup>27</sup>	128.000 mt	+1%	129.500 mt
Producción potencial de hoja de coca secada al sol disponible para la producción de cocaína	119.000 mt (102.400-134.200)	+1%	120.500 mt (103.000-136.300)
Precio medio al pie de la plantación de la hoja de coca secada al sol	US\$ 3.2/kg US\$ 3.0/kg	-3% -7%	US \$ 3.1/Kg US \$ 3.1/Kg
Precio medio al pie de la plantación de la hoja de coca secada al sol (ponderado por la producción) <sup>28</sup>	US\$ 778/kg	-1%	US \$ 784/Kg
APrecio medio al pie de la plantación de la pasta de coca	US\$ 1.021/kg	-7%	US \$ 947/Kg
Precio medio del clorhidrato de cocaína en regiones de cultivo de coca			
Valor potencial al pie de la plantación de la hoja de coca secada al sol <sup>30</sup>	US\$ 384 million		
Erradicación de cultivos de coca comunicada*	10.025 ha	+2%	12.239 ha
Incautación de hoja de coca secada al sol comunicada*	1.031 mt		
Incautación de pasta de coca comunicada*	9.914 kg	+34%	13.238 kg
Incautación de clorhidrato de cocaína comunicada*	10.744 kg	+63%	17.544 kg
Destrucción de laboratorios de coca comunicada <sup>31</sup> *	1.242	+6%	1.317
<i>De los cuales, eran laboratorios de procesamiento de clorhidrato de cocaína</i>	25		21

\* Según lo comunicado por el Gobierno del Perú.

26 La información que figura en la presente sección procede del informe sobre el Cultivo de Coca en el Perú (UNODC/Gobierno del Perú, junio de 2011), y también puede encontrarse en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente, salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia, con apoyo de la UNODC.

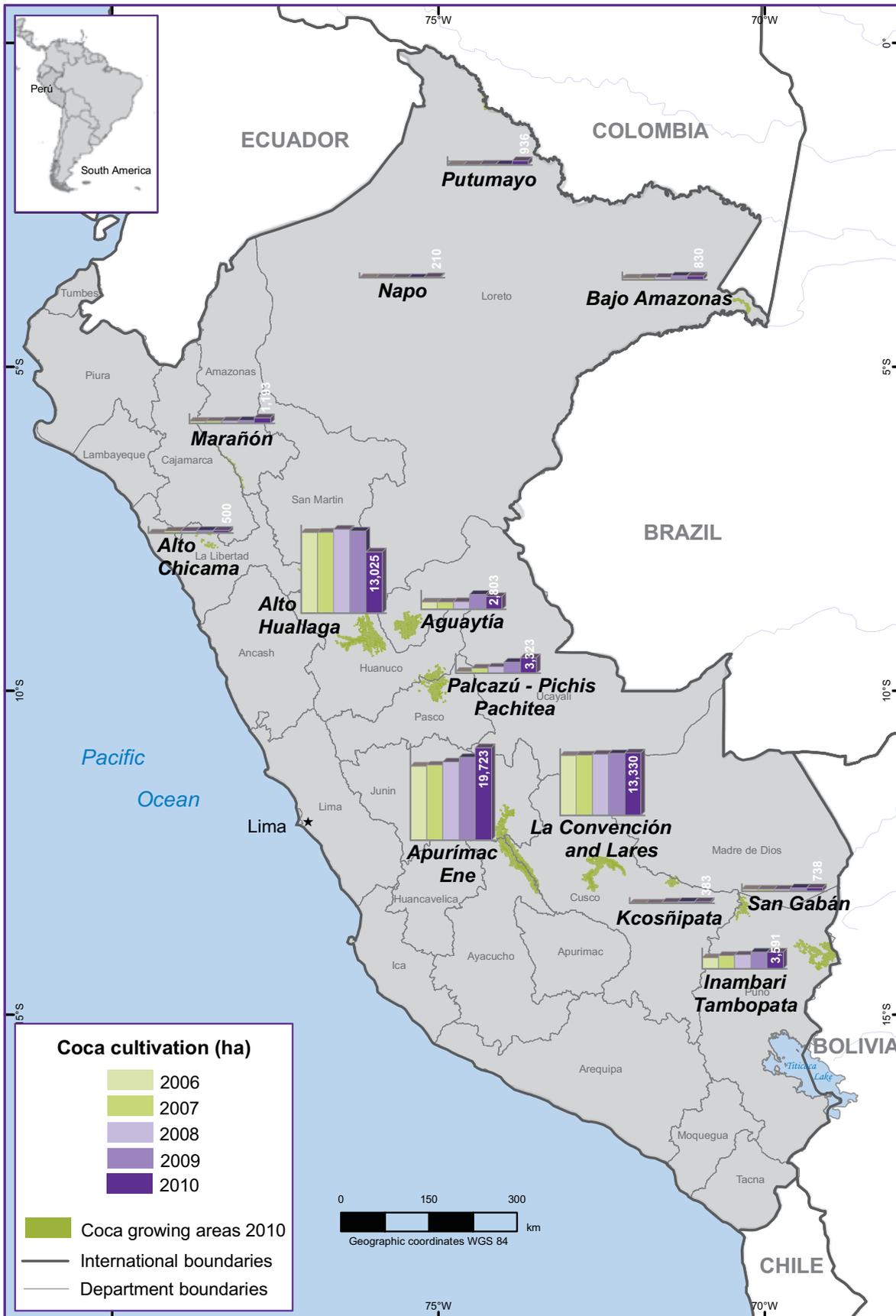
27 Incluye toda la hoja de coca potencialmente producida. Para calcular la hoja de coca disponible para la producción de cocaína se restaron de esa cifra las 9.000 t de hoja de coca secada al sol que, según fuentes oficiales, es la cantidad que se utiliza para fines tradicionales.

28 El precio medio ponderado tiene en cuenta las diferentes cantidades de hoja de coca que se venden en diferentes regiones a diferentes precios.

29 Se incluye toda la hoja de coca producida, independientemente de su uso. Para el cálculo, se utilizó el precio medio ponderado de la hoja de coca.

30 Excluidos los pozos de maceración de la hoja de coca.

Perú, cultivo de coca por región (ha), 2006-2010



Source: Government of Peru - National monitoring system supported by UNODC. The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by United Nations.



## Metodología

A lo largo de los años se han hecho considerables esfuerzos para mejorar las estimaciones que se presentan en el *Informe Mundial sobre las Drogas*, estimaciones que dependen en gran medida de la información suministrada por los Estados Miembros a través del Cuestionario para los Informes Anuales (CPIA). No obstante, la preparación de estas estimaciones sigue siendo una tarea difícil debido a las lagunas de los datos y a la calidad variable de la información disponible. Uno de los problemas más graves es que la información que proporcionan los Estados Miembros mediante el CPIA es irregular e incompleta. La falta de regularidad de los informes puede dar por resultado la ausencia de datos para ciertos años y esto puede influir, a su vez, en la tendencia comunicada para un año determinado. En segundo lugar, la información que se presenta en las respuestas al cuestionario no siempre es completa y exhaustiva y, por último, muchos de los datos reunidos adolecen de limitaciones y sesgos. Todos estos problemas afectan la confiabilidad, calidad y comparabilidad de la información que se recibe.

### Fuentes de información

Con arreglo a los instrumentos internacionales relativos a las drogas, los Estados Miembros están obligados a proporcionar anualmente al Secretario General de las Naciones Unidas (en la práctica, a la UNODC), información sobre la fiscalización de las drogas en sus países. La Comisión de Estupeficientes, el órgano rector de la UNODC para las cuestiones relacionadas con las drogas ilícitas, creó el Cuestionario para los Informes Anuales (CPIA) con objeto de reunir dicha información. El *Informe Mundial sobre las Drogas 2011* está basado principalmente en los datos presentados por los gobiernos entre marzo y diciembre de 2010 en las respuestas al CPIA. La información reunida en este período normalmente se refiere a la situación de las drogas en 2009. La UNODC distribuyó el cuestionario a 194 países y 15 territorios y recibió 107 respuestas sobre el uso indebido de drogas (parte II) y 106 respuestas sobre el suministro de drogas ilícitas (parte III). Los países europeos fueron los que proporcionaron la información más completa (80% de los países respondieron a la parte II y 88% a la parte III), seguidos por los de Asia (64% de los países completaron la parte II y 62% la parte III) y los de América (59% completaron la parte II y 53% la parte III). En el caso de África, 27% de los países contestaron la parte II y 25%, la parte III, y en la región de Oceanía, el 12% de los países suministraron información relativa a las partes II y III.

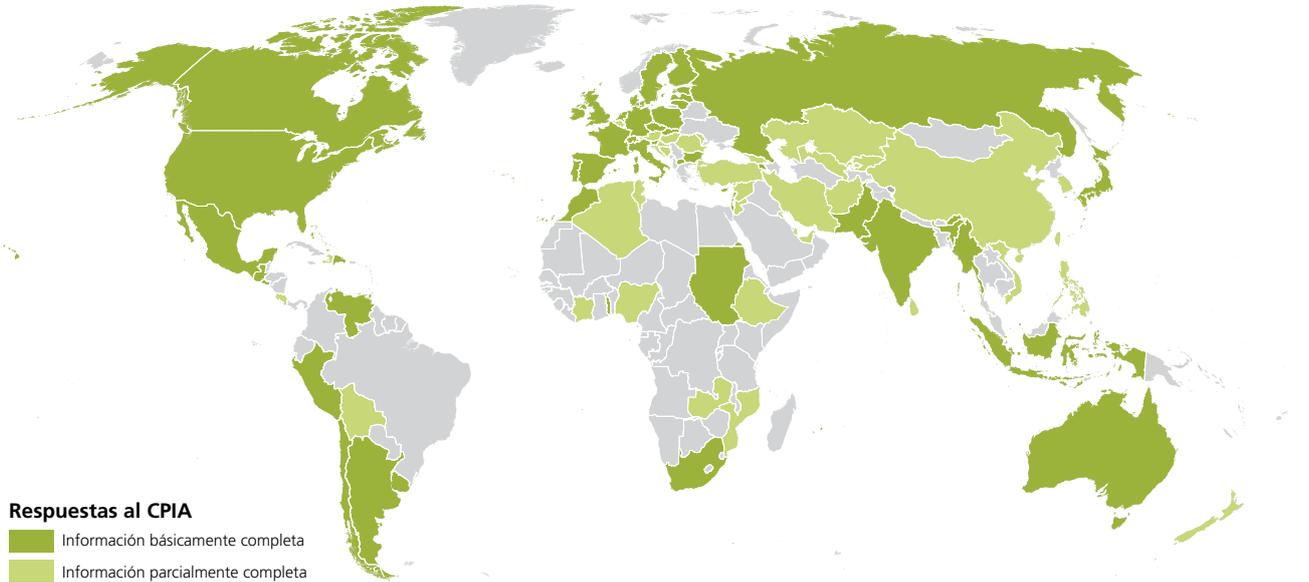
En general, la información recopilada relativa al suministro

de drogas ilícitas es considerablemente mejor que la proporcionada con respecto al consumo de drogas. Mientras que el 90% de las respuestas a la parte III del CPIA estaban “sustancialmente” completas, esto es cierto solamente del 53% de las respuestas a la parte II. (Se consideraron “básicamente completas” las respuestas al cuestionario que pasaban del 50%; las que no llegaban al 50% se clasificaron como “parcialmente completas”). Para poder analizar el grado en que los Estados Miembros proporcionan información a través del cuestionario, se determinó cuáles eran las preguntas clave:

- En la parte II, Uso indebido de drogas, las preguntas principales se referían a las tendencias del consumo de drogas (78% de los países que respondieron al CPIA), la prevalencia en algún momento de la vida en la población en general (54%), la prevalencia entre los jóvenes (54%), el ingreso a tratamiento (68%), la prevalencia de la hepatitis C (47%), el VIH (48%) y la hepatitis B (41%) entre los consumidores de drogas por inyección, y la mortalidad relacionada con las drogas (34%).
- En la parte III, Suministro de Drogas, las principales preguntas se referían a las cantidades de drogas ilícitas incautadas (95% de los países que respondieron al CPIA), al tráfico (país de origen, rutas y país de destino) (80%), precios y grado de pureza (85%) y detenciones relacionadas con las drogas (91%).

Si bien la información recogida con el CPIA sirve de base para las estimaciones y los análisis de las tendencias que se presentan en el *Informe Mundial sobre las Drogas*, con frecuencia resulta insuficiente para proporcionar una visión global de los mercados de drogas ilícitas del mundo. Siempre que sea necesario y posible, los datos del CPIA se complementan con información proveniente de otras fuentes. Como en años anteriores, los datos sobre las incautaciones se complementaron principalmente con datos e informes de organizaciones internacionales tales como INTERPOL, la Organización Mundial de Aduanas, Europol, la Organización de los Estados Americanos, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), así como con información proporcionada por los jefes de los organismos nacionales encargados de combatir el tráfico ilícito de drogas en las reuniones regionales y la Red de Información de la UNODC sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico (DAINAP). Además, se utilizaron informes de los gobiernos y documentos de Internet. Otras fuentes incluyen los datos publicados por la Dirección de Asuntos Internacionales en materia de Estupeficientes y Represión del Uso Indebido de Drogas del

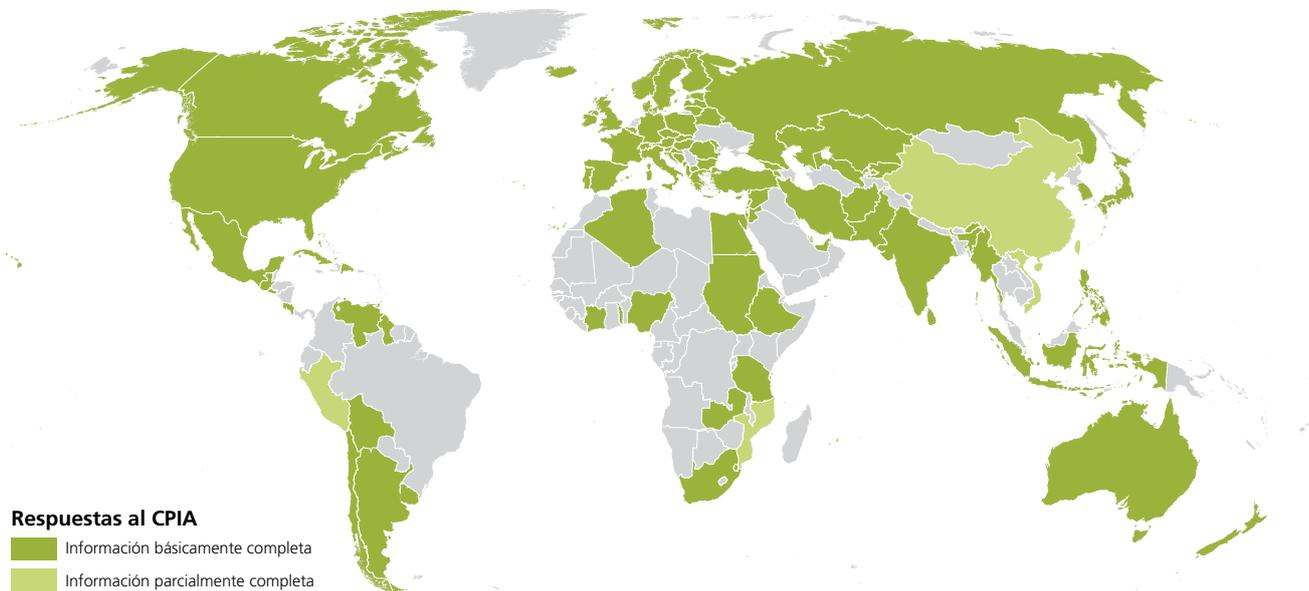
**Estados Miembros que proporcionaron datos sobre la demanda de drogas a través del cuestionario para los informes anuales de 2009**



**Respuestas al CPIA**  
■ Información básicamente completa  
■ Información parcialmente completa

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes no han convenido aún el estatuto definitivo de Jammu y Cachemira.

**Estados Miembros que proporcionaron datos sobre el suministro de drogas a través del cuestionario para los informes anuales de 2009**



**Respuestas al CPIA**  
■ Información básicamente completa  
■ Información parcialmente completa

Nota: Los límites y nombres o las denominaciones que figuran en este mapa no significan respaldo ni aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.



Departamento de Estados de los Estados Unidos en su informe titulado *International Narcotics Control Strategy Report*. Los datos sobre los precios y grados de pureza para Europa se completaron con información proporcionada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y Europol, mientras que los datos sobre los precursores fueron proporcionados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. La información relativa a la demanda se obtuvo a través de varias fuentes adicionales, incluidos los organismos de fiscalización de drogas que forman parte de la red DAINAP, así como varias redes epidemiológicas nacionales y regionales tales como el OEDT y la CICAD. También se utilizaron informes nacionales de los gobiernos y publicaciones científicas.

## Datos sobre el consumo de drogas

### Información general

Las estimaciones de la UNODC sobre el alcance del consumo de drogas ilícitas en el mundo se vienen publicando periódicamente desde 1997. Evaluar la medida del consumo de drogas (el número de consumidores) es una tarea particularmente difícil porque implica medir una población “invisible”. Los márgenes de error son considerables y tienden a aumentar a medida que se eleva la escala de la estimación, del nivel local al nacional, regional y mundial. Las estimaciones regionales y mundiales se presentan como intervalos para tener en cuenta las lagunas de la información. El nivel de confianza que se expresa en las estimaciones varía entre las regiones y de un tipo de droga a otro.

La estimación del nivel de consumo mundial de una droga específica supone los siguientes pasos:

1. La localización y el análisis de las fuentes pertinentes (empezando por el CPIA);
2. La localización de cifras de referencia clave para el nivel del consumo de drogas en todos los países donde se dispone de datos (prevalencia anual del consumo de drogas en la población en general de 15 a 64 años), que sirven de base para los cálculos subsiguientes;
3. La estandarización de los datos existentes cuando proceden de una población de referencia diferente de la utilizada en el *Informe Mundial sobre las Drogas* (por ejemplo, el paso de un grupo de edad de 12 años o más a un grupo de edad estándar de 15 a 64 años);
4. El ajuste de los indicadores nacionales para estimar la tasa de prevalencia anual si dicha tasa no está disponible (por ejemplo, utilizando la prevalencia en algún momento de la vida o las tasas de consumo actuales; o las tasas de prevalencia en algún momento de la vida o anuales entre los estudiantes). Esto supone, entre otras cosas, elaborar factores de ajuste a partir de la información sobre países vecinos con una situación cultural, social y económica similar, si corresponde;
5. La atribución de cifras a los países de los que no se dispone de datos, basadas en los datos de países de la misma subregión. Los intervalos se calculan considerando el 10° y el 90° percentil de la distribución de la subregión;

6. La extrapolación de los resultados disponibles para una subregión se utilizó solo para las subregiones donde había estimaciones de prevalencia en al menos dos países que tuviesen por lo menos el 20% de la población. Si, debido a la falta de datos, no se extrapolaron las estimaciones subregionales, se hizo una extrapolación regional basada en los percentiles 10° y 90° de la distribución de los datos disponibles de los países de la región;
7. Se combinaron las estimaciones subregionales para llegar, primero, a resultados regionales y luego a estimaciones mundiales.

En el caso de los países que no proporcionaron información mediante el CPIA, o en que los datos tenían más de 10 años, se procuró en lo posible localizar otras fuentes. En casi todos los casos, se trataba de fuentes gubernamentales. Muchas estimaciones debieron ajustarse para mejorar la comparabilidad (véase *infra*).

En los casos en que las estimaciones se refieren a años anteriores, las tasas de prevalencia se dejaron sin cambios y se aplicaron a las nuevas estimaciones de población para el año 2009. En la actualidad, solo dos países realizan una medición anual de la prevalencia del consumo de drogas en la población en general. El resto de los países que la miden con frecuencia típicamente los países económicamente más desarrollados suelen hacerlo cada tres a cinco años. En consecuencia, se debe actuar con cautela al interpretar cualquier cambio en las cifras de la prevalencia mundial, ya que los cambios podrían deberse en parte a informes más recientes de los países o a la exclusión de informes anteriores, más que a cambios reales del consumo a nivel mundial.

Se dispone de información detallada sobre los países de América del Norte, gran número de países europeos, varios países de América del Sur, los dos países más grandes de Oceanía y un número limitado de países de Asia y África. Uno de los problemas clave de los datos nacionales es el nivel de exactitud, que varía enormemente de un país a otro. No todas las estimaciones se basan en encuestas epidemiológicas sólidas. En algunos casos, las estimaciones simplemente consisten en la suma de los consumidores de drogas que figuran en los registros de drogas, que representan solo una parte del total de la población de consumidores de drogas de un país. Incluso en los casos en que se dispone de información detallada, con frecuencia existen diferencias considerables entre las definiciones utilizadas, tales como consumidores crónicos o frecuentes; entre los datos de los registros (personas que están en contacto con el sistema sanitario o judicial) y los datos de encuestas (generalmente extrapolados de los resultados obtenidos mediante entrevistas de una muestra determinada); entre la población en general y las encuestas específicas de determinados grupos de edad (las encuestas escolares, por ejemplo), entre distintos entornos (como hospitales o cárceles), etc.

Para minimizar los errores que surgen de combinar estimaciones tan diversas, se ha intentado estandarizar, en la medida de lo posible, este conjunto de datos heterogéneos.

Todas las estimaciones disponibles se transformaron en un indicador único –prevalencia anual en la población en general de 15 a 64 años– utilizando cocientes de transformación derivados del análisis de la situación de países vecinos, y en los casos en que no se disponía de esos datos se utilizaron estimaciones mundiales medias. Se parte del supuesto básico de que si bien el nivel de consumo de drogas varía entre los países, existen pautas generales (por ejemplo, la prevalencia en algún momento de la vida es mayor que la prevalencia anual; los jóvenes consumen más drogas que las personas mayores; los hombres consumen más drogas que las mujeres; las personas que están en contacto con el sistema de justicia penal presentan tasas de prevalencia más altas que la población en general, etc.) que se aplican a la mayoría de los países. También se supone que las diferencias entre la prevalencia en algún momento de la vida y la prevalencia anual en la población en general, o entre la prevalencia en algún momento de la vida entre los jóvenes y la prevalencia anual en la población en general, excepto en el caso de que aparezcan nuevas tendencias en el consumo de drogas, no varían apreciablemente en países con condiciones sociales, culturales y económicas similares.

### Indicadores utilizados

El indicador más utilizado a nivel mundial es la tasa de prevalencia anual: el número de personas que han consumido una droga ilícita al menos una vez en los doce meses anteriores al estudio. La prevalencia anual ha sido adoptada por la UNODC como indicador clave para medir el alcance del consumo de drogas. También forma parte del Consenso de Lisboa sobre los indicadores epidemiológicos básicos que hizo suyo la Comisión de Estupefacientes. Los indicadores más importantes son:

- El consumo de drogas en la población en general (prevalencia e incidencia);
- El consumo de drogas entre los jóvenes (prevalencia e incidencia);
- El consumo de drogas de alto riesgo (número de consumidores de drogas inyectables y la proporción de estos que tienen comportamientos de alto riesgo, número de consumidores diarios);
- La utilización de servicios por problemas relacionados con las drogas;
- La morbilidad relacionada con las drogas (la prevalencia del HIV, los virus de la hepatitis B y C entre los consumidores de drogas ilícitas);
- La mortalidad relacionada con las drogas (muertes atribuibles directamente al consumo de drogas).

Se ha procurado presentar la situación de las drogas en los diferentes países y regiones usando estos indicadores epidemiológicos clave.

La utilización de la prevalencia anual es una solución intermedia entre los datos de la prevalencia en algún momento de la vida (consumo de drogas al menos una vez en algún momento de la vida) y los datos sobre consumo actual (consumo de drogas al menos una vez en el último mes).

La tasa de prevalencia anual se suele expresar como porcentaje de la población de jóvenes y adultos. Sin embargo, las definiciones de grupos de edad varían de un país a otro. Dado que en la mayoría de los países la distribución del consumo de drogas entre las diferentes cohortes de edad es muy sesgada, estas diferencias entre los grupos de edad pueden producir resultados muy divergentes.

La aplicación de diferentes metodologías puede producir resultados dispares también para un mismo país. En tales casos, se realizó un estudio a fondo de las fuentes y se dio prioridad a los datos más recientes y a los enfoques metodológicos que, según opinión general, dan los mejores resultados. Por ejemplo, se acepta en general que las encuestas representativas de hogares a nivel nacional son aproximaciones razonablemente buenas para estimar el consumo de cannabis, ETA o cocaína en la población en general, al menos en los países donde la admisión de que se consumen drogas ilícitas no trae aparejadas consecuencias adversas. Por esta razón se dio prioridad, en general, a los resultados de las encuestas de hogares con preferencia a otras fuentes de estimaciones de la prevalencia.

En cuanto al consumo de heroína (o drogas inyectables), o al consumo problemático de cocaína y ETA, los datos de prevalencia anual derivados de las encuestas de hogares nacionales tienden a subestimar en gran medida dicho consumo, porque los consumidores de heroína u otras drogas problemáticas suelen pertenecer a grupos marginados o con problemas de integración social, y puede suceder que se considere que no forman parte de un hogar “típico” (ya que pueden vivir en la calle, no tener casa o estar institucionalizados). Por lo tanto, se idearon varios métodos indirectos que proporcionasen estimaciones para este grupo de consumidores, incluidos métodos de referencia y multiplicadores (los datos de referencia podían incluir la demanda de tratamiento, prontuarios policiales o datos sobre detenciones, datos sobre infecciones con el VIH, la utilización de otros servicios por consumidores problemáticos de drogas o datos de mortalidad), métodos de captación y recaptación e indicadores multivariante. En los países en los que había indicios de que la principal droga problemática eran los opiáceos, y donde existía una estimación indirecta del “consumo problemático de drogas” o del consumo de drogas por inyección, se prefirió esta información a las estimaciones de las encuestas de hogares para el consumo de heroína.

En el caso de otros tipos de drogas, se dio prioridad a los datos de la prevalencia anual derivados de las encuestas de hogares. Con el fin de generar resultados comparables para todos los países, siempre que fue necesario, los datos comunicados se extrapolaron a tasas de prevalencia anual o se ajustaron para el grupo de edad preferido de 15 a 64 años para la población en general, o ambas cosas.

### Métodos de extrapolación utilizados

#### *Ajustes para compensar las diferencias en los grupos de edad*

Los Estados Miembros están utilizando cada vez más el grupo de edad de 15 a 64 años, si bien también se utilizan otros grupos. Cuando los grupos de edad comunicados por los países no diferían de manera apreciable del grupo de 15

a 64 años, se presentaron tal cual habían sido comunicados, especificándose el grupo de edad. Cuando los estudios estaban basados en grupos de edad considerablemente diferentes, los resultados en general fueron ajustados. Varios países comunicaron tasas de prevalencia para los grupos de edad de 15 años o más y de 18 años o más. En estos casos se supuso que, en general, no existía un consumo de drogas significativo por encima de los 64 años. Así, el número de consumidores basado en el grupo de población de 15 años o más (o de 18 años o más) se presentó como una proporción de la población de 15 a 64 años.

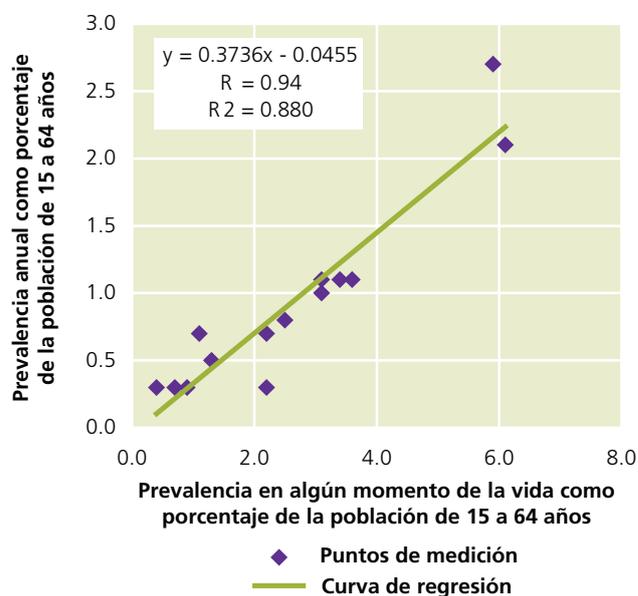
### Extrapolación de las cifras de la prevalencia en algún momento de la vida a prevalencia anual

En los últimos años algunos países llevaron a cabo estudios que no incluían la pregunta de si se había consumido drogas durante el año anterior. En tales casos, los resultados se extrapolaron para obtener estimaciones de la prevalencia anual. Por ejemplo, un país X de Europa occidental o central comunica una prevalencia en algún momento de la vida del consumo de cocaína del 2%. Tomando los datos de la prevalencia en algún momento de la vida y la prevalencia anual del consumo de cocaína en países de Europa occidental y central, se puede demostrar que existe una fuerte correlación positiva entre las dos medidas (coeficiente de correlación  $R = 0,94$ ), es decir, a mayor prevalencia en algún momento de la vida, mayor la prevalencia anual y viceversa. Sobre la base de la curva de regresión resultante ( $y =$  prevalencia anual y  $x =$  prevalencia en algún momento de la vida), se puede concluir que un país de Europa occidental o central con una prevalencia anual del 2% es probable que tenga una prevalencia anual de aproximadamente 0,7% (véase el gráfico). Se obtiene un resultado casi idéntico calculando el cociente de las tasas de prevalencia anual no ponderadas de los países de Europa occidental y central y la tasa de prevalencia en algún momento de la vida no ponderada ( $0,93/2,61 = 0,356$ ), y multiplicando luego este valor por la prevalencia en algún momento de la vida del país en cuestión ( $2\% * 0,356 = 0,7\%$ ).

Para calcular el cociente global se utilizó un método parecido, promediando los cocientes de las tasas anual y en algún momento de la vida calculados para cada país. Al multiplicar el cociente medio resultante (0,334) por la prevalencia en algún momento de la vida del país en cuestión se obtiene la estimación de la prevalencia anual ( $0,387 * 2\% = 0,8\%$ ). Se observó que existe una estrecha correlación entre la prevalencia en algún momento de la vida y la prevalencia anual (y una correlación aún más estrecha entre la prevalencia anual y la prevalencia mensual). Solo pueden lograrse resultados aproximados (con escaso potencial de error) cuando las extrapolaciones se hacen para un país de la misma región. Si en lugar de utilizar la media de Europa occidental y central (0,387), se utilizase el valor correspondiente a los EE.UU. (0,17), la estimación para un país con una prevalencia del consumo de cocaína en algún momento de la vida del 2% se reduciría al 0,3% ( $2\% * 0,17$ ). Es probable que dicha estimación sea correcta para un país con una historia similar a la de los EE.UU., que padece el problema de la cocaína desde hace

### Tasas de prevalencia anual y en algún momento de la vida del consumo de cocaína en Europa occidental y central

Fuentes: UNODC, respuestas al Cuestionario para los Informes Anuales (CPIA)/ Informe anual del OEDT.



más de dos decenios, a diferencia de Europa occidental y central, donde el problema de la cocaína es en gran parte un fenómeno de la última década. Por lo tanto, para los fines de la extrapolación, se utilizaron, siempre que fue posible, los datos de los países de la misma subregión con pautas similares de consumo de drogas.

Se utilizaron ambos métodos –el modelo de regresión y el modelo de los cocientes– para determinar los valores superior e inferior del intervalo de incertidumbre calculados con un intervalo de confianza del 90% en el grupo de edad de 15 a 64 años del país en cuestión. Cuanto mayor el intervalo, tanto mayor el nivel de incertidumbre de las estimaciones. En el anexo estadístico se presenta el intervalo para cada país, siempre que se dispuso de ese dato.

### Extrapolaciones basadas en encuestas escolares

El análisis de los países que han llevado a cabo encuestas escolares y de hogares a nivel nacional demuestra que, en general, existe una correlación positiva entre las dos variables, particularmente para el cannabis, los ETA y la cocaína. Sin embargo, la correlación es menor que la correlación entre la prevalencia en algún momento de la vida y la prevalencia anual, o entre la prevalencia del consumo actual y la prevalencia anual en la población en general, pero es mayor que la correlación entre el consumo de opiáceos y los casos de VIH relacionados con el consumo de drogas por inyección, y entre el tratamiento y el consumo de drogas.

Las extrapolaciones se llevaron a cabo utilizando los cocientes entre las encuestas escolares y las de hogares para países de la misma región o con estructuras sociales similares, según el caso. Al igual que con la extrapolación de las cifras de la prevalencia en algún momento de la vida a la prevalencia anual, se utilizaron dos métodos: a) la media no

ponderada de los cocientes entre las encuestas escolares y de hogares en los países de la comparación, con una estimación de los valores superior e inferior del intervalo de incertidumbre calculados con un intervalo de confianza del 90%, y b) una extrapolación basada en la regresión, utilizando las relaciones entre las estimaciones de los otros países para predecir la estimación del país en cuestión, con una estimación de los valores superior e inferior del intervalo de incertidumbre calculada con un intervalo de confianza del 90%. Siempre que fue posible, se calcularon el intervalo de incertidumbre final y la mejor estimación utilizando los dos modelos.

### Extrapolación basada en datos sobre tratamiento

En el caso de varios países en desarrollo, la única información relativa al consumo de drogas de que se dispuso fue la demanda de tratamiento. En tales casos, se consideraron otros países de la región con una estructura socioeconómica similar que comunicaron datos sobre la prevalencia anual y sobre el tratamiento. Se calculó para cada país el cociente entre las personas tratadas por cada 1.000 consumidores de drogas. Se promediaron los resultados de los diferentes países y el valor resultante se utilizó para extrapolar el número probable de consumidores de drogas a partir del número de personas en tratamiento.

### Cálculos regionales y mundiales del número de personas que consumen drogas y las consecuencias para la salud

Se aplicaron para ello las tasas de prevalencia estimadas de los países a la población de 15 a 64 años, según lo dispuesto por la División de Población de las Naciones Unidas para el año 2009.

Se calcularon intervalos para reflejar la gran incertidumbre generada cuando los datos son extrapolados o atribuidos. En el Informe se proporcionan intervalos (no valores absolutos) para las cifras calculadas y las tasas de prevalencia. Los intervalos más amplios corresponden a las subregiones y regiones donde es menor la certeza sobre los niveles probables de consumo de drogas o, dicho de otro modo, aquellas regiones sobre las cuales se dispone de menos estimaciones directas, para una proporción comparativamente menor de la población de la región.

En el caso de los países con una estimación publicada (normalmente, países con una encuesta de hogares representativa o una estimación indirecta de la prevalencia sin mención de intervalos) no se calculó la incertidumbre. Esta estimación es lo que se presenta como “mejor estimación”.

Para dar cuenta de las poblaciones de los países sin una estimación publicada, se utilizaron los percentiles 10° y 90° en el intervalo de estimaciones directas, para producir un valor inferior y otro superior. Por ejemplo, existen tres países en la subregión del África septentrional con estimaciones de prevalencia del consumo de cannabis el año anterior: Argelia (intervalo de 5,2 a 6,4), Egipto (2,9 a 9,6) y Marruecos (4,2, estimación puntual). Estos valores se extrapolan a la población de los tres países que carecen de datos de prevalencia, a saber, Libia, el Sudán y Túnez. El

10° percentil correspondiente al límite inferior del intervalo de incertidumbre (5,2, 2,9 y 4,2) es 3,2 y el 90° percentil del límite superior (6,4, 9,6 y 4,2) es 8,9. Las cifras 3,2 y 8,9 se aplican a la población de los tres países restantes que no poseen datos de prevalencia a fin de obtener los valores inferior y superior para toda la subregión.

En algunos casos, no todas las subregiones de una región tienen estimaciones debido a la falta de datos a nivel de país. Por ejemplo, se calculó la prevalencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas el año anterior para el Asia oriental y sudoriental y el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia sudoccidental, pero las restantes subregiones – Asia meridional y Asia central– carecían de estimaciones. Para calcular los valores inferior y superior para toda Asia, incluidas las poblaciones de subregiones donde no había ninguna estimación publicada, se consideraron todos los países de la región utilizando los percentiles 10° y 90° de la distribución regional. Estos resultados se combinaron después con los de aquellas subregiones donde era posible una estimación. Las estimaciones de opiáceos y cannabis en la subregión del Asia meridional fueron una excepción. En este caso particular, la población de la India representa el 85% de los seis países de la subregión, pero no se disponía de estimaciones fiables de consumo de drogas para la India. En lugar de utilizar las estimaciones de prevalencia para toda Asia (esto es, las estimaciones desde el Cercano Oriente y el Oriente Medio hasta las del Asia oriental) para determinar la contribución de la India a la incertidumbre de la subregión, se decidió que la mejor indicación de la contribución de la India la proporcionarían los países vecinos.

Esto produce intervalos conservadores (amplios) para las subregiones donde existe una variación o varianza geográfica, o ambas cosas, de las estimaciones existentes a nivel de país; pero también reduce la probabilidad de que las estimaciones sesgadas tengan un marcado efecto en las cifras regionales y mundiales (ya que estas casi con certeza no caerán dentro de los percentiles 10° y 90°).

### Estimaciones del número total de personas que consumieron drogas ilícitas al menos una vez el año anterior

En el Informe de este año se utilizó el mismo método que en el del año anterior. Se calcularon dos intervalos y se tomaron los valores inferior y superior de cada uno para calcular los intervalos inferior y superior, respectivamente, del total de la población que consumía drogas ilícitas. Esta estimación es obviamente provisional dado el número limitado de países en los que se basan los datos de los dos métodos. Dichos métodos consistían en lo siguiente:

#### Método 1

Se sumaron las estimaciones mundiales del número de personas que el año anterior habían consumido drogas pertenecientes a cada uno de los cinco grupos principales. El número total se ajustó a la baja, teniendo en cuenta que algunas personas consumen más de un tipo de droga y que estas cinco poblaciones se superponen. La magnitud del ajuste estuvo determinada por las encuestas de hogares llevadas a cabo en los EE.UU., el Canadá, Australia, el Reino

**Cuadro 1: Coeficiente de riesgo relativo**

	Índice de tratamiento	CDI	Toxicidad	Índice de muertes	Coeficiente de riesgo relativo
		Índice	Índice		(tratamiento medio, CDI, toxicidad, muerte)
Opiáceos	100	100	100	100	100
Cocaína	85,3	47,8	88	18,5	59,9
Anfetaminas	20,1	59,5	32	6,8	29,6
Éxtasis	3,8	6,1	20,7	1	7,9
Cannabis	9	0	1,5	0,6	2,8

Unido, Italia, el Brasil, México, Alemania, España, la Argentina, Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú, Indonesia y Filipinas, en las cuales se evaluaban los cinco grupos de drogas y se hacía una estimación del consumo total de las drogas ilícitas. En todos estos estudios, la medida en que la adición de cada grupo de consumidores sobrestimaba la población total era igual a una mediana de 126%. Por lo tanto, el total de la suma se dividió por 1,26.

#### Método 2

Este método se basó en la proporción media de la población total de consumidores de drogas que representa la población de consumidores de cannabis. La proporción media se obtuvo a partir de las encuestas de hogares llevadas a cabo en los mismos países utilizados para el Método 1. En todos estos estudios, la mediana de la proporción de los consumidores de cannabis respecto de la población total fue del 75%. Por consiguiente, el intervalo de los consumidores de cannabis a nivel mundial se dividió por 0,75.

#### Estimaciones del número de consumidores problemáticos de drogas

Resulta útil calcular el número de consumidores de drogas cuyo consumo es particularmente problemático, ya que es muy probable que este subgrupo de consumidores atraiga la atención de los organismos sanitarios y de aplicación de la ley. Además, se considera que el consumo de drogas de este subgrupo representa la mayor carga para los sistemas de salud pública y del orden público.

El número de consumidores problemáticos de drogas suele calcularse a partir del número de consumidores drogodependientes. A veces se utiliza un método alternativo. El OEDT emplea el consumo de opioides, anfetaminas o cocaína por inyección o durante largos períodos con el fin de guiar los estudios de estimación indirecta de la prevalencia del consumo problemático de drogas a nivel de país.

Al igual que en años anteriores, en el presente Informe se procedió a convertir cada uno de los cinco intervalos de estimaciones del número de consumidores de cada uno de los cinco grupos de drogas en un “equivalente de consumidor de heroína”. Este cálculo se realizó utilizando los “coeficientes de riesgo relativos” (véase el cuadro) derivados del Índice de Nocividad de la UNODC. Este método permite reunir los resultados de las diferentes drogas en una sola droga de referencia.

El valor más bajo del intervalo se calculó sumando cada uno de los extremos inferiores de los cinco intervalos de estimaciones; el límite superior del intervalo se calculó sumando los valores más altos de esos intervalos.

Para obtener una estimación del número de consumidores problemáticos de drogas, se multiplicaron estos totales por la proporción de los consumidores de heroína del año anterior derivada de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de los EE.UU. (intervalo del 53% al 68% en los últimos seis años de esta encuesta). Por lo tanto, la estimación INFERIOR es la proporción más baja (53%) multiplicada por el valor inferior estimado de la población de equivalentes de consumidores de heroína (28,6 millones). La estimación SUPERIOR es la proporción más alta (68%) multiplicada por el valor superior estimado de la población de equivalentes de consumidores de heroína (57,5 millones). Esto da por resultado un intervalo de 15 a 39 millones de consumidores problemáticos de drogas en el mundo.

#### Estimaciones de la prevalencia del virus de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección

Los Estados Miembros comunican directamente la prevalencia de la hepatitis C entre los consumidores de drogas por inyección. El número de estos consumidores se obtiene del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y consumidores de drogas por inyección<sup>1</sup> (fuente preferida) o a través del CPIA. Para obtener una estimación de la prevalencia a nivel regional y mundial, se ponderaron las tasas a nivel de país según el número de consumidores de drogas por inyección.

#### Estimaciones del número de muertes relacionadas con las drogas

Las muertes relacionadas con las drogas incluyen las provocadas directa o indirectamente por el consumo de drogas ilícitas, pero también pueden abarcar las muertes en las que el consumo de drogas ilícitas fue una de las causas que contribuyeron a la muerte, incluidos los casos en los que la

<sup>1</sup> Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, y otros. (noviembre de 2008). “Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review”. *Lancet* 372 (9651): 1733 a 1745.

ingestión de drogas estaba vinculada con las circunstancias de la muerte (por ejemplo casos de violencia y accidentes de tránsito). Los Estados Miembros informan sobre los casos de muertes relacionadas con las drogas de acuerdo con sus propias definiciones y, por tanto, se debe actuar con cautela al hacer comparaciones entre países.

Las cifras totales de muertes relacionadas con las drogas comunicadas por los Estados Miembros se presentaron agregadas a nivel regional. Para tener en cuenta a los países que no habían respondido, se calcularon los valores superior e inferior del intervalo correspondiente al número de muertes utilizando los percentiles 10º y 90º de las tasas de mortalidad para los países dentro de la misma región que sí respondieron. En América del Norte, todos los países contestaron y por tanto no se calculó ningún intervalo. En Oceanía, solo Australia proporcionó información sobre el número de muertes y, por consiguiente, no se pudo determinar ninguna variación de las tasas de mortalidad en la región. En África, debido a la falta de información sobre las muertes relacionadas con las drogas,<sup>2</sup> se utilizó otra fuente. La estimación mundial del número de muertes relacionadas con las drogas se obtuvo sumando las estimaciones regionales. El número total estimado de muertes para una región se presentó como un intervalo, para tener en cuenta la incertidumbre, y también se expresó como una tasa por millón de personas de 15 a 64 años para permitir cierto grado de comparación entre las regiones.

### Cultivo de drogas, producción y fabricación

Los datos sobre el cultivo de adormidera y arbusto de coca y la producción de opio y hoja de coca relativos a los principales países productores (Afganistán, Myanmar y la República Democrática Popular Lao en el caso del opio, y Colombia, el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia en el de la coca) se han tomado principalmente de los sistemas nacionales de vigilancia que reciben apoyo de la UNODC en el marco de su Programa de vigilancia de cultivos ilícitos (PVCI). Las estimaciones del cultivo de cannabis en 2009 y 2010 en el Afganistán, así como del cultivo de cannabis en 2003, 2004 y 2005 en Marruecos también fueron elaboradas por los sistemas nacionales de vigilancia con el apoyo del PVCI. Las estimaciones para otros países se obtuvieron de las respuestas al CPIA y varias otras fuentes, incluidos informes de los gobiernos, de las oficinas extrasede de la UNODC y de la Dirección de Asuntos Internacionales en materia de Estupefacientes y Represión del Uso Indebido de Drogas del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

Se encontrará una descripción técnica completa de los métodos utilizados por la UNODC con el apoyo de los sistemas nacionales de vigilancia en los respectivos informes de las encuestas nacionales disponibles en <http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>.

2 Degenhardt L, Hall W, Warner-Smith M, Lynskey M. Capítulo 13: Consumo de drogas ilícitas. En: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

### Cultivo neto

En realidad no todos los campos en los que se plantan cultivos ilícitos se cosechan y contribuyen a la producción de drogas.

En el caso del Afganistán, existe un sistema de vigilancia de erradicación de la adormidera que proporciona toda la información necesaria para calcular la superficie de cultivo neto. En Myanmar y en la República Democrática Popular Lao, se tiene en cuenta solo en parte la superficie de adormidera erradicada para la estimación de la superficie de cultivo neto. No se dispone de información suficiente para considerar las actividades de erradicación llevadas a cabo después de la encuesta anual del opio.

Una de las principales diferencias entre la coca y otras plantas narcóticas tales como la adormidera o el cannabis es que el arbusto de coca es una planta perenne que puede cosecharse varias veces al año. Esta longevidad de la planta de coca debería, en principio, facilitar la medición de la superficie cultivada. En realidad, la superficie de cultivo de la coca es dinámica, cambia constantemente y es difícil determinar la superficie exacta de tierra cultivada en un momento dado o en un año determinado. Existen varias razones por las que el cultivo de coca es dinámico, incluidas la aparición de plantaciones nuevas, la reactivación de campos previamente abandonados, el abandono, la erradicación manual y la fumigación aérea.<sup>3</sup>

Según los fines que se persigan pueden ser de utilidad los distintos conceptos de la superficie cultivada, teniendo en cuenta algunos de los factores mencionados o todos ellos. Desde la perspectiva del gobierno, puede revestir interés vigilar los intentos de cultivos ilícitos en un año determinado, tratando de captar todos los campos cultivados con coca independientemente de que hayan existido todo el año o solo parte de él (**superficie de cultivo bruto**). Para calcular la producción potencial de hoja de coca y de cocaína, sería necesario medir la superficie productiva y el tiempo en que los campos fueron productivos en el transcurso de un año (**superficie productiva neta**). Por otros motivos, puede escogerse la superficie de cultivo en una fecha determinada, por ejemplo, para evaluar el efecto de las actividades de aplicación de la ley llevadas a cabo en el período precedente (**superficie de cultivo en una fecha x**). Por definición, la superficie productiva neta y la superficie de cultivo en un momento determinado serán menores que la superficie de cultivo bruto.

La superficie de cultivo de coca en un año determinado, o **cultivo de coca bruto**, puede definirse como la suma de todos los campos de coca existentes ese año, independientemente de que hayan sido plantados recientemente, reactivados, abandonados, erradicados o fumigados durante el transcurso de ese año.

Para el cálculo de la **superficie productiva neta**, se deben considerar dos dimensiones: el tiempo durante el cual exis-

3 No se consideran aquí las enfermedades de las plantas ni las plagas ya que es probable que su impacto se refleje en las estimaciones del rendimiento de la hoja de coca.

**Colombia, conceptos de superficie utilizados para calcular el cultivo y la producción de coca, 2010**

\* Todas las cifras se redondearon y ajustaron para tener en cuenta las parcelas pequeñas

	<b>Superficie neta (31 dic. 2010)*</b>	<b>Superficie media 2009/2010</b>	<b>Superficie productiva neta 2010</b>
Superficie de cultivo de coca (ha)*	62.000	67.500	77.500
Aplicación	Cifra utilizada para analizar la tendencia de la superficie	Cifra utilizada para calcular la hoja de coca/cocaína (límite inferior del intervalo)	Cifra utilizada para calcular la hoja de coca/cocaína (límite superior del intervalo)

tió el campo y el tiempo en que estuvo productivo. La superficie de los campos cuya existencia no duró los 12 meses del año se debe restar de la cifra de cultivo bruto, por un factor que indique el tiempo en que no hubo producción. Además del factor tiempo, se deben tener en cuenta la productividad reducida de algunos tipos de campos y los efectos de la erradicación y la fumigación.

- Las plantas jóvenes de los campos nuevos no son tan productivas como los arbustos de coca maduros.
- Los campos de coca que han sido erradicados pueden replantarse, pero tienen un rendimiento más bajo ya que no se trata de plantas maduras.
- Los arbustos de coca de un campo fumigado con herbicida pueden morir (todos o algunos) o tener un rendimiento reducido durante algunos meses.
- Un campo reactivado con arbustos de coca maduros puede alcanzar su productividad máxima más rápido que otro campo recién cultivado, pero ser aún menos productivo que un campo bien mantenido.

El efecto en la productividad podría agregarse al efecto del tiempo. Por ejemplo, seis meses después de la erradicación de 20 ha, estas contarán como solo 10 ha productivas. Del mismo modo, se puede introducir un factor para reflejar la productividad reducida resultante de las fumigaciones aéreas. Se está procurando mejorar el cálculo de la superficie productiva neta para aumentar la exactitud del cálculo de la producción de cocaína.

El 31 de diciembre de 2010 se calculó por primera vez la superficie productiva neta y de cultivo neto utilizando información sobre erradicación manual y fumigación aérea de arbustos de coca, así como otras fuentes, con el fin de crear un modelo de la permanencia (es decir, el tiempo productivo) de los campos de coca. Se establecieron y aplicaron factores de permanencia para los campos destinados al cultivo de coca que habían sido abandonados, fumigados y erradicados. La superficie resultante fue considerable-

mente mayor que la superficie neta al 31 de diciembre. Además, se empleó el método anterior de utilización de la superficie media neta al 31 de diciembre de las dos últimas encuestas para calcular la producción de la hoja de coca y mantener así la comparabilidad con años anteriores. Es necesario llevar a cabo más estudios con respecto a la permanencia de los campos de coca y las consecuencias para el rendimiento de la hoja de coca con el fin de mejorar la estimación de la superficie productiva neta.

En Colombia, se introdujo un factor de ajuste para incluir en la estimación de la superficie las parcelas pequeñas de coca, que no se podían captar debido a limitaciones técnicas. Esto fue necesario ya que los estudios demostraron que en los últimos años era cada vez mayor la proporción de parcelas pequeñas, de tamaño inferior al límite detectable de 0,25 ha. El ajuste para tener en cuenta las parcelas pequeñas lleva a una estimación de la superficie más alta y más exacta. Para los fines de la comparabilidad, se calcularon las cifras de la superficie cultivada en 2009 y 2010 con y sin ajuste. El ajuste varía de un año a otro, según la proporción de parcelas pequeñas en cada región de cultivo y la contribución de cada región al total de un año dado. Por consiguiente, es preciso calcular el factor de ajuste para cada año por separado. Se está procurando recalcularse la serie cronológica para Colombia utilizando el factor de ajuste. En la actualidad se dispone únicamente de las cifras ajustadas para 2009 y 2010.

En el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú, la superficie destinada al cultivo de coca que se calculó mediante imágenes satelitales en el segundo semestre del año se utilizó como sustituto para calcular la superficie productiva neta. Así, la erradicación del arbusto de coca se tomó en cuenta en parte para calcular la superficie de cultivo neta. No se dispone de información suficiente para considerar además los efectos de la campaña de erradicación posterior a la encuesta anual.

**Colombia, ajuste de la superficie cultivada con coca para tener en cuenta las parcelas pequeñas, 2009-2010 (ha)**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Cambio en 2009</b>
Superficie sin ajuste	68.000	57.000	-16%
Ajustada para tener en cuenta las parcelas pequeñas	5.000	5.000	0%
Superficie con ajuste	73.000	62.000	-15%

Para los países que no estaban incluidos en el Programa de vigilancia de cultivos ilícitos de la UNODC se utilizó la cifra de cultivo neto comunicada.

### Rendimiento<sup>4</sup> y producción

Para calcular la producción potencial de opio, hoja de coca y cannabis (hierba y resina), se debe establecer el número de cosechas anuales y el rendimiento total de la materia vegetal principal. En las encuestas nacionales realizadas con el apoyo de la UNODC se miden los campos de cultivo y se entrevista a los agricultores, y, reuniendo los datos de ambas fuentes, se llega a la cifra final del rendimiento.

Los estudios del rendimiento del opio son complejos. La cosecha del opio por el método tradicional de punción puede llevar hasta dos semanas ya que el látex de la adormidera que se recoge de la cabeza de la planta tiene que secarse antes de que se pueda extraer y hay que practicar varias incisiones antes de que la planta se seque. Para evitar este largo proceso, los investigadores del rendimiento miden el número de cabezas de opio y su tamaño en campos de muestra. Utilizando una fórmula creada científicamente se calcula, a partir del volumen de las cabezas de adormidera medidas, la cantidad de goma de opio que puede rendir potencialmente cada planta. De este modo, se puede calcular el rendimiento del opio por hectárea. Se elaboraron diferentes fórmulas para el Asia sudoriental y el Asia sudoccidental. En el Afganistán y en Myanmar se hacen encuestas de rendimiento todos los años.

En cuanto al arbusto de coca, el número de cosechas varía, así como el rendimiento por cosecha. En el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú, la UNODC apoya los sistemas de vigilancia que llevan a cabo encuestas de rendimiento de la hoja de coca en varias regiones, cosechando campos de coca de muestra a lo largo de un año, en los momentos indicados por los agricultores de coca. En Colombia, donde la situación de seguridad no permite a los encuestadores volver a los campos de muestra, se midió solo una cosecha y las otras se calcularon a partir de la información proporcionada por el agricultor. En los tres países cultivadores de coca, las encuestas de rendimiento no se llevan a cabo sistemáticamente, sino solo en ciertas ocasiones debido a la difícil situación de seguridad en muchas de las regiones donde se cultiva la coca y a la escasez de fondos.

#### Factores de conversión

La principal materia vegetal que se cosecha –opio en forma de goma o de látex, a partir de la adormidera; hoja de coca, de los arbustos de coca, y planta de cannabis– es sometida a una serie de procesos de extracción y transformación, algunos de los cuales los realizan los propios agricultores en la plantación, y otros, los traficantes, en laboratorios clandestinos. Algunos de estos procesos requieren el uso de precursores químicos y pueden ser llevados a cabo por distintas personas en lugares diferentes y en toda una serie

de condiciones variables, de las cuales no siempre se tiene conocimiento. En el caso de la goma de opio, por ejemplo, los traficantes extraen la morfina de la goma como primer paso del proceso; a continuación, transforman la morfina en heroína base y finalmente producen clorhidrato de heroína. En el caso de la cocaína, se produce pasta de coca a partir de la hoja de coca secada al sol (en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú), o de la hoja de coca fresca (en Colombia), que se transforma después en cocaína base, usada para producir clorhidrato de cocaína.

Los resultados de cada paso, por ejemplo de la hoja de coca a la pasta de coca, se pueden calcular utilizando un factor de conversión. Dicho factor se basa en la información reunida en entrevistas con las personas que participan en el proceso, tales como los agricultores colombianos, que informan sobre la cantidad de hoja de coca que necesitan para producir 1 kg de pasta de coca o cocaína base. También se realizan pruebas en las que los llamados “cocineros” o “químicos” hacen una demostración de los métodos de procesamiento en las condiciones locales. Algunos estudios llevados a cabo por los órganos encargados de hacer cumplir la ley de los principales países productores de drogas dan una idea de los órdenes de magnitud de la transformación de la materia prima en producto final. Sin embargo, esta información con frecuencia se basa en unos pocos estudios de casos, que no son necesariamente representativos de todo el proceso de producción. Como se trata de un tema delicado, no siempre es posible entrevistar a los agricultores, especialmente si la elaboración la realizan especialistas y no los propios agricultores. La tarea de establecer cocientes de conversión se complica por el hecho de que los traficantes pueden desconocer la calidad de la materia prima y los productos químicos que utilizan, que pueden variar considerablemente; a veces se ven obligados a utilizar toda una serie de productos químicos para lograr el mismo objetivo, según la disponibilidad y el precio; por último, las condiciones en que se lleva a cabo la elaboración varían (temperatura, humedad, etc.).

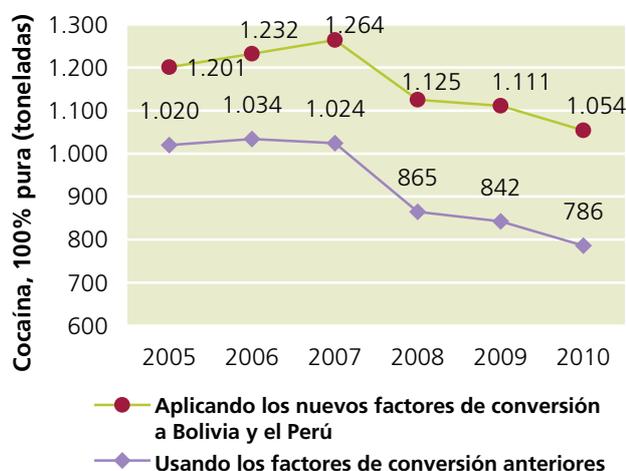
Es importante tener en cuenta el hecho de que no se conocen los márgenes de error de estos cocientes de conversión utilizados para calcular la producción potencial de cocaína a partir de la hoja de coca o la producción de heroína a partir del opio. Para que estos cálculos fueran exactos se necesitarían datos detallados sobre el contenido de morfina en el opio o el contenido de cocaína en la hoja de coca, así como información precisa sobre la eficiencia de los laboratorios clandestinos. Dicha información es limitada. Esto vale también para el contenido de sustancias psicoactivas de las plantas narcóticas.

En la actualidad, la UNODC, en colaboración con los Estados Miembros, está examinando los cocientes de conversión de la hoja de coca a cocaína, así como los cálculos del rendimiento de la hoja de coca y de la superficie productiva neta.<sup>5</sup> Es necesario realizar más estudios para esta-

4 Para más información sobre la metodología de los estudios del rendimiento de opio y hoja de coca llevados a cabo por la UNODC, véase: Naciones Unidas (2001): *Guidelines for Yield Assessment of Opium Gum and Coca Leaf from Brief Fields Visits*, Nueva York (ST/NAR/33).

5 En la página 317 y ss. del *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* se encontrará información más detallada sobre el examen en curso de los factores de conversión.

### Repercusión de los factores de conversión en las estimaciones mundiales de la producción potencial de clorhidrato de cocaína (toneladas)



blecer datos comparables sobre todos los elementos del cálculo de la producción de cocaína.

En el Afganistán y Marruecos, muchos de los agricultores de cannabis realizan ellos mismos el primer paso del procesamiento, ya sea quitando las hojas y las flores de la planta para producir hierba de cannabis, o trillando y tamizando la materia vegetal para extraer la resina de cannabis. El rendimiento por hectárea de la hierba y la resina se puede obtener multiplicando el rendimiento de la materia vegetal por un factor de extracción. En 2009 y 2010 se investigó el complejo tema del rendimiento de la resina de cannabis en el Afganistán. El estudio sobre el rendimiento incluyó la observación directa de la producción de resina, que consiste en trillar y tamizar las plantas secas de cannabis. En Marruecos, este factor se estableció recurriendo a la información proporcionada por los agricultores sobre los métodos utilizados y a los resultados de los laboratorios científicos. La información sobre el rendimiento se obtuvo en entrevistas con los agricultores de cannabis<sup>6</sup>. Dado el alto nivel de incertidumbre y la persistente falta de información sobre muchos de los países cultivadores de cannabis, la producción mundial estimada de hierba y resina de cannabis no se actualizó en 2010.

#### Producción potencial

La producción “potencial” de heroína o cocaína sería la producción total de dichas sustancias si todos los cultivos de adormidera o coca fueran convertidos en productos finales en el país productor el mismo año. Sin embargo, parte del opio y de la hoja de coca se consume directamente tanto en los países productores como en sus países vecinos antes de ser transformados en heroína o cocaína. Además, importantes cantidades de productos intermedios, como la pasta de coca o la morfina, también se consumen en los

<sup>6</sup> Para obtener más detalles sobre los estudios con los agricultores de cannabis, véase: UNODC, *Enquête sur le cannabis au Maroc* 2005, Viena, 2007.

países productores. Algunos productos, tales como el opio, pueden almacenarse durante largo tiempo y convertirse en productos intermedios o finales mucho después de haber sido cosechados. Estos factores se tienen en cuenta en parte: por ejemplo, el consumo de hoja de coca que se considera legal en el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú no se tiene en cuenta cuando se calcula la transformación en cocaína. Existen otros factores difíciles de estimar, tales como la magnitud real del consumo y almacenamiento de pasta de coca ilícita o de opio y, por tanto, no fueron considerados.

En el caso de la cocaína, se calcula su producción potencial con una pureza del 100%. En realidad, los laboratorios clandestinos no producen cocaína 100% pura, sino cocaína de pureza inferior, que suele denominarse “calidad de exportación”. Con respecto a la heroína, no se dispone de información suficiente para calcular la producción de heroína 100% pura. En su lugar, se calcula la producción potencial de heroína de calidad de exportación, cuya pureza exacta se desconoce y además podría variar.

Si bien se basa en el conocimiento actual sobre el contenido de alcaloides de las plantas narcóticas y la eficiencia con que operan los laboratorios clandestinos, el concepto de “producción potencial” es hipotético y no constituye una estimación de la producción real de heroína o cocaína a nivel de país o mundial. El concepto de producción potencial es diferente de la cantidad máxima de la droga que podría producirse en teoría si se extrajeran todos los alcaloides del opio y de la hoja de coca. La diferencia entre el máximo teórico y la producción potencial se expresa mediante la llamada eficiencia del laboratorio, que describe la proporción de alcaloides presentes en la materia vegetal que los laboratorios clandestinos son en realidad capaces de extraer.

#### Colombia

En 2010 se calculó por primera vez la superficie productiva neta, y también se usó el método anterior que utilizaba la superficie media dedicada al cultivo de coca para el año del informe y el año anterior. A efectos de la comparación, los resultados de este último se presentaron como estimación puntual. Se calculó un intervalo de modo que las cifras basadas en el método anterior ocupan el límite inferior, y las basadas en la superficie productiva neta, el límite superior. En el momento de imprimirse el presente informe no se disponía de la estimación de la superficie productiva neta correspondiente a los años anteriores a 2010<sup>7</sup>.

#### Perú

La producción potencial de cocaína en el Perú se calcula a partir de la producción potencial de la hoja de coca después de deducir la cantidad estimada de hoja de coca que se utiliza para fines tradicionales, según fuentes gubernamentales (9.000 t de hoja de coca secada al sol).

<sup>7</sup> En el informe sobre el cultivo de coca en Colombia (UNODC/ Government of Colombia, junio de 2011, y en Internet <http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>), se puede obtener más información sobre los resultados de los dos métodos y la metodología utilizada.

### *Estado Plurinacional de Bolivia*

La producción potencial de cocaína en el Estado Plurinacional de Bolivia se calcula a partir de la producción potencial de hoja de coca después de deducir la cantidad de hoja de coca que se produce en una superficie de 12.000 ha en Yungas de La Paz, donde el cultivo de coca está permitido por ley nacional.

## Tráfico de drogas

### Incautaciones

El análisis que se presenta en este Informe deriva principalmente de las respuestas al CPIA correspondientes al período de marzo a diciembre de 2010. Gracias al uso de otras fuentes, la UNODC logró obtener datos sobre incautaciones de 143 países y territorios en 2009. Las incautaciones son, por tanto, el indicador más completo de la situación de las drogas y su evolución a nivel mundial. Si bien las incautaciones no siempre reflejan fielmente las tendencias del tráfico a nivel de país, tienden a dar una idea razonable de las tendencias a nivel regional y mundial.

Los países comunican los datos sobre incautaciones de drogas mediante una variedad de unidades, principalmente de peso (kg), pero también los expresan en litros, comprimidos, dosis, papel secante, cápsulas, ampollas, etc. La UNODC procura presentar la información sobre cada país para cada año con la mayor fidelidad posible, aunque con frecuencia es necesario combinar datos de distintos tipos a fin de permitir la comparación. Para presentar las unidades de distinto tipo en cifras agregadas, se utilizaron factores de conversión y se expresaron las cantidades en equivalentes de kilogramo (o de tonelada).

Los factores de conversión afectan a los totales de las incautaciones, en particular la de los estimulantes de tipo amfetamínico, ya que buena parte de las incautaciones de este tipo de drogas se comunica en número de comprimidos. En ediciones anteriores del Informe Mundial sobre las Drogas, los factores utilizados para los ETA iban de 30 mg a 100 mg por comprimido y tenían por intención reflejar la cantidad de sustancia controlada en un comprimido; estos factores dependían del tipo de droga pero no del país informante.

Al margen de las incautaciones de ETA en forma de comprimidos, la mayoría de las incautaciones de drogas que se comunican a la UNODC se expresan en unidades de peso. Esto incluye ETA incautados que no se presentan en forma de comprimidos (por ejemplo, metanfetamina cristalina y ETA en polvo), así como otros tipos de drogas incautadas, tales como heroína y cocaína. Además, los ETA incautados en forma de comprimidos se comunican a veces en unidades de peso y, en algunos casos, puede suceder que el peso total comunicado incluya incautaciones de ETA en diferentes formas. Los informes sobre incautaciones expresadas en unidades de peso con frecuencia se refieren al peso bruto de la droga, incluidos los adulterantes y los diluyentes, y no a la cantidad de sustancia controlada. Asimismo, dada la disponibilidad de datos, los ajustes exactos para tener en cuenta el grado de pureza de los totales de las incautaciones

brutas en los distintos países son viables solo en una pequeña minoría de los casos, ya que requieren información sobre el grado de pureza, caso por caso, o datos estadísticamente calibrados, tales como un promedio ponderado o una distribución. El peso bruto de los comprimidos es más fácil de obtener y menos variable.

Para mejorar la comparabilidad de los totales de las incautaciones en diferentes años y países, la UNODC ha revisado los factores de conversión utilizados para los comprimidos de ETA, con el fin de reflejar el peso bruto de los comprimidos en vez de la cantidad de sustancia controlada. Los factores que se utilizaron en la presente edición del Informe Mundial sobre las Drogas se basan en los estudios forenses disponibles, y van de 90 mg a 300 mg, según la región y el tipo de droga. El cambio se ha aplicado a todos los años, incluido 2009 (véase el cuadro). Los factores de conversión se siguen revisando a medida que mejora la información a disposición de la UNODC.

Todos los demás cocientes de conversión se mantienen sin cambios con respecto a ediciones anteriores. Las incautaciones que se cuantifican por volumen (litros) se suman utilizando un cociente de conversión de 1 kilogramo por litro, que se aplica a todos los tipos de drogas. Se supone que una planta de cannabis pesa 100 gramos.

Además, en distintos puntos del análisis se realizan ajustes para tener en cuenta el grado de pureza cuando es pertinente y así lo permite la disponibilidad de los datos.

La UNODC continúa registrando y comunicando los datos brutos tal como los recibe; esta información figura en la lista de incautaciones publicada en línea.<sup>8</sup> En estos cuadros se reproducen las cantidades incautadas tal cual se comunican. En el resto del Informe, los datos sobre las incautaciones se suelen combinar en cifras agregadas y transformar en una medida única: “equivalentes de kilogramo”. A los efectos de los cálculos, se supuso que la “unidad de consumo típica” de la hierba de cannabis era 0,5 g; de la resina de cannabis, 0,135 g; de la cocaína y morfina, 0,1 g; de la heroína, 0,03 g; del LSD, 0,00005 g (50 microgramos), y del opio, 0,3 g. En cuanto a las incautaciones de opiáceos (a menos que en el texto se especifique otra cosa), se supuso que 10 kg de opio equivalían a 1 kg de morfina o heroína. Aunque estos cocientes de transformación pueden cuestionarse, proporcionan un medio de combinar los diferentes informes de incautaciones en una medida global. Los cocientes de transformación se han tomado de los usos en la práctica normal de los órganos encargados de hacer cumplir la ley, la literatura científica y por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, y se establecieron en consulta con la Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos de la UNODC.

### Rutas y volúmenes de tráfico

La información sobre las rutas de tráfico se tomó principalmente de los análisis de incautaciones individuales de drogas comunicadas a la UNODC, así como de los análisis

<sup>8</sup> Véase <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR.html>.

Peso de los comprimidos en mg				
	Éxtasis (MDMA o análogo)	Anfetamina	Metanfetamina	Anfetaminas no especificadas
África	271	250	250	250
Asia (excluidos el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia sudoccidental)	300	250	90	250
Europa	271	253	225	250
América Central, América del Sur y el Caribe	271	250	250	250
Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental	237	170	250	250
América del Norte	250	250	250	250
Oceanía	276	250	250	250

de las rutas de tráfico comunicadas por los Estados Miembros.

Para calcular los volúmenes de las drogas traficadas, se determinó la magnitud del mercado de venta al por menor de cada país multiplicando el número de consumidores de drogas por las estimaciones más fiables del consumo de drogas per cápita derivadas de estudios locales. Sin embargo, aún hacen falta estudios científicos sobre el consumo per cápita, y los resultados deben considerarse preliminares. Los volúmenes de las corrientes de las principales drogas se establecieron a partir de las estimaciones de los volúmenes consumidos, la información sobre los principales puntos de origen de las drogas y las incautaciones realizadas.

## Análisis del mercado

### Precio de las drogas y datos sobre la pureza

Si se reúnen y comunican correctamente, los datos sobre precios y pureza pueden llegar a ser potentes indicadores de las tendencias del mercado. Las tendencias de la oferta pueden cambiar en un lapso más corto que las de la demanda, y las fluctuaciones de los precios y los grados de pureza son buenos indicadores del aumento o disminución de la oferta en el mercado. Los estudios demuestran que los cambios a corto plazo en los mercados de consumo se reflejan, en primer lugar, en cambios de la pureza, mientras que los precios tienden a mantenerse estables durante períodos más prolongados. La UNODC toma los datos sobre precios del CPIA, y complementa esta información con la de otras fuentes como DAINAP, OEDT y los informes de los gobiernos. Los precios se reúnen al pie de la plantación, en el mercado al por mayor (“precios del kilogramo”) y al por menor (“precios del gramo”). Se pide a los países que proporcionen precios y grados de pureza mínimos, máximos y típicos. Cuando los países no proporcionan los precios ni los grados de pureza típicos, para poder hacer ciertas estimaciones se calcula el punto medio de las estimaciones comunicadas como sustituto del precio y grado de pureza

típicos (a menos que se disponga de estudios científicos que proporcionen estimaciones más fiables). En general se desconoce la manera en que se reúnen los datos y si son o no confiables. Aunque se han logrado mejoras en algunos países con el correr de los años, muchos órganos de aplicación de la ley aún no han establecido un sistema especial de reunión de datos sobre pureza y precios.

### Magnitud y valor del mercado

Si se multiplican los volúmenes de las drogas consumidas en un país por los precios al por menor ajustados para tener en cuenta el grado de pureza, se obtiene el valor del mercado. En los casos en que no se dispuso de las tasas de consumo per cápita de un país concreto, se utilizaron las estimaciones regionales. Del mismo modo, cuando los precios para un país determinado no estaban disponibles, se utilizó la media de los precios subregionales en su lugar. Este mismo principio se aplicó a los grados de pureza. En el caso de los países que no estaban en condiciones de evaluar los grados de pureza de las drogas incautadas, se utilizó la media de los grados de pureza en la subregión. Dado el gran número de supuestos que hay que hacer para llegar a las estimaciones de los diferentes países a partir de los promedios regionales y subregionales, todas las estimaciones de la magnitud del mercado deben tratarse con cautela.

