



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

INFORME
MUNDIAL
SOBRE LAS
DROGAS

2013

Ecstasy

HEROIN

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

Informe Mundial sobre las Drogas 2013



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2013

© Naciones Unidas, mayo de 2013. Reservados todos los derechos en todo el mundo.

ISBN: 978-92-1-148273-7

e-ISBN: 978-92-1-056168-6

Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XI.6

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 2013* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XI.6).

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 Investigación y Análisis de Tendencias de la UNODC, indicando claramente el propósito y la intención de la reproducción.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

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 esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican juicio alguno por parte de la UNODC sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, o sobre el trazado de sus fronteras o límites.

Se agradecerán 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

Sitio web: www.unodc.org

De las conclusiones del *Informe Mundial sobre las Drogas 2013* se extraen importantes enseñanzas para el próximo examen de alto nivel de los compromisos que reafirmaron los países en 2009 sobre las medidas de fiscalización de drogas. Esas medidas están estipuladas en la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de Una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas.

A escala mundial se ha registrado un aumento de la producción y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas, es decir, sustancias no sometidas a fiscalización internacional. La fabricación y el consumo de sustancias sometidas a fiscalización internacional siguen siendo mayormente estables con respecto a 2009, aunque las tendencias de la oferta y demanda de drogas han sido desiguales entre regiones y países y entre tipos de drogas. Los Estados Miembros que son parte en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, que fueron aprobados para proteger la salud y el bienestar de la humanidad, siguen comprometidos a dar cumplimiento a lo establecido en el sistema internacional de fiscalización de drogas. Los hechos demuestran que, aunque el sistema tal vez no haya eliminado el problema de las drogas, sigue garantizando que no alcancen proporciones inaceptables.

Hay que admitir que la demanda de drogas no se ha reducido considerablemente a nivel mundial, y que existen algunas dificultades en lo que respecta a la aplicación del sistema de fiscalización de drogas, a la violencia generada por el tráfico ilícito de drogas, a la rapidez con que evolucionan las nuevas sustancias psicoactivas y a las medidas legislativas nacionales que pudieran desembocar en una violación de los derechos humanos. La verdadera cuestión no es enmendar los tratados, sino aplicarlos siguiendo el espíritu en que se fundamentan.

Aunque el aumento de la competencia en el tráfico de cocaína ha dado lugar a niveles de violencia crecientes en Centroamérica, el problema no se resolverá legalizando las drogas. La delincuencia organizada tiene gran capacidad de adaptación y sencillamente recurrirá a otros negocios igualmente rentables y violentos.

La lucha contra el problema de las drogas en total cumplimiento de las normas de derechos humanos obliga a concentrarse en el espíritu que sustenta los tratados de fiscalización internacional de drogas vigentes, que no es otro que el de proteger la salud. Habrá que promover un enfoque más sólido centrado en la salud y reequilibrar las medidas de fiscalización de drogas de manera interrelacionada. Como ha demostrado la experiencia, ni la reducción de la oferta ni la reducción de la demanda por sí mismas pueden resolver el problema. Por tal motivo resulta necesaria una estrategia más equilibrada para tratar el problema de las drogas. Para ello habrá que poner aún más empeño en la prevención y el tratamiento, no solo emitiendo declaraciones políticas, sino aportando fondos dedicados a esos fines.

El *Informe Mundial sobre las Drogas* de este año señala la magnitud del problema asociado con las nuevas sustancias psicoactivas y los efectos mortíferos que pueden tener en sus consumidores. La cuestión de las nuevas sustancias psicoactivas será analizada por la comunidad internacional en la serie de sesiones de alto nivel que celebrará la Comisión de Estupefacientes en 2014. Como sucede con las drogas tradicionales, las medidas que se adopten en el plano internacional en relación con esas sustancias deberán centrarse en la oferta y la demanda. El desconocimiento de los efectos nocivos y los riesgos para la salud y la seguridad públicas, aparejado al hecho de que las nuevas sustancias psicoactivas no están sometidas a fiscalización internacional, destaca la importancia de la aplicación de medidas de prevención innovadoras y el intercambio de buenas prácticas entre los países.

La multitud de nuevas sustancias psicoactivas y la velocidad con que han surgido en todas las regiones del mundo ha sido una de las tendencias más perceptibles en los mercados de drogas en los últimos cinco años. Aunque el sistema internacional de fiscalización de drogas actual está dotado para acometer la aparición de nuevas sustancias que plantean una amenaza para la salud pública, hoy está obligado a dar una respuesta adecuada a la celeridad sin precedentes con que evoluciona el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas. Algunos países han adoptado estrategias innovadoras para poner freno al aumento de esas sustancias, pero el carácter mundial del problema exige una respuesta basada en la cooperación internacional y una cobertura universal. Esa respuesta debe basarse en todas las disposiciones pertinentes de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Además, en la tarea de reforzar el sistema internacional de fiscalización debería fomentarse una evaluación sistemática de la conveniencia de algunos de los enfoques innovadores adoptados a nivel nacional.

La detección y el reconocimiento de sustancias emergentes es un paso fundamental para evaluar los riesgos potenciales para la salud de las nuevas sustancias psicoactivas y, por tanto, es necesario reunir, actualizar y difundir información científica, epidemiológica, forense y toxicológica sobre esas sustancias. En respuesta a la solicitud formulada por la Comisión de Estupefacientes en su resolución 56/4 sobre el mejoramiento de la cooperación internacional en el reconocimiento y la notificación de nuevas sustancias psicoactivas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) está dispuesta a ayudar a la comunidad internacional a crear un mecanismo mundial de alerta temprana que proporcione a los gobiernos la información necesaria sobre las nuevas sustancias psicoactivas, sobre todo

los datos científicos que resultan fundamentales para la elaboración y aplicación de respuestas nacionales de base empírica.

Ante la proximidad de 2014 y de la retirada de las fuerzas internacionales del Afganistán, ese país requiere los esfuerzos coordinados de la comunidad internacional. Se requerirá mucha mayor asistencia de las Naciones Unidas, en particular de la UNODC, para incorporar los programas de lucha contra los estupefacientes en las estrategias de desarrollo social y económico a fin de controlar el actual cultivo y producción de opio y el preocupante consumo elevado de opiáceos entre la población afgana. La UNODC está tratando de lograrlo por medio de su programa para el Afganistán, uno de los mayores del mundo, así como de su programa regional integrado para el Afganistán y los países vecinos.

Las tendencias de las nuevas rutas de tráfico de drogas y de la producción de sustancias ilícitas indican que el continente africano se está haciendo cada vez más vulnerable al comercio de las drogas y la delincuencia organizada, aunque son escasos los datos provenientes de la región. Al mismo tiempo que esto puede agravar la inestabilidad política y económica en muchos países de la región, también puede originar un aumento de la disponibilidad y el consumo locales de sustancias ilícitas. Por tanto, es preciso que la comunidad internacional invierta recursos en intervenciones de base empírica para la prevención del consumo de drogas, el tratamiento de la drogodependencia, la interceptación satisfactoria de sustancias ilícitas y la supresión de la delincuencia organizada. También es preciso que la comunidad internacional facilite los recursos necesarios para vigilar la situación de las drogas en África.

En lo que concierne a las personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH, el *Informe Mundial sobre las Drogas 2013* indica que ha habido algunas mejoras. Los países que aplicaron un conjunto completo de intervenciones relacionadas con el VIH pudieron reducir los comportamientos de alto riesgo y la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea. Ello hace confiar en que los países conseguirán alcanzar las metas fijadas en la Declaración Política y Plan de Acción de 2009 mediante la aplicación y expansión de los servicios de prevención y tratamiento para las personas que se inyectan drogas. No obstante, todavía queda una inmensa tarea por delante en la consecución del objetivo de cumplir el compromiso contraído por la Asamblea General en la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA, que establece como meta la reducción de nuevas infecciones por el VIH en un 50% en las personas que se inyectan drogas. Este compromiso justifica un aumento importante de las intervenciones de base empírica relacionadas con el VIH en los países donde la epidemia se propaga por el consumo de drogas por inyección.

Las drogas ilícitas siguen poniendo en peligro la salud y el bienestar de las personas en todo el mundo. Representan una clara amenaza para la estabilidad y la seguridad de regiones enteras y para el desarrollo económico y social. Las drogas ilícitas, la delincuencia y el desarrollo están asociados entre sí de muchas formas. La drogodependencia suele verse exacerbada por un escaso desarrollo social y económico, y el tráfico de drogas, junto con muchas otras formas de delincuencia organizada transnacional, socava el desarrollo humano. Debemos poner fin a ese ciclo destructivo para proteger el derecho de las personas a un estilo de vida saludable y promover el crecimiento económico sostenible y una mayor seguridad y estabilidad. Por consiguiente, es importante que se aborde el problema de las drogas en la agenda de las Naciones Unidas para el desarrollo después de 2015.

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

PREFACIO

NOTAS EXPLICATIVAS

RESUMEN

1. ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE TENDENCIAS RECIENTES DE LOS MERCADOS DE DROGAS ILÍCITAS

- A. Alcance del consumo de drogas ilícitas y consecuencias para la salud
- B. Sinopsis de las tendencias relacionadas con los indicadores de la oferta de drogas, por tipos de drogas y por regiones
- C. Mercado de cannabis
- D. Mercado ilícito de opiáceos
- E. Mercado de cocaína
- F. Mercado de estimulantes de tipo anfetamínico
- G. Conclusiones

2. NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- A. Introducción
- B. Nuevas sustancias psicoactivas: conceptos y definiciones
- C. La aparición y propagación recientes de nuevas sustancias psicoactivas
- D. Conclusiones y futuras líneas de acción

ANEXO I

Mapas y cuadros sobre la demanda de drogas

ANEXO II

Mapas y cuadros sobre la oferta de drogas

ANEXO III

Agrupaciones regionales

GLOSARIO

Equipo editorial y de producción

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2013* se elaboró bajo la supervisión de Sandeep Chawla, Director Ejecutivo Adjunto de la UNODC y División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos.

Equipo principal

Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias

Angela Me, Suzanne Kunnen, Kristina Kuttig y Jaya Mohan.

Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos

Justice Tettey, Beate Hammond, Sabrina Levissianos y Kristal Pineros.

Sección de Estadísticas y Encuestas

Coen Bussink, Philip Davis, Yuliya Lyamzina, Kamran Niaz, Preethi Perera, Umidjon Rahmonberdiev, Martin Raitelhuber, Ali Saadeddin, Janie Shelton Antoine Vella e Irmgard Zeiler.

Sección de Estudios y de Análisis de las Amenazas

Anja Korenblik y Thomas Pietschmann.

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.

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

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

Los países y zonas geográficas se designan por los nombres que eran de uso oficial en el

momento de recopilarse los correspondientes datos.

Toda referencia a Kosovo en la presente publicación debe entenderse en conformidad con la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad.

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” y “consumo” de drogas.

Los datos demográficos que figuran en el informe proceden de la publicación de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, titulada *World Population Prospects: The 2010 Revision*, disponible en <http://esa.un.org/wpp>.

El término dólares expresa dólares de los Estados Unidos, a menos que se indique otra cosa.

El término “t” denota t métricas, a menos que se indique otra cosa.

En el presente informe se han utilizado las abreviaturas siguientes:

APAAN	<i>alfa</i> -fenilacetonitrilo	LSD	dietilamida del ácido lisérgico
BZP	<i>N</i> -benzilpiperazina	MDA	metilendioxiacetamfetamina
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Organización de los Estados Americanos)	MDE	<i>N</i> -etiltenacetamfetamina
mCPP	<i>m</i> -clorofenilpiperazina	MDMA	metilendioxiacetamfetamina
DEA	Dirección de Lucha contra las Drogas (Estados Unidos de América)	3,4-MDP-2-P	3,4-metilendioxiacetamfetamfetamina
EMCDD	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías	MDPV	metilendioxiacetamfetamfetamina
EMCDD	Agencia Europea de Medicamentos	MMDMG	3-[3'4'-(metilendioxi)fenil]-2-metil
ESPAD	Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas	4-MMC	4-metilmetcatinona
Europol	Oficina Europea de Policía	NSP	nuevas sustancias psicoactivas
GHB	ácido <i>gamma</i> -hidroxibutírico	OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
GBL	<i>gamma</i> -butirolactona	OMS	Organización Mundial de la Salud
ha	hectárea	P-2-P	1-fenil-2-propanona
INTERPOL	Organización Internacional de Policía Criminal	PIB	producto interno bruto
kg	Kilogramo	PMK	piperonil metil cetona
		PMMA	parametoximetamfetamina
		SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
		t	tonelada
		THC	tetrahidrocannabinol
		TFMPP	1-(trifluorometilfenil) piperazina
		VIH	virus de la inmunodeficiencia
		VHC	virus de la hepatitis C

El *Informe Mundial sobre las Drogas* presenta un panorama completo de las últimas novedades en los mercados de drogas. Se ocupa de la producción, el tráfico, el consumo y las consecuencias para la salud. En el capítulo 1 del informe de este año se examinan la situación mundial y las tendencias más recientes en los diferentes mercados de drogas, el alcance del consumo de drogas ilícitas, así como sus efectos en la salud.

En el capítulo 2 se trata el fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), que pueden tener consecuencias mortales para sus consumidores pero que son difíciles de fiscalizar, con la aparición en los últimos diez años de productores y “líneas de productos” dinámicos en continua evolución.

El panorama mundial

La situación mundial del consumo de drogas permanece estable

En general, la situación del consumo de drogas a escala mundial permanece estable. Aunque ha aumentado algo el número total estimado de consumidores de sustancias ilícitas, las estimaciones indican que el número de consumidores de drogas con dependencia o trastornos debidos al consumo de drogas permanece estable. El aumento del número de consumidores estimado anualmente es reflejo, en gran medida, del aumento de la población mundial.

Sin embargo, el consumo de varias drogas, o policonsumo, especialmente la combinación de medicamentos de venta con receta y sustancias ilícitas, sigue causando preocupación. Preocupa particularmente el uso con fines no médicos de sedantes y tranquilizantes, sustancias que más del 60% de los países comprendidos en el informe clasifica entre los tres primeros tipos objeto de uso indebido.

El creciente número de NSP que aparecen en el mercado ha llegado a ser también una cuestión de gran importancia para la salud pública, no solo por su consumo cada vez mayor, sino también por la falta de investigaciones científicas y el desconocimiento de sus efectos nocivos.

El consumo de drogas por inyección y el VIH siguen constituyendo un problema de salud pública

La información reciente ha puesto de manifiesto que la prevalencia de personas que se inyectaban drogas y que se inyectaban drogas y que vivía también con el VIH en 2011 era más baja de lo que se había estimado anteriormente: se calcula que 14,0 millones de personas de 15 a 64 años de edad se inyectan drogas, mientras que 1,6 millones de personas que se inyectan drogas viven con el VIH, lo que refleja una disminución del 12% del número de personas que se inyectan drogas y del 46% de las que se inyectan drogas y viven con el VIH desde las estimaciones efectuadas en 2008.

En 2011, el número de muertes relacionadas con las drogas se estimó en 211.000. La mayoría de esas muertes se produjo entre la población más joven de consumidores y, en gran medida, podía haberse prevenido. Los opioides siguieron siendo el grupo de sustancias implicadas en muertes relacionadas con las drogas notificado con más frecuencia. Sigue existiendo una importante laguna en la prestación de servicios de tratamiento de la drogodependencia: tan solo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos había recibido tratamiento en el año precedente.

El tráfico por vía marítima plantea problemas a las autoridades

Dadas las grandes cantidades de sustancias lícitas que se mueven a través de los océanos y los continentes cada día, en contenedores e incluso en pequeñas embarcaciones, el tráfico por vía marítima constituye un problema especialmente espinoso para las autoridades.

Al parecer, África oriental y occidental están adquiriendo mayor prominencia en lo que se refiere a las rutas del tráfico por vía marítima. Los traficantes recurren de manera creciente a una nueva ruta marítima que discurre hacia el sur desde el Afganistán, pasando por la República Islámica del Irán o el Pakistán, para llegar a los mercados de consumo a través de los puertos de África oriental y occidental. Desde 2009, las incautaciones de heroína han aumentado de forma pronunciada en África, sobre todo en África oriental, donde prácticamente se han multiplicado por diez.

La experiencia ha demostrado que es muy probable que las incautaciones marítimas sean casi siempre más cuantiosas que las practicadas en medios de transporte por carretera o ferrocarril. De hecho, aunque las incautaciones marítimas no superan el 11% de todos los casos entre todas las categorías de drogas a escala mundial, cada una de ellas fue por término medio 30 veces más grande que las remesas incautadas en el tráfico aéreo. Las medidas de interceptación bien enfocadas permitirían a las autoridades incautar mayores cantidades de drogas objeto de tráfico por vía acuática.

Nuevas rutas de tráfico de drogas

Los traficantes buscan insistentemente nuevas rutas para complementar las antiguas: al parecer, están surgiendo nuevas rutas terrestres para el contrabando de heroína; por ejemplo, además de las rutas de los Balcanes y del norte ya establecidas, la heroína se transporta hacia el sur desde el Afganistán a través de la República Islámica del Irán o el Pakistán, y luego por el Oriente Medio a través del Iraq. Aunque la ruta de tráfico de los Balcanes sigue siendo la más favorecida, se ha observado una disminución de la cantidad de heroína que es objeto de tráfico en esta ruta.

Además, parece ser que los opiáceos procedentes del Afganistán están empezando a hacer la competencia a los producidos y consumidos en la subregión de Asia oriental y sudoriental, como lo demuestran las incautaciones practicadas en los países de esa región.

Aunque es patente que el continente africano está adquiriendo creciente importancia y resulta más vulnerable en lo que respecta a la proliferación de rutas de tráfico, los datos disponibles son muy limitados. Para poder vigilar eficazmente esta preocupante tendencia, urge mejorar la obtención de datos y la capacidad de análisis de los países de la región.

El volumen de incautación de cocaína en Colombia indica que la ruta del Atlántico puede estar adquiriendo mayor importancia en comparación con la del Pacífico en el tráfico marítimo; los lazos lingüísticos parecen desempeñar un papel en el tráfico de cocaína de América del Sur a Europa por el Brasil, Portugal y los países de habla portuguesa de África. Al parecer, el mercado de cocaína se está expandiendo hacia las economías emergentes de Asia.

Tendencias globales en las distintas categorías de drogas

Opiáceos

Se registraron algunos cambios de gran importancia en las tendencias de la producción y el consumo de opiáceos.

Los datos limitados de que se dispone sugieren que el consumo de opioides (opioides de venta con receta, heroína y opio) ha aumentado en algunas partes de Asia (Asia oriental y sudoriental, así como Asia central y occidental) y África desde 2009.

En cambio, el consumo de opiáceos (heroína y opio) permanece estable (alrededor de 16,5 millones de personas, es decir, el 0,4% de la población de 15 a 64 años de edad), aunque se ha informado de una elevada prevalencia del consumo de opiáceos en Asia sudoccidental y central, Europa oriental y sudoriental y América del Norte.

En Europa, concretamente, existen indicios de que el consumo de heroína disminuye, a causa de una serie de factores, como el envejecimiento de la población de consumidores en tratamiento y el aumento de la interceptación de los suministros. No obstante, en algunas partes de Europa se sigue informando del uso de opioides de venta con receta para fines no médicos.

Por lo que se refiere a la producción, el Afganistán conservó su posición como principal productor y cultivador de opio a nivel mundial (el 74% de la producción ilícita mundial de opio en 2012). Aunque la superficie mundial dedicada al cultivo de la adormidera aumentó un 15% en 2012, en gran parte por el incremento en el Afganistán y Myanmar, la producción mundial de opio se redujo casi un 30% a menos de 5.000 t en 2012, principalmente como consecuencia de las malas cosechas en el Afganistán. México siguió siendo el principal productor de opio de América.

Parece que la producción de opio en la República Democrática Popular Lao y Myanmar tal vez no pueda atender a la demanda que plantea el creciente número de consumidores de heroína en algunas partes de Asia.

Aunque el volumen de incautación de morfina y heroína aumentó a nivel mundial en 2011, se observó una reducción en regiones y países concretos, como Turquía y Europa occidental y central.

Cocaína

La superficie mundial dedicada al cultivo de coca ascendió a 155.600 ha en 2011, prácticamente sin cambios respecto del año anterior, pero un 14% por debajo de 2007 y un 30% menos que en 2000. Las estimaciones de la cantidad de cocaína fabricada, expresadas en cantidades de cocaína pura al 100%, oscilaron entre 776 y 1.051 t en 2011, cifra igual en gran medida a la del año anterior. Las mayores incautaciones de cocaína del mundo (sin ajustar la pureza) se siguen notificando en Colombia (200 t) y los Estados Unidos (94 t). Sin embargo, ha habido indicios en los últimos años de que el mercado de cocaína se ha ido desplazando a varias regiones que antes no se asociaban al tráfico o al consumo. Se han observado aumentos considerables en Asia, Oceanía, Centroamérica y América del Sur y el Caribe. En Centroamérica, la mayor competencia en el tráfico de cocaína ha dado lugar a niveles de violencia crecientes.

La cocaína se ha considerado desde hace mucho como una droga de ricos. Hay indicios, aunque no son firmes, que sugieren que este supuesto tal vez no carezca totalmente de fundamento, siendo iguales los demás factores. No obstante, la magnitud de su consumo no responde siempre al contenido de la billetera. Existen ejemplos de países ricos con tasas de prevalencia bajas, y viceversa.

Cabe argumentar que algunas partes de Asia oriental y sudoriental corren mayor riesgo de que aumente el consumo de cocaína (si bien partiendo de niveles muy bajos). El volumen de incautación en Hong Kong (China), aumentó de forma pronunciada hasta alcanzar casi 600 kg en 2010, y ya había superado 800 kg en 2011. Este hecho puede vincularse a varios factores, relacionados a menudo con la sofisticación que se asocia a su consumo y al surgimiento de sectores más ricos de la sociedad. En el caso de América Latina, en cambio, la mayor parte del aumento parece obedecer a

efectos de “desbordamiento”, ya que la cocaína se consigue fácilmente y es relativamente barata a causa de la proximidad de los países productores.

En América del Norte, el volumen de incautación y la prevalencia han disminuido considerablemente desde 2006 (con la excepción de un repunte de las incauciones en 2011). De 2006 a 2011, el consumo de cocaína entre la población de los Estados Unidos en general se redujo en un 40%, lo que está vinculado en parte a la menor producción en Colombia, a la intervención de los órganos de represión y a la violencia entre los carteles.

Anteriormente, América del Norte y Europa central y occidental dominaban el mercado de cocaína, pero hoy día representan aproximadamente la mitad de los consumidores a nivel mundial, lo que refleja que el consumo parece haberse estabilizado en Europa y disminuido en América del Norte.

En Oceanía, en cambio, las incauciones de cocaína alcanzaron nuevos máximos en 2010 y 2011 (1,9 y 1,8 t, respectivamente, frente a 290 kg en 2009). La tasa de prevalencia anual de consumo de cocaína en Australia en la población de 14 años o más se duplicó con creces del 1,0% en 2004 al 2,1% de la población adulta en 2010; esa cifra es más elevada que la media europea y supera las correspondientes tasas de prevalencia de los Estados Unidos.

Estimulantes de tipo anfetamínico

Existen indicios de que el mercado de estimulantes de tipo anfetamínico se está expandiendo: las incauciones y los niveles de consumo van en aumento, la fabricación parece extenderse y se están creando nuevos mercados.

El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, con exclusión del éxtasis, sigue estando muy extendido en todo el mundo, y parece ir en aumento en la mayoría de las regiones. En 2011 se estimó que el 0,7% de la población mundial de 15 a 64 años de edad, es decir, 33,8 millones de personas, habían consumido esas sustancias el año anterior. La prevalencia de éxtasis en 2011 (19,4 millones, o sea, el 0,4% de la población) fue más baja que en 2009.

Aunque el consumo se mantiene estable en los mercados tradicionales de América del Norte y Oceanía, se registra aparentemente un aumento del mercado en las economías desarrolladas de Asia, especialmente en Asia oriental y sudoriental, y existe también un mercado emergente en África, evaluación que corrobora el aumento de la desviación de precursores, de las incauciones y de la fabricación de metanfetamina. La prevalencia anual estimada de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en la región es más elevada que la media mundial.

A nivel mundial, las incauciones han alcanzado un nuevo máximo: 123 t en 2011, lo que supone una subida del 66% en relación con 2010 (74 t) y el doble desde 2005 (60 t). En México se registró la mayor cantidad de metanfetamina incautada, que se duplicó con creces, de 13 t a 31 t, en el plazo de un año, superando así a los Estados Unidos por primera vez.

La metanfetamina sigue siendo el puntal del negocio de los estimulantes de tipo anfetamínico y representó el 71% del volumen de incautación de esas sustancias a nivel mundial en 2011. Los comprimidos de metanfetamina siguen siendo el estimulante de tipo anfetamínico predominante en Asia oriental y sudoriental, región en que fueron incautados 122,8 millones de comprimidos en 2011, aunque esa cifra supuso un descenso del 9% con respecto a 2010 (134,4 millones de comprimidos). Sin embargo, el volumen de incautación de metanfetamina cristalizada aumentó hasta 8,8 t, que fue el nivel más alto de los últimos cinco años, lo que indica que la sustancia es una amenaza inminente.

Aparentemente, la fabricación de metanfetamina también se está propagando: se descubrieron nuevos emplazamientos en la Federación de Rusia y Polonia, entre otros países. Existen también

indicios de un aumento de la actividad de fabricación en Centroamérica y un incremento de la influencia de las organizaciones mexicanas de narcotraficantes en el mercado de drogas sintéticas de la región.

Las cifras correspondientes a la incautación de anfetamina también han aumentado, especialmente en el Oriente Medio, donde la droga puede obtenerse sobre todo en forma de comprimidos, comercializada como comprimidos de “captagon” y consistente mayoritariamente en anfetamina.

Europa y los Estados Unidos notificaron casi el mismo número de laboratorios de anfetamina (58 y 57, respectivamente) en 2011, y el total se mantuvo bastante estable en relación con 2010.

Aunque el consumo de éxtasis ha ido disminuyendo en todo el mundo, parece estar aumentando en Europa. En orden ascendente, Europa, América del Norte y Oceanía siguen siendo las tres regiones con una prevalencia de consumo de éxtasis por encima de la media mundial.

Cannabis

Presentar un panorama mundial de los niveles de cultivo y producción de cannabis sigue siendo tarea difícil: aunque se produce cannabis prácticamente en todos los países del mundo, su cultivo está localizado y, en la mayoría de los casos, abastece a los mercados locales.

El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Se registró un pequeño aumento de la prevalencia de consumidores de cannabis (180,6 millones, es decir, el 3,9% de la población de 15 a 64 años de edad) frente a las anteriores estimaciones de 2009.

Aumentaron las superficies de cannabis erradicados en los Estados Unidos, lo que podría ser indicio de un incremento de la superficie dedicada a su cultivo. También parece haber aumentado el cultivo en el conjunto del continente americano. En América del Sur, las incautaciones de hierba de cannabis notificadas aumentaron un 46% en 2011.

En Europa aumentó el volumen de incautación de hierba de cannabis, pero disminuyó el de resina de cannabis (*hachís*), lo que tal vez indique que el cannabis de producción propia sigue sustituyendo a la resina importada, principalmente de Marruecos. La producción de resina de cannabis parece haberse estabilizado, e incluso disminuido, en el Afganistán y Marruecos, los principales países productores.

Muchos países de África comunicaron incautaciones de hierba de cannabis y Nigeria notificó las mayores cantidades incautadas en la región.

En Europa, el cannabis suele cultivarse al aire libre en los países con condiciones climáticas favorables. En los países con condiciones menos favorables, como Bélgica y los Países Bajos, se da un gran número de plantas cultivadas bajo techo. Es difícil elaborar un cuadro fiel del cultivo y la erradicación, puesto que varían mucho de unos países y zonas climáticas a otros. La densidad de las plantas varía considerablemente, según el método de cultivo (al aire libre o bajo techo) y los factores ambientales.

Nuevas sustancias psicoactivas

Aunque en el panorama de las drogas han aparecido sustancias perjudiciales con una regularidad constante, el sistema de fiscalización internacional de drogas está fallando por primera vez ante la rapidez y creatividad del fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP).

El número de NSP notificadas por los Estados Miembros a la UNODC aumentó de 166 a finales de 2009 a 251 a mediados de 2012, lo que supone un incremento de más del 50%. Por primera vez, el número de NSP superó al total de sustancias sujetas a fiscalización internacional (234).

Las NSP, puras o en preparados, se consumen para fines no médicos y, al no estar fiscalizadas por los tratados internacionales sobre drogas, pueden plantear una amenaza a la salud pública. En este contexto, el término “nuevas” no se refiere forzosamente a nuevas invenciones, sino a sustancias que han empezado a circular recientemente en mercados concretos. En general, NSP es un término genérico que incluye sustancias o productos psicoactivos no reglamentados (nuevos) que tratan de imitar los efectos de drogas sujetas a fiscalización.

Los Estados Miembros han respondido a este desafío con una variedad de métodos ajustados a sus marcos legislativos, tratando de someter a fiscalización sustancias concretas o sus análogos.

Se ha observado por lo general que, cuando una NSP se somete a fiscalización o se incluye en las listas, su consumo disminuye poco después, lo que tiene efectos positivos en las consecuencias para la salud y las muertes relacionadas con la sustancia, aunque el “efecto de sustitución” ha inhibido la investigación a fondo de las repercusiones a largo plazo de la inclusión de NSP en listas. Naturalmente, se dan casos en que incluir en listas o fiscalizar una NSP ha surtido efectos escasos o nulos. En general, se han observado los siguientes tipos de efectos después de la inclusión en listas de una NSP:

- a) La sustancia continúa en el mercado, pero su consumo disminuye inmediatamente. Pueden citarse ejemplos como la mefedrona en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la bencilpiperazina (BZP) en Nueva Zelanda, los euforizantes legales en Polonia, la mefedrona en Australia y la metilendioxipirovalerona (MDPV) en los Estados Unidos de América;
- b) El consumo de la sustancia disminuye después de un plazo más prolongado, tal vez de un año o más (por ejemplo, la ketamina en los Estados Unidos);
- c) El efecto de la inclusión en listas en el consumo de la sustancia es escaso o nulo, por ejemplo, la 3,4 metilendioxi-*N*-metilamfetamina (MDMA), denominada comúnmente éxtasis, en los Estados Unidos y otros países.

Asimismo, existen casos en que las NSP desaparecen del mercado. Así ha ocurrido también con la mayoría de las sustancias fiscalizadas en virtud de la Convención de 1961 y el Convenio de 1971. De las 234 sustancias sometidas actualmente a fiscalización internacional, tan solo unas pocas docenas se consumen para fines no médicos y ese consumo en su mayor parte se concentra en una docena de ellas.

Es evidente que la legislación para fiscalizar las NSP no es una solución válida para todos los casos, y siempre hay excepciones de la regla. No obstante, para hacer frente a la situación hay que aplicar un enfoque integral en que intervenga una serie de factores: prevención y tratamiento, situación jurídica, mejora de la fiscalización de los precursores y represión de las redes de narcotráfico.

Faltan datos a largo plazo que ofrezcan una perspectiva absolutamente necesaria: en cuanto se incluye una sustancia en las listas, otra la sustituye, por lo que resulta difícil estudiar el efecto a largo plazo de una sustancia en el consumo y los efectos para la salud.

El problema de las NSP es como una hidra, en el sentido de que los fabricantes producen nuevas variantes para eludir los nuevos marcos legales que se elaboran constantemente para fiscalizar las sustancias conocidas. Entre ellas figuran sustancias psicoactivas sintéticas y de origen vegetal, que se han propagado rápidamente en mercados muy dispersos. Hasta mediados de 2012, la mayoría de las NSP identificadas eran cannabinoides sintéticos (23%), fenetilaminas (23%) y catinonas sintéticas (18%), seguidas de triptaminas (10%), sustancias de origen vegetal (8%) y piperazinas (5%). Las sustancias más extendidas eran JWH-018 y JWH-073 entre los cannabinoides sintéticos;

mefedrona, MDPV y metilona entre las catinonas sintéticas; y *m*-clorofenilpiperazina (*m*CPP), *N*-bencilpiperazina (BZP) y 1-(3-trifluorometilfenil) piperazina (TFMPP) entre las piperazinas. Las sustancias de origen vegetal incluían sobre todo kratom, khat y *Salvia divinorum*.

Lo que hace que las NSP resulten especialmente peligrosas y problemáticas es la percepción general que las rodea. Se han comercializado a menudo como euforizantes legales, dando a entender que su consumo y utilización son inocuos, aunque la realidad puede ser muy diferente. Para engañar a las autoridades, los proveedores también han comercializado y anunciado sus productos de forma agresiva y los han vendido con nombres de productos de uso diario relativamente inocuos como ambientadores de locales, sales de baño, inciensos vegetales e incluso abonos para plantas.

Países de casi todas las regiones han comunicado la aparición de NSP. Concretamente, en el período 2008-2012 se registró la aparición de cannabinoides sintéticos y catinonas sintéticas, aunque disminuyó el número de países que comunicaron fenetilaminas, ketamina y piperazinas nuevas (en comparación con el período anterior a 2008).

Origen y fabricación

Aunque las NSP están más extendidas en Europa y América del Norte, hoy día parecen tener su origen principalmente en Asia (Asia oriental y sudoriental), sobre todo en países conocidos por sus industrias químicas y farmacéuticas avanzadas. También han comunicado la fabricación en su territorio países de Europa, América y Asia. No obstante, la tónica global responde a un tráfico transregional que se aparta de la fabricación clandestina de sustancias sicotrópicas fiscalizadas, como los estimulantes de tipo anfetamínico, que suele llevarse a cabo en la misma región en que se encuentran los consumidores.

El papel de la tecnología

Aparentemente, Internet desempeña un papel importante en el negocio de las NSP. El 88% de los países que respondieron a una encuesta de la UNODC dijo que Internet servía de fuente principal de suministro en sus mercados. Al mismo tiempo, una encuesta Eurobarómetro constató que solo el 7% de los jóvenes consumidores de NSP en Europa (de 15 a 24 años de edad) utilizaron Internet para comprar esas sustancias, lo que indica que, aunque su importación y venta al por mayor se puedan realizar de forma creciente por Internet, el consumidor final sigue prefiriendo los canales más tradicionales de venta al por menor y distribución.

La propagación de nuevas sustancias psicoactivas a nivel regional

Con su sistema de alerta temprana, del que forman parte los 27 países miembros de la Unión Europea y Croacia, Noruega y Turquía, Europa cuenta con el sistema regional más avanzado para hacer frente a las NSP emergentes. A través de ese sistema se efectuó la notificación oficial de 236 sustancias nuevas durante el período 2005-2012, lo que equivale a más del 90% del total de las sustancias descubiertas en el mundo y comunicadas a la UNODC (251). El número de NSP descubiertas en la Unión Europea aumentó de 14 en 2005 a 236 a finales de 2012.

Las NSP ya constituyen, al parecer, un segmento importante del mercado. Casi el 5% de la población de 15 a 24 años de edad ya han experimentado con NSP en la Unión Europea, lo que equivale a una quinta parte de los que han probado el cannabis y cerca de la mitad de los que han consumido drogas distintas del cannabis. Aunque es evidente que el consumo de cannabis ha disminuido entre los adolescentes y los jóvenes en Europa durante los diez últimos años, y el consumo de otras drogas ha permanecido en gran medida estable, el consumo de NSP ha aumentado.

En Europa, los datos del Eurobarómetro correspondientes a 2011 indican que casi las tres cuartas partes del total de consumidores de NSP corresponden a cinco países: el Reino Unido (23% del total de la Unión Europea), seguido de Polonia (17%), Francia (14%), Alemania (12%) y España (8%). El Reino Unido es también el país que descubrió la mayor cantidad de NSP en la Unión Europea (el 30% del total durante el período 2005-2010).

Los Estados Unidos descubrieron el mayor número de NSP de todo el mundo: en el conjunto de 2012 se detectaron en total 158 NSP, es decir, el doble que en la Unión Europea (73). Las sustancias comunicadas con más frecuencia fueron los cannabinoides sintéticos (51 en 2012 frente a 2 en 2009) y las catinonas sintéticas (31 en 2012 frente a 4 en 2009). Ambas sustancias tienen graves efectos negativos en la salud. Si se excluye el cannabis, el consumo de NSP entre los estudiantes está más extendido que el de cualquier otra droga, lo que se debe principalmente a los cannabinoides sintéticos que contienen las drogas *Spice* o mezclas vegetales similares. Al parecer, la incidencia del consumo de NSP entre la juventud de los Estados Unidos es dos veces superior a la de la Unión Europea.

En el Canadá, las autoridades descubrieron 59 NSP en los dos primeros trimestres de 2012, es decir, casi tantas como en los Estados Unidos. La mayoría de las sustancias eran catinonas sintéticas (18), cannabinoides sintéticos (16) y fenetilaminas (11). En una encuesta escolar nacional se comunicó un consumo extendido de *Salvia divinorum* (prevalencia del 5,8% a lo largo de la vida), estramonio o *Datura* (2,6%), una planta alucinógena, y ketamina (1,6%) entre los estudiantes de décimo grado.

Las NSP también están penetrando en los países de América Latina, aunque en términos generales los niveles de consumo de esas sustancias en la región son más bajos que en América del Norte o Europa. Entre las sustancias comunicadas figuran la ketamina y las sustancias de origen vegetal, sobre todo la *Salvia divinorum*, seguidas de las piperazinas, las catinonas sintéticas, las fenetilaminas y, en menor medida, los cannabinoides sintéticos. El Brasil también comunicó la aparición de mefedrona y de DMMA (fenetilamina) en su mercado; Chile informó de la aparición de *Salvia divinorum* y triptamina; Costa Rica notificó la aparición de dos piperazinas, BZP y TFMPP.

Durante muchos años, Nueva Zelanda ha desempeñado un papel destacado en el mercado de piperazinas, especialmente BZP. También se constata la presencia de un gran número de NSP en Australia, situación que se asemeja a la de Europa y América del Norte. En total se descubrieron 44 NSP en los dos primeros trimestres de 2012 en la región de Oceanía, lo que equivale a la cuarta parte del total de sustancias de ese tipo detectadas en todo el mundo. Australia descubrió 33 NSP durante los dos primeros trimestres de 2012, principalmente catinonas sintéticas (13) y fenetilaminas (8).

Según la encuesta de la UNODC realizada en 2012, el segundo grupo de países en orden de importancia que comunicaron la aparición de NSP estaba en Asia. Se comunicó la aparición de esas sustancias en algunos países y zonas, principalmente en Asia oriental y sudoriental (Brunei Darussalam; China; Filipinas; Hong Kong (China); Indonesia; Japón; Singapur; Tailandia; Viet Nam), así como en el Oriente Medio (Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Israel, Jordania y Omán).

Hong Kong (China), informó de la aparición de algunos cannabinoides sintéticos (como el JWH-018) y catinonas sintéticas (4-metilecatinona y butilona). Indonesia informó a la UNODC de la aparición de BZP. Singapur registró la aparición de una serie de cannabinoides sintéticos (incluido el JWH-018) y catinonas sintéticas (3-fluorometcatinona y 4-metilecatinona). En Omán se registró la aparición de cannabinoides sintéticos (JWH-018). El Japón comunicó la aparición de fenetilaminas, catinonas sintéticas, piperazinas, ketamina, cannabinoides sintéticos y sustancias de origen vegetal.

Las dos principales NSP en Asia por lo que se refiere al consumo son la ketamina y el kratom, que afectan principalmente a los países de Asia oriental y sudoriental. Durante varios años se han vendido comprimidos de ketamina como sustancia sustitutiva del éxtasis (y en ocasiones incluso como éxtasis propiamente dicho). Además, en Asia occidental está presente el consumo tradicional en gran escala de khat, sobre todo en el Yemen.

En total, siete países de África (Angola, Cabo Verde, Egipto, Ghana, Sudáfrica, el Togo y Zimbabwe) comunicaron a la UNODC la aparición de NSP. Egipto informó no solo de la aparición de sustancias de origen vegetal (*Salvia divinorum*), sino también de cannabinoides sintéticos, ketamina, piperazinas (BZP) y otras sustancias (2-difenilmetilpiperidina (2-DPMP) y 4-bencilpiperidina). No obstante, los problemas globales relacionados con la producción y el consumo de NSP parecen ser menos pronunciados en África. Ahora bien, existen algunas sustancias de consumo tradicional (como el khat y la ibogaína) que corresponden a la categoría de NSP y que, por lo que se refiere a su propagación, pueden causar problemas de salud y otras consecuencias sociales graves.

El futuro

La inclusión en listas o la fiscalización de una sustancia es un proceso largo y costoso especialmente porque la carga de la prueba recae en las autoridades. Asimismo, la fiscalización de un número cada vez mayor de sustancias, que afecta a la policía, las aduanas, los laboratorios forenses, las autoridades de importación y exportación y las autoridades sanitarias, entre otras, puede poner a prueba la capacidad de algunos Estados Miembros.

Otras opciones, como el establecimiento de “sistemas de alerta temprana” de NSP, la “inclusión en listas como medida de emergencia”, la “inclusión en listas de sustancias análogas”, la “inclusión en listas con criterios genéricos”, la aplicación de la “ley de medicamentos” y otros enfoques creativos, tienen sus ventajas e inconvenientes. En su mayoría han mejorado la situación y han aportado lecciones útiles para planificar regímenes de fiscalización futuros. Sin embargo, se echa en falta la coordinación a nivel mundial, de manera que los traficantes de drogas no puedan simplemente explotar las lagunas, tanto en el ámbito regional como en el de los países.

Es necesario establecer un sistema de alerta temprana que informe a los Estados Miembros sobre sustancias emergentes y les preste apoyo en su respuesta a este fenómeno complejo y en evolución¹. Aunque los tratados de fiscalización internacional de drogas ofrecen la posibilidad de incluir nuevas sustancias en las listas, esa tarea es sumamente difícil por la mera rapidez de la aparición de NSP. Lo que se necesita es conocer e intercambiar los métodos y la experiencia obtenida en las respuestas regionales a la situación relacionada con las NSP antes de estudiar la posibilidad de establecer una respuesta mundial al problema.

¹ En su resolución 56/4, de 15 de marzo de 2013, la Comisión de Estupefacientes alentó a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito “a que intercambie ideas, esfuerzos, buenas prácticas y experiencias a fin de adoptar respuestas eficaces para hacer frente a las amenazas singulares planteadas por las nuevas sustancias psicoactivas, entre las que pueden figurar, entre otras respuestas nacionales, nuevas leyes, reglamentos y restricciones”.

A. ALCANCE DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

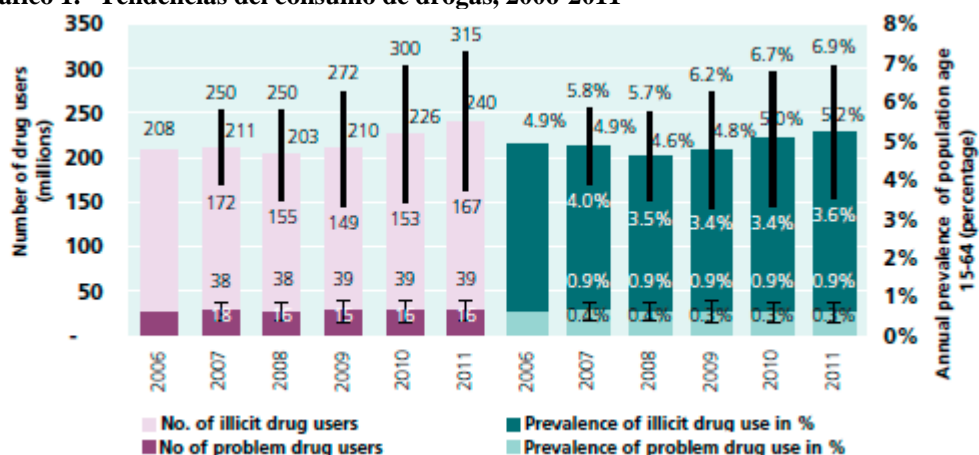
Alcance del consumo de drogas

En 2011 se estimó que entre 167 y 315 millones de personas de 15 a 64 años de edad habían consumido una sustancia ilícita en el año anterior, es decir, entre el 3,6% y el 6,9 % de la población adulta. La prevalencia del consumo de drogas ilícitas y el número de consumidores de drogas problemáticos, con trastornos debidos al consumo de drogas o dependencia, han seguido siendo estables¹. Desde 2009, la prevalencia del consumo de cannabis, opioides y opiáceos ha aumentado, mientras que la del consumo de cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico y sustancias del grupo del éxtasis parece haber mantenido una tendencia descendente entre 2009 y 2011². Desde 2008, sin embargo, se ha registrado un incremento global del 18% en el número total estimado de personas que habían consumido una sustancia ilícita en el año anterior, lo que hasta cierto punto denota un crecimiento de la población mundial y un ligero aumento de la prevalencia del consumo de drogas ilícitas. En el anexo I se presenta una serie de mapas que indican la prevalencia del consumo de cannabis, anfetaminas, opioides, opiáceos, cocaína y éxtasis entre la población de 15 a 64 años. Asimismo, se incluye un cuadro con estimaciones de la prevalencia y el número total de consumidores por tipos de droga a nivel mundial, regional y subregional.

Cannabis

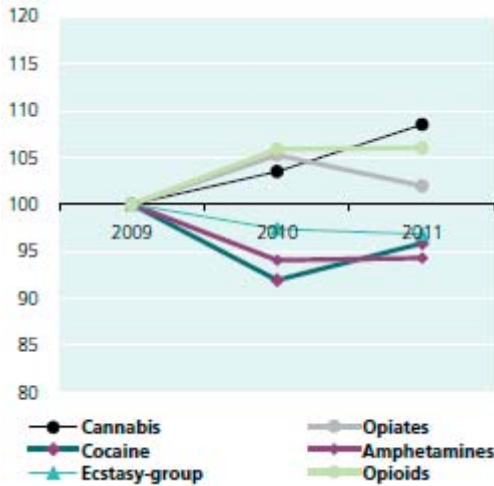
El consumo de cannabis ha aumentado en el mundo, sobre todo en Asia desde 2009. Aunque no se dispone de datos epidemiológicos, los expertos de la región comunican un aparente aumento del consumo. Las regiones con prevalencia del consumo de cannabis por encima de la media mundial siguen siendo África occidental y central (12,4%), Oceanía (fundamentalmente Australia y Nueva Zelanda, 10,9%), América del Norte (10,7%) y Europa occidental y central (7,6%). El consumo de cannabis en América del Norte y en la mayor parte de Europa occidental y central se considera estable o en descenso.

Gráfico 1. Tendencias del consumo de drogas, 2006-2011



¹ El número de consumidores de drogas problemáticas se sustenta principalmente en el número estimado de consumidores de cocaína y opiáceos y, por tanto, refleja las tendencias generales estables de consumo de esas drogas.

² Los cambios en la prevalencia del consumo de distintas drogas probablemente sean resultado de revisiones de estimaciones entre regiones y subregiones que pueden repercutir en la prevalencia mundial de las drogas.

Gráfico 2. Tendencias de la prevalencia del consumo de distintas drogas, 2009-2011

Estimulantes de tipo anfetamínico

El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el éxtasis, sigue estando extendido en el mundo y al parecer va en aumento. Aunque no se cuenta con estimaciones de prevalencia de Asia y África, expertos de esas regiones continúan comunicando un aparente aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico. Aunque su consumo ya constituía un problema en Asia oriental y sudoriental, se ha informado de una tendencia creciente a la desviación de precursores, así como del aumento de la incautación y la fabricación de metanfetamina, unido al incremento de su consumo, que lo corroboran, por ejemplo, los datos obtenidos en la encuesta sobre el consumo de drogas en el Pakistán. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico está surgiendo en el Pakistán y se informa de una prevalencia anual del 0,1% en la población general³. Se notifican altos niveles de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en Oceanía (2,1% en Australia y Nueva Zelanda), Centroamérica y América del Norte (1,3% respectivamente) y África (0,9%), aunque la prevalencia anual estimada de consumo en Asia (0,7%) es comparable a la media mundial.

Opioides

El consumo de opioides (heroína, opio y opioides de venta con receta médica) ha aumentado en Asia desde 2009, principalmente en Asia oriental, sudoriental, central y sudoccidental. Aunque no existen datos fiables con respecto a la mayor parte de África, los expertos comunican un incremento del consumo de opioides. América del Norte (3,9%), Oceanía (3,0%), el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental (1,9%), y Europa oriental y sudoriental (1,2%) indican una prevalencia del consumo de opioides superior a la media mundial. El consumo de opiáceos (heroína y opio) permanece estable en algunas regiones; no obstante, se informa de una alta prevalencia en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental (1,2%), sobre todo en el Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán, así como en Asia central (0,8%), Europa oriental y sudoriental (0,8%), América del Norte (0,5%) y África occidental y central (0,4%).

Cocaína

En los dos mercados principales de cocaína, América del Norte y Europa occidental y central, se redujo el consumo de cocaína entre 2010 y 2011 y la prevalencia anual en la población adulta disminuyó en Europa occidental y central del 1,3% en 2010 al 1,2% en 2011 y en América del Norte, del 1,6% al 1,5%. Aunque el consumo de cocaína en muchos países de América del Sur ha descendido o permanecido estable, se ha registrado un importante incremento en el Brasil

³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Pakistán, Ministerio de Fiscalización de Estupefacientes, "Drug use in Pakistan 2013: technical summary report" (marzo de 2013).

suficientemente obvio para que haya quedado reflejado en la tasa de prevalencia regional correspondiente a 2011. Australia también ha notificado un aumento del consumo de cocaína.

Éxtasis

En general, el consumo de éxtasis (es decir, metilendioximetanfetamina (MDMA) ha disminuido, aunque parece aumentar en Europa. Las tres regiones con alta prevalencia de consumo de éxtasis siguen siendo Oceanía (2,9%), América del Norte (0,9%) y Europa (0,7%). El consumo sigue asociándose con la juventud y ambientes recreativos y nocturnos de centros urbanos. Por ejemplo, de los 2 millones de consumidores de éxtasis en el año anterior en Europa, 1,5 millones tenían entre 15 y 34 años de edad⁴.

Consumo de fármacos de venta con receta para fines no médicos

Si bien no se dispone de estimaciones mundiales del consumo para fines no médicos de fármacos de venta con receta, ese consumo sigue constituyendo un importante problema para la salud pública. El uso indebido o el consumo para fines no médicos de tranquilizantes y sedantes, como benzodiazepinas y barbitúricos, sigue siendo elevado y, a veces, incluso más que el de muchas sustancias ilícitas. Junto con el consumo único de tranquilizantes (por ejemplo, benzodiazepinas), su uso se observa por lo general en las personas que consumen simultáneamente varias drogas, en especial las que consumen heroína y recurren a las benzodiazepinas para potenciar sus efectos, así como entre las que reciben medicación con metadona⁵. Las benzodiazepinas suelen citarse como una de las otras sustancias relacionadas con casos de sobredosis mortales y no mortales entre consumidores de opioides⁶.

El consumo para fines no médicos de tranquilizantes y sedantes está extendido en todas las regiones. Entre los 103 países que han aportado información sobre su consumo para fines no médicos en el cuestionario para los informes anuales, casi el 60% las clasificaron entre los tres tipos de sustancias más consumidas en su país, aunque casi el 15% de los países⁷ las clasificaron como las sustancias más utilizadas. En los países con información sobre la prevalencia anual de los tranquilizantes, esta osciló entre el 0,4% en Inglaterra y Gales y el 12,9% en Estonia.

El consumo para fines no médicos de opioides de venta con receta también se comunica cada vez más en diversas regiones. El tramadol es un analgésico opioide no sometido a fiscalización internacional, cuyo consumo para fines no médicos se comunica en muchos países de África, el Oriente Medio, Asia (incluida China) y las islas del Pacífico. En muchos países, las fuentes más comunes de drogas de venta con receta son amigos y parientes a quienes se las ha recetado un médico⁸. La venta con receta de fármacos falsificados a través del mercado negro y de farmacias sometidas a una fiscalización poco rígida en los países en desarrollo es bastante habitual, aunque las farmacias de Internet no reglamentadas se están convirtiendo rápidamente en una fuente frecuente⁹.

⁴ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012).

⁵ M. Backmund y otros, "Co-consumption of benzodiazepines in heroin users, methadone-substituted and codeine-substituted patients", *Journal of Addictive Diseases*, vol. 24, núm. 4 (2006), págs. 17 a 29.

⁶ P. Oliver, R. Forrest y J. Keen, "Benzodiazepines and cocaine as risk factors in fatal opioid overdoses" (Londres, National Treatment Agency for Substance Misuse, abril de 2007).

⁷ Argelia, Bulgaria, Burkina Faso, Estonia, Honduras, Hungría, Italia, Nicaragua, Países Bajos, Perú, Polonia, Rumania, Serbia y Venezuela (República Bolivariana de).

⁸ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Non-medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* (Viena, 2011).

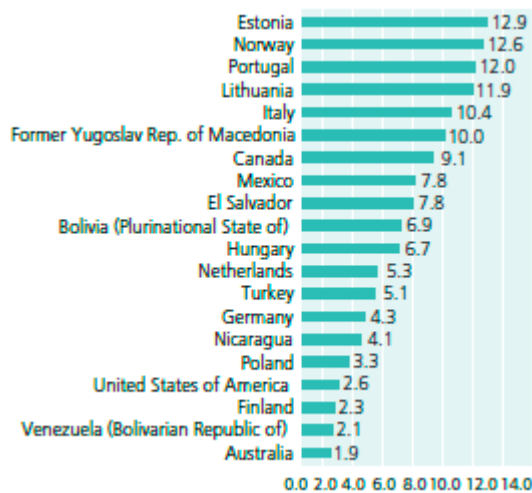
⁹ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XI.1).

Nuevas sustancias psicoactivas

Las NSP han llegado a ser un importante problema no solo a causa del aumento de su consumo, sino también de la falta de investigaciones científicas y de conocimiento de sus efectos negativos (véase el capítulo 2).

Además de esas nuevas sustancias, varios países¹⁰ también han informado del consumo para fines no médicos de antitusígenos que contienen codeína y antitusivos corrientes como el dextrometorfano, sustancia que fue incluida para su examen previo por el Comité de Expertos sobre Farmacodependencia en su 35º reunión celebrada en 2012¹¹. El uso indebido de dextrometorfano es muy habitual entre los adolescentes y jóvenes. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América se comunicó una prevalencia anual del consumo para fines no médicos de jarabes antitusígenos en los estudiantes de 8º, 10º y 12º grados del 2,7%, el 5,5% y el 5,3%, respectivamente¹². Cuando los jarabes antitusígenos que contienen dextrometorfano se toman en cantidades superiores a las dosis recomendadas, el dextrometorfano actúa como “alucinógeno disociativo” y produce efectos semejantes a los de otros alucinógenos como la ketamina y la fenciclidina¹³.

Gráfico 3. Prevalencia anual del consumo con fines no médicos de tranquilizantes y sedantes en la población general en países de alta prevalencia



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales (2007-2011)

¹⁰ Entre ellos, Alemania, Australia, Bangladesh, el Canadá, los Estados Unidos, Indonesia, Nigeria, el Pakistán, la República de Corea, Suecia y Hong Kong (China).

¹¹ Organización Mundial de la Salud, “Dextromethorphan: pre-review report”, informe preparado para la 35ª reunión del Comité de Expertos en Farmacodependencia, celebrada en Hammamet (Túnez), del 4 al 8 de junio de 2012.

¹² Lloyd D. Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use—Overview of Key Findings*, 2011 (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Institute for Social Research, 2012).

¹³ Organización Mundial de la Salud, “Dextromethorphan: pre-review report”.

Alcance de las consecuencias del consumo de drogas para la salud

Consumo de drogas por inyección

Actualizando las estimaciones mundiales anteriores, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) calcula que en 2011 un total de 14,0 millones de personas (margen de variación: 11,2 millones a 22,0 millones) se inyectaron drogas en el mundo, lo que corresponde al 0,31% (margen de variación: 0,24% a 0,48%) de la población de 15 a 64 años¹⁴. Las estimaciones mundiales actuales son más bajas que las anteriores de 15,9 millones de personas y denotan principalmente el hecho de que muchos países han revisado a la baja sus anteriores estimaciones basándose en datos sobre la vigilancia del comportamiento. Con todo, muchos países también han informado de un aumento de la prevalencia del consumo de drogas por inyección y del número de personas que se inyectan drogas.

Los cambios a lo largo del tiempo en las estimaciones nacionales, regionales y mundiales del consumo de drogas por inyección pueden obedecer a varios factores, como las mejoras de la metodología o el aumento de la cobertura de vigilancia del comportamiento (por ejemplo, Georgia, Italia y Sudáfrica), el aumento del número de países que recurren a la vigilancia del comportamiento por primera vez (Kenya y Seychelles) o los cambios de las modalidades de consumo de drogas, incluido el consumo de drogas por inyección (Australia y el Brasil). Tales factores han contribuido a la reducción global de las estimaciones mundiales del número de personas que se inyectan drogas. La Federación de Rusia, el Pakistán y Viet Nam han comunicado importantes aumentos del número estimado de personas que se inyectan drogas, mientras que entre los países que notifican una considerable reducción figuran el Brasil, los Estados Unidos, Indonesia, Sudáfrica y Tailandia.

A escala regional se observa una alta prevalencia del consumo de drogas por inyección en Europa oriental y sudoriental (1,3% de la población de 15 a 64 años), donde el porcentaje de personas que se inyectan drogas cuadruplica la media mundial y representa por sí solo el 21% del total de personas que se inyectan drogas en el mundo.

También se observa una alta tasa de prevalencia del consumo de drogas por inyección en Asia central (1,3%), que registra una tasa que cuadruplica con creces la media mundial. El consumo de drogas por inyección también sigue siendo un grave problema para la salud pública en varios países de Asia oriental y sudoriental y la región representa el 27% del total mundial. Asia meridional presenta el nivel más bajo de consumo de drogas por inyección (0,03%, en gran parte como resultado de la baja tasa de prevalencia notificada en la India), muy inferior al de otras regiones.

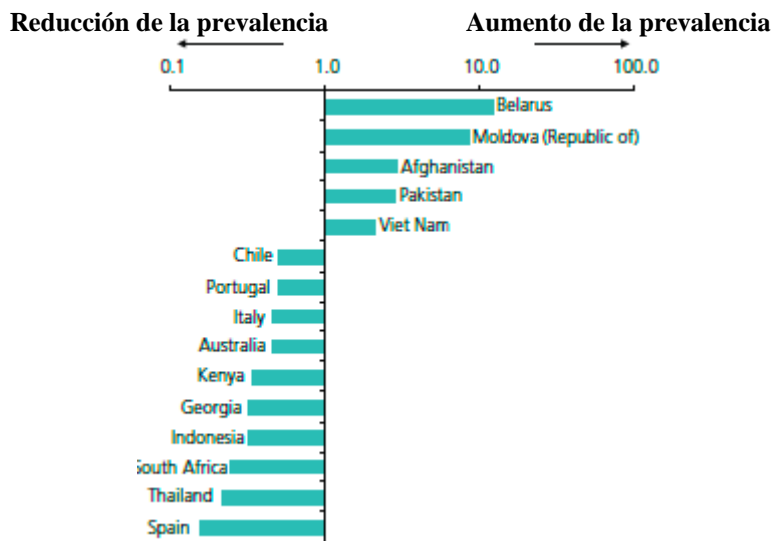
¹⁴ Esta estimación se basa en la información facilitada por 83 países que en conjunto representan el 81% de la población mundial de 15 a 64 años.

Cuadro 1. Número estimado y prevalencia de personas que se inyectan drogas en la población general de 15 a 64 años, 2011

Region	Subregion	Injecting drug users					
		Estimated number			Prevalence (%)		
		Low	Best	High	Low	Best	High
AFRICA		304,925	997,574	6,608,038	0.05	0.17	1.12
AMERICA		2,908,787	3,427,561	4,019,041	0.47	0.55	0.64
	North America	1,935,144	2,006,470	2,101,572	0.63	0.65	0.68
	Latin America and the Caribbean	973,643	1,421,091	1,917,468	0.31	0.45	0.61
ASIA		4,328,212	5,692,005	7,031,647	0.16	0.20	0.25
	Central Asia and Transcaucasia	659,582	699,191	758,421	1.25	1.33	1.44
	East and South-East Asia	2,959,863	3,786,472	4,677,484	0.19	0.25	0.30
	Near and Middle East/ South-West Asia	462,269	952,948	1,334,013	0.17	0.36	0.50
	South Asia	246,498	253,394	261,729	0.03	0.03	0.03
EUROPE		3,553,859	3,777,948	4,156,492	0.64	0.68	0.75
	Eastern/South-Eastern Europe	2,821,599	2,907,484	2,987,155	1.23	1.26	1.30
	Western/Central Europe	732,260	870,464	1,169,337	0.23	0.27	0.36
OCEANIA		118,628	128,005	158,919	0.49	0.53	0.66
GLOBAL		11,214,411	14,023,092	21,974,136	0.24	0.31	0.48

Fuentes: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales; informes sobre la marcha del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) relativos a la respuesta mundial al SIDA (varios años); Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección; estimaciones basadas en datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; e informes nacionales de los gobiernos.

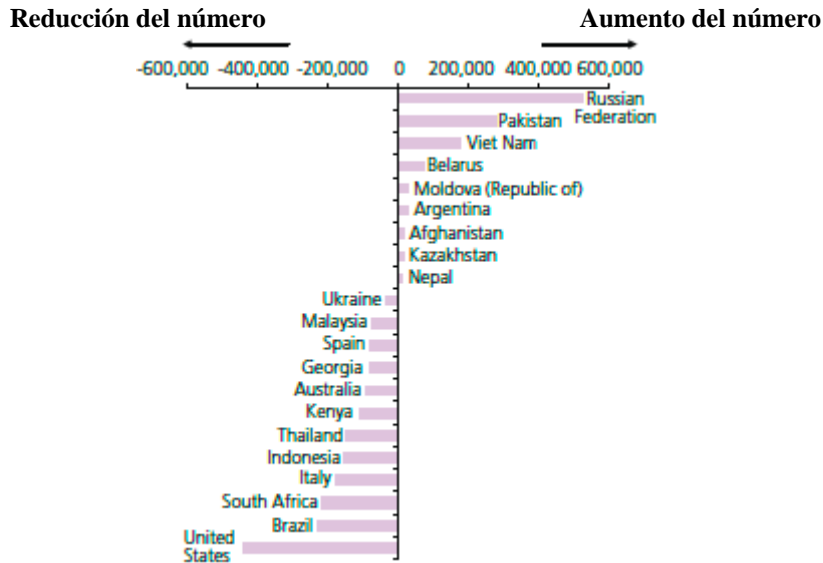
Gráfico 4. Cambios en la prevalencia del consumo de drogas por inyección en la población adulta de 15 a 64 años, 2008-2011



Fuente: UNODC y Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección.

Nota: Una proporción de 1,0 indica que no ha habido cambios en las estimaciones. El gráfico indica los países en que la prevalencia del consumo de drogas por inyección al menos se ha duplicado (proporción de 2,0 o mayor) o se ha reducido a la mitad (proporción de 0,5 o menor). Los cambios en la prevalencia pueden denotar mejores informes sobre estimaciones de la prevalencia, así como cambios de comportamiento en el consumo de drogas por inyección.

Gráfico 5. Cambios en el número de personas que se inyectan drogas en la población adulta de 15 a 64 años, 2008-2011



Fuente: UNODC y Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección.

Nota: Los cambios en la prevalencia pueden denotar mejores informes sobre estimaciones de la prevalencia, así como cambios de comportamiento en el consumo de drogas por inyección.

Los países y zonas con las tasas más altas de consumo de drogas por inyección –más de 3,5 veces la media mundial– son Azerbaiyán (5,2%), Seychelles (2,3%), la Federación de Rusia (2,3%), Estonia (1,5%), Georgia (1,3%), el Canadá (1,3%), la República de Moldova (1,2%), Puerto Rico (1,15%), Letonia (1,15%) y Belarús (1,11%). China, la Federación de Rusia y los Estados Unidos son los países con la cifra más elevada de personas que se inyectan drogas. Juntos, representan aproximadamente el 46%, o casi una de cada dos personas que se inyectan drogas a nivel mundial.

El VIH en las personas que se inyectan drogas

De los 14,0 millones de personas (margen de variación: 11,2 millones a 22,0 millones) que se estima se inyectan drogas en el mundo, la UNODC calcula que 1,6 millones (margen de variación: 1,2 millones a 3,9 millones) viven con el VIH, lo que representa una prevalencia mundial del VIH del 11,5% en las personas que se inyectan drogas¹⁵.

Junto con las estimaciones del número total de personas que se inyectan drogas, el total y las tasas de prevalencia mundial de personas que se inyectan drogas afectadas por el VIH correspondientes a 2011 también son inferiores a los 3 millones (prevalencia del 18,9% en las personas que se inyectan drogas) estimados con anterioridad por el Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección en su informe de 2008. Esa disminución de las estimaciones es resultado, en gran medida, de la mayor disponibilidad de información fiable sobre la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas.

El número total de personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH en una región en particular depende de tres variables: la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas; la prevalencia de las personas que se inyectan drogas; y la población total de la región de 15 a 64 años. Estas variables se presentan en el gráfico 8.

Existe relativamente poca variación regional en la prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas, sobre todo en comparación con la variación observada en la prevalencia de las

¹⁵ Las estimaciones se basan en la información sobre la tasa de prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas recibida de 106 países.

personas que se inyectan drogas. La única excepción es Oceanía (según la información proveniente de Australia y Nueva Zelandia), donde la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas es mucho más baja que en todas las demás regiones. En general, la Federación de Rusia, los Estados Unidos y China representan la mitad (46%) del número mundial de personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH (21%, 15% y 10%, respectivamente).

Cuadro 2. Personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH, 2011

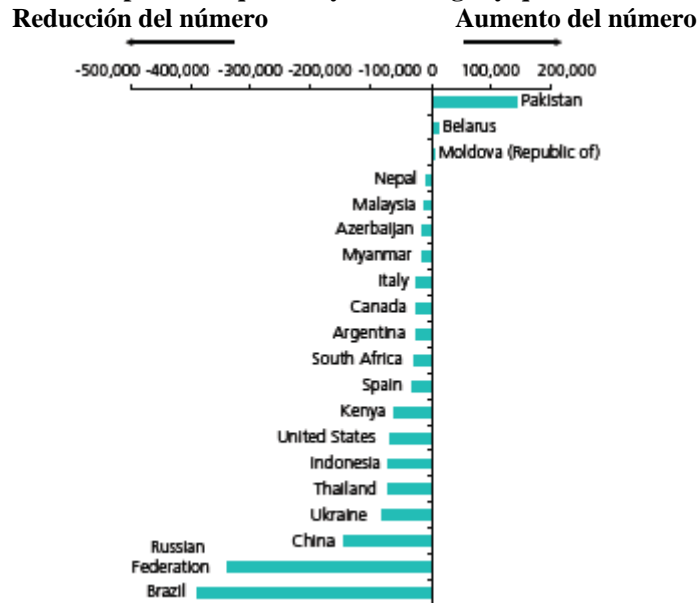
Region	Subregion	HIV among injecting drug users			Prevalence (%) Best estimate
		Estimated number			
		Low	Best	High	
AFRICA		36,506	117,502	1,837,542	11.8
AMERICA		222,053	369,445	560,134	10.8
	North America	159,836	270,749	383,041	13.5
	Latin America and the Caribbean	62,217	98,696	177,093	6.9
ASIA		440,559	637,271	928,476	11.2
	Central Asia and Transcaucasia	54,858	59,193	71,352	8.5
	East and South-East Asia	256,396	328,101	519,982	8.7
	Near and Middle East/South-West Asia	108,539	228,765	315,430	24.0
	South Asia	20,767	21,212	21,712	8.4
EUROPE		466,243	492,054	532,304	13.0
	Eastern/South-Eastern Europe	419,715	433,836	448,183	14.9
	Western/Central Europe	46,528	58,217	84,120	6.7
OCEANIA		1,095	1,308	1,635	1.0
GLOBAL		1,166,456	1,617,580	3,860,091	11.5

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales; informes sobre la marcha del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) relativos a la respuesta mundial al SIDA (varios años); Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección; estimaciones basadas en datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; e informes nacionales de los gobiernos.

Mapa 1. Prevalencia de personas que se inyectan drogas en la población general de 15 a 64 años (2011 o último año disponible)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales; informes sobre la marcha del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) relativos a la respuesta mundial al SIDA (varios años); Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección; estimaciones basadas en datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; y en los informes nacionales de los gobiernos.

Gráfico 7. Cambios en el número de personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH, 2008 a 2011

Fuente: UNODC y Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección.

Nota: Cálculo basado en la población adulta en 2011. Los cambios pueden denotar mejores informes sobre las estimaciones de la prevalencia, así como cambios de comportamiento en el consumo de drogas por inyección y en la infección por VIH.

Gráfico 8. Tasas de prevalencia en las personas que se inyectan drogas y prevalencia y número de personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH (por regiones)

Región	Population (aged 15-64) (1,000's)	Prevalence (%) IDUs among population aged 15-64	Prevalence (%) HIV among IDUs	Number of IDUs living with HIV (1,000's)
Oceania	•	0.53	1.0	1.3
Western/ Central Europe	•	0.27	6.7	58.2
Eastern/ South-Eastern Europe	•	1.26	14.9	433.8
South Asia	•	0.03	8.4	21.2
Near and Middle East / South-West Asia	•	0.36	24.0	228.8
East and South-East Asia	•	0.25	8.7	328.1
Central Asia and Transcaucasia	•	1.33	8.5	59.2
Latin America and the Caribbean	•	0.45	6.9	98.7
North America	•	0.65	13.5	270.7
Africa	•	0.17	11.8	117.5

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos provenientes del cuestionario para los informes anuales y de los informes nacionales de los gobiernos.

Nota: CDI corresponde a consumidores de drogas por inyección.

La región con la prevalencia más alta del VIH en las personas que se inyectan drogas es el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental (24%). Ello obedece principalmente a las altas tasas de VIH en las personas que se inyectan drogas en el Pakistán (37,0%) e Irán (República Islámica del) (15,1%). No obstante, casi el 30% de la población mundial que se inyecta drogas y que vive con el VIH se encuentra en Europa oriental y sudoriental. De modo similar al Pakistán, Ucrania tiene una población numerosa que se inyecta drogas, con una prevalencia muy alta del VIH (22,0%).

Los datos internacionales indican que las tasas de prevalencia del VIH son mucho más altas entre los reclusos que entre la población general¹⁶. Según el cuestionario para los informes anuales,

¹⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, documento informativo sobre políticas

la tasa de prevalencia anual del VIH en la población de las prisiones varía del 0,2% en Hungría al 15% en Kirguistán; estas tasas son 2 a 37 veces más altas que entre la población adulta general.

Hepatitis en las personas que se inyectan drogas

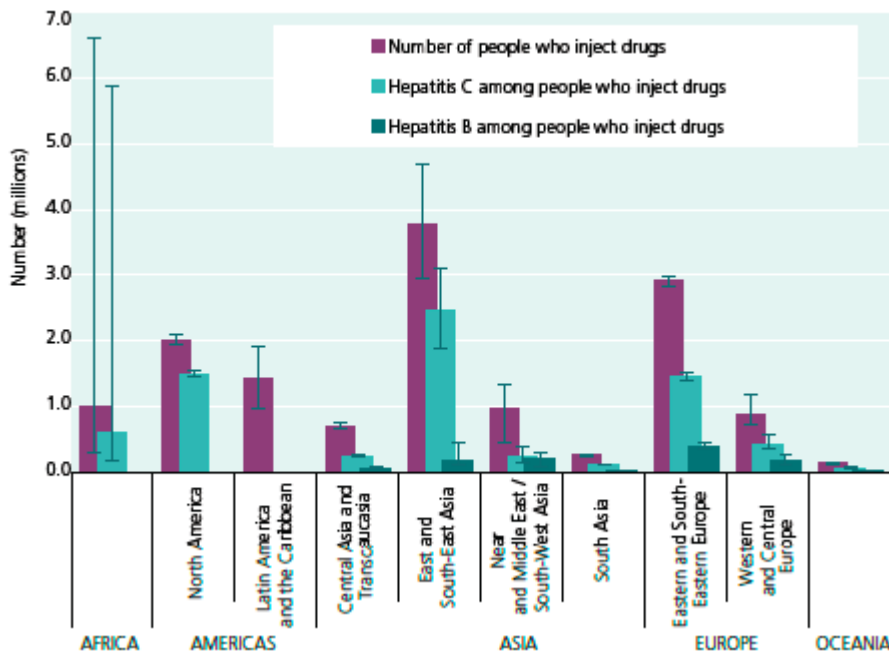
Otro problema importante de salud pública mundial es la hepatitis C, que puede causar enfermedades hepáticas como la cirrosis y el cáncer. La infección con el virus de la hepatitis C (VHC) está muy extendida entre las personas que se inyectan drogas. La UNODC calcula que la prevalencia mundial del VHC en las personas que se inyectan drogas es del 51,%, lo que supone que 7,2 millones de personas que se inyectaban drogas estaban afectadas por el VHC en 2011¹⁷.

El mayor número de personas que se inyectan drogas y están contagiadas con el VHC se da en Asia oriental y sudoriental, Europa oriental y sudoriental y América del Norte. Las tasas más altas de prevalencia del VHC en personas que se inyectan drogas en países con un número predominantemente elevado de consumidores de drogas inyectables (más de 100.000 para ayudar a determinar una prevalencia estable) se dan sobre todo en América del Norte y Asia oriental y sudoriental: México (96,0%), Viet Nam (74,1%), Estados Unidos (73,4%), Canadá (69,1%), Malasia (67,1%), China (67,0%) y Ucrania (67,0%).

La prevalencia mundial del virus de la hepatitis B en 2011 en las personas que se inyectaban drogas se calcula en 8,4%, o sea, 1,2 millones de personas, a juzgar por los informes provenientes de 63 países. La máxima prevalencia de ese virus en las personas que se inyectan drogas se da en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental (22,5%) y Europa occidental y central (19,2%).

Al igual que ocurre con otras enfermedades infecciosas, como la tuberculosis y el VIH, la prevalencia de la hepatitis y, en particular, de la hepatitis C, es muy alta en la población de las prisiones: más del 10% en la mayoría de los casos y hasta el 42% en Finlandia y el 45% en Nueva Zelanda.

Gráfico 9. Número estimado de personas que se inyectan drogas, y número de personas que se inyectan drogas y están contagiadas con la hepatitis B y la hepatitis C

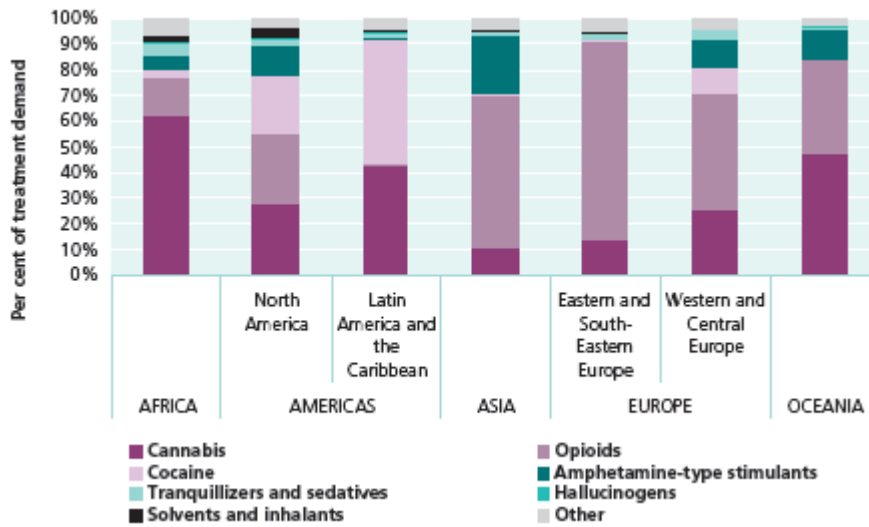


titulado "HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions" (2012).

¹⁷ La estimación se basa en los informes de 78 países.

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos provenientes del cuestionario para los informes anuales y de los informes nacionales de los gobiernos.

Gráfico 10. Drogas que suscitan mayor preocupación entre las personas en tratamiento, por regiones (2011 o último año disponible)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales, complementados con los informes nacionales de los gobiernos.

Tratamiento del consumo de drogas: costos y beneficios

Se pueden obtener distintas modalidades de tratamiento en diversos países y los estudios han demostrado que las intervenciones de tratamiento pueden aportar grandes beneficios. El tratamiento a largo plazo por el consumo de drogas puede por término medio ahorrar dinero y redundar en un sinnúmero de beneficios. Los datos demuestran que los beneficios del tratamiento varían según la droga de elección y la gravedad de la dependencia. En un metaanálisis de más de 34 ensayos aleatorios controlados se constató que la terapia cognitivo-conductual puede tener el mayor efecto en la dependencia del cannabis, a la que sigue la dependencia de los opioides y de varias drogas consumidas simultáneamente^a. La terapia cognitivo-conductual también ha resultado eficaz contra el uso de sustancias asociado a pensamientos suicidas en los adolescentes^b. La terapia de sustitución de opiáceos también ha demostrado que aumenta la probabilidad de supervivencia como consecuencia de una tasa más baja de intentos de suicidios, la disminución de la probabilidad de transmisión del VIH y la reducción de la participación en la comisión de delitos. Al compararse la participación en actividades delictivas antes y después del tratamiento se observa un importante descenso tras la terapia en relación con varias conductas delictivas. En un estudio de más de 23.000 personas que se inyectaban drogas, la incidencia del VIH fue 54% más baja entre las que habían recibido terapia de mantenimiento con metadona que entre las que no la recibían. Otros beneficios para la sociedad son la reducción de las tasas de conducción bajo la influencia de las drogas o el alcohol y el aumento del empleo entre los consumidores tratados. En los Estados Unidos, un año de tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia de opioides cuesta aproximadamente 4.700 dólares, mientras que el de un año de encarcelamiento asciende a unos 24.000 dólares. El peso de las pruebas indica enormes beneficios, tanto en lo que se refiere al ahorro de dinero como a la mejora de la calidad de vida.

^a R. K. McHugh, B. A. Hearon y M. W. Otto, "Cognitive-behavioural therapy for substance use disorders", *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 33, núm. 3 (2010), págs. 511 a 525.

^b C. Esposito-Smythers y otros, "Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 79, núm. 6 (2011), págs. 728 a 739.

Fuentes: Estados Unidos, Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3ª ed., NIH Publication No. 12-4180 (2012); J. Kimber y otros, "Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment", *British Medical Journal*, vol. 341, núm. 7764 (17 de julio de 2010), pág. 135; L. Cottler y otros, "Predictors of high rates of suicidal ideation among drug users", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 193, núm. 7 (2005), págs. 431 a 437; M. A. Ilgen y otros, "Substance use-disorder treatment and a decline in attempted suicide during and after treatment", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 68, núm. 4 (2007), págs. 503 a 509; M. Jofre-Bonet y J. L. Sindelar, "Drug treatment as a crime fighting tool", *Journal of Mental Health Policy and*

Economics, vol. 4, núm. 4 (2001), págs. 175 a 178; A. Healey y otros, "Criminal outcomes and costs of treatment services for injecting and non-injecting heroin users: evidence from a national prospective cohort survey", *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 8, núm. 3 (2003), págs. 134 a 141; I. Sheerin y otros, "Reduction in crime by drug users on a methadone maintenance therapy programme in New Zealand", *New Zealand Medical Journal*, vol. 117, núm. 1190 (12 de marzo de 2004); G. J. MacArthur y otros, "Opiate substitution therapy and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis", *British Medical Journal*, vol. 345, núm. 7879 (20 de octubre de 2012); G. D'Onofrio y otros, "A brief intervention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 60, núm. 2 (2012), págs. 181 a 192; y M. Bilban, A. Kastelic y L. M. Zaletel-Kragelj, "Ability to work and employability of patients in opioid substitution treatment programs in Slovenia", *Croatian Medical Journal*, vol. 49, núm. 6 (2008), págs. 842 a 852.

Consumo de drogas problemático según la demanda de tratamiento

Se estima que casi uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos¹⁸ en el mundo recibe anualmente tratamiento por trastornos causados por las drogas o la drogodependencia. Con todo, la variación es más de seis veces mayor entre regiones. África se destaca en particular, en que solo uno de cada 18 consumidores de drogas problemáticos accede a servicios de tratamiento, principalmente para tratamientos asociados a trastornos causados por el consumo de cannabis. En América Latina y el Caribe y Europa oriental y sudoriental se calcula que uno de cada 11 consumidores de drogas problemáticos accede a servicios de tratamiento, cifra muy por debajo de la media mundial. Por el contrario, en América del Norte se estima que uno de cada tres consumidores de drogas problemáticos recibe intervenciones de tratamiento cada año. Estas diferencias regionales, aunque denotan en cierta medida diversos sistemas de presentación de informes sobre la demanda de tratamiento¹⁹, también demuestran de modo indudable la gran disparidad que existe en las distintas regiones en lo que se refiere a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de tratamiento por drogodependencia.

Muertes relacionadas con las drogas

Las muertes relacionadas con las drogas evidencian los graves daños que puede causar el consumo de drogas. Esas muertes son siempre prematuras y ocurren a edades relativamente tempranas. Por ejemplo, según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), la edad media de las muertes relacionadas con las drogas, que en gran medida pueden prevenirse, fluctúa entre 26 y 44 años.

La UNODC calcula que en 2011 se produjeron entre 102.000 y 247.000 muertes relacionadas con las drogas, lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 22,3 a 54,0 muertes por millón de personas de 15 a 64 años, es decir, 0,54% a 1,3% de la mortalidad mundial por todas las causas entre personas de 15 a 64 años²⁰. La cantidad de muertes relacionadas con las drogas se ha mantenido básicamente invariable a nivel mundial y entre regiones.

¹⁸ Consumidores habituales de opiáceos, cocaína o anfetaminas son las personas que se inyectan drogas o a quienes se diagnostica dependencia o trastornos debidos al consumo de sustancias.

¹⁹ Es probable que los Estados Miembros comuniquen episodios de tratamiento más que personas en tratamiento; incluyan solo servicios de hospitalización o proporcionen datos geográficamente limitados (por ejemplo, para la ciudad capital solamente).

²⁰ Según la publicación *World Population Prospects: The 2010 Revision* (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales), anualmente se producirá una media de 18,94 millones de muertes entre personas de 15 a 64 años por todas las causas de mortalidad durante el periodo 2010-2015.

Tendencias regionales del consumo de drogas

África

África sigue siendo una región de la que por regla general se dispone de muy poca información sobre el alcance del consumo de drogas o sus modalidades o tendencias. No obstante, las estimaciones procedentes de África indican una alta prevalencia del consumo de cannabis (7,5%, o casi el doble de la media mundial), que es especialmente alta en África occidental. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (0,9%), cocaína (0,4%) y opiáceos (0,3%) se mantiene a un nivel comparable a la media mundial.

Se tiene la impresión de que el consumo de opioides está aumentando considerablemente en África y en los informes de los expertos de la región también se comunica un ascenso. Muchos países también informaron de un incremento en el consumo de cannabis, estimulantes de tipo anfetamínico y cocaína en 2011. El consumo de cocaína en particular parece estar aumentando en los países ribereños occidentales y se considera que está vinculado al tráfico de cocaína en la región y a través de ella. En un estudio reciente realizado en la región de Dakar del Senegal se indica que, si bien el consumo de heroína ha descendido desde 2000, el de cocaína *crack* ha aumentado y que hoy día entre el 70% y el 80% de los consumidores de *crack* también consumen heroína²¹. Asimismo, se considera que el tráfico de heroína a través de las regiones costeras de África oriental ha originado un incremento del consumo de heroína y drogas inyectables. En un estudio de vigilancia del comportamiento entre personas que se inyectaban drogas en Seychelles, la heroína era la sustancia que se inyectaba con más frecuencia; otras sustancias que se inyectaban de manera habitual las personas eran el cannabis y el alcohol²². En Kenya, la heroína era la principal droga de consumo entre las personas que se inyectaban drogas, mientras que el uso simultáneo de cannabis y flunitrazepam también se comunicaba con frecuencia entre esas drogas inyectables²³.

En Nigeria el cannabis sigue siendo la sustancia de uso más frecuente, pero también parece estar aumentando el consumo de opioides. El consumo para fines no médicos de opioides de venta con receta como la pentazocina y los jarabes antitusígenos que contienen codeína, se considera especialmente problemático²⁴. Sudáfrica notificó un alza en el consumo de heroína, metanfetamina y metcatinona, mientras que el de cocaína se mantuvo estable. Varios centros de tratamiento del país comunicaron que el consumo de heroína era causa de creciente preocupación. El policonsumo también se indicó como un fenómeno común entre los consumidores de drogas en tratamiento, por ejemplo, el uso de cannabis y metacualona entre los consumidores de metanfetamina y de metanfetamina entre los consumidores de heroína, como también el uso de benzodiazepinas, analgésicos narcóticos y preparados que contienen codeína²⁵.

En África septentrional se dispone de información reciente sobre el consumo de drogas en Argelia y Marruecos. Aunque la prevalencia general de las distintas drogas es baja en Argelia (se comunicó el consumo de drogas ilícitas entre el 1,15% de la población adulta), se ha informado de un incremento del consumo de cannabis, tranquilizantes y sedantes, aunque el uso de opioides y estimulantes de tipo anfetamínico se considera estable. Sin embargo, se señaló un aumento del

²¹ Gilles Raguin y otros, "Drug use and HIV in West Africa: a neglected epidemic", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 16, núm. 9 (2011), págs. 1131 a 1133.

²² Seychelles, Ministerio de Salud, "Injecting drug use in the Seychelles, 2011: integrated biological and behavioural surveillance study, round 1" (2011).

²³ "Rapid situational assessment of HIV prevalence and related risky behaviours among people who inject drugs in Nairobi and coast provinces of Kenya", en *Most-At-Risk Populations: Unveiling New Evidence for Accelerated Programming* (Kenya, Ministerio de Salud, Programa nacional de lucha contra el SIDA e infecciones de transmisión sexual, marzo de 2012).

²⁴ Información proporcionada por Nigeria en el cuestionario para los informes anuales (2012).

²⁵ Siphokazi Dada y otros, "Monitoring alcohol and drug abuse trends in South Africa (July 1996-June 2011): phase 30", *SACENDU Research Brief*, vol. 14, núm. 2 (2011).

consumo de estimulantes de tipo anfetamínico inyectables²⁶. En Marruecos se comunicó que el consumo de cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico era estable, aunque había aumentado el uso de cocaína y opiáceos.

Muertes relacionadas con las drogas en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

En el Reino Unido, los datos de Inglaterra y Gales indican que el uso de drogas^a responde del 10% de las muertes ocurridas por todas las causas entre las personas de 20 a 39 años de edad en 2011^b. La heroína y la morfina fueron el origen de la mayoría de las muertes, pero entre 2010 y 2011 el número de muertes asociadas con estas dos drogas descendió un 25%, de 791 a 596. Esta reducción podría haber estado asociada con la escasez de heroína experimentada en el Reino Unido a partir de 2010. Ahora bien, en el mismo periodo, el número de muertes relacionadas con el consumo de metadona, según se dice mezclada con benzodiazepinas o alcohol, aumentó un 37%, de 355 a 486^c. Una situación semejante se observó en Escocia, donde el número de muertes relacionadas con la heroína y la morfina declinó un 19%, de 254 en 2010 a 206 en 2011, con un aumento simultáneo del 58% en el número de muertes asociadas con la metadona, de 174 muertes en 2010 a 275 en 2011^d. Se ha observado en todo el Reino Unido que en las muertes relacionadas con las drogas ha intervenido el consumo de varias sustancias, sobre todo el uso de opiáceos y analgésicos opioides, benzodiazepinas y alcohol^e, lo que pone de relieve el mayor riesgo asociado con el policonsumo.

^a Se define este indicador como a) las muertes en que la causa subyacente es el consumo de drogas o la drogodependencia, o b) las muertes en que la causa subyacente es el envenenamiento debido al consumo de drogas y en que interviene cualquiera de las sustancias sometidas a fiscalización de conformidad con la Ley de uso indebido de drogas de 1971.

^b Información basada en datos provenientes del Reino Unido, Office for National Statistics, “Deaths relating to drug poisoning in England and Wales, 2011”, Statistical Bulletin (agosto de 2012).

^c *Ibid.*

^d *Drug-related Deaths in Scotland in 2011* (National Records of Scotland, agosto de 2012).

^e Hamid Ghodse y otros, *Drug-related Deaths in the UK: Annual Report 2012* (International Centre for Drug Policy, St. George's University of London, Londres, 2013).

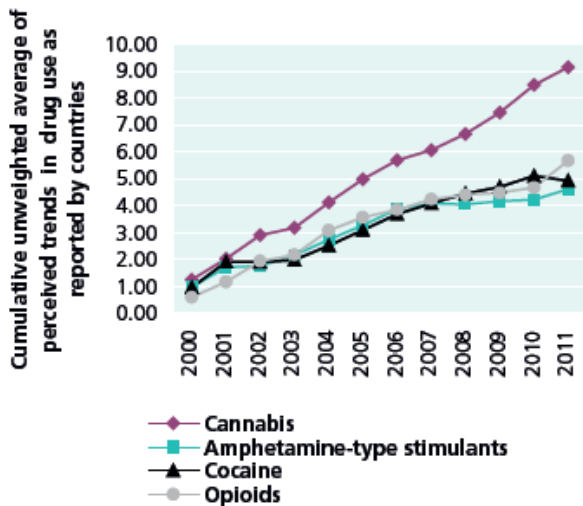
Cuadro 3. Número estimado de muertes relacionadas con las drogas y tasas de mortalidad por millón de habitantes de 15 a 64 años en 2011

Region	Number of drug-related deaths			Mortality rate per million aged 15-64		
	Estimate	Lower estimate	Upper estimate	Estimate	Lower estimate	Upper estimate
Africa	36,435	17,336	55,533	61.9	29.4	94.3
North America	47,813	47,813	47,813	155.8	155.8	155.8
Latin America and the Caribbean	4,756	3,613	8,097	15.0	11.4	25.6
Asia	104,116	16,125	118,443	37.3	5.8	42.4
Western and Central Europe	8,087	8,087	8,087	24.9	24.9	24.9
Eastern and South-Eastern Europe	7,382	7,382	7,382	32.1	32.1	32.1
Oceania	1,957	1,685	1,980	80.8	69.6	81.8
Global	210,546	102,040	247,336	45.9	22.3	54.0

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Louisa Degenhardt y otros, “Illicit drug use”, en *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, vol. 1, M. Ezaati y otros, eds. (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004). Los datos de África se han ajustado para consignar la población en 2011. El amplio margen de variación en las estimaciones de Asia denota el escaso número de informes recibidos de los países de la región. La mejor estimación de Asia se sitúa en el extremo superior del margen de variación por cuanto un número reducido de países de alta densidad de población comunican una tasa de mortalidad relativamente alta, que produce un promedio regional alto.

²⁶ Información proporcionada por Argelia y Marruecos en el cuestionario para los informes anuales (2012).

Gráfico 11. Promedio acumulado no ponderado de tendencias percibidas en el consumo de drogas en África por tipos de droga



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

Conducción de vehículos bajo la influencia de las drogas

Las lesiones por accidentes de tránsito son la segunda causa más frecuente de muerte en el mundo entre las personas de 5 a 29 años de edad; el 90% de esas muertes ocurre en países de ingresos bajos a medios. La Organización Mundial de la Salud calcula que 1,2 millones de personas fallecen anualmente por lesiones causadas por accidentes de tránsito y pronostica que en 2030 esos accidentes serán la quinta causa de muerte. La conducción de vehículos bajo la influencia de las drogas o el alcohol es un potente factor de predicción de muertes relacionadas con el tránsito y, cuando ambas sustancias se consumen de manera simultánea, esa práctica resulta particularmente peligrosa.

Aunque la tasa de prevalencia de la conducción bajo la influencia de las drogas se desconoce en muchas partes del mundo, estudios recientes del Brasil, Europa y los Estados Unidos indican que quizás sea más común en los países de lo que antes se pensaba.

En los Estados Unidos, en 2011, el 3,4% de las personas de 12 años o más, es decir, 9,4 millones de personas, comunicaron haber conducido bajo la influencia de drogas ilícitas. Estimaciones de los Estados Unidos señalan que aproximadamente el 66% de los conductores que dan positivo a drogas ilícitas también muestran contenido de alcohol en sangre, lo que aumenta su riesgo de ocasionar un accidente de tránsito mortal.

En el Brasil, un estudio transversal de 3.398 conductores indicó que el 4,6% de ellos dio positivo en relación con alguna sustancia ilícita. De los que arrojaron resultados positivos, el 39% dio positivo a la cocaína, el 32% al tetrahidrocannabinol (THC) (cannabis), el 16% a las anfetaminas y el 14% a las benzodiazepinas. En otro estudio realizado en el Brasil, los análisis de drogas en pacientes que ingresaron en salas de emergencia después de accidentes de tránsito indicaron una mayor probabilidad de contenido de cannabis en sangre que de alcohol.

En Europa, en una muestra de 50.000 conductores sometidos a análisis aleatorios en 13 países, aproximadamente el 1,9% de los conductores dieron positivo a una sustancia ilícita: se detectaron trazas de THC en el 1,3%, de cocaína en el 0,4%, de anfetaminas en el 0,08% y de opioides ilícitos en el 0,07%. Además, se hallaron benzodiazepinas en el 0,9% y opioides para fines médicos entre el 0,35% de los conductores europeos. En la población general de personas que conducían vehículos, se detectaron drogas ilícitas principalmente entre los hombres jóvenes, a cualquier hora del día pero, sobre todo, los fines de semana.

Fuentes: M. Peden y otros, eds., *Informe Mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004); Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH series H-44, HHS Publication No. SMA 12-4713 (Rockville, Maryland, 2012); Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "The NSDUH report: state estimates of drunk and drugged driving" (Rockville, Maryland, 2012); Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe: Findings from the DRUID Project* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012); y Flavio Pechansky, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte y Raquel Brandini De Boni, *Use of Alcohol and Other Drugs on Brazilian Roads and Other Studies* (Porto Alegre, Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas, septiembre de 2010).

América

En América se observa una alta prevalencia de la mayoría de las drogas ilícitas, sustentada sobre todo en las estimaciones de América del Norte, mientras que la prevalencia del cannabis (7,9%) y la cocaína (1,3%) fue especialmente alta en la región.

América del Norte

En América del Norte la prevalencia anual de todas las drogas ilícitas ha permanecido estable y, salvo en lo que respecta al consumo de opiáceos, se mantiene a niveles mucho más altos que la media mundial.

En general, el consumo de drogas ilícitas en los Estados Unidos sigue siendo estable, aproximadamente en un 14,9% de la población de 12 años o más en 2011, frente a un 15,3% en 2010²⁷. La prevalencia del consumo de cannabis también ha permanecido estable, aunque a niveles altos: 11,5% en 2011 en relación con 11,6% en 2010 entre la población de 12 años o más. El uso de cannabis ha continuado aumentando entre los estudiantes de enseñanza secundaria. En 2011 se estimaba que 1 de cada 15 alumnos de último año de enseñanza secundaria consumía cannabis a diario o casi a diario. La marihuana sintética, conocida también como *Spice* o *K2*, fue estudiada por primera vez; cerca del 11,4% de los estudiantes de último año de enseñanza secundaria comunicaron su uso en el año anterior. La prevalencia general del consumo para fines no médicos de sustancias psicoterapéuticas (analgésicos, tranquilizantes, sedantes y estimulantes) entre personas de 12 años o más en el año anterior también disminuyó de un 6,3% en 2010 a un 5,7% en 2011. Asimismo se observó un declive en el uso de inhalables, cocaína, analgésicos de venta con receta, anfetamina y tranquilizantes entre los estudiantes de enseñanza secundaria. Aunque la prevalencia del consumo de éxtasis en 2011 siguió siendo estable en la población general, el consumo de éxtasis en el año anterior se acrecentó entre los estudiantes de 12º grado y disminuyó ligeramente entre los de 8º y 10º grado.

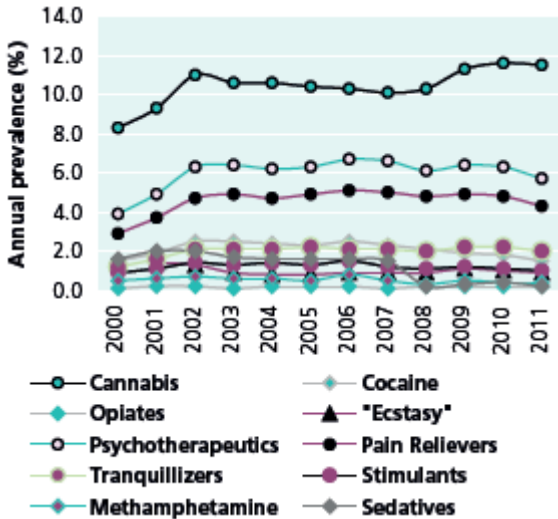
En el Canadá el consumo de cannabis en el año anterior entre las personas de 15 años o más descendió del 10,7% en 2010 al 9,1% en 2011²⁸. Se comunicó que era estable el uso de otras sustancias, entre ellas, opioides, cocaína y metanfetamina. El consumo de la planta psicoactiva *Salvia divinorum* entre los jóvenes del Canadá sigue siendo preocupante.

²⁷ Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. SMA 12-4713 (Rockville, Maryland, 2012).

²⁸ Información proporcionada por el Canadá en el cuestionario para los informes anuales (2011). Se informa de que, ante la gran variabilidad de las encuestas y un coeficiente de variación entre el 16,7% y el 33,3%, las estimaciones del consumo de anfetamina, éxtasis y dietilamida del ácido lisérgico (LSD) deben interpretarse con cautela, ya que las estimaciones del año anterior respecto de opioides, tranquilizantes y sedantes, y *Salvia divinorum*, con un coeficiente de variación superior al 33,3% o un número de observaciones inferior a 6 se suprimen y no se comunican.

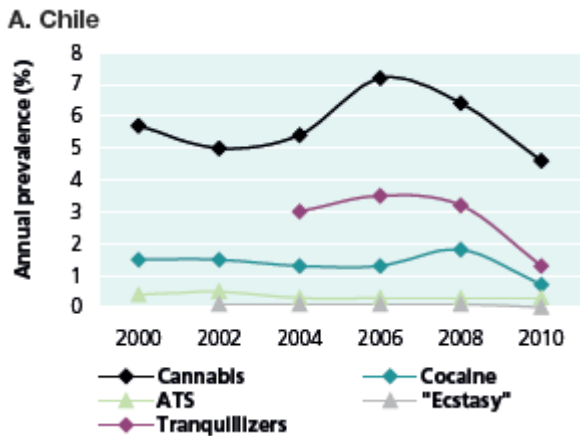
En México las nuevas estimaciones de 2011, así como las apreciaciones de expertos, indican un ligero aumento desde 2008 del consumo de cocaína (0,4% en 2008 a 0,5% en 2011) y de estimulantes de tipo anfetamínico (0,1% a 0,2%). También se registró algún incremento en el uso de cannabis y opioides, aunque se consideró estable el consumo de tranquilizantes y sedantes²⁹.

Gráfico 12. Tendencias en la prevalencia anual del consumo de drogas en la población de 12 años o más en los Estados Unidos, 2000-2011



Fuente: Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. SMA 12-4713* (Rockville, Maryland, 2012).

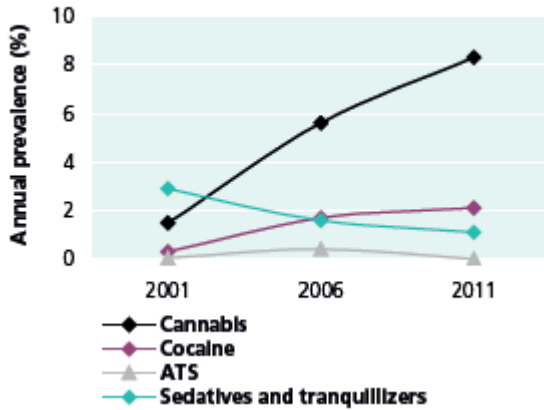
Gráfico 13. Tendencias del consumo de drogas en determinados países de América del Sur



Fuente: Chile, Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE), Ministerio del Interior y Seguridad Pública, *Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2010* (Santiago, junio de 2011).

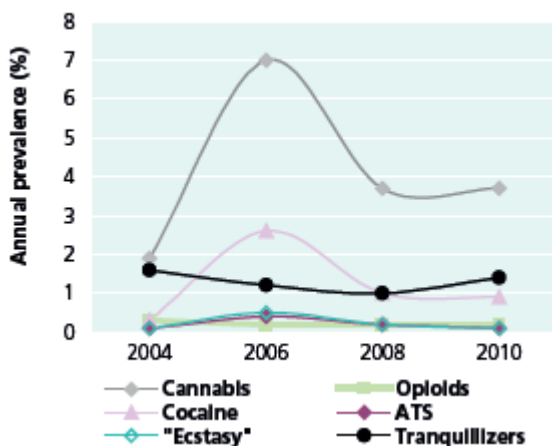
²⁹ Información proporcionada por México en el cuestionario para los informes anuales (2011).

B. Uruguay



Fuente: Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Observatorio Uruguayo de Drogas, *Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: Informe de Investigación (mayo de 2012)*.

C. Argentina



Fuente: Argentina, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), *Tendencia en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Argentina 2004-2010: Población de 16 a 65 años* (junio de 2011).

América del Sur, Centroamérica y el Caribe

La prevalencia anual del consumo de cocaína en América del Sur (1,3% de la población adulta) es equiparable a la de América del Norte, aunque sigue siendo mucho más alta que la media mundial en Centroamérica (0,6%) y el Caribe (0,7%).

El consumo de cocaína ha aumentado notablemente en el Brasil, Costa Rica y, en menor medida, en el Perú, mientras que en la Argentina no se comunicó ningún cambio. El consumo de cannabis en América del Sur es superior (5,7%) a la media mundial, pero inferior en Centroamérica y el Caribe (2,6% y 2,8%, respectivamente). En América del Sur y Centroamérica el uso de opioides (0,3% y 0,2%, respectivamente) y de éxtasis (0,1% en cada región) también se mantiene muy por debajo de la media mundial. Aunque el consumo de opiáceos sigue siendo bajo, países como Colombia informan de que el consumo de heroína se está haciendo cada vez más habitual entre determinados grupos de edades y clases socioeconómicas³⁰.

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social – República de Colombia, “Prevención de la diseminación de consumo de heroína en las Américas: la experiencia colombiana”, 51º período ordinario de sesiones de la CICAD/OEA, mayo de 2012.

Asia

Solo se dispone de estimaciones fiables de la prevalencia del consumo de distintas drogas con respecto a unos cuantos países de Asia. En general, el consumo de drogas en la región se mantiene a niveles bajos. Aunque la tasa de prevalencia anual del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico oscila entre el 0,2% y el 1,2% de la población adulta y de opioides entre el 0,3% y el 0,5%, las tasas de prevalencia anual de consumo de cannabis (1,0% a 3,1%), de éxtasis (0,1% a 0,7%) y de cocaína (0,05%) son considerablemente inferiores a la media mundial. No obstante, en números absolutos, se estima que en Asia vive de una cuarta parte a un 40% de todos los consumidores de drogas ilícitas del mundo, así como el 60% de los consumidores de opiáceos y entre el 30% y el 60% de los consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico.

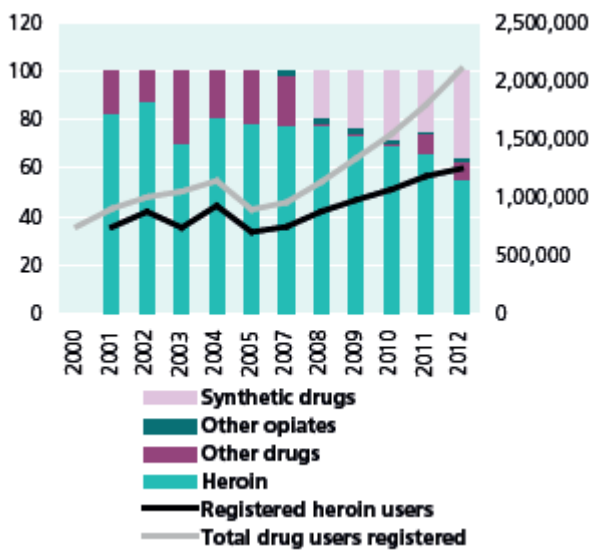
Datos recientes procedentes del Pakistán y China señalan un aumento del uso de opiáceos, como también de estimulantes de tipo anfetamínico. Una nueva encuesta reciente sobre el uso de drogas, que tuvo lugar en el Pakistán en 2012, puso de manifiesto que el cannabis era la droga de mayor consumo, con una prevalencia anual del 3,6%, seguido de los opioides de venta con receta (1,5%) y los tranquilizantes y sedantes (1,4%). El consumo de opiáceos (0,9%), aunque alto, se mantuvo a niveles inferiores que en el Afganistán e Irán (República Islámica del). La mayor parte del consumo de opiáceos se asoció a la heroína (0,7%) y, en menor medida, al opio (0,3%). Al parecer, el uso de estimulantes de tipo anfetamínico (0,1%) y de cocaína (0,01%) fue bajo, pero en aumento.

El consumo de opioides sigue siendo alto en China, donde el número de consumidores de heroína registrados crece cada año: 1,24 millones en 2011 en relación con 1,06 millones en 2010. El número y proporción de usuarios registrados de estimulantes de tipo anfetamínico también sigue aumentando (38% de todos los usuarios registrados en 2012 frente a 28% en 2010). Además, se ha producido un incremento importante en el número de consumidores de drogas registrados por el consumo de otras sustancias, como la ketamina. En 2012, más del 7% de los consumidores de drogas registrados utilizaban ketamina.

La primera encuesta nacional sobre el consumo de drogas en las Maldivas tuvo lugar en el período 2011-2012. Se detectó que el cannabis era la sustancia más consumida, seguida de los opiáceos (con una prevalencia anual del 2,5% y el 1,54%, respectivamente, de la población adulta). Con todo, el consumo de opioides, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico, sedantes y tranquilizantes de venta con receta al parecer fue menos frecuente³¹.

³¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *National Drug Use Survey: Maldives - 2011/2012* (2013).

Gráfico 14. Tendencias entre los consumidores de drogas registrados en China y proporción de dichos consumidores, 2000-2011



Fuente: Información proporcionada por China en el cuestionario para los informes anuales, e informes anuales sobre la fiscalización de drogas en China publicado por la Oficina de la Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China.

En Asia, los expertos de Asia oriental y sudoriental comunicaron niveles más altos de consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en 2011. El consumo de ketamina también siguió estando extendido en algunos países de la región y se dio cuenta de él en Brunei Darussalam, China, Indonesia, Malasia y Singapur.

En Asia central y Transcaucasia el consumo de opioides, sobre todo heroína y opio, sigue siendo un problema importante y tiene una prevalencia anual estimada del 0,9% entre la población adulta. Azerbaiyán (1,5%), Georgia (1,36%) y Kazajstán (1%) son los países que muestran niveles considerablemente altos de consumo de opioides en la región. Se dispone de información limitada del Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental. Aunque el uso de estimulantes de tipo anfetamínico constituye la causa primordial de preocupación en los países del Golfo, el consumo para fines no médicos de analgésicos narcóticos, sobre todo de tramadol, se comunica como un problema emergente y algunos países también han informado de muertes relacionadas con este último.

Europa

En Europa el cannabis sigue siendo la sustancia ilícita que más se consume y tiene una prevalencia anual del 5,6%, seguido de la cocaína (0,8%), los opioides (0,7%) y los estimulantes de tipo anfetamínico (0,5%).

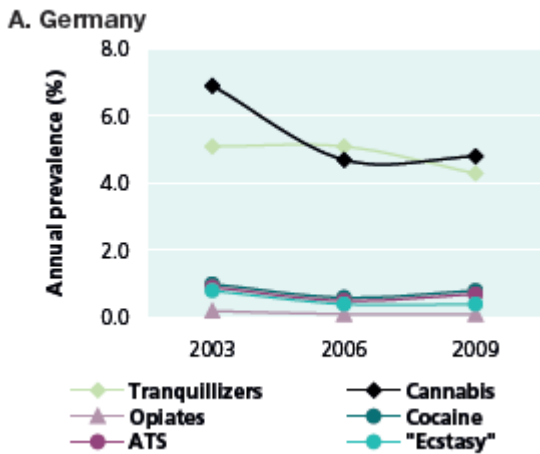
En Europa occidental y central hay indicios, basados en estimaciones de la prevalencia, de que el consumo de la mayoría de las sustancias ilícitas está descendiendo o estabilizándose a niveles altos. Sigue preocupando, no obstante, la sustitución de la heroína por opioides de venta con receta, la sustitución en parte de la metanfetamina por la anfetamina, en particular en el norte de Europa, y el aumento incesante de la introducción y el consumo de NSP.

Europa occidental y central

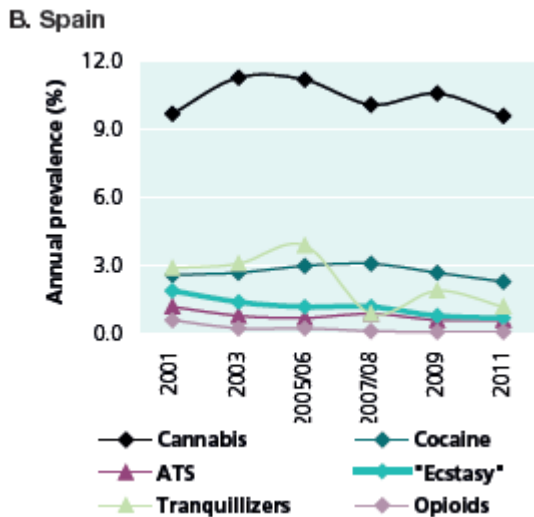
Salvo en lo que se refiere al consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (con una prevalencia anual del 0,7%), el consumo de todas las sustancias ilícitas en Europa occidental y central sigue

siendo más alto que la media mundial. La prevalencia anual del consumo de cannabis se calcula en el 7,6% de la población adulta y en la mayoría de los países se observan tendencias descendentes o estables, excepto en Estonia y Finlandia, donde las tasas de consumo de cannabis no muestran señales de estabilización³². La prevalencia anual del consumo de cocaína (1,2%) en Europa occidental y central prácticamente triplica la media mundial, pero se ha comunicado que muestra una tendencia estabilizadora o descendente. Los países con una alta prevalencia del consumo de cocaína observaron un descenso o estabilización de su uso en relación con la encuesta anterior.

Gráfico 15. Tendencias del consumo de drogas en determinados países de Europa



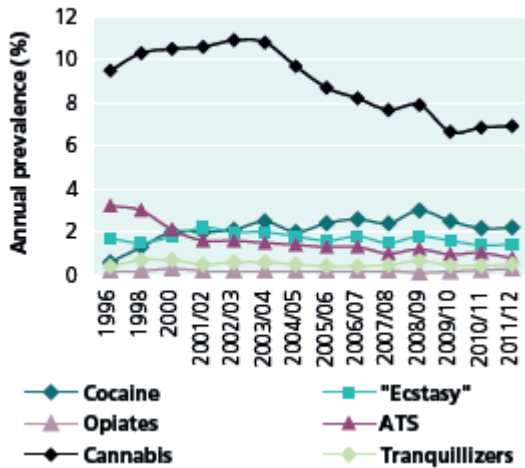
Fuente: A. Pabst y otros, "Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009", *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, vol. 56, núm. 5 (2010), págs. 327 a 336; L. Kraus y otros, "Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009: Tabellenband – Prävalenz der Medikamenteneinnahme und problematischen Medikamentengebrauchs nach Geschlecht und Alter im Jahr 2009" (Munich, Institut für Therapieforschung, 2010).



Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Statistical Bulletin 2012* (disponible en www.emcdda.europa.eu/stats12); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, información proporcionada por España en el cuestionario para los informes anuales.

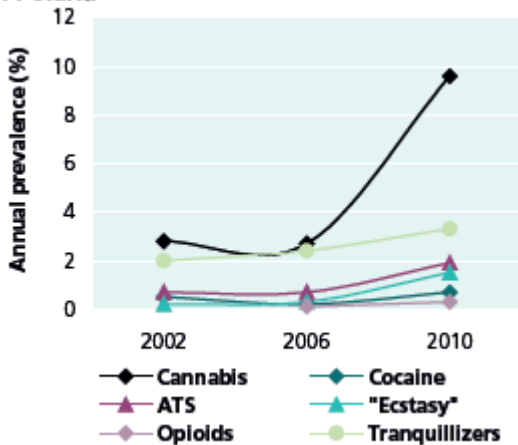
³² Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa*.

C. United Kingdom (England and Wales)



Fuente: J. Hoare y D. Moon, eds., *Drug Misuse Declared: Findings from the 2009/10 British Crime Survey – England and Wales*, Home Office Statistical Bulletin No. 13/10 (Londres, Ministerio del Interior, julio de 2010); K. Smith y J. Flatley, eds., *Drug Misuse Declared: Findings from the 2010/2011 British Crime Survey – England and Wales*, Home Office Statistical Bulletin No. 12/11 (Londres, Ministerio del Interior, julio de 2011); Reino Unido, Ministerio del Interior, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/12 British Crime Survey for England and Wales, segunda edición* (Londres, julio de 2012).

D. Poland



Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Statistical Bulletin 2012* (disponible en www.emcdda.europa.eu/stats12); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, información proporcionada por Polonia en el cuestionario para los informes anuales.

Cuadro 4. Prevalencia anual del consumo de cocaína en países de Europa de alta prevalencia

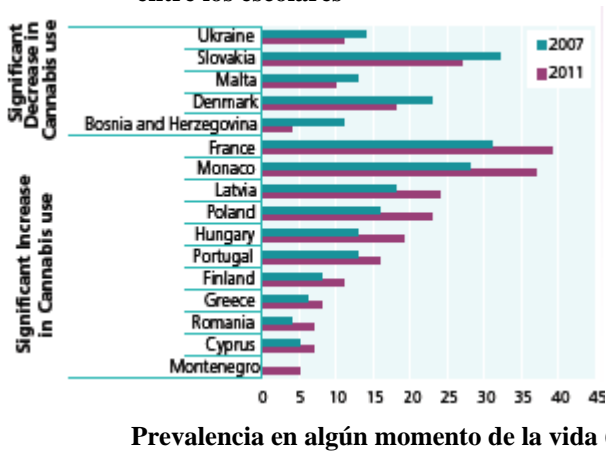
Denmark	0.9 (2010)	1.4 (2008)
Ireland	1.5 (2011)	1.7 (2007)
Spain	2.3 (2011)	2.7 (2009)
England and Wales	2.2 (2011)	2.2 (2010)

UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Statistical Bulletin 2012*.

La última encuesta escolar de jóvenes de 15 y 16 años de edad en la Unión Europea también indica una reducción o estabilización del uso de todas las sustancias principales. Sin embargo, el policonsumo en los escolares sigue siendo preocupante, ya que casi el 9% de ellos comunicaron el uso de dos o más sustancias. El consumo de cannabis ha permanecido estable en general entre los

escolares en Europa desde 2007 (17% de prevalencia en algún momento de la vida); su uso ha aumentado notablemente en 11 países y disminuido en otros cinco. La República Checa, Francia y Mónaco son los únicos países europeos que muestran una prevalencia de consumo de cannabis en algún momento de la vida entre los jóvenes de 15 y 16 años (42%, 37% y 39%, respectivamente) más alta que en los Estados Unidos (35%).

Gráfico 16. Tendencias del consumo de cannabis en países europeos que comunicaron un cambio importante entre los escolares



Fuente: Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD) Report: Substance Use among Students in 36 European Countries (Estocolmo, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas, 2012). Nota: En los datos de Dinamarca se comparan 2003 y 2011.

En general, en Europa occidental y central la prevalencia del consumo de éxtasis y estimulantes de tipo anfetamínico ha permanecido estable (0,8% y 0,7%, respectivamente). Si bien el consumo de metanfetamina se circunscribió antes solo a la República Checa y Eslovaquia, se han presentado informes esporádicos que indican el uso de metanfetamina para fumar y la disponibilidad de metanfetamina cristalina, sobre todo en los Estados bálticos y Europa septentrional, aunque también se comunicaron bajos niveles de uso y disponibilidad de estas sustancias en el Reino Unido y Alemania.

Si bien se calcula que más de 1 millón de personas han consumido opioides –en particular, heroína inyectable– hay indicios de que se ha reducido su consumo debido a que el 60% (710.000) del número estimado de consumidores de opioides problemáticos reciben actualmente terapia de sustitución o mantenimiento. Además, las prácticas de inyección han disminuido entre los nuevos consumidores de heroína: solo un tercio (36%) de los que ingresaron en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de heroína comunicaron la inyección como método principal de uso.

Los indicadores de algunos Estados miembros de la Unión Europea también señalan que la heroína se ha hecho más escasa en los últimos años y que en algunos países ha sido sustituida por sustancias como el fentanilo y la buprenorfina. Esta situación se ha dado fundamentalmente en Estonia y Finlandia al mismo tiempo que países como Grecia, Italia y el Reino Unido han comunicado niveles esporádicos o bajos de actividades relacionadas con el consumo de fentanilo³³. En Estonia se comunicó que la prevalencia anual del consumo de fentanilo en 2008 se situó en el 0,1% y en el 1,1% entre los hombres de 15 a 24 años. Entre los consumidores de drogas registrados en tratamiento, tres cuartas partes (76%) utilizaban fentanilo, sustancia que también ha sido considerada endémica entre las personas que se inyectan drogas en Estonia³⁴.

³³ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa*.

³⁴ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “Fentanyl in Europe: EMCDDA Trendspotter study” (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012)

La información sobre el consumo de fentanilo en otros países europeos es escasa, pero en Bulgaria y Eslovaquia se han producido “brotes” temporales de consumo por inyección del fentanilo. Asimismo, Alemania, Finlandia y Suecia han comunicado en los últimos años aumentos localizados del consumo de fentanilo y muertes relacionadas con esta sustancia³⁵.

El número de personas que consumen sustancias como ácido *gamma*-hidroxibutírico (GHB), *gamma*-butirolactona (GBL), ketamina y, más recientemente, mefedrona, todavía es relativamente bajo en la mayoría de los países europeos, pero se observan altos niveles de consumo en algunas subpoblaciones (como, por ejemplo, entre personas asiduas a clubes) y parece ser que esas sustancias tienen potencial para difundirse de manera más generalizada. En una encuesta europea de actitudes entre la juventud, en que se entrevistaron más de 12.000 jóvenes de 15 a 24 años, se estimó que el 5% de los entrevistados habían utilizado al menos una nueva sustancia psicoactiva en algún momento³⁶. También se han comunicado problemas de salud vinculados a esas sustancias, incluso dependencia entre usuarios crónicos y algunos trastornos imprevistos, como enfermedades de la vesícula y síntomas en el tracto urinario en consumidores de ketamina^{37, 38}.

Europa oriental y sudoriental

Salvo en lo que se refiere a la prevalencia del consumo de opioides (generalmente heroína), que se calcula en el 1,2% de la población adulta, el uso de otras sustancias ilícitas en Europa oriental y sudoriental es bastante bajo si se compara con los niveles mundiales. Aunque se dispone de poca información reciente de la subregión, Belarús ha comunicado un incremento en el consumo de opioides, en que el 68% de los consumidores de opioides se inyectan preparados de opio fabricados en su mayoría a nivel local, como los denominados “kompot” o “cherniashka”³⁹; asimismo, las tendencias recientes en el país indican un aumento del número de personas que consumen drogas por inyección, del número de prácticas de inyección y de la prevalencia del VIH entre los que se inyectan drogas⁴⁰.

En la Federación de Rusia, la menor disponibilidad de heroína ha propiciado su sustitución en parte por sustancias locales que pueden obtenerse fácilmente, por ejemplo, el opio acetilado, como en Belarús, y por desomorfinina, un preparado casero fabricado con preparados de venta sin receta que contiene codeína⁴¹.

Oceanía

La prevalencia del consumo de la mayoría de las sustancias ilícitas continúa siendo bastante alta en la región de Oceanía, sobre todo en Australia y Nueva Zelanda, aunque siguen siendo escasos los datos cuantitativos relativos a los Estados de las islas del Pacífico⁴². Se informa de altas tasas de

³⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa*.

³⁶ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012. El problema de la drogodependencia en Europa*.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ R. Pal y otros, “Ketamine is associated with lower urinary tract signs and symptoms”, *Drug and Alcohol Dependence* (de próxima publicación).

³⁹ El “kompot” es un preparado en bruto a partir de la paja de adormidera y la “cherniashka” se fabrica mezclando la adormidera cultivada localmente con anhídrido acético.

⁴⁰ Información proporcionada por Belarús en el cuestionario para los informes anuales (2011).

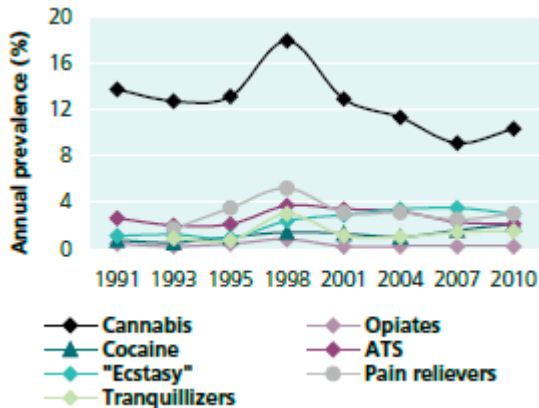
⁴¹ Información proporcionada por la Federación de Rusia en el cuestionario para los informes anuales (2011).

⁴² La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito celebró un taller en Suva (Fiji) del 16 al 19 de octubre de 2012, que auspició el Gobierno de Australia, en que los expertos nacionales comunicaron que el consumo de cannabis estaba muy difundido en los Estados de las islas del Pacífico, mientras que era común entre algunos sectores de la población el consumo para fines no médicos de drogas de venta con receta como el tramadol, las benzodiazepinas y otros sedantes. Aunque existen informes de tráfico de cocaína procedente de lugares aislados de los Estados de las islas del Pacífico, se dice que el consumo es insignificante entre la población local. Igualmente hay indicios de fabricación local

prevalencia del consumo de cannabis (10,9%), opioides (3,0%), éxtasis (2,9%), estimulantes de tipo anfetamínico (2,1%) y cocaína (1,5%).

Un nuevo avance en Australia ha sido la disminución del consumo de éxtasis entre las personas detenidas por la policía. Solo el 5% de ellas comunicaron que consumían éxtasis en 2010 y 2011, o sea, un 50% menos de las personas que dieron cuenta de ese uso en 2009. Antes de 2012 se informó de un creciente interés por los productos de cannabis sintético⁴³. En Nueva Zelanda se informa de que el GHB y la GBL se están vendiendo junto con la metanfetamina “como un paquete para ayudar a los consumidores cuando se pasa el efecto de la metanfetamina”⁴⁴.

Gráfico 17. Tendencias del consumo de drogas en Australia, 1991-2010



Fuente: Australia, *National Campaign against Drug Abuse Social Issues Survey* (informes correspondientes a los años 1991 y 1993); y *National Drug Strategy Household Survey* (informes correspondientes a los años 1995, 1998, 2001, 2004, 2007 y 2010).

B. SINOPSIS DE LAS TENDENCIAS RELACIONADAS CON LOS INDICADORES DE LA OFERTA DE DROGAS, POR TIPOS DE DROGAS Y POR REGIONES

Se han observado varias nuevas tendencias en el tráfico de determinados tipos de drogas, así como la evolución de nuevos mercados y modos de transporte entre todos los tipos de drogas.

Oceanía es la única región que ha mostrado una evidente tendencia ascendente en la incautación de todas las categorías de drogas; la situación del resto del mundo es más compleja.

Otro fenómeno digno de mencionar es que las dos clases de estimulantes, la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico, en lugar de competir, parecen complementarse, estimulando uno la demanda del otro en lugar de reducirla. Esta relación no existe en otro par de drogas de las cuatro clases principales.

Hay indicios de nuevos mercados de cocaína, aunque los datos disponibles indican un descenso general en el mercado de esta droga a escala mundial. Los opiáceos revelan un panorama desigual, en que se ha registrado un aumento de la incautación global de heroína y morfina junto con una reducción de la incautación de opio cerca del Afganistán, el principal país de origen, y descensos en la incautación de heroína en algunos de los principales mercados de consumo.

Con respecto al tráfico, la incautación marítima es la que sobresale en cantidades. En función de los datos notificados respecto del período 1997-2011, cada incautación marítima fue por término medio

de estimulantes de tipo anfetamínico, por ejemplo, en Fiji, pero también es insignificante su consumo entre la población local.

⁴³ Información proporcionada por Australia en el cuestionario para los informes anuales (2011).

⁴⁴ Información proporcionada por Nueva Zelanda en el cuestionario para los informes anuales (2011).

30 veces más grande que las remesas incautadas en el tráfico por vía aérea y cuadruplicó el volumen de las que fueron objeto de tráfico por carretera y ferrocarril, lo que indica la necesidad de establecer mayor grado de vigilancia en este ámbito.

A continuación se presenta un análisis más exhaustivo de las diversas categorías de drogas.

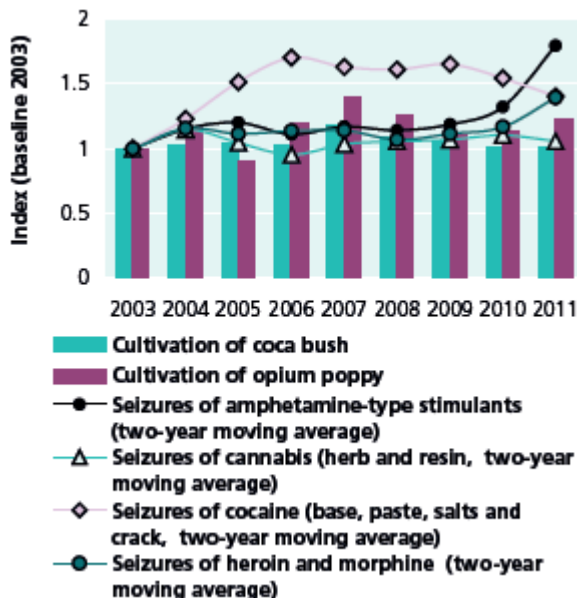
Cocaína

Los indicadores mundiales del mercado de cocaína con que se cuenta sugieren que, a nivel mundial, la disponibilidad de cocaína se ha reducido, o al menos se ha estabilizado, en los últimos años. En contraste con el mercado de otras drogas, el mercado de cocaína se caracteriza por el hecho de que no solo están circunscritos los países de origen a una zona relativamente pequeña de América del Sur, sino también por la circunstancia de que hasta hace poco el consumo de cocaína se había concentrado en determinadas partes del mundo. De ahí que sea concebible que las tendencias del tráfico convergieran para crear modalidades y rutas diferenciadas más adecuadas para abastecer esos mercados de consumo limitados.

En consecuencia, en lo que atañe a la cocaína concretamente, es probable que la atención de la comunidad mundial y los esfuerzos por reducir y evaluar la oferta y demanda de drogas se hayan centrado en esas rutas y mercados bien conocidos. Más recientemente han aparecido indicios de un consumo emergente de cocaína en países no asociados antes con este fenómeno y no puede excluirse la posibilidad de que los indicadores disponibles no reflejen por completo el alcance de la demanda y la oferta mundiales de cocaína.

De cualquier modo, está claro que regiones como Asia y África, que representan juntas la mayor parte de la población mundial y cuyo consumo de cocaína hasta hace poco ha sido relativamente bajo y sigue limitándose en gran medida a determinadas subregiones, ofrecen posibilidades para una importante expansión del mercado de la cocaína en función de la demanda.

Gráfico 18. Tendencia de los principales indicadores de oferta de drogas y de reducción de la oferta, 2003-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales y del programa internacional de vigilancia de cultivos (cultivo).

Estimulantes de tipo anfetamínico

La incautación de estimulantes de tipo anfetamínico, que mostró un marcado aumento en 2011, apunta a una constante expansión del mercado mundial de estas sustancias. La incautación, sobre

todo de metanfetamina, ha aumentado constantemente y de forma considerable en las regiones de producción y consumo ya establecidas de América del Norte y de Asia oriental y sudoriental. A pesar de las recientes fluctuaciones, la incautación sigue siendo considerable en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental, sobre todo en forma de tabletas de Captagon que contienen anfetamina y cafeína. En 2011 el volumen de incautación de estimulantes de tipo anfetamínico repuntó en Europa occidental y central, luego de una tendencia a la baja registrada de 2007 a 2010. Además, la incautación de anfetamina en Europa oriental, aunque todavía limitada en comparación con las cifras mundiales, se elevó a un nivel notablemente más alto que los alcanzados con anterioridad. La incautación en Oceanía también repuntó de 2009 a 2011.

Cannabis

La hierba de cannabis se sigue produciendo, traficando y consumiendo en grandes cantidades en todas las regiones. Más de la mitad de la incautación de hierba de cannabis a nivel mundial corresponde a América del Norte, sobre todo a consecuencia de las cantidades incautadas por México y los Estados Unidos. También se incautan grandes cantidades en América del Sur y África. El Afganistán y Marruecos continúan siendo los principales países de origen de resina de cannabis, cuya incautación se sigue concentrando en Europa occidental y central, África septentrional y el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental.

El mercado mixto de Europa occidental y central, que es un importante mercado de consumo de la resina de cannabis procedente de Marruecos, pero que también se ve afectado por la producción y el consumo de hierba de cannabis, ha dado signos de gravitar hacia la hierba de cannabis de mejor calidad producida en mayores cantidades con técnicas optimizadas (como el cultivo bajo techo) en la misma subregión y que es objeto de tráfico en rutas más localizadas.

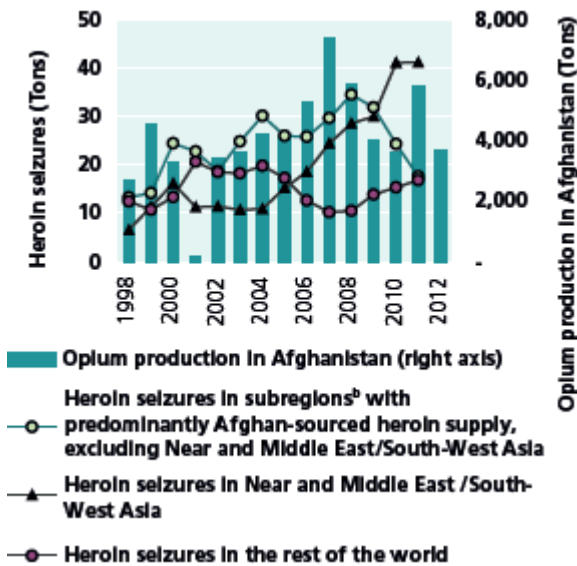
En los últimos años, el total de incautación en Europa occidental y central aumentó en el caso de la hierba de cannabis y disminuyó en el de la resina de cannabis. Los datos sobre el contenido de tetrahidrocannabinol (THC), el ingrediente psicoactivo del cannabis, también señalan que la potencia media (pureza) de la hierba de cannabis de que se dispone hoy en Europa es comparable con la de la resina de cannabis, que en el pasado era una opción mucho más potente que la hierba de cannabis⁴⁵.

Opiáceos

El Afganistán sigue siendo con mucho el principal país de origen de los opiáceos en el mundo. En los últimos años, el Afganistán registró varios niveles de producción anual elevados, sobre todo en el año récord de 2007, aunque también en 2008 y 2011, y una reducción entre 2007 y 2010 y entre 2011 y 2012. A partir de 2011, la incautación total de morfina y heroína a nivel mundial aumentó más o menos en la mitad en un período de tres años, pese a la tendencia decreciente de la producción en el período 2007-2010. No obstante, se observaron descensos en la incautación de heroína en regiones y países concretos, sobre todo en Turquía (en 2010 y 2011), Europa oriental y Asia central y los países transcaucásicos (en 2009, 2010 y 2011) y en Europa occidental y central (en 2010). La situación general, en lo relativo a las cantidades incautadas en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental, fue desigual y bastante errática, con un aumento de la incautación de heroína en la República Islámica del Irán en 2010, seguido de una disminución en 2011, un descenso en la incautación de opio en el mismo país en 2010 y 2011, aumentos constantes en la incautación de heroína en el Pakistán y un gran incremento en 2011 en la incautación de morfina en el Afganistán.

⁴⁵ Basados en la potencia del cannabis comunicada por los países a la UNODC mediante el cuestionario para los informes anuales.

Gráfico 19. Desglose de incautaciones mundiales de heroína frente a la producción de opio en el Afganistán, 1998-2012^a



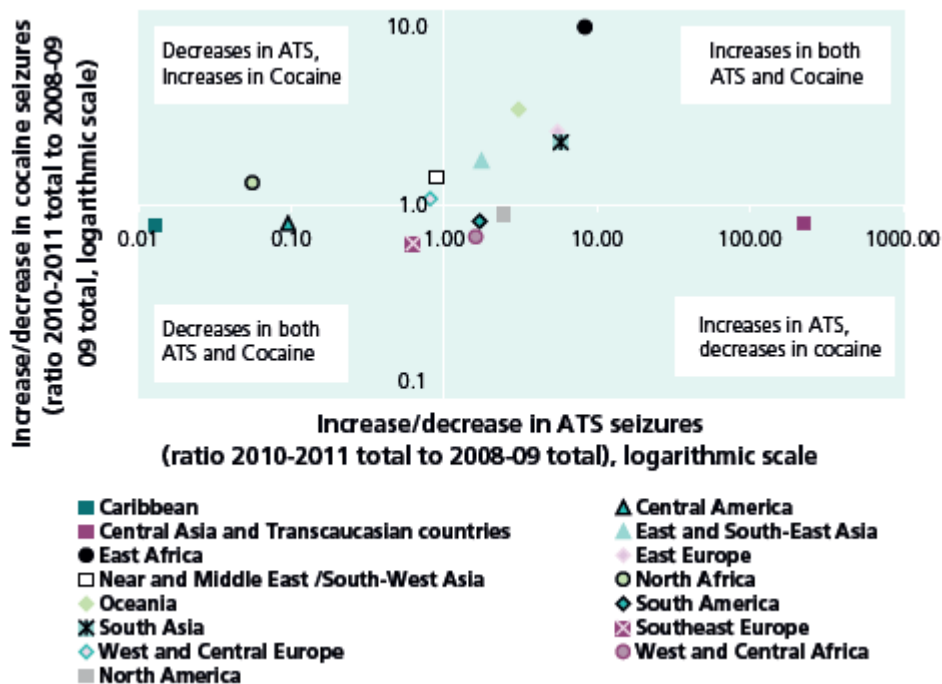
Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales y del Programa internacional de vigilancia de cultivos (cultivo).

^aNo se pudieron obtener datos exhaustivos sobre la incautación en 2012.

^bEuropa occidental, central, oriental y sudoriental y Asia central y países transcaucásicos.

Suponiendo que esas fluctuaciones sean consecuencia, al menos en parte, de las actividades de represión y excluyendo del total la subregión del Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental, así como las regiones o subregiones cuya oferta no es posible suponer que proceda principalmente del Afganistán (es decir, América, África, Asia oriental, meridional y sudoriental y Oceanía), puede observarse un patente descenso paulatino a partir de 2009 que se hizo más pronunciado en 2010 y 2011. La demora de un año entre el inicio del descenso de la producción y el de la incautación también se observó en el caso de la caída drástica de la producción en 2011 y puede vincularse a la duración de las diversas etapas que intervienen en la cadena de producción y tráfico, incluidos el proceso de transformación en heroína y el propio tráfico, antes de que la heroína llegue a los países de destino y tránsito. Sin embargo, los niveles de producción distan de ser el único factor que influye en las tendencias relacionadas con los niveles de incautación.

Gráfico 20. Tendencias recientes de la incautación de estimulantes: cocaína^a frente a estimulantes de tipo anfetamínico^b, por subregiones^c (cantidad total incautada en 2008-2009 en relación con 2010-2011)



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a Se incluyen sales de cocaína, cocaína base, pasta de coca y *crack*.

^b Se excluyen los estimulantes de venta con receta y de otro tipo, que no estuvieron comprendidos en el cuestionario para los informes anuales previo al año 2010 objeto de informe.

Tendencias globales entre clases de drogas

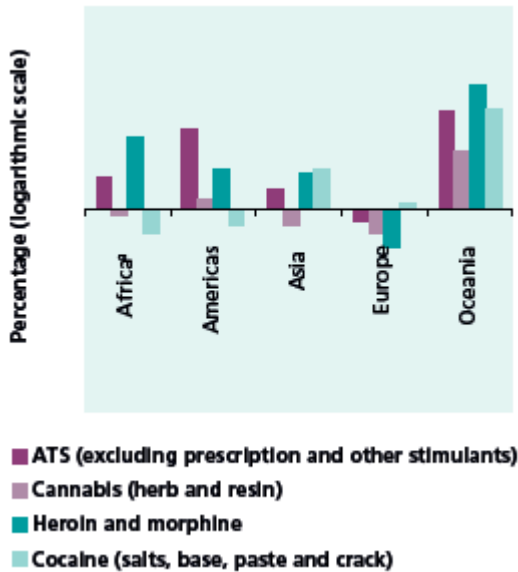
Cabe observar un elemento interesante al comparar, subregión por subregión, las tendencias recientes en la incautación de cocaína y de sustancias de tipo anfetamínico, ambas clasificadas como sustancias estimulantes. Aunque no puede aseverarse de modo concluyente, hay indicios de que esas dos clases de estimulantes se complementan y no compiten entre sí; dicho de otro modo, el aumento de la demanda de una viene aparejado a la demanda de la otra en vez de reemplazarla, e incluso posiblemente la fomenta. Esto lo corrobora el hecho de que, aunque hubo importantes aumentos simultáneos de ambas clases de drogas en varias subregiones (África oriental, Europa oriental, Asia oriental y sudoriental, Oceanía y Asia meridional), la tendencia de una subregión a registrar un importante incremento de una de las dos y una reducción de la otra fue muy limitada. No puede observarse una relación similar al comparar cualquiera de los demás pares de drogas de las cuatro clases principales.

La comparación de las cantidades totales de incautación de drogas entre el bienio 2010-2011 y el bienio precedente muestra que Oceanía es la única región con una clara tendencia dominante (creciente) entre las cuatro clases de drogas diferentes. Ello puede obedecer en gran medida a un impulso renovado de las actividades encaminadas a reducir el suministro de drogas y también a cambios en los volúmenes de tráfico de determinados tipos de drogas. Una tendencia bastante semejante, pero en sentido contrario, parece observarse en Europa, pero el panorama no es tan claro, ya que la incautación de cocaína aumentó ligeramente y la de estimulantes de tipo anfetamínico en realidad repuntó en 2011.

Asia registró un ascenso en todas las clases de drogas, con excepción del cannabis, sobre todo en el caso de la cocaína, que es importante en función de la tasa de crecimiento y también en vista del tamaño de la población. En América, la excepción a la tendencia ascendente fue el mercado bien establecido de la cocaína. Los datos disponibles de incautación de África no fueron exhaustivos,

aunque al compararse los totales, excluida Sudáfrica, se observa un incremento de la incautación de heroína y estimulantes de tipo anfetamínico.

Gráfico 21. Tendencias recientes de la incautación de drogas, por tipos de drogas y regiones (totales de 2010-2011 expresados como porcentaje de los totales de 2008-2009)



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a Debido a la falta de datos disponibles, la subregión de África meridional se excluye del cálculo de las tendencias aplicables a África.

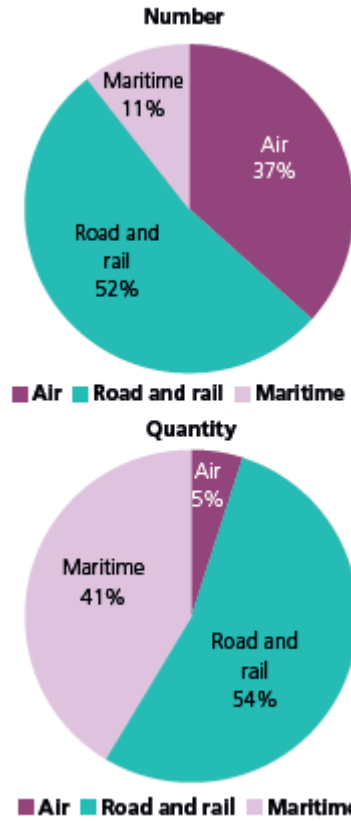
Modos de transporte

Aunque los casos relacionados con el tráfico marítimo son los menos frecuentes entre aquellos en que intervienen los tres modos de transporte: carretera y ferrocarril, marítimo y aéreo⁴⁶, la distribución de frecuencias de casos de incautación por peso de incautación pone de manifiesto que la incautación marítima es siempre, con toda probabilidad, la más cuantiosa (de 10 kg o más).

Cuando los casos de incautación de drogas (de todos los tipos) comunicados a la UNODC se desglosan en los tres modos de transporte diferentes mencionados con anterioridad, los casos de tráfico marítimo constituyen solo el 11% del total, a pesar de que representan invariablemente una proporción importante de la cantidad incautada. En realidad, la cantidad media de aproximadamente 330 kg incautada en una única remesa marítima es con mucho la más alta registrada entre los tres modos de transporte. Las drogas incautadas en el tráfico por vía aérea representan más de una tercera parte de los casos, aunque la menor cantidad media por caso.

⁴⁶ En este desglose se excluyen los casos en que el modo de transporte se desconocía, no era aplicable o se especificaba como "otro". En particular, se excluye la incautación de remesas por correo (que pudieran ser transportadas por aire, mar o tierra) y la incautación de drogas en almacenamiento.

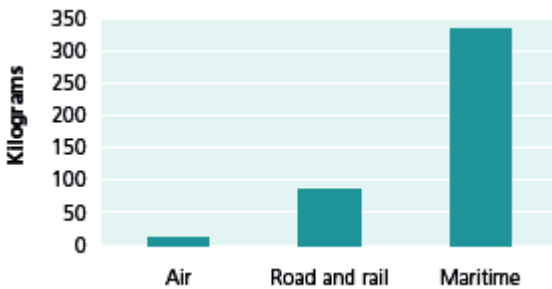
Gráfico 22. Distribución de modos de transporte^a en distintos casos de incautación de drogas comunicados a la UNODC, 1997-2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos independiente de incautaciones de drogas.

^a Se excluyen los casos en que el modo de transporte era desconocido, no era aplicable o se especificaba como “otro”.

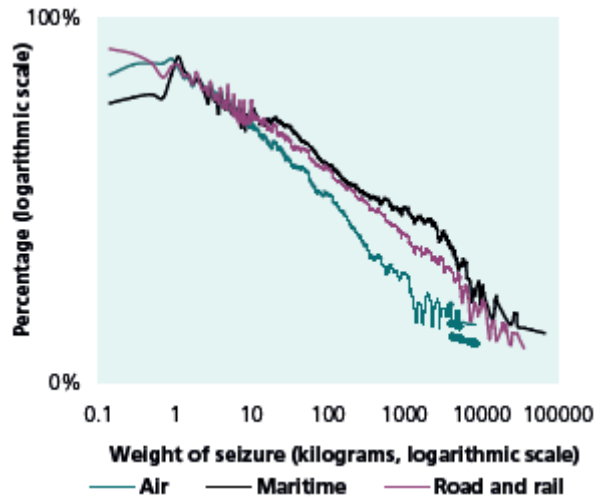
Gráfico 23. Cantidad media incautada en distintos casos de incautación, por modos de transporte^a, 1997-2011 (en kilogramos)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos independiente de incautaciones de drogas.

^a Se excluyen los casos en que el modo de transporte era desconocido, no era aplicable o se especificaba como “otro”.

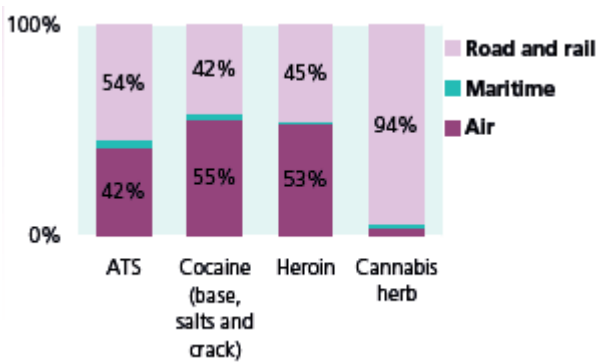
Gráfico 24. Distribuciones de frecuencia de cantidades^a incautadas en distintos casos de incautación de drogas comunicados, 1997-2011, por modo de transporte



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos independiente de incautación de drogas.

^a Se excluyen las cantidades inferiores a 100 g.

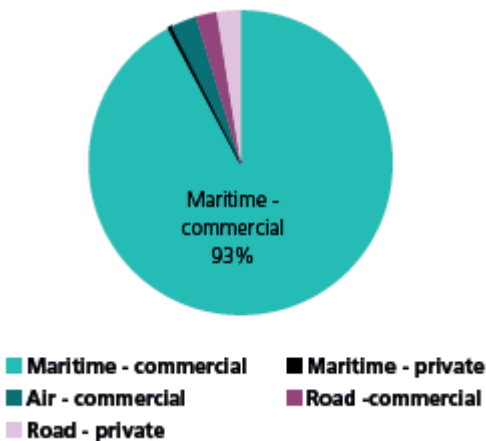
Gráfico 25. Distribución del número de incautaciones de drogas diferentes por tipo de droga y modo de transporte^a, 2007-2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos independiente de incautaciones de drogas.

^a Se excluyen los casos en que el modo de transporte era desconocido, no era aplicable o se especificaba como “otro”.

Gráfico 26. Distribución de incautaciones de resina de cannabis importantes comunicadas por España, por modos de transporte^a, 2007-2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos independiente de incautaciones de drogas.

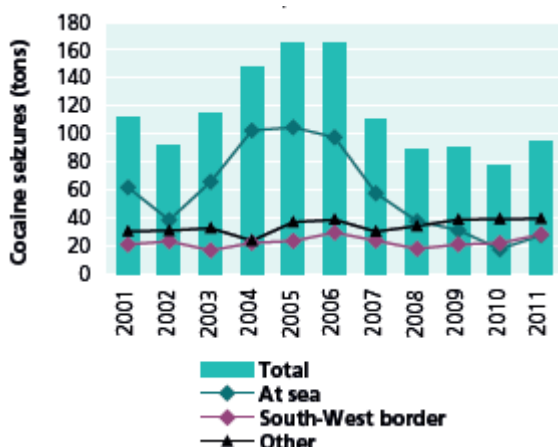
^a Se excluyen los casos en que el modo de transporte era desconocido, no era aplicable o se especificaba como “otro”.

Para maximizar el impacto de la incautación en la circulación y disponibilidad de las drogas ilícitas quizás se justifique centrar más la atención de las medidas de interceptación en el tráfico marítimo.

Examinando distintos tipos de drogas por separado, los casos de tráfico marítimo comprenden un porcentaje limitado del volumen total de incautación de cada una de las categorías de drogas. Un notable contraste presentan las incautaciones de resina de cannabis realizadas en España, la mayor parte de las cuales (93% en el período 2007-2011, excluidos los casos en que el modo de transporte no fue especificado, no fue aplicable o fue especificado como “otro”) fueron categorizadas como incautaciones marítimas comerciales. Esas incautaciones evidencian el tráfico de resina de cannabis de Marruecos en embarcaciones hacia España, que constituye un importante mercado de consumo de resina de cannabis, aunque también se utiliza como puerta hacia el mercado más amplio de Europa occidental y central.

La incautación de drogas transportadas por vía aérea responde por la mayoría de las remesas de cocaína y heroína incautadas y por algo menos que la mayoría de las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico (véase el gráfico 25). En cambio, solo un 3% de la incautación de remesas de hierba de cannabis se realiza mientras las drogas se transportan por vía aérea y la diferencia la marca la incautación de remesas transportadas por carretera y ferrocarril. La razón puede ser el carácter más localizado del tráfico de la hierba de cannabis, que se produce casi en todo el mundo y propicia a menudo que la demanda pueda cubrirse con la oferta local.

Gráfico 27. Desglose de la incautación de cocaína en los Estados Unidos, 2001-2011



Fuente: Estados Unidos, Office of National Drug Control Policy.

Centros de tráfico

El Pakistán, que ha sido durante largo tiempo un importante centro de tráfico de heroína por varias razones geográficas⁴⁷, puede estar experimentando la evolución de otras rutas y modos de transporte, incluso el marítimo.

Aunque una importante proporción de las incautaciones de drogas comunicadas por el Pakistán y la mayor parte de las incautaciones de heroína siguen correspondiendo al tráfico por vía aérea, los destinos de este tráfico han experimentado importantes cambios con el tiempo. Si bien África occidental y central tuvo la parte predominante en 2001, Asia oriental y sudoriental le reemplazó aproximadamente en 2006. En 2011 la proporción prevista para África occidental y central había descendido al 4%. Ello no implica que haya mermado la importancia de esta subregión, pero puede

⁴⁷ El país comparte una larga frontera con el Afganistán y aporta varias ventajas a los traficantes desde el punto de vista logístico, incluso un extenso litoral que da acceso al Océano Índico, opciones flexibles para los viajes aéreos a destinos clave y fuertes vínculos con el Reino Unido.

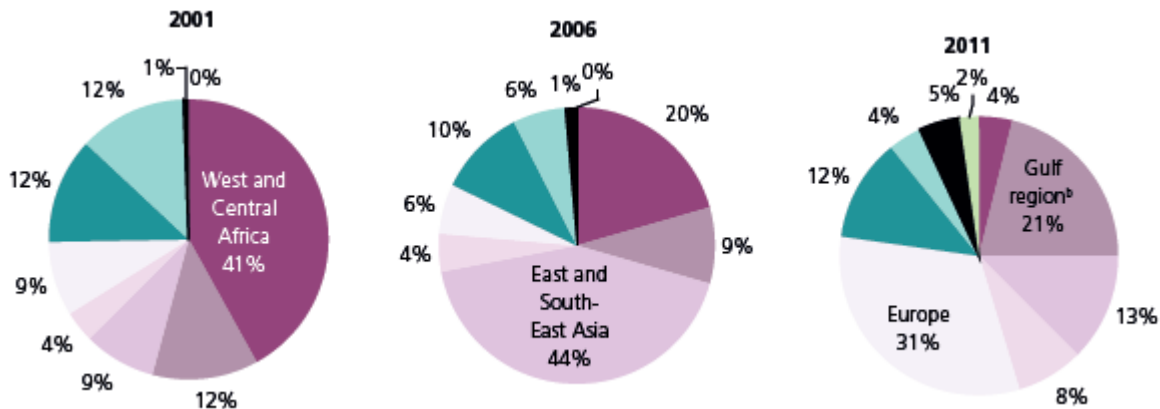
ser indicio de que el tráfico por vía aérea directamente del Pakistán a África occidental haya sido suplantado por otros métodos de transporte, entre ellos el marítimo.

El aumento bastante abrupto de la proporción de Asia oriental y sudoriental marcó los primeros avances de los traficantes de heroína de origen afgano en los mercados de consumo, sobre todo China, que antes eran abastecidos predominantemente de heroína de Asia sudoriental. En 2011 Europa y la región del Golfo también habían adquirido relevancia⁴⁸. El Reino Unido comunicó un aumento considerable de la incautación de heroína objeto de tráfico directamente desde el Pakistán, que representó casi dos tercios de la heroína incautada en la frontera (incluidos aeropuertos y puertos marítimos) a fines de 2010 y principios de 2011. Sin embargo, no estuvo claro si ello denotaba un cambio en el mercado del Reino Unido o una mejora de las corrientes de información de inteligencia.

En 2010, 2011 y 2012, en contraste con años anteriores, el Pakistán notificó varias incautaciones marítimas de grandes cantidades de heroína destinadas fundamentalmente a África occidental y Europa (véase el gráfico 29).

Un posible factor que provocó este evidente cambio puede ser la interrupción de la circulación de heroína a lo largo de la ruta balcánica bien establecida, que atraviesa Irán (República Islámica del) y Turquía. Quizás esto haya impulsado la evolución de otras rutas marítimas que utilizan África y algunos Estados del Golfo como sitios de tránsito para el tráfico hacia el mercado europeo. Una razón concomitante pudo haber sido la reducción de la demanda del mercado europeo y la consiguiente búsqueda de nuevas rutas y nuevos mercados de consumo para suplantar la participación cada vez menor de Europa. En cualquier caso, la importancia de esta estadística debe analizarse en perspectiva, ya que también podría suponer cambios en la estrategia de represión; además, la tendencia creciente observada en las cantidades incautadas por el Pakistán en el transporte marítimo se basa en un número limitado de incautaciones.

Gráfico 28. Destinos previstos^a de remesas objeto de tráfico aéreo incautadas en el Pakistán (todas las drogas), 2001, 2006 y 2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos independiente de incautaciones de drogas.

^a Se excluyen los casos en que el destino fue el propio Pakistán o no fue especificado.

^b Se incluyen la Arabia Saudita, Bahrein, los Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Omán y Qatar.

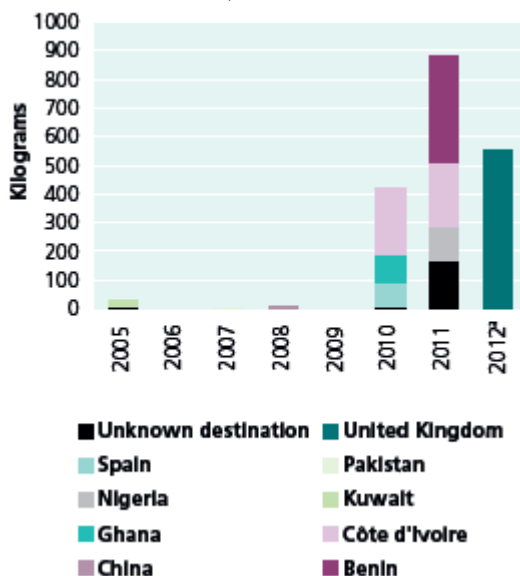
Desde hace mucho se conoce que África oriental funciona como punto de entrada de la heroína introducida en el continente africano con destino sobre todo a África meridional y que se transporta

⁴⁸ Se incluyen la Arabia Saudita, Bahrein, los Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Omán y Qatar.

a través de países de la costa de África oriental y África meridional⁴⁹. Algunos indicadores señalan que esta función puede estar asumiendo cada vez más importancia y extendiéndose a otros tipos de drogas y otros destinos. Comparando los totales de incautación del bienio 2010-2011 con el anterior se observa un incremento en cada una de las categorías de drogas, lo que puede ser reflejo de un aumento del tráfico hacia esta subregión y a través de ella. Sin embargo, dada la cobertura limitada de los datos de esta subregión y el hecho de que los datos se sustentan en las cantidades incautadas en un número reducido de países, no puede excluirse la posibilidad de que estos aumentos sean en parte consecuencia de la intensificación de las actividades de represión.

Según las autoridades de Kenya⁵⁰, este es un país de tránsito de la heroína destinada a Europa y los Estados Unidos. La heroína podría tener su origen en la India y el Pakistán y se observó que entraba en Kenya por vía marítima y aérea y era reexportada a otros mercados, bien directamente a Europa o bien pasando por África occidental. Etiopía fue mencionada como país de tránsito de la heroína en 2011 tanto por Nigeria como por Tailandia; el mercado de heroína de este último país se ha abastecido principalmente de Asia meridional y Asia sudoccidental a través de rutas más directas.

Gráfico 29. Cantidad total incautada en distintas incautaciones marítimas de heroína comunicadas por el Pakistán, 2005-2012^a



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos independiente de incautaciones de drogas.

^a Los datos de 2012 se refieren al primer trimestre (enero a marzo) solamente.

África occidental sigue siendo vulnerable

África occidental sigue siendo una región de especial interés en lo que se refiere al fenómeno mundial de las drogas porque se enfrenta a la amenaza de la delincuencia organizada, incluido el tráfico de drogas, que puede tener a su vez un efecto de desbordamiento en el alcance del consumo de las drogas.

Hay datos que indican que en el año 2000 se transportó un número importante de remesas de heroína procedentes del Afganistán a través del Pakistán con dirección a África occidental y central, sobre todo por vía aérea. En muchos casos, la heroína se transportaba posteriormente a otros

⁴⁹ Véase, por ejemplo, el informe nacional de Sudáfrica, presentado en la 17ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África, Nairobi, 17 a 21 de septiembre de 2007.

⁵⁰ Informe nacional de Kenya presentado en la 22ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África, Accra, 25 a 29 de junio de 2012.

mercados de consumo. En 2007 África occidental había asumido un papel importante como centro de distribución de la cocaína transportada de América del Sur a Europa occidental y central. En el caso de la cocaína y la heroína, las actividades de tráfico pueden haber contribuido al incremento del consumo inducido por la oferta, principalmente en Nigeria, donde se estima que la tasa de prevalencia anual es mucho más alta que la media mundial. El número de consumidores de cocaína en África occidental y central se calcula en 1,6 millones de personas (consumo en el año anterior). No obstante, la escasez de datos hace que la incertidumbre de esta cifra sea especialmente pronunciada, con un margen de variación de 570.000 a 2,4 millones de consumidores de cocaína. Con todo, es probable que la tasa de prevalencia de esta subregión sea mucho más alta que la media mundial.

A partir de mediados de 2009, la metanfetamina cristalina de alta pureza procedente de varios países de África occidental comenzó a incautarse en Asia oriental, donde el Japón, Malasia, la República de Corea y Tailandia fueron algunos de los principales países de destino. Asimismo, desde 2011 se han incautado cinco laboratorios de metanfetamina en Nigeria, lo que apunta posiblemente a una creciente dimensión del problema. La rentabilidad del negocio, aparejada a un escaso conocimiento de los productos finales de los estimulantes de tipo anfetamínico y sus precursores, así como a la relativa simplicidad de los procesos de fabricación, son algunas de las razones principales por las que África occidental sigue siendo vulnerable a la fabricación y el tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico.

El tráfico ilícito de drogas puede socavar potencialmente los progresos alcanzados en los países africanos en materia de seguridad, estabilidad, gobernanza y desarrollo socioeconómico. Los países de la región carecen en su mayoría de los medios técnicos y financieros necesarios para responder con eficacia a los problemas del cultivo ilícito, la fabricación y el consumo de drogas.

Anteriormente se mencionaba África occidental como centro importante de tráfico de cocaína y heroína. Más recientemente se han observado indicios de una fabricación incipiente de estimulantes de tipo anfetamínico en África occidental. Según las autoridades de Nigeria⁵¹, se desmantelaron dos laboratorios de metanfetamina en el país entre enero de 2011 y junio de 2012. Informes procedentes de Tailandia y Uganda también indican el tráfico de anfetamina desde África occidental a través de Etiopía, lo que aumenta la posibilidad de una circulación paralela de drogas entre África oriental y occidental: la heroína en dirección al oeste y la anfetamina en dirección al este.

Otros países de tránsito importantes son los Países Bajos (de varias drogas) y el Brasil (de cocaína). Concretamente en lo que se refiere al tráfico marítimo, los Países Bajos también son un importante país de procedencia, aunque el trasbordo del transporte terrestre al marítimo tal vez no siempre se produzca en uno de sus puertos. El Ecuador aparece como importante centro de tráfico marítimo de cocaína en América del Sur.

C. MERCADO DE CANNABIS

El cannabis se produce prácticamente en todos los países, por lo que es la planta de la que se obtienen drogas ilícitamente de manera más generalizada. En el anexo II figuran cuadros y mapas con datos de países sobre el cultivo, la producción y la incautación de cannabis.

La planta de cannabis produce dos productos principales: la hierba de cannabis y la resina de cannabis. La hierba de cannabis, o sea, los brotes secos de la planta de cannabis hembra, no solo se consume en casi todos los países del mundo, sino que se produce en la mayoría de ellos también. La

⁵¹ Informe nacional de Nigeria, presentado en la 22ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África, Accra, 25 a 29 de junio de 2012.

transformación más laboriosa de las glándulas de resina comprimida de la planta de cannabis en resina de cannabis se limita a unos pocos países, en su mayoría de África septentrional, el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental⁵².

Resulta difícil estimar los niveles mundiales de cultivo y producción de cannabis: su cultivo en gran medida está muy localizado y se suele consumir en el país de producción. La hierba de cannabis se cultiva cada vez más en sus principales mercados de consumo de América y Europa. El grueso de la resina de cannabis procede del Afganistán y Marruecos, países en que hay indicios de estabilización o incluso de una reducción de la producción.

Cultivo y producción de cannabis a nivel mundial

El cultivo y la producción de cannabis de carácter localizado y a menudo en pequeña escala dificulta su estimación a nivel mundial⁵³. Asimismo, son pocos los países que calculan el alcance del cultivo y la producción de cannabis; en general, los datos sobre el cannabis son escasos en muchas regiones.

Las zonas más extensas de cultivo o erradicación fueron comunicadas por el Afganistán⁵⁴ (12.000 ha de cultivo), México (12.000 hectáreas de cultivo y 13.430 ha erradicadas) y Marruecos (47.500 ha de cultivo después de la erradicación). Algunos países también proporcionaron información sobre el número de plantas o plantaciones erradicadas. Es difícil vincular el número de plantas con la extensión de la superficie, ya que la población de plantas puede variar considerablemente en función del método de cultivo y los factores ambientales. Por tanto, resulta difícil comparar la erradicación de las plantas con la superficie erradicada. En el anexo II se presenta una actualización de la información disponible sobre el cultivo y la producción de cannabis y su erradicación.

En lo referente al cultivo a la intemperie, los Estados Unidos notificaron el mayor número de plantas erradicadas (9,9 millones), seguidos de Filipinas (4 millones), Tayikistán (2,1 millones) e Indonesia (1,8 millones). Con respecto al cultivo bajo techo, el mayor número de plantas erradicadas con diferencia corresponde a los Países Bajos (1,8 millones), proveedor principal de hierba de cannabis al mercado europeo, los Estados Unidos (0,47 millones) y Bélgica (0,3 millones) hacia donde se ha desplazado una gran parte de la producción de hierba de cannabis europea en los últimos años⁵⁵.

Ucrania comunicó el mayor número de plantaciones al aire libre erradicadas (98.000), seguida de los Estados Unidos (23.622) y Nueva Zelandia (2.131). Nueva Zelandia, país con altos niveles de consumo de cannabis, comunicó un número muy alto de plantaciones al aire libre erradicadas con respecto a las plantas erradicadas, lo que indica una superficie media pequeña de lugares de cultivo: el número de plantas por plantación al aire libre se situó en 55, es decir, una superficie media más pequeña que, por ejemplo, en Filipinas (30.663 plantas por plantación).

Los Países Bajos dieron a conocer el desmantelamiento de 5.435 plantaciones bajo techo, cifra comparable al número de plantaciones erradicadas en años anteriores. Los Estados Unidos

⁵² *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

⁵³ En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.12), se estimó que la producción de hierba de cannabis oscilaba entre 13.300 y 66.100 t y la producción de resina de cannabis entre 2.200 y 9.900 t. Estos cálculos se basaron en los niveles mínimo y máximo de cultivo y producción, en las incautaciones y en las tasas de prevalencia comunicados. En 2011 estos indicadores no mostraron cambios significativos que justificasen una actualización de las estimaciones de producción, teniendo en cuenta la amplitud de los niveles mínimo y máximo.

⁵⁴ Información procedente de la encuesta sobre el cannabis realizada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Afganistán en ese país en 2011.

⁵⁵ Véase, por ejemplo, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Cannabis Production and Markets in Europe*, EMCDDA Insight Series No. 12 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012).

informaron del desmantelamiento de 4.721 plantaciones bajo techo y un número mucho más reducido de plantas por plantación (98) que los Países Bajos (335). El número de plantas por plantación bajo techo en Bélgica se cifró en 349, que es más o menos el mismo que en los Países Bajos.

En los países con un clima favorable para el cultivo a la intemperie (por ejemplo, Australia e Italia), la amplia mayoría de plantas erradicadas se encontraba en lugares al aire libre, al contrario que en países como Bélgica, Hungría y los Países Bajos, que tienen condiciones climáticas menos favorables.

Producción de resina de cannabis: análisis de los dos principales países de origen

En 2011 los principales países mencionados como países de origen de la resina de cannabis por aquellos en que tuvo lugar la incautación de esta sustancia siguieron siendo Marruecos, seguido del Afganistán y, en menor medida, la India, el Líbano y el Pakistán (el Pakistán determinó que toda la resina incautada en su territorio procedía del Afganistán). Aunque esos datos deben tratarse con cautela ya que no distinguen entre los países de tránsito y los países de origen, sí indican que el Afganistán y Marruecos son los dos principales países de origen de la resina de cannabis.

En el anexo II figura un mapa con la distribución geográfica de los países que mencionan el Afganistán o Marruecos como países de origen de la resina de cannabis entre 2009 y 2011 y que, por tanto, puede ser un indicador de los principales mercados de la resina de cannabis de esos dos países. Diecisiete países mencionaron a Marruecos como el origen de la resina de cannabis objeto de tráfico, de los cuales 11 eran de Europa occidental y central, región en que Marruecos parece seguir siendo la principal fuente de resina de cannabis. El Afganistán, por otra parte, fue mencionado como país de origen de la resina de cannabis incautada por sus países vecinos y por países situados más al norte. Países del Cercano Oriente y el Oriente Medio y de Europa también se refirieron al Afganistán como el origen de la resina de cannabis.

La distribución mundial de la incautación de resina de cannabis también es un indicio de los principales países de origen. Durante el período 2000-2011, la incautación de resina de cannabis a nivel mundial estuvo dominada por España, que es el principal punto de entrada en Europa de la resina de cannabis marroquí. En 2011, España dio cuenta del 34% de la incautación mundial, el Pakistán del 18% y Marruecos del 12%.

Marruecos: indicios de una reducción de la producción

Los datos comunicados por el Gobierno de Marruecos apuntan a una merma global de la producción de resina de cannabis desde el período 2003-2005, cuando la UNODC y el Gobierno realizaron encuestas conjuntas (en la encuesta más reciente de la UNODC sobre el cannabis en Marruecos, a partir de 2005, la superficie total de cultivo ilícito de cannabis se estimó en 72.500 ha). En 2011 las estimaciones que proporcionó el Gobierno no cambiaron en relación con las presentadas en 2010.

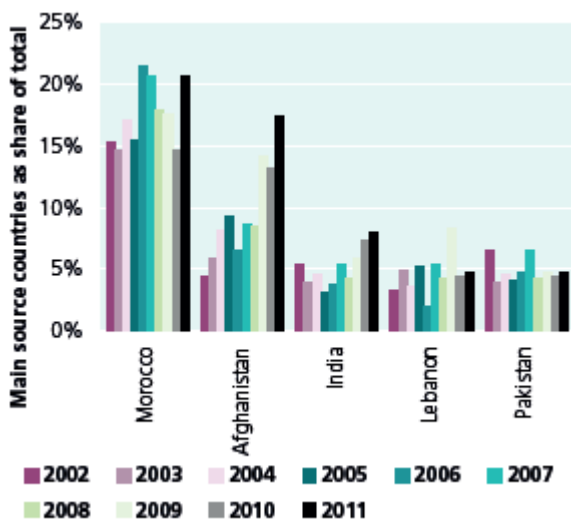
La merma de la producción comunicada se justifica por la reducción de la incautación de resina y *kif* (forma seca de cannabis que puede transformarse en resina de cannabis) en el país. En 2011 se incautaron 138 t de *kif*, cifra inferior a la de 2009 (223 t) y de 2010 (186 t). La incautación de resina de cannabis por las autoridades marroquíes aumentó ligeramente, de 119 t en 2010 a 126 t en 2011, pero luego de registrarse un gran descenso de un máximo de 188 t en 2009. En 2010 las autoridades marroquíes atribuyeron la reducción de la incautación al aumento de las actividades de represión destinadas a contrarrestar el cultivo en el país y el tráfico a lo largo de sus fronteras.

Asimismo, las cantidades de resina de cannabis incautadas en España descendieron por tercer año consecutivo y las autoridades españolas señalaron que las cantidades incautadas se habían reducido en general. En 2011 la incautación ascendió a 356 t (frente a 384 t en 2010 y 445 t en 2009).

Afganistán: signos de estabilización

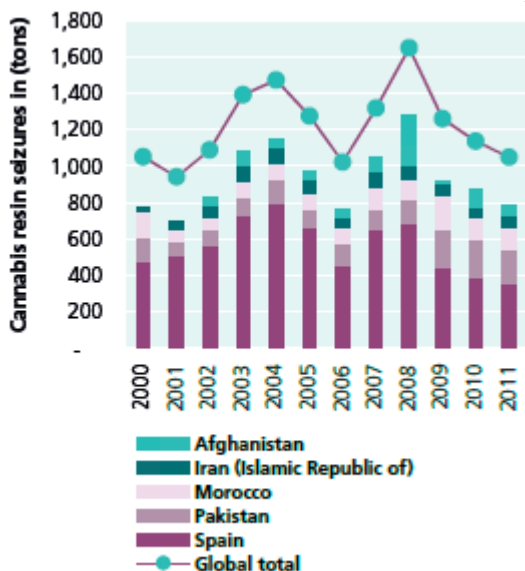
En 2011 el Gobierno del Afganistán y la UNODC llevaron a cabo conjuntamente la tercera encuesta sobre el cultivo de cannabis en ese país. En la encuesta se llegó a la conclusión de que el cultivo de la planta de cannabis y la producción de resina de cannabis en el Afganistán parecían ser estables y que no había indicios de un cambio importante en relación con las anteriores encuestas sobre el cannabis efectuadas en 2009 y 2010.

Gráfico 30. Principales países de origen de la resina de cannabis comunicados por los Estados Miembros, 2002-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Gráfico 31. Incautación de resina de cannabis, total mundial y países seleccionados, 2000-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

El cannabis en el Afganistán es un cultivo comercial muy atractivo. Ahora bien, el volumen de cannabis cultivado es muy inferior al de la adormidera (en 2011 se cultivaron 1.300 ha de cannabis frente a 131.000 ha de adormidera) y se cultiva con menos frecuencia: la mayoría de los

agricultores lo cultivan cada dos años y algunos incluso con menos periodicidad. Por tanto, el cultivo de cannabis en el Afganistán parece autocontenerse⁵⁶. Sin embargo, como existen fuertes vínculos entre el cultivo de la adormidera y el del cannabis⁵⁷ y puesto que hay un gran número de agricultores que cultivan ocasionalmente el cannabis a escala comercial, puede haber un importante potencial para la sustitución de la adormidera por el cannabis, si el cultivo de la primera se vuelve menos atractivo.

Hierba de cannabis: aumento del cultivo en los principales mercados

La región con la mayor proporción de incautación comunicada de hierba de cannabis es con mucho América del Norte, con el grueso de la incautación a nivel mundial en los Estados Unidos y México. América del Norte representó el 69% de la incautación de hierba de cannabis a nivel mundial en 2011.

En América Latina y el Caribe, la región con el segundo mayor volumen de incautación, la mayoría de los países observaron un incremento de las incautaciones: Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Paraguay comunicaron un aumento de más del 100% al comparar el período 2002-2006 con el período 2007-2011. Los datos son escasos con respecto a muchos países africanos; no obstante, la incautación en África occidental, central y meridional ha bajado en el último decenio. En África septentrional ha aumentado la incautación de hierba de cannabis. Otras regiones presentan un panorama desigual (véase el anexo II).

El cultivo en los Estados Unidos va en aumento

En 2011 los Estados Unidos comunicaron que era probable que hubiera aumentado la disponibilidad de hierba de cannabis. Los Estados Unidos atribuyen este aumento al ascenso sostenido de los niveles de producción en México, la principal fuente externa de suministro de cannabis de los Estados Unidos, y al incremento del cultivo interno de cannabis⁵⁸.

Desde 2002 la incautación en México y los Estados Unidos ha seguido una tendencia ascendente, con un total conjunto de 3.033 t en 2002 y 3.944 t en 2011 (las cantidades totales incautadas alcanzaron su nivel más alto – 4.655 t – en 2010). En 2009 la cantidad incautada en los Estados Unidos superó por primera vez la incautada por las autoridades mexicanas.

Los Estados Unidos comunicaron que los niveles altos y crecientes de erradicación de cultivos internos podrían indicar un alza de la producción local, sustentada en el aumento de la rentabilidad y la demanda⁵⁹. Esto es algo semejante a lo que se observa en Europa, donde los productos de cannabis producidos en su territorio parecen estar sustituyendo cada vez más los importados.

En los Estados Unidos la erradicación de plantas cultivadas bajo techo en el país aumentó de 213.000 en 2002 a 462.000 en 2010; el número de plantas de cannabis cultivadas al aire libre que fueron erradicadas se triplicó con creces en el mismo período, de 3.129.000 en 2002 a 9.867.000 en 2010⁶⁰.

⁵⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Survey of Commercial Cannabis Cultivation and Production 2011* (septiembre de 2012). Disponible en www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/2011_Afghanistan_Cannabis_Survey_Report_w_cover_small.pdf

⁵⁷ En gran medida, los agricultores que cultivan cannabis en el verano también cultivan adormidera en el invierno.

⁵⁸ Estados Unidos, Department of Justice, *National Drug Intelligence Center, National Drug Threat Assessment 2011* (agosto de 2011).

⁵⁹ Estados Unidos, Department of Justice, *National Drug Intelligence*.

⁶⁰ Estados Unidos, Executive Office of the President, Office of National Drug Control Policy, *National Drug Control Strategy: Data Supplement 2012* (Washington, D.C., 2012).

Gráfico 32. Incautación de hierba de cannabis en México y los Estados Unidos, 2002-2011

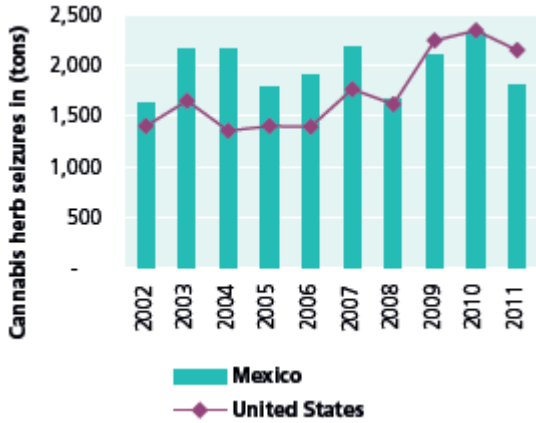
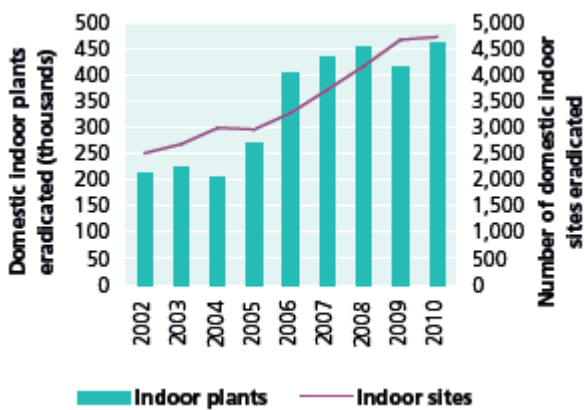
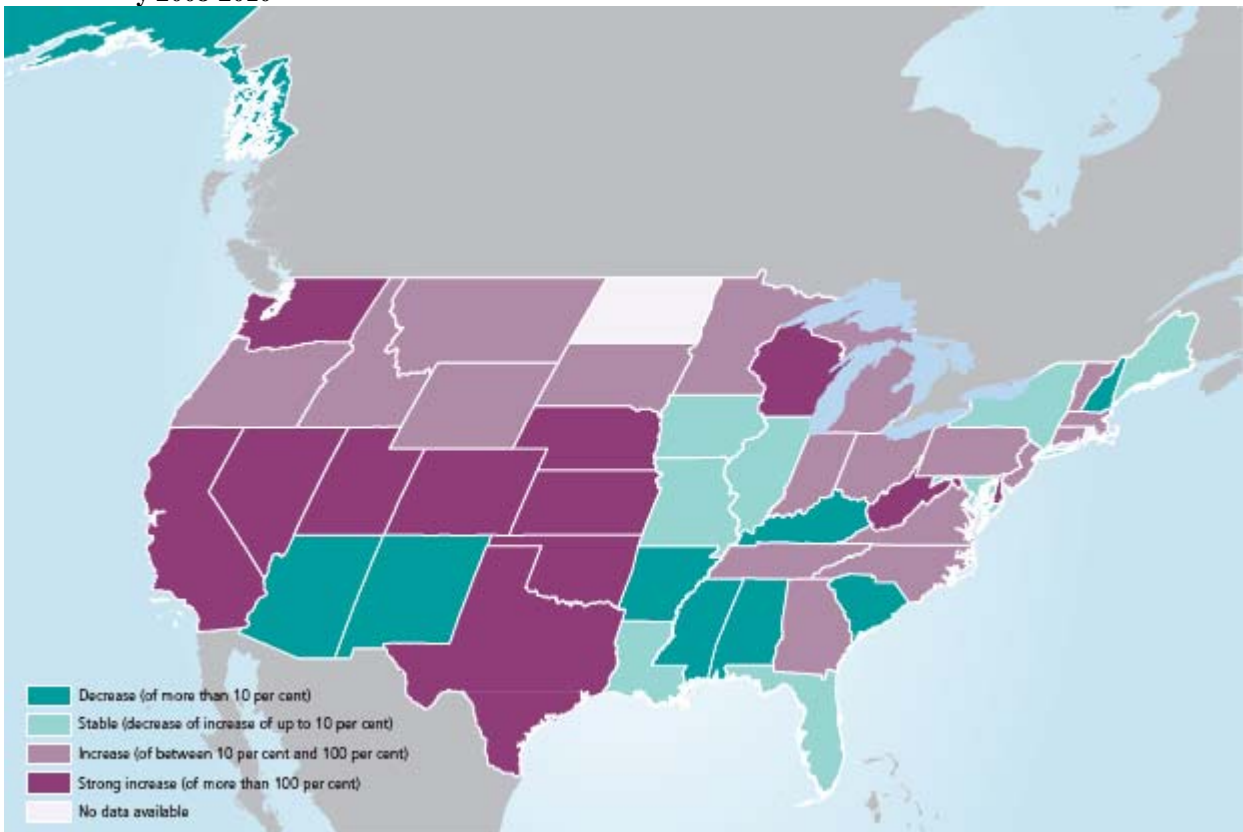


Gráfico 33. Número de plantas de cannabis cultivadas bajo techo a nivel local y plantaciones erradicadas en los Estados Unidos, 2002-2010



Mapa 3. Erradicación de plantas de cannabis en los Estados Unidos de América entre los períodos 2005-2007 y 2008-2010

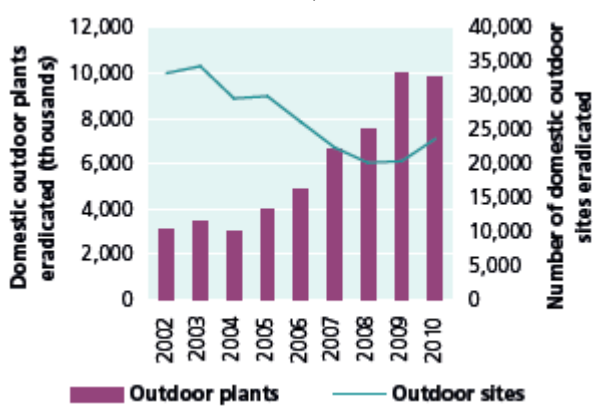


Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

El número de lugares de cultivo local de cannabis al aire libre erradicados mostró una tendencia diferente: se redujo en general hasta 2008 y después aumentó algo nuevamente. La disminución del número de plantaciones al aire libre erradicadas junto con el acusado incremento del número de plantas erradicadas indica un aumento de la superficie media de los lugares de cultivo erradicados. Ello puede ser indicio de una producción intensiva (es decir, plantaciones más grandes con más plantas) o una concentración de las actividades de represión en lugares de cultivo muy extensos.

La superficie media de plantaciones bajo techo erradicadas no ha cambiado de manera significativa, lo que indica que la mayor parte del cultivo en gran escala tiene lugar al aire libre.

Gráfico 34. Número de plantas de cannabis cultivadas al aire libre a nivel local y plantaciones erradicadas en los Estados Unidos, 2002-2010



Resto del mundo: aumento de la incautación en América Latina y el Caribe y tendencia constante hacia la producción local de hierba de cannabis en Europa

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe han registrado aumentos de la incautación de hierba de cannabis en los últimos años. Tres países de América Latina (el Brasil, Colombia y el Paraguay) incautaron importantes cantidades de hierba de cannabis en 2011.

En el Brasil el número de incautaciones fue casi el mismo en 2010 y 2011 (885 y 878 casos, respectivamente), pero la cantidad total de hierba de cannabis incautada se elevó de 155 t en 2010 a 174 t en 2011, aumento que fue registrado por tercer año consecutivo.

En Colombia el número de incautaciones ascendió de 38.876 en 2010 a 41.291 en 2011 y la cantidad incautada subió por tercer año consecutivo, de 209 t en 2009 a 255 t en 2010 y 321 t en 2011. No está claro si esto se debe al aumento de los niveles de producción o de las actividades de represión.

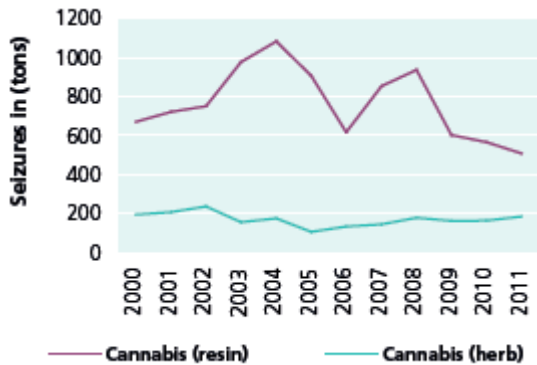
En el Paraguay la incautación de hierba de cannabis se duplicó con creces, de 84 t en 2009 a 171 t en 2011 (no se dispone de datos con respecto a 2010).

En Europa persistió la tendencia hacia el aumento de la incautación de hierba de cannabis y la reducción de la incautación de resina de cannabis, indicio tal vez de que se está sustituyendo cada vez más la resina importada por el cannabis producido localmente. La incautación de resina de cannabis en toda la región disminuyó de 566 t en 2010 a 503 t en 2011. Ello obedeció sobre todo a la reducción del número de incautaciones en España (reducción de 28 t), Portugal (reducción de 20 t) y Turquía (reducción de 8 t). La incautación de hierba de cannabis se incrementó un 12%, de 164 t en 2010 a 184 t en 2011.

Prácticamente todos los países de África comunicaron el cultivo y la incautación de hierba de cannabis. Nigeria siguió incautando las mayores cantidades en la región, con 139 t incautadas entre

julio de 2011 y abril de 2012⁶¹. El segundo lugar en los totales de incautación anuales lo ocupa Egipto, cuyas autoridades notificaron que habían incautado 73 t de hierba de cannabis en 2011, cifra que representó una disminución frente a las 107 t incautadas en 2010. En Mozambique la incautación de hierba de cannabis aumentó de 3 t en 2010 a 32 t en 2011 y las autoridades de Burkina Faso indicaron haber incautado 33 t de hierba de cannabis en 2011, casi el doble de las 17 t incautadas en 2009.

Gráfico 35. Incautación de hierba de cannabis y resina de cannabis en Europa, 2002-2012



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Marihuana en los Estados Unidos de América

Desde febrero de 2013, 18 estados de los Estados Unidos de América, así como el Distrito de Columbia, han aprobado leyes que permiten utilizar la marihuana para varios problemas de salud^a.

Muchos de esos estados han establecido, o están elaborando, programas o disposiciones con objeto de reglamentar el uso de la marihuana para fines médicos por pacientes aprobados, así como su cultivo, venta y posesión^b. En el marco de los programas de algunos estados, los pacientes pueden recibir la asistencia de cuidadores, que son las personas autorizadas para ayudar a los pacientes a cultivar, adquirir y utilizar la droga^c.

En 2012 los votantes de dos estados –Colorado y el estado de Washington– también aprobaron iniciativas que legalizaban la venta y el uso recreativo de marihuana entre los adultos de 21 años o más.

Es importante observar que ninguna de esas leyes estatales sobre la marihuana modifica el carácter delictivo de la producción, venta o posesión de la marihuana en virtud de la legislación federal de los Estados Unidos^d. El Gobierno Federal de los Estados Unidos mantiene la postura de que la marihuana debe someterse a las mismas pruebas clínicas rigurosas y el escrutinio científico que se aplican a todos los demás medicamentos nuevos^e.

Las leyes sobre el uso terapéutico de la marihuana fueron aprobadas por separado en cada uno de los estados; existe una amplia gama de políticas diferentes que reglamentan el consumo de la marihuana^f. Nevada, por ejemplo, permite la posesión de 1 onza (28 g) de marihuana consumible, tres plantas maduras y cuatro inmaduras. Oregón permite a los pacientes poseer hasta 24 onzas (672 g) de marihuana consumible y seis plantas maduras^g. Aunque la mayoría de los estados que han despenalizado el uso de la marihuana para fines médicos también han brindado protección legal a sus consumidores, la mayor parte de esas leyes no han establecido mecanismos para dispensar la droga o reglamentar su calidad y seguridad.

Las definiciones de lo que capacita a los pacientes para consumir la marihuana para fines médicos pueden variar mucho entre esos estados. Nuevo México, por ejemplo, permite el uso de marihuana solo para un número limitado de enfermedades (entre otras, cáncer, glaucoma, VIH/SIDA, epilepsia, esclerosis múltiple, daño de la médula espinal y enfermedades terminales)^h. California, por otra parte, tiene una extensa lista que incluye dolencias generales como la migraña, dolores graves o crónicos y “cualquier otro padecimiento para el cual la marihuana provea alivio”ⁱ.

Los datos sobre el número de pacientes que consumen marihuana para fines médicos y las tendencias entre ellos se ven limitados por la falta de un método normalizado de acopio y difusión de datos. Muchos estados aplican un sistema de

⁶¹ Información que figura en el informe nacional de Nigeria presentado a la 22ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África, Accra, 25 a 29 de junio de 2012.

registro obligatorio de pacientes; en California, el estado más poblado de los Estados Unidos, el registro es voluntario. Solo algunos estados, como Colorado, proporcionan estadísticas detalladas en línea.

En un estudio reciente^k se examinaron varios registros estatales de consumo de marihuana para fines médicos a partir de junio de 2011 (solamente en estados con registro obligatorio) y se destacó alguna información clave sobre las personas inscritas en programas de consumo de marihuana para fines médicos. En el estudio se llegó a la conclusión de que al parecer la mayoría de las personas registradas eran hombres jóvenes que sufrían dolores crónicos. Se observó una diferencia significativa entre estados en la proporción de la población adulta registrada en estos programas, que osciló entre el 4,1% (Montana) y el 0,07% (Vermont). La explicación de esas disparidades podría estar en las diferencias en la carga de morbilidad, en la aceptación social de la marihuana, así como en la facilidad de registro para el consumo de la marihuana y la adquisición de la droga. El estudio estuvo restringido por la falta de datos o por la limitación de los datos recibidos de varios estados.

Todavía sigue en curso el debate en torno a la repercusión de las leyes sobre el uso terapéutico de la marihuana, los niveles generales de consumo y la percepción de riesgos del consumo. A continuación figuran varios artículos relacionados con este tema.

Lecturas complementarias

Sunil K. Aggarwal y otros, “Medicinal use of cannabis in the United States: historical perspectives, current trends, and future directions”, *Journal of Opioid Management*, vol. 5, núm. 3 (2009), págs. 153 a 168.

Magdalena Cerda y otros, “Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 120, núm. 1 (2012), págs. 22 a 27.

Dennis M. Gorman and Charles Huber, Jr., “Do medical cannabis laws encourage cannabis use?”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 18, núm. 3 (2007), págs. 160 a 167.

Sam Harper, Erin C. Strumpf and Jay S. Kaufman, “Do medical marijuana laws increase marijuana use? Replication study and extension”, *Annals of Epidemiology*, vol. 22, núm. 3 (2012), págs. 207 a 212.

Shereen Khatapoush and Denise Hallfors, “‘Sending the wrong message’: did medical marijuana legalization in California change attitudes about and use of marijuana?”, *Journal of Drug Issues*, vol. 34, núm. 4 (2004), págs. 751 a 770.

Robin Room y otros, *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate* (Oxford, Oxford University Press, 2010).

^a Véase www.whitehouse.gov/ondcp/state-laws-related-to-marijuana (consultado en febrero de 2013).

^b Mark Eddy, *Medical Marijuana: Review and Analysis of Federal and State Policies*, Congressional Research Service Report for Congress (2 de abril de 2010). Disponible en http://assets.opencrs.com/rpts/RL33211_20100402.pdf.

^c *Ibid.*

^d Véase www.whitehouse.gov/ondcp/state-laws-related-to-marijuana (consultado en febrero de 2013).

^e Véase www.whitehouse.gov/ondcp/frequently-asked-questions-and-facts-about-marijuana#opposed (consultado en febrero de 2013).

^f Nevada Revised Statutes (NRS), capítulo 453A, “Medical use of marijuana” (<http://leg.state.nv.us/NRS/NRS-453A.html>).

^g Oregón, Senate Bill (SB) 161 (www.leg.state.or.us/07reg/asures/sb0100.dir/sb0161.en.html).

^h Nuevo México, Medical Cannabis Program (<http://nmhealth.org/mcp> (consultado en febrero de 2013)).

ⁱ California, Proposition 215 (<http://vote96.sos.ca.gov/bp/215text.htm> (consultado en febrero de 2013)).

^j Véase www.colorado.gov/cs/Satellite/CDPHE-CHEIS/CBON/1251593017044 (consultado en febrero de 2013).

^k Daniel W. Bowles, “Persons registered for medical marijuana in the United States”, *Journal of Palliative Medicine*, vol. 15, núm. 1 (2012), págs. 9 a 11.

D. MERCADO ILÍCITO DE OPIÁCEOS

Sinopsis

El Afganistán mantuvo su posición como principal productor y cultivador de opio en el mundo. El cultivo de la adormidera, con un total mundial superior a 236.000 ha de cultivo, alcanzó sus niveles

más altos en 2012 y sobrepasó el máximo registrado en 10 años en 2007. Esto se debió fundamentalmente a los aumentos observados en el Afganistán y Myanmar (los dos productores principales). Una evaluación preliminar de las tendencias de cultivo de la adormidera en el Afganistán en 2013 reveló que ese cultivo probablemente aumente en las principales regiones de cultivo de opio, lo que sería el tercer incremento consecutivo desde 2010⁶². México siguió siendo el mayor cultivador de adormidera en América. En el anexo II se presenta una sinopsis de la producción de opio y la fabricación de heroína potenciales a nivel mundial.

Las fluctuaciones que caracterizaron la producción de opio en el Afganistán en los últimos años también afectaron a Europa, el principal mercado de opiáceos. El consumo de heroína disminuyó en Europa occidental y central, lo que puede atribuirse a un cambio de la estructura del mercado, en que se ha observado la reducción de la oferta, el aumento de las actividades de represión y el envejecimiento de la población de consumidores, conjuntamente con un aumento de la disponibilidad de tratamiento. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el consumo para fines no médicos de los opioides de venta con receta médica.

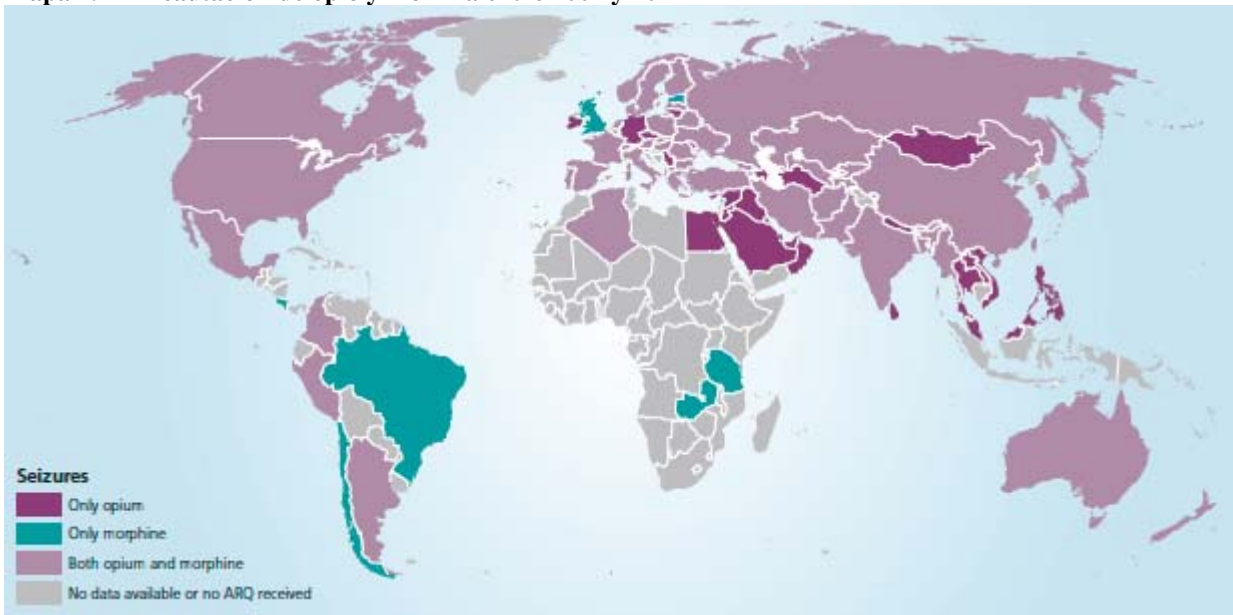
Hay indicios de un aumento del tráfico de opiáceos afganos en rutas distintas de la ruta de los Balcanes (a través de Irán (República Islámica del) y Turquía hacia Europa) y de la ruta septentrional (a través de Asia central y la Federación de Rusia). Esas otras rutas se conocen en conjunto como la “ruta meridional” porque discurren hacia el sur desde el Afganistán a través del Pakistán o de Irán (República Islámica del).

África oriental puede estar convirtiéndose en un centro de reexpedición y el tráfico marítimo desempeña un papel cada vez más importante en comparación con el tráfico aéreo y postal. Se ha creado una ruta relativamente nueva por el Oriente Medio a través del Iraq, mientras se ha observado una corriente más fuerte de opiáceos afganos hacia Asia oriental y sudoriental. Estos mercados se han provisto por lo general de opiáceos de la misma subregión.

La continua incoherencia de la información con que se cuenta de América sobre la producción y las corrientes de opiáceos dificulta el análisis de la situación: si bien México tiene la mayor producción potencial de opio, se informa de que Colombia es el principal proveedor de heroína de los Estados Unidos. Al parecer el mercado canadiense se provee de productores de Asia.

El opio normalmente se transforma en heroína en los países en que se cultiva la adormidera, o cerca de ellos, hecho que en general reflejan los datos sobre incautación. Con todo, se informa de la erradicación de adormidera y la incautación de opio y morfina en una amplia diversidad de países distintos de los principales productores de opio, aunque por lo común en cantidades comparativamente reducidas. Este fenómeno debería ser investigado más a fondo para conocer mejor el alcance mundial del mercado de los opiáceos.

⁶² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, “Afghanistan: opium risk assessment 2013” (abril de 2013).

Mapa 4. Incautación de opio y morfina entre 2007 y 2011

Fuente: Cuestionario para los informes anuales de la UNODC complementado por otras fuentes.

Nota: Los límites y nombres y las designaciones que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial 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 acordado por las partes. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado.

Revisión de las estimaciones de la producción de opio en el Afganistán durante el período 2006-2009

La UNODC se ha ocupado de mejorar la calidad de los datos sobre la producción de opio en el Afganistán, proceso que también ha llevado a reexaminar las estimaciones del período 2006-2009 que fueron revisadas, por tanto, a la baja.

La labor de encuesta y su supervisión sobre el terreno se han hecho cada vez más difíciles, en parte por el deterioro de la situación de seguridad de las principales zonas de cultivo de adormidera en el sur del Afganistán y también por el drástico aumento del cultivo de adormidera y del tamaño de la zona estudiada después de 2005. El personal encargado de la encuesta ha tropezado cada vez con mayores dificultades para cumplir el protocolo sobre el rendimiento del opio que fue concebido para el acopio de datos sobre el terreno.

La UNODC procuró los servicios de expertos y emprendió un amplio estudio que propició la elaboración de análisis estadísticos para evaluar la fiabilidad de los datos de la encuesta sobre el rendimiento del opio⁶³. Luego de establecer los procedimientos de control de calidad, se examinaron los datos de rendimiento del opio correspondientes a 2006-2009, un período especialmente difícil, lo que llevó a la revisión a la baja de las estimaciones de rendimiento y a la consiguiente reducción de las estimaciones de la producción de opio. No obstante, la revisión no influyó en las tendencias de producción de esos años ni modificó la posición del Afganistán como principal productor de opio del mundo⁶⁴.

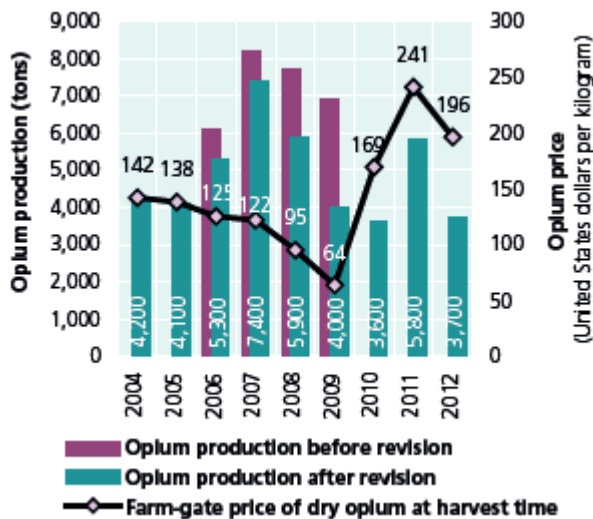
⁶³ Véase Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan: Opium Survey 2011* (diciembre de 2011), págs. 95 a 97.

⁶⁴ Véase una descripción pormenorizada de la revisión en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan: Opium Survey 2012* (mayo de 2013), capítulo 7.3.

Pese a la revisión a la baja, el nivel de producción de opio en el Afganistán en 2007, 2008 y 2011 puede considerarse excepcionalmente alto. Años con niveles relativamente bajos de producción, como 2009, 2010 y 2012, redujeron la supuesta “superproducción” de esos años.

Lo anterior podría explicar por qué los precios del opio a pie de plantación en el Afganistán ascendieron rápidamente después de mediados de 2009 (el primer año con una cosecha comparativamente baja tras varios años de producción récord) de solo 64 dólares por kg a 169 dólares por kg, después del fracaso de la cosecha de 2010 debido a las condiciones climáticas y la enfermedad de las plantas. Tras un nivel relativamente alto de la producción de opio en 2011, los precios bajaron pero permanecieron a un nivel mucho más alto que antes de 2010, ya que la cosecha de opio de 2012 resultó ser inferior a la media. En 2012, a causa de la enfermedad de la adormidera y condiciones climáticas negativas, la producción de opio en el Afganistán se estimó en solo 3.700 t, o sea, un 36% menos que en 2011.

Gráfico 36. Estimaciones de la producción de opio en el Afganistán antes y después de la revisión y precios del opio seco a pie de plantación, 2004-2012



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan: Opium Survey 2011* (diciembre de 2011), págs. 95 a 97.

Ahora bien, las fluctuaciones de la producción solamente no explican por qué los precios del opio repuntaron con tanta fuerza después de 2010 y permanecieron a un nivel alto de unos 200 dólares por kg, incluso después de una cosecha relativamente buena en 2011. Otros factores, como cambios en la corriente de tráfico, la demanda o las actividades de represión pueden haber contribuido y deben ser investigados.

Efecto de las fluctuaciones en la producción mundial de opiáceos en los principales mercados

Cambios estructurales en el mercado de heroína europeo

Las fluctuaciones de la producción de opio afgano afectaron al mercado europeo, en que se ha reducido la oferta en parte debido al éxito de las actividades de represión así como también a los cambios en las corrientes de tráfico. La incautación de heroína también ha disminuido en Europa desde 2009. En Europa occidental y central, el aumento del acceso al tratamiento y las alternativas de la heroína, junto con un relativo descenso del número de nuevos consumidores de heroína, han incidido en el cambio de la estructura del mercado de heroína de Europa. Aunque la disminución de la oferta de heroína también afectó a Europa oriental y sudoriental, no se comunicaron en esas subregiones cambios estructurales de la demanda hasta el grado observado en Europa occidental y central.

El aumento de las actividades de represión, como denota el número de incautaciones de heroína a nivel mundial, también repercutió en la oferta en Europa, donde la incautación de heroína descendió un 28% en 2011 a 16 t, o sea, solo la mitad de la cifra incautada en 2008 (29 t). También se observó en 2011 un declive en la incautación de heroína en Irán (República Islámica del) (un 25% a 23 t) y Turquía (un 43% a 7 t), dos países de la ruta balcánica a través de los cuales llegan a Europa los opiáceos procedentes del Afganistán.

Resulta interesante que la incautación de heroína ya hubiese comenzado a declinar en 2010 en Turquía y Europa sudoriental a pesar de llevar ventaja a la República Islámica del Irán en la ruta del tráfico de la droga.

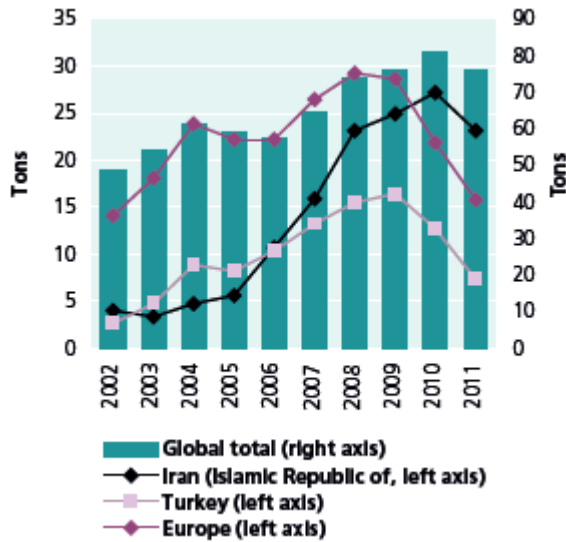
El EMCDDA alega que la reducción de la incautación notificada en Turquía y la Unión Europea en 2010 y 2011 pudo ser resultado de los cambios acaecidos en las corrientes de tráfico y las actividades de represión⁶⁵.

El supuesto de que los cambios en los niveles de producción y en las actividades de represión en efecto propiciaron cambios en el volumen de la corriente de drogas también se sustenta en las cifras de pureza provenientes de los países de Europa occidental y central. En Alemania, por ejemplo, se observó una patente merma de pureza de la heroína: en 2010 se situó en el 34,1% a nivel mayorista, luego de haber aumentado de manera sostenida del 36,5% en 2005 al 60,3% en 2009⁶⁶. El sector minorista siguió la evolución semejante desde 2005, pero evidenció la merma de pureza un año después, cuando descendió del 25% en 2010 a solo el 11% en 2011. Esa merma de pureza suele asociarse a la menor disponibilidad de la droga en los mercados de consumo: los traficantes cortan la droga con más adulterantes o agentes adulterantes para mantener sus volúmenes de ventas anteriores.

⁶⁵ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013), pág. 30.

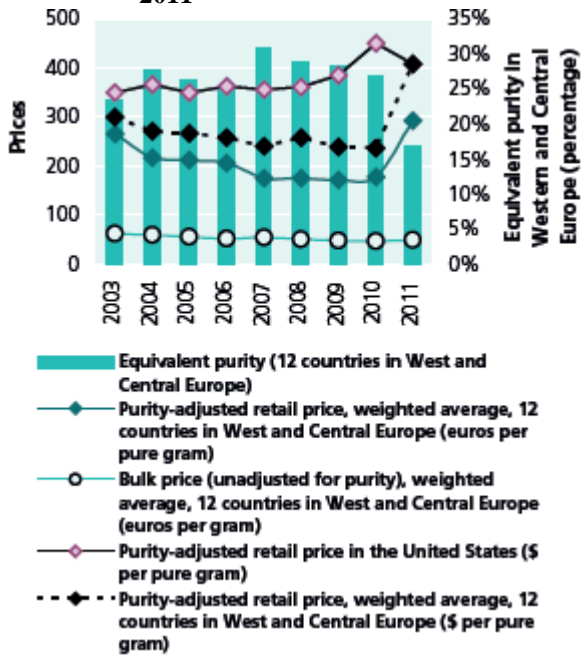
⁶⁶ Tim Pfeiffer-Gerschel y otros, *2012 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Germany – New Developments, Trends and In-Depth Information on Selected Issues* (Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2012), pág. 190.

Gráfico 37. Incautación de heroína a nivel mundial, en Europa y en determinados países, 2002-2011
(en toneladas)



Fuente: UNODC, cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Gráfico 38. Precios de la heroína al por menor en los Estados Unidos y Europa occidental y central, 2003-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales; Europol; y United States Office of National Drug Control Policy.

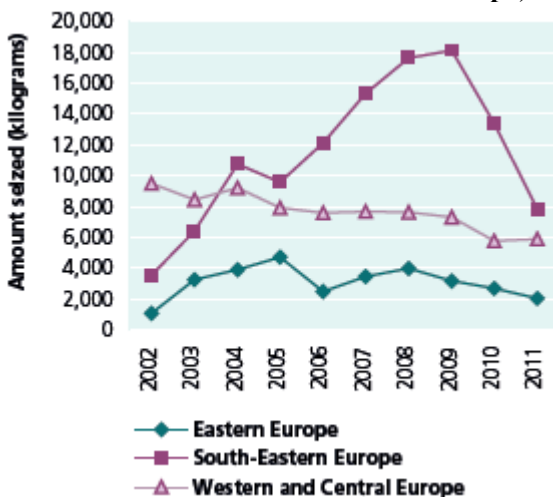
Los cambios en la demanda también han contribuido a la reducción de la corriente de opiáceos hacia Europa. El tratamiento de la drogodependencia y los indicadores de consumo indican que el mercado de heroína, especialmente de Europa occidental y central, está sufriendo un cambio estructural. Los consumidores de heroína tienen numerosos contactos de servicio y niveles de acceso a la terapia de sustitución de opiáceos o a sustancias alternativas de la heroína⁶⁷. Estas sustancias alternativas también pueden obtenerse ilícitamente. En Estonia, por ejemplo, se informa de que los consumidores de heroína están utilizando opiáceos sintéticos ilícitos (fentanilo). Eslovaquia, la Federación de Rusia, Grecia, Italia, Letonia y Suiza notificaron la incautación de 1

⁶⁷ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2012: el problema de la drogodependencia en Europa*, pág. 73.

kg o más de opioides de venta con receta y de otro tipo de opioides en 2011⁶⁸, lo que indica que este fenómeno no se circunscribe a Europa occidental y central.

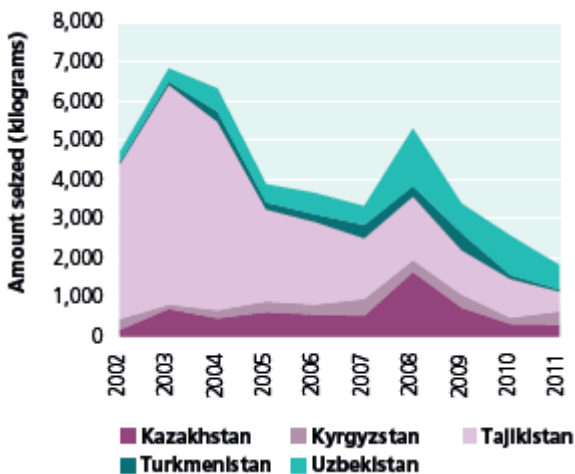
Todos estos factores –estrategias de sustitución, tratamiento y bajos niveles de nuevos usos–, representan un conjunto de cambios estructurales a largo plazo en la población de consumidores y en las estrategias de consumo adaptativo a corto plazo. También arrojan alguna luz en el modo en que la población de consumidores de heroína, sobre todo de Europa occidental y central, podría reaccionar ante las fluctuaciones de la oferta y la reducción de la corriente de opiáceos en la región. Sin embargo, la incautación de heroína en 2011 comunicada en Europa occidental y central, que se encuentra más o menos al mismo nivel de 2010, no indica necesariamente que persistan estos cambios y estrategias.

Gráfico 39. Incautación de heroína en Europa, 2002-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Gráfico 40. Incautación de heroína en Asia central por países, 2002-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

La ruta septentrional, utilizada sobre todo para apoyar el mercado de heroína en Asia central y la Federación de Rusia, muestra una evolución diferente. En general, la incautación de heroína en Asia central ha venido descendiendo desde el primer decenio del siglo XXI, de una media anual de 5 t por año durante el período 2002-2006, a solo 3 t en el período 2007-2011, aunque se estima que la demanda en Asia central y la Federación de Rusia se mantiene estable o en aumento. El pequeño ascenso de la incautación en 2008 parece ser reflejo del aumento de la producción de opio en el Afganistán en ese año y el anterior, aunque no modificó la tendencia descendente general. El

⁶⁸ Respuestas al cuestionario para los informes anuales relativas a 2011.

vínculo entre la producción en el Afganistán y los niveles de incautación en Asia central no es evidente y se supone que también han incidido otros factores.

Nuevas tendencias: aumento del tráfico marítimo hacia África

Desde 2009 se ha observado un fuerte incremento de la incautación de heroína en África, especialmente en África oriental. El volumen de heroína incautado en África oriental, occidental y central sigue siendo reducido en comparación con el de otras regiones, pero a partir de 2009 se multiplicó más de cinco veces. La amplia mayoría de las incautaciones tuvo lugar en fronteras marítimas o puertos o en mar abierto, lo que apunta al aumento del tráfico marítimo de opiáceos afganos a África. Los datos sobre recientes incautaciones en fronteras marítimas, en puertos o en altamar indican que a lo largo de esta ruta se trafican grandes volúmenes: en un solo caso en abril de 2011 se incautaron 202 kg de heroína en Benin⁶⁹ como parte de una operación de entrega vigilada que realizaron los Gobiernos de Benin y el Pakistán; al mismo tiempo, en enero de 2012 se incautaron en la República Unida de Tanzania 210 kg de heroína que habían sido objeto de tráfico a través de una ruta marítima⁷⁰.

Los datos sobre la incautación de heroína comunicados en África oriental entre 2010 y 2012 indican que el tráfico de heroína se dirige a las fronteras marítimas y los puertos de Kenya y la República Unida de Tanzania y desde allí se transporta a África meridional por carretera. La información de que se tiene conocimiento revela que los traficantes utilizan varios tipos de embarcaciones para el tráfico de opiáceos hacia África desde puertos de Irán (República Islámica del) y el Pakistán. Para el transporte hacia África se utilizan dhows y, en menor medida, contenedores, si bien estos últimos se utilizan más para el transporte hacia África occidental, en particular Benin y Nigeria.

Nuevas rutas a través del Oriente Medio

El Iraq y el Oriente Medio quizás estén emergiendo como nuevas rutas de tráfico: un número creciente de países están comunicando la incautación de heroína procedente del Afganistán. Todavía queda por ver si esto también indica un incremento del consumo de heroína en la región. Cabe señalar que entre 2006 y 2011, la mayoría de los traficantes pakistaníes detenidos en el Pakistán se dirigían a destinos de los Estados del Golfo o de China, Malasia y Tailandia.

Se informa de que el reforzamiento de las contramedidas de represión en la frontera entre la República Islámica del Irán y Turquía pudo haber propiciado la aparición de nuevas rutas de tráfico en el Iraq⁷¹. En 2011 las autoridades de represión de Turquía comunicaron tres operaciones vinculadas al tráfico de heroína a través del norte del Iraq que desembocaron en la incautación de 550 kg de la droga⁷². La heroína y el opio se trafican a través del Iraq. Las autoridades canadienses informaron de la incautación de opio transportado por vía aérea del Iraq al Canadá durante el período 2009-2012, incluida una remesa única de 10 kg oculta en piezas de automóviles⁷³.

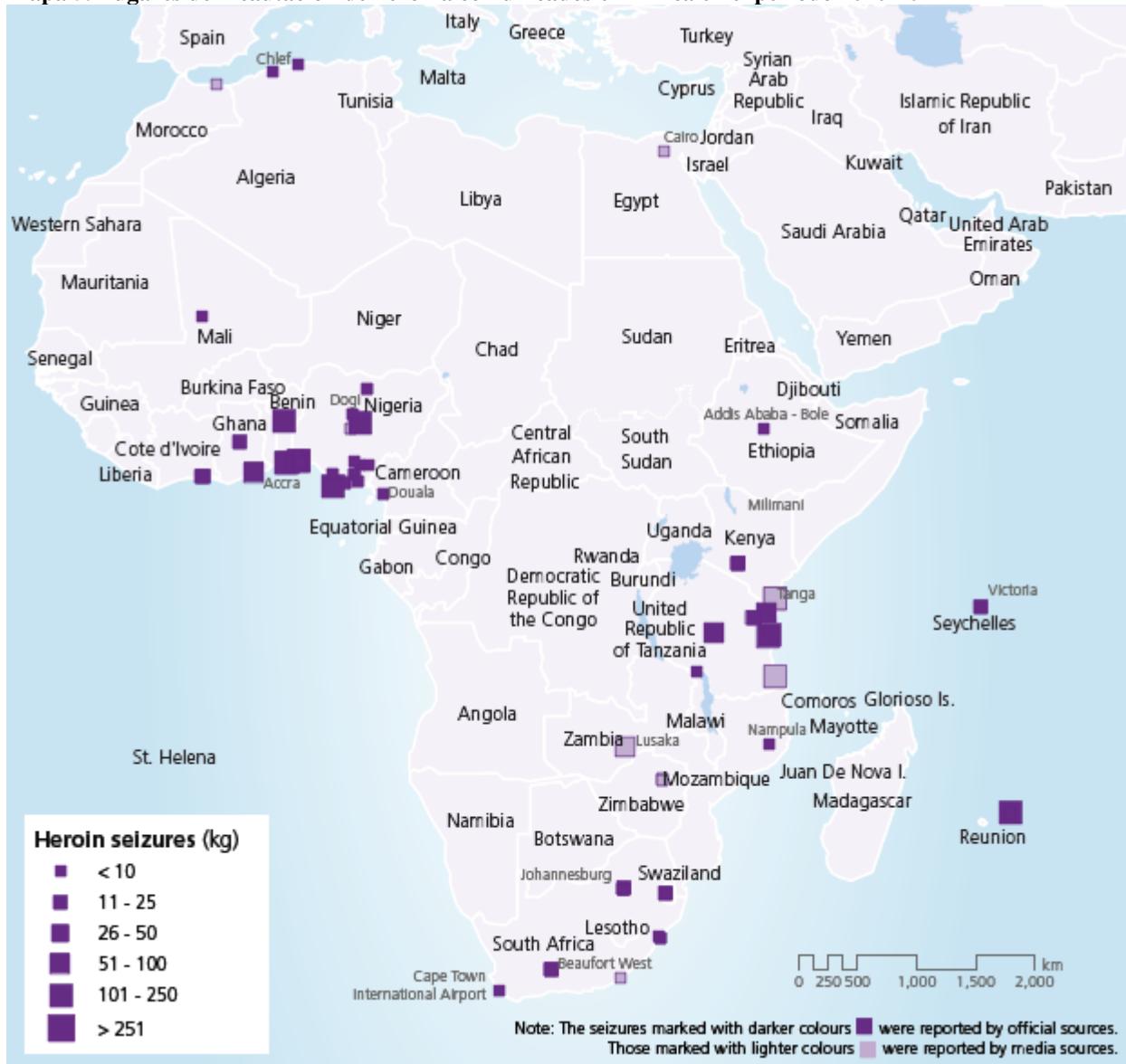
⁶⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Paris Pact Drug Situation Report: Trafficking in Opiates Originating in Afghanistan* (marzo de 2013).

⁷⁰ Cuestionario para los informes anuales.

⁷¹ “Report of the Subcommission on Illicit Drug Traffic and Related Matters in the Near and Middle East on its forty-seventh session, held in Antalya, Turkey, from 19 to 23 November 2012” (UNODC/SUBCOM/47/5).

⁷² “The new patterns of drug trafficking in Turkey”, ponencia preparada por la División Central de Estupefacientes para la conferencia internacional titulada “Criminal drug organizations: situation in EU with special focus on the Balkans”, Ohrid (ex República Yugoslava de Macedonia), octubre de 2012.

⁷³ Canada Border Services Agency, “CBSA finds 10 kilos of suspected opium concealed in steel gear”, 24 de febrero de 2012 (www.cbsa-asfc.gc.ca/media/prosecutions-poursuites/tor/2012-02-24-eng.html).

Mapa 5. Lugares de incautación de heroína comunicados en África en el período 2010-2012

Nota: Las incautaciones marcadas con colores más oscuros fueron comunicadas por fuentes oficiales. Las marcadas con colores más claros fueron comunicadas por fuentes de los medios de comunicación.

Fuente: Datos de la UNODC provenientes de la base de datos de incautaciones y Oficina Regional para Asia Central de la UNODC, mapas de incautaciones de drogas en línea.

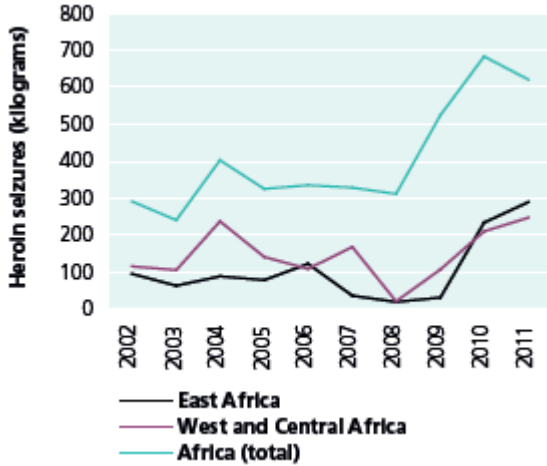
Nota: Los límites y nombres y las designaciones que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado.

Muchos países del Oriente Medio, entre ellos la Arabia Saudita y la República Árabe Siria, han notificado el aumento de la incautación de opiáceos a la UNODC. La incautación de heroína comunicada por la República Árabe Siria ascendió, en promedio, a más de 80 kg durante el período comprendido entre 2007 y 2011, frente a solo 14 kg en el quinquenio anterior; la cantidad de heroína incautada en la Arabia Saudita también ha aumentado desde 2007, de una media de 1 kg en el período 2002-2007 a 41 kg en 2008, 56 kg en 2010 y 111 kg en 2011⁷⁴. La falta de datos hace difícil definir si estos aumentos entrañan un incremento del consumo de heroína en la región, o si los traficantes están buscando rutas alternativas (sobre todo hacia Europa).

⁷⁴ Cuestionario para los informes anuales de la UNODC.

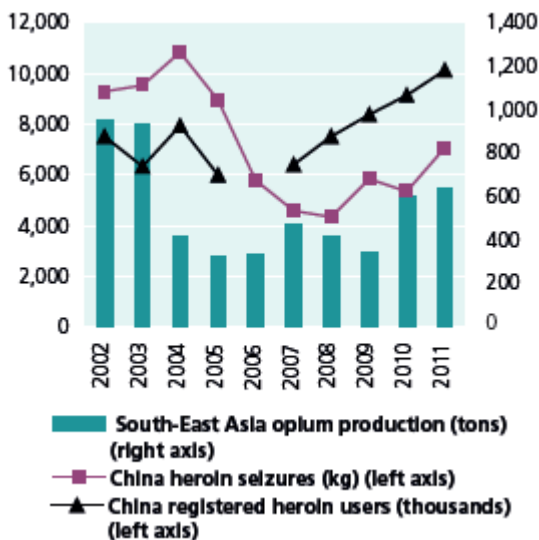
Por último, se han incautado grandes remesas de heroína objeto de tráfico en contenedores en los Emiratos Árabes Unidos, país que constituye un nodo de conexión clave con los puertos principales de Dubai, Khawr Fakkan y Abu Dhabi. La corriente de comercio a través de los puertos del país puede ser explotada por los traficantes de drogas para el comercio ilícito. En 2011 las autoridades de Dubai incautaron 130 kg de heroína en ruta desde el Pakistán⁷⁵.

Gráfico 41. Incautación de heroína en África, 2002-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales y de la Organización Mundial de Aduanas.

Gráfico 42. Producción de opio en Asia sudoriental e incautación y consumo de heroína en China, 2002-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

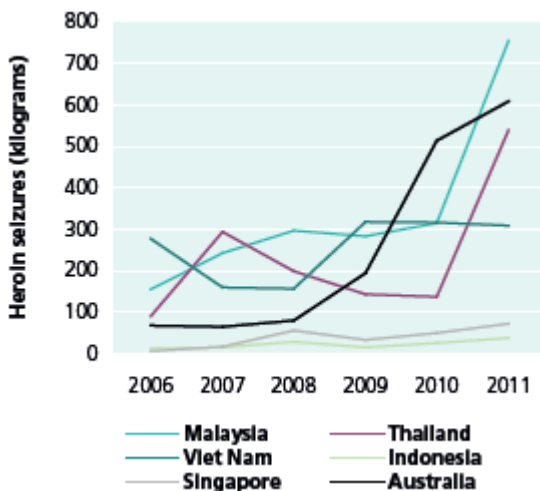
¿Va contra la tendencia el mercado de heroína en Asia oriental y sudoriental?

La incautación de heroína en Asia oriental y sudoriental ha seguido una evolución muy diferente de la observada en Europa. El número de consumidores de heroína registrados en China crece y parece ser que la producción de opio en la República Democrática Popular Lao y Myanmar no basta para satisfacer la demanda. Ello podría indicar que otras fuentes, posiblemente el Afganistán, están abasteciendo de opiáceos al país.

⁷⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de Aduanas, "UNODC-WCO Container Control Programme: year-end report 2011", pág. 11 (disponible en www.unodc.org/documents/toc/CCP_Year_End_Report_2011.pdf).

Las tendencias de incautación en China por lo general siguen las tendencias de producción del opio en Asia sudoriental. La incautación de heroína en China alcanzó sus mínimos en 2007 y 2008, lo cual enlaza con los bajos niveles de producción de opio observados en la República Democrática Popular Lao y Myanmar durante el período 2005-2006 (teniendo en cuenta el desfase temporal de un año entre la producción y la incautación de la droga). Con posterioridad aumentó de nuevo la incautación de heroína, tras el incremento de la producción de opio en Asia sudoriental. No obstante, el número de consumidores de heroína registrados fue mucho más alto que en la primera mitad del decenio, cuando los niveles de producción y de incautación en Asia sudoriental fueron mucho más bajos. Ello podría indicar la creciente importancia de otras regiones de origen para el mercado de opiáceos chino, en particular el Afganistán, que registró cosechas récord en algunos años en que bajó la producción de opio en Asia sudoriental.

Gráfico 43. Incautación de heroína en determinados países del Asia sudoriental y Oceanía, 2006-2011
(en kilogramos)



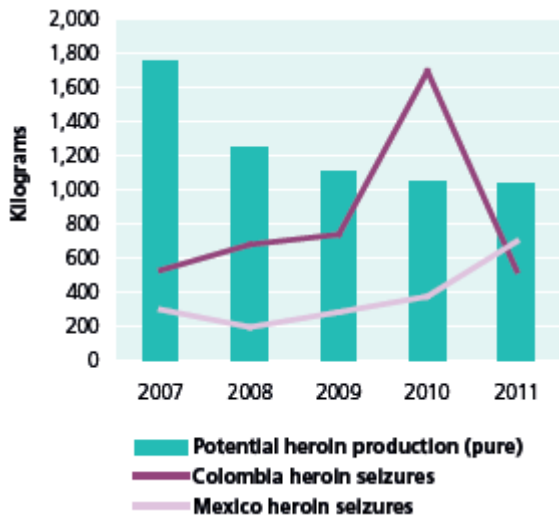
Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Lo anterior indica la diversificación de las regiones de origen y, por tanto, de las rutas de tráfico, comprendidas las rutas marítimas y postales, posiblemente gracias a las crecientes corrientes de tráfico ilícito entre China y Asia sudoccidental⁷⁶. China informa de que Malasia es el segundo país, después de Myanmar, del que proceden las drogas que ingresan en su territorio; asimismo, menciona al Afganistán como segundo lugar de origen en importancia de los opiáceos introducidos en el país. Como las zonas de producción de opio de Myanmar limitan con China y no se hace muy necesario recurrir a otras rutas de tráfico, no es improbable que los opiáceos afganos se introduzcan en China a través de centros de distribución regionales de Malasia y Tailandia por medio de servicios de mensajeros, lo que confirman las estadísticas de Malasia y el Pakistán⁷⁷.

⁷⁶ Véase más información sobre esta cuestión en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Misuse of Licit Trade for Opiate Trafficking in Western and Central Asia: A Threat Assessment* (octubre de 2012). Se requiere una investigación más profunda para conocer mejor cómo se emplea indebidamente el comercio lícito para el tráfico de drogas en China y Asia sudoriental.

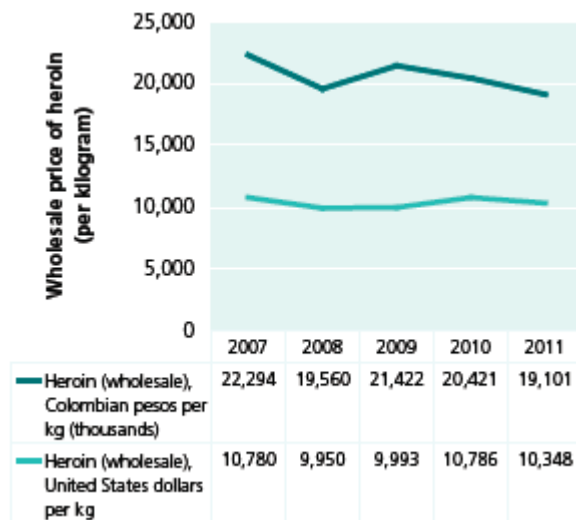
⁷⁷ Respuestas de Malasia y el Pakistán al cuestionario para los informes anuales relativas a 2011.

Gráfico 44. Producción potencial de heroína en Colombia e incautación en Colombia y México, 2007-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales y del Programa de vigilancia de cultivos ilícitos.

Gráfico 45. Colombia, precio al por mayor anual de heroína, 2007-2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Colombia, *Colombia: Monitoreo de Cultivos de Coca 2011* (junio de 2012).

Los niveles cada vez más altos de incautación de heroína en varios países de Asia sudoriental y Oceanía corroboran la hipótesis de que aumenta la corriente de opiáceos a través de estas regiones a mercados de consumo conocidos como China y Australia. Dada la falta de estadísticas de consumo de drogas en muchos países de Asia sudoriental, resulta difícil evaluar si esta evolución afecta al consumo de opiáceos en esos países y cómo lo hace.

Problemas para determinar las corrientes de opiáceos en América

Todos los países de América, salvo el Canadá, se proveen de heroína producida en la región. Según informes del Gobierno, el mercado de heroína canadiense se abastece de heroína procedente de Asia, sobre todo del Afganistán. Grupos de la delincuencia organizada del Oriente Medio y Asia que operan en el Canadá y en otros países siguen participando en el contrabando de heroína dirigido al Canadá⁷⁸.

⁷⁸ Respuestas del Canadá al cuestionario para los informes anuales relativas a 2011.

La información de que se dispone con respecto a la producción de heroína en Colombia y México, dos importantes países proveedores del mercado de los Estados Unidos, es incoherente y no explica plenamente la situación del suministro de heroína en la región, pues aunque el cultivo potencial es mayor en México, los Estados Unidos mencionan a Colombia como su principal proveedor⁷⁹. No hay suficiente información sobre el papel que desempeña la heroína procedente del Afganistán para el mercado de los Estados Unidos.

Entre 2007 y 2011 se incautaron en Colombia 4 t de heroína de pureza desconocida, mientras que la producción potencial ascendió a 6 t de heroína pura. En 2010 la cantidad de heroína (de calidad desconocida) incautada fue incluso mayor que el volumen de producción potencial del país. Teniendo en cuenta una menor pureza de la heroína incautada, la tasa de incautación sería muy alta y dejaría solo una pequeña cantidad de heroína para el consumo local y la exportación. Con todo, los opiáceos, cuya prevalencia anual es de solo el 0,02% entre las personas de 15 a 64 años, no se consumen ampliamente en el país y el número aproximado de consumidores se sitúa en torno a 6.000.

Los datos oficiales indican un acusado declive en la producción de opio y heroína en Colombia durante el período 1998-2007 y mayores descensos hasta 2011. Sin embargo, los precios de la heroína no aumentaron. Los precios nominales de la heroína en el sector mayorista fueron más bajos en 2011, en dólares y en pesos colombianos, que cinco años antes, lo que indica que la oferta de heroína no disminuyó drásticamente.

De manera comparable, en México se calcula que la producción potencial de heroína es 30 veces mayor que en Colombia y que la incautación de heroína alcanzó el nivel de Colombia en 2011. A pesar de ello y reconociendo la creciente importancia de México como país proveedor de la heroína introducida en su mercado, los Estados Unidos –a base de la información recibida de su programa de determinación del origen de la heroína– siguen considerando a Colombia como fuente principal de la heroína utilizada en el país⁸⁰, aunque continúa estando disponible la procedente de Asia sudoccidental. Los Estados Unidos calculan que el cultivo de adormidera ocupa en México 12.000 ha⁸¹, con una producción potencial de heroína consecuentemente más alta⁸².

No está claro cómo Colombia, dada su producción potencial mucho menor, podría suministrar al mercado de los Estados Unidos mayores cantidades que México. Esto apunta a que la producción de heroína en Colombia tiene mayor grado de importancia que el señalado en las estimaciones de producción potencial disponibles, o podría llevar a distintas interpretaciones del programa de determinación del origen de la heroína, toda vez que “los informes de las investigaciones indican que los productores de heroína de México probablemente estén utilizando técnicas de transformación colombianas”⁸³.

⁷⁹ Respuestas de los Estados Unidos al cuestionario para los informes anuales relativas a 2011.

⁸⁰ Se mencionaron el levamisol y el tetramisol como agentes adulterantes utilizados en la heroína disponible en los Estados Unidos (respuestas de los Estados Unidos al cuestionario para los informes anuales relativas a 2011). Se conoce que estas sustancias se utilizan para la fabricación de cocaína en Colombia, donde los laboratorios clandestinos las añaden a la cocaína preparada para exportar.

⁸¹ *International Narcotics Control Strategy Report*, vol. 1, *Drug and Chemical Control*.

⁸² El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos de América, ya que no forman parte de sus cifras oficiales y carece de información sobre la metodología empleada para calcularlas. El Gobierno de México está aplicando un sistema de vigilancia en colaboración con la UNODC para calcular el cultivo y producción ilícitos de la droga.

⁸³ National Drug Intelligence Center of the US Department of Justice. *2011 National Drug Threat Assessment*, pág. 27.

E. MERCADO DE COCAÍNA

Tendencias mundiales en los principales indicadores de la oferta

La mayoría de los indicadores, incluidas las estimaciones de los principales países consumidores con respecto al cultivo del arbusto de coca, la fabricación de cocaína, la incautación de cocaína y la prevalencia, indican que en los últimos años el mercado de cocaína ha ido declinando en general. Esta conclusión denota sobre todo la situación en América del Norte, donde el mercado de cocaína descendió notablemente en el período 2006-2012 y, en menor medida, en Europa occidental y central, donde parece haberse estabilizado luego de muchos años de crecimiento.

En cambio, en el último decenio la prevalencia del consumo de cocaína parece haber aumentado en varias regiones con grandes poblaciones, sobre todo en América del Sur, aunque también, en menor medida, en África y Asia, situación que ha propiciado un cambio de la demanda de cocaína en el mundo. Además, varias regiones no asociadas antes con el consumo en gran escala o el tráfico de cocaína han mostrado signos de estar emergiendo como mercados de cocaína. No hay certeza de que el consumo de cocaína se siga concentrando en América, Europa y Oceanía. En África y Asia, que representan la mayor parte de la población mundial, la tasa de prevalencia del consumo de cocaína, aunque todavía baja, tiene posibilidades de crecer. A largo plazo, el crecimiento de la población mundial podría ser una fuerza impulsora que establezca la tendencia de la demanda mundial.

Cultivo, producción y fabricación de cocaína

El cultivo ilícito de arbusto de coca a nivel mundial en 2011 permaneció más o menos en el mismo nivel de 2010. Pese a la incertidumbre de las estimaciones sobre la fabricación de cocaína, puede suponerse lo mismo con respecto a la fabricación mundial de esta droga. En el anexo II puede encontrarse una sinopsis del cultivo ilícito del arbusto de coca a nivel mundial, la producción potencial de la hoja de coca y la fabricación potencial de cocaína.

Tras varios años de aumentos desde 2005, el Estado Plurinacional de Bolivia experimentó en 2011 una reducción del 12% en el cultivo del arbusto de coca. Esta tuvo lugar en las tres zonas de cultivo (las Yungas de La Paz, la región del Trópico de Cochabamba (Chapare) y Apolo) y se atribuyó a las actividades del Gobierno destinadas a erradicar los arbustos de coca, concretamente en parques nacionales y otras zonas en que el Gobierno prohíbe el cultivo del arbusto de coca, y lograr la reducción de ese cultivo mediante la llamada “racionalización”, es decir, la reducción voluntaria negociada con los cultivadores de coca en zonas en que las leyes nacionales permiten y reglamentan el cultivo del arbusto de coca.

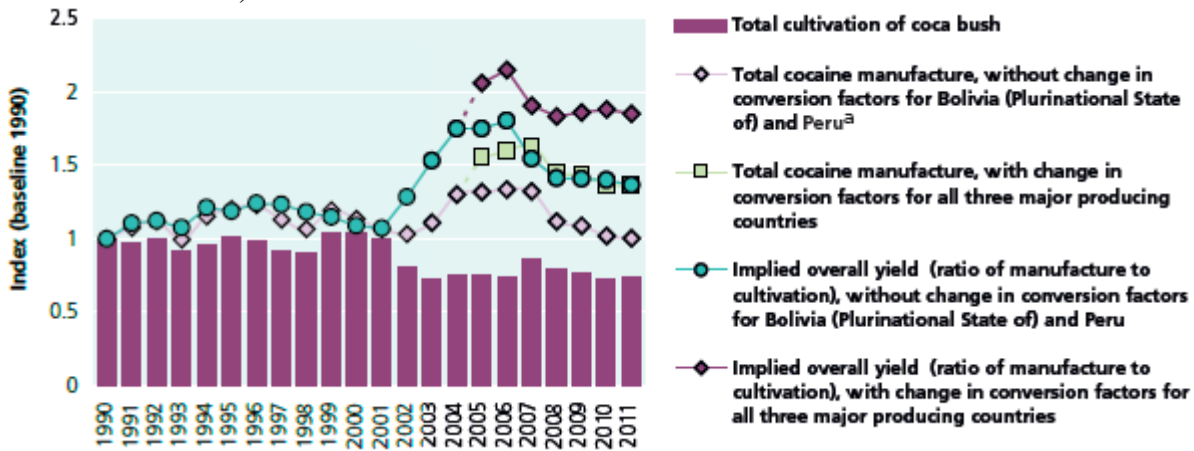
Colombia y el Perú, por otra parte, registraron pequeños aumentos de la superficie de cultivo del arbusto de coca. No obstante, ese escaso aumento nominal de la superficie en Colombia debería interpretarse con cautela, ya que es imposible determinar con la metodología aplicada si la cifra de 2011 fue estadísticamente diferente de la de 2010. En Colombia se estimó que la fabricación de cocaína fue algo más baja en 2011 que en 2010, puesto que el rendimiento por hectárea de hoja de coca fresca disminuyó de 4,6 t en 2010 a 4,2 t en 2011 y, por consiguiente, la producción total de hoja de coca fresca se redujo un 14% a 263.800 t en 2011.

Por primera vez se presenta una estimación del cultivo del arbusto de coca en el Perú con una fecha de referencia del 31 de diciembre a fin de mejorar la comparabilidad de las cifras de cultivo entre los países⁸⁴. En esta estimación se tiene en cuenta la erradicación que tuvo lugar después de la adquisición de imágenes de satélite, la principal fuente de datos para estimar la superficie de cultivo

⁸⁴ Véase un examen de distintos conceptos relativos al área o superficie de cultivo y del efecto de la erradicación en la comparabilidad en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*, págs. 59 a 61.

de coca, así como el final del año de la encuesta. En ella se representa la superficie neta de cultivo del arbusto de coca existente el 31 de diciembre en el Perú (62.500 ha), que es inferior a las estimaciones basadas en las imágenes de satélite tomadas en los meses anteriores (64.400 ha).

Gráfico 46. Comparación de las tendencias a largo plazo del cultivo de arbusto de coca y de la fabricación de cocaína, 1990-2011



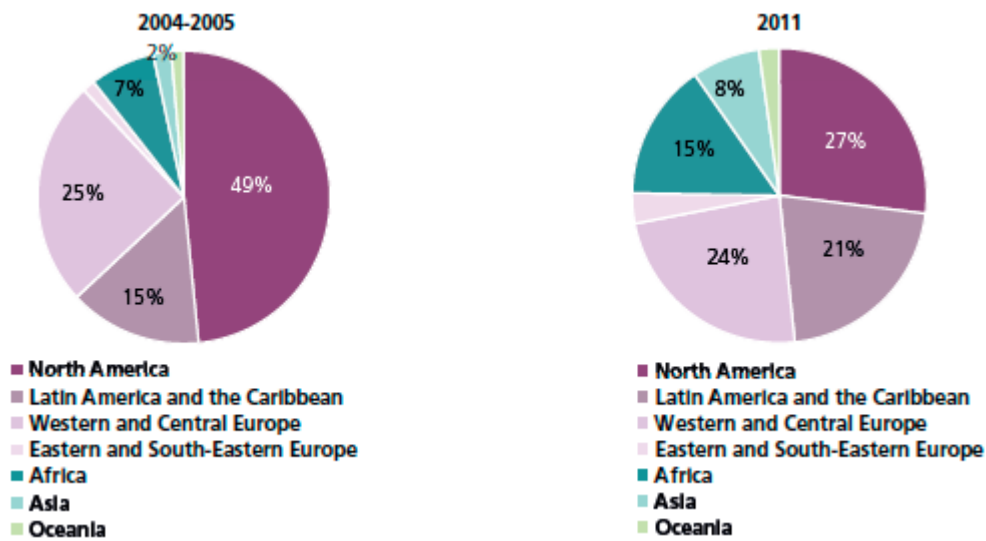
Fuente: Programa internacional de vigilancia de cultivos de la UNODC.

^a A partir de 2005 se han aplicado nuevos factores de conversión a Colombia. Aunque la transición puede haber sido progresiva, la UNODC considera que los nuevos factores denotan los aumentos reales de eficiencia en la fabricación de cocaína en Colombia. El valor de 2004, que representa un aumento importante, se basa en los factores de conversión antiguos.

Dado que Colombia también emplea el concepto de la superficie neta de cultivo del arbusto de coca al 31 de diciembre, resulta más fácil comparar las estimaciones entre los dos países. No obstante, para mantener la coherencia de las series históricas de estimaciones en las comparaciones con años anteriores, en la estimación mundial de cultivo de arbusto de coca se utilizó la superficie estimada publicada anteriormente que fue interpretada a partir de las imágenes de satélite.

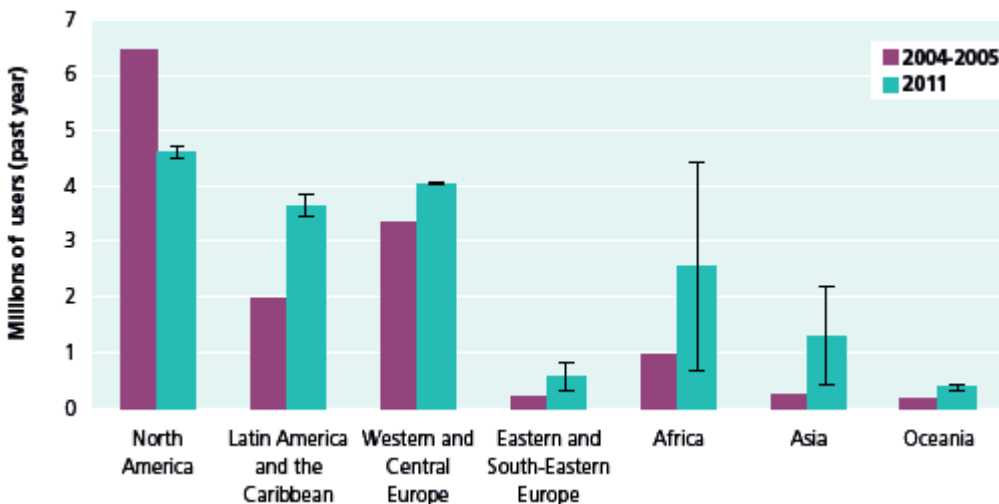
La comparación de las tendencias a largo plazo del cultivo del arbusto de coca y de la fabricación de cocaína señala que el descenso observable en la superficie total de cultivo registrada entre 2001 y 2003, que determinó fundamentalmente una transición entre dos períodos relativamente estables (antes y después de 2002), fue compensado por un aumento de la eficiencia en la cadena de producción del clorhidrato de cocaína basada en el arbusto de coca. De hecho, aunque la superficie total de cultivo estimada en 2011 constituyó las tres cuartas partes del nivel de 1990, la cantidad de cocaína fabricada en 2011 fue como mínimo tan alta como la registrada en 1990 según la estimación más baja; la estimación más alta equivalió a un aumento de poco más de una tercera parte. Las estimaciones de cultivo y fabricación suponen un rendimiento global medio de 4,2 kg de cocaína por hectárea de arbusto de coca en el período 1990-2001, y un margen de variación medio de 5,1 a 6,8 kg por hectárea en el período 2009-2011.

Gráfico 47. Distribución de consumidores de cocaína (prevalencia anual), cifras de 2011 en comparación con cifras del período 2004-2005



Fuente: Estimaciones de la UNODC.

Gráfico 48. Número de personas que han consumido cocaína en el año anterior, cifras de 2011 en comparación con cifras del período 2004-2005



Fuente: Estimaciones de la UNODC.

Tendencias mundiales de los principales indicadores de la demanda

Las últimas estimaciones de la UNODC indican que 17 millones de personas consumieron cocaína al menos una vez en el año anterior, lo que equivale a un 0,37% de la población mundial de 15 a 64 años (a partir de 2011). Durante un largo período la demanda mundial de cocaína estuvo dominada por dos mercados de consumo principales: América del Norte y Europa occidental y central. Se supone que estos mercados representan hoy en conjunto aproximadamente la mitad de los consumidores de cocaína del mundo. El alcance del consumo de cocaína parece haberse contenido recientemente en estos dos mercados bien establecidos. No obstante, la comparación del número actualmente estimado de consumidores de cocaína con el número de consumidores registrados en el período 2004-2005 (véase *Informe Mundial sobre las Drogas 2006*, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.06.XI.10), basada en la información de que disponía la UNODC en el

momento, indica un aumento importante en África, Asia, Oceanía, América Latina⁸⁵ y el Caribe y Europa oriental y sudoriental⁸⁶.

Varios factores pueden estar contribuyendo al aumento de la importancia de los mercados de África, Asia, Oceanía, América Latina y el Caribe y Europa oriental y sudoriental. Además de los factores sociales, psicológicos y culturales que pueden influir en el consumo de una sustancia ilícita como la cocaína, otro factor que puede repercutir en el alcance del consumo de esta droga –o, en realidad, en el consumo de cualquier otra droga– es el denominado efecto de desbordamiento, mediante el cual la fácil disponibilidad de una droga, los precios relativamente bajos y la proximidad a la fuente de producción y los países de tránsito pueden incidir en el aumento del consumo. En el caso de la cocaína, esto también puede aplicarse en particular a América Latina y, en menor medida, a África occidental y central. Las últimas estimaciones de la UNODC indican que, en 2011, América Latina, el Caribe y África daban cuenta en conjunto de 6,2 millones de consumidores (o el 36% del total mundial).

Otro factor que podría determinar cambios de la demanda tiene que ver con la distribución geográfica de la población mundial. Los mercados relativamente estables de Europa occidental y central y América del Norte representan solo el 14% de la población mundial de 15 a 64 años, de manera que incluso un cambio insignificante de la tasa de prevalencia fuera de estos mercados puede originar un cambio importante de la demanda mundial. La UNODC estima tasas de prevalencia anual de 1,3% con respecto a América del Sur, del 0,43% a África y de 0,05% a Asia, regiones que unidas representan aumentos importantes en comparación con su evaluación de estas tasas con respecto al período 2004-2005 (0,7%, 0,2%, 0,01%, respectivamente). Las tasas de prevalencia de Asia y África siguen siendo bajas en comparación con los mercados de cocaína establecidos, de modo que no puede descartarse un potencial de crecimiento aún mayor.

Un factor conexo que podría impulsar la demanda de cocaína (o de cualquier otra droga), si todos los demás factores permanecen constantes, es el notable crecimiento de la población mundial y el consiguiente aumento del número de consumidores potenciales. En efecto, dada la relativa estabilidad de las tasas de prevalencia, la población mundial parece ser, en sí misma, un indicio razonable del número de consumidores de cocaína. No obstante, la repercusión de ese aumento puede verse más en el número absoluto de consumidores que en su distribución geográfica; a pesar de que los países de Asia y África suelen mostrar tasas de crecimiento demográfico más altas que los países de América del Norte y Europa occidental y central, la proporción de la población mundial de 15 a 64 años de Asia y África en conjunto se mantuvo en el 74% en 2005 y todavía no había alcanzado el 75% en 2011.

Las estimaciones anuales de la prevalencia del consumo de cocaína evidencian en parte la magnitud del consumo de cocaína, aunque estas cifras deben complementarse con otras informaciones. Cabe señalar, en primer lugar, que la disponibilidad de datos de África y Asia es limitada, en parte porque el consumo de cocaína en estas regiones hasta la fecha ha sido reducido y se ha restringido a unos cuantos países y, por tanto, no ha sido percibido posiblemente como una amenaza importante; de ahí que los niveles de incertidumbre correspondientes sean en especial pronunciados. En segundo lugar, los cambios en las estimaciones pueden haber sido impulsados en parte por las mejoras de la metodología de la UNODC y por las nuevas estimaciones nacionales disponibles. En tercer lugar, el consumo medio *per capita* de cocaína entre los consumidores debe determinarse tomando en cuenta la importante variación existente en la cultura dominante entre los distintos países y la evolución de las modalidades de consumo de diferentes formas de cocaína (como la cocaína *crack* a diferencia de las sales de cocaína), en los modos afines de administración (la droga puede inhalarse, fumarse o

⁸⁵ Según la clasificación utilizada por la UNODC, México se incluye con América del Norte y no con América Latina.

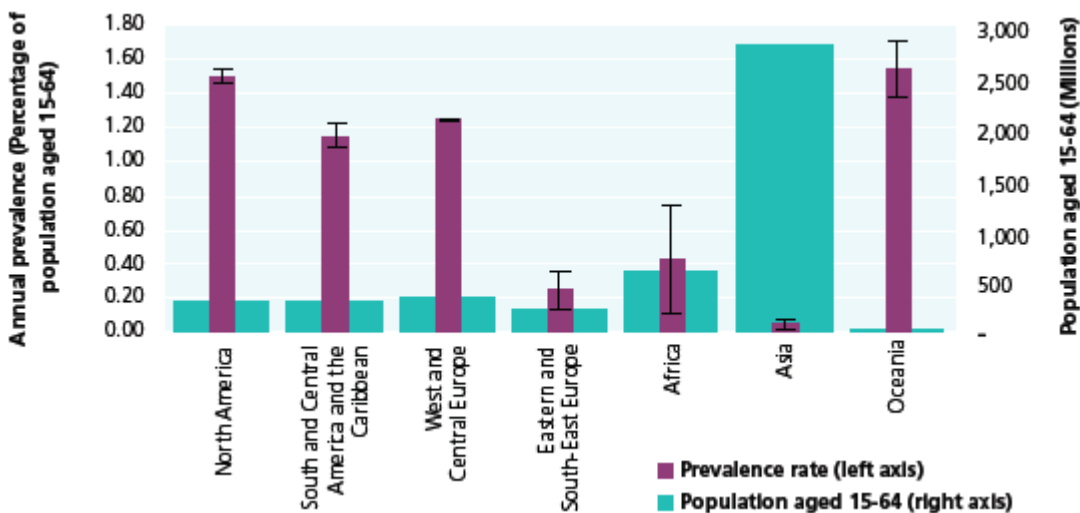
⁸⁶ También puede observarse un aumento moderado del número de consumidores en Europa occidental y central, pero se cree que esto no responde a la tendencia reciente a más corto plazo.

inyectarse) e incluso en la índole del producto consumido, si se tienen en cuenta informes que indican que la cocaína cada vez se adultera más y se corta con una diversidad de sustancias.

Por lo general se considera que el consumo de cocaína predomina más en los sectores más acomodados de la sociedad y en los países más ricos. Como ya se ha señalado, en el alcance del consumo de la cocaína pueden haber influido numerosos factores y tal vez la riqueza no sea uno de los principales; existen ejemplos de países ricos con tasas de prevalencia bajas, y de países menos ricos con tasas de prevalencia más altas. Además, en algunas formas de cocaína, sobre todo de cocaína base, que se consumen en América del Sur, una dosis típica resulta mucho menos costosa que una dosis típica de sal de cocaína. No obstante, aunque se trata de macroindicadores, la comparación de las estimaciones nacionales de las tasas de prevalencia con el producto interno bruto (PIB) *per capita* sugiere que, pese a que es difícil determinar una relación entre estas variables a nivel mundial, en ciertas agrupaciones regionales, sobre todo en las que tienen mercados de consumo menos establecidos o en desarrollo, tal vez no sea totalmente infundada la idea de una correlación entre la renta disponible y el consumo de cocaína. En términos más generales, tal vez sea posible observar ese tipo de vínculo en ciertos grupos de países en que se observa una relativa uniformidad en otros parámetros de importancia, como los geográficos, históricos e incluso culturales. Si en realidad hubiera que demostrar una asociación entre el aumento de la renta disponible y el riesgo del consumo de cocaína, independientemente de los demás factores coadyuvantes, de nuevo el resultado apuntaría a Asia, en que varios países densamente poblados registran un comportamiento económico sólido y sostenido, como una región expuesta a un mayor consumo potencial de cocaína.

No obstante, también otros aspectos socioeconómicos pueden resultar válidos; por ejemplo, en el caso de los países europeos con un mercado de cocaína establecido, el índice de desarrollo humano parece ser más pertinente que el PIB. Aunque los datos no son concluyentes, sugieren que quizás se justifique una investigación más exhaustiva de las relaciones entre el consumo de drogas ilícitas y los parámetros socioeconómicos.

Gráfico 49. Población mundial de 15 a 64 años y correspondiente prevalencia anual del consumo de cocaína, 2011



Fuente: Estimaciones de la UNODC (tasas de prevalencia); Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (datos de población).

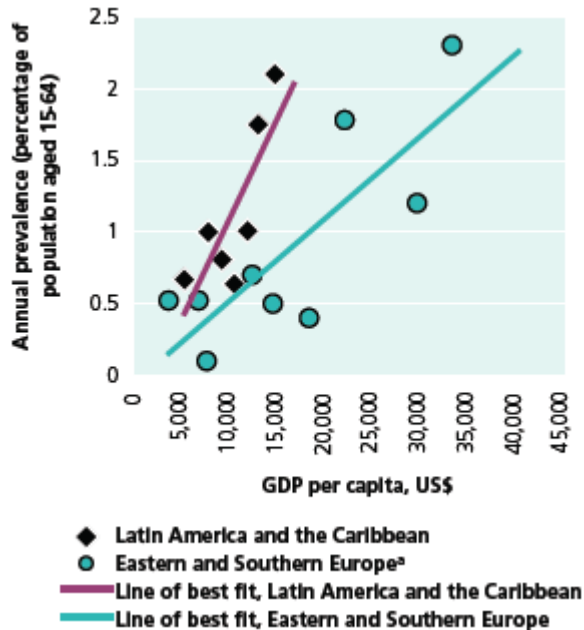
Comparación entre la oferta y la demanda

La tendencia a largo plazo del número de consumidores de cocaína en el mundo indica un aumento gradual, impulsado en gran medida por el crecimiento de la población mundial. Resulta interesante observar que, pese a las fluctuaciones debidas a la evolución registrada a corto plazo en los países clave (Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú), las estimaciones parecen indicar que la cantidad total de cocaína fabricada ha guardado proporción con la demanda a la larga.

A los breves lapsos en que el aumento de la fabricación pareció superar la demanda o ser insuficiente para satisfacerla en relación con el número de consumidores, siguieron las correcciones en sentido contrario, de manera que el equilibrio más amplio entre la oferta y la demanda se mantuvo en términos generales.

La evolución a más corto plazo en los últimos años está menos clara por la incertidumbre de las estimaciones de fabricación recientes asociadas con la introducción de otros factores de conversión para Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú. Las estimaciones más altas (que evidencian los factores de conversión más altos) sugerirían que las estimaciones de la cantidad de cocaína fabricada se mantuvieron casi a tono con la demanda mundial, aun cuando la tendencia fuera a la reducción de los niveles de fabricación a corto plazo; si, en cambio, las estimaciones más bajas reflejan la realidad, parecería que la oferta mundial ha estado por debajo de la demanda mundial durante un importante intervalo de tiempo⁸⁷.

Gráfico 50. Prevalencia de la cocaína en comparación con el producto interno bruto (*per capita*), 2009-2011

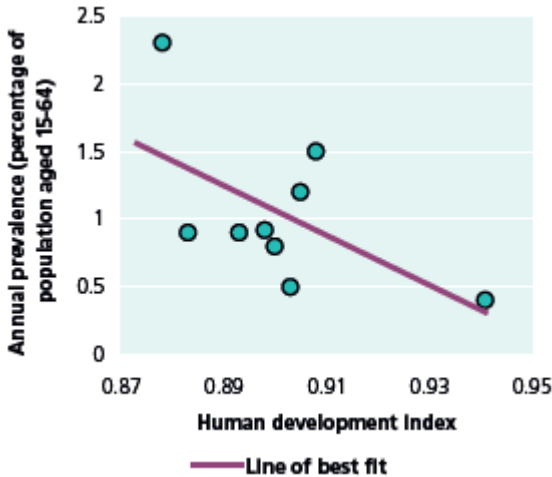


Fuente: UNODC (tasas de prevalencia); y FMI (producto interno bruto *per capita*).

^a Clasificación del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Estadísticas.

⁸⁷ Cabe señalar que en este análisis solo se recoge el número de consumidores de cocaína y las estimaciones mundiales de fabricación de cocaína, y no forzosamente las cantidades consumidas a nivel mundial o las cantidades disponibles para el consumo. Estas dependen también de otros factores como el consumo *per capita*, las incautaciones y la pureza de la cocaína incautada. La consideración de estos elementos exigiría un conocimiento más profundo y detallado de los parámetros, aunque probablemente daría lugar al ajuste a la baja de la tendencia de la oferta y también de la demanda.

Gráfico 51. Prevalencia de la cocaína en comparación con el índice de desarrollo humano en los países europeos con un mercado de consumo establecido^a, 2009-2011



Fuente: UNODC (tasas de prevalencia); y PNUD (índice de desarrollo humano).

^a Alemania, Dinamarca, España, Francia, Irlanda, Islandia, Noruega, Países Bajos y Suiza. No se pudieron obtener datos agregados de prevalencia relativos al Reino Unido.

En América del Sur y Centroamérica, donde las cantidades incautadas y el número de consumidores de cocaína se expresan como proporción de los totales mundiales, la incautación ciertamente supera el consumo, en consonancia con el papel de estas regiones como lugares de origen y tránsito. En los mercados de consumo estables y bien establecidos de América del Norte y Europa occidental y central, la relación se invierte pero la discrepancia es moderada y la proporción del consumo de cocaína solo es, a lo sumo, poco más del doble que la de la incautación de cocaína (en el caso de Europa occidental y central). Por otra parte, en los mercados en desarrollo y posiblemente en los mercados emergentes, el consumo de cocaína supera con creces la incautación; en otras palabras, la cantidad de cocaína incautada por consumidor es muy inferior a la de América del Norte o Europa occidental y central (véase el gráfico 54).

Las tendencias de la incautación total confirman el panorama de estabilidad o descenso de las principales regiones de producción, consumo y tránsito, mientras que se registra una marcada tendencia ascendente en regiones donde el consumo de cocaína ha estado limitado hasta el momento, sobre todo África oriental, Europa oriental, Asia meridional y Asia oriental y sudoriental. También se registró un fuerte incremento en Oceanía, especialmente en Australia, donde el consumo de cocaína ya es importante.

Cambio en el consumo de cocaína en América

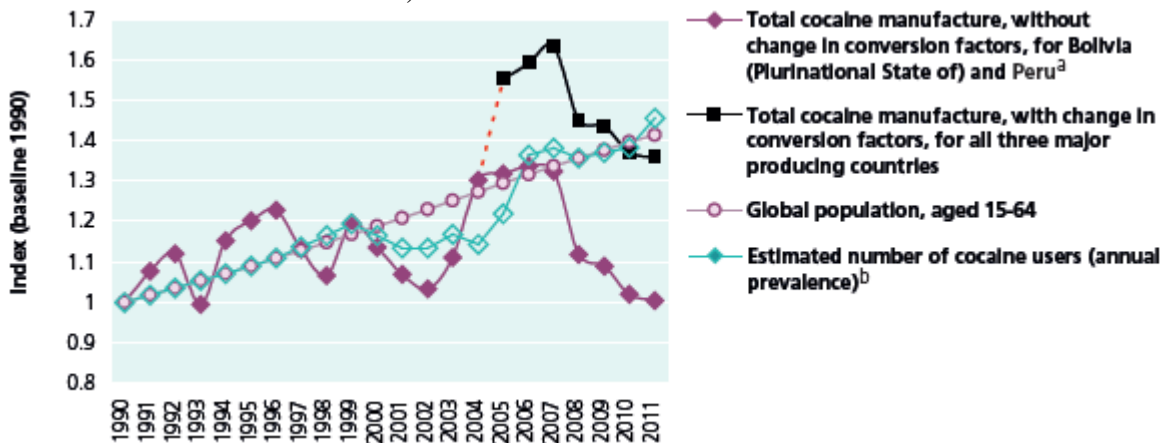
Persiste el contrabando de grandes cantidades de cocaína desde América del Sur, sobre todo desde Colombia hacia los Estados Unidos y el Canadá, con el Ecuador, México y países de Centroamérica como países de tránsito. Sin embargo, el mercado de cocaína de los Estados Unidos parece haber sufrido una caída considerable, tanto en la cantidad de incautaciones como en la prevalencia anual del consumo de cocaína, que registraron un máximo en 2006 y desde entonces una tendencia paralela descendente, con excepción de un repunte de la incautación de cocaína en 2011. La pureza media de la cocaína incautada en los Estados Unidos disminuyó de modo significativo entre 2006 y 2009 a nivel minorista (del 74% al 47%, en cantidades de 2 g o menos) y más alto en la cadena de distribución (del 84% al 71% en cantidades mayores de 50 g); además, los niveles reducidos persistieron en 2010 y 2011, solo con un ligero repunte en el sector minorista (en 2011, estos niveles medios de pureza se situaron en el 52% y el 71%, respectivamente). Aunque los precios ajustados en función de la pureza a nivel minorista alcanzaron su máximo en 2009, a partir de 2011

se mantuvieron más altos que en el período 2002-2006, incluso después de ajustarse por la inflación⁸⁸.

Es probable que los trastornos en la cadena de suministro debidos a la intervención de los organismos de represión, así como a otras causas, como la violencia entre los carteles, contribuyeran en gran medida a reducir la disponibilidad de cocaína en el destino y se acercaran las incautaciones al lugar de origen (en los Estados Unidos descendieron casi en el mismo momento que Colombia registró un aumento). El desglose de las incautaciones de cocaína en Colombia también indica que la ruta del Atlántico ha cobrado importancia en comparación con la ruta del Pacífico. Las incautaciones practicadas por las autoridades de los Estados Unidos a lo largo de la frontera sudoccidental aumentaron en el período 2008-2011; en cambio, las incautaciones en México en 2010 y 2011 siguieron constituyendo aproximadamente una quinta parte de la cifra máxima de 2007.

El Brasil, con las extensas fronteras terrestres que comparte con los tres principales países de origen de la cocaína, una población numerosa, niveles importantes de consumo de sal de cocaína y cocaína *crack* y un largo litoral que facilita el acceso al Océano Atlántico para el tráfico hacia África y Europa, desempeña un importante papel en el mercado mundial de cocaína como país de destino y tránsito.

Gráfico 52. Comparación de las tendencias a largo plazo de los principales indicadores mundiales de la oferta y la demanda de cocaína, 1990-2011

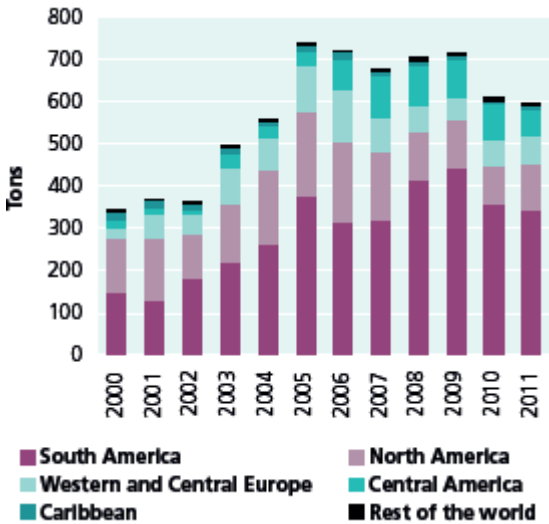


Fuente: programa internacional de vigilancia de cultivos de la UNODC (estimaciones de fabricación) y estimaciones (tasas de prevalencia); Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (datos de población).

^aA partir de 2005 se han aplicado nuevos factores de conversión a Colombia. Aunque la transición puede haber sido progresiva, la UNODC estima que los nuevos factores denotan aumentos reales de eficiencia en Colombia. El valor de 2004, que representa un aumento significativo, se basa en los factores de conversión antiguos.

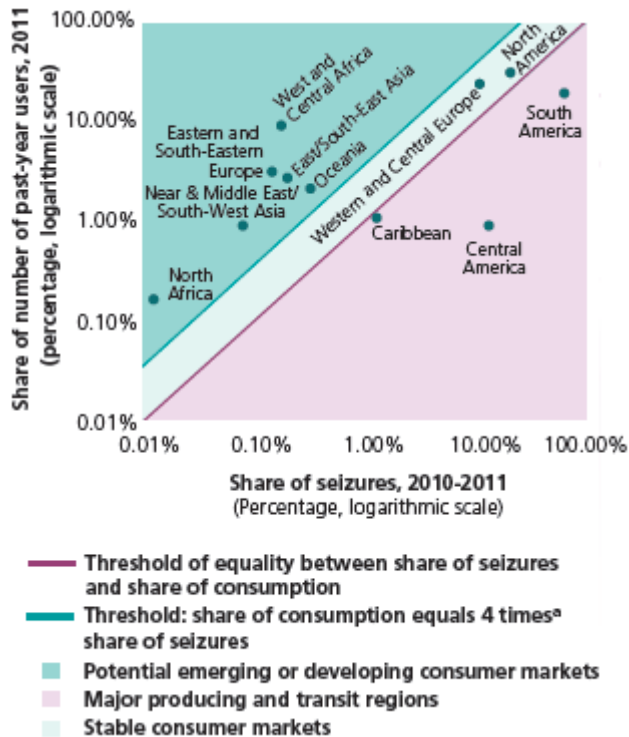
^bNo se pudieron obtener estimaciones directas de años anteriores a 1996. En relación con el período 1990-1995, se supone que la tasa de prevalencia se mantuvo constante al nivel de 1996.

Gráfico 53. Incautación de cocaína a nivel mundial, 2000-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Gráfico 54. Comparación de las incautaciones de cocaína y el número de consumidores de cocaína, como proporción del total mundial, por subregiones



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales y estimaciones (número de consumidores).

^a Este valor se elige empíricamente más que en función de consideraciones teóricas.

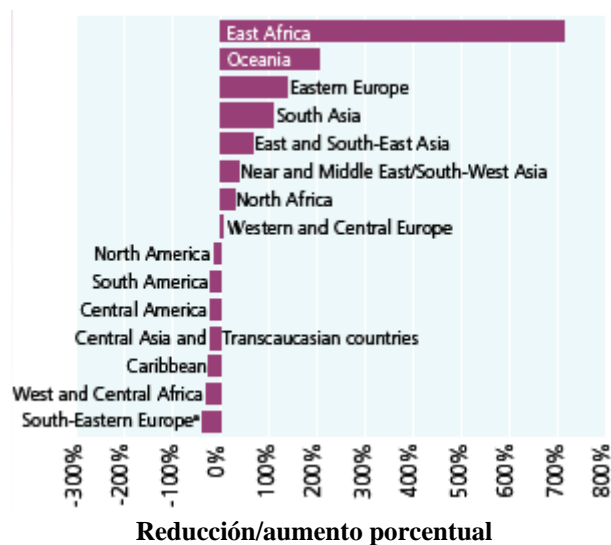
En 2011 más de la mitad de la cocaína incautada en el Brasil procedió del Estado Plurinacional de Bolivia (54%), seguido del Perú (38%) y Colombia (7,5%)⁸⁹. El Estado Plurinacional de Bolivia, el único país entre los tres principales países de origen que carecen de acceso directo al mar, señaló al Brasil como el principal destino previsto de la cocaína incautada.

⁸⁹ Respuestas del Brasil al cuestionario para los informes anuales relativas a 2011.

El Brasil también notificó un incremento del consumo de cocaína en la población general. Según un estudio⁹⁰ efectuado entre estudiantes universitarios de las 27 capitales estatales del Brasil, la prevalencia anual del consumo de cocaína en esos estudiantes se situaba en el 3%. La prevalencia estimada del consumo de cocaína en la población general se estima en el 1,75% y también coincide con la tendencia de consumo cada vez mayor de cocaína en el Brasil.

El Brasil también es un lugar de tránsito de las remesas de cocaína que se transportan a África occidental y central y Europa, sobre todo la Península Ibérica. Parece ser que los lazos lingüísticos y culturales con Portugal y los países de habla portuguesa de África influyen en este fenómeno, ya que el Brasil aparece más a menudo que España como país de procedencia de las distintas remesas de cocaína incautadas por Portugal. En el caso de las incautaciones comunicadas por Portugal, la frecuencia del Brasil como país de procedencia también aumentó de manera pronunciada de 2008 a 2009.

Gráfico 55. Tendencias de la incautación de cocaína, 2010-2011 en comparación con 2008-2009, por subregiones



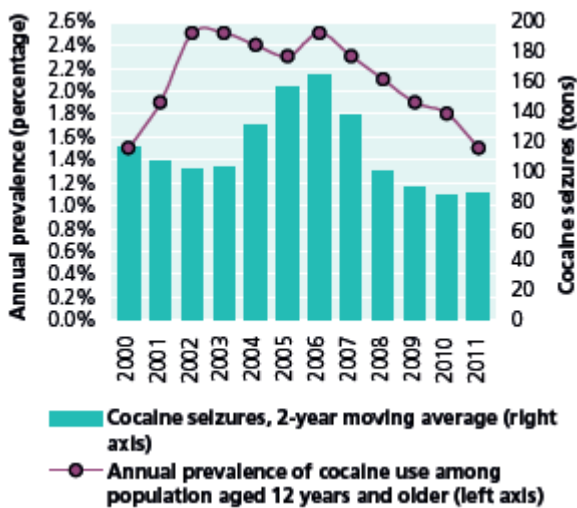
Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Nota: No se incluye la subregión de África meridional por no disponerse de datos.

^a El descenso registrado en Europa sudoriental se debe principalmente a una sola gran incautación realizada en Rumania en 2009, y tal vez no refleje forzosamente la tendencia del tráfico de cocaína en Europa sudoriental.

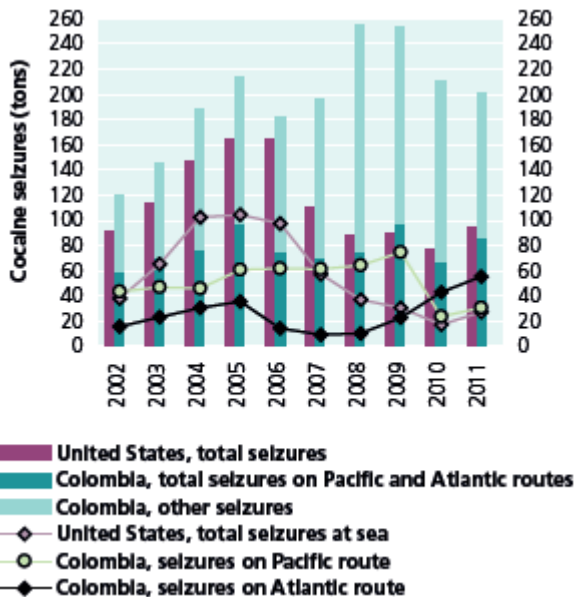
⁹⁰ Brasil, Secretaría Nacional de Políticas de Drogas, *1st Nationwide Survey on the Use of Alcohol, Tobacco and other Drugs among College Students in the 27 Brazilian State Capitals* (Brasilia, 2010).

Gráfico 56. Prevalencia anual del consumo de cocaína e incautación de cocaína en los Estados Unidos, 2000-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Gráfico 57. Incautación de cocaína en los Estados Unidos y Colombia, 2002-2011

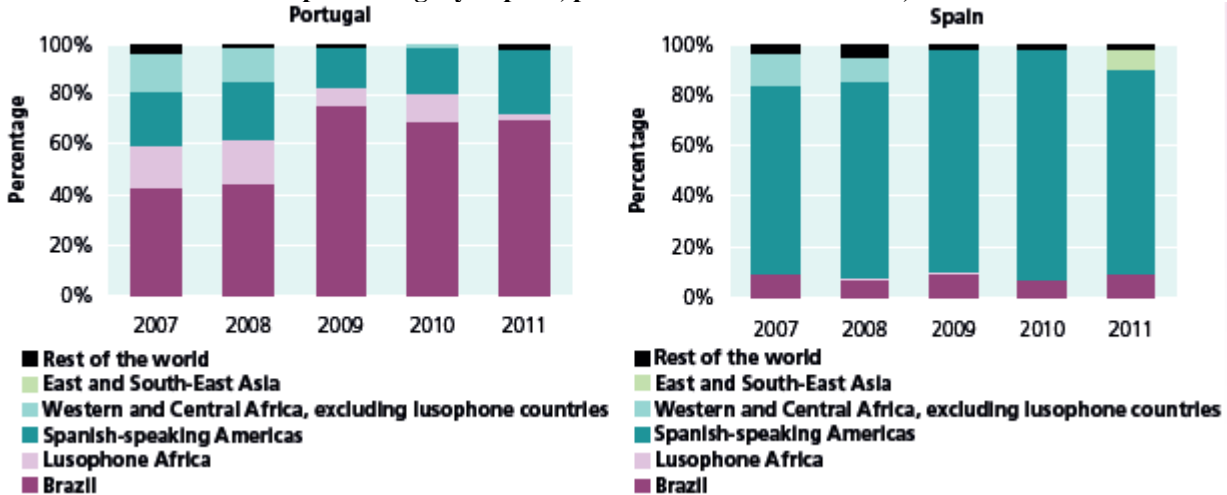


Fuente: datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Evolución en Europa

Paralelamente a la tendencia registrada en los Estados Unidos, la incautación de cocaína en Europa occidental y central descendió rápidamente del nivel máximo de 2006 y parece haberse estabilizado a un nivel más bajo. A partir de 2008 se observó una tendencia análoga en la pureza media estimada de la cocaína, según los datos sobre precios y pureza de 14 países de Europa occidental y central. Sin embargo, las estimaciones de los precios ajustados en función de la pureza en estos países indican que la reducción de la disponibilidad no fue tan pronunciada como en los Estados Unidos; además, el precio ajustado en función de la pureza en Europa occidental y central sigue siendo moderadamente más alto que en los Estados Unidos. Los datos sobre la prevalencia de algunos de los principales países consumidores de Europa occidental corroboran la situación general de declive del mercado de cocaína. Con todo, otras partes de Europa con un mercado limitado de cocaína han mostrado signos de su posible surgimiento como países de consumo o tránsito.

Gráfico 58. Distribución de países de procedencia de distintas incautaciones de drogas del tipo de la cocaína comunicadas por Portugal y España, por número de incautaciones, 2007-2011



Fuente: UNODC, base de datos sobre distintas incautaciones de drogas.

Nota: Se pide a los países que presenten informes que aporten información sobre el país en que se obtuvieron las drogas (o en el caso de envíos no acompañados, el país de salida). Para los fines de este gráfico, ese país se considera como el lugar de procedencia de la droga. No obstante, también se pide a los países que provean información sobre el país de origen, es decir, el lugar en que se produjeron o fabricaron las drogas. En los casos en que el país en que se obtuvieron las drogas no se especifica, o coincide con el país que efectuó la incautación, el país de origen se considera como el lugar de procedencia. A fin de reflejar las tendencias del tráfico transnacional, se excluyen los casos en que el lugar de procedencia coincide con el país que efectuó la incautación, o en que no se dispone de información sobre la procedencia.

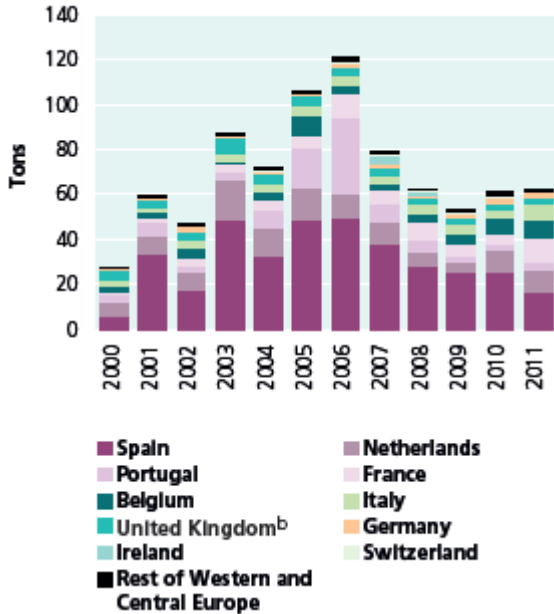
En España, importante país de tránsito y consumo de la cocaína en Europa, se registró una evolución similar a la observada en los Estados Unidos, ya que las incautaciones se redujeron de manera sostenida entre 2006 y 2011 y las estimaciones de prevalencia correspondientes a 2009 y 2011 también indicaron un acusado descenso. Los datos sobre prevalencia de Inglaterra y Gales también mostraron un descenso de una tasa de prevalencia anual entre la población de 16 a 59 años del 3,0% en 2008-2009 a 2,2% en 2011-2012.

El consumo y tráfico de cocaína en Europa oriental y sudoriental ha sido limitado hasta el momento. No obstante, algunos países de estas regiones han registrado recientemente aumentos o fluctuaciones en la incautación de cocaína. Turquía atribuyó el reciente aumento de la incautación de cocaína a su papel como país de destino y, últimamente, como país de tránsito. Los informes sobre la procedencia de la cocaína en 2010 y 2011 de Albania, Austria, Bulgaria, Hungría, Polonia, Rumania, Serbia, Turquía y Ucrania, en conjunto, apuntan a la posible aparición de rutas de tráfico de cocaína que, en cierta medida, se solapan con la ruta balcánica establecida para el tráfico de heroína y se utilizan para transportar cantidades limitadas de cocaína a Europa central y oriental.

El solapamiento entre las rutas de tráfico de cocaína y heroína puede empezar en Turquía, o posiblemente también más cerca del destino, como el puerto de Constanta en Rumania. Austria ha informado, basándose en las incautaciones de drogas efectuadas en 2011, de que el 10% de la cocaína fue introducida en su territorio a través de la ruta balcánica. Según las autoridades turcas⁹¹, algunas organizaciones grandes de Turquía conocidas por haber estado involucradas en el tráfico de heroína en el pasado han reorientado sus operaciones en parte al contrabando de cocaína. Además de las incautaciones practicadas en los aeropuertos, los organismos de represión de Turquía efectuaron incautaciones más voluminosas de cocaína en contenedores y embarcaciones en 2011.

⁹¹ Policía Nacional de Turquía, Departamento de lucha contra el contrabando y la delincuencia organizada, *Informe de Turquía sobre la lucha contra el contrabando y la delincuencia organizada: 2011* (Ankara, marzo de 2012).

Gráfico 59. Incautación de cocaína^a en Europa occidental y central, 2000-2011

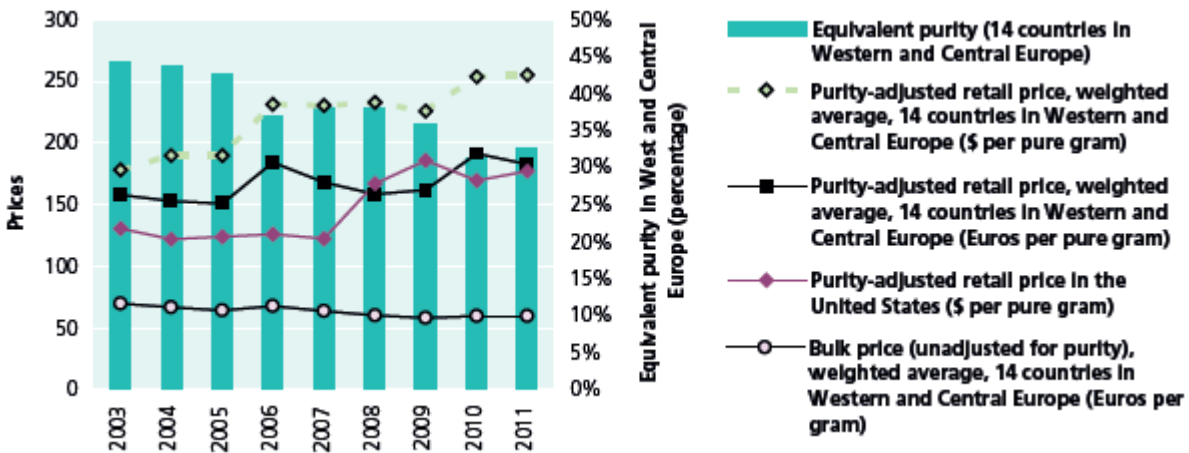


Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a Se incluyen sales de cocaína, cocaína base, pasta y *crack*.

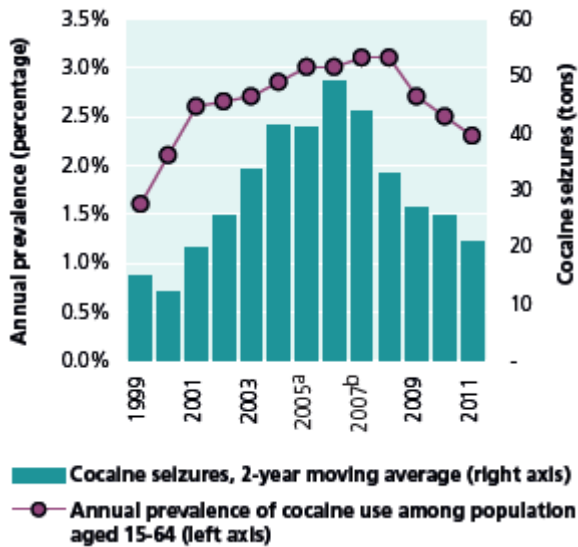
^b En 2011 la cantidad relativa al Reino Unido abarca Inglaterra y Gales solamente (y se refiere al ejercicio económico 2011/12).

Gráfico 60. Precios al por menor de cocaína en los Estados Unidos y Europa occidental y central, 2003-2011



Fuente: Estimaciones basadas en el cuestionario para los informes anuales y datos de la Europol y la United States Office of National Drug Control Policy.

Gráfico 61. Prevalencia anual del consumo de cocaína e incautación de cocaína en España, 1999-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales; cuestionario para los informes anuales y EMCDDA (datos de prevalencia).

^a Solo se pudo obtener una estimación de la prevalencia respecto del período de referencia 2005-2006.

^b Solo se pudo obtener una estimación de la prevalencia respecto del período de referencia 2007-2008.

La procedencia de la cocaína introducida en Europa a lo largo de esta ruta parece variar. La cocaína suele transitar por África antes de llegar a Europa sudoriental, y la participación de nacionales de África occidental es frecuente. En otros casos, los traficantes obtienen la cocaína directamente de América del Sur, a menudo del Brasil. También se han incautado cantidades limitadas aunque no insignificantes de cocaína en la República Árabe Siria, el Líbano y, sobre todo, Israel, que registró un aumento en 2011; de ahí que no pueda excluirse la existencia de un vínculo entre esta nueva ruta y el Cercano Oriente y el Oriente Medio.

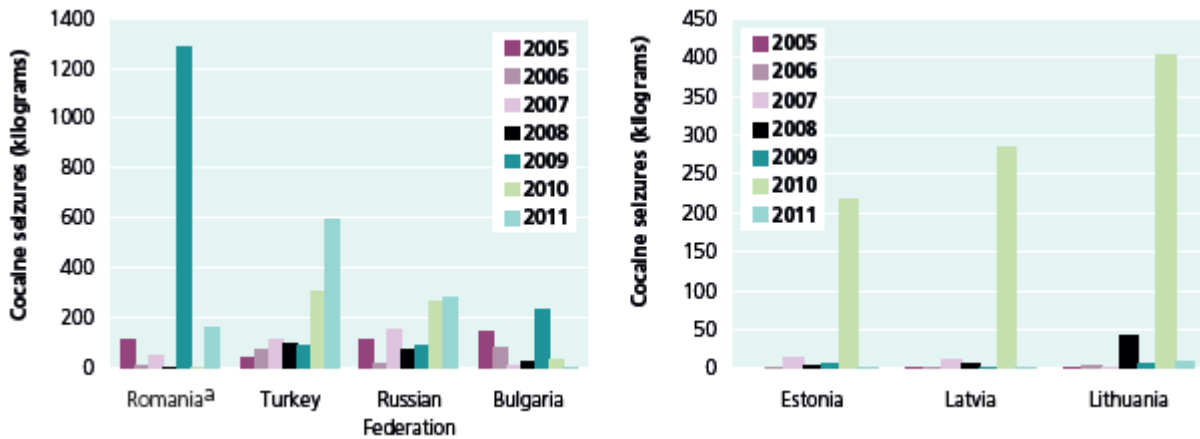
Otra zona de Europa que ha mostrado signos de una posible expansión del mercado de la cocaína es la de los países del Báltico. Estonia, Letonia y Lituania registraron, cada una, un aumento de la incautación de cocaína en 2010, que supuso el tráfico de importantes cantidades hacia estos países por mar. Los informes indican que parte de la cocaína introducida en los Estados del Báltico se transporta a Europa oriental y posiblemente a Escandinavia. Basándose en los criterios de expertos, Estonia comunicó recientes aumentos del consumo de cocaína en su propio mercado de consumo.

Mercado en expansión en Oceanía

La incautación de cocaína en Oceanía alcanzó nuevos máximos en 2010 y 2011, impulsada principalmente por las cantidades comunicadas por Australia. El Canadá, además de ser uno de los principales países de tránsito de la cocaína, fue calificado por Australia y Nueva Zelandia como país de tránsito de importantes cantidades de cocaína que llegan a su territorio. A juzgar por el número de casos, el Reino Unido, los Estados Unidos y Tailandia también fueron países de embarque destacados en las detecciones de cocaína realizadas en las fronteras de Australia en el ejercicio económico 2010/11.

Australia registró un número creciente de incautaciones de todo tipo de drogas, de modo que la tendencia ascendente posiblemente sea atribuible a cambios en las actividades de represión más que a la disponibilidad de cocaína. No obstante, la tasa de prevalencia anual de consumo de cocaína entre la población de 14 años o más se estimó en un 2,1% en 2010, frente al 1,6% en 2007 y el 1,0% en 2004. Ello sugiere que el mercado de consumo de cocaína en Australia se ha expandido y no hay pruebas que indiquen que la tendencia creciente se haya estabilizado.

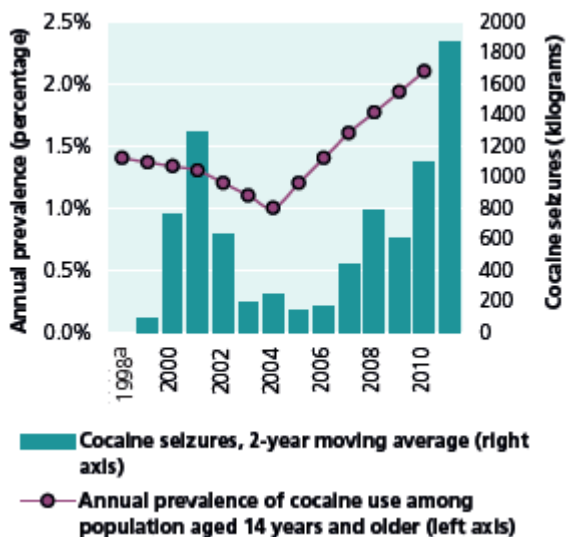
Gráfico 62. Incautación de cocaína en determinados países de Europa con mercados de cocaína antes limitados que registraron aumentos o fluctuaciones recientes, 2005-2011



Fuente: datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a El alto nivel de incautación en Rumania en 2009 se debió fundamentalmente a una única gran incautación efectuada en el puerto de Constanta.

Gráfico 63. Prevalencia anual del consumo de cocaína e incautación de cocaína en Australia, 1999-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a No se pudieron obtener los datos de incautación de Australia correspondientes a 1997; de ahí que no pudiera calcularse la media del período 1997-1998.

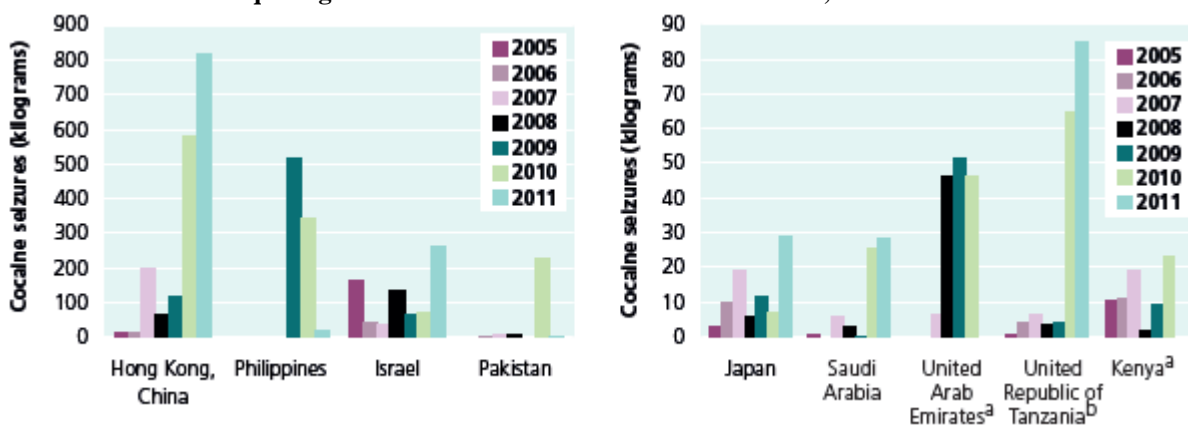
Posibles mercados emergentes en África y Asia

En general, el consumo de cocaína en África sigue siendo limitado en comparación con los mercados de América y Europa occidental y central. Desde hace algún tiempo Sudáfrica y Nigeria tienen un amplio mercado de consumo de cocaína y ambas se destacan como países de tránsito. En 2007 África occidental había asumido un importante papel como centro de reexportación de la cocaína que se traficaba de América del Sur a Europa. Si bien es probable que la importancia de este papel haya menguado desde entonces, el mercado de cocaína puede haberse vuelto más complejo en África. Los nacionales de África occidental se siguen destacando entre los traficantes y las redes organizadas de contrabando de cocaína (así como de otras drogas) que se extienden a varios destinos. Es probable que en las rutas de África occidental a Europa se hayan abandonado los vuelos a aeropuertos europeos y las rutas marítimas hacia el norte a lo largo de la costa africana que predominaban en 2007 y que el interés se haya centrado en las rutas de tráfico terrestre. La disponibilidad de cocaína en África occidental y a lo largo de las rutas de tráfico terrestre quizás haya impulsado también el aumento del consumo de cocaína en África occidental y septentrional;

en el período 2009-2011 Argelia, Burkina Faso, Côte d'Ivoire y Marruecos comunicaron aumentos del consumo de cocaína basados en los criterios de expertos, y los últimos cambios comunicados por Ghana y el Togo (en relación con 2008) también indicaron el aumento cada vez mayor del consumo de cocaína.

La tasa de prevalencia en Kenya, aunque probablemente aún más baja que en Nigeria o Sudáfrica, supone un mercado de consumo importante, y hay indicios de que África oriental puede haber cobrado mayor importancia como región de destino o tránsito. La República Unida de Tanzania comunicó la incautación de 65 kg en 2010, cifra que, aunque pequeña, supera de manera considerable las registradas en años anteriores. Aunque no se pudieron obtener datos exhaustivos de la República Unida de Tanzania con respecto a 2011, el total parcial había ascendido a 85 kg en abril de 2011. No está claro si estas cantidades estaban previstas para el mercado de consumo de África oriental o posiblemente para otros destinos.

Gráfico 64. Incautación de cocaína en determinados países de África y Asia con mercados de cocaína antes limitados que registraron aumentos o fluctuaciones recientes, 2005-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a No se pudieron obtener datos de incautación exhaustivos correspondientes a 2011 respecto de los Emiratos Árabes Unidos y Kenia.

^b En 2011 la cantidad de la República Unida de Tanzania solo abarca de enero a abril.

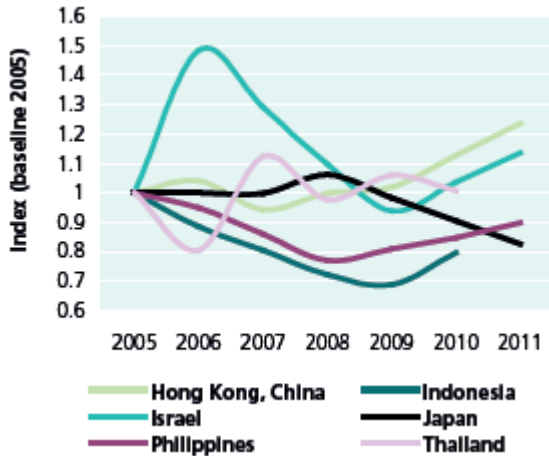
Tampoco estuvo clara la procedencia de la cocaína de África oriental, pero cabe decir que además de África occidental, la región del Golfo, con un mercado limitado aunque posiblemente en aumento, también ha surgido como lugar de origen potencial. En los Emiratos Árabes Unidos y la Arabia Saudita ha aumentado la incautación de cocaína en los últimos años. Uganda, así como Polonia y Tailandia, se refirieron a los Emiratos Árabes Unidos como país de tránsito de la cocaína incautada que fue introducida en su territorio en 2011, y el Yemen mencionó las Comoras como lugar de destino. Qatar también fue señalado como país de tránsito por el Japón, que a su vez ha incrementado sus incautaciones de cocaína.

Entre los mercados con posibilidades de que aumente el alcance del consumo de cocaína, el de Asia oriental y sudoriental plantea sin duda el mayor riesgo de expansión. La incautación en Hong Kong (China) se elevó bruscamente a casi 600 kg en 2010 y en 2011 llegó a alcanzar 800 kg. Según las autoridades de Hong Kong (China)⁹², entre las incautaciones recientes hubo casos únicos en que la carga ascendió a 649 kg, 567 kg y 147 kg. En 2011 se registró un aumento de algo más del 10% en el número de consumidores de cocaína registrados, y hubo 11 casos de elaboración en pequeña escala para obtener cocaína *crack* (probablemente a partir de sal de cocaína). Filipinas también ha incautado cantidades relativamente abundantes de cocaína en los últimos años, parte de las cuales

⁹² Informe nacional de Hong Kong (China), presentado en la 36ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, Asia y el Pacífico, Bangkok, 30 de octubre a 2 de noviembre de 2012.

fue recuperada de un envío probablemente dirigido a Hong Kong (China). Tailandia, país con un gran mercado de consumo de estimulantes (concretamente estimulantes de tipo anfetamínico) pero, hasta la fecha, con un consumo limitado de cocaína, también mencionó a Filipinas entre los países de tránsito de la cocaína introducida en su territorio, además del Pakistán, otro país que registró un nivel de incautación inusualmente alto en 2010. Un estudio reciente sobre el consumo de drogas en el Pakistán confirma el surgimiento de un consumo limitado de cocaína en ese país⁹³.

Gráfico 65. Tendencias de los precios al por menor de cocaína ajustados en función de la inflación, en moneda local, determinados países y territorios de Asia, 2005-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales e información proporcionada por los gobiernos (precios), FMI (índices de precios de consumo).

A pesar de estos indicios de un mercado emergente de cocaína indefinido, los datos limitados de precios provenientes de los países de Asia no sugieren aumentos importantes de la disponibilidad (aunque serían compatibles en algunos casos con una posible subida de la demanda), con la posible excepción del Japón, donde el precio típico al por menor en 2011 disminuyó moderadamente entre 2008 y 2011.

Centroamérica: tráfico de drogas y violencia

La cocaína ha sido objeto de tráfico a través de Centroamérica durante décadas, pero la importancia de la región para la circulación de cocaína se acrecentó después de 2000 y nuevamente después de 2006, tras un aumento de las medidas de represión antidroga en México. Aunque la corriente de cocaína a través de la región bajó de manera acentuada en el período 2006-2011, parte de ella se desplazó a Centroamérica a medida que los traficantes buscaban otras rutas, en particular a lo largo de la frontera entre Guatemala y Honduras. En esa búsqueda a menudo establecieron relaciones de cooperación con grupos locales de la delincuencia organizada, que llevaban largo tiempo involucrados en una serie de actividades delictivas, incluso en el tráfico de drogas, la extorsión y el contrabando de migrantes. Este hecho parece haber intensificado la competencia entre los grupos locales y propiciado el aumento de la violencia en algunas zonas.

La correlación entre las zonas de tráfico disputadas y las altas tasas de homicidio se hace más evidente en Guatemala y Honduras. Algunas de las zonas más violentas se encuentran a lo largo de la costa hondureña, en ambas partes de la frontera entre Guatemala y Honduras, así como a lo largo de las fronteras con Belice y México.

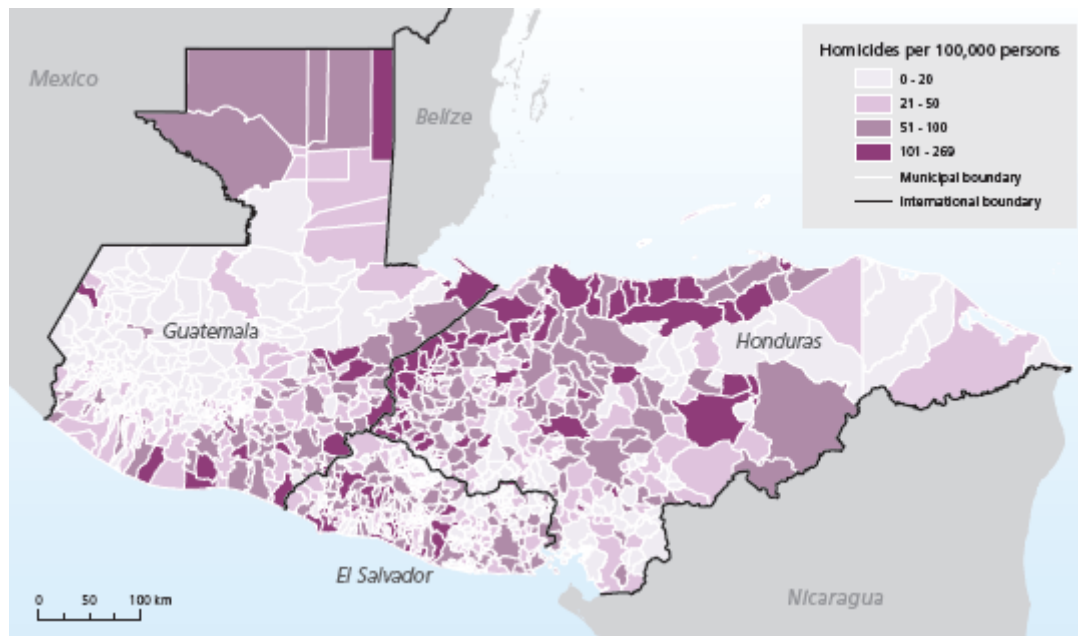
⁹³ UNODC y el Pakistán, “Drug use in Pakistán 2013: technical summary report”.

Tasas de homicidio en el norte de Centroamérica, 2000-2011



Fuente: Base de datos de la UNODC sobre homicidios.

Tasas de homicidio por zonas municipales del norte de Centroamérica, 2011



Fuente: UNODC, Transnational Organized Crime in Central America and the Caribbean: A Threat Assessment (septiembre de 2012).

F. MERCADO DE ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO

Las nuevas sustancias psicoactivas se han convertido en un fenómeno mundial

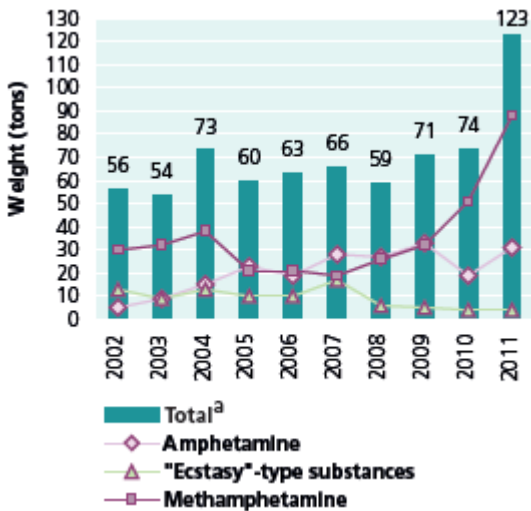
La variedad de nuevas sustancias psicoactivas que se venden en los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico está en su punto máximo y supera el número de sustancias comprendidas actualmente en el ámbito de aplicación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. La cuestión de las nuevas sustancias psicotrópicas se trata con amplitud en el capítulo II.

La incautación de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel mundial ha alcanzado los niveles más altos jamás registrados

La incautación de estimulantes de tipo anfetamínico ha alcanzado nuevos máximos: 123 t en 2011 frente a 74 t en 2010, es decir, un aumento del 66%. La incautación se incrementó en todas las regiones, en que Asia, América del Norte y Europa registraron aumentos drásticos.

El aumento global de la incautación de estimulantes de tipo anfetamínico se debe fundamentalmente a la creciente incautación de metanfetamina, que aumentó en un 73% de 51 t en 2010 a 88 t en 2011. La cifra más alta de incautación fue notificada por México, donde se duplicó con creces, de 13 t a 31 t, y sobrepasó por primera vez la de los Estados Unidos, donde se incautaron 23 t en 2011, en comparación con 15 t en 2010. La incautación aumentó bruscamente en América (28 t a 54 t), Asia (21 t a 32 t) y Europa (576 kg a 2 t).

Gráfico 66. Incautación de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel mundial, 2002-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a Se incluye la incautación de anfetamina, sustancias tipo éxtasis, metanfetamina, estimulantes de tipo anfetamínico no especificados, otros estimulantes y estimulantes de venta con receta. En las categorías de otros estimulantes y estimulantes de venta con receta, solo se incluyen los casos comunicados por peso o volumen.

La metanfetamina representa el 71% de la incautación de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel mundial y, al igual que en años anteriores, los países de América del Norte comunicaron la mayor parte de las incautaciones de metanfetamina en el mundo (61%). Tras un aumento significativo de la incautación de metanfetamina en México en 2010, esta se duplicó nuevamente de 13 t a 31 t y lo convirtió en el país en que se incautara más metanfetamina. Asia oriental y sudoriental también sigue absorbiendo una parte importante del mercado mundial de metanfetamina; China (10 t en 2010 a 14 t en 2011), Indonesia (354 kg a 1 t), Malasia (920 kg a 1 t) y Tailandia (6 t a 10 t) comunicaron las mayores incautaciones de la subregión.

Categorías de nuevas sustancias psicoactivas vendidas en el mercado mundial

Canabinoides sintéticos: Agonistas de los receptores de cannabinoides que producen efectos semejantes a los del *delta-9-tetrahidrocannabinol* (THC), el principal componente psicoactivo del cannabis. Los cannabinoides sintéticos a menudo se mezclan con productos de origen vegetal y se venden como *Spice*, *K2*, *Kronic*, etc.

Catinonas sintéticas: Análogos y derivados de la catinona, sustancia objeto de fiscalización internacional y uno de los componentes activos de la planta khat. Por lo general tienen efectos estimulantes y a menudo contienen NSP como la mefedrona y la metilendioxiropivalerona (MDPV).

Ketamina: Anestésico para uso humano y veterinario que actúa como estimulante en dosis bajas y alucinógeno en dosis altas. Es una de las NSP más difundidas en Asia.

Fenilaminas: Este grupo contiene sustancias asociadas con la anfetamina y la metanfetamina y en general produce efectos estimulantes. No obstante, la modificación de estos compuestos puede traducirse en alucinógenos potentes como el Bromo-Dragonfly.

Piperazinas: Estas sustancias se suelen vender como éxtasis por sus propiedades estimulantes del sistema nervioso central. Las sustancias de este grupo que se comunican con más frecuencia son la N-bencilpiperazina (BZP) y la 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP).

Sustancias de origen vegetal: Este grupo incluye plantas con propiedades psicoactivas. Las que se comunican con más frecuencia son:

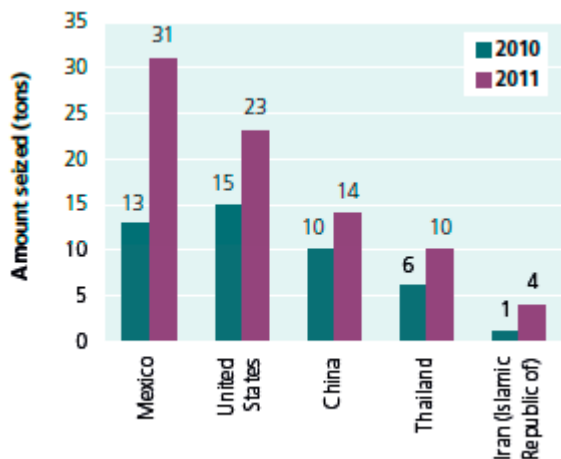
Kratom (*Mitragyna speciosa*), planta originaria de Asia sudoriental que contiene el alcaloide mitraginina, un estimulante a dosis bajas y sedante a dosis altas.

Salvia divinorum, planta autóctona de zonas boscosas de Oxaca (México), que contiene el ingrediente activo salvinatorin A, una sustancia alucinógena.

Khat (*Catha edulis*), planta originaria del Cuerno de África y la península arábiga. La masticación de la hoja de la planta produce la segregación de los estimulantes catinona y catina.

Otras sustancias: Entre ellas se incluyen los aminoindanos (estimulantes), las sustancias del tipo de la fenciclidina (alucinógenos) y las triptaminas (alucinógenos).

Gráfico 67. Países que comunicaron los mayores volúmenes de incautación de metanfetamina, 2010-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

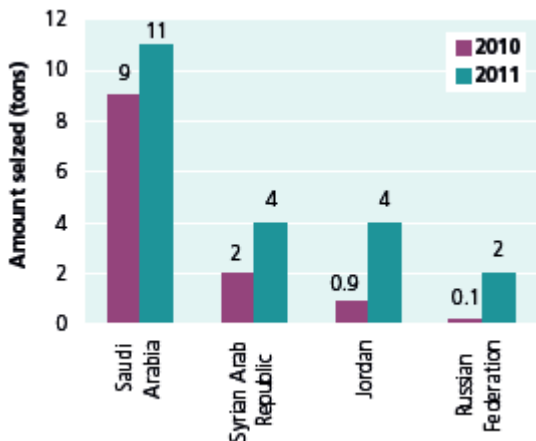
Gráfico 68. Metanfetamina incautada a nivel mundial y en América del Norte, 2002-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Todas las regiones comunicaron el descubrimiento y desmantelamiento de laboratorios de metanfetamina. Los Estados Unidos siguen comunicando las cifras más elevadas que se cuadruplicaron de 2.754 laboratorios en 2010 a 11.116 en 2011. En América del Norte, México y el Canadá se notificaron 159 y 35 laboratorios respectivamente, cifras que mostraron una tendencia ascendente en relación con 2010. Además, se comunicó el descubrimiento y desmantelamiento de 350 laboratorios en países de Europa, en su mayoría en la República Checa, donde se descubrieron 338 laboratorios. Para agravar la situación, algunos países han comunicado por primera vez la aparición de nuevos laboratorios de metanfetamina. Bélgica informó del desmantelamiento de uno y en la Federación de Rusia se desmantelaron otros cuatro de esos laboratorios. En Polonia se confirmó la reaparición de laboratorios de este tipo tras descubrirse dos por primera vez desde 2007. La fabricación clandestina también está teniendo lugar en Oceanía, en que Nueva Zelanda notificó 109 laboratorios de metanfetamina.

Gráfico 69. Países que comunicaron los mayores volúmenes de incautación de anfetamina, 2010-2011



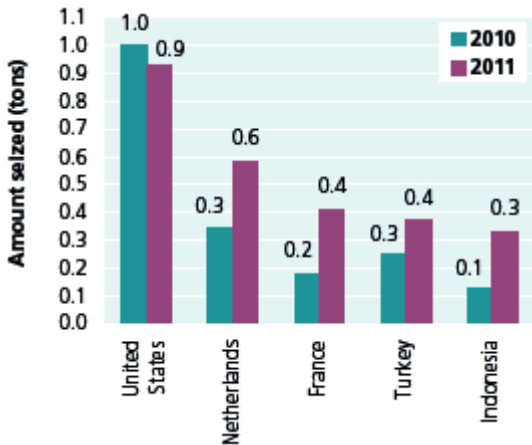
Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Nota: Con excepción de la Federación de Rusia, que comunicó la incautación en “forma de polvo”, todos los demás países que figuran en este cuadro incautaron anfetaminas en forma de comprimidos (en su mayoría Captagon).

Las incautaciones de anfetamina también fueron en aumento en 2011 y las más importantes tuvieron lugar en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y Asia sudoccidental, que se elevaron de 14 t en 2010 a 20 t en 2011. Al igual que en años anteriores, la cifra de incautación de anfetamina más alta se registró en la Arabia Saudita (11 t), la República Árabe Siria (4 t) y Jordania (4 t). La incautación total aumentó un 55%, de 20 t en 2010 a 31 t en 2011, luego de un descenso en 2010. Todas las regiones comunicaron incrementos. En Europa, sobre todo en la Federación de Rusia, la incautación de anfetamina ascendió de 142 kg en 2010 a más de 2 t en 2011. Se informó de que aumentó la actividad de los laboratorios en Belarús, donde fueron incautados nueve laboratorios en 2011 después de no haberse notificado ninguno en 2010 y dos en 2009. En el plano mundial, el número de laboratorios de anfetamina comunicado permaneció mayormente estable al descubrirse 131 laboratorios en 2011 en relación con 103 en 2010. Europa representó la mayor parte de los laboratorios (69 laboratorios) incautados en el mundo. Con respecto a la región del Cercano Oriente y el Oriente Medio, donde se efectúa la mayoría de las incautaciones de anfetamina en el mundo, el Líbano informó de la incautación de tres laboratorios que fabricaban anfetamina base y dos laboratorios de Captagon⁹⁴.

⁹⁴ Captagon fue inicialmente el nombre comercial de la fenetilina, un estimulante sintético. Los análisis de comprimidos de Captagon incautados indican que estos contienen en su mayoría anfetamina y otros ingredientes como la cafeína y la teofilina.

Gráfico 70. Países que comunicaron los mayores volúmenes de incautación de sustancias tipo éxtasis, 2010-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

En México hay indicios de una posible fabricación de éxtasis, con la incautación de 2.500 litros de safrol, uno de los principales precursores de la MDMA, en un aeropuerto en 2011 y tres remesas de safrol notificadas como sospechosas desde junio de 2010⁹⁵. En este país se han incautado grandes cantidades de metilamina, sustancia química no incluida en las listas, que puede utilizarse para fabricar éxtasis y metanfetamina y se informa de que a mediados de 2011 la incautación ascendió en total a 154.000 litros⁹⁶. El número de laboratorios de éxtasis siguió siendo estable (39 laboratorios) y Oceanía, Asia oriental y sudoriental y América del Norte fueron las principales regiones que comunicaron la existencia de laboratorios de éxtasis.

En lo que se refiere a la incautación, el nivel mundial de incautación de éxtasis ha sido estable o decreciente desde 2008. La incautación de sustancias tipo éxtasis disminuyó un 5% en 2011 y se situó en 3,6 t frente a 3,8 t en 2010, lo que pone de manifiesto la reducción del número de incautaciones notificadas por el Canadá y China. Con todo, la incautación aumentó en Europa y Oceanía. La mayoría del éxtasis fue incautada en los Estados Unidos, los Países Bajos y Francia.

El aumento de la incautación de la metanfetamina cristalina en Asia oriental y sudoriental apunta a un mercado más diversificado de estimulantes de tipo anfetamínico

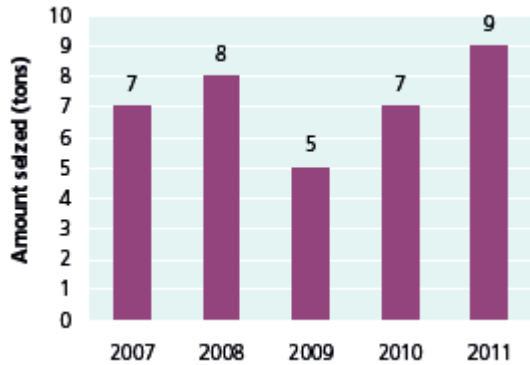
Tradicionalmente los comprimidos de metanfetamina son los estimulantes de tipo anfetamínico más difundidos en Asia oriental y sudoriental. En 2011, empero, la incautación de metanfetamina cristalina alcanzó su nivel máximo de los últimos cinco años, indicio de que este mercado se ha hecho más diversificado. En 2011 se incautó en la región un total de aproximadamente 8,8 t de metanfetamina cristalina, o sea, un aumento del 28% en relación con unas 7 t incautadas en 2010. En el año se comunicaron incautaciones sin precedentes en varios países. En 2011 se incautó en Malasia más de 1 tonelada de metanfetamina cristalina, lo que representa un aumento del 39% con respecto a 2010 y el total más alto jamás notificado por el país. Indonesia incautó más de 1 tonelada de metanfetamina cristalina en 2011, el total máximo comunicado en los últimos cinco años. La incautación en Tailandia alcanzó un máximo de más de 1 tonelada en 2011, cifra mucho más alta que los 706 kg incautados en 2010. También comunicaron incautaciones sin precedentes Camboya

⁹⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *Drug Markets Report: A Strategic Analysis*.

⁹⁶ *Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas: Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.4).

(19 kg) y Singapur (14 kg), aunque las cantidades incautadas fueron comparativamente bajas en relación con los niveles regionales. La incautación más cuantiosa de metanfetamina cristalina se dio en China, donde las más de 4 t incautadas en 2011 representaron la mitad del total regional.

Gráfico 71. Incautación de metanfetamina cristalina en Asia oriental y sudoriental, 2007-2011

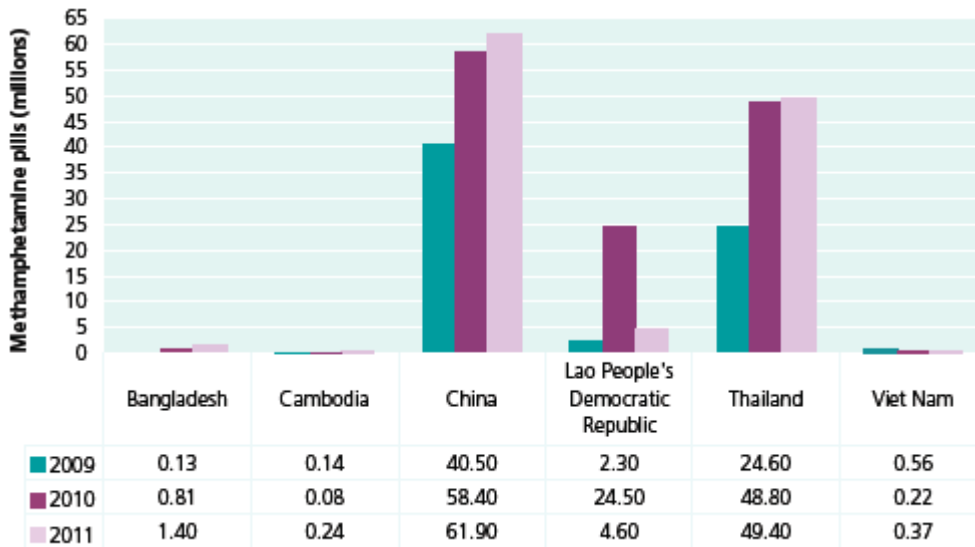


Fuente: Información basada en los datos recabados por la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico, incluidos los datos relativos a Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, el Japón, Malasia, Myanmar, la República de Corea, la República Democrática Popular Lao, Singapur, Tailandia y Viet Nam.

Con respecto a los comprimidos de metanfetamina (“yaba”) el estado oriental de Shan en Myanmar sigue siendo un lugar de origen clave en la región. En 2011 las autoridades de Myanmar incautaron un pequeño número de prensas para comprimidos y equipo conexo empleado para fabricar comprimidos de metanfetamina en dos instalaciones distintas de fabricación clandestina de metanfetamina⁹⁷. Sin embargo, el bajo número de operaciones de fabricación desmanteladas no coincide con la gran cantidad de incautaciones practicadas. Los comprimidos de metanfetamina producidos en Myanmar son objeto de tráfico ilícito hacia los países vecinos, sobre todo China, la República Democrática Popular Lao y Tailandia. En menor medida, los comprimidos de metanfetamina también se introducen de contrabando en Bangladesh, donde su incautación ha aumentado de 812.716 en 2010 a 1,4 millones en 2011.

⁹⁷ Ponencia del Comité Central de Fiscalización del Uso Indebido de Drogas de Myanmar presentada en el curso práctico regional del Programa mundial de vigilancia de las drogas sintéticas: análisis, informes y tendencias (SMART), celebrado en Phnom Penh el 24 y el 25 de julio de 2012.

Gráfico 72. Incautación de comprimidos de metanfetamina por países vecinos de Myanmar, 2009-2011

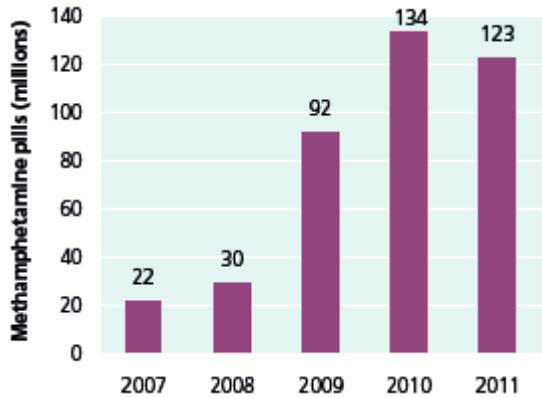


Fuente: Información basada en los datos recabados por la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico, la Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China, la Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes de Tailandia y la Oficina Permanente de Viet Nam sobre las Drogas y el Delito.

En 2011 la incautación de comprimidos de metanfetamina siguió siendo alta en Asia oriental y sudoriental, donde se incautaron en total 122,8 millones. Aunque esta cifra representa una reducción del 9% en relación con los 134,4 millones de comprimidos incautados en 2010, es 33% más alta que la de 92,1 millones de comprimidos incautados en 2009 y cinco veces y media mayor que la cifra de 2007 (22,4 millones de comprimidos incautados).

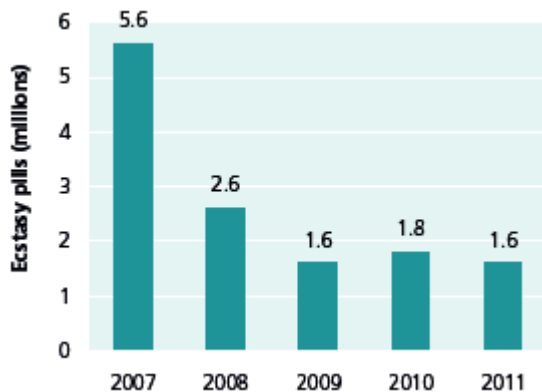
En 2011 el número de comprimidos incautados en China (61,9 millones), Tailandia (49,4 millones), Myanmar (5,9 millones) y la República Democrática Popular Lao (4,6 millones) representó el 98% del total de incautaciones practicadas en el año (igual al que registraron estos cuatro países en 2010). Los mayores aumentos relativos fueron notificados por Camboya (189%), Myanmar (169%) y Singapur (120%), aunque el número de comprimidos de metanfetamina incautados es bajo en comparación con los niveles regionales. Viet Nam también comunicó un gran aumento (65%) de la incautación de comprimidos de metanfetamina en 2011, año en que incautó 366.000 comprimidos de drogas sintéticas, en su mayoría probablemente de metanfetamina. Ahora bien, en el caso de este país se hace difícil establecer comparaciones interanuales sobre la incautación de comprimidos de metanfetamina debido a la irregularidad con que comunica sus datos al respecto.

El éxtasis ha registrado un descenso en los últimos años, pero en 2011 las incautaciones de esta droga indicaron un incremento en Brunei Darussalam, Camboya, Filipinas, Indonesia, el Japón, Malasia, la República de Corea y Tailandia. Se sigue informando de la fabricación de éxtasis en la región, en particular en Indonesia y Malasia. La fabricación en la región ha consistido principalmente en operaciones de prensado y reprensado de comprimidos, aunque se han desmantelado algunas instalaciones de producción de éxtasis en Indonesia. Los aceites ricos en safrol, que pueden servir de precursores en el proceso de fabricación, se siguen enviando de contrabando desde Camboya y China.

Gráfico 73. Incautación de comprimidos de metanfetamina en Asia oriental y sudoriental, 2007-2011

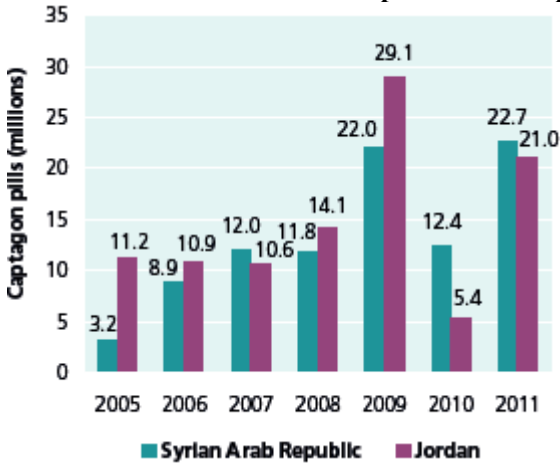
Fuente: información basada en los datos recabados por la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico, incluidos los datos relativos a Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, el Japón, Malasia, Myanmar, la República de Corea, la República Democrática Popular Lao, Singapur, Tailandia y Viet Nam.

En 2011 se dismantelaron en Asia oriental y sudoriental unas 400 instalaciones de fabricación ilícita de drogas sintéticas, que en su mayoría fabricaban metanfetamina. Aunque esta cifra es más baja que el número comunicado respecto de 2010 (442), triplica con creces el número de instalaciones de fabricación ilícita dismanteladas en 2007 (125). China siguió notificando niveles altos, aunque en descenso, de fabricación ilícita de drogas sintéticas y en 2011 incautó 357 de estas instalaciones. No está claro cuántas de estas instalaciones estaban fabricando concretamente metanfetamina. La fabricación ilícita de drogas se ha expandido de las zonas costeras meridionales de China a las zonas septentrionales y centrales del país; en 2011 se dismantelaron instalaciones de fabricación ilícita de drogas en 29 de las 33 provincias, municipalidades y regiones autónomas de China.

Gráfico 74. Incautación de éxtasis en Asia oriental y sudoriental, 2007-2011

Fuente: Información basada en los datos recabados por la Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico, incluidos los datos relativos a Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, el Japón, Malasia, Myanmar, la República de Corea, la República Democrática Popular Lao, Singapur, Tailandia y Viet Nam.

Gráfico 75. Incautación de comprimidos de Captagon en Jordania y la República Árabe Siria, 2005-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

También se desmantelaron laboratorios ilícitos en Camboya, Filipinas, Indonesia, Malasia y Tailandia, que en su mayoría eran pequeños laboratorios móviles más fáciles de reubicar. Malasia también informó de la incautación de una instalación de fabricación ilícita de nimetazepam (Erimin-5), sustancia que suele venderse en el mercado ilícito de estimulantes de tipo anfetamínico⁹⁸.

La incautación de anfetamina, principalmente de Captagon, se acrecienta en el Cercano Oriente y el Oriente Medio

Casi el 64% de la incautación de anfetamina a nivel mundial corresponde al Cercano Oriente y el Oriente Medio. En esta región, a diferencia de otras, la anfetamina es incautada en forma de comprimidos de Captagon. En 2011 comunicaron importantes incrementos la Arabia Saudita, Jordania, Kuwait, Qatar y la República Árabe Siria. Las tres mayores incautaciones en 2011, que ascendieron a 720 kg, 705 kg y 666 kg, se efectuaron en Haditha (Arabia Saudita), en la frontera terrestre con Jordania⁹⁹. La mayor parte de las incautaciones de anfetamina se efectúan en la Arabia Saudita. En 2011 se incautaron 11 t, lo que representa el 37% del total de incautaciones de anfetamina y el 58% de las incautaciones realizadas en el Cercano Oriente y el Oriente Medio.

Gráfico 76. Incautación de anfetamina en la Arabia Saudita, 2005-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

⁹⁸ El nimetazepam es un derivado de la benzodiazepina, sometida a fiscalización en el marco de la Lista IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, que se comercializa con la marca Erimin.

⁹⁹ Organización Mundial de Aduanas, *Customs and Drugs Report 2011* (Bruselas, 2012).

El entorno cambiante de la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico

Los precursores tradicionales se están sustituyendo por precursores alternativos y precursores modificados químicamente que no están sometidos a fiscalización internacional. Para la fabricación de anfetaminas, por ejemplo, en los últimos años se ha incautado en varios países europeos el aducto de bisulfito del precursor esencial de la anfetamina 1-fenil-2-propanona (P-2-P)¹⁰⁰ en forma de polvo blanco que puede transformarse en P-2-P en forma líquida con relativa facilidad. El *alfa*-fenilacetoneitrilo (APAAN), precursor directo de la P-2-P, es otra sustancia no sometida a fiscalización que puede transformarse fácilmente en P-2-P. El APAAN fue descubierto inicialmente en un laboratorio de fabricación de metanfetamina en gran escala de Malasia en 2006 y, desde 2009, se ha incautado en Bélgica, los Países Bajos, Polonia y Turquía. En Polonia se incautaron 700 kg de APAAN en abril de 2011. Los Países Bajos informaron del desmantelamiento de varios laboratorios que transformaban el APAAN en P-2-P.

Cuadro 5. Incautación de metilamina en México, diciembre de 2011

Date	Seizure (tons)	Arriving from	Seized In	Bound for
08.12.11	205	China	Michoacán Port of Lazaro Cardenas	Guatemala Port of Quetzal
09.12.11	23	Turkey	Colima Port of Manzanillo	Guatemala Port of Quetzal
16.12.11	43	China	Baja California	Mexico Obregon, Sonora State
19.12.11	100	China	Michoacán Port of Lazaro Cardenas	Guatemala Port of Quetzal
23.12.11	229	China	Michoacán Port of Lazaro Cardenas	Guatemala Port of Quetzal
26.12.11	21	Peru	Colima Port of Manzanillo	Guatemala Port of Quetzal
28.12.11	120	China	Michoacán Port of Lazaro Cardenas	Guatemala Port of Quetzal

Fuente: México, Secretaría de Marina, 2011.

Nota: Información regional de México: Baja California (norte); Colima (sudoeste); Michoacán (sudoeste); y Sonora (noroeste).

Otra sustancia química que se utiliza ampliamente en la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico y que no está sometida a fiscalización internacional es la metilamina que, junto con el ácido fenilacético o la P-2-P, puede utilizarse en la fabricación ilícita de metanfetamina, o quizás también en la fabricación de MDMA, junto con la 3,4-metilendioxfenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P). En 2011 las autoridades aduaneras de México incautaron un total de 1.400 t de sustancias químicas empleadas para producir metanfetamina. En diciembre de 2011 se notificaron siete incautaciones que comprendían 741 t de metilamina. Se pretendía enviar seis de ellas a Guatemala, que incautó grandes volúmenes de precursores en 2011 y 2012.

En enero de 2012 se incautaron en México 195 t de metilamina, lo que marcó el primer intento de tráfico de precursores de México a Nicaragua y un intento repetido de tráfico a Guatemala. Estas incautaciones pueden indicar un aumento de la actividad de fabricación en Centroamérica y una mayor influencia de las organizaciones mexicanas de tráfico de drogas en el mercado de drogas sintéticas de la región.

La creciente aparición de “pre-precursores” no sometidos a fiscalización, muchos de los cuales tienen pocos usos legítimos conocidos, aparte de la fabricación de precursores sujetos a

¹⁰⁰ La P-2-P se conoce también como benzilmetilcetona (BMK).

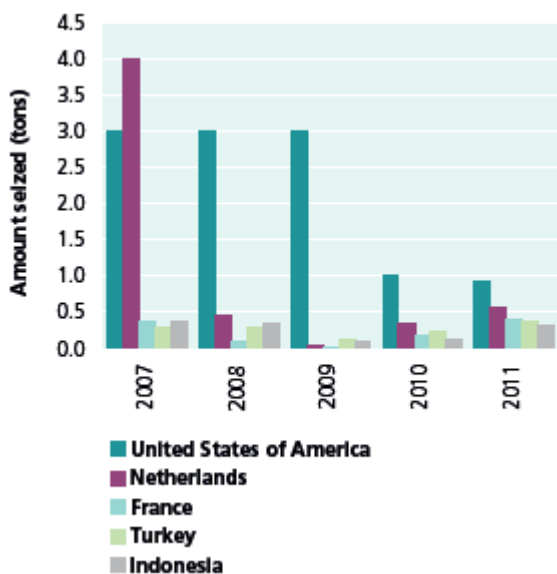
fiscalización, se prevé que sea una tendencia persistente en la incautación a nivel mundial, cuestión que plantea un sinnúmero de nuevos problemas para las autoridades de fiscalización de drogas.

Por ejemplo, para la fabricación de éxtasis, el glicidato de 3-[3'4'-(metilenedioxi)fenil]-2-metil (MMDMG, denominado también glicidato de PMK) es una alternativa a la 3,4-MDP-2-P, precursor sometido a fiscalización internacional conocido como piperonilmetilcetona (PMK). El MMDMG, que no está sometido a fiscalización internacional, se detectó por primera vez en Australia en 2004 y se fabrica a partir del piperonal, que es un precursor de la 3,4-MDP-2-P. En mayo de 2010 se encontró una pequeña cantidad de MMDMG en un laboratorio de éxtasis y metanfetamina de los Países Bajos, junto con instrucciones para su conversión en 3,4-MDP-2-P para la fabricación de éxtasis. En octubre de 2010 las autoridades de Eslovaquia incautaron 200 kg de sustancias químicas, que constituían una mezcla de 3,4-MDP-2-P, piperonal y MMDMG. En marzo de 2011 Dinamarca incautó 800 kg de MMDMG de un envío de carga aérea que supuestamente formaba parte de una serie de envíos con destino a los Países Bajos provenientes de China¹⁰¹. Un laboratorio de conversión, en que se estaba convirtiendo MMDMG en PMK, fue incautado en los Países Bajos en 2011. Según informes, también ha aparecido MMDMG en Bélgica, Estonia y Polonia.

Después de un descenso, la incautación de éxtasis aumentó en 2011 en Europa

En 2011 la incautación de sustancias tipo éxtasis de mayor envergadura se comunicó en Europa, que indicó un aumento de 1,3 t en 2010 a 1,7 t en 2011, y sobrepasó el nivel de incautación de América, que totalizó 1,2 t en 2011. La incautación en América del Norte descendió en los Estados Unidos de 1 t en 2010 a 926 kg en 2011 y en el Canadá de 529 kg en 2010 a 192 kg en 2011. A escala mundial, los Estados Unidos comunicaron el número más alto de incautaciones de sustancias tipo éxtasis, ascendente a 926 kg en 2011, seguidos de los Países Bajos con 583 kg y Francia con 409 kg. Se observaron indicios de una recuperación parcial del mercado de éxtasis en 2011, sobre todo en Francia, donde las incautaciones aumentaron de 180 kg en 2010 a 409 kg en 2011 y en los Países Bajos, en que se elevaron de 343 kg en 2010 y 583 kg en 2011.

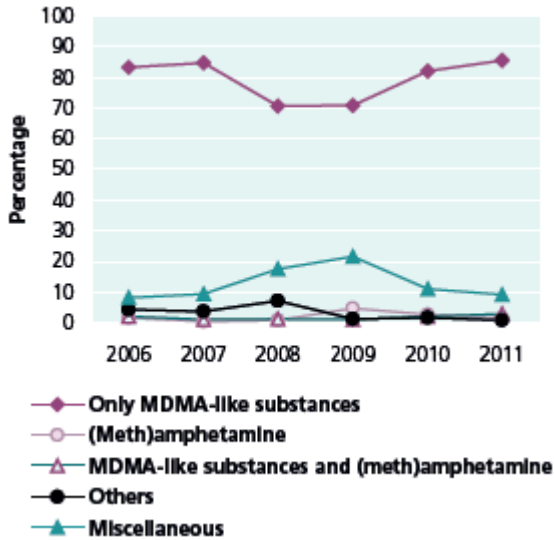
Gráfico 77. Incautación de éxtasis en determinados países, 2007-2011



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

¹⁰¹ *Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas: Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011.*

Gráfico 78. Contenido de los comprimidos vendidos como éxtasis en los Países Bajos, basado en análisis de laboratorio, 2006-2011



Fuente: Instituto Neerlandés de Salud Mental y Tratamiento de las Adicciones, Sistema de Información y Vigilancia de Drogas.

Nota: Los datos de 2011 corresponden a los meses de enero a junio. La categoría “otras” puede incluir muestras con contenido de MDMA y, por ejemplo, cafeína y otras sustancias farmacológicamente activas no incluidas en las listas. En 2009 la categoría “varias” consistió fundamentalmente en mCPP (11,60%) y mefedrona (7,4%); en 2010 y 2011 esta categoría comprendió sobre todo mCPP y cafeína.

Turquía ha surgido como uno de los principales países que incautan éxtasis, donde las cantidades interceptadas fueron aumentando lentamente en el último decenio, y alcanzaron un máximo de 1,7 millones de tabletas de éxtasis (474 kg) en 2005. Luego de experimentar una caída en los años posteriores hasta 2009, la incautación comenzó a aumentar de 251 kg en 2010 a 370 kg en 2011. En este último año el Brasil comunicó las mayores incautaciones de éxtasis desde 1987, que ascendieron a 70 kg; en el último decenio la mayoría de las incautaciones anuales comunicadas por el Brasil se situaron por debajo de 1 kg.

El número de laboratorios de éxtasis desmantelados a nivel mundial descendió de 50 en 2009 a 43 en 2010 y 39 en 2011. El desplazamiento de la actividad de fabricación de Europa a otras regiones se evidencia en la distribución geográfica cada vez más amplia; se comunicó la fabricación de éxtasis en Australia (16), Indonesia (6), Malasia (6), los Estados Unidos (5), el Canadá (4), Francia (1) y Bélgica (1).

Los comprimidos vendidos como éxtasis suelen contener otras sustancias

Una gran proporción de las drogas incautadas que se comercializan en la calle como éxtasis sigue conteniendo sustancias distintas de la MDMA. Las anfetaminas, por ejemplo, se encuentran de ordinario en los comprimidos analizados en España, Luxemburgo y Turquía, según informes del EMCDDA y la Europol¹⁰². En la mayoría de los casos, empero, se trata de nuevas sustancias psicotrópicas, es decir, sustancias no sometidas a fiscalización en virtud de la Convención de 1961 o el Convenio de 1971. La ketamina, por ejemplo, se suele vender como éxtasis en los mercados de Asia oriental y sudoriental. Muchos países de Europa, por otra parte, informan de que la mCPP, sola o con otras sustancias, se encontró en el 20% o más de los comprimidos analizados en Austria, Bélgica, Croacia, Chipre, Dinamarca, Finlandia, Portugal, el Reino Unido y la República Checa.

En Nueva Zelanda se informa de que la 4-metilecatinona (4-MEC) es la sustancia que se encuentra con más frecuencia en los comprimidos vendidos como éxtasis. Los análisis forenses de los comprimidos tipo éxtasis de venta callejera y del polvo utilizado en su fabricación que fueron incautados durante el desmantelamiento de una instalación de fabricación de comprimidos en gran escala y una red de suministro en 2011 y de una instalación conexas en 2012, determinaron la presencia de 4-MEC, 3,4-metilendioxi- α -pirrolidinobutirofenona (MDPBP), eutilona (*bk*-EBDB), *N*-etilamfetamina, *N*-etilcatinona, BZP y 1-(3-trifluorometilfenil)piperazina (TFMPP).

Durante más de 15 años el Sistema de Información y Vigilancia de Drogas de los Países Bajos ha llevado a cabo análisis en laboratorio de comprimidos vendidos como éxtasis y los resultados indican la importante evolución que el mercado de éxtasis ha experimentado con los años. El examen de la composición de los comprimidos muestreados en los últimos seis años indica claramente que la proporción de comprimidos que solo contienen sustancias tipo MDMA aumentó en 2010 y 2011 del 82% al 85%, después que el contenido de MDMA alcanzó los niveles más bajos en 2008 y 2009 (70% en ambos años), probablemente porque los precursores del éxtasis eran difíciles de obtener en ese momento. Como reflejo de las tendencias de otros países de la Unión Europea, la mCPP también fue una de las sustancias que más se comunicó que contenían los comprimidos vendidos como éxtasis en los Países Bajos, aunque el número de menciones a esta sustancia descendió de 2010 a 2011, del 5% al 4%. Lo mismo ocurre con la mefedrona, cuya proporción cayó del 1% al 0,3% de 2010 a 2011. La sustancia parametoximetamfetamina (PMMA) también se detectó en varios comprimidos de éxtasis vendidos en los Países Bajos, en que la presencia de PMMA se mantuvo en gran medida estable (comunicada 29 veces (1,2%) en 2010 y 23 veces (0,9%) en 2011). Esta sustancia ha cobrado notoriedad por su presunto vínculo con varias muertes ocurridas en el Canadá y Escocia (Reino Unido). El examen realizado en los Países Bajos demostró los beneficios de los análisis continuos de laboratorio, que aportan valiosos conocimientos sobre la dinámica de los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico.

¹⁰² Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis*.

Cuadro 6. Sustancias halladas con frecuencia en los comprimidos vendidos como éxtasis

Substance	Americas	Asia	Europe	Oceania
4-MEC				•
Amphetamine			•	
BZP			•	•
Caffeine			•	•
bk-EBDB				•
Ketamine		•		
mCPP			•	
MDPBP				•
Mephedrone			•	•
Methamphetamine		•		
N-ethylamphetamine				•
N-ethylcathinone				•
PMMA	•		•	
TFMPP				•

Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Continúa el tráfico de metanfetamina de África occidental a Asia oriental y sudoriental

África occidental, región en que se desconocía la presencia de estimulantes de tipo anfetamínico, ha cobrado mayor importancia como punto de origen de la metanfetamina destinada a Asia oriental y sudoriental. En un informe de la UNODC sobre la situación relativa a los estimulantes de tipo anfetamínico en África occidental, se indicó que se había traficando metanfetamina desde Benin, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Guinea, Malí, Nigeria, el Senegal y el Togo¹⁰³.

Las organizaciones africanas involucradas en el tráfico de drogas, que se dedicaban primordialmente al tráfico de cocaína y heroína, están traficando crecientes cantidades de metanfetamina en Asia oriental y sudoriental, en general por correo aéreo y en cantidades bastante reducidas (entre 0,5 kg y 3,0 kg). Asia es un lugar estratégico por el tamaño de su mercado de estimulantes de tipo anfetamínico, que es uno de los mayores del mundo, y por los altos precios que puede alcanzar la metanfetamina. En el Japón, un kg de metanfetamina se vende al por menor en 212.600 dólares como mínimo. El EMCDDA y la Europol informan de que las organizaciones delictivas de África occidental también emplean los principales aeropuertos de la Unión Europea para el tráfico de metanfetamina fabricada en África hacia los mercados asiáticos y que contratan mensajeros en la Unión Europea. Australia y Nueva Zelanda también se han referido al creciente papel de los grupos de la delincuencia organizada de África occidental en el tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico y sus precursores a Australia y Nueva Zelanda.

Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, el Japón, Malasia, Nueva Zelanda, la República de Corea, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam han comunicado el tráfico de metanfetamina por grupos africanos.

Nigeria, con mucho el mayor país de África occidental, tanto en población como en superficie, y Benin han sido citados con mucha frecuencia como el origen de la metanfetamina objeto de tráfico. Se ha informado de que Malí también ha surgido como lugar de origen. La República de Corea

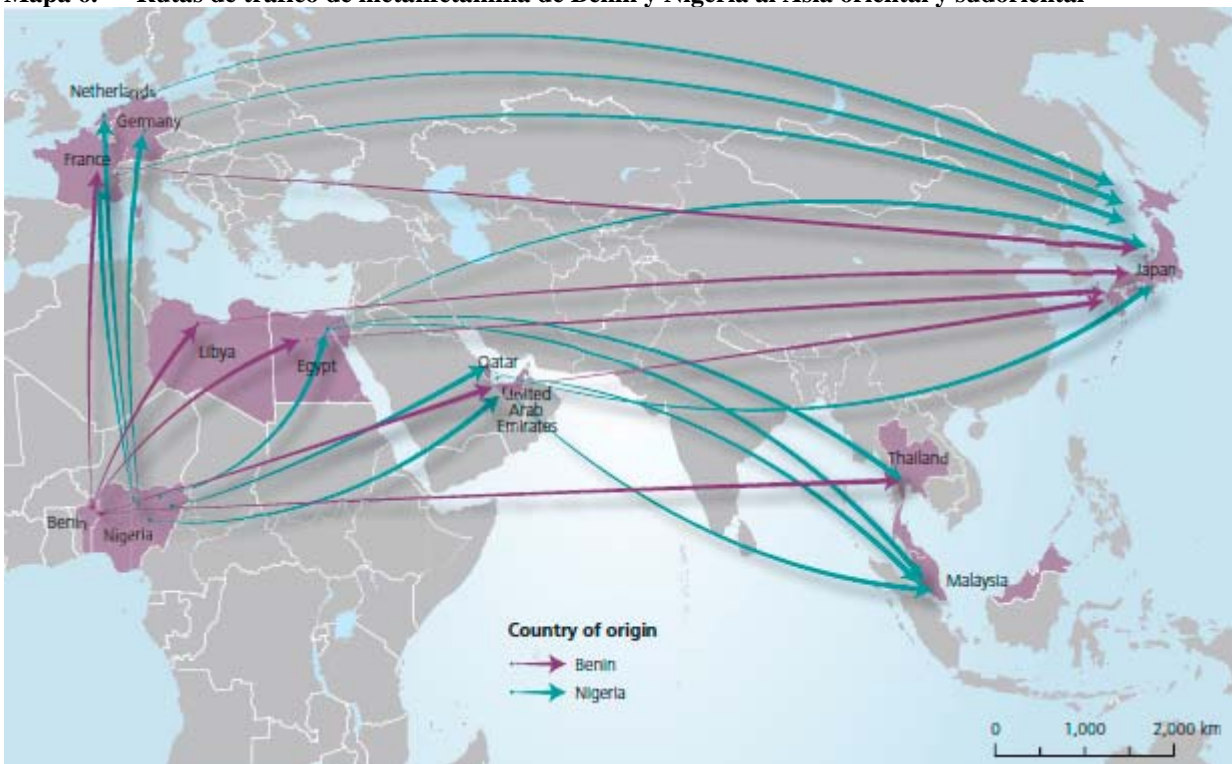
¹⁰³ UNODC, *West Africa: 2012 ATS Situation Report – A Report from the Global SMART Programme* (Viena, junio de 2012).

comunicó que en 2011 se introdujeron de contrabando en el país desde Malí más de 4 kg de metanfetamina¹⁰⁴.

En julio de 2011 Nigeria pasó a ser el primer país y, hasta la fecha, el único país de África occidental en comunicar oficialmente la fabricación ilícita de metanfetamina. El Organismo Nacional de Lucha contra la Droga desmanteló un laboratorio de metanfetamina con una capacidad de fabricación comunicada de 25 kg a 50 kg por ciclo de producción cerca de Lagos, la mayor ciudad de Nigeria. En 2012 se desmantelaron varios laboratorios.

Siguen siendo limitados los datos de la región africana, como indican los escasos informes de incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico y sus precursores, debido a un desconocimiento general de los estimulantes de tipo anfetamínico, ya que las autoridades de represión tienden a centrar su atención en la interceptación de drogas “tradicionales” como el cannabis y la cocaína.

Mapa 6. Rutas de tráfico de metanfetamina de Benin y Nigeria al Asia oriental y sudoriental



Fuente: Japón, Dirección de Policía Nacional del Japón, 2012; Tailandia, Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes, 2012; y Malasia, Real Policía Malasia, 2012.

Nota: Los límites y nombres y las designaciones que figuran en este mapa no cuentan necesariamente con la aprobación o aceptación oficial 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 acordado por las partes. El límite definitivo entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado.

G. CONCLUSIONES

Aunque la prevalencia de las personas con problemas de drogodependencia y trastornos causados por el consumo de drogas se ha mantenido en general estable, hay muchas regiones en que aún no se encuentra disponible o accesible el tratamiento y la atención de la drogodependencia de base empírica.

¹⁰⁴ Información proporcionada por la Oficina del Fiscal Jefe de la República de Corea en la 17ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico, Tokio, febrero de 2012.

La reducción del número mundial de personas que se inyectan drogas y de personas que se inyectan drogas y que viven con el VIH se debe en parte al extenso conjunto de intervenciones realizadas por algunos países. Este hecho permite albergar esperanzas de que, con una mayor cobertura y ampliación de los servicios de prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas, podrán alcanzarse las metas fijadas en la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de Una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, aprobados por la Asamblea General en 2011. Cabe señalar, sin embargo, que la reducción se debe en parte a las estimaciones nuevas o revisadas procedentes de los países.

La aparición de las NSP, que aumenta el consumo para fines no médicos de drogas de venta con receta y el consumo de varias drogas, sigue dificultando la percepción de la distinción convencional entre los consumidores de una u otras sustancias ilícitas. La interdependencia a nivel de los consumidores, por ejemplo, de los opiáceos ilícitos (opio, morfina y heroína) por una parte, y el consumo para fines no médicos de opioides de venta con receta como los analgésicos y los opioides de fabricación ilícita, por la otra, no ha sido bien comprendida. Se requieren investigaciones más exhaustivas para comprender este fenómeno e idear enfoques integrales para hacer frente al problema.

Las últimas tendencias del tráfico de drogas indican que África es un continente de tránsito vulnerable de la cocaína y la heroína. Aunque ya se ha producido un aumento del tráfico de cocaína en África occidental y central en los últimos años, África oriental está surgiendo con rapidez como ruta de tránsito de los opiáceos afganos destinados al mercado europeo. África occidental también se está convirtiendo en un importante centro de producción de metanfetamina. Aunque resulta preocupante el efecto de desbordamiento que produce el aumento del tráfico de drogas a través de África en el consumo de drogas entre los países africanos, su estudio y documentación sigue siendo difícil debido a las deficiencias de que adolecen los mecanismos y procesos de recopilación de datos.

Pese a las fluctuaciones de la producción de opiáceos en el Afganistán, el mercado mundial de estas sustancias permanece relativamente estable. No obstante, se están observando cambios a nivel regional. La heroína está perdiendo terreno en Europa occidental, pero la última información recibida de Asia y África, aunque limitada, indica un posible aumento del consumo de opiáceos.

A pesar de la relativa estabilidad de los mercados de cocaína establecidos, hay indicios de que el tráfico de la cocaína emplea nuevas rutas para atender a la creciente demanda de los nuevos mercados. El consumo de cocaína en Asia y África, que en conjunto representan una mayoría de la población mundial, tiene posibilidades de crecer. Además, la magnitud del fenómeno en estas regiones es incierta, lo que posiblemente se deba en parte a la impresión general de que se trata de un problema de poca importancia relativa. Para evitar una expansión del mercado de cocaína en estos continentes, debe prestarse mayor atención a la vigilancia del consumo y la disponibilidad de esta droga, de modo que puedan organizarse intervenciones respecto de la oferta y la demanda apropiadas y de base empírica.

Al parecer el mercado de los estimulantes de tipo anfetamínico se está expandiendo en lo que se refiere a los lugares de fabricación y las rutas de tráfico, así como en lo que respecta a la demanda. Aunque el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico permanece estable, la situación puede cambiar como resultado de un posible desbordamiento de estas sustancias a regiones y países no afectados anteriormente. La aparición de las NSP en el mundo ha introducido un nuevo factor de complejidad a un mercado ya complejo, con una variedad casi ilimitada de sustancias que se venden en varias formas diferentes.

La fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico no está limitada por la necesidad de disponer de grandes zonas para cultivos ilícitos en condiciones climáticas especiales y, por tanto, puede aflorar

en cualquier parte, sobre todo en el caso de drogas como la metanfetamina que son relativamente fáciles de fabricar. Por consiguiente, los nuevos mercados de estimulantes de tipo anfetamínico y otras drogas deben ser vigilados y encarados con medidas orientadas a la acción antes de que se establezcan y se conviertan en otro problema para los sistemas nacionales de salud y justicia penal ya sometidos a grandes presiones.

La producción de la hierba de cannabis se ha hecho más localizada y más países comunican el aumento del cultivo local para los mercados internos. La tendencia hacia el cultivo en pequeña escala para consumo personal prosigue y plantea varias dificultades para los responsables de formular las políticas. En los Estados Miembros existe una diversidad de sistemas para reglamentar el suministro del cannabis (por ejemplo, la despenalización por debajo de determinado umbral y la reglamentación del suministro para fines medicinales concretos). Se conoce muy poco la eficiencia de estos sistemas en lo que respecta a la reglamentación del suministro o a su impacto en las tendencias y pautas de consumo. Se justifica una investigación más profunda a fin de que puedan extraerse conclusiones en relación con el sistema internacional de fiscalización de drogas.

El tráfico marítimo de drogas puede ser muy ganancioso para los traficantes que pueden invertir el tiempo y el dinero necesarios para organizar grandes envíos de alto valor a mercados de consumo lucrativos, encubiertos bajo el comercio lícito de contenedores o el tráfico no reglamentado en mar abierto y vías navegables. Aunque esos envíos pueden ser difíciles de interceptar, el aumento del interés en este modo de transporte podría causar un gran impacto en lo que atañe a las cantidades de incautación y las tasas de interceptación, el consiguiente riesgo incurrido por los traficantes, el precio de la droga y, en última instancia, su accesibilidad en los mercados de consumo.

La insuficiente disponibilidad de datos sobre todos los aspectos del fenómeno de las drogas provenientes de muchas regiones sigue limitando el conocimiento de la dinámica del mercado de las drogas y plantean nuevos problemas para los mecanismos de fiscalización de drogas y el desarrollo de intervenciones de prevención y tratamiento apropiadas.

A. INTRODUCCIÓN

El consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), es decir, sustancias psicoactivas no sometidas a fiscalización internacional que plantean una amenaza para la salud, ha aumentado rápidamente en los últimos diez años¹, a diferencia de las tasas de prevalencia del consumo de drogas sometidas a fiscalización internacional, que parecen haberse estabilizado en el mismo período². La producción y comercialización de esas sustancias promete grandes ganancias sin penalizaciones. Cuando se someten a fiscalización en un país, sus centros de producción o distribución se desplazan a otro para que puedan continuar las ventas, que a menudo se realizan por Internet. En otros casos, las sustancias se modifican ligeramente de manera que no queden incluidas en el ámbito de aplicación de la legislación del país respectivo. El número de NSP comunicado por los Estados Miembros a la UNODC se elevó de 166 al final de 2009 a 251 a mediados de 2012, cifra que supera el número total de sustancias psicoactivas sometidas a fiscalización en virtud de los tratados internacionales sobre drogas (234 sustancias).

En el presente capítulo se describen varios enfoques que los Estados Miembros están aplicando para hacer frente a esta cuestión. Se ha observado en general que, aunque la decisión de someter a fiscalización una sustancia reduce el consumo de esa sustancia, el mercado evoluciona con rapidez y aparecen otras NSP, colmando instantáneamente el vacío creado. Por tanto, está claro que para tratar de resolver esos problemas se precisa una estrategia integral, orientada a la acción, dinámica y de alcance mundial (para evitar que se aprovechen las lagunas existentes).

En los últimos años ha surgido un número cada vez mayor de NSP en el mundo, lo que requiere respuestas a nivel internacional (por ejemplo, la resolución 48/1 de la Comisión de Estupefacientes), así como a nivel regional, como la decisión del Consejo de la Unión Europea sobre el intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicoactivas³.

En 2012 la Comisión de Estupefacientes, en su resolución 55/1, expresó su profunda preocupación por los “informes acerca del aumento y manifestaciones actuales del consumo y comercio de nuevas sustancias psicoactivas que pueden tener efectos análogos a los de las drogas sometidas a fiscalización internacional” y sobre las “posibilidades de explotar el mercado de estas sustancias que se ofrecen a los grupos delictivos organizados transnacionales”. También pidió a la UNODC que recabara información y presentara un informe sobre el problema.

En 2013 la Comisión de Estupefacientes, en su resolución 56/4, reconoció que “el establecimiento de un sistema mundial de alerta temprana, que aproveche los mecanismos regionales establecidos, según proceda, y presente de manera oportuna informes sobre la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, podría fomentar la comprensión del complejo y cambiante mercado de esas sustancias por parte de los Estados Miembros y mejorar sus respuestas al problema”. La Comisión de Estupefacientes también instó a la UNODC “a que siga desarrollando el portal electrónico voluntario de los ejercicios internacionales de colaboración, un programa que permite que los laboratorios nacionales forenses y de análisis de drogas puedan intercambiar amplia y oportunamente información sobre las nuevas sustancias psicoactivas, incluidas metodologías

¹ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.13.XI.1).

² *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

³ Decisión 2005/387/JHA del Consejo de la Unión Europea de 10 de mayo de 2005 sobre el intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicoactivas (*Diario Oficial de la Unión Europea*, L 127, 20 de mayo de 2005). Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:127:0032:0037:EN:PDF>.

analíticas, documentos de referencia y espectros de masas, así como datos relativos a análisis de tendencias, con miras a proporcionar un punto de referencia mundial y un sistema de alerta temprana sobre las nuevas sustancias psicoactivas”. Solicitó asimismo a la UNODC que considerase la posibilidad de incluir en sus programas la prestación de asistencia técnica para el reconocimiento y la notificación de nuevas sustancias psicoactivas y a los Estados Miembros que considerasen la posibilidad de prestarse asistencia técnica bilateral.

Ejemplos bien conocidos de NSP son, entre otros, los cannabinoides que contienen varias mezclas vegetales, las piperazinas (por ejemplo, la N-bencilpiperazina (BZP)), los productos vendidos como “sales de baño” (es decir, sustancias del tipo de la catinona como la mefedrona y la metilendioxiprovalerona (MDPV)) y varias fenetilaminas. La ketamina fue una de las primeras NSP que aparecieron. Su consumo para fines no médicos fue reconocido por primera vez en América del Norte a principios del decenio de 1980⁴. En Europa se hizo un fenómeno distinguible en el decenio de 1990, antes de propagarse ampliamente en Asia y, en menor medida, en América del Sur y África meridional. Las NSP de la familia de la fenetilamina aparecieron en el mercado en el decenio de 1990 y las sustancias de la familia de la piperazina, a comienzos del decenio de 2000⁵. A partir de 2004 aparecieron en el mercado los cannabinoides sintéticos como el *Spice*, a los que siguieron las catinonas sintéticas y otros grupos de NSP emergentes⁶.

Además de tener graves consecuencias para la salud, las NSP plantean un problema para los sistemas de fiscalización de drogas a todos los niveles: nacional, regional y mundial. Se están probando varios enfoques a escala nacional y regional para abordar la cuestión, que abarcan desde medidas de fiscalización de drogas temporales y de emergencia en respuesta a una amenaza inminente para la salud pública hasta la aprobación de varias leyes sobre la protección de los consumidores, los medicamentos y las sustancias peligrosas con el fin de prevenir la fabricación incontrolada, el tráfico y el uso nocivo de esas sustancias.

La cuestión de las NSP cobró importancia en el plano internacional durante el 55° período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes celebrado en marzo de 2012, donde surgió el primer consenso mundial sobre el tema, que llevó a la aprobación de la resolución 55/1 relativa a la promoción de la cooperación internacional para enfrentar los problemas planteados por las nuevas sustancias psicoactivas. En su resolución, la Comisión hizo un llamamiento a los Estados Miembros para que vigilaran las tendencias nacientes en cuanto a composición, producción y distribución de nuevas sustancias psicoactivas, así como las características de consumo de esas sustancias, intercambiaran esa información y adoptaran medidas adecuadas con el fin de reducir la oferta y la demanda. También en su resolución la Comisión solicitó a la UNODC que presentara una actualización de su informe de 2011, “en el que se considerase una variedad más amplia de nuevas sustancias psicoactivas... y la posibilidad de elaborar una recopilación sobre nuevas sustancias psicoactivas detectadas por los Estados Miembros, que sirviera como guía de advertencia temprana”. El informe solicitado sobre las NSP fue elaborado por la UNODC y presentado en el 56° período de sesiones de la Comisión, celebrado en marzo de 2013⁷. El presente capítulo del Informe Mundial sobre las Drogas 2013 se basa en las conclusiones de ese informe y otros recientes sobre el tema destinados a alertar a un público aún más numeroso acerca de las cuestiones en juego.

⁴ Observatorio Europeo de las Drogas y la Drogadicción, *Report on the Risk Assessment of Ketamine in the Framework of the Joint Action on New Synthetic Drugs* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2002).

⁵ Por ejemplo, la BZP se vendió por primera vez a escala comercial como alternativa a la metanfetamina en Nueva Zelanda en torno al año 2000. T. Bassindale, “Benzylpiperazine: the New Zealand legal perspective”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 3, núms. 7 y 8 (agosto de 2011), págs. 428 y 429; la BZP se introdujo en Europa aproximadamente en 2004, pero no fue hasta 2007 que se sometió a fiscalización en los países de la Unión Europea.

⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

También se ha elaborado de conformidad con la resolución 56/4 de la Comisión, aprobada en 2013, en que la Comisión alentó a la UNODC “a que intercambie ideas, esfuerzos, buenas prácticas y experiencias a fin de adoptar respuestas eficaces para hacer frente a las amenazas singulares planteadas por las nuevas sustancias psicoactivas, entre las que pueden figurar, entre otras respuestas nacionales, nuevas leyes, reglamentos y restricciones”.

B. NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: CONCEPTOS Y DEFINICIONES

La creación de nuevas sustancias para aprovechar las lagunas en la legislación sobre la fiscalización de drogas ha representado un problema desde que se instauró el sistema de fiscalización internacional de drogas. En la proliferación que tuvieron esas sustancias en los últimos decenios influyeron los trabajos realizados por Ann y Alexander Shulgin sobre las fenetilaminas⁸ y las triptaminas⁹ en los decenios de 1960 y 1970. Los Shulgin informaron de más de 230 compuestos psicoactivos que habían sintetizado y evaluado por su potencial psicodélico y entactógeno. Más recientemente aparecieron varias piperazinas, catinonas sintéticas y cannabinoides sintéticos que fueron comercializados como alternativas “legales” a las sustancias sometidas a fiscalización.

1. Análogos y miméticos

Los análogos químicos (es decir, los derivados estructurales de un componente principal que suelen diferir del original en solo una o algunas modificaciones químicas) pueden distinguirse de los denominados miméticos (es decir, sustancias químicamente diferentes pero que imitan los efectos farmacológicos de una sustancia determinada, principalmente al actuar en los mismos receptores del cerebro). La mayoría de las fenetilaminas y triptaminas que se describen en el trabajo de los Shulgin son análogos de un número limitado de sustancias. Un análogo, aun cuando sea muy semejante químicamente al compuesto original, puede no tener las mismas propiedades farmacológicas. Así, la MDMA, conocida comúnmente como éxtasis, es un análogo de la metanfetamina, aunque las propiedades farmacológicas de las dos son muy diferentes. Por otra parte, los cannabinoides sintéticos presentes en el *Spice* son miméticos del THC, la principal sustancia psicoactiva que contiene el cannabis. Aunque tienen una estructura química muy diferente, actúan en los mismos receptores de cannabinoides que el THC y han producido efectos semejantes a los que produce el cannabis. Con los años los gobiernos han elaborado varias estrategias para combatir esos análogos y miméticos concebidos para evadir las medidas de fiscalización establecidas.

Existe un tercer grupo nuevo de sustancias emergentes que interfiere en las vías de señalización del organismo para producir o potenciar los efectos asociados con los análogos o miméticos. Esas sustancias no son psicoactivas por sí mismas. Sin embargo, instan al organismo a producir las sustancias psicoactivas que desean los usuarios (o ralentizan la degradación de esas sustancias en el cerebro y propician su acumulación)¹⁰. Dado que se trata de un fenómeno reciente, la legislación vigente en la mayoría de los países parece incapaz de hacer frente al problema asociado a las sustancias de ese tipo.

Para evitar las sanciones legales se han creado y comercializado varios conceptos y definiciones en relación con las sustancias psicoactivas. En los últimos decenios se han visto cobrar relieve términos como “drogas de diseño” (decenios de 1980 y 1990) y “euforizantes legales” (último

⁸ Alexander Shulgin y Ann Shulgin PiHKAL (*Phenethylamines I Have Known and Loved*): A Chemical Love Story (Berkeley, California, Transform Press, 1991).

⁹ Alexander Shulgin y Ann Shulgin, TiHKAL (*Tryptamines I Have Known and Loved*): The Continuation (Berkeley, California, Transform Press, 1997).

¹⁰ Por ejemplo, el URB597 es un inhibidor selectivo de la amida hidrolasa de ácidos grasos (FAAH), la enzima degradativa de la anandamida, un neurotransmisor endógeno de cannabinoides. La utilización del URB597 causa la acumulación de anandamida, que participa en la generación neuronal de la motivación y el placer.

decenio). El concepto de “NSP” es el último de esa serie. Aunque todos estos conceptos comparten muchas características, son intrínsecamente diferentes y pueden distinguirse unos de otros.

2. Drogas de diseño y conceptos afines

Drogas de diseño

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha definido las “drogas de diseño” de la manera siguiente:

Sustancias elaboradas especialmente para eludir las medidas vigentes de fiscalización de drogas ... [y] se elaboran modificando ligeramente la estructura molecular de las sustancias sometidas a fiscalización, lo que da lugar a nuevas sustancias con efectos farmacológicos análogos a los de estas.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y la Oficina Europea de Policía (Europol), esas sustancias pueden definirse mejor como sustancias concebidas para imitar los efectos de drogas conocidas alterando ligeramente su estructura química con el fin de eludir las medidas de fiscalización establecidas.

Fuente: Informe de la *Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.11.XI.1), pág. vi.; y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y Oficina Europea de Policía, “EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council decision 2005/387/JHA” (Lisboa, 2012).

El término “droga de diseño” fue acuñado en el decenio de 1980. Al inicio se refirió a varios opioides sintéticos, en su mayoría basados en modificaciones del fentanilo (por ejemplo, el *alfa*-metilfentanilo). Su uso comenzó a generalizarse cuando la MDMA (éxtasis) cobró auge a mediados del decenio de 1980, primeramente en los Estados Unidos de América, luego en Europa en el decenio de 1990 y más tarde en otras partes del mundo. Después que la MDMA fue fiscalizada (en los Estados Unidos en mayo de 1985 y un año más tarde a escala mundial), aparecieron en los mercados de las drogas varias sustancias asociadas químicamente que recibieron la denominación de “drogas de diseño” porque estaban relacionadas con la MDMA pero se encontraban fuera del sistema de fiscalización de drogas¹¹. En el plano nacional se sometieron a fiscalización muchas más “drogas de diseño”, por lo que el uso de ese término para las sustancias ya sometidas a fiscalización no resultó realmente apropiado. Sin embargo, persistió su uso, aunque en algunos círculos fue sustituido más tarde por el término “drogas de clubes” que, sin embargo, abarca una gama mucho más amplia de sustancias sometidas y no sometidas a fiscalización¹².

Otro término que surgió a fines de los años noventa y principios del decenio de 2000 es el de “sustancias químicas para la investigación”. El término fue acuñado por algunos comercializadores de drogas de diseño, concretamente de drogas psicodélicas (es decir, drogas con propiedades alucinógenas) de las familias de la triptamina y la fenetilamina. El objetivo era poder eludir por

¹¹ Con el tiempo varias de estas sustancias tipo éxtasis también se sometieron a fiscalización (por ejemplo, la metilendioxiánfetamina (MDA) y la *N*-etiltenanfetamina (MDE) a nivel internacional en 1990). La etriptamina se sometió a fiscalización en 1995. La *alfa*-metil-4-metiltiofenetilamina (4-MTA) y la 4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina (2C-B), una de las drogas de diseño que se sintetizaron por primera vez por Alexander Shulgin en el decenio de 1970, se sometieron a fiscalización en 2001.

¹² El término se refiere a las sustancias que consumen los adolescentes y adultos jóvenes en bares, clubes nocturnos, conciertos y fiestas. Según el United States National Institute on Drug Abuse, entre esas “drogas de clubes” se incluye el éxtasis y sustancias afines (sometidas y no sometidas a fiscalización), la metanfetamina (estimulante fiscalizado), el ácido gamma-hidroxibutírico (GHB) (depresivo), el flunitrazepam (benzodiazepina (Rohypnol)), la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) (alucinógeno) y la ketamina.

completo la cláusula intencional de varias legislaciones sobre análogos con la venta de las sustancias químicas para “investigaciones científicas” y no para consumo humano. La misma estrategia sustentó la comercialización de algunas de las sustancias asociadas con la catinona como las “sales de baño” no destinadas al consumo humano.

3. “Euforizantes legales”

“Euforizantes legales”

“Euforizantes legales” es un término general empleado para las sustancias psicoactivas no reglamentadas (nuevas) o los productos que imitan los efectos de drogas sometidas a fiscalización. El término abarca una amplia gama de sustancias y productos sintéticos o de origen vegetal, que se ofertan como “euforizantes legales” (para subrayar la idea de la legalidad), “sustancias químicas para la investigación” (para dar a entender el uso legítimo para la investigación), “píldoras para fiestas” (alternativa a las “drogas para fiestas”) y “hierbas euforizantes” (para destacar su origen vegetal), etc. A menudo se venden por Internet o en “smart shops” o “head shops” y en algunos casos se les colocan etiquetas falsas intencionadamente, con supuestos ingredientes que difieren de su composición real.

Fuente: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y Oficina Europea de Policía, “EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council decision 2005/387/JHA” (Lisboa, 2012), pág. 25.

Todos los años surgen en los mercados de drogas varias sustancias sintéticas nuevas y, por tanto, no sometidas a fiscalización, que se venden como “euforizantes legales”. Ejemplo bien conocido de los últimos diez años fue la propagación de la BZP, la mefedrona y los cannabinoides sintéticos. Además en el nuevo milenio se popularizaron varias sustancias de origen vegetal, entre ellas el kratom (hoja de la *Mitragyna speciosa*, cultivada en Asia sudoriental, una sustancia estimulante de poca potencia que estimula los receptores de opiáceos del cerebro y actúa como sedante en dosis más altas) y la *Salvia divinorum*, un alucinógeno cultivado en México.

Las sustancias que se venden como “euforizantes legales” se fabrican principalmente en laboratorios químicos de Asia, según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes¹³ y la Oficina Europea de Policía (Europol)¹⁴, aunque también se realiza alguna fabricación en Europa, América y otras regiones¹⁵. Se importan legalmente, como sustancias químicas o como productos envasados. El mercado de “precursores legales” se caracteriza por la celeridad con que los proveedores eluden las medidas de fiscalización ofreciendo nuevas alternativas a productos objeto de restricciones y anunciando esos otros productos (como ambientadores, inciensos naturales, sales de baño, fertilizantes vegetales, artículos de coleccionistas, etc.) con estrategias de comercialización dinámicas y cuidadosamente diseñadas¹⁶. De hecho, el término “euforizante legal” es un instrumento de comercialización eficaz por sí mismo, ya que implica que esas sustancias no son tan peligrosas como las drogas sometidas a fiscalización y con ello impulsa su popularidad y ventas. Las sustancias que se presentan como “euforizantes legales” suelen también incluir drogas sometidas a fiscalización en algunos países.

¹³ Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012.

¹⁴ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013).

¹⁵ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹⁶ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, “EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council decision 2005/387/JHA” (Lisboa, 2012), pág. 25.

Según Oxford Dictionaries Online¹⁷, un “euforizante legal” es “una sustancia con propiedades estimulantes o alteradoras del estado de ánimo cuya venta o consumo no está prohibido en la legislación [nacional] vigente. Ello significa, como argumento en contra, que al fiscalizar una sustancia en virtud de las leyes nacionales sobre drogas, esa sustancia deja de ser un “euforizante legal”. En la medida en que varios países sometieron a fiscalización sustancias como la BZP, la mefedrona y el *Spice*, esas sustancias de hecho dejaron de ser “euforizantes legales” en esos países, aunque en los demás lo siguieron siendo. Esa incoherencia legislativa entre jurisdicciones a menudo entorpece cualquier debate internacional significativo sobre la cuestión, ya que probablemente los interlocutores de las distintas jurisdicciones tal vez ni se refieran a las mismas sustancias al hablar de “euforizantes legales”.

4. Nuevas sustancias psicoactivas

El término “nuevas sustancias psicoactivas” o NSP fue acuñado para atender mejor a las necesidades en la formulación de políticas a nivel regional e internacional. La Comisión de Estupefacientes introdujo este término a nivel internacional en su resolución 55/1 de 16 de marzo de 2012.

Anteriormente la Unión Europea definió jurídicamente el término “nueva sustancia psicoactiva” como nuevo estupefaciente o droga sicotrópica nueva, en forma pura o en preparado, que no está sujeta a fiscalización en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que puede representar una amenaza para la salud pública comparable con la que representan las sustancias incluidas en las listas de esos tratados (decisión 2005/387/JHA del Consejo de la Unión Europea).

Esa definición jurídica se utiliza ahora de manera generalizada y también ha sido adoptada por el EMCDDA¹⁸.

Sobre la base de esa definición, el EMCDDA especificó los siguientes grupos de sustancias que abarca su sistema de alerta temprana sobre las NSP¹⁹.

- *Fenetilaminas*: abarcan una amplia diversidad de sustancias que pueden causar efectos estimulantes, entactógenos o alucinógenos
- *Triptaminas*: comprenden varias sustancias que tienen efectos predominantemente alucinógenos
- *Piperazinas*: están representadas, entre otras, por la *m*-clorofenilpiperazina (*m*CPP) y la BZP, que constituyen estimulantes del sistema nervioso central
- *Catinonas sintéticas*: tienen efectos estimulantes. Los principales derivados de la catinona son la metcatinona semisintética y los compuestos sintéticos mefedrona, metilona y MDPV.
- *Cannabinoides sintéticos*: son semejantes funcionalmente al THC, el compuesto activo del cannabis
- Entre otras sustancias comunicadas al sistema de alerta temprana figuran varias sustancias psicoactivas de origen vegetal y sintéticas (por ejemplo, indanos, benzodifuranilos,

¹⁷ Oxford Dictionaries. Disponible en <http://oxforddictionaries.com/definition/english/legal%2Bhigh>.

¹⁸ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas”, *Drogas en el punto de mira*, núm. 22, 2011.

¹⁹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, “EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council decision 2005/387/JHA”, pág. 27.

analgésicos narcóticos, derivados sintéticos de la cocaína, ketamina y derivados de la fenciclidina), que no pertenecen estrictamente a ninguna de las familias de drogas antes mencionadas. También se incluyen varios productos medicinales y derivados.

En las directrices operativas sobre el sistema de alerta temprana, el EMCDDA indicó claramente que el término “nuevo” no se refería a nuevas invenciones, sino más bien a sustancias “que han pasado a ser recientemente objeto de abuso”, ya que “la mayoría de las drogas en cuestión fueron creadas hace muchos años²⁰”. De hecho, desde principios del decenio de 1950 se vienen comunicando en publicaciones científicas diversas investigaciones sobre el consumo potencial de las piperazinas como antihelmíntico²¹. Sin embargo, esas sustancias solo comenzaron a representar un problema para la salud en varios países en el decenio 2001-2010. Igualmente en ese decenio la ketamina, que se creó a mediados de los años sesenta, comenzó a plantear un problema para la salud en varios países de Asia oriental y sudoriental. La mefedrona se sintetizó por primera vez en 1929 pero solo se detectó en 2003 y se introdujo en los mercados hacia el final del decenio 2001-2010²².

Las NSP también comprenden sustancias de origen vegetal que existen desde hace siglos. En los perfiles de las “nuevas drogas”, el EMCDDA enumera sustancias de origen vegetal como la *Salvia divinorum* y el khat. El khat se conoce hace cientos de años en los países que rodean el Cuerno de África y la zona meridional de la Península Arábiga. No obstante, se considera una nueva sustancia en varios países de Europa y América, ya que su uso apenas se conocía en esas regiones hace uno o dos decenios. Lo mismo se aplica a la *Salvia divinorum*, el kratom y varios hongos alucinógenos, que se consideran NSP en su conjunto²³. Si se emplea la definición “sustancias que han pasado a ser recientemente objeto de abuso en el mercado”, el sinnúmero de sustancias psicoactivas no fiscalizadas podrán considerarse NSP por haber siempre algunos países en que esas sustancias no han sido objeto de abuso antes.

La UNODC ha aplicado básicamente la definición e interpretación de “nuevas sustancias psicoactivas” que emplea el EMCDDA.

Definición de nuevas sustancias psicoactivas utilizada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) son sustancias objeto de uso indebido, en forma pura o en preparado, que no están sujetas a fiscalización en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden representar una amenaza para la salud pública. En este contexto, el término “nuevas” no se refiere forzosamente a nuevas invenciones, sino a sustancias que han empezado a circular recientemente en el mercado.

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

Las sustancias categorizadas como NSP según la clasificación de la UNODC son, entre otras, las siguientes:

²⁰ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *Early-Warning System on New Psychoactive Substances: Operating Guidelines* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2007), pág. 11.

²¹ R.H.R. White y O. Standen, “Piperazine in the treatment of thread-worms in children”, *British Medical Journal*, vol. 2, núm. 4839 (3 de octubre de 1953), págs. 755 a 757; O. Standen, “Activity of piperazine, in vitro, against *Ascaris lumbricoides*”, *British Medical Journal*, vol. 2, núm. 4930 (2 de julio de 1955), págs. 20 a 22.

²² Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *Early-Warning System on New Psychoactive Substances: Operating Guidelines*.

²³ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “Online sales of new psychoactive substances/‘legal highs’: summary of results from the 2011 multilingual snapshots — Briefing paper” (Lisboa, 15 de noviembre de 2011), pág. 6.

- Cannabinoides sintéticos
- Catinonas sintéticas
- Fenetilaminas
- Piperazinas
- Ketamina
- Sustancias psicoactivas de origen vegetal como el kratom (*Mitragyna speciosa*), *Salvia divinorum* y khat (*Catha edulis*)
- Otras sustancias, entre ellas
 - Triptaminas
 - Aminoindanos
 - Sustancias del tipo de la fenciclidina

Sin embargo, en esta lista no se incluyen las sustancias psicoactivas más extendidas en el mundo: alcohol, nicotina y cafeína.

5. Propiedades farmacológicas de las nuevas sustancias psicoactivas

Los productos clasificados como NSP comprenden una amplia gama de sustancias con diferentes propiedades químicas y farmacológicas. Los intentos por resumir sus propiedades farmacológicas deben tratarse con cautela, ya que cada una de esas sustancias puede tener propiedades diferenciadas. Con todo, cabe formular algunas observaciones. A continuación se describen las principales consecuencias para la salud de las NSP más extendidas.

a) *Cannabinoides sintéticos*

Las NSP que se utilizan con más frecuencia hoy día son los cannabinoides sintéticos, que se combinan a menudo con varias mezclas de hierbas y se venden con la marca *Spice* u otros nombres como K2, Moon Rocks, Yucatan Fire y Skunk, por solo mencionar algunas²⁴. Al principio el cannabinoide sintético más extendido era el JWH-018. Después que se prohibió en algunos países en 2010 fue sustituido de inmediato por otros compuestos similares, como el JWH-073. Aunque hay diferencias entre los varios cannabinoides sintéticos²⁵, estos suelen ser más potentes que el THC que contiene la planta natural de cannabis. De manera semejante al cannabis, estas sustancias suelen levantar el ánimo, ayudar a relajarse y alterar las percepciones. Como efectos secundarios negativos pueden mencionarse el aumento del ritmo cardíaco y la aparición de vómitos, agitación, confusión y alucinaciones. Los cannabinoides sintéticos también pueden elevar la presión sanguínea y reducir el suministro de sangre al corazón (isquemia miocárdica) y, en algunos casos, pueden producir efectos asociados con ataques cardíacos²⁶. Parece ser que además de crear trastornos

²⁴ Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, “DrugFacts: Spice (synthetic marijuana)”, diciembre de 2012. Disponible en www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/spice-synthetic-marijuana.

²⁵ Hay una amplia variedad de cannabinoides sintéticos y vale señalar que no se limitan a la serie JWH.

²⁶ National Institute on Drug Abuse, “DrugFacts: Spice (synthetic marijuana)”.

psicológicos²⁷, algunos de estos productos también pueden tener una posible carcinogenicidad, a veces asociada con los metabolitos de las sustancias que contienen²⁸.

b) Fenetilaminas

También corresponde a la categoría de las NSP un gran número de fenetilaminas no sometidas a fiscalización. Sin embargo, las principales fenetilaminas que se comercializan en los mercados ilícitos ya están sometidas a fiscalización internacional, incluso la anfetamina, la metanfetamina y el metilfenidato, así como la MDMA (éxtasis) y la mescalina. En algunos sistemas de clasificación, las catinonas sintéticas (véase más adelante) también se consideran que forman parte de las fenetilaminas sustituidas. Las diversas fenetilaminas suelen ser estimulantes o alucinógenos y a veces también poseen propiedades entactógenas. Afectan en gran parte al sistema dopamina-serotonina del cerebro. En bajas dosis, las fenetilaminas potencian el estado de alerta, proporcionan energía a las personas fatigadas y aumentan la resistencia. También suelen tener algunas propiedades anorexígenas. En dosis más altas, inducen la euforia, sensaciones más fuertes de autoestima (incluso disminuyen el temor, la ansiedad y la inseguridad), pero también pueden elevar la presión sanguínea, aumentar la temperatura corporal (hipertermia), acelerar el ritmo cardíaco, causar alucinaciones y provocar la muerte por accidente cerebrovascular, paro cardíaco y daño cerebral (comenzando con la pérdida de memoria). Su uso puede implicar varias formas de psicosis y paranoia asociadas con las drogas.

Las fenetilaminas más psicodélicas suelen intensificar los sentidos corporales (oído, tacto, olfato, vista, gusto) y así tener también algunos efectos afrodisíacos y crear varios efectos alucinógenos incluso en dosis más bajas que conllevan varios trastornos mentales, auditivos y visuales. Alexander y Anne Shulgin documentaron la síntesis de unas 200 fenetilaminas²⁹. El número de fenetilaminas no sometidas a fiscalización internacional supera el de fenetilaminas que lo están. Incluyen la parametoximetanfetamina (PMMA) (nombres comerciales: 4-MMA y metil-MA) y varias fenetilaminas psicodélicas como la 2,5-dimetoxi-4-iodofenetilamina (2C-I), la 2,5-dimetoxi-4-metil-fenetilamina (2C-D) y la 2,5-dimetoxi-4-iodoanfetamina (DOI) que, a diferencia de la 4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina (2C-B) no están sometidas a fiscalización internacional. La PMMA y la 4-metiltioanfetamina (4-MTA) se han asociado a más muertes incidentales que otras fenetilaminas no sometidas a fiscalización. La primera es conocida por su nivel de toxicidad particularmente elevado³⁰.

c) Catinonas

Actualmente el grupo más problemático de NSP desde el punto de vista de la seguridad y la salud públicas parece ser el de las catinonas sintéticas, como la mefedrona o la MDPV³¹. Algunas de las catinonas están vinculadas a la planta khat (*Catha edulis*), aunque la mayoría se produce mediante síntesis química. Desde el punto de vista químico y farmacológico, son estimulantes que se asemejan a las anfetaminas y, por tanto, a la familia de la fenetilamina. Además de los efectos psicológicos deseados de euforia y mayor alerta, conciencia, estimulación mental y sociabilidad, las catinonas sintéticas también comparten muchos de los efectos secundarios negativos de los

²⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “Synthetic cannabinoids in herbal products” (Viena, 2011), pág. 11.

²⁸ Ching Yu Lin y otros, “Toxicity and metabolism of methylnaphthalenes: comparisons with naphthalene and 1-nitronaphthalene”, *Toxicology*; vol. 260, núms. 1 a 3 (2009), págs. 16 a 27.

²⁹ Shulgin y Shulgin, *PiHKAL (Phenethylamines I Have Known and Loved): A Chemical Love Story*.

³⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

³¹ En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, por ejemplo, el número de muertes asociadas con las catinonas sintéticas no sometidas a fiscalización internacional fue más alto que en el caso de otras nuevas sustancias psicoactivas y superó ya el de muertes relacionadas con las anfetaminas (véase Hamid Ghodse y otros, *Drug-related Deaths in the UK: Annual Report 2011* (International Centre for Drug Policy, St. George’s University of London, Londres 2012), págs. 95 y 96).

estimulantes de tipo anfetamínico, incluso aceleración del ritmo cardíaco, taquicardia, hipertensión, dificultades respiratorias, pérdida del apetito, mayor sudoración, deterioro de la memoria, alucinaciones, delirios, comportamiento inestable, ansiedad, paranoia y depresión. Los principales efectos negativos comunicados por los usuarios de varias catinonas sintéticas son, entre otros, problemas cardíacos, psiquiátricos y neurológicos que van desde una ligera agitación hasta psicosis grave³². Varias catinonas clave ya están sometidas a fiscalización internacional, incluidas la catina, la catinona³³ y la metcatinona, así como la anfepramona y la pirovalerona³⁴. Entre las catinonas de mayor consumo no sometidas a fiscalización internacional se cuentan la mefedrona³⁵ (4-metilmecatino, conocida comúnmente en el mercado como “mcat”, “mefe”, “drona” o “miau”), la metilona (“explosion” o “top cat”) y la MDPV. El consumo de la MDPV estuvo asociado en varios casos con comportamientos muy extraños³⁶, incluidos varios suicidios, muertes asociadas con el estado de delirio³⁷ causado por la MDPV y homicidios de índole muy violenta³⁸.

d) Piperazinas

Las piperazinas son otro grupo amplio de sustancias que se enmarcan en la categoría de las NSP. La molécula básica de este grupo, la piperazina, se introdujo por primera vez en la medicina en 1953 por sus propiedades antihelmínticas. Algunas de las piperazinas más comunes con propiedades psicoactivas son la BZP, la 1-(3-trifluorometilfenil)piperazina (TFMPP) y la mCPP que, según se informa, está más extendida que la BZP en algunas regiones³⁹. La BZP es una droga con propiedades eufóricas y estimulantes, comparables a las que producen las anfetaminas y se creó al inicio como fármaco potencial antidepresivo⁴⁰. De hecho, los consumidores a menudo son incapaces de distinguir los efectos de la BZP de los de la *d*-anfetamina; comunican estado de alerta, subida de ánimo, euforia y una sensación general de bienestar. La BZP se comercializó inicialmente en algunos países (sobre todo Nueva Zelanda) como alternativa a la metanfetamina⁴¹. Si se mezcla con la TFMPP, produce efectos similares a los de la MDMA (éxtasis). Así, en muchos países se han utilizado ampliamente mezclas de BZP y TFMPP en clubes y fiestas “rave”⁴². Se ha demostrado que esas sustancias tienen un mecanismo de acción combinado que actúa en los sistemas de receptores de serotonina y dopamina de modo muy parecido a la MDMA⁴³ y presentan propiedades

³² J.M. Prosser y L.S. Nelson, “The Toxicology of bath salts: a review of synthetic cathinones”, *Journal of Medical Toxicology*, vol. 8, núm. 1 (2012), págs. 33 a 42.

³³ La catinona fue descubierta en el khat y posteriormente, en el período 1974-1975, fue sintetizada en el laboratorio de estupefacientes de las Naciones Unidas (véase Kalman Szendrei, “La química del khat”, *Boletín de Estupefacientes*, vol. XXXII, núm. 3 (1980) (publicación de las Naciones Unidas), págs. 5 a 35).

³⁴ La catinona y la metcatinona figuran en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, la catina aparece en la Lista II y la anfepramona y la pirovalerona en la Lista IV del mismo Convenio.

³⁵ Véase un examen detallado en Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Report on the Risk Assessment of Ketamine in the Framework of the Joint Action on New Synthetic Drugs*; véanse también Paul I. Dargan y otros, “The pharmacology and toxicology of the synthetic cathinone mephedrone (4-methylmethcathinone)”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 3, núms. 7 y 8 (julio-agosto de 2011), págs. 454 a 463.

³⁶ “Bath salts abuse”, disponible en <http://sober.com/bath-salts.html>.

³⁷ B. L. Murray, C. M. Murphy y M. C. Beuhler, “Death following recreational use of designer drug “bath salts” containing 3,4-methylenedioxypropylvalerone (MDPV)”, *Journal of Medical Toxicology*, vol. 8, núm. 1 (2012), págs. 69 a 75.

³⁸ Glenn Duncan, Hunterdon Drug Awareness Program, “3,4-methylenedioxypropylvalerone (MDPV) and other synthetic cathinones”, 28 de enero de 2013. Disponible en www.slideshare.net/Guedde/mdpv-bathsalts-emerging-drug-trends; Thomas M. Penders, “How to recognize a patient who’s high on ‘bath salts’”, *Journal of Family Practice*, vol. 61, núm. 4 (abril de 2012), págs. 210 a 212.

³⁹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “BZP and other piperazines”, Drug Profiles. Disponible en www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/bzp (consultado en septiembre de 2012).

⁴⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

⁴¹ M. Bowden, “Non-traditional designer substances: a new category of psychoactives in New Zealand”, abril de 2004. Disponible en www.erowid.org/chemicals/bzp/bzp_info1.shtml.

⁴² Imogen Thompson y otros, “The benzylpiperazine (BZP)/trifluoromethylphenylpiperazine (TFMPP) and alcohol safety study: report for the Ministry of Health”, 24 de noviembre de 2006. Disponible en [www.ndp.govt.nz/moh.nsf/indexcm/ndp-publications-bzp-tfmpp-alcohol-safety-study/\\$File/bzp-report-08-pdf](http://www.ndp.govt.nz/moh.nsf/indexcm/ndp-publications-bzp-tfmpp-alcohol-safety-study/$File/bzp-report-08-pdf).

⁴³ C. Wilkins y otros, *Legal Party Pill Use in New Zealand: Prevalence of Use, Availability, Health Harms and ‘Gateway Effects’ of Benzylpiperazine (BZP) and Trifluorophenylmethylpiperazine (TFMPP)* (Auckland, Massey University, 2006).

entactógenas⁴⁴. A diferencia de la BZP, la TFMPP raras veces se utiliza sola. La BZP tiene nombres comerciales como “Jax”, “A2”, “Benny Bear”, “Flying Angel”, “Legal E”, “Legal X”, “Pep X”, “Pep Love” y “Nemesis”⁴⁵. Los efectos nocivos de la BZP son, entre otros, pensamientos repetitivos, aceleración del ritmo cardiaco, hipertensión, dilatación de las pupilas, náusea, sofoco, ligera incontinencia urinaria, dolor torácico, alucinaciones y, lo que resulta más problemático, confusión, psicosis aguda, fallo respiratorio, toxicidad renal y convulsiones. La BZP produce efectos tóxicos similares a los de las anfetaminas y otros simpaticomiméticos aunque, según estudios hechos con animales, sus efectos son menos potentes que los de las anfetaminas, las metanfetaminas y la MDMA⁴⁶. Los efectos que produce la *m*CPP son más parecidos a los estimulantes y alucinógenos que produce la MDMA⁴⁷.

e) *Ketamina*

La ketamina (nombres comerciales: “K”, “special K”, “kit kat”, “tac”, “tic”, “cat Valium”, “cat tranquilizer”, “vitamin K”, “ket”, “super K”)⁴⁸ también es una sustancia extendida que corresponde a la categoría de NSP y que fue creada como derivado de la fenciclidina (PCP), droga sometida a fiscalización en la Lista II del Convenio de 1971. Se utiliza en la medicina veterinaria, fundamentalmente para la inducción y el mantenimiento de la anestesia general. En la medicina humana, a veces se emplea para tratar la depresión en pacientes con trastorno bipolar, así como para la cirugía de emergencia en zonas de guerra. No obstante, también se utiliza mucho para fines recreativos como droga de clubes y en fiestas “rave”, sobre todo en Asia sudoriental (a menudo se venden como éxtasis y a veces se ofertan en comprimidos que contienen MDMA y ketamina) y, en menor medida, en Europa y América. Produce efectos alucinógenos y disociativos, caracterizados por una sensación de separación del cuerpo, semejante a la que produce la fenciclidina. La ketamina produce euforia, mayor energía y un sentido de calma y serenidad. Su consumo para fines no médicos puede provocar la aceleración del ritmo cardiaco, balbuceo, confusión grave, desorientación y cambios de percepción de la realidad (distorsión y pérdida de percepciones sensoriales). También se han asociado con su uso la hipertensión y la desaceleración del ritmo cardiaco. Se ha informado de que el consumo crónico de ketamina se vincula con trastornos de memoria y disfunciones cognitivas.⁴⁹

f) *Triptaminas*

Hay varias triptaminas no sometidas a fiscalización que se utilizan por sus propiedades psicodélicas. Producen efectos análogos a triptaminas ya sometidas a fiscalización como la psilocibina (hallada en “hongos mágicos”) o la 3-[2-(dimetilamino)etil]indol (DMT). Las triptaminas pueden

⁴⁴ “Entactogens evoke mainly pleasant emotional effects of relaxation, feelings of happiness, increased empathy, and closeness to others” (véase Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, “BZP and other piperazines”).

⁴⁵ Estados Unidos, Department of Justice, Drug Enforcement Administration, “N-Benzylpiperazine (street names: BZP, A2, Legal E or Legal X)”, Drug and Chemical Information, julio de 2012. Disponible en www.deadiversion.usdoj.gov/drug_chem_info/index.html; Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Report on the Risk assessment of BZP in the Framework of the Council Decision on New Psychoactive Substances*, EMCDDA Risk Assessments, núm. 8 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009); Organización Mundial de la Salud, “N-benzylpiperazine (BZP): pre-review report”, documento preparado para la 35ª reunión del Comité de Expertos en Farmacodependencia, Hammamet (Túnez), 4 a 8 de junio de 2012.

⁴⁶ S. Elliott, “Current awareness of piperazines: pharmacology and toxicology”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 3, núms. 7 y 8 (2011), págs. 430 a 438.

⁴⁷ M. E. Tancer y C. E. Johanson, “The subjective effects of MDMA and *m*CPP in moderate MDMA users”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 65, núm. 1 (2001), pág. 97, citado en S. Elliott, “Current awareness of piperazines: pharmacology and toxicology”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 3, núms. 7 y 8 (2011), págs. 430 a 438.

⁴⁸ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Report on the Risk Assessment of Ketamine in the Framework of the Joint Action on New Synthetic Drugs*.

⁴⁹ T. Okon, “Ketamine: an introduction for the pain and palliative medicine physician”, *Pain Physician*, vol. 10, núm. 3 (2007), págs. 493 a 500.

sintetizarse, aunque también existen en plantas, hongos y animales⁵⁰. Los trabajos de Anne y Alexander Shulgin⁵¹, entre otras cosas, proporcionaron a los fabricantes de drogas ilícitas una base de conocimientos para la síntesis de varias triptaminas. El consumo de triptaminas causa estados de alucinación, vinculados a trastornos auditivos, visuales y temporales de la realidad. La intensidad de las alucinaciones se asocia a la concentración de las triptaminas en la corteza visual. Los efectos suelen variar mucho de una persona a otra y dependen del contexto del “viaje”. En general, su consumo repercute en la capacidad de pensamiento abstracto y afecta la capacidad de razonamiento y comprensión de los peligros comunes, haciendo así a los usuarios vulnerables a accidentes y lesiones. También puede causar confusión temporal, fuga disociativa (trastorno psiquiátrico caracterizado por una amnesia reversible relacionada con la identidad personal) y puede desencadenar ataques de pánico (reacciones psicóticas). Además, puede ser especialmente problemático para las personas que ya muestran síntomas de depresión o esquizofrenia. Entre las triptaminas no sometidas a fiscalización internacional figuran la 5-MeO-DMT (“alfa-O”), la 5-MeO-DPT (“foxy-methoxy”), la alfa-metiltriptamina (AMT), la 4-AcO-DMT, la 4-AcO-DiPT y la 5-HTP⁵².

g) *Nuevas sustancias psicoactivas de origen vegetal*

Varias plantas también se clasifican como NSP según la definición general. Algunas de las plantas psicoactivas más utilizadas que no están sometidas a fiscalización internacional son el kratom (*Mitragyna speciosa*), la *Salvia divinorum* y el khat (*Catha edulis*)⁵³.

a. **Kratom**

El cultivo y consumo de kratom se vincula principalmente al Asia sudoriental. El kratom se ha utilizado en la medicina tradicional tailandesa como antidiarreico⁵⁴ y se ha investigado para el tratamiento de la dependencia de los opioides⁵⁵. No obstante, también se utiliza mucho con fines recreativos, lo que llevó a su prohibición en Tailandia así como en otros países, incluidos Malasia, Myanmar y Australia. El kratom es un estimulante en dosis bajas y un sedante en dosis altas. En dosis bajas, suele potenciar la energía física y el estado de alerta y aumenta la capacidad para realizar trabajos físicos monótonos. En dosis más altas, ayuda a reducir el dolor físico y emocional y suele generar una sensación de bienestar antes de desarrollar con el tiempo sus propiedades sedantes y crear un estado mixto de vigilia y sueño. Los síntomas de abstinencia entre los consumidores crónicos de kratom pueden ser, entre otros, dolores musculares, irritabilidad, llanto, goteo nasal, diarrea y espasmos musculares⁵⁶.

b. *Salvia divinorum*

La *Salvia divinorum* es una planta psicoactiva que puede inducir efectos disociativos y es un potente productor de experiencias visuales y otros efectos alucinógenos. En conjunto, la salvinorin

⁵⁰ M. Collins, “Some new psychoactive substances: precursor chemicals and synthesis-driven end-products”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 3, núms. 7 y 8 (2011), págs. 404 a 416.

⁵¹ Shulgin y Shulgin, *TiHKAL (Tryptamines I Have Known and Loved): The Continuation*.

⁵² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

⁵³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Actualización del Programa Mundial SMART 2012*, vol. 8, septiembre de 2012, págs. 4 y 5.

⁵⁴ Karl L. R. Jansen y Colin J. Prast, “Ethnopharmacology of kratom and the *Mitragyna* alkaloides”, *Journal of Ethnopharmacology*, vol. 23, núm. 1 (1988), págs. 115 a 119.

⁵⁵ H. Takayama y otros, “Studies on the synthesis and opioid agonistic activities of mitragynine-related indole alkaloids: discovery of opioid agonists structurally different from other opioid ligands”, *Journal of Medicinal Chemistry*, vol. 45, núm. 9 (2002), págs. 1949 a 1956.

⁵⁶ W. C. Prozialeck, J. K. Jivan y S. V. Andurkar, “Pharmacology of kratom: an emerging botanical agent with stimulant, analgesic, and opioid-like effects”. *Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 112, núm. 12 (2012), págs. 792 a 799; J. E. Adkins, E. W. Boyer y C. R. McCurdy, “*Mitragyna speciosa*, a psychoactive tree from Southeast Asia with opioid activity”, *Current Topics in Medicinal Chemistry*, vol. 11, núm. 9 (2011), págs. 1165 a 1175.

A, la sustancia psicoactiva de la planta, parece ser el alucinógeno natural más potente. Su hábitat autóctono son los bosques nubosos de México. Se ha consumido durante cientos de años por los chamanes mazatecos, quienes la utilizan para facilitar estados visionarios de conciencia durante sesiones espirituales de curación⁵⁷. También se emplea en la medicina tradicional en dosis más bajas como diurético y para tratar dolencias, incluso diarrea, anemia, dolores de cabeza y reumatismo. Sus efectos son, entre otros, varias experiencias psicodélicas, incluidos recuerdos del pasado (por ejemplo, reencuentro con lugares recordados de la niñez), fusión con objetos y realidades superpuestas (como la percepción de estar en varios lugares al mismo tiempo)⁵⁸. A diferencia de otras drogas, su uso a menudo provoca disforia, es decir, sentimientos de tristeza y depresión, así como miedo. Además, puede causar la desaceleración del ritmo cardíaco, balbuceo, falta de coordinación y posiblemente pérdida de la conciencia⁵⁹.

c. Khat

El khat es una planta angiosperma autóctona del Cuerno de África y la Península Arábiga. La práctica de masticar la hoja fresca del khat se remonta a cientos de años entre las comunidades de esas zonas. Los efectos psicoactivos que produce masticar el khat pueden vincularse a varios alcaloides. El alcaloide katin se detectó por primera vez en 1887, la catina en 1930⁶⁰ y la catinona⁶¹ en 1975. Los efectos estimulantes de las hojas de khat pueden asociarse fundamentalmente a la catinona y, en menor medida, a la catina, ambas sometidas a fiscalización en virtud del Convenio de 1971. El khat también contiene norefedrina⁶², que se utiliza, entre otras cosas, como precursor para la fabricación de anfetamina⁶³ y que por tanto, está sometido a fiscalización de conformidad con la Convención de 1988⁶⁴. Una sesión típica de masticación del khat da lugar a la absorción de sus elementos activos y equivale a los efectos del consumo de unos 5 miligramos de anfetamina⁶⁵. Dadas las cantidades limitadas de esas sustancias psicoactivas que contiene en general la hoja de khat, su masticación solo provoca una ligera euforia y excitación y mayor locuacidad. Los síntomas de abstinencia que se producen luego de su consumo ocasional suelen ser, entre otros, ligera depresión e irritabilidad o, tras su uso prolongado, letargo y ligeros temblores. El daño físico relacionado con el consumo de khat es limitado si se compara con otras drogas. El khat no se considera una “droga gravemente adictiva” según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶⁶, ya que “su potencial de dependencia es reducido”⁶⁷. No obstante, el consumo de khat no está exento de problemas. El khat afecta el sueño y produce efectos de rebote como despertar tardío, somnolencia diurna y poco rendimiento laboral. Su consumo a largo plazo tiene efectos negativos en la salud y causa problemas como caries dentales, trastornos gastrointestinales como

⁵⁷ L. J. Valdés y otros, “Studies of *Salvia divinorum* (Lamiaceae), an hallucinogenic mint from the Sierra Mazateca in Oaxaca, Central Mexico”, *Economic Botany*, vol. 41, núm. 2 (1987), págs. 283 a 291.

⁵⁸ D. M. Turner, *Salvinorin: The Psychedelic Essence of Salvia Divinorum* (San Francisco, Panther Press, 1996).

⁵⁹ Carl Miller, “Negative effects of *Salvia divinorum*”. Disponible en www.ehow.com/list_6726778_negative-effects-salvia-divinorum.html.

⁶⁰ “Cathinone is the principal active constituent of khat responsible for the stimulant effects that have led khat to be known as ‘natural amphetamine’” (véase J. P. Kelly, “Cathinone derivatives: a review of their chemistry, pharmacology and toxicology”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 3, núms. 7 y 8 (2011), págs. 439 a 453).

⁶¹ La catinona fue descubierta en el khat y posteriormente fue sintetizada en el periodo 1974-1975 en el laboratorio de estupefacientes de las Naciones Unidas (véase Szendrei, “La química del khat”, págs. 5 a 36); Naciones Unidas, “Études sur la composition chimique du khat: recherches sur la fraction phénylalkylamine”, documento MNAR/5/76.

⁶² Szendrei, “La química del khat”.

⁶³ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 34º informe, OMS, Serie de Informes Técnicos, núm. 942 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006).

⁶⁴ Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 1582, núm. 27627).

⁶⁵ I. Dhaifalah y J. Santavy, “Khat habit and its health effect: a natural amphetamine”, *Biomedical Papers*, vol. 148, núm. 1 (2004), págs. 11 a 15.

⁶⁶ “Khat chewing in Yemen: turning over a new leaf”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, núm. 10 (octubre de 2008), págs. 741 y 742.

⁶⁷ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 34º informe.

estreñimiento, inflamación del estómago, úlceras y tumores en el tracto intestinal superior, así como trastornos cardiovasculares, incluido ritmo cardíaco irregular e infarto del miocardio⁶⁸. Las personas genéticamente predispuestas corren el riesgo de empezar a sufrir psicosis. También se han comunicado graves consecuencias socioeconómicas en los países donde está extendido el consumo del khat⁶⁹.

C. LA APARICIÓN Y PROPAGACIÓN RECIENTES DE NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En los últimos años se han comunicado NSP en varios países. Sin embargo, es probable que lo que se conozca realmente hoy día solo sea “la punta del iceberg” puesto que no existen estudios sistemáticos sobre la propagación de las NSP. La información limitada de que se dispone sugiere que la propagación de las NSP no es nada insignificante y –excluido el cannabis del análisis –se aproxima a la de varias drogas sometidas a fiscalización, o incluso las supera.

Propagación a nivel mundial

Número de países que comunican la aparición de nuevas sustancias psicoactivas

De conformidad con la resolución 55/1 de la Comisión de Estupefacientes, titulada “Promoción de la cooperación internacional para enfrentar los problemas planteados por las nuevas sustancias psicoactivas”, en 2012 la UNODC envió un cuestionario sobre las NSP a todos los Estados Miembros, al que respondieron 80 países y territorios. La mayoría de las respuestas se recibieron de países de Europa (33), seguidos de países y territorios de Asia (23), de América (12), de África (10) y de la región de Oceanía (2). En total 70 países y territorios⁷⁰, es decir, el 88% de todos los países que respondieron, comunicaron el surgimiento de NSP. Solo 10 países no habían detectado NSP en los últimos años.

El mayor número de países que notificaron NSP se registró en Europa (31 países, es decir, el 44% de todos los países del mundo que comunicaron la propagación de NSP), lo que tal vez tenga que ver con la creación del sistema de alerta temprana bajo los auspicios del EMCDDA. En Europa los países que más comunicaron NSP fueron los de Europa occidental y central (22 países). El país más extenso de Europa, la Federación de Rusia, también notificó el surgimiento de NSP. El siguiente número mayor de países se dio en Asia (19 países, o sea, el 27%), sobre todo en Asia oriental y sudoriental (11 países) y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio (siete países). En total, 11 países de América (16%) comunicaron el surgimiento de NSP, incluidos todos los países de América del Norte, 6 de América del Sur y 2 de Centroamérica. En África, siete países (10%) comunicaron NSP, aunque solo dos pudieron especificar la categoría a que pertenecían esas sustancias⁷¹.

⁶⁸ Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, “DrugFacts: Khat”, enero de 2011. Disponible en www.drugabuse.gov/publications/drug-facts/khat.

⁶⁹ “Khat chewing in Yemen: turning over a new leaf”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, núm. 10 (octubre de 2008), págs. 741 y 742.

⁷⁰ Albania, Alemania, Andorra, Angola, Arabia Saudita, Argentina, Australia, Bahrein, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Canadá, Cabo Verde, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Croacia, Ecuador, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Eslovaquia, España, Estados Unidos de América, Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Francia, Georgia, Ghana, Grecia, Hong Kong (China), Hungría, Indonesia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Jordania, Letonia, Líbano, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malasia, Malta, México, Mongolia, Noruega, Nueva Zelandia, Omán, Países Bajos, Panamá, Polonia, Portugal, República de Moldova, Rumania, Serbia, Singapur, Sudáfrica, Suiza, Tailandia, Togo, Turquía, Uruguay, Viet Nam y Zimbabwe.

⁷¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

La mayor proporción de países que comunicaron el surgimiento de NSP, como porcentaje de todos los que presentaron informes, se registró en la región de Oceanía (100%, a juzgar por los informes de dos países), Europa (94%) y América (92%), y seguidamente en los países de Asia (83%) y África (70%).

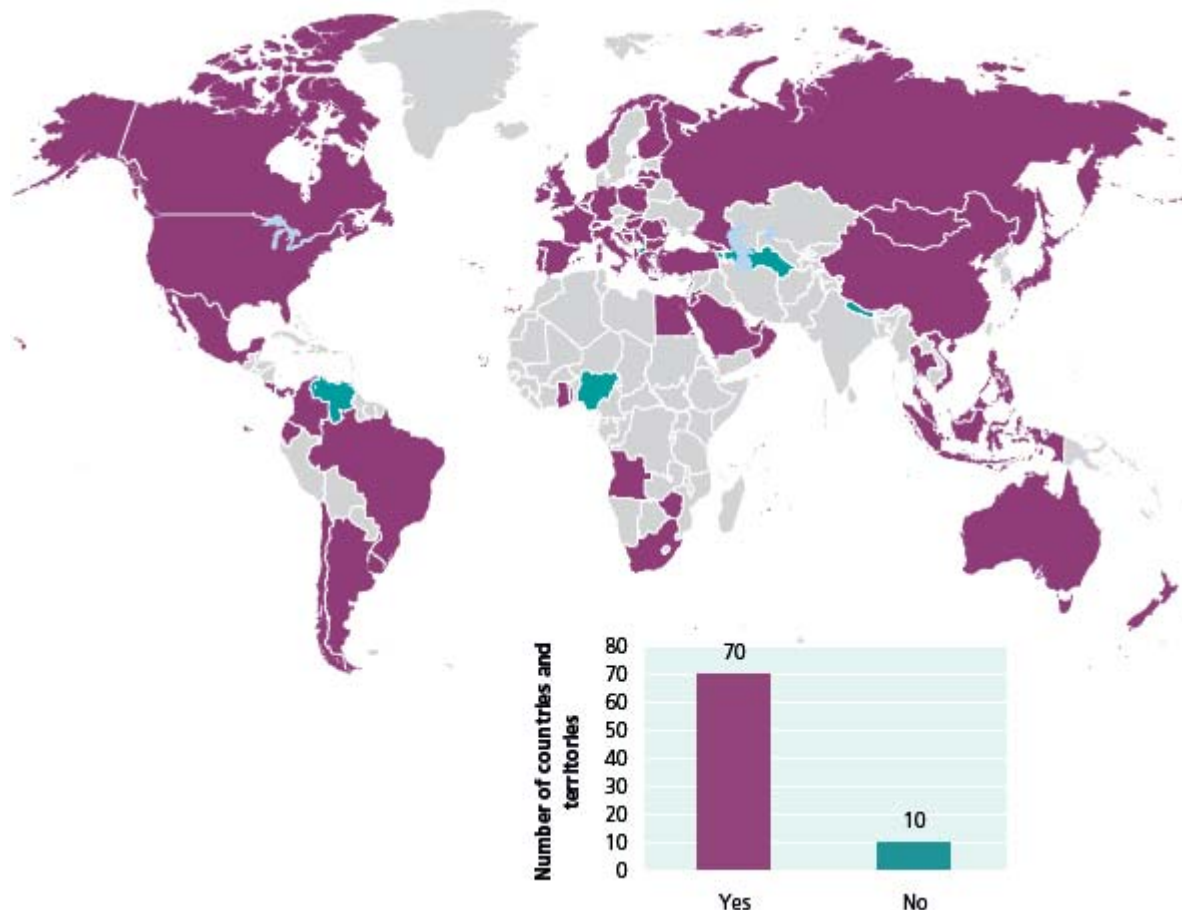
Grupos de nuevas sustancias psicoactivas surgidas entre 2008 y 2012

De los 70 países que comunicaron el surgimiento de NSP, 53 estuvieron en condiciones de proporcionar información sobre los principales grupos de esas sustancias. La mayoría de esos países informaron de la aparición de ketamina y de sustancias de origen vegetal, seguidas de piperazinas, cannabinoides sintéticos y fenetilaminas.

Sin embargo, los mercados de NSP son extremadamente dinámicos. La mayor parte de la ketamina, las fenetilaminas y las piperazinas surgió en los Estados Miembros antes de 2008. En cambio, la introducción en gran escala de los nuevos cannabinoides sintéticos y catinonas sintéticas no se determinó hasta años más tarde. Así, el tipo de NSP que surge en el mercado cambia en función del período investigado. Antes de 2008 la ketamina dominaba el mercado, seguida de las piperazinas y las fenetilaminas. En contraste, en el período 2008-2012 el 66% de los 53 países que presentaron informes detectaron nuevos cannabinoides sintéticos y el 51% descubrió nuevas catinonas sintéticas en sus mercados. Seguidamente el 40% de los países comunicó sustancias de origen vegetal no sometidas a fiscalización en sus mercados; el 26%, piperazinas; el 17%, ketamina y el 15%, fenetilaminas. Comparando los períodos anteriores a 2008 y de 2008 a 2012, los aumentos más significativos se observan en el número de cannabinoides sintéticos y catinonas sintéticas introducidos en el mercado.

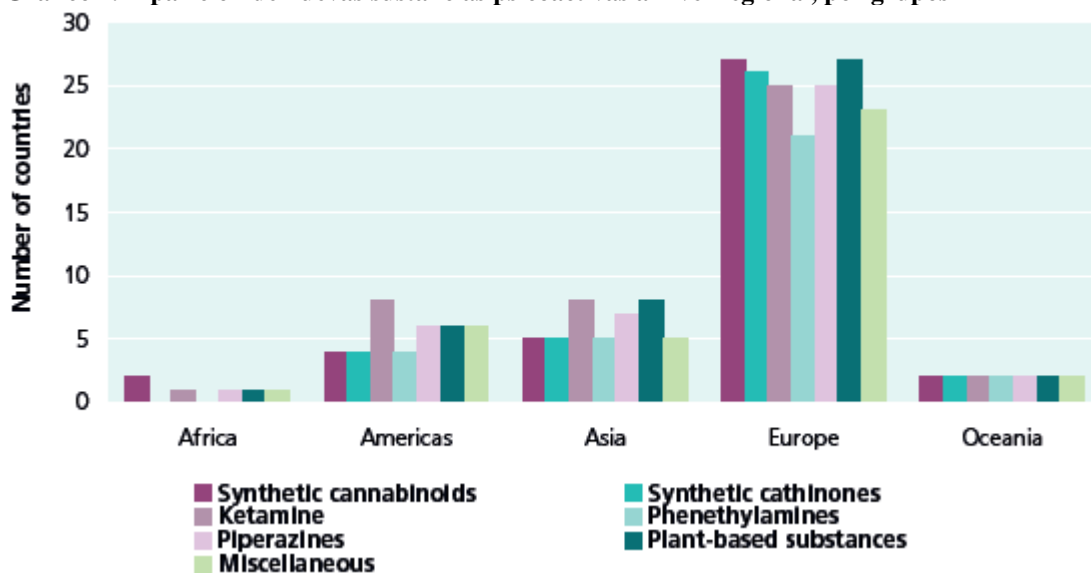
En 2009 surgió la mayor parte de las catinonas sintéticas, que también constituyeron la mayoría de las nuevas sustancias que aparecieron en el mercado. En 2010 los nuevos cannabinoides sintéticos fueron los que se detectaron con más frecuencia. Una vez más en 2011 la mayoría de las nuevas sustancias emergentes fueron las nuevas catinonas sintéticas.

Mapa 1. Aparición de nuevas sustancias psicoactivas a nivel mundial hasta julio de 2012



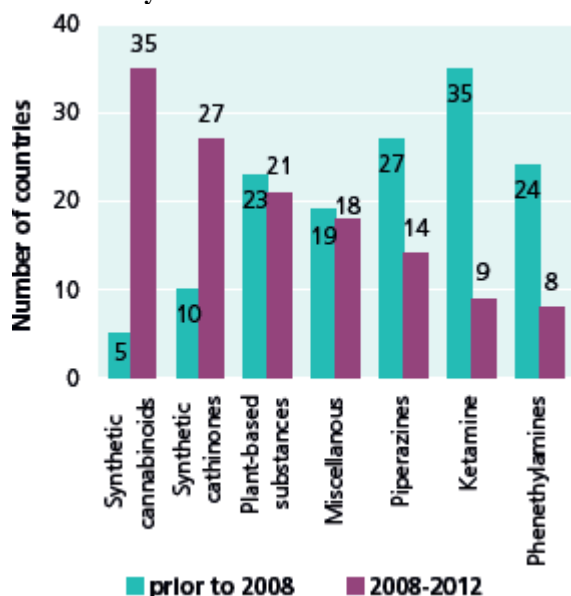
Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

Gráfico 1. Aparición de nuevas sustancias psicoactivas a nivel regional, por grupos



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

Gráfico 2. Aparición de nuevas sustancias psicoactivas a nivel mundial, por grupos, antes de 2008 y de 2008 a 2012



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Cuestionario sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2012.

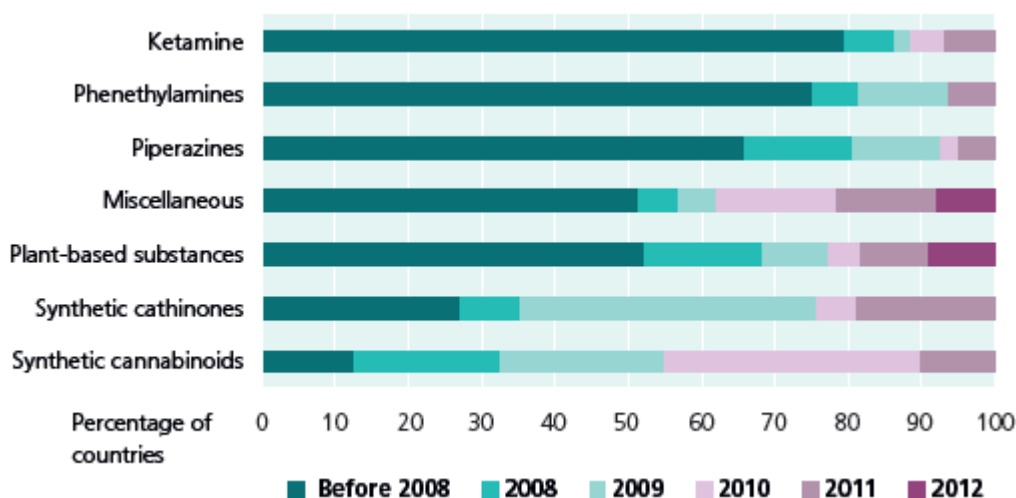
Tendencias del tráfico e incautación de nuevas sustancias psicoactivas

Aunque las NSP por definición no están sometidas a fiscalización internacional, varias sí lo están a nivel nacional y son incautadas. De los 70 países y territorios que comunicaron NSP, 61 también informaron de la incautación de esas sustancias. Casi la mitad de los países en que se incautaron NSP se encontraban en Europa (48%), a los que siguieron, en cantidades inferiores, países de Asia (23%), África (19%), América (16%) y la región de Oceanía (3%).

Las tendencias de incautación, que denotan actividades de tráfico subyacentes, parecen confirmar en gran parte las tendencias generales examinadas hasta el momento. La incautación mundial de NSP entre 2009 y 2012 –con arreglo a la información procedente de 42 países– ciertamente va en aumento. Esa tendencia ascendente de la incautación evidencia además el número cada vez mayor de sustancias fiscalizadas en los últimos años en varios países. En la incautación se observan aumentos de los cannabinoides sintéticos en el período 2009-2012 y, al menos hasta 2011, también de las catinonas sintéticas. Además, la categoría “varias sustancias psicoactivas” mostró constantes aumentos. En cambio, no se notificaron nuevos aumentos con respecto a la ketamina. Las tendencias generales en lo que se refiere a las piperazinas y las fenetilaminas parecen haber sido bastante estables en el mismo período. Pueden observarse algunas diferencias en relación con las sustancias de origen vegetal. Las tendencias de incautación de esas drogas fueron en aumento hasta 2011 y posteriormente comenzaron a estabilizarse.

Gráfico 3. Aparición de grupos de nuevas sustancias psicoactivas hasta mediados de 2012

Porcentaje de países que comunicaron la aparición de clases de nuevas sustancias psicoactivas desde antes de 2008 hasta mediados de 2012



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

Nuevas sustancias psicoactivas específicas detectadas por los laboratorios nacionales

Se pidió a los laboratorios que aportaran información pormenorizada sobre las sustancias específicas que examinaban. Un análisis de las respuestas reveló que los laboratorios de 40 países detectaron en total 251 NSP hasta mediados de 2012, cifra que supera el número total de sustancias psicoactivas actualmente sometidas a fiscalización internacional (234).

El número de NSP detectadas recientemente aumentó de 166 en 2009⁷² a 251 a mediados de 2012. Así, el número total de NSP reconocidas aumentó en más del 50% a escala mundial entre 2009 y mediados de 2012.

El grueso de las 251 NSP detectadas entre 2009 y mediados de 2012 lo constituyeron los cannabinoides sintéticos (24% del total), las fenetilaminas (23%) y las catinonas sintéticas (17%), seguidos de las triptaminas (10%). Esos cuatro grupos representaron casi tres cuartas partes (74%) de todas las NSP detectadas y comunicadas a la UNODC.

Las principales sustancias de cada categoría se determinaron por el número de veces que fueron mencionadas por los Estados Miembros. Las NSP comunicadas con más frecuencia (más de 50 veces) por los laboratorios de los Estados Miembros en el período comprendido entre 2009 y mediados de 2012 fueron:

- JWH-018 y JWH-073 entre los cannabinoides sintéticos
- Mefedrona, MDPV y metilona entre las catinonas sintéticas
- *m*CPP, BZP y TFMPP entre las piperazinas.

⁷² Esta cifra incluye las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en el período 2006-2008 (53) y varios informes (11) de países que no pudieron determinar precisamente en el año en que surgieron algunas nuevas sustancias psicoactivas específicas en sus mercados respectivos. En 2009 se detectaron por primera vez en total 102 nuevas sustancias psicoactivas.

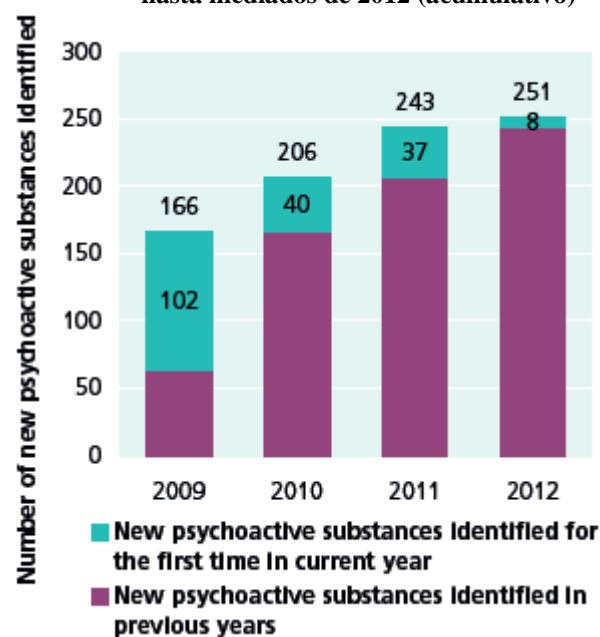
Cuadro 1. Tendencia de incautación de nuevas sustancias psicoactivas, desde 2009 hasta mediados de 2012^a

New psychoactive substance group	2009	2010	2011	First half of 2012
Synthetic cannabinoids	↑	↑	↑	↑
Synthetic cathinones	↑	↑	↑	↔
Ketamine	↔	↔	↔	↔
Phenethylamines	↔	↑	↔	↔
Piperazines	↑	↔	↔	↓
Plant-based substances	↑	↑	↑	↔
Miscellaneous	-	↑	↑	↑

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

^a Sobre la base de la información recibida de 42 países. Se pidió a los países que proporcionaran información anual sobre las tendencias de incautación observadas (“crecientes”, “estables”, decrecientes”) en relación con los grupos de NSP mencionados anteriormente. Cuando el número de países que comunicaron tendencias “crecientes” superó el número de países que comunicaron tendencias “decrecientes” o “estables”, en el cuadro se indica un aumento global. Asimismo, cuando el número de tendencias “decrecientes” comunicadas superó las tendencias “crecientes” o “estables” se indica una reducción global. Cuando el mayor número de países comunicó tendencias “estables”, se indica una tendencia global estable.

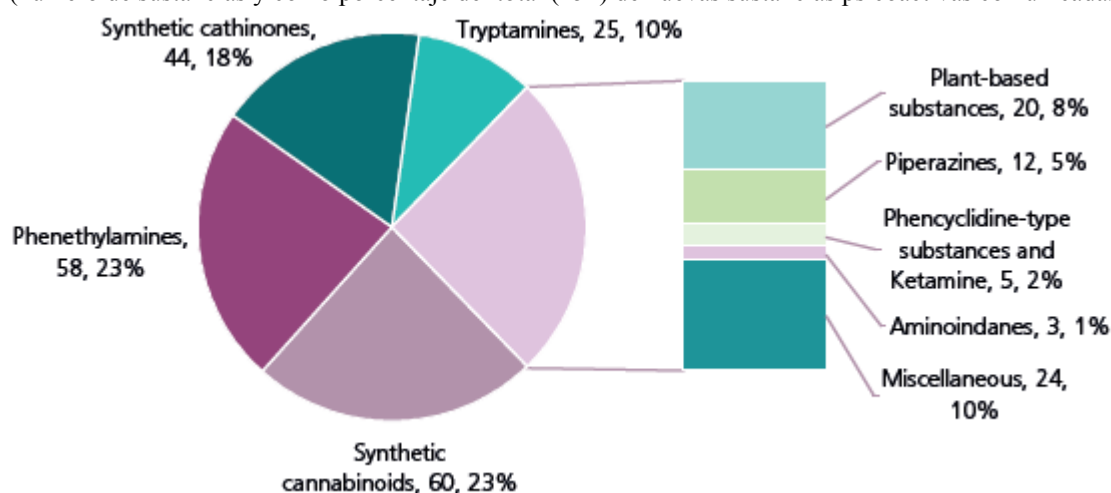
↑= creciente, ↓= decreciente, ↔ = estable, - desconocida.

Gráfico 4. Número de nuevas sustancias psicoactivas recientemente detectadas a nivel mundial: desde 2009 hasta mediados de 2012 (acumulativo)

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Cuestionario sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2012.

Gráfico 5. Nuevas sustancias psicoactivas detectadas en laboratorios nacionales, desde 2009 hasta mediados de 2012

(número de sustancias y como porcentaje del total (251) de nuevas sustancias psicoactivas comunicadas por 40 países)^a



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Cuestionario sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2012.

^a De los 40 países que respondieron, no todos comunicaron cifras para cada año.

Cuadro 2. Número de países que citaron una región como “fuente principal de aprovisionamiento” de nuevas sustancias psicoactivas^a

Reporting countries in:	Región citada como fuente principal de aprovisionamiento					
	Asia	Europe	Americas	Africa	Oceania	Total
Europe	11	8	0	0	0	19
Asia	5	0	0	0	0	5
Americas	1	0	2	1	0	4
Africa	0	1	1	0	0	2
Oceania	1	0	0	0	1	2
Total	18	9	3	1	1	32
Primary source (percentage of total)	56	28	9	3	3	100

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, cuestionario sobre nuevas sustancias psicoactivas, 2012.

^a Se pidió a los países que clasificaran las regiones de origen de las nuevas sustancias psicoactivas por sustancias “comunicadas o incautadas” en su territorio; las respuestas no fueron validadas científicamente por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Origen y fabricación de nuevas sustancias psicoactivas

Europa fue la región que facilitó la mayor parte de la información sobre el origen geográfico de las nuevas sustancias psicoactivas, que parecen provenir fundamentalmente de Asia, sobre todo de países de Asia oriental y meridional que poseen una industria química y farmacéutica avanzada.

En total 32 países proporcionaron información sobre el origen de nuevas sustancias psicoactivas (19 de ellos de Europa), y más de la mitad de esos países mencionaron a Asia como la principal fuente de aprovisionamiento de las NSP (56%) presentes en sus mercados, seguida de Europa (28%) y América (9%)⁷³. Los cinco países de Asia que presentaron informes, así como los mayores mercados de NSP de América del Norte (Estados Unidos), Europa (Reino Unido) y la región de Oceanía (Australia) también informaron de que Asia era la principal región de origen. A tono con la

⁷³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*. Estos datos se basan en la información recibida de 32 países. Las fuentes de aprovisionamiento mencionadas son las comunicadas por los Estados Miembros. Por tanto, los resultados se inclinan hacia Europa. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito no los ha validado científicamente como lugares de fabricación o producción.

información proveniente de la Europol⁷⁴ y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes⁷⁵, China y la India fueron los países de origen de NSP mencionados con más frecuencia en Asia, aunque también se mencionaron varios países europeos, entre ellos, España, Hungría, los Países Bajos, Portugal, el Reino Unido, la República Checa y Ucrania⁷⁶. Entre los 19 países de Europa que presentaron informes, el 58% estimó que Asia era su principal región de origen y el 42%, Europa. Dos de los tres países de América Latina que presentaron informes señalaron otros países de América como su principal fuente de aprovisionamiento. Un país africano se refirió a América como su principal fuente de aprovisionamiento en tanto que otro país africano se refirió a Europa.

La mayoría de los países que aportaron información sobre el origen de las NSP indicaron otro país o región como principal fuente de aprovisionamiento, aunque también comunicaron alguna producción interna. De los 50 países que facilitaron información sobre la fuente de aprovisionamiento de las NSP detectadas en su territorio, más de las tres cuartas partes afirmaron que no existía ninguna producción interna de NSP y solo 12 países (24%) comunicaron que había alguna producción interna, sobre todo dirigida al mercado local. La fabricación interna fue mencionada por varios países de Europa, América y Asia. El EMCDDA notificó el desmantelamiento de instalaciones relacionadas con la producción de NSP en los Países Bajos, así como en Bélgica, Irlanda y Polonia⁷⁷. Sin embargo, persiste la tónica global de producción interna limitada y de dependencia de las importaciones de ultramar, situación que difiere de la fabricación clandestina de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización, como los estimulantes de tipo anfetamínico, que normalmente tiene lugar en la misma región en que se encuentran los consumidores.

El papel de Internet

Internet parece desempeñar un importante papel en el negocio de las NSP, más que en el negocio ilícito de las drogas en general: el 88% de los países que respondieron a una encuesta de la UNODC que tenían un mercado interno de NSP indicaron que Internet era una fuente clave de aprovisionamiento de las NSP detectadas en su territorio (35 de 40 países que respondieron a esa pregunta). La mayor parte del transporte se lleva a cabo por vía aérea y postal.

El creciente papel de Internet como fuente de nuevas sustancias psicoactivas ha sido confirmado en el estudio (“snapshot”) del EMCDDA centrado en Internet. El número de tiendas de Internet que se ofrecieron para suministrar NSP a los clientes de los países de la Unión Europea aumentó de 170 en enero de 2010 a 314 en enero de 2011 y 693 en enero de 2012⁷⁸.

No obstante, ese papel de Internet que consideran fundamental las autoridades mundiales no fue confirmado por la encuesta Eurobarómetro realizada en 27 países de la Unión Europea entre jóvenes de 15 a 24 años en 2011. Solo el 7% (margen de variación: 0% a 27% en los diversos países de la Unión Europea) de los jóvenes consumidores de NSP compraron las sustancias por Internet, es decir, mucho menos del 33% que las compraron en una tienda especializada, del 36% que las

⁷⁴ La mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas halladas en el mercado europeo – según la información de las incautaciones en fronteras y las investigaciones de los órganos de represión de los Estados miembros de la Unión Europea – se importaban de China y, en menor grado, de la India. La mayor parte de la producción de mefedrona, según la Oficina Europea de Policía (Europol) tiene lugar en Asia, sobre todo en China. Al mismo tiempo, la Europol también pone de relieve que una parte de las nuevas sustancias psicoactivas proceden fundamentalmente de dentro de Europa (por ejemplo, la mCPP) (véase Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis*).

⁷⁵ Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012.

⁷⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

⁷⁷ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, noviembre de 2012).

⁷⁸ *Ibid.*

adquirieron en una fiesta o en un club, o del 54% a quienes se las obsequió un amigo⁷⁹. Ello indica que aunque la importación y el comercio mayorista de NSP pueda realizarse de manera creciente por Internet, todavía se utilizan los cauces de distribución más tradicionales para el comercio minorista.

Interés en las nuevas sustancias psicoactivas manifestado en las búsquedas en Internet

Los datos sobre el número de consumidores de NSP y la dimensión del mercado de esas sustancias son muy escasos. Un indicio que puede ayudar a evaluar la magnitud del problema es el número de veces que se busca determinada sustancia en Internet. A falta de encuestas de hogares a escala mundial que abarquen esas sustancias, las búsquedas en Internet son una de las pocas variables sustitutivas que denotan el interés en las NSP y, por tanto, indirectamente, su propagación.

Cabe suponer que existe una correlación positiva entre el interés y, por tanto, entre las búsquedas y la propagación real de una sustancia. Los consumidores en general desean obtener información sobre las sustancias que consumen o intentan consumir. Los padres, docentes, medios de comunicación y órganos de represión tratan con frecuencia de obtener información sobre determinadas sustancias cuando se afronta un problema en su comunidad.

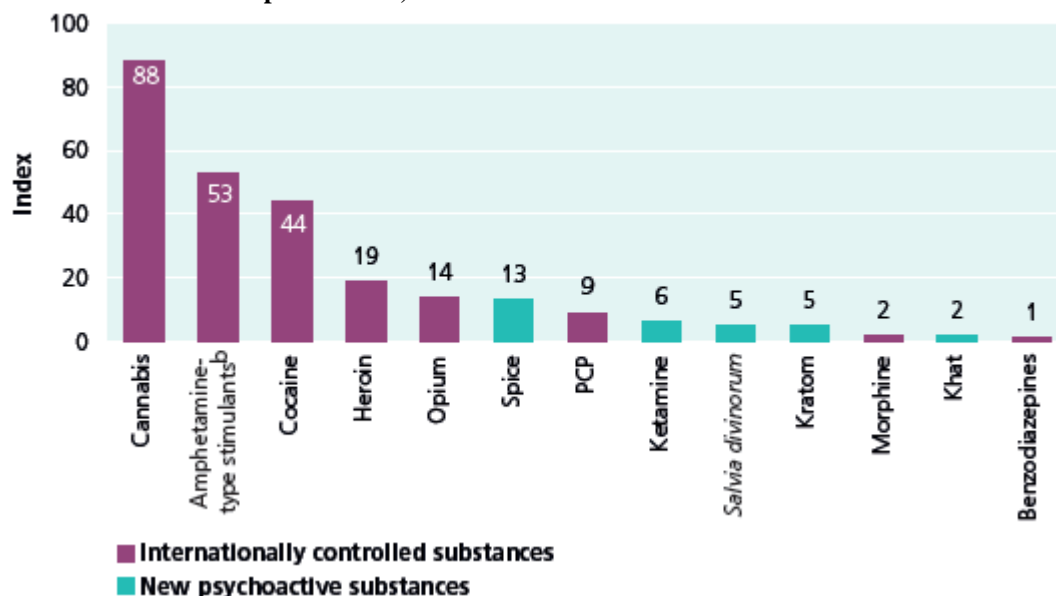
Por supuesto, también existen algunos sesgos. La posibilidad de los consumidores de NSP de utilizar Internet para comprarlas resulta más limitada en el caso de las sustancias que están sometidas a fiscalización. Por otro lado, el acceso a Internet es un factor importante que tiende a favorecer a los países desarrollados en las búsquedas mundiales en Internet. Aun así, las conclusiones principales pueden dar una idea general de la realidad.

Cuando las conclusiones se limitan al “consumo de la sustancia”, se observa que la NSP sobre la que se hicieron más búsquedas a nivel mundial en el período 2008-2012 fue el *Spice*, seguido de la ketamina, la *Salvia Divinorum* y el kratom. Sin embargo, el cannabis sigue yendo a la cabeza, por delante de los estimulantes de tipo anfetamínico, la cocaína y la heroína.

Los datos sugieren que el interés por las NSP en el período 2008-2012 (excluido el *Spice*) se centró sobre todo en las “sales de baño” (como la mefedrona, y menos en la MDPV), seguidas de la ketamina, el khat, la *Salvia divinorum*, el kratom, la PMMA, el JWH-018 y la BZP. La mayoría de las otras sustancias no figuran de manera ostensible en esta lista. Aunque decreció el interés en los estimulantes de tipo anfetamínico (vinculados con el éxtasis), aumentaron las búsquedas con respecto a las “sales de baño” –en particular en 2012– luego de algunos incidentes graves y las deliberaciones que tuvieron lugar posteriormente en torno a la fiscalización de esas sustancias. Las búsquedas en Internet de las “sales de baño” comenzaron a aproximarse más a las del éxtasis en 2012.

⁷⁹ Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011).

Gráfico 6. Índice: Búsquedas en Google a nivel mundial por usuarios de Internet en relación con determinadas sustancias psicoactivas, 2008-2012^a

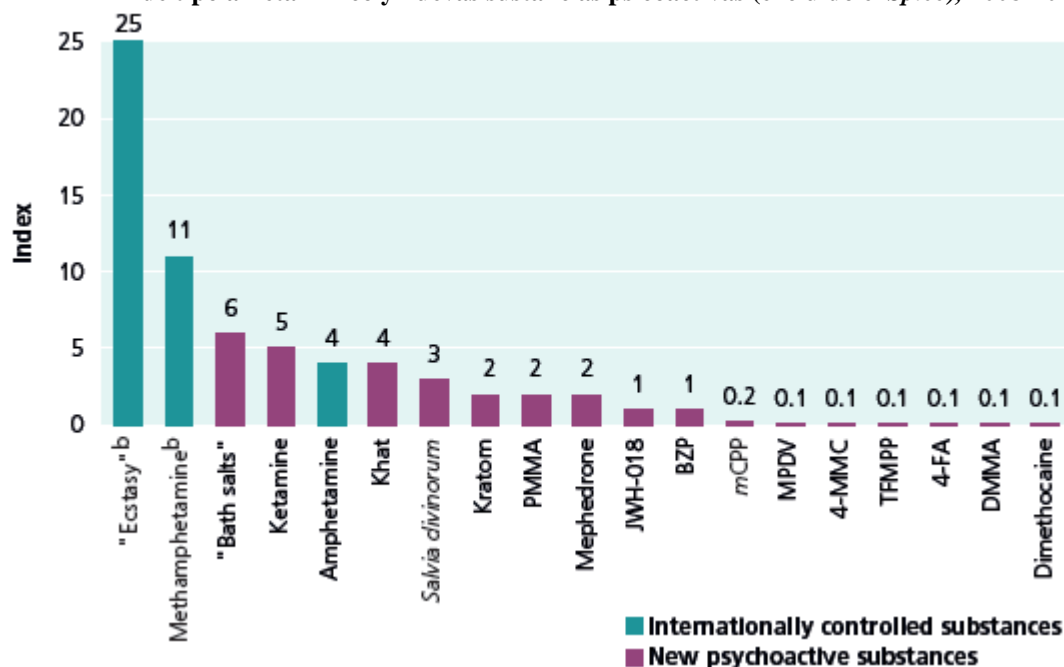


Fuente: Google Trends, enero de 2008 a diciembre de 2012.

^a Los números consignados en el gráfico indican cuántas búsquedas se realizaron de un término en particular en comparación con otros términos en el período 2008-2012 dentro de la categoría de “consumo de sustancias” (a fin de evitar resultados de búsquedas imprevistos en relación con el *Spice*). Los datos se han normalizado y se presentan en una escala de 0 a 100. El número 100 representa el volumen máximo de búsquedas de las sustancias mencionadas en el período. En este caso, 100 representa el volumen máximo de búsquedas de cannabis en noviembre de 2012. Se ha calculado una media general para cada término, basada en datos semanales, para el período 2008-2012 que se presenta en el gráfico.

^b Estimulantes de tipo anfetamínico: éxtasis, incluido el término de búsqueda “MDMA”; “anfetamina”; “metanfetamina”; “jaba” y “shabu”.

Gráfico 7. Índice: Búsquedas en Google a nivel mundial por usuarios de Internet en relación con estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas (excluido el *Spice*), 2008-2012^a



Fuente: Google Trends, enero de 2008 a diciembre de 2012.

^a El número 100 representa el volumen máximo de búsquedas de las sustancias mencionadas en el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2012. En este caso, 100 representa el volumen máximo de búsquedas de “sales de baño” en la semana comprendida entre el 27 de mayo y el 2 de junio de 2012. (No se empleó ningún filtro para esta búsqueda.)

^b Éxtasis, incluido el término de búsqueda “MDMA”; metanfetamina, incluidos los términos de búsqueda “jaba” y “shabu”.

Entre las búsquedas en Internet de los grupos químicos de las principales NSP se ha visto que los cannabinoides sintéticos, es decir, las principales sustancias psicoactivas que contiene el *Spice*, son los que con mucho han atraído más el interés, que ciertamente aumentó en el período 2008-2012. El interés en las piperazinas comenzó a surgir a nivel mundial a partir de 2008 y llegó a su máximo en 2009 antes de disminuir en los años posteriores. El interés en las fenetilaminas permaneció relativamente constante. En cambio, el interés en las triptaminas parece haber decaído en los últimos años. El interés en las catinonas sintéticas creció en 2010 y de nuevo en 2012 hasta el grado en que superó a los otros grupos de NSP en ese año, con excepción de los cannabinoides sintéticos.

Propagación de nuevas sustancias psicoactivas a nivel regional

Europa

La región que hasta la fecha ha sido objeto de mayor vigilancia con respecto al surgimiento de NSP ha sido Europa, sobre todo la Unión Europea. El EMCDDA, en cooperación con la Europol, creó el sistema europeo de alerta temprana relativo a las NSP. Siempre que se detecta una NSP en un país, el Estado envía la información sobre su fabricación, tráfico y consumo a la Europol y el EMCDDA. El sistema de alerta temprana comprende los 27 países de la Unión Europea, así como Noruega y los dos países candidatos de la Unión Europea, Croacia y Turquía. Mediante el sistema de alerta temprana en el período 2005-2012 se detectaron 236 sustancias, lo que equivale a más del 90% de todas las sustancias detectadas a nivel mundial y comunicadas a la UNODC (251). La tendencia ascendente ha cobrado verdadero impulso en los últimos años.

Las actividades de vigilancia comenzaron en junio de 1997 mediante una acción conjunta relacionada con el intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de nuevas drogas sintéticas. Esa medida fue reemplazada posteriormente por la decisión 2005/387 del Consejo de la Unión Europea sobre el intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de NSP⁸⁰.

A través del sistema de alerta temprana se comunicaron más de 30 nuevas drogas sintéticas en virtud de la acción conjunta de 1997. Las drogas detectadas fueron en gran parte fenetilaminas y triptaminas y, menos frecuentemente, catinonas sintéticas y piperazinas⁸¹.

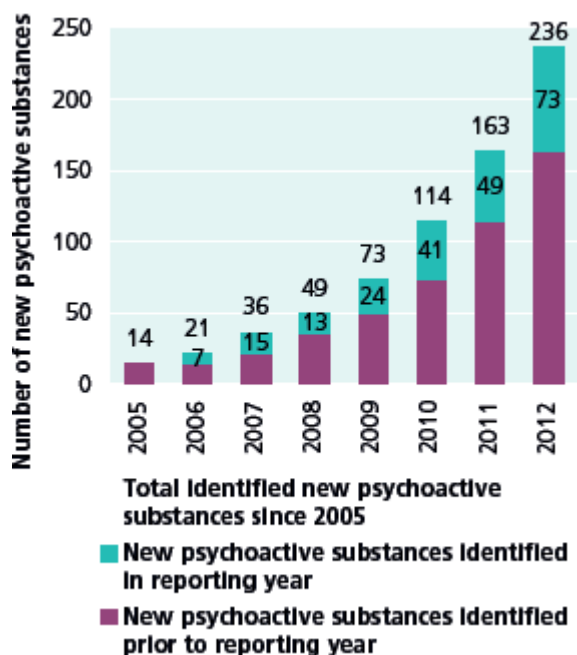
De manera comparativa, en el período 2005-2012 se comunicaron 236 nuevas sustancias mediante el sistema de alerta temprana, lo que destaca la creciente importancia de las NSP en Europa.

⁸⁰ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *Early-Warning System on New Psychoactive Substances: Operating Guidelines*, págs. 11 a 15.

⁸¹ *Ibid.*

En 2012 se detectaron 73 nuevas sustancias⁸², frente a 49 en 2011, 41 en 2010, 24 en 2009⁸³ y, por término medio, cinco anuales en el período 2000-2005⁸⁴.

Gráfico 8. Evolución de nuevas sustancias psicoactivas comunicadas al sistema de alerta temprana, 2005-2011



Fuente: Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013).

A diferencia del predominio de las fenetilaminas y triptaminas detectadas después de la acción conjunta de 1997, las sustancias detectadas en el período 2010-2012 correspondieron a las categorías de los cannabinoides sintéticos (64), seguidos de otras “nuevas sustancias psicoactivas” (40), catinonas sintéticas (28), fenetilaminas (24), triptaminas (5) y piperazinas (2)⁸⁵. En 2012 las nuevas sustancias detectadas en mayor número fueron, por cuarto año consecutivo, los cannabinoides sintéticos (30 nuevas sustancias), seguidos de “otras nuevas sustancias psicoactivas” (19)⁸⁶.

Comparando el número de NSP detectadas en el período 2005-2008 con las descubiertas en el período 2009-2012, el mayor aumento correspondió a los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas, al que siguieron aumentos de “otras nuevas sustancias psicoactivas” y fenetilaminas. Por otra parte, disminuyó el número de triptaminas y piperazinas detectadas recientemente.

⁸² Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis*.

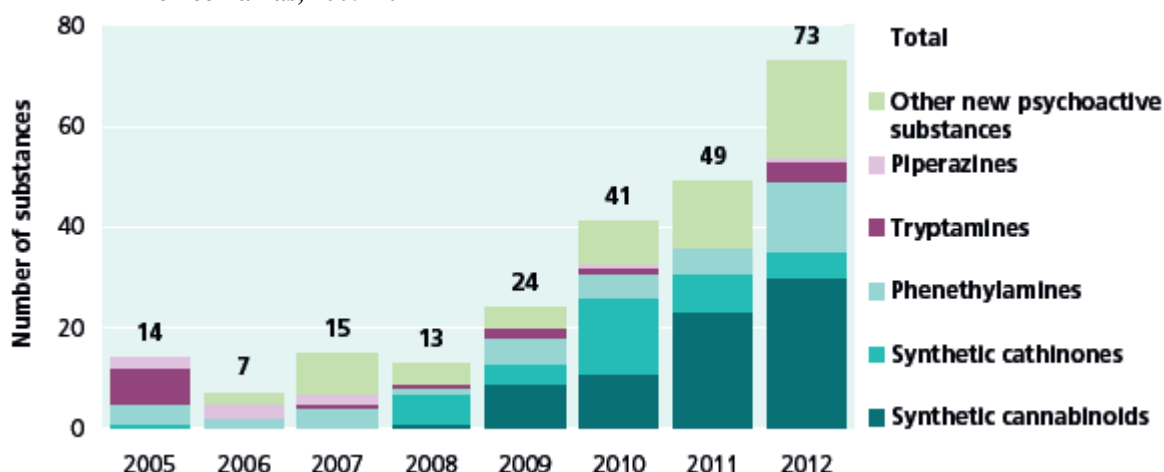
⁸³ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa*, pág. 97.

⁸⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Actualización del Programa Mundial SMART 2012*, vol. 8, septiembre de 2012.

⁸⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa*, pág. 98.

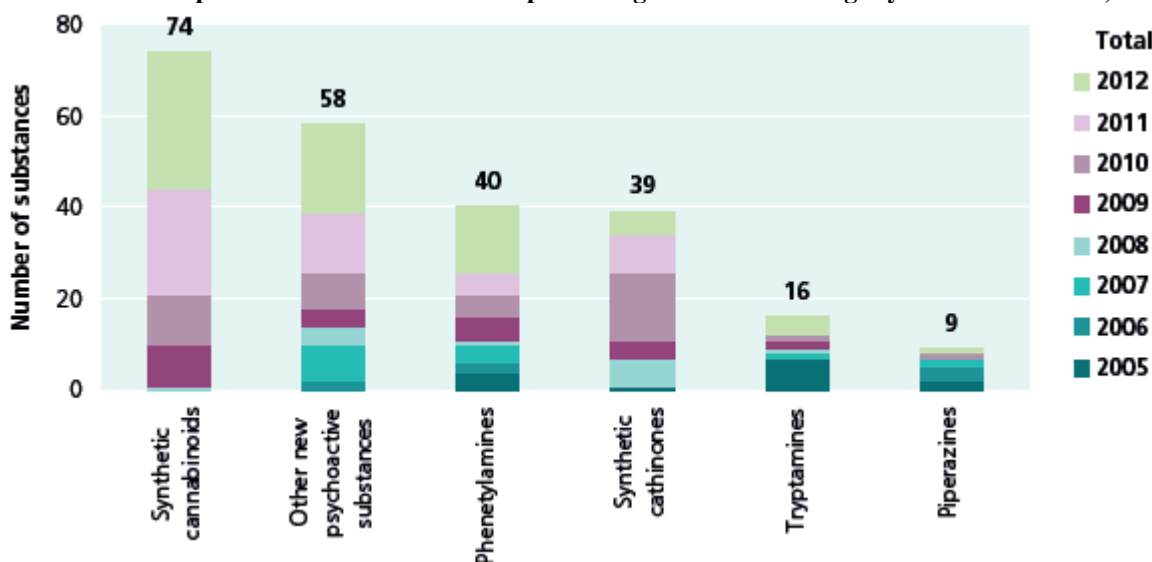
⁸⁶ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, “EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council decision 2005/387/JHA”, pág. 9.

Gráfico 9. Número de nuevas sustancias psicoactivas comunicadas recientemente con carácter anual por medio del sistema de alerta temprana del Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, 2005-2012



Fuente: Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013).

Gráfico 10. Grupos principales de nuevas sustancias psicoactivas detectadas por medio del sistema de alerta temprana del Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, 2005-2012



Fuente: Cálculos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito basados en Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013).

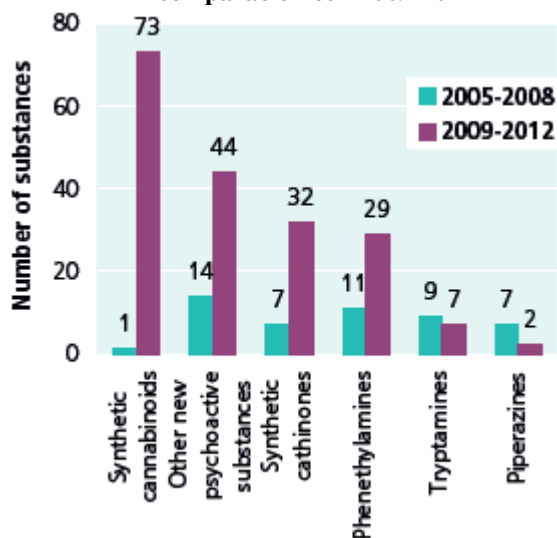
Una encuesta Eurobarómetro entre 12.000 jóvenes seleccionados al azar realizada en toda la Unión Europea en 2011 reveló que, por término medio, unos 2,9 millones de personas, o sea, el 4,8% de la población entre 15 y 24 años, habían experimentado con sustancias lícitas que imitaban los efectos de drogas ilícitas. Esa cifra dista mucho de ser insignificante, y equivale a casi una quinta parte de la tasa de prevalencia del consumo de cannabis en algún momento de la vida registrada en 2011 en el mismo grupo de edad. Analizándola desde otra perspectiva, esa cifra representa casi la mitad del número total de personas de 15 a 24 años de edad que habían utilizado drogas ilícitas distintas del cannabis en 2004⁸⁷.

La definición de las sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en la encuesta Eurobarómetro se aplica a las sustancias psicoactivas que no están sometidas a fiscalización a nivel

⁸⁷ No se dispone de datos con respecto a 2011.

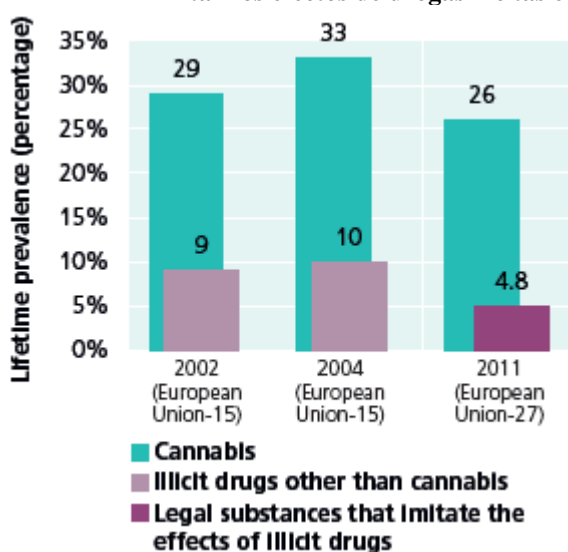
nacional. Comoquiera que existen más sustancias sometidas a fiscalización nacional que internacional, el número de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas es algo menor que el de NSP. La prevalencia global del consumo de NSP en la Unión Europea posiblemente sea mayor que la indicada en los datos de prevalencia sobre las sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas. Por otra parte, tal vez los consumidores consideren lícitas muchas de las sustancias comercializadas como “euforizantes legales” aun cuando estén sometidas a fiscalización nacional, de modo que en la práctica la prevalencia comunicada del consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas puede aproximarse mucho incluso a las tasas de prevalencia del consumo de NSP.

Gráfico 11. Grupos principales de nuevas sustancias psicoactivas detectadas por medio del sistema de alerta temprana del Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, 2005-2008 en comparación con 2009-2012



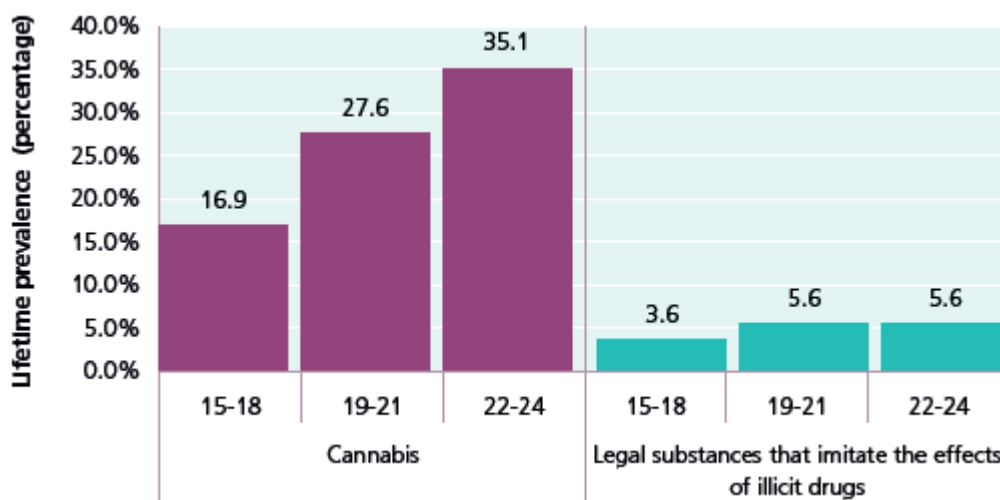
Fuente: Cálculos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito basados en Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013).

Gráfico 12. Prevalencia en algún momento de la vida del consumo de drogas ilícitas y de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas entre personas de 15 a 24 años en la Unión Europea, 2002-2011



Fuente: Cálculos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito basados en Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *EU Drug Markets Report: A Strategic Analysis* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013).

Gráfico 13. Prevalencia en algún momento de la vida del consumo de cannabis y de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas, entre personas de 15 a 24 años, por grupos de edad, en la Unión Europea-27, 2011



Fuente: Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011).

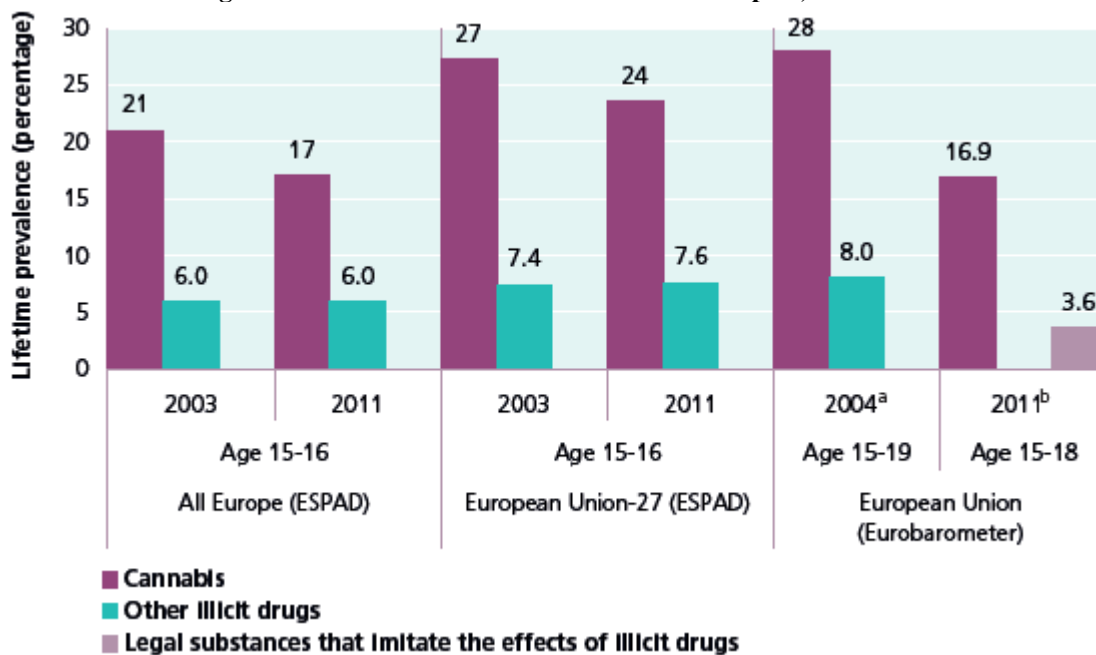
Como es de esperar, la prevalencia en algún momento de la vida de las sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas aumenta con la edad, del 3,6% en la población de la Unión Europea de 15 a 18 años al 5,6% en las personas de 19 a 21 años y de 22 a 24 años. Los aumentos con la edad de la prevalencia en algún momento de la vida son, no obstante, menos pronunciados que en relación con el cannabis, lo que probablemente se deba al hecho de que las sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas no han estado en el mercado tanto tiempo como el cannabis.

Los datos de las encuestas Eurobarómetro y del Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD) mostraron durante el último decenio un descenso estadísticamente importante del consumo de cannabis y, por tanto, del consumo de drogas en general entre los adolescentes de Europa⁸⁸. Las tasas de prevalencia del consumo de drogas ilícitas distintas del cannabis permanecieron en gran medida estables entre 2003 y 2011, según el ESPAD. En cambio, el uso de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas parece haber aumentado. En 2011 la tasa de prevalencia del consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas aumentaron de niveles insignificantes hace un decenio al 3,6% entre los adolescentes de 15 a 18 años. En algunos países (Irlanda y Polonia) el consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas entre los jóvenes es incluso mayor que el de otras drogas y en varios países, entre ellos Eslovenia, Letonia, Lituania, el Reino Unido y Suecia, los niveles se aproximan a los de otras drogas, aparte del cannabis⁸⁹.

⁸⁸ B. Hibell y otros, *The 2011 ESPAD Report: Substance Use among Students in 36 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas, 2012).

⁸⁹ La “aproximación” se ha definido en este informe como una diferencia de menos de 1 punto porcentual en las tasas de prevalencia en algún momento de la vida entre el consumo de “drogas ilícitas distintas del cannabis” (estudio del ESPAD de 2011) y el consumo de “sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas” (estudio Eurobarómetro de 2011).

Gráfico 14. Prevalencia en algún momento de la vida de drogas ilícitas y sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas entre adolescentes en la Unión Europea^a, 2003/2004-2011



Fuente: Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011); y Taylor Nelson Sofres, *Young People and Drugs*, Flash Eurobarometer series, núm. 158 (Comisión Europea, junio de 2004); B. Hibell y otros, *The 2011 ESPAD Report: Substance Use among Students in 36 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y Otras Drogas, 2012).

^a Hay cuestiones relacionadas con la comparabilidad a causa de las diferencias en los grupos de edad analizados (15 a 16 años en la encuesta del ESPAD; 15 a 18 años en la encuesta Eurobarómetro), los grupos objetivo (adolescentes que asistían a la escuela en la encuesta del ESPAD; jóvenes que asistían y no asistían a la escuela en la encuesta Eurobarómetro), el tamaño de la muestra (estudio del ESPAD: 103 estudiantes en toda Europa; estudio Eurobarómetro: 12.300 jóvenes en 27 Estados miembros de la Unión Europea, incluidas 4.600 personas en el grupo de 15 a 18 años) y la metodología de la encuesta (cumplimentación del cuestionario en clases escolares en la encuesta del ESPAD; respuesta a preguntas por teléfono en el estudio Eurobarómetro). No obstante, los resultados, en términos generales, deberían indicar algunos órdenes de magnitud razonables.

^b Los datos de 2004 se refieren a la Unión Europea-15; los datos de 2011 se refieren a la Unión Europea-27.

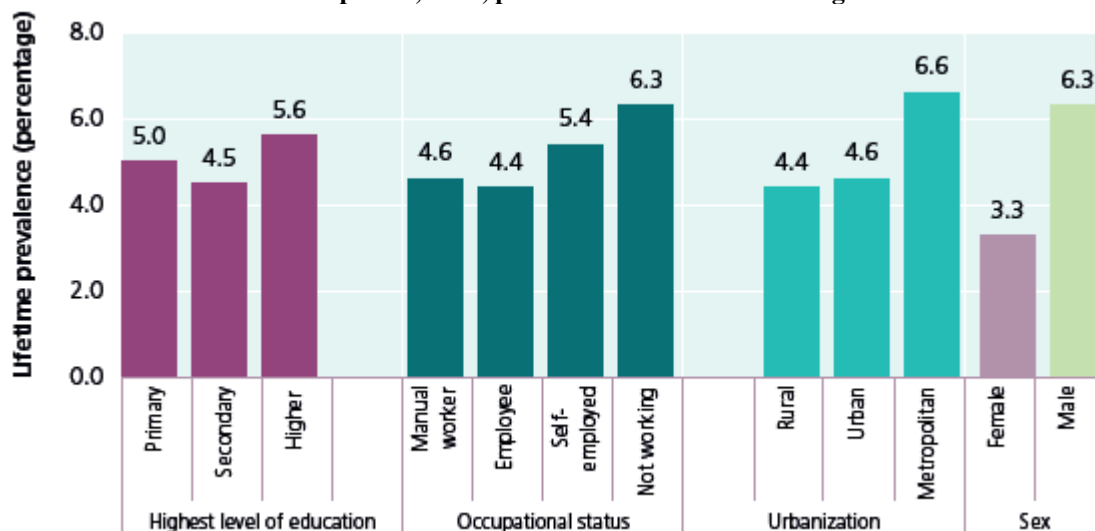
Las tasas de prevalencia en algún momento de la vida del consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en la Unión Europea, si se ajustan al grupo de 15 a 18 años de edad, parecen ser algo más bajas que las tasas correspondientes a las anfetaminas que puso de relieve el Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas, de una magnitud semejante a la tasa de consumo del éxtasis y más altas que las tasas correspondientes a la cocaína, el LSD o la heroína en Europa⁹⁰.

Al igual que entre otras drogas, el consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas está más generalizado entre los hombres que entre las mujeres, es más frecuente en las zonas metropolitanas que en las zonas rurales y está más difundido entre las personas desempleadas que entre las que trabajan. Su consumo es algo más alto que la media entre las que solo han terminado la enseñanza primaria y más bajo que la media entre las que han terminado la enseñanza secundaria, y aumenta de nuevo entre las que tienen una forma de enseñanza superior (aunque la prevalencia en algún momento de la vida más alta entre las personas con un nivel superior de enseñanza también

⁹⁰ Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*; B. Hibell y otros, *The 2011 ESPAD Report: Substance Use among Students in 36 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco para la Información sobre los Problemas del Alcohol y otras Drogas, 2012); B. Hibell y otros, *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries* (Estocolmo, Consejo Sueco para la Información sobre los Problemas del Alcohol y otras Drogas y Grupo Pompidou del Consejo de Europa, 2004); y Consejo de Europa, *Alcohol and Drug Use Among European 16-18 Year Old Students – Data from the ESPAD Project*, febrero de 2007.

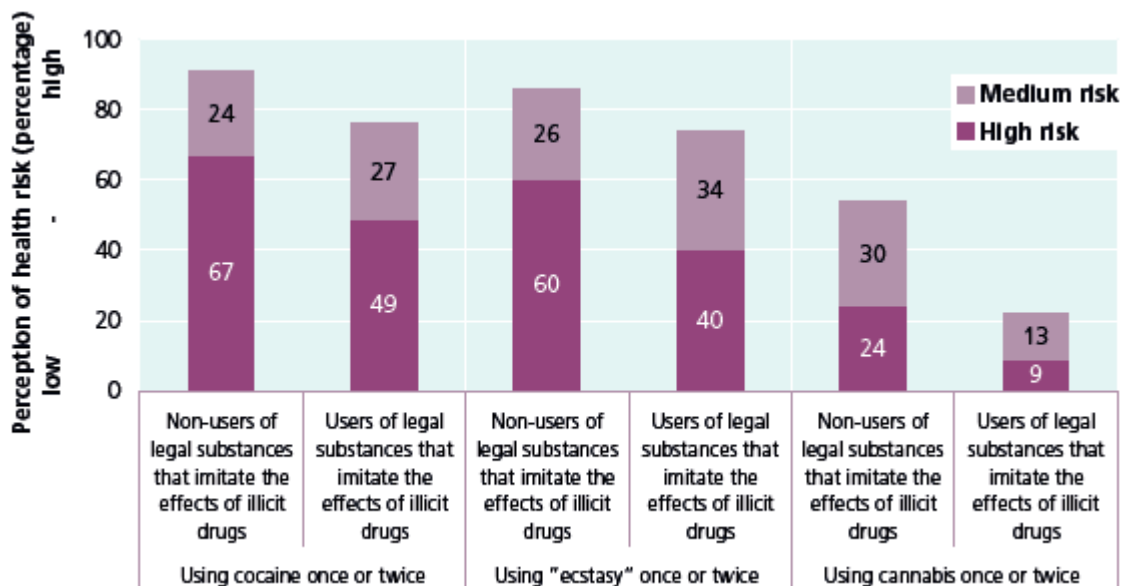
evidencia el hecho de que son de mayor edad). Esto representa un fenómeno de curva U (o de curva J invertida)⁹¹, que es común en muchos mercados de drogas del mundo con referencia a los ingresos y la educación.

Gráfico 15. Consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas entre jóvenes (15 a 24 años) de la Unión Europea-27, 2011, por características sociodemográficas



Fuente: Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011).

Gráfico 16. Riesgos percibidos para la salud del consumo de drogas fiscalizadas por consumidores y no consumidores de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en la Unión Europea, 2011



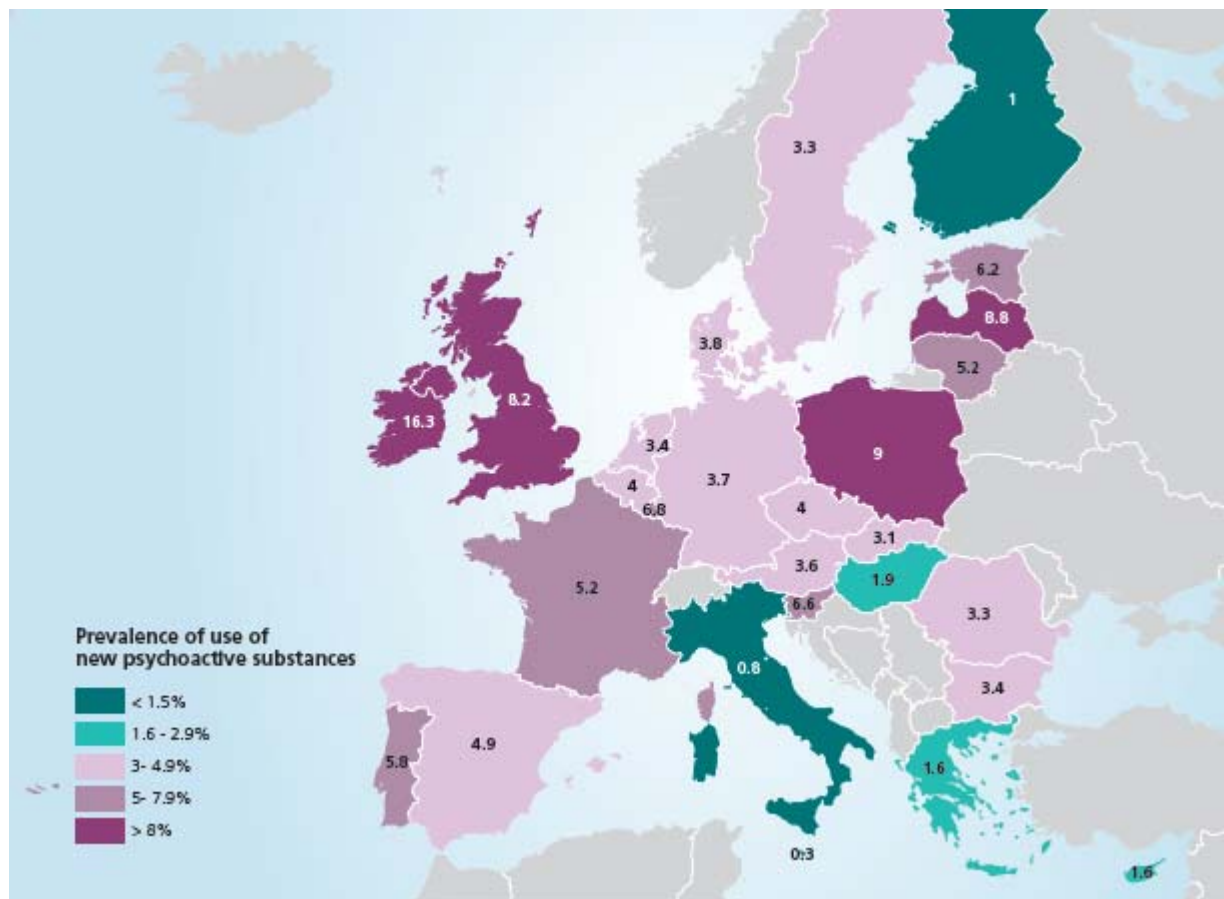
Fuente: Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011).

La mayoría de los consumidores de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas a) recibieron esas sustancias de un amigo (54%), b) las recibieron en una fiesta o en un club (36%), c) las compraron en tiendas especializadas (33%) o d) las compraron en Internet (7%).

⁹¹ Informe Mundial sobre las Drogas 2012, pág. 130.

Una gran proporción de esas sustancias procedía de tiendas conocidas como “head shops” o “smart shops” de Italia (60%), los Países Bajos (60%) e Irlanda (57%). Internet desempeñó un papel ciertamente superior a la media como fuente de aprovisionamiento en Suecia (27%), Alemania (18%), Dinamarca (14%), Estonia (14%), Finlandia (11%), la República Checa (11%) y Letonia (9%).

Mapa 2. Experiencia con sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en la Unión Europea entre personas de 15 a 24 años, 2011



Fuente: Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011).

Los consumidores de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas mostraron una percepción del riesgo más baja que la población general con respecto a los efectos negativos para la salud de las drogas ilícitas. Dado que las percepciones del riesgo suelen ir de la mano con el uso real, los consumidores de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas parecen ser más susceptibles a la experimentación con otras drogas, entre ellas la cocaína, el éxtasis y el cannabis.

Las sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas con frecuencia se consumen al mismo tiempo que el cannabis. De hecho, el 85% de los consumidores de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en la Unión Europea también consumieron cannabis en comparación con una tasa del 23% entre los no consumidores de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas (15 a 24 años de edad). Asimismo, el 31% de las personas que consumieron cannabis en algún momento de la vida en la muestra (no ponderada)⁹² experimentaron con sustancias lícitas que

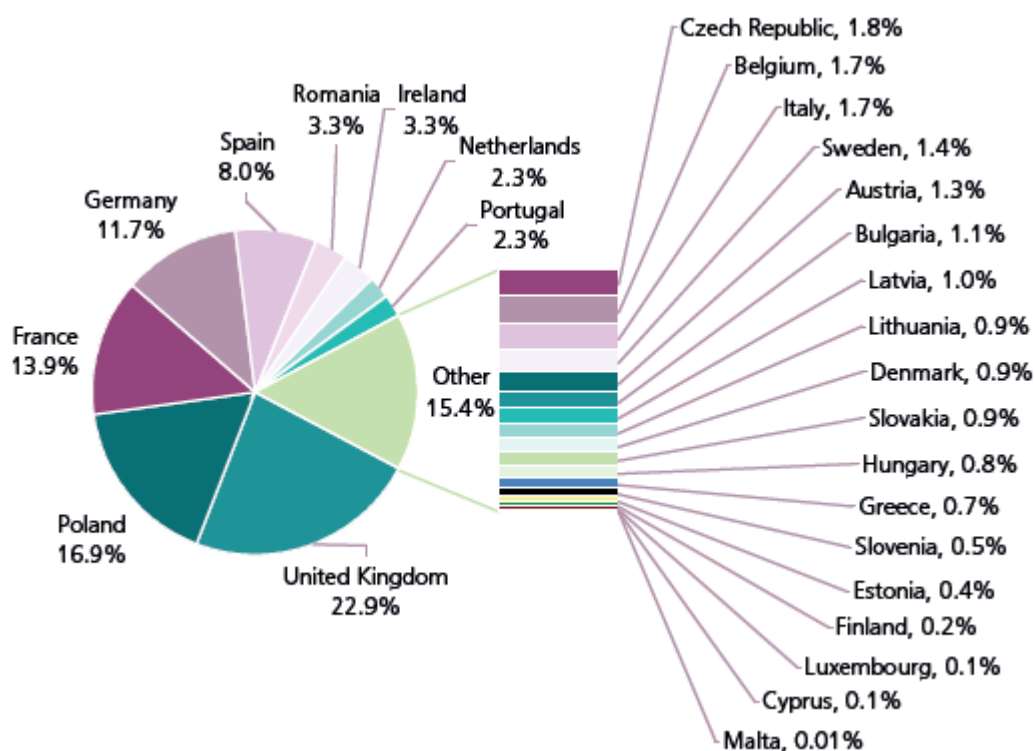
⁹² La muestra consistió en unas 500 personas de los países más grandes y unas 250 de los países más pequeños y comprendió en total unas 12.000 personas de toda la Unión Europea. Los cálculos que figuran en el presente informe se basaron en la muestra no ponderada de unas 12.000 personas. Después de calcular los consumidores de drogas sobre la base del tamaño real de la población (de 15 a 24 años de edad) en cada país, la proporción de consumidores de

imitaban los efectos de drogas ilícitas, aunque fue insignificante la proporción entre los no consumidores de cannabis (0,8%)⁹³.

Las tasas de prevalencia en algún momento de la vida del consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en determinados países de la Unión Europea oscilaron entre el 0,3% en Malta y más del 16% en Irlanda. Comunicaron niveles superiores a la media de la Unión Europea (4,8%), en orden descendente, Irlanda, Polonia, Letonia y el Reino Unido, seguidos de Luxemburgo, Eslovenia, Estonia, Portugal, Lituania, Francia y España.

Ahora bien, los resultados de los países deben tratarse con cautela, ya que las muestras de cada uno de ellos fueron bastante pequeñas (unas 500 personas en la encuesta Eurobarómetro). Además, los autores advirtieron explícitamente de la posibilidad de que “la percepción de las sustancias incluidas en la categoría “nuevas sustancias psicoactivas” variase entre los países”⁹⁴.

Gráfico 17. Distribución de consumidores de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en todos los países de la Unión Europea (total: 2,9 millones de consumidores en algún momento de la vida del grupo de 15 a 24 años, sobre la base de una muestra de 12.313 personas entrevistadas en la Unión Europea en mayo de 2011)



Fuente: Cálculos de la UNODC basados en Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011) y en datos sobre población de las Naciones Unidas.

El número total de consumidores en algún momento de la vida de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas entre la población de 15 a 24 años en la Unión Europea –medido por la prevalencia comunicada en la encuesta Eurobarómetro y los datos de población de las Naciones Unidas– ascendió a 2,9 millones en 2011. El mayor mercado de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas de la Unión Europea es el Reino Unido (670.000 personas que experimentan con sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas en el grupo de 15 a

sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas entre los consumidores de cannabis desciende del 30% a menos del 20%.

⁹³ Cálculos de la UNODC basados en Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*.

⁹⁴ Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, pág. 4.

24 años de edad, o el 23% del total de la Unión Europea), seguida de Polonia (490.000 personas, o el 17%), Francia (400.000 o el 14%), Alemania (340.000 o el 12%) y España (230.000, o el 8%). Esos cinco países representaron casi las tres cuartas partes (73%) de todos los que experimentaron con sustancias lícitas que imitaban los efectos de drogas ilícitas en la Unión Europea.

Los datos disponibles sugieren que no solo el uso global de NSP difiere considerablemente de un país a otro, sino también el de sustancias concretas que, según el país de que se trate, pueden ser cannabinoides sintéticos, mefedrona o incluso ketamina.

Irlanda: consumo de nuevas sustancias psicoactivas vinculadas a varias sustancias

La tasa de prevalencia más alta en Europa del consumo de sustancias lícitas que imitan los efectos de drogas ilícitas se halló en Irlanda (con una prevalencia en algún momento de la vida del 16,3% entre las personas de 15 a 24 años en 2011)⁹⁵. Las NSP más extendidas en Irlanda son, entre otras, el *Spice*, varios derivados de la catinona, piperazinas, varios productos vendidos como alternativas lícitas del éxtasis, LSA (productos vendidos como alternativas lícitas al LSD), y el kratom, vendido como alternativa lícita de los opiáceos⁹⁶.

Un estudio realizado entre jóvenes de 15 a 18 años reveló una prevalencia en algún momento de la vida del consumo de “píldoras lícitas para fiestas” del 6,8% entre los estudiantes en 2008, la segunda más alta después del cannabis. La tasa aumenta drásticamente al 23,4%⁹⁷ entre los alumnos que abandonan la escuela.

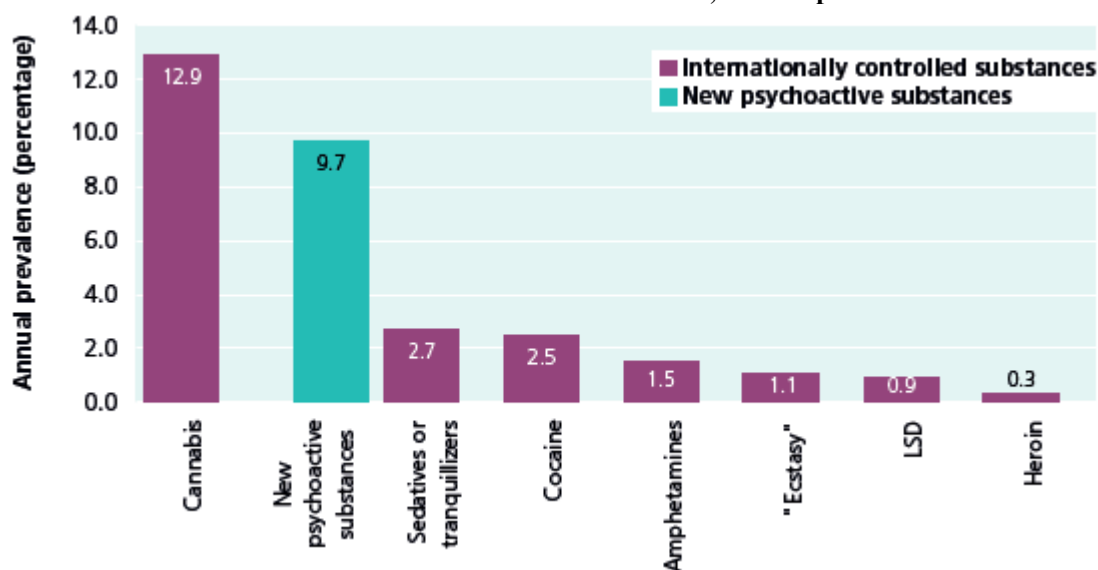
En una encuesta general de población posterior efectuada en el bienio 2010-2011 se determinó una prevalencia anual del 9,7% en la población de 15 a 24 años, que fue otra vez mucho más alta que la del consumo de la mayoría de las drogas distintas del cannabis. La prevalencia anual del consumo de NSP fue casi cuatro veces tan alta como la tasa de prevalencia del consumo de cocaína, más de seis veces la del consumo de las anfetaminas y casi nueve veces la del consumo de éxtasis en Irlanda en ese grupo de edad. Las diferencias son menos pronunciadas cuando se consideran los grupos de mayor edad.

⁹⁵ Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*.

⁹⁶ “Legal highs and head shops: some basic facts”. Disponible en www.drugs.ie/resourcesfiles/guides/Legal_highs_%26_headshops_leaflet.pdf.

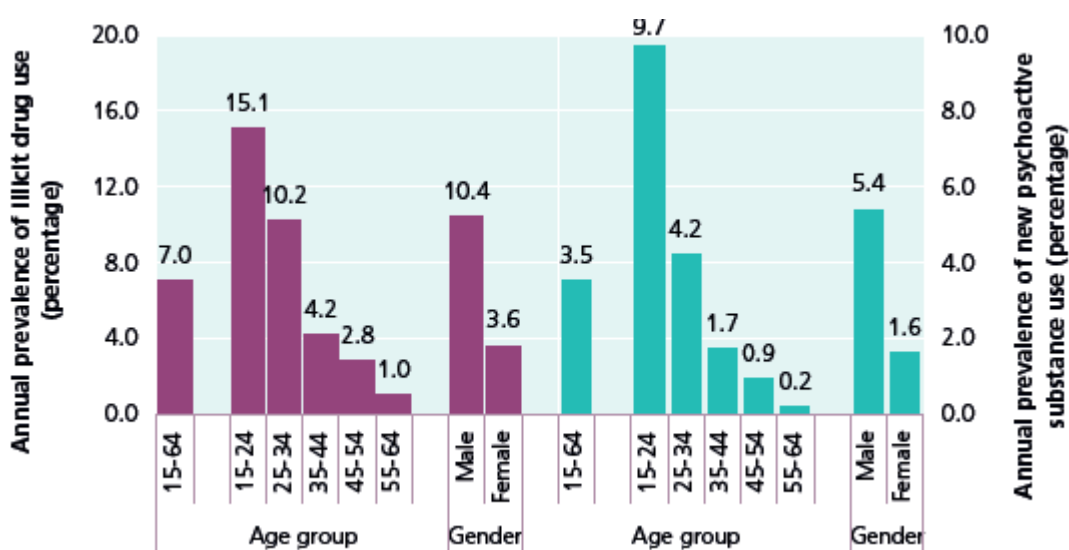
⁹⁷ T. Haase y J. Pratschke, *Risk and Protection Factors for Substance Use Among Young People: A Comparative Study of Early School-Leavers and School Attending Students* (Dublin, National Advisory Committee on Drugs, 2010).

Gráfico 18. Irlanda: prevalencia anual del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en comparación con las sustancias sometidas a fiscalización internacional, entre la población de 15 a 24 años, 2010-2011



Fuente: National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch, "Drug use in Ireland and Northern Ireland: first result from the 2010/11 drug prevalence survey", Bulletin 1, noviembre de 2011.

Gráfico 19. Irlanda: características sociodemográficas del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en comparación con las drogas ilícitas, 2010-2011

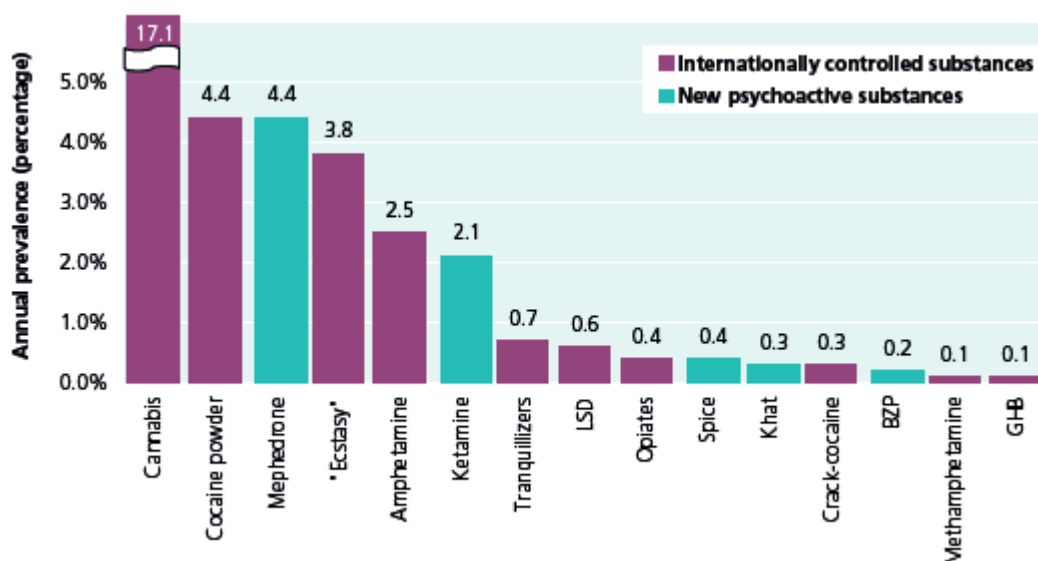


Fuente: National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch, "Drug use in Ireland and Northern Ireland: first result from the 2010/11 drug prevalence survey", Bulletin 1, noviembre de 2011.

La encuesta también demostró que la prevalencia anual del consumo de NSP disminuye con la edad y es más común entre los hombres que entre las mujeres. El descenso con la edad es mucho más pronunciado que en relación con las drogas ilícitas en general, lo que denota el hecho de que el consumo de NSP es mucho más un fenómeno de la juventud que el consumo global de drogas ilícitas.

La prevalencia anual del consumo de NSP entre la población general de 15 a 64 años fue acusadamente más alta en la República de Irlanda (3,5%) que en Irlanda del Norte (1,1% para la mefedrona; 1,0% para los "euforizantes legales" entre las personas de 15 a 64 años) o en Inglaterra y Gales (2,4% para la mefedrona, 0,2% para el *Spice*, 0,2% para el khat y 0,1% para la BZP entre las personas de 16 a 59 años en el bienio 2010-2011).

Gráfico 20. Prevalencia anual del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en comparación con otras drogas, en Inglaterra y Gales en personas de 16 a 24 años, 2010-2011



Fuente: Reino Unido, Home Office, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/12 British Crime Survey for England and Wales*, 2ª edición (Londres, julio de 2012).

El consumo de drogas ilícitas, incluido y excluido el cannabis, disminuyó en los últimos años en Irlanda, tanto entre los estudiantes⁹⁸ como entre la población general⁹⁹. Más recientemente ha habido indicios de que el consumo de NSP puede haberse estabilizado o incluso reducido tras los cambios introducidos en el marco jurídico, el aumento de las actividades de prevención y la reducción (obligada) del número de tiendas de venta de “euforizantes legales”. De hecho, en 2011 las autoridades comunicaron una disminución real de ingresos en los servicios de urgencia relacionados con el consumo de “euforizantes legales” por primera vez en años¹⁰⁰.

Reino Unido: consumo de nuevas sustancias psicoactivas vinculadas principalmente a la mefedrona y la ketamina

El mayor mercado de Europa de NSP es el Reino Unido, según los datos de la encuesta Eurobarómetro. El Reino Unido registró una tasa de prevalencia de consumo en algún momento de la vida del 8,2% en las personas de 15 a 24 años, lo que equivale al 23% de todos los que consumieron NSP en algún momento de la vida en la Unión Europea en 2011. El Reino Unido también fue el país que detectó el máximo número de NSP en la Unión Europea (30% del total en el período 2005-2010)¹⁰¹.

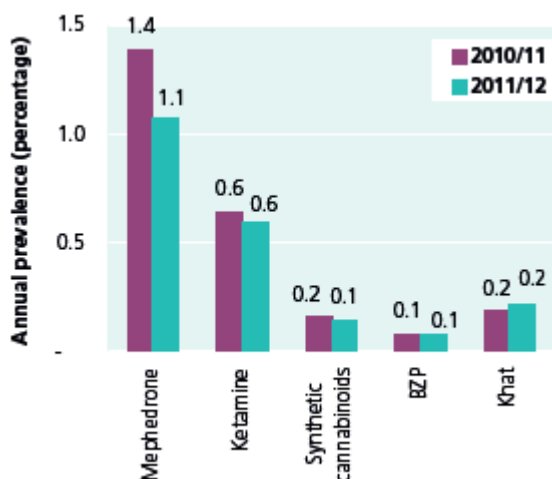
⁹⁸ Consejo de Europa, *2011 ESPAD Report*, Estocolmo 2012.

⁹⁹ Las encuestas entre la población en general confirman la tendencia descendente del consumo de drogas. La prevalencia anual del consumo de cannabis disminuyó del 6,3% al 6,0%, de la cocaína, del 1,7% al 1,5% y del éxtasis, del 1,2% al 0,5% entre la población de 15 a 64 años durante el período 2006/2007-2010/2011 (véase National Advisory Committee on Drugs and Drug and Alcohol Information and Research Unit, citado en Health Research Board, *2011 National Report (2010 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Ireland – New Developments, Trends and In-depth Information on Selected Issues* (Dublín, 2011).

¹⁰⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

¹⁰¹ Comisión Europea, “Commission Staff Working Paper on the assessment of the functioning of Council decision 2005/387/JHA on information Exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances”, documento SEC/2011) 912 (Bruselas, 11 de julio de 2011).

Gráfico 21. Prevalencia anual del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en la población general de 16 a 59 años en Inglaterra y Gales, 2010-2011 y 2011-2012



Fuente: Reino Unido, Home Office, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/12 British Crime Survey for England and Wales*, 2ª edición (Londres, julio de 2012).

En el ejercicio económico 2010/11, la encuesta sobre la delincuencia en Gran Bretaña reveló que la NSP más extendida era la mefedrona, con una tasa de prevalencia anual del 1,4% en la población de 16 a 59 años en Inglaterra y Gales. Le siguieron la ketamina (0,6%), el khat (0,2%), el *Spice* (0,1%) y la BZP (0,1%). La mefedrona resultó ser la tercera sustancia de mayor consumo después de la cocaína, a la par que el éxtasis. Entre las personas de 16 a 24 años, el consumo de mefedrona (4,4%) ya se situó al mismo nivel que el de polvo de cocaína, y por tanto, ocupó el segundo lugar entre las drogas de mayor consumo en el período 2010-2011.

No obstante, los datos relativos a Inglaterra y Gales sugieren que la prevalencia de las NSP comenzó a disminuir en el bienio 2010-2011 tras años de aumentos. El consumo de la mefedrona descendió luego de una prohibición de las importaciones y su clasificación como sustancia de la clase B en virtud de la Ley sobre el uso indebido de drogas de 2010. La prevalencia anual disminuyó una quinta parte entre los bienios 2010-2011 y 2011-2012, al 1,1% en la población general de 16 a 59 años, de modo que esta sustancia ahora ocupa el cuarto lugar después del cannabis (6,9%), la cocaína (2,2%) y el éxtasis (1,4%) entre la población general. También se observaron descensos marginales del consumo de la ketamina y el *Spice*¹⁰².

Lo anterior fue confirmado por una encuesta que se llevó a cabo por Internet en nombre de la revista sobre bailes y clubes del Reino Unido *MixMag* y el periódico *The Guardian* en noviembre y diciembre de 2011¹⁰³. Esa encuesta indicó una fuerte reducción del consumo de la mefedrona en 2010 y 2011 entre las personas entrevistadas¹⁰⁴. Se observó la misma tendencia en relación con la MDPV, otra catinona sintética que fue prohibida. La encuesta también proporcionó alguna información sobre el consumo de un número importante de NSP que hasta la fecha no han sido detectadas en encuestas nacionales de hogares.

¹⁰² Reino Unido, Home Office, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/12 British Crime Survey for England and Wales*, 2ª ed. (Londres, julio de 2012).

¹⁰³ "Mixmag's Drug Survey: the results", marzo de 2012. Disponible en www.mixmag.net/drugssurvey. Los resultados de esta encuesta por Internet (no aleatoria) se basaron en la información recibida de unos 7.700 entrevistados del Reino Unido con una edad media de 28 años (véase Patrick Butler, "How the Guardian/Mixmag survey was constructed", *The Guardian*, 15 de marzo de 2012).

¹⁰⁴ "Mixmag's Drug Survey: the results".

Cuadro 3. Drogas cuya utilización comunicaron los consumidores de drogas en el Reino Unido en respuesta a la encuesta por Internet de *MixMag - Guardian*, 2011

Drogas comunicadas con mucha frecuencia

- Cannabis
- Éxtasis
- Cocaína

Drogas comunicadas con frecuencia; las NSP se indican en negritas

- **Ketamina**
- **Mefedrona**
- Valium
- Hongos
- *Poppers*
- *Speed* (anfetamina)

Drogas comunicadas a veces; las NSP se indican en negritas

- LSD
- 2C-B
- **Metotexamina**
- **2 C-1**
- DMT
- **Cannabis sintético**
- Benzo-Fury
- **MDAI**

Drogas comunicadas en contadas ocasiones; las NSP se indican en negritas

- Opio
- Ritalin
- **GBL**
- GHB
- **Metilona**
- Cocaína *crack*
- Heroína
- Metanfetamina

Fuente: “Mixmag’s Drug Survey: the results”, marzo de 2012. Disponible en www.mixmag.net/drugssurvey.

Polonia: con nuevas sustancias psicoactivas vinculadas a los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas

El segundo mercado de mayor importancia de NSP en Europa, después del Reino Unido, parece haber sido Polonia, que registró una tasa de prevalencia en algún momento de la vida del 9% en las personas de 15 a 24 años (la segunda más alta en Europa después de Irlanda) y que en 2011 registró el 17% del total de personas que consumieron esas sustancias en algún momento de la vida en este grupo de edad en la Unión Europea, según las conclusiones de la encuesta Eurobarómetro.

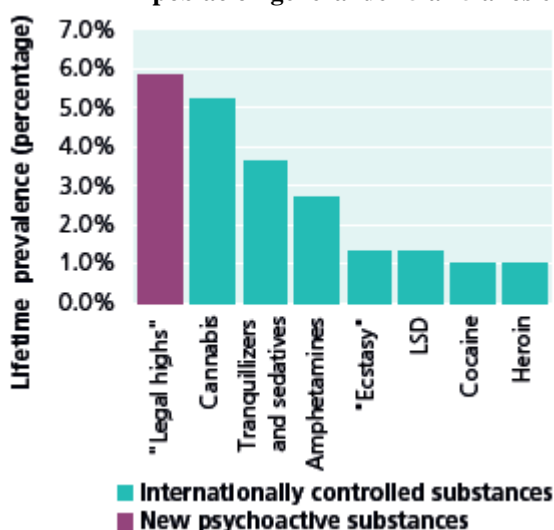
Varias encuestas nacionales que se han realizado en Polonia en años recientes han corroborado esas conclusiones. En una encuesta nacional efectuada en 2009 se introdujo por primera vez una pregunta sobre el uso de “*dopalacze*” (“euforizantes legales”). El estudio reveló que el 6% de la población general de 15 a 75 años había experimentado con esas sustancias y el 5% las había consumido en el último año en 2009. La prevalencia en algún momento de la vida del consumo de “euforizantes legales” entre la población general fue incluso superior a la del consumo de cannabis y todas las demás drogas. Una de cada diez personas del grupo de 15 a 24 años de edad comunicó

haber experimentado con “euforizantes legales”¹⁰⁵, lo que está en consonancia con las conclusiones del estudio Eurobarómetro de 2011.

Las encuestas escolares de estudiantes de 18 y 19 años mostraron un gran incremento del consumo de tales “euforizantes legales” entre 2008 y 2010. La prevalencia en algún momento de la vida se triplicó con creces, del 3,5% en 2008 al 11,4% en 2010, aumento mucho mayor que en cualquier otro grupo de drogas en ese período¹⁰⁶.

Como parte de las “verificaciones de inspección sanitaria” realizadas, se obtuvieron más de 2.000 muestras de sustancias de las tiendas que vendieron “euforizantes legales” en 2010. Las sustancias que se encontraron con más frecuencia fueron las catinonas sintéticas (15 distintos compuestos, de los cuales la MDPV –tras la fiscalización de la mefedrona– fue la que se halló más a menudo) y los cannabinoides sintéticos (16 distintos compuestos). En conjunto, representaron unas dos terceras partes de todos los “euforizantes legales” existentes en Polonia, seguidos de las aminas, las piperazinas, las plantas psicoactivas y las triptaminas¹⁰⁷.

Gráfico 22. Prevalencia en algún momento de la vida del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en la población general de 15 a 75 años en Polonia^a, en comparación con otras drogas, 2009



Fuente: Artur Malczewski y otros, *2010 National Report (2009 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Poland – New Development, Trends and In-depth Information on Selected Issues* (Varsovia, Dirección Nacional de Prevención de la Drogadicción, 2010).

^a Tamaño de la muestra: 1.001.

Otros países de Europa

Los datos sobre Letonia, el país con la tercera tasa más alta de prevalencia en algún momento de la vida del consumo de NSP en la Unión Europea, según la encuesta Eurobarómetro de 2011, indican que los cannabinoides sintéticos son la droga preferida. Los datos de la encuesta de hogares de 2011 relativos a Letonia mostraron una prevalencia en algún momento de la vida del consumo de cannabinoides sintéticos del 2,6% en la población general (15 a 64 años), que la hicieron la tercera sustancia más consumida después del cannabis (12,4%) y el éxtasis (2,7%), tasa más alta que las

¹⁰⁵ Artur Malczewski y otros, *2010 National Report (2009 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Poland – New Development, Trends and In-depth Information on Selected Issues* (Varsovia, Dirección Nacional de Prevención de la Drogadicción, 2010). Disponible en www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_142526_EN_PL-NR2010.

¹⁰⁶ Artur Malczewski, “Psychoactive substance use among school adolescents: youth 2010” (Varsovia, Dirección Nacional de Prevención de la Drogadicción, 2011).

¹⁰⁷ Wioletta Żukiewicz-Sobczak y otros, “Analysis of psychoactive and intoxicating substances in legal highs”, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, vol. 19, núm. 2 (2012), págs. 309 a 314.

correspondientes a las anfetaminas (2,2%), la cocaína (1,5%) o la heroína (0,5%)¹⁰⁸. La prevalencia en algún momento de la vida del consumo de los cannabinoides sintéticos en los estudiantes de 15 y 16 años de Letonia ascendió hasta el 10,6% en 2011, con lo que pasó a ser la sustancia de mayor consumo después del cannabis y a duplicar con creces la prevalencia de consumo del éxtasis (4,3%), las anfetaminas (3,8%), la cocaína (3,5%) o la heroína (2,3%). La *Salvia divinorum* tuvo una alta tasa de prevalencia en algún momento de la vida del 4,4%, algo superior a las tasas correspondientes al éxtasis o las anfetaminas¹⁰⁹.

Los cannabinoides sintéticos también parecen ser las NSP más extendidas en Alemania, el cuarto mercado de NSP más importante de Europa, según la encuesta Eurobarómetro de 2011. Una encuesta realizada en 2011 por Internet entre consumidores de drogas experimentados (edad media: 24 años) definió los cannabinoides sintéticos como las NSP de mayor prevalencia, que superaban con mucho el consumo de “sustancias químicas para la investigación”¹¹⁰ y “otros euforizantes legales”¹¹¹. Los cannabinoides sintéticos que contiene el *Spice* también se han vinculado a un número creciente de suicidios en Alemania¹¹².

La ketamina parece desempeñar un papel importante en otros países. España, el quinto mayor mercado de NSP de Europa, según la encuesta Eurobarómetro de 2011, mostró una prevalencia en algún momento de la vida de consumo del 1% y una prevalencia anual del 0,2% con respecto al consumo de ketamina entre la población de 15 a 64 años en su encuesta nacional de hogares de 2011. La prevalencia en algún momento de la vida entre el grupo de edad de 14 a 18 años de edad fue del 1,1%, más alta que las tasas de metanfetamina o heroína¹¹³. Un estudio entre estudiantes de 14 y 15 años efectuado en 2010 indicó que, con una prevalencia en algún momento de la vida del 1,1%, la ketamina estaba tan extendida como el *Spice*, y era casi tres veces tan común como las piperazinas o la mefedrona (0,4%)¹¹⁴.

La mefedrona desempeña un papel clave en algunos otros países. Los datos de Hungría revelan que el 6% de los estudiantes de 15 y 16 años habían experimentado con mefedrona en 2011 (ESPAD). La prevalencia en algún momento de la vida del consumo de mefedrona resultó ser la tercera más alta, después del cannabis y los tranquilizantes/sedantes y fue más alta que la del consumo de anfetaminas (5,6%), éxtasis (4,4%), cocaína (2,5%) o heroína (1,6%) en Hungría¹¹⁵.

El mayor número de NSP detectadas en Europa en los primeros dos trimestres de 2012 se comunicó a la UNODC por los Países Bajos (48), que superó el número de NSP detectadas en el Reino Unido

¹⁰⁸ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

¹⁰⁹ Estudio del ESPAD de 2011, citado en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

¹¹⁰ En Alemania a menudo se entiende que las “sustancias químicas para la investigación” contienen catinonas sintéticas (como la mefedrona) o fenetilaminas o piperazinas (véase Drogen-Information-Berlin, “Der Trend zu Research Chemicals vertärkt sich”. Disponible en www.drogen-info-berlin.de/htm/research-chemicals.htm).

¹¹¹ B. Wersé y C. Morgenstern, “Online survey on the topic of ‘legal highs’”, breve informe preparado para el Centro de Investigación sobre las Drogas, Universidad Goethe, Frankfurt (Alemania), 2011.

¹¹² E. Ludger y otros, “Synthetic cannabinoids in ‘spicelike’ herbal blends: first appearance of JWH-307 and recurrence of JWH-018 on the German market”, *Forensic Science International*, vol. 222, núms. 1 a 3 (2012), págs. 216 a 222.

¹¹³ España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES) 2011-2012* (Madrid, 2013).

¹¹⁴ Encuesta “ESTUDES” sobre el consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza secundaria en España, citada en *2011 National Report (2010 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Spain – New Developments, Trends and In-depth Information on Selected Issues* (Madrid, Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2011).

¹¹⁵ Estudio del ESPAD de 2011, citado en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

(38) durante ese período. La mayoría de las NSP descubiertas en los Países Bajos fueron nuevas fenetilaminas (15), seguidas de cannabinoides sintéticos (89) y catinonas sintéticas (7)¹¹⁶.

América del Norte

El mercado de NSP en América del Norte está muy diversificado. Durante los primeros seis meses de 2012 las autoridades de América del Norte detectaron 82 NSP y las comunicaron a la UNODC.

Al mismo tiempo, el consumo global de NSP parece estar más extendido en América del Norte que en Europa. En 2011 la tasa de prevalencia en algún momento de la vida del consumo de nuevas sustancias que imitan los efectos de drogas ilícitas ascendió al 4,8% en las personas de 15 a 24 años en la Unión Europea, mientras que la encuesta “Monitoring the Future” de los Estados Unidos determinó una tasa de prevalencia anual del consumo de cannabinoides sintéticos de solo el 11,4% en los estudiantes de 12º grado (en general de 17 o 18 años)¹¹⁷. Además, también se consumen en los Estados Unidos la *Salvia divinorum* (5,9%) y, en menor medida, la ketamina (1,7%) y las “sales de baño” (1,3% en 2012). El consumo total de NSP, que osciló entre el 11,4% (incluidos solo los consumidores de cannabinoides sintéticos) y el 20,3% (suponiendo que no se consumieran varias drogas simultáneamente) duplicó al menos el de la Unión Europea (prevalencia en algún momento de la vida del 4,8%) y fue más alto que en todos los países de la Unión Europea, salvo quizás en Irlanda (16,3%). Los datos disponibles se basan en la prevalencia en algún momento de la vida en la Unión Europea y en la prevalencia anual en los Estados Unidos. Si se expresaran los resultados en un sistema de medición común (prevalencia anual o en algún momento de la vida) probablemente se obtendría una diferencia aún más pronunciada entre la Unión Europea y los Estados Unidos.

Estados Unidos de América

Los Estados Unidos detectaron 62 NSP que aparecieron en su mercado durante los primeros seis meses de 2012, el mayor número de NSP comunicado por un solo país a la UNODC respecto de ese período. Las sustancias comunicadas con más frecuencia fueron las catinonas sintéticas (25), los cannabinoides sintéticos (19) y las fenetilaminas (8)¹¹⁸. En 2012 las autoridades de los Estados Unidos, basándose en su National Forensic Laboratory Information System, detectaron 51 nuevos cannabinoides sintéticos y 31 nuevas catinonas sintéticas. Además, se detectaron otros 76 compuestos, entre ellos fenetilaminas (sobre todo compuestos 2C), triptaminas y piperazinas. Así, en total se reconocieron 158 NSP¹¹⁹ por primera vez en los Estados Unidos en 2012, más del doble que en la Unión Europea (73)¹²⁰.

¹¹⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

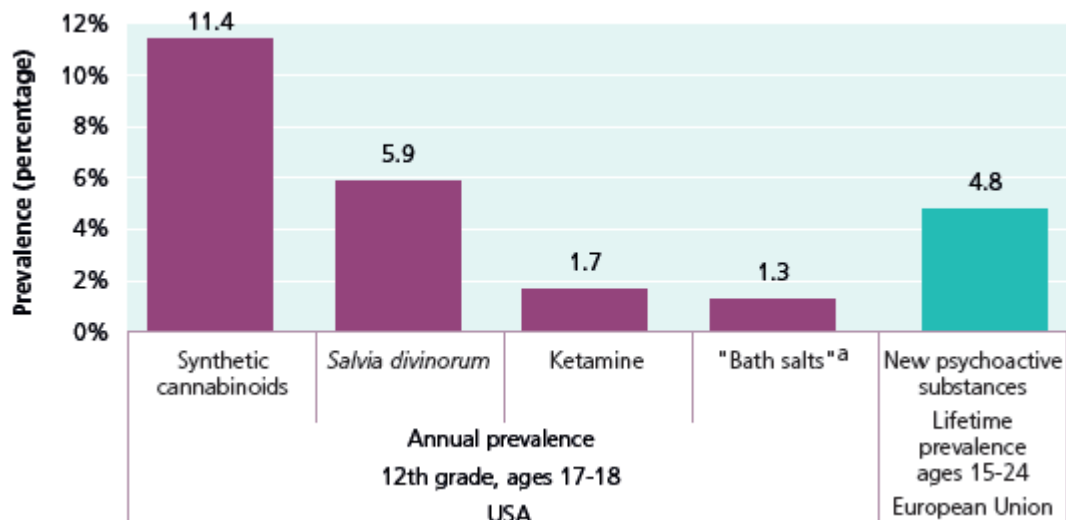
¹¹⁷ Véase Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2011, vol. 1, Secondary School Students 2011* (Ann Arbor, Michigan, University of Michigan Institute for Social Research, 2011). Disponible en www.monitoringthefuture.org.

¹¹⁸ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹¹⁹ Estados Unidos, Drug Enforcement Administration, National Forensic Laboratory Information System, citado en una ponencia presentada en la reunión paralela celebrada durante el 56º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes titulada “New psychoactive substances: regional approaches and challenges: United States – situation and response”, 11 de marzo de 2013.

¹²⁰ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, *European Union Drug Markets Report: A Strategic Analysis*.

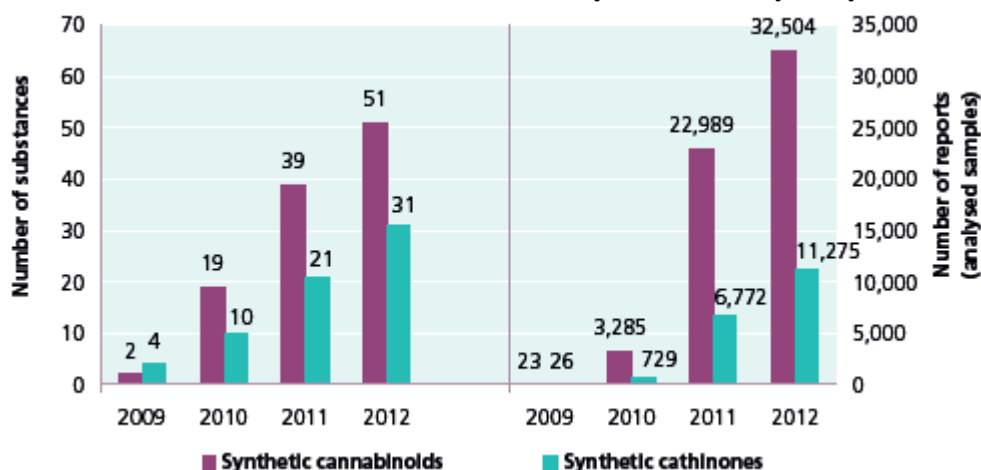
Gráfico 23. Consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre los jóvenes en los Estados Unidos (17 y 18 años) y en la Unión Europea (15 a 24 años), 2011



Fuente: Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey; y Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*, Flash Eurobarometer series, núm. 330 (Comisión Europea, julio de 2011).

^a Los datos sobre las “sales de baño” se refieren a 2012.

Gráfico 24. Número de cannabinoides sintéticos y catinonas sintéticas detectados en los Estados Unidos por medio del National Forensic Laboratory Information System y sus informes, 2009-2012



Fuente: Estados Unidos, Drug Enforcement Administration, National Forensic Laboratory Information System, información citada en una ponencia presentada en la actividad paralela que tuvo lugar durante el 56º período de sesiones de la Comisión de Estupeficientes bajo el título “New psychoactive substances: regional approaches and challenges: United States – situation and response”, 11 de marzo de 2013.

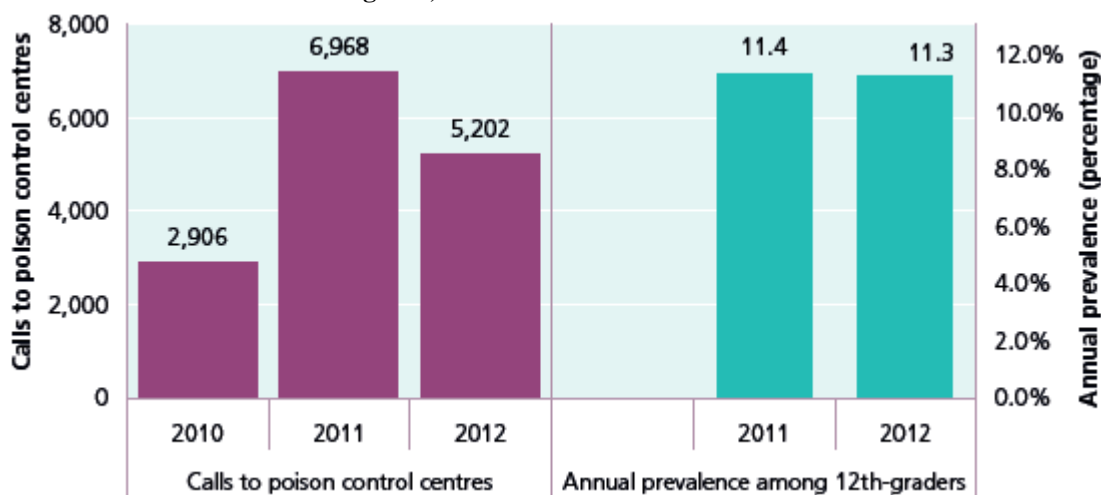
El consumo de NSP entre los estudiantes de los Estados Unidos ya está más extendido que el de todas las demás drogas ilícitas, excepto el cannabis. Ello se debe principalmente al consumo de cannabinoides sintéticos. El número de llamadas recibidas por los centros de toxicología en relación con la “marihuana sintética” (es decir, cannabinoides sintéticos) se duplicó con creces, de aproximadamente 2.900 en 2010 a casi 7.000 en 2011. Sin embargo, la tendencia parece haberse estabilizado o descendido desde entonces como consecuencia de la “clasificación de emergencia” de esas sustancias. Entre 2011 y 2012, las llamadas a los centros de toxicología asociadas con la “marihuana sintética” disminuyeron aproximadamente un 25%.

La prevalencia anual del consumo de cannabinoides sintéticos alcanzó el 11,4% en los estudiantes de 12º grado en 2011 y seguidamente descendió marginalmente al 11,3% en 2012. No obstante, el porcentaje sigue siendo alto. Otras NSP importantes que han aparecido en el mercado son la *Salvia*

divinorum (4,4%) y la ketamina (1,5%). Las “sales de baño”, que contienen varias catinonas sintéticas, fueron consumidas por el 1,3% de los estudiantes. Su uso ya estaba más extendido que el de la cocaína *crack*, la metanfetamina o la heroína entre los estudiantes de 12º grado.

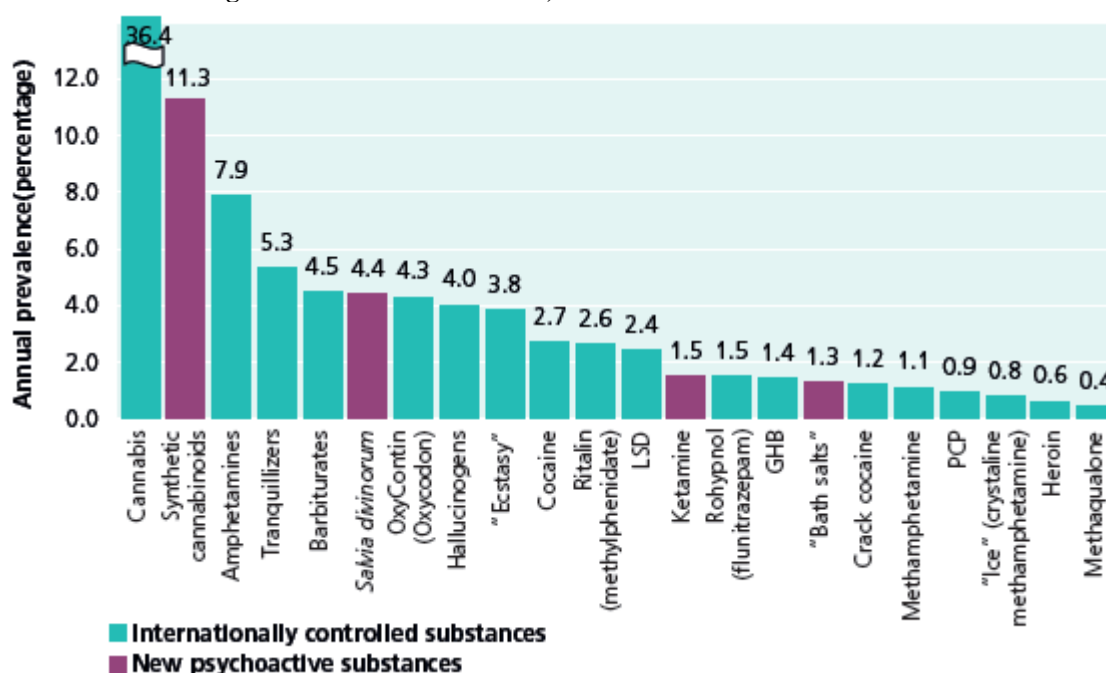
Al mismo tiempo, los datos también indican que el consumo de varias NSP entre los estudiantes de 12º grado se redujo en 2012: marginalmente en el caso de los cannabinoides sintéticos, en un 12% en relación con la ketamina y hasta tanto como el 25% en el caso de la *Salvia divinorum*. Esas reducciones no se vieron acompañadas por el aumento del consumo de otras drogas. De hecho, la mayoría de las tasas de prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas descendieron marginalmente en 2012.

Gráfico 25: Cannabinoides sintéticos: llamadas a centros toxicológicos, 2010-2012 y prevalencia anual en estudiantes de 12º grado, 2011-2012



Fuente: American Association of Poison Control Centers, “Synthetic marijuana data”, actualización hecha el 28 de febrero de 2013; y Estados Unidos, National Institute on Abuse Drug, Monitoring the Future survey.

Gráfico 26. Consumo de nuevas sustancias psicoactivas en comparación con otras drogas, entre estudiantes de 12º grado en los Estados Unidos, 2012



Fuente: Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey.

La encuesta “Monitoring the Future” de 2012 reveló que, entre los estudiantes de 12° grado, los riesgos percibidos vinculados al consumo de los cannabinoides sintéticos se consideraban mayores que los de experimentar con la marihuana, aunque todavía menores que los de experimentar con el éxtasis, la cocaína o la heroína¹²¹.

Al igual que sucede con otras drogas, el consumo de cannabinoides sintéticos va en aumento hasta la última etapa de la adolescencia, antes de reducirse. No obstante, es posible definir algunas características concretas. Aunque el consumo global de drogas es más alto entre los estudiantes de 12° grado (de 17 y 18 años), la tasa de prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos es más alta en los de 19 y 20 años. Los niveles de consumo de cannabinoides sintéticos todavía siguen siendo altos en los jóvenes de 21 y 22 años, pero descienden rápidamente en los grupos de mayor edad. Esa tendencia es mucho más pronunciada que en relación con el consumo de drogas en general. Así, el consumo de cannabinoides sintéticos está más concentrado en la juventud y en los adultos jóvenes que el consumo de drogas en general. Lo mismo se aplica a la *Salvia divinorum* y la ketamina.

La concentración del uso de cannabinoides sintéticos en la juventud y los jóvenes adultos también se evidencia en las visitas a los servicios de urgencia. Más de tres cuartas partes (76%) de las visitas relacionadas con el consumo de cannabinoides sintéticos tuvieron que ver en 2010 con pacientes de 12 a 29 años, proporción mucho mayor que la asociada a otras sustancias (por ejemplo, 57% con respecto al cannabis)¹²².

Los servicios de urgencias recibieron más de 11.400 visitas como consecuencia del consumo de cannabinoides sintéticos en 2010, lo que equivale a una tasa de 3,7 por cada 100.000 habitantes. Esa tasa fue superior a las vinculadas al LSD (1,3), el GHB (0,6), la ketamina (0,3) o el flunitrazepam (0,2), parecida a las tasas relacionadas con los estimulantes de venta con receta (anfetamina/dextroanfetamina, 4,2), aunque más baja que las asociadas al éxtasis (7,0), la metanfetamina (16,7), la heroína (72,6) o la cocaína (157,8)¹²³.

Un análisis de las características sociodemográficas revela que la probabilidad de consumir cannabinoides sintéticos es dos veces mayor entre los hombres que entre las mujeres, proporción mucho más alta que en las drogas en general. Lo mismo se aplica a la *Salvia divinorum*. Las visitas a servicios de urgencias también confirman esa proporción sesgada en materia de sexos: el 78% de todas las visitas registradas en 2010 en relación con los cannabinoides sintéticos entre los pacientes de 12 a 29 años fueron hechas por hombres¹²⁴. En general las visitas relacionadas con las drogas a los servicios de urgencia muestran mayor equilibrio entre los sexos, en que los hombres solo representan el 56% del total¹²⁵.

¹²¹ Véase www.monitoringthefuture.org/data/12data/pr12t8.pdf.

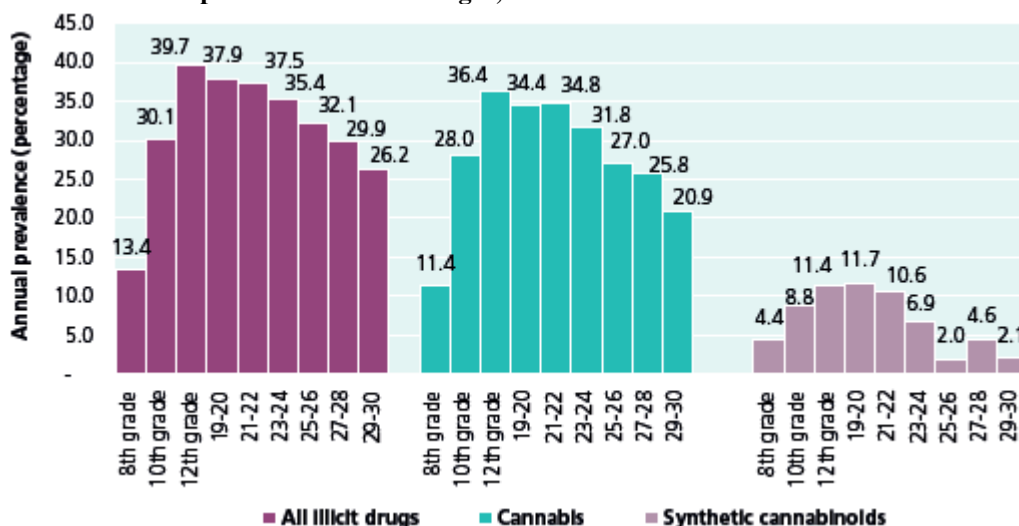
¹²² Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “The DAWN report: drug-related emergency department visits involving synthetic cannabinoids” (Rockville, Maryland, 4 de diciembre de 2012).

¹²³ Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “Drug Abuse Warning Network: national estimates of drug-related emergency department visits, 2004-2010”. Disponible en www.samhsa.gov/data/DAWN.aspx.

¹²⁴ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, “The DAWN report: drug-related emergency department visits involving synthetic cannabinoids”.

¹²⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Drug Abuse Warning Network, estimaciones nacionales de visitas a servicios de urgencias relacionadas con las drogas, 2004-2010.

Gráfico 27. Distribución por edades en los Estados Unidos del consumo de cannabinoides sintéticos en comparación con otras drogas, 2011



Fuente: Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, cuadros de datos y gráficos, 2012; y L. D. Johnston y otros, *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2011*, vol. II, *College Students and Adults Ages 19-50* (Ann Arbor, University of Michigan, Institute for Social Research, 2012).

En general, existe una correlación positiva entre el consumo de drogas y el tamaño de una comunidad, es decir, bajas tasas en las pequeñas comunidades agrícolas y altas tasas en las zonas metropolitanas. Esto se aplica al cannabis, la cocaína y el éxtasis, así como a las drogas en general. No obstante, esa correlación se invierte cuando se trata de los cannabinoides sintéticos. Las tasas de prevalencia más altas del consumo de cannabinoides sintéticos se sitúan en las pequeñas comunidades agrícolas y las más bajas en las grandes ciudades.

También se dispone de información más detallada sobre la ketamina. Su consumo disminuye con la edad después de los últimos años de la adolescencia, predomina más entre los hombres que entre las mujeres y registra la mayor prevalencia en el oeste y nordeste del país, por lo que muestra características semejantes al consumo de drogas en general. La Dirección de Lucha contra la Droga se refirió a México como el principal país de origen. Además, en varios casos se señalaron empresas farmacéuticas que funcionaban en la India como fuente de aprovisionamiento de la ketamina hallada en el mercado de los Estados Unidos¹²⁶.

Otra NSP principal en los Estados Unidos desde el punto de vista de sus consecuencias negativas para la salud es la metilendioxipirovalerona (MDPV), una catinona sintética¹²⁷. Con frecuencia se vendía como “sal de baño”, al menos hasta que se sometió a fiscalización nacional en julio de 2012 (junto con la mefedrona, otra “sal de baño”)¹²⁸. La encuesta “Monitoring the Future” reveló que el 33,2% de los estudiantes de 12º grado en 2012 consideraban un “gran riesgo” experimentar una o dos veces con esas “sales de baño”. Por tanto, se consideraba que era mayor riesgo probar las “sales de baño” que experimentar con la *Salvia divinorum* (13,8%), la “marihuana” (14,8%) o los cannabinoides sintéticos (23,5%), y casi tan arriesgado como experimentar con las anfetaminas (34,3%). Sin embargo, los riesgos se siguen percibiendo más bajos que en relación con el consumo de cocaína (51,6%) o “hielo” (metanfetamina cristalina (67,8%)), aun cuando las “sales de baño” y, sobre todo, la MDPV, comparten varias de las características de la cocaína y la metanfetamina.

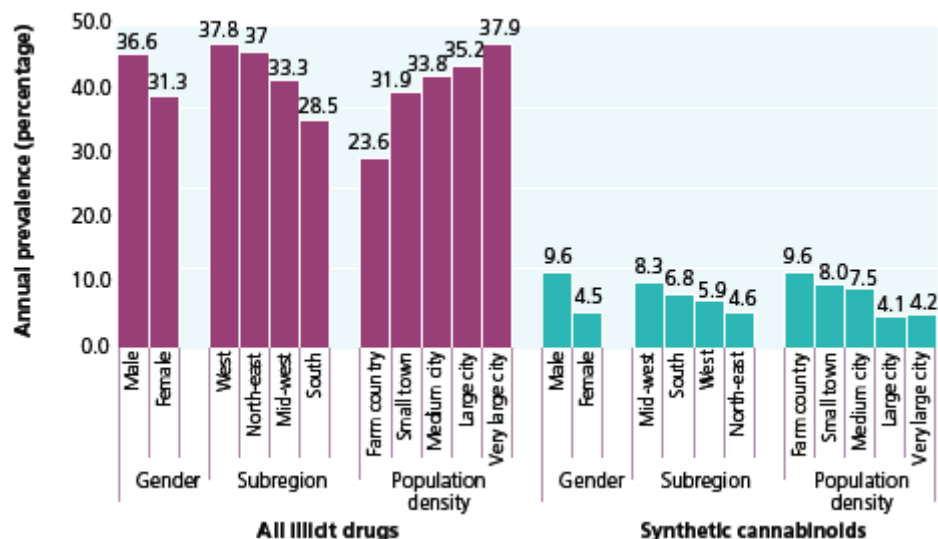
¹²⁶ Estados Unidos, Department of Justice, Drug Enforcement Administration, “Ketamine (Street names: Special K, ‘K’, Kit Kat, Cat Valium)”, agosto de 2011. Disponible en www.deadiversion.usdoj.gov/drug_chem_info/ketamine/ketamine.pdf.

¹²⁷ Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, “DrugFacts: synthetic cathinones (‘bath salts’)”, revisión de noviembre de 2012. Disponible en www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/synthetic-cathinones-bath-salts.

¹²⁸ La ley enumera 31 compuestos explícitamente prohibidos; 20 de la lista son variedades de “marihuana sintética” y 10 son “sales de baño” (véase Patience Haggin, “Obama signs federal ban on ‘bath salt’ drugs”, *Time NewsFeed*, 10 de julio de 2012).

Según la investigación que realizó el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, la MDPV es potencialmente más peligrosa que la cocaína. La MDPV aumenta la dopamina del cerebro de manera semejante a la cocaína, aunque es al menos 10 veces tan potente como esta¹²⁹. Los efectos gratificantes y potenciadores de la MDPV en ratas demostraron ser prácticamente idénticos a los de la metanfetamina¹³⁰.

Gráfico 28. Características sociodemográficas y geográficas del consumo de cannabinoides sintéticos en los Estados Unidos en comparación con otras drogas, en las edades de 19 a 30 años, 2011



Fuente: L. D. Johnson y otros, *Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2011*, vol. II, *College Students and Adults Ages 19-50* (Ann Arbor, University of Michigan, Institute for Social Research, 2012).

Canadá

Las NSP también están muy extendidas en el Canadá. Las autoridades de ese país detectaron 59 NSP durante los primeros seis meses de 2012, casi tantas como en los Estados Unidos. La mayoría de las NSP eran catinonas sintéticas (18), cannabinoides sintéticos (16) y fenetilaminas (11)¹³¹.

En una encuesta nacional escolar llevada a cabo en 2011, se comunicó el consumo extendido de NSP entre los estudiantes de 10° grado (15 y 16 años) en relación con la *Salvia divinorum* (prevalencia en algún momento de la vida del 5,8%), el estramonio o *Datura* (2,6%), una planta alucinógena, y la ketamina (1,6%). Dado el fuerte descenso del consumo de la ketamina en los Estados Unidos desde el comienzo del milenio, su uso entre los estudiantes de 10° grado en el Canadá es algo más alto que en los Estados Unidos (1,2% en 2011).

La encuesta general de hogares de 2011 incluye solo la *Salvia divinorum* (prevalencia en algún momento de la vida del 1,6%) entre las NSP. Su consumo está más difundido que el de la metanfetamina (0,7%) o los opioides (0,6%), aunque es menos frecuente que el de los estimulantes de tipo anfetamínico, la cocaína o el cannabis¹³².

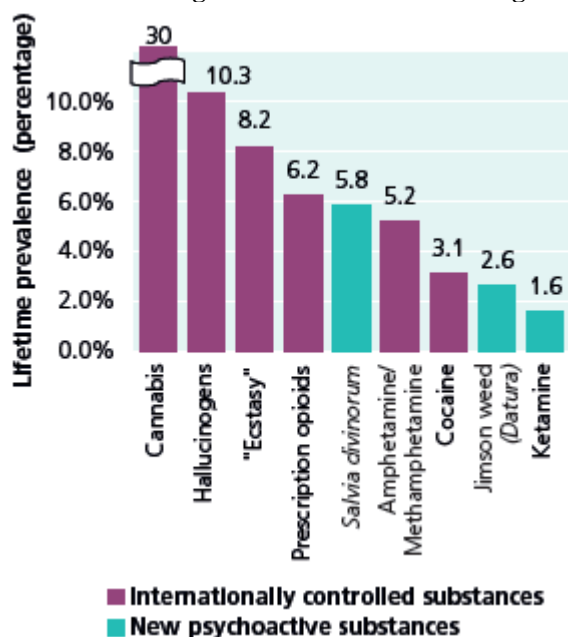
¹²⁹ National Institute on Drug Abuse, "DrugFacts: synthetic cathinones ('bath salts')".

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹³² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

Gráfico 29. Consumo en algún momento de la vida de nuevas sustancias psicoactivas en comparación con otras drogas entre estudiantes de 10° grado (15 y 16 años) en el Canadá, 2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

América Latina y el Caribe

Las NSP también han comenzado a aparecer en los países de América Latina, aun cuando, en términos generales, los niveles de consumo de esas sustancias en la región son más bajos que en América del Norte o Europa. Entre los países que notificaron el surgimiento de NSP figuran la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, México, Panamá y el Uruguay. Las NSP notificadas fueron, entre otras, la ketamina y las sustancias de origen vegetal, seguidas de las piperazinas, las catinonas sintéticas, las fenetilaminas y, en menor grado, los cannabinoides sintéticos. El Brasil, por ejemplo, comunicó el surgimiento en su mercado de la mefedrona y la DMMA (fenetilamina); Chile informó del surgimiento de la *Salvia divinorum* y la triptamina; y Costa Rica notificó el surgimiento de las piperazinas BZP y TFMPP¹³³.

De igual manera han comenzado a aparecer en el mercado varias otras NSP. Por ejemplo, en las encuestas de hogares se ha puesto de manifiesto el consumo para fines no médicos de ketamina, sobre todo en los dos países más extensos del Cono Sur. En una encuesta nacional de hogares realizada en la Argentina en 2010 se determinó la prevalencia en algún momento de la vida del consumo de ketamina del 0,3% en la población de 12 a 65 años que, no obstante, fue aún más baja que las tasas de prevalencia en algún momento de la vida del consumo de ketamina notificadas por el Reino Unido (2,2%), Australia (1,4%) y los Estados Unidos (1,0%). Con todo, el consumo de ketamina en la Argentina no es insignificante. La tasa de prevalencia de su consumo representó cerca de la mitad de la tasa de prevalencia interna comunicada en relación con el consumo de éxtasis (0,6%), fue algo más alta que la tasa de consumo de anfetaminas para fines no médicos (0,2%) y mucho más alta que la prevalencia en algún momento de la vida del consumo de cocaína *crack* (0,1%) o heroína (0,1%)¹³⁴.

Una encuesta de hogares anterior realizada en el Brasil en 2005 reveló una tasa de prevalencia en algún momento de la vida del consumo de ketamina del 0,2% en las personas de 12 a 65 años. Esa tasa de prevalencia fue equiparable a la del consumo en algún momento de la vida de *merla*, una variante de la pasta/base de cocaína para fumar, y mayor que la prevalencia del consumo de heroína

¹³³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹³⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

(0,09%). Otra NSP comunicada en la encuesta de hogares del Brasil fue “Benflogin” (bencidamina), con una tasa de prevalencia en algún momento de la vida del 0,4% en el grupo de 12 a 65 años¹³⁵. Se trata de un fármaco de acción local con propiedades anestésicas y analgésicas para el tratamiento de afecciones inflamatorias de la boca y la garganta. Tomado en altas dosis, en el Brasil y varios otros países se consume como estimulante del sistema nervioso central y delirógeno (clase especial de alucinógenos).

Un análisis de las búsquedas en Internet a través de Google durante el período 2005-2012 en América Latina, realizado con Google Trends, reveló un interés en los términos “ketamine” o “ketamina”, no solo en la Argentina y el Brasil, sino también en Chile, Colombia, México, el Perú y Venezuela (República Bolivariana de).

La *Salvia divinorum*, también conocida en México como “*ska pastora*”, “*ska María*”, “*hierba María*” o “*hierba de los dioses*”, parece ser popular (a juzgar por las búsquedas en Internet a través de Google) en varios países de América Latina, incluidos la Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica y México. La *Salvia divinorum*, utilizada inicialmente por los chamanes de la tribu mazateca de México para fines religiosos y en sesiones espirituales de curación¹³⁶, es hoy de consumo popular por motivos que van más allá de su consumo tradicional y se convirtió en la segunda NSP que más se ofertó en el mercado en 2011. A principios de 2012 se ofertaba en tiendas de Internet en la Unión Europea¹³⁷.

El Brasil y México comunicaron la aparición de catinonas sintéticas¹³⁸. El interés en los diversos derivados de la catinona parece limitarse de nuevo a América Latina, lo que tal vez se deba a la amplia disponibilidad de la cocaína en la región.

La Argentina, el Brasil, Chile, Costa Rica y México comunicaron la aparición de piperazinas en sus mercados. Ese problema también parece tener alcance limitado, lo que quizás pueda atribuirse al hecho de que la región está bastante bien abastecida de éxtasis y que, por tanto, no sea apremiante la necesidad de buscar soluciones alternativas.

Oceanía

Los países de la región de Oceanía parecen registrar algunas de las más altas tasas de prevalencia del consumo de NSP en el mundo. Ello se aplica a Nueva Zelanda, que durante muchos años desempeñó un papel fundamental en el mercado de las piperazinas. También en Australia se encuentra un gran número de NSP, situación semejante a la de Europa y América del Norte. En general, durante los primeros dos trimestres de 2012 se descubrieron 44 de esas sustancias en la región de Oceanía, lo que equivale a más de una cuarta parte de todas las NSP detectadas en el mundo durante ese período¹³⁹.

Además, en varias pequeñas islas de la región de Oceanía, sobre todo en el Pacífico occidental, está extendida una NSP “tradicional”: la kava, que también se exporta a algunos mercados de ultramar, incluidos los países de Europa y los Estados Unidos¹⁴⁰, donde se ha comercializado como preparado ansiolítico. Las raíces de esa planta se utilizan para producir una bebida de propiedades

¹³⁵ *Ibid.*

¹³⁶ Valdés y otros, “Studies of *Salvia divinorum* (Lamiaceae) an hallucinogenic mint from the Sierra Mazateca in Oaxaca, Central México”.

¹³⁷ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa*, pág. 99.

¹³⁸ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹³⁹ *Ibid.*

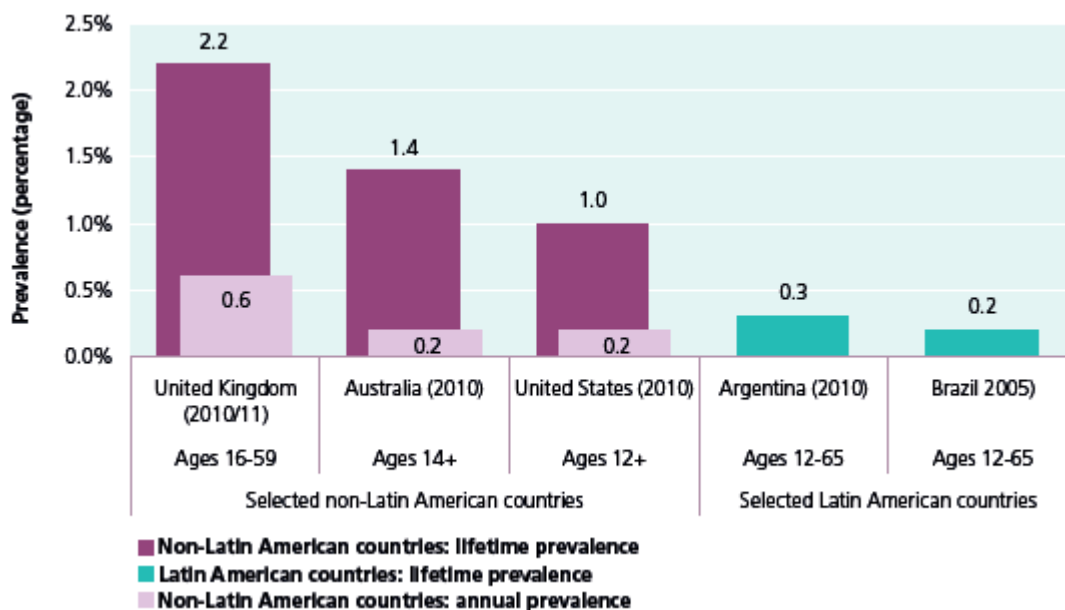
¹⁴⁰ “Hepatic toxicity possibly associated with kava-containing products: United States, Germany and Switzerland, 1999-2002”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 51, núm. 47 (2002), págs. 1065 a 1067.

sedantes y anestésicas. En la región de Oceanía, la kava suele combinarse con el alcohol. Se informó de que el consumo excesivo de kava produce malnutrición, daño hepático, disfunciones renales, hipertensión pulmonar, macrocitosis de los glóbulos rojos, linfocitopenia y disminución de los volúmenes de plaquetas¹⁴¹.

Nueva Zelanda

Un ejemplo de mercado de NSP en rápida expansión en el último decenio ha sido Nueva Zelanda, que comunicó la aparición en su mercado en los últimos años de varias de esas sustancias, incluso diversos cannabinoides y fenetilaminas¹⁴². No obstante, su mercado de NSP ha estado asociado mayormente a la propagación de las piperazinas. En el período 2007-2008, es decir, antes de la clasificación de la BZP como droga de la clase C en abril de 2008¹⁴³, la encuesta nacional de hogares de Nueva Zelanda reveló que el 5,6% de la población de 15 a 64 años había consumido BZP en el año anterior, es decir, más del doble de la tasa de consumo de anfetaminas (2,1%) y nueve veces la tasa de consumo de cocaína (0,6%). Esos niveles fueron altos según las normas internacionales. Por ejemplo, en el Reino Unido, el mayor mercado de esas sustancias de Europa, las NSP con la tasa más alta de prevalencia (mefedrona) solo tuvo una tasa de prevalencia del 1,4% entre la población general en el período 2010-2011. A principios de 1999, la BZP comenzó a cobrar popularidad en Nueva Zelanda como droga de clubes y fiestas “rave” y más tarde se extendió a varios otros países¹⁴⁴. La BZP se comercializaba como “alternativa lícita más segura” a la metanfetamina¹⁴⁵.

Gráfico 30. Consumo de ketamina entre la población general, 2010 (o último año disponible)



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales; Home Office, *Drugs Misuse Declared: Findings from the 2011/12 Crime Survey for England and Wales*, 2ª edición (julio de 2012); Australian Institute of Health and Welfare, 2010 National Drug Strategy Household Survey Report, Drug Statistics Series, núm. 25 (Canberra, julio de 2011); Estados Unidos, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Services Administration, 2010 National Survey on Drug Use and Health.

¹⁴¹ Peter P. Fu y otros, “Toxicity of kava kava”, *Journal of Environmental Science and Health, Part C: Environmental Carcinogenesis and Ecotoxicology Review*, vol. 26, núm. 1 (2008), págs. 89 a 112.

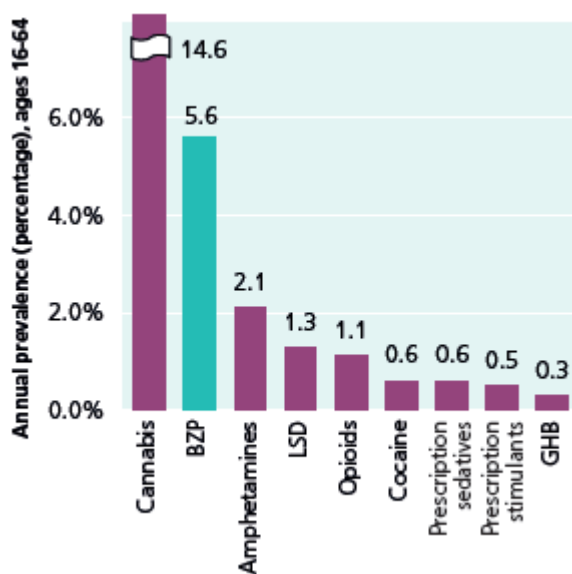
¹⁴² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹⁴³ Sustancias de la clase C con un “riesgo moderado” de daños. Véanse más detalles en el texto que figura más adelante bajo el título “Legislación específica sobre nuevas sustancias psicoactivas”.

¹⁴⁴ Thompson y otros, “The Benzylpiperazine/trifluoromethylphenylpiperazine and alcohol safety study: report for the Ministry of Health”.

¹⁴⁵ Bowden, “Non-traditional designer substances: a new category of psychoactives in New Zealand”.

Gráfico 31. Prevalencia anual del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en comparación con otras drogas, en la población general (16 a 64 años) en Nueva Zelanda, 2007-2008



Fuente: Ministry of Health, *Drug Use in New Zealand: Key results of the 2007/08 New Alcohol and Drug Use Survey*, enero de 2010.

Tras la clasificación de la BZP como droga de la clase C en 2007, las tasas de prevalencia de su consumo descendieron considerablemente. En consecuencia, el consumo global de “euforizantes legales” experimentó una clara reducción entre 2005 y 2010 en Nueva Zelanda¹⁴⁶, a diferencia de otros muchos países.

Australia

Australia detectó 33 NSP durante los primeros seis meses de 2012, cifra menor que la registrada en los Estados Unidos o el Canadá, pero similar a la que comunicó el Reino Unido (38) y mayor que la que notificó Nueva Zelanda (15). La mayoría de las NSP detectadas en Australia fueron catinonas sintéticas (13) y fenetilaminas (8)¹⁴⁷.

En la encuesta nacional de hogares solo se menciona la ketamina entre las NSP pese a que es una sustancia fiscalizada en Australia. La encuesta reveló una pequeña reducción de la tasa de prevalencia anual del consumo de ketamina entre la población de 14 años y más, del 0,3% en 2004 al 0,2% en 2010. Es tan común como la heroína, la metadona o la buprenorfina (0,2% cada una), más que el GHB (0,1%) pero menos que la cocaína (2,1%), la metanfetamina (2,1%) o el éxtasis (3%)¹⁴⁸.

Sin embargo, los datos anteriores no parecen indicar con exactitud la propagación general de las NSP en el país. Según la Comisión Australiana de Prevención del Delito, los usuarios de drogas del país consumen una amplia gama de sucedáneos de estimulantes de tipo anfetamínico sometidos a fiscalización, entre ellos la mefedrona y muchas otras drogas sintéticas. Las autoridades

¹⁴⁶ C. Wilkins y P. Sweetsur, “The impact of the prohibition of benzylpiperazine (BZP) ‘legal highs’ on the prevalence of BZP, new legal highs and other drug use in New Zealand”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 127, núms. 1 a 3 (2013), págs. 72 a 80.

¹⁴⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

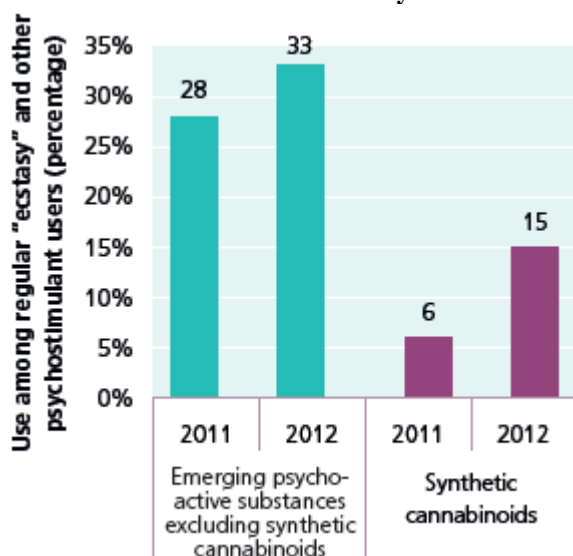
¹⁴⁸ Australian Institute of Health and Welfare, *2010 National Drug Strategy Household Survey Report*, Drug Statistics Series, núm. 25 (Canberra, julio de 2011). Disponible en www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=32212254712.

reconocieron 500 “euforizantes legales” diferentes, que en su mayoría se anunciaban a través de tiendas de “euforizantes legales” en el extranjero¹⁴⁹.

Los estudios de consumidores australianos de estimulantes de tipo anfetamínico confirman la anterior impresión. El último estudio reveló que en 2012 el 33% de los consumidores habituales de éxtasis y psicoestimulantes de Australia utilizaban una “sustancia psicoactiva emergente” (excluidos los cannabinoides sintéticos)¹⁵⁰, en comparación con un 28% en 2011. Incluidos los cannabinoides sintéticos, el porcentaje de personas que consumieron esas sustancias se elevó al 40% en 2012, lo que sugiere que aproximadamente la mitad de los consumidores de cannabinoides sintéticos también utilizaron otras sustancias psicoactivas emergentes.

Las sustancias psicoactivas emergentes que se utilizaron con más frecuencia en 2012 fueron los cannabinoides sintéticos, que utilizó el 15% de todos los consumidores habituales de éxtasis y psicoestimulantes, en comparación con el 6% en 2011. A diferencia de otras sustancias de este tipo, los cannabinoides sintéticos no se mencionaron en informes anteriores, lo que sugiere que su propagación fue antes muy limitada.

Gráfico 32. Consumo de sustancias psicoactivas emergentes en los últimos seis meses entre consumidores frecuentes de éxtasis y anfetamina en Australia, 2010-2012



Fuente: University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, “Australian drug trends 2012: findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System”, folleto de la Conferencia sobre las tendencias del consumo de drogas (Sidney, 2012).

Las dos sustancias siguientes, por frecuencia de consumo, fueron la dimetilriptamina, o DMT (12%), una sustancia alucinógena, y la 4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina, o 2C-B (9%), una fenetilamina psicodélica. Ambas sustancias están sujetas a fiscalización internacional y su consumo siguió siendo más o menos estable.

Las otras sustancias detectadas con más frecuencia fueron la mefedrona (5% entre los usuarios habituales de éxtasis y psicoestimulantes) y la metilona/bk-MDMA, un derivado del éxtasis (5%), seguida de la MDPV (2,5%), el dextrometorfano (2,5%), la *Salvia divinorum* (2,5%), la mescalina (2%), el LSA, que es un alcaloide ergolina psicodélico asociado al LSD (2%), y varias

¹⁴⁹ Australian Crime Commission, “Crime markets: illicit drug markets-drug analogues and other synthetic drugs”. Disponible en www.crimecommission.gov.au/publications/organised-crime-australia/2011-report/crime-markets.

¹⁵⁰ L. Scott y L. Burns, *New South Wales Trends in Ecstasy and Related Drug Markets 2011: Findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS)*, Australian Drug Trends Series No. 83 (Sidney, University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, 2011).

fenetilaminas psicodélicas, principalmente la 2,5-dimetoxi-4-iodo-fenetilamina, o la 2C-I (2%), la 2,5-dimetoxi-4-etil-fenetilamina, o la 2C-E (2%) y la BZP (1%)¹⁵¹.

Asia

Según el estudio de la UNODC realizado en 2012, el segundo mayor número de países que comunicaron la aparición de NSP se encontraba en Asia. El surgimiento de esas sustancias fue comunicado por varios países y zonas, sobre todo de Asia oriental y sudoriental (Brunei Darussalam; China; Filipinas; Hong Kong (China); Indonesia; Japón; Singapur; Tailandia; y Viet Nam), así como en el Oriente Medio (la Arabia Saudita, Bahrein, los Emiratos Árabes Unidos, Israel, Jordania y Omán). La mayoría de las NSP que aparecieron en Asia durante los primeros dos trimestres de 2012 fueron detectadas por las autoridades de Israel (27), Singapur (11) y Hong Kong (China) (7).

Hong Kong (China) notificó el surgimiento de varios cannabinoides sintéticos (como el JWH-018) y catinonas sintéticas (4-metilecatinona y butilona). Indonesia informó a la UNODC del surgimiento de la BZP. En Singapur surgieron varios cannabinoides sintéticos (incluso el JWH-018) y catinonas sintéticas (3-fluoro-metcatinona y 4-metilecatinona). Omán presenció el surgimiento de cannabinoides sintéticos (JWH-018). Como indicaron las búsquedas en Internet, los cannabinoides sintéticos también parecen haber desempeñado un papel en la India, al menos desde mediados de 2010. El Japón comunicó la aparición de fenetilaminas, catinonas sintéticas, piperazinas, ketamina, cannabinoides sintéticos y sustancias de origen vegetal¹⁵².

Las dos principales NSP objeto de consumo en Asia parecen ser la ketamina y el kratom, que afectan principalmente a los países de Asia oriental y sudoriental. Los comprimidos de ketamina se han vendido durante varios años como sucedáneos del éxtasis (y a veces incluso como éxtasis). Además, se observa el consumo tradicional en gran escala de khat en Asia occidental, sobre todo en el Yemen.

Ketamina

Desde hace tiempo se notifican altos niveles de consumo de ketamina en Asia oriental y sudoriental¹⁵³:

- Hong Kong (China) y Macao (China) indicaron que la ketamina fue la segunda droga de mayor consumo en 2011
- China comunicó que la ketamina fue la cuarta sustancia de mayor consumo en 2010 y la tercera en 2011
- En Brunei Darussalam, la ketamina ocupó el cuarto lugar entre las sustancias de mayor consumo en 2011
- En la India y Myanmar, la ketamina fue la quinta sustancia de mayor consumo en 2010 y en el Japón en 2008
- Singapur indicó que la ketamina ocupó el sexto lugar entre las sustancias de mayor consumo en 2011

¹⁵¹ University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, “Australian drug trends 2012: findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System”, folleto de la conferencia sobre las tendencias del consumo de drogas (Sidney, 2012).

¹⁵² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹⁵³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

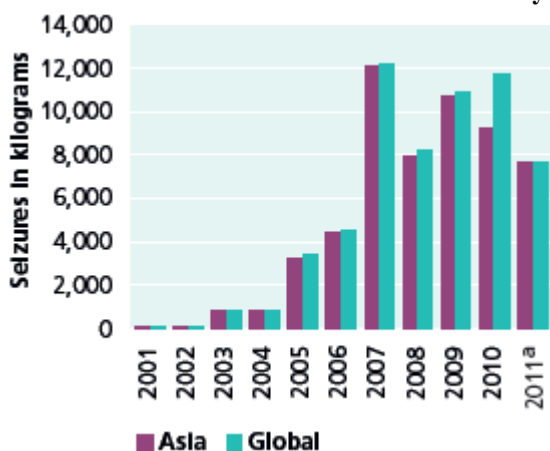
- Indonesia comunicó que la ketamina ocupó el séptimo lugar entre las sustancias de mayor consumo en 2009.

La ketamina también desempeña un papel importante en el Cercano Oriente y el Oriente Medio:

- La Arabia Saudita señaló que la ketamina ocupó el séptimo lugar entre las sustancias de mayor consumo en 2010
- Israel comunicó que la ketamina ocupó el noveno lugar entre las sustancias de mayor consumo en 2011.

La ketamina se consume de manera más generalizada en Asia oriental y sudoriental que en América y Europa.

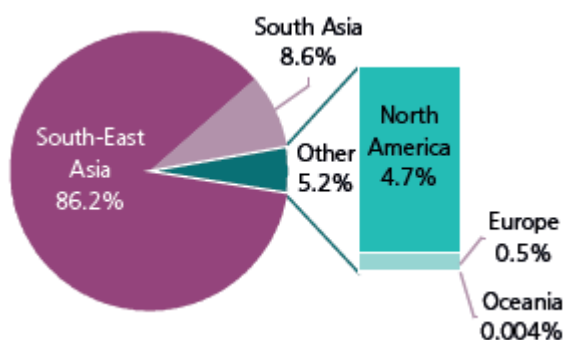
Gráfico 33. Incautación de ketamina en Asia y a nivel mundial, 2001-2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

^a Datos preliminares.

Gráfico 34. Incautación de ketamina a nivel mundial, por regiones, 2001-2011



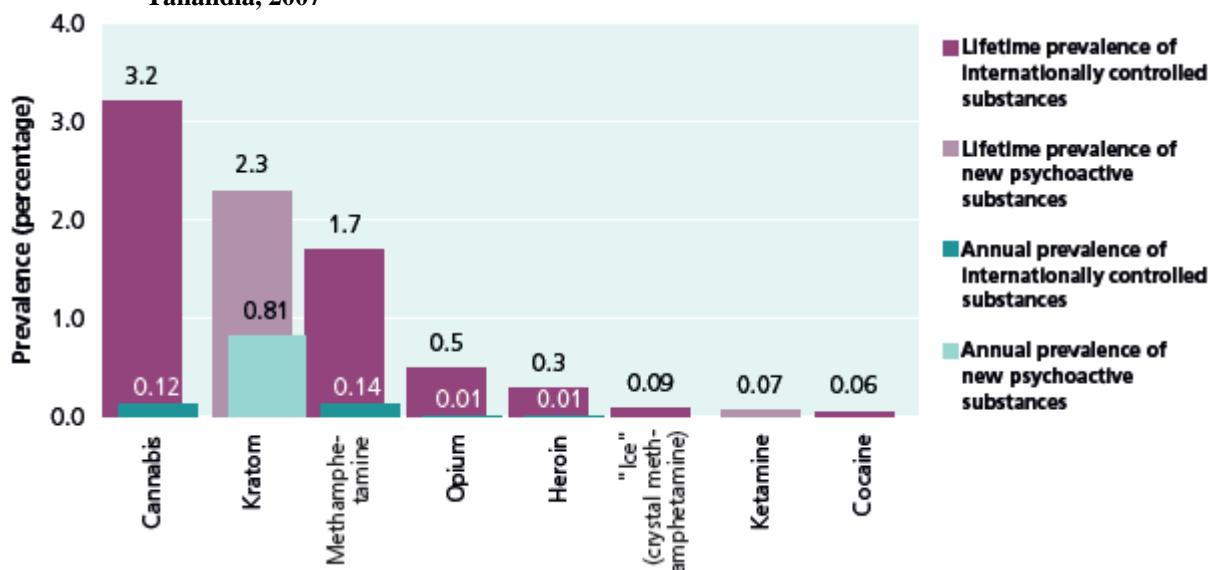
Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

La importancia de la ketamina también se refleja en las estadísticas de incautación, que indicaron una tendencia ascendente en el último decenio, aunque el número de incautaciones parece haberse estabilizado o incluso reducido en los últimos años. En el período 2001-2011, 14 países asiáticos (de 30 países del mundo) informaron a la UNODC de la incautación de ketamina, países que respondieron del 95% de toda la ketamina incautada a nivel mundial.

La concentración es más pronunciada en Asia oriental y sudoriental (86% de la incautación mundial), seguidas de Asia meridional (9%). La mayor incautación en el período 2001-2011 fue comunicada por China (58% de la incautación de ketamina a nivel mundial), seguida de la

Provincia china de Taiwán (13%), la India (9%), Hong Kong (China) (5%) y Malasia (5%). Se comunicaron cantidades más reducidas por Myanmar (3%), Tailandia (1%), Indonesia (1%) y Filipinas (1%), seguidos de Singapur; Macao (China); Viet Nam; Camboya y Brunei Darussalam.

Gráfico 35. Prevalencia en algún momento de la vida y prevalencia anual del consumo de drogas en Tailandia, 2007



Fuente: Tailandia, Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes, citada en Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs in East and South-East Asia (and Neighbouring Regions): 2009* (Bangkok, 2009).

Kratom

Otra NSP que se consume mucho en Asia oriental y sudoriental, sobre todo en Malasia, Myanmar y Tailandia, es el kratom (*Mitragyna speciosa*). Las hojas de esa planta tienen ligeros efectos estimulantes, además de otros semejantes a los de los opioides, así como algunas propiedades alucinógenas. Las hojas de kratom se emplean en la medicina tradicional como un antidiarreico y para tratar la dependencia de opioides¹⁵⁴. La posesión de hojas de kratom es ilegal en Tailandia desde 1943; el kratom también está sometido a fiscalización en unos cuantos otros países de la región (Malasia y Myanmar) y fuera de la región (Australia, Bhután, Finlandia y Lituania)¹⁵⁵. Una encuesta nacional de hogares realizada en Tailandia en 2007 indicó que el kratom era la segunda droga de consumo más extendido después del cannabis desde el punto de vista de su prevalencia en algún momento de la vida, y la droga de mayor consumo en función de la prevalencia anual (0,8% de la población adulta). En Tailandia meridional, es decir, en las zonas donde es endógena la planta *Mitragyna speciosa*, se comunicaron niveles de consumo muy por encima de la media (4,6%).

Aunque el consumo de kratom está muy difundido, las cifras de ingresos para tratamiento por su consumo son bastante bajas y representan 2.838 casos, es decir, el 2% de todos los ingresos para el tratamiento de toxicomanías en Tailandia en 2011¹⁵⁶. Con todo, siguen aumentando el consumo y los problemas conexos. Los ingresos para tratamientos relacionados con el kratom casi se triplicaron entre 2007 y 2011¹⁵⁷.

¹⁵⁴ Australia, National Drugs and Poisons Schedule Committee, "Comments on kratom and mitragyine", 39ª reunión, octubre de 2003.

¹⁵⁵ NeuroSoup, "Kratom *Mitragyna speciosa*". Disponible en www.neurosoup.com/kratom.htm.

¹⁵⁶ Se trataron muchas menos personas por el kratom que por la metanfetamina (165.044). Sin embargo, en 2011 se dio tratamiento a más personas por el kratom que por el opio (2.601), la heroína (2.115), el éxtasis (172), la cocaína (15) o la ketamina (13).

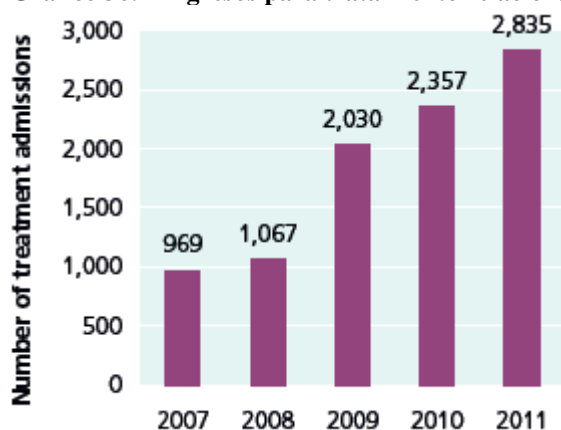
¹⁵⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific – 2012* (Bangkok, 2012).

La incautación de kratom en Tailandia aumentó de 1,7 t en 2005 a 23 t en 2011¹⁵⁸. La incautación de kratom en los países vecinos de Malasia y Myanmar alcanzó niveles sin precedentes ese año, aproximadamente de una tonelada cada uno¹⁵⁹. El número de incautaciones de kratom se quintuplicó en Tailandia, de 1.100 en 2005¹⁶⁰ a 5.897 en 2011, y fue mucho mayor que el comunicado respecto de la heroína (832), el opio (480), la ketamina (156), el éxtasis (144) o la cocaína (58)¹⁶¹.

Las detenciones relacionadas con el kratom se duplicaron con creces entre 2007 y 2011 tanto en Myanmar como en Tailandia. En Myanmar aumentaron de 89 a 211 durante ese período. Tailandia notificó 13.134 detenciones relacionadas con el kratom en 2011 (5% de todas las detenciones asociadas con las drogas), frente a 5.571 en 2007¹⁶².

Además del consumo extendido del kratom en Asia sudoriental, el consumo de la sustancia también fue notificado en la República de Corea¹⁶³ y, en los últimos años, también ha surgido como NSP en varios países de América del Norte, Europa y el Oriente Medio¹⁶⁴. En la Unión Europea, el kratom fue la NSP que más se ofertó en “tiendas de Internet” en 2011 y principios de 2012¹⁶⁵.

Gráfico 36. Ingresos para tratamiento relacionados con el kratom en Tailandia, 2007-2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs in Asia and the Pacific - 2012* (Bangkok, 2012).

¹⁵⁸ Tailandia, Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes, *Thailand Narcotics Control: Annual Report 2011*, núm. 1-19-2555, ISSN 978-616-7187-97-6 (Bangkok, 2012).

¹⁵⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific - 2012*.

¹⁶⁰ Tailandia, Oficina de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes, *Thailand Narcotics Control: Annual Report 2011*.

¹⁶¹ Tailandia, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, estadísticas sobre casos relacionados con drogas en todo el país, 1 de enero a 31 de diciembre de 2011. Disponible en <http://en.oncb.go.th/document/2011Arrested.s.pdf>.

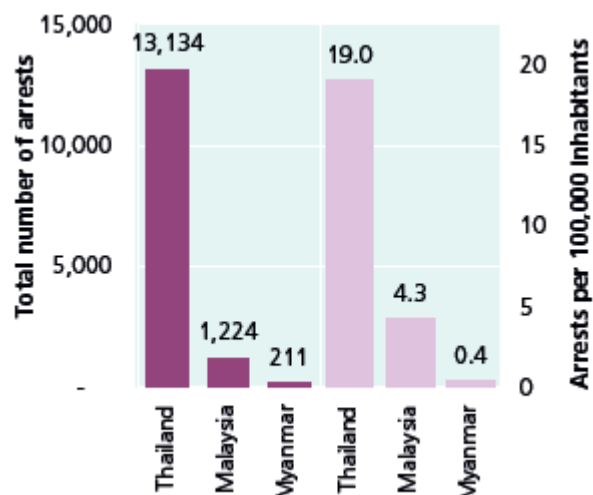
¹⁶² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs: Asia and the Pacific - 2012* (Bangkok, 2012).

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

¹⁶⁵ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2012: El problema de la drogodependencia en Europa*, pág. 99.

Gráfico 37. Detenciones relacionadas con el kratom en Asia sudoriental, 2011



Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs in Asia and the Pacific - 2012* (Bangkok, 2012).

Khat

El khat se ha comunicado como NSP en varios países de América, Europa, la región de Oceanía, el Oriente Medio y Asia oriental. Es una droga tradicional en el Yemen, donde tiene carácter legal. Según una encuesta efectuada bajo los auspicios del Banco Mundial, el 72% de los hombres y el 33% de las mujeres del Yemen de 12 años o más declararon haber consumido khat en 2006, de los cuales más de la mitad lo hizo diariamente. Las tasas fueron incluso superiores en las zonas donde se cultivaba el khat. En general, el khat se consume por el 52% de la población yemenita de 12 años o más¹⁶⁶. Estas tasas son mucho más altas que las de cualquier otra sustancia psicoactiva comunicada por cualquier país del mundo (con excepción del alcohol, el tabaco o la cafeína). Se informó de que aproximadamente en el 70% de los hogares del Yemen había al menos un consumidor de khat.

Las consecuencias negativas del consumo de khat para la persona quizás no sean tan graves como en el caso de otras drogas, según indicó el Comité de Expertos de la OMS reunido en 2006, que llegó a la conclusión en su examen crítico de que no era necesario incluir el khat en las listas de sustancias sometidas a fiscalización internacional¹⁶⁷. Ahora bien, el 70% de las mujeres y el 80% de los hombres que lo consumían en el Yemen notificaron efectos negativos para la salud. El consumo del khat se asoció a menudo con caries dentales, hipertensión, somnolencia, estreñimiento y, en algunos casos, depresión, paranoia y cáncer bucal¹⁶⁸. También existen efectos socioeconómicos negativos. La productividad se ve afectada negativamente tanto a pequeña como a gran escala, lo que resulta problemático por cuanto el Yemen ya es un país menos adelantado, el único de la Península Arábiga. Aun cuando el khat sea una sustancia lícita y los precios sean por tanto bajos, para su consumo se utiliza por término medio un 10% del presupuesto de los hogares, que aumenta a más de una cuarta parte entre las familias más pobres. Cerca de una quinta parte de todos los hogares que consumen khat se ven obligados a pedir dinero en préstamo para financiar su hábito. Paralelamente al aumento del consumo se ha producido un rápido incremento de la superficie de cultivo, que aumentó 13 veces más en los últimos tres decenios (de unas 8.000 ha a más de 100.000 ha), agotando así los escasos recursos hídricos (un tercio de la extracción de aguas

¹⁶⁶ Banco Mundial, “Yemen toward qat demand reduction”, informe núm. 39738-YE (junio de 2007).

¹⁶⁷ Organización Mundial de la Salud, “Assessment of khat (*Catha edulis Forsk*)”, documento preparado para la 34ª reunión del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (documento 2006/4.4). Disponible en www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf.

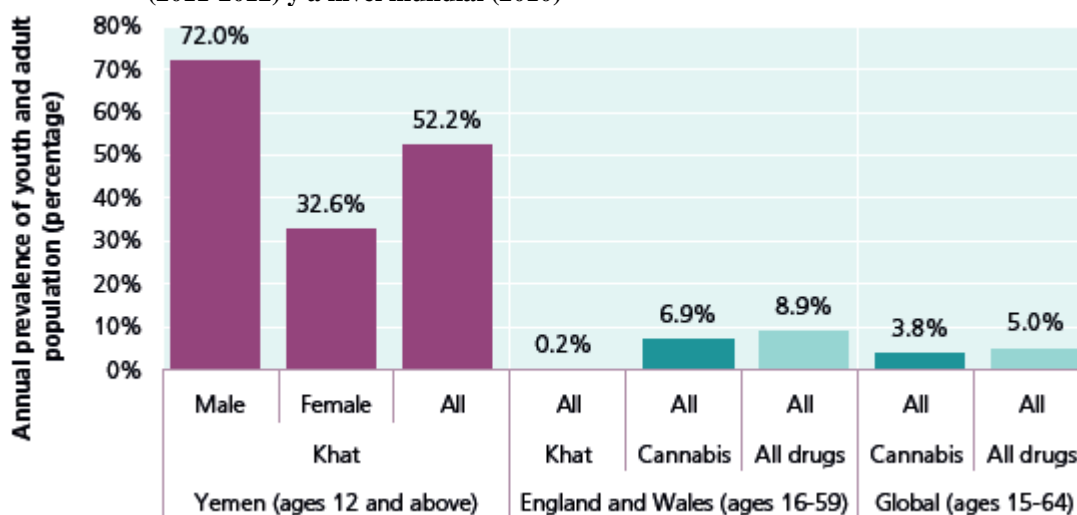
¹⁶⁸ N. Numan, “Exploration of adverse psychological symptoms in Yemeni khat users by the Symptoms Checklist-90 (SCL-90)”, *Addiction*, vol. 99, núm. 1 (2004), págs. 61 a 65; Banco Mundial, “Yemen: towards qat demand reduction”.

subterráneas está vinculado al cultivo del khat) y relegando la producción de cultivos alimentarios esenciales y las exportaciones agrícolas¹⁶⁹.

Fabricación de nuevas sustancias psicoactivas

Asia desempeña un papel fundamental en la fabricación de NSP. Además de la producción de khat en Asia occidental para el mercado local, la mayor parte de las otras NSP halladas en los mercados a nivel mundial, incluso la mayoría de los cannabinoides sintéticos, los derivados de la catinona y la ketamina, parecen proceder de Asia, principalmente de países de Asia oriental y meridional, que poseen una industria química y farmacéutica avanzada. De hecho, el estudio de la UNODC sobre las NSP reveló que Asia era la principal región de producción de esas sustancias, por delante de Europa y América. Las NSP encontradas en los mercados de los países asiáticos parecen provenir casi exclusivamente de la región. Además, la mayoría de los países de Europa y América del Norte, así como Australia, se refirieron a Asia como la principal fuente de aprovisionamiento de NSP. En Asia, los países de origen que se nombraron con mayor frecuencia en relación con esas sustancias fueron China y la India¹⁷⁰.

Gráfico 38. Consumo de khat en el Yemen^a, en comparación con el consumo de drogas en Inglaterra y Gales (2011-2012) y a nivel mundial (2010)



Fuente: Banco Mundial, “Yemen: towards qat demand reduction”, informe núm. 39738-YE (junio de 2007); Reino Unido, Home Office, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/12 British Crime Survey for England and Wales*, 2ª edición (Londres, julio de 2012); e *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.12.XI.1).

^a Sobre la base de una muestra de 4.027 personas.

África

En total, siete países africanos (Angola, Cabo Verde, Egipto, Ghana, Sudáfrica, el Togo y Zimbabwe) de los diez que respondieron a la encuesta informaron del surgimiento de NSP a la UNODC. Egipto notificó la aparición no solo de sustancias de origen vegetal (*Salvia divinorum*), sino también de cannabinoides sintéticos, ketamina, piperazinas (BZP) y otras sustancias (2-difenilmetilpiperidina (2-DPMP) y 4-bencilpiperidina)¹⁷¹.

No obstante, los problemas generales relacionados con la producción y el consumo de NSP parecen ser menos pronunciados en África. Aun así, hay varias sustancias de consumo tradicional (como el

¹⁶⁹ Banco Mundial, “Yemen: towards qat demand reduction”.

¹⁷⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

¹⁷¹ *Ibid.*

khat o la ibogaína) que se enmarcan en la categoría de NSP y que, en función de su propagación, causan graves problemas para la salud y otras consecuencias sociales.

Khat

El khat se produce y utiliza ampliamente en muchos de los países situados a lo largo del Mar Rojo y el Océano Índico, sobre todo Djibouti, Etiopía, Kenya y Somalia y, en menor medida, Madagascar, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica, el Sudán y Uganda. El estatuto jurídico del khat difiere en los diversos países africanos. El khat es lícito en Djibouti, Etiopía, Kenya y Somalia, pero está sometido a fiscalización en otros países, entre ellos Eritrea, Rwanda, la República Unida de Tanzania y el Sudán¹⁷². La mayor incautación de khat en África durante el período 2005-2011 fue comunicada por la República Unida de Tanzania, seguida de Zambia, el Sudán, Eritrea y Egipto¹⁷³.

Somalia es uno de los países de destino principales de África. Las exportaciones a mercados de ultramar a menudo están destinadas a comunidades somalíes expatriadas, así como a otras comunidades expatriadas de países vecinos. La exportación de khat a mercados de ultramar en Europa, América del Norte, la India y Australia se origina sobre todo en Etiopía, el altiplano de Kenya y el Yemen¹⁷⁴.

Según la información suministrada por el Departamento de Estado de los Estados Unidos, el khat ocupa el cuarto lugar entre las exportaciones de Etiopía, desde la séptima posición que ocupaba hace unos años; asimismo, su consumo, a tono con los crecientes niveles de cultivo, va en aumento. También en Kenya se cultiva el khat en gran escala, lo que ha propiciado el aumento de las exportaciones, así como del consumo interno. Según el informe de 2010 de la campaña nacional contra la drogadicción, el khat (conocido localmente como “*miraa*”) parece haber surgido como la droga de mayor consumo en Kenya, por delante del cannabis¹⁷⁵. Durante el período 2008-2012, Etiopía y Kenya, seguidas del Yemen, registraron el mayor número de búsquedas en Internet relacionadas con el “khat”, el “qat” o la “*miraa*” entre los países de la región, a niveles mucho más altos que en América del Norte o Europa.

No obstante, los estudios cuantitativos sobre la propagación del khat en África son limitados. En un estudio, realizado bajo los auspicios del Banco Mundial en Djibouti, se llegó a la conclusión de que el 28,2% de la población de 12 años o más consumía khat, inclusive el 43,7% de los hombres y el 13,6% de las mujeres. En casi la mitad de los hogares (49,7%) había al menos un consumidor de khat. Aunque las tasas de prevalencia son altas, son más bajas que en el vecino Yemen. El consumo de khat ha venido aumentando en los últimos decenios. El volumen de importaciones de la vecina Etiopía a Djibouti aumentó el 82% entre 1984 y 2004. En particular, el número de mujeres que consumían khat aumentó en los últimos 15 años y la tasa de prevalencia anual del 3% en 1996 se duplicó con creces hasta el 7% en 2006, y volvió a duplicarse a casi el 14% hacia 2011¹⁷⁶.

¹⁷² D. M. Anderson y N.C.M. Carrier, *Khat: Social Harm and Legislation – A Literature Review*, Occasional Paper 95 (Londres, Home Office, julio de 2011).

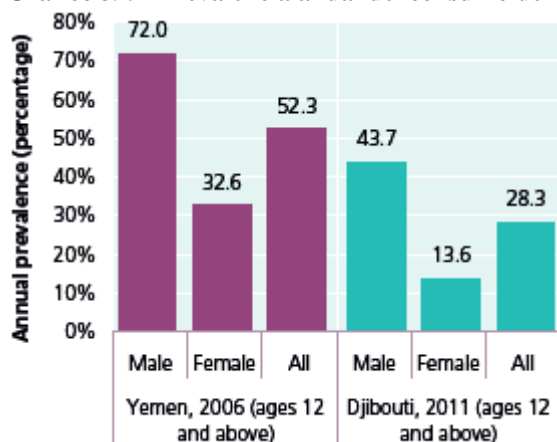
¹⁷³ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, datos del cuestionario para los informes anuales.

¹⁷⁴ Azel Klein, Pien Metaal y Martin Jelsma, “Chewing over khat prohibition: the globalisation of control and regulation of an ancient stimulant”, Series on Legislative Reform of Drug Policies, núm. 17 (Transnational Institute, enero de 2012).

¹⁷⁵ Estados Unidos, Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report*, vol. 1, *Drug and Chemical Control* (marzo de 2012).

¹⁷⁶ Banco Mundial, *Comprendre la dynamique du khat à Djibouti: aspects sociaux, économiques et de santé*, informe núm. 62823-DJ (Washington, D.C., 2011).

Gráfico 39. Prevalencia anual del consumo de khat en Djibouti^a, 2011, en comparación con el Yemen^b, 2006



Fuente: Banco Mundial, *Comprender la dinámica del khat en Djibouti: Aspectos sociales, económicos y de salud*, informe núm. 62823-DJ (Washington, DC, 2011); Banco Mundial, “Yemen: towards qat demand reduction”, informe núm. 39738-YE (junio de 2007).

^a Sobre la base de una muestra de 4.309 personas.

^b Sobre la base de una muestra de 4.027 personas.

Las repercusiones económicas para Djibouti también han sido considerables. El khat representa un tercio de las importaciones agrícolas totales de Djibouti y es el mayor rubro de importación en términos monetarios, después de los alimentos y el petróleo. Se determinó que el gasto total incurrido en el khat en 2008 equivalió al 24% de la asistencia pública para el desarrollo o el 66% de la inversión extranjera directa. El gasto medio por consumidores de khat se consideró que representaba el 20% del ingreso total de los hogares. El consumidor típico de khat de Djibouti, es decir, un hombre de 18 a 25 años, lo consume diariamente y gasta el 40% de su ingreso total en la droga¹⁷⁷.

Otras sustancias de origen vegetal

Además del khat, en muchas partes de África se consumen ampliamente varias otras plantas psicoactivas que no están sometidas a fiscalización internacional. Uno de los ejemplos mejor conocidos es la ibogaína, una sustancia psicoactiva natural hallada en una planta conocida como iboga (*Tabernanthe iboga*), oriunda de los bosques pluviales de África occidental y central. Tradicionalmente se ha utilizado en varios países de la región (el Camerún, el Congo, el Gabón y en partes de Nigeria), a menudo en relación con rituales espirituales tradicionales¹⁷⁸ y administrado por chamanes y curanderos de la localidad¹⁷⁹.

El arbusto iboga contiene ibogaína, un alucinógeno con propiedades psicodélicas y disociativas. Además, se ha informado de los efectos estimulantes que produce masticar la corteza de raíz de la iboga al liberarse pequeñas cantidades de ibogaína y absorberlas el organismo. La ibogaína también tiene la capacidad para potenciar la analgesia de la morfina y se ha utilizado, fuera de África, para reducir la adicción¹⁸⁰ a los opioides¹⁸¹ y, en experimentos animales, para reducir la adicción a la

¹⁷⁷ *Ibid.*

¹⁷⁸ Kenneth R. Alper, Howard S. Lotsof y Charles D. Kaplan, “The ibogaine medical subculture”, *Journal of Ethnopharmacology*, vol. 115, núm. 1 (2008), págs. 9 a 24; Nick Sandberg, “Iboga tourism in Central Africa”, 21 de marzo de 2012 (véase www.ibogaine.co.uk/iboga-tourism.htm).

¹⁷⁹ Ed Platt, “The Dreaming”, *Independent*, 28 de marzo de 1999.

¹⁸⁰ Kenneth R. Alper, “Ibogaine: a review”, en *Ibogaine: Proceedings of the First International Conference*, Kenneth R. Alper y Stanley D. Glick, eds. (San Diego, California, Academic Press, 2001).

¹⁸¹ S. D. Glick y otros, “Effects and aftereffects of ibogaine on morphine self-administration in rats”, *European Journal of Pharmacology*, vol. 195, núm. 3 (1991), págs. 341 a 345.

cocaína¹⁸². Existen centros de tratamiento en México y Nueva Zelanda, entre otros países. El interés en la ibogaína fuera de África, como indican las búsquedas en Internet catalogadas por Google Trends, parece centrarse en Australia, el Canadá, los Estados Unidos, Francia, los Países Bajos y el Reino Unido. Con todo, su consumo no está exento de problemas. Uno de los efectos secundarios negativos que produce la ingesta de grandes dosis de ibogaína es la ataxia o dificultad para coordinar la movilidad muscular. Otros efectos secundarios potenciales pueden ser xerostomía, náuseas y vómitos. Una cuestión más problemática es la posibilidad que han mencionado algunos estudios de que se produzca una interacción negativa con las condiciones cardíacas. Se ha observado que la ibogaína aumenta la arritmia sinusal y provoca taquicardia ventricular. Las muertes ocurridas tras la ingestión de ibogaína se han vinculado a efectos respiratorios y cardíacos letales. Por consiguiente, la ibogaína y sus sales están sometidas a fiscalización en los Estados Unidos desde 1967 como sustancia de la Lista I, y también están sometidas a fiscalización en Bélgica y Suiza¹⁸³.

Repercusión de los reglamentos en los cambios del consumo de nuevas sustancias psicoactivas

Se ha observado en general que cuando una NSP se somete a fiscalización, su consumo se reduce, lo que a su vez influye positivamente en las consecuencias para la salud, incluidas las muertes relacionadas con la sustancia. Aun así, el sistema de fiscalización no surte un efecto uniforme en todas las sustancias y mercados.

Los datos han demostrado que la fiscalización de una sustancia puede tener diversas repercusiones, como por ejemplo:

- a) La sustancia se mantiene en el mercado, aunque la prevalencia de su consumo disminuye inmediatamente. Pueden citarse ejemplos como la mefedrona en el Reino Unido, la BZP en Nueva Zelanda, los “euforizantes legales” en Polonia y la mefedrona en Australia.
- b) El consumo de la sustancia disminuye después de un intervalo de tiempo más prolongado, tal vez de un año o más (por ejemplo, la ketamina en los Estados Unidos).
- c) El efecto inmediato de la fiscalización en el consumo de la sustancia es escaso o nulo, por ejemplo el consumo de MDMA (éxtasis) en los Estados Unidos y otros países, que no se redujo hasta dos decenios después, a raíz de la mejora de las medidas de fiscalización de los precursores.

También se ha observado que una sustancia puede desaparecer prácticamente en el mercado ilícito. Así ha ocurrido con la mayoría de las sustancias sometidas a fiscalización en virtud de la Convención de 1961 y del Convenio de 1971. De las 234 sustancias que hoy están sometidas a fiscalización internacional, solo unas cuantas docenas todavía se consumen para fines no médicos y el grueso del consumo se concentra en una docena de esas sustancias.

Está claro que para enfrentar la situación se tendrá que aplicar un enfoque global en que se tengan en cuenta varios factores: prevención y tratamiento, estatuto jurídico, mejora de las medidas de fiscalización de los precursores, represión de las redes de narcotráfico.

A continuación se presenta un análisis más exhaustivo de diversas respuestas desde el punto de vista jurídico.

¹⁸² S.L.T. Cappendijk y M. R. Dzoljic, “Inhibitory effects of ibogaine on cocaine self-administration in rats”, *European Journal of Pharmacology*, vol. 241, núms. 2 y 3 (1993), págs. 261 a 265.

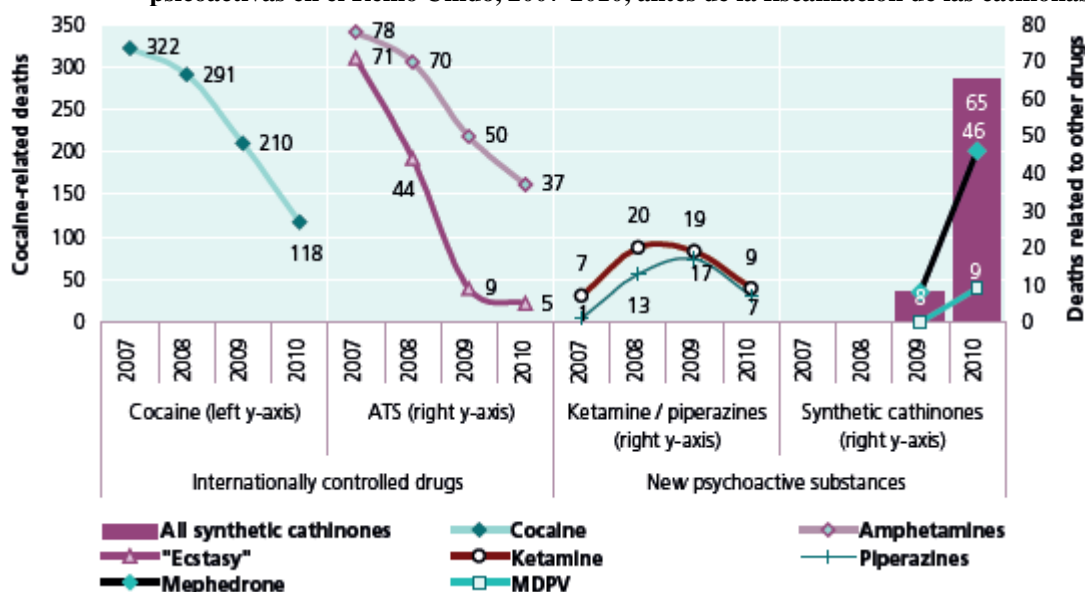
¹⁸³ Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, “Ibogaine therapy for drug addiction” (véase www.maps.org/research/ibogaine).

a) *Disminución inmediata del consumo de nuevas sustancias psicoactivas*

i) La mefedrona y el Reino Unido

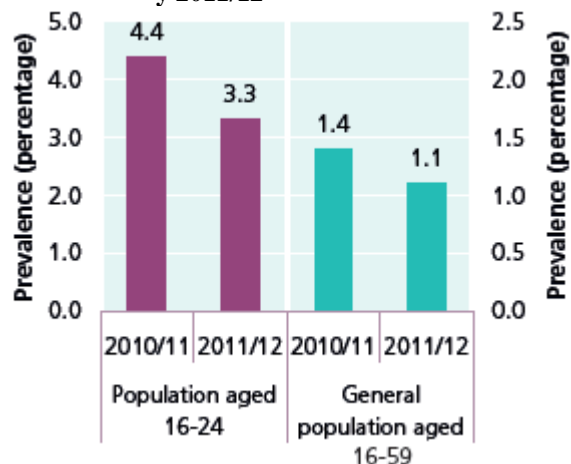
Antes de establecer las medidas de fiscalización aplicables a las diversas catinonas sintéticas en el Reino Unido, el consumo de la mefedrona aumentó notablemente. Apenas conocida unos años antes, en el período 2010-2011 la mefedrona surgió como la tercera droga de mayor consumo entre la población general (16 a 59 años) e incluso fue la segunda más utilizada entre los jóvenes de 16 a 24 años en Inglaterra y Gales¹⁸⁴. Todo ello originó importantes consecuencias negativas para la salud, incluso un marcado aumento de muertes asociadas con la mefedrona. En 2010 el número de esas muertes ya había superado el de las relacionadas con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico, que había descendido bruscamente en el período 2007-2010.

Gráfico 40. Número de muertes asociadas con estimulantes sometidos a fiscalización y con nuevas sustancias psicoactivas en el Reino Unido, 2007-2010, antes de la fiscalización de las catinonas sintéticas



Fuente: Hamid Ghodse y otros, *Drug-related Deaths in the United Kingdom: Annual Report 2011* (International Centre for Drug Policy, St. George's, University of London, Londres, 2012).

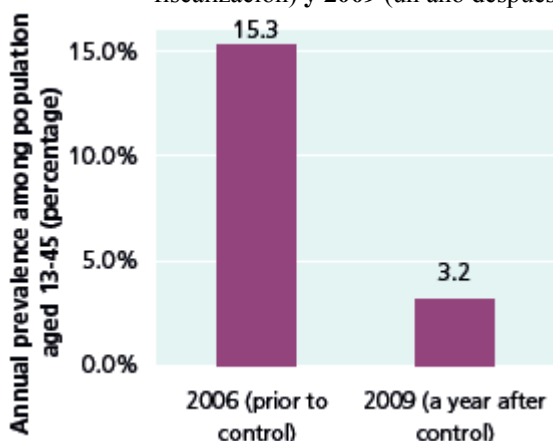
Gráfico 41. Prevalencia anual del consumo de mefedrona en Inglaterra y Gales, ejercicios económicos 2010/11 y 2011/12



Fuente: Reino Unido, Home Office, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/2012 British Crime Survey for England and Wales*, 2ª edición (Londres, julio de 2012).

¹⁸⁴ Reino Unido, Home Office, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2011/12 British Crime Survey for England and Wales*.

Gráfico 42. Cambios en la prevalencia anual del consumo de BZP en Nueva Zelanda, 2006 (antes de la fiscalización) y 2009 (un año después de la fiscalización)



Fuente: C. Wilkins y P. Sweetsur, “The impact of the prohibition of benzylpiperazine (BZP) ‘legal highs’ on the prevalence of BZP, new legal highs and other drug use in New Zealand”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 127, núms. 1 a 3 (2013), págs. 72 a 80.

La situación cambió tras la clasificación de la mefedrona como sustancia de la clase B en la Ley sobre el uso indebido de drogas de 2010 y la prohibición de las importaciones de fecha 29 de marzo de 2011. Entre el ejercicio económico de 2010/11 y el de 2011/12, la prevalencia anual del consumo de mefedrona entre la población general de 16 a 59 años se redujo una quinta parte; entre las personas de 16 a 24 años, disminuyó hasta una cuarta parte¹⁸⁵. Las encuestas por Internet entre las personas que frecuentaban clubes en el Reino Unido también confirmaron la tendencia descendente¹⁸⁶. Paralelamente, el estudio “snapshot” del EMCDDA determinó una importante reducción del número de tiendas de Internet que ofertaban mefedrona en Europa, sobre todo en el Reino Unido¹⁸⁷.

ii) La bencilpiperazina y Nueva Zelanda

En Nueva Zelanda, el consumo de NSP lleva años asociado principalmente al consumo de bencilpiperazina (BZP), que se comercializaba como “alternativa lícita más segura” a la metanfetamina¹⁸⁸. Dado el aumento masivo de las cifras de consumo de BZP y de visitas a los servicios de urgencia vinculadas a su consumo para fines no médicos en los primeros años del nuevo milenio, se recomendó la clasificación de la BZP en 2007 y finalmente se sometió a fiscalización internacional en 2008. Tras su fiscalización, la prevalencia anual entre la población de 13 a 45 años se redujo rápidamente, en casi el 80% entre 2006 y 2009. Las encuestas posteriores de consumidores habituales efectuadas en 2010 confirmaron esa tendencia. En consecuencia, el consumo global de “euforizantes legales” experimentó un claro descenso entre 2005 y 2010 en Nueva Zelanda¹⁸⁹, a diferencia de la situación en otros muchos países.

La reducción de la tasa de prevalencia del consumo de BZP en Nueva Zelanda también se evidencia en el descenso masivo de las búsquedas de BZP en Internet. No obstante, en el período 2006-2012 la mayoría de las búsquedas en Internet relacionadas con la BZP a nivel mundial se siguieron realizando en Nueva Zelanda.

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ “Mixmag’s Drug Survey: the results”, marzo de 2012. Disponible en www.mixmag.net/drugssurvey.

¹⁸⁷ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011).

¹⁸⁸ M. Bowden, “Non traditional designer substances: a new category of psychoactives in New Zealand”, abril de 2004. Disponible en www.erowid.org/chemicals/bzp/bzp_info1.shtml.

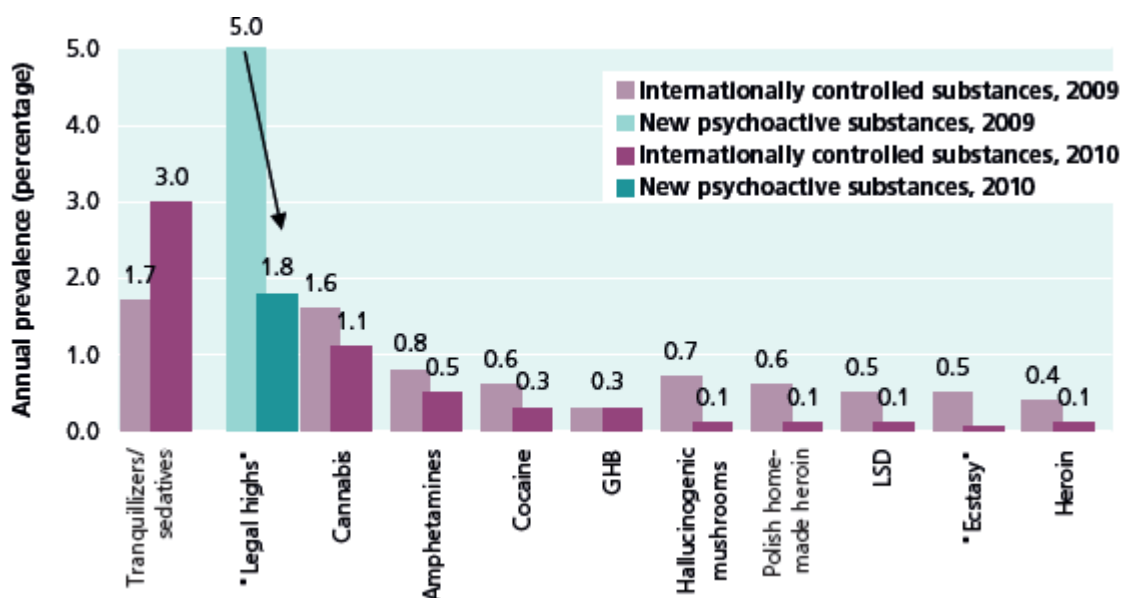
¹⁸⁹ Wilkins y Sweetsur, “The impact of the prohibition of benzylpiperazine (BZP) ‘legal highs’ on the prevalence of BZP, new legal highs and other drug use in New Zealand”.

iii) Los “euforizantes legales” y Polonia

Polonia se caracterizó en el decenio 2001-2010 por aumentos masivos de “euforizantes legales”. La NSP más extendida fue el “Tajfun”, una mezcla vegetal que contiene algunos cannabinoides sintéticos. El aumento del consumo de “euforizantes legales” estuvo acompañado de enérgicas actividades de comercialización. A mediados de 2010 se podían comprar “euforizantes legales” en más de 1.100 tiendas del país, en comparación con 40 tiendas en 2008 y ninguna en 2007. El rápido aumento de su consumo y los informes de sus consecuencias negativas para la salud a la larga llevaron a las autoridades a enmendar su régimen de fiscalización.

Tras la fiscalización en 2009 de la BZP y el JWH-018 (cannabinoides sintéticos presentes en mezclas vegetales), la lista de sustancias sometidas a fiscalización se amplió para abarcar la mefedrona y siete cannabinoides sintéticos a partir de agosto de 2010¹⁹⁰. Después de más de 300 envenenamientos y 18 muertes en 2010, el Ministro de Salud ordenó que se realizaran “verificaciones a fondo” que dieron lugar al cierre en octubre de 2010 de más de 900 de las 1.100 tiendas de “euforizantes legales”. En particular, se clausuraron los locales que vendían “Tajfun”¹⁹¹. Posteriormente se implantó una prohibición general de “sustancias sucedáneas” (definidas como sustancias utilizadas en lugar de estupefacientes o sustancias sicotrópicas fiscalizadas)¹⁹².

Gráfico 43. Prevalencia anual de las nuevas sustancias psicoactivas, en comparación con las drogas ilícitas, entre la población general de 15 a 75 años, en Polonia^a, 2009 y 2010



Fuente: Artur Malczewski, “Psychoactive substance use in general population in 2010: survey results” (Varsovia, Dirección Nacional de Prevención de la Drogadicción, 2011).

^a Muestra: 1.001 (excluido el cannabis).

Los efectos inmediatos de esa medida en las tasas de prevalencia del consumo de “euforizantes legales” fueron positivos. La tasa de prevalencia anual comunicada en relación con el consumo de “euforizantes legales” cayó en más del 60%, del 5% en diciembre de 2009 al 1,8% en diciembre de

¹⁹⁰ Lucyna Kapka-Skrzypczak y otros, “Legal highs: legal aspects and legislative solutions”, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, vol. 18, núm. 2 (2011), págs. 304 a 309.

¹⁹¹ Artur Malczewski y otros, *2011 National Report (2010 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Poland – New Development, Trends and In-depth Information on Selected Issues* (Varsovia, Dirección Nacional de Prevención de la Drogadicción, 2011). Disponible en www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_191625_EN-Poland-2011.pdf.

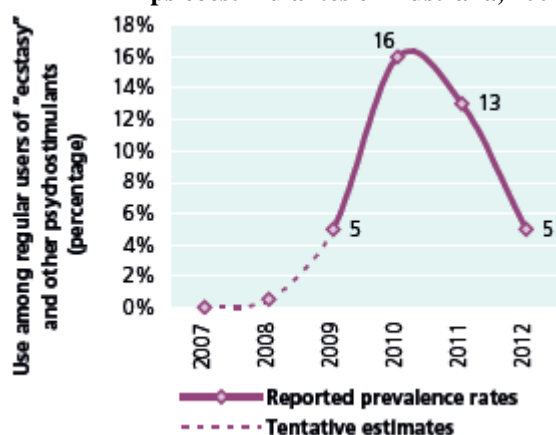
¹⁹² Artur Malczewski y otros, *2010 National Report (2009 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Poland*.

2010, según una encuesta nacional sobre el consumo de drogas¹⁹³. La reducción de los “euforizantes legales” no se vio contrarrestada por el aumento del consumo de otras drogas. En realidad, también disminuyó el consumo de la mayoría de las drogas (salvo tranquilizantes y sedantes).

iv) La mefedrona y Australia

El consumo de mefedrona entre los usuarios de anfetaminas y éxtasis en Australia, desde los niveles insignificantes que registró en 2007, aumentó sostenidamente hasta 2010. En ese año las autoridades australianas recurrieron a la Ley de sustancias análogas sometidas a fiscalización, en que se especificaba que la mefedrona era una sustancia análoga a la metcatinona y que, por tanto, estaba sometida a fiscalización¹⁹⁴. La mefedrona importada fue decomisada y las personas involucradas en las transacciones fueron detenidas¹⁹⁵. Posteriormente la mefedrona se añadió a la lista federal de vigilancia de las drogas¹⁹⁶; en 2011 la mayoría de los estados de Australia habían sometido a fiscalización la mefedrona. Al mismo tiempo el consumo de la mefedrona se redujo de un máximo del 16% entre los consumidores de éxtasis y anfetaminas en 2010 al 5% en 2012.

Gráfico 44. Consumo de mefedrona en el período de seis meses entre consumidores habituales de éxtasis y psicoestimulantes en Australia, 2007-2012



Fuente: University of New South Wales, National Drug and Alcohol Research Centre, “Australian drug trends 2012: findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System”, folleto de la Conferencia sobre las tendencias del consumo de drogas (Sidney 2012) (y años anteriores); y estimaciones provisionales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en relación con los años 2007 y 2008, basadas en información cualitativa de varias fuentes.

v) La metilendioxipirovalerona y los Estados Unidos

Un ejemplo más reciente de una sustancia sometida a fiscalización en los Estados Unidos es la metilendioxipirovalerona (MDPV), una catinona sintética que ha generado mucha controversia, ya que se ha informado de que algunos de sus consumidores representan una amenaza para las comunidades locales y se provocan lesiones mediante intentos de automutilación y suicidio¹⁹⁷. La droga causa lo que la policía ha denominado “delirio alucinatorio” que vuelve a los usuarios paranoides, violentos e imprevisibles, y ha llevado a varios asesinatos.

¹⁹³ Artur Malczewski, “Psychoactive substance use in general population in 2010: survey results” (Varsovia, Dirección Nacional de Prevención de la Drogadicción, 2011).

¹⁹⁴ “Miaow’ drug seized in mail busts”, *Sydney Morning Herald*, 12 de febrero de 2010. Disponible en www.smh.com.au/national/miaow-drug-seized-in-mail-busts-20100212-nwad.html.

¹⁹⁵ Australian Customs and Border Protection Service, “Legal Highs’ not necessarily legal”, noviembre de 2010. Disponible en <http://customs.gov.au/webdata/resources/files/LegalHighsFactSheet.pdf>.

¹⁹⁶ Erowid, “4-methylmethcathinone: legal status”, 3 de marzo de 2008. Disponible en www.erowid.org/chemicals/4_methylmethcathinone/4_methylmethcathinone_law.shtml.

¹⁹⁷ E. A. Ross, M. Watson y B. Goldberger, “‘Bath salts’ intoxication”, *New England Journal of Medicine*, vol. 365, núm. 10 (8 de septiembre de 2011).

No se dispone de información sobre los cambios en la prevalencia del consumo de MDPV. Sin embargo, los datos indican que el número de llamadas a centros toxicológicos en relación con las “sales de baño” (a menudo vinculadas a la MDPV) se elevaron de 304 en 2010 a 6.134 en 2011, es decir, un aumento 20 veces mayor en un año¹⁹⁸.

Luego de la fiscalización de las principales “sales de baño”, a partir de la “clasificación de emergencia” de la MDPV, la mefedrona y la metilona en octubre de 2011, las llamadas a centros toxicológicos asociadas a las “sales de baño” se redujeron en más de la mitad en 2012. Todo ello sugiere que los problemas relacionados con las “sales de baño”, incluida la MDPV, disminuyeron tras la fiscalización de esas sustancias.

- b) Disminución de la prevalencia o el consumo de una nueva sustancia psicoactiva después de un intervalo de tiempo más prolongado

La ketamina y los Estados Unidos

En 1999 la ketamina fue fiscalizada en virtud de la Ley de sustancias sometidas a fiscalización de los Estados Unidos. Posteriormente, las tasas de prevalencia entre los estudiantes de 12° grado descendieron del 2,5% en 2000 al 1,5% en 2012, es decir, una reducción del 40%, que constituyó un gran éxito. Al mismo tiempo aumentó el riesgo percibido del consumo de éxtasis¹⁹⁹ y en el último decenio disminuyó su disponibilidad²⁰⁰.

Gráfico 45. Llamadas a centros toxicológicos de los Estados Unidos por exposición humana relacionada con “sales de baño”, 2010-2012



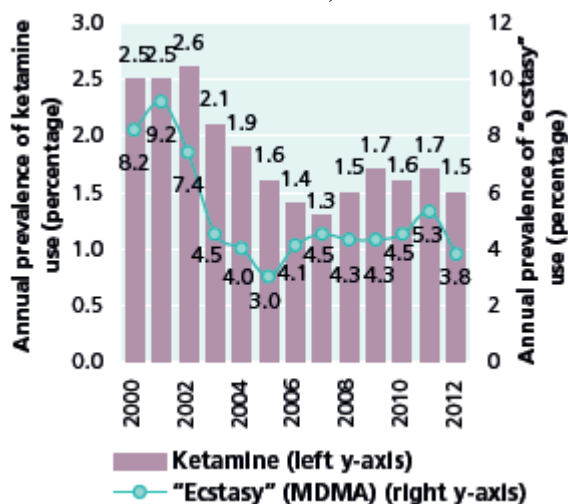
Fuente: American Association of Poison Control Centers, “Bath salts data”, actualización hecha el 28 de febrero de 2013. Disponible en https://aapcc.s3.amazonaws.com/files/library/Bath_Salts_Data_for_Web-site_2.282013.pdf.

¹⁹⁸ Kevin Dolak, “‘Bath salts’: use of dangerous drug increasing across U.S.,” *ABC News*, 5 de junio de 2012.

¹⁹⁹ La proporción de estudiantes de 12° grado que comunicaron que era un “gran riesgo” probar el éxtasis una o dos veces aumentó del 37,9% en 2000 al 49,4% en 2012, lo que equivale a un incremento del 30% del riesgo percibido durante ese período (véase Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, enero de 2013).

²⁰⁰ La proporción de estudiantes de 12° grado que comunicaron que era “bastante fácil” o “muy fácil” obtener éxtasis (MDMA) descendió del 51,4% en 2000 al 35,9% en 2012, lo que equivale a un deterioro de la disponibilidad del 30% (véase Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey; diciembre de 2012).

Gráfico 46. Prevalencia anual de consumo de ketamina y MDMA (éxtasis) entre estudiantes de 12º grado en los Estados Unidos, 2000-2012



Fuente: Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, diciembre de 2012.

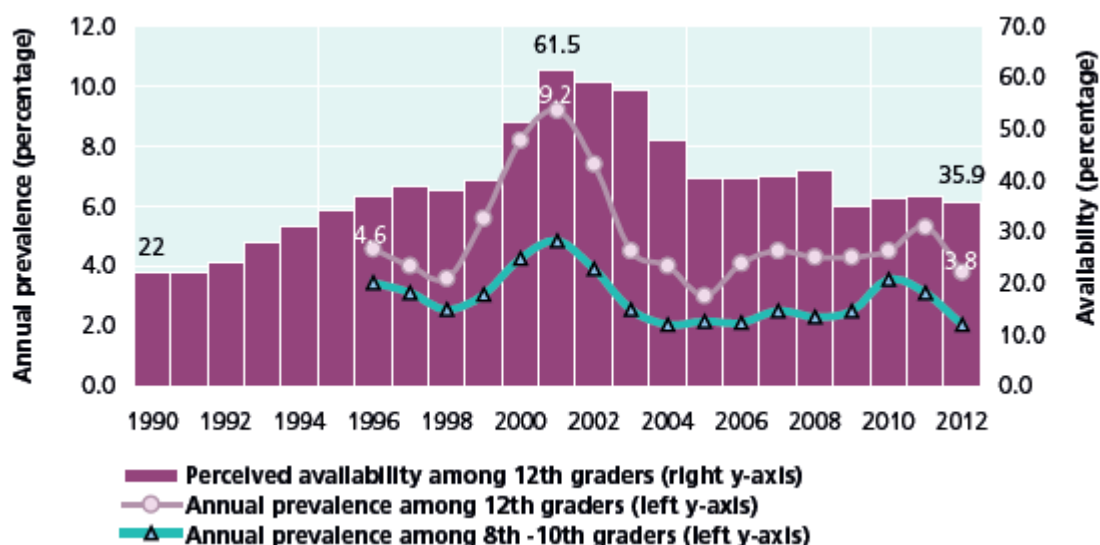
Todo ello ha contribuido a la reducción del consumo de éxtasis. Si no se hubieran establecido medidas de fiscalización apropiadas aplicables a la ketamina, probablemente la reducción de la disponibilidad de éxtasis hubiera propiciado aumentos considerables del consumo de ketamina por ser esta última una droga sucedánea de la primera.

c) Medidas de fiscalización legales que no tuvieron un efecto inmediato en el consumo de NSP

La MDMA (éxtasis) y los Estados Unidos

El mejor ejemplo de que no siempre funciona “una solución válida para todo” es el caso de la MDMA (éxtasis), que se sometió a fiscalización por primera vez en los Estados Unidos en 1985 y a escala internacional en 1986, dejando de ser, por tanto, una NSP. Pese a las medidas nacionales e internacionales de fiscalización, la disponibilidad de éxtasis aumentó de manera considerable en los Estados Unidos y en varios otros países entre mediados del decenio de 1980 y el año 2000 al mismo tiempo que disminuyó el riesgo percibido vinculado a su consumo.

Gráfico 47. Disponibilidad percibida^a y prevalencia del consumo de MDMA (éxtasis) entre estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos



Fuente: Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, diciembre de 2012.

^a Proporción de estudiantes que comunicaron que era “relativamente fácil” o “muy fácil” obtener éxtasis.

La disminución del consumo de éxtasis después de 2000 en los Estados Unidos fue resultado principalmente de la reducción de su disponibilidad, ya que las redes de tráfico establecidas que abastecían a los Estados Unidos desde los Países Bajos fueron en su mayoría desmanteladas. Además, el riesgo percibido vinculado al uso de éxtasis aumentó durante el período 2000-2012²⁰¹, indicio de los progresos alcanzados en las medidas de prevención.

No obstante, paralelamente a la reducción de la disponibilidad de éxtasis durante el decenio anterior, surgieron varias otras sustancias no sometidas a fiscalización, compensando así algunos de los descensos comunicados.

Fiscalización de nuevas sustancias psicoactivas: realidades y problemas

Las nuevas drogas de consumo y el sistema de fiscalización internacional de drogas

La aparición de las NSP en el contexto de las drogas no es un fenómeno nuevo. Hasta hace poco, el sistema de fiscalización estaba en buenas condiciones para hacer frente a ese fenómeno, aunque en estos momentos se tambalea bajo el impacto de la rápida proliferación de NSP.

El surgimiento de nuevas sustancias, que fabrica legalmente la industria farmacéutica, con potencial de consumo para fines no médicos comenzó a crear problemas en un creciente número de países a fines del decenio de 1920. En consecuencia, varios nuevos análogos a los estupefacientes se sometieron a fiscalización internacional en virtud de la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes de 1931. La Convención de 1931 también introdujo, por primera vez, el principio de la “clasificación de las drogas”, es decir, la aplicación de distintos niveles de fiscalización en función del nivel de peligro y el grado hasta el cual una sustancia era necesaria para fines médicos²⁰². También posibilitó ampliaciones vinculantes del régimen de fiscalización basadas en las decisiones de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, la predecesora de la actual Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, esa autoridad se limitó a dos grupos, a saber, los alcaloides vinculados al opio y a la hoja de coca²⁰³. Así, en la fiscalización internacional de drogas se estableció el “principio de similitud”, es decir, la aplicación de disposiciones a todas las drogas con efectos nocivos y riesgos similares de consumo para fines no médicos, mientras estuvieran químicamente relacionadas con los dos grupos. Con el Protocolo de 1948 por el que se modificaron los acuerdos, tratados y protocolos sobre estupefacientes, este principio se hizo extensivo a la Convención Internacional del Opio de 1925, en virtud del cual la OMS pudo ampliar el alcance de la fiscalización a “cualquier estupefaciente” que comprobara que “se presta a uso indebido o puede producir efectos nocivos parecidos” a los de las sustancias ya sometidas a fiscalización²⁰⁴. La Convención de 1931 también incluyó, por primera vez, medidas para la “fiscalización provisional”²⁰⁵, un tipo de sistema de clasificación de emergencia para colmar el vacío entre la definición de un problema y el tiempo necesario para que la OMS llegue a una conclusión sobre si la nueva sustancia debe ser sometida a fiscalización.

Después de la Segunda guerra mundial, varios nuevos opioides sintéticos producidos durante la guerra surgieron en el mercado. Esas sustancias ya no se basaban en el opio y, por tanto, la OMS no pudo añadirlas a las sometidas a fiscalización de conformidad con la Convención de 1931. Tuvo

²⁰¹ Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse, Monitoring the Future survey, diciembre de 2012.

²⁰² Thomas Pietschmann, “A century of international drug control”, *Bulletin on Narcotics*, vol. LIV, núms. 1 y 2 (2007) (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta 10.XI.6), pág. 76.

²⁰³ *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.73.XI.1), pág. 92.

²⁰⁴ *Ibid.*, pág. 93.

²⁰⁵ Symbal Kuman Chatterjee, *Legal Aspect of International Drug Control* (La Haya, Martinus Nijhoff, 1981), pág. 344.

que crearse un nuevo instrumento, el Protocolo por el que se sometieron a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención de 1931, que amplió las medidas de fiscalización de la Convención de 1931 para abarcar los opioides sintéticos. A fin de poder reaccionar con mayor rapidez en el futuro, el Protocolo de 1948 contenía un “principio de similitud” ampliado. En teoría, el sistema funcionaría incluso antes de que un opioide sintético pudiera fabricarse y se introdujera en el mercado: la droga se sometería a fiscalización cuando se hallara todavía en la fase de laboratorio²⁰⁶. En total se sometieron a fiscalización 14 nuevos opioides sintéticos en 1949 (incluidas la metadona y la petidina) y otros 6 a partir de 1954. Se considera que esa fiscalización ayudó a impedir la propagación masiva de esas sustancias²⁰⁷.

La diversidad de instrumentos internacionales (Convención de La Haya de 1912, tres tratados formulados en el marco de la Sociedad de las Naciones en 1925, 1931 y 1936 y varios protocolos relacionados con las drogas, a menudo establecidos especialmente para cada caso, hizo cada vez más complejo el sistema global de fiscalización de drogas. Así, de 1948 a 1961 se celebraron negociaciones para crear una “convención única”.

Con la firma de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, se sometieron a fiscalización internacional 85 sustancias, entre ellas el cannabis, la cocaína, el opio, la morfina, la heroína, la metadona, la codeína, la oxicodona y la desomorfina. Actualmente hay 119 estupefacientes sometidos a fiscalización de conformidad con la Convención de 1961²⁰⁸. La mayoría de las drogas añadidas después de 1961 fueron analgésicos opioides sintéticos, entre ellos el fentanilo (fiscalizado en 1964) y varios de sus derivados (fiscalizados entre 1988 y 1990). La última droga que fue sometida a fiscalización en virtud de la Convención de 1961 en 2007 fue la oripavina, un opiáceo y principal metabolito de la tebaína y compuesto original de la buprenorfina.

Poco después de concertarse la Convención de 1961, se comunicaron cada vez más problemas con nuevos tipos de sustancias psicoactivas sintéticas distintas de los opioides, incluidos barbitúricos, LSD y estimulantes (metanfetamina, anfetamina). Como ya se habían establecido restricciones en varios países desarrollados, las empresas farmacéuticas desviaron su atención a los mercados de América Latina, África y Asia, y trataron de irrumpir de manera agresiva. El consumo de esas sustancias para fines no médicos se transformó en un fenómeno mundial²⁰⁹. El problema radicaba en el hecho de que algunas de esas sustancias tenían una amplia gama de usuarios legítimos y se temía que al someterlas al estricto régimen de fiscalización de la Convención de 1961, su uso legítimo pudiera verse afectado.

Procedimientos previstos para someter a fiscalización internacional (nuevas) sustancias psicoactivas en virtud de la Convención Única de 1961

El artículo 3 de la Convención Única de 1961 estipula que siempre que una parte (es decir, un Estado Miembro) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) posean datos que, a su parecer, puedan exigir una modificación de cualquiera de las listas de la Convención, lo notificarán al Secretario General de las Naciones Unidas (actualmente, en su nombre, el Director Ejecutivo de la UNODC) y le facilitarán los datos en que basen la notificación. El Secretario General comunicará la notificación y otra información que considere pertinente a las partes, a la Comisión de Estupefacientes y a la OMS (cuando la notificación proceda de alguna de las partes). La OMS debe comprobar si una sustancia “se presta a uso indebido y no puede producir efectos nocivos” como las drogas ya fiscalizadas (es decir, opio/morfina/heroína, cocaína y cannabis) o las sustancias que

²⁰⁶ *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, págs. 83 y 84.

²⁰⁷ Pietschmann, “A century of international drug control”, pág. 81.

²⁰⁸ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional (“Lista Amarilla”), 50ª ed., diciembre de 2011.

²⁰⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *A Century of International Drug Control* (Viena, 2009), pág. 64.

podrían convertirse (con relativa facilidad) en esas drogas. La fiscalización de la Convención Única puede ampliarse para abarcar una sustancia de cualquier estructura química. La estructura química de una nueva sustancia es irrelevante.

Basándose en las recomendaciones de la OMS, la Comisión de Estupefacientes decidirá si la sustancia debe someterse a fiscalización y a qué Lista de la Convención debe agregarse. El artículo 3 3) ii) prevé procedimientos de clasificación de emergencia, es decir, “aplicar provisionalmente” todas las medidas de fiscalización previstas en relación con las sustancias de la Lista I mientras la Comisión de Estupefacientes aguarda las recomendaciones de la OMS. La Comisión de Estupefacientes podrá efectuar cambios en las Listas de la Convención Única solamente de conformidad con las recomendaciones de la OMS; pero podrá negarse a efectuar los cambios recomendados por la OMS. La decisión de la Comisión de Estupefacientes, que exige la mayoría de dos tercios (artículo 17), todavía está sujeta al examen del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) cuando lo solicite una de las partes.

Fuente: Naciones Unidas, *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, Nueva York, 1973.

Procedimientos previstos para someter a fiscalización internacional (nuevas) sustancias psicoactivas en virtud del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

El artículo 2 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 dispone que una de las partes o la Organización Mundial de la Salud (OMS) podrán recomendar que se someta una sustancia a fiscalización. El Secretario General tendrá que ser notificado y la parte o la OMS le facilitarán información en apoyo de esa notificación. El Secretario General transmitirá esa notificación y los datos que considere pertinentes a las partes, a la Comisión de Estupefacientes y a la OMS (cuando la notificación proceda de una de las partes).

Los procedimientos estipulados en el Convenio de 1971 se desvían algo de los que figuran en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y otorgan, en teoría, mayores facultades a la Comisión de Estupefacientes en la decisión final. No obstante, sin la participación activa de la OMS, sobre todo, en la elaboración de un dictamen, no podrá transferirse una nueva sustancia de una a otra Lista (salvo para su clasificación de emergencia “voluntaria” de las partes, es decir, para “aplicar provisionalmente” a la sustancia las medidas de fiscalización previstas en la Lista I o la Lista II, conforme al artículo 2, párrafo 3).

Tras la notificación de una parte (o de la Comisión de Estupefacientes) con arreglo al Convenio de 1971, la OMS realizará un examen previo y podrá recomendar un “examen crítico”. Ese “examen crítico” o dictamen de la OMS dará respuesta a varias cuestiones mencionadas en el artículo 2, párrafo 4, en relación con lo siguiente:

- a) ... si la sustancia puede producir:
 - i) 1) Un estado de dependencia y
 - 2) Estimulación o depresión del sistema nervioso central, que tengan como resultado alucinaciones o trastornos de la función motora o del juicio o del comportamiento o de la percepción o del estado de ánimo, o

ii) Un uso indebido análogo y efectos nocivos parecidos a los de una sustancia de la Lista I, II, III o IV, y

b) ... Si hay pruebas suficientes de que la sustancia es o puede ser objeto de un uso indebido tal que constituya un problema sanitario y social que justifique la fiscalización internacional de la sustancia.

La OMS comunicará a la Comisión de Estupefacientes su dictamen en que se dará respuesta a las cuestiones acerca del “alcance o probabilidad del uso indebido, el grado de gravedad del problema sanitario y social y el grado de utilidad de la sustancia en terapéutica médica, junto con cualesquiera recomendaciones sobre las medidas de fiscalización, en su caso, que resulten apropiadas según su dictamen”.

La Comisión de Estupefacientes, teniendo en cuenta el dictamen de la OMS que “será determinante en cuestiones médicas y científicas” (artículo 2, párrafo 5), y teniendo presentes los factores económicos, sociales, jurídicos, administrativos y de otra índole que considere oportunos, decidirá si se someterá a fiscalización o no la sustancia concreta y a qué Lista deberá agregarse. En otras palabras, siempre que la OMS haya comunicado sus conclusiones a la Comisión de Estupefacientes, la Comisión tendrá algunas facultades discrecionales para desviarse de las recomendaciones de la OMS basándose en argumentos económicos, sociales, jurídicos o administrativos. Las decisiones se adoptarán por una mayoría de dos tercios de todos los miembros de la Comisión (artículo 17, párrafo 2). La Comisión de Estupefacientes, sin embargo, no podrá decidir acerca de la fiscalización de una sustancia si la OMS no ha llegado a la conclusión de que tiene propiedades peligrosas. Asimismo, la Comisión no podrá incluir una sustancia en la Lista I si la OMS determina que esa sustancia tendría una utilidad terapéutica “muy limitada” (artículo 2, párrafo 4 a), i) o ii)). La decisión de la Comisión será comunicada a las partes y al Secretario General y surtirá efecto 180 días después de la fecha de tal comunicación (artículo 2, párrafo 7).

Fuente: *Comentarios al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.76.XI.5).*

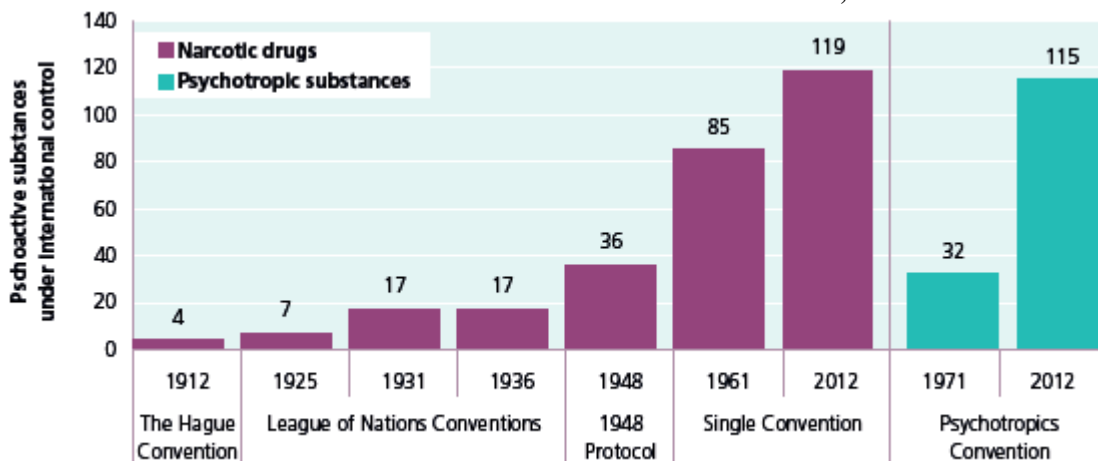
Para tratar de resolver esa nueva situación, se aprobó el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, que ofrece mayor flexibilidad para evaluar la utilidad de la terapia frente a los posibles daños sociales derivados del consumo de una sustancia concreta para fines no médicos. El Convenio de 1971, al igual que la Convención de 1961, contiene cuatro listas. No obstante, la variación de las medidas de fiscalización en función de las listas es más matizada:

- La Lista I constituye el régimen de fiscalización más estricto y prohíbe básicamente una sustancia salvo para fines científicos y para fines médicos muy limitados (artículo 7).
- La Lista II está reservada para las sustancias que puedan tener gran potencial de consumo para fines no médicos pero que también tengan un uso terapéutico generalmente reconocido. Las transacciones comerciales están permitidas, aunque estrictamente sometidas a fiscalización. Los fabricantes, distribuidores mayoristas, exportadores e importadores deben mantener registros en que se indiquen en detalle las cantidades fabricadas, la adquisición y entrega, la fecha, el proveedor y el destinatario. También se exigen autorizaciones de importación y exportación por separado.
- Las sustancias de la Lista III no están sujetas a autorizaciones de importación o exportación por separado y los requisitos de registro son menos estrictos. Las autoridades nacionales solo

deben facilitar a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes información general sobre las cantidades fabricadas, exportadas e importadas²¹⁰.

- La fiscalización de conformidad con la Lista IV se limita en gran parte al requisito de que esas sustancias sean recetadas por un médico y que se obtenga –al igual que se exige en otras listas– la licencia de fabricación, importación, exportación y distribución.

Gráfico 48. Número de sustancias sometidas a fiscalización internacional, 1912-2012



Fuente: I. Bayer y H. Ghodse, “Evolution of international drug control, 1945-1995”, *Boletín de Estupefacientes*, vol. LI, núms. 1 y 2 (1999) (publicación de las Naciones Unidas) (con respecto a las drogas naturales hasta 1995 y a las drogas sintéticas hasta 1948); *Los Tratados de Fiscalización Internacional de Drogas* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.20); Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional (“Lista Amarilla”), 50ª edición, diciembre de 2011; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional (“Lista Verde”), 24ª edición, mayo de 2010.

El Convenio de 1971 sometió a fiscalización internacional varias sustancias naturales, semisintéticas y sintéticas, entre ellas los estimulantes del sistema nervioso central (por ejemplo, anfetamina, metanfetamina, metilfenidato, anfepramona), los alucinógenos (por ejemplo, LSD, mescalina, psilocibina, dimetiltriptamina (DMT)) y los sedantes hipnóticos (por ejemplo, bartitúricos, metacualona)²¹¹. También incluyó el THC, la principal sustancia psicoactiva de la planta de cannabis, y la PCP, conocida como “polvo de ángel”, una droga recreativa disociativa que causa efectos secundarios alucinógenos y anestésicos.

El número de sustancias sometidas a fiscalización en virtud del Convenio de 1971 prácticamente se ha cuadruplicado, de 32 a 115²¹², desde su aprobación, un aumento mucho mayor que el comunicado en relación con las sustancias sometidas a fiscalización de conformidad con la Convención de 1961 en el mismo período. La mayor ampliación del Convenio de 1971 tuvo lugar en 1984, cuando se añadieron 33 benzodiazepinas a las sustancias sometidas a fiscalización. La MDMA (éxtasis) se agregó a la lista de sustancias sometidas a fiscalización en 1986. En el mismo año, la catina y la catinona, las principales sustancias psicoactivas de la planta khat, también fueron sometidas a fiscalización. La buprenorfina, un opioide, fue añadida en 1989. La metcatinona quedó sometida a fiscalización en 1995. El GHB y la 2C-B, una droga psicodélica de la fenetilamina, se agregaron a la lista de sustancias sometidas a fiscalización en 2001. La última adición, en 2003, fue la aminaptina, un antidepresivo tricíclico atípico.

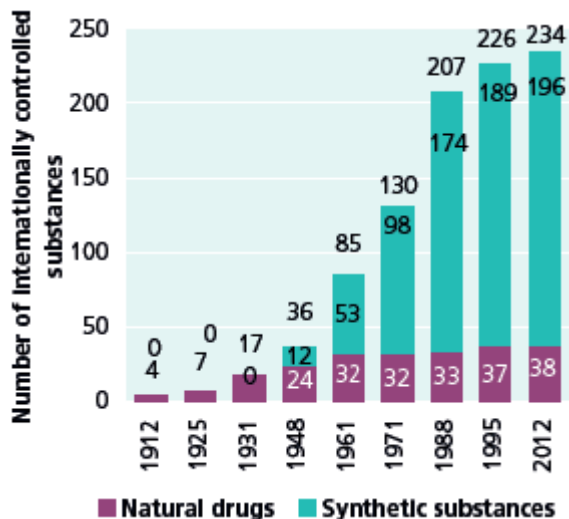
²¹⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *A Century of International Drug Control*, pág. 65.

²¹¹ B. Rexed y otros, *Guidelines for the Control of Narcotic and Psychotropic Substances: In the Context of the International Treaties* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984).

²¹² En algunas publicaciones se señala que el número asciende a 116, pero ello es porque el tetrahidrocannabinol (THC) y el dronabinol (fórmula farmacéutica del THC) se cuentan como dos sustancias diferentes.

La mayoría de las NSP examinadas en el presente capítulo son drogas sintéticas y están estrechamente relacionadas con las sustancias fiscalizadas en virtud del Convenio de 1971. Así, probablemente la mayor parte de las NSP se fiscalizarían en virtud de ese Convenio si se sometieran a fiscalización internacional.

Gráfico 49. Número de sustancias sometidas a fiscalización internacional, 1912-2012, por tipos

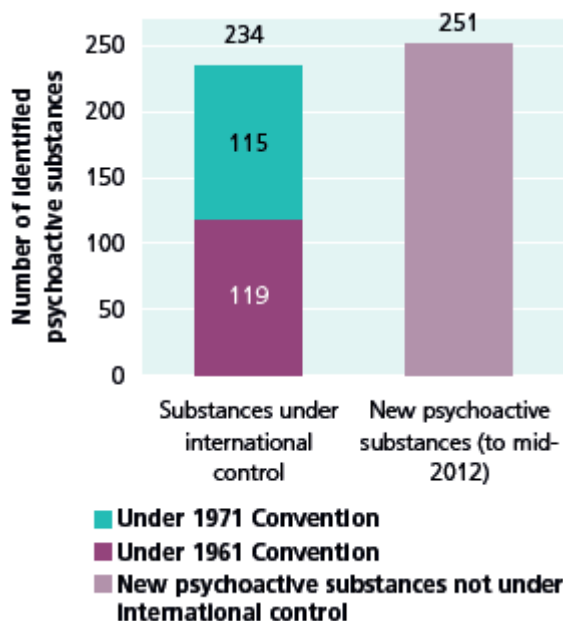


Fuente: I. Bayer y H. Ghodse, “Evolution of international drug control, 1945-1995”, *Boletín de Estupefacientes*, vol. LI, núms. 1 y 2 (1999) (publicación de las Naciones Unidas) (con respecto a las drogas naturales hasta 1995 y a las drogas sintéticas hasta 1971); *Multilingual Dictionary of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances under International Control* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta M.06.XI.16), Part One; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional (“Lista Amarilla”), 50ª edición, diciembre de 2011; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional (“Lista Verde”), 24ª edición, mayo de 2010.

Analizando la cuestión desde una perspectiva diferente: si las sustancias sometidas a fiscalización internacional se clasifican como drogas naturales y sustancias sintéticas, independientemente del tratado en que se incluyan, resulta claro que los aumentos principales desde la segunda guerra mundial se han producido entre las sustancias sintéticas. Casi el 84% de todas las sustancias sometidas a fiscalización en 2012 fueron drogas sintéticas, en comparación con el 33% en 1948. La mayor parte de las drogas sintéticas están comprendidas en el ámbito del Convenio de 1971, aunque hay que señalar que en la actualidad la generalidad de las sustancias sometidas a fiscalización en virtud de la Convención de 1961 también son sustancias sintéticas (en su mayoría opioides sintéticos).

En general, actualmente hay 234 sustancias psicoactivas (excluidos los ésteres y los isómeros) que están regidas por la Convención de 1961 y por el Convenio de 1971.

Gráfico 50. Sustancias psicoactivas sometidas y no sometidas a fiscalización internacional en 2012



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional (“Lista Amarilla”), 50ª edición, diciembre de 2011; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional (“Lista Verde”), 24ª edición, mayo de 2010; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances* (Viena, marzo de 2013).

Lo que no tiene precedentes, empero, es el ritmo cada vez más acelerado con que las NSP se han creado y propagado en el mundo en los últimos años. La UNODC determinó la aparición de 251 NSP hasta mediados de 2012, que en su mayor parte fueron detectadas en el período comprendido entre 2009 y mediados de 2012.

Por otra parte, el análisis del número de sustancias sometidas a fiscalización también demuestra que la tendencia creciente en la fiscalización de las sustancias psicoactivas se ha paralizado en gran medida en los últimos años, aun cuando el número de NSP que aparecen en el mercado sigue una curva ascendente²¹³.

La OMS ha tenido cada vez más dificultades –en parte por motivos económicos– para convocar reuniones del Comité de Expertos en Farmacodependencia destinadas a analizar las cuestiones relativas a la fiscalización en los últimos años²¹⁴. Además, los expertos expresaron crecientes preocupaciones en las reuniones del Comité de Expertos por el hecho de que la fiscalización de una sustancia pudiera reducir su disponibilidad para fines médicos y las investigaciones en el futuro, lo que hizo que disminuyera el número de recomendaciones positivas de fiscalización²¹⁵. Dado el gran número de NSP emergentes, el número real de nuevas sustancias propuestas para su fiscalización se ha limitado considerablemente. La última vez que una sustancia sicotrópica se

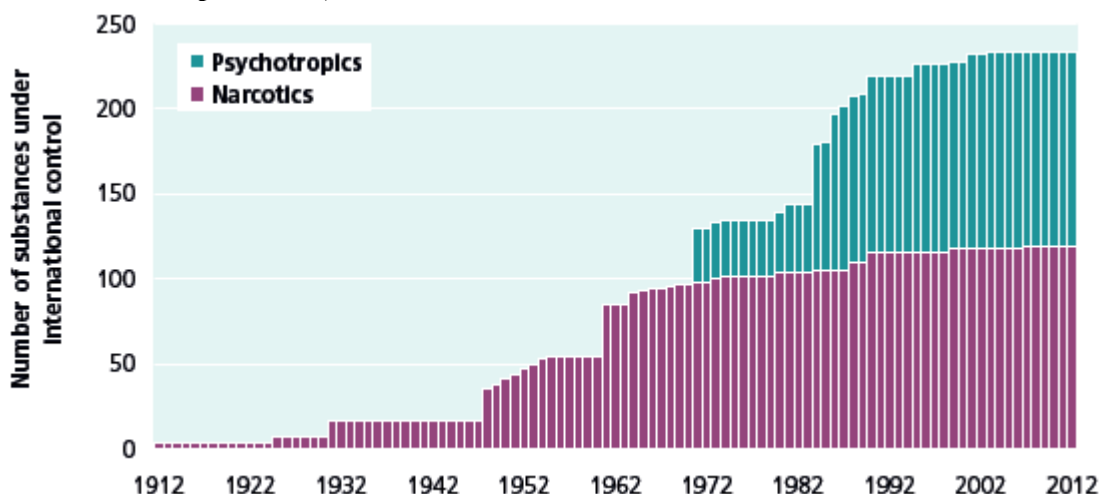
²¹³ Hay que tomar en consideración, sin embargo, que no todas las NSP están difundidas. Hay discrepancias en cuanto al número de sustancias detectadas y las que realmente se consumen. Además, algunas de las NSP tal vez no sean tan problemáticas como las sustancias ya fiscalizadas.

²¹⁴ Esas reuniones se celebraban cada dos años, pero el intervalo se ha ampliado en los últimos años. Tras la reunión celebrada en 2006, el Comité de Expertos en Farmacodependencia no se volvió a convocar hasta seis años después, en junio de 2012.

²¹⁵ *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 35º Informe*, Serie de Informes Técnicos núm. 973 (en imprenta), (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012); *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 34º informe*, Serie de Informes Técnicos, núm. 942 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006); *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 33º informe*, Serie de Informes Técnicos, núm. 915 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003).

sometió a fiscalización fue en 2003. La 35ª reunión del Comité de Expertos en Farmacodependencia, celebrada en junio de 2012, examinó la posibilidad de someter a fiscalización la ketamina pero recomendó no hacerlo porque “no parecía plantear un riesgo importante para la salud a nivel mundial” “mientras que se utilizaba ampliamente como anestésico en los países en desarrollo”²¹⁶. Las sustancias como la mefedrona o la MDPV, que en los últimos años han causado graves problemas para la salud en varios países, todavía deben ser objeto de un “examen crítico” y será necesario algún tiempo para que figuren entre las sustancias sujetas a fiscalización internacional.

Gráfico 51. Número de sustancias fiscalizadas en virtud de tratados internacionales de fiscalización de estupefacientes, 1912-2012



Fuente: I. Bayer y H. Ghodse, “Evolution of international drug control, 1945-1995”, *Boletín de Estupefacientes*, vol. LI, núms. 1 y 2 (1999) (publicación de las Naciones Unidas) (con respecto a las drogas naturales hasta 1995 y a las drogas sintéticas hasta 1948); *Los Tratados de Fiscalización Internacional de Drogas* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.20); Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional (“Lista Amarilla”), 50ª edición, diciembre de 2011; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional (“Lista Verde”), 24ª edición, mayo de 2010.

Independientemente de las obvias deficiencias observadas en los casos concretos mencionados anteriormente, existen dudas legítimas sobre la capacidad de los Estados Miembros –y los costos conexos– para fiscalizar un número cada vez mayor de sustancias, cuestión que afecta a la policía, las aduanas, los laboratorios forenses, las autoridades de importación y exportación, las autoridades sanitarias, etc.

La actividad también constituye una oportunidad para intercambiar conocimientos y aprender de las experiencias de los Estados Miembros. En realidad, el sistema de fiscalización internacional de drogas, desde su propia creación, ha aprovechado la experiencia adquirida por los Estados Miembros e incorporado sus experiencias en su propio marco jurídico.

Nuevas drogas objeto de consumo a nivel nacional y regional

Los Estados Miembros han puesto a prueba varios enfoques innovadores a escala nacional y regional que vale la pena estudiar para su posible aplicación en el plano internacional.

²¹⁶ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 35º Informe, Serie de Informes Técnicos de la OMS, núm. 973 (en imprenta), (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012).

Sistema de alerta temprana

Varios países han implantado sistemas de alerta temprana con objeto de “proporcionar información oportuna para que las autoridades puedan adoptar decisiones de base empírica²¹⁷”. El primer sistema a nivel regional fue establecido en Europa en 1997: el sistema de alerta temprana sobre la aparición de nuevas drogas sintéticas²¹⁸. A partir de 2005, el sistema se amplió para incluir no solo las drogas sintéticas, sino también todos los tipos de NSP²¹⁹.

El sistema de alerta temprana se fundamenta en los sistemas de alerta temprana nacionales creados en todos los Estados miembros de la Unión Europea, así como en Noruega y en Croacia y Turquía, los dos países candidatos de la Unión Europea. El sistema de alerta temprana se ha caracterizado por el EMCDDA como “mecanismo de bajo costo de intercambio de información sobre nuevas amenazas, y como catalizador de las medidas que merecen tomarse”. Su tarea fundamental sigue siendo la función que desempeña como sistema de alerta sobre las NSP. Para mantener la vigilancia, el sistema de alerta temprana se amplió con el fin de abarcar no solo la ciencia forense, sino también una diversidad de profesionales de la salud y las fuerzas del orden, así como de investigadores independientes²²⁰.

Cuando una NSP se detecta por primera vez en un país (sobre la base de incautaciones, compras secretas, alertas de las autoridades sanitarias, etc.), el Estado miembro envía a la Europol y al EMCDDA información pormenorizada sobre la fabricación, el tráfico y el consumo, incluso información complementaria sobre su posible uso médico, y estos la comunican a sus respectivas dependencias nacionales, la Comisión Europea y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

Si la Europol y el EMCDDA consideran que la información merece medidas ulteriores, esta se presenta en un informe conjunto de la Europol y el EMCDDA y se somete a la consideración del Consejo, la EMA y la Comisión. La información que contiene el informe incluye:

- Una descripción química y física, incluso el nombre por el que se conoce la NSP
- La frecuencia, las circunstancias o las cantidades en que se ha encontrado la NSP
- Los medios y métodos de fabricación de la NSP y la participación de la delincuencia organizada en su fabricación o tráfico
- Indicaciones de los riesgos sanitarios y sociales asociados con las NSP, incluidas las características de sus consumidores
- Si la NSP está siendo evaluada, o lo ha sido ya por el sistema de las Naciones Unidas
- Si la NSP ya está sometida a fiscalización a nivel nacional en un Estado Miembro
- Precursores, modo y alcance del uso previsto de la NSP.

Por su parte, la EMA presenta la siguiente información a la Europol y el EMCDDA:

²¹⁷ Carolyn Coulson y Jonathan P. Caulkins, “Scheduling of newly emerging drugs: a critical review of decisions over 40 years”, *Addiction*, vol. 107, núm. 4 (2012), págs. 766 a 773.

²¹⁸ Acción común 97/396/JHA de 16 de junio de 1997 adoptada por el Consejo de la Unión Europea basada en el artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea en relación con el intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas drogas sintéticas, (*Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, L 167, 25 de junio de 1997).

²¹⁹ Decisión 2005/387/JHA del Consejo de la Unión Europea.

²²⁰ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Early Warning System: National Profiles* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2012).

- Si la NSP ha recibido autorización de comercialización
- Si es objeto de una solicitud de autorización de comercialización
- Si se ha suspendido una autorización de comercialización ya concedida.

El sistema de alerta temprana forma parte integrante del sistema de fiscalización de la Unión Europea con respecto a las NSP. En total, en los procedimientos establecidos por la decisión del Consejo para presentar una NSP con miras a su fiscalización se establecen seis medidas²²¹:

1. El Estado Miembro proveerá información sobre una NSP presente en el mercado
2. La Europol y el EMCDDA, en colaboración con la EMA, elaborarán un informe conjunto y lo presentarán al Consejo
3. El Consejo solicitará una evaluación del riesgo al EMCDDA
4. El EMCDDA presentará la evaluación del riesgo al Consejo y la Comisión
5. La Comisión presentará una iniciativa de medidas de fiscalización al Consejo
6. El Consejo decidirá acerca de la presentación de la sustancia para aplicarle medidas de fiscalización y de la obligación de establecer medidas de justicia penal.

El sistema de alerta temprana abarca las primeras dos medidas destinadas a la fiscalización de una NSP que figuran en la lista anterior. Los principios del sistema de clasificación establecidos a nivel de la Unión Europea no son tan diferentes de los que se aplican a escala internacional. La principal diferencia sustancial parece ser la existencia del sistema de alerta temprana.

En la evaluación del funcionamiento de la decisión 2005/387/JHA del Consejo que realizó la Comisión Europea se definieron varios aspectos fundamentales, sobre todo la duración del proceso. Sin embargo, en la misma evaluación se llegó a la conclusión de que el sistema de alerta temprana era “un instrumento útil para alertar a los Estados miembros respecto de nuevas sustancias detectadas en los países vecinos”, aun cuando la mayoría de las sustancias no se sometieran posteriormente a la evaluación del riesgo tras la presentación de los informes conjuntos²²².

El sistema de alerta temprana propició la evaluación del riesgo de la MBDB (1999), la 4-MTA (1999), el GHB (2002), la ketamina (2002), la PMMA (2003), la TMA-2 (2004), la 2C-1, la 2C-T-2, la 2C-T-7 (2004), la BZP (2009) y la mefedrona (2011)²²³. Además, en años recientes se han preparado informes conjuntos del EMCDDA y la Europol en relación con la 4-metilanfetamina (2012) y el 5-(2-aminopropil)indol (2013)²²⁴. En consecuencia, algunas de las NSP más críticas, en cuanto a propagación y consecuencias generales para la salud, están sometidas a fiscalización en la Unión Europea, entre ellas la BZP, la PMMA (estimulante de tipo anfetamínico que ha causado varias muertes), varias fenetilaminas psicodélicas (2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7), la TMA-2 (análogo del alcaloide de cactus mescalina derivado de la fenetilamina, que a menudo se vende como “sustancia

²²¹ Comisión Europea, “Report from the Commission on the assessment of the functioning of Council decision 2005/387/JHA on information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances”, documento COM(2011) 430 (Bruselas, 11 de julio de 2011), pág. 4.

²²² *Ibid*, pág. 6.

²²³ Disponible en www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS6SERIES_PUB0w12.

²²⁴ Disponible en www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=a105.

química para la investigación”) y la mefedrona²²⁵, que parece haber causado algunos de los problemas más graves para la salud relacionados con NSP en los últimos años.

Clasificación de emergencia

El sistema tradicional de clasificación de las drogas por lo general consume mucho tiempo. Por otro lado, las decisiones adoptadas prematuramente antes de que se llegue a un consenso científico pueden ser contraproducentes²²⁶. Ello crea un dilema y una forma de superarlo ha sido establecer “procedimientos de clasificación de emergencia”²²⁷, enfoque adoptado con frecuencia que supone tratar el problema estableciendo un sistema de clasificación como medida de emergencia.

Tales sistemas, que se han establecido en Alemania, Dinamarca, España, los Estados Unidos, los Países Bajos y el Reino Unido²²⁸ y otras partes, posibilitan la prohibición de sustancias peligrosas por decreto ministerial²²⁹. Los sistemas de Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido facultan a las autoridades para someter una sustancia a fiscalización provisional durante un año, con la aprobación de un ministro en vez del parlamento. Si el procedimiento de fiscalización permanente no se establece en ese año, la restricción expira²³⁰.

La clasificación de emergencia posibilita acciones más rápidas que la clasificación permanente y se emplea cuando una sustancia plantea un peligro inminente para la salud pública²³¹. Al mismo tiempo, los sistemas de clasificación de emergencia ayudan a mitigar el riesgo de adoptar decisiones incorrectas al demorar la decisión final normalmente por un período de 12 a 18 meses. En 2011 los Estados Unidos sometieron a fiscalización provisional varios cannabinoides sintéticos (JWH-018; JWH-073; JWH-200; CP-47,497; homólogo C8 del CP-47,497)²³² y algunas de las catinonas sintéticas más problemáticas (mefedrona, metilona y MDPV)²³³, antes de someterlas a fiscalización sistemática un año después. La clasificación de emergencia parece haber ayudado a varios países a prevenir el brote de epidemias de drogas.

Los “procedimientos rápidos” o los “sistemas expeditivos” establecidos por varios otros países son diferentes. En tales sistemas, las sustancias se someten a fiscalización y se acortan los períodos definidos de consulta durante el proceso legislativo. Esas decisiones aceleradas acerca de la clasificación pasan a ser permanentes. Aunque el procedimiento puede ayudar a proteger a la población de graves peligros para la salud ante una emergencia, conlleva un riesgo intrínseco en el

²²⁵ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías y Oficina Europea de Policía, “EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council decision 2005/387/JHA”.

²²⁶ Coulson y Caulkins, “Scheduling of newly emerging drugs: a critical review of decisions over 40 years”.

²²⁷ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012*.

²²⁸ La clasificación de emergencia se estableció por primera vez en los Estados Unidos en 1984 como parte de la Ley integral de lucha contra la delincuencia de 1984 que en el artículo 508 otorgó al Procurador General la facultad para incluir una sustancia provisionalmente en la Lista I de sustancias sometidas a fiscalización.

²²⁹ Jan van Amsterdam, David Nutt y Wim van den Brink, “Generic legislation of new psychoactive drugs”, *Journal of Psychopharmacology*, vol. 27, núm. 3 (2013), págs. 317 a 324.

²³⁰ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, “Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas”.

²³¹ Véase <http://international.drugabuse.gov/meetings/international-forum/executive-summaries/2012-nida-international-forum>.

²³² Estados Unidos, Drug Enforcement Administration, “Schedules of controlled substances: temporary placement of five synthetic cannabinoids into Schedule I”, Final order, 21 CFR Part 1308, Docket No. DEA-345F (www.deadiversion.usdoj.gov/fed_regs/rules/2011/fr0301.htm).

²³³ Estados Unidos, Drug Enforcement Administration, “Schedules of controlled substances: temporary placement of five synthetic cannabinoids into Schedule I”, Final order, 21 CFR Part 1308, Docket No. DEA-357 (www.deadiversion.usdoj.gov/fed_regs/rules/2011/fr1021_3.htm).

sentido de que las sustancias que no deben someterse a una fiscalización rigurosa se someten a ella a pesar de todo, lo que puede entorpecer el desarrollo de las aplicaciones terapéuticas²³⁴.

La clasificación de emergencia, es decir, la “aplicación provisional” de medidas de fiscalización, está prevista también en principio a nivel internacional en la Convención de 1961, hasta tanto la OMS haya emitido su dictamen y, en menor medida, en el Convenio de 1971. La aplicación de esas posibilidades en teoría podría reducir en varios años el período previo a la fiscalización de las sustancias a nivel internacional. Sin embargo, los Estados Miembros se han abstenido de aplicar ese sistema, a lo que tal vez haya contribuido la fórmula concreta de la “aplicación provisional” de medidas de fiscalización mencionada en el Convenio de 1971. A diferencia del texto de la Convención de 1961 (artículo 3, párrafo 3 ii)), que otorga a la Comisión de Estupefacientes el derecho de decidir acerca de tales tipos de aplicación provisional de las medidas de fiscalización, el Convenio de 1971 solo alienta a las partes a que examinen “teniendo en cuenta toda la información de que dispongan, la posibilidad de aplicar provisionalmente a la sustancia todas las medidas de fiscalización que rigen para las sustancias de la Lista I o de la Lista II, según proceda” (artículo 2, párrafo 3). Dicho de otro modo, el Convenio de 1971 estipula solo la aplicación provisional voluntaria no vinculante de los procedimientos de clasificación que habrán de aplicar los Estados Miembros por separado. No faculta a la Comisión de Estupefacientes a decidir acerca de esas medidas de manera jurídicamente vinculante. A lo sumo, la Comisión de Estupefacientes podría aprobar una resolución que pidiera a los Estados Miembros que aplicaran esas medidas.

Sistemas de clasificación de sustancias como análogas o genéricas

La mayoría de los sistemas de clasificación, entre ellos los de clasificación de emergencia, suelen ser de índole reactiva en el sentido de que pueden comenzar a funcionar solo después que se ha considerado que una sustancia plantea un grave riesgo para la salud pública y ya está en amplia circulación. Para que sean proactivos, varios países han establecido sistemas de clasificación de sustancias como análogas o genéricas²³⁵. La idea básica en ambos sistemas es similar. En lugar de exigir un proceso de clasificación costoso y dilatado para cada sustancia, las modificaciones de la sustancia fiscalizada quedan sujetas automáticamente al sistema de fiscalización.

Más adelante se explica a modo de ejemplo el sistema de clasificación de sustancias como análogas de los Estados Unidos, prototipo de esa clase de sistemas a nivel mundial, y seguidamente se compara con el sistema de clasificación de sustancias como genéricas del Reino Unido y varios otros países.

Sistema de clasificación de sustancias como análogas

El ejemplo más conocido de un sistema de clasificación de sustancias como análogas se da en los Estados Unidos, sistema que sirvió de modelo para varios otros de ese tipo adoptados en el decenio de 1980, incluso en el Canadá, Nueva Zelandia y en parte en Australia²³⁶.

El sistema estadounidense, que se remonta al período 1985-1986²³⁷, constituyó la respuesta a la proliferación de derivados sintéticos de sustancias sometidas a fiscalización a principios del decenio de 1980, como la propagación de derivados del fentanilo, de derivados de la alfaprodina y de varias

²³⁴ Coulson y Caulkins, “Scheduling of newly emerging drugs: a critical review of decisions over 40 years”.

²³⁵ Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012.

²³⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *The Challenge of New Psychoactive Substances*.

²³⁷ Estados Unidos, “Controlled Substance Analogs” Enforcement Act of 1985: Report of the Committee on the Judiciary – United States Senate, on S.1437; L. A. King y otros, “Analogue controls: an imperfect law” (Londres, United Kingdom Drug Policy Commission, 19 de junio de 2012). Disponible en www.ukdpc.org.uk/publication/analogue-controls-an-imperfect-law.

fenetilaminas relacionadas con la MDMA, así como de anfetaminas destinadas a producir efectos semejantes a los de las sustancias sometidas a fiscalización²³⁸.

En el artículo 802 32) A) de la Ley de sustancias sometidas a fiscalización de los Estados Unidos, un “análogo de una sustancia fiscalizada” se define como una sustancia:

- a) cuya estructura química es muy semejante a la de una sustancia fiscalizada;
- b) cuyos efectos (estimulantes, depresivos, alucinógenos) son muy semejantes a los de una sustancia fiscalizada o mayores.

Así, el sistema de clasificación de sustancias como análogas prevé la aparición de NSP y las fiscaliza incluso antes de que se introduzcan en el mercado. Finalmente un tribunal decide si la sustancia corresponde a esa definición. Los tribunales de los Estados Unidos han interpretado la Ley para que se entienda que deben cumplirse ambos requisitos, es decir, la similitud en la estructura y los efectos²³⁹. Al igual que los sistemas tradicionales de clasificación, el sistema de los Estados Unidos aplicable a los análogos también se basa en el análisis de cada una de las sustancias. El sistema de clasificación de sustancias como análogas se creó para desalentar los intentos por eludir la ley mediante la modificación molecular²⁴⁰ y se estima que ha reducido la proliferación de nuevas drogas sintéticas.

Ahora bien, la aplicación del sistema de clasificación de sustancias como análogas tiene sus propios problemas²⁴¹. Desde el principio se han planteado cuestiones relacionadas con la claridad de la definición legal. Además, las cuestiones asociadas a la “similitud” no siempre están bien definidas²⁴². Se necesita una decisión judicial. En este contexto, se ha alegado que el proceso retrospectivo socava el derecho de un acusado a conocer desde el principio si se ha cometido o no un delito, problema que dio lugar a un proceso judicial en que se respetó la ley sobre el sistema de clasificación de sustancias como análogas²⁴³. Sin embargo, la cuestión de si la sustancia es “en esencia similar” ha provocado reiteradamente fricciones entre los expertos. La situación se ha agravado por el hecho de que ningún tribunal de los Estados Unidos ha emitido jamás directrices detalladas para establecer los criterios que se deberán aplicar²⁴⁴.

Sistema de clasificación de sustancias como genéricas

Los sistemas de fiscalización de clasificación de sustancias como genéricas van un paso más allá. Parten de la estructura molecular fundamental. Más adelante la legislación determina las variaciones de la estructura de esa sustancia (y define, por ejemplo, grupos sustituyentes determinados en posiciones específicas en la molécula), lo que ha de llevar a la fiscalización automática de esas sustancias con arreglo a la legislación nacional. A diferencia del sistema de clasificación de sustancias como análogas, donde todas las nuevas sustancias se evalúan por su similitud con las sustancias existentes sometidas a fiscalización y a la larga se tratan de manera independiente (por el tribunal), la clasificación de sustancias como genéricas supone la fiscalización de todas las familias químicas de sustancias, es decir, de muchas nuevas sustancias relacionadas con

²³⁸ L. A. King y otros, “Analogue controls: an imperfect law” (Londres, United Kingdom Drug Policy Commission, 19 de junio de 2012). Disponible en www.ukdpc.org.uk/publication/analogue-controls-an-imperfect-law.

²³⁹ King y otros, “Analogue controls: an imperfect law”, pág. 2.

²⁴⁰ Estados Unidos, “Controlled Substance Analogs” *Enforcement Act of 1985: Report of the Committee on the Judiciary – United States Senate, en S. 1437*, pág. 5.

²⁴¹ G. Kau, “Flashback to the Federal Analogue Act of 1986: mixing rules and standards in the cauldron”, *University of Pennsylvania Law Review*, vol. 156, núm. 4 (2008), págs. 1077 a 1115.

²⁴² Alexander Shulgin, “How similar is substantially similar?”, *Journal of Forensic Sciences*, vol. 35, 1990, págs. 8 a 10.

²⁴³ United States Court of Appeals, *United States of America v. Allen McKinney*, 1995 (<http://law.justia.com/cases/federal/appellate-courts/F3/79/105/555999/>).

²⁴⁴ King y otros, “Analogue controls: an imperfect law”, pág. 2.

una molécula fundamental. No es necesario que los efectos psicoactivos de los análogos sometidos a fiscalización sean similares a los de la sustancia esencial.

En el Reino Unido²⁴⁵ y, en cierta medida, en Australia²⁴⁶, existe la legislación sobre la clasificación de drogas como genéricas. Para hacer frente al problema de las NSP se ha promulgado recientemente la legislación sobre la clasificación de sustancias como genéricas en Australia, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega y Polonia²⁴⁷.

Ese enfoque se ha venido aplicando durante un tiempo, por ejemplo, el recurso a las definiciones de sustancias genéricas en la legislación del Reino Unido data de 1971²⁴⁸, aun cuando la mayoría de las definiciones de sustancias genéricas de la Ley sobre el uso indebido de drogas se establecieron después de 1976 y abarcaron, entre otras, los barbitúricos, las catinonas, los fentanilos, las petidinas, las fenetilaminas, las fenilpiperazinas y bencilpiperazinas, los agonistas de cannabinoides sintéticos (cannabiméticos) y las triptaminas²⁴⁹.

Ya se ha llegado a una etapa preliminar del concepto genérico a nivel internacional. Todos los isómeros, ésteres, éteres y sales de drogas sometidas a fiscalización que figuran en la Lista I de la Convención de 1961, a menos que se excluyan específicamente, también están sometidos a fiscalización internacional, así como los isómeros de drogas sometidas a fiscalización en la Lista II²⁵⁰. Asimismo, todas las sales de las sustancias psicoactivas consignadas en las Listas I, II, III y IV del Convenio de 1971 y los estereoisómeros, a menos que se exceptúen concretamente, de las sustancias de la Lista I, siempre que sea posible la existencia de tales estereoisómeros dentro de la designación química concreta, quedan sometidos automáticamente a fiscalización internacional²⁵¹.

A primera vista, el sistema de clasificación de sustancias como genéricas resulta muy atractivo. Es anticipativo en lugar de reactivo. Su ventaja principal radica en que está en consonancia con el principio precautorio y protege la salud pública porque pocas personas quedan expuestas a sustancias nocivas²⁵². También elimina los costos para las autoridades nacionales que entraña la clasificación.

Como inconveniente hay que señalar la posibilidad de que los químicos clandestinos sigan encontrando sustancias que queden fuera del grupo definido que imita los efectos de las sustancias sometidas a fiscalización²⁵³.

Las definiciones de genéricos tienen como rasgo común que las sustancias que se someten a fiscalización de manera independiente no se mencionan explícitamente. (Ello también se aplica al sistema de clasificación de sustancias como análogos). Así, en muchas de las leyes nacionales contra las drogas basadas en una definición de genéricos en vano pueden encontrarse sustancias

²⁴⁵ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, “Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas”.

²⁴⁶ En el artículo 314.1 de la Ley del código penal de Australia de 1995 figura una definición química pormenorizada de las sustancias análogas en relación con las sustancias explícitamente sometidas a fiscalización y se indica que también esas sustancias quedan sometidas automáticamente a fiscalización, lo que introduce de hecho un concepto genérico en la fiscalización de drogas en el caso de Australia.

²⁴⁷ Van Amsterdam, Nutt y van den Brink, “Generic legislation of new psychoactive drugs”.

²⁴⁸ La Ley sobre uso indebido de drogas de 1971 incluyó los derivados *N*-alquil de la lisérgida (sustancias estrechamente relacionadas con la lisérgida (LSD)) y los cannabinoles (incluido el THC).

²⁴⁹ King y otros, “Analogue controls: an imperfect law”, pág. 3.

²⁵⁰ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 976, núm. 14152).

²⁵¹ Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1019, núm. 14956).

²⁵² Van Amsterdam, Nutt y van den Brink, “Generic legislation of new psychoactive drugs”.

²⁵³ *Ibid.*

específicas como la MDMA o la mefedrona aun cuando estén sometidas a fiscalización en el ámbito de esas leyes. Aunque las definiciones utilizadas son mayormente precisas, quizás sean ininteligibles para todos, con excepción de los químicos orgánicos²⁵⁴. Ello crea un problema para el público en general. Si una ley no es bien entendida, hay riesgos de que no sea bien aplicada. En verdad, varios ejemplos que se citan en el presente informe sugieren que el consumo de una NSP, aun cuando esté comprendida en una definición de sustancias genéricas, se reduce solo después que se ha incluido explícitamente en una lista de sustancias sometidas a fiscalización (por ejemplo, la reducción del consumo de la mefedrona en Australia luego de incluirse en las listas de las leyes contra las drogas, o en el Reino Unido tras una prohibición explícita de las importaciones).

Asimismo, en Europa la mayoría de los “euforizantes legales” se detectaron en el Reino Unido, pese a que algunas de esas sustancias ya estaban oficialmente sometidas a fiscalización de genéricos en ese país, lo que indica quizás que muchos fabricantes (a menudo extranjeros) y consumidores no eran conscientes de que esas sustancias eran ilícitas. En resumen, incluso en un sistema de fiscalización de sustancias genéricas, es necesario precisar las nuevas sustancias surgidas en el mercado e informar al público general y los diversos interesados (policía, aduanas, etc.) de que esas sustancias ya están sometidas a fiscalización.

Otro problema técnico es el hecho de que las sustancias afines pueden poseer distintas propiedades farmacológicas y que algunas de hecho pueden tener usos terapéuticos. Aun cuando la “fiscalización” no sea sinónimo de “prohibición”, a veces se teme que una forma de legislación de genéricos pueda entorpecer el desarrollo de nuevos medicamentos²⁵⁵. Cuando ese hecho se conocía de antemano, las autoridades del Reino Unido, por ejemplo, no ejercían la fiscalización de sustancias genéricas y mantenían cada una de las sustancias que se someterían a fiscalización en listas por separado.

Existe otro problema potencial. Los sistemas jurídicos de varios países se basan en el concepto, como parte del principio de la legalidad, de que los delitos deben definirse claramente, principio que está consagrado en algunas constituciones nacionales así como en el Convenio Europeo de Derechos Humanos. Tal requisito puede acarrear problemas para los sistemas de clasificación de sustancias como genéricas, y aún más, para los de clasificación de sustancias como análogas. Cabe señalar, empero, que la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos hace posibles interpretaciones más amplias y, por tanto, permite definiciones de genéricos como las que se encuentran en la legislación contra las drogas de Irlanda y el Reino Unido²⁵⁶.

Aplicación de la legislación en materia de medicamentos

Ante la rápida aparición de nuevas sustancias, varios países también han recurrido a su legislación nacional en materia de medicamentos. Los países europeos pueden basar ese enfoque en la Directiva europea 2001/83/CE sobre medicamentos destinada a garantizar que los productos medicinales se vendan y entreguen en los Estados miembros solo con la debida autorización. La aplicación de la Directiva posibilita la prohibición de la importación, el comercio y la distribución de productos que no hayan sido autorizados²⁵⁷.

Austria es un ejemplo de un país que ha puesto en práctica ese enfoque al aplicar la legislación en materia de medicamentos del país (*Arzneimittelgesetz*)²⁵⁸ para combatir la distribución (legal) de

²⁵⁴ King y otros, “Analogue controls: an imperfect law”, pág. 3.

²⁵⁵ Van Amsterdam, Nutt y van den Brink, “Generic legislation of new psychoactive drugs”.

²⁵⁶ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, “Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas”.

²⁵⁷ Van Amsterdam, Nutt y van den Brink, “Generic legislation of new psychoactive drugs”.

²⁵⁸ Austria, Bundesgesetz vom 2. März 1983 über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (*Arzneimittelgesetz – AMG*) (Ley de productos medicinales), Boletín Oficial Federal núm. 185/1983.

Spice y productos similares que contienen cannabinoides sintéticos poco después que aparezcan en “head shops” del mercado local. A fines de 2008 las autoridades austriacas clasificaron temporalmente los productos *Spice* empleando una definición genérica (mezclas vegetales que contienen cannabinoides sintéticos) como “productos medicinales” en el marco de la legislación (no penal) del país en materia de medicamentos antes de clasificarlos de manera más permanente de conformidad con esa legislación en 2009 (antes de una reclasificación ulterior de esas sustancias en virtud de la Ley de nuevas sustancias psicoactivas que entró en vigor en 2012).

La Ley de productos medicinales austriaca permite la clasificación de sustancias capaces de influir en las funciones del cuerpo o las condiciones mentales. Una vez que se establecieron los productos *Spice* como medicamentos, se aplicó el párrafo 3 1) de la Ley, en que se indica la prohibición de comercializar medicamentos que, sobre la base de los conocimientos científicos y las experiencias prácticas actuales, se haya demostrado que producen efectos nocivos más allá de los niveles aceptables. Todo importador de productos medicinales debe obtener primero una autorización para comprar esas sustancias. En caso de violación, los importadores y vendedores se enfrentan a multas administrativas y al decomiso de la mercancía. La Ley permite decomisos temporales si a) hay sospechas de que esas sustancias se están comercializando en contra de las normas y los reglamentos de la Ley, o si b) hay un peligro para la salud relacionado con el consumo de esos productos. Ambos requisitos fueron aplicados al *Spice*.

La aplicación de la Ley de productos medicinales ofreció la ventaja a las autoridades encargadas de la lucha contra las drogas de que la obligación de demostrar que las sustancias servían para fines lícitos legítimos y no eran nocivas recaía en los importadores y distribuidores, y no en las autoridades. A diferencia de la legislación en materia de estupefacientes, los usuarios no se veían afectados directamente por la Ley. El consumo o posesión para fines personales no entrañaba sanciones.

La estrategia de abordar el problema de las NSP mediante la legislación en materia de medicamentos resultó ser eficaz al frenar rápidamente la libre comercialización y distribución de productos *Spice* en el país. Aunque Austria fue uno de los primeros países de Europa en verse afectado por una epidemia de *Spice*, la encuesta Eurobarómetro de 2011 confirmó que su prevalencia global del consumo de NSP estaba ciertamente por debajo de la media de la Unión Europea (25% menos)²⁵⁹.

No obstante, las autoridades también se percataron de la limitación de ese enfoque, lo que les llevó a crear una ley apropiada sobre las NSP, que se hizo efectiva en 2012.

Con todo, ese enfoque sigue siendo interesante para hacer frente al gran número de NSP que cambian rápidamente su composición real y cuyo sistema tradicional de clasificación tal vez sea demasiado tedioso y prolongado. De hecho, el EMCDDA alentó a otros países a considerar la posibilidad de aplicar a las NSP la definición armonizada de un producto medicinal que elaboró la Unión Europea para que los respectivos organismos nacionales de medicamentos pudieran prohibir la importación, la comercialización y la distribución no autorizada de tales productos²⁶⁰.

Aplicación de leyes de protección del consumidor

Otro enfoque que han adoptado varios países ha sido el de aplicar varias leyes vigentes de protección del consumidor para combatir la circulación de NSP en el mercado local²⁶¹.

²⁵⁹ Gallup Organization, *Youth Attitudes on Drugs: Analytical Report*.

²⁶⁰ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, “Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas”.

²⁶¹ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012*.

Por ejemplo, de conformidad con la Directiva europea relativa a la seguridad de los productos, los productores están obligados a colocar solo productos seguros en el mercado. En la Directiva se señala que, en condiciones razonablemente previsibles de uso, el producto no debería “entrañar ningún riesgo o únicamente riesgos mínimos, compatibles con el uso del producto y considerados admisibles dentro del respeto de un nivel elevado de protección de la salud y de la seguridad de las personas”, teniendo en cuenta sus características, etiquetado, advertencias e instrucciones de uso. En virtud de la Directiva, los distribuidores también deben informar a las autoridades competentes de los riesgos graves y las medidas de prevención de los distribuidores. Los delitos son punibles con pena de prisión²⁶².

En ese contexto, Suecia creó una legislación independiente sobre productos peligrosos para la salud. La legislación permite la rápida clasificación de una sustancia para que su venta y posesión sea objeto de graves sanciones penales. Ello da tiempo a las autoridades para considerar si la sustancia concreta se ajusta a la definición de una “droga” y si debe someterse a fiscalización de conformidad con la legislación en materia de estupefacientes o sustancias psicoactivas del país²⁶³.

Varios países han aplicado al menos partes de su legislación de protección de los consumidores a las NSP. Italia, por ejemplo, aplicó su reglamento sobre el etiquetado que exigía que los productos o alimentos en venta estuvieran etiquetados con claridad y exactitud en relación con su uso previsto. Las autoridades italianas invocaron esa legislación para decomisar productos *Spice* por no haber sido etiquetados debidamente en italiano²⁶⁴.

Algunos países también han comenzado a aplicar su legislación contra el fraude. En Austria, por ejemplo, las piperazinas se comercializaban normalmente como éxtasis. Aunque no estaban previstas en la legislación en materia de estupefacientes y sustancias sicotrópicas hasta mediados del decenio de 2000, eran incautadas y los proveedores condenados por fraude al consumidor.

Legislación específica sobre nuevas sustancias psicoactivas

Dadas las complejidades de su reglamentación, algunos países han comenzado a aplicar una legislación específica sobre las NSP.

Irlanda, el país de Europa que afronta las tasas más altas de prevalencia del consumo de NSP, promulgó una legislación en 2010 que prohíbe la importación, exportación y venta de cualquier sustancia psicoactiva adictiva o nociva para el consumo humano. La sanción máxima por violar la Ley de sustancias psicoactivas²⁶⁵ es una pena de prisión de hasta cinco años. Los resultados iniciales parecen ser alentadores y es muy probable que pueda detenerse la tendencia ascendente del consumo de NSP.

Polonia, el segundo mercado de NSP de Europa, prohibió la comercialización de “drogas sucedáneas” (es decir, NSP) en 2010²⁶⁶. La legislación correspondiente establece una prohibición general relativa a la fabricación de tales sustancias sucedáneas, su introducción en el comercio y su publicidad. En el caso de que hubiera una sospecha razonable de que un producto pudiera ser peligroso, la legislación estipula que el inspector sanitario debe disponer la retirada de esos

²⁶² Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, *Informe Anual 2011: El problema de la drogodependencia en Europa*, pág. 101.

²⁶³ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, “Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas”.

²⁶⁴ *Ibid.*

²⁶⁵ Disponible en www.irishstatutebook.ie/pdf/2010/en.act.2010.0022.PDF.

²⁶⁶ Observatorio Europeo de Vigilancia de las Drogas y las Toxicomanías, “Respuesta a las nuevas sustancias psicotrópicas”.

productos del mercado por un período de hasta 18 meses para estudiar su nocividad²⁶⁷. Como ya se indicó en el presente capítulo, los resultados iniciales parecen ser prometedores.

También optó por un mecanismo semejante Austria, que fue uno de los primeros países que aprobó una ley integral, la Ley de nuevas sustancias psicoactivas²⁶⁸, que entró en vigor en 2012. Esa ley se ajusta a la definición de la Unión Europea de las NSP y se aplica a todas ellas, salvo a las que ya están reglamentadas en virtud de la Ley de productos medicinales. La ley de nuevas sustancias psicoactivas faculta al Ministro de Salud a cursar una directiva (*Verordnung*) para establecer la fiscalización de varias familias químicas de sustancias psicoactivas, y emplear amplias definiciones genéricas cuando se estime conveniente. Las NSP deben ser decomisadas a menos que el propietario pueda demostrar que la sustancia no estaba destinada a ser consumida por sus efectos psicoactivos. La nueva Ley de sustancias psicoactivas también prevé una estrecha vigilancia del mercado y una evaluación de los riesgos conexos de las NSP. Los transgresores que produzcan, importen, exporten o proporcionen a otras personas NSP por sus propiedades psicoactivas podrán ser condenados a una pena de hasta dos años de prisión y en el caso de muertes relacionadas con la sustancia, de hasta diez años. La Ley comparte similitudes con la Ley de estupefacientes, con excepción de las posibilidades de incluir las sustancias en listas genéricas y la imposición de sanciones generales de menor gravedad²⁶⁹. A diferencia de la Ley de estupefacientes, los consumidores de NSP no se enfrentan a ninguna sanción.

En Nueva Zelanda está evolucionando otro enfoque específico respecto de las NSP. En su Ley sobre el uso indebido de drogas de 1975 se incluyeron tres listas de clasificación: la clase A para las sustancias de “muy alto riesgo”, la clase B para las sustancias de “alto riesgo” y la clase C para las sustancias con un “riesgo moderado” de daños. En las disposiciones sobre los análogos de la Ley se indica que las sustancias con moléculas estructuralmente similares a las de las drogas sometidas a fiscalización son sustancias análogas a esas drogas y se consideran automáticamente drogas de la clase C. Sin embargo, el consumo de NSP aumentó. En 2005, Nueva Zelanda creó una lista complementaria para nuevas drogas sicotrópicas de bajo riesgo e incluyó en ella la BZP. En esa lista figuran las sustancias que presentan un “riesgo de daños menos que moderado” y se prevé su “venta reglamentada”²⁷⁰. Los reglamentos aplicables se relacionan con la dosificación, el etiquetado, el control de calidad, las normas de fabricación, los límites de edad y las restricciones en materia de publicidad, es decir, cómo los productos se pueden comercializar²⁷¹. En vista de la continua propagación de la BZP en Nueva Zelanda a los más altos niveles mundiales y de sus correspondientes consecuencias negativas para la salud, en 2008 la BZP fue reclasificada como droga de la clase C. Posteriormente su consumo descendió considerablemente.

Pero el problema general de las NSP no se resolvió y las autoridades se vieron obligadas en 2011 a adoptar nuevas disposiciones para la clasificación de emergencia.

²⁶⁷ Artur Malczewski y otros, *2010 National Report (2009 Data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point: Poland*.

²⁶⁸ Austria, Ley federal de protección contra los peligros para la salud en relación con las nuevas sustancias psicoactivas (nueva Ley de sustancias psicoactivas), Boletín Oficial Federal núm. 112/1997).

²⁶⁹ Ley de estupefacientes: hasta 5 años para los traficantes, hasta 20 años para los traficantes con una posición de liderazgo en la delincuencia organizada (Austria, Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe), Boletín Oficial Federal núm. 112/1997.

²⁷⁰ “Regulatory impact statement: new regulatory regime for psychoactive substances” (octubre de 2012). Disponible en www.health.govt.nz/about-ministry/legislation-and-regulation/regulatory-impact-statements/new-regulatory-regime-psychoactive-substances.

²⁷¹ Matt Bowden y Paul Trevorrow, “BZP and New Zealand’s alternative approach to prohibition”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 3, núms. 7 y 8 (2011), págs. 426 y 427.

Con todo, esas medidas se consideraron insuficientes para hacer frente a los problemas asociados con las sustancias psicoactivas de bajo riesgo²⁷². Así, el Gobierno convino en la elaboración de una nueva legislación en agosto de 2012, que fue presentada al parlamento en febrero de 2013 (Proyecto de ley de sustancias psicoactivas) y se espera que entre en vigor en agosto de 2013. Esa legislación, en general, exigirá la aprobación de los productos psicoactivos por una autoridad reguladora nacional (que radicará en el Ministerio de Salud) para que puedan ser comercializados legalmente, algo semejante a los sistemas establecidos con respecto a los alimentos, el alcohol, los medicamentos y las sustancias nocivas. Los “patrocinadores” de las sustancias psicoactivas (fabricantes, importadores, etc.) tendrán que demostrar que los productos no plantean riesgos indebidos de daños. La carga de la prueba compete así a los vendedores de los productos, y no a las autoridades. La legislación también prevé medidas para prevenir los intentos por comercializar productos psicoactivos como incienso o alimentos de origen vegetal con el fin de eludir los reglamentos. La violación de las normas estará sujeta a multas que podrán ascender a 500.000 dólares o a penas de prisión de hasta dos años. La posesión personal ilícita de esas sustancias supondrá el pago de una cuota por infracción de hasta 500 dólares²⁷³.

D. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE ACCIÓN

La UNODC ha definido las NSP como sustancias objeto de uso indebido, en forma pura o en preparado, que no están sujetas a fiscalización en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden representar una amenaza para la salud pública. Así, tanto las drogas sintéticas psicoactivas como las sustancias psicoactivas de origen vegetal constituyen NSP. El uso del término “nuevas” no se refiere al momento en que la sustancia se encontró o sintetizó por primera vez, sino a cuándo surgió en el mercado mundial para consumo recreativo.

La información y las conclusiones que figuran en el presente capítulo permiten extraer varias conclusiones:

1. La aparición de las NSP en el contexto de las drogas no es un fenómeno nuevo. En efecto, de solo 4 sustancias sometidas a fiscalización en la Convención de 1912, el número aumentó a 85 en la fecha de la Convención de 1961, a 130 en la del Convenio de 1971 y a 234 en 2012. La aparición de nuevas sustancias en los mercados de drogas ciertamente ha cobrado impulso en el último decenio: a mediados de 2012 los Estados Miembros habían detectado 251 NSP.
2. No solo ha aumentado el número de NSP en el mercado, sino que, a diferencia de las drogas ilícitas, su consumo ha aumentado globalmente en el último decenio. Así, el “libre mercado” de NSP (como en el caso de las drogas en general) no es, con toda probabilidad, el enfoque más correcto. El presente informe ha demostrado, en general, que los países que implantaron medidas de fiscalización pudieron contar con la reducción de las tasas de prevalencia del consumo de las NSP correspondientes. Sin embargo, el problema global de las NSP no fue resuelto en varios casos por el hecho de que estas fueron sustituidas por otros productos no sometidos a fiscalización.
3. La aparición de las NSP se está convirtiendo en un fenómeno mundial: el 88% de los 80 países que respondieron el cuestionario de la UNODC en 2012 determinaron la presencia de NSP en su mercado. El porcentaje regional osciló entre el 100% en la región de Oceanía

²⁷² Nueva Zelanda, Ministerio de Salud, “Regulatory impact statement: new regulatory regime for psychoactive substances”.

²⁷³ Nueva Zelanda, Psychoactive Substances Bill, Bill No. 100-1. Disponible en www.legislation.govt.nz/bill/government/2013/0100/6.0/whole.html#DLM5042921.

(sobre la base de 2 países) y el 70% en África (sobre la base de 10 países). El mayor número de países que comunicaron NSP se dio en Europa (31), seguida de Asia (19) y América (11).

4. El mercado de NSP es sumamente dinámico. Antes de 2008 la mayoría de los países comunicaron la presencia de ketamina, seguida de piperazinas y fenetilaminas no sometidas a fiscalización como NSP. En el período 2008-2012, por el contrario, la mayoría de los países detectaron cannabinoides sintéticos (como los que contienen los productos *Spice*), seguidos de catinonas sintéticas (que contienen las “sales de baño”). Un análisis de los términos de búsqueda en Internet reveló resultados similares. En la lista de NSP se situó en primer plano el *Spice*, seguido de las “sales de baño”, el khat y la ketamina. Asimismo, las búsquedas de cannabinoides fueron más frecuentes que las de catinonas sintéticas u otros grupos de NSP.
5. Las NSP comprenden un enorme número de sustancias (251 a nivel mundial a mediados de 2012). Casi una cuarta parte de todas las NSP descubiertas fueron cannabinoides sintéticos; una quinta parte, fenetilaminas; una sexta parte, catinonas sintéticas y una décima parte, triptaminas no sometidas a fiscalización. Las NSP comunicadas con más frecuencia (más de 50 veces) fueron el JWH-018 y el JWH-073 entre los cannabinoides sintéticos; la mefedrona, la MDPV y la metilona entre las catinonas sintéticas; y la *mCPP*, la BZP y la TFMPP entre las piperazinas.
6. Existen particularidades regionales. La mayoría de las NSP parecen haberse detectado en Europa en el último decenio, lo que tal vez sea una consecuencia del sistema de alerta temprana implantado en los países de la Unión Europea (más Croacia, Noruega y Turquía) a fines del decenio de 1990. En 2012, no obstante, el número total de NSP recientemente encontradas en los Estados Unidos (158) pasó a duplicar el registrado en la Unión Europea (73). Las tasas de prevalencia del consumo de las NSP más altas parecen darse actualmente en América del Norte, sobre todo en los Estados Unidos, que superan a Europa, en que el mercado más importante de NSP parece ser el Reino Unido. Cerca del 5% de la población de 15 a 24 años experimentó con NSP en la Unión Europea, lo que equivale aproximadamente a una quinta parte de las personas que consumieron cannabis o la mitad de las que utilizaron drogas ilícitas distintas del cannabis. Las tasas de prevalencia del consumo de NSP de los Estados Unidos parecen duplicar con creces las de la Unión Europea.

Los productos de cannabinoides sintéticos dominan hoy el mercado de NSP en la mayoría de los países de los que se dispone de datos reales de prevalencia, entre ellos Alemania, los Estados Unidos, Letonia, Polonia y varios otros países. La mefedrona parece ser la NSP más generalizada en Hungría y el Reino Unido. La BZP fue la NSP más extendida en Nueva Zelanda, donde se comercializó durante largo tiempo como alternativa lícita o sucedánea de la metanfetamina. La ketamina ocupa el primer lugar de la lista de NSP en varios países de Asia sudoriental y también ha sido comunicada por países de la región de Oceanía, el Cercano Oriente y el Oriente Medio, América y Europa. Casi el 95% de la incautación de ketamina a nivel mundial tuvo lugar en Asia en el último decenio. Las NSP de origen vegetal están muy extendidas en los países de origen, por ejemplo, el kratom en Tailandia y el khat en el Yemen y varios países que rodean el Cuerno de África. Las NSP sintéticas en África al parecer tienen un mayor consumo en algunos de los países más desarrollados del continente, como Sudáfrica y Egipto.

7. La producción de NSP parece estar bastante concentrada. Se comunicaron varios países de origen de NSP, sobre todo de Asia oriental y, en menor medida, de Asia meridional y Europa. Más de la mitad de los países que presentaron informes mencionaron países de Asia (56%) como su principal fuente de aprovisionamiento, a la que siguieron Europa (28%) y América (9%).

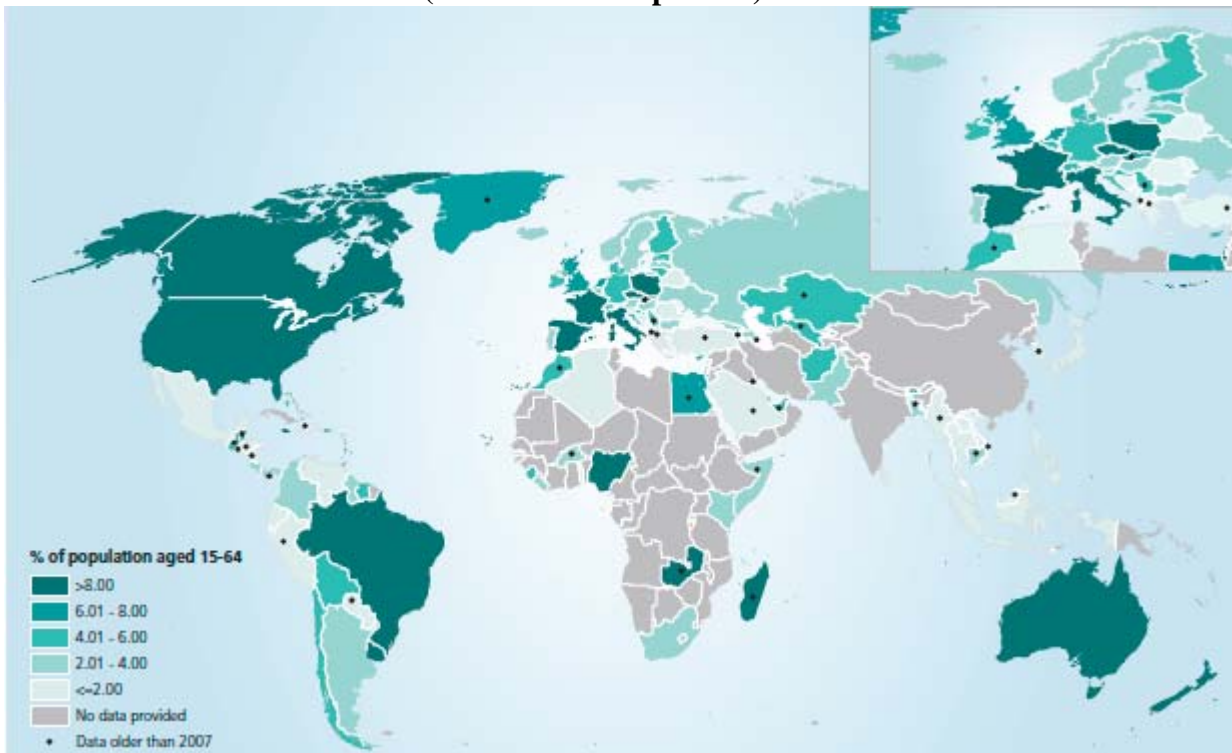
8. El comercio de las NSP se asocia a menudo con los nuevos medios de comunicación. Internet parece desempeñar un papel fundamental: el 88% de los países que tienen un mercado interno de NSP indicaron que Internet es uno de los factores clave por el que se abastece de NSP ese mercado. No obstante, los consumidores particulares (como se recoge en los datos de la encuesta de la Unión Europea correspondientes a 2011) compraron NSP principalmente en fiestas o clubes (36%) o en una tienda especializada (33%). Solo el 7% las compraron en Internet. Los envíos físicos de NSP a determinados países se llevan a cabo en su mayoría por vía aérea o postal.
9. Se encontraron grandes lagunas, sobre todo en los datos de prevalencia que se miden periódicamente, tanto en los estudiantes como en la población general. Si los países desean tomar en serio la cuestión de las NSP, será obviamente necesario mejorar los datos en que se sustenta la adopción de decisiones.
10. Es preciso plantearse algunas cuestiones legítimas en lo que concierne a la capacidad de los Estados Miembros para someter a fiscalización un número cada vez mayor de sustancias que afectan a la policía, las aduanas, los laboratorios forenses, las autoridades de importación y exportación, las autoridades sanitarias, etc.
11. El estancamiento *de facto* de las nuevas medidas de fiscalización internacional llevó a varios países a establecer nuevos enfoques innovadores en el plano nacional, en consonancia con el artículo 23 del Convenio de 1971, que posibiliten medidas de fiscalización más estrictas y, por ende, más abarcadoras que las que dispone el Convenio para proteger la salud y el bienestar públicos. Esas medidas van desde el establecimiento de sistemas de alerta temprana respecto de las NSP, hasta la clasificación de emergencia, la clasificación de sustancias como análogas, la clasificación de sustancias como genéricos, la puesta en práctica de leyes aplicables a los medicamentos y la protección del consumidor hasta la redacción de una legislación concreta sobre las NSP que prohíba su producción y comercialización o que, en principio, las permita solo cuando una autoridad reguladora del mercado haya investigado sus consecuencias para la salud y expedido una licencia. Aunque esos enfoques tienen sus ventajas e inconvenientes, todos constituyen valiosos experimentos.
12. El examen de los enfoques adoptados indica que tal vez sea necesario un sistema mundial de alerta temprana para informar a los Estados Miembros de las nuevas sustancias en el mercado, sobre todo en sus países vecinos, y ayudarles a establecer prioridades para la adopción de decisiones en lo que se refiere a la clasificación de las sustancias²⁷⁴.
13. Se ha hecho igualmente evidente que el sistema tradicional de clasificación de un número cada vez mayor de sustancias es una tarea lenta y costosa, especialmente porque la carga de la prueba recae en las autoridades. Varios de los sistemas alternativos implantados por los Estados Miembros tratan de remediar esa situación y la mayoría al parecer la han mejorado. Ello se refleja en la disminución de las tasas de prevalencia del consumo de las NSP tras el establecimiento de tales medidas de fiscalización.
14. La reducción del consumo de sustancias concretas debida a las medidas de fiscalización no constituye necesariamente una prueba de éxito mientras surjan nuevas sustancias psicoactivas y la oferta y la demanda se reorienten hacia esas sustancias. Ese riesgo debe tenerse presente al tomar en consideración diversas opciones para atender al problema de las NSP.

²⁷⁴ De hecho, en la resolución 56/4, aprobada por la Comisión de Estupefacientes en su 56º período de sesiones, en marzo de 2013, se instó a la UNODC a elaborar un programa que permitiera que los laboratorios nacionales forenses y de análisis de drogas intercambiaran amplia y oportunamente información sobre las NSP, con miras a proporcionar un punto de referencia mundial y un sistema de alerta temprana sobre las NSP.

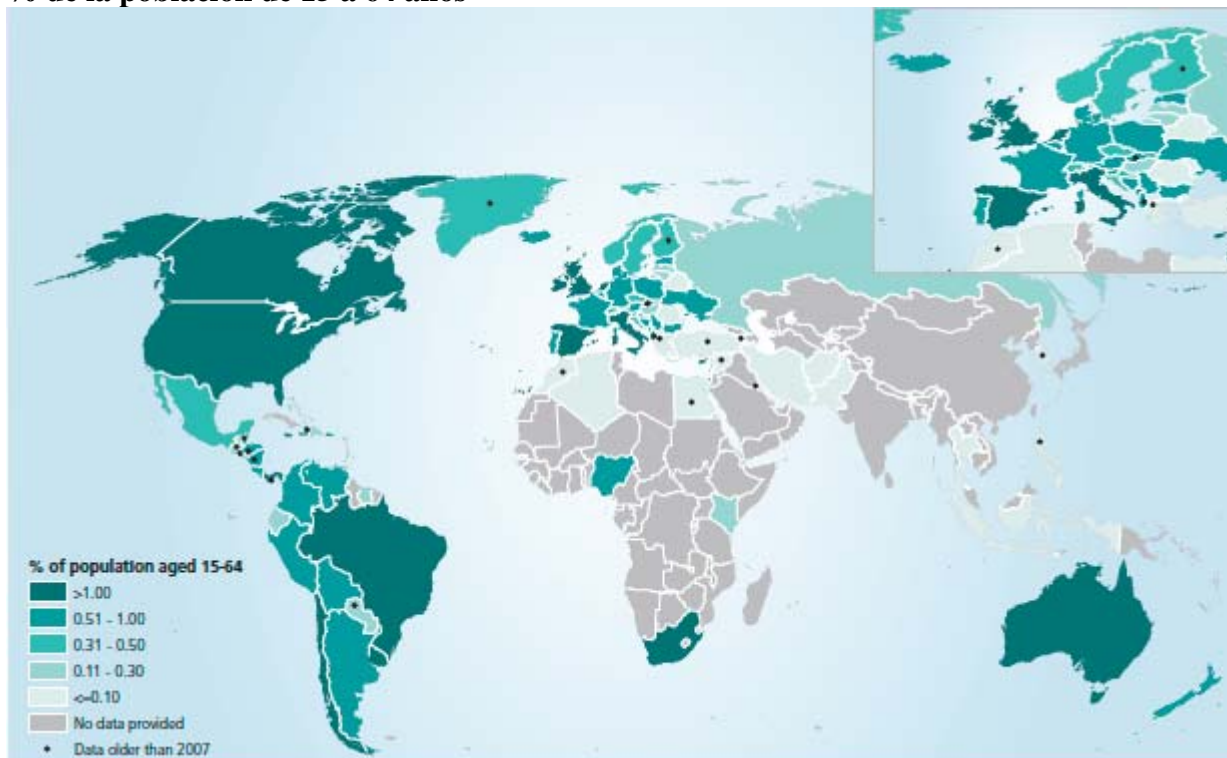
15. La actual fase de enfoques innovadores resulta útil para el estudio de los efectos de las diversas medidas de fiscalización. Al mismo tiempo, no debe caber duda alguna de que a la larga sería deseable alguna forma de sistema común a nivel internacional. Aunque los enfoques adoptados por los Estados Miembros en particular para hacer frente a las NSP parecen haberles ayudado a reducir su problema, también han contribuido a la creación de una multitud de regímenes de fiscalización por separado que difieren entre regiones y países e incluso en los propios países. Todo ello ha introducido muchas lagunas en el sistema de fiscalización mundial, que aprovechan habitualmente los traficantes de drogas en todo el mundo.
16. No está claro si ha llegado el momento de adaptar el sistema de fiscalización internacional de drogas para incorporar mejor la problemática de las NSP. Varios de los nuevos enfoques nacionales se han establecido hace poco tiempo y todavía habrá que someter a una seria evaluación sus resultados. Con todo, se podría iniciar un proceso para analizar sistemáticamente, con la ayuda de expertos nacionales, los resultados de los diversos sistemas y estudiar y examinar más a fondo las experiencias adquiridas con miras a mejorar el sistema de fiscalización a nivel internacional.

MAPAS Y CUADROS SOBRE LA DEMANDA DE DROGAS

Consumo de cannabis en 2011 (o último año disponible)



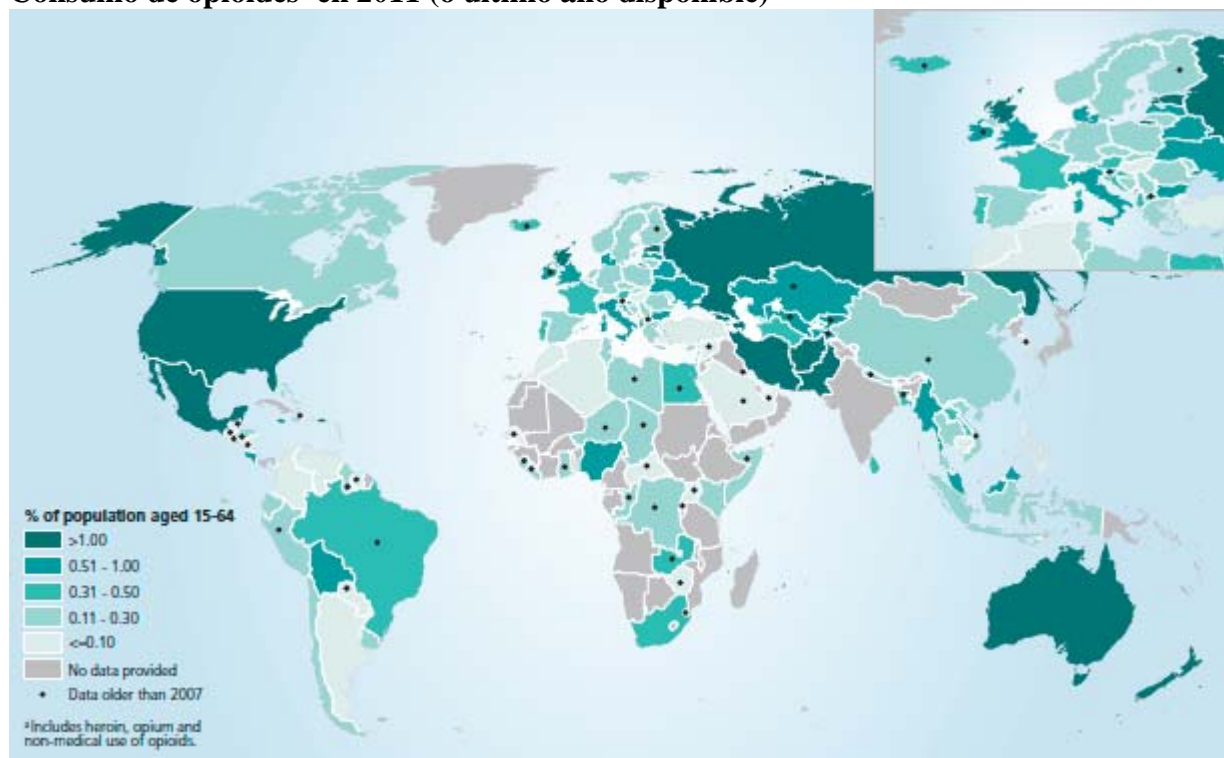
**Consumo de cocaína en 2011 (o último año disponible)
% de la población de 15 a 64 años**



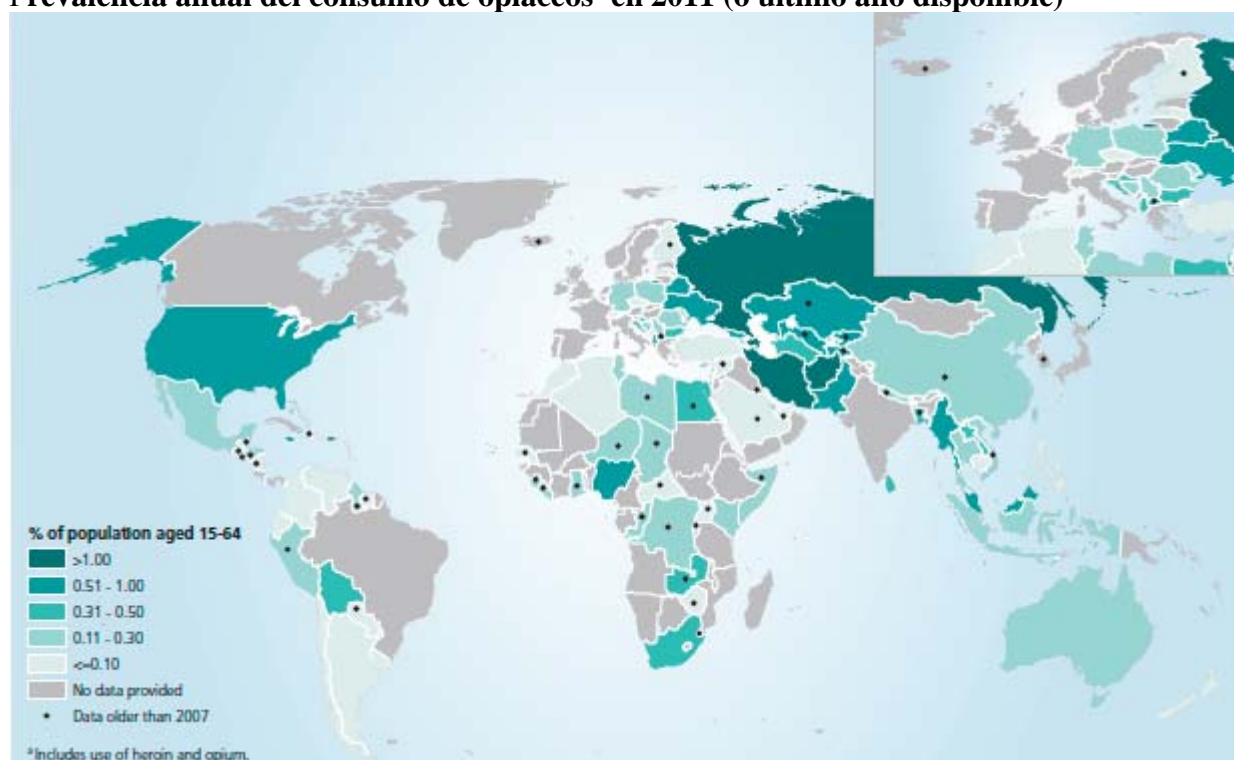
Fuente: (mapas 1 y 2): Estimaciones de la UNODC basadas en los datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Nota: Los límites geográficos que figuran en los mapas no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites indeterminados. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre el Sudán y el Sudán del Sur aún no se ha determinado.

Consumo de opioides^a en 2011 (o último año disponible)



Prevalencia anual del consumo de opiáceos^a en 2011 (o último año disponible)



Fuente (mapas 3 y 4): Estimaciones de la UNODC basadas en los datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Nota: Los límites geográficos que figuran en los mapas no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites indeterminados. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de

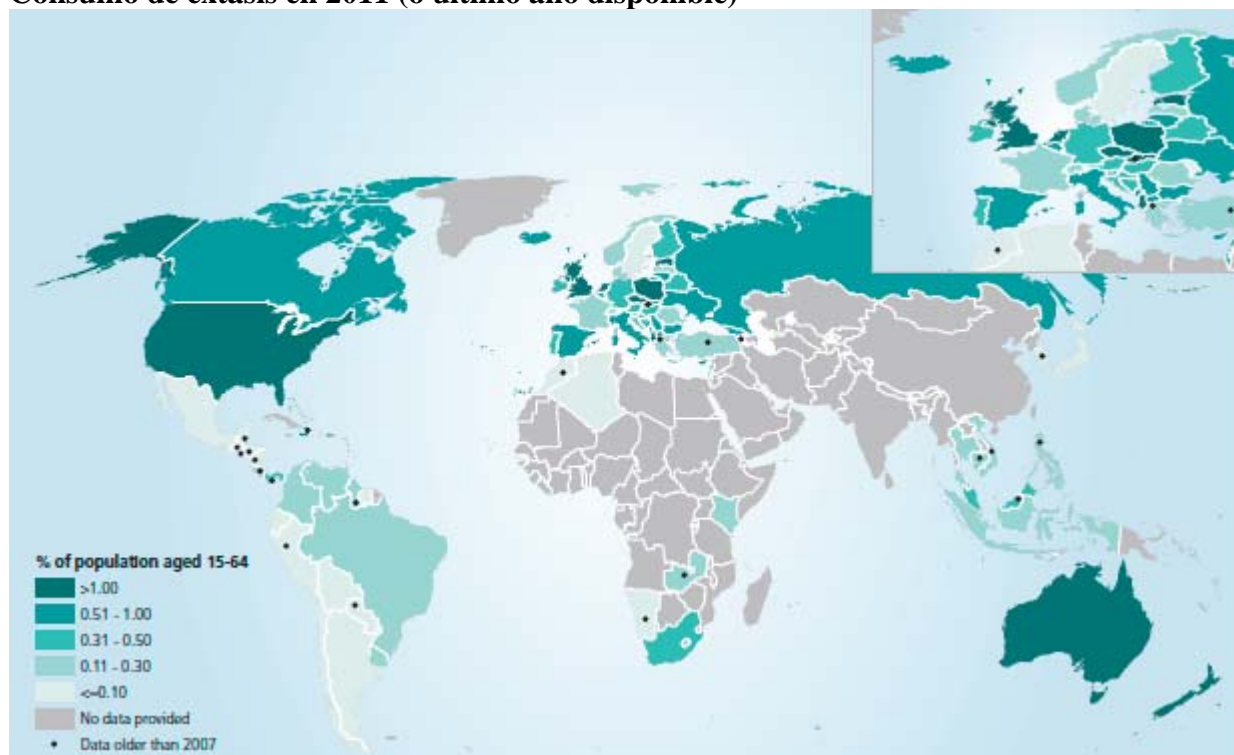
Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre el Sudán y el Sudán del Sur aún no se ha determinado.

Según el Gobierno del Canadá, los datos sobre el consumo de heroína basados en la encuesta de hogares no son notificables y el Gobierno del Canadá no comunica una estimación basada en métodos indirectos.

Consumo de anfetaminas en 2011 (o último año disponible)



Consumo de éxtasis en 2011 (o último año disponible)



Fuente (mapas 5 y 6): Estimaciones de la UNODC basadas en los datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Nota: Los límites geográficos que figuran en los mapas no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites indeterminados. La línea de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. El límite definitivo entre el Sudán y el Sudán del Sur aún no se ha determinado.

Prevalencia anual del consumo de cannabis, opioides y opiáceos, por regiones

Region or subregion	Cannabis						Opioids						Opiates					
	Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)		
	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper
Africa	43,930	19,510	57,350	7.5	3.3	9.7	1,920	960	2,920	0.33	0.16	0.50	1,820	910	2,270	0.3	0.2	0.4
East Africa	5,940	1,980	10,190	4.1	1.4	7.1	240	170	880	0.17	0.12	0.61	220	160	300	0.2	0.1	0.2
North Africa	5,920	2,920	9,190	4.4	2.2	6.8	340	130	560	0.25	0.10	0.41	340	130	560	0.3	0.1	0.4
Southern Africa	4,090	2,860	7,470	5.0	3.5	9.1	330	220	360	0.41	0.27	0.43	280	190	300	0.3	0.2	0.4
West and Central Africa	27,990	11,750	30,500	12.4	5.2	13.5	1,000	440	1,130	0.44	0.19	0.50	980	420	1,120	0.4	0.2	0.5
Americas	49,060	48,420	50,640	7.9	7.8	8.1	13,020	12,810	13,290	2.1	2.1	2.1	1,600	1,410	1,770	0.3	0.2	0.3
Caribbean	760	460	1,990	2.8	1.7	7.3	100	60	190	0.4	0.2	0.7	80	50	160	0.3	0.2	0.6
Central America	660	640	700	2.6	2.5	2.7	40	40	50	0.2	0.1	0.2	20	20	20	0.1	0.1	0.1
North America	32,700	32,520	32,890	10.7	10.6	10.7	12,060	11,920	12,200	3.9	3.9	4.0	1,400	1,250	1,460	0.5	0.4	0.5
South America	14,940	14,810	15,060	5.7	5.6	5.7	820	790	860	0.3	0.3	0.3	110	90	120	0.04	0.03	0.05
Asia	54,070	28,810	87,110	1.9	1.0	3.1	12,190	9,350	15,260	0.4	0.3	0.5	10,020	7,660	12,860	0.4	0.3	0.5
Central Asia	2,070	1,830	2,160	3.9	3.5	4.1	470	450	480	0.9	0.9	0.9	430	410	450	0.8	0.8	0.8
East and South-East Asia	9,790	5,770	22,730	0.6	0.4	1.5	3,710	2,880	5,030	0.2	0.2	0.3	3,660	2,800	4,970	0.2	0.2	0.3
Near and Middle East	9,180	5,110	13,220	3.4	1.9	5.0	5,140	3,860	6,160	1.9	1.4	2.3	3,180	2,310	4,070	1.2	0.9	1.5
South Asia	33,030	16,100	49,010	3.5	1.7	5.2	2,870	2,150	3,990	0.3	0.2	0.4	2,750	2,130	3,380	0.3	0.2	0.4
Europe	30,820	30,140	31,710	5.6	5.4	5.7	4,040	3,970	4,100	0.7	0.7	0.7	3,010	2,940	3,070	0.5	0.5	0.6
Eastern and South-Eastern Europe	6,240	5,520	6,970	2.7	2.4	3.0	2,800	2,790	2,810	1.2	1.2	1.2	1,890	1,880	1,900	0.8	0.8	0.8
Western and Central Europe	24,680	24,610	24,750	7.6	7.6	7.6	1,230	1,180	1,290	0.4	0.4	0.4	1,120	1,060	1,170	0.3	0.3	0.4
Oceania	2,630	2,210	3,500	10.9	9.1	14.5	730	550	820	3.0	2.3	3.4	40	40	60	0.2	0.2	0.2
Global estimate	180,620	129,100	230,320	3.9	2.8	5.0	31,900	27,650	36,390	0.7	0.6	0.8	16,490	12,960	20,030	0.4	0.3	0.4

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

Prevalencia anual del consumo de cocaína, anfetaminas y éxtasis, por regiones

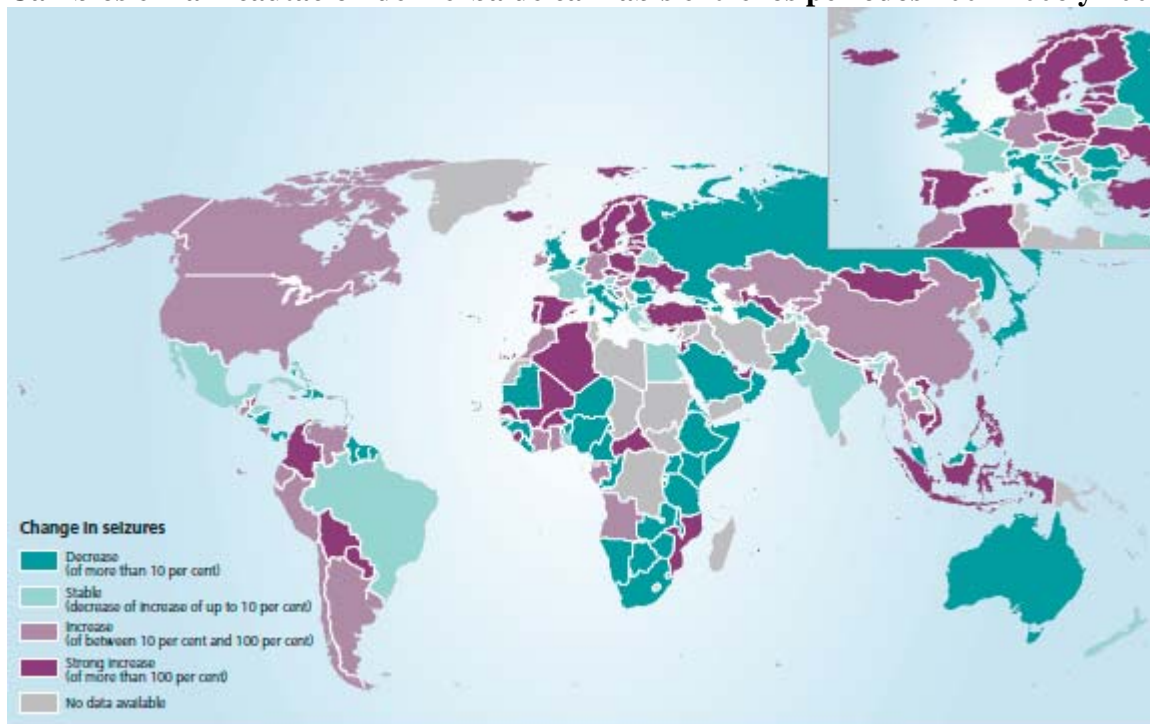
Region or subregion	Cocaine						ATS (excluding "ecstasy")						"Ecstasy"					
	Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)			Number (thousands)			Prevalence (percentage)		
	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper	Best estimate	Lower	Upper
Africa	2,540	820	4,570	0.4	0.1	0.8	5,130	1,340	8,840	0.9	0.2	1.5	1,060	340	1,860	0.2	0.1	0.3
Eastern Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
North Africa	30	30	40	0.02	0.02	0.03	780	270	1,310	0.6	0.2	1.0	-	-	-	-	-	-
Southern Africa	620	160	710	0.8	0.2	0.9	600	290	800	0.7	0.3	1.0	250	140	300	0.3	0.2	0.4
West and Central Africa	1,570	570	2,390	0.7	0.3	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Americas	8,240	7,960	8,570	1.3	1.3	1.4	5,950	5,450	6,520	1.0	0.9	1.0	3,190	2,920	3,570	0.5	0.5	0.6
Caribbean	190	110	330	0.7	0.4	1.2	210	20	510	0.8	0.1	1.9	80	10	240	0.3	0.1	0.9
Central America	160	150	170	0.6	0.6	0.6	330	330	330	1.3	1.3	1.3	30	20	30	0.1	0.1	0.1
North America	4,600	4,490	4,700	1.5	1.5	1.5	3,990	3,930	4,040	1.3	1.3	1.3	2,720	2,700	2,750	0.9	0.9	0.9
South America	3,290	3,210	3,370	1.3	1.2	1.3	1,400	1,170	1,630	0.5	0.4	0.6	360	190	530	0.1	0.1	0.2
Asia	1,310	420	2,190	0.05	0.02	0.08	19,130	4,460	33,810	0.7	0.2	1.2	10,570	2,610	18,520	0.4	0.1	0.7
Central Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
East/ South-East Asia	470	360	1,070	0.03	0.02	0.07	8,740	3,350	19,820	0.6	0.2	1.3	3,100	1,610	6,430	0.2	0.1	0.4
Near and Middle East	90	50	130	0.03	0.02	0.05	420	360	780	0.2	0.1	0.3	-	-	-	-	-	-
South Asia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europe	4,600	4,330	4,900	0.8	0.8	0.9	3,050	2,640	3,480	0.5	0.5	0.6	3,830	3,570	4,120	0.7	0.6	0.7
East/ South-East Europe	560	310	830	0.2	0.1	0.4	870	500	1,260	0.4	0.2	0.5	1,320	1,090	1,560	0.6	0.5	0.7
West/ Central Europe	4,040	4,020	4,060	1.2	1.2	1.3	2,180	2,140	2,220	0.7	0.7	0.7	2,510	2,480	2,560	0.8	0.8	0.8
Oceania	370	370	460	1.5	1.5	1.9	510	410	530	2.1	1.7	2.2	710	690	710	2.9	2.9	2.9
GLOBAL ESTIMATE	17,060	13,910	20,690	0.4	0.3	0.5	33,750	14,300	53,170	0.7	0.3	1.2	19,360	10,140	28,780	0.4	0.2	0.6

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

MAPAS Y CUADROS SOBRE LA OFERTA DE DROGAS

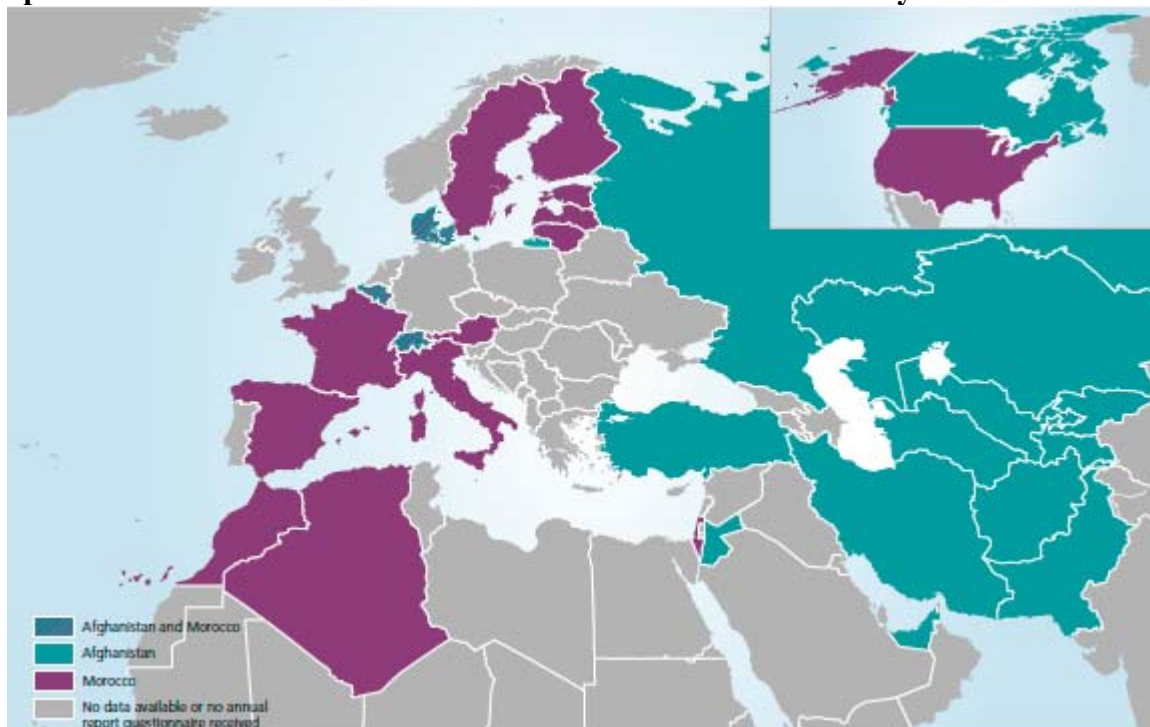
Tráfico de cannabis

Cambios en la incautación de hierba de cannabis entre los períodos 2002-2006 y 2007-2011



Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Países que mencionaron al Afganistán o Marruecos como principal fuente de aprovisionamiento de la resina de cannabis incautada entre 2009 y 2011



Fuente: UNODC, datos procedentes del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

Tráfico de cannabis: países de procedencia mencionados con más frecuencia

Países de procedencia mencionados con más frecuencia^a en relación con distintos casos de incautación de drogas, por tipos de droga (todos los modos de transporte), 2001-2012

Categoría	Cannabis	Cocaína (base, sales y crack)	Heroína	ETA
1	Marruecos	Brasil	Afganistán	Países Bajos
2	Afganistán	Colombia	Pakistán	República Democrática
3	Jamaica	Argentina	Tayikistán	Popular Lao
4	Países Bajos	República Dominicana	Albania	Alemania
5	Sudáfrica	Venezuela (República	Turquía	Reino Unido
6	Paraguay	Bolivariana de)	Países Bajos	Myanmar
7	Ghana	Perú	Irán (República	Camboya
8	España	Jamaica	Islámica del)	Irán (República Islámica
9	Nepal	Bolivia (Estado	India	del)
10	Albania	Plurinacional de)	Tailandia	Bélgica
11	Argelia	Costa Rica	Kirguistán	China
12	Mozambique	Países Bajos	Bélgica	Estados Unidos
13	Pakistán	Ecuador	Bulgaria	Hong Kong (China)
14	Honduras	México	Kazajstán	Malasia
15	India	Panamá	Alemania	Bulgaria
16	Irán (República	Nigeria	Nigeria	Polonia
17	Islámica del)	Ghana	Grecia	Francia
18	Kazajstán	España	Uzbekistán	Dinamarca
19	Haití	Guinea	Myanmar	República Checa
20	Estados Unidos	Chile	España	Canadá
	Francia	Senegal	Hong Kong (China)	República Árabe Siria
		Trinidad y Tabago		Lituania

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos de la UNODC sobre distintas incautaciones de drogas.

^a Se pide a los países que presentan informes que aporten datos sobre el país en que se obtuvieron las drogas (o en el caso de envíos no acompañados, sobre el país de salida). Para los fines de este cuadro, ese país se considera como el lugar de procedencia de la droga. No obstante, también se pide a los países que provean información sobre el país de origen, es decir, el lugar en que se produjeron o fabricaron las drogas. En los casos en que el país en que se obtuvieron las drogas no se especifica, o es el mismo en que se efectuó la incautación, se considera que el país de origen es el lugar de procedencia. A fin de reflejar las tendencias del tráfico transnacional, se excluyen los casos en los que el lugar de procedencia es el mismo en el que se efectuó la incautación.

Países de procedencia mencionados con más frecuencia^a en distintos casos de incautación marítima de drogas

Categoría	País	Principales drogas
1	Marruecos	Resina de cannabis
2	Países Bajos	Hierba de cannabis, resina de cannabis, cocaína, heroína
3	Colombia	Cocaína
4	Ecuador	Cocaína
5	Irán (República Islámica del)	Resina de cannabis, opio, heroína
6	Francia	Resina de cannabis, hierba de cannabis, cocaína, heroína
7	Afganistán	Heroína, resina de cannabis
8	Bélgica	Hierba de cannabis, resina de cannabis, cocaína, éxtasis, heroína
9	España	Resina de cannabis, cocaína
10	Perú	Cocaína
11	Venezuela (República Bolivariana de)	Cocaína
12	Jamaica	Hierba de cannabis, cocaína
13	Pakistán	Heroína, resina de cannabis
14	Alemania	Hierba de cannabis, resina de cannabis, cocaína, éxtasis
15	Costa Rica	Cocaína
16	Brasil	Cocaína
17	China	Pseudoefedrina, hierba de cannabis, heroína, metanfetamina
18	Panamá	Cocaína
19	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Cocaína
20	Chile	Cocaína

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, base de datos de la UNODC sobre distintas incautaciones de drogas.

^a Se pide a los países que presentan informes que aporten datos sobre el país en que se obtuvieron las drogas (o en el caso de envíos no acompañados, sobre el país de salida). Para los fines de este cuadro, ese país se considera como el lugar de procedencia de la droga. No obstante, también se pide a los países que provean información sobre el país de origen, es decir, el lugar en que se produjeron o fabricaron las drogas. En los casos en que el país en que se obtuvieron las drogas no se especifica, o es el mismo en que se efectuó la incautación, se considera que el país de origen es el lugar de procedencia. A fin de reflejar las tendencias del tráfico transnacional, se excluyen los casos en que el lugar de procedencia es el mismo en el que se efectuó la incautación.

Cultivo, producción y erradicación de cannabis

Actualización de la información disponible sobre el cultivo y la producción de cannabis en los principales países productores, 2011

Country	Area under cultivation (hectares)	Area eradicated (hectares)	Area under cultivation after eradication (hectares)	Production (tons)	
				Cannabis herb	Cannabis resin
Afghanistan ^a	12,000		..	..	1,300
India	..	1,112	..	..	..
Indonesia	..	306	..	..	..
Jamaica	..	373	..	..	..
Mexico	12,000 ^b	13,430	..	17,915	..
Morocco	..	8,000	47,500	38,000 ^c	760
Nigeria	918.0	918	..	..	..
Ukraine	..	281	..	..	..

^a Información del estudio sobre el cannabis realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el Afganistán en 2011.

^b Fuente: Estados Unidos, Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, International Narcotics Control Strategy Report, vol. 1, Drug and Chemical Control (marzo de 2013). El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos de América, dado que no forman parte de sus cifras oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México está estableciendo un sistema de vigilancia en colaboración con la UNODC a fin de estimar el cultivo y la producción ilícitos, cuyos primeros resultados se esperan en 2013.

^c Se refiere al kif.

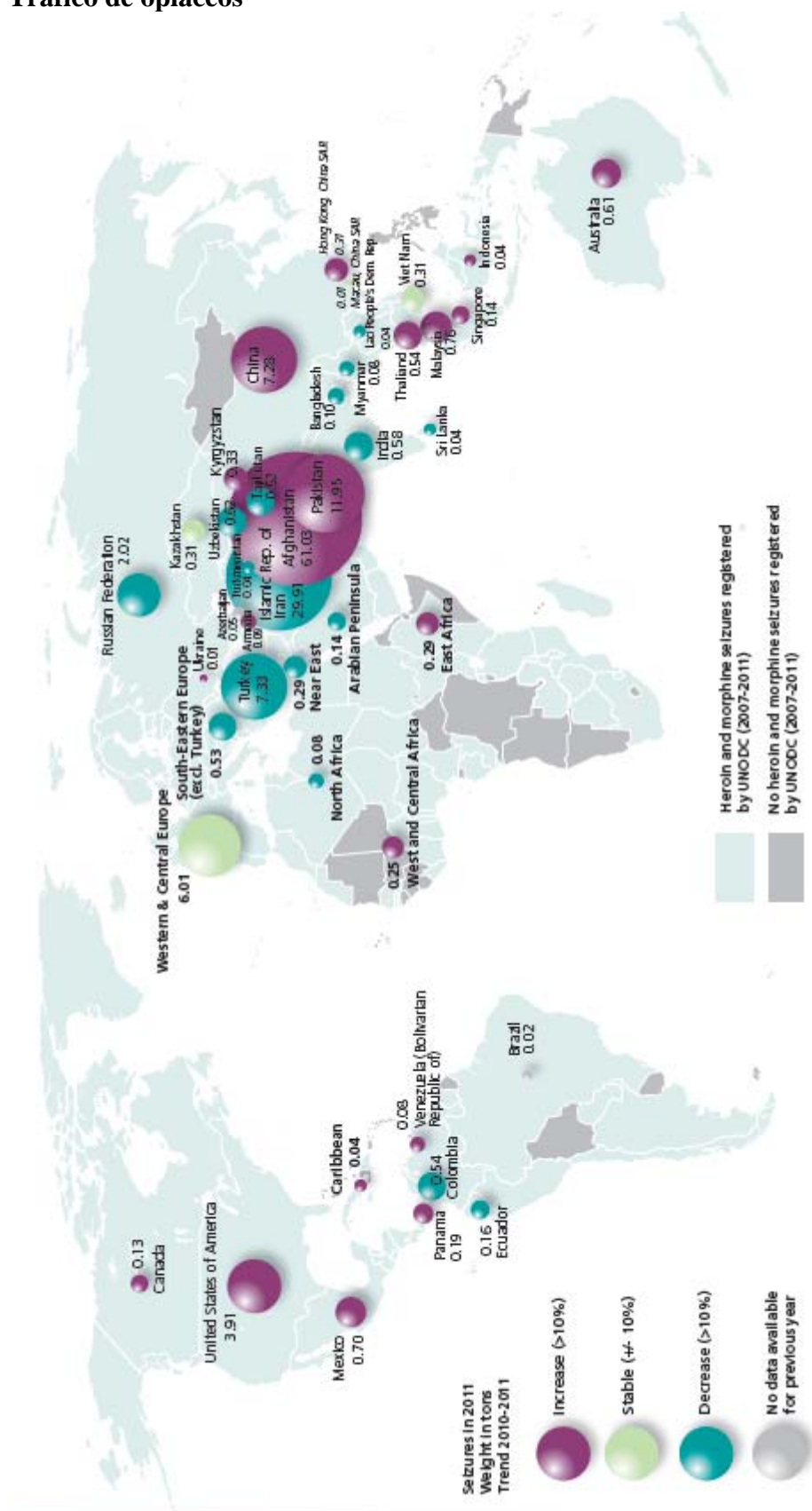
Plantas y lugares erradicados en determinados países, en 2011

2011	Outdoor sites		Indoor sites		Average number of plants per site ^a	
	Plants eradicated	Sites eradicated	Plants eradicated	Sites eradicated	Outdoors	Indoors
Albania	21,267	89			239	
Australia	40,879	56	18,216	223	730	82
Azerbaijan	2,961	51			58	
Belgium	2,122	123	330,178	947	17	349
Brazil	1,336,182	60			22,270	
Costa Rica	1,489,259	166	146	4	8,971	37
Ecuador	650	6			108	
Hungary	621		13,500			
Indonesia	1,839,664	40			45,992	
Italy	1,005,814		2,522			
Jamaica	1,053,000					
Kazakhstan	79,470	228			349	
Latvia	833	1	375	8	833	47
Netherlands	59		1,819,776	5,435		335
New Zealand	118,259	2,131	21,202	783	55	27
Philippines	3,955,546	129			30,663	
Tajikistan	2,113,464					
Uganda	20,000	5			4,000	
Ukraine	1,540,000	98,000			16	
United States of America ^b	9,866,766	23,622	462,419	4,721	418	98

^a Calculado en función de la información comunicada sobre las plantas y los lugares erradicados. El número de lugares comunicados tal vez no corresponda directamente al número de plantas comunicadas y no existe una definición normalizada común del lugar o la planta: entre las plantas pueden o no incluirse plantas pequeñas o plántulas, y los lugares podrían ser objeto de recuento aun cuando no contuvieran plantas o plántulas en el momento del desmantelamiento.

^b Datos de 2010 comunicados en el cuestionario para los informes anuales correspondiente a 2011.

Tráfico de opiáceos



Fuente: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales, complementados por otras fuentes.

Nota: Los límites geográficos que figuran en los mapas no implican la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas. Las líneas discontinuas representan límites indeterminados. La línea

de puntos representa aproximadamente la línea de control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes todavía no han llegado a un acuerdo definitivo sobre el estatuto de Jammu y Cachemira. Los límites definitivos entre el Sudán y el Sudán del Sur aún no se han determinado.

Cultivo, producción y erradicación de opio/heroína

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SOUTH-WEST ASIA															
Afghanistan	63,674	90,583	82,171	7,606	74,100	80,000	131,000	104,000	165,000	193,000	157,000	123,000	123,000	131,000	154,000
Pakistan	950	284	260	213	622	2,500	1,500	2,438	1,545	1,701	1,909	1,779	1,721	362	382
Subtotal	64,624	90,867	82,431	7,819	74,722	82,500	132,500	106,438	166,545	194,701	158,909	124,779	124,721	131,362	154,382
SOUTH-EAST ASIA															
Lao People's Democratic Republic ^a	26,837	22,543	19,052	17,255	14,000	12,000	6,600	1,800	2,500	1,500	1,600	1,900	3,000	4,100	6,800
Myanmar ^a	130,300	89,500	108,700	105,000	81,400	62,200	44,200	32,800	21,500	27,700	28,500	31,700	38,100	43,600	51,000
Thailand ^b	716	702	890	820	750										
Viet Nam ^b	442	442													
Subtotal	158,295	113,187	128,642	123,075	96,150	74,200	50,800	34,600	24,000	29,200	30,100	33,600	41,100	47,700	57,800
LATIN AMERICA															
Colombia	7,350	6,500	6,500	4,300	4,153	4,026	3,950	1,950	1,023	715	394	356	341	338	
Mexico ^c	5,500	3,600	1,900	4,400	2,700	4,800	3,500	3,300	5,000	6,900	15,000	19,500	14,000	12,000	
Subtotal	12,850	10,100	8,400	8,700	6,853	8,826	7,450	5,250	6,023	7,615	15,394	19,856	14,341	12,338	12,338
OTHER															
Other countries ^d	2,050	2,050	2,479	2,500	2,500	3,074	5,190	5,212	4,432	4,184	8,600	7,700	10,500	16,100	11,800
TOTAL	237,819	216,204	221,952	142,094	180,225	168,600	195,940	151,500	201,000	235,700	213,003	185,935	190,662	207,500	236,320

Fuente: Para el Afganistán: 1998-2002: UNODC; 2003-2012: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para el Pakistán: cuestionario para los informes anuales, Gobierno del Pakistán; Departamento de Estado de los Estados Unidos. Para la República Democrática Popular Lao: 1998-1999: UNODC, 2000-2012: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Myanmar: 1998-2000: Departamento de Estado de los Estados Unidos; 2001-2012: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Colombia: 1998-1999: varias fuentes. A partir de 2000: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Con respecto al período 2008-2012, la producción fue calculada sobre la base de las cifras regionales de producción y las proporciones de transformación del Departamento de Estado de los Estados Unidos y la DEA. Para México: estimaciones derivadas de encuestas del Gobierno de los Estados Unidos.

Nota: Las cifras en cursiva son de carácter preliminar y es posible que se revisen cuando se disponga de información actualizada. La información sobre las metodologías utilizadas para la estimación y las definiciones puede consultarse en la sección relativa a la metodología de la versión electrónica del presente informe.

^a Puede incluir superficies que fueron erradicadas con posterioridad a la fecha del estudio de la zona.

^b Dado que el cultivo ha seguido siendo limitado, las cifras correspondientes a Viet Nam (a partir de 2000) y Tailandia (a partir de 2003) se han incluido en la categoría "Otros países".

^c El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos de América, dado que no forman parte de sus cifras oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México está estableciendo un sistema de vigilancia en colaboración con la UNODC a fin de estimar el cultivo y la producción ilícitos.

^d Según informes de distintas fuentes sobre la erradicación y la incautación de plantas, en las siguientes subregiones también existe cultivo ilícito de adormidera: África septentrional, Asia central y Transcaucasia, Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, Centroamérica y América del Sur. Desde 2008 se viene aplicando una nueva metodología para calcular el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en esos países. Si bien las estimaciones son superiores a las cifras

anteriores, reflejan un orden de magnitud similar. En la versión electrónica del presente informe figura una descripción pormenorizada de la metodología utilizada para la estimación.

Producción potencial de opio y fabricación potencial de heroína de pureza desconocida a nivel mundial, 2004-2012 (en toneladas)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total potential opium production	4,850	4,620	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,905
Potential opium not processed into heroin	1,197	1,169	1,786	3,078	2,360	1,680	1,728	3,400	1,850
Potential opium processed into heroin	3,653	3,451	4,024	5,012	4,481	3,273	3,002	3,583	3,055
Total potential heroin manufacture	529	472	553	686	600	427	383	476	311

Nota: La proporción de la producción potencial de opio no transformado en heroína solo pudo estimarse respecto del Afganistán. A los efectos del presente cuadro, respecto de los demás países se supone que todo el opio potencialmente producido se transforma en heroína. Si la producción potencial total de opio del Afganistán en 2012 se transformara en heroína, la fabricación potencial total de heroína ascendería a 529 t (Afganistán) y a 576 t (a nivel mundial).

Las cifras en cursiva son de carácter preliminar y es posible que se revisen cuando se disponga de información actualizada.

Producción potencial de opio secado al horno en determinados países, 1998-2012 (en toneladas)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SOUTH-WEST ASIA															
Afghanistan	2,693	4,565	3,276	185	3,400	3,600	4,200	4,100	5,300	7,400	5,900	4,000	3,600	5,800	3,700
Pakistan	26	9	8	5	5	52	40	36	39	43	48	44	43	9	9
Subtotal	2,719	4,574	3,284	190	3,405	3,652	4,240	4,136	5,339	7,443	5,948	4,044	3,643	5,809	3,709
SOUTH-EAST ASIA															
Lao People's Democratic Republic	124	124	167	134	112	120	43	14	20	9	10	11	18	25	41
Myanmar	1,303	895	1,087	1,097	828	810	370	312	315	460	410	330	580	610	690
Thailand ^a	8	8	6	6	9										
Viet Nam ^a	2	2													
Subtotal	1,437	1,029	1,260	1,237	949	930	413	326	335	469	420	341	598	635	731
LATIN AMERICA															
Colombia	100	88	88	80	52	50	49	24	13	14	10	9	8	8	
Mexico ^b	60	43	21	91	58	101	73	71	108	150	325	425	300	250	
Subtotal	160	131	109	171	110	151	122	95	121	164	335	434	308	258	258
OTHER															
Other countries ^c	30	30	38	32	56	50	75	63	16	15	139	134	181	281	207
TOTAL	4,346	5,764	4,691	1,630	4,520	4,783	4,850	4,620	5,810	8,091	6,841	4,953	4,730	6,983	4,905

Fuente: Para el Afganistán: 1998-2002: UNODC; 2003-2012: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para el Pakistán: cuestionario para los informes anuales, Gobierno del Pakistán; Departamento de Estado de los Estados Unidos. Para la República Democrática Popular Lao: 1998-1999: UNODC; 2000-2012: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Myanmar: 1998-2000: Departamento de Estado de los Estados Unidos; 2001-2012: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Colombia: 1998-1999: varias fuentes. A partir de 2000: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Con respecto al período 2008-2012, la producción fue calculada sobre la base de las cifras regionales de producción y las proporciones de transformación del Departamento de Estado de los Estados Unidos y la DEA. Para México: estimaciones derivadas de encuestas del Gobierno de los Estados Unidos.

Nota: Las cifras en cursiva son de carácter preliminar y es posible que se revisen cuando se disponga de información actualizada. La información sobre las metodologías utilizadas para la estimación y las definiciones puede encontrarse en la sección relativa a la metodología de la versión electrónica del presente informe. Las estimaciones de la producción de opio para el Afganistán en el período 2006-2009 fueron revisadas después que las verificaciones de la calidad de los datos revelaron una sobrevaloración de las estimaciones de la producción de opio en esos años.

^a Dado que el cultivo ha seguido siendo limitado, las cifras correspondientes a Viet Nam (a partir de 2000) y Tailandia (a partir de 2003) se han incluido en la categoría “Otros países”.

^b El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos de América, dado que no forman parte de sus cifras oficiales y no dispone de información sobre la metodología utilizada para calcularlas. El Gobierno de México está estableciendo un sistema de vigilancia en colaboración con la UNODC a fin de estimar el cultivo y la producción ilícitos.

^d Según informes de distintas fuentes sobre la erradicación y la incautación de plantas, en las siguientes subregiones también existe cultivo ilícito de adormidera: África septentrional, Asia central y Transcaucasia, Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental, Asia meridional, Asia oriental y sudoriental, Europa oriental, Europa sudoriental, Centroamérica y América del Sur. Desde 2008 se viene aplicando una nueva metodología para calcular el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en esos países. Si bien las estimaciones son superiores a las cifras anteriores, reflejan un orden de magnitud similar. En la versión electrónica del presente informe figura una descripción pormenorizada de la metodología utilizada para la estimación.

Erradicación de adormidera comunicada en determinados países, 2003 a 2012 (en hectáreas)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Afghanistan	21,430	^a	5,103	15,300	19,047	5,480	5,351	2,316	3,810	9,672
Bangladesh								8	22	
Colombia	3,266	3,866	2,121	1,929	375	381	546	711	299	309
Egypt	34	65	45	50	98	121	89	222	1	
Guatemala			489	720	449	536	1,345	918	1,490	
India	494	167	12	247	8,000	624	2,420	3,052	5,746	
Lao People's Democratic Republic	4,134	3,556	2,575	1,518	779	575	651	579	662	707
Lebanon	4	67	27		8		21		4	
Mexico	20,034	15,926	21,609	16,890	11,046	13,095	14,753	15,491	16,389	
Myanmar	638	2,820	3,907	3,970	3,598	4,820	4,087	8,268	7,058	23,718
Nepal	19	4		1		21	35			
Pakistan	4,185	5,200	391	354	614	0	105	68	1,053	592
Peru	57	98	92	88	28	23	32	21		
Thailand	767	122	110	153	220	285	201	278	208	205
Ukraine						28		436		
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0	87	154	0	0	0				
Viet Nam	100	32			38	99	31		38	

Fuente: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; datos del cuestionario para los informes anuales; informes de los gobiernos; informes de organismos regionales; Estados Unidos, Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs, *International Narcotics Control Strategy Report*, vol. 1, *Drug and Chemical Control* (marzo de 2013).

Nota: El cuadro abarca únicamente la información sobre la erradicación comunicada en unidades de superficie. Los datos de erradicación comunicados con respecto a la incautación de plantas figuran en el anexo relativo a la incautación en la versión electrónica del *Informe Mundial sobre las Drogas*.

^a Aunque la erradicación se realizó en 2004, no se comunicó oficialmente a la UNODC.

Cultivo, producción y erradicación de coca/cocaína,

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bolivia (Plurinational State of)	21,600	23,600	27,700	25,400	27,500	28,900	30,500	30,900	31,000	27,200
Colombia ^a	102,000	86,000	80,000	86,000	78,000	99,000	81,000	73,000	62,000	64,000
Peru ^b										62,500
Peru ^c	46,700	44,200	50,300	48,200	51,400	53,700	56,100	59,900	61,200	64,400
Total	170,300	153,800	158,000	159,600	156,900	181,600	167,600	163,800	154,200	155,600 ^d

Fuente: Para Bolivia (Estado Plurinacional de), 2002: CICAD y Estados Unidos, Department of State, International Narcotics Control Strategy Report; a partir de 2003: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Para Colombia y el Perú: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC.

Nota: En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2012* (págs. 59 y 60) se exponen los distintos conceptos relativos a las diferentes zonas y su efecto en la comparabilidad. En los esfuerzos constantes por mejorar la comparabilidad de las estimaciones entre los países, se presenta por primera vez la superficie neta estimada de cultivo de arbusto de coca en la fecha de referencia del 31 de diciembre con respecto al Perú, además de la superficie de cultivo de arbusto de coca en el Perú observada en imágenes de satélites. La fecha de referencia del 31 de diciembre también se utiliza para la superficie estimada de cultivo de arbusto de coca en Colombia. Las estimaciones que se presentan para el Estado Plurinacional de Bolivia representan la superficie de cultivo de arbusto de coca observada en imágenes de satélites.

^a Superficie neta al 31 de diciembre. Las estimaciones a partir de 2009 se ajustaron para tener en cuenta las plantaciones pequeñas, aunque no fue necesario realizar ese ajuste en las estimaciones de años anteriores.

^b Superficie neta al 31 de diciembre.

^c Superficie interpretada de imágenes de satélites.

^d Para mantener la comparabilidad con años anteriores a escala mundial, la cifra de cultivo de coca en todo el mundo se calculó interpretando la superficie de cultivo del Perú observada en imágenes de satélite.

Producción potencial de hoja de coca secada al sol en Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, 2005-2010 (en toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bolivia (Plurinational State of)	28,200	33,200	36,400	39,400	40,100	40,900	33,500
Range	34,200-38,300		37,300-41,800	37,900-42,300	38,600-43,100	31,900-35,400	
Peru	97,000	105,100	107,800	113,300	118,000	120,500	126,100
Range	85,400-108,600	91,000-119,200	93,200-122,000	97,600-127,800	102,400-134,200	103,000-136,300	110,300-142,100

Fuente: Para Bolivia (Estado Plurinacional de): producción potencial de hoja de coca secada al sol disponible para la fabricación de cocaína estimada por el Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. La fuente de las estimaciones de la producción de la hoja es la UNODC para los Yungas de La Paz y la DEA de los Estados Unidos para Chapare. Se dedujo la cantidad estimada de hoja de coca producida en 12.000 ha en los Yungas de La Paz, donde el cultivo del arbusto de coca está autorizado por la legislación nacional (margen de variación: límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95% correspondiente a la estimación de la producción de hoja de coca). Para el Perú: producción potencial de hoja de coca secada al sol disponible para la fabricación de cocaína estimada por el Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Se dedujo un total de 9.000 t de hojas de coca secadas al sol que, según fuentes oficiales, es la cantidad utilizada para fines tradicionales. Margen de variación: límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95% correspondiente a la estimación de la producción de hoja de coca). Para mantener la comparabilidad con años anteriores, se calculó la producción de hoja de coca con la superficie interpretada de las imágenes de satélite.

Nota: Los márgenes de variación reflejan la falta de certeza inherente a las estimaciones. En el caso de Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, los márgenes de variación se basan en los intervalos de confianza y la mejor estimación es el punto medio entre los límites superior e inferior del margen de variación.

Producción potencial de hoja de coca fresca y hoja de coca secada al horno equivalente en Colombia, 2005-2011 (en toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
FRESH COCA LEAF							
Colombia	555,400	528,300	525,300	389,600	343,600	305,300	263,800
Range	305,300-349,600						
COCA LEAF IN OVEN-DRIED EQUIVALENT							
Colombia	164,280	154,130	154,000	116,900	103,100	91,600	79,100
Range	91,600-104,880						

Fuente: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Debido a la aplicación de un factor de ajuste para tener en cuenta las plantaciones pequeñas, las estimaciones correspondientes a 2010 y 2011 no son directamente comparables con las de años anteriores.

Nota: Los márgenes de variación reflejan la falta de certeza inherente a las estimaciones. El margen de variación representa los dos enfoques adoptados para calcular la superficie productiva, en que el límite inferior se acerca más a la estimación empleada en años anteriores. La metodología para calcular los márgenes de incertidumbre de las estimaciones de producción todavía está en proceso de elaboración y es posible que las cifras se revisen cuando se disponga de información.

Fabricación potencial de cocaína con una pureza del 100% en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, 2005-2011 (en toneladas)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bolivia (Plurinational State of)	80	94	104	113			
Colombia	680	660	630	450	410	350	345
Range						350-400	
Peru	260	280	290	302			
Total	1,020	1,034	1,024	865			

Fuente: Para Bolivia (Estado Plurinacional de): Cálculos oficiales basados en los estudios científicos sobre la producción de la hoja de coca de la UNODC (Yungas de La Paz) y la DEA de los Estados Unidos (Chapare). Para Colombia: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos apoyado por los estudios científicos de la UNODC y la DEA. Debido a la aplicación de un factor de ajuste para tener en cuenta las plantaciones pequeñas, las estimaciones correspondientes a 2010 y 2011 no son directamente comparables con las de años anteriores. Para el Perú: los cálculos oficiales se basan en la relación de transformación de la hoja de coca en cocaína utilizada en los estudios científicos de la DEA. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2010*, págs. 249 a 252, se dispone de información pormenorizada sobre la revisión en curso de las proporciones de transformación y la eficiencia de los laboratorios de cocaína.

Nota: Debido al examen en curso de los factores de transformación, no ha sido posible proporcionar una estimación puntual del nivel de producción de cocaína desde 2009. A causa de la incertidumbre en torno al nivel de producción total potencial de cocaína y respecto de la comparabilidad de las estimaciones entre países, las cifras se han estimado como márgenes de variación (842 a 1.111 t en 2009, 788 a 1.060 t en 2010 y 776 a 1.051 t en 2011). Las cifras en cursiva están siendo objeto de examen. La información sobre las metodologías de estimación y las definiciones puede consultarse en la sección relativa a la metodología del presente informe.

Agrupaciones regionales

En el presente informe se utilizan varias designaciones regionales y subregionales. Esas designaciones, que no revisten carácter oficial, se definen de la forma siguiente:

<ul style="list-style-type: none"> • 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, Sudán del Sur 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, Bermuda, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tabago. • Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. • América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América y México. • América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). • Asia central y Transcaucasia: Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asia y oriental y sudoriental: Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Myanmar, República de Corea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Singapur, Tailandia, Timor-Leste y Viet Nam. • 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. Cercano Oriente y Oriente Medio designa una subregión que incluye Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen. • Asia meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka. • Europa oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania. • Europa sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, la ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Rumania, Serbia y Turquía. • Europa occidental y central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, San Marino, Suecia y Suiza. • Oceanía: Australia, Fiji, Kiribati, Islas Marshall, Islas Salomón, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Nueva Zelandia, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y pequeños territorios insulares.
---	--

Cocaína (base y sales) - Pasta de coca, cocaína base y clorhidrato de cocaína mencionados en conjunto

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

Consumidores de drogas problemáticos - Personas que usan drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo las que se inyectan la droga, las que la consumen diariamente y/o las que tienen drogodependencia diagnosticada sobre la base de criterios clínicos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión) de la Organización Mundial de la Salud y en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (cuarta edición) de la American Psychiatric Association, o de cualesquiera criterios o definiciones similares aplicables

Estimulantes de tipo anfetamínico - Grupo de sustancias integrado por estimulantes sintéticos del grupo de las sustancias anfetamínicas, que incluye la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo éxtasis (metilendioximetanfetamina (MDMA) y sus análogos)

Opiáceos - Subconjunto de los opioides integrado por los diversos productos derivados de la planta de adormidera, incluidos el opio, la morfina y la heroína

Opioides - Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera, sus análogos sintéticos y los 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)

Prevalencia anual - Número total de personas de un determinado grupo de edad que ha consumido una cierta droga por lo menos una vez en el año anterior, dividido por el número de personas de ese grupo de edad

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в нашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

Centro Internacional de Viena, Apartado postal 500, 1400 Viena (Austria)
Tel.: + (43) (1) 26060-0, fax + (43) (1) 26060-5866, www.unodc.org

Los mercados de drogas ilícitas han alcanzado dimensiones mundiales y requieren medidas coordinadas de respuesta a igual escala. En este contexto, el propósito del *Informe Mundial sobre las Drogas* es ayudar a comprender mejor el problema de las drogas ilícitas y contribuir a intensificar la cooperación internacional para combatirlo. La edición de este año comienza con un panorama general de las tendencias recientes y la situación actual en lo que se refiere a producción, tráfico y consumo de drogas así como a las consecuencias de su uso indebido en lo que se refiere a tratamiento, enfermedades y muertes relacionadas con ellas. En el segundo capítulo se presenta una perspectiva a largo plazo: se pasa revista a las características principales del problema contemporáneo de las drogas, los cambios que ha experimentado en los últimos decenios, las fuerzas motrices que han configurado esta evolución, y las direcciones en que probablemente proseguirá el problema en el futuro.

El Informe es notablemente más breve que el de ediciones anteriores, y el anexo estadístico se publica ahora por vía electrónica en formato CD-ROM, lo mismo que el sitio web de la UNODC: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>