



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



Vienna International Centre, PO Box 500, 1400 Vienna, Austria

Tel.: +(43) (1) 26060-0, Fax: +(43) (1) 26060-5866, www.unodc.org

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* se presenta nuevamente en cinco partes con el fin de dividir el caudal de información y análisis que contiene el informe en fascículos de fácil lectura en los que, por primera vez en la historia del informe, se han agrupado las drogas según su efecto psicofarmacológico.

En el fascículo 1 se presenta un resumen de los cuatro fascículos siguientes, en el que se examinan las principales conclusiones de cada uno y se destacan las consecuencias en materia de políticas que de ellas se extraen. El fascículo 2 contiene una perspectiva general de las estimaciones y tendencias más recientes de la oferta y el consumo de drogas y de las consecuencias de las drogas para la salud. En el fascículo 3 se examinan las tendencias más recientes del mercado de los depresores (a saber, los opioides, los sedantes, los tranquilizantes y los hipnóticos) y el fascículo 4 trata de las tendencias más recientes del mercado de los estimulantes (a saber, la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico y las nuevas sustancias psicoactivas). El fascículo 5 contiene un examen de las tendencias más recientes del mercado del cannabis y los alucinógenos. La sección relativa al cannabis también incluye un examen de las últimas novedades en las jurisdicciones que han adoptado medidas por las que se autoriza el consumo de cannabis con fines no médicos.

Al igual que en años anteriores, el *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* tiene por objeto mejorar la comprensión del problema mundial de las drogas y contribuir a promover una mayor cooperación internacional para contrarrestar sus repercusiones en la salud, la gobernanza y la seguridad.

El anexo estadístico puede consultarse en el sitio web de la UNODC:

<https://www.unodc.org/wdr2019>

ISBN 978-92-1-148314-7

[QR Code]

[Bar code]



UNODC
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



3

DEPRESORES

INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2019

© Naciones Unidas, junio de 2019. Reservados los derechos en todo el mundo.

ISBN: 978-92-1-148314-7

eISBN: 978-92-1-004174-4

Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta:

La presente publicación puede reproducirse en su totalidad o en parte por cualquier medio con 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 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) agradecerá que se le envíe copia de toda publicación que utilice como fuente la presente publicación.

Se recomienda citar la presente publicación como sigue:

Informe Mundial sobre las Drogas 2019 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta

La presente publicación no se puede revender ni podrá ser utilizada con ningún otro fin comercial sin la autorización previa por escrito de la UNODC. Esa autorización deberá solicitarse a 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 ni la opinión ni las políticas de la UNODC, como tampoco las de las organizaciones que han contribuido a su redacción, ni implica aprobación alguna.

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

Division for Policy Analysis and Public Affairs
United Nations Office on Drugs and Crime
PO Box 500
1400 Vienna
Austria
Tel.: (43) 1 26060 0
Fax: (43) 1 26060 5827

Correo electrónico: wdr@un.org
Sitio web: www.unodc.org/wdr2019

PREFACIO

Las conclusiones del *Informe Mundial sobre las Drogas* de este año completan y complican aún más el panorama mundial de los desafíos relacionados con las drogas, subrayando así la necesidad de ampliar la cooperación internacional para promover respuestas equilibradas e integradas en materia de salud y justicia penal a la oferta y la demanda de drogas.

Gracias a la disponibilidad de datos más precisos obtenidos de una investigación más rigurosa realizada en la India y Nigeria, dos de los diez países más poblados del mundo, en la actualidad se sabe que el número de consumidores de opioides y personas con trastornos por consumo de drogas es mucho mayor de lo que se había calculado. En el mundo hay unos 35 millones de personas que padecen trastornos por consumo de drogas y necesitan tratamiento, cifra superior a la estimación anterior de 30,5 millones de personas. También ha aumentado el número de víctimas mortales: 585.000 personas perdieron la vida en 2017 a consecuencia del consumo de drogas.

La prevención y el tratamiento siguen siendo insuficientes para atender las necesidades que existen en muchas partes del mundo. Esa es la situación imperante en particular en los establecimientos penitenciarios, donde los reclusos son especialmente vulnerables al consumo de drogas y corren mayor riesgo de contraer el VIH y la hepatitis C. Este déficit constituye un importante obstáculo para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible y cumplir el compromiso de la comunidad internacional de no dejar a nadie atrás.

Los opioides sintéticos siguen representando una grave amenaza para la salud, en un contexto marcado por el número creciente de muertes por sobredosis en América del Norte y la expansión del tráfico de fentanilo y sus análogos en Europa y otras regiones. La crisis de los opioides que ha ocupado muchos menos titulares pero que requiere igualmente atención internacional urgente es el uso con fines no médicos del analgésico tramadol, particularmente en África. La cantidad de tramadol incautada en el mundo alcanzó la cifra récord de 125 toneladas en 2017; los pocos datos disponibles indican que el tramadol que se usa con fines no médicos en África se fabrica de manera ilícita en Asia Meridional y desde allí se introduce en la región, así como en algunas partes del Oriente Medio.

La respuesta al uso indebido del tramadol pone de manifiesto las dificultades que tienen los países para encontrar un punto de equilibrio entre permitir el necesario acceso a ese fármaco con fines médicos y atajar su uso indebido (con recursos limitados y unos sistemas de atención de la salud desbordados) y al mismo tiempo combatir la delincuencia organizada y el tráfico.

La producción de opio y la fabricación de cocaína se mantienen en niveles récord. Las cantidades incautadas también son más altas que nunca; por ejemplo, la cantidad de cocaína incautada aumentó en un 74 % en el último decenio, mientras que la fabricación se incrementó en un 50 % en ese mismo período, lo cual indica que la actuación de los organismos encargados de hacer cumplir la ley se ha vuelto más eficaz y que el refuerzo de la cooperación internacional podría estar contribuyendo a elevar las tasas de incautación.

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* también se hace eco de la disminución del tráfico de opiáceos desde el Afganistán a lo largo de la ruta “septentrional” que atraviesa Asia Central con destino a la Federación de Rusia. En 2008, alrededor del 10 % de la morfina y la heroína incautadas en todo el mundo se había incautado en países situados a lo largo de la ruta septentrional; en 2017, esa proporción se redujo al 1 %. Esto podría deberse en parte a un cambio en la demanda de los mercados de destino en favor de las drogas sintéticas. También ha podido contribuir el hecho de que las respuestas regionales se hayan vuelto más eficaces.

Los países de Asia Central, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), han destinado considerables recursos al fortalecimiento de la cooperación regional mediante programas nacionales, regionales y mundiales integrados de la UNODC, así como mediante plataformas como el Centro Regional de Información y Coordinación de Asia Central, la Iniciativa Afganistán-Kirguistán-Tayikistán y la Iniciativa Triangular y su célula de planificación conjunta. Es necesario seguir investigando, entre otros fines para extraer enseñanzas y definir mejores prácticas que puedan informar las medidas que se adopten en el futuro.

La cooperación internacional también ha logrado frenar la profusión de nuevas sustancias psicoactivas. En los últimos años, la Comisión de Estupefacientes, con sede en Viena, ha actuado con rapidez para someter a fiscalización las nuevas sustancias psicoactivas más nocivas, y el sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas de la UNODC ha ayudado a la comunidad internacional a mantenerse al día de las novedades que se han ido produciendo.

La clave del éxito sigue residiendo en la voluntad política y la disponibilidad de financiación adecuada. Los esfuerzos desplegados por Colombia para reducir la producción de cocaína tras el acuerdo de paz alcanzado en 2016 con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) son un ejemplo de ello. Las iniciativas de desarrollo

alternativo han permitido que los campesinos de algunas de las regiones centrales del país que anteriormente se hallaban bajo el control de las FARC abandonen el cultivo de arbusto de coca y se incorporen a la economía lícita. El resultado ha sido una reducción drástica de la producción de cocaína. Sin embargo, en otras zonas controladas anteriormente por las FARC se han instalado grupos delictivos que han ocupado el vacío dejado y han expandido el cultivo. El desarrollo alternativo únicamente puede prosperar si se le presta atención constante y se integra en objetivos de desarrollo más amplios.

Los éxitos que se señalan entre los numerosos e ingentes problemas que siguen teniendo los países para hacer frente a la oferta y la demanda de las drogas ponen de relieve que la cooperación internacional funciona. El reto que tenemos ante nosotros es lograr que esta cooperación funcione para más personas.

La cooperación internacional se basa en acuerdos marco. Prácticamente todos los países han reafirmado su determinación de adoptar decisiones equilibradas y basadas en los derechos y fundamentadas en los tratados de fiscalización internacional de drogas. La reafirmación más reciente de ese compromiso es la Declaración Ministerial sobre el Fortalecimiento de Nuestras Medidas a Nivel Nacional, Regional e Internacional para Acelerar el Cumplimiento de Nuestros Compromisos Conjuntos a fin de Abordar y Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, aprobada en la serie de sesiones a nivel ministerial del 62º período de sesiones de la Comisión de Estupeficientes.

La UNODC ayuda a los países a llevar a la práctica sus compromisos mediante la aplicación de las normas internacionales sobre prevención y tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y el VIH, así como las normas y reglas en materia de administración de justicia y tratamiento de reclusos. Prestamos asistencia técnica a la medida a través de nuestras oficinas extrasede y nuestros programas mundiales, y mediante los instrumentos que ponemos a disposición de quienes los necesiten y la labor de investigación que llevamos a cabo.

Espero que el *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* arroje más luz sobre el problema mundial de las drogas e informe las respuestas de la comunidad internacional. Si trabajamos juntos y centramos nuestra atención y nuestros recursos podremos contribuir a que las personas reciban los servicios que necesitan sin discriminación, promover la seguridad, someter a los delincuentes a la acción de la justicia, salvaguardar la salud y lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

[Signature]

Yury Fedotov

Director Ejecutivo

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

ÍNDICE

FASCÍCULO 1 RESUMEN, CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS EN MATERIA DE POLÍTICAS

FASCÍCULO 2 PANORAMA MUNDIAL DE LA DEMANDA Y LA OFERTA DE DROGAS

FASCÍCULO 3 **DEPRESORES**

PREFACIO

NOTAS EXPLICATIVAS

CONTENIDO DEL FASCÍCULO

OPIOIDES

Introducción

Uso no médico de opioides

Oferta de opiáceos

Oferta de fármacos opioides

OTROS DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Introducción

Uso no médico de sedantes y tranquilizantes

Oferta de sedantes y tranquilizantes

ANEXO

GLOSARIO

AGRUPACIONES REGIONALES

FASCÍCULO 4 ESTIMULANTES

FASCÍCULO 5 CANNABIS Y ALUCINÓGENOS

Agradecimientos

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* fue elaborado por la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), bajo la supervisión de Jean-Luc Lemahieu, Director de la División, y Angela Me, Jefa de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias.

Coordinación y supervisión del contenido en general

Chloé Carpentier
Angela Me

Análisis y redacción

Kamran Niaz
Thomas Pietschmann

Gestión de datos y producción de estimaciones

Enrico Bisogno
Conor Crean
Hernán Epstein
Sabrina Levissianos
Andrea Oterová
Umidjon Rakhmonberdiev
Ali Saadeddin
Tun Nay Soe
Irina Tsoy
Fatma Usheva
Lorenzo Vita

Edición

Jonathan Gibbons

Diseño gráfico y maquetación

Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttinig
Fabian Rettenbacher

Coordinación

Francesca Massanello

Apoyo administrativo

Iulia Lazar

Revisión y comentarios

La elaboración del *Informe Mundial sobre las Drogas 2019* ha sido posible gracias a los conocimientos especializados y las valiosas aportaciones de colegas de todas las divisiones de la UNODC. La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias agradece la importante contribución que han realizado sus colegas de la Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos y de la Dependencia de Desarrollo y Gestión de Programas.

La Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias agradece las inestimables aportaciones y el valioso asesoramiento recibidos del Comité Consultivo Científico del *Informe Mundial sobre las Drogas*:

Jonathan Caulkins
Paul Griffiths
Marya Hynes
Vicknasingam B. Kasinather
Charles Parry

Afarin Rahimi-Movaghar
Peter Reuter
Alison Ritter
Francisco Thoumi

NOTAS EXPLICATIVAS

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

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

Los países y zonas geográficas se designan por los nombres que eran de uso oficial en el momento en que se recopilaron los correspondientes datos.

Toda referencia a Kosovo en el *Informe Mundial sobre las Drogas*, de haberla, debe entenderse en conformidad con la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad.

Puesto que existe cierta ambigüedad científica y jurídica en las distinciones entre “uso” (o “consumo”), “uso indebido” y “abuso” de drogas, en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se utilizan indistintamente los términos neutros “uso de drogas” o “consumo de drogas”. El término “uso indebido” solo se emplea para designar el consumo con fines no médicos de fármacos sujetos a prescripción médica.

El uso de los términos “droga” y “uso de drogas” (o “consumo de drogas”) en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se refiere a las sustancias sometidas a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas, así como a su uso con fines no médicos.

A menos que se indique otra cosa, todos los análisis contenidos en el *Informe Mundial sobre las Drogas* se basan en los datos oficiales presentados por los Estados Miembros a la UNODC a través del cuestionario para los informes anuales.

Los datos demográficos que figuran en el *Informe Mundial sobre las Drogas* proceden de la publicación *World Population Prospects: The 2017 Revision* (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas).

Salvo indicación en contrario, por “dólares” se entenderá dólares de los Estados Unidos.

Salvo indicación en contrario, por “toneladas” se entenderá toneladas métricas.

En el presente fascículo se han utilizado las siguientes siglas y acrónimos:

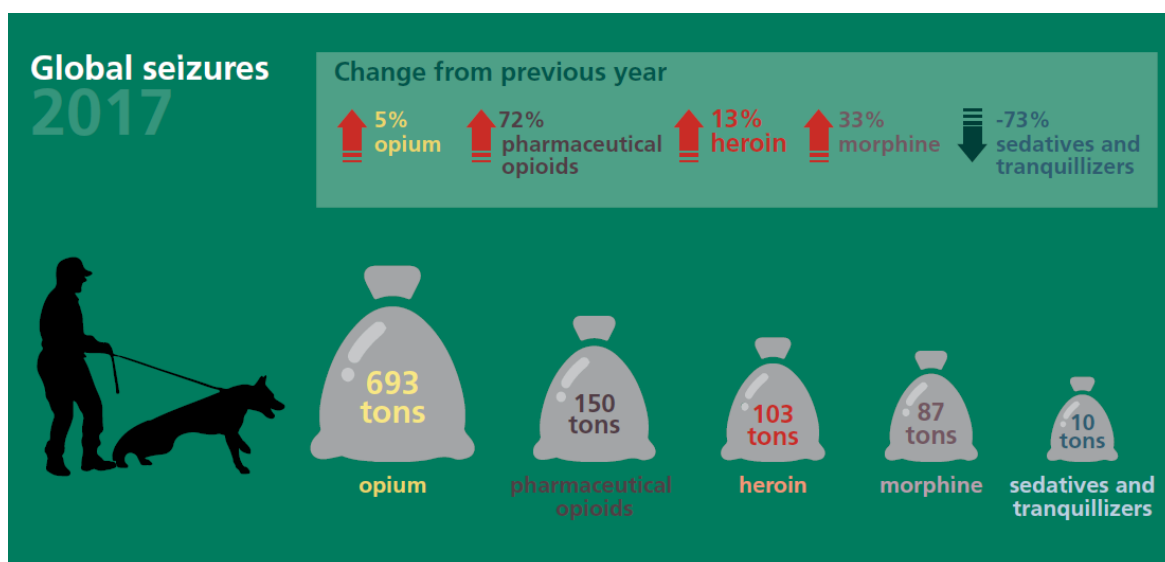
4-ANPP	4-anilino- <i>N</i> -fenetil-4-piperidona
ANPP	4-anilino- <i>N</i> -fenetil-4-piperidona
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
DEA	Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos
GABA	ácido <i>gamma</i> -aminobutírico
GBL	<i>gamma</i> -butirolactona
GHB	ácido <i>gamma</i> -hidroxibutírico
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
NPP	<i>N</i> -fenetil-4-piperidona
NPS	nuevas sustancias psicoactivas
OMS	Organización Mundial de la Salud
S-DDD	dosis diarias definidas con fines estadísticos
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

CONTENIDO DEL FASCÍCULO

El presente fascículo, tercer capítulo del *Informe Mundial sobre las Drogas 2019*, ofrece un análisis del mercado de las sustancias que se conocen en general como depresores del sistema nervioso central y que se utilizan principalmente para suprimir, inhibir o reducir la actividad cerebral. Las principales clases de depresores que se analizan en esta sección se dividen en opioides, sedantes, tranquilizantes e hipnóticos. En las secciones relativas a la oferta de drogas se examinan los depresores que se han desviado de fuentes lícitas y los que se han fabricado ilícitamente, y en las secciones relativas a la demanda de drogas se examina el uso médico y no médico de los depresores. En las secciones pertinentes se proporciona información preliminar que ayude a entender cómo actúan los depresores en el organismo humano.

Si bien los depresores del sistema nervioso central se usan por sí solos por su efecto psicoactivo, también ocupan un lugar prominente en los hábitos de policonsumo de las personas que consumen diferentes drogas. Un ejemplo de ello es el consumo simultáneo de opioides y de dos o más depresores, como el alcohol y las benzodiazepinas, para automedicarse o potenciar los efectos de los opioides^{1,2}. En otros casos, para adaptarse a las variaciones en la dinámica del mercado en lo que se refiere a la disponibilidad, pureza o precio de determinada droga, las personas que consumen como droga principal un depresor (por ejemplo, un opioide), pueden sustituirlo fácilmente por otro opioide (por ejemplo, la oxiconona por heroína o viceversa) a fin de que sus experiencias psicoactivas sigan manteniendo el mismo nivel³. Los depresores también se consumen simultánea o sucesivamente con estimulantes, ya sea con el fin de superar los efectos secundarios de la otra sustancia o de aliviar los efectos nocivos y la gravedad de los síntomas de abstinencia^{4, 5}.

[Diagram]



Global seizures 2017	Incautaciones mundiales 2017
Change from previous year	Variación con respecto al año anterior
5% opium	5 % opio
72% pharmaceutical opioids	72 % fármacos opioides

¹ Marc Vogel *et al.*, “Treatment or ‘high’: benzodiazepine use in patients on injectable heroin or oral opioids”, *Addictive Behaviors*, vol. 38, núm. 10 (octubre de 2013), págs. 2477 a 2484.

² Takahiro Yamamoto *et al.*, “Concurrent use of benzodiazepine by heroin users: what are the prevalence and the risks associated with this pattern of use?”, *Journal of Medical Toxicology*, vol. 15, núm. 1 (enero de 2019), págs. 4 a 11.

³ Véase también *Informe Mundial sobre las Drogas 2016* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.16.XI.7).

⁴ Francesco Leri *et al.*, “Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use”, *Addiction* (2003), núm. 98, págs. 7 a 22.

⁵ Keith A. Trujillo *et al.*, “Powerful behavioural interactions between methamphetamine and morphine”, *Pharmacology, biochemistry and behaviour*, septiembre de 2011, vol. 99, núm. 3, págs. 451 a 458.

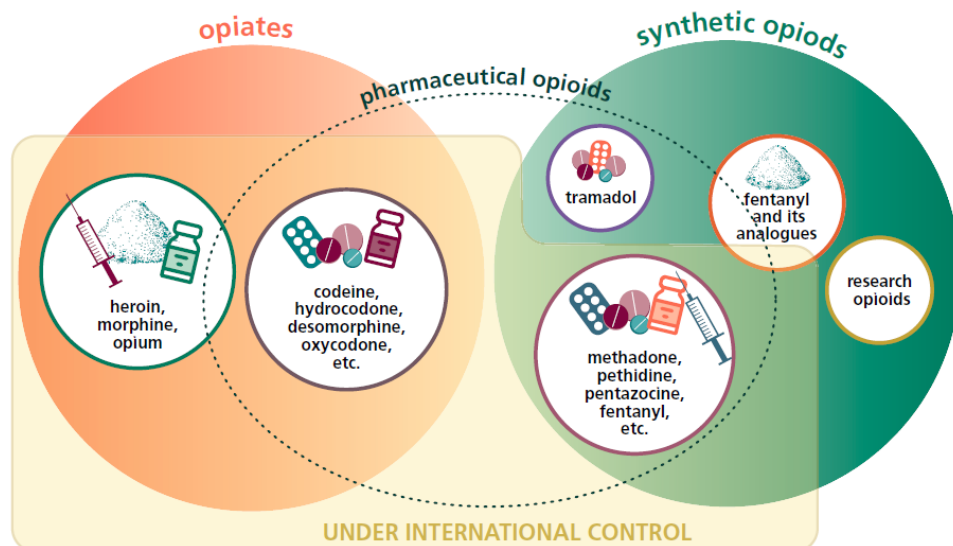
13% heroin	13 % heroína
33% morphine	33 % morfina
-73% sedatives and tranquillizers	-73 % sedantes y tranquilizantes
693 tons opium	693 t opio
150 tons pharmaceutical opioids	150 t fármacos opioides
103 tons heroin	103 t heroína
87 tons morphine	87 t morfina
10 tons sedatives and tranquillizers	10 t sedantes y tranquilizantes

OPIOIDES

Introducción

El término genérico “opioides” abarca tanto los opiáceos como sus análogos sintéticos⁶. Los opiáceos son los alcaloides naturales que se encuentran en la adormidera, como la morfina, la codeína y la tebaína, y sus derivados semisintéticos, como la heroína, la hidrocodona, la oxicodona y la buprenorfina^{7, 8}. El término “opioides” también abarca los opioides sintéticos, que son sustancias estructuralmente diversas. Algunos se utilizan en medicina principalmente para el alivio del dolor resultante de traumatismos, intervenciones quirúrgicas y cánceres, por lo que también se los denomina fármacos opioides, para indicar su uso con fines médicos⁹. La mayoría de los fármacos opioides están sometidos a fiscalización en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, con la excepción de algunos, como la buprenorfina, que se someten a fiscalización de conformidad con el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. El tramadol es un ejemplo de fármaco opioide que actualmente no está sometido a fiscalización en virtud de los tratados sobre drogas.

[Diagram]



⁶ OMS, *Glosario de términos de alcohol y drogas* (Ginebra, 2014).

⁷ *Ibid.*

⁸ Todos los opiáceos están sometidos a fiscalización en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, excepto la buprenorfina, que está sujeta a fiscalización en virtud de la Lista III del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

⁹ Véase, por ejemplo, *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.16.XI.6).

opiates	opiáceos
synthetic opioids	opioides sintéticos
pharmaceutical opioids	fármacos opioides
heroin, morphine, opium	heroína, morfina, opio
codeine, hydrocodone, desomorphine, oxycodone, etc.	codeína, hidrocodona, desomorfina, oxicodona, etc.
tramadol	tramadol
fentanyl and its analogues	fentanilo y sus análogos
research opioids	opioides de investigación
methadone, pethidine, pentazocine, fentanyl, etc.	metadona, petidina, pentazocina, fentanilo, etc.
UNDER INTERNATIONAL CONTROL	SOMETIDOS A FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL

Examples of synthetic opioids

Alphaprodine	Anileridine	Bezitramide
Dextromoramide	Dextropropoxyphene	Diphenoxylate
Dipipanone	Fentanyl and some of its analogues such as alfentanil, remifentanil	Ketobemidone
Levorphanol	Methadone	Pethidine
Phenazocine	Phenoperidine	Pentazocine

Examples of synthetic opioids	Ejemplos de opioides sintéticos
Alphaprodine	Alfaprodina
Anileridine	Anileridina
Bezitramide	Becitramida
Dextromoramide	Dextromoramida
Dextropropoxyphene	Dextropropoxifeno
Diphenoxylate	Difenoxilato
Dipipanone	Dipipanona
Fentanyl and some of its analogues such as alfentanil, remifentanil	Fentanilo y algunos de sus análogos, como el alfentanilo y el remifentanilo
Ketobemidone	Cetobemidona
Levorphanol	Levorfanol
Methadone	Metadona
Pethidine	Petidina
Phenazocine	Fenazocina
Phenoperidine	Fenoperidina
Pentazocine	Pentazocina

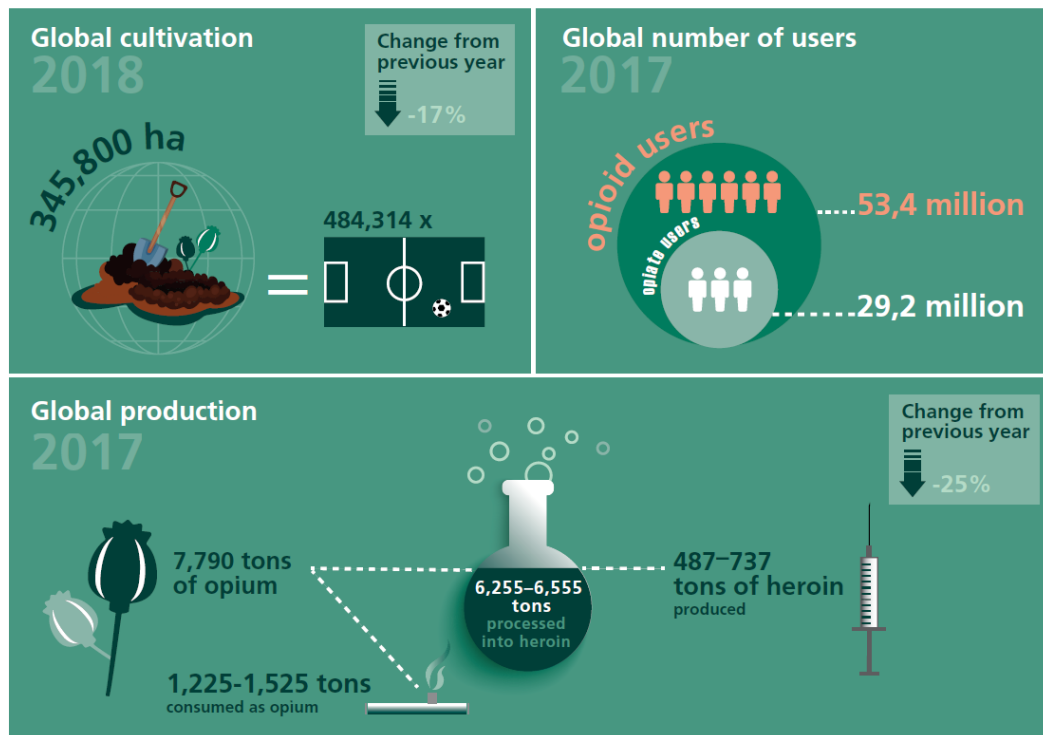
Nota: Estos opioides sintéticos están sometidos a fiscalización en virtud de la Convención de 1961, con excepción de la pentazocina, que está sujeta a fiscalización en virtud del Convenio de 1971.

[Diagram ends]

En la actualidad, la mayor parte del opio se produce ilegalmente para su consumo no médico o para la fabricación ilegal de morfina y su derivado semisintético, la heroína, que son sustancias sometidas a fiscalización internacional en virtud de la Convención de 1961. El opio y la paja de adormidera también se producen legalmente para uso médico, sobre todo para la fabricación de morfina, codeína y tebaína, así como para la posterior fabricación de varios opioides semisintéticos, que también pertenecen a la categoría de “opiáceos”.

En los últimos 50 años, la industria farmacéutica ha desarrollado varios agonistas de los receptores de opioides sintéticos, tanto para uso médico como veterinario, con el objetivo de elaborar medicamentos más eficaces para el tratamiento del dolor. Algunas de esas sustancias resultaron ser eficaces y posteriormente se comercializaron en el mercado farmacéutico, pero muchas no se siguieron desarrollando y nunca se llegaron a comercializar como fármacos opioides. Algunas sustancias descartadas, incluidos muchos análogos del fentanilo y opioides de investigación, como el U-47700 y el AH-7921, se derivan de la información contenida en las publicaciones de investigación de las empresas farmacéuticas y se han introducido en los mercados ilícitos de drogas. Algunas de ellas, como el furanilfentanilo y el U-47700, se han sometido recientemente a fiscalización internacional. Las sustancias no sometidas a fiscalización internacional se clasifican como nuevas sustancias psicoactivas (NSP) con efectos opioides.

[Diagram from page 10]



Global cultivation 2018	Cultivo mundial 2018
Change from previous year -17%	Variación con respecto al año anterior -17 %
345,800 ha	345.800 ha
484,314 x	484.314 x
Global number of users 2017	Número de consumidores en todo el mundo 2017
opiod users	consumidores de opioides
opiate users	consumidores de opiáceos
53,4 million	53,4 millones
29,2 million	29,2 millones
Global production 2017	Producción mundial 2017
7,790 tons of opium	7.790 t de opio
1,225-1,525 tons consumed as opium	1.225 t a 1.525 t consumidas como opio
6,255-6,555 tons processed into heroin	6.255 t a 6.555 t transformadas en heroína
487-737 tons of heroin produced	487 t a 737 t de heroína producidas
Change from previous year -25%	Variación con respecto al año anterior -25 %

[Diagram ends]

Receptores de opioides

En el organismo humano hay tres tipos de receptores de opioides, los receptores mu (μ), delta (Δ) y kappa (K), mediante los cuales los opioides exógenos (drogas o fármacos) y los péptidos endógenos, como las endorfinas, ejercen sus efectos. Los receptores de opioides, que están muy extendidos en el cerebro, el tronco encefálico y la médula espinal, tienen la función de activar los sistemas de gratificación del cerebro y producir analgesia (alivio del dolor) al reducir la transmisión del dolor. La ubicación de los receptores de opioides en determinadas partes del cuerpo, como el “centro respiratorio” del encéfalo, los intestinos y las neuronas periféricas, provoca otros efectos asociados al consumo de opioides, como la depresión respiratoria, el estreñimiento y la sensación de calor¹⁰. Además de estos efectos, los péptidos opioides influyen en una amplia variedad de otras funciones, como la regulación de las respuestas al estrés, los sentimientos, el estado de ánimo, el aprendizaje, la memoria y las funciones inmunitarias¹¹.

Fármacos opioides usados con fines médicos

Los fármacos opioides se han utilizado con fines de tratamiento y control del dolor agudo y crónico ocasionado por los traumatismos físicos y la atención posquirúrgica, y en los cuidados paliativos del cáncer y otras afecciones crónicas. Además, los fármacos opioides como la buprenorfina y la metadona figuran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS para el tratamiento de los trastornos por consumo de opioides. En algunos países, la heroína se utiliza en el contexto médico como parte de un tratamiento dirigido a personas en quienes han fracasado anteriormente otras opciones de tratamiento con opioides. Tales procedimientos pueden ayudar a esas personas a seguir su tratamiento, limitar el consumo de drogas de venta callejera, reducir sus actividades ilícitas y, tal vez, reducir sus probabilidades de sufrir sobredosis y de morir. En esos programas de tratamiento con heroína, preferiblemente en un entorno clínico, la sustancia se administra sin adulterar, a precios subsidiados o incluso sin costo alguno¹². Además, algunos de los opioides que no están sujetos a prescripción médica también se utilizan para aliviar la tos y la diarrea grave.

CUADRO 1 Fármacos opioides y sus usos

Indication or condition	Main opioids used for treatment
Severe pain	Fentanyl, hydromorphone, morphine and pethidine
Moderate to severe pain	Buprenorphine, oxycodone and tramadol
Mild to moderate pain	Codeine, dihydrocodeine and dextropropoxyphene
Induce or supplement anaesthesia	Fentanyl and its analogues such as alfentanil and remifentanil
Cough suppressant	Codeine, dihydrocodeine, pholcodine and ethylmorphine
Gastrointestinal disorders such as diarrhoea	Codeine and diphenoxylate
Opioid use disorders	Buprenorphine and methadone

Indication or condition	Indicación o condición
Main opioids used for treatment	Principales opioides utilizados para el tratamiento
Severe pain	Dolor intenso
Fentanyl, hydromorphone, morphine and pethidine	Fentanilo, hidromorfona, morfina y petidina
Moderate to severe pain	Dolor de moderado a intenso

¹⁰ UNODC, “Claves para entender la crisis mundial de los opioides”, Global SMART Update, vol. 21 (marzo de 2018).

¹¹ OMS, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Ginebra, 2004).

¹² Marica Ferri, Marina Davoli y Carlos A. Perucci, “Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 12 (2011).

Buprenorphine, oxycodone and tramadol	Buprenorfina, oxicodona y tramadol
Mild to moderate pain	Dolor de leve a moderado
Codeine, dihydrocodeine and dextropropoxyphene	Codeína, dihidrocodeína y dextropropoxifeno
Induce or supplement anaesthesia	Inducir la anestesia o complementar su efecto
Fentanyl and its analogues such as alfentanil and remifentanil	Fentanilo y algunos de sus análogos, como el alfentanilo y el remifentanilo
Cough suppressant	Antitusígeno
Codeine, dihydrocodeine, pholcodine and ethylmorphine	Codeína, dihidrocodeína, folcodina y etilmorfina
Gastrointestinal disorders such as diarrhoea	Trastornos gastrointestinales como la diarrea
Codeine and diphenoxylate	Codeína y difenoxilato
Opioid use disorders	Trastornos por consumo de opioides
Buprenorphine and methadone	Buprenorfina y metadona

Fuente: JIFE, *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2018; estadísticas de 2016* (E/INCB/2017/2), párr. 36.

Según la JIFE, el consumo con fines médicos de fármacos opioides sometidos a fiscalización internacional (expresado en dosis diarias definidas) se duplicó con creces entre 1998 y 2010, se mantuvo estable entre 2010 y 2014 y posteriormente disminuyó un 10 % hasta 2017¹³.

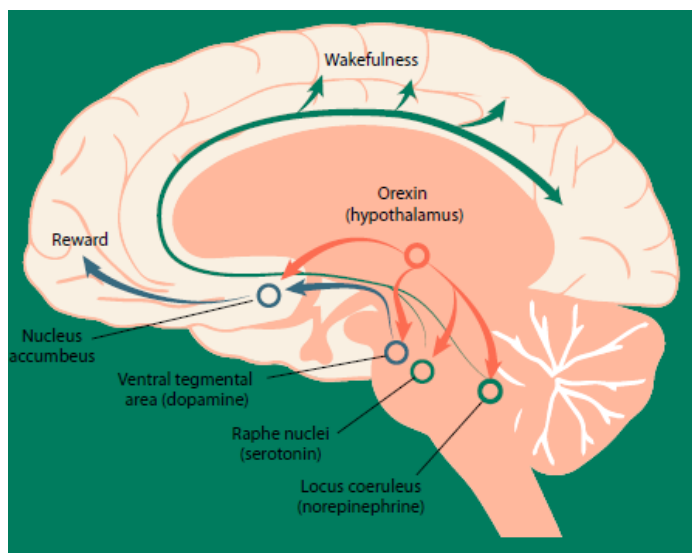
[Box on page 11]

Sistema mesolímbico de la dopamina

El sistema mesolímbico de la dopamina, que abarca el área tegmentaria ventral y el núcleo *accumbens* del cerebro, interviene en los procesos de estimulación, gratificación y motivación^a. La dopamina es el principal neurotransmisor de este sistema y su función consiste en mediar las sensaciones de gratificación, la motivación del placer, los impulsos y la agresividad, entre otros, así como las condiciones de estrés conexas.

Aunque se sabe que la cocaína y los psicoestimulantes anfetamínicos bloquean los transportadores de dopamina, con el consiguiente aumento de la concentración de dopamina en el espacio sináptico, se ha dicho que los opiáceos aumentan la liberación de dopamina en el núcleo *accumbens*, que es uno de los principales mecanismos de los efectos de gratificación^b.

[Diagram in box]



Wakefulness	Vigilia
Reward	Gratificación
Orexin (hypothalamus)	Orexina (hipotálamo)
Nucleus accumbens	Núcleo accumbens
Ventral tegmental area (dopamine)	Área tegmentaria ventral (dopamina)

¹³ Fuente: JIFE, *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017* (E/INCB/2018/2) y años anteriores.

Raphe nuclei (serotonin)	Núcleos del rafe (serotonina)
Locus coeruleus (norepinephrine)	Locus cerúleo (norepinefrina)

Las propiedades de aprendizaje asociativo relacionadas con la liberación de dopamina intensifican los efectos de refuerzo del fármaco, así como del entorno y las reacciones emocionales asociadas a su uso (estímulo y gratificación) y establecen el comportamiento condicionado compulsivo que se conoce como “adicción”.

- ^a OMS, *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence* (Ginebra, 2004).
- ^b Ide Soichion *et al.*, “Distinct roles of opioid and dopamine systems in lateral hypothalamic intracranial self-stimulation”, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol. 20, núm. 5 (mayo de 2017), págs. 403 a 409.

[Box ends]

[Box on page 12]

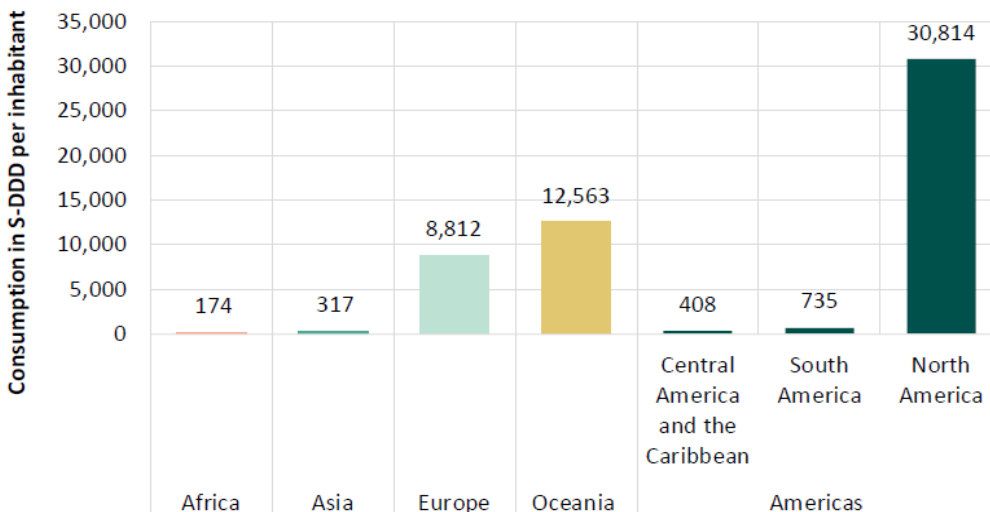
Aumento del uso médico del fentanilo

Hasta la década de 1980 el fentanilo se usaba mayormente como inductor de la anestesia y, en combinación con otras sustancias, para lograr un efecto anestésico en intervenciones quirúrgicas breves. Desde principios de la década de 1990 han proliferado las aplicaciones de ese fármaco. Se han introducido preparados de fentanilo de liberación prolongada (parches), así como nuevos métodos de administración, incluido un aerosol sublingual que ayuda a los pacientes con cáncer a sobrellevar el dolor intenso. El fentanilo se usa cada vez más en todo el mundo para el tratamiento del dolor intenso, lo que ha generado un rápido aumento de la demanda lícita de esa sustancia en todas sus aplicaciones, acompañado de un aumento de su fabricación. Este se frenó hace pocos años debido al número cada vez mayor de muertes por sobredosis atribuidas al consumo de fentanilo y sus análogos con fines no médicos (en particular en América del Norte), pese a que, en muchos casos, el fentanilo y los análogos del fentanilo que en realidad ocasionaron las muertes por sobredosis parecerían haberse obtenido mediante fabricación y tráfico ilícitos^a.

- ^a JIFE, *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2018; estadísticas de 2016* (E/INCB/2017/2).

[Box ends]

FIG. 1 Disponibilidad de fármacos opioides para uso médico (en dosis diarias definidas por millón de habitantes), en promedio entre 2015 y 2017



Consumption in S-DDD per inhabitant	Consumo en S-DDD por habitante
Africa	África
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
Americas	América

Central America and the Caribbean	Centroamérica y el Caribe
South America	América del Sur
North America	América del Norte

Fuente: JIFE, *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017* (E/INCB/2018/2).

Nota: El consumo se mide en función de las ventas al por mayor comunicadas por los principales médicos, farmacias y hospitales. A los efectos de la Convención de 1961, se considera que un estupefaciente ha sido “consumido” cuando ha sido entregado a una persona o empresa para su distribución al por menor, para uso médico o para la investigación científica.

El notable aumento de la fabricación y venta de fármacos opioides en la primera década del nuevo milenio hizo que se incrementara el consumo mundial per cápita de esas sustancias. Sin embargo, el aumento ha sido desigual, con niveles extremadamente altos de consumo per cápita en América del Norte, en particular en los Estados Unidos de América, mientras que el consumo per cápita de fármacos opioides en el resto de las Américas, África y Asia (expresado en dosis diarias definidas con fines estadísticos) siguió siendo relativamente bajo en el período 2015-2017. Esta situación parece indicar que sigue habiendo graves deficiencias en cuanto al acceso a los analgésicos y la disponibilidad de esos medicamentos para la mayoría de los habitantes de los países de ingresos medianos y bajos¹⁴.

Paralelamente al gran aumento de la producción y la venta de opioides con fines médicos, en América del Norte se ha registrado un incremento del uso no médico de fármacos opioides y de sus consecuencias adversas, con un aumento alarmante de los casos de sobredosis de opioides, letales y no letales de los que se tiene conocimiento. Otras subregiones, como África Septentrional, África Occidental y Central y el Cercano Oriente y Oriente Medio, también han informado de la propagación del consumo no médico de tramadol, un opioide que no está sometido a fiscalización internacional. A nivel mundial, la preocupación por el uso no médico de fármacos opioides ha creado un dilema debido a la concomitancia de dos necesidades opuestas. Por un lado, la oferta de analgésicos y su accesibilidad son insuficientes para tratar el dolor en muchas regiones (en particular en los países de ingresos medianos y bajos) donde las personas sufren desproporcionadamente las consecuencias de la falta de medicamentos para el tratamiento del dolor. Por otro, la comercialización sin tregua y la excesiva prescripción de opioides, en particular en América del Norte, han dado lugar a casos de adicción iatrogénica y de sobredosis letales y no letales en personas que necesitan tratamiento del dolor. Algunas de estas preocupaciones han dado lugar a la adopción de medidas, por ejemplo, en América del Norte, encaminadas a fortalecer gradualmente el sistema general de fiscalización para prescribir y dispensar fármacos opioides y elaborar directrices aplicables al tratamiento del dolor crónico^{15, 16}.

Uso no médico de opioides

Panorama general del consumo de opioides en distintas regiones

En 2017, según las estimaciones, 53 millones de personas a nivel mundial (margen de variación: 47 a 60 millones), o el 1,1 % de la población de 15 a 64 años, consumieron opioides por lo menos una vez en el último año, la mitad de las cuales habían consumido opiáceos (heroína y opio) en el último año. Se estima que la cifra más alta de prevalencia del consumo de opioides con fines no médicos es la de América del Norte, con casi el 4 % de la población de 15 a 64 años, que representa la cuarta parte de los consumidores de opioides a nivel mundial. Los opioides que suscitan más preocupación en América del Norte siguen siendo los fármacos opioides que se usan con fines no médicos, a saber, la hidrocodona, la oxicodona, la codeína y el tramadol. También se estima que la prevalencia anual del consumo de opiáceos (principalmente heroína) en 2017 en América del Norte (0,7 %) fue superior al promedio mundial (0,6 %). El consumo de opioides en Australia y Nueva Zelanda sigue siendo también muy superior al promedio mundial (3,3 % de la población adulta) y, también en este caso, los que suscitan más preocupación son los fármacos opioides que se usan con fines no médicos.

Dado que la prevalencia del consumo de opioides en Asia también es alta, pues se estima que casi el 1 % de la población consumió opioides en el último año, el tamaño de la población de la región indica que más de la mitad de los consumidores mundiales de opioides residen en Asia (29 millones de consumidores de opioides en el último año). En Asia, la prevalencia del consumo de opioides (2,3 % de la población adulta) es alta en las subregiones del Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia Sudoccidental, que suman un total de casi 8,5 millones de consumidores de opioides en el último año. La alta prevalencia del consumo de opioides en esas subregiones se debe al consumo en el Afganistán, el

¹⁴ JIFE, *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017* (E/INCB/2018/2) y años anteriores.

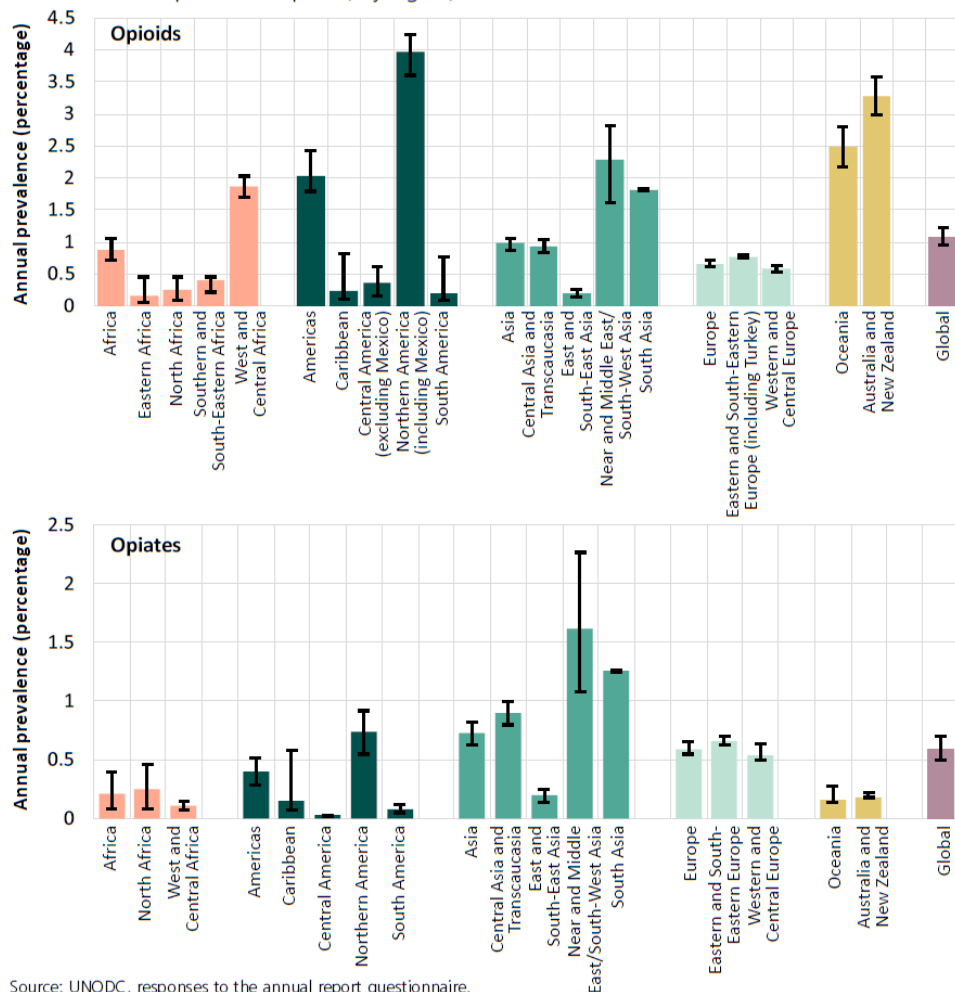
¹⁵ Véase, por ejemplo, Deborah Dowell, Tamara M. Haegerich y Roger Chou, “CDC guidelines for prescribing opioids for chronic pain: United States, 2016”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 65, núm. 1 (2016), págs. 1 a 49.

¹⁶ Nora D. Volkow y A. Thomas McLellan, “Opioid abuse in chronic pain: misconceptions and mitigation strategies”, *New England Journal of Medicine*, vol. 374 (marzo de 2016), págs. 1253 a 1263.

Irán (República Islámica del) y el Pakistán. Sin embargo, entre esos países existen diferencias en cuanto a la naturaleza del problema de los opioides. En el Afganistán, el opio sigue siendo el opioide predominante, ya que casi el 70 % de los consumidores de opioides informan de que han consumido esa sustancia, pero también hay un consumo importante de heroína y de fármacos opioides con fines no médicos¹⁷. En la República Islámica del Irán, casi el 90 % de los consumidores de opioides declaran que consumen opio o el extracto condensado de cenizas de opio vaporizadas (*shireh*)^{18, 19}. En el Pakistán, el consumo de opioides es más variado: en 2012, independientemente del policonsumo de drogas entre los consumidores de opioides, de los 2,7 millones de consumidores de opioides según las estimaciones, 1,6 millones comunicaron también el uso no médico de fármacos opioides y se estimó que más de 1 millón de personas eran consumidoras habituales de opiáceos, la mayoría de las cuales consumían heroína (860.000), mientras que una tercera parte consumía opio (320.000)²⁰. Si bien el consumo de opiáceos (heroína y opio) era mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres del Pakistán, una proporción similar de hombres y mujeres informaron del consumo no médico de fármacos opioides en el país²¹.

FIG. 2 Consumo de opioides y opiáceos, por región, 2017

FIG. 2 Use of opioids and opiates, by region, 2017



Source: UNODC, responses to the annual report questionnaire.

Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Opioids	Opioides
Africa	África
Eastern Africa	África Oriental

¹⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), “Drug use in Afghanistan: 2009 survey” (2009).

¹⁸ Estadísticas oficiales comunicadas por la Dirección de Lucha contra las Drogas de la República Islámica del Irán.

¹⁹ Masoumed Amin-Esmaeili *et al.*, “Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey”, *Addiction*, vol. 111, núm. 10 (octubre de 2016).

²⁰ UNODC y Pakistán, Ministerio del Interior y de Fiscalización de Estupefacientes, *Drug use in Pakistan 2013* (Islamabad, 2014).

²¹ *Ibid.*

North Africa	África Septentrional
Southern and South-Eastern Africa	África Meridional y Sudoriental
West and Central Africa	África Occidental y Central
Americas	América
Caribbean	Caribe
Central America (excluding Mexico)	Centroamérica (excluido México)
Northern America (including Mexico)	América del Norte (incluido México)
South America	América del Sur
Asia	Asia
Central Asia and Transcaucasia	Asia Central y Transcaucasia
East and South-East Asia	Asia Oriental y Sudoriental
Near and Middle East/South-West Asia	Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental
South Asia	Asia Meridional
Europe	Europa
Eastern and South-Eastern Europe (including Turkey)	Europa Oriental y Sudoriental (incluida Turquía)
Western and Central Europe	Europa Occidental y Central
Oceania	Oceanía
Australia and New Zealand	Australia y Nueva Zelandia
Global	Todo el mundo
Opiates	Opiáceos
Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Africa	África
North Africa	África Septentrional
West and Central Africa	África Occidental y Central
Americas	América
Caribbean	Caribe
Central America	Centroamérica
Northern America	América del Norte
South America	América del Sur
Asia	Asia
Central Asia and Transcaucasia	Asia Central y Transcaucasia
East and South-East Asia	Asia Oriental y Sudoriental
Near and Middle East/South-West Asia	Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental
South Asia	Asia Meridional
Europe	Europa
Eastern and South-Eastern Europe	África Oriental y Sudoriental
Western and Central Europe	Europa Occidental y Central
Oceania	Oceanía
Australia and New Zealand	Australia y Nueva Zelandia
Global	Todo el mundo

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

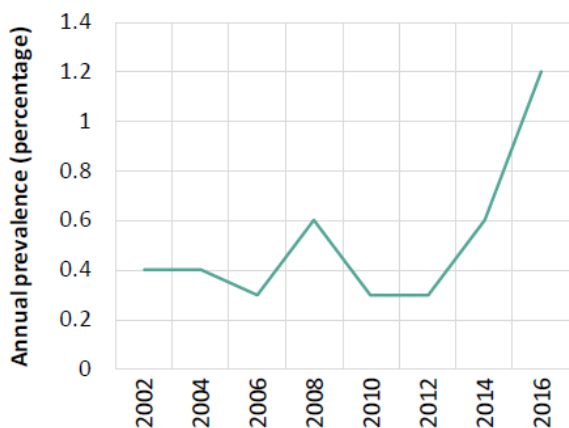
En Asia Meridional, el 1,8 % de la población adulta, es decir, 19 millones de personas que representan el 35 % de la estimación mundial, consumieron opioides en el último año. El mayor peso en estas estimaciones lo tiene la India, donde el 2,1 % de la población de 10 a 75 años, es decir, un total de 23 millones de personas, había consumido opioides en el último año (2018)²². La heroína es el opioide más prevalente, con una prevalencia en el último año del 1,1 % en la población de 10 a 75 años, seguida del consumo no médico de fármacos opioides, con una prevalencia de casi el 1 % en la población general, y el opio, con una prevalencia de casi el 0,5 %. El consumo de opioides en el último año es mucho mayor entre los hombres en general (4 % de la población masculina) que entre las mujeres (0,2 % de la población femenina). Además, se estima que el 1,8 % de los adolescentes de 10 a 17 años son consumidores de opioides en el

²² Atul Ambekar *et al.*, *Magnitude of Substance Use in India 2019* (Nueva Delhi, Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento, 2019).

último año. Del total de 23 millones de consumidores de opioides en el último año, se considera que aproximadamente un tercio, es decir, 7,7 millones de personas, sufren trastornos por consumo de opioides en la India. Los estados que tienen la mayor prevalencia de consumo de opioides en el país son los del noreste (Mizoram, Nagaland, Arunachal Pradesh, Sikkim, Manipur), además de Punjab, Haryana y Delhi, en el norte del país.

África Occidental y Central es también una subregión con una elevada prevalencia del uso no médico de opioides (1,9 %, es decir, unos 5 millones de consumidores de opioides), en la que predomina el consumo no médico de fármacos opioides, en particular del tramadol. Sin embargo, la falta de datos sobre la prevalencia del consumo de drogas en África dificulta la cuantificación de sus tendencias y de su nivel. En Nigeria, por ejemplo, la prevalencia de los fármacos opioides en 2017 se estimó en el 4,7 % de la población de 15 a 64 años (lo que corresponde a unos 4,6 millones de consumidores en el último año), cifra que en su mayor parte puede atribuirse al uso no médico del tramadol y, en menor medida, al uso no médico de la codeína y la morfina²³.

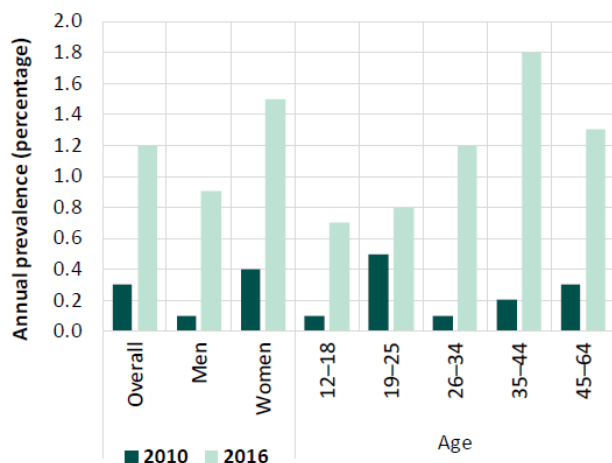
FIG. 3 Consumo de opioides con fines no médicos, Chile, 2002-2016



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
--------------------------------	---------------------------------

Fuente: Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016*.

FIG. 4 Consumo de opioides con fines no médicos por sexo y grupo de edad, Chile, 2010 y 2016



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Overall	Total
Men	Hombres
Women	Mujeres
12-18	12 a 18

²³ UNODC, *Drug use in Nigeria 2018* (Viena, 2018).

19–25	19 a 25
26–34	26 a 34
35–44	35 a 44
45–64	45 a 64
Age	Edad
2010 2016	2010 2016

Fuente: Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016*.

Según las estimaciones, la prevalencia del consumo de opioides en Europa en 2017 fue del 0,7 % de la población adulta, lo que equivale a casi 3,8 millones de consumidores de opioides. En Europa Occidental y Central, donde se calcula que hay unos 2 millones de consumidores de opioides (0,6 % de la población adulta), el consumo de opioides es predominantemente de heroína. Sin embargo, en los últimos años ha habido indicios de un aumento del uso no médico de fármacos opioides en la subregión, siendo la metadona, la buprenorfina y el fentanilo los principales fármacos opioides de los que se hacía un uso indebido²⁴.

El uso no médico de opioides en América del Sur y Centroamérica en 2017 se estimó en un 0,2 % y un 0,4 %, respectivamente. La mayoría de los países de esas subregiones informan de que el consumo no médico de fármacos opioides es mayor que el de heroína. De los países de América del Sur, en Chile, que ha comunicado información reciente sobre el uso no médico de fármacos opioides, la prevalencia del uso no médico de fármacos opioides en el último año aumentó del 0,3 % en 2012 al 1,2 % en 2016. Durante ese año, el uso no médico de opioides fue particularmente elevado entre las mujeres, aunque ha aumentado notablemente en el caso de los hombres, así como en los grupos etarios de 26 a 34 años y de 35 a 44 años²⁵.

Factores que han propiciado la epidemia de opioides en los Estados Unidos

En los Estados Unidos de América, el aumento del uso no médico de fármacos opioides desde 1977 se ha atribuido en parte a diversas razones, entre las que cabe mencionar la organización de las estructuras del sistema de salud encargadas de la regulación y control del acceso a esos fármacos, las prácticas de prescripción, la cultura médica respecto de la dispensación y las expectativas de los pacientes²⁶. El número de recetas médicas de opioides despachadas en las farmacias minoristas de los Estados Unidos aumentó de 174 millones en 2000 a 256,9 millones en 2009²⁷. Este aumento, sumado a las elevadas dosis y la mayor duración del período de validez de las recetas de opioides, principalmente para el alivio del dolor agudo a crónico no relacionado con el cáncer, dio lugar a una mayor desviación y uso indebido de los fármacos opioides y a que los usuarios presentaran trastornos por consumo de opioides^{28,29}.

Desde 2006, en algunas partes de los Estados Unidos también se ha observado un aumento gradual del consumo de heroína, que se atribuye principalmente a la disponibilidad de heroína pura y más barata en el mercado. Se ha planteado la hipótesis de que la transición del uso no médico de opioides sujetos a prescripción médica al consumo de heroína, especialmente entre los jóvenes, podría obedecer en parte a la progresión de la adicción en un subgrupo de consumidores con fines no médicos de fármacos opioides sujetos a prescripción médica que consideraban costoso mantener sus hábitos de consumo y pasaron a consumir heroína, ya que les parecía más fiable y más fácil de conseguir a través de los traficantes de drogas, así como más potente y económica que los fármacos opioides^{30,31}.

Otro cambio importante en el mercado de fármacos opioides de los Estados Unidos se produjo en 2010, cuando se introdujeron modificaciones en la formulación de OxyContin® (oxicodona), uno de los opioides que más comúnmente era objeto de uso indebido en el país. La nueva formulación de OxyContin® disuasiva del uso indebido pasó a ser de

²⁴ EMCDDA, *Informe Europeo sobre Drogas 2018: Tendencias y novedades* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018).

²⁵ Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*.

²⁶ Bendikt Fischer *et al.*, “Non-medical use of prescription opioids and prescription opioid-related harms: why so markedly higher in North America compared to the rest of the world?”, *Addiction*, vol. 109, núm. 2 (febrero de 2014), págs. 177 a 181.

²⁷ Nicholas B. King *et al.*, “Determinants of increased opioid-related mortality in the United States and Canada, 1990-2013: a systematic review”, *American Journal of Public Health*, vol. 105, núm. 8 (agosto de 2014), págs. e32 a e42.

²⁸ Wilson M. Compton *et al.*, “Relationships between nonmedical prescription-opioid use and heroin use”, *New England Journal of Medicine*, vol. 374, núm. 2 (2016), págs. 154 a 163.

²⁹ Theodore J. Cicero *et al.*, “Effect of abuse-deterrent formulation of OxyContin”, *New England Journal of Medicine*, vol. 367, núm. 2 (julio de 2012), págs. 187 a 189.

³⁰ Compton *et al.*, “Relationship between nonmedical prescription-opioid use and heroin use”.

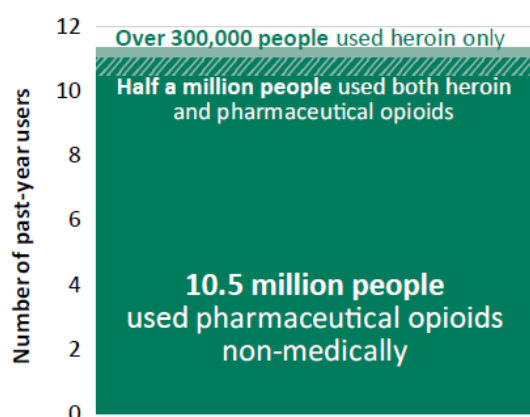
³¹ Daniel Ciccarone, “The triple wave epidemic: Supply and demand drivers of the US opioid overdose crisis”, *International Journal of Drug Policy* (febrero de 2019).

liberación prolongada³² y difícil de alterar, de modo que no pudiera triturarse e inhalarse o inyectarse³³. No obstante, el aumento del consumo de heroína en los Estados Unidos ya había comenzado desde antes de que se introdujeran cambios en las políticas y prácticas relacionadas con los opioides sujetos a prescripción médica. Aun así, dado el gran número de personas que usan fármacos opioides con fines no médicos, aunque solo una pequeña proporción haya pasado a consumir heroína, ello se ha traducido en un número mucho mayor de personas que la consumen³⁴.

En el período comprendido entre 2002 y 2011, los datos recabados mediante la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas mostraron que, entre los nuevos iniciados en el consumo de heroína, las personas que consumían fármacos opioides con fines no médicos tenían una probabilidad 19 veces mayor de iniciarse en el consumo de heroína que las que no habían informado del uso no médico de fármacos opioides. La tasa de iniciación en la heroína aumentó a la par de la frecuencia del uso no médico de fármacos opioides en el último año y entre las personas con trastornos por consumo de opioides. A la inversa, solo un pequeño porcentaje (3,6 %) de quienes habían empezado a usar fármacos opioides con fines no médicos se habían iniciado en el consumo de heroína en los cinco años siguientes a la primera vez en que consumieron fármacos opioides con fines no médicos^{35, 36}.

En 2017 se constató que era muy probable que las personas que consumían heroína también hubieran consumido anteriormente fármacos opioides y se hubieran pasado a la heroína o hubieran seguido consumiendo ambas sustancias. De un total estimado de 11,1 millones de personas en los Estados Unidos en 2017 que habían consumido opioides con fines no médicos en el último año, 10,5 millones de ellas (95 %) habían consumido principalmente fármacos opioides y el 5 %, alrededor de medio millón, también heroína. Esto representa más de la mitad de las 886.000 personas que, según las estimaciones, habían consumido heroína en el último año³⁷.

FIG. 5 La superposición entre el uso no médico de fármacos opioides y de heroína en el último año en los Estados Unidos, 2017



Number of past-year users	Número de consumidores de opioides en el último año
Over 300,000 people used heroin only	Más de 300.000 personas consumieron solo heroína
Half a million people used both heroin and pharmaceutical opioids	Medio millón de personas consumieron heroína y fármacos opioides
10.5 million people used pharmaceutical opioids non-medically	10,5 millones de personas usaron fármacos opioides con fines no médicos

Fuente: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health* (Rockville, Maryland, 2018).

³² La formulación de liberación controlada está diseñada para lograr niveles terapéuticos óptimos durante un período definido.

³³ Cicero *et al.*, "Effect of abuse-deterrent formulation of OxyContin".

³⁴ Compton *et al.*, "Relationship between non-medical prescription opioid use and heroin use".

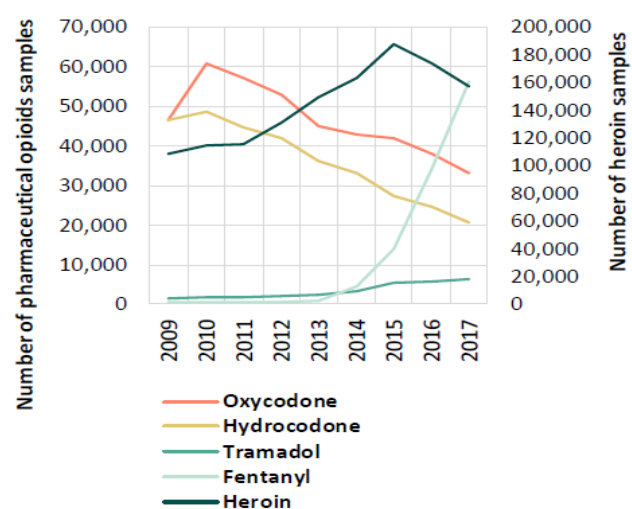
³⁵ Pradip K. Muhuri, Joseph C. Gfroerer y Christine Davies, "Associations of nonmedical pain reliever use and initiation of heroin use in the United States", CBHSQ Data Review (Rockville, Maryland, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, agosto de 2013).

³⁶ Véase también Theodore J. Cicero *et al.*, "Increased use of heroin as an initiating opioid of abuse: Further considerations and policy implications", vol. 87 (diciembre de 2018), págs. 267 a 271.

³⁷ Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*, HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53, (Rockville, Maryland, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, 2018).

Hasta 2013 hubo varios brotes esporádicos de fentanilo y análogos del fentanilo que contenían heroína que causaron muertes entre los consumidores de heroína en los Estados Unidos³⁸. La aparición de los fentanilos y su posterior proliferación en el mercado de heroína de los Estados Unidos a partir de 2013 y 2014 hicieron que se intensificara la dinámica del mercado de opioides en ese país. En los años subsiguientes, la disponibilidad de heroína, opioides sintéticos y otros medicamentos que contienen fentanilos, su rentabilidad y el aumento de las restricciones sobre los opioides sujetos a prescripción médica, sumados al gran tamaño de la población que hace un uso indebido de los fármacos opioides, podrían haber contribuido aún más a la epidemia de opioides en los Estados Unidos. Los fentanilos se han utilizado como adulterantes de la heroína y la cocaína y también se han vendido como opioides sujetos a prescripción médica falsificados, por ejemplo, oxicodona o hidrocodona, e incluso como benzodiazepinas falsificadas, a una numerosa población de consumidores de opioides que desconocía su contenido real^{39, 40}. Por este motivo han ocurrido incidentes que han tenido consecuencias fatales para los consumidores de opioides, como lo atestigua el dramático aumento del número de casos de sobredosis letales y no letales en los Estados Unidos⁴¹. También parece que muchas personas que han consumido fentanilo han experimentado o han presenciado los efectos de una sobredosis no letal y, por lo tanto, consideran que el consumo de fentanilo se debería evitar^{42, 43}. Sin embargo, dentro de pequeños grupos de consumidores ha ido surgiendo una demanda de fentanilo propiamente dicho; esto se puede constatar en determinadas zonas donde los consumidores de alta frecuencia que presentan tolerancia a la heroína y otros opioides tratan de conseguir fentanilo.

FIG. 6 Número de sustancias presentadas a los laboratorios forenses y analizadas, por tipos de drogas detectadas, 2009-2017



Number of pharmaceutical opioids samples	Número de muestras de fármacos opioides
Number of heroin samples	Número de muestras de heroína
Oxycodone	Oxicodona
Hydrocodone	Hidrocodona
Tramadol	Tramadol
Fentanyl	Fentanilo
Heroin	Heroína

Fuente: Departamento de Justicia de los Estados Unidos, DEA, Sistema Nacional de Información de Laboratorios Forenses, informes de distintos años.

³⁸ Armenian *et al.*, “Fentanyl, fentanyl analogues and novel synthetic opioids”.

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Departamento de Justicia de los Estados Unidos, DEA, *2018 National Drug Threat Assessment* (octubre de 2018).

⁴¹ Alana M. Vivolo-Kantor *et al.*, “Vital signs: trends in emergency department visits for suspected opioid overdoses - United States, July 2016-September 2017”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 67, núm. 9 (marzo de 2018).

⁴² Jennifer J. Carroll *et al.*, “Exposure to fentanyl-contaminated heroin and overdose risk among illicit opioid users in Rhode Island: a mixed methods study”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 46 (agosto de 2017), págs. 136 a 145.

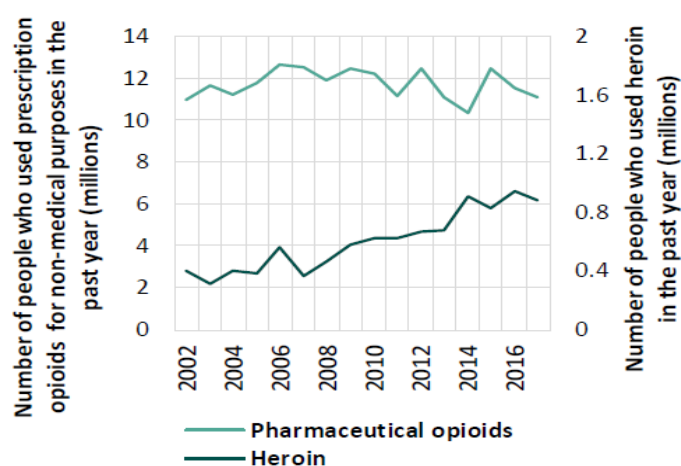
⁴³ Tess M. Kilwein, Preston Hunt y Alison Looby, “A descriptive examination of nonmedical fentanyl use in the United States: characteristics of use, motives, and consequences”, *Journal of Drug Issues*, vol. 48, núm. 3 (abril de 2018), págs. 409 a 420.

La rápida expansión del fentanilo también se aprecia en las incautaciones. Desde 2014, ha aumentado considerablemente el número de muestras incautadas que el Sistema Nacional de Información de Laboratorios Forenses de la DEA ha analizado e identificado como fentanilo en los Estados Unidos. En 2017, el fentanilo representaba la tercera parte de los fármacos opioides que se detectaron en diferentes muestras, pero la propagación del consumo de esa sustancia en los Estados Unidos ha sido desigual. En 2017, el fentanilo constituía el porcentaje más alto de muestras de fármacos opioides incautados en las regiones del noreste y el “medio oeste” (55 % y 34 %, respectivamente)⁴⁴, donde la prevalencia del consumo de heroína es comparativamente mayor que en el resto de los Estados Unidos.

Tendencias del consumo de opioides en los Estados Unidos

Según datos de los estudios realizados en los Estados Unidos, desde que se produjo el aumento en el período 2013-2014, la prevalencia del consumo de heroína se ha mantenido relativamente estable, en un 0,3 % de la población de 12 años o más, es decir, alrededor de 900.000 consumidores en el último año, mientras que la prevalencia anual del consumo de fármacos opioides con fines no médicos disminuyó de un máximo en 2015 del 4,7 % de la población de 12 años o más (12,5 millones de consumidores en el último año) a alrededor del 4,2 % de la población de 12 años o más (11 millones de consumidores en el último año) en 2017⁴⁵. Teniendo en cuenta que la encuesta nacional por hogares excluye a las poblaciones internadas en instituciones y sin hogar, que pueden tener tasas desproporcionadamente más altas de consumo no médico de opioides, es probable que estas cifras subestimen la magnitud de dicho consumo en los Estados Unidos. Por ejemplo, el número de consumidores crónicos de heroína⁴⁶, que en 2010 se estimó en 1,5 millones⁴⁷, duplicó con creces el número de consumidores en el último año (620.000), o seis veces el número de consumidores de heroína del mes anterior (240.000) que se había estimado en la encuesta nacional por hogares del mismo año.

FIG. 7 Consumo anual de heroína y uso no médico de fármacos opioides en los Estados Unidos, número de personas, 2002-2017



Number of people who used prescription opioids for non-medical purposes in the past year (millions)	Número de personas que consumieron opioides sujetos a prescripción médica con fines no médicos en el último año (millones)
Number of people who used heroin in the past year (millions)	Número de personas que consumieron heroína en el último año (millones)
Pharmaceutical opioids	Fármacos opioides
Heroin	Heroína

Fuente: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health* (2018).

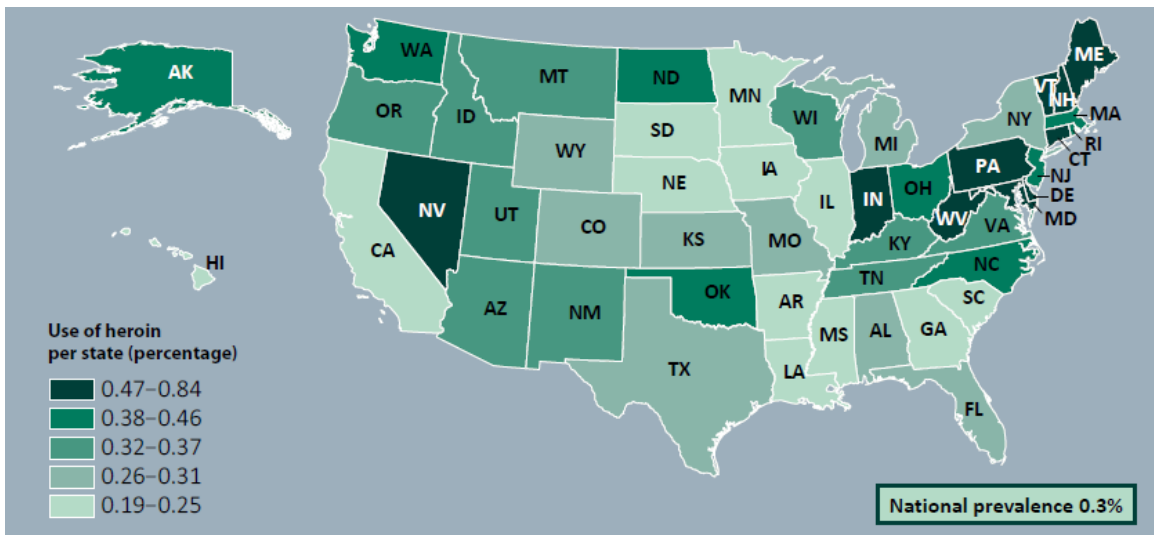
⁴⁴ Departamento de Justicia de los Estados Unidos, DEA, División de Control de Desvíos, “National Forensic Laboratory Information System: NFLIS-Drug 2017 annual report” (Springfield, Virginia, 2018).

⁴⁵ Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*.

⁴⁶ Definidos como aquellos que habían consumido heroína durante cuatro días o más en el último mes.

⁴⁷ Jonathan P. Caulkins *et al.*, “Cocaine’s fall and marijuana’s rise: questions and insights based on new estimates of consumption and expenditures in US drug markets”, *Addiction*, vol. 110, núm. 5 (mayo de 2015), págs. 728 a 736.

MAPA 1 Consumo de heroína en el último año en la población de 12 años o más en los Estados Unidos, por estado, 2017

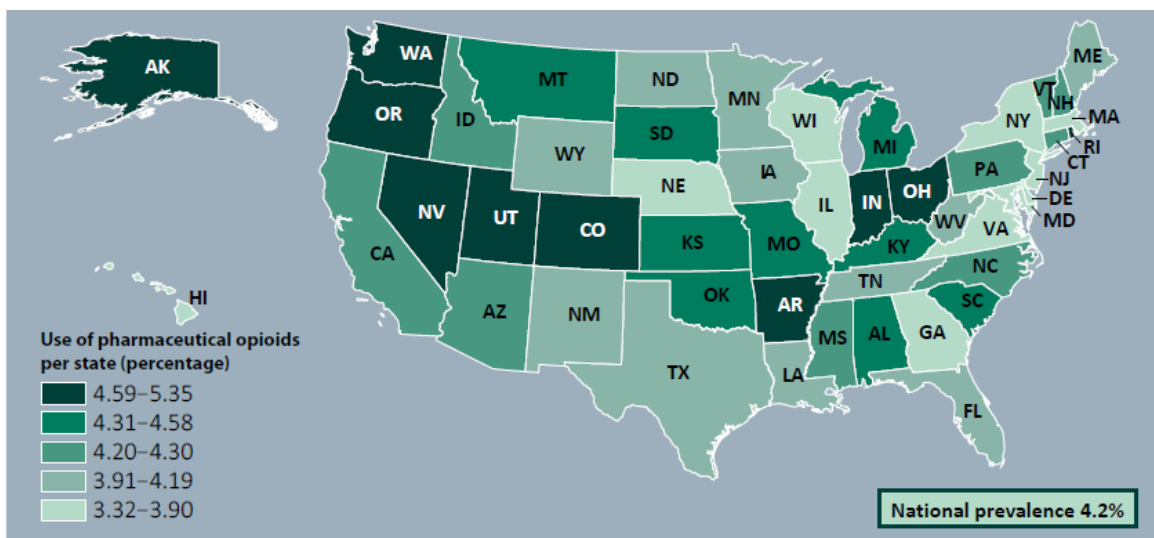


Use of heroin per state (percentage)	Consumo de heroína por estado (porcentajes)
National prevalence 0.3%	Prevalencia nacional 0,3 %
0.47–0.84	0,47 a 0,84
0.38–0.46	0,38 a 0,46
0.32–0.37	0,32 a 0,37
0.26–0.31	0,26 a 0,31
0.19–0.25	0,19 a 0,25

Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, NSDUH, 2016 y 2017.

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

MAPA 2 Uso no médico de fármacos opioides en el último año en la población de 12 años o más en los Estados Unidos, por estado, 2017



Use of pharmaceutical opioids per state (percentage)	Consumo de fármacos opioides por estado (porcentajes)
National prevalence 4,2%	Prevalencia nacional 4,2 %
4.59–5.35	4,59 a 5,35
4.31–4.58	4,31 a 4,58
4.20–4.30	4,20 a 4,30

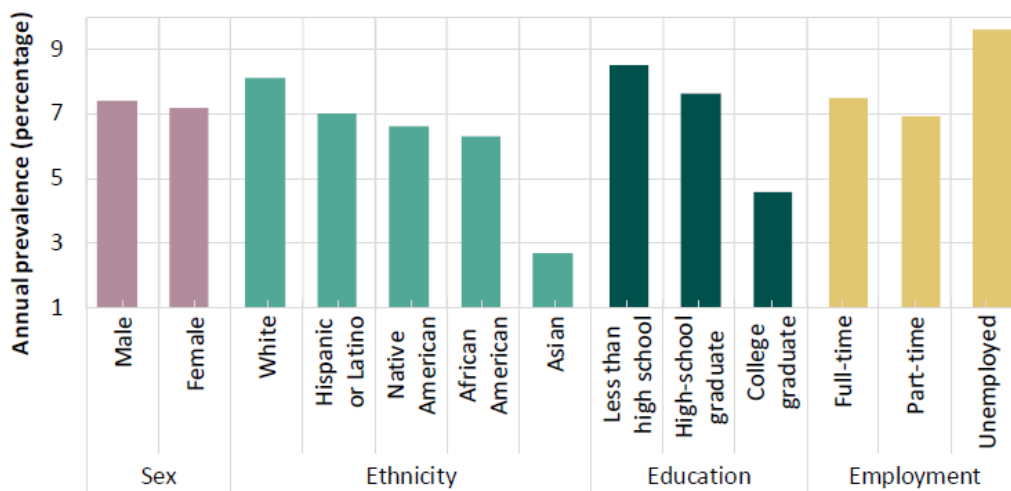
3.91–4.19	3,91 a 4,19
3.32–3.90	3,32 a 3,90

Fuente: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, NSDUH, 2016 y 2017.

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

La magnitud del consumo no médico de fármacos opioides y de heroína en el último año varía considerablemente de una región a otra de los Estados Unidos, pero el consumo de heroína parece estar más concentrado geográficamente que el uso no médico de opioides sujetos a prescripción médica. El consumo no médico estimado de fármacos opioides en el último año en la parte occidental del país (4,5 % de la población de 12 años o más) fue superior en 2017 a la prevalencia nacional estimada (4,2 %), mientras que la prevalencia estimada del consumo de heroína en el último año fue superior en la parte nororiental del país (0,45 %). La prevalencia del uso no médico de fármacos opioides fue mayor en condados completamente rurales (4,3 %) y en condados metropolitanos pequeños (4,3 %) que en condados metropolitanos grandes (3,9 %) y urbanizados (3,9 %)⁴⁸.

FIG. 8 Consumo de opioides entre las personas de 18 a 25 años, por características sociodemográficas, Estados Unidos, 2017

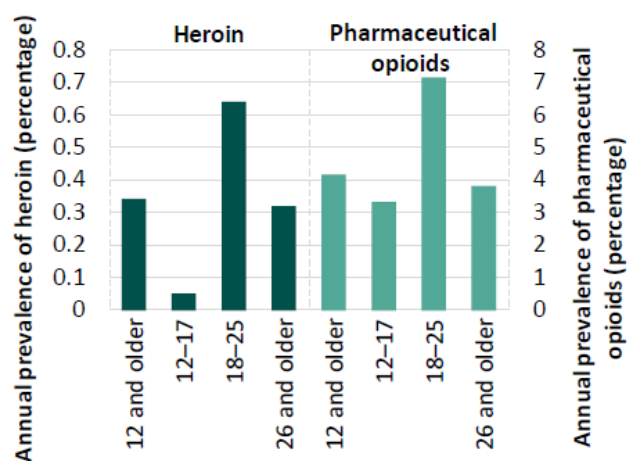


Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Male	Hombre
Female	Mujer
White	Blanco
Hispanic or Latino	Hispano o latino
Native American	Indígena de los Estados Unidos
African American	Afroamericano
Asian	Asiático
Less than high school	Nivel inferior al secundario
High-school graduate	Graduado de secundaria
College graduate	Graduado universitario
Full-time	A tiempo completo
Part-time	A tiempo parcial
Unemployed	Desempleado
Sex	Sexo
Ethnicity	Origen étnico
Education	Educación
Employment	Empleo

Fuente: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health* (2018).

⁴⁸ Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud del Comportamiento, *Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables* (Rockville, Maryland, 2018).

FIG. 9 Consumo de opioides en los Estados Unidos, por grupo de edad, 2017



Annual prevalence of heroin (percentage)	Prevalencia anual de heroína (porcentajes)
Heroin	Heroína
Pharmaceutical opioids	Fármacos opioides
Annual prevalence of pharmaceutical opioids (percentage)	Prevalencia anual de fármacos opioides (porcentajes)
12 and older	12 años o más
12-17	12 a 17 años
18-25	18 a 25 años
26 and older	26 años o más
12 and older	12 años o más
12-17	12 a 17 años
18-25	18 a 25 años
26 and older	26 años o más

Fuente: Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias, *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health* (2018).

Consumo de opioides en el Canadá

La información sobre el consumo de opioides con fines no médicos en el Canadá es muy limitada. En 2017, alrededor de 85.000 personas, es decir, casi el 0,4 % de la población de 15 a 64 años, dijeron haber usado fármacos opioides en el último año para “entrar en euforia”; las tasas más elevadas fueron las de los adultos jóvenes de 20 a 24 años (1,1 %) y de los jóvenes de 15 a 19 años (0,8 %) ^{49, 50}. No hay suficiente información sobre la magnitud del consumo no médico de opioides en las mujeres y la mayoría de los grupos etarios del país ⁵¹.

Tendencias y patrones del consumo de opioides en Europa

La prevalencia anual del consumo de opioides en Europa en 2017 se estima en el 0,7 % de la población de 15 a 64 años y la heroína sigue siendo el opioide de uso más común en la región. En Europa Oriental y Sudoriental, la prevalencia del consumo de opiáceos (heroína y opio) sigue siendo más alta (0,7 %) que en otras subregiones, aunque en los años anteriores el consumo global de opioides experimentó un descenso en la subregión, debido principalmente a la reducción del número de consumidores de opioides registrados en la Federación de Rusia. En la Federación de Rusia, que solía tener una alta prevalencia del consumo de opioides, el mercado ha empezado a cambiar en los últimos años y comienzan a predominar las drogas sintéticas distintas de los opioides. El número de personas que inician por primera vez un tratamiento por consumo de opioides (principalmente heroína) disminuyó en más de tres cuartas partes durante el período 2006-2017.

⁴⁹ Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey, febrero a diciembre de 2017.

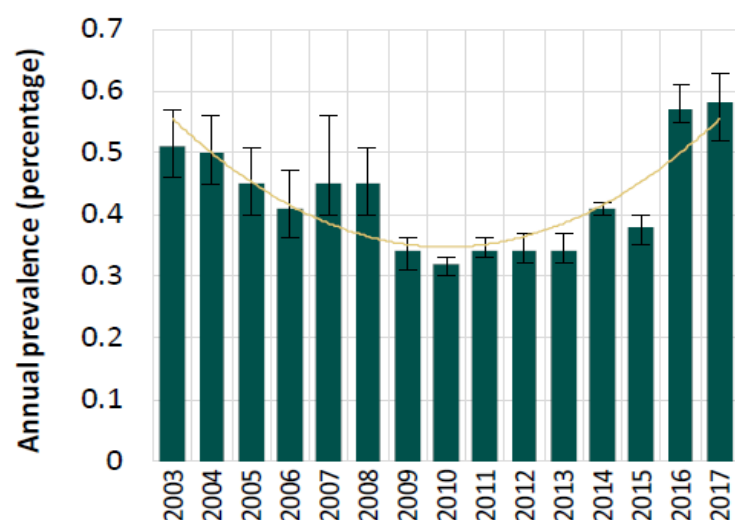
⁵⁰ Debido a la “elevada variabilidad de las muestras”, estos resultados deben interpretarse con cautela.

⁵¹ Debido a la “elevada variabilidad de las muestras”, no es posible estimar la prevalencia en las mujeres y otros grupos de edad.

En Europa Occidental y Central (principalmente en los Estados miembros de la Unión Europea), la heroína sigue siendo el opioide que más se consume. El consumo de opioides en la subregión permaneció estable en el último decenio, pero ha habido indicios de un aumento o resurgimiento del mercado de opioides desde 2013, con un importante aumento a nivel subregional de la prevalencia del consumo de opioides en 2016. El aumento se debió principalmente a las mayores estimaciones del consumo de opiáceos comunicadas por Polonia, como resultado no solo del aumento de la prevalencia del consumo de heroína, del 0,1 % de la población de 15 a 64 años en 2014 al 1,1 % en 2016, sino también de los elevados niveles (1,7 %) de uso de “kompot”, un preparado casero de heroína fabricado en ese país a partir de paja de adormidera.

Se estima que Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido, que concentran alrededor del 60 % de la población de la Unión Europea, representan las tres cuartas partes de los consumidores de opioides de alto riesgo estimados en la Unión Europea. Aparte del aumento de la prevalencia del consumo de opioides en Polonia en 2016, el consumo de opioides en el resto de Europa Occidental y Central ha permanecido bastante estable en los últimos cinco años. En Europa Occidental y Central parece haber una cohorte de consumidores de opioides de avanzada edad que han estado en contacto con los servicios de tratamiento de la drogodependencia y presentan una serie de afecciones médicas crónicas asociadas al envejecimiento, así como problemas relacionados con el consumo de opioides a largo plazo^{52, 53}.

FIG. 10 Consumo de opiáceos en Europa Occidental y Central, 2003-2017



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
--------------------------------	---------------------------------

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

Aparte de la heroína, algunos de los opioides que se han notificado más comúnmente en los últimos años en los países de la Unión Europea son el opio, la morfina, la metadona, la buprenorfina, el tramadol y diversos análogos del fentanilo⁵⁴. Algunos de esos opioides pueden desviarse de los suministros farmacéuticos legítimos, pero otros se fabrican y venden ilícitamente. El uso no médico de fármacos opioides en Europa Occidental y Central se observa principalmente en el contexto de personas que buscan alternativas a la heroína. La prevalencia del consumo de fármacos opioides con fines no médicos sigue siendo bastante baja en la subregión y está esencialmente vinculada a la desviación de metadona o buprenorfina para uso no médico en los consumidores de opioides, incluida la automedicación fuera de los centros de tratamiento⁵⁵.

En los últimos años, un número cada vez mayor de países de Europa Occidental y Central han comunicado que más del 10 % de los consumidores de opioides que se someten a tratamiento por primera vez lo hacen por problemas relacionados

⁵² Anne Marie Carew y Catherine Comiskey, “Rising incidence of ageing opioid users within the EU-wide treatment demand indicator: the Irish opioid epidemic from 1996 to 2014”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 192 (noviembre de 2018), págs. 329 a 337.

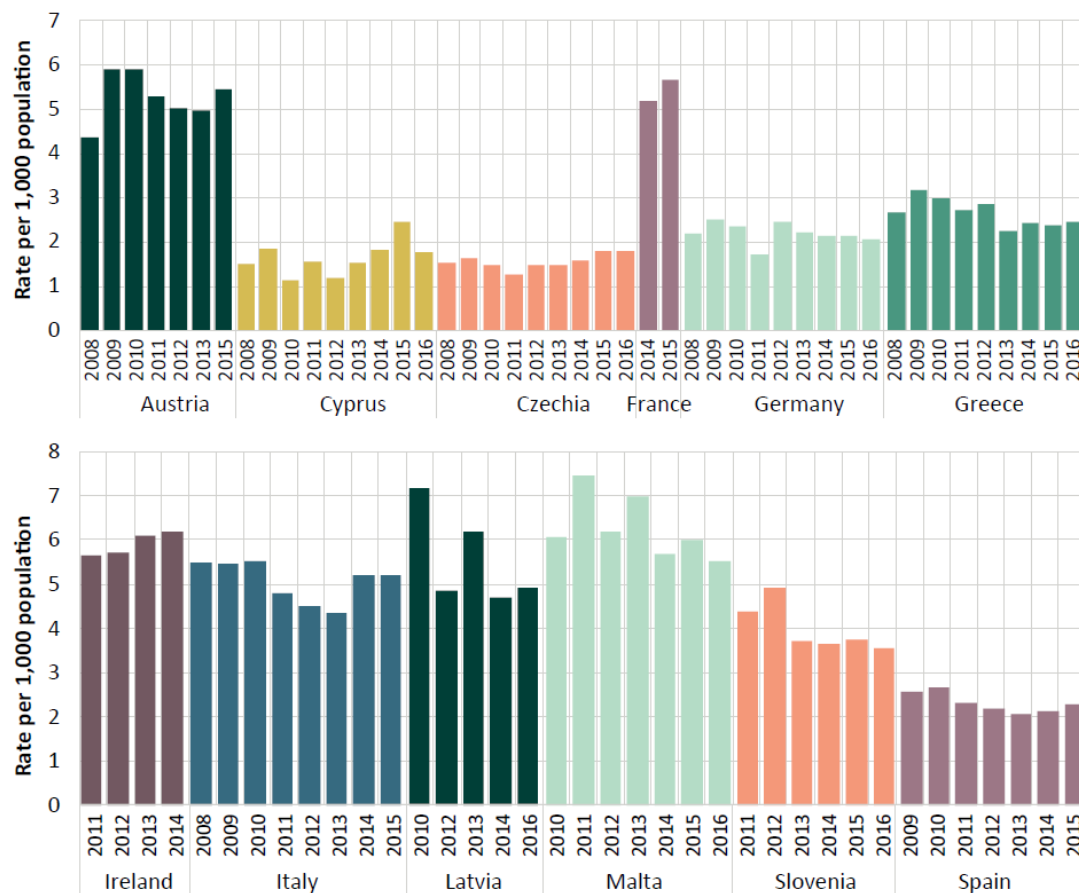
⁵³ Anne Marie Carew y Catherine Comiskey, “Treatment for opioid use and outcomes in older adults: a systematic literature review”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 182 (enero de 2018), págs. 48 a 57.

⁵⁴ EMCCDA, *European Drug Report 2018*.

⁵⁵ Paul Griffiths, Michael Evans-Brown y Roumen Sedefov, “The misuse of psychoactive medicines: getting the balance right in complex system”, *Addiction*, vol. 109, núm. 2 (febrero de 2014), págs. 182 a 188.

con los opioides distintos de la heroína⁵⁶. Aproximadamente un tercio de los consumidores de opioides sometidos a tratamiento en Chequia informa del uso de buprenorfina con fines no médicos y casi una cuarta parte de los consumidores de opioides que recibían tratamiento en Dinamarca informan del uso no médico de metadona. En Chipre y Polonia, entre el 20 % y el 30 % de los consumidores de opioides reciben tratamiento por problemas relacionados con el uso de opioides como la oxicodona (Chipre) y el “kompot” en Polonia⁵⁷.

FIG. 11 Tendencias del consumo de opioides de alto riesgo en países de Europa Occidental y Central



Rate per 1,000 population	Tasa por 1.000 habitantes
Austria	Austria
Cyprus	Chipre
Czechia	Chequia
France	Francia
Germany	Alemania
Greece	Grecia
Rate per 1,000 population	Tasa por 1.000 habitantes
Ireland	Irlanda
Italy	Italia
Latvia	Letonia
Malta	Malta
Slovenia	Eslovenia
Spain	España

Fuente: EMCDDA, Boletín Estadístico, 2018.

Nota: El EMCDDA define el consumo de opioides de alto riesgo como el uso recurrente de drogas (opioides) que produce daños reales (consecuencias negativas) a la persona (incluida la dependencia, pero también otros problemas de salud, psicológicos y sociales) o pone a la persona en una situación de alta probabilidad o riesgo de sufrir tales daños.

⁵⁶ EMCDDA, *European Drug Report 2018*.

⁵⁷ *Ibid.*

En los dos últimos decenios, Estonia y Finlandia han experimentado una transición del consumo de heroína al de fentanilo (en el caso de Estonia) y buprenorfina (en el caso de Finlandia). Tras una disminución de la disponibilidad de heroína en Estonia, el 3-metilfentanilo apareció por primera vez en el mercado de drogas en 2002. En 2005, la mayoría de las incautaciones de opioides consistían en 3-metilfentanilo y mezclas de 3-metilfentanilo con fentanilo, que habían sustituido el consumo de heroína en el país⁵⁸. Aunque no se dispone de estimaciones nacionales del consumo de opioides en Estonia, la mayoría de las personas que se inyectan drogas en ese país usan 3-metilfentanilo y, desde 2015, otros análogos del fentanilo como el furanilfentanilo, el acrilfentanilo, el carfentanilo y el ocfentanilo⁵⁹.

En Finlandia, la proporción de clientes que comenzaron a recibir tratamiento por el uso no médico de buprenorfina aumentó del 3 % en 1998 a más de un tercio en 2008⁶⁰ y, a partir de 2018, representaba casi todos los consumidores de opioides sometidos a tratamiento⁶¹. Cabe señalar que el consumo simultáneo de anfetaminas y opioides es bastante común entre los consumidores de drogas problemáticos en Finlandia. En 2014, una proporción menor de las personas sometidas a tratamiento informaron también de que consumían derivados del opio, como tramadol, oxicodona, preparados de codeína y fentanilo⁶².

El tramadol: la otra crisis de opioides

En los últimos años, el tramadol, un opioide sintético no sometido a fiscalización internacional, ha pasado a ser un opioide de interés para la salud pública en muchas subregiones, en particular en África Occidental, Central y Septentrional. El uso no médico del tramadol también se notifica en el Oriente Medio y en otras partes de Asia, así como en Europa y América del Norte. En los países de ingresos medianos y en desarrollo, el uso no médico de fármacos opioides como el tramadol parece darse en contextos en que los sistemas de atención de la salud no están bien desarrollados ni reglamentados, incluso respecto de la dispensación de opioides sujetos a prescripción médica, y en que existen fármacos opioides falsificados o fabricados o traficados ilícitamente para satisfacer la demanda de uso no médico de las sustancias⁶³.

En Egipto, por ejemplo, desde el año 2000 se ha registrado un aumento del uso no médico del tramadol entre las personas que se someten a tratamiento por trastornos por consumo de drogas. Sin embargo, ha habido un cambio en la procedencia de los suministros, ya que la mayoría de los pacientes dicen haber obtenido tramadol de las farmacias a principios del decenio de 2000 eludiendo las regulaciones aplicables a la dispensación de analgésicos sujetos a prescripción médica, mientras que en los 10 a 15 años subsiguientes la mayoría ha informado de que ha recurrido al mercado ilícito para obtener tramadol, que se había fabricado ilícitamente y se había introducido de contrabando en el país⁶⁴. En un estudio a pequeña escala realizado en la República Islámica del Irán, de las 162 personas que habían obtenido tramadol en una farmacia, más de la mitad no tenía receta médica. Más del 60 % de los entrevistados cumplían los criterios de dependencia y tenían antecedentes de trastornos por consumo de sustancias, más de la mitad tenía 18 años o menos y dos tercios habían tomado en el último año por lo menos dos ciclos de tramadol sin prescripción médica, cada uno de más de una semana de duración⁶⁵.

Diversos estudios dan a entender que el alto nivel de consumo de tramadol con fines no médicos en las subregiones mencionadas se debe a su facilidad de obtención en las farmacias y en el mercado ilícito (el “mercado negro”), a su bajo precio en comparación con las drogas sujetas a fiscalización y a la percepción de los consumidores, especialmente los

⁵⁸ Ilkka Ojanperä *et al.*, “An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia”, *International Journal of Legal Medicine*, vol. 122, núm. 5 (septiembre de 2008), págs. 395 a 400.

⁵⁹ EMCDDA, “Estonia: Estonia drug report 2018” (junio de 2018).

⁶⁰ Hanna Uosukainen *et al.*, “Twelve-year trend in treatment seeking for buprenorphine abuse in Finland”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 127, núms. 1 a 3 (enero de 2013), págs. 207 a 214.

⁶¹ EMCDDA, “Finland: Finland drug report 2018” (junio de 2018).

⁶² Finlandia, Instituto Nacional de Salud y Bienestar, *Finland Drug Situation 2014*, informe 3/2015 (Tampere, Finlandia, 2015).

⁶³ *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012* (E/INCB/2012/1).

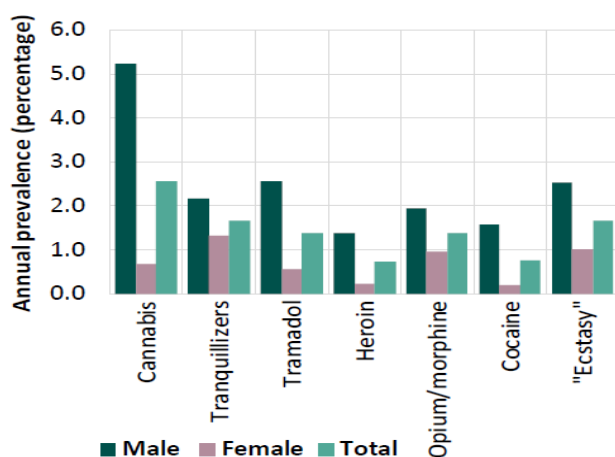
⁶⁴ Samir Abou El Magd *et al.*, “Tramadol misuse and dependence in Egypt and the UAE: user characteristics and drug-use patterns”, *International Addiction Review*, vol. 2, núm. 1 (abril de 2018), págs. 6 a 13.

⁶⁵ Ebrahim Zabihi *et al.*, “Potential for tramadol abuse by patients visiting pharmacies in Northern Iran”, *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 5 (2011), págs. 11 a 15.

jóvenes, de que, dado que el tramadol es un medicamento, su uso no entraña el mismo nivel de riesgo y estigma que el de otras drogas sujetas a fiscalización^{66, 67, 68, 69}.

No se dispone de estimaciones de la prevalencia a nivel nacional del consumo de tramadol con fines no médicos en la mayoría de los países del Oriente Medio y África Occidental y Central y Septentrional, pero diferentes estudios y encuestas realizados en unos pocos países apuntan a un uso no médico generalizado del tramadol en esas subregiones⁷⁰. Por ejemplo, en 2016 en Egipto, el 3 % de la población adulta informó del uso no médico del tramadol en el último año; a su vez, casi el 68 % de las personas sometidas a tratamiento por trastornos por consumo de drogas recibían tratamiento por el consumo de tramadol⁷¹. En el Estado de Palestina, entre los 10.000 drogodependientes varones de alto riesgo que se calcula que consumían drogas en 2016 (1,8 % de la población masculina de 15 años o más) en Gaza, aunque el policonsumo de drogas era común en ellos, casi todos consumían tramadol con fines no médicos y casi la mitad lo hacían de cuatro a siete días por semana. El tramadol fue también la primera sustancia con la que se había iniciado la mayoría, aproximadamente a los 20 años⁷².

FIG. 12 Consumo de drogas en los estudiantes de secundaria en Egipto, 2016



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Cannabis	Cannabis
Tranquillizers	Tranquilizantes
Tramadol	Tramadol
Heroin	Heroína
Opium/morphine	Opio/morfina
Cocaine	Cocaína
"Ecstasy"	Éxtasis
Male	Hombre
Female	Mujer
Total	Total

Fuente: MedSPAD 2016 in Egypt: results of the first Mediterranean School Survey Project on Alcohol and other Drugs (MedSPAD) in Egypt.

⁶⁶ Samir Abou El Magd *et al.*, "Tramadol misuse and dependence in Egypt and the UAE: user characteristics and drug-use patterns", *International Addiction Review*, vol. 2, núm. 1 (abril de 2018), págs. 6 a 13.

⁶⁷ Saeed Bashirian, Majid Barati y Yadollah Fathi, "Prevalence and factors associated with tramadol abuse among college students in West of Iran: an application of the theory of planned behaviour", *Avicenna Journal of Neuropsychiatry*, vol. 1, núm. 1 (agosto de 2014), págs. 26 a 30.

⁶⁸ Nabil R. Mohamed *et al.*, "An epidemiological study of tramadol HCl dependence in an outpatient addiction clinic at Heliopolis Psychiatric Hospital", *Menoufia Medical Journal*, vol. 28, núm. 2 (2015), págs. 591 a 596.

⁶⁹ Medhat M. Bassiony *et al.*, "Adolescent tramadol use and abuse in Egypt", *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 41, núm. 3 (2015), págs. 206 a 211.

⁷⁰ Véanse el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* y el *Informe Mundial sobre las Drogas 2018* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: S.18.XI.9).

⁷¹ Egipto, Secretaría General de Salud Mental del Ministerio de Salud, "Report of the General Secretariat of Mental Health and Addiction Treatment on tramadol" (2017).

⁷² Estado de Palestina, Instituto Nacional Palestino de Salud Pública y UNODC, *Estimating the Extent of Illicit Drug Use in Palestine* (noviembre de 2017).

El uso no médico del tramadol también es bastante común en los jóvenes y los estudiantes universitarios. Un estudio realizado entre estudiantes universitarios en Egipto (2012-2013) reveló que la prevalencia en el último año del consumo de tramadol con fines no médicos era del 12,3 % y que la edad media de iniciación era de 17 años. El uso no médico del tramadol en los estudiantes universitarios estaba correlacionado con el consumo de cannabis y alcohol, ya que la mayoría (85 %) de las personas que consumían tramadol informaron del consumo simultáneo de más de una sustancia⁷³. Otro estudio realizado en 2014 entre estudiantes universitarios (de 18 a 30 años) en la región occidental de la República Islámica del Irán mostró que el 11 % de los encuestados había consumido tramadol con fines no médicos en el último año y que la mayoría (75 %) también lo había consumido en el último mes⁷⁴. Además, un porcentaje considerable de los estudiantes refirió altos niveles de presión social tendiente al uso no médico del tramadol. La primera encuesta que se ha realizado entre estudiantes de secundaria en Egipto también mostró una alta prevalencia del uso no médico del tramadol, así como del consumo de opio y morfina entre estudiantes de 15 a 19 años en 2016⁷⁵.

En otro estudio de personas con trastornos por consumo de tramadol sometidas a tratamiento en Egipto y los Emiratos Árabes Unidos en 2018 se determinó que el uso no médico del tramadol era más común en los jóvenes de 26 a 35 años, quienes tenían nivel primario o secundario (en contraposición a un nivel de instrucción escaso o nulo, o universitario), y los que en ese momento estaban desempleados o eran trabajadores cualificados⁷⁶.

[Box on page 25]

Uso de opioides con fines no médicos en Nigeria

El primer estudio amplio sobre el consumo de drogas en Nigeria, realizado en 2018, reveló que la prevalencia en el último año del uso no médico de fármacos opioides (principalmente tramadol) fue del 6 % en los hombres y del 3,3 % en las mujeres. El consumo de opioides con fines no médicos en Nigeria, con 4,6 millones de consumidores de fármacos opioides de 15 a 64 años en el último año, fue superado únicamente por el consumo de cannabis, cuya prevalencia estimada era del 10,8 % en la población de 15 a 64 años.

La edad media de inicio del uso no médico de fármacos opioides (principalmente tramadol) era de 21 años y, en promedio, los consumidores de opioides en el último año los habían consumido habitualmente durante 12 años. Casi el 80 % de los consumidores de opioides eran consumidores diarios o casi diarios y gastaban alrededor de 3,60 dólares por día en fármacos opioides, frente a 10 dólares en heroína. La prevalencia en el último año del uso no médico de fármacos opioides (tramadol, codeína, morfina) era alta en casi todos los grupos de edad, pero sobre todo en las personas de 35 a 39 años y de 60 a 64 años. El policonsumo de drogas también era una característica común entre los consumidores de opioides, y más de la mitad de ellos informaron del uso simultáneo o sucesivo de cuatro o cinco sustancias, entre ellas el cannabis, los fármacos opioides (tramadol, codeína, morfina), el jarabe para la tos y los tranquilizantes.

La mayoría de los consumidores de opioides sufrían una dependencia grave que requeriría intervención para hacer frente a sus trastornos por consumo de drogas, y casi el 40 % de los consumidores de opioides informaron de que querían recibir ayuda o tratamiento para sus problemas de drogas, pero que no lo conseguían. Los valores altos de la gravedad de la dependencia, en general, se han asociado con el alto riesgo de comportamientos sexuales y de consumo de drogas por inyección que se observó entre los consumidores de opioides que participaron en el estudio.

Casi la mitad de los consumidores de drogas informaron de que los principales problemas que afrontaban como consecuencia de su consumo habitual de drogas eran los problemas en el hogar, la escuela o el lugar de trabajo. Otros consumidores de drogas informaron de que se habían encontrado en situaciones de peligro físico o de empeoramiento de las relaciones con familiares o amigos o problemas con los agentes del orden debido a su drogodependencia. Muchos consumidores de drogas de alto riesgo también informaron haber cometido delitos menores, como robos, hurtos en tiendas y robos con escalamiento para financiar su consumo de drogas. Además, casi una de cada ocho personas de la población general había sufrido una experiencia negativa en los últimos 12 meses como resultado del consumo de drogas en su familia, barrio o comunidad.

Fuente: UNODC y Gobierno de Nigeria, *Drug use in Nigeria 2018*.

[Box ends]

⁷³ Medhat M. Bassiony *et al.*, “Opioid use disorders attributed to tramadol among Egyptian university students”, *Journal of Addiction Medicine*, vol. 12, núm. 2 (marzo de 2018), págs. 150 a 155.

⁷⁴ Bashirian, Barati y Fathi, “Prevalence and factors associated with tramadol abuse among college students in West of Iran”.

⁷⁵ Egipto, Secretaría General de Salud Mental y Tratamiento de la Adicción y Grupo Pompidou del Consejo de Europa, *MedSPAD: Results of the first Mediterranean School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (MedSPAD) in Egypt* (diciembre de 2017).

⁷⁶ Samir Abou El Magd *et al.*, “Tramadol misuse and dependence in Egypt and the UAE: user characteristics and drug-use patterns”, *International Addiction Review*, vol. 2, núm. 1 (abril de 2018), págs. 6 a 13.

Varios estudios realizados en el Oriente Medio y África Septentrional han puesto de relieve que el tramadol se usa con fines no médicos por diversas razones, entre ellas: por el placer que produce, es decir, para mejorar el estado de ánimo; para prolongar la duración de las relaciones sexuales; para retrasar la sensación de cansancio; debido a la percepción de que sus efectos son duraderos; y como automedicación para aliviar el dolor o los síntomas de depresión, la ansiedad u otros trastornos psiquiátricos comórbidos^{77, 78}. El consumo de fármacos opioides con fines no médicos en el Oriente Medio y África Septentrional tal vez no sea tanto una consecuencia de la “adicción iatrogénica”, cuando el uso no médico de las sustancias se produce después de haber recibido tratamiento por una afección médica legítima, sino que más bien parece estar impulsado por el deseo, sobre todo entre los jóvenes y las personas con trastornos por consumo de sustancias, de usarlos con fines no médicos^{79, 80}. Dadas sus propiedades duales de ser un opioide al mismo tiempo que actúa sobre el sistema de receptores serotoninérgicos y noradrenérgicos⁸¹, el tramadol, a diferencia de otros opioides, también es percibido por las personas que lo consumen con fines no médicos como energizante y estimulante del estado de ánimo. Esto hace que el tramadol resulte atractivo para amplios sectores de la sociedad, incluidos los estudiantes en época de exámenes y los taxistas y conductores de autobuses de varios países en desarrollo, que de otro modo no consumirían opioides⁸².

El uso no médico del tramadol también se registra en otras partes del mundo. En 2018, por ejemplo, de las 130.000 personas que respondieron a la Encuesta Mundial sobre Drogas (Global Drug Survey), aunque se trata de una muestra no representativa (jóvenes, principalmente de 18 a 35 años, que tienen acceso a Internet y en su mayoría viven en países desarrollados), el 2,3 % indicó que había consumido tramadol con fines no médicos en el último año, en comparación con el 0,8 % que informó del consumo de heroína y el 0,6 % que informó del consumo de opio⁸³.

[Box on page 26]

El consumo no médico de tramadol en África Occidental: constataciones iniciales de un estudio en curso

El consumo de tramadol con fines no médicos en África Occidental ha suscitado preocupación en los últimos años. Hay una grave falta de información cuantitativa sobre el consumo de drogas en África Occidental, pero varios países de la región han informado de que el tramadol es una de las drogas más consumidas (en contextos no médicos), después del cannabis. Nigeria, el único país que ha presentado datos científicos recientes, indica que los fármacos opioides (tramadol, codeína y morfina) ocuparon el segundo lugar, después del cannabis, entre las drogas de las que más comúnmente se hizo un uso indebido en 2017^{a, b}. En África Occidental, el uso no médico del tramadol es comunicado por las autoridades de todas las edades, géneros y clases socioeconómicas, tanto en zonas urbanas como rurales. Una constatación particularmente preocupante es que se ha informado de niños que consumen tramadol en las escuelas.

Al parecer, la mayoría de los comprimidos o cápsulas de tramadol se compran en el mercado informal (mercados callejeros, vendedores itinerantes, vendedores de té, etc.) y sus envases indican una dosis superior a la disponible en las farmacias. Si bien la regulación de las cadenas de suministro de fármacos opioides en la mayoría de los países de África Occidental puede ser vulnerable a los riesgos de desviación para el consumo de fármacos con fines no médicos, parece que la mayor parte del tramadol usado con fines no médicos se deriva de remesas importadas ilegalmente y no de la desviación de productos importados de forma legal.

Las entrevistas con consumidores de tramadol con fines no médicos ponen de relieve que esas personas buscan una serie de efectos diferentes. Algunos lo consumen por sus efectos calmantes, analgésicos y antifatigantes, con el fin de mejorar el rendimiento intelectual, físico y laboral, así como para reducir la necesidad de dormir y el apetito. Hay informes de que en algunas comunidades agrícolas se administra tramadol al ganado para hacerlo trabajar en condiciones extremas^b. Otras personas consumen tramadol como droga recreativa debido a sus efectos estimulantes y euforizantes, o para mejorar el vigor sexual. Los consumidores de drogas también lo utilizan como sustituto de la heroína, para aliviar los síntomas de abstinencia y las ansias. La presentación atractiva de los envases fomenta el uso recreativo del tramadol y,

⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁸ Nabil R. Mohamed *et al.*, “An epidemiological study of tramadol HCl dependence in an outpatient addiction clinic at Heliopolis Psychiatric Hospital”, *Menoufia Medical Journal*, vol. 28, núm. 2 (2015), págs. 591 a 596.

⁷⁹ Sahba Jalali *et al.*, “Higher Regulatory Control of Tramadol to Prevent its Abuse and Dependence”, *Journal of Drug Policy Analysis* (enero de 2017).

⁸⁰ Medhat M. Bassiony *et al.*, “Opioid use disorders attributed to tramadol among Egyptian university students”, *Journal of Addiction Medicine*, vol. 12, núm. 2 (marzo/abril de 2018), págs. 150 a 155(6).

⁸¹ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, “Annex 1: extract from the report of the forty-first meeting of the Expert Committee on Drug Dependence – fentanyl analogues, synthetic cannabinoids, cathinones, and medicines: pregabalin and tramadol” (Ginebra, 2019).

⁸² Véase, por ejemplo, *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*.

⁸³ Adam R. Winstock *et al.*, *Global Drug Survey (GDS) 2018: Key Findings Report 2018* (Londres, 2018).

al tratarse de un medicamento, existe la percepción de que su consumo no es perjudicial aunque no lo haya indicado un médico. Sin embargo, como afirma la OMS, el consumo de tramadol con fines no médicos tiene el potencial de precipitar el uso indebido de drogas y la drogodependencia en los seres humanos^c.

El policonsumo de drogas es común entre las personas que consumen tramadol con fines no médicos en África Occidental. Se ha informado de que el tramadol se consume junto con el café, el alcohol, el cannabis y otras sustancias como la taurina y la cafeína, y de que algunos consumidores mezclan tramadol con codeína. El consumo de diazepam y otras benzodiazepinas, combinados con el tramadol o en su lugar, parece ser común en las personas que consumen tramadol con fines no médicos.

Fuente: *Tramadol Trafficking in West Africa (título provisional)*, UNODC, de próxima publicación.

- ^a Véase el recuadro sobre el consumo de opioides con fines no médicos en Nigeria.
- ^b Fuente: UNODC y Gobierno de Nigeria, *Drug use in Nigeria 2018*.
- ^c Souvik Kusari *et al.*, “Synthetic origin of tramadol in the environment”, *Angewandte Chemie International Edition* (2015).
- ^d OMS, *Informe de revisión crítica: Tramadol, Comité de Expertos en Farmacodependencia*, 41ª reunión, Ginebra, 12 a 16 de noviembre de 2018.

[Box ends]

Muertes por sobredosis de opioides

Una de las principales consecuencias del consumo de opioides observadas en todo el mundo es la elevada carga de morbilidad que se atribuye a los trastornos relacionados con su consumo. Esto es particularmente aplicable en América del Norte, donde representa cerca de 4,4 millones de años de vida sana perdidos por discapacidad y muerte prematura⁸⁴. Si bien las encuestas de población indican una disminución general del consumo no médico de opioides, incluida la heroína, entre 2015 y 2017 las muertes relacionadas con los opioides han seguido aumentando en los Estados Unidos. Los opioides, principalmente los opioides sintéticos (una categoría que comprende el fentanilo y el tramadol), son los factores principales que contribuyen a las muertes por sobredosis en los Estados Unidos. En 2017, casi el 68 % (47.600) de las muertes por sobredosis (70.237) se atribuyeron al consumo de opioides, lo que representa una tasa de 14,6 muertes por cada 100.000 habitantes. De ellas, el mayor número de muertes por sobredosis se atribuyó a opioides sintéticos como el fentanilo y sus análogos, con un aumento de más de 19.000 muertes por sobredosis en 2016 a más de 28.000 en 2017. Las muertes por sobredosis atribuidas a otros fármacos opioides y a la heroína se mantuvieron estables, a niveles elevados, entre 2016 y 2017.

Las sobredosis de drogas, incluidas las muertes por sobredosis de opioides, alcanzaron tasas superiores a la media nacional de 14,6 por 100.000 principalmente en los estados del este de los Estados Unidos. Entre 2013 y 2017, la tasa de mortalidad por sobredosis aumentó de manera considerable en 35 estados (de 50), incluido el Distrito de Columbia. En 15 de los 20 estados sobre los que se disponía de datos de calidad acerca de las sobredosis se informó de un aumento significativo en la tasa de mortalidad por sobredosis con opioides sintéticos en el último año; entre ellos figuraban ocho estados situados al oeste del río Misisipí (Arizona, California, Colorado, Minnesota, Missouri, Oregón, Texas y Washington). En el período 2016-2017, las muertes por sobredosis de opioides aumentaron de manera considerable entre las personas de ambos sexos, entre los consumidores de opioides de 25 a 44 años, en la mayoría de los grupos étnicos y en las zonas metropolitanas que tenían una población de 250.000 a 1 millón de habitantes (denominadas “condados metropolitanos medianos”), así como en las zonas suburbanas que tenían una población de 1 millón de habitantes o más (denominadas “grandes zonas metropolitanas periféricas”). En general, la epidemia de sobredosis en los Estados Unidos sigue empeorando, con un consumo cada vez mayor de fármacos y de drogas de origen ilícito: en 2016, los opioides sintéticos (sobre todo fentanilos de origen ilícito) tuvieron un papel en el 24 % de las muertes relacionadas con fármacos opioides, el 37 % de las relacionadas con la heroína y el 40 % de las relacionadas con la cocaína⁸⁵.

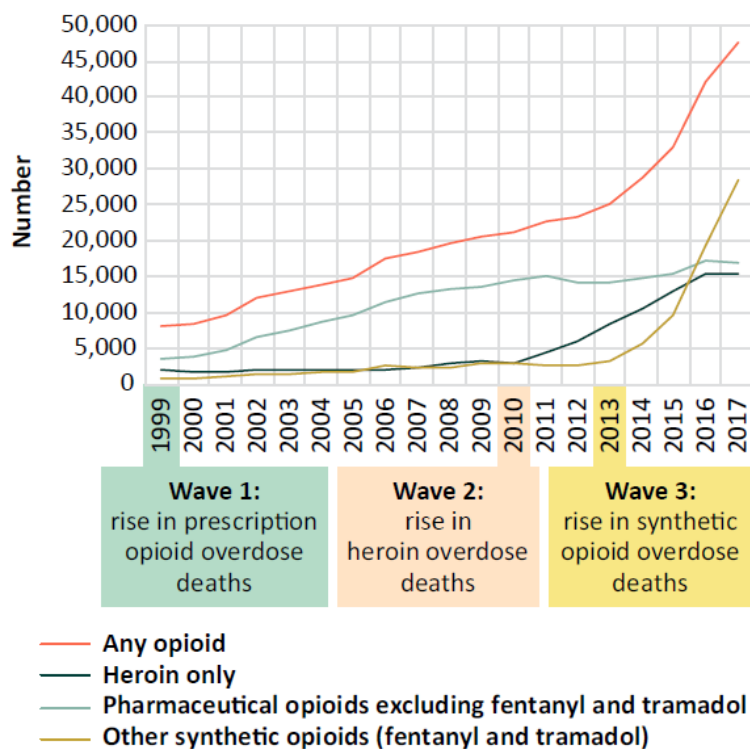
En el Canadá, se notificaron 3.998 muertes relacionadas con los opioides en 2017, lo que corresponde a una tasa de 10,9 muertes por cada 100.000 habitantes. Las muertes por sobredosis de opioides aumentaron un 33 % en el período 2016-2017. Además, en los seis primeros meses de 2018 se notificaron 2.066 muertes por sobredosis de opioides, es decir, 11,2 muertes por cada 100.000 habitantes, la mayoría atribuidas a los fentanilos. En 2017, el mayor número de muertes

⁸⁴ Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud, *Global Burden of Disease Study 2017*, Global Health Data Exchange. Disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>.

⁸⁵ Lawrence Scholl *et al.*, “Drug and opioid-involved overdose deaths: United States, 2013–2017”, *Morbidity Mortality Weekly Report*, vol. 67, núm. 5152 (enero de 2019), págs. 1419 a 1427.

por sobredosis de opioides se registró en Columbia Británica (1.482 muertes: 30,8 muertes por cada 100.000 habitantes), Ontario (1.265: 8,9 muertes por cada 100.000 habitantes) y Alberta (745: 17,4 muertes por cada 100.000 habitantes) y, en general, entre los hombres y entre las personas de 30 a 39 años⁸⁶.

FIG. 13 Muertes causadas por sobredosis de opioides en los Estados Unidos, 1999-2017



Number	Número
Wave 1: rise in prescription opioid deaths	Primera oleada: aumento de las muertes por sobredosis de opioides sujetos a prescripción médica
Wave 2: rise in heroin overdose deaths	Segunda oleada: aumento de las muertes por sobredosis de heroína
Wave 3: rise in synthetic opioid overdose deaths	Tercera oleada: aumento de las muertes por sobredosis de opioides sintéticos
Any opioid	Cualquier opioide
Heroin only	Solo heroína
Pharmaceutical opioids excluding fentanyl and tramadol	Fármacos opioides, excluidos el fentanilo y el tramadol
Other synthetic opioids (fentanyl and tramadol)	Otros opioides sintéticos (fentanilo y tramadol)

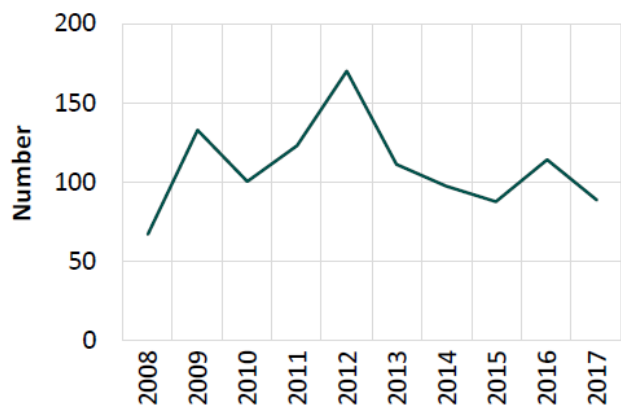
Fuente: Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Wide-ranging Online Data for Epidemiologic Research (CDC WONDER).

En Europa, Estonia ha registrado una alta tasa de muertes por sobredosis de opioides (10,6 por cada 100.000 habitantes) atribuidas al consumo de fentanilos. Tras alcanzarse un máximo en el número de muertes por sobredosis de opioides en 2012 (170 muertes), la tasa disminuyó constantemente hasta 2015 y luego aumentó en 2016 (114 muertes: 13,4 muertes por cada 100.000 habitantes). Según los resultados de los exámenes toxicológicos, la mayoría de esas muertes se atribuían a los opioides sintéticos, principalmente el 3-metilfentanilo y otros análogos del fentanilo como el carfentanilo, el furanilfentanilo y el acrilfentanilo⁸⁷.

⁸⁶ Canadá, "Overview of national data on opioid-related harms and deaths", 12 de diciembre de 2018.

⁸⁷ EMCDDA, "Estonia Drug Report 2018".

FIG. 14 Tendencias de las muertes por sobredosis de fentanilo en Estonia

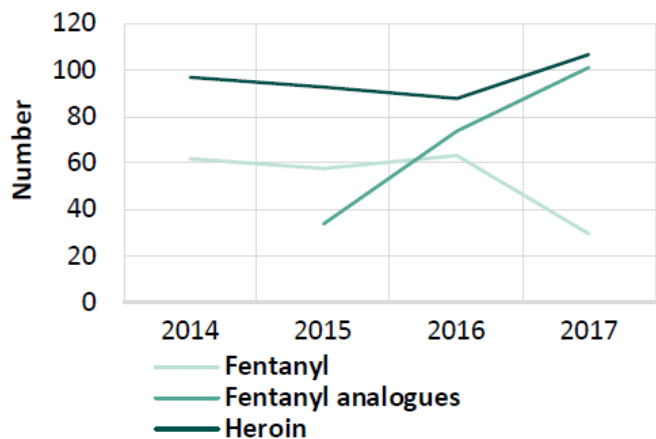


Number	Número
--------	--------

Fuente: Registro de las causas de defunción de Estonia.

En Suecia también se han registrado muertes por sobredosis atribuidas al consumo de opioides, como la heroína, el fentanilo y los análogos del fentanilo. Suecia informó de un total de 590 muertes por sobredosis en 2016 (9,5 por cada 100.000 habitantes), más del 90 % de las cuales fueron causadas por los opioides. Los análogos del fentanilo se introdujeron en el mercado de drogas de Suecia en 2014, mediante la venta en línea de análogos ilícitos del fentanilo, principalmente en forma de aerosol nasal, pero también de comprimidos, polvo y cápsulas⁸⁸. Desde 2015, los análogos del fentanilo han provocado un número cada vez mayor de muertes por sobredosis. Si bien el número de muertes por sobredosis de heroína siguió siendo elevado en Suecia en el período 2015-2017, el fentanilo y los análogos del fentanilo causaron un mayor número de muertes por sobredosis. Sin embargo, en la mayoría de esas muertes intervino más de una sustancia⁸⁹. En general, la mayoría de las muertes por análogos del fentanilo en 2015 se atribuyó al acetilfentanilo (31 casos), mientras que en 2016 la mayoría se atribuyó al acrilfentanilo (43 casos) y en 2017, al ciclopropilfentanilo (72 casos). En 2017, las personas que murieron de sobredosis de fentanilo eran, en promedio, de mayor edad (mediana: 44,6 años) que aquellas cuya sobredosis fue causada por análogos del fentanilo (mediana: 32,9 años)⁹⁰.

FIG. 15 Muertes por sobredosis de opioides en Suecia



Number	Número
Fentanyl	Fentanilo
Fentanyl analogues	Análogos del fentanilo
Heroin	Heroína

Fuente: “Swedish National Threat Assessment on fentanyl analogues and other synthetic opioids” (octubre de 2018).

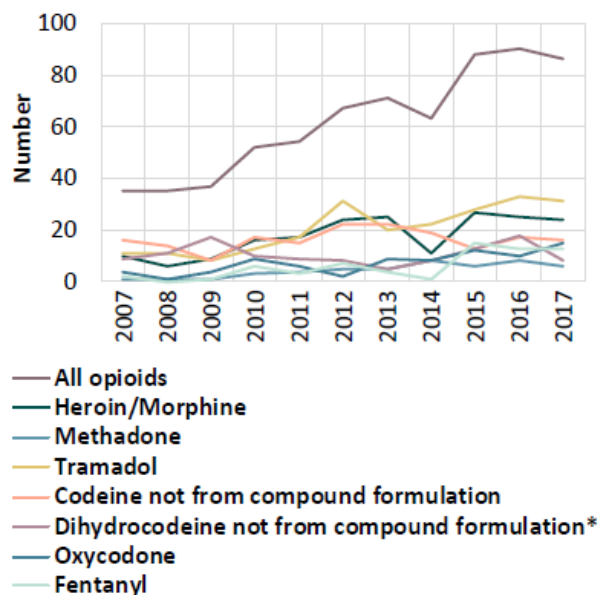
⁸⁸ Dirección de Policía de Suecia, Departamento de Operaciones Nacionales, “Swedish National Threat Assessment on fentanyl analogues and other synthetic opioids” (octubre de 2018).

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ Suecia, Junta Nacional de Medicina Forense.

En Irlanda del Norte, el número de muertes relacionadas con los opioides ha ido en aumento desde 2013. En 2017, se informó de un total de 136 muertes relacionadas con las drogas (casi 7 muertes relacionadas con drogas por cada 100.000 habitantes), el 40 % de las cuales se atribuyeron a los opioides. El tramadol y la heroína fueron los principales opioides detectados en esas muertes, pero también se ha informado de un número menor de muertes causadas por la codeína, la oxycodona y el fentanilo, que se considera que van en aumento. Cabe destacar que en casi la mitad de las muertes por sobredosis de drogas registradas intervinieron tres o más drogas, en las cuales el diazepam fue la sustancia notificada con mayor frecuencia. Se informó de que la mayoría de las muertes resultantes del uso indebido de drogas fueron de varones jóvenes de 25 a 34 años⁹¹.

FIG. 16 Muertes relacionadas con los opioides en Irlanda del Norte, 2007-2017



Number	Número
All opioids	Todos los opioides
Heroin/morphine	Heroína o morfina
Methadone	Metadona
Tramadol	
Codeine not from compound formulation	Codeína no obtenida mediante la formulación de compuestos
Dihydrocodeine not from compound formulation*	Dihidrocodeína no obtenida mediante la formulación de compuestos*
Oxycodone	Oxicodona
Fentanyl	Fentanilo

Fuente: Organismo de Estadísticas e Investigación de Irlanda del Norte, “Drug related and drug misuse deaths 2007-2017”, 4 de marzo de 2019.

Nota: Las muertes relacionadas con drogas se definen como aquellas cuya causa fundamental registrada en el certificado de defunción es la intoxicación por drogas, el abuso de drogas o la drogodependencia. Se considera que una muerte es por uso indebido de drogas cuando la causa fundamental es la intoxicación por drogas, el abuso de drogas o la drogodependencia y cuando cualquiera de las sustancias sometidas a fiscalización nacional contribuye a la muerte.

Aparición de nuevas sustancias psicoactivas opioides

En los últimos 50 años, con el objetivo de desarrollar medicamentos más eficaces para el tratamiento del dolor, tanto para uso médico como veterinario, la industria farmacéutica ha desarrollado varios agonistas de los receptores de opioides sintéticos. Sin embargo, tras las investigaciones iniciales, muchas de las sustancias no se siguieron desarrollando o se consideró que “no eran aptas para el consumo humano”. En los últimos años, junto con los análogos

⁹¹ Organismo de Estadísticas e Investigación de Irlanda del Norte, “Drug related and drug misuse deaths 2007-2017”, 4 de marzo de 2019.

del fentanilo, han aparecido en los mercados ilícitos de drogas muchos agonistas de los receptores de opioides, que se obtienen a partir de la información publicada en revistas especializadas de empresas farmacéuticas o de las patentes. En las publicaciones científicas a menudo se hace referencia a ellos como “opioides de investigación” o “nuevos opioides sintéticos”⁹². Desde la perspectiva de la UNODC, dado que estas sustancias no están sometidas a fiscalización internacional, se han clasificado como “NSP con efectos opioides” o “NSP opioides”. Los agonistas de los receptores de opioides sintéticos tienen potencia variable y, al igual que otros opioides, sus efectos clínicos dependen de la dosis. Aunque estructuralmente no están relacionadas con la morfina, las nuevas sustancias psicoactivas opioides son agonistas completas de los receptores de opioides μ , lo que provoca una depresión profunda del sistema nervioso central y del sistema respiratorio. Ello explica el importante nivel de morbilidad y mortalidad asociado a su consumo⁹³. Para revertir los efectos en casos de intoxicación por nuevas sustancias psicoactivas opioides, se requieren mayores dosis de naloxona que en casos de sobredosis con muchos otros opioides⁹⁴.

Las nuevas sustancias psicoactivas opioides son un grupo de sustancias que al parecer se están introduciendo cada vez más en el mercado de drogas con fines no médicos. De las NSP notificadas en 2017 al sistema de alerta temprana de la UNODC, casi un tercio eran agonistas de los receptores de opioides sintéticos; la mayoría de las 22 sustancias eran análogas del fentanilo y unas pocas pertenecían a otras familias de opioides de investigación, como el U-48800 y el U-51754. Además, en los últimos años se han notificado, incautado y analizado otros agonistas de los receptores de opioides, como el AH-7921, el MT-45 y el U-4700, o sustancias de nombres similares.^{95, 96}

Muchos agonistas de los receptores de opioides sintéticos, como el AH-7921, el MT-45 y el U-4700, se han vendido como tales a consumidores habituales de opioides⁹⁷. Según se informa, hay otros opioides sintéticos, incluidos los análogos del fentanilo, que se venden en los mercados de drogas como sustitutos de las drogas sometidas a fiscalización y, en muchos casos, como analgésicos sujetos a prescripción médica falsificados (por ejemplo, la oxicodona), e incluso como benzodiazepinas falsificadas⁹⁸. En otros casos, los opioides sintéticos se han utilizado como adulterantes de la heroína y otras drogas, como la cocaína, y quienes los compran, a veces personas marginadas que consumen opioides, no suelen conocer su contenido exacto y a menudo calculan incorrectamente sus dosis, con consecuencias nefastas⁹⁹.

Muchos análogos del fentanilo que se usan con fines no médicos se comercializan directamente a los consumidores y casi exclusivamente por Internet¹⁰⁰. La proliferación del comercio electrónico también ha facilitado la venta de opioides sintéticos a través de la Internet convencional y de la web oscura^{101, 102}. Como se ha informado en casos recientes en Suecia, se han ofrecido a la venta en línea aerosoles nasales sin etiquetar que contienen acrilofentanilo (acrilfentanilo)¹⁰³; también hay informes de “e-líquidos” que contienen análogos de fentanilo cuyos vapores se pueden inhalar mediante cigarrillos electrónicos¹⁰⁴. En general, los opioides sintéticos se están convirtiendo en un problema importante que impone la necesidad de una vigilancia periódica por parte de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, los laboratorios toxicológicos, los químicos, los farmacéuticos y los médicos, a fin de comprender mejor las causas de su surgimiento y proporcionar orientación con miras a responder a la amenaza que representan para la salud pública y la salud de las personas.

Oferta de opiáceos

El opio se produce ilícitamente en unos 50 países del mundo, aunque la producción se encuentra muy concentrada en el Afganistán, Myanmar y México, que representaron aproximadamente el 96 % de la producción mundial de opio en el período 2014-2018.

⁹² Armenian *et al.*, “Fentanyl, fentanyl analogues and novel synthetic opioids”.

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁵ EMCDDA, *EMCDDA-Europol Joint Report on a New Psychoactive Substance – 1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine ('MT-45')*, Serie de Informes Conjuntos, MT-45 (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014).

⁹⁶ “Swedish National Threat Assessment on fentanyl analogues and other synthetic opioids”.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ *2018 National Drug Threat Assessment*.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ EMCDDA, *Fentanils and Synthetic Cannabinoids: Driving Greater Complexity into the Drug Situation - An Update from the EU Early Warning System* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018).

¹⁰¹ Armenian *et al.*, “Fentanyl, fentanyl analogues and novel synthetic opioids”.

¹⁰² EMCDDA, *Fentanils and Synthetic Cannabinoids*.

¹⁰³ “Swedish National Threat Assessment on fentanyl analogues and other synthetic opioids”.

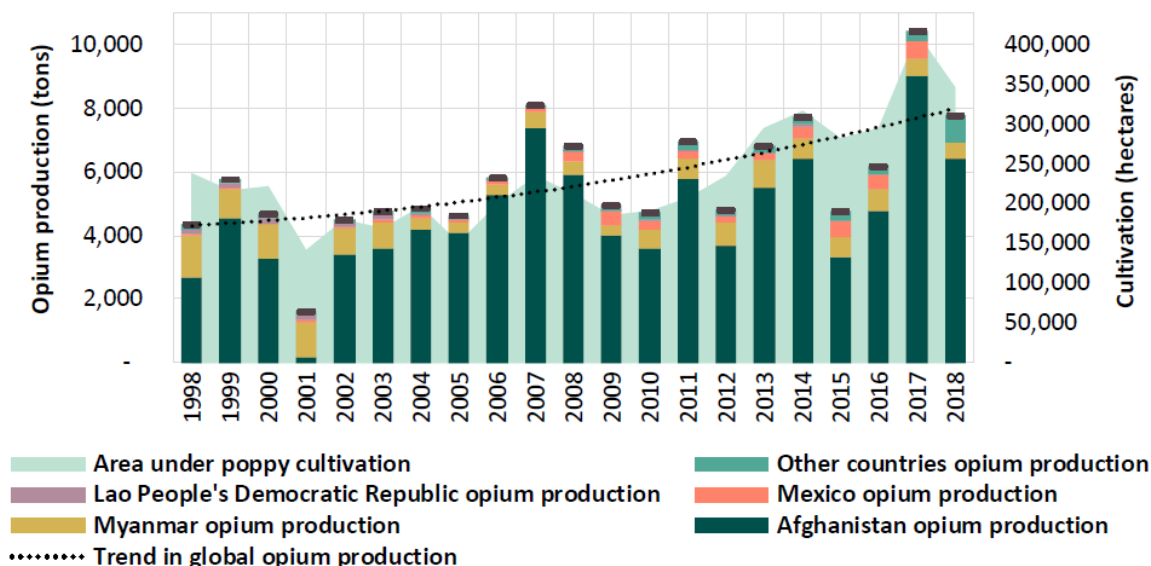
¹⁰⁴ EMCDDA, *Fentanils and Synthetic Cannabinoids*.

Los opiáceos producidos en el Afganistán, el mayor productor de opio, tienen alcance mundial. Abastecen a los mercados de los países vecinos, Europa, el Cercano Oriente y el Oriente Medio, Asia Meridional, África y una pequeña proporción de los mercados de América del Norte (principalmente Canadá) y Oceanía. En Asia Sudoriental, Myanmar y, en menor medida, la República Democrática Popular Lao, abastecen a los mercados de Asia Oriental y Sudoriental y Oceanía. En América Latina, México y, en menor medida, Colombia y Guatemala son los principales abastecedores de heroína a los Estados Unidos y abastecen el mercado de heroína de América del Sur, que es relativamente pequeño.

La superficie dedicada al cultivo ilícito de adormidera y la producción de opio se redujeron a nivel mundial en 2018

A pesar de una disminución del 17 % con respecto al año anterior, la superficie mundial dedicada al cultivo ilícito de adormidera en 2018 se mantuvo a un nivel elevado, de alrededor de 346.000 ha. La producción mundial de opio también disminuyó en 2018 (un 25 %), pero la estimación sigue siendo una de las más altas de los dos últimos decenios. De las aproximadamente 7.790 t de opio que se produjeron en el mundo en 2018, se estima que entre 1,225 y 1.525 t se dejaron sin procesar y se destinaron al consumo como opio; el resto se transformó en heroína, por lo que se estima que en 2018 se fabricaron entre 486 y 736 t de esta droga (expresada en heroína de pureza para exportación). Tanto los precios del opio como los de la heroína siguieron bajando en 2018 en el Afganistán y Myanmar, lo que significa que no hay indicios de una posible escasez de opiáceos en el mercado como resultado de la disminución de la producción mundial de opio en 2018.

FIG. 17 Cultivo de adormidera y producción de opio, 1998-2018*



Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Cultivation (hectares)	Cultivo (hectáreas)
Area under poppy cultivation	Superficie dedicada al cultivo de adormidera
Other countries opium production	Producción de opio en otros países
Lao People's Democratic Republic opium production	Producción de opio en la República Democrática Popular Lao
Mexico opium production	Producción de opio en México
Myanmar opium production	Producción de opio en Myanmar
Afghanistan opium production	Producción de opio en el Afganistán
Trend in global opium production	Tendencia de la producción mundial de opio

Fuente: Cálculos de la UNODC basados en los estudios de vigilancia del cultivo ilícito y en el cuestionario para los informes anuales.

Nota: Los datos de 2018 son estimaciones preliminares; en particular, en el momento en que se redactó este informe no se disponía de nuevos datos de México referentes a 2018.

El descenso de la producción de opio se debe principalmente a las disminuciones notificadas en el Afganistán

El descenso de la producción mundial de opio en 2018 estuvo relacionado principalmente con el Afganistán, donde, tras años de tendencia ascendente, la superficie dedicada al cultivo de adormidera se redujo en un 20 % con respecto a su cifra récord de 2017, aunque la superficie estimada para 2018 sigue siendo la segunda mayor jamás comunicada en relación con ese país. Al reducirse el rendimiento del opio, la producción total de opio disminuyó un 29 % en el Afganistán en 2018. No obstante, el Afganistán sigue siendo el mayor productor de opio del mundo y representa el 82 % de la producción mundial ilícita de opio.

Más de dos tercios (69 %) de la producción de opio del país siguen proviniendo del sur del Afganistán, sobre todo de las provincias de Helmand (52 % del total) y Kandahar (9 %). Sin embargo, el cultivo y la producción disminuyeron en todas las regiones en 2018, sobre todo en las partes septentrional, occidental y central del país y, en menor medida, en las regiones oriental, meridional y nororiental del Afganistán¹⁰⁵. Esto se debió principalmente a una grave sequía que afectó no solo a las tierras de secano, sino también a las de regadío. Dado que apenas había nevado en las montañas en el invierno de 2017-2018, no había suficiente agua subterránea para el riego en muchas partes del país, incluidas las zonas dedicadas al cultivo de adormidera. La posterior falta de lluvias incidió negativamente en los cultivos de secano de adormidera en el Afganistán occidental y septentrional¹⁰⁶. La sequía no solo afectó a la producción de opio, sino también a la agricultura en general. Ello provocó una crisis humanitaria en varias partes del país, sobre todo en las partes occidental y septentrional, donde se consideraba que 1,4 millones de personas corrían el riesgo de sufrir inseguridad alimentaria aguda como resultado de la sequía de la primavera de 2018, por lo que se pronosticó que la producción de cereales se reduciría alrededor de un 28 % en 2018 con respecto a la media del período 2013-2017¹⁰⁷.

Aparte de la sequía, la brusca caída de los precios del opio (probablemente como consecuencia de los niveles sin precedentes de producción de opio en 2017) podría haber disuadido a los agricultores de cultivar adormidera en 2018. Los precios del opio siguieron bajando en 2018¹⁰⁸, al mismo tiempo que aumentaba el endeudamiento de muchos agricultores afganos como consecuencia de la sequía. Según las investigaciones, el creciente endeudamiento, a menudo basado en arreglos del tipo “salaam”, consistentes en vender por adelantado la cosecha de opio del año siguiente a cambio de pagos inmediatos en efectivo, puede hacer que los agricultores, independientemente de la disminución de los precios del opio, decidan volver a producir adormidera a fin de liquidar sus deudas¹⁰⁹. El cultivo de adormidera es una de las muchas estrategias a las que puede recurrir un hogar rural para asegurar su sustento. Según los informes del Afganistán en 2017, las necesidades básicas, es decir, la alimentación, la atención médica y el pago de deudas, fueron los tres usos más comunes que dieron los agricultores a los ingresos derivados del opio¹¹⁰. En particular, los “cultivadores ocasionales de adormidera” mencionaron la necesidad de reembolsar préstamos como una de las razones principales para dedicarse a ese cultivo¹¹¹.

¹⁰⁵ UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Afghanistan Opium Survey 2018: Cultivation and Production* (noviembre de 2018).

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Sistema Mundial de Información y Alerta sobre la Alimentación y la Agricultura, “Country brief: Afghanistan”, 21 de junio de 2018.

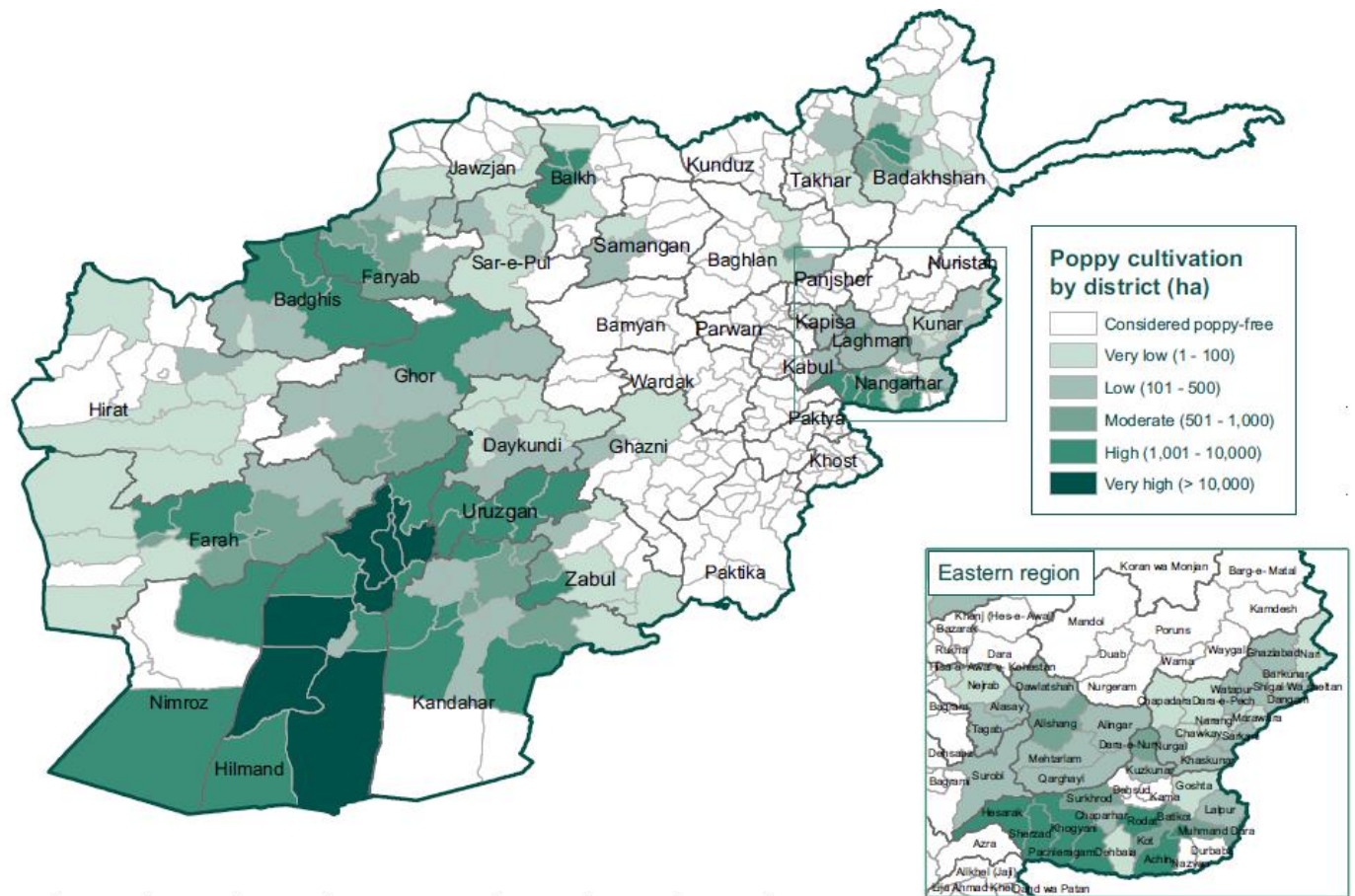
¹⁰⁸ Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes y UNODC, “Afghanistan drug price monitoring monthly report” (marzo de 2019).

¹⁰⁹ Mohammad Ehsan Zia *et al.*, *Rural Finance in Afghanistan and the Challenge of the Opium Economy*, informe núm. 33275 (Washington D.C., Banco Mundial, julio de 2005).

¹¹⁰ UNODC y República Islámica del Afganistán, *Afghanistan Opium Survey 2017 – Challenges to sustainable development, peace and security* (mayo de 2018).

¹¹¹ *Ibid.*

MAPA 3 Cultivo de adormidera en el Afganistán, 2018



Poppy cultivation by district (ha)	Cultivo de adormidera por distrito (hectáreas)
Considered poppy-free	Considerado libre de adormidera
Very low (1 - 100)	Muy bajo (1 a 100)
Low (101 - 500)	Bajo (101 a 500)
Moderate (501 - 1,000)	Moderado (501 a 1.000)
High (1,001 - 10,000)	Alto (1.001 a 10.000)
Very high (> 10,000)	Muy alto (> 10.000)
Eastern region	Región oriental

Fuente: UNODC y Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, *Afghanistan Opium Survey 2018: Cultivation and Production* (noviembre de 2018).

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

También se informa de un descenso de la producción de opio en Myanmar

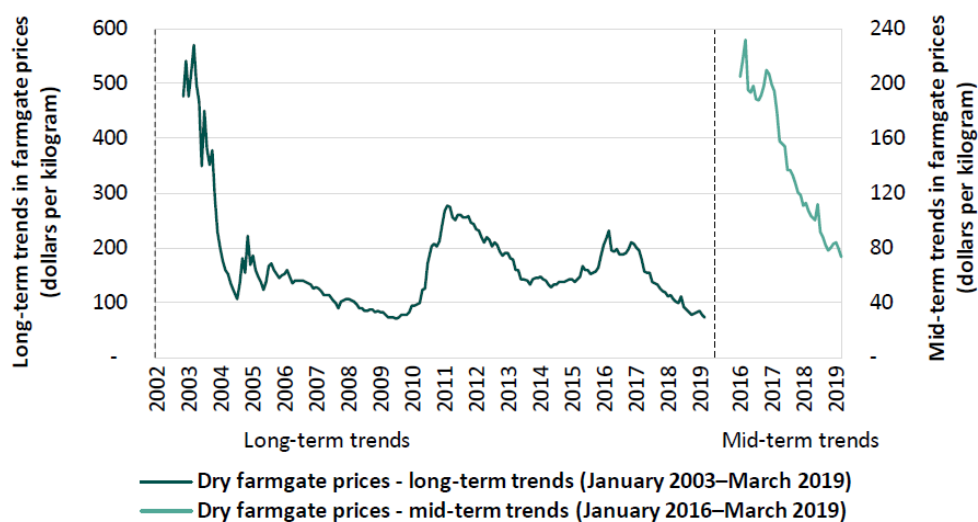
El cultivo de adormidera en Myanmar, donde se encuentra la segunda mayor superficie dedicada a este cultivo en el mundo, siguió disminuyendo en 2018, y ese año el país representó el 11 % de la superficie total dedicada al cultivo ilícito de adormidera en el mundo. Se estima que en 2018 se cultivaron en el país unas 37.300 ha de adormidera, lo que representa una disminución del 12 % con respecto al año anterior y de un tercio desde 2015¹¹². La producción de opio en Myanmar también disminuyó en 2018 a unas 520 t (el 7 % de la producción mundial), su nivel más bajo desde 2010.

Casi el 90 % de la adormidera de Myanmar sigue cultivándose en el estado de Shan y el volumen restante se cultiva mayormente en el vecino estado de Kachin, en el norte del país. También se encontraron zonas más pequeñas dedicadas

¹¹² El porcentaje de disminución se ha estimado sobre la base de las regiones en las que se disponía de estimaciones tanto en 2017 como en 2018 (estados de Shan y Kachin).

al cultivo de adormidera en el estado de Kayah, en el sur, y en el estado de Chin, en el oeste¹¹³. Las disminuciones más notables del cultivo de adormidera en Myanmar en 2018 se produjeron en zonas que tenían una situación de seguridad relativamente favorable. También hubo descensos en partes de la zona norte del estado de Shan y en el estado de Kachin, donde en los últimos años había una prolongada situación de conflicto y el control del Gobierno central es limitado.

FIG. 18 Precios medios del opio seco a pie de plantación en el Afganistán, noviembre de 2002 a marzo de 2019



Long-term trends in farmgate prices (dollars per kilogram)	Tendencias a largo plazo de los precios a pie de plantación (dólares por kilogramo)
Mid-term trends in farmgate prices (dollars per kilogram)	Tendencias a mediano plazo de los precios a pie de plantación (dólares por kilogramo)
Long-term trends	Tendencias a largo plazo
Mid-term trends	Tendencias a mediano plazo
Dry farmgate prices - long-term trends (January 2003–March 2019)	Precios de los productos agrícolas secos a pie de plantación: tendencias a largo plazo (enero de 2003 a marzo de 2019)
Dry farmgate prices - mid-term trends (January 2016–March 2019)	Precios de los productos agrícolas secos a pie de plantación: tendencias a mediano plazo (enero de 2016 a marzo de 2019)

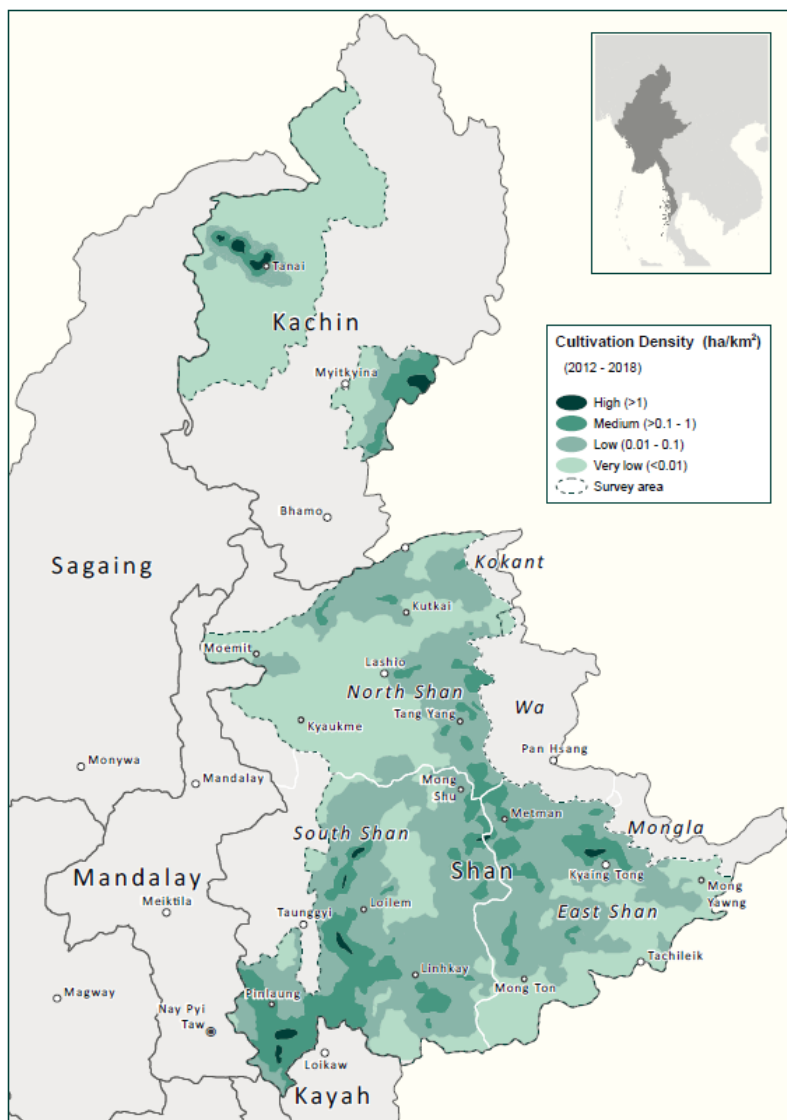
Fuente: Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupeficientes y UNODC, “Afghanistan drug price monitoring monthly report” (marzo de 2019 y años anteriores).

Aparte de la situación de la seguridad, el cultivo de la adormidera en Myanmar suele estar asociado a una serie de vulnerabilidades estructurales, como la desigualdad de ingresos y la falta de oportunidades de empleo y de infraestructura, incluido el acceso a los mercados y la disponibilidad de centros de salud. Esas vulnerabilidades siguieron desempeñando un papel en las zonas de alta concentración de cultivo de adormidera. La presencia de grupos delictivos organizados en esas zonas también está relacionada con la fabricación y el tráfico de heroína¹¹⁴. El descenso de los precios del opio también podría haber influido, ya que en el período 2015-2018 los precios del opio seco a pie de plantación disminuyeron alrededor de un 45 % en Myanmar, posiblemente como consecuencia del paso del consumo de opiáceos al consumo de drogas sintéticas, en particular la metanfetamina, en varias partes de Asia Oriental y Sudoriental.

¹¹³ UNODC y Myanmar, Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas, *Myanmar Opium Survey 2018: Cultivation, Production and Implications* (Bangkok, diciembre de 2018).

¹¹⁴ UNODC, Socioeconomic report on evidence for enhancing reliance on opium poppy cultivation in Shan State, Myanmar (proyecto de informe, citado en el *Myanmar Opium Survey 2018*).

MAPA 4 Mapa de densidad del cultivo de adormidera en Myanmar, junio de 2017 a mayo de 2018



Cultivation Density (ha/km ²) (2012 - 2018)	Densidad de cultivo (ha/km ²) (2012-2018)
High (>1)	Alta (>1)
Medium (>0.1 - 1)	Media (>0,1 a 1)
Low (0.01 - 0.1)	Baja (0,01 a 0,1)
Very low (<0.01)	Muy baja (<0,01)
Survey area	Superficie incluida en el estudio

Fuente: UNODC y Myanmar, Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas.

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

La producción de opio va en aumento en México

Las últimas estimaciones disponibles de la cosecha anual de opio correspondientes al período comprendido entre julio de 2016 y junio de 2017 indicaban un aumento constante de la superficie dedicada al cultivo de adormidera en México, de un 21 % en comparación con el año anterior, hasta alcanzar las 30.600 ha¹¹⁵. En general, el cultivo de adormidera en México se encuentra en zonas de difícil acceso que se caracterizan por un bajo nivel de desarrollo económico¹¹⁶. Las principales zonas de cultivo de adormidera en 2017 siguen siendo los estados que forman parte de la Sierra Madre Occidental, es decir, los estados cercanos al Golfo de California, en particular Sinaloa, Durango, Chihuahua y Nayarit,

¹¹⁵ UNODC y México, *México: Monitoreo de Cultivos de Amapola 2015-2016 y 2016-2017* (noviembre de 2018).

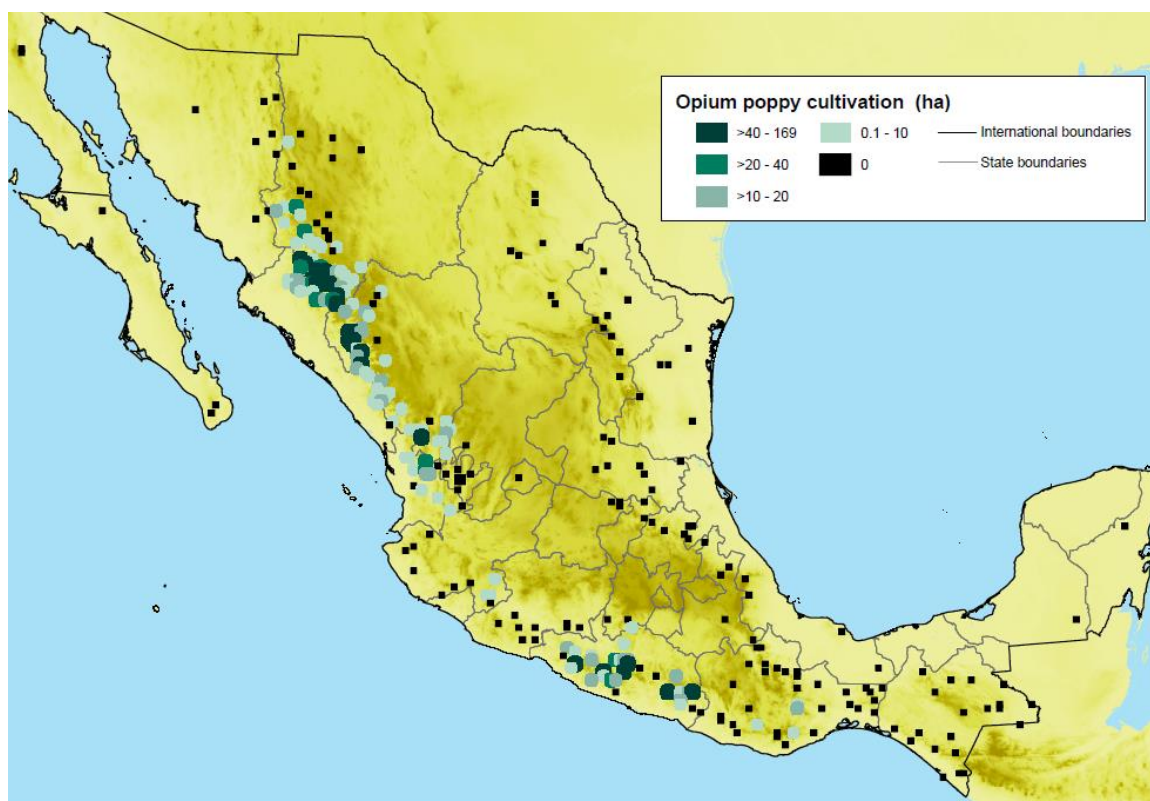
¹¹⁶ *Ibid.*

y más al sur, en los estados de la Sierra Madre del Sur, que están situados a lo largo de la costa del Pacífico, en particular el estado de Guerrero, que rodea Acapulco, y el estado de Oaxaca¹¹⁷.

Los estados de Sinaloa, Chihuahua y Durango, también conocidos como el “Triángulo de Oro” de México, no solo se conocen por el cultivo de adormidera, sino también por el cultivo generalizado de cannabis, que se destina principalmente al mercado estadounidense. Los informes indican un cambio en las actividades de los grupos delictivos organizados en México, ya que el cannabis cultivado en el país parece haber perdido su ventaja competitiva en el mercado de los Estados Unidos, donde la producción de cannabis de alta calidad ha ido en aumento tras la legalización de la oferta de cannabis para uso recreativo en varios estados¹¹⁸.

El aumento comunicado de la superficie dedicada al cultivo de adormidera en México se registró en paralelo a varias actividades de represión, incluido un aumento del 32 % en la erradicación del cultivo de adormidera en México en 2017, un aumento del 44 % en las cantidades de heroína y morfina incautadas en el país, la triplicación de la cantidad de goma de opio incautada y la triplicación del número de laboratorios clandestinos de heroína desmantelados en México en 2017¹¹⁹. Entretanto, la cantidad de heroína incautada por las autoridades de los Estados Unidos a lo largo de la frontera sudoccidental con México aumentó un 36 % con respecto al año anterior (ejercicio económico de 2017).

MAPA 5 Densidad del cultivo de adormidera en México, 2016-2017



Opium poppy cultivation (ha)	Cultivo de adormidera (ha)
(>40 - 169)	(>40 a 169)
(>20 - 40)	(>20 a 40)
(>10 - 20)	(>10 a 20)
0.1 - 10	0,1 a 10
International boundaries	Fronteras internacionales
State boundaries	Límites estatales

Fuente: UNODC y México, *México: Monitoreo de Cultivos de Amapola 2015-2016 y 2016-2017* (noviembre de 2018).

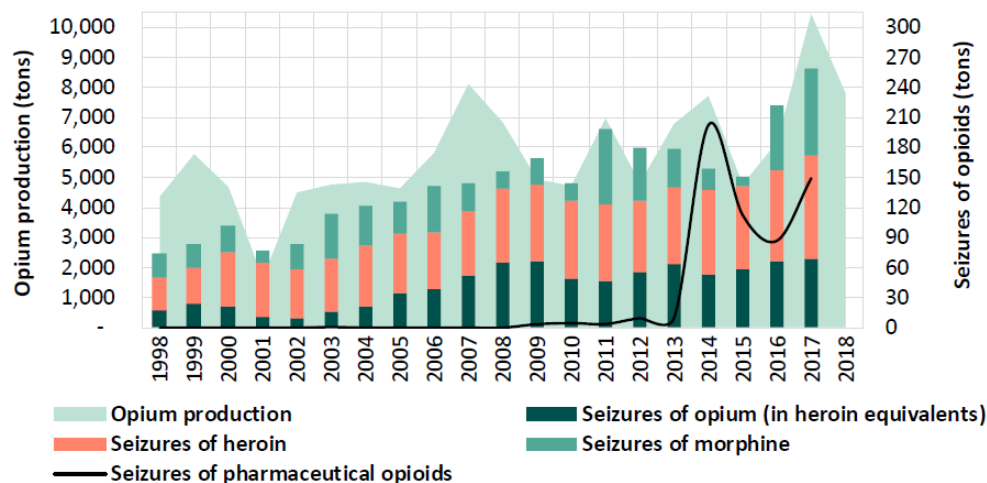
Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ 2018 National Drug Threat Assessment.

¹¹⁹ *México: Monitoreo de Cultivos de Amapola 2015-2016 y 2016-2017.*

FIG. 19 Producción mundial de opioides y niveles de las incautaciones mundiales de opioides^a, 1998-2018



Opium production (tons)	Producción de opio (toneladas)
Seizures of opioids (tons)	Incautaciones de opioides (toneladas)
Opium production	Producción de opio
Seizures of opioids (in heroin equivalents)	Incautaciones de opio (en la cantidad equivalente de heroína)
Seizures of heroin	Incautaciones de heroína
Seizures of morphine	Incautaciones de morfina
Seizures of pharmaceutical opioids	Incautaciones de fármacos opioides

Fuentes: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

^a Para convertir el opio en la cantidad equivalente de heroína se utilizó una ratio de 10:1.

Sobre la base de los perfiles forenses, las autoridades de los Estados Unidos estimaron que en 2016 el 86 % de la heroína analizada (744 muestras tomadas de 1,6 t de heroína incautada en los Estados Unidos) procedía de México, frente al 20 % en 2006¹²⁰. La mayoría de los indicadores apuntan a una expansión del mercado de heroína en los Estados Unidos en los últimos años¹²¹: en general, la incautación de heroína en el país se triplicó con creces entre 2006 y 2016, hasta 7,1 t, y luego siguió aumentando, hasta 8,1 t en 2017, mientras que el número de muertes relacionadas con la heroína en los Estados Unidos se septuplicó durante el período comprendido entre 2007 y 2017, o se cuadruplicó, si se excluyen otros opioides sintéticos¹²².

La producción de opio ha fluctuado mucho, pero las incautaciones de opiáceos a nivel mundial han aumentado constantemente en los últimos dos decenios

A nivel mundial, la producción anual de opio ha fluctuado más que las incautaciones anuales de heroína y el consumo mundial de opiáceos, lo que apunta a la acumulación de existencias de opio. Al contrarrestar el efecto de las fluctuaciones de la producción de opio, esas existencias garantizarían la fluidez de la oferta de heroína a los principales mercados de consumo y explicarían los cambios interanuales comparativamente menores de las incautaciones de heroína. La tendencia general al alza de las cantidades de opiáceos incautados en los dos últimos decenios ha sido más pronunciada que la tendencia al alza de la producción de opio¹²³, lo que da a entender que tal vez las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley hayan tenido cada vez mejores resultados en la incautación de opiáceos objeto de tráfico a nivel mundial, aunque la diferencia también podría explicarse parcialmente por los cambios en la pureza.

¹²⁰ 2018 National Drug Threat Assessment.

¹²¹ Para conocer más detalles sobre la creciente demanda de heroína en los Estados Unidos, véase la sección relativa a la demanda de opioides.

¹²² Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, "Overdose death rates", revisado en enero de 2019.

¹²³ Independientemente de los posibles cambios en las incautaciones de heroína de alta pureza (que no se tienen en cuenta en el cálculo).

La incautación de opiáceos aumentó hasta nuevos niveles sin precedentes en 2017 y siguió concentrándose en Asia, especialmente en Asia Sudoccidental

En 2017, las cantidades de opiáceos incautadas a nivel mundial alcanzaron un máximo histórico, con un aumento del 5 % respecto del año anterior en la cantidad de opio incautada (a 693 t), un aumento del 13 % en la cantidad de heroína incautada (a 103 t) y un aumento del 33 % en la cantidad de morfina incautada (a 87 t). Si se expresan en la cantidad equivalente común de heroína, las incautaciones de heroína siguen superando a las de morfina y opio en 2017.

Según los informes, la mayoría de las incautaciones de opiáceos siguieron realizándose en las principales zonas de producción de opio o cerca de ellas. Así pues, con más del 90 % de la producción ilícita mundial, Asia representó en 2017 el 86 % de las incautaciones totales de opiáceos (expresadas en la cantidad equivalente de heroína). La gran mayoría de esos opiáceos siguió incautándose en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental en 2017 (el 79 % de los opiáceos incautados a nivel mundial, expresados en la cantidad equivalente común de heroína), en particular el opio (el 97 % de las incautaciones mundiales de opio) y la morfina (el 99 % de las incautaciones mundiales de morfina).

Los mayores niveles de incautación de opiáceos (expresados en la cantidad equivalente de heroína), o el 39 % del total mundial, continuaron registrándose en la República Islámica del Irán en 2017, seguida del Afganistán (26 %) y el Pakistán (14 %). Las siguientes incautaciones de opiáceos por orden de importancia fueron comunicadas por Turquía (7 %), los Estados Unidos y China (4 % cada uno).

Los niveles de incautación de heroína y morfina siguen aumentando en todas las regiones, salvo en Oceanía

Las cantidades de heroína y morfina incautadas en Asia se duplicaron con creces en 2016 y aumentaron un 14 % más en 2017. Ello se debió principalmente al aumento de las cantidades de morfina y heroína incautadas en el Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia Sudoccidental, como consecuencia de los notables incrementos de la producción de opiáceos afganos en 2016 y 2017, así como de las operaciones de represión en curso en esas subregiones.

En Asia Oriental y Sudoriental, las cantidades de heroína y morfina incautadas disminuyeron en 2016, pero aumentaron en 2017. La mayor parte de la incautación de heroína y morfina en esa subregión siguió siendo comunicada por China, que representó el 72 % del total de incautaciones de esas sustancias en esa subregión en 2017.

En Asia Meridional se ha informado en los últimos años de un notable aumento de las cantidades de heroína y morfina incautadas, sobre todo en la India. Con aumentos del 34 % en 2016 y del 51 % en 2017, la subregión representa actualmente casi el 2 % de las cantidades totales de heroína y morfina incautadas a nivel mundial.

Las mayores cantidades de heroína y morfina incautadas fuera de Asia se registran en Europa (13 % del total mundial), seguida de las Américas (5 %), dos mercados importantes de heroína.

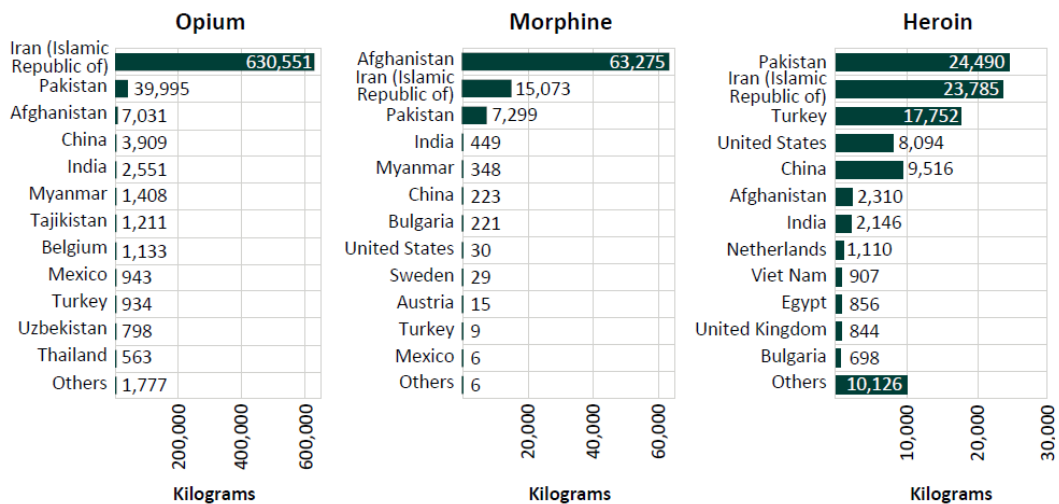
En Europa, las cantidades de heroína y morfina incautadas se duplicaron con creces en 2017, hasta alcanzar las 24 t, un nivel similar al comunicado en el primer decenio del nuevo milenio. El aumento registrado en Europa se debió principalmente a que se triplicaron las cantidades de heroína y morfina incautadas en Europa Sudoriental, en particular en Turquía y, en menor medida, en Bulgaria y otros países de la ruta de los Balcanes.

Los niveles de incautación de heroína y morfina en Europa Occidental y Central aumentaron un 29 % en 2017 con respecto al año anterior, y la mayoría de los países comunicaron aumentos. No obstante, las incautaciones en la subregión se mantuvieron claramente por debajo del promedio anual comunicado en el último decenio. El mayor volumen de incautación de la subregión en 2017 fue comunicado por los Países Bajos, seguidos del Reino Unido, Francia, Italia y España.

En cambio, los niveles de incautación de heroína y morfina siguieron disminuyendo en Europa Oriental por tercer año consecutivo, con un descenso del 48 % en 2017 (o un 85 % desde 2014), principalmente como resultado de la disminución de las cantidades incautadas en la Federación de Rusia. Ello está en consonancia con la disminución actual según los informes, del 64 % en 2017 (o del 78 % desde 2014), de las cantidades de heroína y morfina incautadas en Asia Central y Transcaucasia, la principal zona de tránsito de las remesas de heroína hacia el mercado de la Federación de Rusia.

Los niveles de incautación de heroína y morfina en las Américas aumentaron un 9 % en 2017, a 9,5 t, casi tres veces la cantidad incautada un decenio antes. Las incautaciones realizadas en América del Norte representaron el 90 % de la heroína y la morfina incautadas en las Américas, con un 85 % en los Estados Unidos, seguidos de Colombia, el Ecuador, México, el Canadá y Guatemala.

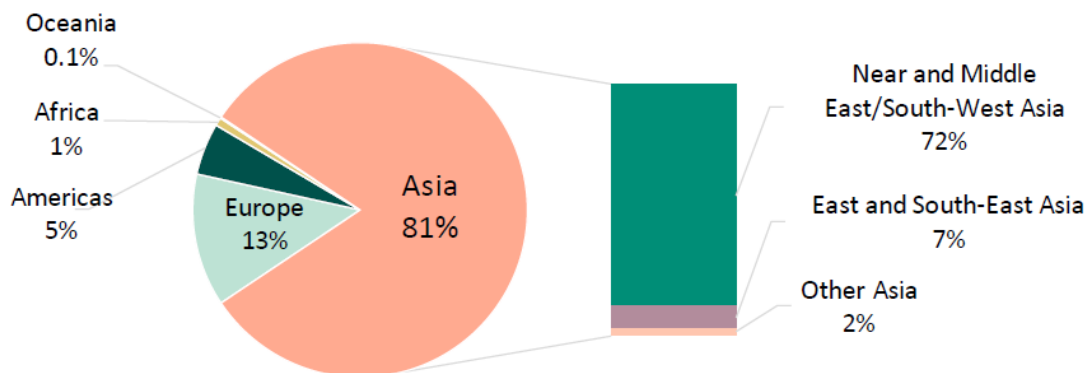
FIG. 20 Países que comunicaron los mayores niveles de incautación de opiáceos, 2017



Opio	Morfina	Heroína
Irán (República Islámica del)	Afganistán	Pakistán
Pakistán	Irán (República Islámica del)	Irán (República Islámica del)
Afganistán	Pakistán	Turquía
China	India	Estados Unidos
India	Myanmar	China
Myanmar	China	Afganistán
Tayikistán	Bulgaria	India
Bélgica	Estados Unidos	Países Bajos
México	Suecia	Viet Nam
Turquía	Austria	Egipto
Uzbekistán	Turquía	Reino Unido
Tailandia	México	Bulgaria
Otros	Otros	Otros
Kilogramos	Kilogramos	Kilogramos

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

FIG. 21 Distribución de las cantidades mundiales de heroína y morfina incautadas en 2017 (total = 190 t)

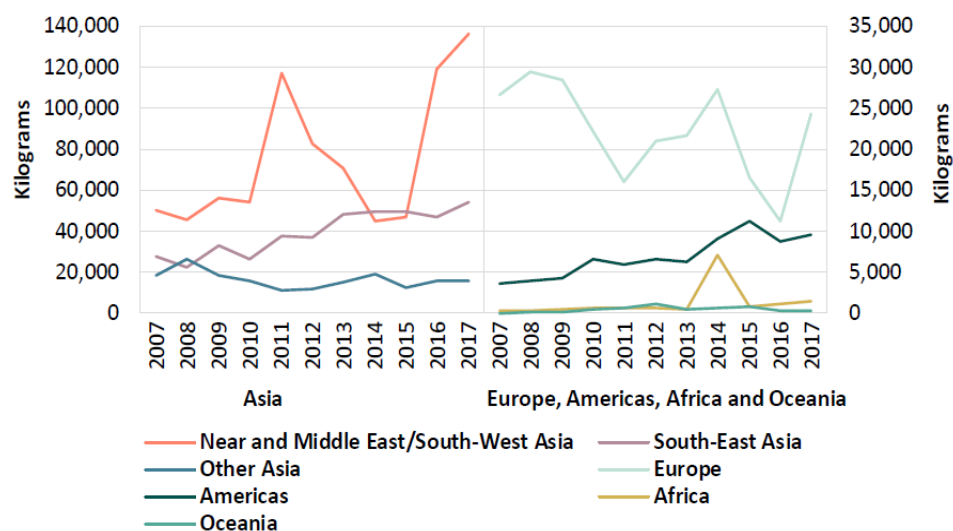


Oceania 0.1%	Oceanía 0,1 %
Africa 1%	África 1 %
Americas 5%	América 5 %

Europe 13%	Europa 13 %
Asia 81%	Asia 81 %
Near and Middle East/South-West Asia 72%	Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental 72 %
East and South-East Asia 7%	Asia Oriental y Sudoriental 7 %
Other Asia 2%	Otras regiones de Asia 2 %

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

FIG. 22 Niveles de incautación de heroína y morfina, por región, 2007-2017



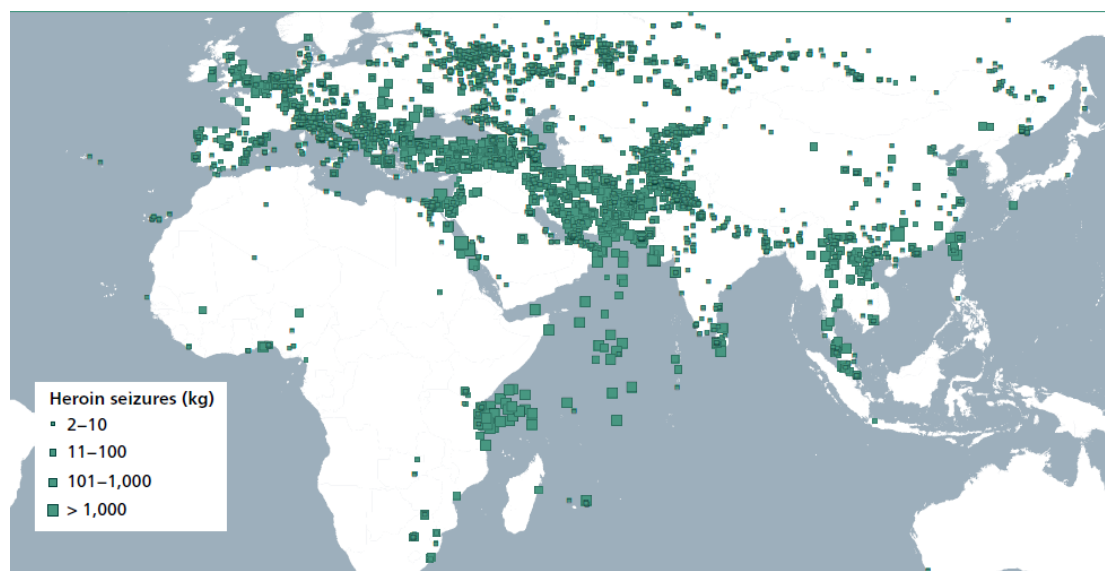
Kilograms	Kilogramos
Asia	Asia
Europe, Americas, Africa and Oceania	Europa, América, África y Oceanía
Near and Middle East/South-West Asia	Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental
South-East Asia	Asia Sudoriental
Other Asia	Otras regiones de Asia
Europe	Europa
Americas	América
Africa	África
Oceania	Oceanía

Fuente: UNODC, datos de las respuestas al cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

A pesar de un aumento del 31 % en 2017 y de su cuadruplicación desde hace un decenio, los niveles de incautación de heroína y morfina en África se mantuvieron comparativamente bajos, en 1,5 t, en 2017. La mayoría de las incautaciones se siguen comunicando en África Septentrional, que representó casi dos tercios del volumen total de incautación de heroína y morfina en África en 2017, y un 21 % se comunica desde África Oriental. Egipto es el país de África en el que se ha notificado la mayoría de esas incautaciones, debido al tráfico de opiáceos a través del Mar Rojo y el Canal de Suez, seguido de la República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Kenya y Nigeria.

Las cantidades de heroína y morfina incautadas en Oceanía disminuyeron en 2017 por segundo año consecutivo, hasta el nivel más bajo desde 2009, y más del 99 % de las incautaciones se efectuaron en Australia.

MAPA 6 Casos importantes de incautación de heroína, enero de 2013 a abril de 2017



Heroin seizures (kg)	Incautaciones de heroína (kg)
2-10	2 a 10
11-100	11 a 100
101-1,000	101 a 1.000
> 1,000	> 1.000

Fuente: UNODC y Pacto de París, Plataforma de Vigilancia de las Drogas.

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

El tráfico de opiáceos sigue estando dominado por los opiáceos procedentes del Afganistán

Como reflejo del predominio cada vez mayor de la producción de opio en el Afganistán, la mayoría de los opiáceos de todo el mundo se trafican del Afganistán a los mercados de los países vecinos (en particular la República Islámica del Irán, el Pakistán, los países de Asia Central y la India), así como a Europa, el Cercano Oriente y el Oriente Medio, Asia Meridional, África y, en menor medida, Asia Sudoriental, América del Norte y Oceanía. Alrededor del 88 % del total mundial de incautaciones de heroína y morfina realizadas en 2017 estaba relacionado con la producción de opiáceos del Afganistán, frente al 73 % en 2015. Casi todos los opiáceos incautados en Europa, Asia Central y África se derivan del opio procedente del Afganistán; ese país representó el 100 % de las menciones del “país de origen” de los opiáceos incautados en Asia Central, el 96 % de las menciones de las autoridades de Europa y el 84 % de las menciones de las autoridades de África en el período 2013-2017¹²⁴.

La heroína también se trafica de las zonas de producción de Asia Sudoriental (Myanmar y, en menor medida, la República Democrática Popular Lao) a los mercados de Asia Oriental y Sudoriental y Oceanía. En las Américas, la mayor parte de la heroína de que se abastecen Estados Unidos procede de los países de América Latina (en particular México y, en mucha menor medida, Colombia y Guatemala), que también abastecen el mercado de heroína de América del Sur, relativamente limitado.

La mayoría de los opiáceos siguen siendo objeto de tráfico desde el Afganistán a lo largo de la ruta de los Balcanes y sus diversos ramales

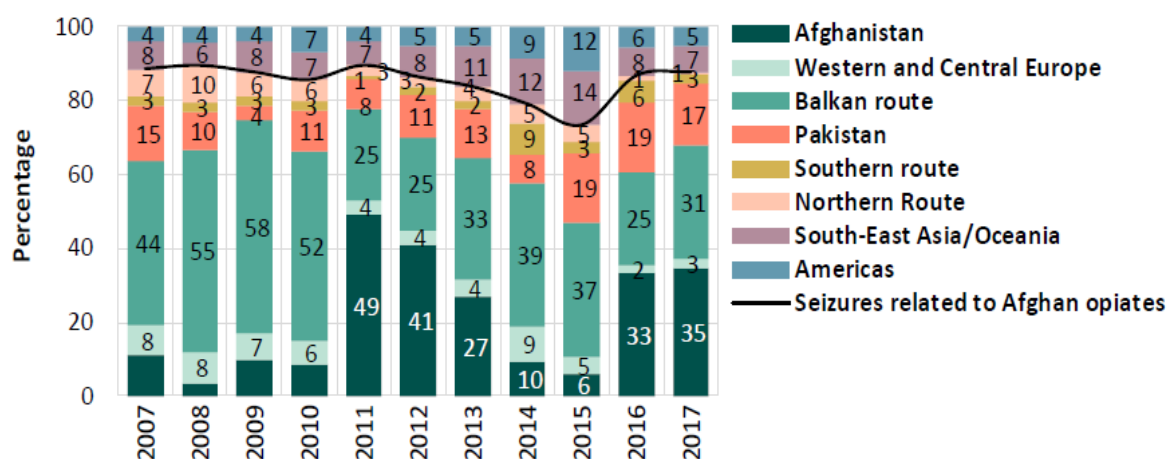
Sobre la base de las incautaciones, la ruta de tráfico de heroína más importante del mundo sigue siendo la ruta de los Balcanes, por la que se pasan de contrabando los opiáceos desde el Afganistán hasta la República Islámica del Irán, Turquía y los países de los Balcanes, así como a diversos destinos de Europa Occidental y Central. Excluidas las incautaciones realizadas en el Afganistán, el 47 % de la incautación mundial de heroína y morfina en 2017 se concentró en los países situados a lo largo de la ruta de los Balcanes, y otro 4 % en países de Europa Occidental y Central.

¹²⁴ Para conocer los detalles del cálculo, véase la sección sobre metodología de la versión en línea del informe.

El tráfico de opiáceos pasa ya sea por el ramal oriental de la ruta de los Balcanes, que va de Turquía a Bulgaria y, de allí, a Rumania y Hungría, o por el ramal occidental, que va de Bulgaria a distintos países de los Balcanes occidentales, y de allí a Europa Occidental y Central. Más de las tres cuartas partes de las menciones de los países de origen, salida y tránsito de heroína en las respuestas al cuestionario para los informes anuales presentadas por los países de Europa Occidental y Central en el período comprendido entre 2013 y 2017 se referían al tráfico a través de países situados a lo largo de la ruta de los Balcanes, mientras que el 7 % se refería a remesas enviadas a través del Pakistán.

Aunque parte de la heroína puede pasar por el Pakistán para su posterior tráfico a lo largo de la ruta de los Balcanes, una parte también pasa directamente del Pakistán a Europa, ya sea por aire o por mar; situación que en los últimos años ha sido comunicada principalmente por el Reino Unido, Dinamarca e Italia y, en menor medida, por Grecia, España, Francia y Bélgica. El Pakistán comunicó la incautación de 32 t en 2017, comparada con el nivel mínimo de 4 t (4 % del total mundial) que se registró en 2009. Los principales países de destino, sobre la base de las incautaciones efectuadas por las autoridades pakistaníes en 2017, fueron, en Europa, el Reino Unido y, en la Península Arábiga, los Emiratos Árabes Unidos y la Arabia Saudita. Además, los opiáceos se introducen de contrabando a través del Pakistán y de la República Islámica del Irán, desde donde continúa el tráfico por la ruta de los Balcanes. La República Islámica del Irán informó de que el 80 % de la morfina y el 85 % de la heroína de las que se había incautado en su territorio en 2017 se habían introducido en el país a través del Pakistán, y que el resto había entrado de contrabando en la República Islámica del Irán directamente desde el Afganistán.

FIG. 23 Distribución de las cantidades de heroína y morfina incautadas, por rutas principales de tráfico, 2007-2017^a



Percentage	Porcentaje
Afghanistan	Afganistán
Western and Central Europe	Europa Occidental y Central
Balkan route	Ruta de los Balcanes
Pakistan	Pakistán
Southern route	Ruta meridional
Northern Route	Ruta septentrional
South-East Asia/Oceania	Asia Sudoriental/Oceanía
Americas	América
Seizures related to Afghan opiates	Incautaciones relacionadas con opiáceos afganos

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

^a La ruta de los Balcanes: República Islámica del Irán, la mitad de Transcaucasia, Europa Sudoriental; la ruta meridional: Asia meridional, los países del Golfo y otros países del Cercano Oriente y el Oriente Medio y África; la ruta septentrional: Asia Central, Europa Oriental y la mitad de Transcaucasia. La heroína incautada en Transcaucasia se atribuyó en parte a la ruta de los Balcanes y en parte a la ruta septentrional, ya que puede abastecer ambas rutas.

También se incautaron pequeñas cantidades de heroína en la “ruta del Cáucaso” y a lo largo del Mar Negro. Este desvío de la ruta de los Balcanes va de la República Islámica del Irán a los países del Cáucaso (Azerbaiyán, Armenia y Georgia), pasa a través del Mar Negro hasta a Ucrania, y luego por tierra hasta Rumania, desde donde continúa por el ramal oriental de la ruta de los Balcanes hasta Europa Central y Occidental. La importancia de esta ruta aumentó durante varios años, y las incautaciones de heroína y morfina se incrementaron de 0,7 t en 2007 a 1,8 t en 2014, antes de reducirse a 1,3 t en 2016 y 0,4 t en 2017, en comparación con las 18 t de heroína y morfina incautadas en Turquía, las 0,9 t incautadas

en Bulgaria y las 0,4 t incautadas en Grecia en 2017. Si bien el volumen de incautación aumentó en Turquía, Bulgaria y Grecia en 2017, disminuyó en los países afectados por el tráfico a través del Mar Negro. El descenso en 2017 se debió a una notable reducción de las incautaciones comunicadas por Azerbaiyán y Georgia, que no se vio compensada por el aumento de las incautaciones comunicadas por Armenia, Ucrania, Rumania y la República de Moldova.

La “ruta del Cáucaso” también se ha utilizado para abastecer de heroína los mercados de la Federación de Rusia, aunque en menor medida que la ruta septentrional (a través de Asia Central)¹²⁵.

La heroína sigue siendo objeto de tráfico a lo largo de una compleja serie de rutas que parten del Afganistán y van hacia el sur

La ruta meridional abarca una serie de rutas diferentes a lo largo de las cuales se pasan de contrabando opiáceos del Afganistán a través del Pakistán o la República Islámica del Irán, para su reexpedición al Cercano Oriente y el Oriente Medio, África y Europa, a la India para su reexpedición a países vecinos (Sri Lanka y Bangladesh), así como a América del Norte (en particular el Canadá) y Asia Sudoriental y Oceanía. Los países situados a lo largo de la ruta meridional representaron, en promedio, el 4 % de las incautaciones de heroína y morfina a nivel mundial (excluidas las realizadas en el Afganistán) en el período 2013-2017, incluido 2017.

En el 9 % de las menciones de los países de origen, salida o tránsito realizadas por los países de Europa Occidental y Central se hace referencia al tráfico de heroína a lo largo de la ruta meridional. Los datos más recientes comunicados sugieren que en 2017 el tráfico a través de la ruta meridional desempeñó un papel fundamental solamente en un país europeo, Bélgica, que comunicó que una quinta parte de sus “importaciones de heroína” se había introducido de contrabando a través de Uganda y otra quinta parte, a través de Etiopía. Italia comunicó un tráfico limitado de heroína a través de Qatar, Omán y Sudáfrica, a la vez que España y Portugal comunicaron cierta cantidad de tráfico a través de Mozambique.

Parte de la heroína que se trafica a lo largo de la ruta meridional también se destina al consumo interno en varios países situados a lo largo de la ruta, en particular el Pakistán, así como en países de la Península Arábiga y de África Oriental y Meridional.

Si bien en la India hay cierta producción interna de opiáceos para el mercado ilícito, la India informó de que el 53 % de la heroína incautada en su territorio en 2017 procedía del Pakistán y apenas un 0,4 % procedía de Myanmar. La India también comunicó que la cantidad de heroína incautada procedente de Asia Sudoccidental casi se había sextuplicado, lo que se asociaba al aumento del tráfico marítimo. La mayor parte de la heroína introducida de contrabando en la India en 2017 llegó por barco (88 %) y otras cantidades menores se pasaron de contrabando a través de las fronteras terrestres (12 %), a menudo en paquetes que se lanzaban por encima de las vallas fronterizas a lo largo de la frontera entre el Pakistán y la India o se ocultaban en equipos agrícolas transportados a la India en camiones. Se informó de que la heroína procedente de Asia Sudoccidental incautada en la India era de mayor pureza (54 % en promedio) que la heroína de otras procedencias incautada en el país en 2017.

Los países de Asia Sudoccidental y Asia Meridional (el Pakistán, seguido del Afganistán, la India y la República Islámica del Irán) fueron también los que más se mencionaron como países de origen, salida y tránsito de la heroína enviada a África (según lo indicado por los países africanos). Los países asiáticos antes referidos representaron el 91 % del total de menciones de países asiáticos en el período 2013-2017, y el 9 % restante correspondió a países de Asia Sudoriental (Tailandia, la República Democrática Popular Lao y Myanmar). El paso por la República Unida de Tanzania, seguida de Nigeria y Kenya, representó la ruta de tránsito por África que más se mencionó en el período 2013-2017 a nivel mundial, aunque los países africanos también mencionaron la reexpedición a través de Uganda, Etiopía, Madagascar y Sudáfrica.

¹²⁵ UNODC y Afghan Opiate Trade Project, “Short update: the Caucasus route” (Viena, 2019) (de próxima publicación).

[Box on page 41]

Incautaciones recientes de heroína en África

En general, las incautaciones dan a entender que el tráfico de heroína a través de África ha aumentado entre 2013, año en que se incautaron menos de 0,5 t de heroína, y 2017, año en que se incautaron casi 1,5 t, y el volumen de incautación de 2018 sugiere la posibilidad de que dicho tráfico haya seguido aumentando desde entonces. Las autoridades egipcias se incautaron de 1.350 kg de heroína en la zona económica exclusiva del Mar Rojo en abril de 2018 y de 2.147 kg (incluidos 99 kg de metanfetamina cristalizada) en abril de 2019^a. En mayo de 2018, las Fuerzas Marítimas Combinadas se incautaron de 260 kg de heroína a bordo de un dhow en la zona económica exclusiva de la República Unida de Tanzania. En total, las Fuerzas Marítimas Combinadas se incautaron de 1,63 t de heroína en el período comprendido entre julio de 2017 y junio de 2018, en diversas operaciones que llevaron a cabo en el océano Índico, en las que se inspeccionaron embarcaciones que se dirigían a la República Unida de Tanzania o tenían previsto tocar puerto allí^b. Además, en octubre de 2018, la Guardia Costera Nacional de Mauricio se incautó de 125 kg de heroína en Coin de Mire (Mauricio). En 2018 también hubo varias incautaciones más pequeñas de heroína, que fueron comunicadas por Kenya, sobre todo en las costas cercanas a Mombasa, así como por Seychelles, Madagascar, Zambia y Mozambique^c. Las autoridades de Mozambique comunicaron un tráfico frecuente de heroína del Pakistán a Kenya y de allí a Mozambique, sobre todo a Maputo, para su reexpedición a Johannesburgo (Sudáfrica)^d. Varios informes sugieren que las actividades de tráfico de heroína a Mozambique para su reexpedición a Sudáfrica pueden haber cobrado mayor importancia en los últimos años^e.

^a UNODC y Pacto de París, Plataforma de Vigilancia de las Drogas.

^b 28ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África, “Country report: United Republic of Tanzania”, UNODC/HONLAF.28/CRP.16, Dar es Salaam (17 a 21 de septiembre de 2018).

^c UNODC y Pacto de París, Plataforma de Vigilancia de las Drogas.

^d 28ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África. “Country report: Mozambique: Situation of Illicit Drug Trafficking in Mozambique”, UNODC/HONLAF.28/CRP.7, Dar es Salaam (17 a 21 de septiembre de 2018).

^e Joseph Hanlon, “The Uberization of Mozambique’s heroin trade”, *London School of Economics* (Working Paper Series 2018, núm. 18-190, julio de 2018); Nampula, Africa is heroin’s new highway to the West, *The Economist* (31 de enero de 2019).

[Box ends]

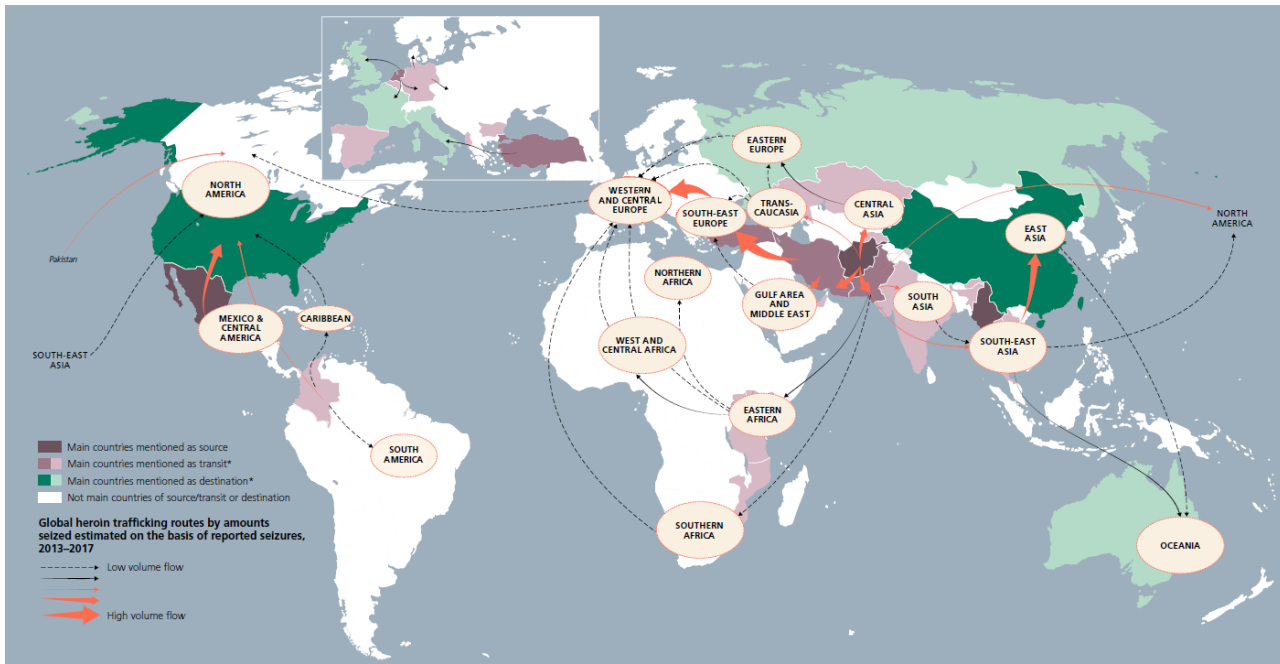
Si bien la heroína suele introducirse de contrabando en África Oriental por mar (el 80 % del total comunicado por Kenya en 2014 y el 50 % comunicado por Madagascar en 2016), el tráfico de heroína hacia los países de África Meridional y Occidental parece ser más común por aire (el 75 % del total en Sudáfrica en 2017, el 99 % del total en Nigeria en 2017 y el 100 % del total en Ghana en 2016). De modo similar, la mayor parte del tráfico de heroína que proviene de los países de África Meridional y Occidental parece ser por aire.

Los principales países de reexpedición de heroína de la Península Arábiga en el período 2013-2017, tanto al resto del mundo como a los países de África, fueron los Emiratos Árabes Unidos y Qatar.

La importancia relativa de la ruta septentrional sigue disminuyendo

La ruta septentrional sigue utilizándose para el contrabando de heroína del Afganistán a través de Asia Central hacia los mercados de esa subregión, así como hacia la Federación de Rusia, el principal mercado de destino. También se informa del tráfico de heroína, aunque en muy pequeña medida, a países vecinos de la Federación de Rusia, como Belarús, Lituania, Letonia y Ucrania, así como de pequeñas cantidades de heroína introducida de contrabando en la Federación de Rusia, en particular en la región de Kaliningrado (enclave situado entre Polonia y Lituania), a través de países de la Unión Europea.

MAPA 7 Principales rutas de tráfico de heroína según las incautaciones comunicadas, 2013-2017



Pakistan	Pakistan
SOUTH-EAST ASIA	ASIA SUDORIENTAL
NORTH AMERICA	AMÉRICA DEL NORTE
MEXICO & CENTRAL AMERICA	MÉXICO Y CENTROAMÉRICA
CARIBBEAN	CARIBE
SOUTH AMERICA	AMÉRICA DEL SUR
WESTERN AND CENTRAL EUROPE	EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL
SOUTH-EAST EUROPE	EUROPA SUDORIENTAL
EASTERN EUROPE	EUROPA ORIENTAL
NORTHERN AFRICA	ÁFRICA SEPTENTRIONAL
WEST AND CENTRAL AFRICA	ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL
EASTERN AFRICA	ÁFRICA ORIENTAL
SOUTHERN AFRICA	ÁFRICA MERIDIONAL
TRANSCAUCASIA	TRANSCAUCASIA
GULF AREA AND MIDDLE-EAST	ZONA DEL GOLFO Y ORIENTE MEDIO
CENTRAL ASIA	ASIA CENTRAL
SOUTH ASIA	ASIA MERIDIONAL
EAST ASIA	ASIA ORIENTAL
EASTERN ASIA	ASIA SUDORIENTAL
OCEANIA	OCEANÍA
NORTH AMERICA	AMÉRICA DEL NORTE
Main countries mentioned as source	Principales países de origen mencionados
Main countries mentioned as transit*	Principales países de tránsito mencionados*
Main countries mentioned as destination*	Principales países de destino mencionados*
Not main countries of source/transit or destination	No incluidos entre los principales países de origen, tránsito o destino
Global heroin trafficking routes by amounts seized estimated on the basis of reported seizures, 2013-2017	Rutas mundiales de tráfico de heroína, por volumen de incautación estimado sobre la base de las incautaciones notificadas, 2013-2017
Low volumen flow	Corriente de bajo volumen
High volumen flow	Corriente de gran volumen

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

* Los tonos más oscuros indican una mayor cantidad de heroína incautada en el país como punto de tránsito o destino.

El tamaño de la ruta se basa en la cantidad total incautada en esa ruta durante el período 2013-2017, según la información sobre las rutas de tráfico proporcionada por los Estados Miembros en el cuestionario para los informes anuales, los casos de incautación de drogas y otros documentos oficiales. Las rutas se determinan sobre la base del país de salida, tránsito y destino que se indica en esas fuentes. Así pues, deben considerarse una indicación aproximada de las rutas de tráfico existentes, pudiendo haber varias rutas secundarias que no hayan quedado reflejadas. Las flechas que representan las rutas indican la dirección del tráfico; el punto de origen de las flechas indica la zona de partida o la de última procedencia; el punto en que terminan las flechas indica la zona de consumo o la del siguiente destino del tráfico. Por lo tanto, el origen del tráfico no refleja el país en el que se produjo la sustancia.

Los principales países que se mencionan como países de tránsito o destino se determinaron en función del número de veces en que otros Estados Miembros los identificaron como punto de partida, tránsito o destino de las incautaciones y la cantidad media anual que representan esas incautaciones en el período 2013-2017. En la sección “Metodología” del presente documento se puede consultar información más detallada sobre los criterios utilizados.

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. 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 tráfico de heroína hacia la Federación de Rusia se efectúa principalmente a través de la ruta septentrional. Sin embargo, su importancia parece ir en descenso: el 10 % de las cantidades mundiales de heroína y morfina se incautaron a lo largo de esa ruta en 2008, pero en 2017 la proporción había disminuido al 1 %. Cabe señalar que en el último decenio también ha disminuido el número de consumidores de opiáceos registrados en Asia Central y la Federación de Rusia. En 2015, la Federación de Rusia estimó que el 80 % de la heroína incautada en el país procedía del Afganistán y se había introducido en la Federación de Rusia a través de Asia Central, mientras que el 20 % había salido del Pakistán y probablemente pasaba por la República Islámica del Irán y Azerbaiyán hasta llegar a la Federación de Rusia. No obstante, en los años subsiguientes ya no se informó de que el Pakistán fuera uno de los principales países de salida de las remesas de heroína incautadas en la Federación de Rusia. Los principales países de tránsito de la heroína hallada en la Federación de Rusia en 2016 eran de Asia Central (en particular Tayikistán y Kazajistán) y el Cáucaso (en particular Azerbaiyán). Según los informes de 2017, en el contexto de la disminución actual de las remesas de heroína destinadas a la Federación de Rusia, es posible que el tráfico a lo largo de la ruta septentrional haya disminuido en general y se haya concentrado en Asia Central, pasando en particular por Kazajistán (el 50 % de las remesas detectadas en tránsito) y Uzbekistán (30 %).

La disminución del tráfico de heroína se asocia a la disminución de la producción de opio en Asia Oriental y Sudoriental, pero la subregión sigue siendo la principal fuente de opiáceos destinados a Oceanía

Según las cantidades incautadas, las mayores actividades de tráfico de opiáceos no relacionados con el Afganistán son los opiáceos producidos en Asia Sudoriental (en su mayor parte en Myanmar), que se envían a otros mercados de Asia Oriental y Sudoriental (principalmente China y Tailandia) y a Oceanía (sobre todo a Australia). Las incautaciones realizadas en esos países representaron el 11 % de las cantidades totales de heroína y morfina incautadas a nivel mundial (excluidas las incautaciones comunicadas por el Afganistán) en 2017. Ello representa una disminución con respecto a 2015, cuando la proporción era del 15 %. La disminución ocurrió de forma paralela a un descenso notificado de la producción de opio en Myanmar del 37 % en el período 2013-2017¹²⁶.

A pesar de la reciente disminución de la producción de opio en Myanmar, las autoridades australianas, sobre la base de un análisis detallado de las incautaciones fronterizas de peso bruto, informaron de que la proporción de heroína procedente de Asia Sudoriental incautada aumentó de un mínimo del 26 % en 2008 a más del 99 % en el período comprendido entre enero y junio de 2017¹²⁷. No obstante, en consonancia con la disminución de la producción de opio comunicada en Myanmar, las incautaciones de heroína efectuadas en la frontera australiana resultaron ser menores en 2016-2017 que en 2014-2015, tanto por su volumen como por el número de casos de incautación¹²⁸. Los principales puntos de embarque de la heroína incautada en la frontera australiana en 2016-2017 fueron, en función del peso, Malasia,

¹²⁶ Este dato se basa en los informes sobre los cambios de la producción de opio en los estados de Shan y Kachin (UNODC y Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas, *Myanmar Opium Survey 2017* (diciembre de 2017, pág. iv).

¹²⁷ Comisión Australiana de Inteligencia Penal, *Illicit Drug Data Report 2016-17* (Canberra, 2018).

¹²⁸ *Ibid.*

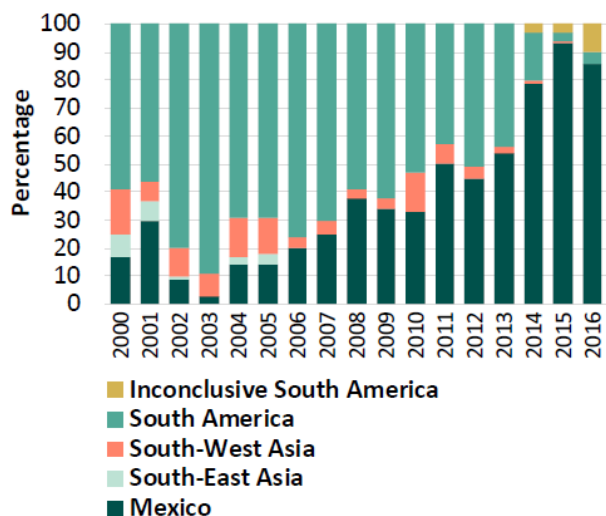
seguida de la República Democrática Popular Lao, Tailandia, Camboya y Viet Nam, es decir, todos los países de Asia Sudoriental¹²⁹.

La mayor parte de la heroína con que se trafica en las Américas sigue procediendo de esa misma región

Sobre la base de las cantidades incautadas, el tráfico de heroína en las Américas, hacia los Estados Unidos en particular, ha mostrado una clara tendencia ascendente en el último decenio. La mayor parte de este tráfico tiene lugar dentro de América del Norte, es decir, de México a los Estados Unidos y, en mucho menor medida, de Colombia y Guatemala (por lo general a través de México) a los Estados Unidos.

El análisis de las incautaciones de heroína en los mercados mayoristas de los Estados Unidos ha puesto de manifiesto el creciente predominio de la heroína procedente de México en el último decenio, que representó más del 80 % de las muestras de heroína analizadas en 2016. Esa cifra no incluye el 14 % que se clasificó como “América del Sur, no concluyente”, es decir, polvo blanco de heroína, elaborado mediante el “método sudamericano”, sin que hubiera forma de vincular las muestras con la heroína procedente de Colombia o de México. Paralelamente, la proporción de heroína procedente de América del Sur (principalmente Colombia), que parece haber sido predominante hasta 2010, ha disminuido desde entonces (4 % en 2016). Los datos sobre el tráfico minorista en las zonas metropolitanas confirman el cambio hacia el predominio de la heroína procedente de México, no solo en las zonas occidentales del país sino también en las zonas orientales, donde hasta 2014 parecía predominar la heroína procedente de América del Sur¹³⁰. En el mercado de los Estados Unidos, la presencia de heroína procedente de Asia ya es mínima: en 2016 se detectó heroína procedente de Asia Sudoccidental en menos del 1 % de las muestras y es probable que haya desaparecido del mercado estadounidense la heroína procedente de Asia Sudoriental, la principal fuente de heroína en el período 1988-1994¹³¹. La última vez que se detectó en los Estados Unidos una remesa de heroína procedente de Asia Sudoriental fue en 2005; desde entonces no se ha detectado ninguna muestra de heroína procedente de esa subregión en incautaciones a nivel mayorista¹³².

FIG. 24 Origen de la heroína incautada en los mercados mayoristas de los Estados Unidos, 2000-2016



Percentage	Porcentajes
Inconclusive South America	América del Sur, no concluyente
South America	América del Sur
South-West Asia	Asia Sudoccidental
South-East Asia	Asia Sudoriental
Mexico	México

Fuente: Estados Unidos, DEA, 2018 National Drug Threat Assessment.

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ 2018 National Drug Threat Assessment.

¹³¹ Estados Unidos, DEA, 2014 National Drug Threat Assessment (noviembre de 2014).

¹³² 2018 National Drug Threat Assessment.

En cambio, la heroína hallada en el Canadá es principalmente de origen afgano, que pasa por el Pakistán y la India, y también por la República Islámica del Irán y los Emiratos Árabes Unidos. Además, en el período 2013-2017 se informó de que la heroína pasaba por África (Sudáfrica y la República Unida de Tanzania) y Europa (Bélgica, los Países Bajos y Alemania).

En América del Sur, Centroamérica y el Caribe, los mercados de heroína siguen abasteciéndose principalmente de heroína procedente de Colombia, que pasa por varios países de esas subregiones (2013-2017). Sin embargo, varios indicadores dan a entender que esos mercados de heroína siguen siendo relativamente pequeños.

Oferta de fármacos opioides

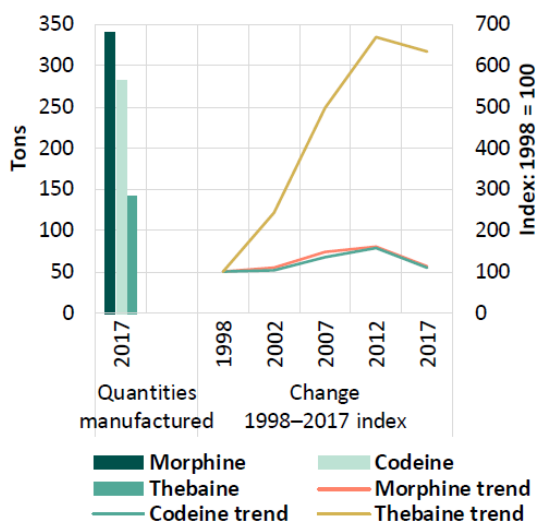
Fabricación lícita e ilícita de fármacos opioides

Los fármacos opioides de los que se abastecen los mercados ilícitos de drogas para fines no médicos pueden haberse desviado de fuentes lícitas o provenir de la producción ilícita. La desviación puede tener lugar de diversas maneras: la compra con fines no médicos de fármacos opioides (a menudo en preparados, como los jarabes para la tos que contienen codeína) en farmacias y droguerías, que posteriormente se revenden en el mercado negro; el robo en los hospitales o de las existencias farmacéuticas; la desviación de remesas del comercio lícito a nivel mayorista o de importación y exportación al pasar fronteras, principalmente valiéndose de declaraciones falsas; y el acceso a la oferta lícita de productos farmacéuticos mediante recetas obtenidas de varios médicos diferentes.

Los opioides lícitos que más se fabricaron a nivel mundial en 2017 fueron, en orden descendente, los tres principales alcaloides del opio derivados directamente de la planta de adormidera: morfina, codeína y tebaína^{133, 134}.

La producción mundial de morfina y codeína se ha mantenido más o menos estable en los dos últimos decenios; sin embargo, la producción de tebaína se ha sextuplicado y se ha informado de un aumento de la demanda de material de la planta de adormidera, rica en tebaína. Aunque la tebaína no se utiliza con fines terapéuticos, es necesaria como materia prima en la fabricación de varios opioides semisintéticos, como la oxicodona, la oximorfona y la buprenorfina. Casi todos los años, los Estados Unidos han sido el principal fabricante de oxicodona, hidrocodona y otras sustancias relacionadas con la tebaína, salvo la buprenorfina¹³⁵.

FIG. 25 Cantidades mundiales de los principales alcaloides del opio fabricados en 2017 y tendencias en el período 1998-2017



Tons	Toneladas
Index 1998 = 100	Índice: 1998 = 100
Morphine	Morfina

¹³³ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019.*

¹³⁴ Aunque todas estas sustancias se extraen directamente del opio o de la paja de adormidera, la codeína también se fabrica a partir de la morfina o de la tebaína; la tebaína, a su vez, también se obtiene en parte de la oripavina, otro alcaloide de la planta de adormidera (véase JIFE, *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019*).

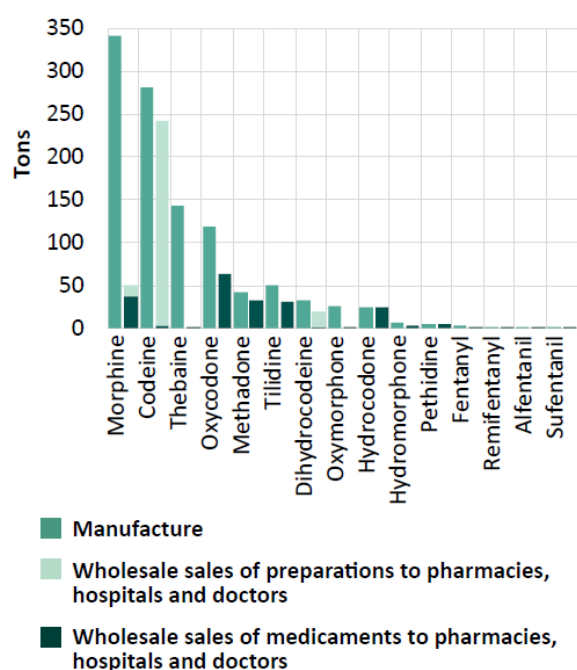
¹³⁵ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019* y años anteriores.

Codeine	Codeína
Thebaine	Tebaína
Morphine trend	Tendencia de la morfina
Codeine trend	Tendencia de la codeína
Thebaine trend	Tendencia de la tebaína

Fuente: *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017* (E/INCB/2018/2) y años anteriores.

Dada la función que desempeñan los principales alcaloides naturales del opio en la fabricación de diversos opioides semisintéticos (como la hidrocodona, la dihidrocodeína y la desomorfin, que se obtienen de la codeína, aunque la codeína y un gran número de opioides semisintéticos –incluida la heroína– también se fabrican a partir de la morfina), las cantidades al por mayor de esos alcaloides que se venden a las farmacias, los hospitales y los médicos, es decir, los opioides disponibles para el consumo, son muy inferiores a las cantidades que en realidad se fabrican. Cabe señalar también que, en unos pocos casos, sobre todo en el de la codeína y la dihidrocodeína, las cantidades disponibles para el consumo se refieren predominantemente a la venta de preparados de esas sustancias¹³⁶, que a nivel internacional y, también por lo general a nivel nacional, están sujetos a medidas de fiscalización menos estrictas.

FIG. 26 Fabricación lícita de determinados opioides y cantidades disponibles para el consumo, 2017



Tons	Toneladas
Morphine	Morfina
Codeine	Codeína
Thebaine	Tebaína
Oxycodone	Oxicodona
Methadone	Metadona
Tilidine	Tilidina
Dihydrocodeine	Dihidrocodeína
Oxymorphone	Oximorfona
Hydrocodone	Hidrocodona
Hydromorphone	Hidromorfona
Pethidine	Petidina
Fentanyl	Fentanilo
Remifentanyl	Remifentanilo
Alfentanil	Alfentanilo

¹³⁶ JIFE, *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019*.

Sufentanil	Sufentanilo
Manufacture	Fabricación
Wholesale sales of preparations to pharmacies, hospitals and doctors	Venta al por mayor de preparados a farmacias, hospitales y médicos
Wholesale sales of medicaments to pharmacies, hospitals and doctors	Venta al por mayor de medicamentos a farmacias, hospitales y médicos

Fuente: *Estupeficientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017* (E/INCB/2018/2).

Nota: Las grandes diferencias en la fabricación de morfina y las cantidades de morfina disponibles para el consumo se deben a que aproximadamente el 88 % de la morfina fabricada a nivel mundial se transforma para obtener otros estupeficientes, principalmente codeína, que a su vez se utiliza para la fabricación de diversos preparados, en particular medicamentos para la tos (89 %), o en sustancias no fiscalizadas con arreglo a la Convención de 1961. La morfina restante se usa directamente con fines médicos, sobre todo para cuidados paliativos.

La fabricación lícita de heroína, que se lleva a cabo principalmente en Suiza y el Reino Unido, tiene la finalidad de abastecer a las personas inscritas en programas de tratamiento con heroína en esos y otros países, como Alemania, el Canadá, Dinamarca y los Países Bajos. En el período 2013-2017, la cantidad fabricada mundialmente por año ascendió, en promedio, a menos de 1 t (929 kg en 2017)¹³⁷, lo que apenas constituye una pequeña fracción de la cantidad total media de heroína que se estima que se ha fabricado ilícitamente (540 t por año)¹³⁸ e incautado (88 t por año) durante ese período. Lo anterior da mayor peso a la hipótesis de que la heroína que pudiera desviarse del mercado lícito apenas contribuye a abastecer los mercados ilícitos.

Asimismo, la mayor parte de la morfina hallada en los mercados ilícitos procede de opio producido ilícitamente y es probable que solo se desvíen pequeñas cantidades de morfina de la fabricación lícita a los mercados ilícitos. De hecho, no existen pruebas de desviación a gran escala. En el período 2013-2017 se comunicaron 4.417 casos de desviación de morfina (665.000 unidades o 67 kg), mientras que el número total de casos de incautación de “morfina ilícita” casi duplicó esa cifra (8.135 incautaciones por un total de 221 t). Además, si bien la mayor parte de la fabricación lícita de morfina tiene lugar en Francia, seguida del Reino Unido y Australia¹³⁹, casi todas las incautaciones de morfina se han efectuado en Asia Sudoccidental, que es también la subregión donde se produce la mayor parte del opio destinado a los mercados ilícitos y donde se han desmantelado la mayoría de los laboratorios clandestinos de morfina y heroína.

En comparación con los 234 laboratorios clandestinos de heroína (la mayoría de ellos en el Afganistán) que se desmantelaron en el período 2013-2017, según la información comunicada por 14 países, en ese mismo período solo se desmanteló un número reducido de laboratorios clandestinos que fabricaban otros opioides, incluidos unos pocos que fabricaban morfina (India y México), metadona (Belarús, Federación de Rusia y Letonia), desomorfina (Federación de Rusia), codeína (Chequia) y monoacetilmorfina (Austria).

No abundan los datos que puedan ayudar a aclarar si otros fármacos opioides se desvían del mercado lícito al ilícito o si se producen ilícitamente en el lugar de origen, aunque la disponibilidad de datos varía en función de la sustancia o la región. En el caso del fentanilo, por ejemplo, las pruebas parecen indicar que la mayor parte de la sustancia que se encuentra en el mercado ilícito se ha fabricado ilícitamente, aunque en los Estados Unidos se ha notificado la desviación de pequeñas cantidades de fentanilo. La fabricación clandestina de fármacos opioides concierne al fentanilo y sus análogos. En los últimos años se han descubierto varios laboratorios que fabrican fentanilo y sustancias análogas en Alemania, Australia, el Canadá, Eslovaquia, los Estados Unidos, la Federación de Rusia, México, la República Dominicana y Suecia. Al mismo tiempo, la mayor parte de la oferta ilícita, según los informes de los Estados Miembros, parece provenir de laboratorios que operan ilícitamente en China. Sin embargo, dado que los Estados Unidos son a su vez el mayor país fabricante de fentanilo lícito del mundo (2017 y años anteriores)¹⁴⁰, también parece haber cierta desviación de la fabricación nacional lícita, principalmente para uso personal y para la venta callejera en el país¹⁴¹.

El amplio mercado del tramadol destinado al consumo con fines no médicos en África Septentrional y en el Oriente Medio y el Cercano Oriente también parece abastecerse de tramadol fabricado específicamente para el mercado ilegal y vendido exclusivamente en este, pero la información disponible sigue siendo escasa. En América del Norte es evidente la desviación del mercado lícito al ilícito de fármacos opioides como la codeína y la oxycodona. Fuera de esa subregión, no se comunican desviaciones de fármacos opioides en grandes cantidades, pero eso podría deberse a que no se comunica

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ Estimaciones de la UNODC basadas en los estudios de la UNODC sobre el cultivo de adormidera.

¹³⁹ *Estupeficientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ *2018 National Drug Threat Assessment.*

suficiente información o a la escasa capacidad de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para detectar las desviaciones. Existen lagunas en los conocimientos sobre la cadena de abastecimiento de la codeína, la cual se consume con fines no médicos en muchas subregiones, según los informes. El hecho de que la cantidad de codeína que se incauta en todo el mundo sea mucho menor que la que se fabrica lícitamente a nivel mundial, junto con la falta de pruebas de la existencia de laboratorios ilícitos para la fabricación de codeína, hace pensar que el consumo no médico de la codeína se nutre mayormente del mercado legal. Sin embargo, no está claro ni cómo ni en qué etapa de la cadena el suministro de codeína con fines médicos se desvía para su uso con fines no médicos. Podría tratarse de una suma de diversas situaciones: por un lado, algunos preparados de codeína con fines no médicos se pueden obtener fácilmente en las farmacias u otro tipo de puntos de distribución, y por otro, la desviación tiene lugar antes de que los fármacos lleguen al mercado minorista, lo que da lugar a que una gran proporción del suministro lícito se desvíe al mercado ilícito.

Cantidades de fármacos opioides disponibles para el consumo

Las cantidades de opiáceos y opioides sintéticos (expresadas en dosis diarias) disponibles para el consumo mundial se duplicaron con creces durante el período 1998-2010, a lo que siguió una fase de estabilización y, posteriormente, disminución en el período 2014-2017. Ese brusco incremento se debió principalmente al aumento registrado en los Estados Unidos en el período 1998-2010, que fue consecuencia de la información de que se disponía en un principio, según la cual los pacientes que sufrían dolor intenso no habrían tenido suficiente acceso a analgésicos, y de la opinión de que pocas personas se volverían dependientes de ese tipo de medicación si se administraba en un entorno médico,¹⁴²¹⁴³, además de la ampliación de las aplicaciones de esas sustancias y el aumento de la demanda de algunos opioides, incluido el fentanilo¹⁴⁴.

Sin embargo, la mayor parte del aumento de las cantidades de fármacos opioides disponibles para el consumo en el período 1998-2010 no correspondía a los opiáceos “tradicionales” como la codeína y la morfina; la disponibilidad de estos aumentó conforme al crecimiento general de las ventas de opioides en los mercados mayoristas. La mayor parte de ese aumento se produjo en los Estados Unidos en las ventas al por mayor de “nuevos opiáceos”¹⁴⁵, cuya comercialización solía basarse en que tenían menos potencial adictivo, de sustancias utilizadas en el tratamiento de sustitución y de algunos opioides sintéticos, en particular el fentanilo¹⁴⁶. Las cantidades disponibles para el consumo que experimentaron un mayor crecimiento fueron las correspondientes a la oxycodona, que se decuplicó durante ese período, la hidromorfona, que se quintuplicó, la hidrocodona, que se triplicó, y la oximorfona, que se multiplicó por 46.000. También se registró un gran aumento de las cantidades disponibles para el consumo de sustancias utilizadas en el tratamiento de sustitución para las personas dependientes de la heroína. Ese fue el caso de la metadona (se triplicó) y de la buprenorfina (se multiplicó por 11). Las cantidades de fentanilo disponibles para el consumo se multiplicaron por nueve en el período 1998-2010¹⁴⁷.

Si bien la mayor parte del aumento de la disponibilidad de opioides para el consumo durante este período obedeció al incremento registrado en América del Norte, también se observaron algunos aumentos, a partir de niveles mucho más bajos, en la mayoría de las demás regiones, a excepción de África¹⁴⁸.

Sin embargo, la estrategia inicial de comercializar los “nuevos opiáceos” como sustancias de muy bajo potencial adictivo resultó ser perjudicial^{149, 150, 151}. Cuando comenzaron a recibirse informes sobre el aumento del uso no médico de los

¹⁴² Russell Portenoy y Kathleen Foley, “Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases”, *Pain*, vol. 25, núm. 2 (mayo de 1986), págs. 171 a 186.

¹⁴³ Gary M. Franklin, “Opioids for chronic, non-cancer pain”, St. Luke’s Rehab Institute and COHEs, 7 de noviembre de 2007.

¹⁴⁴ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2018*.

¹⁴⁵ En realidad, la mayoría de los “nuevos opiáceos” no son nuevos. Su desarrollo se remonta principalmente a la primera o segunda década del siglo XX. Sin embargo, los nombres y las fórmulas de varias de estas sustancias han sido modificados con fines de comercialización (véase Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Oxycodon (Oxygesic®) - Missbrauch, Abhängigkeit und tödliche Folgen durch Injektion zerstoßener Retardtabletten, *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 100, núm. 36 (2003); Patrick Radden Keefe, “The family that built an empire of pain”, *The New Yorker* (Nueva York, 23 de octubre de 2017).

¹⁴⁶ Gary M. Franklin, “Opioids for chronic, non-cancer pain”, St. Luke’s Rehab Institute and COHEs, 7 de noviembre de 2007.

¹⁴⁷ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019* y años anteriores.

¹⁴⁸ *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos* (E/INCB/2018/1/Supp.1).

¹⁴⁹ Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, *Pain Management and the Opioid Epidemic: Balancing Societal and Individual Benefits and Risks of Prescription Opioid Use* (Washington, D.C., The National Academies Press, 2017).

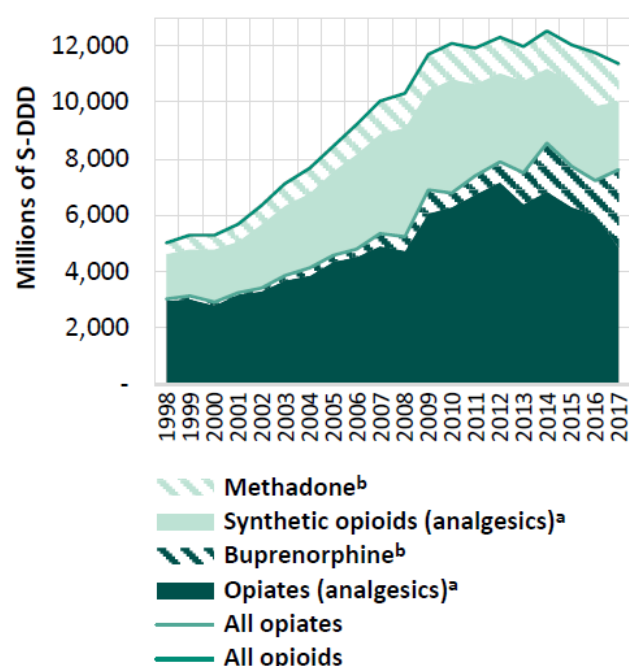
¹⁵⁰ Wilson M. Compton *et al.*, “Relationships between nonmedical prescription-opioid use and heroin use”, *The New England Journal of Medicine*, vol. 374 (2016), págs. 154 a 163.

¹⁵¹ Brigid Huey, “Mother’s postpartum oxycodone use: no safer for breastfed infants than codeine”, *Journal of Pediatrics* (Elsevier, 6 de septiembre de 2011).

fármacos opioides, así como de los trastornos por consumo de drogas y las consecuencias para la salud conexas, las autoridades de América del Norte reforzaron gradualmente el sistema general de fiscalización y advirtieron a los médicos del potencial de esas sustancias para generar dependencia y de que no deberían prescribirlas excesivamente, a fin de evitar la desviación.

Esto, a su vez, dio lugar a que la fabricación lícita y la disponibilidad para el consumo de fármacos opioides sometidos a fiscalización internacional se estabilizaran a un alto nivel en el período comprendido entre 2010 y 2014, a lo que siguió una fase de descenso moderado (alrededor del 10 %) a nivel mundial entre 2014 y 2017, durante la cual se siguieron agravando los daños relacionados con los opioides y los controles se hicieron más estrictos en América del Norte. La reciente disminución a nivel mundial se debió principalmente a la reducción de las cantidades de opioides disponibles para el consumo comunicadas en América del Norte, aunque también se comunicaron disminuciones en 2017 con respecto al año anterior en América del Sur, Asia Oriental y Sudoriental, Europa Occidental y Central y África¹⁵².

FIG. 27 Cantidades mundiales disponibles para el consumo de fármacos opioides sometidos a fiscalización internacional, número de dosis diarias, 1998-2017



Millions of S-DDD	Millones de S-DDD
Methadone ^b	Metadona ^b
Synthetic opioids (analgesics) ^a	Opioides sintéticos (analgésicos) ^a
Buprenorphine ^b	Buprenorfina ^b
Opiates (analgesics) ^a	Opiáceos (analgésicos) ^a
All opiates	Todos los opiáceos
All opioids	Todos los opioides

Fuente: Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017 (E/INCB/2018/2).

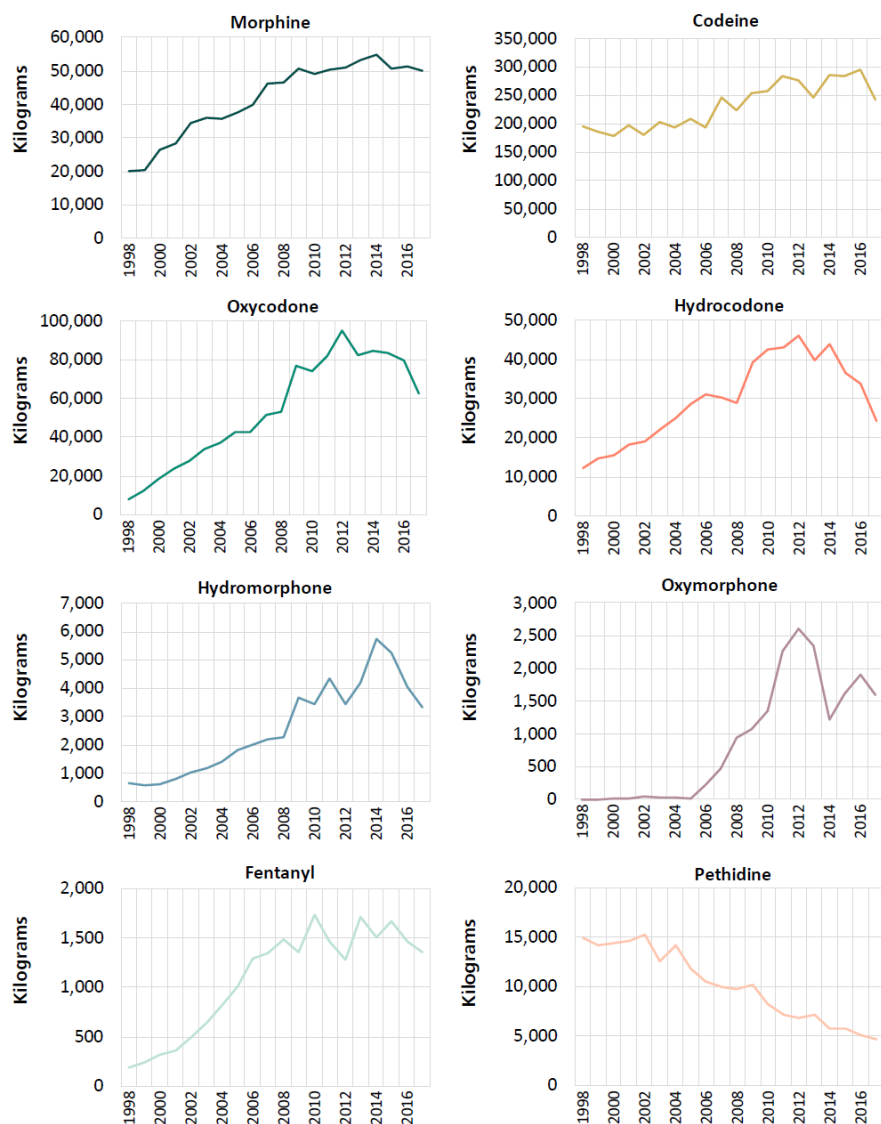
Nota: S-DDD se refiere a “dosis diarias definidas con fines estadísticos”, según la definición de la JIFE. Las S-DDD constituyen “unidades técnicas de medida” a efectos del análisis estadístico y no son dosis de prescripción diarias recomendadas; las dosis efectivas pueden diferir según los tratamientos que se requieran y las prácticas médicas. Las estadísticas excluyen los preparados de opioides que figuran en la Lista III de la Convención de 1961. Los detalles de las S-DDD utilizadas para estos cálculos se presentarán en el anexo metodológico.

^a Sustancias utilizadas como analgésicos, es decir, se excluyen las sustancias utilizadas en el tratamiento de sustitución.

^b Sustancias utilizadas en el tratamiento de sustitución y como analgésicos.

¹⁵² Base de datos de la JIFE sobre las cantidades disponibles para el consumo de opioides, expresadas en S-DDD por millón de habitantes por día, para hospitales, farmacias y médicos.

FIG. 28 Cantidades mundiales disponibles para el uso médico de determinados opioides (incluidos los preparados), 1998-2017 (kilogramos)

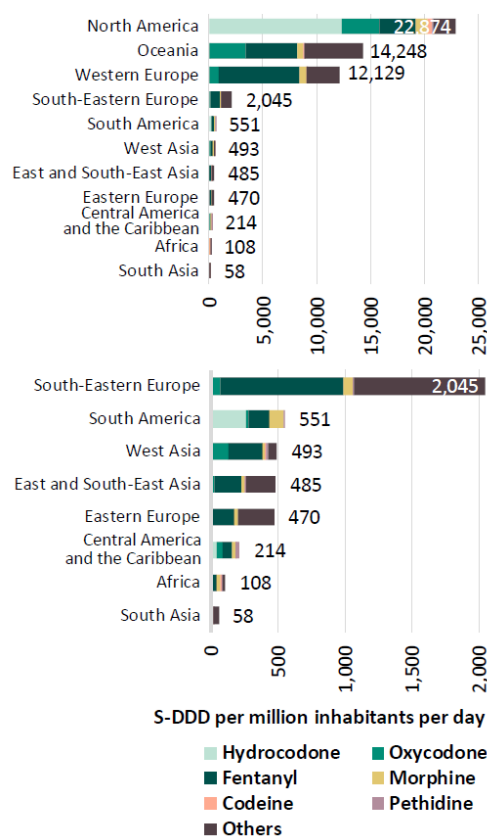


Kilograms	Kilogramos
Morphine	Morfina
Kilograms	Kilogramos
Codeine	Codeína
Kilograms	Kilogramos
Oxycodone	Oxicodona
Kilograms	Kilogramos
Hydrocodone	Hidrocodona
Kilograms	Kilogramos
Hydromorphone	Hidromorfona
Kilograms	Kilogramos
Oxymorphone	Oximorfona
Kilograms	Kilogramos
Fentanyl	Fentanilo
Kilograms	Kilogramos
Pethidine	Petidina

Fuente: JIFE, Estupefacientes: *Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017 (E/INCB/2018/2)* y años anteriores.

Nota: todas estas sustancias están sometidas a fiscalización en virtud de la Convención de 1961.

FIG. 29 Cantidades disponibles para el consumo de codeína, fentanilo, morfina, petidina y otros opioides, por región, expresadas en dosis diarias definidas con fines estadísticos por millón de habitantes, 2017



North America	América del Norte
Oceania	Oceanía
Western Europe	Europa Occidental
South-Eastern Europe	Europa Sudoriental
South America	América del Sur
West Asia	Asia Occidental
East and South-East Asia	Asia Oriental y Sudoriental
Eastern Europe	Europa Oriental
Central America and the Caribbean	Centroamérica y el Caribe
Africa	África
South Asia	Asia Meridional
South-Eastern Europe	Europa Sudoriental
South America	América del Sur
West Asia	Asia Occidental
East and South-East Asia	Asia Oriental y Sudoriental
Eastern Europe	Europa Oriental
Central America and the Caribbean	Centroamérica y el Caribe
Africa	África
South Asia	Asia Meridional
S-DDD per million inhabitants per day	S-DDD por millón de habitantes por día
Hydrocodone	Hidrocodona
Oxycodone	Oxicodona
Fentanyl	Fentanilo
Morphine	Morfina
Codeine	Codeína
Pethidine	Petidina
Others	Otras

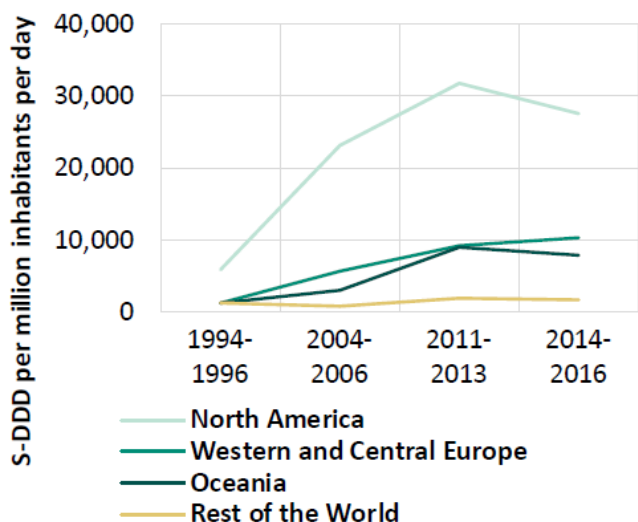
Fuente: *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019; estadísticas de 2017* (E/INCB/2018/2), pág. 49.

Desde 2014, la disminución de las cantidades de opiáceos disponibles para el consumo ha sido particularmente pronunciada en el caso de los opiáceos, como la oxicodeona, la hidrocodona y la hidromorfona, que se habían introducido en los mercados ilícitos, en particular en América del Norte. A pesar de esta disminución, América del Norte siguió representando en 2017 una parte importante de las cantidades mundiales disponibles para el consumo de hidromorfona (72 %), oxicodeona (73 %) e hidrocodona (99 %) ¹⁵³.

Algunos de los otros opioides sintéticos, como la petidina, siguieron en descenso (un 69 % durante el período 1998-2017) y las cantidades disponibles para el consumo de dextropropoxifeno, que fue muy popular en el decenio de 1990, se redujeron en más del 99 % en los dos últimos decenios, en respuesta a las solicitudes de las autoridades de los Estados Unidos de que no se siguiera prescribiendo ¹⁵⁴, mientras que en otros países se prohibió la sustancia debido a las preocupaciones que suscitaban sus graves efectos secundarios ¹⁵⁵.

En cambio, la buprenorfina (que, al igual que la metadona, se utiliza para tratar a las personas drogodependientes) siguió estando disponible para el consumo en cantidades cada vez mayores, incluido un aumento del 65 % en el período 2014-2017. Ello dio lugar a un considerable incremento de las cantidades de buprenorfina y metadona disponibles para el consumo, que, en conjunto, aumentaron un 34 % durante ese período. Sin embargo, al igual que sucede con otros fármacos opioides, hay grandes diferencias en los patrones de consumo mundial de buprenorfina y metadona con fines médicos, como se observa en la cobertura del tratamiento con agonistas opioides para las personas con trastornos por consumo de opioides ¹⁵⁶.

FIG. 30 Tendencias de la disponibilidad de analgésicos opioides para el consumo, por región, 1994-2016



S-DDD per million inhabitants per day	S-DDD por millón de habitantes por día
North America	América del Norte
Western and Central Europe	Europa Occidental y Central
Oceania	Oceanía
Rest of the World	Resto del mundo

Fuente: *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos* (E/INCB/2018/1/Supp.1).

Nota: S-DDD por millón de habitantes por día, entre el total de la población de la región.

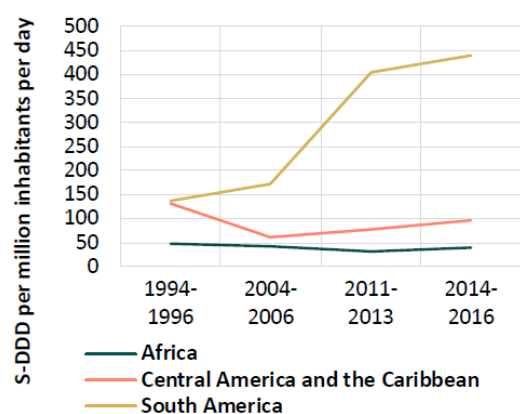
¹⁵³ *Ibid.*

¹⁵⁴ Estados Unidos, Administración de Alimentos y Medicamentos, Drug Safety and Availability, “FDA drug safety communication: FDA recommends against the continued use of propoxyphene”, 19 de noviembre de 2010.

¹⁵⁵ JIFE, *Informe sobre estupefacientes 2018* (Nueva York, 2019).

¹⁵⁶ Véase, por ejemplo, *Informe Mundial sobre las Drogas 2018*.

FIG. 31 Tendencias de la disponibilidad de analgésicos opioides para el consumo, determinadas subregiones, 1994-2016



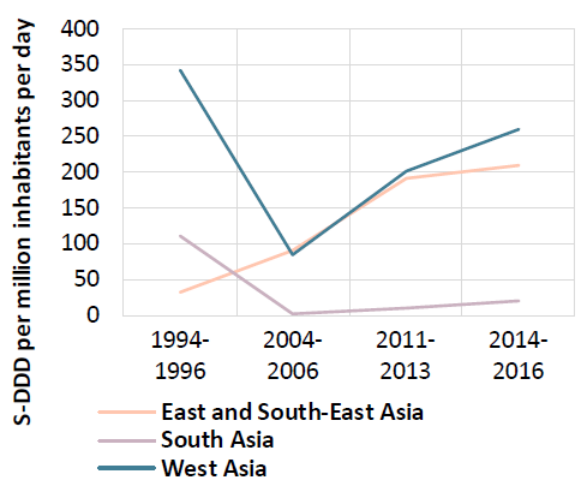
S-DDD per million inhabitants per day	S-DDD por millón de habitantes por día
Africa	África
Central America and the Caribbean	Centroamérica y el Caribe
South America	América del Sur

Fuente: *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos* (E/INCB/2018/1/Supp.1).

Nota: S-DDD por millón de habitantes por día, entre el total de la población de la región.

En líneas generales, aunque las cantidades de fármacos opioides disponibles para el consumo han disminuido en los últimos años, siguen siendo muy elevadas (expresadas en dosis diarias definidas con fines estadísticos (S-DDD) por millón de habitantes) en América del Norte, seguida de Oceanía y Europa. En cambio, el nivel sigue siendo extremadamente bajo en la mayoría de los países en desarrollo, en particular en Asia Meridional y en África¹⁵⁷. Si bien el nivel comparativamente alto de ventas y la disponibilidad de fármacos opioides en América del Norte pueden indicar prácticas de prescripción excesiva en la subregión, los datos indican que varios países del mundo en desarrollo siguen experimentando una grave falta de acceso a fármacos opioides analgésicos, a pesar del aumento de su disponibilidad en subregiones como las de América del Sur, Asia Oriental y Sudoriental y Asia Sudoccidental. Las subregiones de África y Centroamérica y el Caribe, que ya partían de niveles bajos, incluso experimentaron una disminución de la disponibilidad^{158, 159}.

FIG. 32 Tendencias de la disponibilidad de analgésicos opioides para el consumo, Asia, 1994-2016



¹⁵⁷ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019*.

¹⁵⁸ Regiones definidas por la JIFE.

¹⁵⁹ *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos* (E/INCB/2018/1/Supp.1).

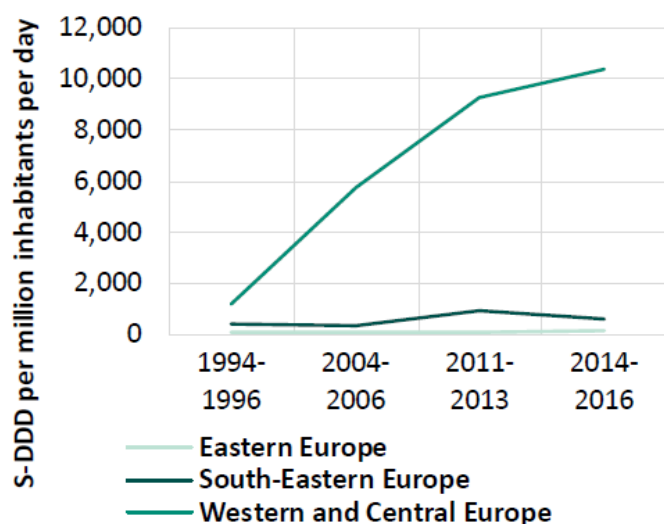
S-DDD per million inhabitants per day	S-DDD por millón de habitantes por día
East and South-East Asia	Asia Oriental y Sudoriental
South Asia	Asia Meridional
West Asia	Asia Occidental

Fuente: JIFE, *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos* (E/INCB/2018/1/Supp.1).

Desviación de fármacos opioides de fuentes lícitas

En el período 1998-2017, 71 países comunicaron casos de desviación de fármacos opioides de fuentes lícitas, con inclusión de 44 países que comunicaron casos dentro de sus fronteras nacionales. Se incluyen los robos en laboratorios y empresas mayoristas, la venta de medicamentos sujetos a prescripción médica a personas no autorizadas, los robos en hospitales y consultorios médicos y el desvío del comercio internacional. En las cinco regiones se informó de la desviación de fármacos opioides de fuentes lícitas, pero la mayoría de los casos registrados en los dos últimos decenios (90 %) fueron comunicados por países de América del Norte, la subregión que tiene la disponibilidad más alta per cápita para el consumo de fármacos opioides¹⁶⁰. El número de desviaciones de fármacos opioides notificadas fluctuó considerablemente a lo largo del período, principalmente debido a los procedimientos de presentación de informes, en particular en América del Norte, más que a los cambios interanuales en el número de desviaciones.

FIG. 33 Tendencias de la disponibilidad de analgésicos opioides para el consumo, Europa, 1994-2016



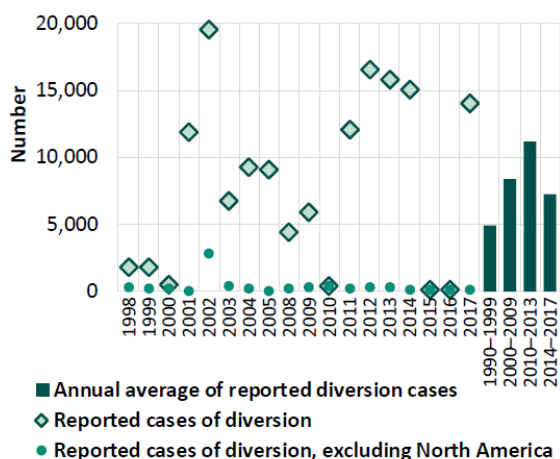
S-DDD per million inhabitants per day	S-DDD por millón de habitantes por día
Eastern Europe	Europa Oriental
South-Eastern Europe	Europa Sudoriental
Western and Central Europe	Europa Occidental y Central

Fuente: *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos* (E/INCB/2018/1/Supp.1).

Nota: S-DDD por millón de habitantes por día, entre el total de la población de la región.

¹⁶⁰ *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2019.*

FIG. 34 Número de casos comunicados de desviación de fármacos opioides, 1990-2017



Number	Número
Annual average of reported diversion cases	Promedio anual de casos de desviación notificados
Reported cases of diversion	Casos de desviación notificados
Reported cases of diversion, excluding North America	Casos de desviación notificados, excluida América del Norte

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

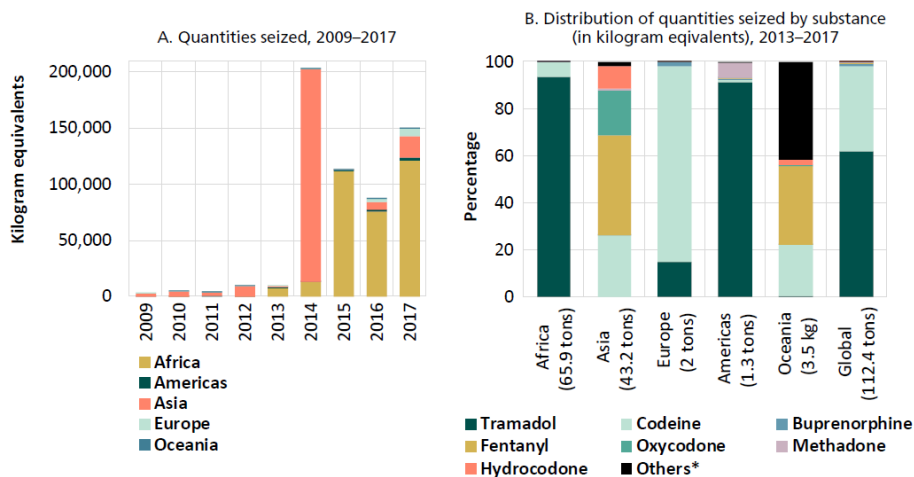
Desde 1998 se ha comunicado en total la desviación de 63 fármacos opioides diferentes. En cuanto al número de casos en que interviene cada sustancia, cifra que abarca principalmente las desviaciones comunicadas por los países de América del Norte en los dos últimos decenios, la oxycodona encabeza la lista, seguida de la hidrocodona, la morfina, la hidromorfona y la codeína. No obstante, en 2017, como reflejo de una serie de indicadores que sugieren un crecimiento del mercado ilícito de fentanilo en América del Norte, la mayoría de las desviaciones comunicadas fueron de fentanilo, seguidas de morfina y tramadol.

En relación con la mayoría de las sustancias, las incautaciones son mucho más importantes que las desviaciones comunicadas por lo que se refiere al número de casos y, sobre todo, a las cantidades incautadas.

Incautaciones de fármacos opioides

Los datos sobre incautaciones muestran los problemas específicos que enfrenta cada región en relación con el consumo no médico de opioides: el mercado ilícito de opioides para uso no médico está dominado por el tramadol en África, la codeína en Asia y el fentanilo en América del Norte. Esas regiones también tropiezan con distintas dificultades en relación con la disponibilidad de opioides para uso médico, siendo América del Norte la región que tiene la mayor disponibilidad de opioides con fines médicos y África y Asia, las regiones que tienen la menor disponibilidad.

FIG. 35 Niveles de las incautaciones mundiales de fármacos opioides

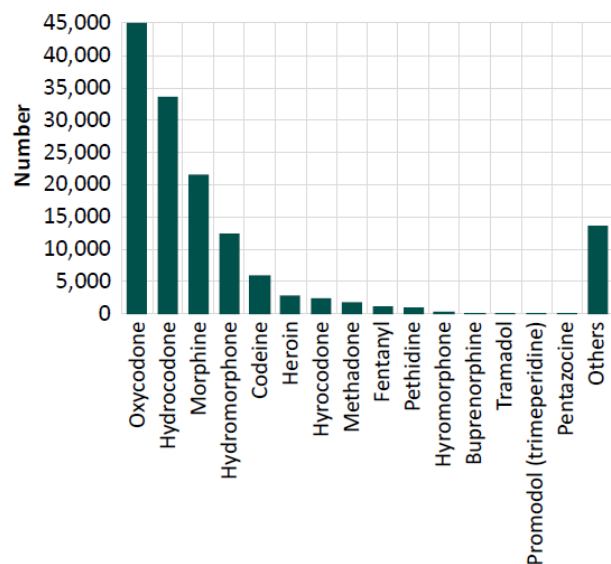


A. Quantities seized, 2009–2017	A. Cantidades incautadas, 2009-2017
Kilogram equivalents	Equivalentes en kilogramos
Africa	África
Americas	América
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
B. Distribution of quantities seized by substance (in kilogram equivalents), 2013–2017	B. Distribución de las cantidades incautadas por sustancia (equivalentes en kilogramos), 2013-2017
Percentage	Porcentaje
Africa (65.9 tons)	África (65,9 t)
Asia (43.2 tons)	Asia (43,2 t)
Europe (2 tons)	Europa (2 t)
Americas (1.3 tons)	América (1,3 t)
Oceania (3.5 kg)	Oceanía (3,5 kg)
Global (112.4 tons)	Todo el mundo (112,4 t)
Tramadol	Tramadol
Codeine	Codeína
Buprenorphine	Buprenorfina
Fentanyl	Fentanilo
Oxycodone	Oxicodona
Methadone	Metadona
Hydrocodone	Hidrocodona
Others*	Otros*

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

* Otros incluyen difenoxilato, tebaína, hidromorfona, morfina, fenazocina, novahistex, pentazocina, carfentanilo, alfa-metilacetilfentanilo, ofentanilo, furanilfentanilo, petidina, Percocet®, metildihidromorfina, tapentadol, trimeperidina, Oxycocet®, Apo-oxycodone®, dihidrocodeína, M-Eslon®, Oxycodone® y U-47700.

FIG. 36 Principales fármacos opioides cuya desviación se comunicó, número de casos, 1998-2017



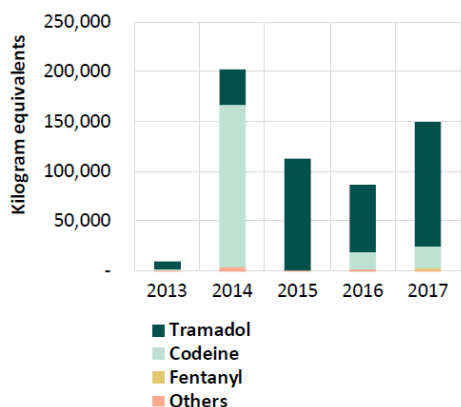
Number	Número
Oxycodone	Oxicodona
Hydrocodone	Hidrocodona
Morphine	Morfina
Hydromorphone	Hidromorfona
Codeine	Codeína

Heroin	Heroína
Methadone	Metadona
Fentanyl	Fentanilo
Pethidine	Petidina
Buprenorphine	Buprenorfina
Tramadol	Tramadol
Promodol (trimeperidine)	Promedol (trimeperidina)
Pentazocine	Pentazocina
Others	Otros

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

Hasta 2009, solo se incautaban pequeñas cantidades de fármacos opioides cada año a nivel mundial (un promedio de 116 kg por año en el período 1998-2008). Sin embargo, esas cantidades aumentaron hasta un promedio anual de 6,3 t en el período 2009-2013. En 2014, el volumen de incautación alcanzó un máximo histórico de 203 t; desde entonces, a pesar de las fluctuaciones, se ha mantenido a un nivel elevado y ha superado las incautaciones mundiales de heroína cada año, excepto en 2016. En 2017 se incautaron 150 t de fármacos opioides en todo el mundo, más de 1.000 veces la cantidad de opioides comunicada en los casos de desviación, consistentes en 47 kg, 72 litros y 61.000 unidades de distintos opioides. El aumento de 2017, en comparación con el de 2016, fue particularmente notable en el caso del fentanilo (seis veces mayor) y la metadona (cinco veces mayor). En cambio, las cantidades mundiales de oxicodona e hidrocodona incautadas en 2017 disminuyeron un 92 % y un 47 %, respectivamente, en comparación con el año anterior. Ello podría haber estado asociado a una serie de factores que afectaban principalmente al mercado de los Estados Unidos, como la disminución de la fabricación lícita y de las cantidades de esas sustancias disponibles para el consumo,^{161, 162} y la reducción de la demanda (véase la página 16 de este fascículo) (por ejemplo, la ejecución de programas de vigilancia de medicamentos sujetos a prescripción médica, que hacen un seguimiento de la prescripción y la dispensación a los pacientes de medicamentos sujetos a prescripción médica sometidos a fiscalización¹⁶³), lo que se tradujo en menos oportunidades de tráfico y desviación y, por consiguiente, un menor número de incautaciones.

FIG. 37 Niveles de las incautaciones mundiales de fármacos opioides, 2013-2017



Kilogram equivalents	Equivalentes en kilogramos
Tramadol	Tramadol
Codeine	Codeína
Fentanyl	Fentanilo
Others	Otros

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

Nota: otros incluyen metadona, hidrocodona, oxicodona, dextropropoxifeno, difenoxilato, hidromorfona, buprenorfina, tebaína, morfina, fenazocina, novahistex, pentazocina, carfentanilo, alfa-metilacetilfentanilo, ocfentanilo, furanilfentanilo, petidina, Percocet®, metildihidromorfina, tapentadol, trimeperidina, Oxycocet®, Apo-oxycodone®, dihidrocodeína, M-Eslon®, Oxyne® y U-47700.

¹⁶¹ Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019.

¹⁶² Base de datos de la JIFE sobre las cantidades disponibles para el consumo de opioides.

¹⁶³ 2018 National Drug Threat Assessment.

En los últimos años, el 59 % del volumen total de incautación de fármacos opioides en el período 2013-2017 se concentró en África, donde se destinaba sobre todo a los mercados locales de la región, y el 38 % fue incautado en Asia. En África, esas incautaciones fueron principalmente de tramadol en África Occidental y Septentrional; en Asia fueron de codeína, principalmente en Asia Oriental y Sudoriental, Asia Meridional y el Cáucaso.

El tramadol y la codeína, que representan, respectivamente, el 62 % y el 36 % del volumen total de incautación de fármacos opioides, predominaron en las incautaciones mundiales de esas sustancias en el período 2013-2017. Sin embargo, en las incautaciones de fármacos opioides expresadas en S-DDD, según la definición de la JIFE¹⁶⁴, predominaron el fentanilo y sus análogos tanto en 2016 como en 2017 (más del 80 % en 2017), seguidos del tramadol (11 %). Ello se debe a que el fentanilo es unas 100 veces más potente que la morfina¹⁶⁵. No obstante, estas comparaciones pueden inducir a error, ya que la pureza de las diversas sustancias puede variar. Si bien algunos de los productos desviados de los canales lícitos pueden ser completamente puros, como cualquier otro producto farmacéutico lícito, se descubrió que los fentanilos incautados en los Estados Unidos estaban muy adulterados (pureza media del 5,1 % en 2017)¹⁶⁶.

El tráfico de tramadol sigue cobrando importancia

El tramadol no está sujeto a fiscalización a nivel internacional, aunque sí lo está a nivel nacional en muchos países de África, el Oriente Medio, Europa y América del Norte. El tramadol ha sido sometido al examen crítico del Comité de Expertos en Farmacodependencia en seis ocasiones durante las tres últimas décadas: en 1992, 2000, 2002, 2006, 2014 y 2018¹⁶⁷.

El tramadol se utiliza ampliamente en medicina y en un inicio se fabricaba en Alemania desde 1977; unos 20 años después, comenzó a fabricarse en otros países industrializados, como Australia, el Reino Unido y los Estados Unidos¹⁶⁸. No está claro si el tramadol que se encuentra en los mercados ilícitos se ha desviado de los canales lícitos ni en qué medida se ha fabricado ilícitamente. Algunos envases de alta dosificación que se encuentran en los mercados ilícitos de África¹⁶⁹ apuntan a que existe una producción especializada para abastecer el mercado ilegal, pero se requiere una investigación más amplia para comprender mejor esa dinámica. La mayor parte del tramadol incautado en el mundo durante el período 2013-2017 parece provenir de la India. En 2017, únicamente la India fue mencionada como país de origen del tramadol detectado en el tráfico internacional.

El volumen de incautación mundial de tramadol aumentó de menos de 10 kg en 2010 a casi 9 t en 2013 y alcanzó un máximo histórico de 125 t en 2017. Las mayores cantidades de tramadol incautadas en el período 2013-2017 fueron comunicadas por Nigeria, seguida de Benin, Egipto, Jordania, los Emiratos Árabes Unidos y la República Islámica del Irán. En 2017, Nigeria registró el mayor volumen de incautación del mundo (96 t), seguida de Egipto (12 t en unidades equivalentes de peso) y los Emiratos Árabes Unidos (9 t en unidades equivalentes de peso).

Según datos recientes sobre incautaciones, los principales destinos de las remesas ilegales de tramadol son países de África Occidental y Central (incluidos Benin, el Camerún, el Chad, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinea, el Níger, la República Centroafricana, el Senegal, Sierra Leona y el Sudán) y de África Septentrional (principalmente Egipto y, en menor medida, Libia), desde los que, a su vez, se introduce de contrabando cierto volumen de tramadol en países del Cercano Oriente y el Oriente Medio (incluidos Jordania y el Líbano). Además, se han incautado remesas importantes por su volumen procedentes de la India y destinadas a países del Cercano Oriente y el Oriente Medio (por ejemplo, los Emiratos Árabes Unidos), tanto para su consumo en la región como para su reexpedición.

¹⁶⁴ *Estupeficientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019.*

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ *2018 National Drug Threat Assessment.*

¹⁶⁷ OMS, "Annex 1: extract from the report of the forty-first meeting of the Expert Committee on Drug Dependence".

¹⁶⁸ *World Drug Report 2018.*

¹⁶⁹ *Ibid.*

[Box on page 54]

El tráfico de tramadol con destino a África Occidental y dentro de esta región: conclusiones preliminares de un estudio en curso

Los datos de las investigaciones y las entrevistas con funcionarios e informantes clave de África Occidental parecen indicar que la mayor parte del tramadol disponible para el mercado no médico de África Occidental se ha importado de la India, en barco o avión. Con ese fin se han empleado diversos métodos de ocultación: declaraciones falsas en las que se reivindica el transporte legítimo de artículos y falsificación de documentación legal, como las licencias de importación; embalaje fraudulento (por ejemplo, se han descubierto comprimidos de tramadol fabricados ilícitamente en cajas que llevan el símbolo de las Naciones Unidas); ocultación del tramadol de origen ilícito entre productos farmacéuticos, equipo médico y otros productos importados legalmente. Las redes delictivas también explotan las vulnerabilidades estructurales de algunos países de África Occidental, como los conocimientos limitados sobre productos farmacéuticos por parte de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y la corrupción.

Los grupos delictivos de África Occidental que operan en Asia y los grupos delictivos asiáticos desempeñan un papel en el tráfico de tramadol hacia África Occidental. Los importadores de África Occidental suelen establecer su cadena de suministro poniéndose en contacto con un exportador o un intermediario situado en Asia, o directamente con un fabricante o una empresa especializada en el comercio de productos farmacéuticos^a. Los importadores suelen valerse de sus contactos locales en el país de producción para recoger, comprar y entregar los fármacos. Los importadores de tramadol obtenido ilícitamente pueden actuar en colaboración con los importadores de productos farmacéuticos suministrados lícitamente que aportan su experiencia, lo que desdibuja las fronteras entre los mercados legales e ilegales. No hay pruebas de la existencia de laboratorios clandestinos que fabriquen tramadol en África Occidental, pero varios de los entrevistados compartieron su preocupación por la probabilidad de que esa producción se establezca en la subregión.

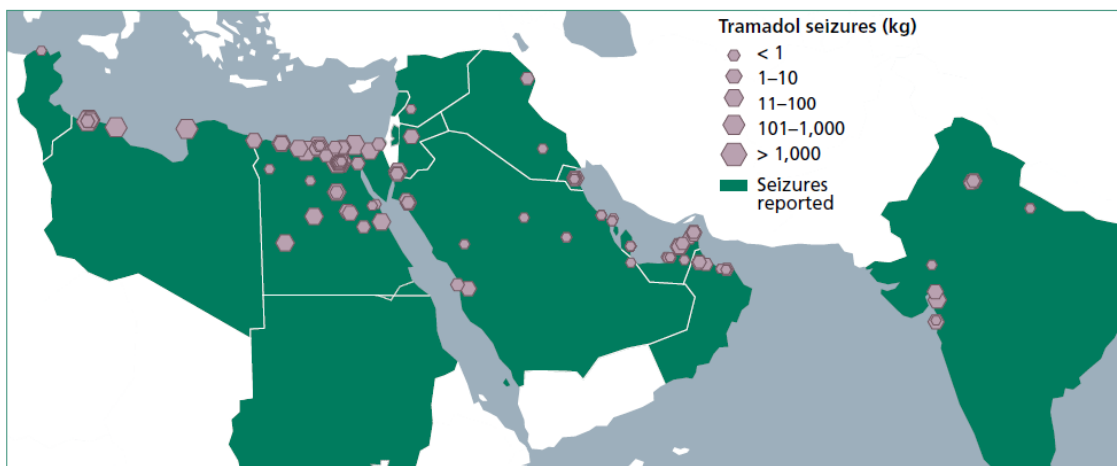
Al parecer, en el contrabando de tramadol a través de África Occidental interviene una serie de agentes. Por un lado, los “grandes hombres” que tienen la capacidad de comprar cantidades considerables de la droga controlan aspectos generales del tráfico en una ruta determinada; por otro, hay personas que compran pequeñas cantidades a minoristas (por ejemplo, en mercados callejeros), organizan el transporte de un país a otro en taxi, motocicleta o autobús y revenden la mercancía a los consumidores o a pequeños traficantes.

Fuente: *UNODC, Tramadol Trafficking in West Africa* (título provisional), de próxima publicación.

^a Véase, por ejemplo: UNODC, *Transnational organized crime in West Africa: A Threat Assessment*, Viena, 2013; TOCTA, 2013; Gernot Klantschnig, “Négocier les profits et la facticité : Le commerce des produits pharmaceutiques entre la Chine et le Nigeria”, *Politique africaine*, 2014/2 (núm. 134), págs. 89 a 110.

[Box ends]

MAPA 8 Incautaciones importantes de tramadol en Asia Meridional, África Septentrional y el Cercano Oriente y el Oriente Medio, enero de 2013 a enero de 2019



Tramadol seizures (kg)	Incautaciones de tramadol (kg)
1-10	1 a 10
11-100	11 a 100
101-1,000	101 a 1.000
Seizures reported	Incautaciones comunicadas

Fuente: UNODC y Pacto de París, Plataforma de Vigilancia de las Drogas.

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

El hecho de que el tramadol haya sido incautado en zonas cercanas a focos de actividad del Estado Islámico y de algunos de sus grupos asociados (por ejemplo, en partes de Libia, Nigeria y la República Árabe Siria, así como en el Sahel) ha suscitado, por añadidura, la preocupación de que el tráfico de tramadol sea utilizado por esos grupos para financiar actividades terroristas y de que sus combatientes lo consuman sin prescripción médica para aliviar el dolor de las heridas y lesiones, aumentar la resistencia, intensificar la violencia y alterar los sentidos^{170, 171, 172}. Se dice que, desde Asia Meridional, se han enviado remesas a esos grupos en países de África Occidental, África Septentrional y el Medio Oriente, en ocasiones a través de Europa.

Las mayores incautaciones de tramadol en Europa en los últimos años se concentraron en remesas de tramadol enviadas a destinos finales en África Septentrional. Malta informó de que, en tres casos distintos en 2016, se había incautado de 36 millones de comprimidos de tramadol procedentes en su totalidad de la India y destinados a Libia, así como de otros 117 millones de comprimidos en cuatro casos distintos en 2017. En Génova (Italia) se efectuó otra incautación importante de comprimidos de tramadol en mayo de 2017. Se incautaron 37 millones de comprimidos, que provenían de la India y se habían vendido a un importador con sede en Dubái (Emiratos Árabes Unidos). El importador enviaba los comprimidos a Sri Lanka antes de expedirlos por mar a Italia, desde donde se reexpedían a las ciudades de Misrata y Tobruk (Libia), posiblemente destinados a grupos del Estado Islámico que operan en ese país¹⁷³. Grecia comunicó la incautación de 26 millones de comprimidos de tramadol en dos casos distintos en 2016; los comprimidos provenían de la India, y Libia era su destino final.

Esos volúmenes de incautación son modestos en comparación con las cantidades de tramadol que se han incautado en algunos países de África Septentrional y el Oriente Medio. Por ejemplo, Egipto comunicó la incautación de 252 millones de comprimidos de tramadol en 2016 y 236 millones en 2017, al tiempo que los Emiratos Árabes Unidos se incautaron de 175 millones de comprimidos en 2017. Además, Marruecos informó por primera vez de la incautación en 2017 de 40 millones de unidades de tramadol que habían sido enviadas

¹⁷⁰ JIFE, “Tramadol: review of the global situation”.

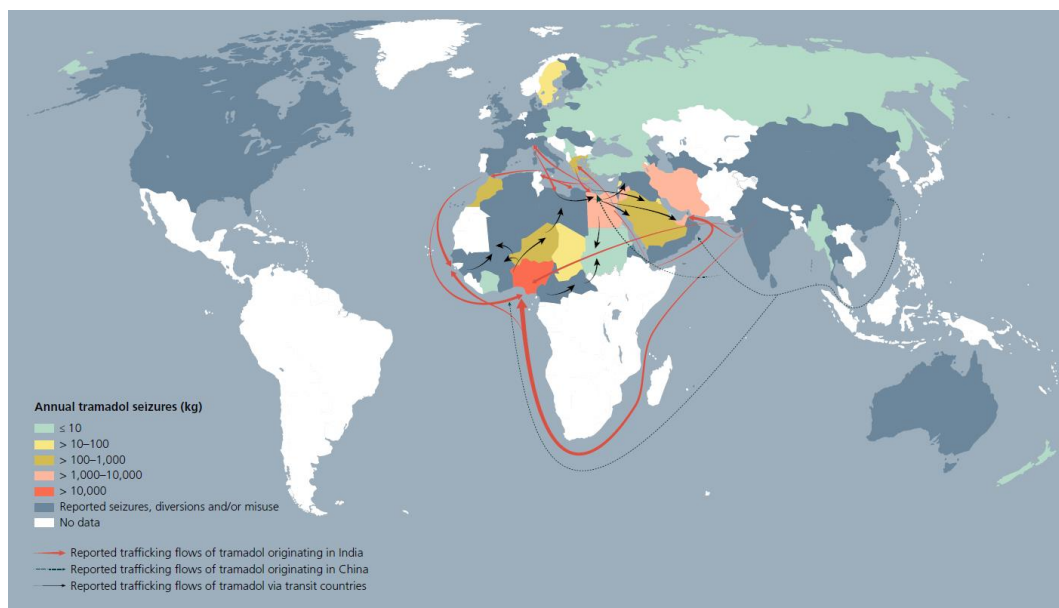
¹⁷¹ Rita Santacroce *et al.*, “The new drugs and the sea: the phenomenon of narco-terrorism”, *International Journal of Drug Policy*, enero, vol. 51 (enero de 2018), págs. 67 a 68.

¹⁷² Florence Gaub y Annelies Pauwels, *In-depth Analysis: Counter-Terrorism Cooperation with the Southern Neighbourhood* (Bruselas, Parlamento Europeo, Dirección General de Políticas Exteriores, Departamento de Políticas, 2017).

¹⁷³ Guardia di Finanza, según lo informado en UNODC, Plataforma de Vigilancia de las Drogas; Santacroce *et al.*, “The new drugs and the sea”, págs. 67 a 68.

al país desde la India por vía marítima en contenedores, con destino a Guinea y otros países de África Occidental.

MAPA 9 Incautaciones, desviación y rutas de tráfico de tramadol (según los informes), 2013-2017



Annual tramadol seizures (kg)	Incautaciones anuales de tramadol (kg)
> 10–100	> 10 a 100
> 100–1,000	> 100 a 1,000
> 1,000–10,000	> 1,000 a 10,000
Reported seizures, diversions and/or misuse	Incautaciones, casos de desviación o de uso indebido
No data	Sin datos
Reported trafficking flows of tramadol originating in India	Corrientes comunicadas de tráfico de tramadol producido en la India
Reported trafficking flows of tramadol originating in China	Corrientes comunicadas de tráfico de tramadol producido en China
Reported trafficking flows of tramadol via transit countries	Corrientes comunicadas de tráfico de tramadol a través de países de tránsito

Fuentes: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) correspondiente a 2018 (y años anteriores), informe de los Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas (HONLEA) correspondiente a 2018 (y años anteriores), Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos en Farmacodependencia, 36ª reunión, Ginebra, 16 a 20 de junio de 2014; Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley, *International Narcotics Control Strategy Report 2019* (y años anteriores).

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. 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. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland Islands).

La mayoría de las incautaciones de tramadol comunicadas por Libia desde 2013 se han efectuado a lo largo de la costa mediterránea del país. En el Oriente Medio se produjo un grupo de incautaciones de tramadol en varios países de la región del Golfo, desde Kuwait hasta Omán, sobre todo en las costas de los Emiratos Árabes Unidos. La mayoría de las incautaciones de tramadol en la India en 2017 y 2018 se notificaron en la parte occidental del país, en tres lugares principales: el estado de Gujarat, que representa un tercio del volumen de negocios total del sector farmacéutico del

país¹⁷⁴; en lugares cercanos a las costas y en la ciudad de Mumbai (lo que parece indicar un considerable tráfico de tramadol por mar); así como en Nueva Delhi, sobre todo en su aeropuerto¹⁷⁵.

También se ha informado del uso no médico del tramadol en América del Norte, Europa, Asia Oriental y Sudoriental y Oceanía, donde se ha notificado su desviación de fuentes lícitas en varios países.

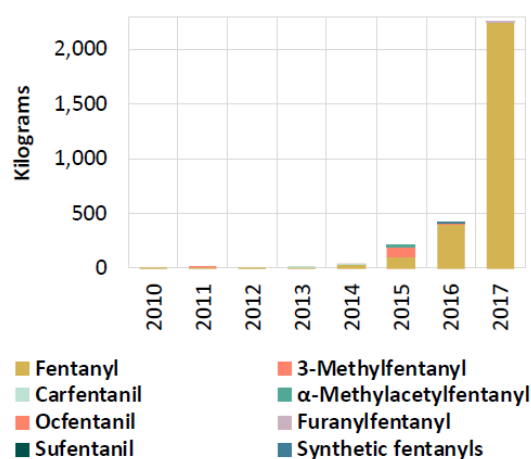
Sin embargo, los patrones generales del tráfico de tramadol que se han observado hasta la fecha pueden cambiar en un futuro próximo. A abril de 2018, en virtud de la Ley de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1985, la India había impuesto al tramadol medidas de fiscalización más restrictivas¹⁷⁶. De este modo se confieren más facultades a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y, en particular, se les permite acceder a los locales de los laboratorios de tramadol y someter a juicio a quienes fabrican tramadol sin autorización.

El tráfico de fentanilo y sus análogos va en aumento

La incautación mundial de fentanilo y sustancias análogas, que representa más del 80 % de la cantidad total de fármacos opioides incautados en todo el mundo en 2017, expresada en S-DDD, se ha incrementado notablemente en los últimos años: la cantidad incautada anualmente se cuadruplicó tanto en 2015 como en 2016, y casi se sextuplicó en 2017. Si bien en los últimos años ha aumentado el número de países que han comunicado incautaciones de fentanilos, el mercado ilícito de esas sustancias sigue estando muy concentrado en América del Norte, región donde se concentra el 99 % de las cantidades mundiales de fentanilos incautados en 2017.

Si bien recientemente se han incautado varios de sus análogos, desde el punto de vista de la cantidad, el fentanilo sigue siendo la sustancia de su tipo más incautada en todas las regiones, con la excepción de Europa en 2015, cuando la Federación de Rusia comunicó varios centenares de casos en que se incautaron en total más de 98 kg de 3-metilfentanilo.

FIG. 38 Niveles de las incautaciones mundiales de fentanilo y sus análogos, 2010-2017



Kilograms	Kilogramos
Fentanyl	Fentanilo
Carfentanil	Carfentanilo
Ocfentanil	Ocfentanilo
Sufentanil	Sufentanilo
3-Methylfentanyl	3-metilfentanilo
alpha-Methylacetylfentanyl	alpha-metilacetilfentanilo
Furanylfentanyl	Furanilfentanilo
Synthetic fentanyls	Fentanilos sintéticos

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

¹⁷⁴ India, gobierno de Gujarat, "Pharmaceuticals: sector profile" (Gujarat, 2017).

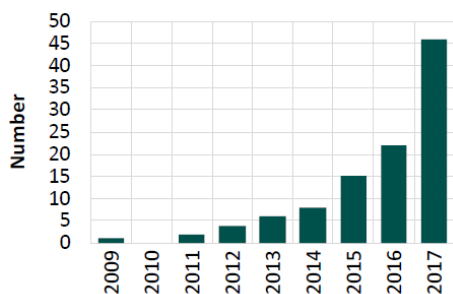
¹⁷⁵ UNODC y Pacto de París, Plataforma de Vigilancia de las Drogas.

¹⁷⁶ "Tramadol: review of the global situation".

Entre los nuevos agonistas de los receptores de opioides sintéticos no sometidos a fiscalización internacional predominan los nuevos análogos del fentanilo. Su número ha aumentado notablemente según los últimos datos facilitados por los Estados Miembros. De las 78 NSP identificadas a nivel mundial por primera vez en 2017, los laboratorios forenses informaron de 22 nuevos agonistas de los receptores de opioides sintéticos, de los cuales 19 eran análogos del fentanilo¹⁷⁷.

En la Unión Europea en 2016, solo el 2 % del número total de incautaciones de nuevas sustancias notificadas al sistema de alerta temprana europeo eran nuevos opioides; sin embargo, los análogos del fentanilo representaban alrededor del 70 % de ese 2 % (1.600 casos de incautación de nuevos opioides)¹⁷⁸.

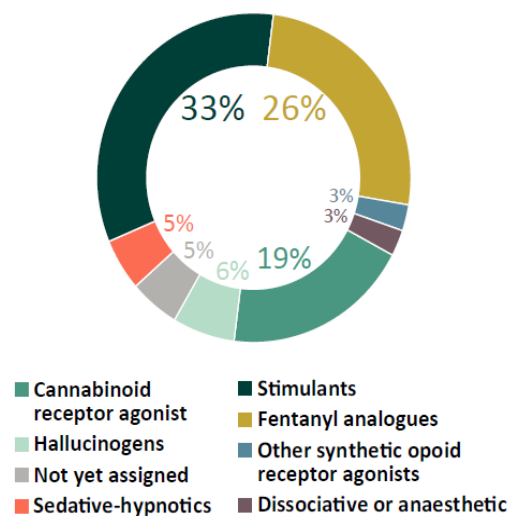
Fig. 39 Nuevos agonistas de los receptores de opioides sintéticos identificados, 2009-2017



Number	Número
--------	--------

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

Fig. 40 Nuevas sustancias psicoactivas de las que se informó por primera vez en 2017 (N = 78)



33%	33 %
26%	26 %
3%	3 %
3%	3 %
19%	19 %
6%	6 %
5%	5 %
5%	5 %
Cannabinoid receptor agonist	Agonista de los receptores de cannabinoides
Hallucinogens	Alucinógenos

¹⁷⁷ UNODC, sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas (enero de 2019).

¹⁷⁸ EMCDDA, *Fentanyl and Synthetic Cannabinoids: Driving Greater Complexity into the Drug Situation - An Update from the EU Early Warning System* (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018).

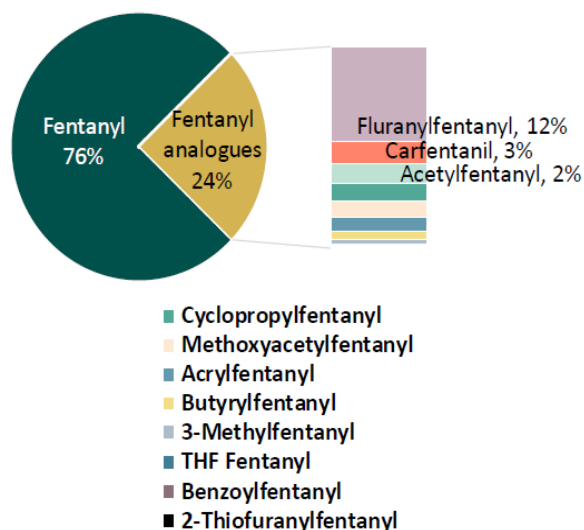
Not yet assigned	Sin asignar aún
Sedative-hypnotics	Hipnosedantes
Stimulants	Estimulantes
Fentanyl analogues	Análogos del fentanilo
Other synthetic opioid receptor agonists	Otros agonistas de los receptores de opioides sintéticos
Dissociative or anaesthetic	Disociativo o anestésico

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

En 2016 en los Estados Unidos, país que constituye el mayor mercado del fentanilo y sus análogos, el 85 % de más de 40.000 muestras de sustancias incautadas pertenecientes al grupo de los fentanilos resultaron ser fentanilo. En el 15 % restante de la muestra total se detectaron 16 análogos del fentanilo distintos, entre ellos el furanilfentanilo (6 %), el acetilfentanilo (4 %), el carfentanilo (3 %) y el 3-metilfentanilo (1 %)¹⁷⁹.

En otro análisis, basado en una muestra más pequeña de sustancias incautadas por la DEA de los Estados Unidos en 2017, se destacó la creciente importancia de los análogos del fentanilo, que representaban la cuarta parte de las muestras analizadas. Sin embargo, el fentanilo siguió siendo la principal sustancia de este grupo y representó el 76 % del conjunto de los fentanilos analizados, seguido del furanilfentanilo, el carfentanilo y el acetilfentanilo¹⁸⁰.

Fig. 41 Distribución por sustancia del fentanilo y sus análogos detectados en los Estados Unidos, 2017 (N = 2.475)



Fentanyl 76 %	Fentanilo, 76 %
Fentanyl analogues 24%	Análogos del fentanilo, 24 %
Fluranylfentanyl, 12%	Furanilfentanilo, 12 %
Carfentanyl, 3%	Carfentanilo, 3 %
Acetylfentanyl, 2%	Acetilfentanilo, 2 %
Cyclopropylfentanyl	Ciclopropilfentanilo
Methoxyacetylfentanyl	Metoxiacetilfentanilo
Acrylfentanyl	Acrilfentanilo
Butyrylfentanyl	Butirilfentanilo
3-Methylfentanyl	3-metilfentanilo
THF Fentanyl	Tetrahidrofuranilfentanilo
Benzoylfentanyl	Benzoilfentanilo
2-Thiofuranylfentanyl	2-tiofuranilfentanilo

Fuente: Departamento de Justicia de los Estados Unidos, DEA, 2018 National Drug Threat Assessment, octubre de 2018, pág. 22.

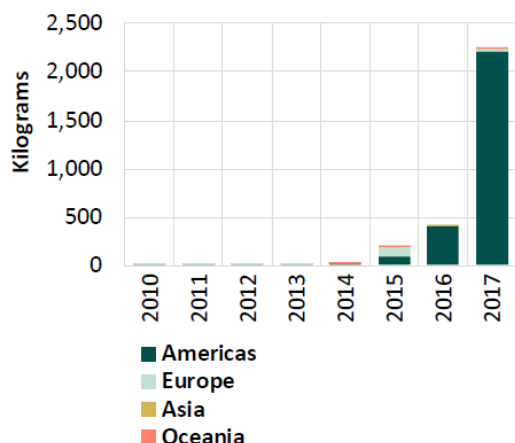
¹⁷⁹ 2018 National Drug Threat Assessment.

¹⁸⁰ Ibid.

En total, 21 países de las Américas, Asia, Europa y Oceanía comunicaron incautaciones de fentanilos en el período 2013-2017. Esa cifra fue aumentando de solo 4 países en 2013 a 12 en 2016 y 16 en 2017, lo que pone de relieve la propagación mundial del tráfico de sustancias del grupo de los fentanilos.

No obstante, a juzgar por las incautaciones, el tráfico de fentanilo y sus análogos parece concentrarse principalmente en las Américas (sobre todo en América del Norte), pues esta región representó el 95 % de las cantidades totales de fentanilo incautadas en todo el mundo en el período 2013-2017. En el mismo período, las incautaciones totales de fentanilos en Europa llegaron a un 4,8 %, los países de Oceanía y Asia comunicaron un volumen de incautación mínimo y África no comunicó ninguna incautación. Las mayores incautaciones de fentanilo en 2017 (expresadas en kilogramos) fueron comunicadas por los Estados Unidos (2.158 kg), el Canadá (61 kg), Estonia (10 kg) y Suecia (4 kg).

Fig. 42 Niveles de las incautaciones mundiales de fentanilo y sus análogos, por región, 2010-2017



Kilograms	Kilogramos
Americas	América
Europe	Europa
Asia	Asia
Oceania	Oceanía

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

En 2017, el volumen total de incautación de fentanilo ascendió a 2,2 t. A título comparativo, la fabricación lícita mundial de fentanilo fue de 2,7 t y la cantidad de fentanilo disponible para el consumo con fines médicos fue de 1,4 t¹⁸¹. Como es poco probable que se incautara más del 80 % de la fabricación lícita mundial de fentanilo en 2017 o que se desviara más fentanilo del que estaba disponible para el consumo, las incautaciones de fentanilo parecen indicar que existe una importante fabricación clandestina de la droga a nivel mundial para abastecer los mercados ilícitos de drogas. Además, puede haber una adulteración importante de los productos de fentanilo en los mercados ilícitos, lo que explicaría la incautación de grandes cantidades de fentanilo de baja pureza (según los informes de los Estados Unidos).

El mercado de fentanilo y sus análogos en América del Norte crece con rapidez, abastecido principalmente de sustancias producidas en Asia Oriental

Según las autoridades estadounidenses, la mayor parte de los fentanilos que llegan al mercado ilegal de los Estados Unidos (el principal mercado de esas drogas) parecen provenir de China¹⁸². Los fentanilos se importan por correo directamente a los Estados Unidos o se introducen a través de México, a menudo en forma de polvos diluidos o comprimidos falsificados de medicamentos sujetos a prescripción médica que contienen fentanilos. Algunos de ellos, comprados en la web oscura, también entran en los Estados Unidos a través del Canadá, donde los polvos que contienen sustancias de fentanilo se someten a una mayor elaboración; por ejemplo, se fabrican comprimidos con ellos, se mezclan con heroína y a veces se venden como heroína, tanto para su consumo en ese país como para introducirlos de contrabando

¹⁸¹ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019.*

¹⁸² *2018 National Drug Threat Assessment.*

en los Estados Unidos, sobre todo en los estados nororientales¹⁸³. El principal país de “salida” (que puede ser diferente del país de “origen”) de las remesas de fentanilos enviadas a los Estados Unidos en 2017 parece haber sido México, seguido de China¹⁸⁴.

[Box on page 59]

Los cinco principales análogos del fentanilo detectados por los organismos encargados de hacer cumplir la ley en la Unión Europea, 2016

Polvos: valerilfentanilo, ocfentanilo, carfentanilo, 4-fluoro-isobutirilfentanilo, furanilfentanilo.

Líquidos: acriloilfentanilo, furanilfentanilo, tetrahidrofuranilfentanilo, 4-fluoro-isobutirilfentanilo, ciclopentilfentanilo.

Comprimidos: acrilofentanilo, 4-fluoro-isobutirilfentanilo acetilfentanilo, ciclopentilfentanilo, furanilfentanilo.

Fuente: EMCDDA, Fentanyl and Synthetic Cannabinoids: Driving Greater Complexity into the Drug Situation - An Update from the EU Early Warning System (Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2018).

[Box ends]

Las tendencias del tráfico ilícito pueden ser aún más complejas. Si bien el principal destino final de los fentanilos incautados en los Estados Unidos era el mercado interno, algunas remesas también se destinaban al extranjero, en particular a México (4 %) y el Canadá (1 %) en 2017. Se ha especulado que algunas de estas “exportaciones” de los Estados Unidos podrían estar destinadas a la producción en México de fármacos opioides falsificados, como los comprimidos de oxicodona falsificados, para su posterior “reimportación” a los Estados Unidos¹⁸⁵. Además, el descubrimiento de laboratorios clandestinos tanto en el Canadá como en los Estados Unidos hace pensar que en ambos países también se está produciendo ilícitamente fentanilo (y sustancias análogas).

Aunque existen casos de desviación de fentanilo de la industria farmacéutica, al parecer no representan una contribución importante a la oferta de fentanilo y sus análogos en el mercado ilícito de América del Norte. En los Estados Unidos, el mayor productor lícito de fentanilo del mundo¹⁸⁶, la desviación de fentanilo parece tener lugar mayormente a pequeña escala, principalmente para uso personal o para la venta callejera¹⁸⁷. En el Canadá, en 2017, se detectaron 391 casos de desviación de fentanilo de fuentes lícitas, pero el número de casos de tráfico ilícito relacionados con el fentanilo fue más del cuádruple (1.626 casos). Las diferencias son aún más pronunciadas cuando se tienen en cuenta las cantidades incautadas. Las cantidades totales de fentanilo detectadas en los casos de desviación en el Canadá ascendieron a menos de 0,1 kg en 2017, pero la cantidad de fentanilo incautado como resultado de actividades de tráfico ascendió a 61 kg en el mismo año.

Según las autoridades estadounidenses, tanto en 2016 como en 2017, alrededor del 97 % de los fentanilos incautados en la correspondencia internacional en los Estados Unidos procedían de China. Sin embargo, se estima que las importaciones de fentanilos por correo representan solo una fracción (12 %) del total de las importaciones ilegales de fentanilo en los Estados Unidos, ya que se supone que la mayor parte de los fentanilos hallados en el mercado de los Estados Unidos han entrado en el país a través de las fronteras terrestres¹⁸⁸. La mayoría de los detenidos por tráfico de fentanilos en los Estados Unidos eran ciudadanos estadounidenses y, en menor medida, mexicanos.

La elaboración de perfiles relacionados con el fentanilo en los Estados Unidos¹⁸⁹ pone de relieve que, aunque esa sustancia normalmente se incauta en pequeñas cantidades, el fentanilo enviado directamente desde China es de gran pureza. En casi el 80 % de esos casos de envío directo, la pureza superaba el 50 %; en la mitad de los casos, en realidad superaba el 90 %. Compárense esos niveles con la pureza media general de un 5,1 % en los fentanilos hallados en el mercado de los Estados Unidos en 2017. Esto también parece confirmar la tesis de que la mayor parte del fentanilo hallado en el mercado de los Estados Unidos, al menos por su peso bruto, ha sido traficado por tierra de México a los Estados Unidos, lo que suele dar lugar a incautaciones de mayores cantidades en bruto, pero de una pureza mucho menor

¹⁸³ Departamento de Justicia de los Estados Unidos, DEA, *2017 National Drug Threat Assessment*, octubre de 2017.

¹⁸⁴ *2018 National Drug Threat Assessment*.

¹⁸⁵ *2017 National Drug Threat Assessment*.

¹⁸⁶ *Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2019*.

¹⁸⁷ *2018 National Drug Threat Assessment*.

¹⁸⁸ *Ibid.*

¹⁸⁹ *Ibid.*

que la del fentanilo enviado por correo directamente a los Estados Unidos. También sirve de apoyo a la hipótesis de que la mayor parte de los fentanilos que se encuentran en el mercado de los Estados Unidos no se desvían de la producción lícita, que tendría una pureza de casi el 100 %.

La mayor parte de los fentanilos incautados y la mayor parte del aumento de las cantidades incautadas a lo largo de la frontera entre México y los Estados Unidos en 2017 se observaron en Tucson y San Diego, es decir, en la parte occidental de la frontera, que es una zona controlada en gran medida por el cartel de Sinaloa¹⁹⁰. Si bien el cartel de Sinaloa controla casi todos los puertos del Pacífico norte de México, el Cartel de Jalisco Nueva Generación¹⁹¹ es el que controla la mayoría de los puertos del Pacífico sur del país, que también son clave para las importaciones de fentanilo o sus precursores de Asia Meridional. Las investigaciones realizadas en los Estados Unidos han demostrado que los dos carteles son los principales grupos implicados en el tráfico de fentanilo hacia los Estados Unidos a través de su frontera sudoccidental¹⁹², aunque ambos también han participado activamente en el contrabando de varias otras drogas hacia los Estados Unidos¹⁹³.

Según las autoridades estadounidenses, las remesas de fentanilos de México a los Estados Unidos incluyen fentanilos fabricados en China y adulterados en México, así como fentanilos fabricados y adulterados en México. La hipótesis de que también puede haber un volumen importante de fabricación ilícita de fentanilos en México se confirmó en 2017 cuando una patrulla del ejército mexicano que operaba en zonas remotas del estado de Sinaloa descubrió una importante instalación de fabricación de fentanilo, que luego fue desmantelada¹⁹⁴.

Según la información proporcionada por los Estados Unidos, los precursores utilizados en la fabricación de fentanilos en los laboratorios clandestinos de América del Norte parecen provenir de China y llegan a los Estados Unidos, en parte a través de México y el Canadá, pero algunos también son objeto de contrabando de los Estados Unidos a México para la ulterior “reimportación” de fentanilos a los Estados Unidos. La sustancia química principal que se utiliza en la fabricación clandestina de fentanilos incautados en los Estados Unidos en los últimos años es la 4-ANPP, lo que da a entender que uno de los métodos populares entre los operadores de laboratorios clandestinos tanto en México como en los Estados Unidos es el poco sofisticado “método Siegfried”. Con este método también se puede utilizar la NPP como material de partida para sintetizarla en 4-ANPP y luego en fentanilo¹⁹⁵.

El mercado creciente del fentanilo y sus análogos en Europa

En Europa existe un mercado mucho más pequeño, aunque también en crecimiento, del fentanilo y sus análogos. La mayoría de los países de Europa han notificado incautaciones de fentanilo o casos de consumo de esa sustancia con fines no médicos. Las cantidades de fentanilo y sustancias análogas incautadas han mostrado una clara tendencia al alza en Europa Occidental y Central, donde han pasado de 1 kg en 2013 a 5 kg en 2016 y 17 kg en 2017. Paralelamente, el sistema de alerta temprana europeo también ha mostrado un claro aumento del volumen de incautación de fentanilos en los últimos años, así como de las cantidades de polvo y comprimidos incautados¹⁹⁶.

Según se informa, la mayoría de las remesas de nuevos fentanilos que llegan a Europa proceden de China¹⁹⁷. Los informes recibidos por la UNODC de varios países de Europa (Estonia (2017), Polonia (2017), Suecia (2016) y el Reino Unido (2017), también parecen confirmar que China es la principal fuente del fentanilo y sus análogos que se detectan en los mercados de Europa.

Al igual que muchas otras sustancias nuevas, la mayoría de los nuevos análogos del fentanilo no están sometidos a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas, lo que significa que pueden fabricarse en muchos países y comercializarse con relativa libertad. Esta situación ha sido explotada en Europa por grupos delictivos organizados que utilizan empresas para fabricar análogos del fentanilo, que luego se envían normalmente a Europa por correo urgente y servicios de mensajería. Una vez allí, los nuevos fentanilos se venden como sustitutos “legales” de opioides sometidos a fiscalización en la “web de superficie” y en la web oscura. Al igual que en los Estados Unidos, los nuevos fentanilos pueden venderse como heroína o mezclarse con heroína y otros opioides

¹⁹⁰ 2017 National Drug Threat Assessment.

¹⁹¹ Scott Stewart, “Mexico’s cartels find another game changer in fentanyl”, *Stratfor*, 3 de agosto de 2017.

¹⁹² 2018 National Drug Threat Assessment.

¹⁹³ 2017 National Drug Threat Assessment.

¹⁹⁴ 2018 National Drug Threat Assessment.

¹⁹⁵ 2017 National Drug Threat Assessment.

¹⁹⁶ EMCDDA, *Fentanyl and Synthetic Cannabinoids: Driving Greater Complexity into the Drug Situation*.

¹⁹⁷ *Ibid.*

sometidos a fiscalización. Luego pueden encontrarse en productos médicos falsificados, aunque esto último es más común en los Estados Unidos¹⁹⁸.

[Box on page 61]

Fiscalización internacional reciente de los fentanilos y los precursores químicos conexos

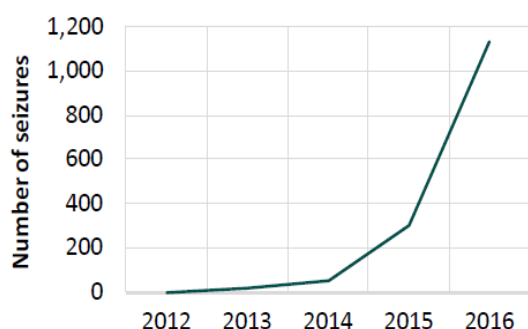
La decisión de incluir la ANPP y su precursor directo, la NPP, en el Cuadro I de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 fue tomada por la Comisión de Estupefacientes en marzo de 2017 y entró en vigor a nivel internacional en octubre de 2017. En ese marco, se pide a todas las partes en la Convención de 1988 que sometan a fiscalización nacional esas sustancias, los dos principales precursores para la fabricación de fentanilo.

En los últimos años, la Comisión de Estupefacientes también ha aprobado la inclusión de varios análogos del fentanilo entre las sustancias sometidas a fiscalización internacional. Esos análogos son: carfentanilo, acrilofentanilo, furanilfentanilo, tetrahydrofuranilfentanilo, ofentanilo y 4-fluoroisobutirilfentanilo (todos se sometieron a fiscalización en 2018), butirfentanilo (en 2017) y acetilfentanilo (en 2016). Tras la decisión adoptada por China en octubre de 2015 de incluir 116 NSP en las listas, el país también sometió a fiscalización en marzo de 2017 el carfentanilo, el furanilfentanilo, el acrilofentanilo y el valerilfentanilo^a.

^a 2017 National Drug Threat Assessment.

[Box ends]

Fig. 43 Incautaciones de fentanilos notificadas al sistema de alerta temprana europeo, 2012-2016



Number of seizures

Número de incautaciones

Fuente: EMCDDA, *Fentanyl and Synthetic Cannabinoids: Driving Greater Complexity into the Drug Situation*, pág. 10.

Aunque los fentanilos suelen inyectarse, en los últimos años, debido a su alta potencia y facilidad de uso, también han aparecido en algunos mercados ilícitos de Europa aerosoles nasales que contienen soluciones diluidas. En Suecia, por ejemplo, era posible comprar por Internet aerosoles nasales sin etiquetar llenos de acrilofentanilo hasta que la empresa fue desmantelada en 2016; en ese año en Europa se registraron 47 muertes relacionadas con este tipo de aerosoles nasales. También se ha informado de la aparición de “e-líquidos” que contienen fentanilos, cuyos vapores se pueden inhalar mediante cigarrillos electrónicos¹⁹⁹.

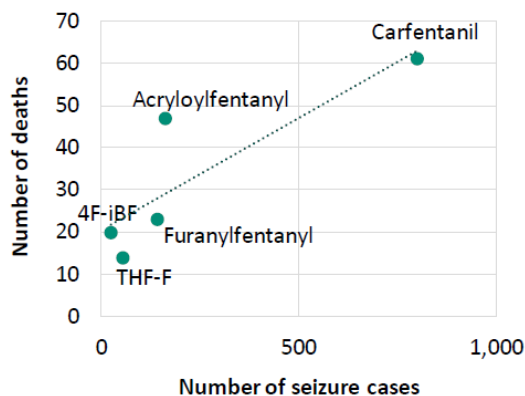
Habida cuenta de los crecientes problemas relacionados con una serie de análogos del fentanilo en Europa en los últimos años, el EMCDDA y Europol realizaron investigaciones conjuntas sobre las sustancias siguientes: acetilfentanilo en 2015; acrilofentanilo y furanilfentanilo en 2016; y 4-fluoroisobutirilfentanilo (4F-iBF), tetrahydrofuranilfentanilo (THF-F), carfentanilo, metoxiacetilfentanilo y ciclopropilfentanilo en 2017. Sobre esa base se elaboraron cinco evaluaciones del riesgo en 2017, que pusieron de manifiesto que el mayor número de casos de incautación y de muertes relacionadas con el uso indebido de sustancias en Europa entre las cinco sustancias investigadas estaba relacionado con el carfentanilo, seguido del acrilofentanilo y el furanilfentanilo²⁰⁰.

¹⁹⁸ *Ibid.*

¹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰ *Ibid.*

Fig. 44 Número de muertes y casos de incautación relacionados con análogos del fentanilo en la Unión Europea (sobre la base de las principales conclusiones de las evaluaciones del riesgo de los análogos del fentanilo realizadas entre 2013 y 2017)



Number of deaths	Número de muertes
Carfentanil	Carfentanilo
Acryloylfentanyl	Acriloilfentanilo
Furanylfentanyl	Furanilfentanilo
4F-iBF	4F-iBF
THF-F	THF-F
Number of seizure cases	Número de incautaciones

Fuente: EMCDDA, *Fentanyl and Synthetic Cannabinoids: Driving Greater Complexity into the Drug Situation*, pág. 13.

Varios países de Europa (Alemania, Bulgaria, Croacia, la Federación de Rusia, Hungría y el Reino Unido) comunicaron la desviación de fentanilo de fuentes lícitas antes de 2013. Desde entonces no se ha notificado a la UNODC ningún caso de ese tipo.

Además, se han notificado casos esporádicos de fentanilos producidos en laboratorios clandestinos de Europa²⁰¹, en su mayoría destinados a la distribución y el consumo locales. La única excepción se refería a los laboratorios que operaban en la Federación de Rusia y que también podían haber suministrado fentanilo a países vecinos. En particular, Estonia comunicó durante años que la Federación de Rusia era la principal fuente del fentanilo detectado en su territorio, pero esta situación parece haber cambiado en 2017 tras el desmantelamiento de un grupo delictivo organizado y la desaparición del mercado de Estonia de los fentanilos objeto de tráfico desde la Federación de Rusia en un plazo de varias semanas. Desde entonces, han quedado sustituidos en gran medida por los fentanilos traficados por correo desde China, según los informes de Estonia.

La mayor parte de las incautaciones importantes de fentanilo y sus análogos realizadas en la Federación de Rusia en el período 2013-2017 se notificaron en la parte europea del país, sobre todo en la zona circundante de San Petersburgo y otras ciudades del norte del país. Las principales sustancias notificadas en incautaciones importantes fueron el 3-metilfentanilo, el fentanilo y el carfentanilo²⁰².

²⁰¹ EMCDDA, *Fentanyl and Synthetic Cannabinoids: Driving Greater Complexity into the Drug Situation*.

²⁰² UNODC y Pacto de París, Plataforma de Vigilancia de las Drogas.

OTROS DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Introducción

Después de los opioides, los grupos de depresores que se incautan en mayores cantidades son los sedantes y tranquilizantes. A diferencia de los opioides, la mayoría de los sedantes y tranquilizantes no se producen ilegalmente, sino que se desvían de fuentes legales. La mayoría de los opioides están sometidos a fiscalización en virtud de la Convención de 1961, pero los sedantes y tranquilizantes lo están en virtud del Convenio de 1971. Si bien las benzodiazepinas y los barbitúricos están incluidos en las Listas III y IV del Convenio de 1971, que son menos estrictas, la metacualona y el GHB están incluidos en la Lista II de dicho Convenio.

Las distintas benzodiazepinas, cuya potencia varía, se utilizan ampliamente en medicina como anticonvulsivos, ansiolíticos, hipnóticos, sedantes, relajantes de los músculos esqueléticos y tranquilizantes. En la actualidad muchas benzodiazepinas están sometidas a fiscalización internacional en virtud del Convenio de 1971.

Los barbitúricos representan otro grupo de depresores sintéticos del sistema nervioso central que antiguamente se solían utilizar como hipnóticos y sedantes. Su uso médico hoy en día es más limitado: se utilizan únicamente como antiepilépticos, complementos de la anestesia en procedimientos quirúrgicos y, con menor frecuencia, ansiolíticos. Algunos de los fármacos barbitúricos más comunes son el amobarbital, el pentobarbital, el fenobarbital y el secobarbital. Al igual que sucede con las benzodiazepinas, cada barbitúrico difiere en lo que respecta al comienzo y la duración de sus efectos y a su potencia. Dado que los barbitúricos poseen un bajo índice terapéutico (es decir, la diferencia entre la cantidad que produce el efecto terapéutico y la que puede resultar tóxica), una sobredosis de barbitúricos podría ser letal²⁰³. En consecuencia, estas sustancias han quedado reemplazadas en gran medida por las benzodiazepinas tanto en el mercado lícito como en el ilícito. No obstante, en 2016 y 2017, unos 18 países, principalmente de Europa y Asia, notificaron que el uso de los barbitúricos con fines no médicos en su territorio superaba el uso no médico de las benzodiazepinas.

La metacualona es otro depresor sintético del sistema nervioso central que tiene propiedades hipnosedantes, anticonvulsivas, antiespasmódicas y anestésicas locales. Al igual que en el caso de otros depresores de esta clase, las propiedades hipnosedantes de la metacualona están mediadas por los receptores del GABA²⁰⁴.

El GHB es otro depresor del sistema nervioso central que produce sedación y anestesia; se asocia principalmente a las agresiones sexuales facilitadas por las drogas. Los efectos del GHB en el organismo están mediados por un receptor específico de GHB, por su activación de los receptores del GABA y por el sistema de la dopamina²⁰⁵. El GBL, un precursor natural del GHB que se convierte en GHB después de su ingestión, también está disponible en algunos países como disolvente industrial para la limpieza de metales y la eliminación de pinturas en aerosol. El GBL se vende en el mercado ilícito de algunos países como sustituto del GHB.

Los gabapentinoides, como la gabapentina y la pregabalina, son otro grupo de depresores del sistema nervioso central que se consideran derivados del neurotransmisor GABA o sus análogos. Los gabapentinoides se han utilizado tradicionalmente para tratar la epilepsia y el trastorno de ansiedad generalizada; como analgésicos no opioides, también son eficaces en el tratamiento del dolor neuropático²⁰⁶. La gabapentina y la pregabalina no figuran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS ni están sometidas a fiscalización en virtud de los convenios internacionales, pero se tiene constancia de su uso no médico, especialmente entre los consumidores de opioides.

Uso no médico de sedantes y tranquilizantes

El uso no médico de sedantes y tranquilizantes como grupo de sustancias sigue estando bastante extendido y se notifica en todas las regiones. En 2017, 40 Estados Miembros clasificaron los sedantes y tranquilizantes entre los tres tipos de sustancias que más solían usarse con fines no médicos en sus países y, dentro de la categoría amplia de sedantes y tranquilizantes, el consumo no médico de benzodiazepinas ocupaba el primer lugar. Al parecer, el consumo no médico de sedantes y tranquilizantes afecta en particular a las mujeres; en algunos países se ha informado de que la prevalencia en el último año es más alta en las mujeres que en los hombres, o al menos alcanza niveles comparables²⁰⁷. El uso de

²⁰³ *Terminology and Information on Drugs*, 3ª ed. (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.16.XI.8).

²⁰⁴ *Ibid.*

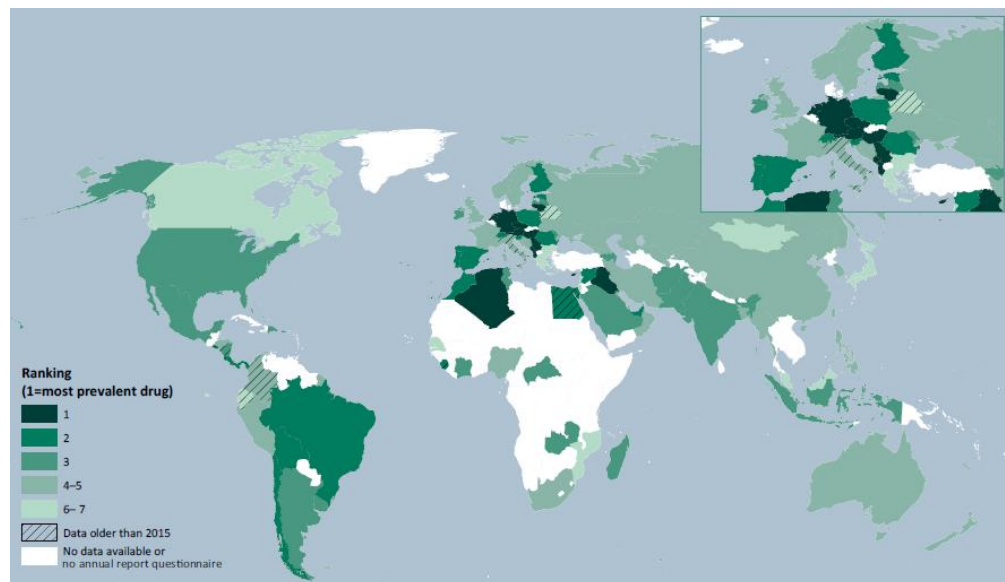
²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶ OMS, Comité de Expertos en Farmacodependencia, "Pregabalin: pre-review report–agenda item 5.1" (Ginebra, noviembre de 2017).

²⁰⁷ Véase, por ejemplo, *Informe Mundial sobre las Drogas 2018: La mujer y las drogas: consumo y oferta de drogas y sus consecuencias* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.18.XI.9 (fascículo 5)).

las benzodiazepinas con fines no médicos también ocupa un lugar muy destacado en los hábitos de policonsumo de drogas, especialmente entre los consumidores de opioides²⁰⁸. Los consumidores de opioides suelen automedicarse con benzodiazepinas para aumentar o potenciar los efectos de los opioides, así como para moderar los efectos negativos del consumo de opioides, como los estados emocionales negativos, la ansiedad o la depresión e incluso la abstinencia de opioides²⁰⁹. Las personas sometidas a tratamiento a largo plazo con agonistas opioides son particularmente propensas a utilizar benzodiazepinas para intensificar los efectos de los medicamentos opioides y lograr un mayor “efecto euforizante”²¹⁰. Las benzodiazepinas también se encuentran comúnmente en casos de muertes por sobredosis atribuidas al consumo de opioides^{211, 212}.

MAPA 10 Clasificación de los sedantes y tranquilizantes por orden de prevalencia (sobre la base de información cualitativa nacional, 2017)



Ranking (1=most prevalent drug)	Clasificación (1 = fármaco más prevalente)
4-5	4 a 5
6-7	6 a 7
Data older than 2015	Datos anteriores a 2015
No data available or no annual report questionnaire	No se dispone de datos o no se recibió el cuestionario para los informes anuales

Fuente: UNODC.

Los límites geográficos, así como los nombres y las denominaciones que figuran en este mapa, no implican la aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas. 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. Existe una disputa de soberanía entre los Gobiernos de la Argentina y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte respecto de las Islas Malvinas (Falkland Islands).

Magnitud del uso no médico de sedantes y tranquilizantes

De los países que han comunicado datos de estudios recientes sobre el uso de sedantes y tranquilizantes con fines no médicos en América del Sur y Centroamérica, la prevalencia anual del consumo no médico de tranquilizantes en la mayoría de ellos es superior al 2 % de la población general y dicho consumo es mayor entre las mujeres que entre los hombres. En las encuestas escolares realizadas en esas subregiones también se informa con bastante frecuencia del uso no médico de tranquilizantes. Por ejemplo, El Salvador informó de una prevalencia anual del consumo no médico de

²⁰⁸ Jermaine D. Jones, Shanthi Mogali y Sandra D. Comer, “Polydrug abuse: a review of opioid and benzodiazepines combination use”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 125, núms. 1 y 2 (septiembre de 2012), págs. 8 a 18.

²⁰⁹ EMCDDA, “Perspectives on Drugs: The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe” (Lisboa, 2018).

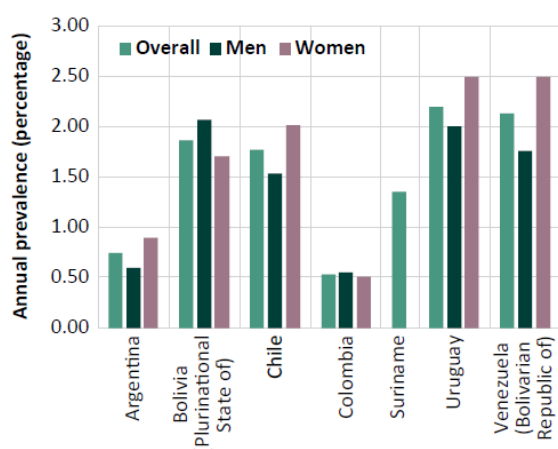
²¹⁰ Jones, Mogali y Comer, “Polydrug abuse”.

²¹¹ EMCDDA, “The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe”.

²¹² UNODC, “El uso de las benzodiazepinas con fines no médicos: una posible amenaza para la salud pública que va en aumento”, *Global SMART Update*, vol. 18 (septiembre de 2018).

tranquilizantes del 1,9 % en los estudiantes de 13 a 17 años en 2016, Chile informó de una tasa del 10 % en los estudiantes de 15 a 16 años en 2015, y Colombia informó de una tasa del 2,3 % en los estudiantes de 15 a 16 años en 2016.

Fig. 45 Uso no médico de tranquilizantes y sedantes en la población general en Centroamérica y América del Sur



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Overall	Total
Men	Hombres
Women	Mujeres
Argentina	Argentina
Bolivia (Plurinational State of)	Bolivia (Estado Plurinacional de)
Chile	Chile
Colombia	Colombia
Suriname	Suriname
Uruguay	Uruguay
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Venezuela (República Bolivariana de)

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

Nota: Los años de referencia utilizados son: Argentina, 2017; Bolivia (Estado Plurinacional de), 2014; Chile, 2016; Suriname, 2013; Uruguay, 2014; y Venezuela (República Bolivariana de), 2011.

Según la información disponible, en América del Norte el uso no médico de tranquilizantes en 2017 representó el 0,2 % de la población de 15 años o más en el Canadá y el 2,2 % de la población de 12 años o más en los Estados Unidos²¹³. Los niveles de consumo no médico de tranquilizantes en los Estados Unidos eran similares en hombres y mujeres y alcanzaban las cotas más altas en los jóvenes de 18 a 25 años²¹⁴.

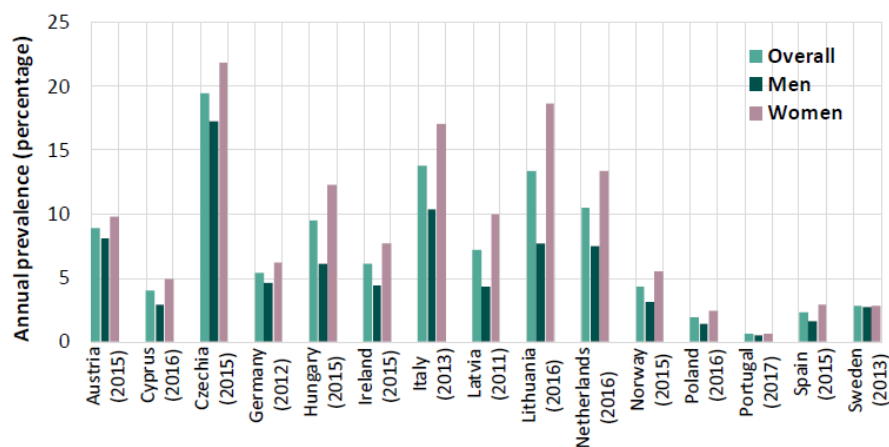
El consumo no médico de tranquilizantes es bastante común en Europa Occidental y Central, con un margen de variación de entre el 19,5 % de la población adulta en la República Checa y menos del 1 % en Portugal. En 8 de los 14 países que comunicaron estimaciones recientes, el consumo de tranquilizantes con fines no médicos fue mayor que el consumo de cannabis; en los 14 países se registró un mayor consumo no médico de tranquilizantes en las mujeres que en los hombres. El uso no médico de tranquilizantes y sedantes también era bastante común en los estudiantes de 15 y 16 años en Europa. En 2015, se informó de que la prevalencia de vida era del 6 %; las tasas más altas se registraron en Polonia (17 %) y Chequia (16 %) y las más bajas en Dinamarca y Rumania (entre el 1 % y el 2 %). Los estudiantes que habían consumido alcohol también informaron del consumo de otras sustancias, por ejemplo, cigarrillos (54 %), cannabis (19 %), inhalantes (9 %), tranquilizantes o sedantes (7 %) y NSP u otras drogas sujetas a fiscalización (5 % o menos). Desde 2016 se viene señalando que el Rivotril® falsificado, una benzodiazepina que contiene clonazepam y está clasificada como estupefaciente en Finlandia, ha sido objeto de tráfico de Europa Central a Finlandia, entre otros países nórdicos²¹⁵.

²¹³ Ministerio de Salud del Canadá, “Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS): summary of results for 2017”, diciembre de 2017.

²¹⁴ *Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*.

²¹⁵ EMCDDA, “Finland country report 2018”.

Fig. 46 Uso no médico de tranquilizantes en la población adulta de 15 a 64 años en Europa Occidental y Central



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Overall	Total
Men	Hombres
Women	Mujeres
Austria (2015)	Austria (2015)
Cyprus (2016)	Chipre (2016)
Czechia (2015)	Chequia (2015)
Germany (2012)	Alemania (2012)
Hungary (2015)	Hungría (2015)
Ireland (2015)	Irlanda (2015)
Italy (2013)	Italia (2013)
Latvia (2011)	Letonia (2011)
Lithuania (2016)	Lituania (2016)
Netherlands (2016)	Países Bajos (2016)
Norway (2015)	Noruega (2015)
Poland (2016)	Polonia (2016)
Portugal (2017)	Portugal (2017)
Spain (2015)	España (2015)
Sweden (2013)	Suecia (2013)

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

También se informó del uso no médico de sedantes y tranquilizantes en África, aunque los datos de los estudios son limitados en la región. En el estudio sobre el consumo de drogas realizado en Nigeria en 2018, la prevalencia en el último año del uso no médico de tranquilizantes se estimó en aproximadamente el 0,5 % de la población adulta: el 0,4 % en las mujeres y el 0,5 % en los hombres²¹⁶. El consumo de tranquilizantes con fines no médicos también era frecuente en África Septentrional: por ejemplo, en Argelia en 2010, la prevalencia anual del consumo no médico de tranquilizantes en la población de 12 años o más (0,6 %) tenía un nivel comparable a la del cannabis (0,5 %). En encuestas escolares recientes realizadas entre estudiantes de secundaria se midió la prevalencia en el último año del consumo no médico de tranquilizantes, principalmente las benzodiazepinas. En los estudiantes de 15 a 19 años en Egipto, la prevalencia fue del 1,7 % en 2016²¹⁷; en los estudiantes de 15 a 17 años en Marruecos, la prevalencia fue del 2,3 % en 2017²¹⁸.

En Asia, donde los datos de los estudios también son limitados, la prevalencia anual del uso no médico de tranquilizantes comunicada en el estudio más reciente sobre el consumo de drogas en el Pakistán, realizado en 2013, fue del 1,5 % en las mujeres y del 1,3 % en los hombres²¹⁹. En la India, en 2018, alrededor del 1 % de las personas de entre 10 y 75 años eran consumidoras actuales de sedantes y tranquilizantes por razones no médicas. También se informó del uso no médico de sedantes y tranquilizantes en Asia Sudoriental, en particular en Brunei Darussalam; Hong Kong (China); Indonesia; Malasia; Filipinas; Singapur; y Provincia China de Taiwán. Sin embargo, no se dispone de estimaciones de prevalencia.

²¹⁶ UNODC, *Drug use in Nigeria 2018*.

²¹⁷ *MedSPAD 2016 in Egypt*.

²¹⁸ Jallal Toufiq, Centro Nacional de Prevención, Tratamiento e Investigación de las Adicciones de Marruecos, exposición titulada “Drug use among Moroccan youth: MedSPAD surveys”, Lisboa, octubre de 2017.

²¹⁹ UNODC y Pakistán, Ministerio del Interior y de Fiscalización de Estupefacientes, *Drug use in Pakistan 2013*.

NSP del grupo de las benzodiazepinas

El número de NSP notificadas con efecto hipnosedante sigue siendo bajo: solo fueron 25 de las 492 NSP notificadas en 2017. De las 79 NSP notificadas por primera vez al sistema de alerta temprana de la UNODC en 2017, solo 4 eran NSP con efecto hipnosedante. En su mayoría se trata de benzodiazepinas, algunas de las cuales han sido patentadas, aunque muchas nunca se han comercializado para uso médico. La mayoría de ellas, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas opioides, nunca se han sometido a ensayos clínicos²²⁰. Se venden como “benzodiazepinas legales”, “benzodiazepinas de diseño” o “productos químicos de investigación”²²¹.

También hay varias NSP del grupo de las benzodiazepinas que han sido aprobadas para uso médico en unos pocos países, pero su uso prácticamente se desconoce en otros lugares. Cabe mencionar el ejemplo del fenazepam, que se desarrolló en la antigua Unión Soviética en la década de 1970 y su uso médico se autorizó en la Federación de Rusia y en partes de la Comunidad de Estados Independientes²²². Junto con el nimetazepam, el fenazepam fue la primera NSP del grupo de las benzodiazepinas que se detectó en Europa en 2007 en el mercado ilícito²²³. Tras numerosos informes de uso no médico y muertes relacionadas con el fenazepam, especialmente en Europa, en 2016 el fenazepam se sometió a fiscalización internacional en virtud del Convenio de 1971. Desde entonces, se sigue informando de un pequeño número de NSP del grupo de las benzodiazepinas (como el adinazolam, el cloniprazepam, el flunitrazolam, el metizolam y el nitrazolam), principalmente en Europa²²⁴.

Además, se han encontrado muchas NSP del grupo de las benzodiazepinas que están mezcladas con otras NSP, por ejemplo, cannabinoides sintéticos y opioides sintéticos²²⁵. Las NSP del grupo de las benzodiazepinas también pueden ser una alternativa a las benzodiazepinas prescritas por médicos, ya que pueden obtenerse fácilmente por Internet o venderse en el mercado ilícito²²⁶. La farmacología y la toxicología de las NSP del grupo de las benzodiazepinas se desconocen en gran medida, por lo que esas sustancias pueden representar un alto riesgo para los consumidores y, en algunos casos, han provocado emergencias graves y muertes. Las NSP del grupo de las benzodiazepinas y de las tienodiazepinas intervinieron en nueve muertes relacionadas con drogas en Inglaterra y Gales en el período 2013-2014, ya sea como causa de muerte o como factor que contribuyó a la muerte²²⁷.

Metacualona

La metacualona es una quinazolina potente que pertenece a la clase de los sedantes y tiene propiedades hipnóticas, anticonvulsivas, antiespasmódicas y anestésicas locales. La metacualona, que antes se vendía con los nombres comerciales Quaalude® y Mandrax®, se hizo popular como droga de club a finales de los años sesenta y setenta, pero su consumo había disminuido en los países occidentales a mediados de los años ochenta. La metacualona se retiró del mercado farmacéutico más o menos al mismo tiempo en muchos países debido a problemas de uso indebido y se sometió a fiscalización en virtud de la Lista II del Convenio de 1971²²⁸. Uno de los pocos países que notifica en la actualidad el uso no médico de la metacualona es Sudáfrica, donde se informa de que la combinación de cannabis y metacualona (también conocida como “pipa blanca”) es en algunas regiones la primera o la segunda sustancia de mayor consumo entre las personas sometidas a tratamiento para los trastornos por consumo de drogas y se considera un grave problema de salud pública^{229, 230}.

²²⁰ Kieran R. Manchester *et al.*, “The emergence of new psychoactive substances (NPS) benzodiazepines: a review”, *Drug Testing and Analysis*, vol. 10, N° 1 (enero de 2018), págs. 37 a 53.

²²¹ Véase también *Informe Mundial sobre las Drogas 2018: Análisis de los mercados de drogas: opioides, cocaína, cannabis, drogas sintéticas*, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.18.XI.9 (fascículo 3).

²²² “El uso de las benzodiazepinas con fines no médicos: una posible amenaza para la salud pública que va en aumento”.

²²³ *Ibid.*

²²⁴ Manchester *et al.*, “The emergence of new psychoactive substances (NPS) benzodiazepines”.

²²⁵ EMCDDA, “The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe”.

²²⁶ *Ibid.*

²²⁷ Manchester *et al.*, “The emergence of new psychoactive substances (NPS) benzodiazepines”.

²²⁸ *Terminology and Information on Drugs*.

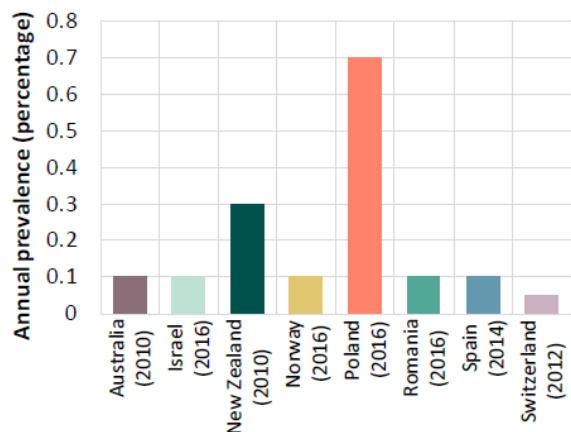
²²⁹ Siphokazi Dada *et al.*, *Monitoring alcohol, tobacco and other drug use trends in South Africa: Phase 43* (Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Red Sudafricana de Epidemiología Comunitaria sobre el Uso de Drogas, octubre de 2018).

²³⁰ Greg McCarthy, Bronwyn Myers y Nandi Siegfried, “Treatment for methaqualone dependence in adults”, *Cochrane Database of Systematic Review* (abril de 2005).

gamma-hidroxitirato

El GHB, otro depresor, se utiliza en medicina como complemento de la anestesia y también para tratar el insomnio y la depresión clínica. El uso no médico del GHB no es común, y solo unos pocos países del mundo informan de su consumo en la población general. La prevalencia del GHB en el último año va del 0,1 % notificado en Israel y España al 0,7 % notificado en Polonia. También se ha informado del uso de GBL, un precursor natural del GHB, en la población general de Noruega, Rumania y Suiza. Sin embargo, en 2016, el GHB ocupaba el cuarto lugar entre las 20 sustancias más importantes registradas en casos de emergencia en 19 hospitales centinela de 13 países miembros de la Unión Europea²³¹.

Fig. 47 Consumo de GHB en la población general en determinados países



Annual prevalence (percentage)	Prevalencia anual (porcentajes)
Australia (2010)	Australia (2010)
Israel (2016)	Israel (2016)
New Zealand (2010)	Nueva Zelanda (2010)
Norway (2016)	Noruega (2016)
Poland (2016)	Polonia (2016)
Romania (2016)	Rumania (2016)
Spain (2014)	España (2014)
Switzerland (2012)	Suiza (2012)

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

Nota: En el caso de Noruega, Rumania y Suiza, se informa de la prevalencia de la GBL y del GHB.

El GHB actúa sobre el sistema nervioso central siguiendo un perfil temporal bifásico, es decir, induce un efecto estimulante inicial con una acción desinhibidora y un efecto sedante posterior. Por ese motivo el GHB es una de las sustancias más utilizadas en las agresiones sexuales facilitadas por las drogas y en los entornos en los que los hombres tienen relaciones sexuales con hombres, con el riesgo asociado de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH²³².

El uso del GHB, la GBL y benzodiazepinas como el flunitrazepam se ha asociado a las agresiones sexuales facilitadas por las drogas, que ocurren cuando se utilizan bebidas alcohólicas o drogas para hacer que una persona pierda la capacidad de dar su consentimiento para realizar actividades sexuales. El uso del GHB y la GBL se ha notificado en todas las regiones^{233, 234, 235}. También ha sido notificado en los dos últimos decenios entre subgrupos de consumidores de drogas como los que participan en bailes^{236, 237}, y entre comunidades de lesbianas en Australia, Europa y América del

²³¹ EMCCDA, *European Drug Report 2018*.

²³² Giorgetti *et al.*, "When 'Chems' meet sex".

²³³ Departamento de Justicia de los Estados Unidos, DEA, Sección de Apoyo a la Prevención y Proyección Comunitaria, Programa de Asistencia a Víctimas Testigos, "Drug-facilitated sexual assault" (abril de 2017).

²³⁴ EMCCDA, "Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol" (Lisboa, 2008).

²³⁵ Nancy S. Harper, "Drug-facilitated sexual assault", en *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*, Carole Jenny, editora (Filadelfia, Estados Unidos, Saunders, 2010).

²³⁶ Judith C. Barker, Shana L. Harris y Jo E. Dyer, "Experiences of gamma hydroxybutyrate (GHB) ingestion: a focus group study", *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 39, núm. 2 (junio de 2007), págs. 115 a 129.

²³⁷ Mark A. Bells *et al.*, "The role of an international nightlife resort in the proliferation of recreational drugs", *Addiction*, vol. 98,

Norte^{238, 239, 240}. Al mismo tiempo, se informa con frecuencia del uso del GHB, junto con la metanfetamina y la mefedrona, entre las personas que practican el “sexo químico”^{241, 242, 243}.

En distintos estudios cualitativos se ha demostrado que quienes practican el sexo químico informan que estas sustancias “reducen sus inhibiciones, aumentan el placer, permiten mantener la excitación y producen una sensación instantánea de cercanía con sus parejas sexuales”²⁴⁴. El “sexo químico”, o la sexualización del consumo de drogas, se ha establecido sobre todo como un marcador de actividad sexual de alto riesgo y mala salud sexual entre los hombres homosexuales o bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres²⁴⁵. En varios estudios se han descrito diversos factores sociosexuales asociados con la práctica del sexo químico. Se refieren a la condición de seropositivo; la socialización con hombres homosexuales que consumen drogas; un alto número de parejas sexuales; y las relaciones sexuales en grupo o sin protección con parejas esporádicas^{246, 247, 248}.

Pregabalina y gabapentina

La pregabalina y la gabapentina, los dos gabapentinoides que también son análogos del GABA, y que se comercializan, respectivamente, con las marcas Lyrica® y Neurontin®, se utilizan en medicina para tratar la epilepsia, el dolor neuropático, la fibromialgia y los síndromes de ansiedad generalizada²⁴⁹. Los exámenes sistemáticos de las publicaciones científicas sobre el uso indebido de la pregabalina y la gabapentina han demostrado que un número cada vez mayor de pacientes, sobre todo en Europa, se autoadministran dosis más elevadas que las dosis terapéuticas recomendadas, con el fin de llegar a un estado de euforia^{250, 251}. En la mayoría de los casos, los informes sobre el uso no médico de la pregabalina se referían a personas con antecedentes de trastornos por consumo de sustancias, en particular de opioides: entre el 15 % y el 22 % de los consumidores de opioides había usado gabapentina con fines no médicos y entre el 3 % y el 68 % habían usado pregabalina con fines no médicos en combinación con opioides²⁵².

En Europa, del total de notificaciones de reacciones adversas a las drogas por trastornos relacionados con el uso no médico y el consumo de sustancias en el período 2004-2015, alrededor del 7 % de los casos estaban asociados al uso no médico de la pregabalina y el 5 %, al uso no médico de la gabapentina^{253, 254}. En una encuesta en línea realizada en 2013 con personas de 16 a 59 años en el Reino Unido, la prevalencia de vida del uso no médico de la gabapentina fue del 1,1

núm. 12 (diciembre de 2003), págs. 1713 a 1721.

²³⁸ EMCDDA, *European Drug Report 2018*.

²³⁹ EMCDDA, *GHB and its Precursor GBL: An Emerging Trend Case Study* (Lisboa, 2008).

²⁴⁰ Raffaele Giorgetti *et al.*, “When ‘Chems’ meet sex: a rising phenomenon called ‘ChemSex’”, *Current Neuropharmacology*, vol. 15, núm. 5 (2017), págs. 762 a 770.

²⁴¹ El término “chemsex” (o sexo químico) fue acuñado en el ambiente gay de Londres y se propagó rápidamente. Se refiere a la ingesta voluntaria de drogas psicoactivas y de otro tipo en el contexto de las fiestas y relaciones sexuales con la intención de facilitar o mejorar los encuentros sexuales, sobre todo entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

²⁴² Hannah McCall *et al.*, “What is chemsex and why does it matter”, *British Medical Journal*, vol. 351 (2015).

²⁴³ Claire Edmundson *et al.*, “Sexualized drug use in the United Kingdom (UK): A review of literature”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mayo de 2018), págs. 131 a 148.

²⁴⁴ McCall *et al.*, “What is chemsex and why does it matter”.

²⁴⁵ Isabelle Giraudon, Axel Jeremias Schmidt y Hamish Mohammed, “Surveillance of sexualised drug use: the challenges and the opportunities”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mayo de 2018), págs. 149 a 154.

²⁴⁶ Mohammad A. Hammoud *et al.*, “Intensive sex partying with gamma-hydroxybutyrate: factors associated with using gamma-hydroxybutyrate for chemsex among Australian gay and bisexual men—results from the Flux Study”, *Sexual Health*, vol. 15, núm. 2 (diciembre de 2017), págs. 123 a 134.

²⁴⁷ G. J. Meléndez-Torres *et al.*, “Typology of drug use in United Kingdom men who have sex with men and associations with socio-sexual characteristics”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mayo de 2018), págs. 183 a 186.

²⁴⁸ Kathleen E. Ryan *et al.*, “Implications of survey labels and categorisations for understanding drug use in the context of sex among gay and bisexual men in Melbourne Australia”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 55 (mayo de 2018), págs. 149 a 154.

²⁴⁹ James E. Framptom, “Pregabalin: a review of its use in adults with generalized anxiety disorder”, *CNS Drugs*, vol. 28, núm. 9 (septiembre de 2014), págs. 835 a 854.

²⁵⁰ Kirk E. Evoy, Megan D. Morrison y Stephen R. Saklad, “Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin”, *Drugs*, vol. 77, núm. 4 (marzo de 2017), págs. 403 a 426.

²⁵¹ Ole Schjerning *et al.*, “Abuse potential of pregabalin: a systematic review”, *CNS Drugs*, vol. 30, núm. 1 (enero de 2016), págs. 9 a 25.

²⁵² Evoy, Morrison y Saklad, “Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin”.

²⁵³ EudraVigilance, base de datos de la Agencia Europea de Medicamentos.

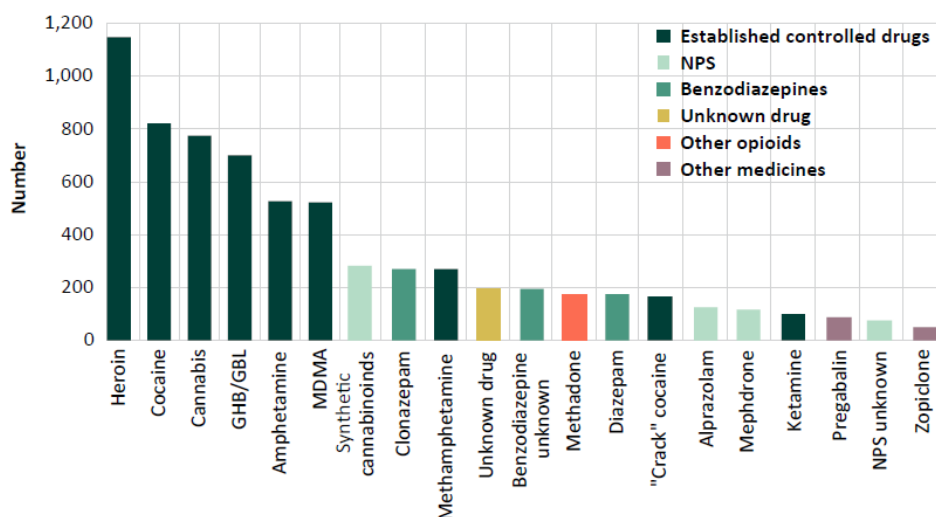
²⁵⁴ Stefania Chiappini y Fabrizio Schifano, “A decade of gabapentinoid misuse: an analysis of the European Medicine Agency’s ‘Suspected Adverse Drug Reactions’ database”, *CNS Drugs*, vol. 30, núm. 7 (julio de 2016), págs. 647 a 654.

% y la de la pregabalina, del 0,5 %²⁵⁵. La encuesta también reveló que la mayor parte de la pregabalina usada con fines no médicos provenía de fuentes distintas a los medicamentos recetados legítimamente²⁵⁶.

También se ha informado del consumo no médico de pregabalina en países del Cercano Oriente y el Oriente Medio. En la Arabia Saudita, se informó de que el 7 % de las personas sometidas a tratamiento de drogodependencia lo recibían por trastornos relacionados con el uso de la pregabalina con fines no médicos. En un estudio realizado en 2015 en los Emiratos Árabes Unidos, más del 80 % de las personas que recibían tratamiento eran politoxicómanos, que en su mayoría habían consumido cuatro o más sustancias de manera sucesiva o simultánea²⁵⁷. Si bien el tramadol y la heroína seguían siendo los principales opioides que más consumía este grupo de personas, más del 60 % informó del consumo simultáneo de pregabalina²⁵⁸. En Gaza (Palestina), en 2016, casi todos los drogodependientes varones que se consideraban consumidores de drogas de alto riesgo declararon que en la actualidad consumían tramadol, y más de la mitad también comunicó el uso simultáneo de pregabalina²⁵⁹.

El consumo simultáneo de gabapentina con opioides se ha asociado a un aumento considerable del riesgo de sobredosis de opioides, lo que probablemente responda a la depresión respiratoria aditiva y al aumento de las concentraciones de gabapentina cuando esta se consume con opioides²⁶⁰. En 13 países de la Unión Europea, la pregabalina figura entre las 20 drogas principales comunicadas en 2016 en los cuadros clínicos de toxicidad relacionada con las drogas en 19 hospitales centinela, aunque no en el mismo número o proporción que drogas como la heroína, la cocaína, el cannabis y el GHB²⁶¹.

Fig. 48 Casos de urgencia en hospitales centinela con las diez drogas más importantes registradas en Europa, 2016



Number	Número
Established controlled drugs	Drogas fiscalizadas establecidas
NPS	NSP
Benzodiazepines	Benzodiazepinas
Unknown drug	Droga desconocida
Other opioids	Otros opioides
Other medicines	Otras medicinas

²⁵⁵ Vikas Kapil *et al.*, "Misuse of the gamma-aminobutyric acid analogues baclofen, gabapentin and pregabalin in the UK", *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 78, núm. 1 (julio de 2014), págs. 190 y 191.

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ Hiba Alblooshi *et al.*, "The pattern of substance use disorder in the United Arab Emirates in 2015: results of a National Rehabilitation Centre cohort study", *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* (mayo de 2016), págs. 11 a 19.

²⁵⁸ Véase también Amneh Al-Husseini, Mayyada Wazaify y Marie Claire Van Hout, "Pregabalin misuse and abuse in Jordan: a qualitative study of user experiences", *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 16, núm. 3 (junio de 2018), págs. 642 a 654.

²⁵⁹ Ministerio de Salud del Estado de Palestina e Instituto Nacional Palestino de Salud Pública, *Estimating the Extent of Illicit Drug Use in Palestine* (Ramallah, 2017).

²⁶⁰ Tara Gomes *et al.*, "Gabapentin, opioids, and the risk of opioid related death: a population-based nested case-control study", *PLOS Medicine*, vol. 14, núm. 10 (octubre de 2017).

²⁶¹ EMCCDA, *European Drug Report 2018*.

Heroin	Heroína
Cocaine	Cocaína
Cannabis	Cannabis
GHB/GBL	GHB o GBL
Amphetamine	Anfetamina
MDMA	MDMA
Synthetic cannabinoids	Cannabinoides sintéticos
Clonazepam	Clonazepam
Methamphetamine	Metanfetamina
Unknown drug	Droga desconocida
Benzodiazepine unknown	Benzodiazepina desconocida
Methadone	Metadona
Diazepam	Diazepam
“Crack” cocaine	Cocaína <i>crack</i>
Alprazolam	Alprazolam
Mephedrone	Mefedrona
Ketamine	Ketamina
Pregabalin	Pregabalina
NPS unknown	NSP desconocida
Zopiclone	Zopiclona

Fuente: EMCDDA, *European Drug Report*, 2018.

Oferta de sedantes y tranquilizantes

Desde el punto de vista cuantitativo, la metacualona ha sido la sustancia más incautada entre los sedantes y tranquilizantes en los dos últimos decenios, salvo en el período 2010-2015, cuando predominaban las benzodiazepinas. En total, 133 países comunicaron a la UNODC incautaciones de sedantes y tranquilizantes en el período 1998-2017; de ellos, 91 países las comunicaron en el período 2013-2017. Las mayores cantidades de sedantes y tranquilizantes incautados en el período 2013-2017 fueron comunicadas por países de Asia (47 %), África (25 %) y las Américas (21 %), entre los que cabe destacar la India, los Estados Unidos, Sudáfrica, Nigeria y Tailandia (en orden descendente del volumen de incautación).

Metacualona

El alcance geográfico del tráfico de metacualona parece ser bastante limitado en la actualidad, con excepción de las corrientes de tráfico que siguen existiendo de la India a África Oriental y Meridional. Casi todo el volumen de incautación de metacualona (99 %) en el período 2013-2017 se concentró en solo tres países: el 75 % en la India y el resto, en Mozambique y Sudáfrica. Ello es reflejo de que la mayor parte de la fabricación ilícita de metacualona a nivel mundial tiene lugar en la India y sus principales mercados ilícitos se encuentran en África Meridional. Sin embargo, la falta de datos sobre el uso de metacualona con fines no médicos dificulta la evaluación de la magnitud general del mercado de la droga.

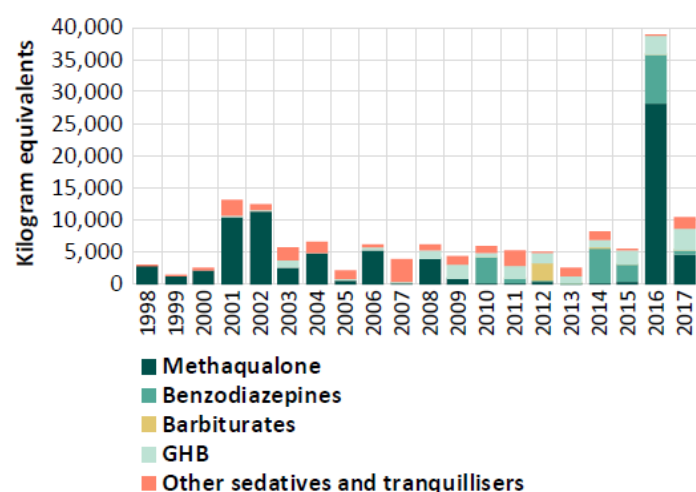
Los datos indican que en la India se incauta una cantidad limitada de remesas muy grandes de metacualona, es decir, incautaciones que pesan de varios kilogramos a varias toneladas, que se destinan principalmente a la exportación. Además, en Sudáfrica se realizan muchas pequeñas incautaciones de sustancias destinadas al tráfico y la distribución en el mercado local. En promedio, el volumen de incautación de metacualona en Sudáfrica fue de 0,14 kg en 2016 y 2017, y en la India fue de 3 t en 2016 y 5 kg en 2017. Esto puede ser un indicio de que la cadena de suministro comienza en la India, desde donde se exporta la metacualona al por mayor a Sudáfrica, donde se distribuye en el mercado minorista, aunque se conocen pocos detalles acerca de los patrones y rutas de tráfico. Otros países de África Meridional (Namibia) y África Oriental (Kenya y la República Unida de Tanzania) también han comunicado incautaciones de metacualona en el último decenio. Sin embargo, en vista de la capacidad limitada de algunos países de África para efectuar y notificar incautaciones, también es posible que en esa región no se detecte parte del tráfico.

Otros pocos países comunicaron también incautaciones de metacualona en el período 2013-2017, entre ellos, algunos países de las Américas (en particular los Estados Unidos y, en menor medida, el Canadá y la Argentina), Europa (España, Italia y Bélgica) y Oceanía (Australia).

Si bien la metacualona solía tener alcance mundial (70 países comunicaron incautaciones en el período 1982-2017 en todas las regiones) solo 11 países comunicaron incautaciones de la droga en los últimos cinco años. La presencia de metacualona en los mercados internacionales de drogas y en las remesas de drogas incautadas parece haber disminuido desde la época en que solía utilizarse como droga recreativa en los clubes nocturnos de América del Norte y Europa, a fines de los años sesenta y setenta. La disminución en el decenio de 1990 fue consecuencia de la reclasificación de la metacualona de la Lista IV a la Lista II en 1979, teniendo en cuenta los informes sobre su limitada utilidad médica y su potencial de uso indebido^{262, 263}. El consumo se redujo en respuesta a las recomendaciones emitidas en 1989 de que se pusiera fin a su producción y su comercio internacional²⁶⁴.

Sin embargo, recientemente se ha producido un aumento en las cantidades de metacualona incautadas, debido sobre todo a los grandes volúmenes de incautación registrados en la India en 2016 (24 t). El resultado fue un total mundial de 28 t incautadas ese año, la tercera cantidad anual más grande jamás comunicada. El volumen anual de incautación de metacualona en 2017 volvió a descender a 4,5 t, aunque seguía estando por encima de la media registrada en el período 2007-2016 (3,4 t).

Fig. 49 Niveles de las incautaciones mundiales de sedantes y tranquilizantes, 1998-2017



Kilogram equivalentes	Cantidad equivalente en kilogramos
Methaqualone	Metacualona
Benzodiazepines	Benzodiazepinas
Barbiturates	Barbitúricos
GHB	GHB
Other sedatives and tranquillisers	Otros sedantes y tranquilizantes

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

Nota: El GHB se ha incluido explícitamente en el cuestionario para los informes anuales desde 2003, las benzodiazepinas desde 2007 y los barbitúricos desde 2010. Anteriormente, las incautaciones de esas sustancias estaban dentro de la categoría de "otros depresores".

En los últimos años se ha informado de la fabricación lícita de cantidades muy limitadas de metacualona²⁶⁵: 10 g en los Estados Unidos y 2 g en el Japón en 2017; 20 g en Suiza en 2016; y 30 g en el Canadá en 2014²⁶⁶. En consecuencia, cabe suponer que, a diferencia de la mayoría de los demás sedantes y tranquilizantes, prácticamente toda la metacualona que se ha traficado e incautado en los últimos años ha sido fabricada ilícitamente.

²⁶² *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 25° informe*, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, núm. 775 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989).

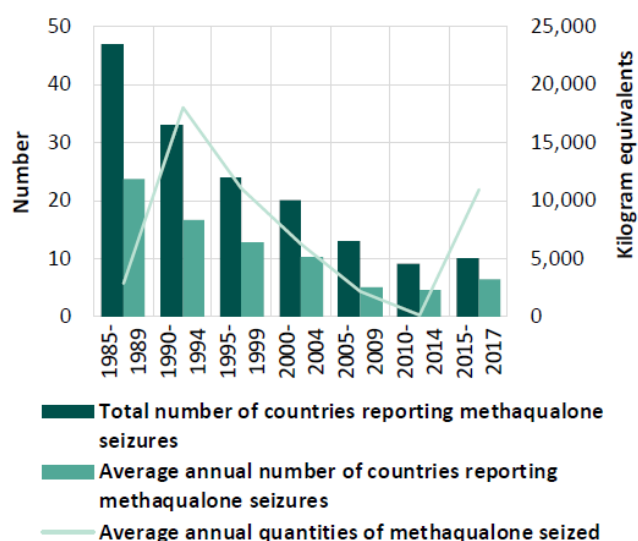
²⁶³ *Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2016 - previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971* (E/INCB/2017/3), párr. 27.

²⁶⁴ *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 25° informe*.

²⁶⁵ *Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2017 - previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971* (E/INCB/2018/3), párr. 177.

²⁶⁶ E/INCB/2017/3.

Fig. 50 Países que notificaron incautaciones de metacualona y cantidades de metacualona incautadas, 1985-2017



Number	Número
Kilogram equivalents	Cantidad equivalente en kilogramos
Total number of countries reporting methaqualone seizures	Número total de países que comunicaron incautaciones de metacualona
Average annual number of countries reporting methaqualone seizures	Número medio anual de países que comunicaron incautaciones de metacualona
Average annual quantities of methaqualone seized	Cantidades medias anuales de metacualona incautadas

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

Si bien la India parece haber sido la principal fuente de metacualona destinada a los mercados ilícitos internacionales, en los últimos años se han desmantelado varios laboratorios clandestinos de metacualona en Sudáfrica (ocho en 2013 y ocho en 2016). Las autoridades de Mozambique también informaron del desmantelamiento de un laboratorio clandestino de metacualona en 2017²⁶⁷. Ello contrasta con el período 2006-2009, cuando Sudáfrica comunicaba con regularidad que la mayor parte de la metacualona detectada en su mercado provenía de China y, en menor medida, de la India. En los años subsiguientes no hubo ninguna mención de China, ni por parte de Sudáfrica ni de ningún otro país. En cuanto a 2015, el último informe detallado recibido de la India confirmó que la mayor parte de la metacualona incautada en ese país seguía estando destinada a los mercados de África Oriental y Meridional. La República Unida de Tanzania representó el 35 % del total de países de destino conocidos, y Zambia otro 8 %. Se informó de que casi un tercio de esa cantidad se destinaba a los mercados de Asia Sudoriental (Malasia, 30 %).

Benzodiazepinas

El consumo de benzodiazepinas con fines no médicos y el tráfico de benzodiazepinas parecen estar mucho más extendidos a nivel mundial que en el caso de la metacualona, aunque el volumen total de incautación comunicado fue inferior al de metacualona, tanto en 2016 como en 2017.

En 2018 había un total de 36 benzodiazepinas sometidas a fiscalización internacional, 28 de las cuales tenían una presencia importante en el mercado lícito en 2017²⁶⁸. La mayoría de las benzodiazepinas figuran en la Lista IV del Convenio de 1971. La fabricación lícita de benzodiazepinas fue notificada por 21 países en 2016²⁶⁹. Italia, la India, China y el Brasil, en orden descendente del volumen de fabricación, representaron en conjunto más del 85 % de la fabricación mundial total de benzodiazepinas en 2017²⁷⁰.

²⁶⁷ Informe nacional presentado por Mozambique a la 28ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África (UNODC/HONLAF/28/CRP.7).

²⁶⁸ E/INCB/2018/3.

²⁶⁹ E/INCB/2017/3.

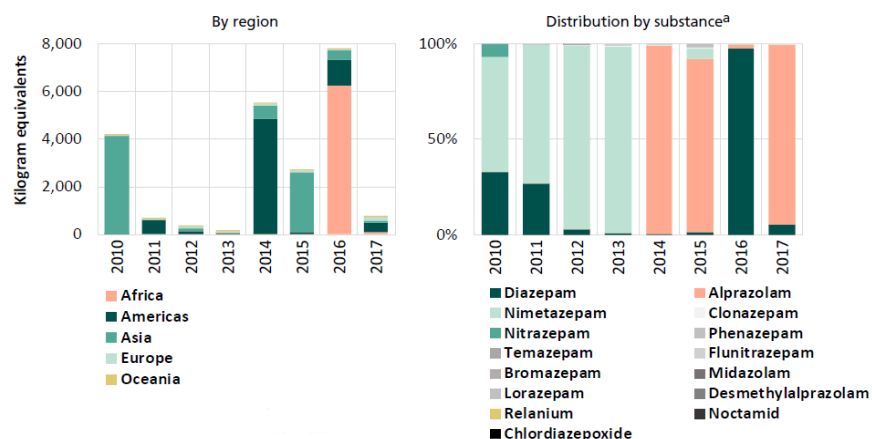
²⁷⁰ E/INCB/2018/3.

El mayor volumen de fabricación lícita de benzodiazepinas en 2017 fue de diazepam (47 t), seguido de clordiazepóxido (19 t) y oxazepam (14 t). Expresada en S-DDD, la mayor producción fue de alprazolam (9.500 millones de S-DDD en 2017), seguida de diazepam (4.800 millones de S-DDD) y lorazepam (3.700 millones de S-DDD)^{271, 272}. Esas tres sustancias son las benzodiazepinas más consumidas en el contexto del uso médico²⁷³, y el alprazolam y el diazepam son las benzodiazepinas que se encuentran con mayor frecuencia en los mercados ilícitos. En 2017, las benzodiazepinas más comercializadas en todo el mundo, según el número de países que comunicaron su importación lícita, fueron el diazepam, el midazolam, el clonazepam, el alprazolam y el lorazepam²⁷⁴.

La fabricación y el comercio mundiales lícitos de benzodiazepinas disminuyeron considerablemente en 2017. Por ejemplo, la fabricación de bromazepam y midazolam disminuyó en más del 70 % y el 25 %, respectivamente, con respecto al año anterior. Las existencias mundiales de diazepam y alprazolam disminuyeron el 50 % en cada caso, en tanto que las de midazolam y clonazepam disminuyeron el 18 % y el 30 %, respectivamente. En consecuencia, el volumen de importación y exportación también se contrajo: en 2017, la importación de diazepam disminuyó más del 40 %, y la de midazolam, el 50 %²⁷⁵.

De forma paralela a la reducción de la fabricación y el comercio lícitos de benzodiazepinas, las incautaciones de benzodiazepinas también se redujeron en más del 90 % con respecto al año anterior, tras las notables fluctuaciones registradas a lo largo de los años. Las regiones en las que se comunicaron los mayores volúmenes de incautación también han cambiado con el paso del tiempo. En 2010 y 2015, la mayoría de las incautaciones (medidas en kilogramos) se notificaron en Asia; en 2016, la mayoría de las cantidades incautadas se comunicaron en África; y en 2011, 2013 y 2017, en las Américas.

FIG. 51 Niveles de las incautaciones mundiales de benzodiazepinas, 2010-2017



By region	Por regiones
Kilogram equivalents	Cantidad equivalente en kilogramos
Africa	África
Americas	América
Asia	Asia
Europe	Europa
Oceania	Oceanía
Distribution by substance ^a	Distribución por sustancia ^a
Diazepam	Diazepam
Nimetazepam	Nimetazepam
Nitrazepam	Nitrazepam
Temazepam	Temazepam
Bromazepam	Bromazepam

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² *Ibid.*, E/INCB/2017/3.

²⁷³ *Ibid.*

²⁷⁴ E/INCB/2018/3.

²⁷⁵ *Ibid.*

Lorazepam	Lorazepam
Relanium	Relanium
Chlordiazepoxide	Clordiazepóxido
Alprazolam	Alprazolam
Clonazepam	Clonazepam
Phenazepam	Fenazepam
Flunitrazepam	Flunitrazepam
Midazolam	Midazolam
Desmethyralprazolam	Desmetilalprazolam
Noctamid	Noctamid

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

^a Excluidas las benzodiazepinas de tipo indeterminado.

En los últimos años se ha informado de volúmenes sin precedentes de incautación de determinadas benzodiazepinas, incluidas 4,8 t de alprazolam (por ejemplo, Xanax[®]) en 2014 y 6,3 t de diazepam (por ejemplo, Valium[®]) en 2016. En comparación, en 2016 la fabricación lícita mundial de alprazolam y diazepam ascendió a 12,1 t y 46,5 t, respectivamente²⁷⁶. En general, la fabricación lícita de benzodiazepinas (unas 150 t en 2017) supera por un amplio margen el volumen de incautación mundial de benzodiazepinas (8 t en 2016 y 0,7 t en 2017)²⁷⁷. Desde 2010, el diazepam se ha incautado en mayores cantidades que cualquier otra benzodiazepina, aunque en los últimos años también se han incautado grandes cantidades de alprazolam.

El flunitrazepam (por ejemplo, el Rohypnol[®]), una de las benzodiazepinas clave en los mercados ilícitos de drogas en las décadas de 1980 y 1990, suele ser utilizado por las personas dependientes de la heroína y como droga que facilita la agresión sexual. En 1995 fue transferido de la Lista IV a la Lista III del Convenio de 1971 y sigue siendo la única benzodiazepina que figura en esa lista²⁷⁸. Paralelamente, debido a su potencial de uso indebido, varios países, entre ellos los principales fabricantes e importadores, han adoptado medidas de fiscalización rigurosas del flunitrazepam en estrecha colaboración con la industria farmacéutica²⁷⁹.

La fabricación y las desviaciones lícitas de la sustancia han disminuido considerablemente en los últimos tiempos: la fabricación lícita mundial de flunitrazepam ascendió a 590 kg en 2016 y 205 kg en 2017, frente a casi 2 t en 2015²⁸⁰. Entretanto, el volumen mundial de incautación de flunitrazepam disminuyó de unos 60 g en 2013 a apenas 0,2 g en 2017. Solo el Canadá, la Provincia China de Taiwán y Kenya comunicaron incautaciones de flunitrazepam. Francia fue el único país que comunicó desviaciones de la sustancia en el período comprendido entre 2013 y 2017, lo que indica que solo pequeñas cantidades de esa benzodiazepina siguen llegando a los mercados clandestinos de drogas a nivel mundial.

Las benzodiazepinas incautadas en el período 2013-2017 fueron, en su mayor parte, diazepam (en África), alprazolam (en las Américas y en Asia) y clonazepam, seguido de diazepam (en Europa). En total, cinco países representaron el 92 % de la cantidad total de benzodiazepinas incautadas en ese período: Nigeria y los Estados Unidos, seguidos de Tailandia, la India y el Canadá.

A diferencia de la mayoría de las demás drogas, las incautaciones de benzodiazepinas no muestran patrones claros de tráfico. La mayoría de los países no pudieron facilitar información sobre la procedencia de las benzodiazepinas incautadas en su territorio. En los casos en que se determinó el país de origen, solía ser el propio país informante. Solo un número reducido de países indicaron otros países de origen o tránsito de benzodiazepinas en el período 2013-2017.

Aunque la mayoría de las incautaciones de benzodiazepinas provienen de la desviación de la fabricación lícita, en los últimos años se ha detectado un pequeño número de laboratorios clandestinos que fabrican esas sustancias ilícitamente. En 2011 y 2015, Malasia comunicó el desmantelamiento de laboratorios clandestinos de fabricación de nimetazepam. El Canadá, la India y Suecia comunicaron el desmantelamiento de un total de seis laboratorios clandestinos dedicados a la fabricación de alprazolam en el período 2013-2017. Suecia también comunicó el desmantelamiento de un laboratorio que fabricaba flunitrazepam (una NSP del grupo de las benzodiazepinas) en 2017.

²⁷⁶ E/INCB/2017/3.

²⁷⁷ E/INCB/2018/3.

²⁷⁸ *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 29º informe*, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, núm. 856 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995).

²⁷⁹ E/INCB/2018/3 y años anteriores.

²⁸⁰ E/INCB/2017/3.

CUADRO 2 Ejemplos de rutas de tráfico de benzodiazepinas originadas o en tránsito desde el extranjero, 2013-2017

Substance	Country where the substance was seized	Countries mentioned as being of provenance or transit	Countries mentioned as destination
alprazolam	Indonesia	Malaysia, Thailand, United Arab Emirates and United States	Indonesia
phenazepam	Ukraine	Belarus, Bulgaria, Republic of Moldova and Russian Federation	Belarus, Republic of Moldova, Russian Federation and Ukraine
clonazepam	Azerbaijan	Georgia, Iran (Islamic Republic of) and Russian Federation	<i>n.a.</i>
	Finland	Estonia, Hungary and Sweden	Finland
	Latvia	Netherlands	Latvia and Sweden
nitrazepam	Bhutan	China	Bhutan
nimetazepam	Malaysia	Taiwan Province of China and Myanmar	Indonesia, Malaysia, Singapore and Thailand
	Indonesia	Taiwan Province of China and Malaysia	Indonesia
	Singapore	Malaysia	Singapore
	Brunei Darussalam	Malaysia	Brunei Darussalam
flunitrazepam	Belgium	Netherlands, Spain	<i>n.a.</i>
benzodiazepines (undistinguished)	Australia	China; Hong Kong, China; and Republic of Korea	<i>n.a.</i>
	Indonesia	China, and Hong Kong, China	Indonesia
	Sweden	China and India	Sweden
	Norway	Hungary, Spain and Thailand	Norway
	Romania	Serbia	Norway and Sweden

Sustancia	País donde se incautó la sustancia	Países de origen o tránsito mencionados	Países de destino mencionados
Alprazolam	Indonesia	Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Malasia y Tailandia	Indonesia
Fenazepam	Ucrania	Belarús, Bulgaria, Federación de Rusia y República de Moldova	Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania
Clonazepam	Azerbaiján	Federación de Rusia, Georgia e Irán (República Islámica del)	<i>n.d.</i>
	Finlandia	Estonia, Hungría y Suecia	Finlandia
	Letonia	Países Bajos	Letonia y Suecia
Nitrazepam	Bhután	China	Bhután
Nimetazepam	Malasia	Myanmar y Provincia China de Taiwán	Indonesia, Malasia, Singapur y Tailandia
	Indonesia	Malasia y Provincia China de Taiwán	Indonesia
	Singapur	Malasia	Singapur
	Brunei Darussalam	Malasia	Brunei Darussalam

Sustancia	País donde se incautó la sustancia	Países de origen o tránsito mencionados	Países de destino mencionados
Flunitrazepam	Bélgica	Países Bajos, España	<i>n.d.</i>
Benzodiazepinas (sin distinguir)	Australia	China; Hong Kong (China); y República de Corea	<i>n.d.</i>
	Indonesia	China y Hong Kong (China)	Indonesia
	Suecia	China e India	Suecia
	Noruega	Hungría, España y Tailandia	Noruega
	Rumania	Serbia	Noruega y Suecia

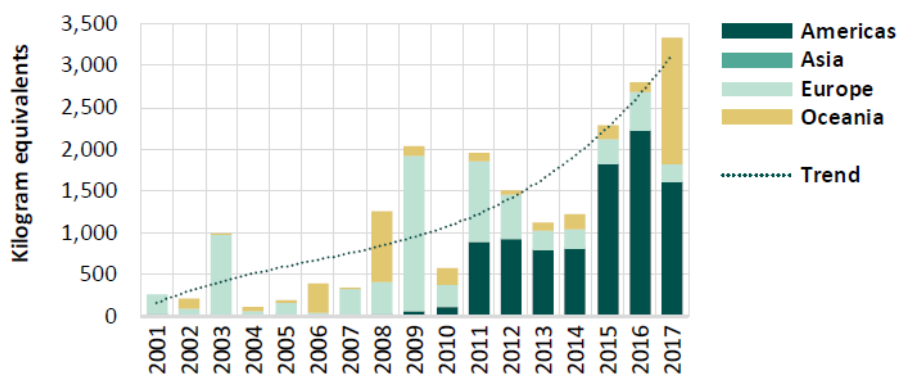
Fuente: UNODC, respuestas al cuestionario para los informes anuales.

Nota: *n.d.*, información no disponible.

Ácido gamma-hidroxibutírico

El GHB, también conocido en la calle como “éxtasis líquido”, fue sometido a fiscalización internacional en 2001 y transferido de la Lista IV a la Lista II del Convenio de 1971 en 2013²⁸¹ debido al número cada vez mayor de países que comunicaban problemas²⁸², en particular muertes vinculadas con la depresión respiratoria relacionada con el GHB, sobre todo al consumirlo junto con bebidas alcohólicas²⁸³, así como el uso del GHB como droga que facilita las agresiones sexuales²⁸⁴. También hubo indicios de dependencia del GHB en humanos y se han comunicado casos de síndrome de abstinencia, con inclusión de ataques provocados por la abstinencia. El uso no médico del GHB se comunicó principalmente en los Estados Unidos de América, Europa y Australia²⁸⁵.

Fig. 52 Cantidades mundiales de GHB incautadas, por región, 2001-2017



Kilogram equivalentes	Cantidad equivalente en kilogramos
Americas	América
Asia	Asia
Europe	Europa

²⁸¹ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 35° informe, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, núm. 973 (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012).

²⁸² *Ibid.*

²⁸³ E/INCB/2017/3, párr. 27.

²⁸⁴ Lawrence P. Carter *et al.*, “Illicit gamma-hydroxybutyrate (GHB) and pharmaceutical sodium oxybate (Xyrem®): differences in characteristics and misuse, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 104, núms. 1 a 2 (septiembre de 2009), págs. 1 a 10.

²⁸⁵ Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 35° informe.

Oceania	Oceanía
Trend	Tendencia

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

La fabricación lícita de GHB, que se utiliza en la industria farmacéutica y en la producción de diversos polímeros industriales, ha venido aumentando desde hace algún tiempo, en particular desde 2012, y alcanzó un máximo histórico de 72 t en 2016 (68 t en 2017). El comercio internacional de GHB ha seguido aumentando: en 2017, las importaciones totales notificadas de GHB ascendieron a 71 t a nivel mundial, frente a las 20 t de 2015²⁸⁶, aunque también cabe señalar la falta de coincidencia entre las importaciones mundiales notificadas (71 t en 2017) y las exportaciones (34 t)²⁸⁷.

Al mismo tiempo, la oferta ilícita de GHB parece haber aumentado y el volumen de incautación de GHB ha mantenido una marcada tendencia al alza en los últimos 15 años, en particular desde 2015, con una cantidad total de GHB incautado superior a 3 t en 2017. En el período 2013-2017, los países de las Américas representaron más de dos tercios de la cantidad total de GHB incautado a nivel mundial, seguidos de los países de Oceanía (19 %) y Europa (13 %), mientras que las incautaciones en Asia fueron comparativamente pequeñas (0,1 %). No se notificaron incautaciones de GHB en África.

Un total de 32 países comunicaron incautaciones de GHB en el período 2013-2017; las mayores cantidades se comunicaron en las Américas: los Estados Unidos (que también fueron el principal fabricante lícito de GHB a nivel mundial en 2016 y años anteriores), seguidos del Canadá y la Argentina. En Oceanía, el mayor volumen de incautación de GHB se registró en Australia, seguida de Nueva Zelanda. En Europa, los mayores volúmenes de incautación fueron comunicados por Noruega, seguida de Polonia, Bélgica, Suecia y Suiza.

Barbitúricos

En total, hay 12 barbitúricos diferentes sometidos a fiscalización internacional mediante su inclusión en las Listas II, III y IV del Convenio de 1971²⁸⁸.

El volumen de incautación de barbitúricos, aunque fluctuante, ha sido considerablemente inferior al de benzodiazepinas, lo que responde a que a nivel mundial se fabrican y comercializan muchas más benzodiazepinas que barbitúricos. Si bien en el período 2013-2017 se incautó un promedio anual de 3,4 t de benzodiazepinas, las incautaciones de barbitúricos fueron de menos de 600 kg por año.

En el período 2013-2017, la mayoría de los datos relativos a los barbitúricos incautados no especifican la sustancia de que se trata, excepto en el caso del fenobarbital. En el período 2010-2012, el fenobarbital, el barbital, el pentobarbital, la pentobarbitona y el secobarbital también se mencionaron explícitamente entre las sustancias incautadas. Esto parece coincidir con las cifras de fabricación lícita de barbitúricos: en 2017, el fenobarbital representó el 73 % de la fabricación mundial de barbitúricos, seguido por el barbital (11 %) y el pentobarbital (8 %)²⁸⁹. La fabricación lícita mundial de los siete barbitúricos más comunes en los mercados internacionales ascendió a 356 t en 2017.

De los barbitúricos incautados en el período 2013-2017, el 47 % de la cantidad total se comunicó en las Américas (principalmente los Estados Unidos, seguidos del Canadá y la Argentina), el 22 % en Oceanía (principalmente Australia), el 16 % en Europa (principalmente Portugal y la Federación de Rusia), el 15 % en Asia (principalmente la India, seguida de Indonesia, Tayikistán, Myanmar y el Japón) y el 1 % en África (principalmente Zambia, seguida del Senegal).

No se conoce mucho acerca de las rutas de tráfico de barbitúricos; la Federación de Rusia es el único país que ha presentado información: en 2016, la mayor parte de los barbitúricos (es decir, fenobarbital) incautados en la Federación de Rusia provenían de China y Ucrania, con la Federación de Rusia como destino final. Según la JIFE, China siguió siendo el principal país fabricante lícito de barbitúricos, con el 49 % de la fabricación total del grupo de barbitúricos en su conjunto en 2017, seguida de la India (24 %) y los Estados Unidos (10 %)²⁹⁰.

²⁸⁶ E/INCB/2017/3, párr. 28.

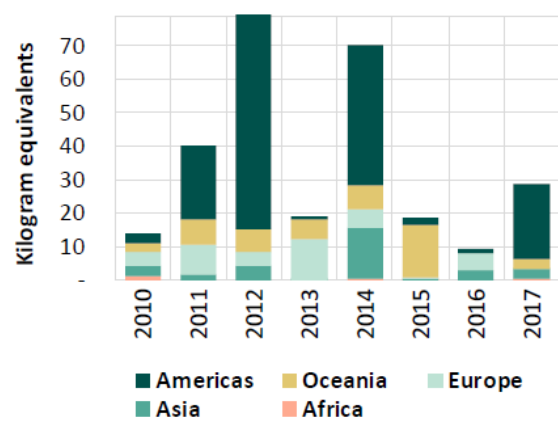
²⁸⁷ E/INCB/2018/3.

²⁸⁸ E/INCB/2017/3, párr. 141.

²⁸⁹ E/INCB/2018/3, párr. 61.

²⁹⁰ E/INCB/2018/3, pág. 43.

Fig. 53 Cantidades de barbitúricos incautadas, por región, 2010-2017



Kilogram equivalents	Cantidad equivalente en kilogramos
Americas	América
Oceania	Oceanía
Europe	Europa
Asia	Asia
Africa	África

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

ANEXO

CUADRO 3 Prevalencia anual del consumo de opioides, por región y a nivel mundial, 2017

	Número de consumidores al año (mejor estimación)	Número estimado de consumidores al año (inferior)	Número estimado de consumidores al año (superior)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (mejor estimación)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (inferior)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (superior)
África						
África Oriental						
África Septentrional						
África Meridional y Sudoriental						
África Occidental y Central						
América						
Caribe						
Centroamérica (excluido México)						
América del Norte (incluido México)						
América del Sur						
Asia						
Asia Central y Transcaucasia						
Asia Oriental y Sudoriental						
Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental						
Asia Meridional						
Europa						
Europa Oriental y Sudoriental (incluida Turquía)						
Europa Occidental y Central						
Oceanía						
Australia y Nueva Zelandia						
Melanesia						
Micronesia						
Polinesia						
Todo el mundo						

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

CUADRO 4 Prevalencia anual del consumo de opiáceos, por región y a nivel mundial, 2017

	Número de consumidores al año (mejor estimación)	Número estimado de consumidores al año (inferior)	Número estimado de consumidores al año (superior)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (mejor estimación)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (inferior)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (superior)
África						
África Oriental						
África Septentrional						
África Meridional y Sudoriental						
África Occidental y Central						
América						
Caribe						
Centroamérica (excluido México)						
América del Norte (incluido México)						
América del Sur						
Asia						
Asia Central y Transcaucasia						
Asia Oriental y Sudoriental						
Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia Sudoccidental						
Asia Meridional						
Europa						
Europa Oriental y Sudoriental (incluida Turquía)						
Europa Occidental y Central						
Oceanía						
Australia y Nueva Zelandia						
Melanesia						
Micronesia						
Polinesia						
Todo el mundo						

Fuente: Estimaciones de la UNODC basadas en datos del cuestionario para los informes anuales y otras fuentes oficiales.

CUADRO 5 Cultivo ilícito de adormidera, 2007-2018 (hectáreas)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ASIA SUDOCCIDENTAL												
Afganistán (mejor estimación)												
límite inferior ^a												
límite superior ^a												
ASIA SUDORIENTAL												
República Democrática Popular Lao (mejor estimación) ^b												
límite inferior ^a												
límite superior ^a												
Myanmar (mejor estimación) ^b												
límite inferior ^a												
límite superior ^a												
CENTROAMÉRICA Y AMÉRICA DEL SUR												
Colombia (mejor estimación)												
México (mejor estimación) ^{b, d, f, h}												
límite inferior ^a												
límite superior ^a												
OTROS												
Otros países^e												
TOTAL (mejor estimación)												
límite inferior												
límite superior												
TOTAL (mejor estimación, redondeada)												

Fuentes: Afganistán, República Democrática Popular Lao y Myanmar: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Colombia: Gobierno de Colombia. México: hasta 2014, estimaciones derivadas de los estudios del Gobierno de los Estados Unidos de América (International Narcotics Control Strategy Reports); de 2015 en adelante, proyecto conjunto México/UNODC titulado “Monitoreo de Cultivos Ilícitos en el Territorio Mexicano”.

Nota: Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían ser revisadas cuando se disponga de información actualizada. Los dos puntos indican que no se dispuso de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 contiene información sobre las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.

^a Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente.

^b Puede incluir superficies que se erradicaron después de la fecha del estudio.

^c Las estimaciones correspondientes a 2014, 2015 y 2018 incluyeron estimaciones relativas a los estados de Kayah y Chin a partir de imágenes satelitales. Por tanto, las estimaciones nacionales correspondientes esos años no son directamente comparables con las de otros años.

^d Hasta 2014, las estimaciones correspondientes a México proceden del Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos, porque no forman parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas.

^e Incluye países con bajos niveles de cultivo (menos de 400 ha en al menos dos de los últimos tres años) y países con pruebas indirectas del cultivo ilícito (erradicación de adormidera) pero sin mediciones directas. Véase el cuadro titulado “Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países y erradicación de adormidera, 2008-2018”.

Además, para 2016, 2017 y 2018, se incluyen en esta categoría las mejores estimaciones de los países sobre los que no se dispone de datos (República Democrática Popular Lao y Myanmar (2016) y México y Colombia (2018)).

A partir de 2008, se comenzó a utilizar una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en los países en que no existen datos sobre el cultivo ilícito de adormidera. En la sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 figura una descripción detallada de esta metodología.

^f Las cifras correspondientes a 2015, publicadas en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7) se han revisado debido a un ajuste estadístico aplicado por la UNODC.

Esas cifras se basan en el período de estimación de julio de 2014 a junio de 2015.

^g Estimaciones preliminares para 2018; las estimaciones preliminares correspondientes a 2018 pueden variar a medida que se disponga de las estimaciones de más países.

^h Las cifras correspondientes a 2016 y 2017 se basan en los períodos de estimación de julio de 2015 a junio de 2016 y de junio de 2016 a julio de 2017, respectivamente.

CUADRO 6 Producción potencial de opio secado al horno, 2007-2018 (toneladas)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ASIA SUDOCCIDENTAL												
Afganistán (mejor estimación)												
límite inferior ^a												
límite superior ^a												
ASIA SUDORIENTAL												
República Democrática Popular Lao (mejor estimación) ^{b, f}												
límite inferior ^g												
límite superior ^g												
Myanmar (mejor estimación) ^b								670 ^h				
límite inferior												
límite superior												
AMÉRICA LATINA												
Colombia (mejor estimación)												
México (mejor estimación) ^{c, e}												
límite inferior												
límite superior												
OTROS												
Otros países (mejor estimación) ^d												
TOTAL (mejor estimación)												
límite inferior												
límite superior												
TOTAL (mejor estimación, redondeada)												

Fuentes: Afganistán, República Democrática Popular Lao y Myanmar: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Colombia: sistema nacional de monitoreo de cultivos ilícitos apoyado por la UNODC. Desde 2008 la producción se calculó en función de cifras regionales actualizadas sobre rendimiento y ratios de conversión del Departamento de Estado y la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos de América. México: hasta 2014, las estimaciones se derivan de los estudios realizados por el Gobierno de los Estados Unidos de América; de 2015 en adelante, estimaciones de la UNODC.

Nota: Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían ser revisadas cuando se disponga de información actualizada. Los dos puntos indican que no se dispuso de datos. La sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 contiene información sobre las metodologías utilizadas en la estimación y las definiciones.

^a Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente.

^b Basada en cifras del cultivo que pueden incluir superficies que se erradicaron después de la fecha del estudio.

^c Hasta 2014, las estimaciones proceden del Departamento de Estado de los Estados Unidos. El Gobierno de México no valida las estimaciones proporcionadas por los Estados Unidos, porque no forman parte de sus cifras oficiales y no tiene información sobre la metodología utilizada para calcularlas.

^d Incluye países con bajos niveles de cultivo y países con pruebas indirectas del cultivo ilícito (erradicación de adormidera) pero sin mediciones directas. Véase el cuadro titulado "Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países y erradicación de adormidera, 2008-2018".

Además, para 2016, 2017 y 2018, se incluyen en esta categoría las mejores estimaciones de los países sobre los que no se dispone de datos (República Democrática Popular Lao y Myanmar (2016) y México y Colombia (2018)).

A partir de 2008, se comenzó a utilizar una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio/heroína en los países en que no existen datos sobre el cultivo ilícito de adormidera. Estas estimaciones son más altas que las cifras anteriores, pero el orden de magnitud es similar. En la sección sobre metodología de la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2019 figura una descripción detallada de esta metodología.

^e Las cifras correspondientes a 2015, publicadas en el Informe Mundial sobre las Drogas 2016 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.16.XI.7) se han revisado debido a un ajuste estadístico aplicado por la UNODC. El Gobierno de México no valida las estimaciones de la producción de opio. Las cifras de producción se presentarán una vez que se disponga de los datos sobre el rendimiento del proyecto conjunto de México y la UNODC titulado “Monitoreo del cultivo ilícito en territorio mexicano”. Las cifras relativas a la producción de opio estimadas por la UNODC para el período 2015-2017 se basan en: a) la superficie de cultivo, establecida por el proyecto conjunto del Gobierno de México y la UNODC; b) los datos sobre rendimiento, basados en estudios de rendimiento llevados a cabo por los Estados Unidos en México durante el período 2001-2003. Las cifras de producción de opio consignadas para 2015-2017 son estimaciones preliminares y, por razones metodológicas, no son comparables con las cifras de producción del período 1998-2014.

^f Debido a la realización tardía de las actividades de monitoreo en 2013, es posible que el estudio no haya detectado el cultivo ilícito de ese año en su totalidad.

^g Límite del intervalo de confianza derivado estadísticamente, con la excepción de 2015. Las cifras correspondientes a 2015 representan estimaciones superiores e inferiores derivadas de forma independiente; se utilizó el punto medio para el cálculo del total mundial.

^h Las estimaciones correspondientes a 2014, 2015 y 2018 incluyeron estimaciones sobre los estados de Kayah y Chin. Por tanto, las estimaciones nacionales correspondientes esos años no son directamente comparables con las de otros años.

CUADRO 7 Cultivo de adormidera y producción de opio en otros países y erradicación de adormidera, 2008-2018

País	Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Guatemala	Cultivo (hectáreas)											
Guatemala	Producción (toneladas)											
Pakistán	Cultivo (hectáreas)											
Pakistán	Producción (toneladas)											
Tailandia	Cultivo (hectáreas)											
Tailandia	Producción (toneladas)											
Afganistán	Erradicación (hectáreas)											
Argelia	Erradicación (plantas)											
Argelia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)											
Argentina	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)											
Armenia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)											
Australia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)											
Austria	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)											
Azerbaiyán	Erradicación (hectáreas)											
Azerbaiyán	Erradicación (plantas)											
Bangladesh	Erradicación (hectáreas)											
Bangladesh	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)											
Belarús	Erradicación (hectáreas)											
Belarús	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)											
Canadá	Erradicación (hectáreas)											
Canadá	Erradicación (plantas)											

Omán	Erradicación (hectáreas)												
Pakistán	Erradicación (hectáreas)												
Pakistán	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
Perú	Erradicación (hectáreas)												
Polonia	Erradicación (hectáreas)												
Portugal	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
República de Corea	Erradicación (plantas)												
República de Corea	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
República de Moldova	Erradicación (plantas)												
República de Moldova	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
Federación de Rusia	Erradicación (hectáreas)												
Federación de Rusia	Erradicación (plantas)												
Federación de Rusia	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
España	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
Estado de Palestina	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
Tayikistán	Erradicación (plantas)												
Tailandia	Erradicación (hectáreas)												
Ucrania	Erradicación (hectáreas)												
Ucrania	Erradicación (plantas)												
Ucrania	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
Uzbekistán	Erradicación (hectáreas)												
Uzbekistán	Incautación de plantas de adormidera (kilogramos)												
Viet Nam	Erradicación (hectáreas)												

Fuentes: Cuestionario para los informes anuales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; informes de los Gobiernos; informes de órganos regionales; y Estados Unidos de América, *International Narcotics Control Strategy Reports*.

CUADRO 8 Fabricación mundial de heroína a partir de la producción mundial ilícita de opio, 2007-2018 (toneladas)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Producción potencial total de opio												
Producción potencial de opio no transformado en heroína												
Producción potencial de opio transformado en heroína												
Fabricación potencial total de heroína												

Notas: El cálculo muestra la cantidad potencial de heroína que se podría haber fabricado a partir del opio producido en un año determinado; no se tienen en cuenta las variaciones en las existencias de opio, que pueden aumentar o reducir la cantidad de heroína que entra en el mercado ese año. El Afganistán y Myanmar son los únicos países para los que se ha estimado la proporción de la producción potencial de opio que no fue transformado en heroína dentro del país. Para todos los demás países, a los efectos del presente cuadro, se supone que todo el opio producido se transformó en heroína.

La cantidad de heroína producida a partir de opio afgano se calcula usando dos parámetros que pueden variar: a) la cantidad de opio consumida como opio crudo en la región y b) la ratio de conversión en heroína. La estimación del primer parámetro se basa en los datos de consumo en el Afganistán y los países vecinos. Para el segundo parámetro, de 2005 a 2013 se utilizó una ratio de conversión de opio en morfina/heroína de 7:1, determinada sobre la base de entrevistas con “cocineros” afganos de morfina/heroína, un ejercicio de fabricación real de heroína realizado por dos “cocineros” de heroína afganos (analfabetos), documentado por el Bundeskriminalamt de Alemania en el Afganistán en 2003 (publicado en el Boletín de Estupefacientes, vol. LVII, núm. 1 y 2, 2005, págs. 11 a 31), y estudios de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) sobre el contenido de morfina del opio afgano (12,3 % en el período 2010-2012, lo que supone una disminución del 15 % con respecto al período 2000-2003). A partir de 2014 se utilizó un enfoque diferente de la conversión que refleja la información actualizada sobre el contenido de morfina y un método diferente para tener en cuenta la pureza. En el enfoque revisado se utiliza una ratio de 18,5 kg de opio por 1 kg de heroína base 100 % pura (véase Afghanistan Opium Survey 2014, UNODC, noviembre de 2014). Esa cifra se traduce en una ratio de entre 9,2 y 12,9 kg (margen de variación: 9 a 14 kg) de opio por 1 kg de heroína de calidad para exportación con una pureza de entre el 50 % y el 70 %. Para más detalles, véase Afghanistan Opium Survey 2017 – Challenges to sustainable development, peace and security (UNODC, mayo de 2018).

La cantidad de heroína producida en Myanmar en 2018 se calculó restando a la producción total de opio la estimación de opio no transformado para el consumo y utilizando un factor de conversión de 10:1. Se estimó que el opio no transformado en Myanmar alcanzó las 125 t en 2018, sobre la base del total de opio no transformado en Asia Oriental (informe Transnational Organized Crime in East Asia and the Pacific, 2013) y teniendo en cuenta los niveles relativos de cultivo de la República Democrática Popular Lao y Myanmar. Para más información, consúltese el capítulo sobre metodología (sección 4,3) del Myanmar Opium Survey 2018 (UNODC, enero de 2019).

En el caso de países distintos del Afganistán, se utiliza una ratio “tradicional” de conversión de opio a heroína de 10:1. Las relaciones se ajustarán cuando se disponga de información mejorada. Nota: Las cifras en cursiva son estimaciones preliminares y podrían ser revisadas cuando se disponga de información actualizada.

GLOSARIO

Anfetaminas — Grupo de estimulantes de tipo anfetamínico que incluye la anfetamina y la metanfetamina.

Cocaína crack — Cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante procesos de conversión que la hacen apta para fumar.

Consumidores de drogas problemáticos — Personas que consumen drogas con un alto grado de riesgo, por ejemplo, las que se inyectan drogas, las que las consumen diariamente o las que padecen trastornos por consumo de drogas (uso nocivo o drogodependencia) diagnosticados sobre la base de los criterios clínicos contenidos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (quinta edición) de la American Psychiatric Association, o en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión) de la OMS.

Dependencia — Concepto definido en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión) como un conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos y del comportamiento que se desarrollan tras el consumo reiterado de sustancias y que suelen incluir un fuerte deseo de consumir la droga, dificultades para controlar su consumo, consumo persistente a pesar de las consecuencias nocivas, prioridad del consumo de la droga por encima de otras actividades y obligaciones, una mayor tolerancia y, en ocasiones, un estado físico de abstinencia.

Estimulantes de tipo anfetamínico — Grupo de sustancias integrado por estimulantes sintéticos sometidos a fiscalización internacional con arreglo al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y que pertenecen al grupo de sustancias denominadas anfetaminas, que incluye la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo del éxtasis (3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA) y sus análogos).

Fentanilos — Fentanilo y sus análogos.

Nuevas sustancias psicoactivas — Sustancias objeto de abuso, ya sea en su estado puro o en preparados, que no están sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio de 1971, pero que pueden entrañar un peligro 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.

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 opiáceos y a sus análogos sintéticos (principalmente fármacos opioides o sujetos a prescripción médica) y los compuestos sintetizados en el organismo.

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

Personas que sufren trastornos por consumo de drogas/personas con trastornos por consumo de drogas — Subconjunto de las personas que consumen drogas. El uso nocivo de sustancias y la dependencia son características de los trastornos por consumo de drogas. Las personas con trastornos por consumo de drogas necesitan tratamiento, atención sanitaria y social y rehabilitación.

Prevalencia anual — Número total de personas de un determinado grupo de edad que ha consumido una determinada droga por lo menos una vez en el último año, dividido por el número de personas de ese grupo de edad expresado como porcentaje.

Prevención del consumo de drogas y tratamiento de los trastornos por consumo de drogas — El objetivo de la “prevención del consumo de drogas” es prevenir o retrasar el inicio del consumo de drogas, así como la progresión a trastornos por consumo de drogas. Las personas que desarrollan trastornos por consumo de drogas precisan tratamiento, atención y rehabilitación.

Sal de cocaína — Clorhidrato de cocaína.

Trastornos por consumo de sustancias o drogas — Concepto definido en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (quinta edición) como un conjunto de síntomas causado por el consumo reiterado de una sustancia a pesar de los problemas o las deficiencias que produce en la vida cotidiana. Según el número de síntomas detectados, el trastorno por consumo de sustancias puede ser leve, moderado o grave.

Uso de drogas/consumo de drogas — Uso de sustancias psicoactivas sometidas a fiscalización para fines no médicos y no científicos, a menos que se indique otra cosa.

Uso nocivo de sustancias — Concepto definido en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (décima revisión) como un patrón de consumo que causa daño a la salud física o mental.

AGRUPACIONES REGIONALES

En el *Informe Mundial sobre las Drogas* se utilizan varias denominaciones regionales y subregionales. Esas denominaciones no revisten carácter oficial y se definen como sigue:

- África Oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, Somalia, Sudán del Sur, Uganda y Mayotte
 - África Septentrional: Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán y Túnez
 - África Meridional: Angola, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Zambia, Zimbabwe y Reunión
 - África Occidental y Central: Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Togo y Santa Elena
 - Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Anguila, Aruba, Bonaire (Países Bajos), Curazao, Guadalupe, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saba (Países Bajos), San Eustaquio (Países Bajos) y San Martín
 - Centroamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá
 - América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América, México, Bermudas, Groenlandia y San Pedro y Miquelón
 - América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de) e Islas Malvinas (Falkland Islands)
 - Asia Central y Transcaucasia: Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán
 - Asia Oriental y Sudoriental: Brunei Darussalam, Camboya, China, Filipinas, Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Myanmar, República de Corea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Singapur, Tailandia, Timor-Leste, Viet Nam, Hong Kong (China), Macao (China) y Provincia China de Taiwán
 - Asia Sudoccidental: Afganistán, Irán (República Islámica del) y Pakistán
 - Cercano Oriente y Oriente Medio: Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Estado de Palestina, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen
 - Asia Meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka
 - Europa Oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania
 - Europa Sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Macedonia del Norte, Montenegro, Rumania, Serbia, Turquía y Kosovo
 - Europa Occidental y Central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chequia, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, San Marino, Suecia, Suiza, Gibraltar, Islas Feroe y Santa Sede
- Oceanía (integrada por cuatro subregiones):
- Australia y Nueva Zelandia: Australia y Nueva Zelandia
 - Polinesia Islas Cook, Islas Wallis y Futuna, Niue, Polinesia Francesa, Samoa, Tonga, Tuvalu y Tokelau
 - Melanesia: Fiji, Islas Salomón, Papua Nueva Guinea, Vanuatu y Nueva Caledonia
 - Micronesia: Islas Marshall, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de), Nauru, Palau, Guam e Islas Marianas del Norte