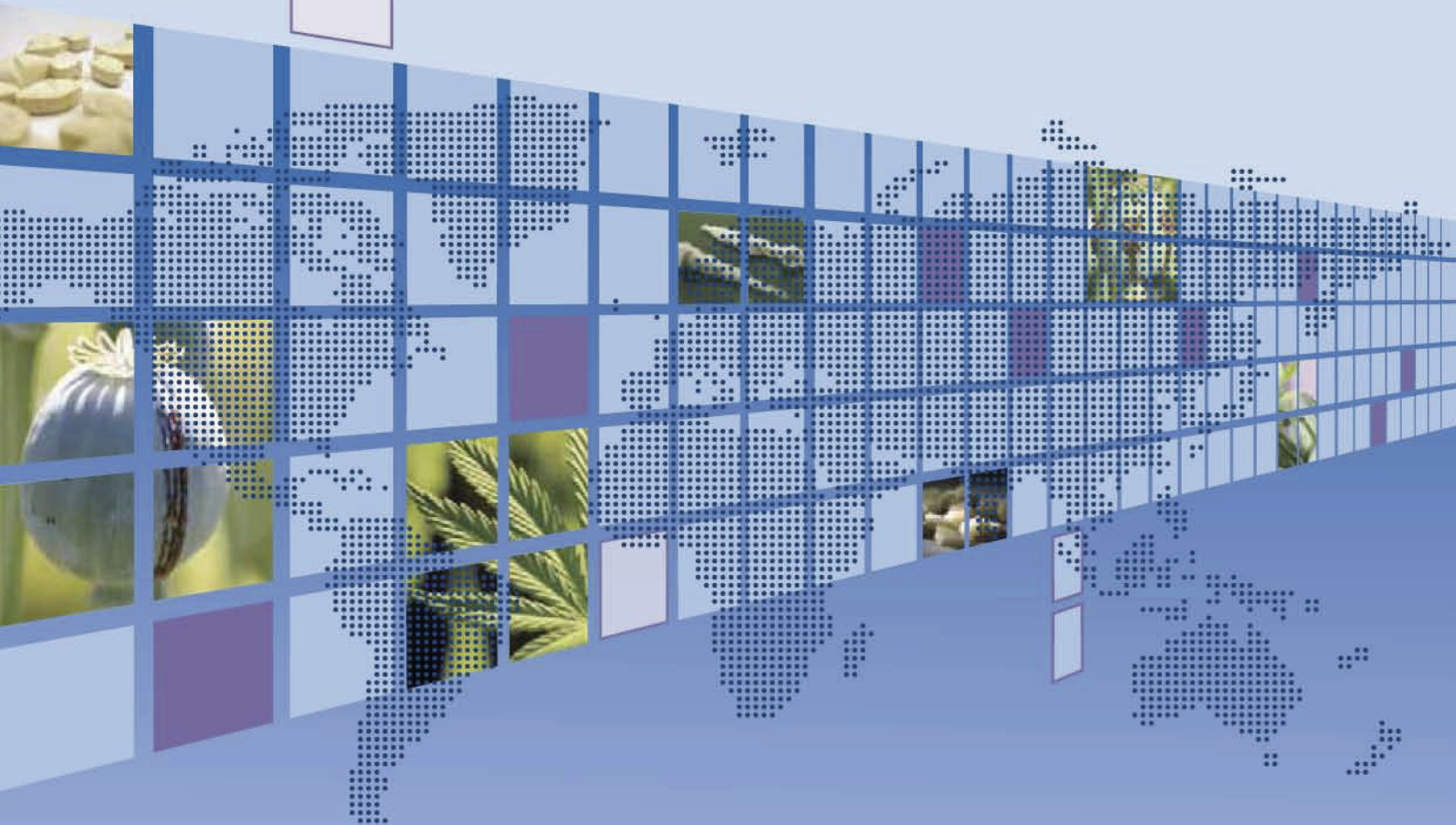




UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

INFORME MUNDIAL SOBRE LAS DROGAS 2010



OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO

Viena

Informe Mundial sobre las Drogas 2010



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2010

Copyright © 2010, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

ISBN: 978-92-1-148256-0

Publicación de las Naciones Unidas, Núm. de venta S.10.XI.13

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

Se sugiere hacer la cita como sigue: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2010 (Publicación de las Naciones Unidas, Núm. de venta S.10.XI.13).

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

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

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

División de Análisis de Políticas y Relaciones con el Público
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

PO Box 500

1400 Viena

Austria

Tel.: (+43) 1 26060 0

Fax: (+43) 1 26060 5827

Correo electrónico: wdr@unodc.org

Sitio Web: www.unodc.org

RECONOCIMIENTOS

Equipo editorial y de producción

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* se elaboró bajo la supervisión de Sandeep Chawla, Director, División de Análisis de Políticas y Relaciones con el Público.

Equipo principal

Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos

Justice Tettey
Beate Hammond
Matthew Nice
Barbara Remberg

Sección de Estadística y Encuestas

Angela Me
Coen Bussink
Phil Davis
Kamran Niaz
Preethi Perera
Catherine Pysden
Martin Raithelhuber
Anousha Renner
Ali Saadeddin
Antoine Vella

Sección de Estudios y Análisis de las Amenazas

Thibault le Pichon
Hakan Demirbüken
Raggie Johansen
Anja Korenblik
Suzanne Kunnen
Kristina Kuttig
Ted Leggett
Hayder Mili
Thomas Pietschmann

El *Informe Mundial sobre las Drogas 2010* ha sido posible también gracias a la labor y experiencia de muchos otros funcionarios de la UNODC en Viena y en el resto del mundo.

ÍNDICE

Reconocimientos	1
Prefacio	4
Introducción	7
Notas explicativas	8
Resumen	11
1. ANÁLISIS DEL MERCADO TRANSNACIONAL DE DROGAS	
1.1 Introducción	31
1.2 El mercado mundial de la heroína	37
1.2.1 Dimensiones del mercado mundial de opiáceos	38
1.2.2 Ruta Norte	48
1.2.3 La ruta de los Balcanes	53
1.2.4 La ruta Sur	60
1.2.5 Consecuencias para la adopción de medidas	63
1.3 Mercado mundial de cocaína	
1.3.1 Dimensiones	65
1.3.2 Cocaína de la región andina hacia América del Norte	72
1.3.3 Cocaína de la región andina hacia Europa	83
1.3.4 Medidas de respuesta	93
1.4 El mercado mundial de ETA	
1.4.1 ¿Qué son los ETA?	95
1.4.2 Dimensiones del mercado de ETA	96
1.4.3 Demanda de ETA	100
1.4.4 Cuestiones clave relativas a los ETA	107
1.4.5 Consecuencias para la adopción de medidas	118
2. ESTADÍSTICAS Y TENDENCIAS DE LAS DROGAS	
2.1 Comprensión del alcance y la naturaleza del consumo de drogas	123
2.2 El Opio y la heroína	
2.2.1 Producción	137
2.2.2 Incautaciones	141
2.2.3 Precios	149
2.2.4 Consumo	152
2.3 Coca/cocaína	
2.3.1 Producción	161
2.3.2 Incautaciones	166
2.3.3 Precios	170
2.3.4 Consumo	173
2.4 Cannabis	
2.4.1 Producción	183
2.4.2 Incautaciones	188
2.4.3 Precios	191
2.4.4 Consumo	194
2.5 Estimulantes de tipo anfetamínico	
2.5.1 Fabricación	203
2.5.2 Incautaciones	207
2.5.3 Consumo	214

□ ■	3. LA INFLUENCIA DESESTABILIZADORA DEL TRÁFICO DE DROGAS EN LOS PAÍSES DE TRÁNSITO: EL CASO DE LA COCAÍNA	
	3.1 Países de tránsito en América del Sur	234
	3.2 Países de tránsito en el Caribe	235
	3.3 Países de tránsito en Mesoamérica	237
	3.4 Países de tránsito en el África occidental	242
	3.5 Conclusión	245
□ ■	4. ANEXO ESTADÍSTICO	
	4.1 Producción	
	4.1.1 Dificultades para eliminar la producción de HCI de cocaína pura	249
	4.1.2 Afganistán	253
	4.1.3 Bolivia (Estado Plurinacional de)	259
	4.1.4 Colombia	263
	4.1.5 República Democrática Popular Lao	267
	4.1.6 Myanmar	269
	4.1.7 Perú	273
	4.2 Consumo	
	4.2.1 Prevalencia anual	277
	4.2.1.1 Opiáceos	277
	4.2.1.2 Cocaína	282
	4.2.1.3 Cannabis	287
	4.2.1.4 Estimulantes de tipo anfetamínico	292
	4.2.1.5 Éxtasis	297
	4.2.2. Demanda de tratamiento	302
	4.2.2.1 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en África	302
	4.2.2.2 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en América	303
	4.2.2.3 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Asia	304
	4.2.2.4 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Europa	306
	4.2.2.5 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Oceanía	307

Para más material relacionado con el *Informe Mundial sobre las Drogas*, incluida la **metodología** así como datos detallados sobre **incautaciones de drogas, precios y encuestas de escolares y jóvenes**, puede consultar el siguiente sitio en la web: www.unodc.org/wdr.

PREFACIO

La fiscalización de drogas se ha venido consolidando durante el último decenio. Las políticas han respondido mejor a las necesidades de los más gravemente afectados a lo largo de toda la cadena de la industria de la droga, tanto los agricultores que la cultivan, los desesperados adictos que la consumen, como las personas que se ven atrapadas en el fuego cruzado de los traficantes. Los países están aprendiendo de sus experiencias propias y ajenas y aprovechando la competencia de la comunidad internacional.

La fiscalización de drogas también está adoptando un enfoque cada vez más equilibrado, centrado en el desarrollo, la seguridad, la justicia y la salud para reducir la oferta y la demanda, y desarticulando las corrientes ilícitas. Es cada vez más patente que en las regiones en que se producen cultivos ilícitos, es vital erradicar la pobreza, no solo las drogas. Se ha tomado conciencia de que el subdesarrollo hace a los países vulnerables al tráfico ilícito de drogas y a otras formas de la delincuencia organizada: por tanto, el desarrollo es parte de la fiscalización de drogas y viceversa.

Lo más importante es que hemos regresado a las raíces de la fiscalización de drogas, colocando la salud en el centro de la política sobre drogas. Al reconocer que la drogadicción es un problema de salud tratable, hemos desarrollado nuevos métodos científicos, pero compasivos, para ayudar a los afectados. Lentamente, las personas están comenzando a darse cuenta de que los drogadictos deben ser enviados a centros de tratamiento, no a prisión. Incluso, el tratamiento contra la drogadicción se está convirtiendo en parte de los servicios convencionales de salud.

Cuidado con los efectos secundarios de la autocomplacencia

Este enfoque está dando resultados. La oferta mundial de las dos principales drogas problemáticas -opióceas y cocaína- ha venido reduciéndose durante los dos últimos años. La superficie mundial dedicada al cultivo del opio ha disminuido en torno a una cuarta parte (23%) durante los dos últimos años y la producción de opio parece abocada a un abrupto descenso este año debido a una plaga que podría acabar con la cuarta parte de la producción del Afganistán. El cultivo de coca disminuyó en un 28% durante el último decenio. Los mercados de heroína y cocaína se mantienen estables en el mundo

desarrollado. De hecho, el consumo de cocaína ha disminuido significativamente en los Estados Unidos durante los últimos años. El valor de la cocaína vendida al por menor en el mercado de los Estados Unidos ha disminuido en cerca de dos tercios en el decenio de 1990, y en alrededor de un cuarto en el último decenio. Uno de los motivos subyacentes de la violencia en México es la lucha por el control de un mercado decreciente por parte de los traficantes de drogas.

Desplazamiento del problema hacia el mundo en desarrollo

Más preocupante resulta la evolución reciente en el tercer mundo. Las fuerzas del mercado ya han conformado las dimensiones asimétricas de la economía relacionada con la droga; los mayores consumidores del veneno (los países ricos) han infligido el mayor daño a los países pobres (principales lugares de la oferta y el tráfico ilícitos).

En cambio, los países pobres tienen otras prioridades y menos recursos. No están en condiciones de afrontar las consecuencias del aumento del consumo de drogas. Por tanto, existe el peligro de que se desencadene un desastre en la esfera de la salud pública en los países en desarrollo que esclavizaría a grandes masas de seres humanos a la tortura de la drogodependencia, una desgracia más en tierras ya arrasadas por tantas tragedias. Ya se advierten las señales de alerta. Considérese el auge del consumo de heroína en el África oriental, o la explosión del consumo de cocaína en el África occidental y América del Sur, o el aumento repentino en la producción y el uso indebido de drogas sintéticas en el Oriente Medio y en el Asia sudoriental. No resolveremos los problemas del mundo a causa de las drogas desplazando el consumo de los países desarrollados al mundo en desarrollo.

El cambio a otras drogas

Además, la estabilización de los mercados de la cocaína y la heroína enmascaran el problema creciente del uso indebido de los medicamentos de venta con receta en muchas partes del mundo. Asimismo, es probable que la cifra global de personas que consumen estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) supere la cifra combinada de consumidores de opiáceos y cocaína. El mercado de ETA resulta más difícil de rastrear debido a las cortas distancias de las rutas del tráfico ilícito (la elaboración general-

mente se realiza cerca de los principales mercados de consumidores), y al hecho de que muchas de las materias primas son lícitas y pueden obtenerse fácilmente. Por otra parte, los productores se dan prisa en comercializar los nuevos productos (como ketamina, mefedrona y Spice) y explotar los nuevos mercados. No resolveremos los problemas mundiales de las drogas simplemente cambiando la adicción a la cocaína y la heroína a otras sustancias adictivas.

¿Qué es lo que proponemos en la UNODC? Propugnamos que la política sobre las drogas se sitúe en convergencia entre la salud, la seguridad, el desarrollo y la justicia. Permítaseme explicar.

El derecho a la salud

a.) Acceso universal al tratamiento por consumo de drogas. En las Naciones Unidas estamos trabajando con la Organización Mundial de la Salud y abogamos por el acceso universal al tratamiento contra la drogadicción. Colaboramos con el ONUSIDA para evitar una epidemia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección. Agradece el apoyo prestado a esas iniciativas a nivel comunitario.

b.) Acceso universal a la terapia con medicamentos. Debemos no solo detener el daño causado por las drogas: debemos dar libre curso a las posibilidades de los medicamentos para hacer el bien. ¿Qué quiero decir con esto? Recordemos que en el Preámbulo de la Convención Única (de 1961) se reconoce que “... *el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar su disponibilidad con tal fin...*” Aunque existe una oferta excesiva de opio en el mundo, numerosas personas que padecen importantes enfermedades no tienen acceso a cuidados paliativos. ¿Por qué se ha de negar a un nigeriano consumido por el SIDA, o a un paciente mexicano de cáncer, la medicación que se ofrece a sus contrapartes suecas o norteamericanas? Ayúdenos a vencer las trabas culturales, profesionales, administrativas y socio-económicas que conspiran para negar a las personas la posibilidad de mitigar su dolor mediante el opio medicinal (morfina) que necesitan.

El derecho al desarrollo

Si bien el péndulo de la fiscalización de drogas oscila de nuevo hacia el derecho a la salud y los derechos humanos, no debemos pasar por alto el desarrollo.

Como se ha ilustrado en diversos informes recientes de la UNODC, incluido este, la producción y el tráfico ilícitos de drogas son, al mismo tiempo, causas y consecuencias de la pobreza. De hecho, 22 de los 34 países con menos probabilidades de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio se encuentran en medio de conflictos, o saliendo de estos, y ubicados en regiones que son imanes para el cultivo y el tráfico ilícitos de drogas. A mayor desarrollo menores delitos y menores conflictos. De ahí que la UNODC esté colaborando con los gobiernos, las organizaciones regionales y los bancos de desarrollo a fin de promover políticas de fiscalización de drogas como medios para fomentar el desarrollo y viceversa, por ejemplo, en los Balcanes, el Asia central y occidental, América Central, el África occidental y oriental.

El derecho a la seguridad

En efecto, lo que está en juego no solo es mucho sino que es cada vez mayor. El tráfico ilícito de drogas se ha convertido en la fuente principal de ingresos para la delincuencia organizada, así como para los terroristas y los insurgentes: en otras palabras, la ilegalidad relacionada con las drogas se ha convertido en una amenaza para las naciones en muchas partes del mundo. Los acontecimientos recientes en el África occidental, el Sahel, y en partes de América Central, ponen de manifiesto los verdaderos peligros del narcotráfico para la seguridad, incluso para la soberanía de los Estados.

Tan grave es el peligro que este problema es un tema periódico del programa del Consejo de Seguridad. A menos que atajemos eficazmente la amenaza que representa la delincuencia organizada, nuestras sociedades quedarán a su merced -y los llamados a deshacerse de las tres convenciones de las Naciones Unidas sobre las drogas que, según los críticos, son la causa de la delincuencia y la inestabilidad- comprometería la fiscalización de drogas. Ello borraría los avances alcanzados durante el último decenio en la esfera de la fiscalización de drogas, y desencadenaría un desastre en materia de salud pública.

Derechos humanos

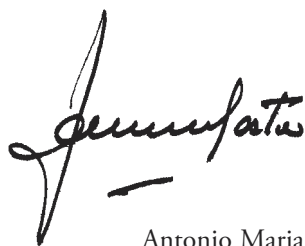
Ante todo, tenemos que incorporar los derechos humanos en las actividades de fiscalización de drogas. Millones de personas (incluidos niños) en todo el mundo

PREFACIO

que son pillados consumiendo drogas, son enviados a prisión, no a tratamiento. En algunos países, los supuestos tratamientos por consumo de drogas no son más que castigos crueles, inhumanos o degradantes -el equivalente de la tortura. En algunos Estados Miembros, las personas son ejecutadas por delitos relacionados con las drogas. En otros, los traficantes de drogas son fusilados por escuadrones de la muerte extrajudiciales. Como seres humanos, tenemos la responsabilidad compartida de garantizar que se ponga fin a esas prácticas. El solo hecho de que una persona consuma drogas, o se encuentre tras las rejas, no elimina su derecho a ser protegida por las leyes, nacionales e internacionales.

Perspectiva global que ofrece el Informe Mundial sobre las Drogas 2010

Finalmente, en el presente *Informe Mundial sobre las Drogas* se exponen los diversos componentes del mercado de drogas, y se explica la dinámica que lo rige. Además, se confirma que las políticas sobre drogas deben seguir el curso que hemos promovido en la UNODC durante estos años, centrada en los cuatro derechos básicos de salud, desarrollo, seguridad y derechos humanos.



Antonio Maria Costa
Director Ejecutivo
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

INTRODUCCIÓN

La fiscalización de drogas es parte de la agenda mundial desde hace más de un siglo. Como se expuso en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2008*, la epidemia del opio en China a principios del siglo XX propició actividades internacionales concertadas, principalmente en forma de una serie de tratados que se fueron firmando a lo largo de los años. Esos tratados, en especial la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, siguen siendo el marco del sistema internacional de fiscalización de drogas. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) es la guardiana de estos tratados y el principal organismo de las Naciones Unidas en esta esfera.

En marzo de 2009, los Estados Miembros se comprometieron a eliminar o reducir considerablemente la oferta y la demanda mundial de drogas ilícitas para 2019 y subrayaron que las investigaciones, la reunión de datos y los análisis eran indispensables para apoyar y supervisar las actividades necesarias a fin de alcanzar ese objetivo. Desde 1999, la UNODC ha proporcionado todos los años evaluaciones exhaustivas sobre los problemas mundiales de las drogas y de su evolución, y continuará cumpliendo su mandato este año con la publicación del *Informe Mundial sobre las Drogas 2010*.

Para preparar dicho *Informe Mundial sobre las Drogas*, la UNODC depende de los datos que los Estados Miembros proporcionan, fundamentalmente mediante los cuestionarios para los informes anuales.

Los cuestionarios se distribuyeron a 192 Estados Miembros y la UNODC recibió de estos Estados Miembros (y territorios) 110 respuestas a la sección sobre el consumo ilícito y 114 respuestas a la sección sobre la oferta ilícita de drogas. Los Estados Miembros suelen estar en condiciones mucho mejores de proporcionar información sobre la oferta ilícita de drogas que sobre la demanda. Pese a un meritorio avance, por ejemplo, en materia de estimaciones de la prevalencia, queda mucho por hacer para poder contar con una base sólida y fiable para un análisis de las tendencias y las políticas.

El Informe incluye análisis en profundidad e intersectorial de los mercados transnacionales de drogas (capítulo 1), así como los últimos datos y tendencias estadísticas sobre la situación mundial de las drogas (capítulo 2). Este año se analiza también en el Informe la repercusión del tráfico transnacional ilícito en los países de tránsito (capítulo 3).

NOTAS EXPLICATIVAS

Tipos de drogas:

“Crack” (cocaína) - La cocaína base obtenida del clorhidrato de cocaína mediante un proceso que la convierte en apta para fumar.

ETA - Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son un grupo de sustancias compuestas de estimulantes sintéticos del grupo de sustancias anfetamínicas, incluidas la anfetamina, la metanfetamina, la metcatinona y las sustancias del grupo éxtasis (MDMA y sus análogos). Cuando la comunicación del país a la UNODC no indique el ETA específico a que se refiere, se utiliza el término anfetamina no especificada. Cuando se hace referencia al éxtasis entre paréntesis (“éxtasis”), la droga corresponde a casos en que esta se vende como éxtasis (MDMA), pero pudiera contener un sustituto químico y no MDMA.

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

Heroína núm. 3 - Una forma menos refinada de la heroína apta para fumar.

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

Pasta de coca (o cocaína base) - Un extracto de las hojas de coca. La purificación de la pasta de coca produce cocaína (cocaína base y clorhidrato de cocaína). El término “cocaína (base y sales)” se utiliza para referirse a los tres productos del agregado.

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

La prevalencia anual se refiere al número total de personas de una franja etaria determinada que han utilizado una droga dada al menos una vez el año anterior, dividido por el número de personas de esa franja etaria.



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

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

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

- África oriental: Burundi, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenya, Madagascar, Mauricio, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, Somalia y Uganda.
- África septentrional: Argelia, Egipto, Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos, Sudán y Túnez.
- África meridional: Angola, Botswana, Lesoto, Malawi, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe.
- 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 y Togo.
- Caribe: Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Granada, Haití, Jamaica, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.
- América Central: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

- América del Norte: Canadá, Estados Unidos de América y México.
- América del Sur: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
- Asia central y Transcaucasia: Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.
- Asia oriental y sudoriental: Brunei Darussalam, Camboya, China (con Hong Kong, Macao y la provincia china de Taiwán), Filipinas, Indonesia, Japón, Malasia, Mongolia, Myanmar, República de Corea, República Popular Democrática de Corea, República Democrática Popular Lao, Singapur, Tailandia, Timor Leste y Viet Nam. La Subregión del Gran Mekong comprende a Camboya, la República Democrática Popular Lao, Myanmar, Tailandia, Viet Nam y las provincias de Yunnan y Guangxi en China.
- Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen. El Cercano Oriente y el Oriente Medio se refieren a una subregión que incluye Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria y Yemen.
- Asia meridional: Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal y Sri Lanka.
- Europa oriental: Belarús, Federación de Rusia, República de Moldova y Ucrania.
- Europa sudoriental: Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Rumanía, Serbia y Turquía.
- Europa occidental y central: Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, San Marino, Suecia, y Suiza.
- Oceanía: Australia, Fiji, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia, Nauru, Nueva Zelanda, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y otros pequeños territorios insulares.

NOTAS EXPLICATIVAS



En el presente informe se han utilizado las siguientes abreviaturas:

\$Col.	Peso colombiano	MDMA	3,4-metilendioximetanfetamina
3,4-MDP-2-P	3,4-metilendioxifenil-2-propanona	NIDA	Instituto Nacional contra la Drogadicción (EE.UU.)
CDI	consumo de drogas por inyección	OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
CEI	Comunidad de Estados Independientes	OE	Oficina extrasede de la UNODC
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas	OEDT	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
DAINAP	Red de Información sobre el Uso Indebido de Drogas para Asia y el Pacífico	OMA	Organización Mundial de Aduanas
DEA	Dirección de lucha contra las drogas, EE.UU.	OMS	Organización Mundial de la Salud
DELTA	Base de datos de la UNODC sobre estimaciones y análisis de las tendencias a largo plazo	ONDCP	Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (EE.UU.)
DIRAN	Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional de Colombia	ONG	organización no gubernamental
DUMA	Sistema de vigilancia del consumo de drogas (Australia)	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
EE.UU.	Estados Unidos de América	P-2-P	1-fenil-2-propanona
ESPAD	Proyecto europeo de sondeo en colegios sobre el alcohol y otras drogas	PESCAD	Proyecto europeo de sondeo en colegios sobre el alcohol y otras drogas
ETA	estimulantes de tipo anfetamínico	SACENDU	Red epidemiológica comunitaria sudáfricana sobre uso de drogas
EUROPOL	Oficina Europea de Policía	SAMHSA	Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones
GAP	Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas, de la UNODC	SRO	<i>aceites ricos en safrol</i>
Gob.	Gobierno	SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
HONLEA	Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas de Drogas	SOCA	Organismo contra la Delincuencia Organizada Grave
IDS	Incautaciones de drogas individuales, base de datos de la UNODC	THC	tetrahidrocannabinol
INCSR	Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas	UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
INTERPOL/OIPC	Organización Internacional de Policía Criminal OIPC/INTERPOL	VIH	virus de inmunodeficiencia humana
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	WDR	<i>Informe Mundial sobre las Drogas</i>
LSD	dietilamida del ácido lisérgico		
MDA	3,4-metilendioxianfetamina (tenanfetamina)		
MDE	3,4-metilendioxietilamfetamina		

Pesos y medidas:

l	litro
g	gramo
mg	miligramo
kg	kilogramo
tm	tonelada métrica

RESUMEN

En un período extraordinario de sesiones celebrado en 1998, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió trabajar en pos de “eliminar o reducir considerablemente” la producción y el consumo ilícito de drogas para 2008, y aprobó un conjunto de planes sectoriales para lograr ese objetivo.¹ En la reunión celebrada al concluir el decenio, los Estados Miembros expresaron su insatisfacción con los resultados alcanzados y declararon que seguían “profundamente preocupados por la creciente amenaza que representa el problema mundial de las drogas”². Se adoptó la decisión de continuar trabajando en ese sentido durante el siguiente decenio.

¿Podrá “eliminarse o reducirse significativamente” la oferta y demanda generales de drogas para 2019, como reclaman los Estados Miembros? En el plano nacional, cabe esperar que numerosos países puedan mejorar notablemente durante el decenio la situación relativa a la fiscalización de drogas. ¿Podrán estos éxitos locales traducirse en una mejora en el plano mundial?

Una experiencia que se deriva evidentemente de la historia de la fiscalización de drogas es que la mera suma de iniciativas nacionales y sectoriales no coordinadas, incluso cuando estas tienen éxito, no puede dar por resultado el éxito a nivel mundial. Otra experiencia es que los países con medios limitados no pueden resistir y contrarrestar por sí solos el impacto de las poderosas corrientes transnacionales del tráfico ilícito.

A fin de alcanzar los objetivos establecidos para 2019, la comunidad internacional tiene que combinar las intervenciones encaminadas a reducir la oferta y la demanda, e integrar las iniciativas nacionales en el marco de estrategias internacionales renovadas a escala de los mercados de drogas. Para ello, es urgente mejorar nuestra comprensión del modo en que operan las economías transnacionales ilegales de la droga. El presente *Informe Mundial sobre las Drogas* es una contribución a ese objetivo.

El *Informe Mundial sobre las Drogas* de este año comienza con una exposición analítica de tres mercados transnacionales clave de drogas: los mercados de heroína, cocaína y

1 Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de la Droga, Nueva York, 8 al 10 de junio de 1998 (A/S-20/4, capítulo V, sección A).

2 Serie de sesiones de alto nivel de 2009 de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, *Declaración política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*, marzo de 2009 (E/2009/28–E/CN.7/2009/12).

estimulantes de tipo anfetamínico (ETA). No se analiza aquí el cannabis porque cada vez más se está produciendo dentro de los propios países de consumo y a menudo se trata oficiosamente por los conductos sociales. Aunque el cannabis es la droga ilícita más popular del mundo, es menos adecuada que las otras tres drogas para un análisis de los mercados transnacionales.

Al análisis de mercado sigue una presentación de las tendencias estadísticas de las cuatro clases de drogas principales, incluido el cannabis. Se presenta la información más reciente sobre producción, incautaciones y consumo de drogas, expresando claramente las limitaciones de los datos existentes. Aunque en los casos pertinentes se aprovecharon otras fuentes, las estadísticas presentadas se reunieron básicamente mediante los cuestionarios para los informes anuales (CPIA) y las encuestas sobre cultivos ilícitos que realiza la UNODC en colaboración con los Estados Miembros.

Por último, hay un capítulo sobre un tema que es motivo de creciente preocupación para la comunidad internacional: la relación entre tráfico ilícito de drogas e inestabilidad. Ese capítulo se centra en la repercusión del comercio de drogas en los niveles de violencia y corrupción en los países de tránsito, particularmente en América Latina, el Caribe y el África occidental.

Ahora bien, este resumen no constituye un paralelo del informe. En aras de una mayor claridad, se presenta primero una perspectiva global de los cambios ocurridos en los mercados mundiales de drogas. A continuación figura un debate integral de los mercados mundiales de drogas, incluidos tanto el análisis de los mercados como datos sobre las tendencias. Para finalizar, se presenta un resumen del debate sobre la repercusión del tráfico ilícito de drogas en los países de tránsito.

Evolución de la situación mundial en materia de producción, tráfico y consumo de drogas ilícitas

Producción

Los mercados mundiales de la cocaína y la heroína han experimentado recientemente algunos cambios alentadores:

- La superficie dedicada en el mundo al cultivo de la adormidera disminuyó a 181.400 hectáreas (ha) en 2009 (15%), o en un 23% desde 2007.
- La disminución de la superficie de cultivo, conllevó una reducción de la producción mundial de opio de 8.890 toneladas (tm) en 2007 a 7.754 toneladas

en 2009 (-13%), y una reducción de la producción potencial de heroína de 757 toneladas en 2007 a 657 toneladas en 2009.

- La superficie dedicada en el mundo al cultivo de la coca disminuyó a 158.800 hectáreas en 2009 (5%), en un 13% desde 2007 o en un 28% desde 2000.
- La producción mundial estimada de cocaína disminuyó de 1.024 toneladas en 2007 a 865 toneladas en 2008 (-16%). La producción mundial de hoja fresca de coca se redujo en un 4% en 2009 (14% entre 2007 y 2009).

Con todo, esos éxitos recientes deben ser considerados en el contexto del desafío a largo plazo. Desde 1998, año del último período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado al problema de las drogas, la producción potencial de opio en el mundo ha aumentado en un 78%, de 4.346 toneladas a 7.754 toneladas en 2009. Afortunadamente, a esos aumentos en la producción no corresponden aumentos en el consumo, por lo que parece ser que se han acumulado grandes cantidades de opio en los últimos años. Sin embargo, ello significa que incluso si hoy se eliminara completamente la producción, las reservas existentes podrían abastecer a los usuarios por lo menos durante dos años.

La producción mundial potencial de cocaína durante el período de 1998 a 2008, parece haber aumentado más moderadamente (5%), de 825 toneladas a 865 toneladas, aunque se sigue sin tener certeza acerca del rendimiento de la coca y la eficiencia de la producción. No obstante, los datos disponibles son suficientemente fiables para poder afirmar que la producción mundial de cocaína ha disminuido significativamente en los últimos años (2004 a 2009).

A diferencia de lo que ocurre con la heroína y la cocaína, solo se pueden ofrecer estimaciones muy generales de la producción del cannabis y de estimulantes de tipo anfetamínico (ETA). Debido a la descentralización de la producción, es difícil seguir las tendencias mundiales de esos mercados. En 2008 se produjeron entre 13.000 toneladas y 66.100 toneladas de hierba de cannabis, y entre 2.200 toneladas y 9.900 toneladas de resina de cannabis. La fabricación de ETA del grupo anfetamínico (anfetamina, metanfetamina, metcatinona y sustancias afines) se situó entre 161 toneladas y 588 toneladas en 2008 y la fabricación de drogas comercializadas como “éxtasis” osciló entre 55 toneladas y 133 toneladas.

Tráfico ilícito

La cocaína y heroína, son las drogas principales que se trafican a largas distancias, aunque la resina de cannabis y de éxtasis se contrabandea de una región a otra. Gran parte de la hierba de cannabis, la metanfetamina y la anfetamina que se consumen en el mundo, se produce localmente.

Las incautaciones mundiales de cocaína se han estabilizado durante los últimos años. Las incautaciones han disminuido en América del Norte y Europa y en cambio han

aumentado en América del Sur y Central. El tráfico ilícito en el África occidental, que aumentó rápidamente entre 2004 y 2007, parece haberse reducido en 2008 y 2009, aunque esta situación puede cambiar y es necesario seguirla atentamente.

Las incautaciones de opiáceos continúan aumentando, tanto las de opio como las de heroína. En cambio, las incautaciones de morfina³ disminuyeron en 2008. Las mayores incautaciones siguen siendo comunicadas por los países vecinos del Afganistán, en particular por la República Islámica del Irán y el Pakistán.

Resulta más complicada la vigilancia de las incautaciones mundiales de ETA porque se trata de varios productos destinados a diferentes mercados, como el de la anfetamina, el de la metanfetamina y el del “éxtasis”. Tras triplicarse durante los primeros años del presente decenio, las incautaciones de ETA se han mantenido estables desde 2006. Se observó una notable disminución de las incautaciones de éxtasis en 2008 en comparación con el año anterior. Las incautaciones mundiales de anfetamina y metanfetamina se mantuvieron básicamente estables a niveles muy elevados en 2008.

Las incautaciones mundiales de la hierba de cannabis aumentaron durante el período de 2006 a 2008 (+23%), especialmente en América del Sur, hasta alcanzar los niveles de 2004. Las incautaciones mundiales de resina de cannabis aumentaron notablemente durante el período de 2006 a 2008 (+62%) y superaron con creces el tope previo de 2004. En 2008 se comunicaron grandes aumentos en las incautaciones de resina de cannabis tanto en la región del Cercano Oriente y el Oriente Medio como en Europa y África.

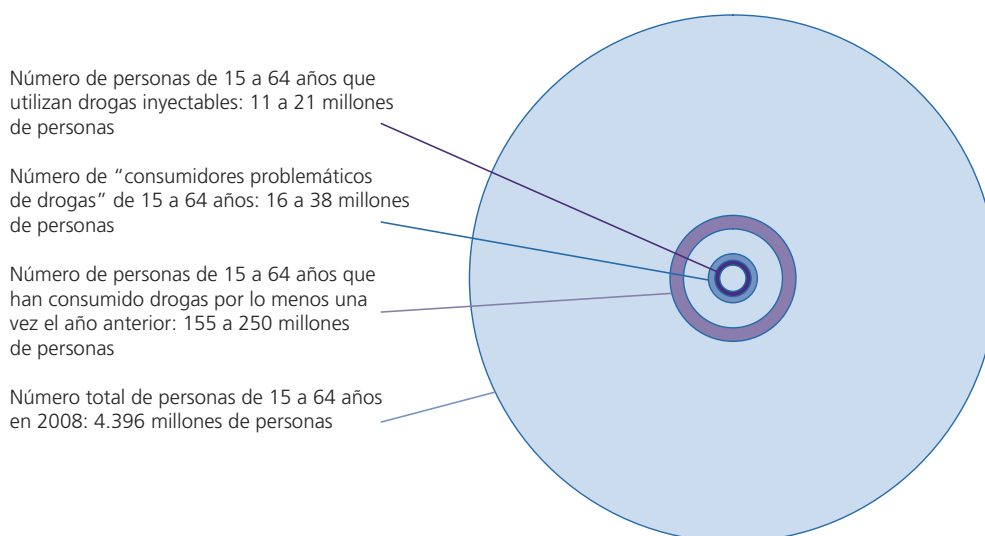
Consumo

La UNODC estima que, en todo el mundo, entre 155 millones y 250 millones de personas (entre el 3,5% y el 5,7% de la población de 15 a 64 años) consumió sustancias ilícitas por lo menos una vez en 2008. A nivel mundial, los consumidores de cannabis es el mayor grupo de consumidores de drogas ilícitas (entre 129 millones y 190 millones de personas). Las sustancias del grupo anfetamínico son las segundas drogas habitualmente de mayor consumo, seguidas de la cocaína y los opiáceos.

El problema central del consumo de drogas son “los consumidores problemáticos de drogas”: aquellos que se inyectan drogas o considerados drogodependientes con graves secuelas sociales y de salud. Las estimaciones mundiales de consumidores de cannabis, opiáceos, cocaína y ETA, se calculan en entre 16 y 38 millones los consumidores problemáticos de drogas en 2008, lo que supone entre el 10% y el 15% de todas las personas que consumieron drogas ese año. En 2008 cabe estimar que entre el 12% y el 30% de los consumidores problemáticos de drogas recibieron tratamiento el año anterior, de lo que se

³ La morfina representa un paso intermedio en el procesamiento del opio a la heroína, y rara vez se consume como droga por sí sola.

Consumo de drogas ilícitas a nivel mundial, 2008



deduce que entre 11 millones y 33,5 millones de consumidores problemáticos de drogas no recibieron tratamiento ese año.

La falta de datos de un gran número de países sigue siendo una limitación para comprender cabalmente el problema del consumo de drogas en muchos países, particularmente en África, algunas regiones de Asia y las Islas del Pacífico. La amplitud del rango de las estimaciones refleja el grado de incertidumbre de los datos mundiales disponibles.

Los datos sobre los servicios de tratamiento que se prestan a los consumidores problemáticos de drogas pueden ser muy valiosos para comprender la diversidad de problemas relativos al uso de drogas en las distintas regiones. La parte de tratamiento que se presta a los consumidores de diferentes drogas varía notablemente entre una región y otra. En Europa y Asia, el tratamiento de mayor demanda es por consumo de opiáceos. En América, por consumo de cocaína, y en África y Oceanía, por consumo de cannabis. Esa distribución ha cambiado con el tiempo. Los tratamientos por consumo de cannabis han aumentado en Europa, América del Sur y Oceanía en comparación con el decenio anterior, lo que podría indicar que un aumento del consumo de cannabis puede llegar a ser problemático. Durante el mismo período, la demanda de tratamiento por consumo de cocaína ha estado disminuyendo en América, especialmente en América del Norte, pero ha aumentado en Europa. Por otra parte, la importancia relativa de los opiáceos en los tratamientos de la toxicomanía ha disminuido en Europa, Asia y (particularmente) en Oceanía, pero ha aumentado en África. La proporción de la demanda de tratamiento por consumo de ETA es cada vez mayor a escala mundial.

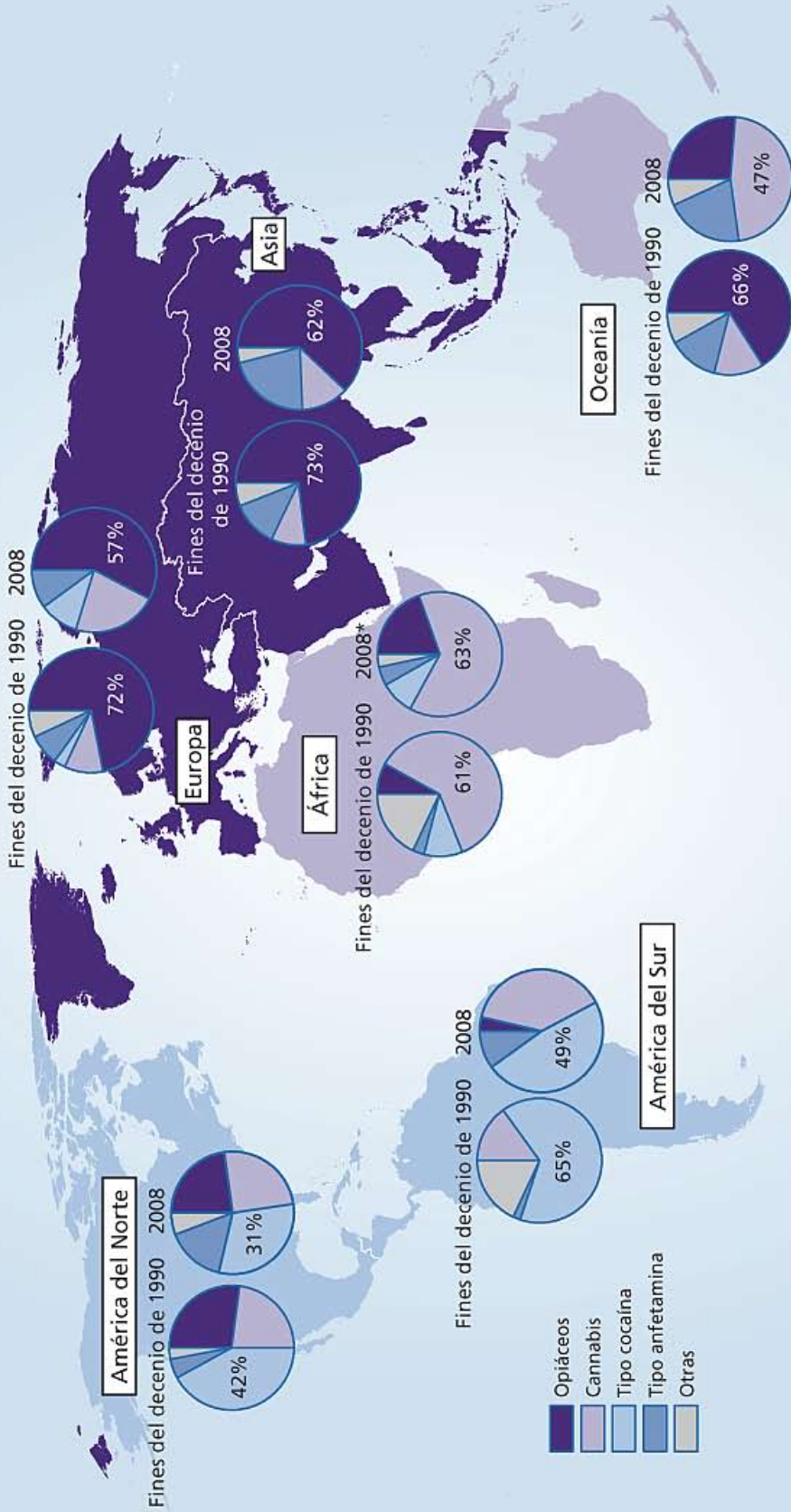
Las estimaciones del tamaño de los grupos de consumidores en diferentes regiones del mundo se han deducido a partir de las encuestas por hogares y en las escuelas y mediante métodos indirectos. Lamentablemente, las encuestas

basadas en la población se realizan en la mayoría de los países de forma muy irregular, por lo que subsisten importantes lagunas respecto del conocimiento relativo al alcance del consumo de drogas en muchas regiones del mundo.

El cannabis sigue siendo la droga de mayor consumo en todo el mundo. Se estima que la prevalencia del consumo anual mundial de cannabis oscila entre el 2,9% y el 4,3% entre la población de 15 a 64 años. La prevalencia más elevada se registra en Oceanía (9,3% a 14,8%), seguida de América (6,3% a 6,6%). Se estima que el número de consumidores anuales de cocaína (prevalencia anual de 0,3% a 0,4%) en el mundo oscila entre 15 millones y 19,3 millones. América del Norte (2%), Oceanía (de 1,4% a 1,7%) y Europa occidental (1,5%) son las regiones con las tasas de prevalencia más elevadas. Entre 12,8 millones y 21,8 millones de personas (del 0,3% al 0,5% de la población mundial de 15 a 64 años) consumieron opiáceos en 2008. Más de la mitad de los consumidores mundiales de opiáceos viven en Asia. La UNODC estima que entre 13,7 millones y 52,9 millones de personas de 15 a 64 años consumieron alguna sustancia de tipo anfetamínico el último año (del 0,3% al 1,2% de la población) incluidos entre 10,5 millones y 25,8 millones de consumidores de éxtasis (del 0,2% al 0,6% de la población). Oceanía, el Asia oriental y sudoriental, América del Norte y Europa occidental y central son las regiones con las tasas más elevadas de prevalencia de consumo de ETA.

Además de las drogas antes mencionadas, el uso indebido de medicamentos de venta con receta, como opioides sintéticos, benzodiazepinas o estimulantes sintéticos de venta con receta, es un problema de salud cada vez mayor en diversos países desarrollados y en desarrollo.

Principales drogas problemáticas según datos sobre la demanda de tratamiento, por región, desde fines del decenio de 1990 hasta 2008 (o último año del que se dispone de datos)



Fuentes: UNODC, datos del cuestionario para los informes anuales (CPIAV) DELTA e informes de los gobiernos nacionales.

Notas: Los porcentajes son medias no ponderadas de la demanda de tratamiento en los países que presentaron informes. Número de países que presentaron datos correspondientes a 2008: Europa (45); América del Norte (3); Asia (42); Oceanía (2). Los datos generalmente corresponden a la droga de mayor consumo. El consumo de drogas múltiples puede elevar los totales más del 100%. * En las estimaciones correspondientes a 2008 se suprimieron los datos relativos a tratamiento con más de 10 años de antigüedad y por lo tanto debe procederse con cautela al comparar los datos de 2008 con los de años anteriores. Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen aprobación o aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

Número estimado de personas de 15 a 64 años que consumieron drogas ilícitas durante el año anterior, por región y subregión: 2008

Región/subregión	Consumidores de cannabis el año anterior		Consumidores de opiáceos el año anterior		Consumidores de cocaína el año anterior		Consumidores del grupo de las anfetaminas el año anterior		Consumidores de "éxtasis" el año anterior	
	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)	Número (inferior)	Número (superior)
África	27.680.000	52.790.000	680.000	2.930.000	1.020.000	2.670.000	1.550.000	5.200.000	350.000	1.930.000
África septentrional	4.680.000	10.390.000	130.000	540.000	30.000	50.000	260.000	540.000	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>
África occidental y central	14.050.000	22.040.000	160.000	340.000	640.000	830.000	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>
África oriental	4.490.000	9.190.000	150.000	1.730.000	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>
África meridional	4.450.000	11.170.000	240.000	320.000	290.000	900.000	310.000	1.090.000	220.000	420.000
América	38.210.000	40.030.000	2.290.000	2.440.000	8.720.000	9.080.000	4.760.000	5.890.000	3.040.000	3.280.000
América	29.950.000	29.950.000	1.290.000	1.380.000	6.170.000	6.170.000	3.090.000	3.200.000	2.490.000	2.490.000
América Central	580.000	600.000	100.000	110.000	120.000	140.000	320.000	320.000	20.000	30.000
El Caribe	430.000	-1.730.000	60.000	90.000	110.000	320.000	30.000	510.000	10.000	240.000
América del Sur	7.300.000	7.530.000	840.000	870.000	2.330.000	2.450.000	1.320.000	1.860.000	510.000	530.000
Asia	31.510.000	64.580.000	6.460.000	12.540.000	430.000	2.270.000	4.430.000	37.990.000	2.370.000	15.620.000
Asia oriental y sudoriental	5.370.000	23.940.000	2.830.000	5.060.000	390.000	1.070.000	3.430.000	20.680.000	1.460.000	6.850.000
Asia meridional	16.490.000	27.550.000	1.390.000	3.310.000	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>
Asia central	1.890.000	2.140.000	340.000	340.000	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>
Cercano Oriente y Oriente Medio	7.790.000	10.950.000	1.890.000	3.820.000	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>	<i>no se puede calcular</i>
Europa	29.370.000	29.990.000	3.290.000	3.820.000	4.570.000	4.970.000	2.500.000	3.190.000	3.850.000	4.080.000
Europa occidental y central	20.850.000	20.990.000	1.090.000	1.370.000	4.110.000	4.130.000	1.600.000	1.710.000	2.180.000	2.190.000
Europa oriental y sudoriental	8.520.000	9.010.000	2.210.000	2.460.000	470.000	840.000	900.000	1.480.000	1.680.000	1.890.000
Océania	2.140.000	3.410.000	120.000	150.000	330.000	390.000	470.000	630.000	840.000	910.000
ESTIMACIÓN MUNDIAL	128.910.000	190.750.000	12.840.000	21.880.000	15.070.000	19.380.000	13.710.000	52.900.000	10.450.000	25.820.000

Principales mercados de drogas

Los mercados mundiales ilícitos de opiáceos y cocaína son dos de las mayores amenazas de nuestra época en materia de tráfico de drogas y delincuencia transnacional. Parecen ser, simultáneamente, problemas persistentes de una época anterior a la fiscalización de drogas, cuestiones que requieren intervenciones con carácter prioritario debido a la gravedad de sus repercusiones en las sociedades afectadas, y ámbitos respecto de los cuales se puede encontrar una solución mundial dentro de un plazo razonable. Puesto que ambos mercados se abastecen de zonas de producción relativamente concentradas, la mayoría de sus componentes se relacionan directa o indirectamente entre sí.

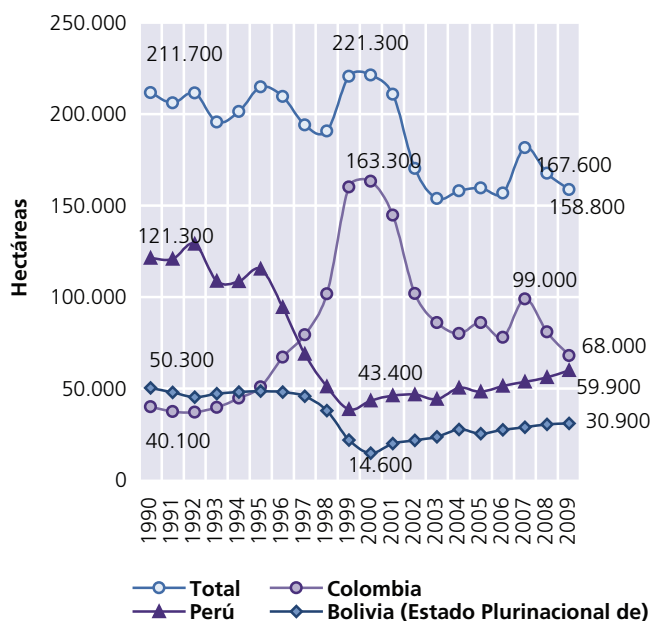
Además, durante los últimos dos decenios los ETA han conquistado una gran parte del mercado mundial de drogas y han llegado a convertirse en un peligro cada vez mayor para los esfuerzos actuales y futuros de fiscalización de drogas. Desde 1990 la fabricación de ETA ha proliferado y, hasta la fecha, más de un tercio de los Estados Miembros ha informado de actividades relacionadas con dicha fabricación. Además, es probable que el número de consumidores de ETA a nivel mundial supere el número combinado de consumidores de opiáceos y cocaína.

Cocaína

La superficie total dedicada al cultivo de coca disminuyó en un 5% el último año, de 167.600 hectáreas en 2008 a 158.800 hectáreas en 2009. Ese cambio se debe fundamentalmente a una pronunciada reducción de la producción en Colombia, no compensada por los aumentos en el Perú y Bolivia (Estado Plurinacional de). La superficie total dedicada al cultivo de coca disminuyó en un 28% durante el período 2000-2009. En 2009 Colombia contaba con una superficie total cultivada de en torno al 43%, el

Cultivo mundial de arbusto de coca en el mundo (ha), 1990-2009

Fuente: UNODC



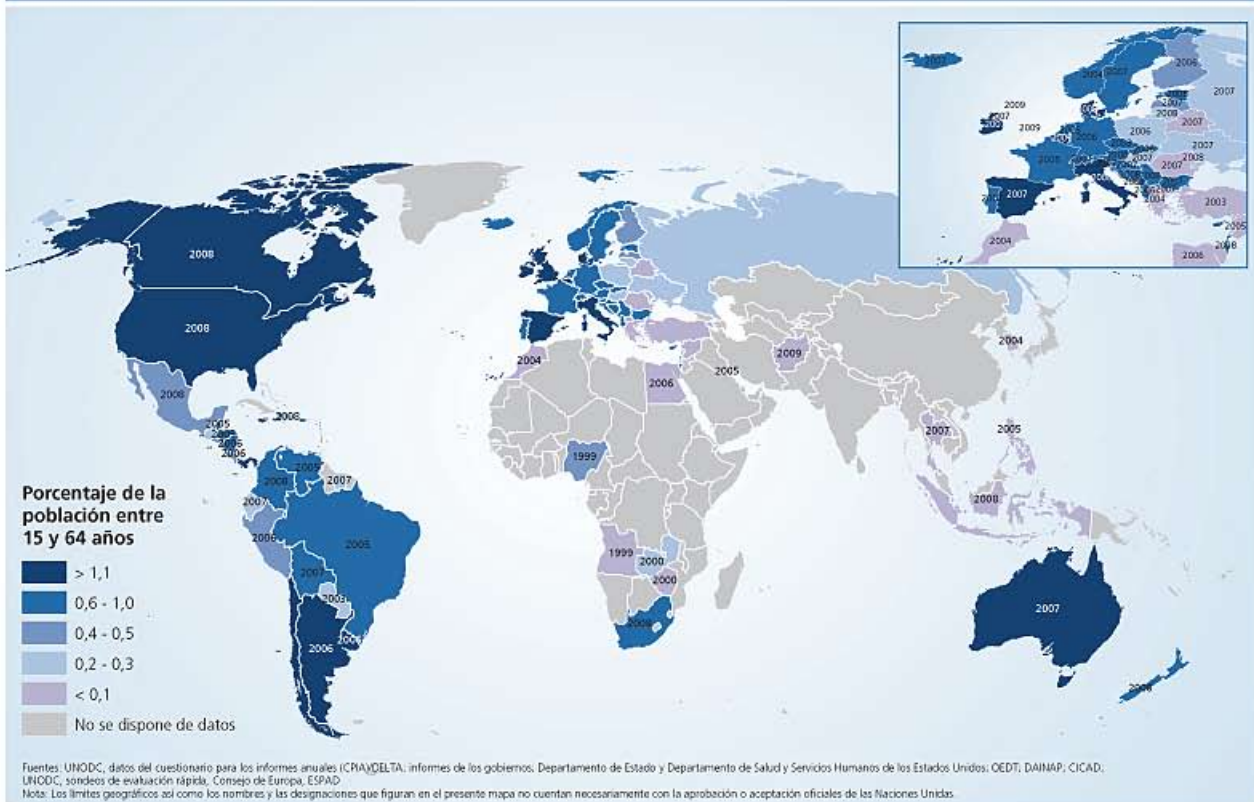
Perú el 38% y Bolivia (Estado Plurinacional de) el 19%.

Las zonas de producción, tráfico y consumo de cocaína, han variado sustancialmente a lo largo del tiempo.

- Si bien los traficantes colombianos han producido la mayor parte de la cocaína del mundo en los últimos años, entre 2000 y 2009, la superficie cultivada en Colombia disminuyó en un 58%, fundamentalmente debido a la erradicación. Al mismo tiempo, el cultivo de la coca aumentó en el Perú en un 38% y se duplicó con creces en el Estado Plurinacional de Bolivia (+112%), y los traficantes de ambos países aumentaron su capacidad de producir cocaína.
- La demanda de cocaína en los Estados Unidos se ha venido reduciendo desde hace tiempo: en 1982 se estimó que 10,5 millones de personas habían consumido cocaína durante el año anterior; en 2008, esa cifra fue de 5,3 millones de personas, cerca de la mitad. Sin embargo, durante el último decenio se ha duplicado el número de consumidores de cocaína en Europa, pasando en 2008 de 2 millones en 1998, a 4,1 millones en los países de la Unión Europea y la Asociación Europea de Libre Intercambio (UEAELI). Para 2008 el valor del mercado europeo (34 mil millones de dólares de los EE.UU.) se acercaba al del mercado de América del Norte (37 mil millones de dólares de los EE.UU.). El valor del mercado mundial de cocaína se calcula en torno a 88 mil millones de dólares de los EE.UU. (las estimaciones oscilan entre 80 mil millones y 100 mil millones de dólares de los EE.UU.).
- Estos cambios, sumados a los esfuerzos de intercepción, también han modificado las pautas del tráfico ilícito. A medida que el Gobierno de Colombia ha logrado mayor control de su territorio, los traficantes utilizan cada vez más otros países de tránsito de la región, como la República Bolivariana de Venezuela y el Ecuador. Los carteles mexicanos de la droga emergieron durante los últimos 10 ó 15 años como los principales organizadores de los envíos de cocaína hacia los Estados Unidos, sustituyendo en gran medida a los anteriores grupos dominantes colombianos. En respuesta a los esfuerzos de México para combatir esa actividad, los países de América Central se utilizan cada vez más como países de tránsito. Alrededor de 2004 se comenzó a utilizar el África occidental como vía hacia Europa. La situación sigue evolucionando y la repercusión en los países de tránsito puede ser devastadora.

En 2008, la producción potencial de cocaína pura ascendía a unas 865 toneladas. Esa cantidad es considerablemente inferior a la de cuatro años antes, en que se producían unas 1.050 toneladas. La mayor parte de esas drogas están destinadas para los consumidores de América del Norte (6,2 millones de consumidores en 2008) y Europa (de 4 millones a 5 millones). Esas dos regiones, con el 70% de la demanda y el 85% del valor total, son las que más influyen en la evolución del mercado mundial de cocaína.

Consumo de cocaína en 2008 (o último año del que se dispone de datos)



En América del Sur, América Central y el Caribe existen además otros 2,7 millones de consumidores.

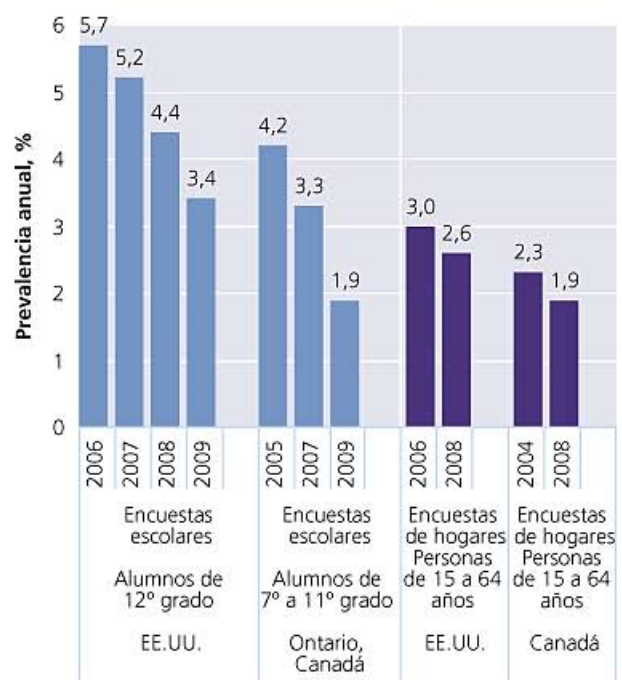
El mayor mercado de cocaína: América del Norte

América del Norte es el mayor mercado regional de cocaína con cerca del 40% de la población mundial consumidora de cocaína. Todo parece indicar que, en 2008, se requirieron 196 toneladas de cocaína pura para satisfacer la demanda de esa región. Para hacer llegar esa cantidad a los consumidores (teniendo en cuenta las incautaciones, el consumo en los países de tránsito y la pureza), es preciso que 309 toneladas salieran de la región andina hacia el Norte en 2008. Ese volumen supondría cerca de la mitad de la cocaína procedente de esa región, es decir, una menor proporción que en el pasado reciente. Sobre la base de los análisis forenses de la cocaína incautada en los Estados Unidos, puede afirmarse que la mayor parte de la cocaína consumida en América del Norte era producida en Colombia.

El mercado de cocaína de América del Norte parece estar en declive. Las encuestas por hogares y en escuelas, los análisis forenses y las observaciones de las fuerzas del orden confirman en general que actualmente el número de personas que consumen cocaína en esa región es menor. El consumo de cocaína en los Estados Unidos ha estado disminuyendo desde hace algún tiempo. Ese descenso, que ha sido particularmente marcado desde 2006, obedece probablemente a las presiones sobre la oferta debido a las intervenciones de los organismos encargados de hacer cumplir la ley en Colombia y México.

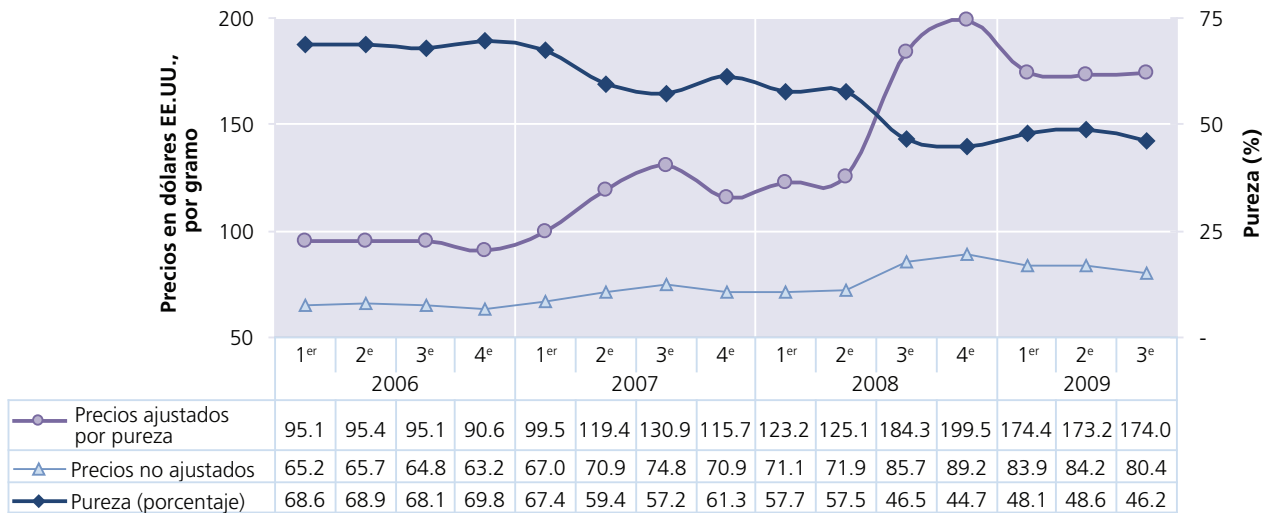
Tasas de prevalencia anual del consumo de cocaína en América del Norte, 2002 a 2008

Fuentes: NIDA, *Monitoring the Future*; OSDU, *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2009*; SAMHSA, *Result from the 2008 National Survey on Drug Use and Health*; Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey 2008*.



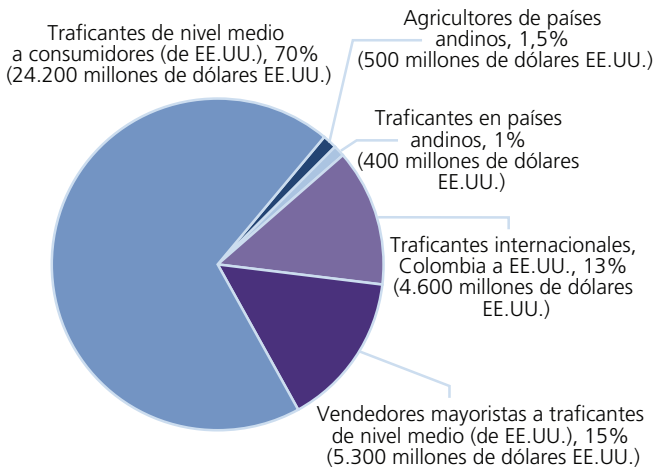
Precio medio de toda la cocaína comprada en los Estados Unidos, de enero de 2006 a septiembre de 2009

Fuente: Organismo de Lucha contra las Drogas, EE.UU.



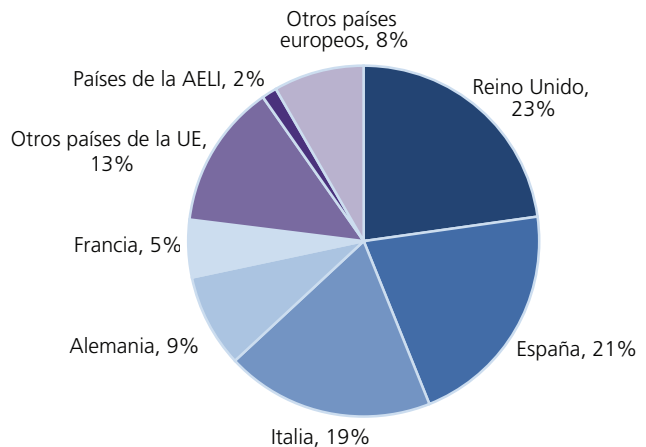
Distribución de los ingresos brutos en porcentaje de los 35.000 millones de dólares EE.UU., del mercado de cocaína, 2008

Fuente: UNODC



Distribución por países de la población de consumidores de cocaína en Europa, 2007/2008

Fuentes: UNODC, CPIA; informes de los gobiernos; UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2009; OEDT, Statistical Bulletin 2009



De producirse una escasez de la oferta para el mercado de los Estados Unidos, posiblemente ello conllevaría un aumento en los precios de la cocaína. Los precios en la calle no han aumentado mucho, pero la pureza ha disminuido enormemente. Si los precios se calculan en función de pureza, en realidad el costo de un gramo de cocaína pura en el mercado de los Estados Unidos ha aumentado drásticamente. Al parecer, los traficantes en los Estados Unidos prefieren reducir la calidad en lugar de aumentar los precios y todo parece indicar que esa práctica ha contribuido a reducir la demanda.

En su conjunto, el valor de la cocaína al por menor en los mercados de los Estados Unidos se redujo en unos dos tercios durante el decenio de 1990, y en torno a otra cuarta parte durante el último decenio. Aproximadamente el 70%

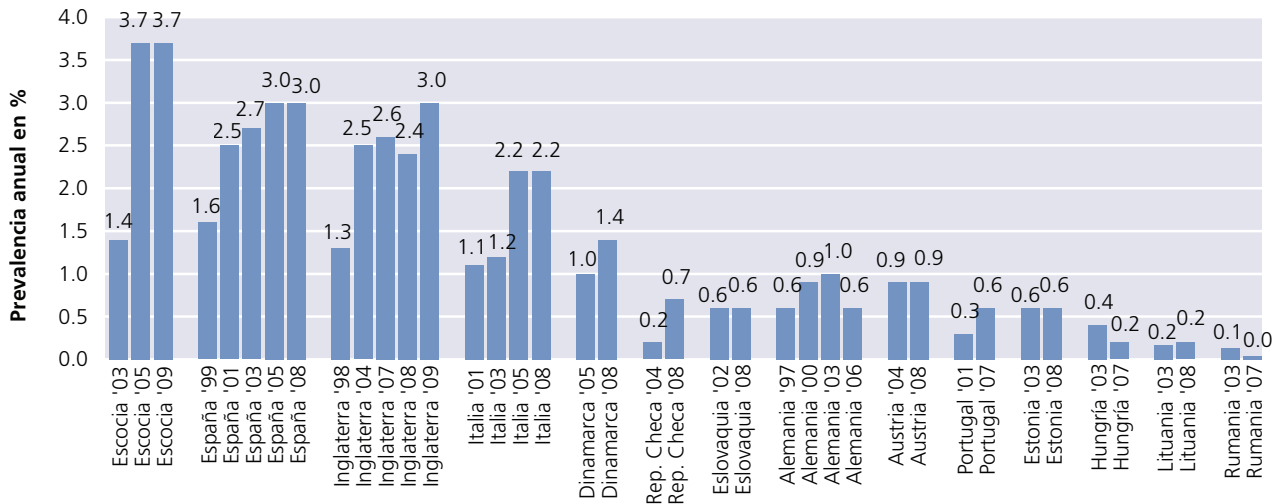
de las ganancias derivadas de la cocaína en los Estados Unidos proceden del comercio entre traficantes de nivel medio y consumidores. Los agricultores y los traficantes en Colombia obtienen menos del 3% del valor de las ventas al por menor de la cocaína que producen.

El segundo mercado más importante de cocaína: Europa

La segunda corriente más importante de cocaína, con destino a Europa, y ha aumentado rápidamente. El mayor mercado nacional de cocaína en Europa es el del Reino Unido, seguido por los de España, Italia, Alemania y Francia. Los niveles de prevalencia del consumo de cocaína son superiores en el Reino Unido y España que en los Estados Unidos.

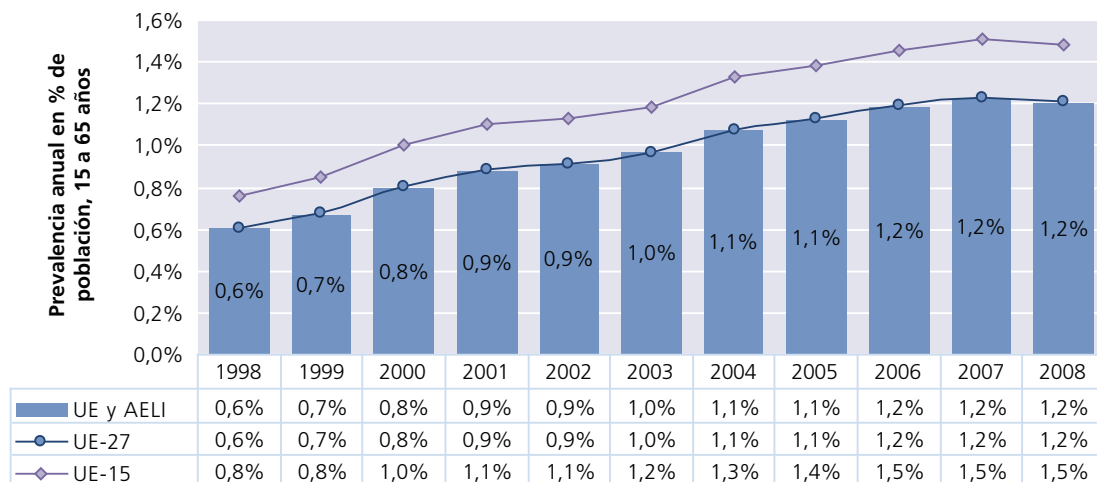
Prevalencia anual del consumo de cocaína entre la población adulta en países determinados europeos

Fuentes: UNODC, CPIA y OEDT, *Statistical Bulletin 2009*



Prevalencia anual del consumo de cocaína en los países de la UE y la AELI, 1998-2008

Fuentes: UNODC, CPIA, informes de los gobiernos, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, OEDT, *Statistical Bulletin 2009*



Datos recientes indican que el rápido crecimiento del mercado europeo de cocaína está comenzando a estabilizarse en algunos de los mayores mercados nacionales como Italia, España y Alemania. Sin embargo, el consumo sigue aumentando en el Reino Unido y en algunos de los mercados europeos más pequeños. Se calcula que en 2008 se consumieron 124 toneladas de cocaína en Europa. Para responder a esa demanda, se estima que 212 toneladas salieron de América del Sur hacia Europa, cerca de un cuarto de toda la producción. La cantidad procedente del Perú y del Estado Plurinacional de Bolivia es mayor que la destinada a los Estados Unidos.

Los principales países de entrada a los mercados europeos son España y los Países Bajos. La mayor parte del tráfico ilícito tiene lugar por vía marítima. Las principales rutas de tránsito van de antiguas colonias o territorios de ultramar de las naciones europeas, hacia sus contrapartes en el con-

tinente. Al parecer, las corrientes a través del África occidental han sido menores desde 2007, pero podrían aumentar en un futuro próximo.

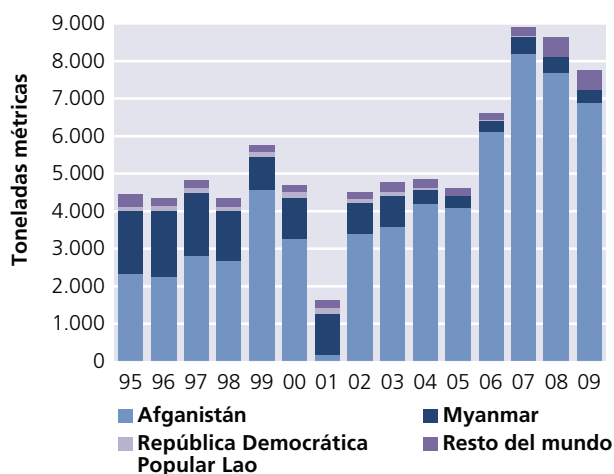
Si bien los volúmenes son inferiores, el valor del mercado europeo de cocaína (34.000 millones de dólares EE.UU.) es casi tan elevado como el del mercado de América del Norte (37.000 millones de dólares), debido a los precios al por menor de la cocaína ajustados por pureza son más altos en Europa. En 2008, los precios en la calle en Europa eran cerca del 50% más bajos que en 1990, pero la pureza ha disminuido y el dólar se ha debilitado respecto del euro. Expresado en dólares, el precio de la cocaína ajustado por pureza ha aumentado en Europa desde 2002.

Al igual que en el mercado de América del Norte, del valor al por menor de la droga sus productores solo perciben una fracción. Los traficantes intercontinentales reciben una

Producción potencial de opio en el mundo (tm), 1995-2009

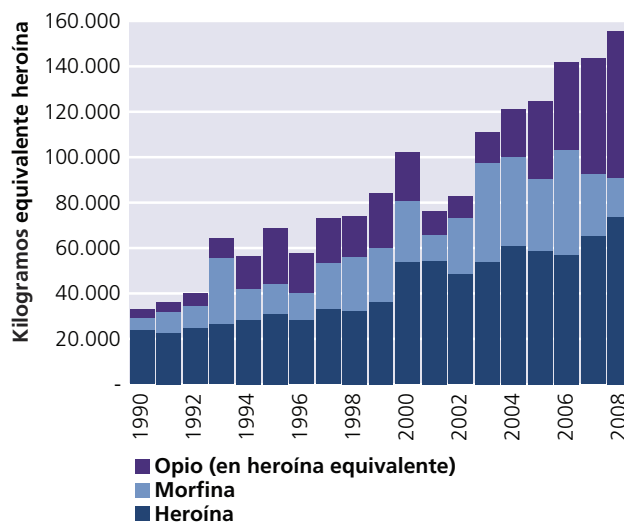
Nota: La estimación correspondiente a 2009 para el "resto del mundo" es provisional ya que se disponía de información limitada sobre algunos países y regiones.

Fuente: UNODC



Incautaciones mundiales de opiáceos en equivalentes de heroína, 1990-2008

Fuente: UNODC, datos de los cuestionarios para los informes anuales (CPIA)/DELTA



parte mayor que en el caso de América del Norte, pero los vendedores mayoristas y minoristas de Europa siguen devengando más de la mitad del valor al por menor.

Heroína

La heroína es el opiáceo ilícito que más se consume en el mundo. Se deriva del opio, que también puede consumirse ilícitamente. Dos terceras partes del opio que no se convierte en heroína se consume en tan solo cinco países: la República Islámica del Irán (42%), el Afganistán (7%), el Pakistán (7%), la India (6%) y la Federación de Rusia (5%). También se consumen otros opiáceos, incluidas diversas mezclas de paja de adormidera y opiáceos de venta por receta, pero la heroína sigue siendo el opiáceo más problemático en el plano internacional.

Con excepción del año 2001, en que apenas se cultivó adormidera en el Afganistán, la producción mundial del opio proliferó considerablemente durante el primer decenio del siglo XX y hasta 2007, sin aparentemente una expansión correspondiente en la demanda. Posteriormente, la producción de opio disminuyó en el período 2007 a 2009 (de 8.890 toneladas a 7.754 toneladas), aunque se mantuvo marcadamente por encima de la demanda mundial estimada (unas 5.000 toneladas para consumo e incautaciones). La reducción del precio del opio "a pie de explotación" en el Afganistán durante los últimos años ha sido mayor que la reducción de los precios de la heroína. Ello podría obedecer a diversos factores, como el aumento de los precios de los precursores de la heroína (particularmente el anhídrido acético) en ese país y una acumulación de reservas de opio no transformado en heroína.

Aunque el Afganistán es la fuente de la mayor parte de los opiáceos ilícitos del mundo (6.900 toneladas de opio o el 89% del total mundial en 2009), también se producen cantidades importantes en Myanmar (330 tm) y América

Latina (especialmente en México y Colombia). Desde 2003, México ha sido la tercera fuente de opio más importante del mundo, y las cantidades producidas en 2008 (325 tm) se aproximaron a las cantidades producidas en Myanmar en 2009.

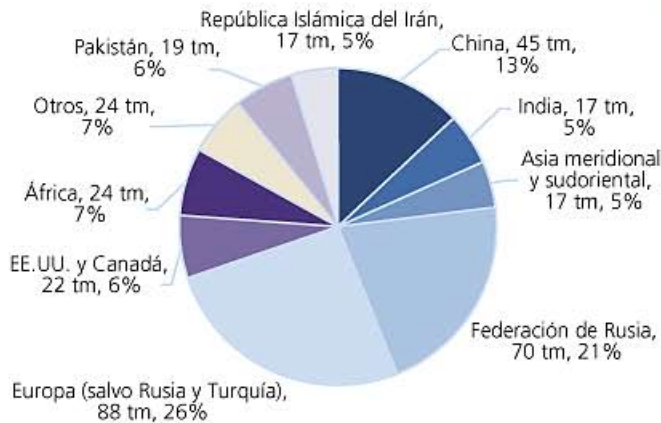
Hay indicios de que la tendencia decreciente en la producción mundial de opio durante el período de 2007 a 2009 se mantendrá en 2010. Los primeros indicios correspondientes a 2010 (según la evaluación publicada por la UNODC, *Afghanistan Opium Winter Rapid Assessment*) apuntaba a que la superficie cultivada de opio en el Afganistán podría permanecer más o menos estable, pero probablemente disminuya el rendimiento debido a una plaga.

Las incautaciones de opio y de heroína continuaron aumentando en 2008. Sin embargo las incautaciones de morfina se mantuvieron en la tendencia decreciente que comenzó en 2007. Aunque las incautaciones de heroína han mantenido generalmente una tendencia creciente desde 2002, han sido superadas por el aumento de las incautaciones de opio en todo el mundo, lo que posiblemente refleje las dificultades con que tropiezan los operadores de los laboratorios afganos para obtener suficientes precursores químicos para transformar en heroína las grandes cantidades de opio cosechado. La mayoría de las incautaciones de opio continúan realizándose en la República Islámica del Irán, vecina del Afganistán. Por tanto, el aumento mundial en las incautaciones de opio refleja en gran medida el mayor número de incautaciones de opio realizadas por las autoridades en la República Islámica del Irán.

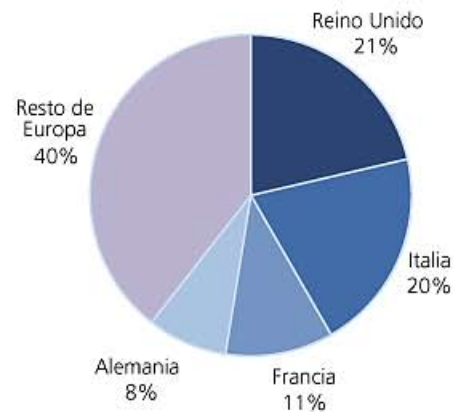
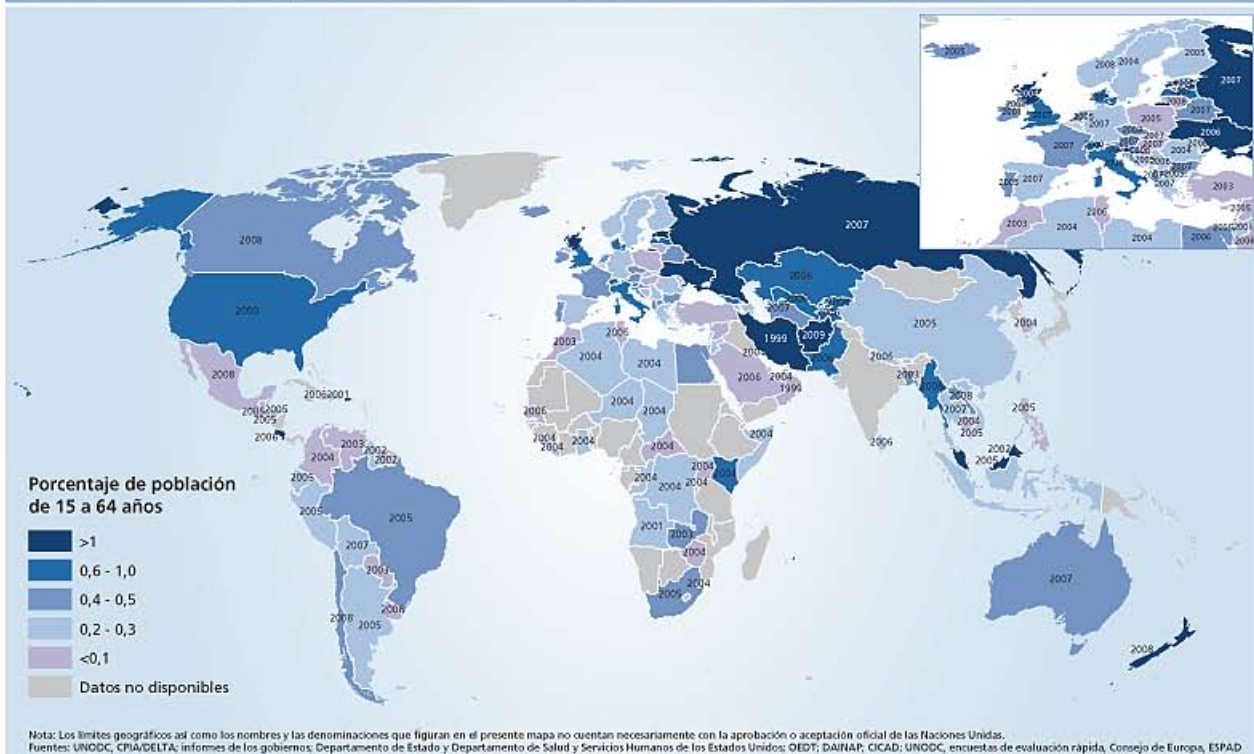
Los dos mayores mercados para los opiáceos afganos son la Federación de Rusia y Europa occidental, que en su conjunto consumen cerca de la mitad de la heroína producida en el mundo. Se estima que en 2008 se consumieron en el mundo unas 340 toneladas de heroína. Para satisfacer esa

Consumo mundial de heroína (340 tm), 2008

Fuente: UNODC

**Distribución estimada del consumo de heroína en Europa occidental, 2008 (total: 85 tm)**

Fuente: UNODC

**Consumo de opiáceos, incluida la heroína, 2008-2009 (o último año disponible)**

demanda, teniendo en cuenta las incautaciones, se tienen que haber producido en torno a 430 toneladas. De las estimaciones de la UNODC se desprende que ese año se produjeron unas 380 toneladas de opio fuera del Afganistán, que abastecieron la mayor parte de la demanda mundial.

El mayor mercado de heroína: Europa occidental

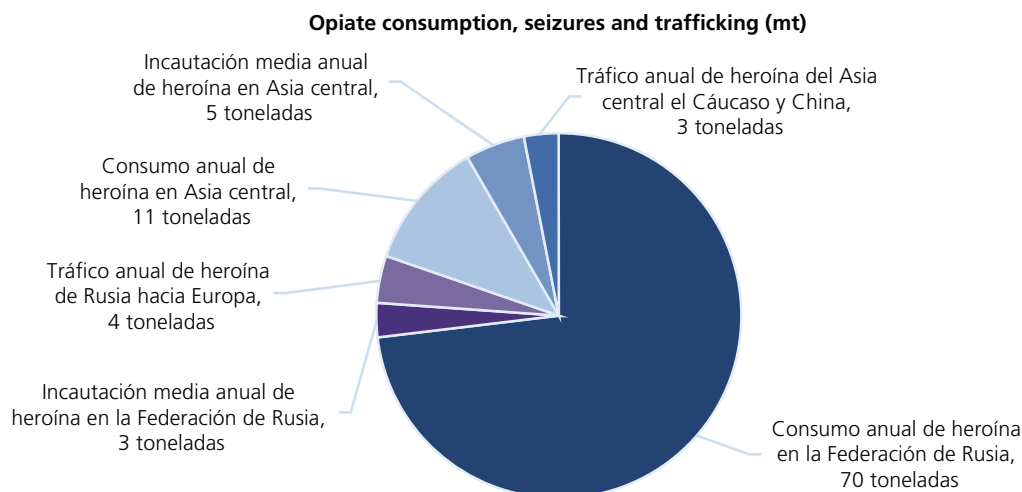
El mayor mercado de heroína del mundo es Europa occidental, y cerca de la mitad de ese mercado se encuentra en solo tres países: el Reino Unido, Italia y Francia. El consumo de heroína parece estar disminuyendo en la mayoría de los países de Europa occidental, aunque los daños aso-

ciados al consumo de heroína parecen estar aumentando, como indican las muertes inducidas por la heroína.

La mayor parte de la heroína enviada desde el Afganistán hacia Europa occidental, se transporta por tierra a lo largo de la denominada "ruta de los Balcanes", a través de la República Islámica del Irán (o del Pakistán a la República Islámica del Irán), Turquía y los países del sudeste de Europa. Se estima que el 37% de toda la heroína afgana, es decir, 140 toneladas, se envía desde el Afganistán por esa ruta para satisfacer una demanda de unas 85 toneladas. La mayoría de la heroína interceptada en el mundo es incautada a lo largo de esa ruta: la República Islámica del Irán y

Distribución del mercado de heroína en la ruta norte, 2000-2008

Fuente: UNODC



Turquía, entre otros países, incautaron más de la mitad de toda la heroína incautada a nivel mundial en 2008.

La cantidad total de heroína incautada en Europa, según lo comunicado por 43 países, fue en torno a 7,6 toneladas en 2008, lo que supone únicamente la quinta parte del total incautado en Turquía y la República Islámica del Irán en 2008. En su conjunto, en tan solo tres países: el Reino Unido (18%), Italia (14%) y Bulgaria (13%), se incautó casi la mitad del total correspondiente a los países de la UE y de la AELI en 2008. Muchos países de toda Europa que bordean las principales rutas del tráfico de heroína, comunicaron niveles más bien bajos de incautaciones en 2008, por ejemplo, Montenegro (18 kg), Bosnia y Herzegovina (24 kg), la ex República Yugoslava de Macedonia (26 kg), Hungría (28 kg), Albania (75 kg), Austria (104 kg), Eslovenia (136 kg), Croacia (153 kg) y Serbia (207 kg).

Los precios al por mayor de la heroína (no ajustados por pureza) aumentaron a lo largo de la ruta de tráfico del Asia sudoccidental hacia Europa. En 2008, los precios al por mayor variaron de un país a otro: menos de 3.000 dólares de los EE.UU. por kilogramo en el Afganistán, entre 10.300 y 11.800 dólares de los EE.UU. por kilogramo en Turquía, y un precio medio de 44.300 dólares de los EE.UU. por kilogramo en Europa occidental y central.

El segundo mercado más importante de heroína: la Federación de Rusia

Cerca del 25% de toda la heroína afgana (95 tm) se trafica cada año del Afganistán al Asia central por la "ruta norte", para atender la demanda de unas 70 toneladas en la Federación de Rusia. Se estima que el número de consumidores de opiáceos en ese país oscila entre 1,6 y 1,8 millones de personas, lo que equivale a una tasa de prevalencia del 1,6% de la población de 15 a 64 años. La prevalencia de VIH entre los drogadictos es muy elevada (37%).

Para salir del Afganistán hacia la Federación de Rusia, los traficantes pueden hacerlo por tres países: Tayikistán,

Uzbekistán y Turkmenistán. La mayor parte del flujo parece pasar a través de Tayikistán hacia Osh en Kirguistán, para cruzar Kazajistán hacia la Federación de Rusia. El tráfico se realiza principalmente en vehículos comerciales y privados, a menudo en cantidades relativamente pequeñas. De 45 incautaciones de heroína de más de 500 gramos (una cantidad comercial) realizadas en Tayikistán entre 2005 y 2007, el 80% era de 10 o menos kilogramos, y de estas, el peso medio era de 2,6 kilogramos. Ese peso por incautación es considerablemente reducido en comparación con el de otras regiones, lo que indica que las operaciones de tráfico en pequeña escala son la norma y no la excepción.

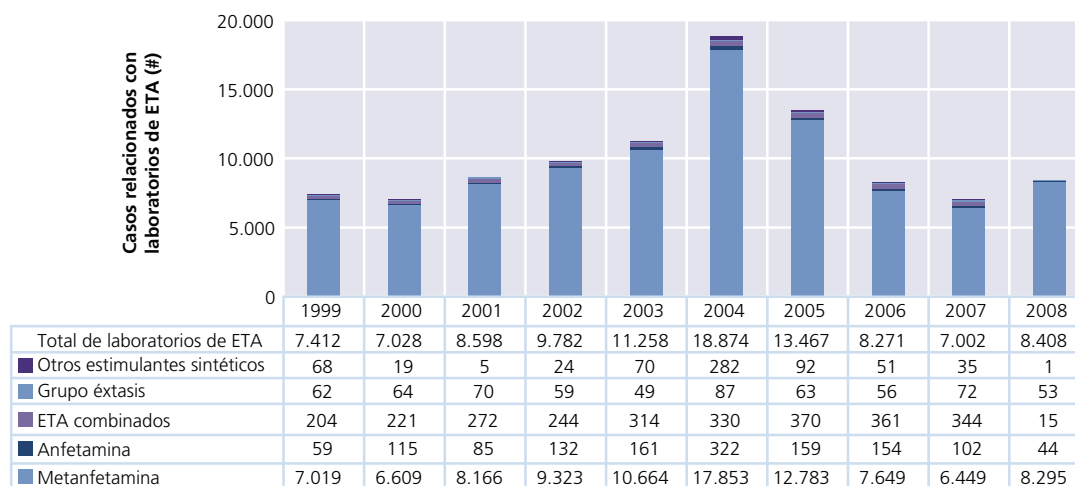
Aun cuando el total de incautaciones se mantuvo esencialmente estable en Tayikistán en 2008 (1,6 tm), las realizadas en Uzbekistán y Kazajistán alcanzaron los niveles más altos registrados, 1,5 toneladas y 1,6 toneladas respectivamente. En la Federación de Rusia, las incautaciones han seguido una tendencia ascendente, de 2,5 toneladas en 2006, a 2,9 toneladas en 2007 y 3,4 toneladas en 2008.

El tráfico a través del Pakistán

Alrededor de 150 toneladas (40%) de la heroína/morfina afgana son traficadas hacia el Pakistán, particularmente hacia la provincia de Baluchistán y las zonas tribales de administración federal que comparten largas fronteras con el Afganistán. Si bien parte de las drogas se consumen o incautan en el Pakistán, la mayor parte se trafica hacia otros países. Entre los principales destinos de la heroína que se trafica a través del Pakistán cabe citar la República Islámica del Irán (35 toneladas, en su mayor parte para su envío posterior a Europa), diversos países de Asia (25 tm), África (unas 20 toneladas) y los Emiratos Árabes Unidos (11 toneladas para su envío posterior a China y el África oriental y meridional). Los traficantes pakistaníes también operan numerosas rutas aéreas (y marítimas) hacia Europa, principalmente hacia el Reino Unido y los Países Bajos, enviando una cantidad estimada de 5 toneladas anualmente a través de esas conexiones directas.

Laboratorios de ETA (todos los tamaños) comunicados a la UNODC, por tipo, 1999-2008

Fuente: UNODC, CIA



Estimulantes de tipo anfetamínico

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son un grupo de sustancias sintéticas que comprenden el grupo anfetamínico (principalmente anfetamina, metanfetamina y metcatinona) y sustancias del grupo éxtasis (MDMA y sus análogos). Los ETA se pueden producir en dondequiera que se puedan obtener sus precursores, por lo que suelen fabricarse cerca de los principales mercados de consumidores. Más de un tercio de los países que enviaron informes a la UNODC detectaron que en sus territorios se fabricaban ETA.

El número comunicado de laboratorios clandestinos relacionados con los ETA aumentó un 20% en 2008, y por primera vez se descubrió la existencia de laboratorios en la Argentina, el Brasil, Guatemala, la República Islámica del Irán y Sri Lanka. Se recibió información de 31 países sobre la detección de 8.432 laboratorios, en su mayoría en los Estados Unidos, la República Checa, Australia, China,⁴ Eslovaquia, Nueva Zelanda, los Países Bajos, el Canadá y México. No obstante, el número de laboratorios no es representativo de su producción, ya que muchos países con un número total menor de unidades notifican solamente laboratorios de producción en gran escala.

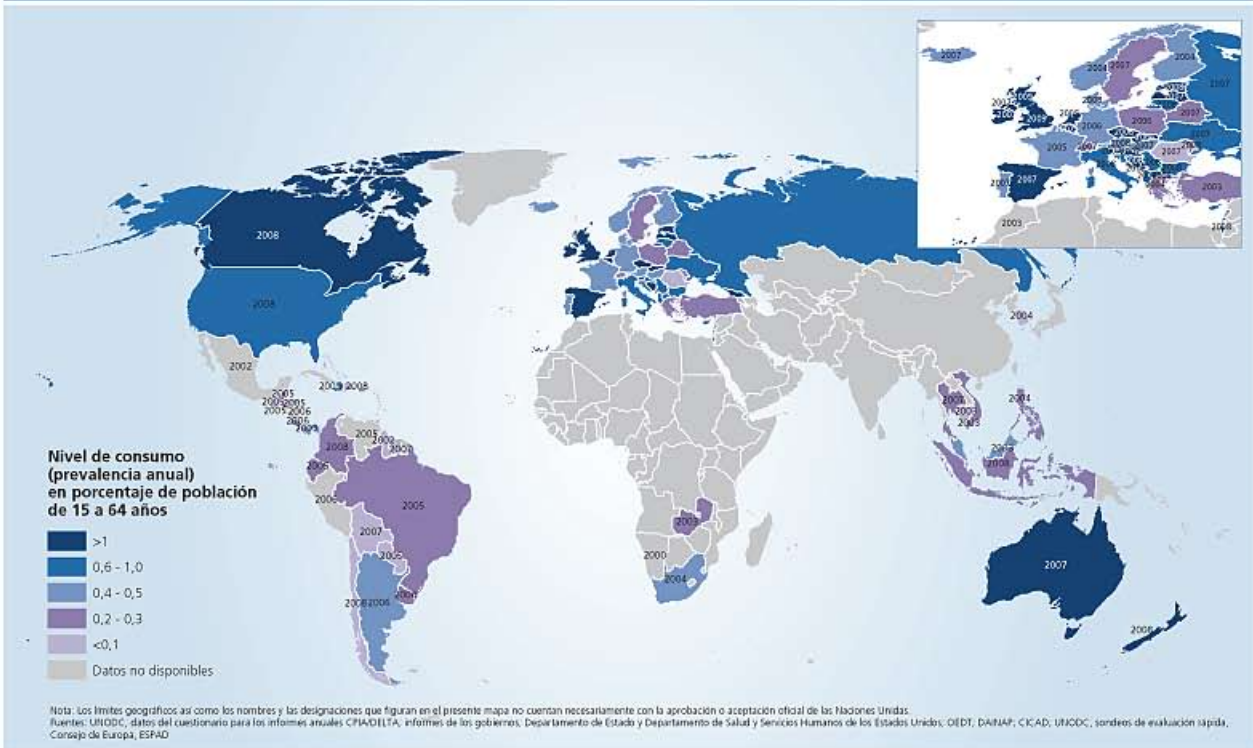
Tradicionalmente, cada región ha tenido problemas respecto de diferentes ETA. El "éxtasis" ha estado asociado con los clubes de baile, inicialmente ubicados principalmente en los países anglófonos, pero que posteriormente se extendieron por toda Europa, América, la región de Oceanía y muchas partes de Asia oriental y sudoriental. La metanfetamina ha sido problemática en el Asia oriental sudoriental durante el último decenio, así como en América del Norte y Oceanía. La anfetamina podía encontrarse primordialmente en Europa, aunque en los últimos años un impor-

tante nuevo mercado ha emergido en el Oriente Medio, con una demanda de pastillas denominadas *Captagon*. Ese nombre correspondía a una marca de un producto que ha dejado de fabricarse que contenía fenetilina, pero en la actualidad esas pastillas contienen principalmente anfetamina y cafeína. El consumo indebido de estimulantes farmacéuticos es generalizado en América del Sur y en África. Las tendencias y el entorno de esas sustancias también se están modificando:

- América del Norte tuvo que enfrentarse a una racha de consumo de metanfetamina que avanzaba gradualmente del oeste a la costa este. No obstante, el éxito en la fiscalización de los precursores parece haber reducido ese peligro, aunque las incautaciones aumentaron en 2009.
- El "éxtasis" está ganando importancia en muchas partes del mundo en desarrollo, incluida Asia, mientras que su consumo parece estabilizarse o estar en declive en Europa. La situación sigue siendo dinámica y el éxtasis se está produciendo en nuevos lugares en todo el mundo, mientras que los mercados europeos y otros mercados están descubriendo cada vez más sustancias sicotrópicas sintéticas sustitutas que se venden en forma de pastillas como éxtasis. La piperazina, la ketamina y otras sustancias sustitutas, ya sea comercializadas como "éxtasis" o con su propio nombre, han ganado popularidad como drogas sociales. A raíz de esos cambios en la demanda, han cambiado las sedes para las operaciones de fabricación. En el pasado, la mayoría de las pastillas vendidas como "éxtasis" se fabricaban en Europa, pero ya no parece ser así. La fabricación de "éxtasis" ha aumentado en América del Norte (especialmente en el Canadá) y en varias regiones de Asia. Paralelamente al aumento de la fabricación en el Canadá, parece que la drástica reducción de la tendencia de consumo de éxtasis en América del Norte observada desde el año 2000, podría revertirse.

⁴ En 2008, China comunicó 244 laboratorios clandestinos no especificados. No obstante, se sabe que la cifra incluía también algunos fumadores de opio y por tanto no se incluyeron en los totales de ETA.

Consumo de éxtasis en 2008 (o último año disponible)



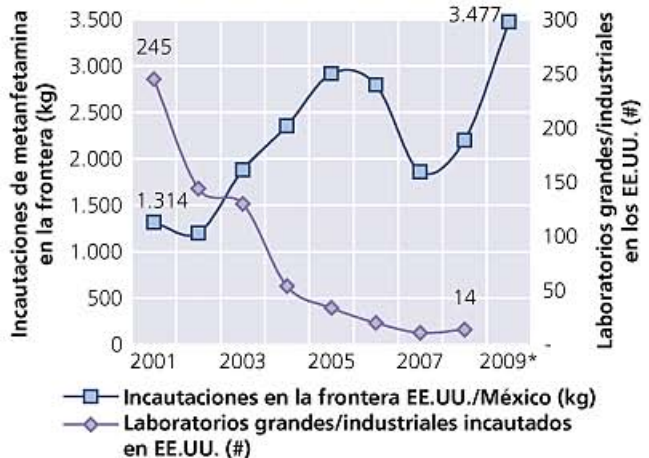
Tendencias de las incautaciones de ETA, por tipo, 1999-2008

Fuente: UNODC, datos de los cuestionarios para los informes anuales/DELTA



Incautaciones de metanfetamina por los EE.UU. cerca de la frontera con México e incautaciones de laboratorios clandestinos de producción de metanfetamina en gran escala, ubicados en los EE.UU., 2001-2009*

*Parte del año 2009
Fuente: UNODC



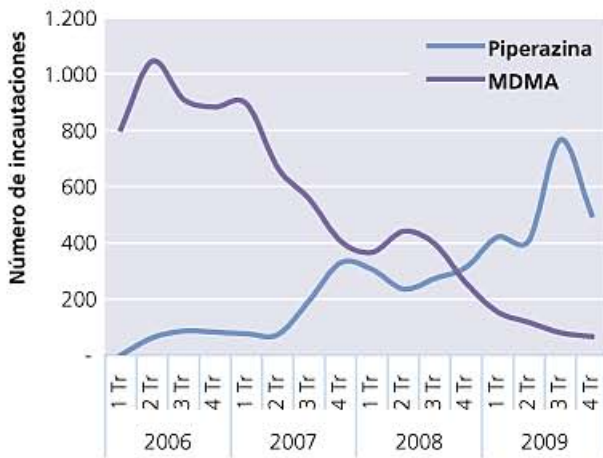
Los ETA son incautados en un número de países y en cantidades mayores que nunca. El aumento del volumen se debe, entre otras cosas al aumento de las incautaciones de pastillas de la marca *Captagon*. Sin embargo, en mercados más arraigados el consumo de ETA parece haberse estabilizado o disminuido y desde 2006, se han desplomado en Europa las incautaciones de pastillas que contienen sustancias del grupo éxtasis.

Estas tendencias generales ocultan una evolución significa-

tiva en distintas regiones importantes. La fabricación de metanfetamina para el mercado de los Estados Unidos, por ejemplo, sufrió una transformación drástica como consecuencia de la fiscalización de los precursores en el país iniciada en 2005, fabricación que se desplazó al otro lado de la frontera con México. Posteriormente ese desplazamiento se trató de contrarrestar mediante la fiscalización de los precursores en México a principios de 2007. En respuesta a esos esfuerzos, aumentaron los precios y descendió la

Composición de las pastillas de "éxtasis" incautadas en el Reino Unido, 2006-2009

Fuente: Forensic Science Service del Reino Unido



pureza en los Estados Unidos. No obstante parece que los traficantes se están readaptando encontrando nuevas fuentes de precursores, nuevas técnicas para sintetizar la droga, y nuevos países en que ubicar la fabricación. Desde fines de 2007 y hasta principios de 2009, la pureza de la metanfetamina vendida en los Estados Unidos parece haber aumentado, lo que ha ocasionado un descenso del precio por gramo de metanfetamina pura. Esta situación parece haberse estabilizado a fines de 2009.

Los traficantes se han adaptado también a las medidas de fiscalización de la fabricación de "éxtasis". Tradicionalmente, Europa ha sido la fuente de la mayor parte del

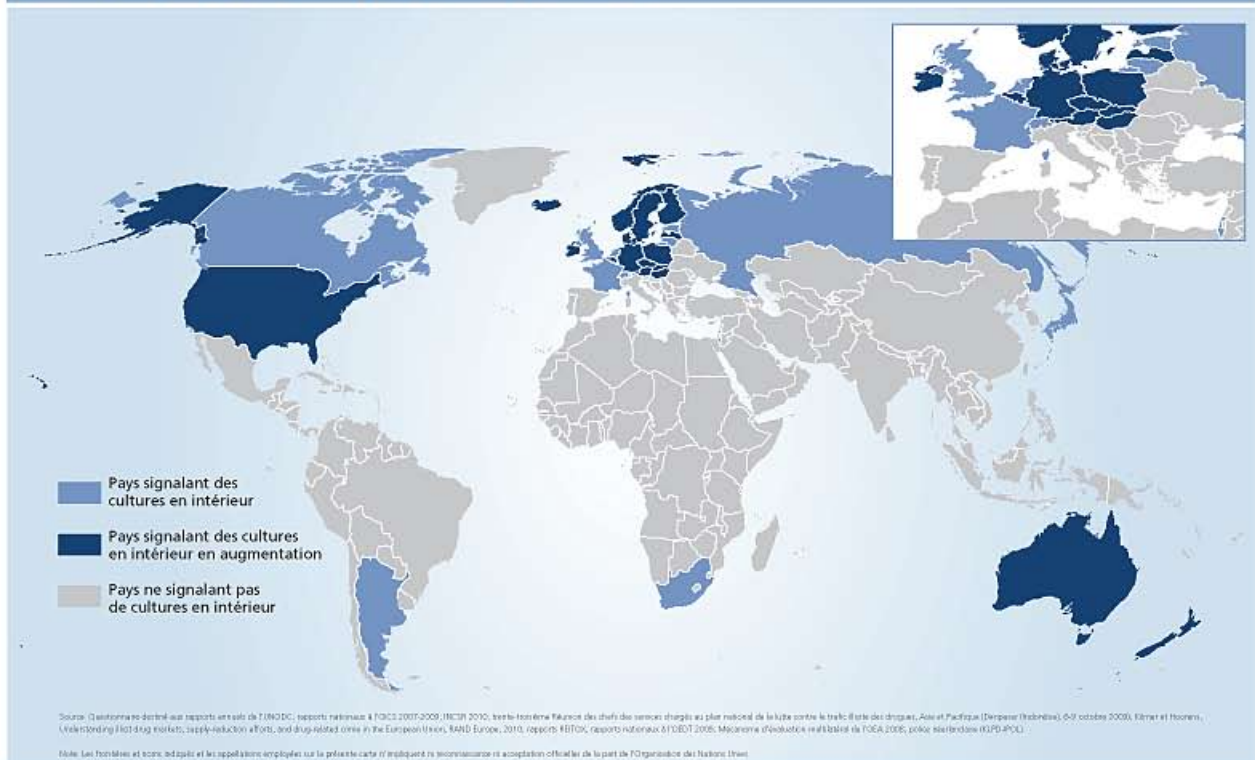
"éxtasis" consumido en el mundo, pero cada vez se detectan más operaciones de fabricación en otras regiones que atienden la demanda en más países. Cada vez más frecuentemente, se detectan precursores alternativos en la fabricación de MDMA, incluidos los aceites ricos en safról provenientes del Asia sudoriental, y se utilizan drogas sustitutas, particularmente las piperazinas, para mimetizar los efectos de la MDMA. Algunos de esos sustitutos químicos no están sometidos a fiscalización internacional y no están regulados en todas las jurisdicciones.

Otra droga no sujeta a fiscalización internacional, y cada vez más popular en Asia, es el anestésico veterinario ketamina. La mayor parte de esa droga se desvía de sus fuentes lícitas, aunque se ha detectado fabricación ilícita en gran escala en Asia. Se han realizado incautaciones de miles de kilogramos, y el precio se ha mantenido bajo en comparación con el de otras drogas.

Cannabis

Al contrario que respecto de la mayoría de los mercados internacionales descritos anteriormente, poco puede informarse acerca de las tendencias mundiales del cannabis debido a que, por lo general, la droga se produce y consume localmente en todos los países del mundo. Los mercados de resina de cannabis están más concentrados que los de la hierba de cannabis, y el Afganistán y Marruecos son los mayores exportadores internacionales. La superficie cultivada de cannabis en Marruecos disminuyó de 134.000 hectáreas en 2003 a 72.000 hectáreas en 2005 y la producción se redujo de 3.070 toneladas a 1.067 toneladas. La UNODC no ha realizado encuestas sobre el cannabis en

Cultivo mundial de cannabis en interiores detectado



Marruecos desde 2005. Sin embargo, el Gobierno de Marruecos ha comunicado disminuciones después de 2005. Los datos sobre las incautaciones de resina de cannabis proveniente de Marruecos y comunicados por los países de destino no muestran una tendencia decreciente y Marruecos sigue siendo, al parecer, una de las fuentes más importantes de esa resina. La producción afgana se estimó en entre 1.500 toneladas y 3.500 toneladas en 2009 (y las estimaciones de la superficie cultivada de cannabis oscilaron entre 10.000 hectáreas y 24.000 hectáreas). Las incautaciones de resina de cannabis en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental se duplicaron con creces después de 2006.

La tendencia mundial más notable en la producción de cannabis durante los últimos años ha sido el desarrollo del cultivo en interiores, especialmente en Europa, Australia y América del Norte. El cultivo en interiores es un negocio muy lucrativo y una fuente cada vez mayor de ingresos para los grupos locales de delincuencia organizada.

Las incautaciones de hierba y resina de cannabis alcanzaron niveles sin precedentes en 2008. La prevalencia de las incautaciones de la hierba de cannabis fue mayor, llegando a un total de 6.587 toneladas, mientras que el total de las incautaciones de resina fue de 1.637 en 2008. Las incautaciones de hierba de cannabis parecen estar aumentando especialmente en América del Sur y en particular en el Estado Plurinacional de Bolivia. En cuanto a la resina, el mayor aumento de las incautaciones corresponde al Asia sudoccidental. En 2008 se practicó posiblemente la mayor incautación de la historia: 236,8 toneladas de resina de cannabis incautadas en junio por las autoridades afganas en la provincia de Kandahar.

Los precios de la hierba de cannabis varían notablemente de un país a otro y de una región a otra, incluso los precios ajustados por paridad de poder adquisitivo. En algunas regiones se observó una regularidad intrarregional, aunque

las comparaciones entre países deben considerarse con cautela puesto que los precios pueden guardar relación con diferentes tipos de productos. El Japón, Singapur y dos territorios en el Asia oriental (Hong Kong y Macao, China) comunicaron precios al por menor muy elevados. El alto precio en el Japón puede deberse al hecho de que la hierba de cannabis es, en su mayoría importada, lo que no es el caso en la mayoría de los demás países. Los precios de la hierba de cannabis eran relativamente elevados también en Europa. En el extremo opuesto se sitúan principalmente los países de África, América del Sur, y el Asia oriental, sudoriental y meridional.

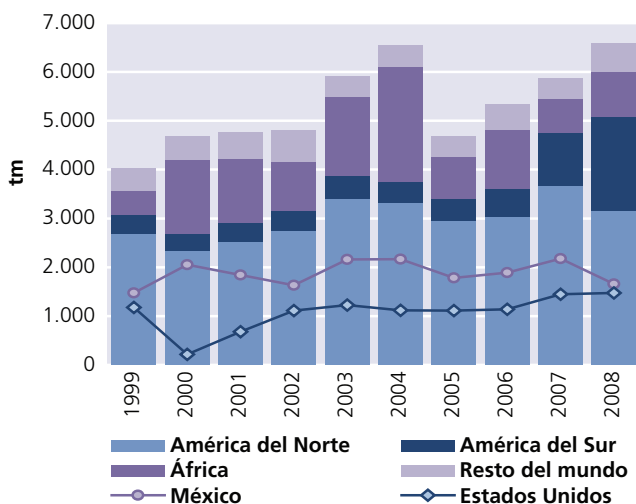
El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita de mayor consumo en el mundo. Se estima que a nivel mundial habían consumido cannabis por lo menos una vez en 2008 entre 129 millones y 191 millones de personas, es decir, entre el 2,9% y el 4,3% de la población mundial de 15 a 64 años. El consumo de cannabis parece haberse iniciado un descenso a largo plazo en algunos de los mercados con el precio más alto, como los mercados de América del Norte y de regiones de Europa occidental. Se ha comunicado un aumento del consumo en América del Sur, aunque las tasas de prevalencia anual se mantienen muy inferiores a las de América del Norte. Pese a que se carece de datos científicamente válidos sobre el consumo de cannabis tanto en África como en Asia, los expertos nacionales de ambos continentes perciben una tendencia creciente.

Tráfico ilícito de drogas e inestabilidad en los países de tránsito

El tráfico ilícito de drogas puede poner en peligro la estabilidad política de dos maneras. La primera se refiere a aquellos países en que los insurgentes y los grupos armados ilegales reciben fondos mediante la imposición de gravámenes a la producción y el tráfico de drogas, o incluso administrándola. La segunda se refiere a aquellos países que no se encuentran en esa situación, pero en los que los traficantes de drogas son lo suficientemente poderosos como para desafiar al Estado mediante la confrontación violenta

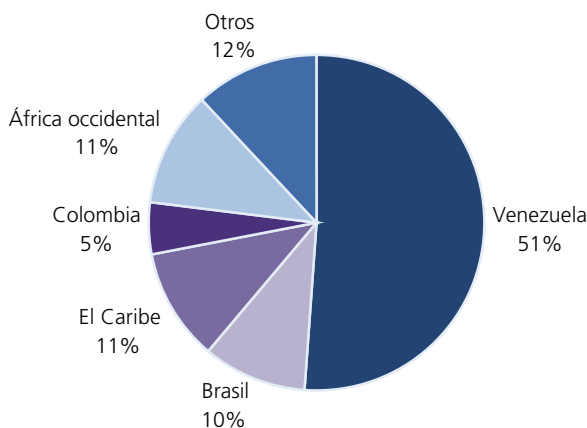
Incautaciones mundiales de hierba de cannabis (tm), 1999-2008

Fuente: UNODC, datos de los cuestionarios para los informes anuales



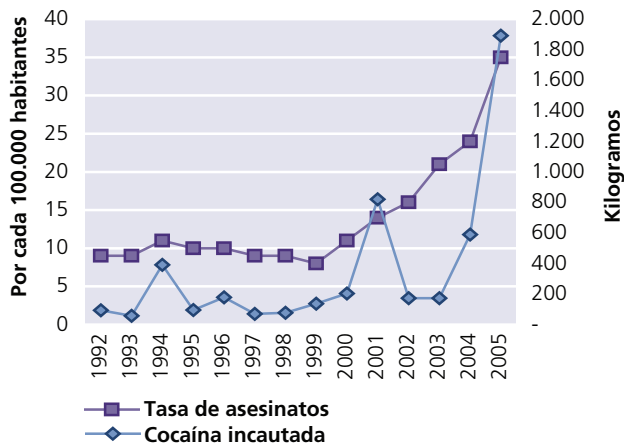
Lugares de salida de envíos marítimos de droga de América del Sur hacia Europa detectados, 2006-2008

Fuente: Centro operacional para análisis marítimos



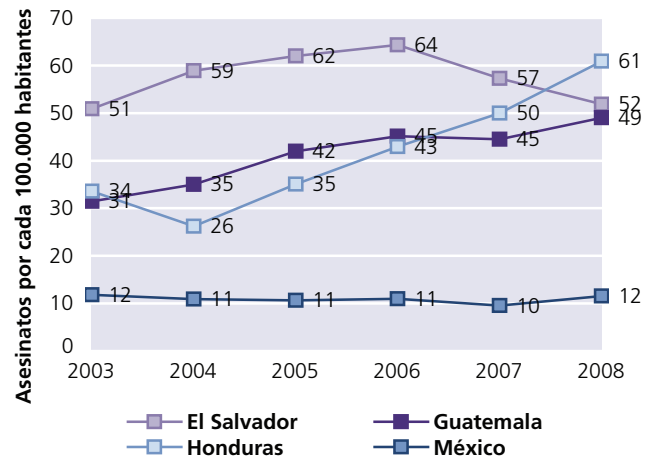
Asesinatos e incautaciones de cocaína en Trinidad y Tabago, 1992-2005

Fuente: UNODC, Estadísticas internacionales sobre homicidios y DELTA



Tasa de asesinatos en América Central (por cada 100.000 habitantes), 2003-2008

Fuente: UNODC, Estadísticas internacionales sobre homicidios



o la corrupción de las altas instancias. El presente capítulo se centra en esa segunda categoría, y analiza la repercusión del tráfico ilícito de cocaína en los países de tránsito.

Entre 2006 y 2008, más de la mitad de los envíos marítimos detectados de cocaína hacia Europa provenían de la República Bolivariana de Venezuela. El Ecuador también se ha visto afectado por el aumento del tráfico de tránsito y ambos países se enfrentan a problemas de violencia cada vez mayores.

El declive del mercado de cocaína de los Estados Unidos y el aumento del mercado de Europa también han contribuido a la violencia en el Caribe. Ello se debe, en algunos casos, al surgimiento de nuevas corrientes de cocaína, y a la pérdida del tráfico de cocaína como fuente de ingresos para los delincuentes locales, en otros. La experiencia demuestra que cualquier cambio drástico en el tráfico ilícito puede tener un efecto destabilizador que desemboca en la violencia.

Mucho se ha destacado la violencia relacionada con la droga en México, pero en ese país la tasa de asesinatos es considerablemente menor y el Gobierno es mucho más fuerte. La campaña de represión contra los carteles mexicanos ha desatado la violencia, como ocurrió en Colombia, pero es posible que esa etapa sea necesaria para dismantelar los grupos de la delincuencia organizada que han comenzado a desafiar al Estado. Parece ser que esa campaña ha desorganizado el suministro de cocaína a los Estados Unidos, y lo que es más importante, ha arrancado de raíz la corrupción generalizada y reafirmado el control del Gobierno en todo el territorio del país. Puesto que gran parte de la violencia relacionada con la droga en América Central está vinculada a esos mismos carteles, los avances en México deberían repercutir a los países del Sur.

Del otro lado del Atlántico, el tráfico ilícito de cocaína en gran escala ha sido un problema en el África occidental desde alrededor del año 2004. Si bien los datos sobre la

violencia en el África occidental son escasos, es poco probable que la corriente de dinero procedente del narcotráfico precipite los tipos de feudos presenciados recientemente en América Latina, debido al hecho de que los traficantes hayan podido contar con la cooperación de personalidades prominentes en algunas sociedades autoritarias.

El caso más conocido es el de Guinea Bissau, país en el que recientemente militares detuvieron y amenazaron al Primer Ministro con el fin de lograr la destitución del Jefe del Estado Mayor Militar. El cabecilla de ese "golpe" asumió el cargo de Jefe Adjunto. También ha sido acusado de participación generalizada en el tráfico ilícito de drogas. Si bien la corriente de cocaína a través de esa región disminuyó bruscamente a raíz de los disturbios políticos en Guinea Bissau y Guinea en 2008 y 2009, algunos acontecimientos recientes indican que podría reanudarse en un futuro cercano.

Es preciso adoptar medidas para asegurar que la delincuencia organizada transnacional no contribuya a la inestabilidad, incluso, si fuera el caso, en lo que respecta a la integración de la prevención de la delincuencia en los esfuerzos internacionales de fomento de la paz y el estado de derecho. Habida cuenta de que la mayoría de las corrientes transnacionales del tráfico ilícito son intercontinentales, se requiere una planificación integral de estrategias de fiscalización de drogas a nivel mundial para poder hacerles frente, y las Naciones Unidas pueden contribuir a coordinar ese empeño.

1. ANÁLISIS DEL MERCADO TRANSNACIONAL DE DROGAS



1.1 Introducción

A partir del decenio de 1960, y en el contexto de los rápidos y profundos cambios socioeconómicos ocurridos en el mundo, el sistema internacional de fiscalización de drogas ha logrado contener la propagación del consumo anual de drogas ilícitas a alrededor de 200 millones de personas, es decir, el 5% de la población mundial de 15 a 64 años. Este resultado es muy favorable si se compara con la prevalencia mucho mayor del consumo de tabaco, que causa 5,4 millones de muertes al año.¹

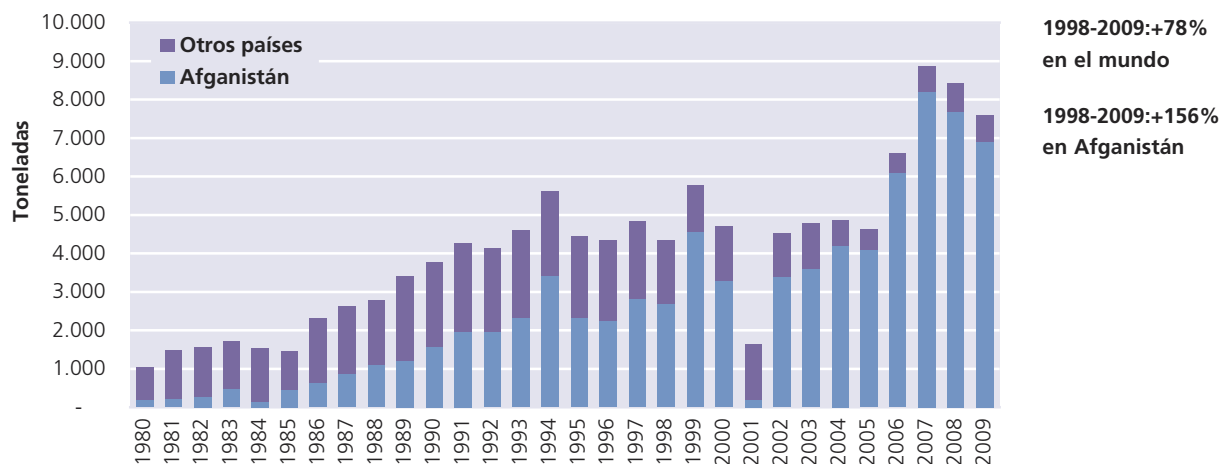
El sistema se estableció para limitar a fines médicos y científicos el consumo de las drogas sujetas a fiscalización y, aunque la limitación del consumo ilícito a niveles relativamente bajos constituye un logro notable, los Estados Miembros siempre han previsto metas más ambiciosas.

En 1998, 37 años después de la aprobación de la Convención Única de 1961, la Asamblea General, en un período extraordinario de sesiones, decidió trabajar en pos de “eliminar o reducir considerablemente” la producción y el consumo ilícito de drogas para 2008,² y aprobó un conjunto de planes sectoriales a fin de lograr ese objetivo. En la reunión celebrada al concluir el decenio, los Estados Miembros expresaron su insatisfacción con los resultados alcanzados y declararon que seguían “sumamente preocupados por la creciente amenaza que plantea el problema mundial

de las drogas”.³ No existe una única medición de la evolución de año a otro del problema mundial de las drogas. Ni siquiera existe una definición clara de qué se entiende por “problema mundial de las drogas”. Habida cuenta de que la salud pública es el objetivo principal del sistema internacional de fiscalización de drogas, la prevalencia del consumo de drogas ilícitas suele considerarse un indicador básico, aunque imperfecto, de la situación del problema. No obstante, el consumo de drogas ilícitas es una cuestión polifacética. En particular, cada droga produce un efecto diferente así como representa peligros distintos para los consumidores. De ahí que, en el plano internacional, la prevalencia anual del consumo de drogas, por categorías de drogas, sea el indicador más normalizado para vigilar la evolución del consumo. Lamentablemente, solo una minoría de países cuenta con sistemas nacionales adecuados para vigilar la prevalencia. Por tanto, sobre esas bases, es muy difícil llegar a medidas precisas, fiables y adecuadas de la evolución del problema mundial de las drogas durante el último decenio. Los datos sobre la oferta de drogas pueden ayudar a llenar las lagunas de información, al menos en el caso de algunas drogas. La mayor parte de la producción de cocaína y opio se concentra en unos pocos lugares y gracias al éxito de los esfuerzos para realizar encuestas anuales en el marco del Plan de Acción de 1998 se ha logrado una cober-

Fig. 1: Producción potencial mundial de opio, 1980-2009

Fuente: UNODC



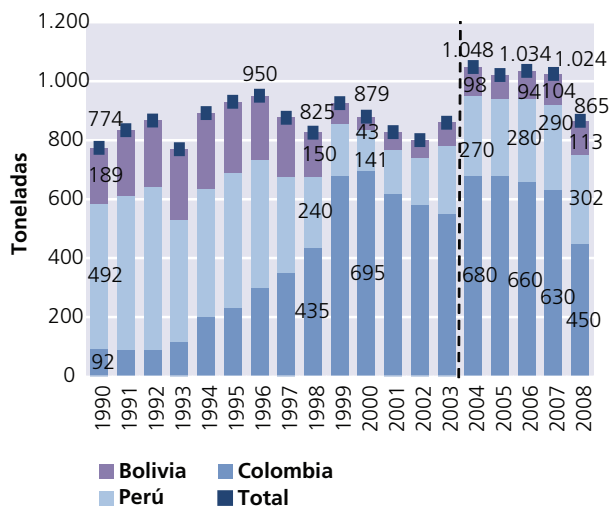
1 OMS, *Tobacco key facts* (véase: <http://www.who.int/topics/tobacco/facts/en/index.html>).

2 Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de la Droga, Nueva York, 8 al 10 de junio de 1998 (A/S-20/4, capítulo V, sección A).

3 Serie de sesiones de alto nivel de 2009 de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, *Declaración política y Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*, marzo de 2009 (S/2009/28 – S/CN.7/2009/12).

Fig. 2: Producción potencial mundial de cocaína (tm), 1990-2008

Fuente: UNODC



tura lo suficientemente sistemática para seguir de cerca la evolución de los mercados mundiales de opiáceos y cocaína desde la perspectiva de la oferta.

Los datos sobre la oferta de opiáceos ilícitos, tal vez la categoría más problemática de drogas y constante preocupación central del régimen internacional de fiscalización de drogas, ponen de manifiesto que la producción mundial de opio disminuyó en cerca del 80% entre 1998 y 2009. Los aumentos en el Afganistán compensan con creces las notables reducciones registradas en el Asia sudoriental durante ese período. Durante los tres últimos años se registraron disminuciones alentadoras, pero la producción afgana seguía siendo un 150% superior en 2009 que en 1998. Teniendo en cuenta los pronunciados aumentos ocurridos después de 2005, la producción parece haber sido muy superior a la demanda mundial, ocasionando la acumulación de grandes reservas, pero no cabe duda de que, desde 1998, el mercado mundial de opiáceos no se ha eliminado ni reducido significativamente.

Durante el mismo decenio la evolución de la producción de cocaína no ha sido tan drástica como en el caso del opio. Se observaron tendencias opuestas en diversos lugares, como una prolongada reducción del consumo en América del Norte, y un aumento en Europa, reducciones de la producción en Colombia y aumentos en el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia. En el plano mundial, esos cambios representaron esencialmente traslados y desplazamientos geográficos de la oferta y la demanda. En su conjunto, no se ha eliminado ni reducido notablemente el mercado durante el último decenio.

Los datos sobre cannabis y estimulantes de tipo anfetamínico son demasiado fragmentarios para permitir un seguimiento anual del mercado en el mundo, pero tampoco hubo indicios de grandes reducciones de esas sustancias en el plano mundial.

Los Estados Miembros han decidido continuar tratando de

lograr el objetivo inicial acordado en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Por consiguiente, la oferta y la demanda de drogas ilícitas deben “eliminarse o reducirse considerablemente” para 2019. Los Estados adoptaron esa decisión en el contexto de nuevas críticas por parte de algunos sectores de la sociedad civil del sistema internacional de fiscalización de drogas y su aparente ineficacia, sin embargo, fue notable la unanimidad de los Gobiernos respecto del análisis del problema mundial de las drogas, de la reiteración de su compromiso político con el marco normativo internacional, así como su decisión de subsanar las deficiencias y obtener mejores resultados.

¿Es posible “eliminar o reducir considerablemente” la oferta y la demanda general de drogas para 2019, como piden los Estados Miembros? En el plano nacional, cabe esperar que muchos países logren mejorar considerablemente la situación relativa al control de las drogas en el plazo de un decenio. Hay algunas novedades alentadoras en ese sentido. ¿Lograrán acaso esos éxitos locales redundar en un mejoramiento general en el plano mundial?

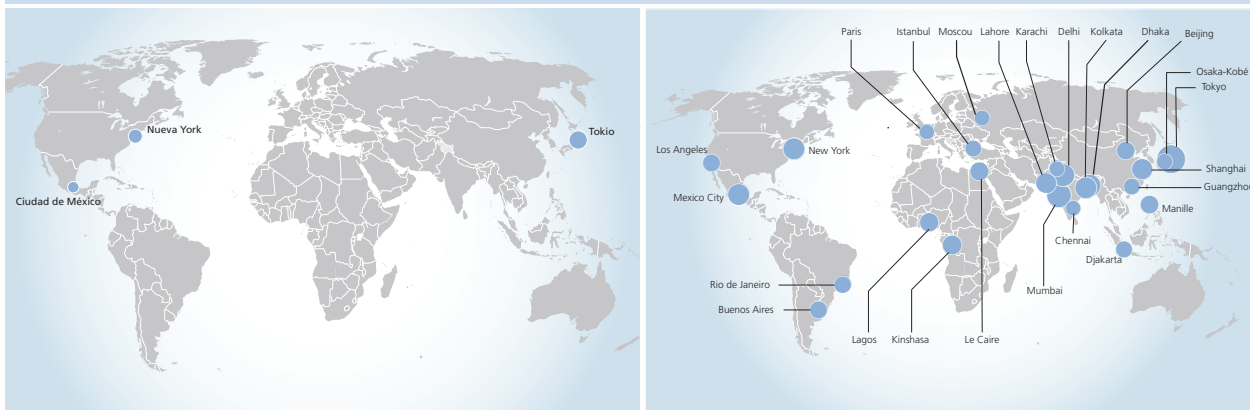
Durante el próximo decenio, el aumento demográfico mundial por sí solo (en unos 800 millones de personas, es decir, un 11%) debería incrementar automáticamente el volumen de los mercados mundiales de drogas, incluso si las tasas de prevalencia del consumo se mantienen constantes. Las posibles repercusiones de otros factores de riesgo como la urbanización (+20% durante el próximo decenio) y el crecimiento de megaciudades en el mundo en desarrollo podría empeorar la situación, puesto que el consumo de drogas es característicamente mayor en las zonas urbanas que en las rurales.

Respecto del cannabis, no existe un mercado mundial propiamente que fiscalizar y vigilar. El panorama general está formado por un mosaico de múltiples y variados submercados, de naturaleza típicamente nacional o regional. Por tanto, fiscalizar su evolución y responder en consecuencia a esos mercados como un todo, puede no ser lo más fácil ni lo más útil. En general, no existen sistemas de fiscalización y los métodos utilizados actualmente para estimar el volumen y la evolución de los problemas mundiales del cannabis, no son adecuados. Esa situación supone un grave problema técnico para cualquier intento de controlar de cerca, orientar y evaluar un enfoque de la eliminación a escala mundial. A ello se suman otros obstáculos. La producción y el consumo de cannabis son omnipresentes y no existe un consenso establecido entre las autoridades nacionales sobre el mejor modo de abordarlos. Dada la situación, una reducción considerable del problema general del cannabis en el plano mundial para 2019 es más probable que sea fortuito y no resultado de una acción concertada internacionalmente. Incluso de darse esa reducción, sería difícil detectarla y medirla de manera fiable debido a la falta de información de referencia y a la persistencia de lagunas en los datos conexos.

Por el contrario, en relación con la heroína, la cocaína y, en gran medida, con los estimulantes de tipo anfetamínico

Fig. 3: Ciudades con más de 10 millones de habitantes en 1975 (a la izquierda) y 2025 (a la derecha)

Source: Département des affaires économiques et sociales/ONU



(ETA), existe un claro consenso político. En el caso de los ETA, debido a que los mercados de la oferta y la demanda son independientes, regionales o incluso nacionales en su mayoría, además de la facilidad, reserva y naturaleza cambiante de la fabricación de las drogas sintéticas, el problema tiende también a desafiar cualquier enfoque mundial y las predicciones generales respecto de un período determinado. No obstante, los ETA han acaparado una parte considerable del mercado mundial de drogas durante los dos últimos decenios y se han convertido en una importante y creciente amenaza para los esfuerzos actuales y futuros de fiscalización de drogas. Desde 1990 la fabricación de ETA se ha propagado y más de un tercio de los Estados Miembros comunican haber detectado tal actividad en sus territorios. Además, el número total de consumidores de ETA excede probablemente al total combinado de consumidores

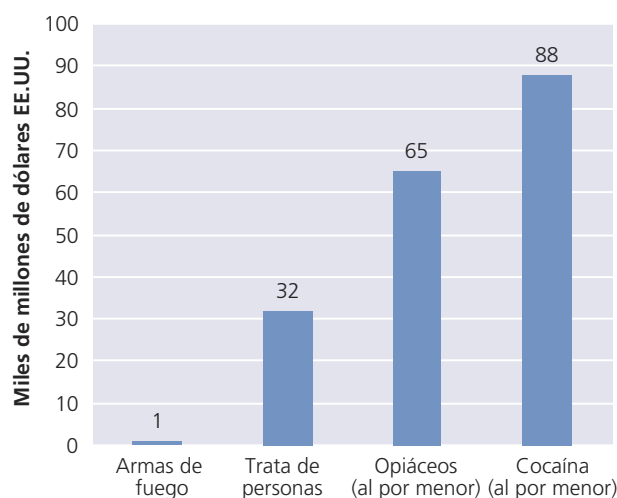
de opiáceos y cocaína. En lo que respecta a los ETA, son necesarias la vigilancia, la adopción o la intensificación de regulaciones específicas y medidas de fiscalización en el plano mundial, así como la formulación de sólidas estrategias regionales.

El Cannabis

es indiscutiblemente la droga que más se produce, incauta y consume en el mundo, y que más problemas de salud, vinculados a su propagación y creciente potencia, en varios países (en su mayoría en países desarrollados) durante el último decenio. Las muertes relacionadas con el cannabis son poco comunes, y la dependencia tiende a aparecer solo tras largos períodos de consumo. Dado que su producción está generalizada, la mayor parte se destina al consumo local o regional. El tráfico del cannabis hacia el extranjero es menos frecuente y parece haber perdido más importancia con el desarrollo de la producción de cannabis de alta potencia en invernaderos en los países industrializados. Por ello, el papel de los grupos de la delincuencia organizada transnacional en los mercados de cannabis es más limitado que en los de otras drogas, como también son más limitadas las amenazas a la seguridad relacionadas con su producción, tráfico y consumo.

Fig. 4: Valor anual estimado de algunos mercados delictivos en el mundo en el decenio del 2000

Fuente: UNODC



Repercusión de los opiáceos, la cocaína y los ETA ilícitos

Los opiáceos plantean los más graves problemas de drogas en todo el mundo, sobre todo en Asia y Europa. Su consumo puede generar una fuerte dependencia que suele estar asociada al VIH/SIDA y la hepatitis B y C, contraídos por el consumo de drogas por inyección (CDI), así como a altas tasas de mortalidad. La tasa de mortalidad de drogodependientes de heroína es entre 6 y 20 veces mayor que la expectativa para la población general de la misma edad y sexo, ya que la diferencia entre una “dosis de recreo” y una “mortal” es pequeña, y las variaciones en la pureza de las drogas de la calle pueden resultar en sobredosis. Por esas razones, el consumo de opiáceos es la causa principal de muertes relacionadas con las drogas en muchos países. Además, el procesamiento y tráfico de opiáceos es una fuente importante de ingresos para los insurgentes en algunos países productores de opio como el Afganistán y Myanmar. En el Afganistán, los cálculos más conservadores radican que, tan solo con el comercio local de opio, los insurgentes del Talibán devengaron un producto de cerca de 125 millones de dólares EE.UU. anuales durante los últimos años. En el Pakistán, los aliados de los talibanes como al-Qaeda y otros grupos afines, tienen bases a lo largo de las principales rutas del tráfico de la heroína y el opio lo que les permite beneficiarse del tráfico ilícito. En otras partes del mundo, otros grupos militantes también parecen estarse financiando, al menos en parte, con el comercio ilícito de opiáceos.

Análogamente, el consumo de cocaína es, ante todo, un importante problema de salud. En el mayor mercado de cocaína del mundo (Estados Unidos), se comprobó que cerca de la quinta parte (18%) de las personas que consumieron cocaína por lo menos una vez el año anterior, eran dependientes de dicha droga proporción superior a la de cualquier otra droga, salvo la heroína. El consumo de cocaína también produce decenas de miles de muertes cada año en todo el mundo. Si bien cerca del 40% de todas las muertes por drogas en los Estados Unidos en 2008 estuvieron relacionadas con la cocaína, la proporción es incluso mucho menor en Europa (8% en los países de la UE/AELI). Después de los opiáceos, la cocaína es la droga más problemática en todo el mundo, especialmente en América. Aunque esa proporción ha disminuido, cerca de la mitad (46%) de todas las personas que reciben tratamiento en América, lo reciben por consumo de cocaína. La proporción en Europa aumentó del 3% en el período entre 1977 y 1998 al 10% en 2008, aproximándose al 15% en Europa occidental. Las proporciones son muy inferiores en África (6%), Oceanía (0,5%) y Asia (0,5%), posiblemente debido a la gran disponibilidad de estimulantes de tipo anfetamínico en esas regiones. Existe también un nexo claro entre consumo de cocaína (especialmente de crack-cocaína) y la delincuencia. Aunque el 11% de los detenidos en el Reino Unido en 2005/2006 había consumido crack-cocaína el mes anterior a su detención, la proporción de consumidores entre la población general era muy inferior (0,1% ese año). Durante los últimos años, entre el 29% y el 35% de los hombres detenidos en los Estados Unidos también habían consumido cocaína el mes anterior (29% en 2008), tasa muy superior a las correspondientes a hombres de la población general de ese país (1% en 2008). Al descender marcadamente el consumo de cocaína desde fines del decenio de 1980 (-56% respecto de las tasas de prevalencia correspondientes al mes anterior entre 1988 y 2008), la delincuencia en general también presentó una marcada reducción en los Estados Unidos, entre -29% en las tasas de delitos contra la propiedad y -43% en las tasas de homicidios, durante el período entre 2000 y 2008. El tráfico de cocaína también está vinculado a la corrupción. Por una parte, ha contribuido a un aumento de la corrupción en los países de tránsito, con inclusión del África occidental y, además, es una importante amenaza a la seguridad pues financia la delincuencia organizada y las insurgencias en varios países, como las FARC en Colombia y el Sendero Luminoso en el Perú.

Al igual que otras drogas, el consumo de ETA repercute principalmente en la salud. La proporción de personas que requieren tratamiento por consumo de ETA asciende al 5% de todos los tratamientos relacionados con las drogas en África, al 10% en Europa y al 12% en América y es particularmente elevada en Oceanía (20%) y Asia (21%), llegando al 36% en el Asia oriental y sudoriental y que exceden al 50% en el Japón, la República de Corea, Tailandia, Camboya y Filipinas, así como en Arabia Saudita, el Cercano Oriente y el Oriente Medio. En particular, el consumo de metanfetamina es una importante amenaza para la salud en los países en que se consume. Los datos de los Estados Unidos indican que los peligros para la salud del consumo de metanfetamina pueden ser similares a los del consumo de crack-cocaína, siendo para los consumidores peligros incluso mayores a los relacionados con el consumo de HCL de cocaína. La delincuencia organizada está involucrada en el desvío de precursores químicos, así como en la fabricación y distribución de ETA. La fabricación de ETA tiene una repercusión deletérea en su entorno, como ponen de manifiesto la dificultad de dismantelar los laboratorios clandestinos. Es indiscutible que los grupos de delincuencia organizada están involucrados en la fabricación de ETA, especialmente en el Asia oriental y sudoriental, así como en América del Norte. Menos se sabe sobre la financiación de las insurgencias (lo que parece ocurrir principalmente en Myanmar) y sobre la violencia relacionada con el tráfico.



Los mercados mundiales ilícitos de opiáceos y cocaína son dos de las mayores amenazas de la delincuencia y el tráfico transnacional de drogas de nuestro tiempo. Decenas de miles de millones de consumidores de opiáceos mueren anualmente en todo el mundo. Dos tercios de todas las demandas de tratamiento por drogadicción en Europa y Asia corresponden a los opiáceos. El mercado de opiáceos genera un volumen anual de ingresos de hasta 65.000 millones de dólares EE.UU., de los cuales, unos 55.000 millones corresponden tan solo a la heroína. Además, el mercado de opiáceos está vinculado a graves problemas de seguridad nacional e internacional, particularmente en el Afganistán y el Pakistán. En cuanto a los efectos sobre la salud, la cocaína es la siguiente en importancia y es una amenaza de delincuencia transnacional organizada, de igual magnitud que la de la heroína. Las estimaciones indican que la cifra mundial de ventas al por menor (unos 88.000 millones de dólares EE.UU.) es incluso mayor que la correspondiente a los opiáceos, y las repercusiones del comercio de cocaína en la estabilidad también pueden ser graves en algunas regiones.

Concebimos los mercados mundiales de heroína y cocaína de distintas maneras, como problemas persistentes de una época de la fiscalización de drogas, una esfera de actividad prioritaria debido a la gravedad de sus repercusiones en las sociedades en que operan, y problemas idóneos para una solución mundial en un plazo razonable. Puesto que ambos mercados se abastecen de zonas de producción relativamente concentradas, la mayoría de sus componentes están directa o indirectamente relacionados entre sí. Las economías transnacionales resultantes basadas en las drogas, desde la producción hasta el tráfico y el consumo, pueden abordarse en su conjunto y pueden verse influidas por conmociones y reacciones en cadena. En ambos casos, los enfoques integrales de fiscalización del mercado, no son solo posibles sino también son necesarios como demuestra la historia. Los numerosos éxitos del pasado en el plano local la lucha contra los cultivos ilícitos, siempre fueron contrarrestados por desplazamientos a otros lugares, y al cerrarse rutas de tráfico, se abrieron otras nuevas.

En la actualidad, la producción ilícita está firmemente enraizada, en su mayor parte, en zonas rurales difíciles de controlar. En lo que a la demanda respecta, los aumentos del consumo de cocaína en Europa han tendido a compensar las reducciones en América del Norte, y la estabilización del consumo de heroína en Europa occidental se ha visto contrarrestada por el deterioro de la situación en la Federación de Rusia. Al mismo tiempo, frecuentemente el volumen y la concentración de las corrientes de tráfico hacia esos mercados de destino a menudo principales han causado estragos en zonas vulnerables de producción y tránsito desbordando la capacidad de las fuerzas de represión locales, generando corrupción, alimentando la violencia y la inestabilidad y propagando la adicción.

Una lección patente de la historia de la fiscalización de la cocaína y la heroína es que la mera suma de iniciativas nacionales y sectoriales no coordinadas, incluso coronadas

con éxito, no pueden traducirse en un éxito mundial. Otra lección demuestra que los países con pocos medios no pueden, por sí solos, oponer resistencia ni contrarrestar los efectos de las poderosas corrientes transnacionales del tráfico ilícito.

Como demuestra la experiencia, el éxito en la lucha contra esos dos mercados parece alcanzable y culminaría con la eliminación de una buena parte del problema mundial de las drogas y muchos de los males con ellas relacionados. En cuanto a la disponibilidad de instrumentos y datos para guiar las intervenciones y vigilar sus efectos, la situación es mucho más alentadora que en el caso de otras drogas. La producción ya se calcula anualmente y los Estados Miembros comunican suficientes datos nacionales sobre el tráfico. Existen datos relativamente buenos de los países de la OCDE sobre la demanda y la falta de datos de otros países con un consumo significativo, especialmente los relativos a la heroína, podría subsanarse con relativa facilidad mediante las encuestas de prevalencia de la cocaína o mediante mediciones indirectas, como los métodos que utilizan multiplicadores en función de los tratamientos, en este caso, por consumo de heroína.

La producción mundial de opio y de coca se ha multiplicado por 6 (cocaína) y por 7 (opio) durante los últimos 30 años. Por consiguiente, para eliminar o reducir considerablemente los mercados de heroína y cocaína se requerirán enfoques más eficaces que los del pasado. ¿Qué se puede hacer? Lo primero es subsanar las deficiencias más importantes de los enfoques anteriores. Los Estados Miembros han constatado una deficiencia básica: la falta de integración. En la Declaración política de 2009,⁴ los Estados Miembros reconocieron “la importancia de fomentar un enfoque integrado de las políticas en materia de drogas a fin de mejorar la eficacia de las medidas de fiscalización de drogas” (art. 31). El nuevo Plan de Acción se hace eco de esa necesidad, en particular en su artículo 27, titulado “Abordar conjuntamente la reducción de la oferta y la reducción de la demanda”: “Si bien el tráfico de drogas es una cuestión multifacética a la que solo puede hacerse frente reduciendo la oferta y la demanda, esa interrelación no suele tenerse en cuenta”.

Para alcanzar los objetivos fijados para 2019, la comunidad internacional debe combinar las intervenciones orientadas a reducir la oferta y la demanda e integrar los esfuerzos nacionales en el marco de las nuevas estrategias internacionales a nivel de los mercados de cocaína, heroína y ETA. Para ello, es indispensable mejorar nuestra comprensión del modo en que operan las economías transnacionales de las drogas ilícitas. La UNODC ha intensificado sus esfuerzos de investigación sobre el tema. En el presente capítulo figuran los resultados preliminares.

■ ■
4 Serie de sesiones de alto nivel de 2009 de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, *Declaración política y Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*, marzo de 2009 (S/2009/28 - S/CN.7/2009/12).

1.2 El mercado mundial de la heroína



Más de 15 millones de personas en todo el mundo consumen opiáceos ilícitos¹ (opio, morfina y heroína). La gran mayoría consume heroína, la forma más letal. Cada año mueren más consumidores por problemas relacionados con el consumo de heroína, y el número de consumidores que se ven obligados a solicitar tratamiento para la adicción, es mayor que el correspondiente a cualquiera otra droga ilícita. Entre los narcóticos ilícitos, los opiáceos son además los más costosos en términos de tratamiento, de atención médica y, posiblemente, de violencia relacionada con las drogas. Además, la heroína es la droga más frecuentemente asociada con la inyección, ocasionando numerosos problemas de salud agudos y crónicos, incluida la transmisión sanguínea de enfermedades como el VIH/SIDA y la hepatitis C. En el Asia central, Ucrania y la Federación de Rusia, la inyección de opiáceos está vinculada a prácticamente entre el 60% y 70% de todos los contagios del VIH.²

Además de su repercusión en la salud, la industria ilícita del opio también influye negativamente en la estabilidad y seguridad de algunos países, incluso mediante la financiación de insurgentes en las zonas de producción, particularmente en el Afganistán. Ya en 1998, en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las drogas se expresó “profunda preocupación por los vínculos entre la producción y el

tráfico ilícitos de drogas y la participación de grupos de terroristas, delincuentes y la delincuencia transnacional organizada”.³ En algunas regiones, el nexo entre drogas ilícitas, delincuencia organizada e inestabilidad ha adoptado la forma de una creciente infiltración de las instituciones estatales por grupos de traficantes de drogas.

El traslado de los opiáceos del productor a los consumidores en todo el mundo es una actividad bien organizada y, lo que es más importante, rentable. El opiáceo más lucrativo, la heroína, cuenta actualmente con un mercado anual de un valor estimado de 55.000 millones de dólares EE.UU. Si se tienen en cuenta todos los opiáceos, la cifra puede llegar hasta 65.000 millones de dólares EE.UU. Los traficantes, imprescindibles para el transporte de las drogas de las zonas de producción a los mercados lucrativos de los consumidores finales, devengan la mayor parte del producto de ese comercio. Una estimación aproximada del número de traficantes que se dedican al traslado de ese producto ilícito a través de regiones y países, podría ser bastante superior a 1 millón de personas.⁴

El problema no es nuevo y los gobiernos han realizado enormes esfuerzos durante los últimos decenios por contener la corriente de opiáceos ilícitos. Se han logrado numerosos resultados positivos, sin embargo, la mayoría han sido en el plano local, pero a largo plazo, la producción mundial de opiáceos ilícitos ha aumentado.

1 Los opiáceos son un grupo de sustancias psicoactivas derivadas de la adormidera, que incluyen el opio, la morfina, la codeína entre otras. El término “opiáceos” se utiliza también para la droga semisintética heroína que se produce a partir de compuestos de la adormidera.

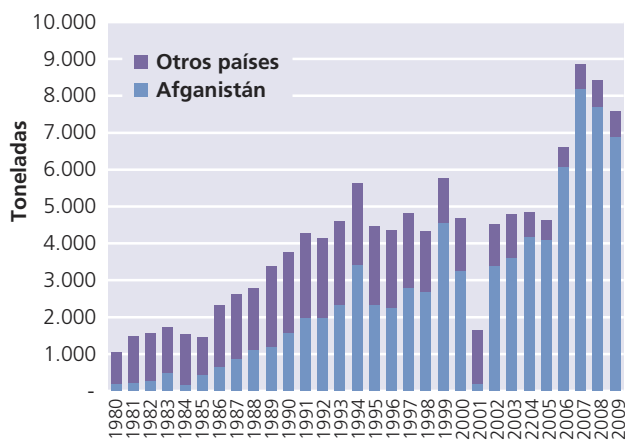
2 Mathers B., Degenhardt L., Phillips B., Wiessing L., Hickman M., Strathdee A., Wodak A., Panda S., Tyndall M., Toufik A. y Mattick R, en nombre del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el uso de drogas inyectables, “*Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*,” *The Lancet*, 2008; 372: 17331745.

3 Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, Nueva York, 8 al 10 de junio de 1998.

4 Sobre la base del número de detenciones anuales comunicado por tráfico de heroína y de una proporción tentativa, pero muy elevada, de detenciones del 20% (1 de cada 5 traficantes detenidos, que seguramente está muy por encima del número real).

Fig. 5: Producción potencial de opio en el mundo, 1980-2009

Fuente: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas (la cifra correspondiente a 2009 se basa en los resultados de la encuesta de 2009 para el Afganistán y en los datos de 2008 para el resto del mundo)



La fuente de abastecimiento de esta enorme mercado negro se concentra actualmente en tres zonas: el Afganistán, el Asia sudoriental (principalmente Myanmar) y América Latina (México y Colombia). En su conjunto suministran prácticamente todo el opio y la heroína ilícitos del mundo, pero dentro de su grupo despierta el Afganistán ya que corresponde a ese país en torno al 90% de la producción ilícita mundial de opio en los últimos años.

El Afganistán, por sí solo, suministra el 85% del total mundial estimado de heroína y morfina, lo que constituye un cuasi monopolio.

En una Declaración política de 2009 en que se analizan los logros en la fiscalización de drogas durante el decenio anterior, Los Estados Miembros de las Naciones Unidas reconocieron que “la oferta de opiáceos originarios del Afganistán sigue planteando graves problemas a la comunidad internacional”.⁵ Al hacerlo, los Estados Miembros también decidieron redoblar sus esfuerzos y obtener para 2019 resultados decisivos en la lucha contra la oferta y la demanda ilícitas. Para lograr esos resultados será necesario mejorar notablemente la eficacia de la respuesta de la comunidad internacional hasta la fecha. Uno de los primeros obstáculos respecto de la elaboración de una nueva estrategia, a saber, la fragmentaria y relativamente superficial comprensión de la economía transnacional de los opiáceos ilícitos, así como sus vínculos con otras cuestiones socioeconómicas y políticas. Así pues, para formular la respuesta internacional para resolver en los próximos 10 años este problema que ha persistido durante décadas, es necesario esforzarnos especialmente en llevar las lagunas en los conocimientos existentes.

⁵ Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes, 52º período de sesiones, Viena, 11 a 20 de marzo de 2009, (publicación de las Naciones Unidas: E/CN.7/2009/Res. 52/2).

1.2.1 Dimensiones del mercado mundial de opiáceos

Estimación de la oferta y la demanda

Las leyes de la oferta y la demanda se aplican al comercio de los opiáceos ilícitos igual que al de cualquier otra mercancía. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con otros artículos, no siempre se dispone de información sobre la oferta y la demanda debido a la naturaleza ilícita de ese comercio. La oferta y la demanda son interdependientes en muchos aspectos; el vínculo entre ellas no es simple. Por ejemplo, una oferta importante de droga en regiones de tránsito parece fomentar la demanda en lugares donde antes no existía.

Las estimaciones que figuran en el presente capítulo se basan en gran medida en los datos comunicados mediante las encuestas realizadas por la UNODC (por ejemplo, en el Asia central, la Federación de Rusia y el Pakistán), los informes anuales de los gobiernos a la UNODC mencionados como cuestionarios para los informes anuales (CPIA), y las estimaciones de la UNODC. El Programa de vigilancia de cultivos ilícitos de la UNODC, que reúne datos sobre el cultivo mundial de adormidera, se ha utilizado como fuente principal de datos sobre la producción.⁶ Otros indicadores analizados incluyen la base de datos de la Organización Mundial de Aduanas (OMA) y la UNODC sobre incautaciones de heroína. Durante el último año, la UNODC realizó un análisis de las tendencias del consumo y las incautaciones de opiáceos durante el período de 2000 a 2008 para determinar las pautas y estimar el volumen de las corrientes de opiáceos en el mundo.

Es importante tener presente que aunque las estimaciones presentadas son las mejores disponibles actualmente, no siempre se basan en investigaciones directas. En el caso de la demanda, a veces es necesario utilizar métodos indirectos debido a la ausencia, en la mayoría de los países, de sistemas sólidos de reunión de datos que permitan deducir estimaciones científicamente válidas del consumo per cápita. Solo el 35% de todos los países y territorios (76 de 217) proporcionaron datos sobre las tasas de prevalencia de opiáceos en los CPIA correspondiente a 2008; 141 (65%) no presentaron datos. De ese total la UNODC utilizó otras fuentes disponibles para calcular la prevalencia del consumo de la droga en 55 países (25%).

Otros análisis de las lagunas en la información indicaron que en 2008 la UNODC no recibió información de 30 países de África, 20 países de las Américas, 51 países de Asia, 5 países de Europa y 17 países de Oceanía (en su mayoría pequeños Estados insulares) sobre la prevalencia del consumo de opiáceos.⁷ Básicamente, la mayoría de los

⁶ Los detalles sobre esta metodología pueden consultarse en la publicación de la UNODC *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghani opium*, 2009, págs. 36 y 37. También pueden encontrarse en línea en la sección sobre metodología del *Informe Mundial sobre las Drogas*.

⁷ La mayoría de esas lagunas se deben a la falta de sistemas bien desarrollados de reunión de datos en muchos países.

Cuadro 1: Datos disponibles sobre la prevalencia del consumo de opiáceos, por región

Fuente: UNODC

Continentes	Datos disponibles sobre prevalencia del consumo de opiáceos (número de países/territorios)		No se dispone de datos de ninguna fuente sobre la prevalencia del consumo de opiáceos (número de países/territorios)		Total
	Datos facilitados en los CPIA	Estimaciones de la UNODC	Número de países/territorios	Porcentaje de países/territorios	
África	Total	21	30	55%	55
América	12	13	20	44%	45
Asia	20	17	14	27%	51
Europa	38	4	5	11%	47
Oceanía	2	N/A	17	89%	19
Total	76	55	86	40%	217

países no proporcionan datos nacionales sobre el consumo de drogas en los cuestionarios para los informes anuales, lo que dificulta la deducción de cifras mundiales o por países sobre consumo y consumidores. Otros indicadores valiosos como los datos sobre la pureza y los precios de los opiáceos suelen ser incluso más escasos, pero esa falta de información guarda una estrecha relación con la capacidad local. Por consiguiente, se sabe menos acerca de la demanda, que acerca de la oferta de opiáceos. Todas las estimaciones que figuran en el presente capítulo se basan en los limitados datos de que dispone la UNODC y podrían modificarse o actualizarse a medida que los Estados Miembros proporcionen más información.

Las estimaciones que se figuran en este capítulo, se basan en los CPIA y en métodos indirectos (principalmente métodos de multiplicadores basados en tratamientos y de “captura y marcaje”) que suelen representar la mejor prueba disponible para estimar la demanda nacional de opiáceos. En el caso de algunos países, también se dispone de datos de encuestas por hogares. No obstante, esas encuestas tienden a ser menos fiables para calcular el consumo de drogas como la heroína, por ser un comportamiento muy estigmatizado y porque muchos consumidores ya no viven en hogares “normales”.

La cifra mundial de consumidores de opio puede calcularse últimamente en más de 15 millones. Alrededor de la cuarta parte consumen unas 1.100 toneladas de opio en forma pura.⁸ El resto consume heroína y ese consumo es de aproximadamente 340 toneladas de heroína pura al año.⁹ La demanda de opiáceos en todo el mundo expresada en equivalentes de opio¹⁰ podría calcularse en 3.700 toneladas.

- ■
- 8 Algunos consumen heroína y opio, pero es difícil cuantificar la superposición entre ambas categorías. En aras de la simplicidad, ese factor no se ha incluido en los cálculos.
- 9 En todo el informe, el término “heroína” se refiere a un producto con la pureza de la heroína producida en su fuente principal, el Afganistán (70%).
- 10 Tomando en cuenta la distribución de la producción entre el Afganistán y el resto del mundo, en el presente informe se utiliza un factor de conversión de 7,5:1 para los volúmenes expresados en equivalentes de opio

Demanda de opio

Se estima que, en todo el mundo, hay 4 millones de consumidores de opio. A diferencia de lo que ocurre con la demanda de heroína que está distribuida más uniformemente en todo el mundo, el consumo de opio se concentra en Asia región en la que existe una larga tradición. Durante el último siglo el opio cedió gradualmente su lugar a la heroína, pero sigue manteniendo importantes mercados en países como la República Islámica del Irán, la India y el Pakistán.

El Afganistán es el mayor productor y exportador de opio del mundo, pero también es uno de los principales consumidores. En ese país se produjo el 7% de la demanda mundial, es decir, 80 toneladas al año para un total estimado de 150.000 consumidores en 2008 (aumentando hasta entre 200.000 y 250.000 en 2009).¹¹ En la República Islámica del Irán se consume un gran volumen de opio, aproximadamente 450 toneladas, según las estimaciones de la UNODC aunque todos los países vecinos del Afganistán comunican niveles preocupantes de consumo de opio. Salvo en China, en los países limítrofes con el Afganistán (la República Islámica del Irán, el Pakistán, Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán) se calcula un consumo anual de 650 toneladas es decir; el 60% del consumo mundial. Aunque existen cultivos en pequeña escala en esos países, como en el Pakistán y el Asia central,¹² la fuente principal de abastecimiento para los consumidores de opio de la región es el Afganistán.

Esa situación afecta también a otras regiones del mundo. En la Federación de Rusia se consumen más de 58 toneladas de opio anualmente,¹³ mientras que el consumo en

- ■
- 11 UNODC, *Afghanistan drug use survey 2005, 2006*.
- 12 Como se señala en el informe de la UNODC *Illicit drugs trends in Central Asia* (2008), “Del total regional comunicado de 2,22 hectáreas de cultivo en 2006, se deduce una producción potencial de 90 kg de opio, una minúscula fracción del total producido en el Afganistán.”; véase UNODC, “*Illicit drug trends in Central Asia*”, Abril de 2008, pág. 8.
- 13 Cabe señalar que algunos de esos usuarios consumen solamente “kompot” (una solución de paja de adormidera que suele inyectarse), que generalmente se obtiene a nivel local.

Cuadro 2: Consumo estimado de opio y heroína, 2008

Fuente: UNODC

	Región/País	Consumidores de heroína	Consumidores de opio	Consumo de heroína (tm)	Consumo de opio (tm)	Consumo total de opiáceos equivalentes de opio
Principales destinos de la producción de heroína de Myanmar y Laos	Myanmar	66,000	67,000	1.3	7.0	20.1
	China	2,254,000	119,000	45.0	12.0	458.2
	India	871,000	674,000	17.0	67.0	239.8
	Oceanía	32,500	52,000	2.0	5.0	23.4
	Asia (salvo India, China, Myanmar)	852,000	1,118,500	17.0	75.0	245.0
	Subtotal		4,075,500	2,030,500	82	166
Principales destinos de la heroína afgana	Afganistán	47,000	146,000	2.0	80.0	91.8
	Pakistán	547,000	145,000	19.0	80.0	213.8
	Irán (República Islámica del)	391,000	531,000	14.0	450.0	547.0
	Asia Central	283,000	60,000	11.0	33.0	112.2
	Federación de Rusia	1,490,000	166,000	70.0	58.0	548.6
	Turquía	25,000	25,000	0.8	9.0	14.4
	Europa (salvo Turquía y Federación de Rusia)	1,614,000	271,000	88.0	95.0	711.0
	América	1,538,000	82,000	26.0	29.0	212.0
	Oriente Medio y Asia meridional (salvo Irán (República Islámica del) Pakistán y Afganistán)	63,500	491,000	1.6	16.0	27.2
	África	1,240,000	172,000	25.0	60.0	235.0
	Sub total		7,238,500	2,089,000	257	910
Total		11,314,000	4,119,500	340	1,075	3,700

Oriente Medio es de unas 16 toneladas al año. El consumo de opio en América, notificado corresponde básicamente a México. El nivel de consumo de opio en otros países de América Latina se desconoce (si es que existe) debido a los pocos datos a ese respecto de en torno a la mitad de los países de esa región.

Tradicionalmente, la India ha sido un importante consumidor de opio.¹⁴ Sobre la base de los cuestionarios para los informes anuales presentados por el Gobierno, se estima que el consumo actual de opio en la India oscila entre 65 y 70 toneladas al año. Los informes del Gobierno también indican que no se ha incautado ni comunicado el tráfico hacia la India de opio de origen extranjero. Por consiguiente, ese nivel de consumo (6% del total mundial estimado) requeriría el cultivo ilícito de entre 1.500 y 2.000 hectáreas de adormidera en territorio de ese país. El desvío de cultivos lícitos también podría ser una fuente de suministro, pero las autoridades de la India lo consideran menos

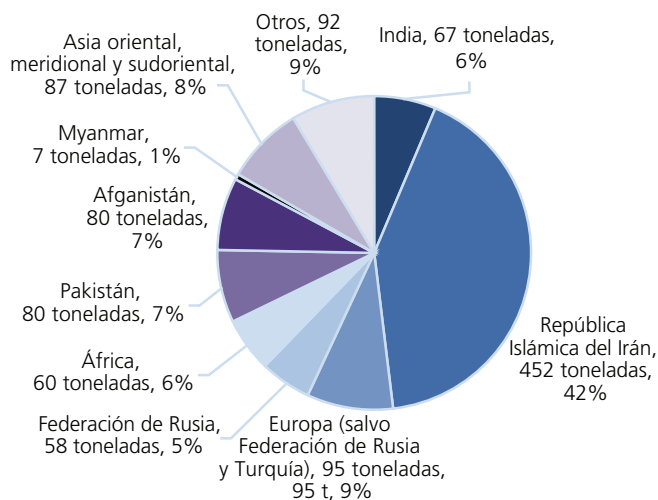
probable debido a la limitada superficie de los cultivos lícitos (6.000 hectáreas en 2009) y a los estrictos controles establecidos. El opio también se consume en países vecinos, como Bangladesh y Nepal, pero tampoco en esos casos parece que su fuente sean el Afganistán (o Myanmar). Los informes de los gobiernos así como investigaciones recientes sobre el terreno han confirmado la existencia de cultivos ilícitos (limitados) de adormidera en Nepal y en las zonas fronterizas entre Bangladesh y la India,¹⁵ que podrían ser la fuente para el consumo en esos países. Hasta la fecha, se asumía que, en general, esos mercados estaban en manos de proveedores de Myanmar y del Afganistán, pero no se puede descartar la posibilidad de una nueva fuente regional y es preciso estudiar esa situación con mayor detenimiento.

14 UNODC, *A century of international drug control*, 2008, pág. 15.

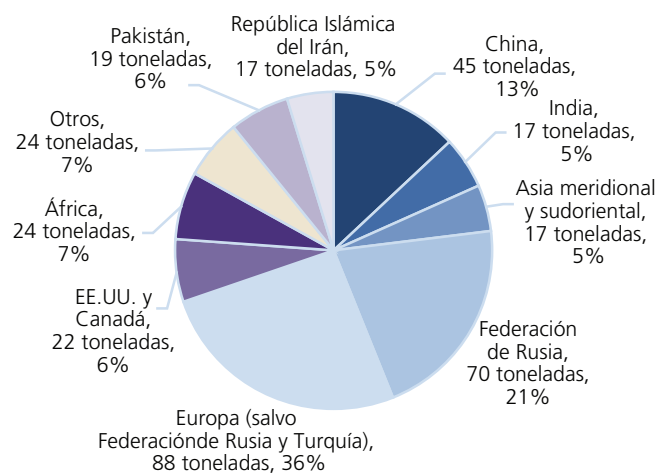
15 Informe de la misión de la UNODC en el Asia meridional, información suministrada por funcionarios de Bangladesh, Nepal y la India de lucha contra los estupefacientes, marzo de 2009.

Fig. 6: Consumo mundial estimado de opio en 2008

Fuente: UNODC

**Fig. 7: Consumo mundial de heroína (340 tm) en 2008**

Fuente: UNODC



El principal país de África que ha comunicado consumo de opio es Egipto. Como en el caso de la India, no hay informes ni datos que indiquen que el opio consumido en Egipto (estimaciones en 60 toneladas)¹⁶ sea producto del tráfico desde otro país, lo que indicaría la existencia de unas 1.000 hectáreas dedicadas al cultivo ilícito de adormidera en Egipto. Es posible que el opio en bruto también se consume en otros países de África, pero hasta que se realicen encuestas exhaustivas sobre el consumo de drogas o se suministren otros datos a la UNODC, existirá gran incertidumbre a ese respecto.

Aunque, un siglo atrás,¹⁷ China consumía supuestamente la extraordinaria cantidad de 26.690 toneladas de opio al año, todo parece indicar que el consumo se ha limitado actualmente a unas 12 toneladas anuales.¹⁸ El opio consumido en el Asia meridional y oriental, tiene su origen principalmente en Myanmar y en menor medida en la República Democrática Popular Lao. No puede descartarse cierta producción local en otros países del Asia oriental y sudoriental puesto que, en comparación con otras regiones, la cantidad de opio incautado en esa región (0,3 toneladas en 2008) no es proporcional al nivel estimado de consumo (75 toneladas). Además, son pocos indicios de tráfico de opio de Myanmar o la República Democrática Popular Lao hacia esos países.

Demanda de heroína

La heroína es un derivado del opio, más potente y adictivo. Puede fumarse o inyectarse. Se estima que en los últimos años se han consumido anualmente en el mundo unas 340 toneladas de esa sustancia.

Actualmente corresponde a dos mercados, Europa¹⁹ y la Federación de Rusia, representan cerca de la mitad del consumo mundial de heroína. Con un consumo anual de 70 toneladas, de heroína, se considera que la Federación de Rusia es el país con el nivel nacional de consumo más elevado del mundo. Se estima que el nivel combinado de consumo de heroína en los países de Europa es de entre 85 y 90 toneladas²⁰. Dentro de Europa, sobresalen cuatro países, a saber, el Reino Unido (unas 19 toneladas), Italia (cerca de 18 toneladas), Francia (10 toneladas según cálculos) y Alemania (aproximadamente 7 toneladas). El opio afgano es actualmente la única fuente conocida de la heroína consumida en Europa y la Federación de Rusia.

Los datos disponibles indican que en 2008 se consumieron unas 20 toneladas de heroína en los Estados Unidos de América, 1,3 toneladas en el Canadá y 5 toneladas en América Latina. Según los informes del Gobierno de los Estados Unidos, la mayor parte de la heroína que se consume en el país proviene de América Latina y México. El resto se trafica desde el Afganistán a través de Europa y África. Se comunicó que la producción de opio en México aumentó drásticamente ese año (en un 120%) a un total de 325 toneladas de opio bruto con una capacidad potencial de producir entre 30 y 40 toneladas de heroína.

En comparación con esos elevados niveles de consumo de opio y pese a su proximidad al mayor productor de heroína del mundo, los informes oficiales indican que el consumo de heroína es relativamente bajo en la República Islámica del Irán (14 toneladas para unos 391.000 consumidores estimados). Otro de los países vecinos del Afganistán, el Pakistán, tiene aproximadamente 500.000 consumidores de heroína, calculándose que consumieron unas 19 toneladas de heroína en 2008. Se calcula que en su fuente, en el

16 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009.

17 UNODC, *A century of international drug control*, 2008, pág. 91.

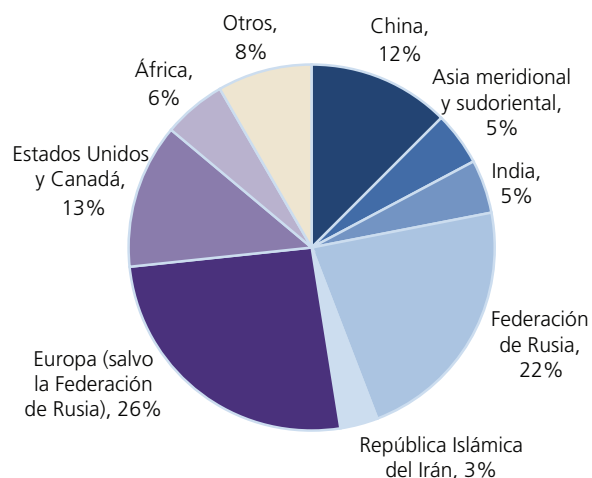
18 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 27.

19 A los fines del análisis en el presente capítulo, en "Europa" no se incluyen Turquía ni la Federación de Rusia.

20 *Ibid.*

Fig. 8: Distribución del mercado mundial de heroína/opio (65.000 millones de dólares EE.UU.) en 2008

Fuente: UNODC



Afganistán el consumo interno es de unas 2 toneladas anuales (2008) para unos 50.000 consumidores (estos aumentaron en 2009 hasta entre 100.000 y 135.000).

La India tiene el nivel más elevado de consumo de heroína en el Asia meridional, estimado en 17 toneladas en 2008. Se calcula que la heroína que se consume en el país vecino, Bangladesh, es también considerable, llegando a 4 toneladas ese año. En Nepal parece haber aumentado el consumo de heroína en los últimos años y calculado actualmente en unos 800 kilogramos. Como ya se señaló, al parecer, en la India se produce cierta cantidad de heroína, y también se cultiva adormidera ilícitamente. Según los informes oficiales de los Gobiernos de Nepal y Bangladesh, prácticamente la heroína consumida en esos países procede de la India.

Se estima que los 2,2 millones de consumidores de heroína de China, la mayor población en números absolutos, consumieron unas 45 toneladas de la droga en 2008. La mayor parte de la heroína que llega a China procede de Myanmar, aunque parece ser que la heroína afgana se está abriendo paso en ese mercado. El consumo de heroína en otros países del Asia oriental y sudoriental se ha estimado en unas 18 toneladas. Las principales fuentes de la heroína que se consume en esta región son Myanmar y la República Democrática Popular Lao, seguidas del opio procesado afgano. En Australia y Nueva Zelanda, el consumo anual de heroína se estimó en 1,8 toneladas provenientes del Afganistán y Myanmar.

Según se informa, la mayoría de los consumidores de opiáceos de África consumen heroína.²¹ Aunque las estimaciones correspondientes a esa región no son muy fiables, se requerirían aproximadamente 25 toneladas de heroína para abastecer a la población de adictos de África,²² estimada

tentativamente en 1,2 millones de personas. Todo parece indicar que la mayor parte de ese mercado se abastece de heroína afgana traficada a través del Pakistán, la India y otros países a lo largo de la Península Arábiga.

Valor del comercio

El valor total del mercado de heroína vendida al por menor es considerable y se estima en 55.000 millones de dólares EE.UU. El volumen del mercado anual de opio es más “modesto”, de 7.000 millones a 10.000 millones de dólares EE.UU. Por consiguiente, el valor del mercado total combinado de opiáceos (heroína y opio) podría ser de hasta 65.000 millones de dólares EE.UU. anuales. Esa cifra es superior al PIB de muchos países. En términos económicos, cerca de la mitad del valor general del mercado de opiáceos corresponde a Europa (unos 20.000 millones de dólares EE.UU.) y la Federación de Rusia (13.000 millones de dólares EE.UU.). Otros lucrativos mercados incluyen China (9.000 millones de dólares EE.UU.) y los Estados Unidos y el Canadá (8.000 millones de dólares EE.UU.). La mayor parte de las ganancias se genera en las fases finales del proceso, por lo que los productores afganos solo perciben una mínima parte de esas ganancias. Se calcula que el valor del cultivo y venta de opio a pie de explotación para el agricultor fue de unos 400 millones de dólares EE.UU. en 2009. Una vez hechos los ajustes e incluido el producto del tráfico del opio y la conversión del opio en morfina o heroína o en ambas, el valor de la economía del opio afgano se calcula en 2.400 millones de dólares EE.UU. (2009), es decir, únicamente un 3,5% aproximadamente del valor total de la industria de opiáceos.

Volumen y distribución mundiales

La estimación de la cantidad de opiáceos que se requieren para abastecer la demanda mundial ilícita, precisa la adición de las incautaciones comunicadas a los niveles estimados de consumo. En 2008 se incautaron unas 646 toneladas de opio y 91 toneladas entre heroína y morfina. Por tanto tendrían que haber entrado en el mercado unas 5.000 toneladas de opiáceos (heroína, morfina y opio combinados y expresados en equivalentes de opio) para satisfacer la demanda mundial en 2008.

Si se considera la heroína por sí sola, el consumo mundial (unas 340 toneladas en 2008) más las incautaciones comunicadas (91 toneladas en 2008), se tendría una indicación de un flujo de aproximadamente 430 toneladas de heroína al mercado mundial.

Distribución de la producción de opio

La producción en el Afganistán aumentó de unas 200 toneladas en 1980 a 3.300 toneladas en 2000, alcanzando un nivel máximo de 8.200 en 2007, antes de reducirse ligeramente a 7.700 toneladas en 2008 y posteriormente a 6.900 toneladas en 2009. Expresada como proporción de la porcentaje mundial ilícita de opio, la proporción correspondiente al Afganistán se elevó de un 20% en 1980 a un 70%

²¹ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2006*, pág. 74.

²² UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of*

Afghan opium, 2009, pág. 13.

Cuadro 3: Incautaciones de opiáceos (opio, heroína y morfina), 2008

Fuente: UNODC

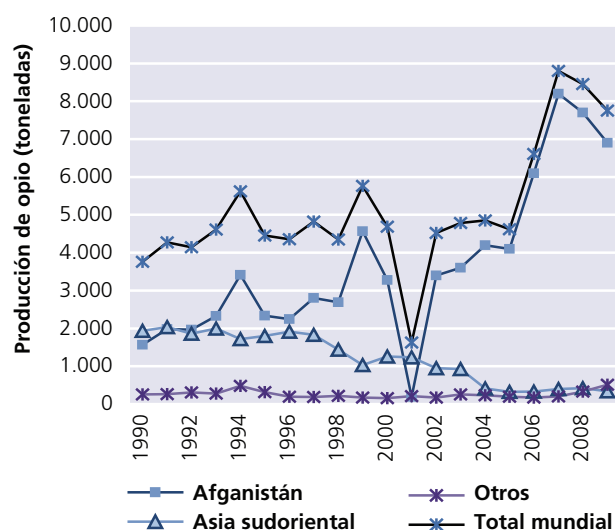
		Heroína y morfina (tm)	Heroína y morfina en equivalentes de opio (tm)	Opio (tm)	Total en equivalentes de opio (tm)
Principales rutas de distribución de la heroína producida en Myanmar y Laos	Myanmar	0,3	3,0	3,9	7
	China	4,3	43,0	1,4	44
	India	1,1	11,0	2,0	13
	Oceanía	0,1	0,8	0,0	1
	Asia (salvo India, China, Myanmar)	1,0	10,0	0,3	10
	Subtotal (redondeado)	7	68	8	76
Principales rutas de distribución de la heroína afgana	Afganistán	3,3	23,1	43,0	66
	Pakistán	9,2	64,4	27,0	91
	R.I. de Irán	32,0	224,0	561,0	785
	Asia central	5,3	37,1	4,8	42
	Federación de Rusia	3,4	23,8	0,4	24
	Turquía	15,5	108,5	0,5	109
	Europa (salvo Turquía y Federación de Rusia)	10,4	72,8	0,3	73
	América	3,6	25,2	0,8	26
	Oriente Medio y Asia meridional (salvo la República Islámica del Irán, el Pakistán y Afganistán)	0,8	5,6	0,1	6
	África	0,3	2,2	0,1	2
	Subtotal (redondeado)	84	587	638	1.225
Total mundial (redondeado)		91	655	646	1.301

en 2000, y a más del 90% desde 2006. Ese aumento está relacionado directamente con la disminución de la producción en el “Triángulo de Oro” que incluye a Tailandia, la República Democrática Popular Lao y Myanmar, y que era el mayor productor de opio del mundo en los decenios de 1970 y 1980. Entre 2003 y 2008, la producción en Myanmar disminuyó en un 59%, de 810 toneladas a 410 toneladas, la producción en la vecina República Democrática Popular Lao también decreció drásticamente, de más de 120 toneladas en el decenio de 1990 a unas 10 toneladas en los últimos años. La producción de Tailandia es insignificante; no se ha comunicado ningún cultivo digno de mención desde 2003.

Aunque la producción potencial de opio en el Afganistán disminuyó en un 10% entre 2008 y 2009, sigue siendo mayor con creces de la media anual de producción registrada durante el período de 1990 a 2006. Los datos no indican un aumento correlativo de la demanda mundial y, en general, la UNODC no ha constatado reducciones inhabituales en los precios, ni aumentos espectaculares en la pureza de la heroína incautada en el mundo. Así pues, y teniendo en cuenta las incertidumbres respecto del nivel exacto de demanda mundial, la posible superproducción de unas 12.000 toneladas durante ese período es una incógnita en cuanto a la oferta y la demanda, que hay que despejar.

Fig. 9: Producción mundial de opio, 1990-2009

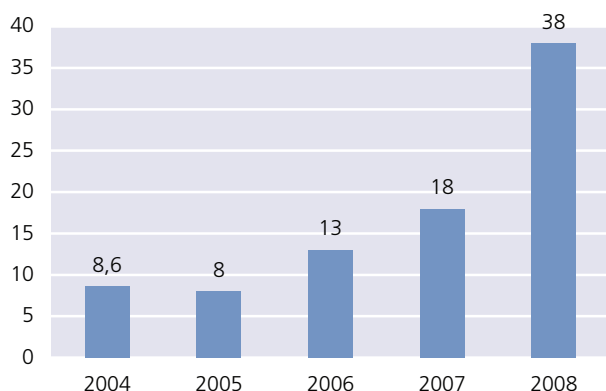
Fuente: UNODC



En lo que respecta a América, se calcula que la cantidad media de opio producido en América Latina y México fue de unas 130 toneladas anuales hasta 2006. En 2008, con un aumento registrado del 120% en la producción de opio

Fig. 10: Producción potencial de heroína pura en México, en toneladas métricas, 2004-2008

Fuente: National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2010*



en México, ese país pasó a ocupar el tercer lugar entre los mayores productores de opio, después de Myanmar, cuya producción potencial es de 325 toneladas en 2008.

De algunos datos se desprende también que existen ciertos cultivos ilícitos en otros países como Egipto y la India. Al preparar el presente informe no se disponía de datos sobre las cantidades cultivadas y producidas que, en el caso de Egipto deben ser ínfimas. Argelia ha informado de que cada año se erradican en ese país aproximadamente 80.000 plantas de adormidera, pero esa producción parece dedicarse únicamente a abastecer el mercado local.²³ Por último, también existen cultivos ilícitos en algunos países de la CEI. Ucrania, la República de Moldova y la Federación de Rusia, por ejemplo, parecen abastecer sus propios mercados de la sustancia derivada de la adormidera (Kompot).

Distribución de la producción de heroína

En 2008, se refinaron aproximadamente 2.700 toneladas de opio del Afganistán obteniendo unas 380 toneladas de heroína para abastecer el mercado mundial. En un muy segundo lugar están la producción de Myanmar y de la República Democrática Popular Lao cuyo rendimiento fue de unas 40 toneladas de heroína en 2008; procesada toda ella en Myanmar. El resto, entre 30 y 40 toneladas en 2008, se distribuyó básicamente entre países de América Latina (incluidos Colombia y México). El potencial de rendimiento del procesamiento de la producción de opio en México por sí sola, sería de unas 38 toneladas de heroína pura en 2008. Por último, en regiones como la India siguen existiendo niveles inferiores de producción de heroína.

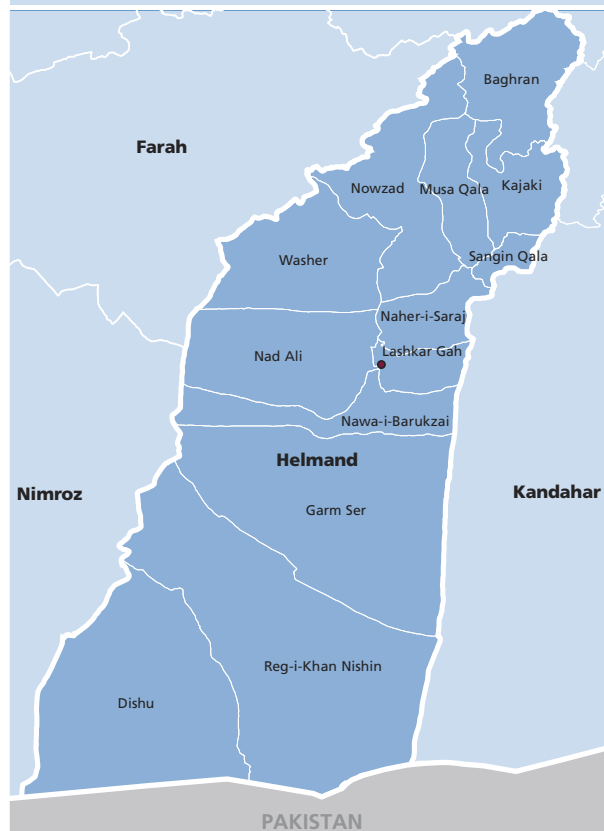
Mediante un proceso químico relativamente sencillo, se utiliza el opio como materia prima para la extracción de morfina base, un producto intermedio. Luego se utiliza un precursor químico indispensable, anhídrido acético, para convertir la morfina base en heroína.²⁴ En cuanto a las

²³ JIFE, *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes 2009*, febrero de 2010.

²⁴ Se necesitan otros productos químicos pero, en todo caso, la mayoría

Mapa 1: Provincia de Hilmand

Fuente: UNODC



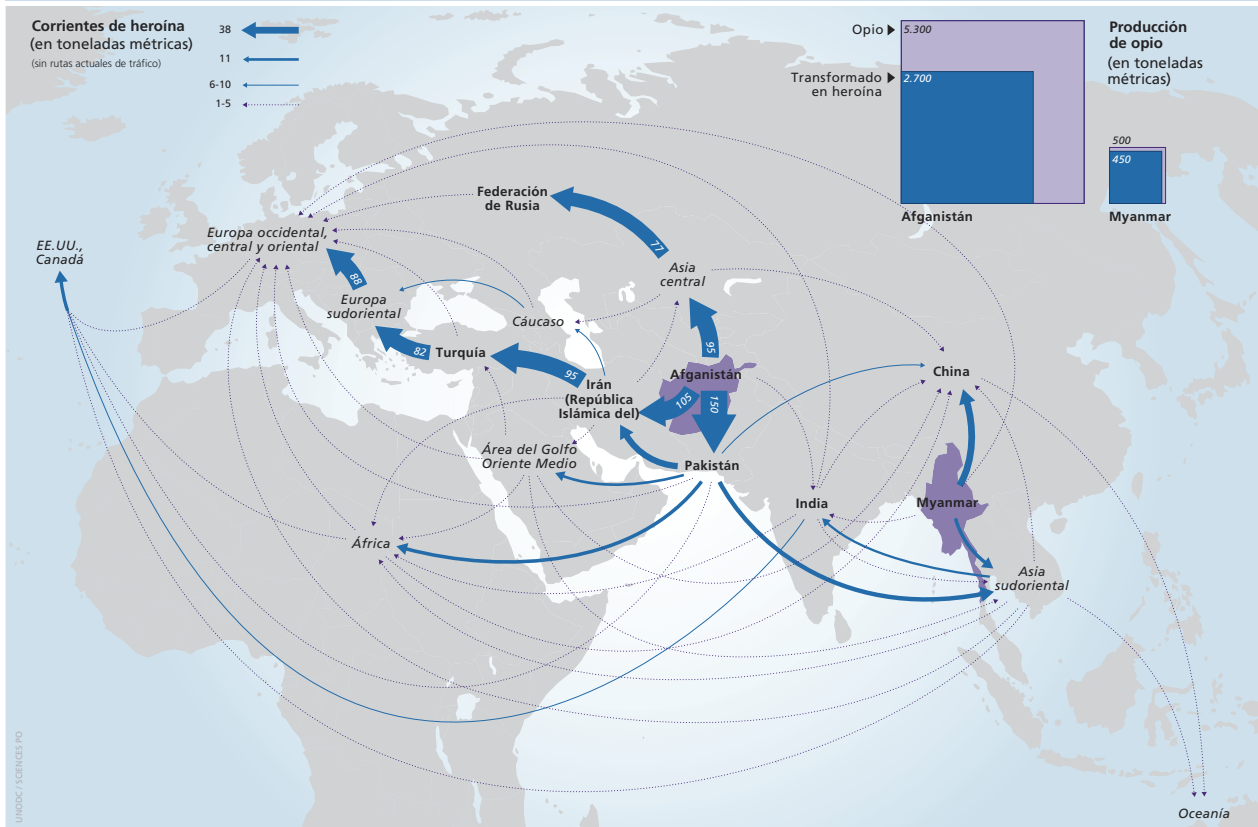
cantidades, se necesitan aproximadamente 7 kilogramos de opio para producir cada kilogramo de heroína afgana. El opio afgano generalmente tiene un contenido más elevado de morfina que el opio producido en Myanmar del que se requiere aproximadamente 10 kilogramos de opio para extraer cada kilogramo de heroína procesada. Por tanto, los costos de procesamiento en las etapas iniciales de la producción de heroína son ligeramente inferiores para los laboratorios que refinan el opio afgano.

El precio del anhídrido acético es aproximadamente entre 1 y 2 dólares EE.UU. por litro en el comercio lícito, pero los precios (ilícitos) en el Afganistán se han disparado durante el último decenio, de 24 a 350 dólares EE.UU. por litro, lo que puede obedecer bien a intercepciones más efectivas o a aumento de la demanda. Puesto que el anhídrido acético no se produce en el Afganistán, es necesario desviarlos del comercio lícito y contrabandearlos al país. Para la producción de los volúmenes requeridos de heroína (380 tm), es necesario haber contrabandeado unas 1.000 toneladas de anhídrido acético al Afganistán (o a otros países de procesamiento) en 2008. Aunque la intercepción de 14.233 litros en el Afganistán en 2008 representa un aumento con respecto a 2007, sigue siendo marginal, equivalente a una proporción de aproximadamente el 1%.

de esos productos no está sujeta a restricciones con arreglo a convenios internacionales.

Mapa 2: Corrientes mundiales de heroína de origen asiático

Fuente: UNODC



Corrientes de heroína (en toneladas métricas) (sin rutas actuales de tráfico)

En general, las regiones geográficas de producción de opio y de procesamiento de heroína se superponen (Afganistán y Myanmar). Se ha comprobado que existe un número considerable de laboratorios de heroína en el Afganistán. Ello se confirma por la notificación de las autoridades afganas de la destrucción de 69 instalaciones en 2008²⁵ (en comparación con 57 en 2007), mientras que los inspectores de la UNODC detectaron 97 laboratorios ese mismo año. En cambio, las autoridades de Myanmar desmantelaron 24 laboratorios de heroína en el período de 2006 a 2008.²⁶ En el Afganistán, el procesamiento (y el cultivo) se concentran en las provincias meridionales, a saber Hilmand, Kandahar y Nimroz, provincias en que la insurgencia y la falta de control gubernamental ofrecen unas condiciones óptimas. Especialmente, el distrito Spin Boldak de Kandahar fue el lugar en que se realizaron las mayores incautaciones de anhídrido acético en 2008, confiscándose, en una sola operación, 7.500 litros (cantidad suficiente para producir más de 3,5 toneladas de heroína) aunque la provincia de

Hilmand está en el centro del comercio mundial de opiáceos afganos. Además de contar con una enorme producción de opio, Hilmand es el lugar donde se ubican grandes instalaciones fijas para el procesamiento de heroína. En 2008, tan solo en esa provincia se realizó casi el 50% de las incautaciones de opio del Afganistán.²⁷ De los lugares conocidos, Dishu en el sur y Nad Ali en el centro fueron los distritos en que se realizaron los mayores volúmenes de incautaciones. El distrito de Nad Ali es una importante zona de cultivo de adormidera a orillas del río Hilmand, mientras que Dishu es un distrito de procesamiento y un centro de coordinación del tráfico hacia el Pakistán. No obstante, todos los laboratorios desmantelados en Hilmand en 2008 se encontraban en los distritos del centro y del norte. Los conocidos bazares del opio en lugares como Lashkar Gah, Baramcha y Girishk, continúan funcionando, aunque en ellos se practicaron varias incautaciones en 2008.

También es posible que no todo el opio afgano sea procesado para convertirlo en heroína en el Afganistán. De ser así, el Afganistán tiene que exportar opio (o morfina o ambos) con ese fin, lo que, en el caso del opio, aumentaría las oportunidades de su detección. Sin embargo, no se ha informado de que el opio afgano se trafique hacia América,

²⁵ Oficina de la UNODC, en el Afganistán, *Analysis of Opiate and Precursor Seizures in Afghanistan in 2008, 2009*, pág. 13; véase UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, pág. 37.

²⁶ UNODC, *Patterns and Trends of Amphetamine-Type Stimulants and Other Drugs in East and South-East Asia (and neighbouring regions)*, noviembre de 2009, págs. 86 a 91.

²⁷ Oficina de la UNODC, en el Afganistán, *Analysis of Opiate and Precursor Seizures in Afghanistan in 2008, 2009*, pág. 13; véase UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, pág. 37.

África, el Asia meridional (salvo el Pakistán y el Asia sudoriental). Parece ser que tan solo una mínima cantidad se envía a los países del Golfo y que se limita al consumo local. Entre el 2000 y 2008, los datos proporcionados al UNODC indicaban incautaciones mínimas de opio y morfina en los países europeos (incluida Turquía). Con todo, los países al norte del Afganistán comunicaron incautaciones considerables de opio. En 2008, se incautaron aproximadamente 4,5 toneladas de opio en los países del Asia central, pero probablemente, la mayor parte de la corriente (34 tm) entró en el mercado regional. Además, en esa región no se han registrado incautaciones de morfina.

El Pakistán y la República Islámica del Irán, países adyacentes al Afganistán comunicaron los niveles más elevados de incautaciones de morfina y opio. En 2008, el Pakistán (7,3 toneladas) y la República Islámica del Irán (9 tm) incautaron en su conjunto la suma de 16,3 toneladas de morfina, un sorprendente 95% de las incautaciones mundiales de morfina. En cambio, ese mismo año el Afganistán solo incautó 479 kilogramos. La mayoría de las incautaciones de morfina en el Irán y el Pakistán se realizaron cerca de la frontera con el Afganistán, lo que tal vez sea una indicación de que si la producción a gran escala tiene lugar fuera del Afganistán, esta se realiza cerca de la fuente. El Pakistán (27 toneladas) y la República Islámica del Irán (573 toneladas) realizaron más del 90% de las incautaciones mundiales de opio, aunque la demanda de esa sustancia es elevada en ambos países mientras que la demanda de morfina es mínima. Refiriéndose a esas cifras, en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2008* se expone que esas incautaciones tan voluminosas de morfina y de opio indican que “importantes cantidades de heroína podrían estar produciéndose fuera del Afganistán, ya que la morfina no cuenta con una base amplia de consumidores”. Es necesario continuar investigando esa posibilidad.

Distribución de las corrientes del tráfico ilícito

Como ya se mencionó, no existe una división estricta entre regiones de oferta y de demanda. Esa misma salvedad debe tenerse en cuenta al examinar las regiones de “tránsito”, que frecuentemente son también regiones de consumo y posiblemente contribuyan a la oferta. En las estimaciones de las corrientes mundiales de opiáceos se emplea una metodología que combina los análisis de la oferta y la demanda a partir de los datos sobre producción, consumo e incautaciones.²⁸

A primera vista, existen pautas de distribución bien definidas, ya que la producción de América Latina y de Myanmar está destinada en su mayor parte, a los mercados de los EE.UU. y de China, respectivamente. En su conjunto, esas dos regiones reciben aproximadamente el 15% de todas las corrientes de heroína del mundo. Se estima que corre-

sponde al Afganistán el 85% de las exportaciones mundiales de heroína y morfina, superponiéndose a menudo con América Latina y Myanmar, incluso en el caso de los respectivos mercados de los Estados Unidos y China.

Del Afganistán

De las 380 toneladas de heroína estimadas que se producen en el Afganistán, aproximadamente 5 toneladas se consumen localmente o son incautadas por las fuerzas locales del orden.²⁹ Las 375 toneladas restantes se exportan al mundo por rutas que se adentran en los países vecinos del Pakistán (150 toneladas), la República Islámica del Irán (105 toneladas) y los países del Asia central como Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán (95 toneladas) y los cruzan rumbo a sus destinos finales en Europa, la Federación de Rusia y Asia.³⁰

Cerca de un tercio de la heroína producida en el Afganistán se transporta a Europa (110 toneladas), y otro cuarto hacia el norte, con destino al Asia central y la Federación de Rusia. La heroína afgana también está atendiendo una parte cada vez mayor de la demanda en Asia, especialmente China. Se calcula que aproximadamente de 15 a 20 toneladas se trafican hacia China, mientras que otras 35 toneladas se trafican hacia otros países del Asia meridional y sudoriental.³¹ Posiblemente se envíen 35 toneladas a África, mientras que el resto abastece los mercados de otras regiones de Asia, América del Norte y Oceanía.

Además de la heroína, el Afganistán exporta anualmente unas 1.000 toneladas de opio a sus países y regiones más cercanos (la República Islámica del Irán, el Pakistán y el Asia central) y también a un mercado mundial de unos 4 millones de consumidores, la mayoría de los cuales viven en Asia.³² Los opiáceos afganos se venden y trafican en la actualidad en prácticamente todos los rincones del mundo, con excepción de América del Sur y América Central.

De Myanmar

Más de las tres cuartas partes de la producción de Myanmar (unas 40 toneladas de heroína) abastecen los mercados locales y regionales, en primer lugar el de China. El resto se dirige a otros países del sudeste de Asia y a Oceanía.

De América Latina (Colombia y México)

Se calcula que, en 2008, entre 30 y 40 toneladas de heroína podrían haberse producido en América Latina (principalmente en México y Colombia). Los productores de Colom-

28 Los datos disponibles sobre la demanda fue la variable clave empleada para estimar el volumen de las corrientes de heroína y de opio. Se calculó el consumo total de heroína de cada país, luego se sumaron los datos oficiales sobre incautaciones y se ponderó en función de la producción total.

29 El país incautó menos de 3 tm de heroína en 2008, tasa de incautación inferior al 1%.

30 Se desconoce el destino de las 20 tm restantes. Tal vez provengan del Afganistán y se trafiquen a través del Pakistán u otras rutas, o quizá se produzcan en la India (desviadas del mercado lícito al ilícito). Para esclarecer esa incógnita es necesario estudiar en profundidad el consumo y el tráfico de heroína en la India.

31 Unas 20 tm de heroína no están contabilizadas y que podrían traficarse hacia la India (véase UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009), pero hasta que se obtengan más pruebas, ello es tan solo una hipótesis.

32 Véase UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 11.

Cuadro 4: Corrientes e intercepciones de heroína, 2008

Fuente: UNODC

País/Región	Corriente estimada de heroína y morfina (tm)	Promedio de incautaciones de heroína+morfina (tm)	Porcentaje estimado de corrientes interceptadas
Afganistán	380	3,30	1%
Pakistán	150	9,20	6%
República Islámica del Irán	140	32,00	23%
Turquía	95	15,50	16%
Europa sudoriental (Bulgaria, Grecia, Albania, Rumania, Serbia, ERY de Macedonia, Bosnia, Croacia, Montenegro)	90	2,8	3%
Resto de Europa (salvo Federación de Rusia)	105	7,60	7%
Oriente Medio y países del Golfo (salvo República Islámica del Irán)	14	0,80	6%
Asia central	95	5,30	6%
Federación de Rusia	77	3,40	4%
África	35	0,31	1%
Myanmar	60	0,30	1%
India	37	1,10	3%
China	55	4,30	8%
Resto de Asia meridional, oriental y sudoriental	30	1,00	3%
Oceanía	2	0,08	4%
EE.UU. y Canadá	24	2,1	9%

bia y México abastecen a toda América, aunque la mayor parte está destinada al norte.

Intercepciones (incautaciones) de las corrientes

Las tasas de intercepciones varían considerablemente de una región a otra; con todo, las tasas mundiales de intercepción estimadas en 2008 se situaron en torno al 20% del total de corrientes de heroína en todo el mundo. La República Islámica del Irán es el país con el mayor número de intercepciones con el 23% de su total seguida de Turquía con el 16%, y los Estados Unidos y China, en tercer y cuarto lugares con el 9% y el 8% respectivamente. Las incautaciones de heroína disminuyeron drásticamente en el Pakistán en comparación con la media observada entre 2000 y 2006 (26 tm).

Las tasas de intercepción continuaron manteniéndose muy bajas en los principales centros de producción como el Afganistán (1%) y Myanmar (1%); en los países de África (1%), los Balcanes (3%) y la India (3%). En 2008, también descendió considerablemente el volumen de heroína incautada en Europa occidental y central (7,6 tm) en comparación con los niveles observados entre 2000 y 2006 (9 tm).

Repercusiones en el plano mundial

La economía del opio está profundamente enraizada y su alcance se extiende mucho más allá de las fronteras de los pocos países de origen. Ya se consideren los daños a la salud

de las comunidades, el aumento de la actividad delictiva, la pérdida de productividad económica, las repercusiones en la seguridad mundial, o la corrupción más insidiosa de las instituciones gubernamentales, puede afirmar que los opiáceos ilícitos dejan indemnes a muy pocas naciones.

El consumo de opiáceos entraña un costo elevado tanto para cada consumidor como para la sociedad en general. Según estudios, el número de consumidores que cada año mueren por problemas relacionados con la heroína, y el de consumidores obligados a recurrir a tratamiento por adicción a esas drogas es mayor, que el de consumidores de cualquier otra droga ilícita. Los consumidores desarrollan tolerancia y también dependencia física, por lo que, con el tiempo, sus cuerpos se adaptan a la presencia de la heroína, teniendo que aumentar la dosis para experimentar el mismo efecto lo que induce a graves síndromes de abstinencia si no se administra la droga en suficientes cantidades. La diferencia entre una dosis de uso recreativo y una letal, es pequeña, y las variaciones en la pureza de las drogas en la calle producen numerosas sobredosis. La tasa de mortalidad de drogodependientes de la heroína es de entre 6 y 20 veces mayor que la estimada entre la población general del mismo sexo y la misma edad.³³ Además, la heroína es la droga que

³³ Documento de posición de OMS/UNODC/ONUSIDA: "Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention".

más se consume por inyección, lo que genera multitud de problemas de salud agudos y crónicos, incluida la transmisión por vía sanguínea de enfermedades, como el VIH/SIDA y la hepatitis C.

El mayor mercado nacional para la heroína afgana es la Federación de Rusia; mercado que se ha extendido rápidamente a partir de la disolución de la Unión Soviética. Es allí donde la heroína está produciendo actualmente sus peores estragos, incluso mediante la propagación del VIH. En la vecina Asia central, durante los últimos 10 años se ha registrado el mayor aumento del mundo en la prevalencia del consumo de drogas, así como niveles alarmantes de VIH/SIDA. Ambas regiones son buenos ejemplos de la propagación y el alcance del daño que puede ocasionar un aumento repentino del tránsito de la heroína. En la ruta de los Balcanes, los estragos producidos por el consumo de opiáceos en la República Islámica del Irán están sólidamente documentados; ese país tiene una de las mayores poblaciones de consumidores de opio del mundo. En África, un nuevo destino de la heroína afgana, el aumento del consumo de drogas por inyección,³⁴ podría empeorar una epidemia ya grave de VIH/SIDA.³⁵ En el propio Afganistán, aunque la mayor parte del cultivo letal se exporta, se retiene suficiente para crear adicción. En 2005, la UNODC estimó en 200.000 personas el total de la población consumidora de opiáceos. Desde entonces, información recurrente sobre casos de drogadicción parece indicar un aumento de la tasa de adicción, que a veces afecta y debilita pueblos enteros.

En 2008, el número de consumidores de opiáceos en el Afganistán era de entre 285.000 y 360.000. Además de crear problemas de salud, el comercio de opiáceos repercute en la seguridad mundial. En investigaciones de la UNODC se ha destacado el papel de las drogas (incluidos los opiáceos) como precursores o perpetuadores de la inestabilidad en todo el mundo.³⁶ Uno de los primeros casos fue la invasión del Afganistán por la Unión Soviética en 1979 que desencadenó la producción en masa de opiáceos en ese país. La producción mundial de drogas se está concentrando cada vez más en unas pocas zonas inestables y zonas de conflictos. En el caso de los opiáceos, se considera que los grupos de insurgentes que operan en diversos lugares financian parcialmente sus operaciones mediante la imposición de gravámenes a la producción y el tráfico de esas sustancias. En el Afganistán, estimaciones conservadoras sitúan la cifra de ganancias para los insurgentes talibanes en 125 millones de dólares EE.UU. anuales. Del otro lado de la frontera, en las zonas tribales del Pakistán, aliados de los talibanes como al-Qaeda y otros grupos afines (por ejemplo, el Movimiento

Islámico de Turkeistán y el Tehrik-e-Talibán Pakistán) tienen bases a lo largo de las principales rutas de tráfico de heroína y opio y por tanto ubicados en los lugares más idóneos para sacar provecho de ese tráfico. En otras regiones del mundo, cabe la posibilidad de que grupos militantes como el Partido de los Trabajadores del Kurdistán (PKK), o los rebeldes en la región nororiental de la India saquen también a provecho del comercio ilícito de opiáceos. Así pues, potencialmente, los opiáceos ilícitos alimentan una cadena de inseguridad que se extiende a Asia y Europa.

La delincuencia transnacional genera dinero y poder. Ese poder no es suficiente para amenazar la estabilidad de los Estados de países desarrollados, pero en el Afganistán, y algunos países vulnerables en las rutas norte y de los Balcanes, el producto de los opiáceos es comparable con el PIB. Las repercusiones del producto de ese comercio en las sociedades y los sistemas políticos de esos países ponen en peligro su desarrollo y algunas de esas naciones pueden correr el riesgo de llegar a la “drogodependencia”. Países como el Afganistán (48% del PIB en 2007, 33% en 2008 y 26% en 2009), dependen, hasta cierto punto, de la industria ilícita de opiáceos. En el caso de Tayikistán, la industria podría suponer hasta el 30% del PIB.³⁷ Esa situación es explotada por poderosas organizaciones de delincuentes que, en algunos casos, han infiltrado las más altas instancias gubernamentales. Esos grupos, que devengan ingentes ingresos mediante el tráfico de drogas y otras actividades ilícitas, tienen la capacidad para corromper funcionarios gubernamentales, reducir la efectividad de los órganos policiales y malograr el avance hacia el establecimiento del estado de derecho en los recién constituidos Estados en los Balcanes, los Estados de transición en Asia central y los Estados vulnerables de África. Indudablemente, la corrupción puede surgir en cualquier etapa de la cadena, por lo que la corrupción no está limitada a los países de tránsito (o de origen).

1.2.2 Ruta Norte

A diferencia de las otras principales rutas desde el Afganistán y que han existido por decenios, la ruta norte a través de Asia central y hacia la Federación de Rusia, es un corredor relativamente reciente abierto a mediados del decenio de 1990. En esa región, la disolución de la URSS ocasionó, en gran medida, la conformación de la naturaleza y el alcance del tráfico, disolución, a raíz de la cual, los nuevos estados tuvieron que controlar repentinamente sus fronteras, en el pasado controladas por una administración central. Esas nuevas fronteras permanecieron virtualmente abiertas hasta que se crearon los nuevos servicios nacionales de aduana entre 1993 y 1994.³⁸

Rutas y volúmenes

34 Uno de los indicadores de esa tendencia es el incremento del número de consumidores de heroína, que parece haber aumentado un 54% entre 2004 y 2008 en África.

35 En África subsahariana viven dos tercios (67%) de las personas con VIH/SIDA, es decir, 22 millones de personas; véase ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008*, agosto de 2008.

36 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009; véase también UNODC, *Crime and instability: case studies of transnational threats*, febrero de 2010.

37 Letizia Paoli y otros, “*Tajikistan: the rise of a narco-state*”, *The Journal of Drug Issues*, 2007, pág. 951.

38 Martha Brill Olcott y otros, “*Drug trafficking on the great Silk road: the security environment in Central Asia*”, documentos de trabajo de la Carnegie en documentos, 2000.



La UNODC ha estimado que el 25% de toda la heroína afgana, es decir, 95 toneladas, se trafican anualmente del Afganistán hacia las repúblicas de Asia central y a la Federación de Rusia.³⁹ Ese total incluye la heroína que se consume en tránsito o en el lugar de destino, la incautada por las fuerzas del orden o, en una medida limitada, la que se trafica hacia Europa. Se calcula que el mercado de la Federación de Rusia consume aproximadamente 70 toneladas de heroína anualmente, mientras que la demanda de Asia central es de 11 toneladas; el resto es incautado o continúa su tránsito.

Además de la heroína, entre 120 y 130 toneladas de opio se contrabandean a la región anualmente, en su mayoría para el consumo en las repúblicas de Asia central y en la Federación de Rusia. No hay pruebas de que se trafique morfina en grandes cantidades por esa ruta. Entre 780 y 800 toneladas de opiáceos transformados en equivalentes de opio se trafican anualmente por esta ruta.

Desde el Afganistán en dirección norte, los traficantes pueden optar entre tres países a saber, Tayikistán, Uzbekistán y Turkmenistán. Esas fronteras septentrionales se extienden a lo largo de unos 2.600 kilómetros. Las fronteras de los primeros países están delimitadas por el río Amu Darya, mientras que la frontera de Turkmenistán es, en su mayor parte un desierto. Aunque no faltan oportunidades para el cruce clandestino, al parecer, la mayor parte del tráfico se realiza a lo largo de las rutas de comercio y tránsito establecidas. Existen nueve puestos fronterizos oficiales entre el Afganistán y Asia central, incluidos dos puertos fluviales, uno en la frontera con Uzbekistán y el otro en la frontera con Tayikistán. Los puertos fluviales son los principales conductos para el comercio lícito, y parece ser que, también lo son para el tráfico ilícito. Esos puertos son:

- Hayraton (provincia afgana de Balkh – provincia uzbeka de Sukhandaraya);
- Ninji Pianj (provincia afgana de Kunduz – provincia tayika de Khatlon).

La frontera de Uzbekistán con el Afganistán es corta (137 km) y está bien patrullada. Aunque todavía se registran intentos armados nocturnos de cruzar esa frontera, los traficantes generalmente prefieren evitarla y optan por alternativas más fáciles como la frontera de Tayikistán. Al parecer, la mayor parte de los opiáceos que logran entrar en Uzbekistán, se trafican principalmente por Tayikistán y en menor medida por Kirguistán. Con todo, no es posible descartar la posibilidad de que redes bien protegidas opten por utilizar la infraestructura mejor desarrollada de Hayraton para sus envíos con destino a mercado ruso o incluso para precursores químicos, según constató la incautación de 1,5 toneladas de ácido acético practicada en 2008⁴⁰.

La longitud de la frontera del Afganistán con Turkmenistán

es de 744 kilómetros y es, en su mayor parte, desierto. Existe cierta actividad relacionada con laboratorios en las zonas fronterizas de las provincias contiguas del Afganistán (como Badghis), que podría ser preocupante puesto que los traficantes suelen exportar opiáceos a través de las fronteras más cercanas. El tráfico a través de la ruta turcomana está facilitado por la presencia de aproximadamente 1 millón de personas de etnia turcomana en las provincias de Hirat, Badghis y Faryab. Turkmenistán también comparte una frontera de 992 kilómetros con la República Islámica del Irán en la que reside una población igual de turcomanos, especialmente en las provincias de Mazandaran y Khorassan, cerca de la frontera. Turkmenistán bordea el Mar Caspio a lo largo de 1.768 kilómetros y su puerto costero de Turkmenbashi ha sido considerado desde antaño una importante ruta de la heroína a través del Caspio hacia Azerbaiyán y de ahí hacia Europa. Aunque indudablemente se utiliza el Mar Caspio para el tráfico ilícito de opiáceos, las investigaciones recientes de la UNODC sobre el terreno hacen pensar que se haya dejado de utilizar ese puerto marítimo para el tráfico. Los datos sobre las incauciones también parecen indicar que existe un tráfico directo limitado del Afganistán hacia Turkmenistán. Sin embargo, es posible que se estén utilizando otras rutas. Datos recientes del Centro regional de información y coordinación de Asia central (CARICC) indican la aparición de una nueva ruta a través de Turkmenistán: del Afganistán hacia la República Islámica del Irán-Turkmenistán-Kazajistán-Federación de Rusia y países de la CEI y Europa.⁴¹ No se dispone de suficiente información sobre esta ruta para valorar su importancia, no obstante, a fines del decenio de 1990 Turkmenistán era uno de los países con mayores incauciones de precursores químicos,⁴² aunque no se ha detectado tráfico durante el último decenio.

Desde una perspectiva de represión, es cada vez más difícil controlar la frontera entre Tayikistán y el Afganistán (1.387 kilómetros). Los puestos fronterizos establecidos excluidos, los traficantes continúan nadando, vadeando o cruzando el río Amu Darya en embarcaciones, y al parecer la mayoría lo hace sin ser detectado. Una vez en Tayikistán, el cargamento se divide en pequeñas cantidades para enviarlas del otro lado de la frontera por tierra, ferrocarril o aire. La mayor parte de los opiáceos se trasladan hacia el norte a través de Kirguistán hacia Kazajistán. En Kirguistán, la ciudad meridional de Osh se considera sistemáticamente como un centro de actividad del tráfico ilícito. Como se señaló, una pequeña corriente se desvía hacia el este hacia Uzbekistán y de allí continuar hacia Kazajistán.

La construcción de nuevos puentes en el río Amu Darya, aunque es imprescindible para el desarrollo del comercio

41 UNODC, Oficina regional para el Asia central, “*Compendium 2010*”.

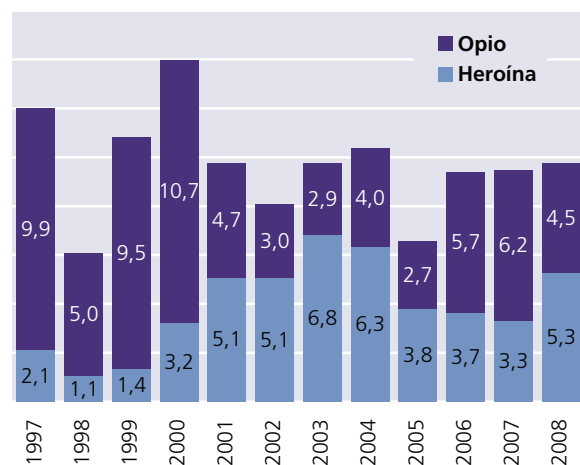
42 En 1997-1998, el 78% de la heroína incautada en Asia central fue confiscada en Turkmenistán mientras que entre 1995 y 2000, se incautaron en el país más de 198 tm de precursores químicos, principalmente anhídrido acético; véase UNODC ROCA, “*The Drug and Crime Situation in Central Asia: Compendium*”, 2003.

39 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009.

40 El ácido acético no es una sustancia sujeta a fiscalización, pero se ha citado como una posible alternativa del anhídrido acético para el procesamiento.

Fig. 11: Incautaciones de opiáceos en el Asia central, 1997-2008 (tm)

Fuente: Organización Mundial de Aduanas



regional, es aprovechada subrepticamente por los traficantes. Según fuentes policiales, los traficantes de opiáceos, en connivencia con funcionarios corruptos, utilizan la pantalla que ofrece el comercio legítimo transfronterizo para traficar cantidades de heroína cada vez mayores hacia Tayikistán.⁴³ Esos nuevos corredores pueden también ser utilizados ilícitamente para el traslado de precursores destinados a los laboratorios en la región nordeste del Afganistán.⁴⁴ En 2007, se incautaron en la Federación de Rusia 10 toneladas de anhídrido acético que iban a ser enviados en camiones al Afganistán a través de Tayikistán.⁴⁵

Se estima que a través de esas tres fronteras se trafica un total de 95 toneladas de heroína. Esas estimaciones indican que la mayor parte de las corrientes de Asia central pasan a través de Tayikistán. Una vez que llegan a Asia central, los traficantes pueden optar por distintas vías de transporte, incluida una extensa red vial y ferroviaria según las cifras de incautaciones, la mayor parte del tráfico ilícito parece realizarse en vehículos privados y comerciales, a menudo en cantidades relativamente pequeñas. De 45 incautaciones de heroína superiores a los 500 gramos (cantidad comercial), realizadas en Tayikistán entre 2005 y 2007, el 80% pesaban 10 kilogramos o menos, siendo su peso medio de 2,6 kilogramos. La incautación de mayor volumen realizada en 2005, fue de 119 kilogramos y se considera una incautación grande, pero se requerirían cientos de envíos similares para dar cuenta de las 95 toneladas que, según estimaciones se trafican a través de la región.⁴⁶

43 Entrevista, Tayikistán, noviembre de 2009.

44 Los inspectores de la UNODC identificaron 24 laboratorios (13 de morfina, 11 de heroína) en el nordeste del Afganistán, véase, Oficina de la UNODC en el Afganistán, *Analysis of Opiate and Precursor Seizures in Afghanistan in 2008*, pág. 13.

45 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 73.

46 En cambio, las grandes incautaciones de cocaína son típicamente de múltiples tm, y el valor de la venta al por mayor de esas drogas es prácticamente el mismo en sus mercados de destino y primarios.

Al parecer, recientemente las incautaciones tienden a ser mayores, lo que indica la existencia de organizaciones cada vez mejor estructuradas. Si bien era extraño que las incautaciones de heroína en Asia central (o la Federación de Rusia) antes de 2008 fueran superiores a los 100 kilogramos, desde entonces se han realizado por lo menos 14 incautaciones de ese volumen, incluidas las de Kazajstán (537 kilogramos), Tayikistán (100 kilogramos dos veces), Uzbekistán (133 kilogramos y 568 kilogramos) y la Federación de Rusia (330 kilogramos). Se ha observado una tendencia similar respecto del opio, habiéndose incautado envíos mayores de lo usual en Tayikistán (400 kilogramos), Turkmenistán (200 kilogramos) y Uzbekistán (155 kilogramos y 190 kilogramos) en 2008. Por supuesto, se desconoce si estas tendencias reflejan cambios en la naturaleza del tráfico o en la naturaleza de los servicios de vigilancia y control.

La tendencia decreciente pasada que comenzó en 2005 se ha invertido y en 2008 aumentaron exponencialmente las incautaciones de heroína constituyendo la mayor proporción de opiáceos incautados en Asia central. En 2008 se incautaron en Asia central un total de 5,3 toneladas de heroína (un 60% más que en 2007) y 4,5 toneladas de opio (un 28% menos que en 2007). Tayikistán es tradicionalmente el país de Asia central con mayores incautaciones de heroína, y sobre una base per cápita, probablemente lo mismo pueda afirmarse respecto de las incautaciones de opiáceos.⁴⁷ Las incautaciones practicadas en Turkmenistán corresponden predominantemente al opio, mientras que en otros países de Asia central parecen estar más equilibradas. En 2008, las incautaciones de heroína en Uzbekistán (1.472 kg) se triplicaron con creces en comparación con 2007 (480 kilogramos).

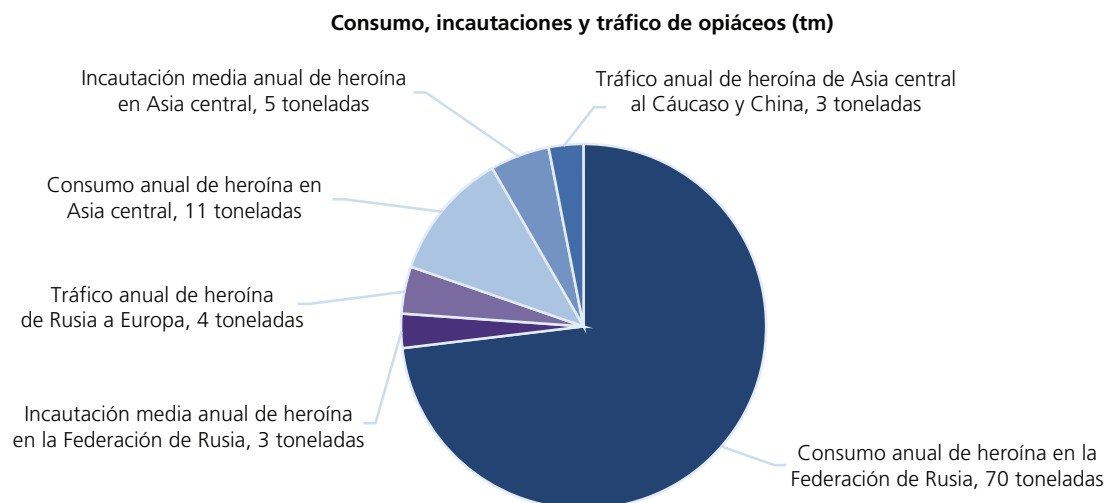
Aunque según se ha informado la mayoría de los opiáceos se trafican por carretera, los traficantes también trasladan su producto por aire, incluso por rutas directas hacia la Federación de Rusia. Un método común consiste en utilizar portadores humanos que llevan la droga en el cuerpo, es decir, la "tragan"; la mayoría comienza su viaje en Tayikistán. Los envíos de opiáceos por rutas aéreas que parten de Asia central son más pequeños que los enviados por rutas terrestres, pero en su conjunto, probablemente suman cantidades importantes con mayores márgenes de beneficios. Según informes oficiales de la Federación de Rusia, más del 20% de la heroína incautada entra al país en vuelos comerciales.⁴⁸ Una menor proporción del tráfico, aproximadamente el 12%, se envía supuestamente, hacia el norte en trenes de pasajeros. En ese caso parece ser que también se recurre habitualmente al cuerpo humano como vehículo de droga. La UNODC estima que aproximadamente 25 toneladas de heroína se trafican por aire o ferrocarril, mien-

47 Según datos de la UNODC, tres de los países de Asia central figuraban en 2007 entre los 25 países con mayores incautaciones de opio. En términos de incautaciones de heroína en el mundo, Tayikistán ocupaba el séptimo lugar, Kazajstán el decimonoveno y Uzbekistán el vigésimo primero.

48 Cuestionario para los informes anuales (CPIA), Federación de Rusia 2008.

Fig. 12: Distribución del mercado de heroína en la ruta norte, 2000-2008

Fuente: UNODC



tras su mayor parte, entre 50 y 55 toneladas, se trafican utilizando la red vial regional, principalmente a través de Kazajistán.⁴⁹

Si bien Kazajistán es la ineludible puerta de salida de la heroína hacia la Federación de Rusia cuando se traslada por tierra, en ese país solamente se incautó aproximadamente un 3% de la corriente de heroína que estima pasó por su territorio en 2008, aunque las incautaciones se triplicaron en relación con años anteriores. Kazajistán es también la región con menores incautaciones de opio, pese a que se estima en el país un consumo anual de 18 toneladas. Esta anomalía no es fácil de explicar. No cabe duda de que debido a su longitud, las fronteras de Kazajistán son las más complejas que las de cualquiera de las repúblicas de Asia central. Kazajistán, con una extensión aproximada a la de Europa occidental, debe patrullar unos 12.000 kilómetros de fronteras terrestres (incluidos los 7.000 kilómetros de frontera con la Federación de Rusia) y 1.900 kilómetros de costa en el Mar Caspio. Sin embargo, Kazajistán es probablemente el país de Asia central mejor dotado para hacer frente a la amenaza de las drogas gracias a que cuenta con los mayores recursos financieros en esa región. En un informe de 2008 del Centro regional de información y coordinación para Asia central (CARICC) se concluye con realismo que “Si las drogas llegan al territorio de Kazajistán, la probabilidad de su envío seguro a la Federación de Rusia es de en torno al 95%”. Una vez en Kazajistán, la heroína, en su mayor parte cruza las fronteras noroccidentales hacia las zonas populosas del suroeste de Rusia y del oeste de Siberia.

Además de las pérdidas en tránsito debido a incautaciones y consumo local, no toda la heroína está destinada a la Federación de Rusia. Una pequeña corriente (aproximadamente de 1 toneladas) se desvía hacia la provincia china de

Xinjiang para abastecer el mercado de China. Según información no necesariamente representativa cabe la posibilidad de que esa ruta haya adquirido importancia aunque no se sabe con certeza si una o todas las fronteras de Asia central con China se utilizan para el tráfico ilícito⁵⁰. Se estima que todos los años se envían otras 2 toneladas desde Asia central hacia la región del Cáucaso. El resto, aproximadamente entre 75 y 80 toneladas de heroína, entra en la Federación de Rusia. En ese país se consumen anualmente unas 70 toneladas de heroína y se incauta un promedio de 3 toneladas de heroína al año. El remanente estimado de 4 toneladas de heroína podría traficarse a Ucrania, Belarús, los países del Báltico y los países Nórdicos.

¿Cómo opera el mercado?

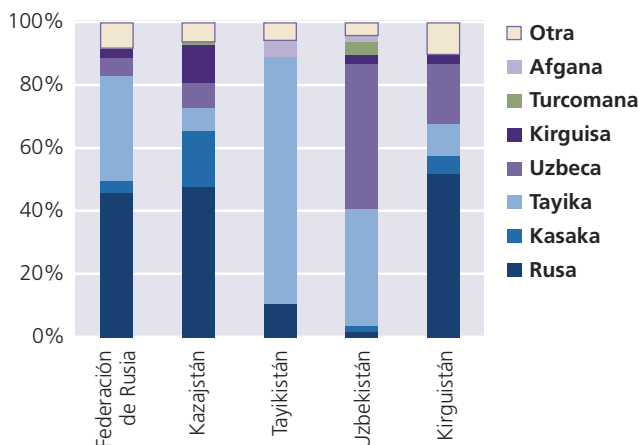
La disolución de la URSS influyó en la dinámica y las estructuras de la delincuencia organizada en la región. En primer lugar, permitió la reactivación del latente comercio transfronterizo, y de los vínculos étnicos y de afinidad con el Afganistán. En segundo lugar, los Estados de Asia central heredaron un sistema de comunicaciones por vía aérea y por carretera bien establecido que los enlaza con la Federación de Rusia y con Europa, una buena ayuda para traficantes en busca de nuevos mercados y rutas alternativas hacia Europa. En tercer lugar, esos nuevos Estados son pobres en su mayoría y algunos han tenido problemas de insurgencias por motivos políticos. Infradotados y tratando con dificultad de habituarse a su nueva situación, el reenvío de heroína no era una prioridad a la sazón. Durante los primeros años de la transición, los grupos afganos extendieron rápidamente sus operaciones en Asia central. La guerra civil en Tayikistán (1992-1997) fue un elemento facilitador, al crear un clima carente de ley y empobreciendo aún

49 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 50.

50 Según algunos informes, el nivel de tráfico de heroína desde Asia central (especialmente desde Tayikistán) hacia China puede ser superior a las estimaciones actuales. Dada la escasa información al respecto, es difícil estimar la importancia y el alcance de este fenómeno relativamente nuevo.

Fig. 13: Distribución de las nacionalidades de los traficantes de heroína detenidos en aduanas, 2000-2008

Fuente: Organización Mundial de Aduanas



más a los menos desarrollados de todos los Estados post soviéticos. En el período de la posguerra, algunos caudillos y sujetos delincuentes consolidaron sus posiciones. Con el tiempo, los tayikos y otros grupos de Asia central traficarían cargamentos cada vez mayores hacia un mercado ruso que crecía rápidamente. Las redes se consolidaron y las relaciones cimentaron tanto con la delincuencia organizada rusa como con los proveedores afganos.

En la parte afgana de la frontera, el tráfico hacia Asia central parece estar dominado por las supuestas cinco mayores redes afganas de narcóticos, integradas por funcionarios, grupos de la delincuencia organizada y caudillos junto con algunos elementos de las antiguas facciones Mujahedin como la *Hizb-i-Islami*. Esas redes (que a menudo se superponen) con frecuencia emprenden actividades comerciales legítimas y trabajan junto a grupos mucho más pequeños, generalmente de base familiar. La etnia tayika vive a ambos lados de la frontera tayiko-afgana y el hecho de tener un idioma común es importante. Aunque hay algunos laboratorios activos en las provincias afganas nororientales adyacentes (Takhar, Kunduz y Badakhshan)⁵¹ que comparten fronteras con Tayikistán, la mayor parte de la heroína de Asia central se procesa en el sur del Afganistán y desde allí se trafica. Las redes pashtunes radicadas en el sur, envían narcóticos a través del país hacia grupos uzbekos y tayikos para su reenvío. Aunque en Asia central los grupos generalmente se organizan en torno a etnias, en algunas regiones también existen grupos mixtos. Ello es más patente en Tayikistán país en el que algunas redes están integradas por nacionales del Afganistán y de Tayikistán, lo que facilita las operaciones de tráfico y garantiza el buen funcionamiento de las líneas de suministro.

Sobre la base de las incautaciones aduaneras, la actividad transnacional está suficientemente documentada, pero ningún grupo nacional parece dominar el tráfico regional.

51 También hay laboratorios activos en Nangarhar (Afganistán oriental) y parece ser que una parte de su producción se traslada hacia el norte.

Los nacionales rusos constituyen una gran proporción de los detenidos en Kazajistán y Kirguistán, pero la proporción es mucho más pequeña en los países a lo largo de la frontera afgana. En cambio, pocos afganos son detenidos en Tayikistán, pero generalmente no ocurre en países más alejados. Al parecer los tayikos son agentes importantes en diversos países, incluso en la Federación de Rusia, pero son detectados con mucha menor frecuencia en Kazajistán. Según fuentes de represión occidentales en la región, los grupos de la delincuencia organizada radicados en Rusia suelen hacer sus pedidos a los grupos tayikos que organizan el reenvío de las drogas desde el Afganistán a través de Tayikistán. De ahí la droga se traslada a través de la región hacia la Federación de Rusia. Es posible que los grupos tayikos que proveen la droga la envíen a grupos rusos en Kazajistán, pero parece más probable que la droga pase repetidamente por distintas manos antes de llegar al consumidor.

Aparte de esas nacionalidades “regionales”, también se ha comunicado la detención de originarios de África occidental, especialmente nigerianos, sobre todo en Tayikistán. En algunos casos, podrían actuar como meros correos, como cuando un grupo de nigerianos trató en 2006 de hacer cruzar a uno de los suyos con heroína a través de la frontera kazako-china. Existe una posibilidad nada remota de que se afiancen los vínculos transfronterizos entre grupos de Asia central y redes que se originan fuera de la región. El incremento de esos vínculos transfronterizos y el reestablecimiento de lazos étnico-culturales con la provincia china de Xinjiang podrían facilitar el suministro a un mercado creciente de heroína en esa región occidental de China.

El tráfico de heroína en algunos países de Asia central también parece ser cada vez más complejo y profesional. Las grandes incautaciones realizadas en años recientes pueden ser una indicación de la organización empresarial del tráfico ilícito, mientras que las estadísticas de detenciones parecen indicar una tendencia hacia la regionalización. Los empresarios individuales y grupos más pequeños unidos por vínculos de parentesco o afinidad, aunque todavía son numéricamente importantes, podrían haber disminuido. También hay indicios de que los traficantes recurren cada vez más a la violencia para proteger sus envíos. Choques armados, sobre todo en la frontera tayiko-afgana eran habituales, pero la guardia fronteriza uzbeka y turcomana también están comunicando incidentes de ese tipo.⁵²

El precio de la heroína aumenta a medida que se aleja de su lugar de origen. El valor estimado de los opiáceos (en las fronteras) que se trafican a través de la frontera entre el Afganistán y Asia central fluctúa anualmente entre 350 millones y 400 millones de dólares EE.UU.⁵³ El valor de la parte que finalmente llega a la Federación de Rusia sería 30 veces superior a esa cifra. En la Federación de Rusia, la

52 Entrevista al Jefe de la Guardia Fronteriza Uzbeka, Tashkent (Uzbekistán) noviembre de 2009; Entrevista al Jefe adjunto de la Guardia Fronteriza Turcomana, Ashgabat (Turkmenistán) noviembre de 2009.

53 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009.

Cuadro 5: Número de consumidores y consumo de heroína en la Federación de Rusia y el Asia central

Fuente: UNODC

País	Número estimado de consumidores de heroína	Nivel estimado de consumo de heroína (tm)	Número estimado de consumidores de opio en bruto	Nivel estimado de consumo de opio (tm)
Tayikistán	20.300	1	4.700	3
Turkmenistán	31.200	1	1.400	1
Uzbekistán	118.600	5	13.800	8
Kirguistán	25.900	1	9.600	5
Kazajistán	86.000	3	33.000	18
Total (redondeado)	282.000	11	62.500	34
Federación de Rusia	1.500.000	70	160.000	58

distribución al por menor de heroína y otras drogas la realizan diversos grupos delictivos organizados habitualmente según afinidad étnica con grupos de Asia central, caucasianos, rusos/eslavos y romaníes que se dedican al tráfico de drogas.⁵⁴

Repercusiones de esta corriente

En cifras absolutas, esa corriente afecta particularmente a la Federación de Rusia con una población de 1,5 millones de adictos. La terrible amenaza del VIH/SIDA está directamente relacionada con la inyección de heroína. Hasta la fecha, el número de casos de VIH registrados en la Federación de Rusia es de un cuarto de millón (aunque se estima que la cifra de casos no registrados es muy superior). Más del 80% de ellos son consumidores de drogas por vía intravenosa. El tránsito de heroína sostenido durante cerca de 15 años en las repúblicas de Asia central ha generado un mercado local de 282.000 usuarios que consumen aproximadamente 11 toneladas de heroína anualmente. Se estima que el consumo local de opio es de aproximadamente 34 toneladas (aunque la demanda en Turkmenistán podría estar subestimada). Por ello, los Estados de Asia central se encuentran en una situación similar a la de los países con mayor prevalencia mundial del consumo de opiáceos.⁵⁵ Al igual que en la Federación de Rusia, debido al consumo de heroína en Asia central los casos de VIH han aumentado drásticamente, extendiéndose en su mayoría entre los hombres de la edad más productiva (de 20 a 49 años) que consumen drogas inyectables.⁵⁶ Otras estadísticas completan este sombrío panorama: el número total de casos de VIH oficialmente documentados en Asia central se ha

multiplicado por 19 durante el último decenio: de 1.641 casos en 2000 a 30.933 casos⁵⁷ a fines de 2008.⁵⁸

Se calcula que el valor total del mercado de opiáceos oscila entre 13.000 millones y 15.000 millones de dólares EE.UU. anuales, tanto en Asia central como en la Federación de Rusia⁵⁹. Tan solo por su peso financiero, la delincuencia organizada en la región contribuye sustancialmente a los problemas de corrupción y socava la gobernanza. Los traficantes de droga pueden ofrecer sobornos sustanciales a la mal retribuida policía local, los guarda fronteras y los funcionarios de aduanas para que desvíen su atención de los envíos sospechosos. En Asia central, tanto Tayikistán como Kirguistán esos funcionarios son particularmente vulnerables, y en ambos países el nivel de corrupción es elevado.

1.2.3 La ruta de los Balcanes

La ruta de los Balcanes hacia Europa occidental y central parte del Afganistán y cruza la República Islámica del Irán, Turquía y los países del sudeste de Europa. Esta ruta y sus diversos ramales forman la arteria que transporta la heroína afgana de gran pureza hacia todos los mercados principales de Europa. La UNODC estima que el 37% de toda la heroína afgana, es decir, 140 toneladas, se trafica anualmente hacia la República Islámica del Irán, desde el Afganistán y el Pakistán, hasta el mercado europeo.

Rutas y volúmenes

La frontera oriental de la República Islámica del Irán con el Afganistán y el Pakistán tiene una longitud de 1.845 kilómetros, fundamentalmente de terreno montañoso o

54 Informe sobre la estrategia internacional de lucha contra el narcotráfico, 2007.

55 Se estima que la prevalencia actual del consumo de opiáceos es de alrededor del 1% de la población adulta (entre 15 y 64 años) de la región.

56 UNODC, Oficina regional para Asia central, *Compendium of Drug Related Statistics, 1997-2009, 2009*, pág. 7.

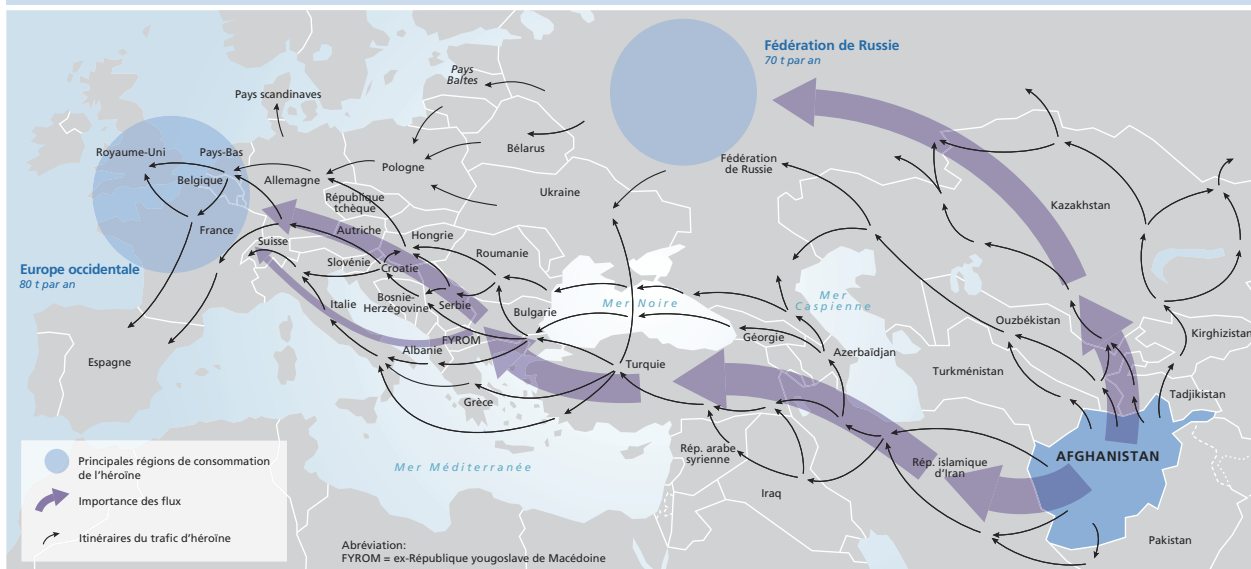
57 En 2008 se identificaron en el Asia central 6.664 casos de personas con el VIH/SIDA oficialmente documentados.

58 UNODC, Oficina regional para Asia central, *Compendium of Drug Related Statistics, 1997-2009, 2009*, pág. 7.

59 Estas cifras son necesariamente imprecisas, particularmente debido a la falta de datos sobre los niveles de pureza de la heroína en Asia central y la incertidumbre respecto del tamaño de la población rusa que consume heroína.

Mapa 3: Rutas norte y de los Balcanes

Fuente: UNODC



desértico de clima riguroso. Obviamente, esas condiciones impiden el control, incluso parcial, de esa zona, pese a que, según informes se han desplegado 12.000 policías y guardias fronterizos a lo largo de esas fronteras para combatir el narcotráfico.⁶⁰ La ruta de los Balcanes se inicia en las provincias meridionales y occidentales del Afganistán, siendo el destino de los envíos tanto a la frontera afgano-iraní como la frontera afgano-pakistaní.

La mayor parte de la corriente de heroína cruza la frontera irano-afgana. Aproximadamente 105 toneladas de heroína se contrabandean anualmente de las provincias afganas de Nimroz, Hirat y Farah a la zona oriental de la República Islámica del Irán. Posiblemente debido a la intensificación de los esfuerzos policiales para controlar esa frontera, los traficantes afganos recurren cada vez más frecuentemente a la ruta Afganistán-Pakistán-Irán, por la que, según se estima, transitan unas 35 toneladas más de heroína. Para ello, la droga debe entrar primero en la provincia paquistaní de Baluchistán y proseguir hacia el este para entrar en la República Islámica del Irán. Una vez allí, tan solo dos fronteras separan el opio afgano de Europa continental.

En su conjunto, llegan a la República Islámica del Irán a través de esas fronteras aproximadamente 1.000 toneladas de opio y 140 toneladas de heroína. La mayor parte de la heroína, un 30% (105.110 tm) de la producción total del Afganistán, prosigue en dirección oeste suroeste, entra en la República Islámica del Irán, y de ahí a Turquía y luego hacia Europa. El total mencionado incluye la heroína que se consume en Europa, la incautada por los encargados de combatir el narcotráfico y la que continúa rumbo a otros destinos como los Estados Unidos. La mayor parte de la oferta (al menos el 80%, es decir, 85 toneladas) se trafica

por la ruta terrestre tradicional de los Balcanes. Otras 10 toneladas adicionales llegan a Europa por aire o por mar desde diversos puntos de salida.

La denominada “ruta norte de los Balcanes” es una variante relativamente reciente de la ruta de los Balcanes a través del Cáucaso en lugar de Turquía. Se calcula que todos los años se trafican por esa ruta aproximadamente 9 toneladas de heroína desde la República Islámica del Irán. A esa cantidad se suma un volumen más pequeño de unas 2 toneladas provenientes de Asia central (que no figuran en el mapa). En total, se estima que entran al Cáucaso 11 toneladas de heroína. Unas 4 toneladas se consumen o son incautadas. Al parecer, el resto, alrededor de 7 toneladas, se trafican a Europa.⁶¹ Se estima que a través de uno de los ramales de esa ruta se envían 6 toneladas desde Georgia hacia Europa (Bulgaria) por el Mar Negro.⁶² Una cantidad más pequeña, de 1 tonelada, se envía también a través de Georgia, pero hacia el norte, por el Mar Negro, con destino a Ucrania.⁶³

Entre las rutas conocidas a través del Cáucaso cabe citar:

1. República Islámica del Irán - Azerbaiyán - Georgia - Mar Negro - Ucrania y/o Bulgaria;
2. República Islámica del Irán - Mar Caspio - Federación de Rusia/Cáucaso - Mar Negro - Ucrania y/o Bulgaria;
3. Afganistán - Asia central - Mar Caspio - Azerbaiyán/Cáucaso.

Por otras rutas secundarias se trafica desde la República Islámica del Irán hacia Azerbaiyán y luego hacia Dagestán en la Federación de Rusia y se envían reducidas cantidades de heroína con destino, en un principio, a Ucrania a través

60 Documento de proyecto de la UNODC, “Integrated Border Control in the I.R. of Iran” (IRNI50).

61 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 49.

62 *Ibid.*, pág. 39.

63 *Ibid.*, pág. 39.

Cuadro 6: Desglose de las corrientes de heroína hacia Europa

Fuente: UNODC

Ruta	Volumen de las corrientes (tm)	Porcentaje (redondeado)
Ruta de los Balcanes (Afganistán-R. I. del Irán-Turquía-Europa meridional-Resto de Europa)	85	80%
Ruta Norte (Afganistán-Asia central-Federación de Rusia-Europa oriental)	4	4%
Ruta Norte de los Balcanes (Afganistán-R. I. del Irán-Cáucaso-Europa meridional)	7	7%
Directamente del Pakistán hacia Europa occidental y central	5	5%
A través de África, Asia, Europa occidental y central	2	2%
Directamente de Asia meridional y sudoriental (salvo la India) hacia Europa occidental y central	1	1%
A través del Oriente Medio y la región del Golfo hacia Europa occidental y central	1	1%
Directamente de la India hacia Europa occidental y central	1	1%
Total	106	100%

de la región del Cáucaso para su transporte a Rumania y a otros países de Europa occidental. También se ha informado de que a través de una ramificación de la ruta norte probablemente se trafican a Europa a través de la Federación de Rusia unas 4 toneladas cada año (4%).

La heroína pasa de la provincia de Azarbaiycan-e-Khavari en la República Islámica del Irán hacia Turquía y atraviesa los distritos Hakkari y/o Van de Turquía. Se estima que 95 toneladas de heroína se envían todos los años a través de las fronteras de Turquía por las rutas siguientes:

- Hakkari/Van - ciudades sudorientales - ciudades de la región central de Anatolia - Estambul - Edirne a Bulgaria/Grecia.
- Hakkari/Van - ciudades sudorientales- ciudades de la región meridional/occidental de Anatolia y hacia Grecia/Chipre por mar.
- Hakkari/Van - ciudades sudorientales - ciudades de la región central de Anatolia - ciudades de la región septentrional de Anatolia - Ucrania.

De Turquía parten entre 80 y 85 toneladas de heroína hacia Europa occidental (particularmente hacia Alemania, los Países Bajos, Italia y el Reino Unido) por diversas rutas:

- **Hacia Italia:** Entre 20 y 25 toneladas⁶⁴ de heroína aproximadamente se trafican hacia Italia (en su mayor parte por mar) y Suiza. Se considera que la mayor parte de esa cantidad se trafica a través de Bulgaria, Grecia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Albania para transportarla a Italia. Una ruta más corta va directamente desde Grecia por mar a Italia. Cierta heroína cruza también la ex República Yugoslava de Macedonia con destino a Serbia, Bosnia y Herzegovina, Croacia y Eslovenia y de ahí hacia el norte.

⁶⁴ Esa cantidad es equivalente a la cantidad estimada de heroína que se consume en Italia y Suiza.

Además, una cantidad no determinada de heroína se trafica por mar y aire desde Turquía a Italia.

- **Hacia los Países Bajos y Alemania:** La mayor parte de la heroína que se trafica por esa ruta (entre 55 y 60 toneladas aproximadamente) viaja hacia Alemania y los Países Bajos a través de Bulgaria, Serbia, Hungría y Austria, o a través de Bulgaria, Rumania, Hungría, Eslovaquia y Austria. Los envíos de heroína se trafican desde Alemania y los Países Bajos hacia otros mercados más grandes en Francia, el Reino Unido y España.

Al encontrarse en la encrucijada de la ruta de los Balcanes, Austria es un importante país de tránsito para gran parte de la heroína destinada a Alemania. La heroína se traslada a Austria a través de sus fronteras con Eslovenia y Hungría. No obstante, parte de la heroína destinada al mercado alemán se trafica a través de Bulgaria, Rumania, Hungría, Eslovaquia y la República Checa, evitando de ese modo la entrada en Austria. Los controles en las fronteras de Schengen son limitados o no existen.

Entre otras rutas cabe mencionar:

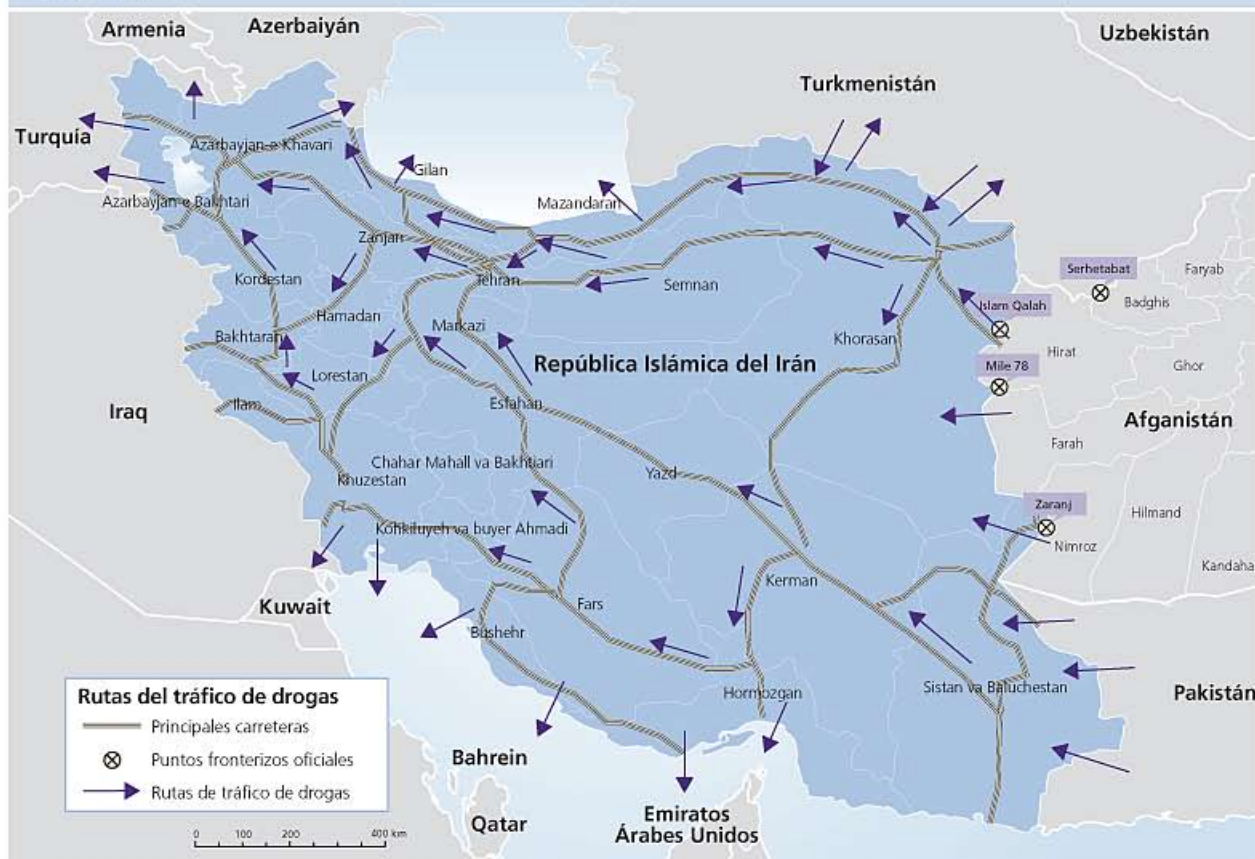
- A Europa oriental: Una cantidad limitada de heroína se trafica directamente desde Turquía a Ucrania por mar.
- Envíos directos a Europa occidental y central: Una cantidad no determinada de heroína se trafica directamente desde Turquía a países de Europa occidental y central, como Alemania, los Países Bajos, Bélgica, Francia y el Reino Unido, por mar y aire.

¿Cómo opera el mercado?

Cantidades considerables de heroína se trafican a Europa por mar y aire, pero la característica común de la ruta de los Balcanes y la ruta Norte consiste en que la mayor parte de los envíos se hacen por tierra. Prácticamente toda la heroína con destino a los mercados de Europa occidental

Mapa 4: Principales rutas del tráfico de drogas en la República Islámica del Irán

Fuente: UNODC



sale del Afganistán hacia la República Islámica del Irán, el Pakistán y Turquía, y es en esos países donde se confisca la mayor parte de la heroína interceptada en el mundo (el 40% de los envíos estimados interceptados en 2008). Pese a esos notables esfuerzos de los órganos encargados de combatir el narcotráfico, los traficantes logran contrabandear suficientes volúmenes de la droga, de modo que la mayor parte de la heroína consumida en Europa en los últimos decenios ha pasado a través de estos países.

El contrabando de drogas a lo largo de la ruta de los Balcanes es sistemático y, al parecer, están involucrados en esa actividad grupos con recursos considerables y remesas mucho mayores que las que discurren por la ruta Norte (en Asia central). En la ruta de los Balcanes, la cantidad media de heroína incautada es de aproximadamente 10 kilogramos, el doble de la cantidad media incautada en la ruta Norte. Las remesas pocas veces recorren todo el trayecto desde el Afganistán hasta Europa en un solo viaje directo. Normalmente, distintos grupos las comprarán y venderán a lo largo de la ruta, cambiará el modo de transporte y la mercancía se dividirá y se volverá a juntar a medida que avanza hacia el oeste. Las incautaciones son especialmente voluminosas hasta Turquía, donde al parecer la mercancía se divide en cantidades más pequeñas.

La logística del comercio, expuesta sucintamente necesita de la participación de grupos de traficantes bien organiza-

dos con contactos internacionales. Para esas organizaciones cuyo móvil es el lucro de los opiáceos afganos dado el aumento de los precios en función de la distancia desde el punto de origen, es evidente si se tiene en cuenta que son muy atractivos. El precio de 1 kilogramo de heroína en el Afganistán oscila entre los 2.000 y los 2.500 dólares EE.UU. pero ese precio sube a 3.000 dólares EE.UU. en la frontera entre el Afganistán y el Pakistán y hasta 5.000 dólares EE.UU. en la frontera entre el Irán y el Afganistán. El valor aumenta de nuevo en cerca del 60%, hasta aproximadamente 8.000 dólares EE.UU. en la frontera entre el Irán y Turquía. Sobre la base de las corrientes estimadas a lo largo de estas rutas, los grupos de la delincuencia iraníes que organizan el tráfico ilícito de heroína desde la frontera entre el Afganistán y el Irán hasta la frontera entre Turquía y el Irán deben obtener un producto de entre 450 millones y 600 millones de dólares EE.UU. anuales. Además de heroína, el opio en bruto (unas 1.000 toneladas en 2008) también se traslada desde el Afganistán hasta la República Islámica del Irán por las rutas antes mencionadas para abastecer el mercado iraní. Se estima que en la República Islámica del Irán se consume un total de 450 toneladas⁶⁵ de opio al año. El valor en la calle del opio consumido anualmente en ese país es de unos de 900.000 dólares EE.UU.

■ ■

65

UNODC, *Addiction, crime and insurgency*, 2009.



Habida cuenta de las enormes sumas de que se trata y de las severas penas que se imponen en caso de ser atrapados,⁶⁶ los traficantes a lo largo de la frontera entre el Irán y el Afganistán suelen estar bien organizados y bien armados. Los enfrentamientos mortales entre tropas iraníes y traficantes son comunes, como demuestran las miles de bajas sufridas por los guardafronteras iraníes durante los últimos 30 años. Según la región de la frontera de que se trate, los contrabandistas pueden ser miembros de una tribu baluchi o nómadas kuchi. Si los opiáceos se trafican a través de Baluchistán, por las fronteras generalmente no controladas de las provincias afganas de Nimroz, Hilmand y Kandahar, se sabe que los insurgentes talibanes ofrecen seguridad a las caravanas de drogas hasta la frontera. Los grupos de la delincuencia organizada radicados en Baluchistán, transportan la heroína hasta la frontera entre el Irán y el Pakistán. Apenas entra la heroína en la República Islámica del Irán, los grupos de traficantes radicados en ese país facilitan el avance del tráfico hasta la frontera turca. Las estadísticas oficiales de la República Islámica del Irán confirman lo expuesto e indican que la mayoría de los traficantes son nacionales iraníes, y unos pocos pakistaníes detenidos en la República Islámica del Irán (la proporción de detenciones iraníes en el Pakistán es análoga). Esas cifras y otros informes indican que la influencia de grupos de la delincuencia organizada del Pakistán probablemente no se extiende mucho más allá de las fronteras con la República Islámica del Irán.

Una vez que los grupos de la delincuencia iraníes reciben la mercancía, la mayor parte se reenvía en dirección oeste hacia Turquía. Como ya se ha señalado, una porción de esa droga se dirige hacia el norte y transita por el Cáucaso hacia Europa. Es posible que dado que entre 12 millones y 20 millones de azeríes viven en la región septentrional de la República Islámica del Irán se facilite el tráfico directo hacia Azerbaiyán. Además, la existencia de territorios no controlados debido a un conflicto todavía por resolver dificulta los esfuerzos de represión a lo largo de los 132 km de frontera entre Azerbaiyán y la República Islámica del Irán. De hecho, en toda la región del Cáucaso se asientan diversas repúblicas secesionistas y zonas en litigio, sobre las cuales ninguna autoridad nacional reconocida tiene control. Por ejemplo, según informes, el reciente conflicto en Georgia ha ocasionado un aumento del volumen del tráfico de heroína desde ese país hacia Europa a través del Mar Negro.

Cabe la posibilidad de que en la principal ruta hacia Turquía los grupos de etnia kurda, que cuenta con una numerosa población en las zonas fronterizas de la República Islámica del Irán, Iraq y Turquía, controlen los cruces fronterizos. Quizás esos grupos revendan la droga en Turquía o la trafiquen hacia Europa por medio de sus propias redes. En el Reino Unido, el Organismo contra la Delincuencia Organizada Grave indica que en 2009, 138 redes turcas continuaban controlando el suministro de heroína a

Europa.⁶⁷ Según estadísticas de incautaciones de la OMA, entre 2000 y 2008, la mayoría de los traficantes de drogas detenidos en Turquía eran nacionales turcos. Ello podría indicar que los grupos turcos organizan el tráfico de heroína a través de Turquía hasta las fronteras con Bulgaria y Grecia en que, esa actividad pasa a manos de grupos radicados en los Balcanes.

Tan pronto la heroína sale del territorio turco, la eficacia de las incautaciones se reduce drásticamente. En los Balcanes se incauta relativamente poca heroína, lo que indica que el tráfico en esa ruta está sumamente bien organizado y lubricado mediante la corrupción⁶⁸. En 2008, los países y territorios que integran Europa sudoriental (un total de 11 países, incluidos Grecia y Chipre) incautaron 2,8 toneladas de heroína. Esa cantidad contrasta marcadamente con las incautaciones realizadas anualmente en tramos anteriores de la ruta, en Turquía (15,5 toneladas en 2008) y en la República Islámica del Irán (32 toneladas en 2008). En otras palabras, por cada kilogramo incautado en Europa sudoriental, cerca de 6 kilogramos son incautados en Turquía y 11 kilogramos en la República Islámica del Irán. El hecho de que entre 85 y 90 toneladas se trasladan a través de esa región, lo que parece indicar que los inadecuados controles y la escasa cooperación en una región con una alta tasa de desempleo y salarios bajos son también un incentivo para la corrupción.

La cantidad total de heroína incautada en Europa occidental y central, según lo comunicado por unos 45 países, fue de unas 7,6 toneladas en 2008, tan solo una quinta parte del total incautado en Turquía y la República Islámica del Irán en 2008. En total, corresponde a tres países, el Reino Unido (18%), Italia (14%) y Bulgaria (13%), casi la mitad del total incautado en los países de la UE y la AELI en 2008. Muchos países de Europa, directamente colindantes con las principales rutas del tráfico ilícito de heroína, comunican niveles más bien bajos de incautaciones de heroína, entre ellos Montenegro (18 kilogramos en 2008), Bosnia y Herzegovina (24 kg), la ex República Yugoslava de Macedonia (26 kg), Hungría (28 kg), Albania (75 kg), Austria (104 kg), Eslovenia (136 kg), Croacia (153 kg) y Serbia (207 kg).

La delincuencia organizada en los Balcanes incluye una gran variedad de actividades delictivas y como tal, la heroína es tan solo uno de los productos, aunque el más lucrativo, que se trafican ilícitamente en la región. Las ganancias devengadas a medida que la cadena del tráfico de opiáceos llega a su fin son sustanciales. Se calcula que los grupos de la delincuencia organizada que controlan el tráfico de heroína entre la República Islámica del Irán y Turquía y hasta los Balcanes, obtienen unos 8.000 dólares por kilogramo de heroína, es decir, un total que oscila entre

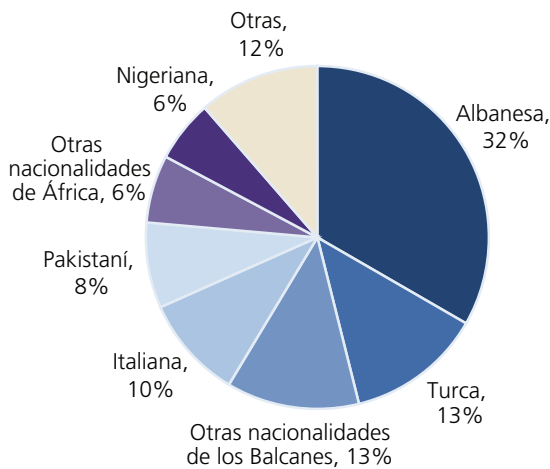
⁶⁷ Organismo contra la Delincuencia Organizada Grave, *The United Kingdom Threat Assessment of Organized Crime*, octubre de 2009, pág. 26.

⁶⁸ Las tasas de intercepción en la región de los Balcanes es muy baja (3%), especialmente en comparación con Turquía (16%) y la República Islámica del Irán (23%).

⁶⁶ *Drug control in 2009, Annual Report*, República Islámica del Irán.

Fig. 14: Nacionalidad de los traficantes de heroína detenidos en Italia, 2000-2008

Fuente: Organización Mundial de Aduanas

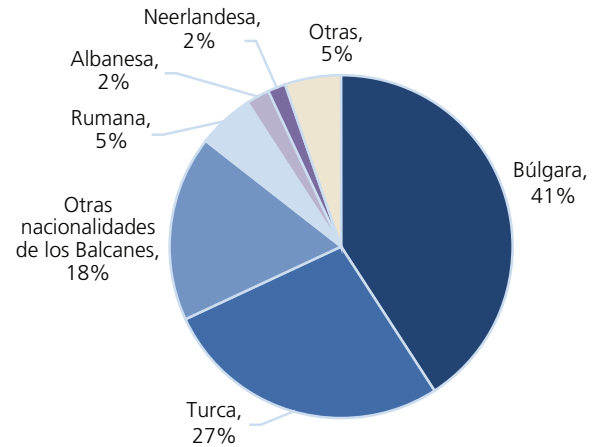


600 millones y 700 millones de dólares EE.UU. anuales. El tráfico en las rutas a través de esa región circula también en dirección opuesta trasladando cocaína, precursores químicos y estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) en dirección este hacia Turquía y más allá de sus fronteras. Así pues, los grupos de la delincuencia organizada que controlan esos corredores tienen comparativamente mejor acceso a muchos y diversificados mercados ilícitos que sus contrapartes en la ruta norte. De ahí que no pocos tiendan a traficar varias drogas (heroína, cannabis, etcétera) y a perpetrar otros delitos (trata de personas, tráfico de armas y de vehículos robados, por citar solo algunos).

Otra destacada característica de la ruta de los Balcanes es el hecho de que algunas redes importantes tienen estructuras basadas en clanes y están organizadas jerárquicamente. Ese es el caso de los grupos albaneses, en particular, por lo que es particularmente difícil penetrarlos. Ello explica, en parte, su constante actividad en diversos mercados europeos de

Fig. 15: Nacionalidad de los traficantes de heroína detenidos en Bulgaria, 2000-2008

Fuente: Organización Mundial de Aduanas



heroína. Las redes albanesas siguen siendo particularmente visibles en Grecia, Italia y Suiza. Italia es uno de los mercados de heroína más importantes de Europa, y se ha nombrado a ese país como una de las bases de operaciones para los grupos de los Balcanes que se aprovechan de la diáspora local. Según las estadísticas de la OMA sobre incautaciones, los albaneses constituyen el mayor grupo (32%) de detenidos por tráfico de heroína en Italia entre 2000 y 2008. El segundo lugar corresponde a los turcos, seguidos por italianos y ciudadanos de países de los Balcanes (Bulgaria, Kosovo/Serbia, la ex República Yugoslava de Macedonia y, en cierta medida, Grecia). Algunos traficantes pakistaníes y nigerianos también han sido detenidos en Italia.

La mayor parte de la heroína de los Balcanes pasa primero a través de Bulgaria, país que comunicó en el pasado incautaciones de heroína de volumen considerable, aunque las cifras presentadas han sido erráticas, pese a los pocos indicios de fluctuaciones en el tráfico. Por ejemplo, en

Fig. 16: Nacionalidad de los traficantes de heroína detenidos en los Países Bajos, 2000-2008

Fuente: Organización Mundial de Aduanas

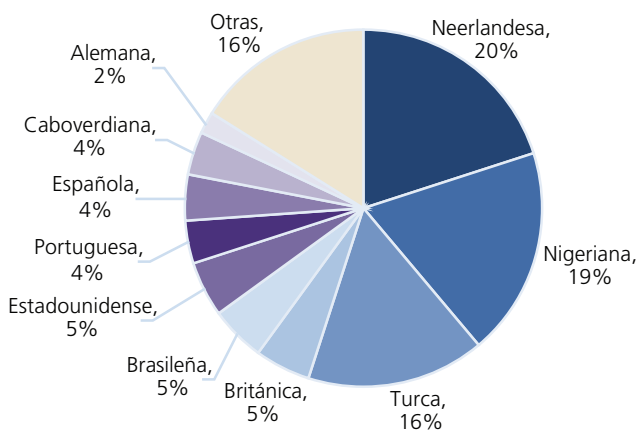


Fig. 17: Nacionalidad de los traficantes de heroína detenidos en Alemania, 2000-2008

Fuente: Organización Mundial de Aduanas

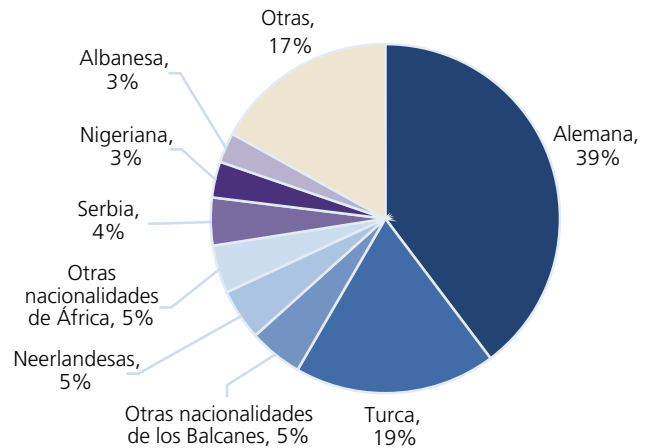
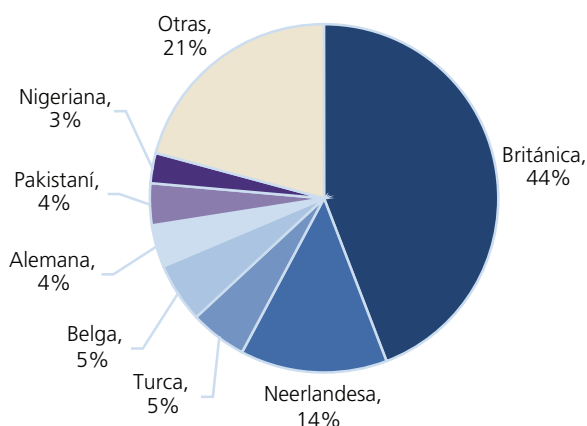


Fig. 18: Nacionalidad de los traficantes de heroína detenidos en el Reino Unido, 2000-2008

Fuente: Organización Mundial de Aduanas



2008 Turquía incautó unas 15 toneladas de heroína, mientras que Bulgaria incautó 1,1 toneladas pese a de ser el país receptor de la mayor parte de la droga traficada por la ruta de los Balcanes. La mayoría de los traficantes de heroína detenidos en Bulgaria son nacionales de ese país. Con todo, también sobresale la proporción de nacionales turcos. Las otras nacionalidades principales de detenidos son la de ciudadanos de los Balcanes, como serbios y macedonios. Sorprendentemente apenas se registran detenciones de albaneses.

Los Países Bajos son un centro de distribución para el tráfico de heroína hacia Francia, el Reino Unido, Bélgica y Alemania. El total de detenciones realizadas por las autoridades aduaneras en los Países Bajos, es limitado, distribuidas casi a partes iguales entre neerlandeses, nigerianos y turcos mientras que las de nacionales de los Balcanes brillan por su ausencia.

En Alemania, el número de turcos detenidos por tráfico de heroína supera al de todas las demás nacionalidades excepto la alemana. El 5% de todos los traficantes de heroína detenidos son ciudadanos neerlandeses y generalmente se incorporan a la cadena del tráfico solamente después de la entrada de la heroína en Alemania, o durante el tráfico de la heroína desde los Países Bajos de regreso hacia Alemania. La minoría de los detenidos en Alemania son nacionales de los Balcanes seguidos por nacionales nigerianos.

En el Reino Unido, en las estadísticas de detenciones predominan los ciudadanos británicos aunque también es considerable el número de ciudadanos neerlandeses. La proporción de nacionales turcos, alemanes, pakistáníes y belgas detenidos fue considerablemente menor que la de nacionales neerlandeses o británicos entre 2000 y 2008. También en ese país el porcentaje de nacionales de los Balcanes por tráfico de heroína es mínimo.

El tráfico de heroína desde las fronteras entre Turquía y Bulgaria y las fronteras entre Turquía y Grecia hacia los principales mercados de la droga en el Reino Unido, Fran-

Cuadro 7: Distribución subregional del consumo de heroína en Europa

Fuente: UNODC

Région	Consumo de heroína (tm)
Europa oriental	4,4
Europa meridional	2,4
Europa occidental y central	80
Total	87

cia, Alemania y los Países Bajos, está organizado por grupos pluriétnicos. Los grupos locales de la delincuencia organizada generalmente trafican la heroína dentro de los países de destino (principales consumidores). En Alemania y el Reino Unido, por ejemplo, los grupos alemanes y británicos, respectivamente, operan las redes de distribución de heroína. En los países de tránsito, los grupos de la delincuencia organizada de Europa sudoriental y Turquía cooperan entre sí. La actividad de los grupos locales en los países de tránsito varía de un país a otro. En Austria, por ejemplo, el número de austriacos detenidos por tráfico de heroína entre 2000 y 2008 fue mínimo, y la mayoría de ellos eran de ciudadanía turca, húngara, nigeriana o iraní. En cambio, el número de nacionales húngaros detenidos en Hungría durante el mismo período por tráfico de heroína, es comparable al de otras nacionalidades.

El hecho de compartir etnia y lengua, indudablemente ayuda a los contrabandistas a facilitar el tráfico de opiáceos desde el lugar de origen, a través de las fronteras entre el Irán y el Pakistán, y entre el Afganistán y el Pakistán, hasta Turquía y más allá de la frontera turca. Al mismo tiempo, distintos grupos étnicos cooperan a la perfección. Esos grupos incluye a grupos kurdos y turcos así como grupos bosnios, serbios, albaneses y croatas en etapas más avanzadas de la ruta. En el Informe de los Estados Unidos de 2010 sobre la estrategia internacional de lucha contra el tráfico de drogas, en relación con el tráfico ilícito en los Balcanes, se afirma que “elementos de los distintos grupos étnicos y todas las grandes “familias” de la delincuencia operan en el comercio de estupefacientes, a menudo colaborando sin tener en cuenta diferencias étnicas.”

Repercusión de esa corriente

La primera y más directa repercusión de los opiáceos es en la salud, incluidas las muertes relacionadas con la heroína. El consumo de opiáceos (incluidos los sintéticos) representan entre el 35% y hasta casi el 100% de todas las muertes relacionadas con las drogas en los 22 países europeos que proporcionaron datos, y más del 85% en 11 de esos países.⁶⁹ Además, el consumo de heroína por inyección contribuye a las altas tasas de enfermedades graves como la

⁶⁹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), *Drug situation in Europe: Drug-related infectious diseases and drug-related deaths*, noviembre de 2009.

hepatitis B, la hepatitis C y el VIH.⁷⁰ La epidemia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección continúa propagándose a distinto ritmo en toda Europa. En los países de la Unión Europea, las tasas comunicadas de nuevos casos diagnosticados de infección por VIH entre los consumidores de drogas por inyección son en su mayoría estables y de niveles bajos o decrecientes. No obstante, en los países europeos de la ex Unión Soviética, como Ucrania, Belarús y la República de Moldova, esas tasas aumentaron en 2007⁷¹. Por último, el término “país de tránsito” tal vez no se aplique adecuadamente a la República Islámica del Irán, teniendo en cuenta los estragos producidos por los opiáceos en el país. Los consumidores de opiáceos en la República Islámica del Irán ascienden al millón y en el interior del país se consumen aproximadamente 14 toneladas de heroína y 450 toneladas de opio.⁷² La República Islámica del Irán parece tener una de las tasas más elevadas de adicción a la heroína per cápita en el mundo: el 20% de los iraníes de 15 a 60 años consumen drogas ilícitas, y entre el 9% y el 16% se inyectan drogas.⁷³ Con todo, el poder letal de la heroína es incluso más directo en la frontera de la República Islámica del Irán donde 3.500 bajas registradas entre los guardafronteras son un recordatorio de los riesgos que corren los funcionarios encargados de combatir el narcotráfico al tratar de contener esa corriente mortal.

Europa es el mercado más importante en términos de volumen y circulación de la heroína afgana, ya que consume diariamente alrededor de 250 kilogramos de heroína (con un 70% de pureza). Ese consumo supone entre 85 y 90 toneladas de heroína y un valor de unos 20.000 millones de dólares EE.UU. anuales. Se considera que la mayor parte, aproximadamente 80 toneladas, se consumen en los países de Europa occidental y central. El mercado europeo está lejos de ser homogéneo ya que cuatro importantes mercados nacionales, los del Reino Unido (21%), Italia (20%), Francia (11%) y Alemania (8%), representan en su conjunto cerca del 60% del consumo en Europa.

El tráfico de opiáceos también incentiva la corrupción y esta ha afectado a todos los países de la ruta de los Balcanes. El PIB combinado de Kosovo/Serbia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Albania, de 20.000 millones de dólares EE.UU., es equivalente al valor del mercado de heroína de Europa occidental. El comercio de opiáceos es una grave amenaza para los Balcanes: son particularmente

70 La hepatitis C (HCV) es más prevalente que el VIH entre los consumidores de drogas por inyección en toda Europa. Los niveles de anticuerpos de HCV en las muestras nacionales de consumidores de drogas por inyección en 2006 y 2007 varía del 18% al 95%, y más de la mitad de los países europeos comunican niveles superiores al 40%.

71 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), *Drug situation in Europe: Drug-related infectious diseases and drug-related deaths*, noviembre de 2009.

72 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 25.

73 Razzaghi E, Movaghgar A, Green TC, Khoshnood K. 2006. “Profiles of risk: a qualitative study of injecting drug users in Tehran, Iran.” *Harm Reduct J*, vol. 3, núm. 12, doi:10.1186/1477-7517-3-12 en “Mapping and Situation Assessment of High-Risk Key Populations in Three Cities of Afghanistan”, Banco Mundial, septiembre de 2007, pág. 4.

vulnerables Kosovo/Serbia, Bosnia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Albania. Algunos conflictos sin resolver y/o algunas tensiones interétnicas subsistentes a lo largo de sectores de esa ruta continúan impidiendo el logro de una cooperación regional eficaz para combatir las drogas, lo que facilita su tráfico.

1.2.4 La ruta Sur

A diferencia de la ruta Norte y la ruta de los Balcanes, que se dedican principalmente a mercados de destino concretos, la ruta Sur abastece mercados de destinos múltiples, primordialmente de Europa, África y Asia, e incluso una cantidad limitada se dirige a los Estados Unidos y el Canadá. En realidad, el único mercado de opiáceos aparentemente *no* contemplado como destino a través de esta ruta es la Federación de Rusia. Por tanto, es más preciso referirse a esa ruta como una vasta red de rutas que a una dirección general de la corriente de drogas.

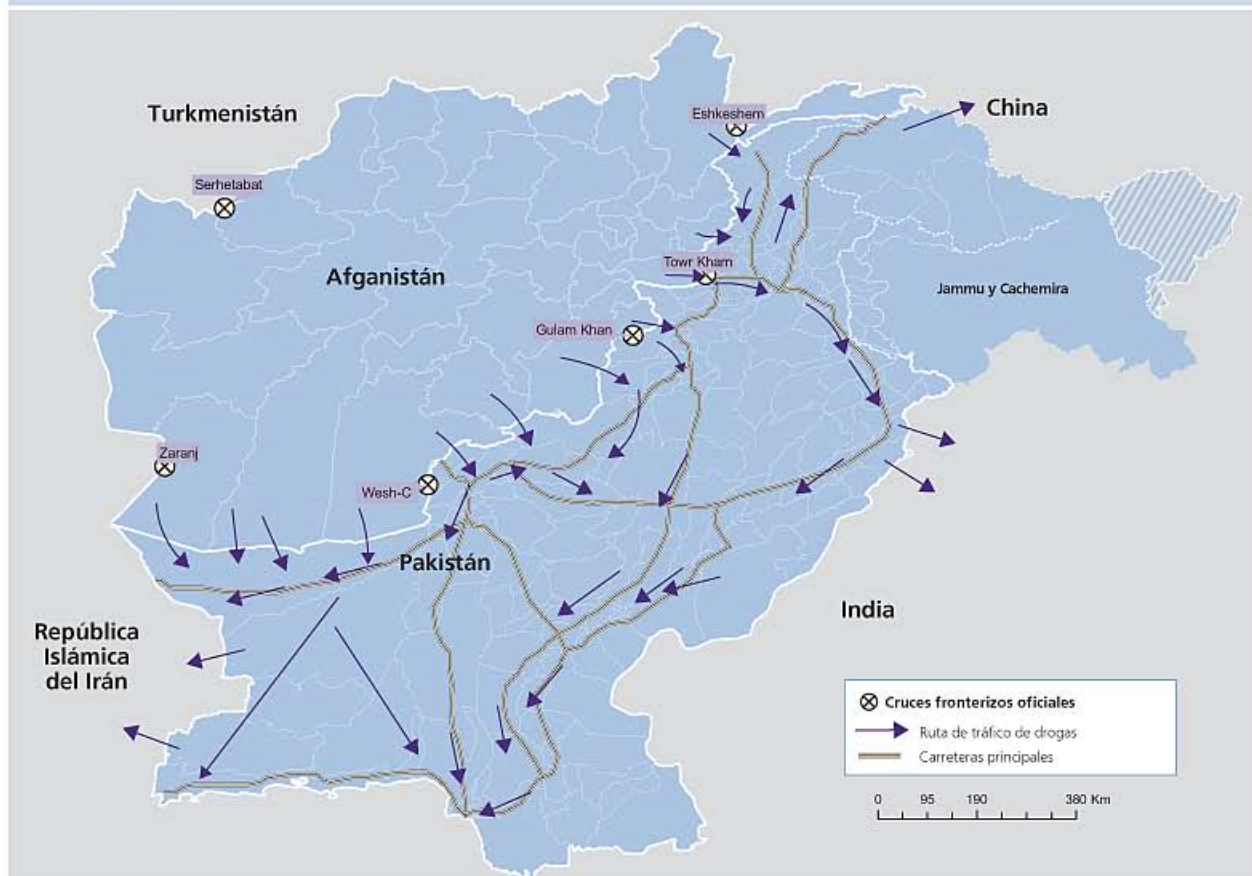
Rutas y volúmenes

El Pakistán, por su situación geográfica, es vulnerable al tráfico de opiáceos; la UNODC estima que aproximadamente el 40% de la heroína y la morfina del Afganistán (150 tm) transita por el Pakistán o se consume en ese país. Más opiáceos afganos pasan a través del Pakistán que a través de ningún otro país que comparta fronteras con el Afganistán. El control de esa frontera es un importante desafío; la extensa y escasamente vigilada frontera (2.500 km) está situada a lo largo de una cadena montañosa con tramos considerables que alcanzan altitudes de más de 4.000 metros y descendiendo gradualmente hasta planicies abiertas y dunas en la provincia de Baluchistán frente a la región meridional del Afganistán. Los puntos más importantes para el comercio, tanto lícito como ilícito, en la frontera entre el Pakistán y el Afganistán son el cruce de Torkham en las zonas tribales de administración federal y el puesto de control Chaman en la provincia de Baluchistán. Además de estos, hay cientos de pasos naturales y rutas en los desiertos a lo largo de toda la frontera, la mayoría sin vigilancia alguna.

En los últimos años la insurgencia transfronteriza ha impedido controlar las fronteras con eficacia así como el trabajo de los agentes de represión en gran parte de las zonas tribales de administración federal y en zonas de la provincia de Baluchistán. Con todo, la mayor vulnerabilidad es la proximidad inmediata del Pakistán a las zonas de procesamiento de heroína en el Afganistán, en particular, las provincias colindantes de Hilmand, Nimroz y Kandahar. Diariamente, la heroína procesada se contrabandea al Pakistán por diversos medios de transporte, incluso camellos y animales de carga. Además de la heroína, el opio no refinado y la morfina semirrefinada se envían también a través de esas fronteras, como lo demuestran las incautaciones practicadas en esa región. En 2006, el Pakistán incautó aproximadamente 32.658 toneladas de morfina, es decir, el 72% de las incautaciones mundiales. Ese es un considerable aumento, 18 veces mayor que las incautaciones en 2001

Mapa 5: Rutas del tráfico de drogas en el Pakistán

Fuente: UNODC



por un total de 1.825 kilogramos.⁷⁴ Desde entonces, las incautaciones de morfina disminuyeron en dos tercios en 2007 (10.989) y un tercio más en 2008 (7.324).⁷⁵ Las incautaciones de opio casi se duplicaron de 2007 (15.369) a 2008 (27.242) y los consumidores pakistaníes consumen aproximadamente 80 toneladas de opio al año, proveniente sobre todo del Afganistán. Una parte de la heroína nunca llega a salir del Pakistán, ya sea porque entra en el mercado nacional (que se estima que consume aproximadamente 20 toneladas de heroína al año)⁷⁶ o porque es incautada (9,2 toneladas de heroína en 2008).

Los opiáceos restantes (principalmente heroína) salen del Pakistán en múltiples direcciones, comenzando con los mercados vecinos de mayor consumo en China, la India, y la República Islámica del Irán. Las rutas principales detectadas son las siguientes:

- De la región oriental del Afganistán hacia las zonas tribales de administración federal, los opiáceos se trafican básicamente en tres direcciones: 1) hacia China a través de Gilgit (zonas septentrionales) por carretera; 2) hacia la India a través de la ruta de la PROVIN-

CIA frontera noroccidental–Chakwai/ Rawalpindi-Saikkot-Wagha; 3) hacia Karachi a través de la ruta de la Provincia fronteriza noroccidental-Rawalpindi-Chawai-Faisabad-Mutan-Sukkur.

- De Baluchistán (en particular de las ciudades de Dalbandin y Quetta) hacia la zona oriental de la República Islámica del Irán por carretera y ferrocarril y de ahí hacia Turquía y Europa occidental. Hacia el puerto de Gwadar u otros puertos pesqueros más pequeños y zonas abiertas de la costa de Makran o los puertos principales de Karachi y Puerto Qasim y de ahí a destinos internacionales por aire o por mar, sobre todo en contenedores de carga.

Aunque se envían cantidades importantes de la zona oriental del Afganistán hacia las zonas tribales de administración federal, la provincia pakistaní de Baluchistán es la principal zona de tránsito, tanto para las remesas que salen a través de la costa pakistaní como para las que pasan por el Pakistán hacia la República Islámica del Irán. Esa corriente por sí sola es notable con cerca de un cuarto de la corriente de heroína (35 toneladas) desviándose en dirección oeste hacia la frontera iraní y fundiéndose con la corriente de los Balcanes destinada a Europa.

Europa, mercado especialmente lucrativo, es también un objetivo de los traficantes pakistaníes que operan numerosas rutas aéreas y marítimas para el tráfico desde el Pakistán

74 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 34.

75 CPIA, Pakistán, 2008.

76 UNODC, *Addiction, crime and insurgency*, pág. 25.

hacia Europa (principalmente hacia el Reino Unido y los Países Bajos), enviando anualmente una cantidad estimada de 5 toneladas a través de esas conexiones directas.⁷⁷

Aproximadamente 2 toneladas de heroína se envían a los Estados Unidos y el Canadá anualmente, a través de diversas rutas, incluso directamente en vuelos de carga.⁷⁸

Durante el último decenio, China parece haber recibido una cantidad cada vez mayor de opiáceos afganos, aproximadamente 7 toneladas (de un total estimado de 55 toneladas de heroína traficada hacia China anualmente) eran originarias del Pakistán en 2008.⁷⁹ Se considera que una proporción de esa cantidad cruza las zonas septentrionales del Pakistán rumbo a la provincia China de Xinjiang.

Actualmente la UNODC estima tentativamente que el Pakistán es el principal proveedor de heroína para África con aproximadamente 20 toneladas anuales. Además de las ya mencionadas rutas directas hacia el Reino Unido y los Países Bajos, los traficantes pakistaníes, en connivencia con grupos de la delincuencia de África, envían entre 2 y 3 toneladas adicionales hacia Europa sirviéndose de África como punto de transbordo.⁸⁰

Karachi es un importante lugar para el transporte marítimo de los envíos a los países del Golfo y más allá hacia el África oriental y meridional, así como a diversos destinos en China. Se estima que aproximadamente 11 toneladas llegan ilícitamente a los Emiratos Árabes Unidos (especialmente a Dubai) para su reenvío a esos dos destinos.⁸¹

Los traficantes pakistaníes también operan rutas a través de Lahore y otras ciudades del norte hacia la India (fundamentalmente por carretera). Existe un gran número de otras rutas por tierra mar y aire a través de las cuales se abastece a otras ciudades de Asia una corriente total de drogas de aproximadamente 25 toneladas.⁸² Además, la dirección de algunas es aparentemente ilógica. Por ejemplo, en junio de 2007, las autoridades kirguisas detuvieron a un nigeriano que había organizado el tráfico desde el Pakistán a Tayikistán y de allí hacia los países de la CEI, Europa y Australia. Otra ruta, notificada por autoridades de Asia central es recorrida por múltiples correos que parten del Pakistán hacia la República Islámica del Irán-Azerbaiyán-Turquía hasta una ciudad de destino final en China.⁸³

77 Ibid., pág. 34.

78 En julio de 2009, la Real Policía Montada del Canadá incautó más de 120 kg de heroína enviados desde el Pakistán.

79 UNODC, *Addiction, crime and insurgency*, pág. 48.

80 Nigeria, Sudáfrica y Ghana son los principales Estados de África que abastecen a Europa; véase UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, 2009, pág. 38.

81 Los datos sobre incautaciones individuales proporcionados por los EAU indican que por lo menos el 50% de la heroína incautada en los EAU estaba destinado a África, y el resto a China; véase UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, pág. 48.

82 UNODC, *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, pág. 59.

83 CARICC *Information Bulletin* núm. 48.

¿Cómo opera el mercado?

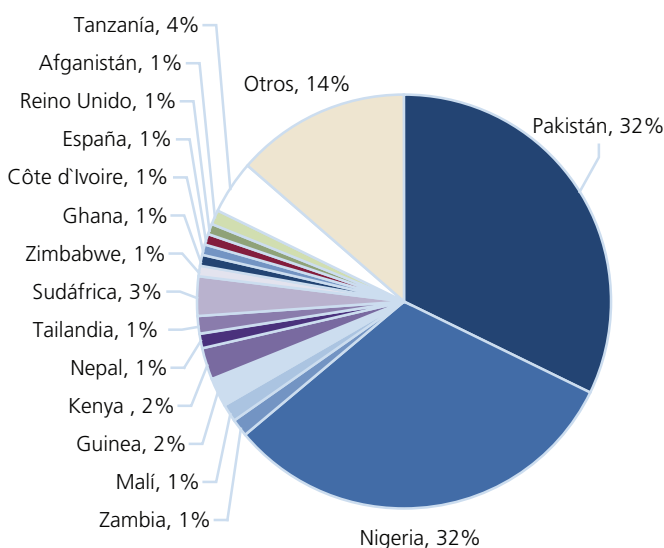
La primera etapa de la ruta presenta relativamente pocas dificultades a traficantes experimentados, muchos de los cuales pertenecen a grupos étnicos que viven a ambos lados de la frontera. En Baluchistán, las caravanas que trafican drogas consisten básicamente de traficantes baluchis que la reciben de los pashtunes en el Afganistán y la entregan en la República Islámica del Irán, Karachi, o parten de la costa de Baluchistán (los puertos de Gwadar y Pasni). Esas caravanas están sumamente militarizadas y se producen intimidaciones y violencias en torno a su actividad, incluso en zonas de Baluchistán en que han penetrado muy poco las fuerzas gubernamentales de seguridad. Muchos traficantes de importancia están radicados en Quetta (Baluchistán) y algunos son afganos que se han trasladado a ese lugar tras las operaciones de represión en la región meridional del Afganistán.

El tráfico de la zona oriental del Afganistán hacia las zonas tribales de administración federal por lo general requiere transitar por senderos montañosos y utilizar animales de carga. La violencia es poco frecuente durante los cruces (que suelen realizarse de noche). El comercio transfronterizo está bajo el control de prominentes tribus pashtunes asentadas a ambos lados de la frontera, especialmente las tribus Afridi y Shinwari, pero también de otras como las subtribus Mohmand y Waziri. Para la descarga en el Pakistán, ya sea en Karachi o en la costa de Makran, los traficantes cuentan con protección política y contactos de alto nivel entre afganos y personas poderosas en las provincias de Sindh y Punjab.

Con la posible excepción de los opiáceos destinados al Irán, los traficantes africanos -en su mayoría de la región occidental- son cruciales en el tráfico ilícito internacional de heroína. Los grupos cuentan a menudo con una amplia y

Fig. 19: Desglose de los traficantes de heroína detenidos en el Pakistán, por nacionalidad, 2008

Fuente: Organización Mundial de Aduanas



variada reserva de correos. Estos pueden ser nacionales filipinos, indonesios, pakistaníes y chinos, pero también pueden ser de África occidental. Entre estos últimos, los nigerianos son especialmente activos como puede constatar de las cifras de detenciones. Estos grupos suelen estar organizados en función de sus orígenes tribales o étnicos en redes de estructura flexible.⁸⁴

Los grupos de África occidental trafican hacia múltiples destinos, entre estos China, la India y África. Este tipo de tráfico generalmente supone el empleo de rutas aéreas (desde los aeropuertos de Peshawar, Islamabad, Lahore, Karachi y Quetta) hacia puntos de tránsito como Dubai y más allá hasta Nigeria y otros países de África occidental.⁸⁵ También se ha notificado el empleo frecuente de paquetes postales.

África es tanto un mercado como un punto de escala para otros destinos. Según informes de la Brigada de Estupeficientes, los traficantes africanos “han creado dos redes: una red de suministro del Pakistán a África y una red de redistribución de África a Europa, América del Norte y otros lugares”.⁸⁶ Para su actividad (importación y distribución al por menor de heroína), en los mercados de destino como Europa, las redes de África occidental se apoyan en sus respectivas diásporas. También se ha comunicado el reclutamiento de nacionales europeos como correos para llevar heroína a Europa por vía aérea.

Destaca el empleo de rutas aéreas, más del 37% de todas las incautaciones de heroína por el Pakistán en 2006 se realizaron en aeropuertos.⁸⁷ Los correos típicamente tratan de ocultar los opiáceos en el equipaje o de transportarlo dentro del cuerpo al salir del Pakistán.

No está claro en qué medida los grupos africanos colaboran con los grupos pakistaníes en actividades de contrabando. Según el informe del Departamento de Estado de los Estados Unidos, INCSR 2010, las organizaciones dedicadas al tráfico ilícito de drogas en el Pakistán todavía son fragmentarias y descentralizadas, pero hay una tendencia a la especialización. Evidentemente, el mercado no está cerrado a personas extrañas, ya que los nigerianos por sí solos representan el 32% de los traficantes de drogas detenidos en 2008. Más bien parece ser que existe cierto solapamiento entre los grupos nigerianos (y otros grupos africanos) y los grupos pakistaníes, tanto en el Pakistán como en algunos mercados de destino (África y China).

La UNODC estima que los ingresos que genera anualmente el tráfico de opiáceos afganos hacia el Pakistán y a través del país sobrepasan los 1.000 millones de dólares EE.UU. y subraya al mismo tiempo que esa cifra no incluye los ingresos derivados del comercio ilícito de precursores

químicos conexos. En los últimos años, la mayoría de las grandes incautaciones (de múltiples toneladas) se han producido en el puerto de Karachi aunque es posible que también se trafiquen productos químicos hacia el Pakistán en pequeños lotes provenientes de China o de la India o de ambos países, dos importantes productores. Resulta notable que las incautaciones de anhídrido acético en el Pakistán sobrepasaran las del Afganistán en 2008⁸⁸. Cada vez se dispone de más información sobre el tráfico de precursores a través del Pakistán y ello está directamente relacionado con la apertura del país a la observación y la cooperación internacionales. Con todo, subsisten graves lagunas en cuanto a información sobre las redes para la adquisición de precursores y el comercio ilícito de estos en general.

Repercusión de esta corriente

Como en el caso de la República Islámica del Irán, la accesibilidad de la oferta fomenta un alto nivel de consumo de opio y heroína en el Pakistán. La última evaluación del consumo de drogas en ese país se realizó en 2006 y se estimó en 628.000 el número de consumidores crónicos de opiáceos, de los cuales, unos 500.000 consumen heroína.⁸⁹ Esas cifras representan el doble de casos detectados en el Asia Central⁹⁰ y es diez veces superior al del número de casos detectados en el Afganistán.

Entre 2000 y 2006 el aumento del consumo de drogas inyectables se estimó en un 100%. Actualmente hay una epidemia de VIH concentrada, pero localizada, entre los consumidores de drogas por inyección (CDI) en el Pakistán. Ello, sumado a una conducta de riesgo generalizada, podría desembocar en una epidemia de VIH generalizada entre la población. Las encuestas realizadas en varias ciudades del Pakistán han confirmado una epidemia considerable del VIH entre los CDI.⁹¹ A partir de un estudio realizado en Karachi se constató un aumento de la prevalencia del VIH entre los CDI del 1% en 2004 al 26% en marzo de 2005⁹², mientras que en un estudio más reciente se comprobó que la prevalencia del VIH entre los CDI ascendía al 24% en Quetta (junto a la frontera con el Afganistán).⁹³ El aumento del número de CDI ha añadido

84 Joergen Carling, *Migration, Human Smuggling and Trafficking from Nigeria to Europe*, Instituto International de Investigación para la Paz de Oslo (PRIO), 2006.

85 Anti Narcotic Force Pakistan, *Analysis of domestic seizures 2006*.

86 *Ibid.*, pág. 14.

87 Oficina de la UNODC en el Pakistán, *Illicit drug trends in Pakistan*, abril de 2008, pág. 23.

88 Según información facilitada por la Oficina de la UNODC en el Pakistán, en 2008, el Pakistán debe haber incautado más de 15.000 litros de anhídrido acético en tres operaciones distintas.

89 Según la encuesta realizada por la UNODC en 2008, *Illicit drug trends in Pakistan*, hay 482.000 consumidores de heroína en el Pakistán.

90 La prevalencia se revisó a la baja al 0,7% de la población adulta. No obstante, esta evaluación no fue metodológicamente científica y se supone que el consumo de opiáceos en el Pakistán es muy superior a la cifra estimada.

91 Programa Nacional del Pakistán para el Control del SIDA, *HIV Second Generation Surveillance in Pakistan: National Report - Round 1, 2005*.

92 Emmanuel F, Archibald C, Altaf A; “What Drives the HIV Epidemia among Injecting Drug Users in Pakistan: A Risk Factor Analysis”, XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA, 13 a 18 de agosto de 2006, Toronto, Canadá.

93 Achakzai M, Kassi M, Kasi PM, “Seroprevalence and Co-infections of HIV, Hepatitis C Virus and Hepatitis B Virus in Injecting Drug Users in Quetta, Pakistan”, 2007, *Tropical Doctor*, 37(1):43-45.

complejidad al tratamiento de la drogadicción y requiere profesionales capacitados.

Al igual que en el vecino Afganistán, en el Pakistán las drogas están inseparablemente unidas a la corrupción y la inseguridad. En la actualidad, la eficacia de los esfuerzos del Pakistán en su lucha contra el tráfico de opiáceos afganos (y el cultivo de adormidera) es limitada debido a la influencia de la insurgencia transfronteriza y la amenaza de extremismo violento, que han monopolizado la atención de los órganos de represión. Un ejemplo de ello son las agitadas zonas tribales de administración federal que estuvieron libres de opio y adormidera durante varios años hasta 2003 y 2004, pero en las que han resurgido y expandido los cultivos.⁹⁴

1.2.5 Consecuencias para la adopción de medidas

La fiscalización de drogas en la era de la globalización debe hacer frente a ciertos desafíos, desde un cambio cultural en las sociedades consumidoras -que consideran cada vez más aceptables algunas formas de consumo de drogas- hasta el desmantelamiento de las barreras al comercio mundial. Esto último presenta problemas graves para el control de las fronteras que todavía es necesario reforzar sustancialmente, en particular en los Balcanes, Asia central, Asia meridional y a lo largo de la frontera entre el Pakistán y el Afganistán. El nivel mundial de transporte marítimo, aéreo y terrestre continuará aumentando. Por ejemplo, según la Asociación Internacional de Puertos, se prevé que el tráfico de contenedores se duplique para el año 2012 en relación con las cifras de 1999. En la actualidad, más de 220 millones de contenedores marítimos se transportan alrededor del mundo anualmente y aproximadamente el 90% de la carga mundial se transporta por ese medio. Es prácticamente imposible escanear o registrar cada contenedor, carga o vehículo. Los traficantes, que conocen bien esas limitaciones, frecuentemente optan por los puertos de entrada de mayor actividad. Por consiguiente, el intercambio de información y la cooperación internacionales deben ser los pilares de toda estrategia mundial de lucha contra las drogas. En la práctica, ello debe incluir un mayor apoyo a los órganos de reunión de información regional y de coordinación como la Dependencia conjunta de planificación (JPU) en la República Islámica del Irán, la Iniciativa de Cooperación para Europa Sudoriental (SECI) en los Balcanes y el Centro Regional de Información y Coordinación en el Asia central (CARICC), apoyo que fomentaría las capacidades para una mayor cooperación en el futuro.

Como toda otra actividad comercial, el mercado de opiáceos se rige por la ley de la oferta y la demanda, y también

reacciona a los estímulos y presiones económicos. La concentración geográfica de la producción de opiáceos en el Afganistán es un fenómeno único. Es tentador pensar que si se pudiera mantener el control sobre unas pocas provincias de uno de los países más pobres de la Tierra, uno de los problemas más insolubles de la drogadicción se resolvería de la noche a la mañana. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que los mercados se adaptan rápidamente, y que la producción pronto reaparece para responder a una demanda comprobada. Es posible que esa perspectiva haya conducido a prestar una atención desproporcionada a la producción en el Afganistán, en detrimento de esfuerzos en otros segmentos de la cadena del mercado. Por tanto, es imperativo abordar el mercado como un todo, que incluye tanto la oferta como la demanda. La comunidad internacional tiene que reforzar el vínculo entre las medidas de reducción de la oferta y la demanda e integrar mejor las iniciativas nacionales en el marco de una estrategia internacional a escala de mercado. Para ello, es imprescindible entender mejor la economía transnacional de la heroína.

⁹⁴ Según el Gobierno de los Estados Unidos, el Pakistán cultivó 1.779 hectáreas en 2009 con una producción potencial de opio de aproximadamente 44 tm. La mayor parte de ese cultivo se realiza en las zonas tribales de administración federal (Khyber, Bajaur y Mohmand); véase *Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs*, 2010 Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas (INCSR), marzo de 2010.

1.3 El mercado mundial de cocaína



La cocaína ha sido una droga popular de uso recreativo durante decenios, y si bien la demanda parece estar reduciéndose en sus mayores mercados, ha ganado popularidad en un número de países cada vez mayor. La “cocaína” comprende por lo menos dos productos diferentes: por una parte, cocaína en polvo y, por otra, una variedad de productos de cocaína base, principalmente denominados “*crack*”. La cocaína en polvo produce un efecto más sutil, su consumo es más caro, y se ha convertido en símbolo de éxito económico en algunos círculos. En muchos países en desarrollo la demanda ha surgido, especialmente, entre las elites. El *crack* es más barato, más intenso, y está asociado con la prostitución y la delincuencia callejera. Tradicionalmente, el consumo de *crack* era poco frecuente fuera de los Estados Unidos de América y el Reino Unido, aunque esta tendencia parece estar cambiando, especialmente en América Latina y partes de África.

A partir de los decenios de 1960 y 1970, la producción mundial, el tráfico ilícito y el consumo de cocaína aumentaron drásticamente. Hasta mediados del decenio de 1960, las incautaciones mundiales de cocaína se medían en términos de kilogramos al año. En los últimos años se han medido en cientos de toneladas. Atendiendo a las cifras de las incautaciones, parece ser que los mercados de cocaína aumentaron más espectacularmente durante el decenio de 1980, en que las cantidades incautadas aumentaron en más del 40% anual. También ha aumentado el número de países que informan de incautaciones de cocaína durante ese período, de 44 en 1980 a 87 en 1990 y 123 en 2008.¹

1.3.1 Dimensiones

Oferta, demanda y valor

El alcance y las pautas de la producción mundial de cocaína se han modificado notablemente durante los cuatro últimos decenios. Desde el fin de la segunda guerra mundial hasta fines del decenio de 1990, prácticamente todos los arbustos de coca (la materia prima para la fabricación de cocaína) se cultivaban en el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia, y desde el decenio de 1970, la mayor parte de ese producto se refinaba en Colombia para obtener cocaína. Esa producción aumentó con el tiempo y, en 1997, el cultivo de coca a gran escala en Colombia superó por primera vez el de los granjeros tradicionales.

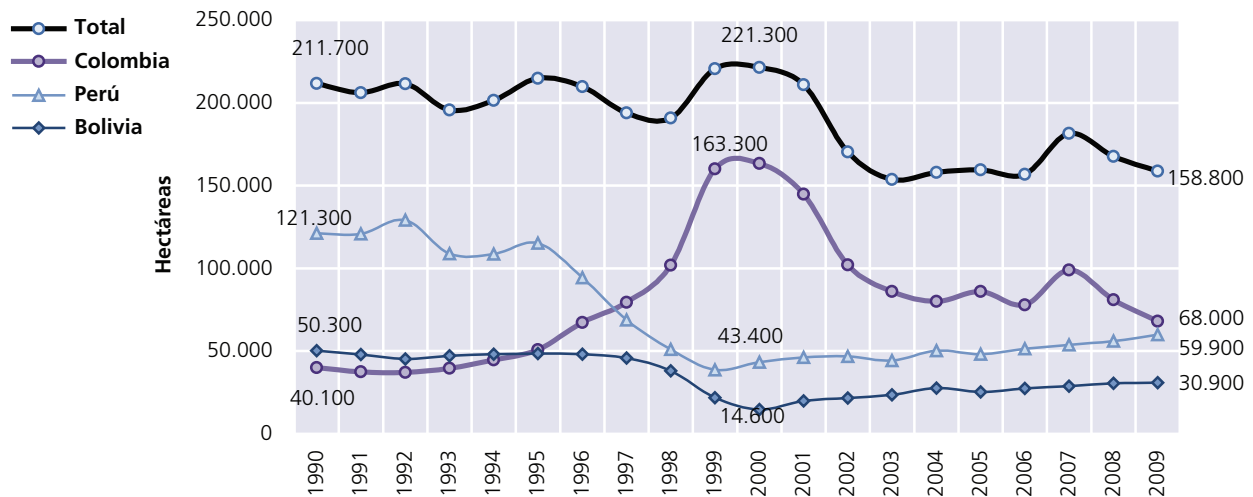
En el siglo XXI, se ha observado una reversión de esas tendencias. El cultivo de coca en Colombia disminuyó en un 58% entre 2000 y 2009, básicamente debido a erradicaciones en gran escala. Al mismo tiempo, aumentó en un 38% en el Perú y se duplicó con creces en el Estado Plurinacional de Bolivia (+112%), y esos dos últimos países pueden ya producir su propia cocaína refinada. Pese a los aumentos en el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia, la reducción neta de la superficie mundial dedicada al cultivo de coca en el período de 2000 a 2009 fue significativa, llegando al 28%. Actualmente la superficie de cultivo es mucho menor que en cualquier año del decenio de 1990.

En 2008, se estima que se produjeron 865 toneladas métricas (tm) de cocaína pura. Ese fue el nivel más bajo en cinco años y considerablemente menor al del año anterior en que se produjeron más de 1.000 toneladas. Al parecer, en 2009 se produjo una nueva reducción respecto del año anterior, aunque todavía no están disponibles las cifras definitivas correspondientes a 2009. En 2008, la mitad de la producción mundial correspondió a Colombia, más de un tercio al Perú y el resto al Estado Plurinacional de Bolivia.

■ ■
1 UNODC, cuestionario para los informes anuales (CPIA).

Fig. 20: Superficie mundial cultivada de arbusto de coca (ha), 1990-2009

Fuente: UNODC



El proceso de análisis de la producción de cocaína es complejo, dado que el rendimiento de cocaína de un lote determinado varía con el tiempo y de una zona a otra. El rendimiento ha aumentado en algunas zonas debido a mejoras en las técnicas de cultivo y de procesamiento, pero la eliminación de cultivos ha ocasionado su desplazamiento a zonas menos idóneas, lo que ha reducido su rendimiento. Las mejoras en la eficiencia de los laboratorios aumentó, a su vez, la producción de cocaína. Finalmente, las hectáreas de cultivo (determinadas por teleobservación o mediante estudios sobre el terreno) se multiplican por el rendimiento medio en kilogramos de hojas de coca por hectárea y la tasa de transformación de hojas de coca en cocaína para obtener una estimación de la producción de cocaína. Una vez actualizados, pueden inducir a obtener tendencias anuales irreales (como las observadas entre 2003 y 2004). Las tendencias a largo plazo deben ser más exactas (siempre que

las tasas de rendimiento y de transformación de la coca se hayan medido con precisión). Parece ser que, pese a cambios radicales dentro de los países, la producción total de cocaína se ha mantenido bastante estable durante el último decenio. No obstante, esa percepción podría cambiar una vez se disponga de los datos actualizados y se haya verificado la información sobre las tasas correspondientes a los diferentes países (y de las diversas regiones productoras de coca en esos países).

Las incautaciones mundiales de cocaína han aumentado considerablemente durante el último decenio, lo que indicaría que es menor la cantidad de cocaína que, de hecho, llega a los mercados de la droga, a menos que la producción sea mayor que la notificada. La mayor parte del aumento de las incautaciones correspondió a América del Sur, mientras que las incautaciones en América del Norte y Europa disminuyeron entre 2006 y 2008. Desde 2001, Colombia

Fig. 21: Producción mundial de cocaína, 1990-2008

Fuente: UNODC

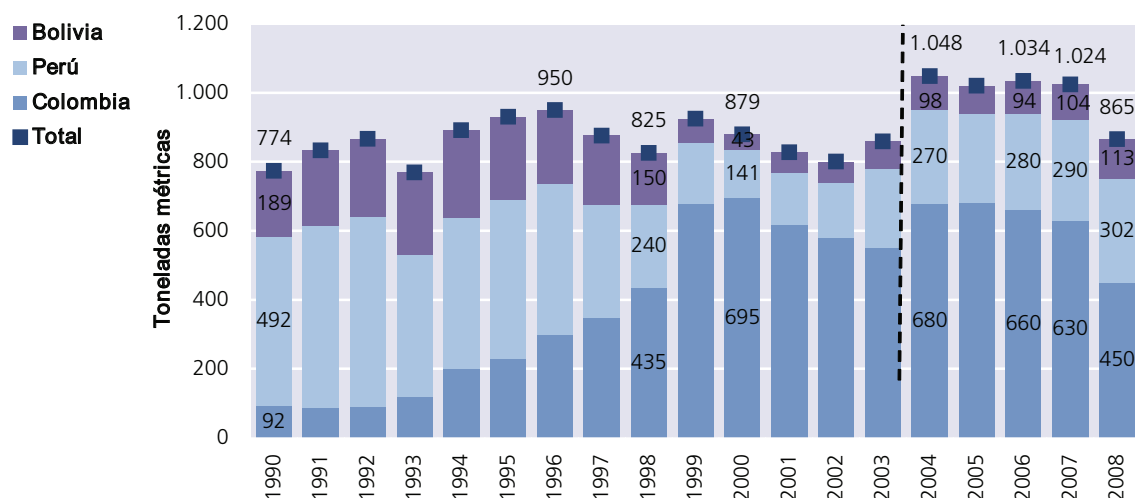
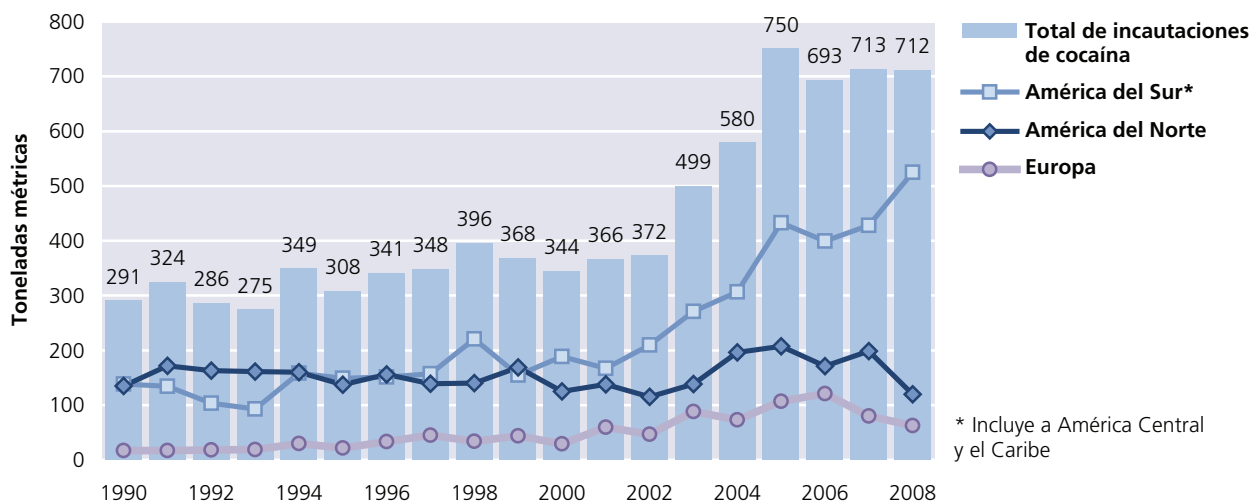


Fig. 22: Incautaciones mundiales de cocaína (no ajustadas por pureza), 1990-2008

Fuente: UNODC DELTA



ha incautado más cocaína que cualquier otro país del mundo y las incautaciones también han aumentado considerablemente en América Central.² Al estrecharse la cooperación internacional, numerosas remesas son incautadas antes de salir del país de origen, o antes de llegar a su destino final.

Sin embargo, también en este caso es complejo realizar un análisis dado que las estimaciones de la producción se calculan sobre la base de que la cocaína es pura y la mayoría de las incautaciones consiste en un producto con un coeficiente de dilución desconocido. Al parecer, la pureza de las remesas de cocaína está disminuyendo. Tradicionalmente, contenían un 60% de cocaína, pero la pureza media³ comunicada a la UNODC se redujo al 58% en 2007 y al 51% en 2008. Así pues, todo parece indicar que se está incautando gran parte de la cocaína producida:⁴ alrededor del 42%. Esa proporción ha aumentado drásticamente desde la de hace un decenio en que la cantidad rondaba el 24%.

Una vez tenida en cuenta la pureza y deducidas las incautaciones, la cantidad de cocaína disponible para el consumo parece ser que se redujo de más de 700 toneladas a mediados del decenio de 1990 a unas 500 toneladas en 2008.⁵

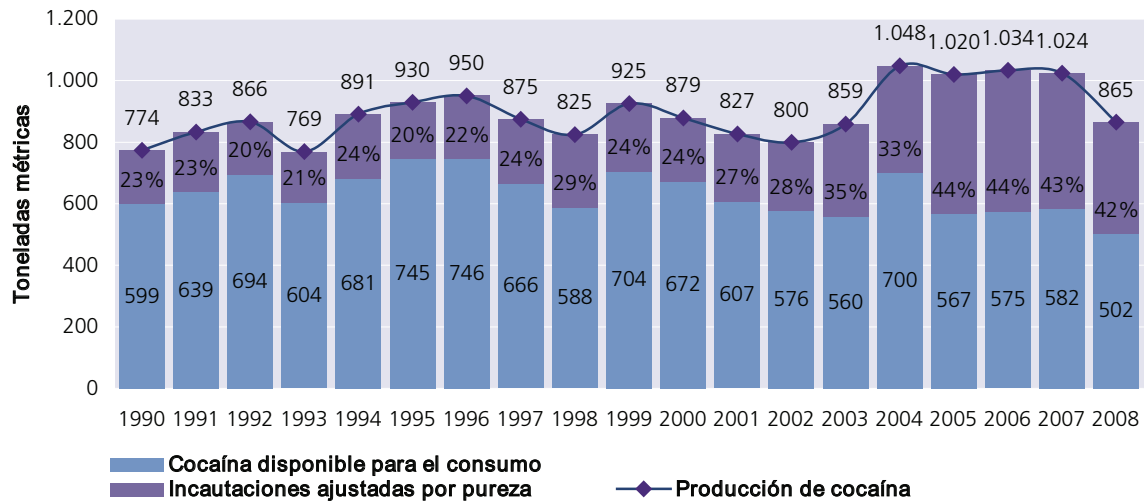
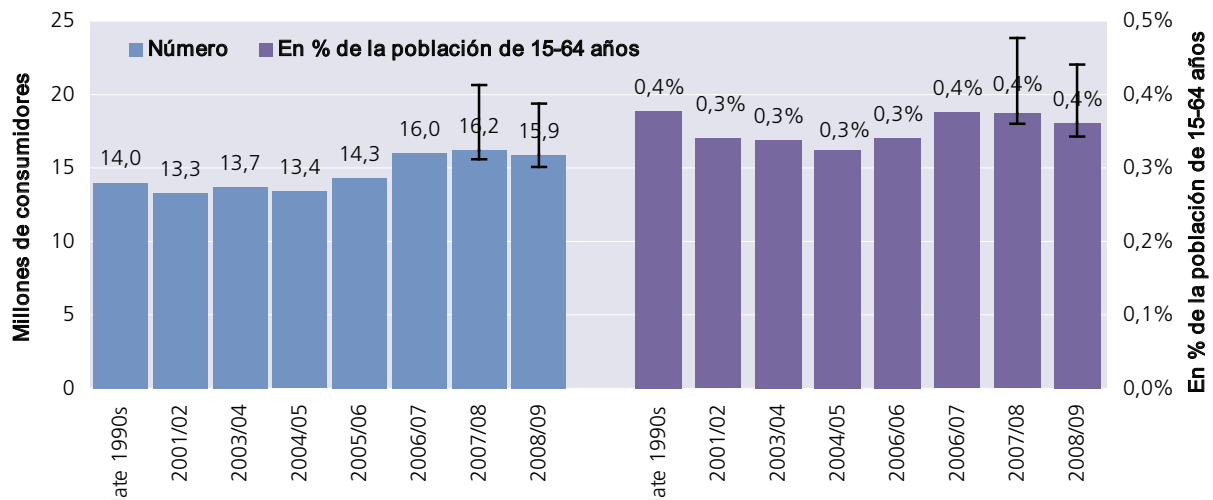
- ■
- 2 Es posible que parte de ese aumento se deba a un doble conteo. Al existir una mayor cooperación internacional cabe la posibilidad de que varios países comuniquen como propia una misma incautación de cocaína.
- 3 Media no ponderada de los datos sobre la pureza de la cocaína vendida al por mayor y al por menor, según lo comunicado por los Estados Miembros a la UNODC en un año dado.
- 4 Si las purezas comunicadas estuvieran ponderadas en función de las cantidades incautadas, la pureza media calculada sería mayor, por lo que la tasa de incautaciones sería incluso superior. No obstante, algunas de las incautaciones comunicadas eran exageradas debido a un doble conteo.
- 5 Actualmente se están revisando los métodos para calcular la producción potencial de cocaína en la región andina, lo que podría a resultar en estimaciones más elevadas que las comunicadas en el pasado.

¿Cómo se reconcilian esas cifras con lo que se sabe acerca del consumo mundial de cocaína? La información acerca del consumo de cocaína se basa en las encuestas por hogares sobre el consumo de drogas. Lamentablemente, pocos países realizan encuestas anuales de ese tipo y en algunas regiones del mundo (principalmente en Asia y África), esas encuestas se han realizado muy esporádicamente. Debido a esas incertidumbres, desde el último año, la UNODC presenta las tasas de consumo como rangos y no como estimaciones exactas.

En muchos casos, esas encuestas no se han realizado pues existen razones fundadas para considerar que probablemente no existe un consumo generalizado. En consecuencia, las mejores estimaciones puntuales suelen encontrarse en los valores inferiores del rango de incertidumbre. Es hipotéticamente posible que, por ejemplo, el consumo de cocaína se ha generalizado en China y la India, puesto que no existen datos de encuestas nacionales para establecer el nivel de consumo en esos países. Sin embargo, sobre la base de lo que se conoce acerca de la producción de cocaína, las pautas del tráfico ilícito y de los países en sí mismos (por las incautaciones, los arrestos, los tratamientos y otra información cualitativa), ese consumo parece muy improbable. La supresión de esos dos países de la perspectiva general puede influir considerablemente en las estimaciones del consumo mundial.

Sobre la base de la interpretación más adecuada de los datos disponibles, el número de personas que consumieron cocaína por lo menos una vez en el año anterior puede haber aumentado en torno al 14% entre fines del decenio de 1990 y 2008, con una tasa de consumo anual de cocaína

- ■
- Aunque es demasiado pronto para predecir el resultado de ese ejercicio, podría ayudar a despejar la incógnita que plantea la reducción de la disponibilidad estimada de cocaína en los últimos años mientras que al mismo tiempo aumentaba el número de consumidores (aunque en diferentes regiones y en diversas etapas de desarrollo del mercado).

Fig. 23: Producción, incautaciones y oferta de cocaína a los mercados, 1990-2008Fuente: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* y DELTA**Fig. 24: Prevalencia anual del consumo de cocaína a nivel mundial**Fuentes: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2008* y actualizaciones basadas en los CPIA

básicamente estable durante el último decenio, en torno al 0,4% de la población adulta (16 millones de personas en 2008; rango: de 15 a 19 millones).

Si la cantidad de cocaína que llega al mercado ha disminuido (de más de 700 toneladas a fines del decenio de 1990 a cerca de 500 toneladas en 2008) y ha aumentado el número de consumidores durante los últimos 10 años, cabe deducir que la cantidad por consumidor debe haber disminuido considerablemente. Sin embargo, no se debe excluir la posibilidad de que la eficacia de los laboratorios pueda haber aumentado más de lo que se refleja habitualmente en las estimaciones de la producción de cocaína, de modo que la disponibilidad mundial de cocaína (producción menos incautaciones) puede haberse mantenido estable o haber aumentado ligeramente durante el último decenio.

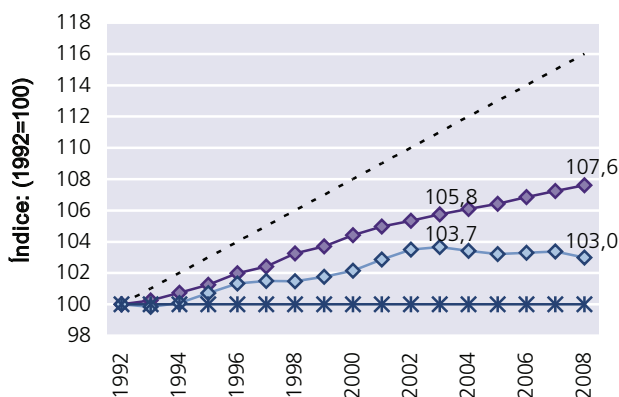
¿Cómo se ajusta lo expuesto a la opinión de expertos acerca de las tendencias mundiales de las drogas? Una de las pre-

guntas que se formula en el cuestionario de la UNODC para los informes anuales se refiere a las percepciones acerca de las tendencias en cada mercado. De ese modo, los países que no realizan encuestas, pueden dar cuenta de lo que, a su juicio, son problemas emergentes en relación con las drogas. Si esas respuestas se unen para calcular un índice,⁶ este aumenta, lo que parecería indicar que más países cada vez consideran que la cocaína es un problema creciente. Si esas respuestas se ponderan en función de la población estimada de consumidores de cocaína, la tendencia mundial de los últimos años es decreciente, en consonancia con la reducción del consumo en los Estados Unidos, el mayor mercado nacional de cocaína.

⁶ A un "gran aumento" se asignan 2 puntos, a "cierto aumento" 1 punto y a "estable", 0 puntos; a "cierta disminución", se resta 1 punto y a una "gran disminución" se restan 2 puntos. A partir de ahí se calcula la media a nivel mundial.

Fig. 25: Tendencias mundiales del consumo de cocaína según expertos de los gobiernos, 1992-2008

Fuente: UNODC, CPIA



- - - - - Clave: algún aumento en todos los países

◆ Tendencias no ponderadas

◇ Tendencias ponderadas en función de la población consumidora de cocaína

* Clave: estable en todos los países

Puede constatar una clara divergencia entre las respuestas de los países desarrollados (OCDE) y los países en desarrollo: los primeros consideran que el consumo está disminuyendo y los segundos consideran que está aumentando.

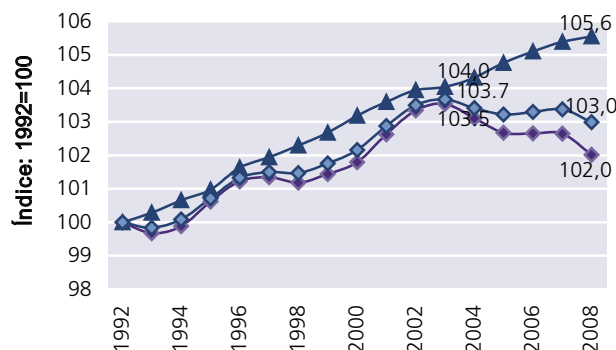
¿En qué medida han repercutido esas tendencias en el valor del mercado mundial de cocaína? No cabe duda de que el valor es inferior al de mediados del decenio de 1990, años en que los precios eran muy superiores y el mercado de los EE.UU. era pujante. Para 1995, la UNODC estimó el valor del mercado mundial al por menor en 117.000 millones de dólares EE.UU.⁷ Expresado en dólares EE.UU. constantes de 2008, esa cantidad equivaldría a 165.000 millones de dólares EE.UU. en 2008. La cifra correspondiente a 2008 sería de 88.000 millones de dólares EE.UU. (rango: 80.000 millones-100.000 millones de dólares EE.UU.) lo que indica que el valor se ha reducido en un 50% en esos 13 años. En 2008, las ventas mundiales de cocaína al por menor fueron equivalentes al 0,15% del PIB mundial porcentaje inferior al 0,4% del PIB mundial en 1995. No obstante, el valor de las ventas mundiales de cocaína al por menor en 2008 fue aún superior al producto interno bruto (PIB) de 123 países según estimaciones del Banco Mundial del PIB de 184 países correspondientes a los años 2007 ó 2008.

7 PNUFID, *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, Viena, 1997.

8 PNUFID, *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, Viena 1997; Banco Mundial, *Indicadores del desarrollo mundial 2009*; UNODC estimaciones para 2008 basadas en los CPIA; UNODC, "Estimación del valor de los mercados de drogas ilícitas" en la UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2005*, Vol.1, Análisis, págs.129 a 149; PNUFID, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, Dic.2001; Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y

Fig. 26: Tendencias mundiales en el consumo de cocaína, países de la OCDE frente a países no miembros, según expertos de los gobiernos (basadas en tendencias ponderadas en función de la población consumidora de cocaína), 1992-2008

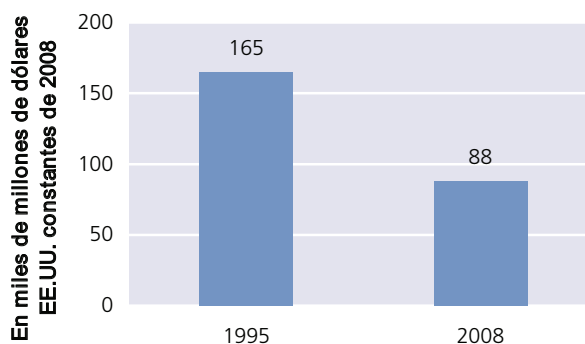
Fuente: UNODC, CPIA



▲ Países en desarrollo o en transformación

● Países de la OCDE

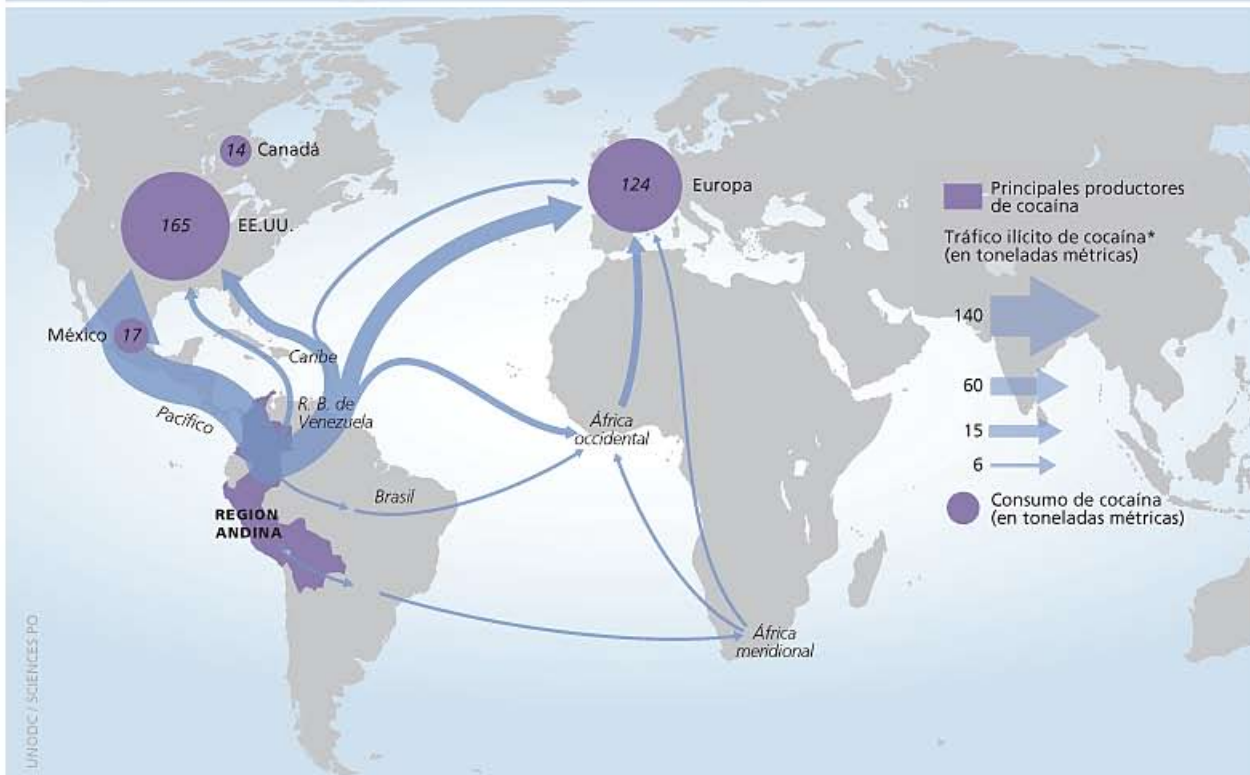
◆ Mundial

Fig. 27: Mercado mundial de cocaína al por menor en miles de millones de dólares EE.UU. constantes de 2008; 1995 y 2008Fuente: Estimaciones de la UNODC⁸

Sociales, División de Población, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, 2009; SAMHSA, *Encuesta Nacional sobre el uso de Drogas y la Salud*, Rockville MD 2009, y años anteriores; FBI, *Uniform Crime Reports (2002-2008)*; PNUFID, *Arrestee Drug Abuse Monitoring Program - ADAM II 2008 Annual Report*, Washington D.C., abril de 2009; PNUFID, "Cocaine Consumption Estimates Methodology", septiembre de 2008 (documento interno), Departamento de Estado, *Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas*, marzo de 2010; PNUFID, *The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981-2007*, Informe para la ONDCP del Instituto de Análisis para la Defensa, Washington, julio de 2008; Dirección de Lucha contra la Droga (EE.UU.), *Análisis de los datos de STRIDE*; Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey 2008*; Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Adicciones*, 2008; OEDT, *Statistical Bulletin 2009*; Centro Europeo de Políticas de Bienestar Social, *Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies*, Viena, 2009; Ministerio del Interior del Reino Unido, *Sizing the UK market for illicit drugs* Londres, 2001; Ministerio del Interior, *Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments*, Ministerio del Interior, Informe en línea 16/06, Londres, 2006; y otros informes del Gobierno.

Mapa 6: Principales corrientes mundiales de cocaína, 2008

Fuente: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, y UNODC estimaciones notificadas por la ONDCP de los EE.UU., *Cocaine Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno)

**Volumen y distribución mundiales**

Aunque el consumo de cocaína parece estar aumentando en los países en desarrollo, la mayor parte de la producción está destinada a dos importantes mercados en el extranjero: América del Norte (6,2 millones de consumidores en 2008) y Europa (de 4 a 5 millones de consumidores, de los cuales, 4,1 millones en países de la UE y la AELI)⁹ El mayor mercado emergente en el mundo en desarrollo es América del Sur, América Central y la región del Caribe, con unos 2,7 millones de consumidores. Las estimaciones sobre el consumo en Asia y África son mucho menos exactas.

Las estimaciones actuales indican que en 2008, la cocaína pura disponible para el consumo fue de 500 toneladas, de las cuales, se consumieron efectivamente unas 480 toneladas. El resto, o bien se almacenó, o se perdió en tránsito. Sobre la base de la información acerca de la producción, las incautaciones, los niveles de consumo y las tasas de consumo, se presenta, en un cuadro por separado, la distribución mundial probable de las 480 toneladas de cocaína consumidas en 2008. Ese cuadro indica que más de 320 toneladas, es decir, alrededor de dos tercios, se consumen en los mercados maduros de cocaína de América del Norte (41%) y Europa occidental (26%). América Latina la sigue de cerca por lo que se debe prestar más atención a este creciente mercado.

⁹ Los 27 países de la Unión Europea (UE) y los cuatro países de la Asociación Europea de Libre Intercambio (AELI).

Esas estimaciones siguen siendo tentativas, con bastante incertidumbre en cuanto a Asia y África en particular, pero en general concuerdan con la distribución de las incautaciones mundiales de cocaína.

Sobre la base de esa distribución y los precios y las purzas, es posible calcular un precio al por menor en cada mercado regional. Debido a precios al por menor ajustados por pureza mucho más elevados, el valor estimado del mercado en Europa (34.000 millones de dólares EE.UU.) se aproxima al de América del Norte (38.000 millones de dólares EE.UU.). Sorprendentemente, el tercer mayor mercado de cocaína, en términos económicos, es el de la región de Oceanía, cuyo valor se estima en 6.000 millones de dólares EE.UU. debido a los precios sumamente altos del mercado al por menor.

Repercusión mundial

El consumo de cocaína es, ante todo, un grave problema de salud. El consumo de cocaína causa decenas de miles de muertes anualmente en todo el mundo. Después de los opiáceos, la cocaína es la droga más problemática del mundo, e indudablemente es la droga más problemática en América. De los 5,3 millones de personas que consumieron cocaína por lo menos una vez en los Estados Unidos en 2008, 1,9 millones consumieron también cocaína el mes anterior, de los cuales casi 1 millón eran adictos a la cocaína.¹⁰ Es decir, de las personas que consumieron cocaína

¹⁰ La clasificación de toxicomanía se basó en la definición de la cuarta

Cuadro 8: Distribución tentativa del consumo mundial de cocaína (ajustado por pureza), 2008Fuente: UNODC, estimaciones¹¹

	Número estimado de consumidores (en millones)	Gramos por consumidor por año	Cantidades de cocaína pura consumida (en toneladas)	En %
América del Norte	6,2	31,6	196	41%
UE/AELI	4,1	30,2	124	26%
América del Sur, América Central, Caribe	2,7	35	95	20%
África	1,3	20	26	5%
Asia	0,7	20	14	3%
Europa oriental y sudoriental	0,5	26	13	3%
Oceanía	0,4	25	11	2%
Total mundial (redondeado)	15,9	30,1	480	100%

Cuadro 9: Distribución tentativa del mercado mundial de cocaína en miles de millones de dólares EE.UU., 2008Fuente: Estimaciones de la UNODC¹²

	Cantidades consumidas (en toneladas)	Precio medio al por menor (en dólares EE.UU. por gramo)	Pureza media al por menor	Precios ajustados por pureza	Valor (en miles de millones de dólares EE.UU.)
América del Norte	196	108	56%	192	38
UE/AELI	124	101	37%	273	34
América del Sur, América Central, Caribe	95	11	66%	17	2
África	26	22	34%	65	2
Asia	14	142	73%	195	3
Europa central y sudoriental	13	125	48%	260	3
Oceanía	11	291	53%	549	6
Total mundial (redondeado)	480				88

por lo menos una vez el año anterior, el 18% eran adictos a la droga. Esa proporción es superior a la de cualquier otra droga salvo la heroína.

Las cifras correspondientes a 2007 indican que de 1.000 personas que consumieron *crack* cocaína en los 12 meses anteriores, 116 se acogieron a tratamiento por uso indebido de sustancias, una proporción ligeramente superior a

tratamiento por consumo de metanfetamina (102) y significativamente superior a tratamiento por consumo de drogas en general (30) o por consumo de alcohol.¹³

Si bien la proporción ha disminuido, casi la mitad de todas las personas que inician tratamiento en América por drogadicción, lo hacen por adicción a la cocaína (46%), y la proporción en Europa aumentó del 3% en 1997-1998 al 10% en 2008. En Europa occidental, la proporción es casi el 15%.

El tráfico ilícito de cocaína es también una amenaza para la seguridad y financia la delincuencia organizada y la insurgencia en varios países, entre ellas, las FARC en Colombia y el Sendero Luminoso en el Perú.

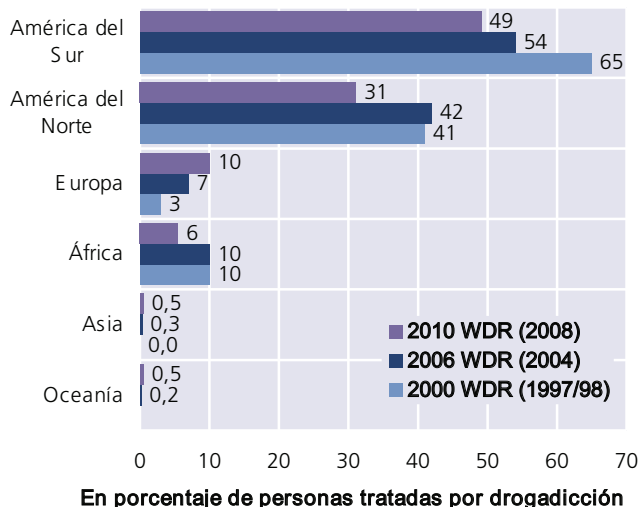
El tráfico de cocaína también está vinculado a la corrupción. No solo prospera con la corrupción, sino que además la alimenta. El aumento del tráfico de cocaína a través de los países vecinos de los centros de producción de cocaína en la región andina provocó un aumento del nivel

edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

11 Las mismas fuentes que figuran en la nota de pie de página 8, salvo PNUFID, *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, Viena 1997; Banco Mundial, *Indicadores del desarrollo mundial 2009*; ONDCP, *The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981-2007*, Informe preparado para la ONDCP por el Instituto de Análisis para la Defensa, Washington, julio de 2008; Dirección de Lucha contra la Droga (EE.UU.) basado en datos de STRIDE.

12 Las mismas fuentes que figuran en la nota de pie de página 8, salvo PNUFID, *Economic and Social Consequences of Drug Abuse and Illicit Trafficking*, Viena 1997; Banco Mundial, *World Development Indicators 2009*; ONDCP, *The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981-2007*, Informe para la ONDCP del Instituto de Análisis para la Defensa, Washington, julio de 2008; Dirección de Lucha contra la Droga (EE.UU.) basado en datos de STRIDE.

13 SAMHSA, *Datos sobre episodios de tratamiento (TEDS)* y SAMHSA, *National Survey on Drug Use and Health*.

Fig. 28: La cocaína como primera droga de consumo en personas tratadas por problemas de drogadicción** valores medios regionales no ponderados.¹⁴Fuentes: UNODC, CPIA, *Informe Mundial sobre las Drogas 2006*; UNODCCP, *Informe Mundial sobre las Drogas 2000*

de corrupción, mientras que los elevados niveles de corrupción en algunos países del África occidental indudablemente han sido un factor que ha facilitado el establecimiento de la vía para el tráfico a través de esa región.

1.3.2 Cocaína de la región andina hacia América del Norte

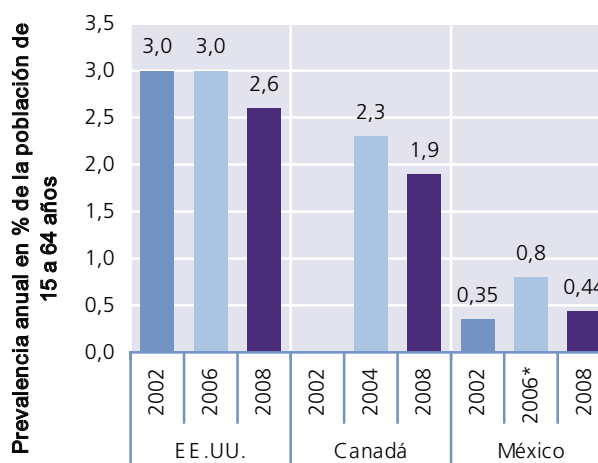
América del Norte es el mayor mercado regional de cocaína, con unos 6,2 millones de consumidores anualmente, cerca del 40% de la población mundial de consumidores de cocaína. Los Estados Unidos siguen siendo el mayor mercado nacional de cocaína del mundo, aunque ese mercado ha disminuido desde principios del decenio de 1980. Se ha estimado que en 1982, 10,5 millones de personas en los Estados Unidos consumieron cocaína el año anterior.¹⁵ En

¹⁴ Se presentan resultados no ponderados ya que en algunos países solo se dispone de datos de unos pocos hospitales o centros de tratamiento de la drogadicción. No obstante, en la mayoría de las regiones, los cambios en la proporción de la demanda de tratamiento por cocaína parecen reflejar con bastante fidelidad las tasas actuales subyacentes en cuanto a la importancia relativa de la cocaína en la demanda total de tratamientos relacionados con las drogas. La única excepción es África. La supuesta "reducción" de la proporción de demanda de tratamiento relacionado con la cocaína en África entre 2004 y 2008, es un dato estadístico espurio. En el *Informe Mundial sobre las Drogas* del presente año se eliminaron todas las estimaciones con más de 10 años de antigüedad. Esa supresión apenas repercutió en la mayoría de las regiones, salvo en África. Redujo significativamente el número de estimaciones disponibles sobre África. Por tanto, la "reducción" en África se debe básicamente a una muestra diferente y muy limitada de países de África notificantes, y no a una reducción real de la demanda de tratamiento relacionado con la cocaína. Por el contrario, en los pocos países de África con datos comparables disponibles, la proporción del total de la demanda de tratamiento por consumo de cocaína parece haber aumentado.

¹⁵ EE.UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Salud Mental y contra las Adicciones (SAMHSA), 1995

Fig. 29: Tasas de prevalencia anual del consumo de cocaína en América del Norte en la población de 15 a 64 años, 2002-2008

* Datos de 2006 correspondientes a México: Estimaciones de la UNODC, extrapoladas de los resultados de las encuestas por hogares realizadas en México, D. F.

Fuentes: SAMHSA, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health (and previous years)*; CONADIC, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*; Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey 2008*; UNODC *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (y años anteriores)

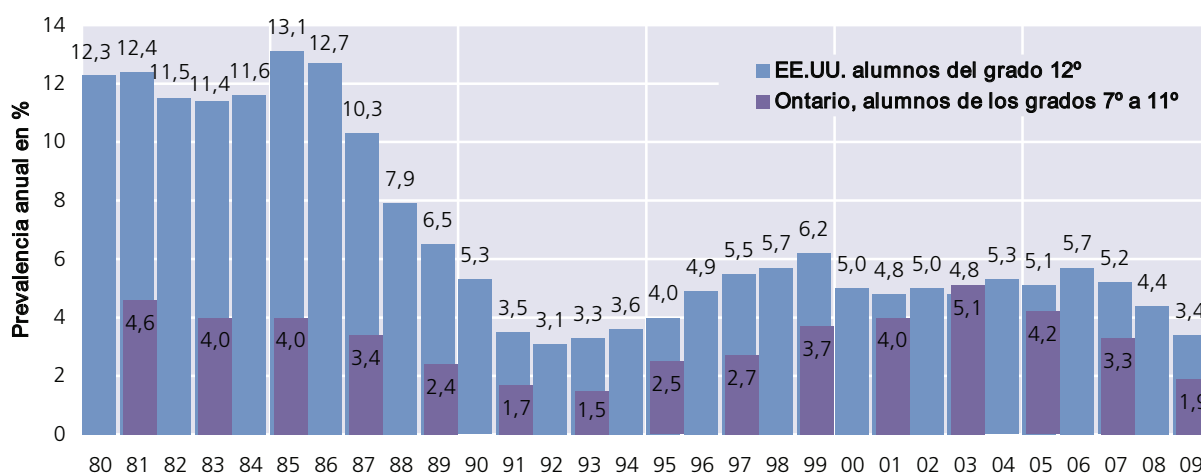
2008, la cifra fue de 5,3 millones, cerca de la mitad. Esa reducción en el largo plazo ocurrió pese a la caída de los precios y puede atribuirse a diversas causas, incluido el aumento de la prevención, los tratamientos (complementados con el establecimiento de "tribunales especializados en drogas") y el "aprendizaje social". La cocaína *crack* se convirtió en una droga estigmatizada en la segunda mitad del decenio de 1980, y la cocaína en polvo también pasó de moda.

Esa disminución en el largo plazo impulsada por la demanda, parece haberse complementado con otra reciente y más drástica, regida por la oferta. La tasa de prevalencia anual del consumo de cocaína en los Estados Unidos, se redujo del 3% de la población adulta en 2006 al 2,6% en 2008.¹⁶ También se han notificado reducciones en el Canadá, país en que la tasa de consumo anual entre adultos disminuyó del 2,3% en 2004 al 1,9% en 2008.¹⁷ Las encuestas por hogares realizadas en México indicaron un aumento a partir de 2002. Con todo, los resultados de una encuesta realizada en México, D. F., en 2006, indican que el consumo de cocaína podría haber disminuido realmente

¹⁶ *National Household Survey on Drug Abuse #18*, Rockville, Maryland, 1996.

¹⁶ SAMHSA, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health*. Los datos se reajustaron al grupo de 15 a 64 años comparable internacionalmente.

¹⁷ Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey 2008*, Ottawa 2009. La disminución del 1,9% de la población de 15 o más años en 2004 al 1,6% en 2008 es equivalente a una disminución del 2,3% al 2,0% si las cifras se reajustan al grupo internacionalmente comparable de personas de 15 a 64 años.

Fig. 30: Prevalencia anual del consumo de cocaína entre alumnos de enseñanza media en los Estados Unidos y Ontario (Canadá), 1980-2009Fuentes: NIDA, *Monitoring the Future*; OSDUH, *Drug Use Among Ontario Students, 1977-2009*

entre 2006 y 2008, tras un pronunciado aumento entre 2002 y 2006.¹⁸

Una drástica y reciente disminución análoga puede deducirse de las encuestas escolares en los Estados Unidos y el Canadá, países en los que el consumo entre alumnos se redujo casi a la mitad en tres años.¹⁹ En 2009, la disponibilidad percibida de cocaína entre los estudiantes estadounidenses alcanzó su nivel mínimo desde 1978. Por su parte, los agentes de represión de los Estados Unidos también confirman una gran reducción en la disponibilidad. Pese a los esfuerzos desplegados para combatir el comercio de drogas, las incautaciones de cocaína por los EE.UU. a lo largo de la frontera con México disminuyeron en un 40% entre 2006 y 2008 y se mantuvo al nivel inferior en 2009, mientras que las incautaciones de heroína, marihuana y metanfetamina aumentaron.²⁰

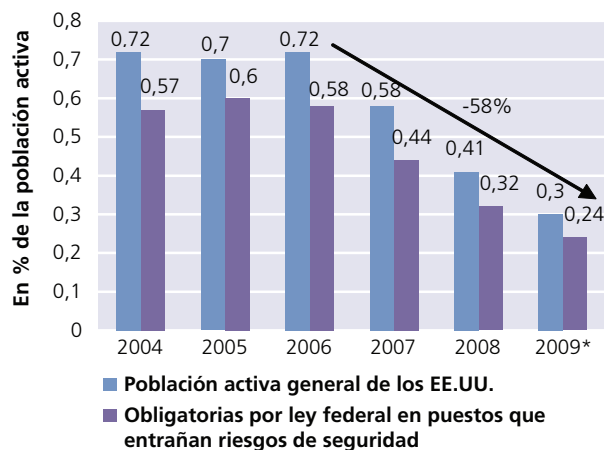
18 Los drásticos aumentos seguidos de una reducción parecen también estar confirmados indirectamente por encuestas por hogares entre la población en general realizadas en México en 2002 y 2008. Si bien la prevalencia del consumo de cocaína a lo largo de la vida se duplicó pasando, del 1,23% en 2002 al 2,4% en 2008, la prevalencia anual aumentó "solamente" en un 25% pasando del 0,35% en 2002 al 0,44% en 2008. Es decir, la prevalencia a lo largo de la vida aumentó en casi 1,2 puntos porcentuales mientras que la prevalencia anual aumentó "solo" en 0,1 punto porcentual. Esos resultados solo serían posibles si amplios sectores de la sociedad hubieran comenzado a experimentar con la cocaína pero hubieran dejado de hacerlo en algún momento entre 2003 y 2007. Ello, a su vez, indicaría que la prevalencia anual del consumo de cocaína ya era mayor en algunos momentos entre 2003 y 2007, llegando a un valor máximo probablemente hacia 2006, seguido de una reducción en los últimos años. Otra posibilidad sería que más del 50% de los consumidores de cocaína abandonaran ese hábito cada año entre 2002 a 2007, lo que parece poco probable. Además la proporción del total de la demanda de tratamiento por cocaína ha disminuido en los últimos años del 37,1 % en 2006 al 33,9% (UNODC ARQ).

19 La reducción en los EE.UU. entre 2006 y 2009 fue del 40% y del 50% en Ontario, lo que supone más de un tercio de la población total del Canadá.

20 National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2010*, Johnstown, febrero de 2010.

Fig. 31: Pruebas positivas de consumo de cocaína entre la población activa de los EE.UU. 2004-2009*

* Pruebas positivas de consumo de cocaína en la población activa general de los EE.UU. (5,7 millones de pruebas en 2008) y en la fuerza laboral bajo mandato federal, sensible a las cuestiones de seguridad (1,6 millones de pruebas en 2008). Los datos de 2009 se refieren al primer semestre solamente.

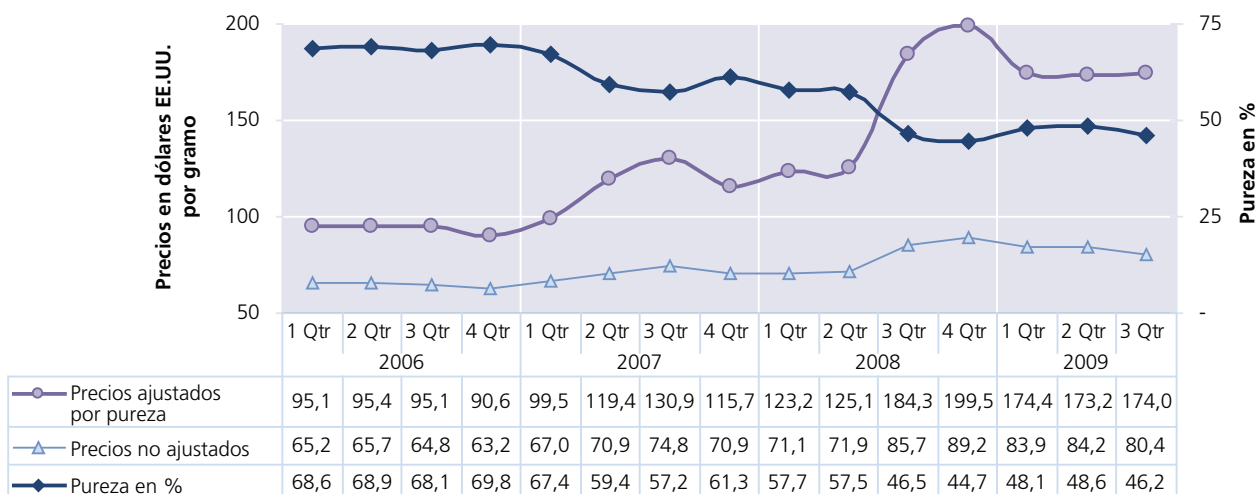
Fuente: Quest Diagnostics, *Drug Testing Index*

La drástica reducción del consumo de cocaína también se refleja en los datos forenses. Las pruebas de detección de cocaína en muestras de cabello realizadas a trabajadores de los Estados Unidos, que permiten detectar el consumo durante los tres meses anteriores, con resultados positivos mostraron una reducción del 40% en tan solo dos años, del 5,3% en 2007 al 3,2% durante el primer semestre de 2009.²¹ La proporción de la población activa de los Estados Unidos que dio positivo en la prueba de consumo de

21 Quest Diagnostics, *New Hair Data Validate Sharp Downward Trend in Cocaine and Methamphetamine Positivity in General U.S. Workforce* Madison, N.J., 20 de noviembre de 2009 y The Medical News, *Quest Diagnostics reports sharp downward trends in cocaine and methamphetamine use*, 20 de noviembre de 2009.

Fig. 32: Precios medios de compra de cocaína en los EE.UU. de enero de 2006 a septiembre de 2009

Fuente: Dirección de Lucha contra la Droga, EE.UU.



cocaína mediante análisis de orina (que detecta el consumo durante los dos o tres últimos días) disminuyó del 58% entre 2006 (0,72%) y el primer semestre de 2009 (0,3%).

Aunque las pruebas forenses no se realizaron a una muestra representativa de la población de los EE.UU., se someten a ellas unos 6 millones de personas, casi 100 veces el número de personas entrevistadas en las encuestas por hogares (69.000 en 2008).²²

La reciente disminución (desde 2006) parece haber estado impulsada fundamentalmente por la demanda, debido a una gran escasez de cocaína. Esa escasez se refleja también en una reducción acelerada de los niveles de pureza y en el consecuente aumento del costo por unidad de cocaína pura. Si bien los precios en la calle se mantuvieron bastante estables durante ese período, el grado de pureza disminuyó drásticamente con la consiguiente duplicación del precio real de la cocaína entre 2006 y 2009.

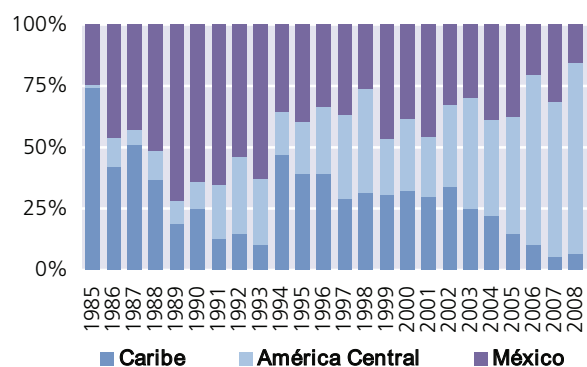
Las razones de esa escasez son múltiples, a saber, las intercepciones se ha intensificado en Colombia, América Central y México. Las rutas de abastecimiento se han visto afectadas por la violencia de los carteles en México y, posiblemente lo más importante sea la disminución de la producción en Colombia, fuente principal de cocaína para el mercado de los Estados Unidos, y el hecho de que la producción del Perú y del Estado Plurinacional de Bolivia tenga como destino Europa y el Cono Sur. Se ha demostrado científicamente que el mercado de los EE.UU. se abastece casi exclusivamente de cocaína colombiana (y no peruana o boliviana). Análisis forenses de la cocaína incautada o comprada en los Estados Unidos han demostrado reiteradamente que cerca del 90% de las muestras son de origen colombiano.²³

22 SAMHSA, *Results from the 2008 National Survey on Drugs Use and Health*.

23 Departamento de Estado de los Estados Unidos, Oficina de asuntos internacionales relacionados con los estupefacientes y el cumplim-

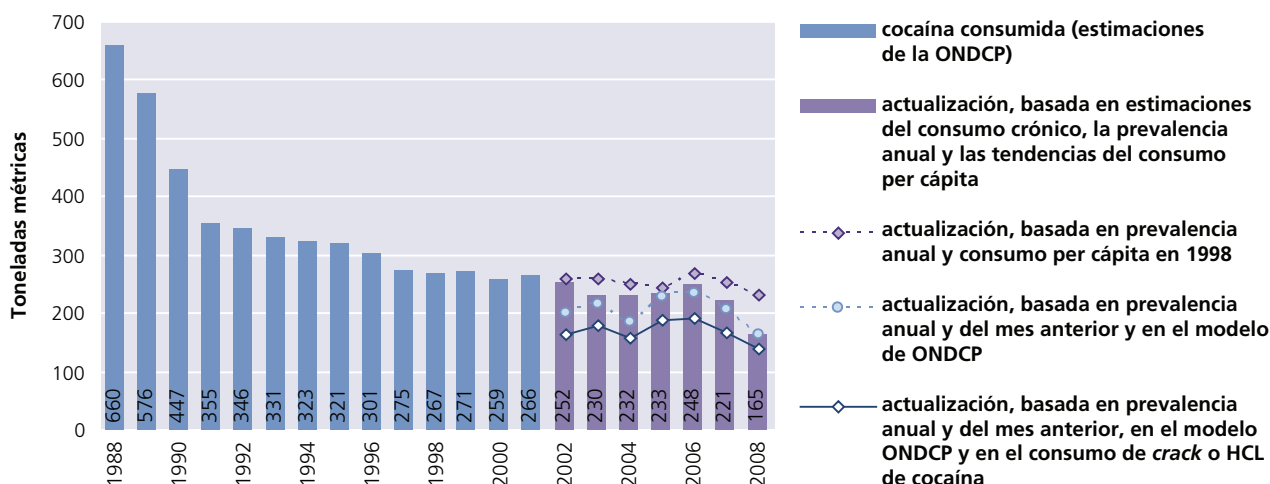
Fig. 33: Desglose de las incautaciones de cocaína en América Central, el Caribe y México, 1985-2008

Fuente: UNODC, CPI/DELTA



Habitualmente la cocaína se transporta desde Colombia a México o América Central por mar (en general por traficantes colombianos), y de allí a los Estados Unidos y el Canadá por tierra (en general por traficantes mexicanos). Las autoridades de los Estados Unidos estiman que cerca del 90% de la cocaína que entra en el país cruza la frontera terrestre entre los EE.UU. y México, en su mayor parte por el estado de Texas y, en menor medida por California y Arizona, por lo que la importancia relativa de Arizona parece estar aumentando. Según estimaciones de los EE.UU., el 70% de la cocaína sale de Colombia a través del Pacífico, el 20% a través del Atlántico y el 10% a través de la República Bolivariana de Venezuela y el Caribe.²⁴ Las rutas han cambiado con el tiempo.

24 National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2009*, diciembre de 2008.

Fig. 34: Estimaciones del consumo de cocaína en los Estados Unidos, 1988-2008Fuentes: Múltiples Fuentes²⁵

Para las remesas directas de cocaína de Colombia a México se han utilizado distintos tipos de embarcaciones, incluso recientemente se han utilizado semisumergibles de autopropulsión, en los que se suelen transportar varias toneladas de cocaína (por lo general entre 2 y 9 toneladas). En 2008, la marina colombiana incautó 29,5 toneladas de cocaína a bordo de semisumergibles en el Océano Pacífico, equivalentes al 46% de todas las incautaciones realizadas en alta mar por las autoridades colombianas en el Pacífico (64,5 tm). En la costa del Atlántico también se han detectado algunos semisumergibles. El Gobierno de Colombia comunicó la incautación de 198 toneladas de cocaína en 2008; el 58% en la región del Pacífico y el 31% en la región del Atlántico.²⁶

Además, según fuentes colombianas, estadounidenses y europeas, la República Bolivariana de Venezuela ha pasado a ser recientemente un importante lugar de transbordo de la cocaína con destino a Europa y a los Estados Unidos, lo que se refleja, entre otras cosas, en el pronunciado aumento de remesas de cocaína por tierra a la República Bolivariana de Venezuela. La cocaína traficada a través de la República Bolivariana de Venezuela, rumbo a los EE.UU., suele salir por aire desde puntos cercanos a la frontera con Colombia con destinos en la República Dominicana, Honduras y otros países del Caribe y América Central, así como en México.²⁷

Por otra parte, en los últimos años ha aumentado la importancia de los países de América Central como lugares para el transbordo. La mayor parte de esa cocaína está destinada a México y los Estados Unidos, aunque una parte también se trafica localmente.

Rutas y volúmenes

No es fácil calcular la cantidad de una droga ilícita determinada consumida en un país, incluso en un país con abundantes datos como los Estados Unidos. En 2001, el Gobierno de los Estados Unidos estimó que el consumo nacional de cocaína había disminuido de 660 toneladas en 1988 a 259 en el 2000²⁸. Si se efectuara un cálculo ampliado sobre la base de datos de prevalencia anual más recientes, la cifra correspondiente a 2008 sería de 231 toneladas.

Cabe la posibilidad de que la mera ampliación no refleje la gran disminución de los últimos años. Mediante un modelo simplificado, propuesto recientemente por el Gobierno de los EE.UU.,²⁹ se obtiene como resultado un rango del

Control Strategy Report, marzo de 2010.

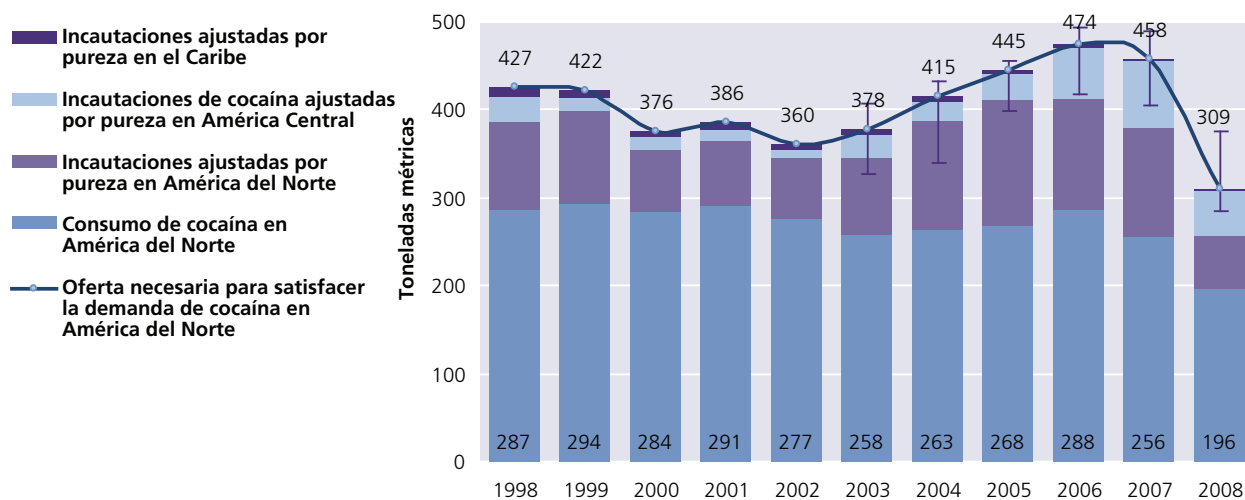
25 Para datos de 1988-2000: ONDCP, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, diciembre de 2001; para datos de 2001: Drug Availability Steering Committee, *Availability Estimates in the United States*, diciembre de 2002; para 2002-2008: estimaciones de la UNODC basadas en SAMHSA, *2008 National Survey on Drugs and Health*, Rockville MD 2009, y años anteriores; FBI, *Uniform Crime Reports (2002-2008)*; ONDCP, *Arrestee Drug Abuse Monitoring Program - ADAM II 2008 Annual Report*, Washington D.C., abril de 2009; ONDCP, *Cocaine Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno).

26 UNODC y Gobierno de Colombia, *Monitoreo de Cultivos de Coca en Colombia*, Bogotá, junio de 2009.

27 Departamento de Estado de los EE.UU., *2010 International Narcotics*

28 El último ejercicio exhaustivo para calcular el volumen del mercado de cocaína de los EE.UU., se recoge en la publicación la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (ONDCP), 2001 titulada *What America's Users Spend on Illegal Drugs*. En el informe se estima el número de consumidores crónicos y ocasionales de cocaína y se multiplica esa cifra por el estimado de gasto per cápita, derivado de las entrevistas con las personas detenidas que habían consumido drogas. A partir de esas cantidades en dólares, es posible calcular las cantidades realmente consumidas.

29 En el modelo simplificado de la ONDCP se supone que el 20% de los consumidores mensuales de cocaína consumen 0,5 gramos de cocaína al día, y que el 80% restante consume 0,5 gramos a la semana. Ello equivaldría a un consumo medio de 57,3 gramos de cocaína al mes. Se supone que los consumidores anuales y no mensuales, consumen 4 gramos de cocaína al año. En el caso de la crack cocaína, se supone que el 30% de los consumidores mensuales consumen 0,75 gramos al día y que el 70% restante consume 0,75 gramos a la semana. Ello equivale a un consumo medio de 109,4 gramos de crack cocaína al año, por consumidor mensual. Se supone que los consumidores anuales y no mensuales consumen 6 gramos

Fig. 35: Demanda de cocaína (consumo e incautaciones), América del Norte, 1998-2008Fuentes: Múltiples fuentes³⁰

consumo de 140 a 164 toneladas en 2008.³¹ Según un tercer modelo propuesto por un grupo de asesores, la cifra sería inferior a 175 toneladas.³²

Un cuarto método utiliza nuevos datos para reclasificar a los consumidores y calcular la cantidad de cocaína que requiere un consumidor al año³³. Si se usan esas cifras en

de crack cocaína al año. (ONDCP, Cocaine Consumption Estimates Methodology, septiembre de 2008, documento interno). Si se suman los consumos estimados de HCL de cocaína y de crack cocaína, y según el modelo, el consumo per cápita por consumidor en los EE.UU. sería de 31 gramos de cocaína en 2008.

- 30 ONDCP, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, diciembre de 2001; Drug Availability Steering Committee, *Availability Estimates in the United States*, diciembre de 2002; SAMHSA, *Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud*, Rockville MD 2009, y años anteriores; FBI, *Uniform Crime Reports (2002-2008)*; ONDCP, *Arrestee Drug Abuse Monitoring Program - ADAM II 2008 Annual Report*, Washington D.C., abril de 2009; ONDCP, *Cocaine Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno); Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey 2008* y años anteriores; CINADIC, *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*, México D.F., Secretaría de Desarrollo, Encuesta por Hogares, 2006; CONADIC y el Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Adicciones*, 2008; UNODC, cuestionario para informes anuales (CPIA)/DELTA.
- 31 El problema reside en que las encuestas por hogares en los EE.UU. proporcionan estimados del consumo total de cocaína (es decir, HCL de cocaína y crack cocaína) y a continuación se estima el número de consumidores de crack cocaína. Suponiendo que ningún consumidor de crack en los EE.UU. consume HCL, es posible "calcular" los consumidores de HCL de cocaína restando los consumidores de crack cocaína del total de consumidores de cocaína, suponiendo que todos los consumidores de crack cocaína también consumen HCL de cocaína, la cifra correspondiente al HCL de cocaína sería idéntica a la cifra total. Si se opta por la primera hipótesis, el consumo de cocaína habría sido de 140 toneladas en 2008, si se opta por la segunda hipótesis, el consumo de cocaína habría sido de 164 toneladas en 2008.
- 32 Instituto de Análisis para la Defensa, *History of the US cocaine market (supply and consumption)*, presentado ante la reunión del grupo de expertos de la UNODC: "The evidence base for drug control in Colombia: lessons learned", Bogotá, 9 y 10 de noviembre de 2009.
- 33 Por ejemplo, a partir de la National Household Survey on Drugs Use and Health (NHSDU) se dispone de nuevos datos sobre el número

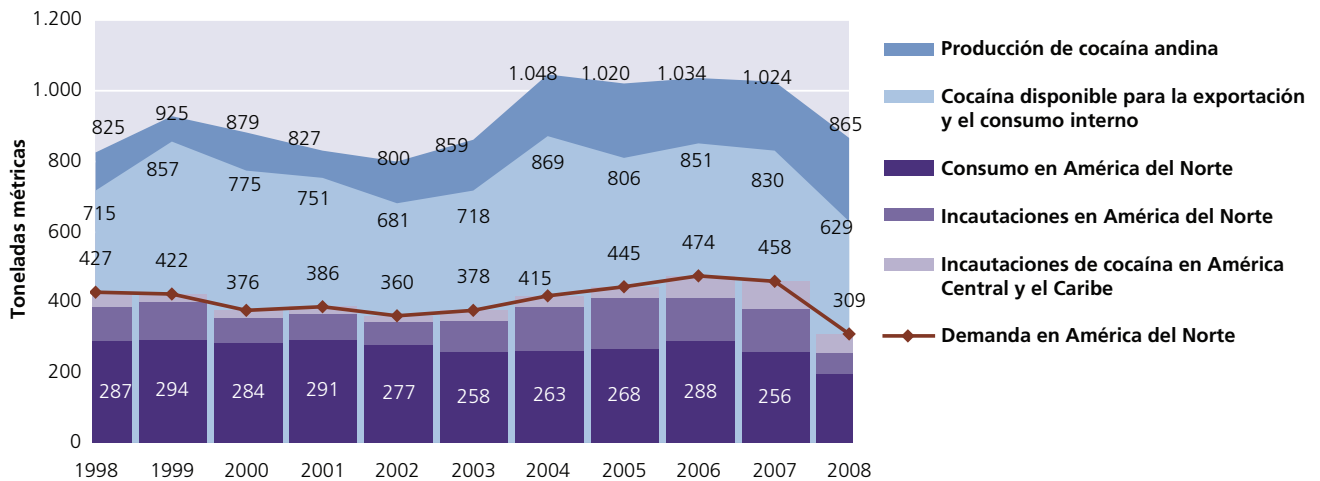
el modelo de 2001 el consumo total en los EE.UU. en 2008 habría sido de 165 toneladas³⁴. Los cuatro métodos muestran un rango de 140 a 231 toneladas, y el resultado obtenido con el cuarto método (165 tm) queda incluido dentro de este rango de valores.

Si se aplica el método simplificado propuesto por los Estados Unidos a los datos de encuestas del Canadá y México, las estimaciones serían de unas 17 toneladas de cocaína para México y 14 toneladas para el Canadá en 2008. Si esas cantidades se suman a las correspondientes al consumo en los EE.UU. el total de consumo de cocaína en América del Norte en 2008 es de unas 196 toneladas.

¿Cuánta cocaína hay que producir para satisfacer esa demanda? Las incautaciones a lo largo de esa ruta son sus-

de cocainómanos y de consumidores asiduos de cocaína (más de 100 días al año). También hay nuevos datos sobre pruebas positivas de consumo de cocaína entre detenidos facilitados por Arrestee Drug Abuse Monitoring Program (ADAM II). Véase ONDCP, *ADAM II 2008 Annual Report*, Washington D.C., abril de 2009. Gracias a ello se puede contar con una definición y estimaciones actualizadas del "consumo crónico".

- 34 La cifra de 31 gramos de cocaína pura se obtiene multiplicando el número de consumidores crónicos (2,3 millones) con un consumo per cápita de 55 gramos al año y multiplicando el número de consumidores ocasionales (3 millones) con 14 gramos al año. El total que se obtiene es de 165 toneladas para 5,3 millones de consumidores, lo que supone 31 gramos por consumidor en 2008, cantidad inferior a los 44 gramos por consumidor en 1998 y 66 gramos por consumidor en 1988. Las cifras del consumo per cápita se dedujeron de los resultados del estudio de la ONDCP *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, publicado en 2001. Se constató que el consumo medio per cápita de los consumidores crónicos había disminuido de 141 gramos en 1988 a 106 gramos en 1990 y 78 gramos en 1998. En el modelo empleado se supuso que la tendencia a la baja se mantuvo a medida que mejoraba la disponibilidad de servicios de tratamiento (67 gramos en 2007). Se supuso que esa tendencia a la baja se aceleró en 2008, como resultado de la reducción de los niveles de pureza (55 gramos). La disminución del consumo per cápita entre los consumidores ocasionales fue menos marcada, de 16 gramos en 1988 a 15 gramos en 1998, y por ende se supuso una leve disminución a 14 gramos en 2008.

Fig. 36: Producción de cocaína y demanda de cocaína, América del Norte, 1998-2008Fuentes: Múltiples fuentes³⁵

tanciales, aunque las remesas no son de cocaína pura. Al parecer, para hacer llegar 196 toneladas al consumidor, se despacharon alrededor de 309 toneladas desde la región andina con destino a América del Norte en 2008. Esa cantidad supondría aproximadamente la mitad de toda la cocaína que sale de esos países, volumen inferior al 60% calculado en 1998.

¿Cuál es su valor, y quién obtiene más dinero de la cadena de suministro? Para calcular el valor del mercado al por menor de los EE.UU. se requiere aplicar el volumen de consumo estimado a los datos sobre el precio y hacer los ajustes por pureza. Los cálculos del Gobierno de los EE.UU. para 2001, ajustados en dólares EE.UU. constates de 2008, indican un descenso del mercado de cocaína de ese país, de unos de 134.000 millones de dólares EE.UU. en 1988 a 44.000 millones de dólares EE.UU. en 1998. Al aplicar las nuevas cifras parece que ese valor ha disminuido aún más, a unos 35.000 millones de dólares EE.UU. en 2008.

En resumen, el valor al por menor del mercado de cocaína de los Estados Unidos disminuyó en unos dos tercios en el decenio de 1990, y en un cuarto adicional durante el último decenio. La razón por la cual el valor no disminuyó aún más durante los últimos diez años es el aumento del precio real (ajustado por pureza).³⁶

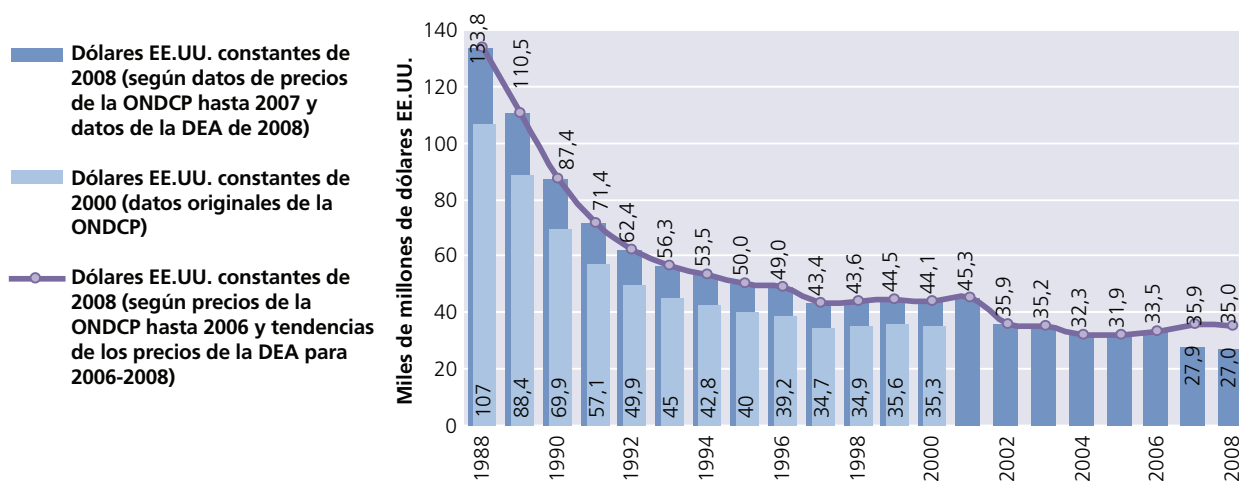
³⁵ UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, Viena 2009; UNODC, CPIA/DELTA; ONDCP, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, diciembre de 2001; Drug Availability Steering Committee, *Availability Estimates in the United States*, diciembre de 2002; SAMHSA, *National Survey on Drug Use and Health*, Rockville MD 2009, y años anteriores; FBI, *Uniform Crime Reports (2002-2008)* y ONDCP, *Arrestee Drug Abuse Monitoring Program - ADAM II 2008 Annual Report* Washington D. C., abril de 2009 y ONDCP, *Cocaine Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno), Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey 2008* y años anteriores, CINADIC, Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Ciudad México, Secretaría de Desarrollo, Encuesta de Hogares, 2006, CONADIC y el Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

Aplicando métodos similares, el valor del mercado canadiense de cocaína en 2008 puede estimarse en unos 2.400 millones de dólares EE.UU. El valor del mercado interno de cocaína de México es muy inferior, debido a precios mucho más bajos de la cocaína: unos 300 millones de dólares EE.UU. en 2008. Si se suman esos valores, todo parece indicar que el valor del mercado de cocaína en América del Norte ha disminuido de 47.000 millones de dólares EE.UU. en 1998 a 38.000 millones de dólares EE.UU. en 2008. Entre 2006 y 2008 el valor del mercado se mantuvo básicamente estable.

Empleando los datos sobre los precios y los volúmenes en los diversos puntos de la cadena del tráfico, es posible estimar el valor que derivan los distintos agentes del mercado. En un estudio que analiza los datos de fines del decenio de 1990 se indica que, típicamente, hay siete estratos de agentes entre el agricultor que cultiva coca en los países andinos y el consumidor final en los Estados Unidos:³⁶

1. El agricultor vende las hojas de coca (o la pasta de coca que él mismo produce) a un laboratorio de cocaína base operado por los propios agricultores o por diversos grupos de delincuentes traficantes. Algunas veces esos laboratorios disponen de equipo para refinar la droga y transformarla en clorhidrato de cocaína.
2. La cocaína base (o clorhidrato de cocaína) se vende a una organización local de traficantes que transporta y vende la cocaína a una organización transnacional de traficantes de drogas.
3. La organización de traficantes de drogas contrata a otro grupo que se encarga del transporte.
4. La cocaína se envía a traficantes en México.

³⁶ R. Anthony y A. Fries, "Empirical modelling of narcotics trafficking from farm gate to street", en UNODC, *Boletín de Estupefacientes*, Vol. LVI. Núms. 1 y 2, 2004, Mercados de drogas ilícitas, págs.1 a 48.

Fig. 37: Valor del mercado de cocaína de los EE.UU., 1988-2008, en dólares EE.UU. constantes de 2008Fuentes: Múltiples fuentes³⁷

- Los traficantes mexicanos pasan la droga a través de la frontera con los EE.UU. a vendedores al por mayor.
- Los vendedores al por mayor venden la cocaína a traficantes locales de nivel medio o a vendedores callejeros en los Estados Unidos.
- Los vendedores callejeros venden la cocaína a los consumidores.

Los cultivadores de coca en los tres países andinos ganaron alrededor de 1.100 millones de dólares EE.UU. en 2008, cifra inferior a los 1.500 millones de dólares EE.UU. de 2007.³⁸ Como prácticamente la mitad de las exportaciones están destinadas a América del Norte, cerca de la mitad de los ingresos de los agricultores proviene en última instancia del mercado norteamericano. Sin embargo, la proporción del valor de ese mercado que perciben los agricultores es solamente del 1,5%. El 98,5% restante va a manos de los transportistas y traficantes de la droga.

La producción del agricultor se procesa y se transporta dentro del país hasta su punto de embarque. Quienes realizan esas tareas ganaron en 2008 unos 400 millones de dólares EE.UU. por remesas destinadas a América del Norte, es decir, alrededor del 1% del valor de las ventas al por menor.

De las 309 toneladas de cocaína que salieron de la región andina hacia América del Norte en 2008, unas 208 tonela-

das llegaron a manos de los carteles mexicanos. La mayor parte del resto fue incautada. En 2008, el tráfico ilícito de Colombia a México estaba todavía, en su mayor parte, en manos de los grupos colombianos, aunque últimamente grupos mexicanos también han comenzado a dedicarse a esa actividad comercial. El valor de la cocaína importada en México en 2008, al precio al por mayor de 12.500 dólares EE.UU. por kilogramo (15.625 dólares EE.UU. por kilogramo si se ajusta por pureza), fue de unos 3.300 millones de dólares. Con un precio de compra levemente inferior a 1.000 millones de dólares en Colombia, el producto bruto total³⁹ para los exportadores de cocaína hacia México se puede calcular en unos 2.400 millones de dólares EE.UU.

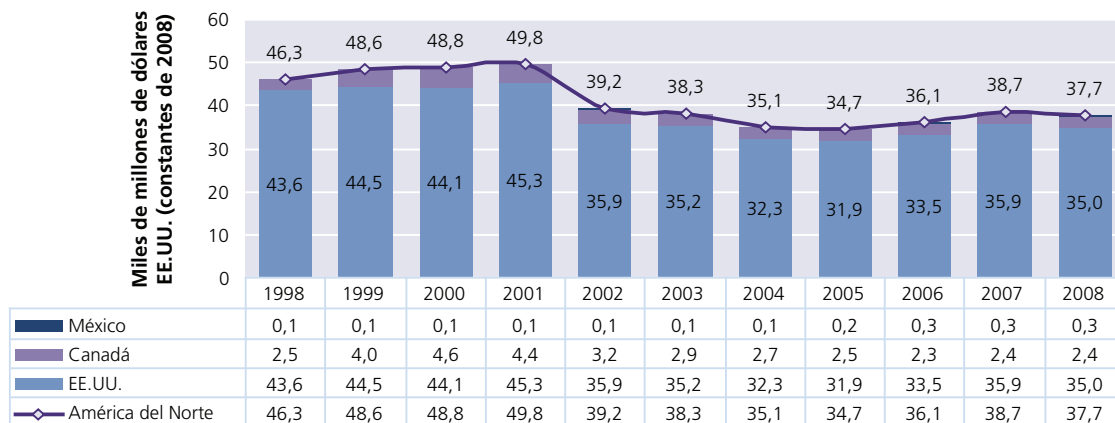
Las remesas desde México hacia los Estados Unidos están a cargo principalmente de carteles mexicanos de la droga. Teniendo en cuenta el consumo interno, las incautaciones y la pureza, los carteles mexicanos trasladaron en 2008 unas 191 toneladas de cocaína pura a través de la frontera de los Estados Unidos, valoradas en 3.000 millones de dólares EE.UU. Si toda esa cocaína se hubiera vendido a los mayoristas en los Estados Unidos, su valor habría sido de 6.400 millones de dólares EE.UU. Las incautaciones en la frontera redujeron ese valor a 5.800 millones de dólares EE.UU. Si se restan los gastos de compra, el traslado de la cocaína a través de la frontera de los Estados Unidos generó una ganancia bruta de 2.900 millones de dólares EE.UU. La mayor parte de esos beneficios la devengan los carteles mexicanos de la droga.

Con todo, los mayores beneficios se devengan dentro de los Estados Unidos. La diferencia entre el precio de compra al por mayor y el valor de la venta al por menor de la cocaína en los EE.UU. fue de 29.500 millones de dólares EE.UU. en 2008. La mayor parte de esos beneficios brutos, se genera entre los traficantes de nivel medio y los consumi-

37 Para datos de 1988-2000: ONDCP, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, diciembre de 2001; para datos de 2001: Drug Availability Steering Committee, *Availability Estimates in the United States*, diciembre de 2002; SAMHSA, Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, Rockville MD 2009, y años anteriores; FBI, *Uniform Crime Reports (2002-2008)* y ONDCP, *Arrestee Drug Abuse Monitoring Program-ADAM II 2008 Annual Report*, Washington D.C., abril de 2009; ONDCP, *The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981-2007*, Informe preparado para la ONDCP por el Instituto de Análisis de Defensa, Washington, julio de 2008; Dirección de lucha contra las drogas (EE.UU.), basado en datos de STRIDE.

38 UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, Viena.

39 En este contexto, por beneficio bruto se entiende la diferencia entre el precio de venta de las drogas y el precio original de compra.

Fig. 38: Valor del mercado de cocaína de América del Norte en dólares EE.UU. constantes de 2008, 1998-2008Fuentes: Múltiples fuentes⁴⁰

dores, en ese estrato se generan más 24.000 millones de dólares EE.UU. en beneficios brutos, lo que equivale al 70% del total de las ventas de cocaína en los Estados Unidos. Algunos grupos mexicanos, así como dominicanos y cubanos, están penetrando este mercado altamente lucrativo, pero su mayor parte está en manos de un gran número de pequeños grupos de los Estados Unidos.

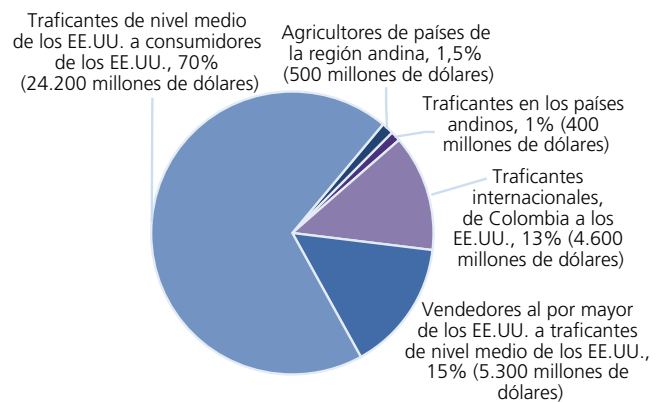
Esas cifras indican que, en su conjunto, los traficantes de los EE.UU. devengan los mayores beneficios del mercado, pero dado que son muchos en el país, los beneficios individuales pueden ser relativamente pequeños. Las estimaciones del número de personas involucradas en el tráfico de cocaína en el decenio de 1990 indican que el número de vendedores de cocaína al por mayor en los Estados Unidos era de unos 200, mientras que el de traficantes de nivel medio era de 6.000.⁴¹ A continuación se encuentran innumerables vendedores callejeros, muchos de los cuales son, a su vez, consumidores. No se dispone de cifras comparables sobre el número de traficantes internacionales, pero todo parece indicar que, individualmente, devengan mayores beneficios que los miles de traficantes en los Estados Unidos.

⁴⁰ Para datos anteriores al 2000: ONDCP, *What America's Users Spend on Illegal Drugs*, diciembre de 2001; para datos de 2001: *Drug Availability Steering Committee, Availability Estimates in the United States*, diciembre de 2002; SAMHSA, *National Drug Survey on Drug Use and Health*, Rockville MD 2009 y años anteriores, FBI, *Uniform Crime Reports (2002-2008)* y ONDCP, *Arrestee Drug Abuse Monitoring Program-ADAM II 2008 Annual Report*, Washington D.C., abril de 2009; ONDCP, *The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981-2007*, Informe preparado para la ONDCP por el Instituto de Análisis de Defensa, Washington, julio de 2008; Dirección de lucha contra las drogas (EE.UU.), basado en datos de STRIDE, citado en la DEA Intelligence Division, *"Cocaine Shortages in U.S. Markets, November 2009"* y Oficina de estadísticas laborales (EE.UU.), Índice de Precios al Consumidor (IPC); UNODC, CPIA.

⁴¹ Instituto de Análisis para la Defensa, *History of the US Cocaine Market (Supply and Consumption)*, presentado en la reunión del grupo de expertos de la UNODC: "The evidence base for drug control in Colombia: lessons learned", Bogotá, 9-10 de noviembre de 2009.

Fig. 39: Ventilation des bénéfices bruts (en % du marché américain de la cocaïne estimé à 35 milliards de \$ É.-U.), 2008

Fuentes: Estimaciones originales basadas en informes de la UNODC CPIA y de los gobiernos



¿Cómo opera el mercado?

Tras el desmantelamiento de los carteles de Medellín y Cali a principios del decenio de 1990, el tamaño de los grupos de la delincuencia organizada de Colombia se redujo y aumentó la competencia en el mercado, lo que hizo disminuir los precios. Después de que el Congreso de Colombia enmendara la Constitución en 1997 para permitir la extradición de ciudadanos,⁴² los grupos colombianos quedaron básicamente relegados al extremo inicial de la cadena del mercado. El mejoramiento de los controles, primero de los vuelos directos de Colombia a los Estados Unidos (a partir del decenio de 1980), y posteriormente de las remesas en la región del Caribe (en el decenio de 1990), redujeron la capacidad de los grupos colombianos de la delincuencia organizada de traficar cocaína directamente hacia los Estados Unidos. En 2008 se descubrieron grupos

⁴² Artículo 35, enmendado en la Constitución de Colombia A.L. Núm. 01,1997.

mexicanos de la delincuencia organizada en 230 ciudades de los Estados Unidos (tres años antes se habían descubierto en 100 ciudades), mientras que los grupos colombianos controlaban los canales ilícitos de distribución de cocaína y heroína en solo 40 ciudades, en su mayoría en el nordeste del país.

Grupos de la delincuencia del Caribe están también involucrados en el tráfico de cocaína, especialmente grupos con vínculos en la República Dominicana. Se han descubierto grupos dominicanos en al menos 45 ciudades de los Estados Unidos. Operan principalmente a lo largo de la costa Este, incluida Florida. Grupos de la delincuencia organizada de cubanos radicados en los Estados Unidos son además una amenaza debido a sus vínculos con traficantes de drogas en el Perú, la República Bolivariana de Venezuela y Colombia. Al parecer operan redes de distribución en al menos 25 ciudades de los Estados Unidos.⁴³

No obstante, solo el 25% de los detenidos en los Estados Unidos por tráfico de cocaína son extranjeros. Los ciudadanos estadounidenses parecen haber asegurado para sí la parte más lucrativa de la cadena del tráfico ilícito. Pese a la importancia de los Estados Unidos como mercado de destino, tal vez por ello raramente los ciudadanos estadounidenses son detenidos por tráfico de cocaína en los países de tránsito o producción. A partir de los datos de 31 países de América, los ciudadanos estadounidenses son solo el 0,2% de todos los detenidos por tráfico de cocaína en el período 2001-2008. En 2008, la proporción fue tan solo del 0,1%.

Repercusión de esa corriente

Las importaciones de cocaína en gran escala en América del Norte son, ante todo, un grave problema de salud. Como ponen de manifiesto los elevados niveles de dependencia y la gran demanda de tratamiento en todo el continente por consumo de cocaína, así como el alto nivel de muertes relacionadas con las drogas y vinculadas al consumo de cocaína. En la mayoría de los países de América, la cocaína es la principal droga problemática y por ende, la principal droga respecto de la cual se requiere tratamiento.

Tan solo en los Estados Unidos los drogodependientes de la cocaína en 2008 se aproximaban al millón de personas, (véase en el recuadro la definición de “dependencia”). 660.000 de las cuales necesitaron tratamiento por problemas con la cocaína, según datos de las encuestas por hogares en los Estados Unidos. Esta cifra duplica los casos de tratamiento por heroína o estimulantes (unas 340.000 en ambos casos). Una de cada tres personas tratadas por problemas con drogas en los Estados Unidos en 2008, fue por problemas con la cocaína⁴⁴ a un costo directo de unos 6.000 millones de dólares EE.UU.⁴⁵

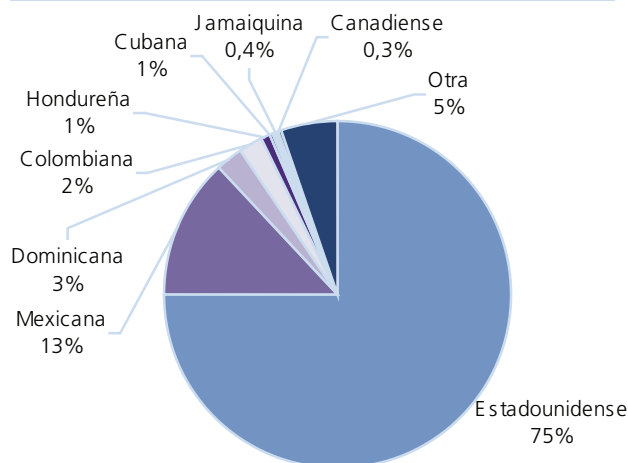
43 National Drug Intelligence Center, *National Drug Threat Assessment 2009*, diciembre de 2008.

44 SAMHSA, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, 2009.

45 Los gastos en concepto de tratamientos a nivel federal fueron de 3.300 millones de dólares EE.UU., es decir, el 24,5% del presupuesto federal para la fiscalización de drogas en 2008. (ONDCP, *National Drug Control Survey: FY 2010 Budget Summary*, Washington, mayo

Fig. 40: Nacionalidad de los detenidos en los EE.UU. con arreglo a la legislación federal por tráfico de cocaína en 2008

Fuentes: UNODC, CPIA



La cocaína tiene importantes repercusiones en las muertes relacionadas con las drogas. Unas 31.800 personas murieron en los EE.UU. en 2007 por causas relacionadas con las drogas, es decir, cerca de 10 por cada 100.000 habitantes.⁴⁶ Esa cifra es casi el doble de la tasa de homicidios en el país. Los 7.475 casos de intoxicación mortal por consumo de cocaína en 2006 equivalen a 2,5 muertes por cada 100.000 habitantes, o el 20% de todas las muertes relacionadas con las drogas en los Estados Unidos. Otros indican que la proporción de muertes “relacionadas con la cocaína” es mayor (esto es, muertes en que la cocaína aunque presente no era necesariamente la única causa), hasta un 40% del total, es decir unas 12.700 personas en 2007.⁴⁷ El costo de esas muertes prematuras atribuibles a la cocaína puede estimarse en unos 13.000 millones de dólares EE.UU. expresados en dólares de 2008.⁴⁸

de 2009). En un estudio previo de la ONDCP se señala como gasto general de los servicios de salud (federales y estatales) la suma de 15.700 millones de dólares EE.UU. en 2002 (ONDCP, *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States*, diciembre de 2004), equivalentes a 18.900 millones de dólares EE.UU. expresados en dólares de 2008. Dado que el número de personas tratadas fue prácticamente el mismo entre 2002 y 2008 (2,0 millones de personas tratadas en 2002, número que ascendió a 2,5 millones en 2006 antes de reducirse a menos de 2,1 millones en 2008; SAMHSA, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, Sept. 2009), el total del costo de los servicios de salud puede aún haber rondado los 19.000 millones de dólares EE.UU. en 2008. Puesto que cerca de un tercio de todas las personas tratadas en 2008 lo fueron por problemas relacionados con la cocaína, cabe puede estimar que el costo de esos tratamientos ascendió a unos 6.000 millones de dólares EE.UU.

46 *National Vital Statistics Reports, Deaths: Preliminary Data for 2007*, Vol. 58, Núm. 1, agosto de 2009.

47 *Ibid.*

48 La ONDCP estimó los costos generales sociales para los Estados Unidos relacionados con muertes prematuras debido al consumo de drogas, en 24.600 millones de dólares EE.UU. para 2002 (ONDCP, *The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992-2002*, Washington, noviembre de 2004), equivalentes a 27.000 millones de dólares EE.UU. en dólares de 2008. Dado que el número de muertes

La definición de “dependencia” del DSM-IV

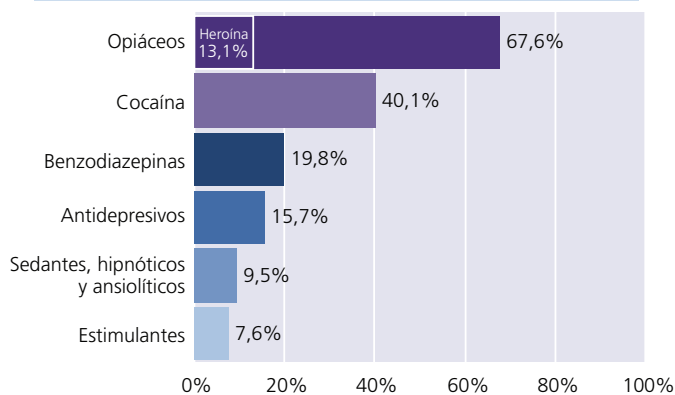
La definición de la ‘dépendance’ qui figure dans l’enquête auprès des ménages effectuée aux États-Unis est fondée sur celle que l’on trouve dans la 4e édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). La DSM-IV définit la dépendance comme inadaptation à la consommation de substances qui entraînent une détérioration ou un mal-être cliniquement significatifs révélés par trois (ou plus) des éléments ci-après, se manifestant à tout moment pendant la même période de 12 mois:

- Tolerancia, definida de una de estas maneras:
 - necesidad de cantidades notablemente cada vez mayores de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado;
 - efecto marcadamente menor con el uso continuado de la misma sustancia.
- Abstinencia, manifestada de alguna de estas maneras:
 - síndrome característico de abstinencia de la sustancia;
 - uso de la misma sustancia (u otra muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- Uso de mayores cantidades o durante un período más largo de lo previsto.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de reducir o controlar el uso de sustancias.
- Empleo de mucho tiempo en actividades para obtener la sustancia, usarla, o recuperarse de sus efectos.
- Abandono o reducción de importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al uso de la sustancia.
- Continuación del uso de la sustancia a pesar de saber que los problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes que se padecen son probablemente causados o exacerbados por la sustancia (por ejemplo, continuar bebiendo a pesar de saber que una úlcera empeoró debido al consumo de alcohol).

Fuente: DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4. Washington DC: American Psychiatric Association (AMA), 1994.

Fig. 41: Muertes relacionadas con las drogas, por categoría de drogas, en 40 zonas metropolitanas, 2007

Fuente: SAMHSA, *Drug Abuse Working Network, 2007: Area Profiles of Drug Related Mortality, 2009*



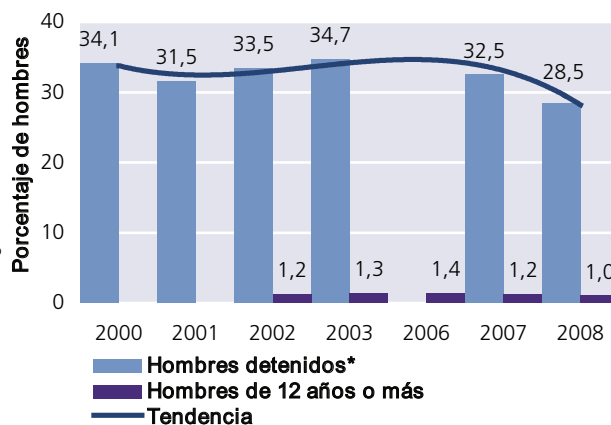
El consumo de cocaína es más común entre los detenidos que entre la población general. La encuesta nacional sobre el consumo de drogas indicó que cerca del 1% de los hombres habían consumido cocaína el mes anterior en 2008,

prematuras relacionadas con las drogas en realidad aumentó en el 22% entre 2002 y 2007, esa cifra se aproximaría a 33.000 millones de dólares EE.UU. expresados en dólares de 2008. Si se aplica a ese valor una proporción del 40% (proporción de la cocaína en el total de muertes en 2007), el costo estimado de las muertes prematuras relacionadas con la cocaína es de unos 13.000 millones de dólares EE.UU.

Fig. 42: Consumo de cocaína entre hombres detenidos en 10 ciudades de los EE.UU.* y prevalencia del consumo de cocaína el mes anterior entre hombres de la población general de los EE.UU., 2000-2008

* Media no ponderada de los resultados obtenidos en Atlanta, Charlotte, Chicago, Denver, Indianápolis, Minneapolis, Nueva York, Portland, Sacramento y Washington D.C.

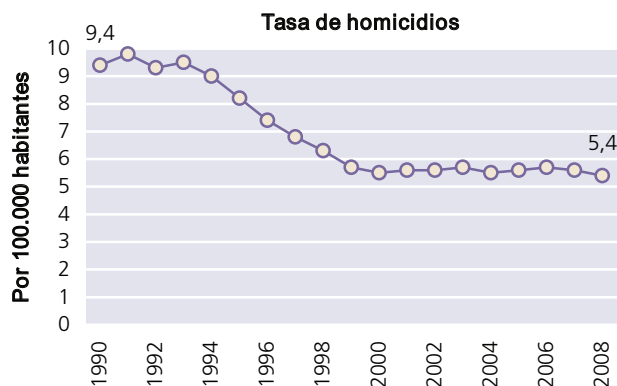
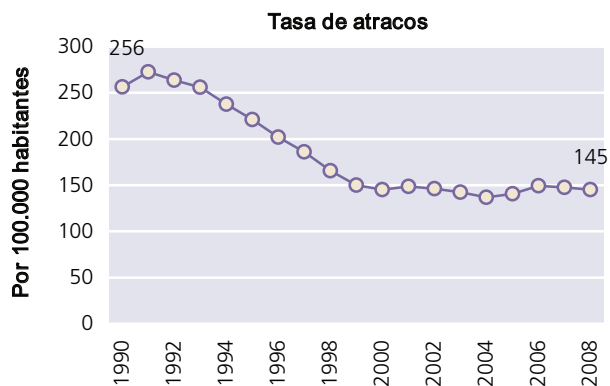
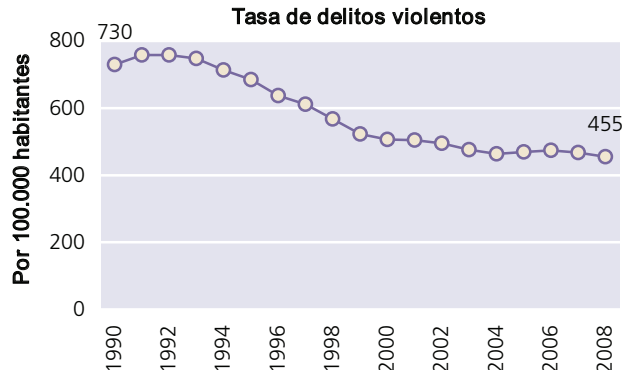
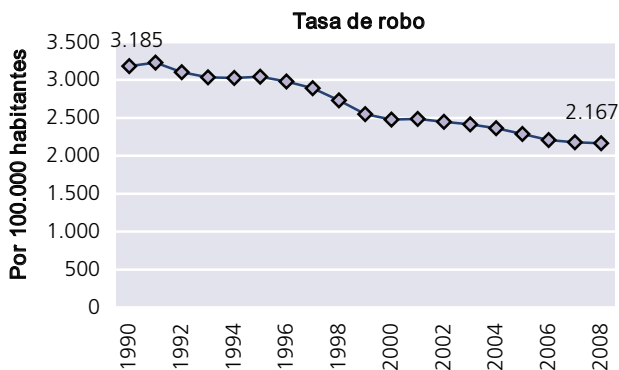
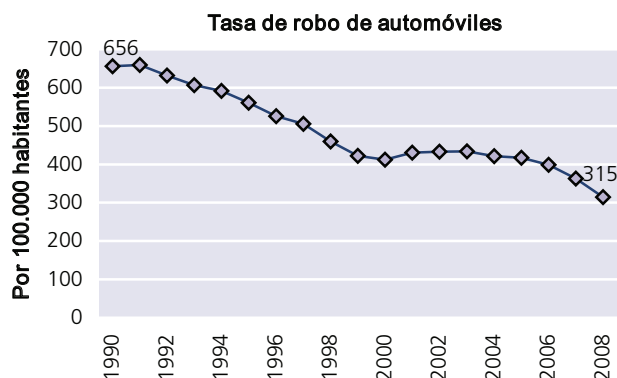
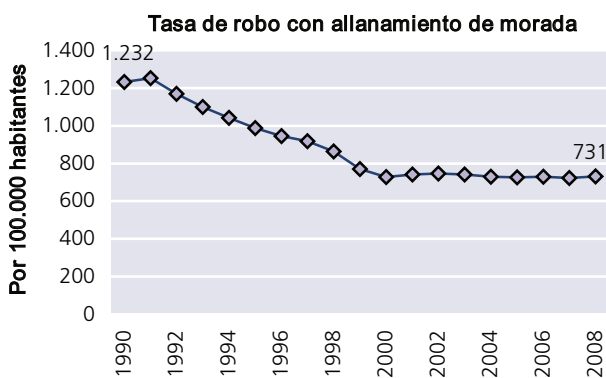
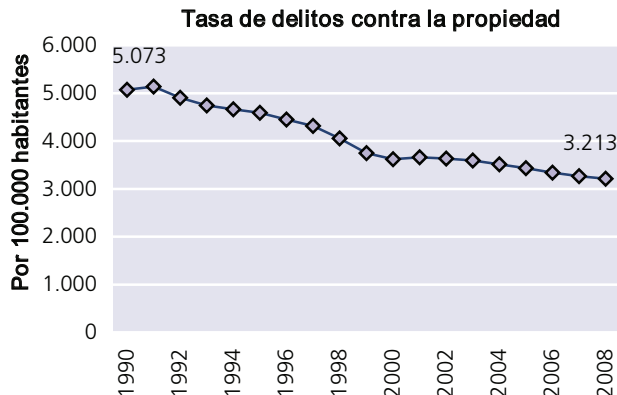
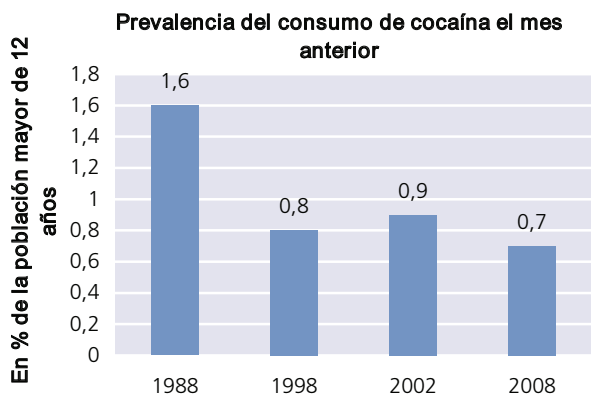
Fuente: Oficina de Política General de Control de Drogas, 2009



pero las pruebas de orina de los detenidos en 10 ciudades de los Estados Unidos indicaron que el 28,5% de los hombres detenidos habían consumido recientemente la droga. En Chicago, la cifra fue del 44%. En las 10 ciudades de los EE.UU. objeto de estudio, las tasas correspondientes a los opiáceos (7,7%) y a la metanfetamina (5,9) fueron mucho

Fig. 43: Tendencias a largo plazo: Consumo de cocaína y cambios en las tasas de delitos en los Estados Unidos

Fuentes: SAMHSA, 2008 Household Survey on Drug and Health; SAMHSA, 1998 National Household Survey on Drug Abuse; FBI, Uniform Crime Reports



más bajas que la de la cocaína.⁴⁹ Sin embargo en consonancia con las tendencias observadas entre la población general, el consumo de cocaína, entre los detenidos ha indicado una clara disminución en los últimos años.

No cabe duda de que el hecho de que sospechosos de delitos consuman cocaína no significa que esta sea la causa de su delincuencia. Tanto el consumo de drogas como la probabilidad de ser detenido pueden estar relacionados con un tercer factor, como la marginación social. Pero el mismo planteamiento podría aplicarse a la heroína o la metanfetamina, en que la conexión con la delincuencia es mucho más débil. Estudios han demostrado también una correlación más estrecha entre los niveles de consumo de cocaína en una ciudad y los delitos violentos, que en el caso de otras drogas. A diferencia de los consumidores de heroína o metanfetamina, los consumidores de cocaína, especialmente los consumidores de *crack*, pueden consumir una cantidad casi ilimitada de su droga preferida. La "euforia" generada por el *crack* es de corta duración, lo que impulsa al consumidor a procurarse dinero por cualquier medio para comprar más *crack*, incluso mediante la prostitución o delitos de apropiación violenta. Los elevados volúmenes de venta también han convertido el *crack* en una atractiva fuente de financiación para las pandillas callejeras cuyas guerras por territorios de venta han sido en el pasado una causa de no pocos homicidios en los Estados Unidos.

De ahí que la disminución general de homicidios en los Estados Unidos durante los últimos 20 años se haya atribuido, al menos en parte, a la disminución del consumo de cocaína. Otras tasas de delitos también han disminuido durante el mismo período. Según encuestas nacionales, la proporción de personas que consumieron cocaína el mes anterior disminuyó un 56% entre 1988 y 2008. Entre 1990 y 2008, la tasa de homicidios se redujo en un 43%. En ese mismo período, la tasa de delitos contra la propiedad en los Estados Unidos se redujo un 29% y la tasa de delitos violentos, un 34%.⁵⁰ Existen también nexos evidentes entre la cocaína y la violencia en los países de producción y tránsito.

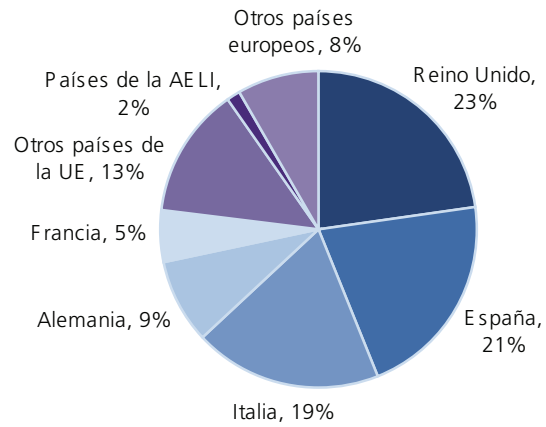
1.3.3 Cocaína de la región andina hacia Europa

La segunda corriente mundial de cocaína está dirigida a Europa. En los 27 países de la Unión Europea (UE) y los cuatro países de la Asociación Europea de Libre Intercambio (AELI) se encuentra cerca del 90% de los 4,5 millones de consumidores de cocaína de Europa. El mayor mercado individual de cocaína dentro de Europa es el Reino Unido, seguido de España, Italia, Alemania y Francia.

A diferencia de la reducción de mercado de cocaína en América del Norte, el número de consumidores de cocaína en los países de la UE/AELI se ha duplicado en el último

Fig. 44: Proporciones nacionales de la población consumidora de cocaína en Europa en 2007-2008

Fuentes: UNODC, CPIA; informes de los gobiernos; UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2009; OEDT, *Statistical Bulletin* 2009



decenio, pasando de 2 millones en 1998 a 4,1 millones en 2007/2008. No obstante, datos recientes parecen indicar que el rápido crecimiento del mercado de cocaína en Europa está comenzando a estabilizarse. La tasa de prevalencia anual de cocaína en la región UE/AELI (1,2% de la población de 15 a 64 años) es todavía muy inferior a la de América del Norte (2,1%), aunque algunos países, en concreto España (3,1% en 2007/2008) y el Reino Unido (3,7% Escocia; 3,0% Inglaterra y Gales 2008/2009), ya tienen tasas de prevalencia anual superiores a la de los Estados Unidos (2,6% en 008).

Rutas y volúmenes

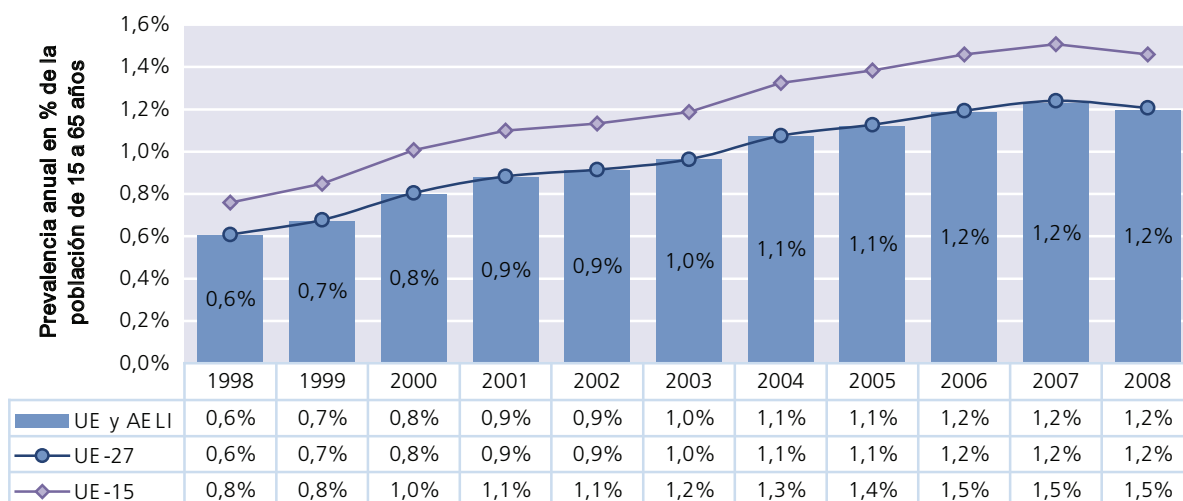
La cocaína se trafica a Europa principalmente por mar (frecuentemente en contenedores), aunque también se envían remesas por aire y por correo. La Organización Mundial de Aduanas comunicó que el 69% del volumen total de cocaína incautada por las autoridades aduaneras, con destino a Europa occidental, se detectó a bordo de embarcaciones o buques, oculta en la carga o en la estructura del buque⁵¹. Aunque en los últimos años han proliferado los puntos de entrada, incluidos algunos en la región de los Balcanes, la mayor parte de la cocaína que entra en Europa lo hace a través de uno de estos dos centros de distribución: España y Portugal en el sur, o los Países Bajos y Bélgica en el norte. La península Ibérica está próxima a América Latina tanto geográficamente como culturalmente, y en los Países Bajos se encuentran los mayores puertos de Europa. El 70% de todas las incautaciones de cocaína en Europa en 2008 se practicaron en España, Portugal, los Países Bajos y Bélgica, aunque solo una cuarta parte de la 'cocaína europea' se consume en esos países.⁵²

49 ONDCP, *Arrestee Drug Abuse Monitoring Program - ADAM II, 2008 Annual Report*, abril de 2009.

50 Departamento de Justicia (EE.UU.), Oficina Federal de Investigaciones (FBI), *Crime in the United States, Preliminary Semiannual Uniform Crime Report*, enero a junio, diciembre de 2009.

51 Organización Mundial de Aduanas, *Customs and Drugs Report 2008*, Bruselas, junio de 2009.

52 OEDT/Europol, *Cocaine: A European Union perspective in the global context*, abril de 2010.

Fig. 45: Prevalencia anual del consumo de cocaína en los países de la UE y la AELI, 1998-2008Sources: UNODC ARQ; Government reports; UNODC, *World Drug Report 2009*; EMCDDA, *Statistical Bulletin 2009*

Pese al aumento de la capacidad de producción peruana y boliviana, la fuente principal de la cocaína disponible en Europa sigue siendo Colombia. Las incautaciones de drogas individuales en 2008 comunicadas por España, por ejemplo, indican que el 81% de la cocaína era originaria de Colombia y sus países vecinos (la República Bolivariana de Venezuela, Ecuador y Panamá). No obstante, el destino más habitual de las remesas del Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia son los Estados Unidos, y la importancia relativa de Colombia es cada vez menor. Las autoridades del Reino Unido comunicaron en 2002 que el 90% de la cocaína incautada en ese país era originaria de Colombia; en 2008 esa cifra había descendido al 65%. Las fuentes principales de cocaína de algunos de los mercados europeos más pequeños, parecen ser el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia. Las rutas también han sufrido modificaciones. En los últimos años, las remesas a Europa, particularmente las grandes remesas traficadas por mar se han traficado cada vez en mayor medida a través de la República Bolivariana de Venezuela.⁵³ De hecho, en el caso de la cocaína incautada desde 2004 y cuyo origen fue posible determinar, se comprobó que el 41% provenía de la República Bolivariana de Venezuela.⁵⁴ Según el nuevo Centro de Análisis Marítimo y Operaciones-Narcóticos (MAOC-N), más de la mitad (51%) de todos los envíos interceptados en el Atlántico durante el período 2006-2008 eran originarios de la República Bolivariana de Venezuela. Los envíos directos desde Colombia representaron tan solo el 5% del total.⁵⁵ En los últimos años, la mayoría de las incautaciones (43% de todas las incautaciones según los datos de MAOCN) se han practicado en embarcaciones de recreo en su mayoría en travesía desde el Caribe a Europa, seguidas de las prac-

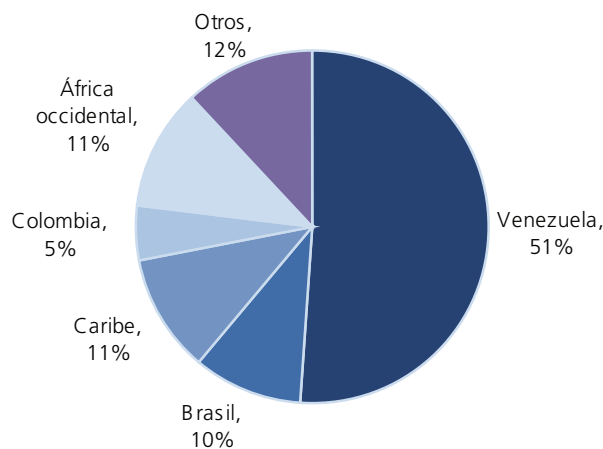
■ ■
53 *Ibíd.*

54 UNODC, base de datos sobre Incautaciones individuales de drogas.

55 Centro de Análisis Marítimo y Operaciones-Narcóticos (MAOC-N), *Statistical Analysis Report*, Lisboa 2009.

Fig. 46: Puntos de salida identificados del tráfico ilícito de remesas de droga detectadas por mar desde América del Sur a Europa, 2006-2008

Fuente: Centro de Análisis Marítimo y Operaciones-Narcóticos



ticadas en buques de carga (39%) y otras naves a motor (12%)⁵⁶. En cambio, apenas se recurre a los semisumergibles en el tráfico de cocaína de América del Sur hacia Europa. Hasta la fecha solo se avistó uno, en Galicia, en el norte de España, en 2006.⁵⁷

También se envían remesas de cocaína por aire desde diversos países de América del Sur (Brasil, Argentina, Uruguay, etc.), del Caribe (Antillas Holandesas, República Dominicana, Jamaica, etc.) y de América Central (incluida Costa Rica) a destinos en Europa.

Además, entre 2004 y 2007 adquirieron mayor importancia los envíos hacia África, en particular a África occidental,

■ ■
56 *Ibíd.*

57 MAOC-N, *Semi-Submersible Briefing Paper*, Lisboa, 2008.

lo que dio lugar a dos centros clave de transbordo: uno en Guinea-Bissau y Guinea, que se extiende hacia Cabo Verde, Gambia y el Senegal, y otro en la Bahía de Benin, que se extiende desde Ghana hasta Nigeria. Los traficantes colombianos suelen transportar la cocaína en 'buques madre' hacia la costa de África occidental para después descargarla en embarcaciones más pequeñas. Una parte de la cocaína continúa por mar hacia España y Portugal, mientras que otra parte, incluso hasta el 30% de la remesa, se entrega como pago a traficantes del África occidental por su asistencia.⁵⁸ Posteriormente esos africanos trafican la cocaína por su cuenta, frecuentemente por medio de servicios de mensajería comercial aérea. Las remesas también se envían en pequeñas aeronaves modificadas desde la República Bolivariana de Venezuela o del Brasil hasta diversos destinos en el África occidental.⁵⁹ El aumento de la sensibilización, las intercepciones y los disturbios políticos en el centro de distribución del norte parecen haber reducido el tráfico a través de esa región en 2008 y 2009, aunque podría resurgir rápidamente. Cabe la posibilidad de que el brusco descenso de las incautaciones de cocaína en Portugal entre 2006 y 2008, tras una tendencia al aumento masivo en el período 2003-2006 también obedezca a la disminución del tráfico ilícito en particular en el África de habla portuguesa.

En su conjunto, las incautaciones de cocaína en Europa aumentaron notablemente durante el período 1998-2006, de 32 toneladas a 121 toneladas, antes de reducirse nuevamente en el período 2006-2008 a unas 63 toneladas. Con todo, el total de incautaciones de cocaína en 2008 casi duplicó el de 1998.

España comunicó las mayores intercepciones, a saber, el 45% de todas las incautaciones de cocaína en Europa en 2008 así como en el período 1998-2008. Las cifras correspondientes a España reflejan tanto el fuerte aumento como la reciente disminución de las incautaciones de cocaína en Europa. Las tendencias se confirman también con los datos de las encuestas sobre disponibilidad percibida de cocaína en España.⁶⁰

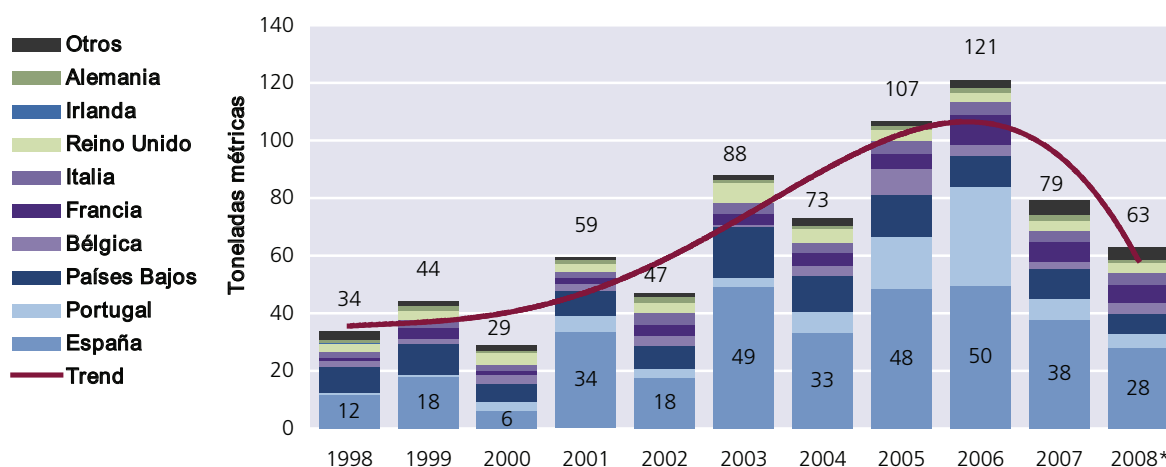
Las incautaciones de cocaína en España se realizan primordialmente en aguas internacionales (dos tercios del total en 2007) y aproximadamente una décima parte de contenedores. Una proporción mucho menor se incauta cerca de las playas del país (2%), y en los aeropuertos tan solo el 6%.⁶¹

Las incautaciones en Portugal básicamente reflejan las pautas observadas en España, con aumentos hasta 2006 y disminuciones a partir de ese año (de 34 toneladas en 2006 a 5 toneladas en 2008). Los cambios han sido incluso más marcados en Portugal, lo que refleja los estrechos vínculos con el tráfico a través del África occidental (pasando por Guinea Bissau y Cabo Verde).

Las incautaciones en Holanda también han disminuido bruscamente en los últimos años. Ello es el resultado de la política de 'control 100%' en las Antillas y en el aeropuerto de Schipol (Amsterdam), a raíz de la cual se redujo el número de correos de esa droga procedente del Caribe y de varios países de América del Sur,⁶² mejoró el control de los contenedores y se intensificaron los esfuerzos para detener las remesas antes de su llegada a los Países Bajos. Por ejemplo, en 2008, la Patrulla nacional de lucha contra la delin-

Fig. 47: Incautaciones de cocaína en Europa (toneladas; no ajustadas por pureza), 1998-2008

* No se recibieron datos de Polonia, Escocia, Ucrania ni Belarús, correspondientes a 2008 – se suponen los mismos niveles de incautaciones. Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



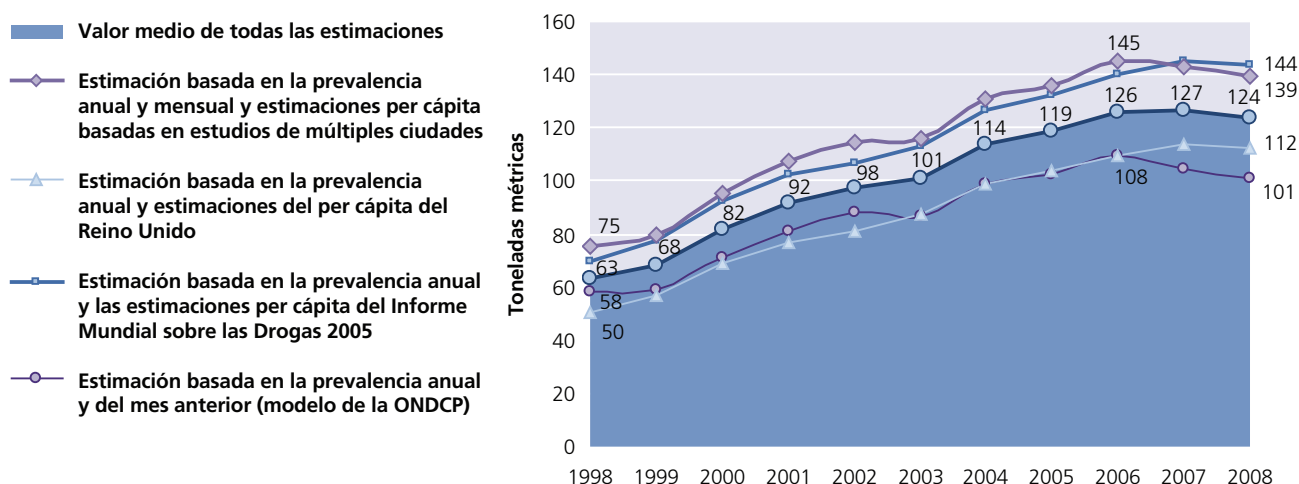
58 Organismo contra la Delincuencia Organizada Grave (SOCA), *The United Kingdom Threat Assessment of Organised Crime*, 2009-2010, Londres, 2009.

59 Reino Unido, Comité del Ministerio del Interior, *The Cocaine Trade* (véase: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmhaff/74/7410.htm>); SOCA, *UK Threat Assessment of Organised Crime 2009-2010*.

60 Ministerio de Sanidad y Consumo, *2008 National Report to the OEDT by the Reitox National Focal Point, 'Spain' New Development, Trends and in-depth information on selected issues*, Madrid, 2008.

61 Ministerio del Interior, Secretaría de Estado de Seguridad, *Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado, Hashish and Cocaine in Europe*, presentación ante la UNODC, Viena, julio de 2008.

62 Departamento de Estado de los EE.UU., *International Narcotics Control Strategy Report*, marzo de 2009.

Fig. 48: Cantidades de cocaína (pura) consumida en los países de la UE/AELI, 1998-2008Fuentes: Múltiples fuentes⁶³

cuencia arrestó a varios hombres que planeaban enviar 2,6 toneladas de cocaína de un almacén en Sao Paulo (Brasil) a los Países Bajos. Los guardacostas de las Antillas Holandesas y Aruba continúan incautando grandes cantidades de cocaína. De las 6,8 toneladas incautadas en 2008, 4,2 toneladas fueron interceptadas por la marina holandesa en un buque de carga con pabellón panameño que navegaba de la República Bolivariana de Venezuela a Europa. Un factor adicional podrían ser los desvíos hacia el puerto de Amberes (Bélgica).

En 2008, por primera vez, Francia incautó más cocaína que cualquier otro país de Europa aparte de España. La mayor parte de la cocaína fue incautada en el mar, sobre todo cerca de los territorios franceses de ultramar en el Caribe, o cerca de la costa del África occidental. Sin embargo, las incautaciones de cocaína que pueden rastreadse hasta los países del África occidental ascienden a tan solo 0,3 toneladas en 2008. La mayor parte de la cocaína incautada por Francia en 2008, provenía del Brasil (40% del total) o de la República Bolivariana de Venezuela (21% del total). La cocaína traficada del Brasil, muy probablemente se origina en el Perú o en el Estado Plurinacional de Bolivia, lo que refleja la importancia creciente de esos productores para Europa.⁶⁴

63 UNODC, datos de los cuestionarios para los informes anuales; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, Viena, 2009; OEDT, *Statistical Bulletin 2009*, Lisboa, 2009; Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Population Prospects: The 2008 Revision, 2009*; Centro Europeo de Políticas sobre Bienestar Social, *Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies*, Viena, 2009; ONDCP, *Cocaine Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno); Ministerio del Interior, *Sizing the UK market for illicit drugs*, Londres, 2001; Ministerio del Interior, *Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments*, Ministerio del Interior, Informe en línea 16/06, Londres 2006; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2005, Volumen 1: Análisis*, Viena, 2005.

64 Direction Générale de la Police Nationale, Direction Générale de la Police Judiciaire, Office Central pour la Répression du Trafic Illicite des Stupéfiants (O.C.R.T.I.S.), *Usage et Trafic des Produits Stupéfiants en France en 2008*, Paris, 2009.

Al igual que en el caso del mercado de los Estados Unidos, estimar el volumen de cocaína que se consume en Europa no es fácil. Se dispone de datos fiables provenientes de encuestas sobre la proporción de la población que consume cocaína, pero hay menos información sobre las cantidades consumidas. El análisis que figura a continuación se basa en cuatro métodos diferentes de estimación,⁶⁵ y cuyas tasas medias de consumo oscilan entre 25 y 35 gramos de cocaína pura por consumidor, que multiplicados por el número de consumidores indica un consumo de entre 101 y 144 toneladas en los países de la UE y la AELI en 2008. El promedio es de 124 toneladas, aproximadamente el doble que el decenio precedente⁶⁶.

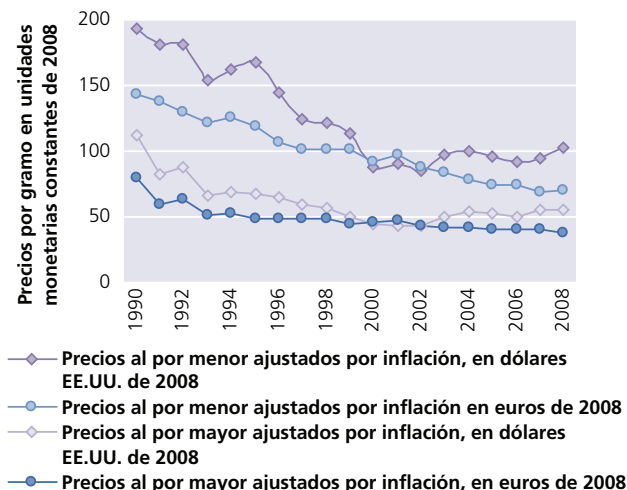
65 Esas técnicas se detallan en los siguientes documentos: Estados Unidos, Oficina de Política Nacional de Control de Drogas, *Cocaine Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno); Reino Unido, Ministerio del Interior, *Sizing the UK market for illicit drugs*, Londres, 2001; Ministerio del Interior, *Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments*, Ministerio del Interior, Informe en línea 16/06, Londres 2006; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2005, Volumen 1: Análisis*, Viena 2005; Centro Europeo de Políticas sobre Bienestar Social, *Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies*, Viena 2009. Si bien el primer método, desarrollado por la ONDCP, parece razonable, se basa en supuestos, no en datos empíricos reales de los países europeos. El segundo modelo se basa en datos empíricos, pero estos se refieren a la situación en un país (el Reino Unido) que no es necesariamente representativo del resto de Europa. El tercer modelo se refiere a la cocaína consumida en Europa central y occidental, pero se deriva también de un número de supuestos subyacentes (como la efectividad de las intervenciones de las fuerzas del orden y la importancia de la proximidad regional). El cuarto modelo se basa en datos empíricos de seis ciudades de Europa, pero aplicar la tasa de consumo encontrada entre consumidores marginales a todos los que consumieron droga el mes anterior, probablemente resulte en una sobreestimación. Al mismo tiempo, un problema fundamental de las encuestas por hogares, basadas en las respuestas de los propios encuestados, es la gran probabilidad de una subestimación considerable del nivel de consumo. Es sumamente difícil sopesar hasta qué punto esos errores se compensan entre sí en los cálculos finales de las cantidades consumidas.

66 Los datos disponibles indican que el volumen del mercado europeo de cocaína se duplicó durante el período 1998-2006 antes de estabili-

Fig. 49: Precios de la cocaína (no ajustados por pureza) en Europa occidental*, en unidades monetarias constantes por gramo, 1990-2008

* Precio medio de 18 países de Europa occidental (correspondiente a la mayor parte del consumo de cocaína en Europa), ponderado por tamaño de la población.

Fuentes: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (y años anteriores) y CPIA



Los precios han disminuido paralelamente al aumento del volumen de cocaína traficada a Europa desde principios del decenio de 1990. Los precios al por menor de la cocaína, con pureza a nivel de la calle, expresados en euros constantes de 2008,⁶⁷ descendieron de un promedio de 143 euros en 1990 a 70 euros por gramo en 2008, es decir, básicamente se redujeron a la mitad en dos decenios. No obstante, para entender el atractivo relativo de ese mercado, conviene observar esas cifras en dólares EE.UU. constantes de 2008.⁶⁸ En ese caso también descendieron los precios de la cocaína en el período 1990-2000, pero aumentaron en el período 2000-2008, de 88 dólares EE.UU. a 102 dólares EE.UU. al depreciarse el dólar EE.UU. frente al euro. El aumento fue más marcado durante el período 2006-2008. Ahora bien, esas reducciones de los precios en euros se produjeron en el contexto de la disminución de la pureza.⁶⁹

zarse durante el período 2006-2008. El cálculo se basa en el supuesto de niveles de consumo per cápita básicamente estables. Dada la falta de información cuantitativa o cualitativa fiable, los cálculos no admiten la posibilidad de que los niveles de consumo per cápita hayan aumentado durante el período 1998-2006 debido al paso de consumo casual a problemático, ni que podría haber disminuido en términos de equivalentes de cocaína pura después de 2006 a medida que disminuía la pureza mientras que el consumo podría haber permanecido estable en términos de cantidades consumidas de cocaína a nivel de la calle.

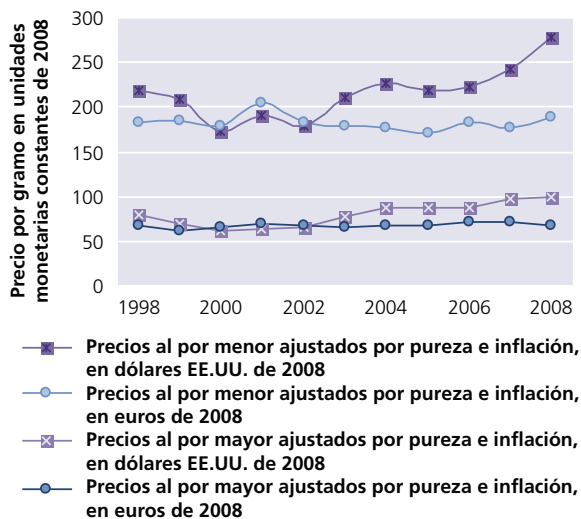
67 Los valores del euro actuales se transformaron en euros constantes aplicando el índice de precios al consumidor para la zona euro.

68 Los valores del dólar EE.UU. actuales se transformaron en dólares EE.UU. constantes mediante la aplicación del índice de precios al consumidor.

69 Las medias no ponderadas de la pureza comunicada por los países de Europa central y occidental muestran una disminución a nivel al por menor de un 59% en 1998 (rango: 25%-75%) del 47% en 2005 y del 36% en 2008

Fig. 50: Precios de la cocaína ajustados por pureza en Europa occidental, en unidades monetarias constantes, por gramo, 1998-2008

Fuentes: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (y años anteriores) y CPIA

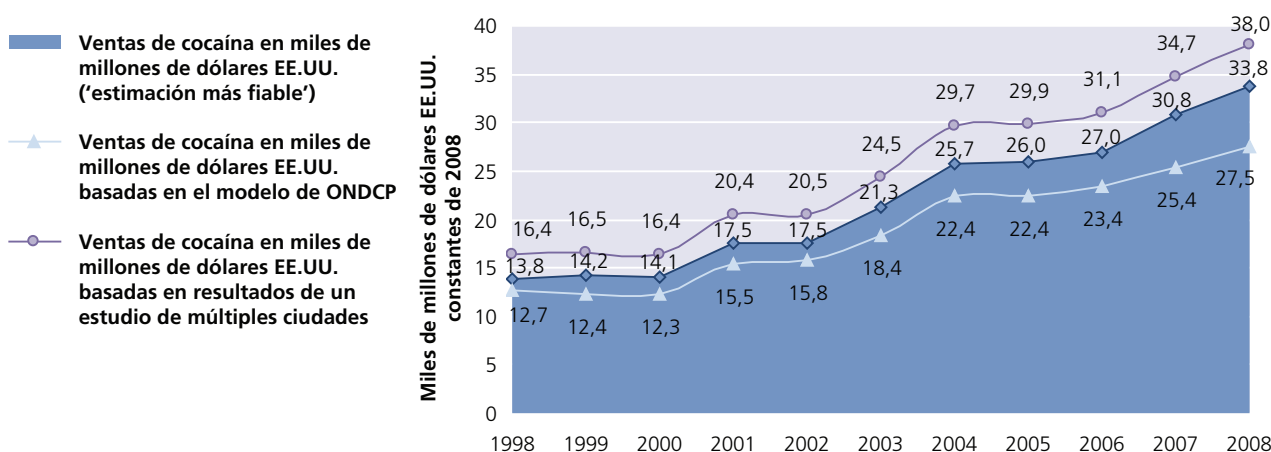


Si se toma en cuenta la pureza, los precios al por menor de la cocaína expresados en euros constantes de 2008 se mantuvieron básicamente estables entre 1998 y 2008: 183 euros por gramo puro en 1998 y 189 euros por gramo puro en 2008. Lo mismo ocurrió con los precios al por mayor. Expresados en dólares EE.UU. constantes, el precio ajustado por pureza de hecho aumentó significativamente. El euro, particularmente el billete de alta denominación de 500 euros, se ha convertido en una importante moneda secundaria para los traficantes de drogas.

Si se multiplican las cantidades de cocaína consumida por los precios al por menor ajustados por pureza, el valor del mercado europeo de cocaína se habría duplicado con creces durante el último decenio (de 14.000 millones de dólares EE.UU. en 1998 a 34.000 millones de dólares EE.UU. en 2008). Su valor en 2008 era prácticamente el mismo que el del mercado de los Estados Unidos (35.000 millones de dólares EE.UU.), pese a ser todavía notablemente menor en términos de volumen.

(rango: 16%-52%). Al por mayor, la disminución fue del 78% (rango: 55%-90%) en 1998 al 55% en 2008 (rango: 26%-80%).

Dado que parte de esa disminución podría deberse al hecho de que países concretos comunicaran datos un año sí y otro no, se adoptó un modelo de cálculo modificado. En ese modelo se supone que los resultados de los países que no envían información se mantienen básicamente sin cambios respecto del año anterior (u otro año posterior) del cual se dispone de datos. Se procedió de ese modo para evitar cambios en la media general dependiendo de que los países envíen o no informes en años concretos. Al aplicar ese criterio a los datos faltantes, los cambios en la media general reflejan solamente los cambios reales en los datos sobre la pureza comunicados por países concretos. Sobre la base de ese modelo, la pureza media de la cocaína al por menor en Europa occidental y central disminuyó del 55% en 1998 al 43% en 2005 y al 37% en 2008. Según ese modelo, la pureza al por mayor disminuyó, del 72% en 1998 al 60% en 2005 y al 56% en 2008.

Fig. 51: Tamaño del mercado de cocaína de la UE/AELI en miles de millones de dólares EE.UU. constantes de 2008Fuentes: UNODC, CPIA; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*; OEDT, *Statistical Bulletin 2009*; Centro europeo de políticas sobre el bienestar social, *Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies*

¿Qué volumen de cocaína es necesario traficar para satisfacer esa creciente demanda? Contando las incautaciones,⁷⁰ se tendrían que haber traficado unas 212 toneladas desde América del Sur hacia los mercados europeos en 2008.⁷¹ Dado crecimiento del mercado europeo una proporción cada vez mayor del total de la producción de cocaína tiene que traficarse hacia los países de la UE/AELI: del 13% en 1998 al 25% de la producción total en 2008.

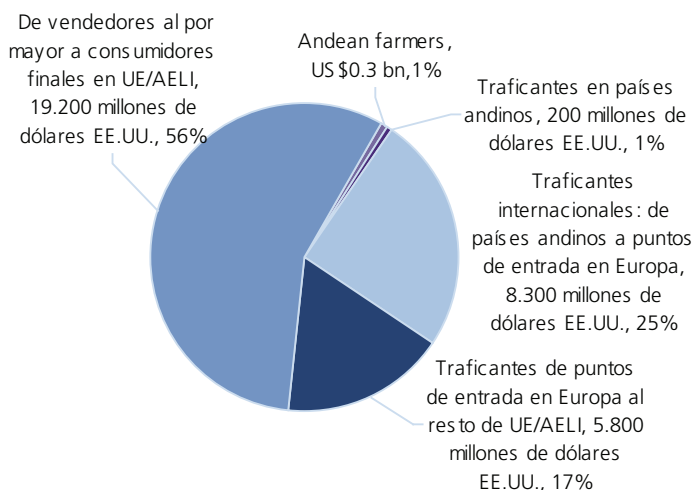
¿Cómo se distribuyen los beneficios? Menos del 1% de las ventas europeas de cocaína, va a los cultivadores de coca andinos. Otro 1% va a los procesadores y traficantes dentro de la región andina. Alrededor del 25% del valor de las ventas finales va a los traficantes internacionales que embarcan la cocaína de la región andina hacia los principales puntos de entrada. El envío de la cocaína de los puntos de entrada a los vendedores al por mayor en los países de destino final en toda Europa genera otro 17% del valor de venta al por menor. No obstante, más de la mitad (56%) del valor se devenga dentro de los países de destino, entre los vendedores al por mayor y los consumidores. Puesto que hay muchos más traficantes en el plano nacional, el ingreso per cápita de estos es probablemente mucho menor (como ocurre en América del Norte) que el de los pequeños grupos de traficantes internacionales de cocaína.

¿Cómo opera el mercado?

El tráfico de cocaína hacia Europa está organizado, en gran medida, por grupos colombianos de la delincuencia organizada que forjan alianzas con diversos grupos de delinquentes que operan en Europa, particularmente con grupos

⁷⁰ Según los datos de los CPIA, cerca del 55% de las incautaciones realizadas en el Caribe y el 61% de las incautaciones en América del Sur, excluidos los países de la región andina, corresponden a remesas enviadas a Europa en 2008, más que el 47% y el 46% respectivamente, en 2002. En cuanto a las incautaciones realizadas en África, se supuso que en su mayoría correspondían a envíos hacia Europa.

⁷¹ Rango: 189-232 toneladas.

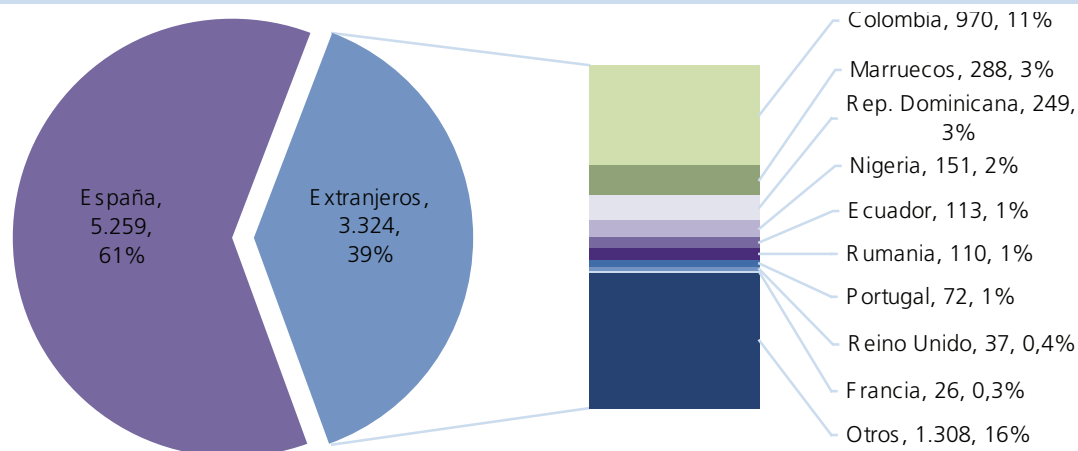
Fig. 52: 'Valor añadido' de las ventas de cocaína entre los países de la UE/AELI en 2008, en miles de millones de dólares EE.UU.Fuentes: Múltiples fuentes⁷²

en España, Italia y los Países Bajos. En la mayoría de los países europeos, la mayor parte de los detenidos por tráfico de drogas son ciudadanos locales, pero los grupos colombianos actúan como importadores y, en menor medida, como vendedores al por mayor, su intervención en los mercados al por menor se limita a España. Entre el 21% y el 26% de todos los extranjeros detenidos por tráfico de cocaína en España durante el período 2004-2007 eran colombianos. La proporción se elevó al 29%, es decir, 1.000 individuos, en 2008.

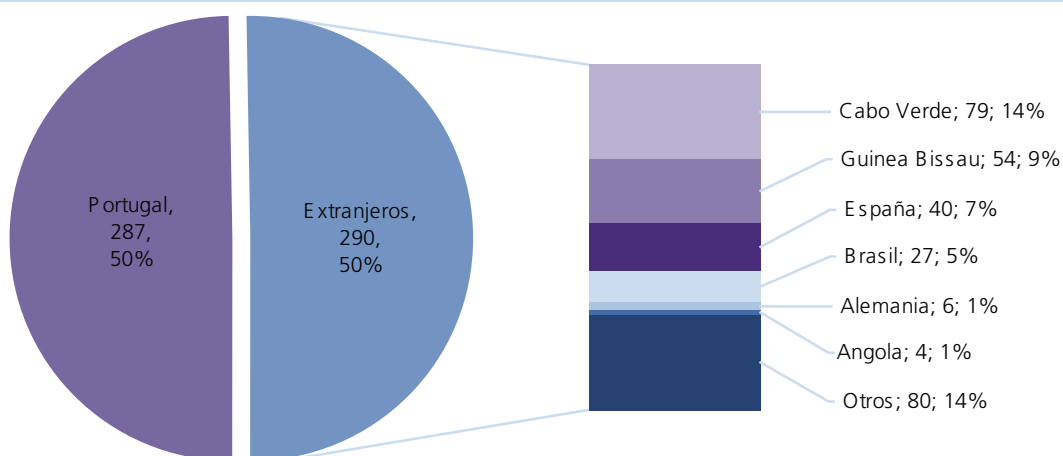
⁷² UNODC, datos de los CPIA; informes de los gobiernos; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, Viena, 2009; OEDT, *Statistical Bulletin 2009*, Lisboa, 2009; Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World*

Fig. 53: Nacionalidad de las personas detenidas en España por tráfico de cocaína hacia el país o dentro del país, 2008

Fuentes: UNODC, CPIA

**Fig. 54: Nacionalidad de las personas detenidas en Portugal por tráfico de cocaína hacia el país o dentro del país, 2008**

Fuentes: UNODC, CPIA



Además, grupos de la región del Caribe, que incluyen dominicanos en España, jamaquinos en el Reino Unido y antillanos en los Países Bajos intervienen en ese tráfico. También tienen importancia otros suramericanos, especialmente en la Península Ibérica. En algunos países de Europa continental, como Francia, Suiza, Austria, Italia, Alemania y Portugal, existen vendedores al por menor (así como importadores en pequeña escala) originarios del África occidental.

La mayor proporción de traficantes de cocaína no portugueses detenidos en Portugal en 2008, eran originarios de Cabo Verde (27%) y de Guinea Bissau (19%).



Population Prospects: The 2008 Revision, 2009; Ministerio del Interior, *Sizing the UK market for illicit drugs*, Londres, 2001; Ministerio del Interior, *Measuring different aspects of problem drug use: methodological developments*, Ministerio del Interior, Informe en línea 16/06, Londres 2006; Centro Europeo de Políticas sobre Bienestar Social, *Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies*, Viena 2009; UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2005, Vol. 1: Análisis*, Viena 2005.

También destacan grupos de norteafricanos en diversos países mediterráneos, o que han acogido una buena parte de la diáspora africana, como España, Italia, Francia y los Países Bajos. Durante los últimos años han aparecido también como agentes en el comercio internacional de cocaína algunos grupos de la región de los Balcanes. En cambio, hasta el momento hay pocos indicios de que los carteles mexicanos de la droga desempeñan un papel importante en Europa.

Grupos de delincuentes del ‘Caribe neerlandés’ (Aruba, Antillas Holandesas y Suriname) junto a los colombianos⁷³ han estado interviniendo desde hace tiempo en los Países Bajos. En los últimos años, proliferaron en Amsterdam grupos nigerianos que operaban, entre otras cosas, por medio de correos aéreos entre los Países Bajos y las Antillas Holandesas y Suriname. Al mejorar los controles en los



⁷³ Damian Zaitch, *Trafficking Cocaine – Colombian Drug Entrepreneurs in the Netherlands (Studies of Organized Crime)*, La Haya 2002.

Fig. 55: Nacionalidad de los traficantes detenidos en Italia por tráfico de cocaína hacia el país o dentro del país, 2008

Fuentes: UNODC, CPIA

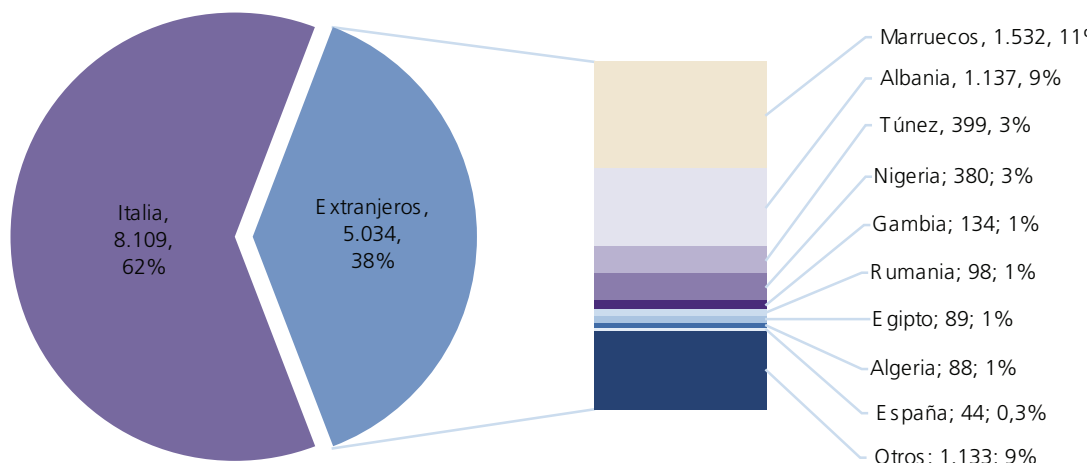
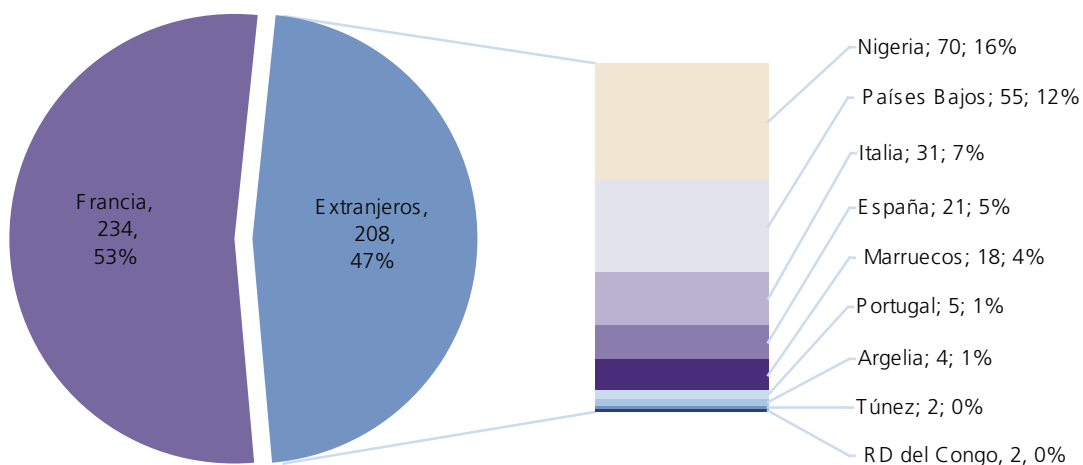


Fig. 56: Nacionalidad de los traficantes detenidos en Francia por tráfico de cocaína hacia el país o dentro del país, 2006⁷⁴

Fuentes: UNODC, CPIA



vuelos directos, esos grupos comenzaron a su vez a utilizar otros países de tránsito como la República Dominicana, el Perú y México.⁷⁵ Tras el mejoramiento de los controles en el puerto de Róterdam (Países Bajos), parte del tráfico se ha desplazado hacia Amberes (Bélgica). Ese tráfico sigue todavía controlado en gran medida por grupos colombianos,⁷⁶ aunque, al parecer, grupos albaneses que trabajan en las instalaciones portuarias, también están interviniendo en esas actividades en Amberes.

La mayor parte de la cocaína necesaria para satisfacer la demanda del Reino Unido, el mayor mercado de cocaína

de Europa, transita por otro país europeo en lugar de ser enviado directamente. Los envíos a granel en buques mercantes o yates desde puertos en Colombia o la República Bolivariana de Venezuela, cruzan el Atlántico hasta la Península Ibérica. Allí, la cocaína se vende a delincuentes británicos locales, quienes la contrabandean al Reino Unido. Aunque en menor medida, los delincuentes británicos también importan cocaína de los Países Bajos. Por tanto, se calcula que un 75% de la cocaína destinada para el Reino Unido se transporta por el Canal, oculta en camiones, vehículos privados o en correos humanos ('mulas').

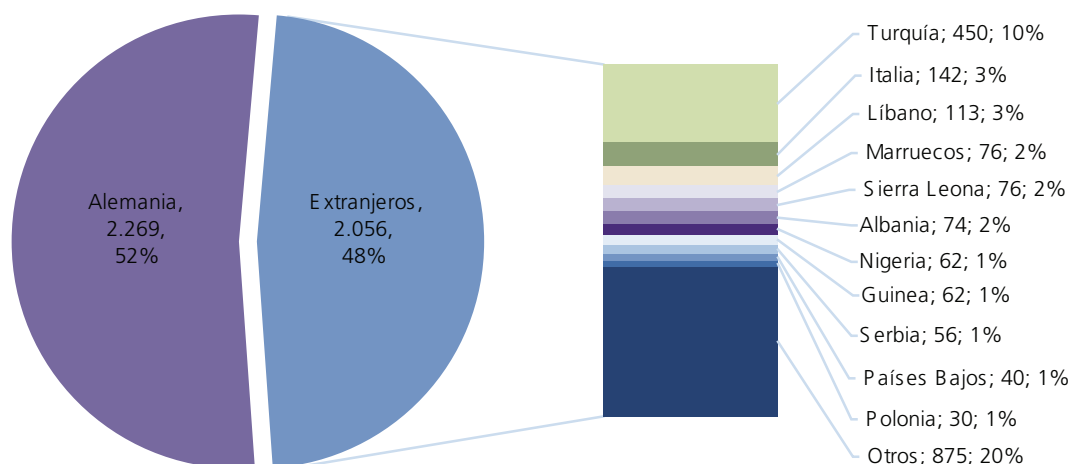
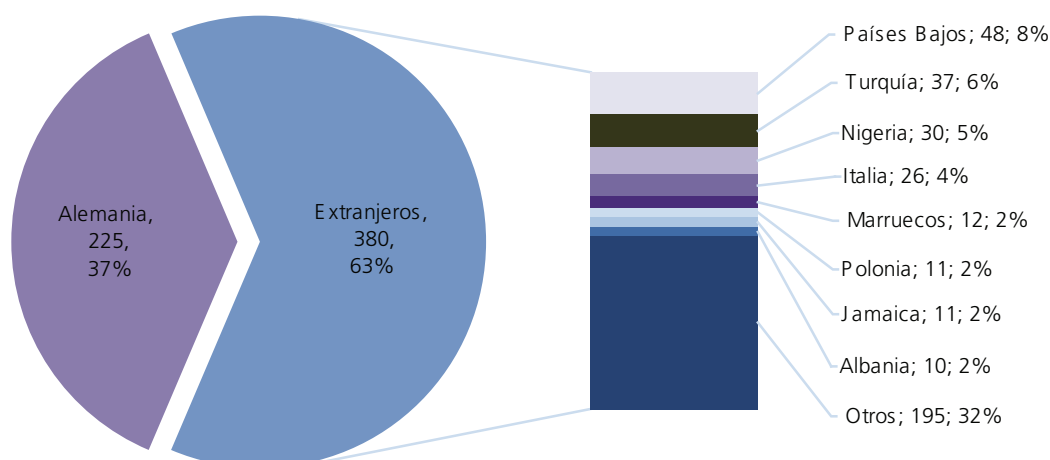
En Italia, organizaciones colombianas, dominicanas y otras latinoamericanas están trabajando con grupos italianos de la delincuencia organizada (particularmente 'Ndrangheta') para importar cocaína en buques de carga comercial o en contenedores⁷⁷. Italia es uno de los pocos países de Europa

74 Muestra de traficantes de cocaína detenidos (n=442) cuya nacionalidad se constató; número total de traficantes de cocaína detenidos en Francia en 2006: N=2.561.

75 Departamento de Estado de los Estados Unidos, *International Narcotic Control Strategy Report*, marzo de 2009.

76 *Ibid.*

77 Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche

Fig. 57: Nacionalidad de las personas detenidas por vender cocaína en Alemania, 2008Fuentes: UNODC, CPIA, *Polizeiliche Kriminalstatistik 2008*, Wiesbaden 2009**Fig. 58: Nacionalidad de los 'importadores de cocaína' detenidos en Alemania, 2008**Fuentes: UNODC, CPIA, *Polizeiliche Kriminalstatistik 2008*, Wiesbaden 2009

en que se ha confirmado la existencia de estrechos vínculos entre los grupos mexicanos de la delincuencia organizada (el Cartel del Golfo) y grupos locales de ese carácter.⁷⁸ Se sabe que a partir de 2007, la Camorra, radicada en Nápoles, comenzó a traficar cocaína a Italia desde España, así como directamente desde América del Sur. Más recientemente también se ha incorporado a esas actividades la mafia siciliana, con el apoyo de la 'Ndrangheta' y la Camorra para traer cocaína a las zonas bajo su control.⁷⁹ Los grupos del África occidental y el África septentrional así como también grupos de los Balcanes, en particular albaneses y serbios intervienen activamente en las ventas al por menor y en las importaciones a pequeña escala. Varios grupos de nacion-

ales del África occidental y de Albania importan cocaína de los Países Bajos hacia el norte de Italia.⁸⁰

El mercado francés de cocaína solía ser bastante pequeño, pero esa tendencia se ha modificado en los últimos años, en parte, debido a la importancia creciente de África como lugar de tránsito. Después de 2004 el África occidental se convirtió en una zona de tránsito de mayor importancia, así como los traficantes de la región. En 2008 se detuvieron traficantes de cocaína naturales del Togo, Benin, Ghana, Nigeria, el Senegal y la República Democrática del Congo. También se han detenido traficantes del África septentrional y Europa.⁸¹

La mayor parte de los traficantes de cocaína en Alemania no oriundos de ese país.⁸² El mayor grupo de traficantes

■ ■ Antidroga, *Relazione Annuale Al Parlamento Sullo Statu Delle Tossicodipendenze in Italia 2008*, Roma 2009.

78 Departamento de Estado de los Estados Unidos, op. cit.

79 Presidenza del Consiglio dei Ministri, op. cit.

■ ■ 80 Departamento de Estado de los Estados Unidos, op. cit.

81 UNODC, CPIA, 2002-2008.

82 Bundeskriminalamt, *Polizeiliche Kriminalstatistik 2008*, Wiesbaden

Cuadro 10: Muertes relacionadas con la cocaína, comunicadas por países de la UE/AELI en 2008 o último año de que se dispone de datos*

* Países de la UE/AELI que facilitan un desglose de las muertes relacionadas con las drogas, por tipo de droga.
Fuentes: UNODC, CPIA; OEDT, *Statistical Bulletin 2009*; OEDT, Informes Nacionales

País	Año	Muertes relacionadas con la cocaína	Muertes por drogas	Cocaína en % de muertes por drogas	Muertes por cocaína por 1000.000 habitantes	Fuente	Observaciones
España	2006	257	428	60,0%	0,58	OEDT	sobredosis
Reino Unido	2007	246	3.359	7,3%	0,40	CPIA	todas las muertes
Alemania	2008	126	1.449	8,7%	0,15	Gob.	todas las muertes
Portugal	2007	103	314	32,8%	0,96	OEDT	todas las muertes
Francia	2008	51	233	21,9%	0,08	CPIA	todas las muertes
Italia	2008	37	502	7,4%	0,06	CPIA	sobredosis
Irlanda	2005	34	159	21,4%	0,77	CPIA	sobredosis
Países Bajos	2008	22	129	17,1%	0,13	CPIA	sobredosis
Dinamarca	2007	5	205	2,4%	0,09	CPIA	todas las muertes
Malta	2008	3	8	37,5%	0,74	CPIA	todas las muertes
Finlandia	2007	3	229	1,3%	0,06	CPIA	todas las muertes
Polonia	2006	2	241	0,8%	0,01	CPIA	todas las muertes
Eslovenia	2005	1	85	1,2%	0,05	CPIA	todas las muertes
Luxemburgo	2002	1	35	2,9%	0,21	CPIA	todas las muertes
República Checa	2006	1	212	0,5%	0,01	CPIA	sobredosis
Suecia	2006	0	125	0,0%	-	CPIA	todas las muertes
Rumania	2007	0	23	0,0%	-	OEDT	todas las muertes
Liechtenstein	2008	0	1	0,0%	-	CPIA	todas las muertes
Hungría	2008	0	194	0,0%	-	CPIA	todas las muertes
Bulgaria	2006	0	48	0,0%	-	OEDT	todas las muertes
Islandia	2007	0	38	0,0%	-	CPIAs	todas las muertes
Chipre	2007	0	22	0,0%	-	CPIA	sobredosis
Total		635	7 611	8,3%	0,14		

extranjeros en Alemania eran turcos (22% de todos los traficantes extranjeros en 2008). Ello es una novedad ya que los traficantes turcos han estado tradicionalmente relacionados con la heroína. Seguido de italianos (7%), a menudo relacionados con la 'Ndrangheta' y otros grupos de la mafia italiana. También destacaban diversos grupos del Oriente Medio (Líbano y Marruecos: 5%) y del África occidental (Sierra Leona, Nigeria y Guinea: 4%).⁸³ Los detenidos por 'importación de cocaína' consistían en grupos más pequeños y variados, de nacionalidad extranjera, principalmente holandesa (13%) y turca (10%, que típicamente adquieren la cocaína en los Países Bajos). También aparecen los traficantes individuales nigerianos (5%) e italianos (4%).⁸⁴

2009; Bundeskriminalamt, *Organisierte Kriminalität, Bundeslagebild 2008*, Wiesbaden 2009.

83 Bundeskriminalamt, *Organisierte Kriminalität, Bundeslagebild 2008*, Wiesbaden 2009.

84 *Ibid.*

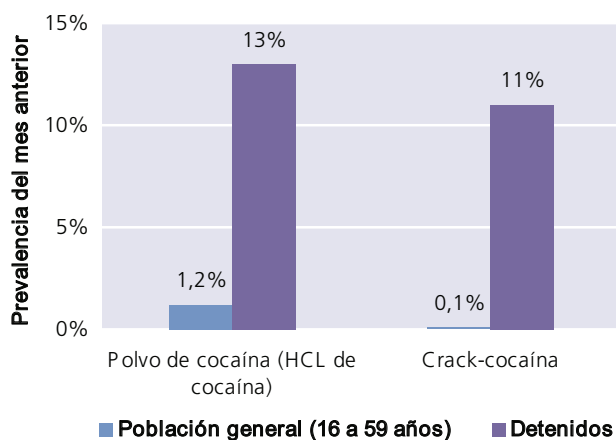
Repercusión de esta corriente en particular

Las repercusiones económicas y sociales de la corriente de cocaína hacia Europa han sido -por lo menos hasta el momento- menos graves que para América del Norte. Aunque la proporción de personas en Europa que requieren tratamiento por consumo de cocaína se ha triplicado con creces durante el último decenio (del 3% de todas las demandas de tratamiento por drogadicción entre 1977 y 1998 al 10% en 2007-2008), todavía sigue siendo muy inferior que en América del Norte (31% en 2007-2008).

El número de muertes relacionadas con la cocaína también es mucho menor en Europa que en América del Norte. Según los últimos datos nacionales, el número de personas que murieron en los países de la UE/AELI debido al consumo de cocaína no superó las 700, es decir menos de 0,2 muertes por 100.000 habitantes, y solo el 8% de todas las muertes relacionadas con las drogas. Al igual que en América del Norte, las muertes por consumo de drogas múltiples en Europa son frecuentes. Los datos de Alemania

Fig. 59: Prevalencia del consumo de cocaína el mes anterior en la población general frente al consumo de cocaína entre los detenidos en Inglaterra y Gales, 2005-2006

Fuentes: Ministerio del Interior, *The Arrestee Survey 2003-2006*, 2da edición, Londres, noviembre de 2007; Ministerio del Interior, *“Drug Misuse Declared: Findings from the 2005-2006 British Crime Survey, England and Wales”*, Ministerio del Interior, *Statistical Bulletin*, octubre de 2006



indican, por ejemplo, que solo en el 14% de todas las ‘muertes relacionadas con la cocaína’ era esa la única sustancia consumida.⁸⁵

El consumo de cocaína en Europa también está menos vinculado con la violencia que en América del Norte. Es muy probable que ello se debe a que la forma de cocaína predominante en Europa sea el polvo de cocaína mientras que la cocaína *crack* está más relacionada con delitos violentos. No obstante, sí parece guardar una relación con los delitos de robo en todas sus formas.

En Inglaterra y Gales se realizan pruebas de consumo de drogas a los detenidos. En esos estudios se comprobó que el 13% de los detenidos en 2005-2006 había consumido polvo de cocaína y el 11%, crack-cocaína, en el mes anterior.⁸⁶ Esos porcentajes son menores que los de los Estados Unidos, pero mucho mayores que en la población general: las encuestas por hogares del mismo período indican que solamente el 1,2% de la población había consumido cocaína en polvo y el 0,1% había consumido crack-cocaína en el mes anterior.⁸⁷ En una encuesta realizada con anterioridad a detenidos en Inglaterra y Gales (2003-2004) se comprobó que el 68% de los detenidos por hurtos en comercios, el 63% de los detenidos por robo con allanamiento de morada, el 41% de los detenidos por ‘otros robos’ y el

23% de los detenidos por asalto, habían consumido o crack-cocaína, o bien cocaína en polvo en los 12 meses anteriores.⁸⁸

Las consecuencias del tráfico y el consumo de cocaína en Europa parecen mínimos ante las graves repercusiones que tiene para los países productores de cocaína (en términos de violencia e insurgencias generadas por la cocaína) y muchos de los países de tránsito en América del Sur, América Central, el Caribe y África, particularmente el África occidental donde algunos de los países más pequeños son un blanco fácil para las organizaciones de traficantes de cocaína que operan en el plano internacional.

1.3.4 Medidas de respuesta

La prevención y el tratamiento pueden dar resultados. La notable disminución del consumo de cocaína en los Estados Unidos durante los últimos 30 años puede vincularse, entre otras cosas, al aumento en el gasto para la prevención y el tratamiento. No obstante, no todos los esfuerzos son eficaces. Las intervenciones simplistas pueden generar un interés en las drogas y conducir a niveles incluso más elevados de consumo. El tratamiento de los consumidores problemáticos de drogas, quienes consumen la mayor parte de las drogas, puede reducir la demanda de drogas. Con todo, ello requiere tiempo ya que el nivel de recaída suele ser elevado. Algunos consumidores nunca logran la abstinencia. También parece que el tratamiento de la dependencia a la cocaína es incluso más difícil que el tratamiento de otras adicciones y se están analizando nuevos enfoques (‘vacunas contra la cocaína’).

Numerosos estudios han demostrado que el tratamiento, pese a sus limitaciones, es una inversión eficaz para reducir la demanda de drogas, incluida la demanda de cocaína.⁸⁹

88 Ministerio del Interior, *“The Arrestee Survey Annual Report: Oct. 2003-Sept. 2004”*, Ministerio del Interior, *Statistical Bulletin*, noviembre de 2006.

89 William S. Cartwright, *Cost-Benefit Analysis of Drug Treatment Services: Review of the Literature*, *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *J. Mental Health Policy Econ.* 3, 11-26 (2000); Treatment Research Institute, Universidad de Pennsylvania, *Economic Benefits of Drug Treatment: A critical Review of the Evidence for Policy Makers*, febrero de 2005; Wim van den Brink, Amsterdam Institute for Addiction Research, Academic Medical Center, Universidad de Amsterdam, *“Effectiveness and Cost-Effectiveness of Drug Dependence Treatment”*, presentación ante la Conferencia de Donantes en Apoyo del Programa Conjunto de la UNODC y la OMS sobre Tratamiento y Atención de la Drogodependencia, La Haya, 10 de febrero de 2010. Los resultados de 11 meta estudios en los Estados Unidos indican que los principales beneficios económicos de los tratamientos contra la drogadicción (todas las drogas; con un total medio de unos 49.500 dólares de los EE.UU. por paciente) consistían en la evitación de actividades delictivas: 42.200 dólares de los EE.UU. por paciente, es decir, el 85% del total de beneficios económicos. (Kathyrin. E. Mc. Collister y Michael T. French, *The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings*, 2003). Un estudio anterior en los EE.UU. basado en más de 500 pacientes cocainómanos en el marco del Estudio sobre el Resultado del Tratamiento del Consumo de Drogas, sugiere que los costos del tratamiento ambulatorio de pacientes cocainómanos se elevaban, como promedio, a 1.422 dólares EE.UU. por paciente, mientras que los beneficios por concepto de delitos evitados en ese grupo se elevaban a 1.891 dólares EE.UU. por paciente, equivalente a un índice de beneficio en función de los

85 Bundeskriminalamt, *Rauschgift, Jahreskurzlage 2008, Tabellenanhang*, Wiesbaden 2009.

86 Ministerio del Interior, *The Arrestee Survey 2003-2006*, 2ª edición, Londres, noviembre de 2007.

87 Ministerio del Interior, *“Drug Misuse Declared: Findings from the 2005-2006 British Crime Survey, England and Wales”*, Ministerio del Interior, *Statistical Bulletin*, octubre de 2006.

La lucha contra los carteles de la droga es una actividad legítima y necesaria, pero tal vez no reduzca automáticamente el mercado de cocaína. La historia ha demostrado que el desmantelamiento de los grandes carteles de la cocaína puede dar lugar a que surja un número de pequeños grupos. El aumento de la competencia podría traducirse en unos precios más bajos, lo que, a su vez, podría fomentar mayores niveles de consumo.

Hace tiempo que los Estados Miembros de las Naciones Unidas hicieron suyo el concepto de responsabilidad compartida. También son conscientes de que es necesario lograr un equilibrio entre la oferta y los esfuerzos por reducir la demanda. Los esfuerzos no coordinados, que conducen a éxitos sectoriales y geográficos aislados, a menudo solo logran desplazar el problema, quedando el mercado mundial de cocaína intacto. Por ejemplo, a mediados del decenio de 1990, los esfuerzos de los órganos de represión pusieron fin al tráfico aéreo en gran escala de pasta de coca o cocaína base entre el Perú y Colombia. Los precios de la hoja de coca se redujeron en el Perú y los agricultores optaron por otros cultivos. Sin embargo, en realidad no se resolvió el problema ya que esa reducción de los precios se compensó con el aumento del cultivo de coca en Colombia. Posteriormente, surgieron laboratorios de cocaína en el Perú que generaron una nueva demanda de coca la que a su vez resultó en un aumento de los precios de la hoja de coca, repuntando el cultivo de coca en ese país en el siglo XXI. Análogamente, el descenso del consumo de cocaína en América del Norte se compensó con el aumento del consumo de cocaína en Europa y América del Sur durante los últimos dos decenios.

■ ■ costos de 1,3. En el mismo estudio se comprobó que el costo medio del tratamiento en régimen de internamiento a largo plazo por consumo de cocaína era de 11.016 dólares EE.UU. mientras que el costo medio de los delitos evitados se elevaba a 18.461 dólares EE.UU., es decir, un índice de beneficio en función de los costos de 1,7. Se comprobó también que si se incluyen otros beneficios económicos, el índice de beneficios en función de los costos se elevaba a 1,6 y 1,9, respectivamente, para pacientes ambulatorios y pacientes internados a largo plazo para el tratamiento por consumo de cocaína, lo que indica que por cada dólar EE.UU. invertido en el tratamiento por consumo de cocaína, se puede esperar un beneficio económico de dos dólares EE.UU. (Flynn, P.M., Kristiansen J.V., Porto R.L., “Costs and benefits of treatment for cocaine addiction”, *Drug and Alcohol Dependence*, 57 (1999), págs. 167 a 174). En un examen general de la relación costos/beneficios económicos del tratamiento de la drogadicción (todas las drogas), que figura en un trabajo publicado sobre los tratamientos en régimen de internamiento y ambulatorio contra las toxicomanías, se comprobó que la relación costo/beneficios oscilaba entre 1,3 y 6,5 (Treatment Research Institute en la Universidad de Pensilvania, 2005) con un valor medio de 3,4, lo que indica que por cada dólar EE.UU. invertido en el tratamiento de la toxicomanía se puede esperar un beneficio económico de más de 3 dólares EE.UU. (y por ende, más que por el tratamiento de los cocainómanos). Según un estudio de West Coast Cost-Benefit Analysis, por cada dólar invertido por las autoridades en el tratamiento de las toxicomanías en esa región se deben haber ahorrado, como promedio, 7 dólares en otros costos (atención a la salud y visitas a dependencias de urgencias, procedimientos de justicia penal, arrestos, cupones para alimentos, desempleo, compensación a trabajadores, asistencia social a la infancia, y otros servicios conexos; *Oregon Research Brief on Addiction Treatment Effectiveness*, 2003).

Esa situación indica que no ha habido coordinación entre los esfuerzos nacionales y sectoriales en el contexto de una estrategia internacional integral. El éxito sostenido en esa esfera seguirá siendo difícil de lograr a menos que se desarrolle una estrategia internacional más integral. Los Estados Miembros reconocieron en su Declaración política⁹⁰ de marzo de 2009, que:

“... el problema mundial de la droga sigue siendo una responsabilidad común y compartida que exige una cooperación internacional eficaz y reforzada y un enfoque integral, multidisciplinario y equilibrado en las estrategias de reducción de la oferta y la demanda, en virtud del cual esas estrategias se refuerzan mutuamente.”

■ ■ 90 “Declaración política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional a favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de la droga”, en la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, *Informe del 52º período de sesiones* (14 de marzo de 2008 y 11 a 20 de marzo de 2009), E/2009/28; E/CN.7/2009/12, págs. 37 a 77.

1.4 El mercado mundial de ETA



1.4.1 ¿Qué son los ETA?

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son un grupo de sustancias sintéticas que incluye el grupo de las anfetaminas (principalmente anfetamina, metanfetamina y metcatinona) y sustancias del grupo éxtasis (MDMA y sus análogos). Las sustancias del grupo de las anfetaminas se sintetizaron por primera vez a fines del siglo XIX y, a partir de 1932, se comercializaron como descongestionantes nasales de venta sin receta. Durante la segunda guerra mundial, personal militar utilizó diversas anfetaminas y, después de la guerra, se introdujeron en el mercado las existencias restantes.¹

El uso no controlado de sustancias del grupo de las anfetaminas trajo como resultado su consumo indebido generalizado. En el decenio de 1970 se reconoció que la utilidad terapéutica de esas sustancias era limitada. Se adoptaron medidas de fiscalización en los planos nacional e internacional, y se redujo la fabricación lícita con fines farmacéuticos. Sin embargo, la demanda de esas sustancias no disminuyó al mismo ritmo y, gradualmente, la fabricación clandestina se convirtió en la fuente principal de suministro de esas sustancias.

Las sustancias del grupo éxtasis están relacionadas químicamente con las anfetaminas. A principios del decenio de 1990, se sintetizó por primera vez el compuesto principal, el MDMA, y otros análogos como el MDA y el MDEA. Si bien en el decenio de 1970, el MDMA tuvo un uso terapéutico limitado, su consumo con fines recreativos aumentó drásticamente durante el decenio de 1990 y se asoció a la cultura de la música acid del mundo desarrollado.

Todos los ETA están disponibles en diversas formas y varían en cuanto a su pureza. La metanfetamina y la anfetamina pueden encontrarse en polvo, en pastillas, en pasta y en forma cristalina mientras que, por lo general, el éxtasis en pastillas o polvo.

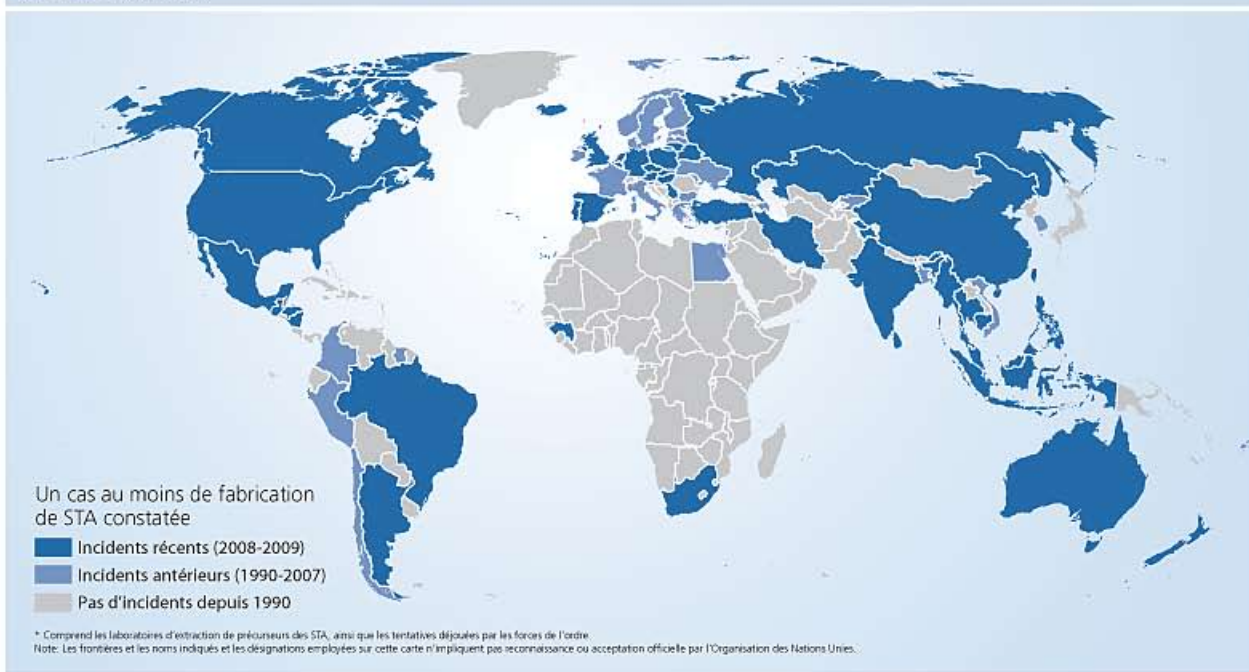
La expansión del consumo de los ETA puede atribuirse a su atractivo tanto para los consumidores como para las organizaciones de delincuentes que los fabrican. Son un atractivo para las necesidades de las sociedades actuales y ya forman parte de lo que se considera un estilo de vida moderno, tanto desde el punto de vista recreativo como ocupacional. Se cree que su consumo mejora la actividad, incluso sexual, y su consumo comienza generalmente por vía oral mediante una “conveniente” y discreta pastilla que evita los peligros de la inyección o del estigma social que representa el hábito de fumar. Son asequibles y, por lo general, se venden en unidades lo que a menudo se considera erróneamente menos dañino que en otras formas.

La popularidad de los ETA se debe también a que son un mercado potencial con sostenidos elevados ingresos, bajos riesgos que requieren poca inversión inicial. A diferencia del cultivo de la hoja de coca o la adormidera, la fabricación de ETA no se limita a determinadas zonas geográficas, de manera que los laboratorios pueden operar clandestinamente en cualquier parte y ser reubicados si los riesgos aumentan. Una característica singular de los ETA es la posibilidad de sintetizarlos a partir de diversos materiales de partida (precursores químicos) utilizando distintos métodos. Si no se encuentra el precursor tradicional, es posible obtener sustitutos fácilmente, a menudo gracias a la información disponible en Internet. Los nuevos estimulantes sintéticos que aún no están sujetos a fiscalización internacional también se pueden comprar fácilmente. Además, los grandes beneficios no solo provienen de la venta de la

¹ UNDCP, Colección de Informes Técnicos núm. 3, *Amphetamine-type stimulants: a global review*, 1996.

Mapa 7: Estados Miembros que comunican fabricación de sustancias afines a los ETA* desde 1990

Fuentes: UNODC, cuestionarios para los informes anuales (CPIA)/DELTA; informes de los gobiernos; UNODC, *Programa Mundial SMART, Update 2009*. Vols. 1, 2 y 3 (marzo); Amphetamines and Ecstasy:2008 Global ATS Assessment (United Nation Publication, Sales No. E.08.XI.12)



propia droga, sino, cada vez en mayor medida, de suministro ilícito de precursores químicos clave.

1.4.2 Dimensiones del mercado de ETA

La evaluación del tamaño y la dinámica de los mercados ilícitos de ETA, es una actividad plagada de obstáculos debido a la naturaleza clandestina de esos mercados. Las estimaciones se basan fundamentalmente en los datos comunicados por los Estados Miembros pero, lamentablemente, apenas más de la mitad de los Estados Miembros envía sistemáticamente información anual a la UNODC. La información esporádica o incompleta o ambas cosas, -incluso de las regiones desarrolladas- unida a la calidad variable de los datos suministrados por diversas regiones clave merma las posibilidades de ofrecer respuestas oportunas basadas en pruebas. En ese sentido cabe señalar que solo dos países realizan evaluaciones anuales de prevalencia del consumo, un indicador básico de la demanda, y en la mayoría de los países solo se realizan cada tres o cinco años, si es que alguna vez se hacen tales evaluaciones. Se cree que en algunos países del continente asiático, incluido China, los niveles de consumo de ETA son considerables, pero es difícil obtener cifras concretas ya que en muchos de esos países no se han realizado nunca encuestas por hogares representativas sobre el consumo de drogas en el plano nacional.

Otro problema importante es la falta de la información forense sistemática necesaria para evaluar con precisión las sustancias específicas de los ETA, sus precursores químicos, los procesos de fabricación, el tráfico y la base de consumidores. Asimismo, la falta de información impide determi-

nar con exactitud la cantidad de ETA que se fabrica ilícitamente. La fabricación es clandestina y no puede evaluarse mediante la teledetección, como es el caso de la adormidera y los arbustos de coca. En el pasado emplearon modelos de la UNODC para estimar la fabricación sobre la base de la triangulación del consumo, el producto final incautado y la incautación de precursores químicos. Sin embargo, ese modelo no resultó muy útil debido a los cambios en el mercado de drogas, especialmente los relacionados con las incautaciones de precursores químicos y la capacidad para confirmar las tasas de incautación. Además, los informes presentados por los Estados Miembros sobre el número de laboratorios clandestinos desmantelados anualmente no incluyen medidas estandarizadas sobre la capacidad de fabricación, como son la frecuencia, la duración y el volumen de cada ciclo de producción, lo cual reduce su valor analítico. Debido a esas limitaciones, el rango de muchas de las estimaciones ofrecidas refleja la escala de incertidumbre.

El suministro de ETA

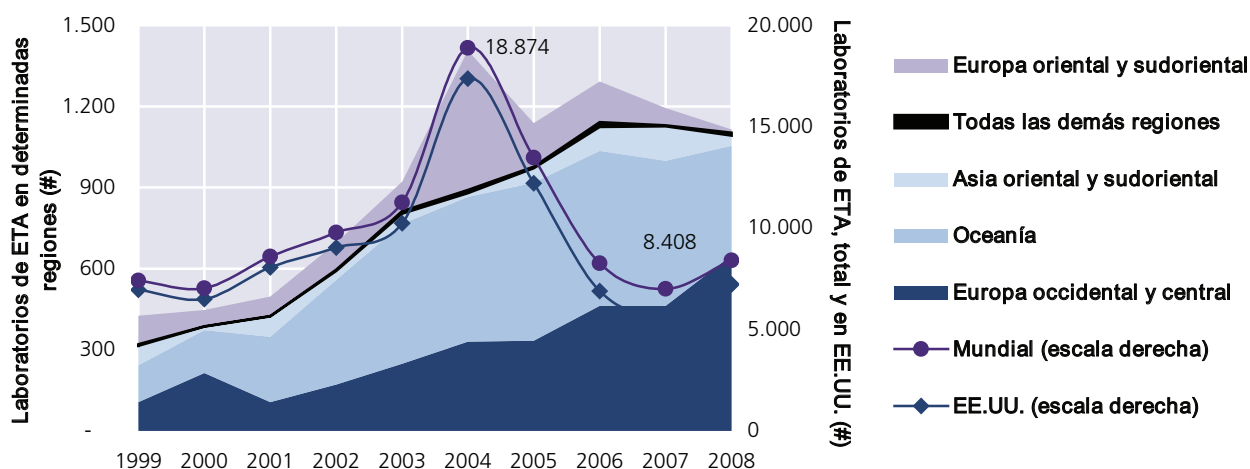
A diferencia del cultivo ilícito de la planta de coca y la adormidera que se circunscribe a lugares específicos, la fabricación de ETA no tiene limitaciones geográficas. Por tanto, los laboratorios de ETA suelen ubicarse cerca de los mercados de consumo. La fabricación de ETA se ha venido extendiendo desde 1990 y, hasta la fecha, más de la tercera parte de los Estados Miembros han comunicado actividades de fabricación relacionadas con los ETA.²

■ ■

2 La fabricación puede considerarse en dos amplias categorías: la basada

Fig. 60: Número de laboratorios de ETA comunicados (de todos los tamaños), por región, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



En toda el Asia oriental y sudoriental la fabricación de ETA es significativa (principalmente de metanfetamina y -en los últimos años- también de éxtasis), en América del Norte (metanfetamina y éxtasis en los tres países), en Europa (principalmente anfetamina y éxtasis aunque está aumentando la fabricación de metanfetamina), en Oceanía (metanfetamina y, en menor grado, anfetamina y éxtasis) y en partes de África, principalmente en el sur (metanfetamina y metcatinona).

Desde el año 2000, Alemania, Australia, Bélgica, Bulgaria, el Canadá, China,³ Eslovaquia, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Filipinas, Indonesia, Malasia, México, Myanmar, Nueva Zelandia, los Países Bajos, Polonia, la República Checa, la República de Moldova y Sudáfrica han comunicado a la UNODC la fabricación considerable de ETA, ya sea en número de laboratorios o magnitud de las operaciones. El número total de laboratorios de ETA dismantelados aumentó marcadamente hasta 2004, disminuyendo a partir de entonces pero actualmente se registran de nuevo los niveles de hace un decenio. Ello refleja principalmente las tendencias notificadas por los EE.UU. país en el que se dismantela el mayor número de todos los laboratorios clandestinos de ETA de todo el mundo, generalmente pequeñas operaciones. La reducción observada después de 2004 puede guardar relación con el mejoramiento de los controles de precursores en los EE.UU. que han hecho mucho más difícil el acceso a esas sustancias químicas en los Estados Unidos. Por el contrario, las cifras correspondientes a diversas regiones fuera de EE.UU. aumentaron en el último decenio, especialmente en el caso de la metanfetamina, aunque en el período posterior a 2004 se pudo observar cierta estabilización.

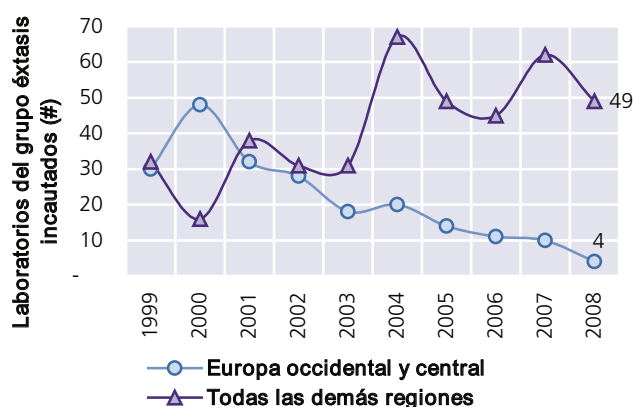
Cabe señalar un cambio en la fabricación de sustancias del

■ ■ en la adición del consumidor, que supone operaciones pequeñas para sintetizar tan solo la cantidad de droga suficiente para el usuario, y las operaciones comerciales que pueden alcanzar una escala industrial.

3 Incluye todas las provincias y Regiones Administrativas Especiales.

Fig. 61: Laboratorios del grupo éxtasis por región, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



grupo éxtasis, que solía estar localizada principalmente en Europa occidental, más cerca del principal mercado de consumo. En los últimos 10 años, la fabricación de sustancias del grupo éxtasis ha pasado de Europa a diversos mercados de consumo en todo el mundo. En el Asia oriental y sudoriental, en América y en Oceanía es más frecuente el dismantelamiento de operaciones de fabricación en gran escala. En 2008, se comunicó la incautación de solo cuatro laboratorios de éxtasis en Europa occidental y central.

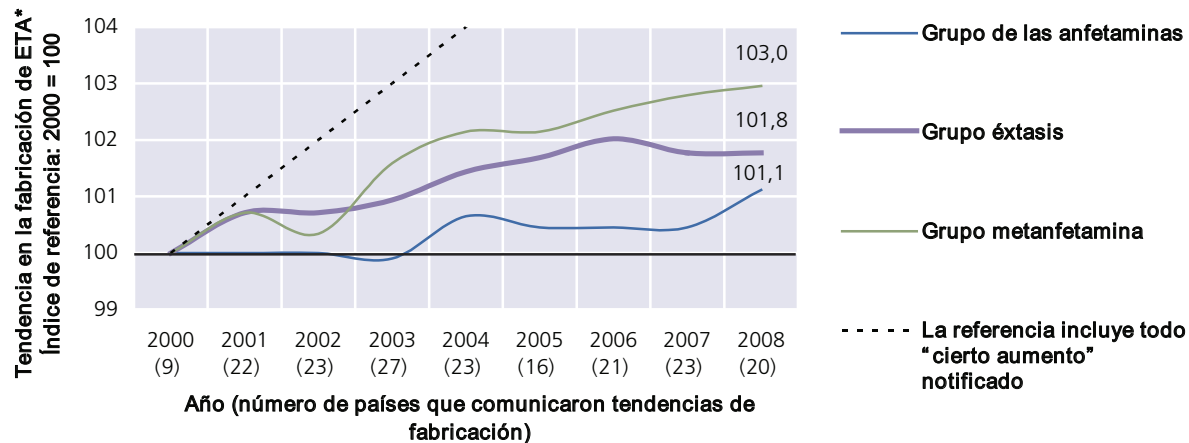
A fin de complementar los datos cuantitativos, en el cuestionario para los informes anuales (CPIA) la UNODC solicita a los Estados Miembros que indiquen si los expertos consideran que, a lo largo del tiempo, las tendencias en la fabricación cambian. Entre 2000 y 2008 una media de 23 países informaron todos los años sobre esas tendencias. Al asignar un valor a las respuestas de los expertos⁴ y establecer

■ ■ 4 Los datos sobre las percepciones de los expertos que figuran en los cuestionarios para los informes anuales, no son datos ponderados. Se asignan los siguientes puntos según la percepción de los expertos: "gran aumento" 2; "cierto aumento" 1; "estable" 0; "cierta disminución" -1; "gran disminución" -2.

Fig. 62: Percepciones (no ponderadas) de los expertos sobre las tendencias en la fabricación de ETA, 2000-2008

Nota: Las percepciones de los expertos sobre las tendencias de fabricación no se ponderaron en función del volumen de la fabricación de ETA en los países ya que es difícil determinar esta última. Por tanto, no puede excluirse la posibilidad de que países con una fabricación total de ETA menor puedan tener una influencia desproporcionada en las tendencias mundiales. Las cifras no incluyen la fabricación clandestina de drogas múltiples u otras drogas sintéticas.

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



las tendencias a lo largo del tiempo (indizadas utilizando como referencia el año 2000 = 100) la tendencia de la fabricación de metanfetamina parece estar aumentando en la mayoría de los países que informaron al respecto, mientras que la tendencia en el caso de la anfetamina se mantuvo relativamente estable hasta hace poco. Por otra parte, se considera que las tendencias de la fabricación de éxtasis se han estabilizado desde 2006.

Sin embargo, las percepciones de los expertos sobre las tendencias en cuanto a un incremento en la fabricación de anfetaminas y metanfetaminas durante ese período están respaldadas por otros datos, incluido el aumento de las incautaciones notificadas durante ese período, la creciente proporción de países que informan incautaciones de esas sustancias y el volumen así como el tamaño cada vez mayor de los laboratorios desmantelados.

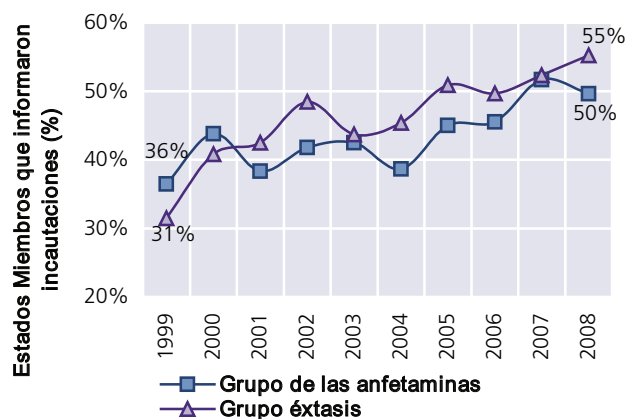
En el último decenio, la proporción de países que informaron incautaciones de ETA aumentó marcadamente, lo que indica un aumento en el tamaño y la extensión del mercado. Mientras que en 1999, solo el 36% de todos los Estados Miembros que respondieron el cuestionario para los informes anuales (CPIA) comunicaron la incautación de sustancias del grupo de las anfetaminas (34,4 tm), en 2008 esa cifra había aumentado al 50% (47,4 tm), observándose una pauta similar en las sustancias del grupo éxtasis.

Las incautaciones de ETA también han aumentado significativamente. Entre 1999 y 2008, las incautaciones de ETA aumentaron más del 30%, de 39 toneladas a 51,3 toneladas. Una cantidad notable de ese incremento se observó en Asia, principalmente en el Cercano Oriente y el Oriente Medio con aumentos sin precedentes en las incautaciones de pastillas que contenían anfetaminas vendidas como *Captagon*.

Los datos muestran que la proporción de metanfetaminas

Fig. 63: Proporción de Estados Miembros que respondieron el cuestionario para los informes anuales (CPIA) con datos sobre incautaciones de ETA, por tipo, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



confiscadas ha disminuido, de casi el 70% del total de incautaciones de ETA al 38%. Por otra parte, el porcentaje de anfetaminas se ha quintuplicado. Sin embargo, raramente se informa de la cantidad de ETA desviada del mercado lícito, fuente importante del uso ilícito en muchas regiones. El desglose de las incautaciones de éxtasis por regiones indica un alejamiento cada vez mayor de Europa occidental y central, antigua principal región productora.

El tráfico de sustancias ETA sigue siendo en gran medida intrarregional, ya que pueden fabricarse y, de hecho, se fabrican cerca de los mercados de consumo. En 2008, se realizaron importantes incautaciones de metanfetamina en las siguientes regiones: Asia oriental y sudoriental (56%), América del Norte (42%) y en un porcentaje mucho menor, Europa. Las incautaciones de anfetaminas se reali-

Fig. 64: Tendencias en las incautaciones de ETA, por tipo, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

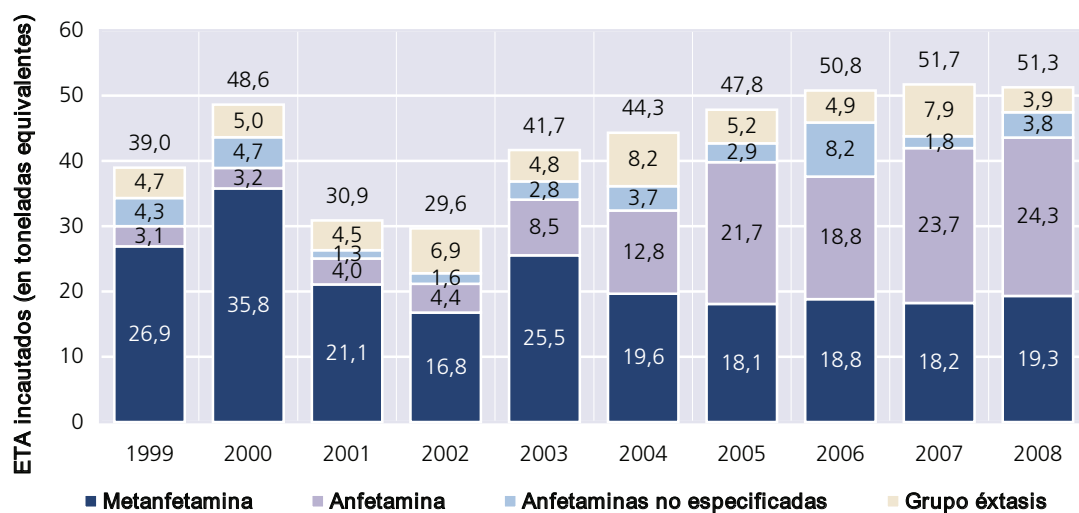
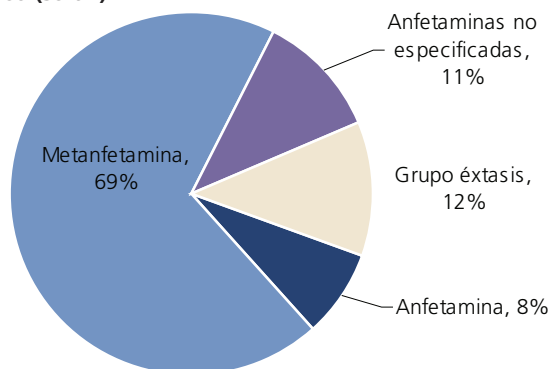


Fig. 65: Desglose de incautaciones de ETA, por grupo de sustancias, 1999 y 2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

1999 (39 tm)



2008 (51 tm)

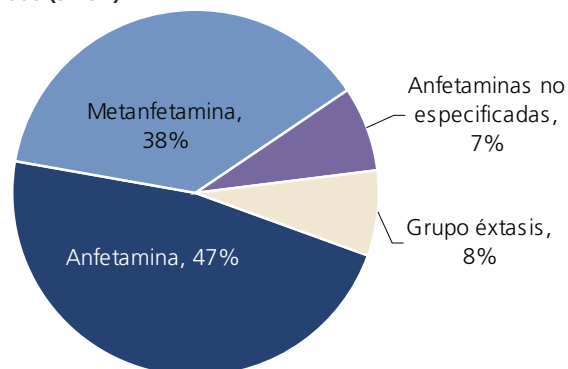
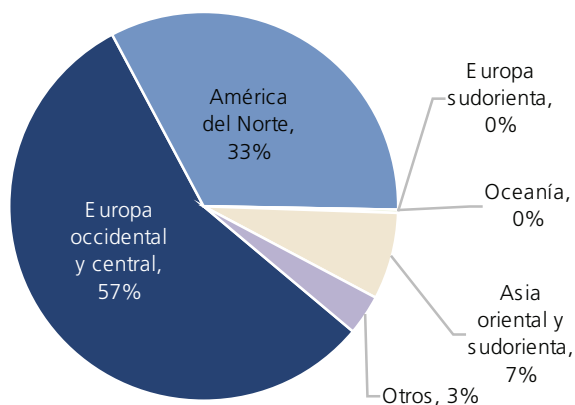


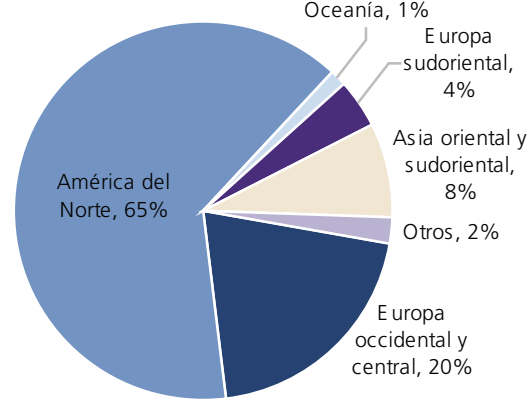
Fig. 66: Desglose de incautaciones del grupo éxtasis, por región, 2000 y 2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

2000 (4.9 tm)

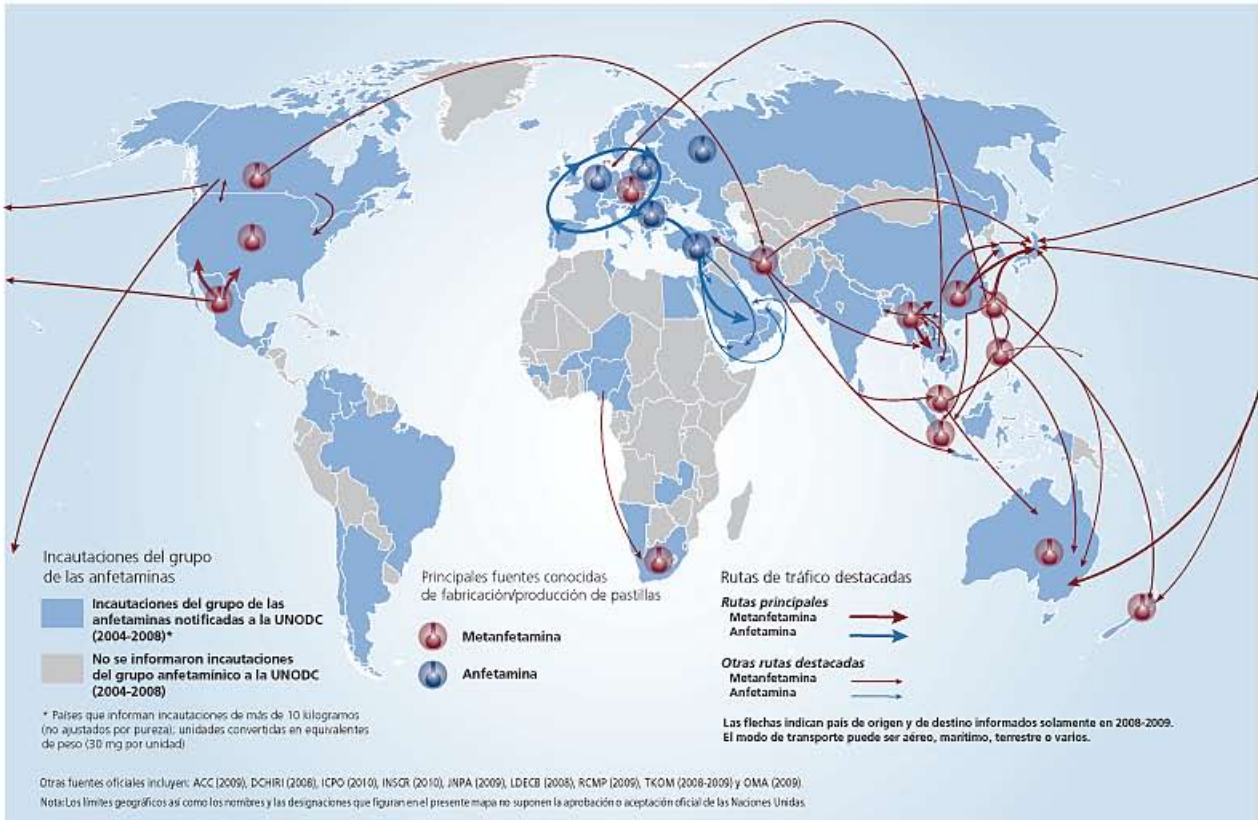


2008 (3.9 tm)



Mapa 8: Lugares destacados de fabricación y principales rutas de tráfico de sustancias del grupo de las anfetaminas, 2008-2009

Fuentes: UNODC, CPIA, Base de datos de incautaciones de drogas individuales, y otras fuentes oficiales



zaron principalmente en el Cercano Oriente y el Oriente Medio (63%), Europa occidental y central (33%) y en un porcentaje mucho menor en América del Norte. El éxtasis (MDMA) fue incautado principalmente en América del Norte (65%), Europa occidental y central (20%) y en un porcentaje menor en Europa sudoccidental (4%). Es posible que esas cifras incluyan incautaciones considerables de drogas vendidas como éxtasis pero que, generalmente, contienen otras sustancias distintas de MDMA.

1.4.3 Demanda de ETA

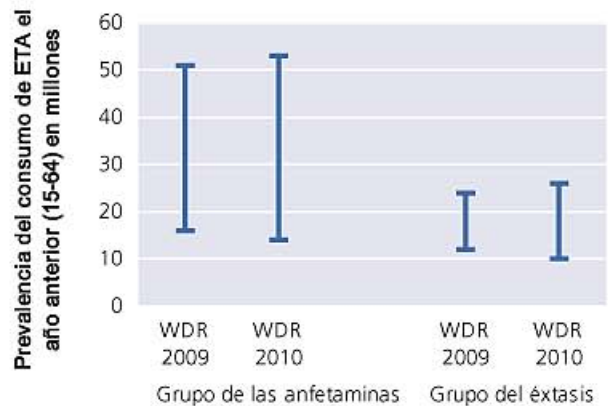
Las limitaciones de los datos son incluso mayores al determinar la magnitud de la demanda de ETA. En muchos países -especialmente en los países en desarrollo- no se recopilan o no se recopilan sistemáticamente, datos relacionados con la demanda sobre prevalencia, pautas y extensión del uso de la droga lo que supone un alto grado de incertidumbre que se refleja en estimaciones de prevalencia con amplios rangos. Existen pocos sistemas establecidos para la recopilación de datos y una escasez de datos suficientes para poder analizar tendencias y hacer comparaciones a lo largo del tiempo con precisión. Por tanto, el número estimado de consumidores de ETA a nivel mundial se expresa actualmente en rangos y no en cifras absolutas.

Con esas salvedades, el número de consumidores de sustancias del grupo de las anfetaminas y del grupo éxtasis el

último año se situaba en un rango de entre 14 millones y 53 millones y de entre 10 millones y 26 millones, respectivamente. Así pues, es probable que la cifra mundial de consumidores de ETA siga siendo superior a la de consumidores de opiáceos y cocaína combinados. Los rangos de 2008/2009, ya de por sí amplios, son entre un 6% y un 15% mayores que los de las estimaciones del año anterior de entre 16 millones y 51 millones y de entre 12 millones y 24 millones en cuanto a sustancias del grupo de las anfe-

Fig. 67: Prevalencia anual estimada del consumo de ETA, 2007/2008 y 2008/2009

Fuente: Cálculos de la UNODC



Mapa 9: Lugares destacados de fabricación y principales rutas de tráfico de sustancias del grupo del éxtasis, 2008

Fuentes: UNODC, CPIA



taminas y del grupo éxtasis respectivamente, ya que se dispone de pocos datos recientes sobre prevalencia, especialmente para África y Asia. De hecho, el cambio en la prevalencia mundial muy bien podría reflejar la nueva información proporcionada por los países desarrollados y no cambios reales a nivel mundial.

Esos amplios rangos distorsionan los cambios registrados en el consumo. De hecho, en los mercados desarrollados de ETA, en los que se evalúa sistemáticamente el consumo de drogas por la población general, la prevalencia anual de las sustancias del grupo de las anfetaminas entre la población general se ha estabilizado o reducido en los últimos años.

- 5 Kershaw, C., Nicholas, S. y Walker, A., *Crime in England and Wales 2008/09: Findings from the British Crime Survey and police recorded crime*, Ministerio del Interior, *Statistical Bulletin*, Londres, 2009; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, Oficina de Estudios Aplicados, Rockville, Maryland, 2009; Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *2007 National Drug Strategy Household Survey: Drug statistics*, 22, Canberra, 2008; Wilkins C. y Sweetsur P., *Trends in population drug use in New Zealand: Findings from national household surveying of drug use in 1998, 2001, 2003 and 2006*, *New Zealand Medical Journal*, 121, 61-71, 2008; Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, *Drug Use in New Zealand: Key Results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, Wellington, 2010; Informe de la encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2007/08, Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, Madrid, 2008.

Fig. 68: Prevalencia anual en determinados mercados principales del grupo de las anfetaminas, 1998-2008

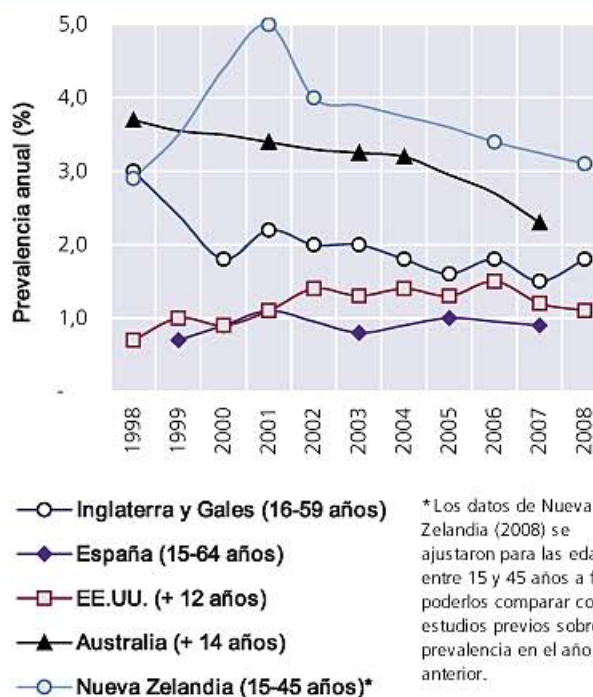
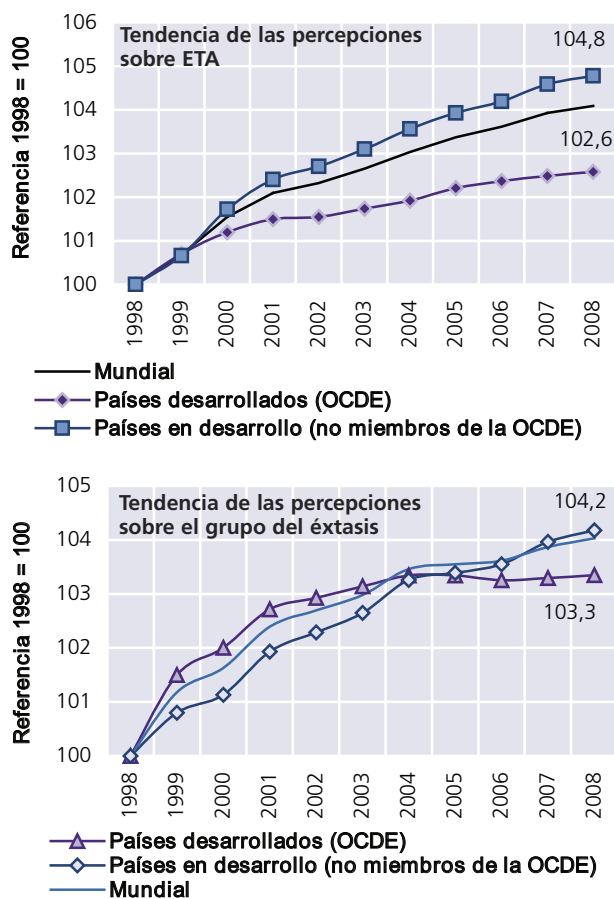
Fuentes: Informes de los gobiernos⁵

Fig. 69: Tendencias en el consumo de ETA (no ponderadas) por tipo según las percepciones de los expertos de países desarrollados (OCDE) y de países en desarrollo (no miembros de la OCDE): 1998-2008 (referencia: 1998 = 100)

Nota: Las percepciones de los expertos sobre el consumo de ETA no se ponderó en base al tamaño de la población de los países (ya sea población total o población consumidora de ETA) y, por consiguiente, cabe la posibilidad de que países con un consumo reducido o muy bajo de ETA influyan de forma desproporcionada en las tendencias mundiales. Fuentes: UNODC, CPIA, oficinas extrasede de la UNODC, Red de Información sobre el Uso Inadecuado de Drogas para Asia y el Pacífico de la UNODC (DAINAP)



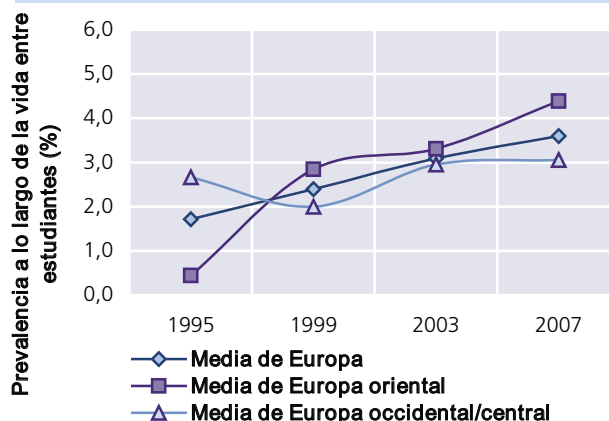
Dado que en muchos países en desarrollo no se dispone de datos sobre prevalencia, la UNODC considera que las percepciones de los expertos notificadas por los Estados Miembros, ayudan a evaluar las tendencias en la demanda. Esos datos sobre las tendencias⁶ entre 1998 y 2008 indican un aumento continuado en la demanda de ETA en los países en desarrollo. Aproximadamente a partir de 2000, se observa una discrepancia entre la tasa de incremento percibida por los expertos de los países desarrollados (OCDE)⁷

6 Si todos los países hubieran informado "cierto aumento", las tendencias mundiales habrían aumentado un punto cada año y hubiera llegado a 110 en 2008.

7 Los países miembros de la OCDE son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Eslovaquia, España, Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Luxemburgo, México, Noruega, Nueva Zelanda, Países

Fig. 70: Media no ponderada de prevalencia del consumo de éxtasis a lo largo de la vida entre estudiantes (15-16 años) de Europa: 1995-2007

Fuentes: Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., y Kraus, L., *The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), Estocolmo, 2009



y la de los países en desarrollo (no miembros de la OCDE), ya que en algunos países industrializados clave se observó una estabilización o disminución, mientras que los países en desarrollo, especialmente de América y de partes de Asia, informaron de incrementos continuos del consumo de ETA. Asia, con entre una tercera y tres cuartas partes de los consumidores de ETA estimados a nivel mundial, tiene diversos grupos de consumidores de ETA a nivel regional. Ello puede constatarse a partir del aumento de la demanda de tratamiento por consumo de anfetaminas en el Oriente Medio y el Cercano Oriente⁸ y por el aumento del consumo de pastillas de metanfetamina y en forma cristalina de alta pureza en países del Asia sudoriental en 2008.⁹

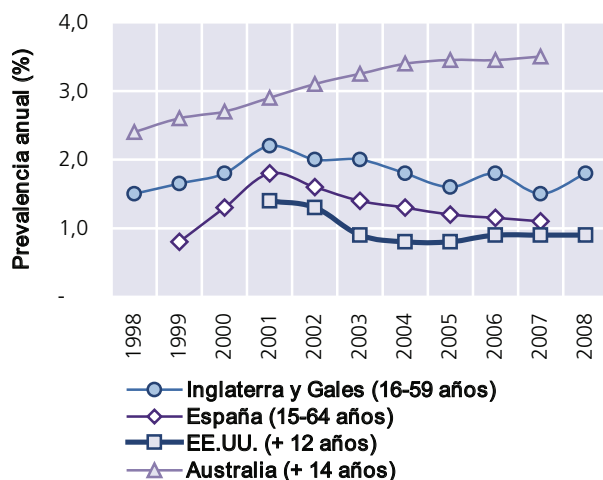
Según las percepciones de los expertos, el consumo de éxtasis ha aumentado constantemente desde 1998. En torno a 2006, los países en desarrollo comenzaron a informar de aumentos más frecuentes y más significativos del consumo de éxtasis, con una asiduidad que supera la de mercados de éxtasis más maduros en los países desarrollados que, al parecer, se han mantenido más estables desde 2004.

Es posible que el consumo de éxtasis en los mercados en desarrollo se esté extendiendo, especialmente entre jóvenes de América Latina y Europa oriental. Por ejemplo, entre 1995 y 2007, se informó de un aumento en la prevalencia del consumo de éxtasis a lo largo de la vida entre estudi-

Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Corea, Suecia, Suiza y Turquía.

8 Abu Madini M.S., Rahima S.I.A., Al-Zahrani M.A. y Al-Johi A.O., *Two decades of treatment seeking for substance use disorders in Saudi Arabia: Trends and patterns in a rehabilitation facility in Dammam, Drug and Alcohol Dependence*, 97(3), 2008, págs. 231-236.

9 UNODC, *Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs in East and South-East Asia (and neighbouring regions) 2009*, noviembre de 2009.

Fig. 71: Tendencias de la prevalencia anual de mercados específicos de éxtasis, 1998-2008Fuentes: Informes de los gobiernos¹⁰

antes de 15 y 16 años de Europa central y oriental.¹¹ La media no ponderada de consumo de éxtasis entre estudiantes en países de Europa oriental en 2007 superó la de los países de Europa occidental y central que se había mantenido estable desde 2003.

Las percepciones de los expertos de países desarrollados indican una estabilización o disminución del consumo de éxtasis desde 2004 tendencia que confirman los resultados de las encuestas por hogares en esos mercados. Desde 2004, Australia ha venido comunicando una estabilidad relativa, si bien a niveles comparativamente elevados, del consumo en el año anterior por la población general, mientras que España, el Reino Unido (Inglaterra y Gales) y los EE.UU. han informado de reducciones.

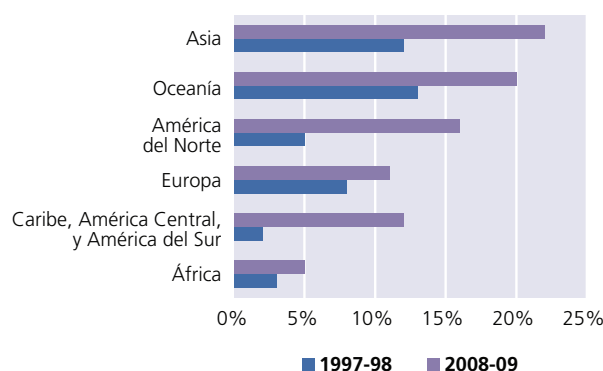
El consumo problemático de los ETA es el único tipo de consumo de drogas que ha aumentado significativamente en todas las regiones del mundo durante el último decenio. Aunque las pautas de consumo de ETA en cuanto al tipo específico de droga y su forma de presentación varían marcadamente de una región a otra, la demanda de tratamiento no ponderada aumentó entre 2 (África) y 11 (América del Norte) puntos porcentuales en el decenio pasado. Si bien se ha observado una mejoría en las tasas de prevalencia anual en la población general de varios países desarrollados, el consumo problemático de drogas, según se refleja en las admisiones para tratamiento, podría seguir siendo elevado. Por ejemplo, la demanda de tratamiento por consumo de metanfetamina en los EE.UU. solo disminuyó ligeramente en 2007, mientras que las tasas de prevalencia anual mostraron una marcada disminución desde 2006.

¹⁰ Véase la nota 5 de pie de página.

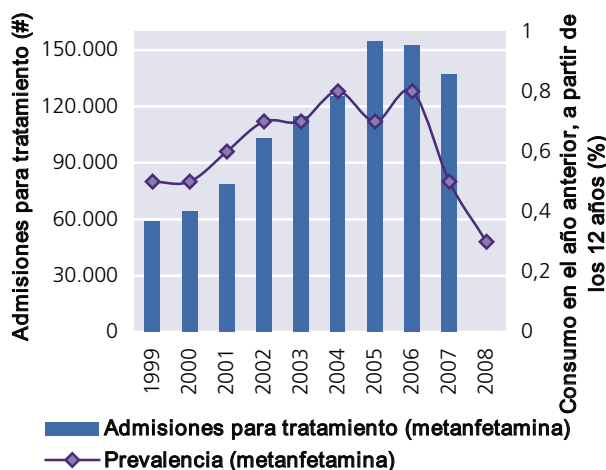
¹¹ Estudiantes de Europa oriental incluyen los de los países siguientes: Bulgaria, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Federación de Rusia (Moscú), Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa, Rumania y Ucrania.

Fig. 72: Cambios en la demanda regional no ponderada de tratamiento por consumidores problemáticos de ETA, como proporción de todos los tratamientos por consumo de drogas

Fuentes: UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2000, CPIA

**Fig. 73: Estados Unidos: Consumo de metanfetamina y demanda de tratamiento durante el año anterior, 1999-2008**

Fuentes: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights - 2007 National Admissions to Substance Abuse Treatment Services, Rockville, Maryland, 2009



Cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico disponibles para el consumo

Por el momento, es imposible calcular directamente con certeza la cantidad exacta de ETA que se fabrica ilícitamente, ya que, a diferencia de la adormidera y los arbustos de coca¹² no es posible hacer estimaciones independientes de su fabricación basadas en la teledetección. La mera

¹² Los modelos anteriores de la UNODC estimaban la fabricación sobre la base de la triangulación del consumo, el producto final incautado y los precursores químicos incautados. Sin embargo, los cambios en el mercado de estupefacientes, especialmente en relación con las incautaciones de precursores químicos, y la capacidad para determinar las tasas de incautación, han limitado la utilidad de este modelo.

Cuadro 11: Estimación de la cantidad de sustancias ilícitas del grupo de las anfetaminas fabricadas en 2008 (tm)

Fuente: Cálculos de la UNODC

	Grupo de las anfetaminas (pureza al por menor)		Grupo de las anfetaminas (pureza al por mayor)	
	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta
Consumidores anuales (estimación 2008)	13.710.000	52.900.000	13.710.000	52.900.000
Consumo medio (gramos puros/año)	10,9	10,9	10,9	10,9
Estimación de toneladas métricas consumidas (puras)	149	577	149	577
Toneladas métricas incautadas notificadas	47,4	47,4	47,4	47,4
Toneladas métricas fabricadas (no ajustadas por pureza)	197	624	197	624
Pureza (ponderada)	24%	24%	36%	36%
Toneladas métricas incautadas (ajustadas por pureza)	11,4	11,4	17,2	17,2
Toneladas métricas fabricadas (puras)	161	588	167	594

contabilización de los laboratorios clandestinos desmantelados anualmente no incluye la medición estandarizada del tipo o de la capacidad de fabricación, es decir, la frecuencia de los ciclos de producción, el volumen de producción, los niveles de pureza y la duración de la operación, lo que limita su valor analítico general. Además, se desconoce cuántos laboratorios existen por cada laboratorio descubierto.

No obstante, vale la pena tratar de evaluar el orden de magnitud de las posibles cantidades de ETA disponibles para el consumo a nivel mundial, lo cual también sería un resultado representativo o tentativo para calcular los niveles generales de fabricación. En algunos estudios se ha evaluado el consumo real de anfetamina, metanfetamina y éxtasis, aunque limitándose principalmente a unos pocos países desarrollados.¹³ En varios estudios se ha evaluado el consumo como producto del número de consumidores en un período dado, la frecuencia del consumo de la droga en ese período y la cantidad consumida por sesión; en otros estudios se ha indicado el posible total del consumo de drogas

en un año dado, mientras que en otros se calculó la cantidad que podrían consumir en un año los consumidores habituales y los esporádicos o con fines recreativos.

Sobre la base de esos estudios, se puede calcular el orden de magnitud de la cantidad consumida a nivel mundial, suponiendo que los valores de esos estudios:

1. representen con precisión al “consumidor típico”,
2. se puedan generalizar a otros países, especialmente a los países en desarrollo, y que
3. a partir de esas estimaciones, la epidemiología de las pautas de drogas sea representativa.¹⁴

Sobre la base de los estudios y las hipótesis mencionadas *supra*, el consumidor promedio de sustancias del grupo de las anfetaminas durante el año anterior (es decir, del consumidor esporádico al consumidor problemático) podría consumir una cantidad media estimada de 10,9 gramos de sustancia pura¹⁵ al año. El consumidor medio de éxtasis durante el año anterior, podría consumir unos 5,1 gramos

13 Office of National Drug Control Policy, *What America's Users Spend on Illicit Drugs, 1988-2000*, Washington, DC., 2001; Bramley-Harker, E., *Sizing the UK Market for Illicit Drugs* (RDS Occasional Paper, No. 74), Londres, Ministerio del Interior, 2001; Wilkins C., Reilly J. Rose E., Roy D., Pledger M. y Lee A., *The Socio-Economic Impact of Amphetamine Type Stimulants in New Zealand: Final Report*, Centro de Investigación y Evaluación de Resultados Sociales y de Salud, Universidad de Massey, Auckland, septiembre de 2004; Centro de Documentación e Investigación Científica de los Países Bajos, reunión del Ministerio de Justicia con la UNODC, febrero de 2004; Singleton, N., Murria, R. y Tinsley, L. (Eds), *Measuring Different Aspects of Problem Drug Use: Methodological Developments* (Informe en línea, 16/06), Londres: Ministerio del Interior; Eisenbach-Stangl, I. Moskalewicz, J., Thom, B. (Eds.), *Two Worlds of Drug Consumption in Late Modern Societies*, Farnham (Reino Unido), Ashgate, 2009.

14 Evidentemente, la epidemiología de la droga cambia constantemente -en algunos países hay nuevos mercados emergentes para diversos ETA con menos consumidores crónicos de la droga, mientras que en otros hay mercados más desarrollados donde tal vez ocurran menos incidentes nuevos pero hay un mayor número de más consumidores problemáticos de la droga.

15 Para los consumidores de metanfetamina se hicieron tres estimaciones entre 16,1 y 22,8 gramos puros del consumo anual (para una media de 19,3), mientras que en nueve estimaciones realizadas para los consumidores de anfetamina (incluida una estimación de anfetamina y metanfetamina combinadas) se consideró que el consumo oscilaba entre 1,6 y 35,8 gramos de anfetamina al año (para una media de 8,1). Para los consumidores típicos de éxtasis hubo 11 estimaciones. Las estimaciones se basaron en datos correspondientes a los años entre 1999 y 2008/2009 con la mediana estimada de los consumidores en 2005.



de MDMA pura (o un análogo) al año, el equivalente aproximado de dos pastillas de 50 mg por semana. Al multiplicar esas estimaciones del consumo per cápita por el rango de consumidores durante el año anterior de sustancias del grupo de las anfetamina y del grupo del éxtasis en 2008, se podrá obtener un orden de magnitud de las cantidades consumidas.

En el supuesto de que las drogas incautadas en 2008 se hubieran consumido en 2008, o en el supuesto de que no se produjo un cambio significativo en las cantidades de ETA almacenadas (de haberlas), las cantidades consumidas más las incautaciones (ajustadas por pureza)¹⁶ proporcionan una variable proxy del total de ETA fabricados en 2008.¹⁷

Sustancias del grupo de las anfetaminas disponibles para el consumo en 2008

Se estima que las cantidades de sustancias del grupo de las anfetaminas potencialmente fabricadas (sumadas las incautaciones no ajustadas por pureza) se sitúan entre 197 y 624 toneladas o, menos las incautaciones ajustadas por pureza, entre 161 y 594 toneladas. El rango es mayor que el notificado en 2007 ya que la incertidumbre acerca de la prevalencia anual aumentó dado que estimaciones antiguas (>10 años) ya no se consideraban fiables para evaluar la situación actual del consumo de ETA. Suponiendo que la mayoría de las incautaciones comunicadas a la UNODC son el dato que mejor representa las incautaciones a nivel del mercado al por menor con un 24% de pureza,¹⁸ el rango de producción disminuiría ligeramente (161 a 588 toneladas), debido a la eliminación de adulterantes y diluentes.¹⁹ Si las incautaciones notificadas son más representativas del mercado al por mayor (36% de pureza), el rango estaría entre 167 y 594 toneladas. Una parte importante de la diferencia entre las incautaciones en bruto y las ajustadas por pureza corresponde a las cantidades masivas de pastillas incautadas que se venden como *Captagon* en el Oriente Medio y el Cercano Oriente que, según un análisis

forense reciente, tienen un contenido medio de anfetamina de entre el 1% y el 16%.

Dadas las estimaciones *supra* y la cantidad de drogas incautadas, se puede deducir una estimación del orden de magnitud de las sustancias del grupo de las anfetaminas interceptadas.²⁰ En 2008, se informó de la incautación de 47,4 toneladas de sustancias del grupo de las anfetamina en bruto que, ajustadas por pureza al por menor y al por mayor, la cantidad se situaría entre 11,4 y 17,2 toneladas respectivamente. Suponiendo que todas las drogas incautadas fueron interceptadas en el mercado al por menor, el rango estimado estaría entre el 2% (11,4/588) y el 7% (11,4/161). Si las cantidades incautadas correspondieran al mercado al por mayor, el rango estimado se situaría entre el 3% y el 10%. Esas órdenes de magnitud se corresponderían con algunas otras tasas publicadas.²¹

A diferencia de las tasas de interceptación aparentemente bajas de ETA, las tasas de interceptación calculadas respecto de la cocaína ajustada por pureza han sobrepasado el 40% en los últimos años y se sitúan en torno al 20% respecto de los opiáceos.²² Hay varias razones que respaldan los resultados de tasas de interceptación más bajas respecto de los ETA en comparación con la cocaína y los opiáceos. En primer lugar, la fuente de la mayor parte de la cocaína y los opiáceos del mundo se limita a solo tres regiones específicas: partes de América del Sur (Colombia, Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia), el Afganistán y el llamado “Triángulo de Oro” (principalmente Myanmar). Compárese esa localización con el número de lugares de fabricación de ETA notificados que se extienden y cambian en todo el mundo. En segundo lugar, como el procesamiento de los ETA se realiza habitualmente cerca de los mercados de consumo, esas drogas tienen que cruzar muchas menos fronteras que la cocaína o los opiáceos y, por ende, la posibilidad de detección es menor. Además, los lugares de fabricación en gran escala -como en el Asia oriental y sudoriental- tienen fronteras imprecisas y miles de kilómetros costas sin patrullaje, por lo que, comparativamente, el traslado de productos a países vecinos es una actividad de bajo riesgo. Finalmente, la atención que se presta a los ETA es aún baja ya que, en muchas regiones, los gobiernos siguen centrando su atención en las “drogas tradicionales”, es decir, la cocaína y la heroína.

16 El ajuste se ponderó sobre la base de la pureza al por menor y al por mayor comunicada por cada país. Cuando algún país no comunicó la pureza, esta se sustituyó por la media regional no ponderada del mercado en cuestión. En aquellos casos en que un país comunica tanto metanfetamina de baja pureza (por ejemplo, las tabletas) como metanfetamina cristalina de alta pureza, la pureza se basó en la media ponderada (a partir de los datos sobre las incautaciones). Se asumió que las incautaciones comunicadas de ‘anfetaminas no especificadas’ eran, o bien anfetamina o bien metanfetamina y, por ende, se les asignó una pureza media ponderada de anfetamina y metanfetamina, sobre la base del total de incautaciones.

17 En esos cálculos no se tienen en cuenta otras formas de pérdida, como la droga desechada para evitar la captura o deteriorada que, se supone, son mínimas.

18 Los datos sobre la pureza generalmente se basan en las incautaciones que pueden no ser representativas de todas las drogas en el mercado y, dados los diversos métodos utilizados en el muestreo y en la información forense (como por ejemplo, una droga base en lugar de una sal). Todo ello puede incidir en las estimaciones de la pureza.

19 Lamentablemente, solo se notifica el peso del total por droga incautada y no la distribución del peso de esas incautaciones. Por consiguiente no es posible saber si las incautaciones son más representativas de las transacciones al por mayor o a nivel de la calle.

20 Las incautaciones anuales de drogas varían considerablemente de un año a otro, lo que influye en las tasas calculadas.

21 Las tasas individuales de interceptación fluctúan considerablemente con el tiempo, el lugar y el tipo de droga. Se observó que las interceptaciones del grupo de las anfetaminas en Nueva Zelandia (2001) oscilaban entre el 2% y el 7% del total para el consumo. Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation, *The Socio-Economic Impact of Amphetamine Type Stimulants in New Zealand*, Auckland, Nueva Zelandia (2004). Sin embargo, esas cifras cambiaron notablemente al año siguiente.

22 *Informe Mundial sobre las Drogas 2009* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09. XI.12).

Cuadro 12: Estimación de sustancias ilícitas del grupo del éxtasis fabricadas en 2008 (tm)

Fuente: Cálculos de la UNODC

	Grupo del éxtasis (pureza al por menor)		Grupo del éxtasis (pureza al por mayor)	
	Estimación baja	Estimación alta	Estimación baja	Estimación alta
Consumidores anuales (estimación 2008)	10 450 000	25 820 000	10 450 000	25 820 000
Consumo medio (gramos puros/año)	5,1	5,1	5,1	5,1
Toneladas métricas estimadas consumidas (puras)	53	132	53	132
Toneladas métricas incautadas notificadas	3,9	3,9	3,9	3,9
Toneladas métricas fabricadas (no ajustadas por pureza)	57	136	57	136
Pureza (ponderada)	36%	36%	45%	45%
Toneladas métricas incautadas (ajustadas por pureza)	1,4	1,4	1,7	1,7
Toneladas métricas fabricadas (puras)	55	133	55	133

Sustancias del grupo del éxtasis disponibles para el consumo en 2008

En 2008, las sustancias consumidas del grupo del éxtasis se estimaron entre 53 y 132 toneladas. Si se suman las incautaciones (y en el supuesto de que no hubo ningún cambio significativo en las existencias), la estimación sería de entre 57 y 136 toneladas o, ajustadas por pureza, entre 55 y 133 toneladas. La estimación más baja es ligeramente inferior a la de 2007 ya que aumentó la incertidumbre respecto del número estimado de consumidores anuales. La estimación más alta de sustancias del grupo del éxtasis fabricadas permaneció básicamente estable ya que se notificaron muchas menos incautaciones en 2008 que en 2007.

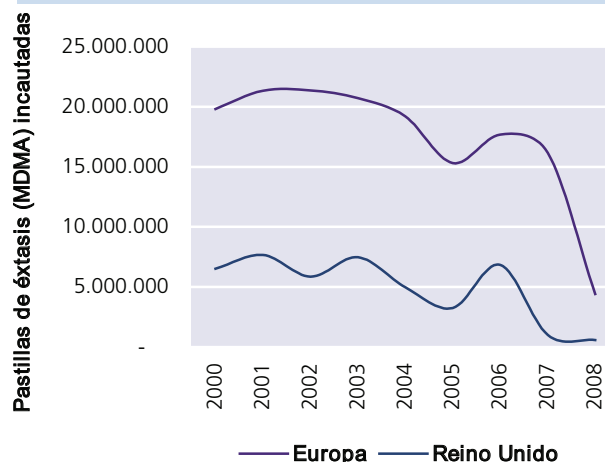
En total se incautaron 3,9 toneladas de sustancias del grupo del éxtasis (no ajustadas por pureza) lo cual, según las estimaciones, corresponde a una tasa de intercepción con un rango entre el 3% y el 7%.

El ajuste de las incautaciones por pureza, reduce la tasa de intercepción calculada entre el 1% y el 3%. Esas tasas inusualmente bajas -incluso inferiores a las correspondientes a las sustancias del grupo de las anfetaminas- parecen contradecir la intuición, ya que el número de países conocidos como fabricantes principales de éxtasis, aunque está aumentando, siguen siendo menor que el de los países que fabrican otros ETA. De hecho, solo 10 países informaron de haber desmantelado laboratorios clandestinos de MDMA en 2008. Algunos de esos países cuentan con fuerzas del orden muy bien adiestradas en la detección de ese tipo de sustancia. Además, debido a que hay menos lugares de fabricación, es probable que el éxtasis se trafique a través de un mayor número de fronteras en comparación con otros ETA, como la metanfetamina. Por tanto, ¿qué podría explicar esas tasas de intercepción tan sumamente bajas?

Probablemente la respuesta radique en el hecho de que en las estimaciones de éxtasis se supone el consumo de MDMA

Fig. 74: Pastillas de éxtasis (MDMA) incautadas notificadas en Europa, 2000-2008

Fuentes: UNODC, CPIA



(o sus análogos) de forma pura, drogas que están sujetas a fiscalización internacional. Sin embargo, el mercado de éxtasis está sufriendo importantes transformaciones, especialmente en Europa. Desde 2007 aproximadamente, la cantidad de pastillas de éxtasis (MDMA) disponibles en Europa y el Reino Unido -uno de los mayores mercados- ha disminuido, mientras que las pastillas vendidas como éxtasis contienen proporciones cada vez mayores de sustancias psicoactivas sustitutas que no están sujetas a fiscalización internacional, como las distintas piperazinas como BZP, mCPP y TFMPP²³. Por ejemplo, en 2006, solo el 10% de las pastillas vendidas como éxtasis en la Unión Europea contenía mCPP, pero a finales de 2008 esa proporción había aumentado al 50% en algunos países con grandes

23 1-bencilpiperazina, 1-(3-clorofenil) piperazina y 1-(3-trifluorometilfenil) piperazina.



mercados.²⁴ En otras palabras, el modelo refleja lo que las personas consideran que es éxtasis, mientras que el número real de consumidores de MDMA y la cantidad de MDMA consumida probablemente sea menor que el número registrado de “consumidores de éxtasis” o de cantidades de éxtasis consumidas. Ello conduce a estimaciones de intercepciones -desde el punto de vista estadístico- muy bajas, lo cual puede resultar engañoso ya que se basan en una comparación entre distintos objetos, como entre manzanas y naranjas. Además, los niveles de pureza del MDMA (al por menor o al por mayor) corresponden habitualmente al mercado de pastillas y no al mercado de la sustancia en polvo, que en Europa constituye cerca de la tercera parte de las incautaciones notificadas, y que ha estado asociado a una mayor pureza. En ese contexto, las cifras de incautaciones *no ajustadas por pureza*, que dan por resultado tasas de intercepción de entre el 3% y el 7%, probablemente reflejan mejor el éxito real de las intercepciones en el mercado de éxtasis que las cifras basadas en datos ajustados por pureza.

Lamentablemente y pese a los esfuerzos realizados por algunos gobiernos para producir datos fiables, es poco probable que en un futuro muy cercano mejoren la calidad y puntualidad de los datos disponibles a partir de los cuales se puedan deducir esas estimaciones. Todo ello, unido a los supuestos del modelo, indica que las tasas de intercepción, deducidas a partir de las estimaciones tentativas de fabricación e incautaciones, aún no son lo suficientemente sólidas como para constituir un indicador eficaz de cambio anual del mercado, sino solo de su magnitud.

1.4.4 Cuestiones clave relativas a los ETA

El notable crecimiento observado durante el último decenio en el mercado de los ETA ha estado propiciado por la intervención cada vez mayor de organizaciones delictivas. Los grupos de la delincuencia tienen la capacidad de responder a las presiones del mercado a nivel empresarial. Pueden reconvertir rápidamente el proceso de fabricación, desarrollar nuevos productos, obtener nuevos precursores químicos y enmascarar sus planes utilizando complejas rutas de suministro para adquirir las sustancias químicas requeridas. Las operaciones industrializadas con ciclos de producción de cientos, y ahora de miles, de kilogramos han determinado la intervención de la delincuencia organizada y ya son algo común en los países en desarrollo como, por ejemplo, Fiji, Guinea, Indonesia, Malasia, México y Filipinas, entre otros. Dado que la producción generalmente se realiza en el país de consumo o en un país contiguo, la detección del flujo del tráfico de estas drogas a través de las regiones -debido al orden de magnitud de las tasas de intercepción de los diversos ETA- es mucho menos significativa que en el caso de la cocaína o la heroína. Por el contrario, la dinámica del crecimiento del mercado se ilustra mejor mediante la evolución de la fabricación ilícita, en cuanto al

aumento del tamaño, la modernización, el rendimiento de los laboratorios, los tipos y las fuentes de precursores químicos, así como la reubicación de las operaciones en países más vulnerables.

La importancia de la fiscalización de precursores

Los precursores químicos son para los ETA lo que el opio es para la heroína. Esos componentes fundamentales son desviados del comercio lícito hacia la fabricación ilícita. En la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 se enuncian las medidas para evitar la desviación de precursores químicos esenciales con fines de fabricación ilícita de estupefacientes.²⁵ En su empeño por obtener esas sustancias químicas, las organizaciones delictivas son cada vez más innovadoras cuando se trata de eludir esos controles y, en consecuencia, muchos países también han adoptado controles internos cada vez más estrictos para interceptar su desviación hacia la fabricación ilícita. Entre otras cosas, en la medida en que es más difícil y costoso obtener precursores, los costos de fabricación para los operadores ilícitos aumentan, lo que puede dar lugar a diversas situaciones, como por ejemplo:

1. disminuye la fabricación y se reducen el precio y la pureza (es decir, el valor) de la droga,
2. cambian la fuente o las rutas, o ambas cosas, de suministro de precursores químicos,
3. se modifican el propio precursor químico (forma o tipo) o el proceso de fabricación o ambas cosas,
4. los lugares de fabricación son trasladados a zonas más vulnerables de menor costo, o
5. pueden aparecer sustancias psicoactivas sustitutas.

La medida en que los controles puedan interrumpir ese flujo de sustancias químicas necesarias dictará el tipo de situación que pueda surgir. La efectividad de las medidas dependerá de la habilidad del delincuente para eludir esos controles. La evolución reciente de los principales mercados de ETA de América del Norte, Europa y Asia ilustra mejor la repercusión de los controles reglamentarios en la dinámica de fabricación.

América del Norte: Reubicación de la fabricación de metanfetaminas a regiones vecinas

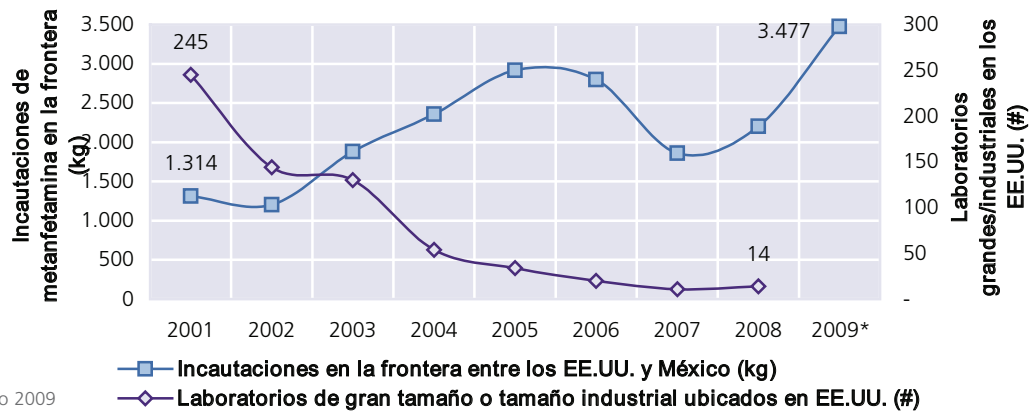
Tras la entrada en vigor de controles más estrictos de los precursores químicos en los EE.UU., la importante fabricación de metanfetamina en ese país, se trasladó al vecino México. El mercado de metanfetaminas en los EE.UU., el más grande de América del Norte, se abastece de los suministros de grupos de la delincuencia radicados en México y, en menor grado, de fuentes nacionales. La aplicación en los EE.UU. durante los últimos 20 años de controles internos cada vez más estrictos de los precursores químicos en

²⁴ OEDT, BZP y otras piperazinas (véase <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/bzp>), recuperado el 8 de abril de 2010.

²⁵ Al 31 de octubre de 2009, la Convención había sido ratificada, se habían adherido a ella o la habían aprobado, 183 Estados Miembros de las Naciones Unidas.

Fig. 75: Incautaciones de metanfetamina comunicadas por los EE.UU. cerca de la frontera con México en comparación con incautaciones de laboratorios clandestinos en gran escala de metanfetamina ubicados en los EE.UU., 2001-2009*

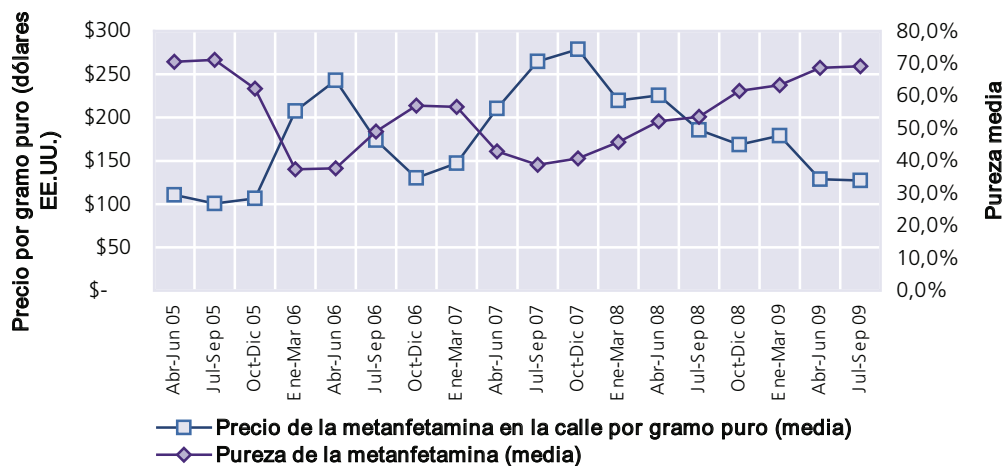
Fuentes: *National Drug Threat Assessment 2010* (y años anteriores). Departamento de Justicia de los EE.UU., National Drug Intelligence Center



* Parte del año 2009

Fig. 76: Cambio en el precio y pureza de la metanfetamina en la calle, en EE.UU., 2005-2009

Fuentes: *National Drug Threat Assessment 2009 and 2010*, Departamento de Justicia de los EE.UU., National Drug Intelligence Center



bruto, principalmente la pseudoefedrina y la efedrina, dio lugar, en un principio, a una reducción de la pureza en la metanfetamina.²⁶ A medida que los fabricantes ilícitos se percataron de que tenían una nueva fuente no restringida de sustancias químicas en los preparados farmacéuticos de venta sin receta médica que contenían pseudoefedrina (como los medicamentos para el resfriado), aumentó el número de laboratorios nacionales y de consumidores. En 2005, entraron en vigor en los EE.UU. controles nacionales respecto de los preparados farmacéuticos, lo que ocasionó una brusca reducción del gran número de pequeños y medianos laboratorios, aunque la pérdida en términos de producción se compensó por el aumento de la fabricación a gran escala en el vecino México. Desde entonces, el número, el tamaño y la modernización de los laboratorios en México aumen-

taron drásticamente, al igual que las cantidades de metanfetaminas que se introducían ilícitamente de nuevo en los EE.UU.²⁷ Por ejemplo, en agosto de 2009, México desmanteló el mayor laboratorio a escala industrial y se incautó de las instalaciones de producción de drogas con más de 31.000 litros de sustancias químicas en las 22 dependencias ubicadas en un terreno de 240 hectáreas.²⁸

En 2007, las restricciones para la importación de pseudoefedrina y efedrina en México, con objeto de hacer frente a los cambios en el mercado, redujeron drásticamente los niveles de fabricación en ese país. México se embarcó en una cam-

27 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*, National Drug Intelligence Center.

28 La Secretaría de la Defensa Nacional informa de la localización de un complejo para el procesamiento de drogas sintéticas y marihuana, constituido por 22 instalaciones ubicadas en un terreno de 240 hectáreas, Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), 7 de agosto de 2009. *Global SMART Update 2010*, vol. 3, marzo de 2010.

26 Cunningham, J. K., Liu L., y Callaghan, R., "Impact of US and Canadian precursor regulation on methamphetamine purity in the United States", *Addiction* 104 (4), págs. 441-453, 2009.

Mapa 10: Rutas utilizadas en casos notables de desvío de precursores, efedrina/seudoefedrina, 2006/2007 y 2008/2009

Fuentes: JIFE, Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas (2009 y años anteriores). Base de datos de incautaciones de drogas individuales y otras fuentes oficiales



pañía contra grupos de la delincuencia organizada que intervenían en la fabricación de metanfetamina, entre otras cosas, reduciendo las desviaciones internas de precursores mediante la limitación de las importaciones lícitas de efedrina y pseudoefedrina y, finalmente a mediados de 2008 la prohibición de la importación, la exportación y el comercio de esas sustancias. La fabricación se redujo y las incautaciones entre México y los Estados Unidos disminuyeron posteriormente casi un 40% en 2007/2008 de su máximo nivel de 2005/2006.

La disminución de la fabricación ilícita de metanfetamina, primero en los Estados Unidos y después en México, repercutió en la economía a nivel de la calle, registrándose un aumento de los precios y una disminución de la pureza. Los datos de los Estados Unidos sobre el precio y la pureza de la metanfetamina confirman que, a medida que se endurecían los controles internos respecto de los precursores en forma de preparados farmacéuticos, el precio por gramo puro casi se duplicó entre 2005 y 2006.²⁹ En México, el efecto de la reducción de las importaciones lícitas de precursores químicos fue similar, casi duplicándose el precio por gramo de metanfetamina pura respecto del de

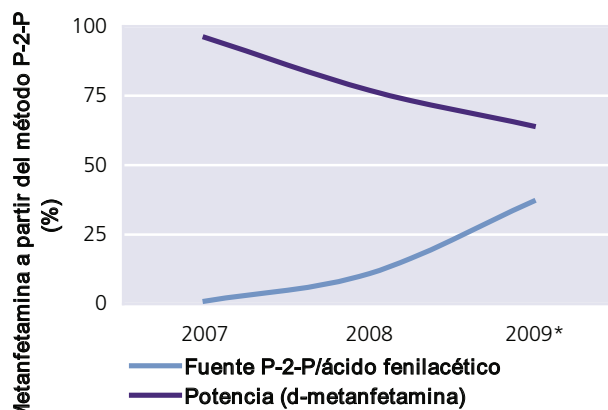
2007, de 147 dólares EE.UU. en el primer trimestre a 279 dólares EE.UU. en el último trimestre. En ambos casos, todo parece indicar que esos efectos duraron entre seis y nueve meses, tiempo que necesitaron los fabricantes para reconvertir sus operaciones y encontrar nuevas fuentes de sustancias químicas para continuar la producción. Desde 2008, año en que repuntó la fabricación en México (y en menor medida en los Estados Unidos) el precio por gramo puro en los Estados Unidos se ha venido reduciendo hasta 127 dólares EE.UU. en el tercer trimestre de 2009.

Como los Estados Unidos y México han endurecido los controles de los precursores claves de la metanfetamina, tanto en bruto como en forma de preparados, han comenzado a aparecer sin dilación nuevas fuentes y rutas de suministro de precursores químicos, mientras que grupos de la delincuencia organizada explotan a América Latina para mantener las operaciones de fabricación en México. En 2006/2007, los traficantes de precursores comenzaron a obtener y contrabandear sustancias químicas en forma de preparados farmacéuticos en pastillas desde el Asia occidental, África y a través de Europa hasta México. Muchas de esas remesas fueron descubiertas y, posteriormente, interceptadas gracias a la utilización sistemática de mecanismos de control de precursores (a saber, sistemas de notificación en línea previa a la exportación) y de investigaciones oficiales de rastreo de remesas sospechosas. Sin embargo, en 2008/2009 surgieron nuevamente rutas a través de América Central y América del Sur, y se determinaron nuevas

²⁹ Los Estados Unidos, con su *System to Retrieve Information from Drug Evidence (STRIDE)* de la Dirección de Lucha contra la Droga (DEA), es el único país que cuenta con un sistema de datos administrativos pormenorizados que incluye información sobre las transacciones de drogas (compras y ventas encubiertas e incautaciones) que entró en funcionamiento a principios del decenio de 1980.

Fig. 77: Cambios en los métodos de fabricación de la metanfetamina en México, 2007-2009

Fuente: Laboratorio Especial de Ensayos e Investigación de la Dirección de Lucha contra las Drogas, EE.UU.



* La fuente P-2-P/ácido fenilacético en 2009 corresponde al cuarto trimestre

fuentes importantes para la desviación, como Bangladesh.³⁰ Así pues, los traficantes centraron su atención, cada vez más, en países sin mecanismos internos de control de precursores o con escasos conocimientos al respecto y aprovecharon las fisuras en los mecanismos internacionales de fiscalización existentes.

Los delinquentes continúan evadiendo los mecanismos de control cambiando los procesos de fabricación para poder utilizar sustancias químicas no sometidas a fiscalización nacional o internacional, o sometidas a controles menos estrictos, o fabricando sustancias químicas sometidas a fiscalización a partir de precursores no fiscalizados. Durante 2007, los procesos de fabricación en México comenzaron a depender cada vez en mayor medida de fórmulas alternativas de producción a partir del ácido fenilacético y sus derivados, para fabricar fenil-2-propanona (P-2-P). En 2007, solo el 1% de la metanfetamina incautada se había obtenido a partir del método P-2-P. Sin embargo, para fines de 2009, el método había ganado en popularidad y se suponía que el 37% de la metanfetamina se había producido por ese método.³¹ Durante ese mismo período se registró también una reducción en las cantidades de una sustancia más potente, la *d*-metanfetamina, que entraba en los EE.UU. debido a una mayor dependencia del método P-2-P.³² Desde octubre de 2009, México ha

informado de la incautación de aproximadamente 120 toneladas de derivados del ácido fenilacético, que no están sometidos a fiscalización internacional. Esa cantidad es suficiente para producir hasta 30 toneladas de metanfetamina, volumen que prácticamente duplica el de las incautaciones mundiales de metanfetamina notificadas en 2008.³³ El ácido fenilacético está sujeto a fiscalización internacional e incluido en el Cuadro II y sujeto a mucho menos controles que otros precursores de la metanfetamina. En marzo de 2010, la Comisión de Estupefacientes (CND) decidió que el ácido fenilacético estuviera sujeto al mismo nivel de fiscalización que los demás precursores químicos de la metanfetamina, el P-2-P, la efedrina y la seudofedrina.³⁴ Aunque los derivados del ácido fenilacético siguen sin estar incluidos en el régimen de fiscalización internacional, lo cual permite el comercio internacional sin restricciones, en noviembre de 2009 el Gobierno de México intensificó los controles internos y la vigilancia del consumo y la importación de sales y derivados del ácido fenilacético.

Por otro lado parece ser que nuevamente una parte importante de la fabricación se está trasladando más hacia el sur. En febrero de 2010, la Policía Nacional de Nicaragua informó de la incautación del primer laboratorio clandestino de metanfetamina a gran escala en ese país con una capacidad, según estimaciones de la policía, de aproximadamente 70 kilogramos³⁵. Este es el tercer laboratorio descubierto en el país, pero de un tamaño sin precedentes. Guatemala y Honduras han informado también de actividades relacionadas con la fabricación y se han comunicado importantes incautaciones de precursores químicos en toda la región, aun cuando la atención policial y la normativa siguen centradas principalmente en el comercio de cocaína. Actualmente existen pocas probabilidades de que aparezcan sustitutos de metanfetamina para la metanfetamina en el mercado de los EE.UU., paralelamente a lo observado respecto de otros ETA en Europa y en partes de Asia. Desde 2005, la fabricación en los Estados Unidos muestra sus primeras señales de recuperación, y en 2009 se comunicó un 26% más de incidentes relacionados con laboratorios que en 2008. Es probable que con mayores cantidades de metanfetamina de alta potencia producida internamente, se complemente la metanfetamina algo menos potente proveniente de México. Además, también es probable que haya un mayor flujo de derivados del ácido fenilacético enviados ilícitamente a través de los países de América Central para su utilización en las operaciones de producción en México, en un intento de los fabricantes por eludir las nuevas restricciones impuestas por el Gobierno.

30 JIFE, Precursores y productos químicos utilizados para la fabricación ilícita de drogas y sustancias sicotrópicas, 2009 (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.10.XI.4) y años anteriores.

31 *Extraction of Methamphetamine Precursor Material from Medicinal Preparations and Methamphetamine Profiling Results*, presentado por el Laboratorio Especial de Ensayos e Investigación de la Dirección de Lucha contra las Drogas durante el cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (mayo de 2009); Dirección de Lucha contra las Drogas del Departamento de Justicia de los EE.UU., Laboratorio Especial de Ensayos e Investigación (enero de 2010).

32 Con la seudofedrina y la efedrina se produce *d*-metanfetamina, un estimulante del sistema nervioso central más potente, mientras que

con los métodos del P-2-P se produce *d,l*-metanfetamina racémica que es menos potente, a menos que se separe en un paso adicional de síntesis.

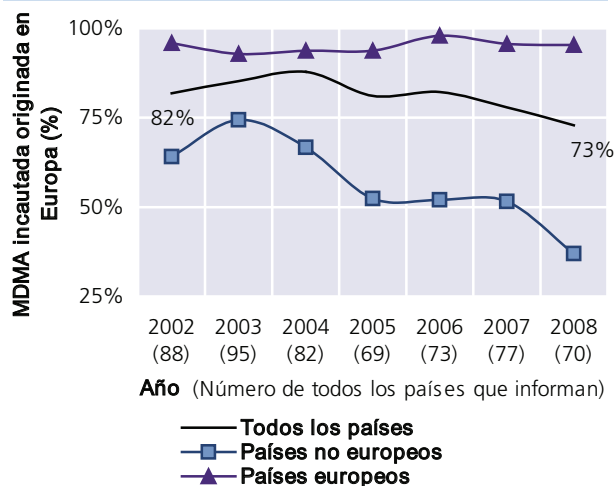
33 Secretaría de Seguridad Pública (SSP) México, Boletín de Prensa/189 México, D.F., 8 de abril de 2010. *Global SMART Update 2010*, vol. 3, marzo de 2010.

34 Los Estados Miembros cuentan ahora con seis meses para poner en práctica las medidas de fiscalización adicionales.

35 Policía Nacional de Nicaragua, Policía detecta laboratorio de Anfetaminas, 23 de febrero de 2010.

Fig. 78: Europa citada por los Estados Miembros como fuente de sustancias incautadas del grupo del éxtasis, 2002-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



Europa: el carácter evolutivo de la fabricación de MDMA

Hace ya tiempo que se considera que los grupos de la delincuencia organizada en Europa, en particular en los Países Bajos y en Bélgica, son una fuente importante de éxtasis a nivel mundial (MDMA o sus análogos).³⁶ Aunque el éxtasis proveniente de Europa sigue dominando el mercado mundial, son pocos los países que citan a Europa como fuente del éxtasis que se comercializa en sus mercados. Si bien más del 80% de todos los países que responden el CPIA citaron a Europa como fuente del éxtasis incautado en 2002, esa proporción se ha ido reduciendo desde 2004 hasta un 73% en 2009, mientras que más países no europeos comenzaron a informar de que las fuentes del éxtasis en sus países no eran europeas. Ello coincidió con perturbaciones en el suministro de precursores químicos en Europa y el surgimiento de la fabricación de MDMA en otros lugares más cercanos a los mercados de consumidores no europeos. Al mismo tiempo, los países europeos siguen informando de que el éxtasis incautado en sus países se origina dentro de Europa.

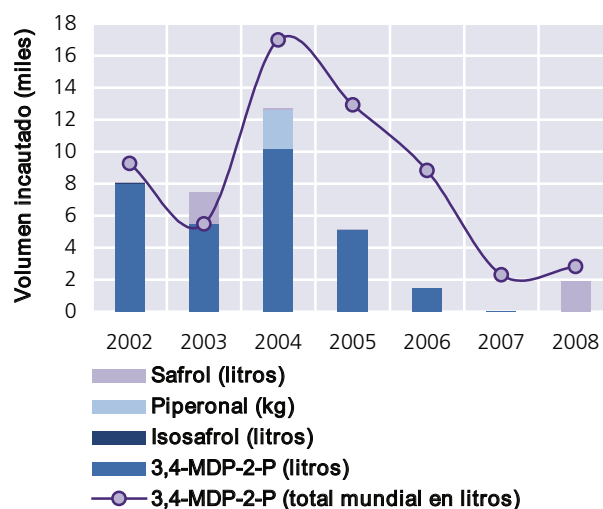
Desde 2007, no se han practicado incautaciones de 3,4-MDP-2-P (PMK), el precursor químico de MDMA más comúnmente utilizado en Europa, aunque parece ser que los fabricantes están reconvirtiendo las operaciones para utilizar productos químicos alternativos. En Europa se solían practicar la mayoría de las incautaciones mundiales comunicadas de 3,4-MDP-2-P. Sin embargo, desde 2004, ha disminuido el número de incautaciones de 3,4-MDP-2-P notificadas, según la información más reciente de Europa que data de 2007.³⁷ Cabe la posibilidad de que esa

³⁶ *Europol Organized Crime Threat Assessment*, 2009, Oficina Europea de Policía, La Haya.

³⁷ Las actividades del Proyecto Prisma de la JIFE y el sistema en línea de

Fig. 79: Incautaciones (en tm) de precursores químicos del grupo del éxtasis en Europa, 2002-2008

Fuente: JIFE



notable reducción obedezca, entre otras cosas, al aumento de la demanda de ese precursor químico para la fabricación de MDMA en otras partes del mundo, a un mayor número de estrategias para hacer cumplir la ley con miras a frenar la fabricación, incluido el control de la disponibilidad de equipo esencial especializado, como prensas para la fabricación de pastillas, y esfuerzos normativos importantes para evitar la importación ilícita o el desvío de precursores químicos mediante la utilización más asidua de las notificaciones previas a la exportación. Además, en 2009 China, fuente tradicional de 3,4-MDP-2-P, firmó un nuevo acuerdo con la Unión Europea para mejorar la coordinación y el control de los precursores. Asimismo, el país anunció controles más estrictos respecto de la fabricación de 3,4-MDP-2-P. Todo ello parece indicar que continuará la tendencia a reconvertir la fabricación de éxtasis en Europa.³⁸

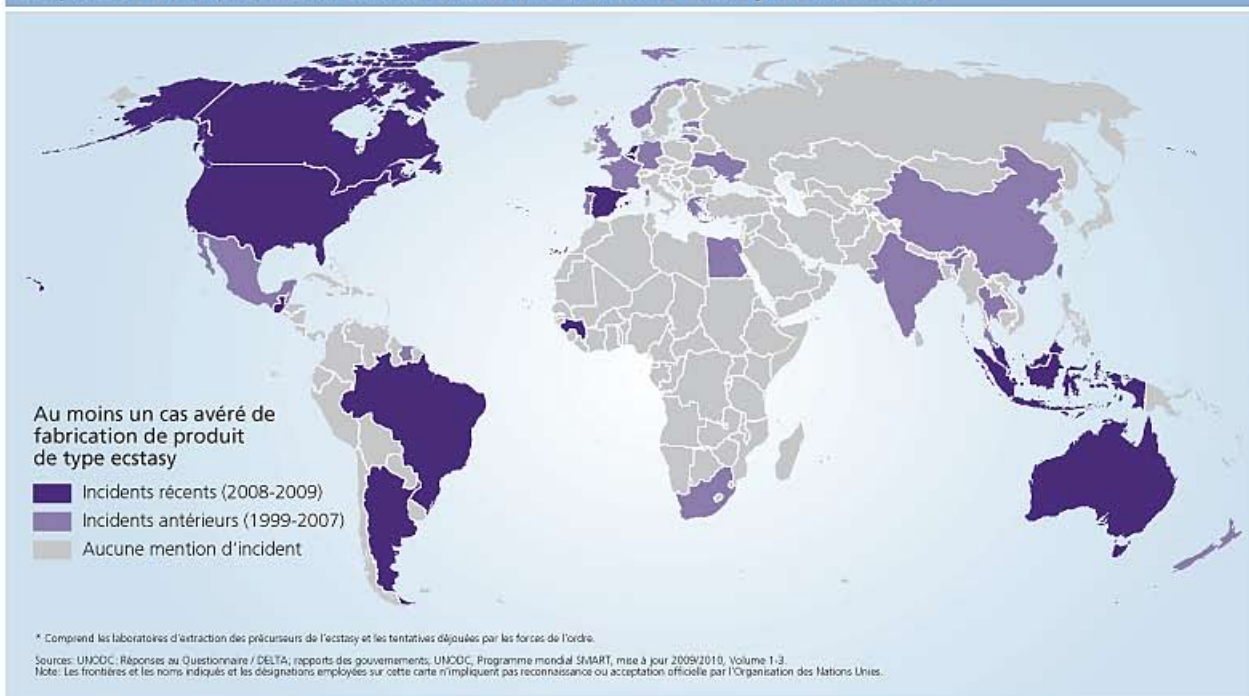
De hecho, los delincuentes ya están buscando fuentes alternativas para fabricar MDMA con el fin de satisfacer la demanda en Europa. En 2008, se informó de la incautación en Europa de 1.900 litros de aceites ricos en safrol (SRO), la primera incautación de envergadura desde 2003. Los aceites ricos en safrol se adquieren generalmente en el Asia sudoriental. En 2006, se estimó que en el Asia oriental y sudoriental se producían entre 1.360 y 1.620 toneladas de SRO, en gran parte para la industria lícita.³⁹ En febrero de

notificación previa a la exportación se han centrado en la prevención del contrabando de 3,4-MDP-2-P y P-2-P hacia la Unión Europea para su utilización en la fabricación ilícita de MDMA y anfetamina respectivamente. Sin embargo, se han practicado incautaciones en otros países, como en el Canadá.

³⁸ China también ha informado de que aplicará controles más estrictos respecto de la fabricación de efedrina, P-2-P e hidrocloreto de hidroxilamina (el precursor de la ketamina).

³⁹ UNODC, *Essential Oils Rich in Safrole, Survey of Production, Trade and Use in East and South-East Asia*, 2006.

Mapa 11: Fabricación relacionada con el éxtasis desde 1999 y en 2008-2009



2009, el Gobierno de Camboya procedió a eliminar casi 15 toneladas de aceites ricos en safrol y otras 5,2 toneladas incautadas en junio de 2009, mientras que en 2007, Tailandia informó de la incautación de 45 toneladas de safrol. Dado el importante volumen disponible de aceites ricos en safrol, es sumamente probable que los fabricantes ilícitos comiencen a utilizar los SRO. Cabe destacar que países de Europa y otras partes del mundo ya han informado de operaciones relacionadas con los SRO.⁴⁰

Hasta hace unos años, la fabricación de MDMA a gran escala era poco común fuera de Europa. Sin embargo, desde 2003-2004, se han detectado operaciones de fabricación de MDMA cada vez más cerca de los mercados de consumidores en América del Norte, Asia sudoriental y Oceanía. Parece ser que la fabricación se está extendiendo a nuevas regiones como América Latina y se ha informado de fabricación ilícita en la Argentina, Belice, el Brasil, Guatemala, México y Suriname. Las autoridades del Brasil incautaron el primer laboratorio a pequeña escala de ese país en 2008, y en 2009 desmantelaron otra operación más grande y más moderna, que incluyó la incautación de 30.000 pastillas.⁴¹ En 2009 se informó de las primeras pruebas de posible fabricación de MDMA en el África occidental. En julio de 2009, se encontraron más de 5.000 litros de SRO y 80 litros de 3,4-MDP-2-P, precursores utilizados para sintetizar el MDMA en diversos lugares de

Guinea. Esas cantidades eran suficientes para producir más de 18 millones de pastillas (de 65 mg) de MDMA en diversos lugares de Guinea. Si bien la fabricación en el Brasil parece limitada, al abastecimiento del mercado nacional en el sur del país, se cuenta con poca información que respalde el hecho de una posible demanda de éxtasis en el África occidental, por lo que Europa sería el mercado de exportación más cercano de más importancia.

Los fabricantes ilícitos se han visto obligados a sustituir otras drogas sintéticas, principalmente las piperazinas,⁴² vendidas en pastillas como éxtasis para satisfacer la demanda del mercado en Europa. Casi la mitad de las tabletas incautadas o vendidas como éxtasis durante la primera mitad de 2009 en algunos Estados Miembros de la Unión Europea, contenían piperazina *m*CPP sola o en combinación con otras sustancias psicoactivas.⁴³ Desde comienzos de 2006 y especialmente en 2009, es cada vez más habitual que pastillas vendidas como éxtasis contengan piperazinas, según se ha constatado a partir de muestras de incautaciones policiales, así como de muestras entregadas voluntariamente por consumidores. Por ejemplo, en el Reino Unido, cuyas incautaciones de pastillas representan aproximadamente la cuarta parte del mercado europeo, se constató una marcada disminución de incautación y análisis de pastillas de MDMA por las autoridades competentes. Al mismo tiempo, el Reino Unido registró un aumento de las pastillas que contenían piperazinas. El análisis de pastillas vendidas como éxtasis entregadas voluntariamente por consumidores

40 SYNDECA, *Operation Counter Curse presentation by the DEA*, noviembre de 2009; *Two arrested and police uncover first ever clan lab used in manufacture of safrole oil precursor for MDMA*, Comunicado de prensa de la Policía de Nueva Gales del Sur, 28 de enero de 2010.

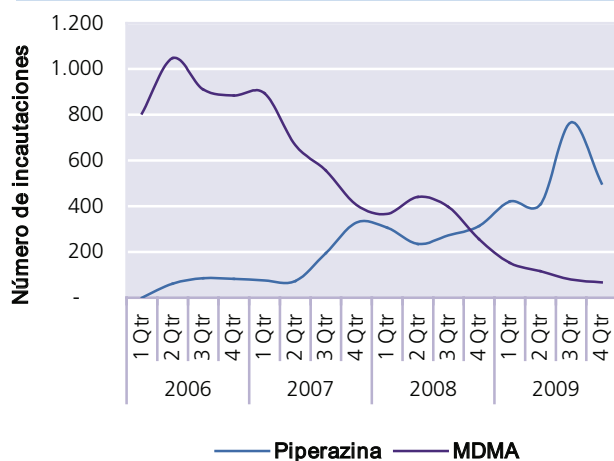
41 *Polícia Militar desativa laboratório do tráfico de drogas em Imaruá*, Polícia Militar de Santa Catarina, 4 de agosto de 2008; *Global SMART Update 2009*, vol. 2, octubre de 2009.

42 1-Bencilpiperazina (BZP), 1-(3-clorofenil) piperazina (*m*CPP), y 1-(3-Trifluorometilfenil) piperazina (TFMPP).

43 OEDT, BZP y otras piperazinas (véase <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/bzp>), consultado el 8 de abril de 2010.

Fig. 80: Composición de las pastillas de éxtasis incautadas en el Reino Unido, 2006-2009

Fuente: Servicios de Ciencias Forenses del Reino Unido



en los Países Bajos mostró tendencias similares con menos MDMA y una mayor proporción de otras sustancias psicoactivas. Ello, a su vez, se debió en gran parte al incremento de diversas piperazinas, tendencia que se mantuvo en 2009.⁴⁴ En combinación, las piperazinas pueden simular los efectos del MDMA.⁴⁵ Sin embargo, los consumidores han indicado que son un precario sustituto del MDMA de alta calidad, y con efectos secundarios generalmente desagradables.

En Europa, el precio medio en la calle de una pastilla vendida como éxtasis no parece haber aumentado, especialmente en los mercados más grandes de Europa occidental,⁴⁶ ya que el precio en la calle de las pastillas con contenido de piperazina es similar al del MDMA, aproximadamente 4 euros la pastilla. Sin embargo, teniendo en cuenta los distintos niveles de pureza, es probable que en 2009 aumente el precio por gramo puro de una pastilla de MDMA, aunque no aumente el precio por pastilla.

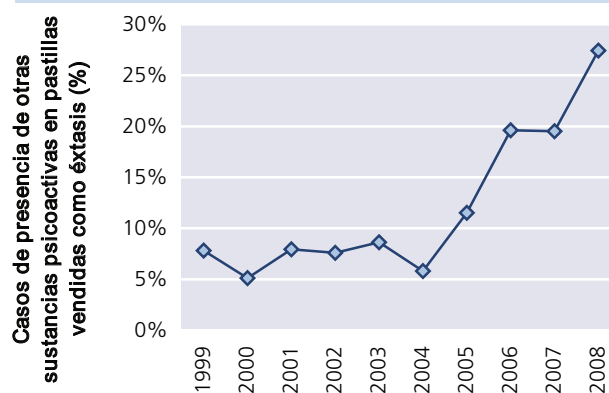
Los fabricantes ilícitos explotan la falta de controles nacionales e internacionales de las piperazinas y otras sustancias sintéticas nuevas para así continuar la venta de éxtasis. Las piperazinas no están sujetas a fiscalización internacional,⁴⁷ y salvo el caso del BZP, la mayoría de los países tienen

44 SYNDEC4, presentación de EUROPOL, El Ojo de la Tormenta, noviembre de 2009.

45 Thompson, I., Williams G., Aldington, S., Williams, M., Caldwell, B., Dickson, S., Lucas, N., MacDowall, J., Weatherall, M., Frew A. Robinson, G. y Beasley, R., *The benzylpiperazine (BZP)/trifluoromethylphenylpiperazine (TFMPP) and alcohol safety study*, Instituto de Investigaciones Médicas de Nueva Zelandia, 2006.

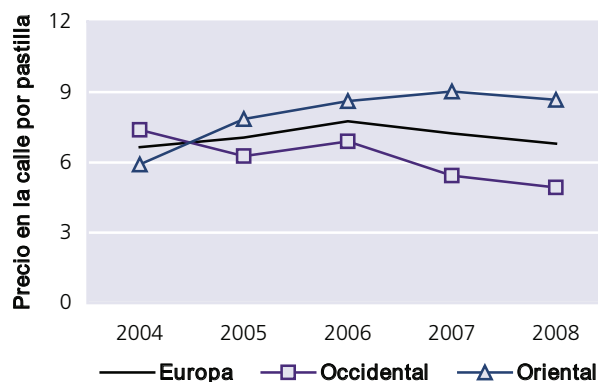
46 Precio estimado en la calle basado en las respuestas de los Estados Miembros relativas a las pastillas de éxtasis (MDMA), ponderado en función de la población y ajustado atendiendo a la fluctuación monetaria y la inflación. En casos en que se cita el rango de precio, se sustituyó el punto medio.

47 Sin embargo, cabe señalar que se ha propuesto que la OMS haga la revisión crítica de diversas piperazinas, como primera medida respecto de la fiscalización internacional.

Fig. 81: Comprimés vendus sous le nom d' 'ecstasy' contenant des substances psychoactives non placées sous contrôle au Pays-Bas, 1999-2008Fuentes: Vogels N., Brunt T.M., Rigter S., van Dijk P., Vervaeke H. y Niesink R.J., "Content of ecstasy in the Netherlands: 1993-2008", *Addiction* 104(12): 2057-2066, 2009**Fig. 82: Precio en la calle de las pastillas europeas de éxtasis, 2004-2008**

* Ponderado en función de la población y ajustado atendiendo a la moneda y la inflación.

Fuentes: UNODC, CPIA



escasos controles nacionales o carecen de ellos. Además de las piperazinas, muchas sustancias sintéticas nuevas también se venden como éxtasis o en el mercado de éxtasis.⁴⁸

Una de esas sustancias, la metil-metcatinona (mefedrona), ha aparecido en principales titulares de los medios de comunicación europeos por su relación con muertes. Dada su licitud, los márgenes gananciales de venta en la calle, a un precio similar al del MDMA, deberían ser mucho mayores, las posibilidades para sanciones pocas y, la ampliación del mercado de consumidores de éxtasis probable.⁴⁹

48 La aparición de sustancias sintéticas del tipo cannabinoide no es objeto de este capítulo ya que guardan más relación con el mercado del cannabis. No obstante las mismas consideraciones en cuanto a su situación legal, ganancias y riesgos son válidas.

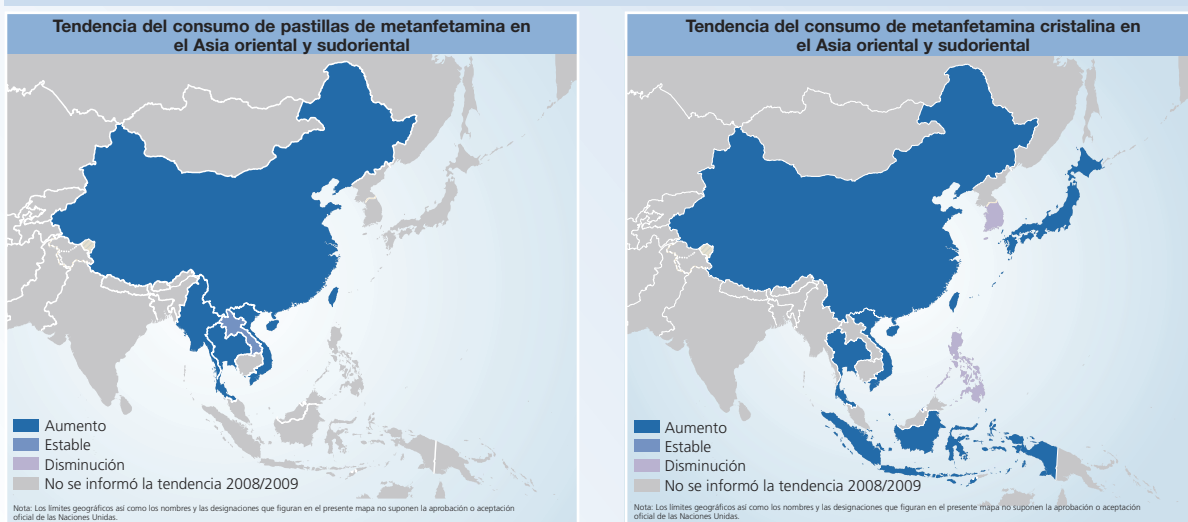
49 En 2006, las pastillas lícitas de piperazina para fiestas se convirtieron en Nueva Zelandia en el cuarto tipo de droga de mayor consumo, de hecho, el número de personas (de 13 a 45 años) que probaron pastillas lícitas para fiestas fue dos veces superior al de las que probaron la segunda droga más comúnmente consumida, la anfetamina. Wilkins

Más metanfetaminas en el Asia oriental y sudoriental

Según indicadores la disponibilidad y el consumo de metanfetaminas en toda el Asia oriental y sudoriental ha aumentado. Todos los países del Asia oriental y sudoriental ya informan del consumo de metanfetamina, y muchos de ellos como la principal droga de consumo, ya sea en forma de pastillas (yaba) o cristalina de gran pureza, con crecientes niveles de consumo en 2008.¹ El aumento de las detenciones e incautaciones también indican un incremento significativo en la disponibilidad de pastillas de metanfetamina en el mercado. Desde 2004, las detenciones por metanfetamina en Tailandia, uno de los mayores mercados de consumidores de metanfetamina en pastillas, se han cuadruplicado hasta llegar a las 120.000 en 2008, es decir, el 86% del total regional. También aumentó el número de pastillas incautadas en Tailandia en más del 50% entre 2007 y 2008, hasta los 22 millones de pastillas. Los datos preliminares de 2009 hacen prever nuevos incrementos en la región.²

Fig. 83: Percepciones de los expertos acerca de cambios en el consumo de metanfetamina en pastillas o en forma cristalina de 2007 a 2008

Fuentes: UNODC, *Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs in East and SouthEast Asia (and neighbouring regions) 2009*, noviembre de 2009



- 1 UNODC, *Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drugs in East and South-East Asia (and neighbouring regions) 2009*, noviembre de 2009.
- 2 *Ibíd.*

También cabe señalar que nunca se ha evaluado la toxicidad de la mayoría de esas nuevas sustancias en el ser humano.

Mientras se pueda satisfacer la demanda europea de MDMA con el MDMA importado de otros lugares de fabricación, y sea posible obtener precursores alternativos del MDMA adecuados como el safrol, u obtener el precursor habitual de MDMA (3,4-MDP-2-P) de fuentes alternativas, cabe prever que la tendencia de sustitución en el producto final se mantenga en el futuro próximo.

Asia: Vulnerable a la fabricación ilícita de ETA

A fin de limitar la disponibilidad de precursores químicos para la fabricación ilícita de drogas sintéticas, es necesario contar con un sistema internacional de control reglamentario de la sustancia de que se trate, utilizarlo y aplicarlo

operativamente, conjuntamente con controles internos y mecanismos concretos de cooperación con las industrias pertinentes. Existen diversos ejemplos en Asia de cómo la ausencia de controles ha hecho vulnerables a los países frente a los intentos de los delincuentes por obtener precursores químicos para la fabricación ilícita de ETA, o para establecer esas operaciones ilícitas. Los ejemplos que se mencionan a continuación ilustran el flujo continuo de pastillas de metanfetamina desde zonas de Myanmar fuera de control del gobierno central; el extraordinario aumento del consumo y la disponibilidad de ketamina en partes del Asia sudoriental, debido a la ausencia de restricciones internacionales respecto de esa sustancia; y las necesidades anuales lícitas, inusualmente altas, de precursores clave en el Oriente Medio, el Cercano Oriente y el Asia sudoriental, lo que podría indicar el potencial para el desvío de productos químicos para la fabricación ilícita de metanfetamina y anfetamina (específicamente en forma de Captagon)⁵⁰.

⁵⁰ Originalmente, Captagon fue el nombre comercial de un preparado

Fig. 84: Fuentes de la metanfetamina incautada (en forma cristalina y en pastillas) citadas por los países y territorios de Asia oriental y sudoriental, 2002-2008

Fuentes: UNODC, CPIA

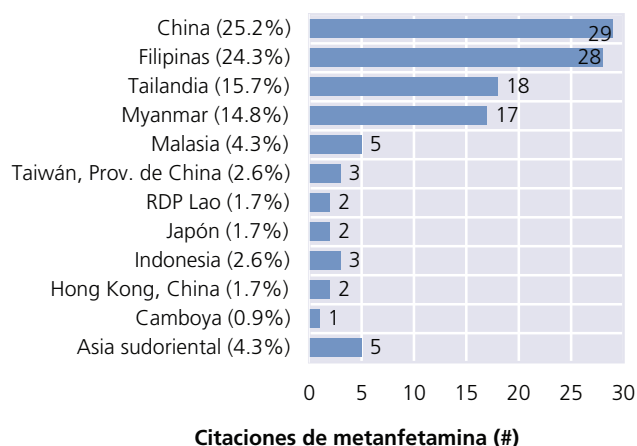
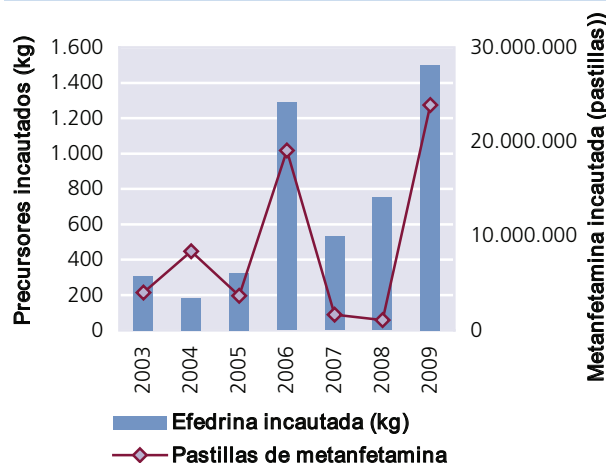


Fig. 85: Incautaciones de pastillas y precursores de metanfetamina en Myanmar, 2003-2009

Fuentes: JIFE 2003-2009, Comité Central para el Control del Abuso de Drogas 2009



Myanmar: flujo continuo de pastillas de metanfetamina desde zonas no sujetas al control del Gobierno central

Myanmar ocupa el cuarto lugar entre los países del Asia oriental y sudoriental más frecuentemente citados como fuente de metanfetamina (tanto metanfetamina cristalina como metanfetamina en pastillas).⁵¹ De los países a los que se les asocia tradicionalmente con las pastillas de metanfetamina ilícitas, los principales son Myanmar y Tailandia.⁵² Los datos forenses indican que las pastillas de metanfetamina proceden principalmente de diversas regiones especiales del Estado de Shan en Myanmar, cerca de la frontera oriental con China y Tailandia, que están bajo el control de grupos étnicos armados que operan fuera del control del Gobierno central.⁵³ Dado que los laboratorios en esas zonas operan impunemente, son muy pocas las incautaciones de precursores químicos, productos finales de ETA o laboratorios clandestinos. Por ejemplo, entre 1998 y 2009, el Gobierno informó de la incautación de 39 operaciones de producción de pastillas de las cuales solo dos se clasificaron como operaciones en “gran escala”⁵⁴. No se ha

farmacéutico que contenía fenetilina, un estimulante sintético. Actualmente, la mayoría de las pastillas incautadas como Captagon contienen esencialmente anfetamina, generalmente en combinación con cafeína y en ocasiones con otros adulterantes.

- 51 La información se basa en 115 menciones de la fuente de la metanfetamina incautada (en forma cristalina y en pastillas). El hecho de que se haya citado al Japón como país de origen refleja la dificultad para determinar los países de origen y los países de tránsito. Dado que el Japón ha informado a la UNODC de que en el país no existe fabricación clandestina.
- 52 Nótese que Myanmar informa de incautaciones de metanfetamina en pastillas, en polvo y en forma cristalina.
- 53 Principalmente en el norte y el este del Estado de Shan, aunque también se ha comunicado la fabricación ilícita de metanfetamina en las regiones autónomas de Wa y Kokang.
- 54 Myanmar, Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas.

informado de la existencia de laboratorios que fabriquen metanfetamina en polvo (a diferencia de los laboratorios de fabricación de pastillas). Análogamente, de los 32 millones de pastillas incautadas en el Asia oriental y sudoriental notificadas en 2008, solo aproximadamente el 3% (es decir, 1,1 millón) fue incautado en Myanmar. Sin embargo, el número de pastillas y la cantidad de precursores químicos incautados en Myanmar aumentó en 2009 año en que, entre otras cosas, el Gobierno central penetró por la fuerza en partes del norte y este del Estado de Shan que no estaban bajo su control.

En 2009 se incautaron mayores cantidades de precursores en forma de preparados farmacéuticos en pastillas, lo que indica que, probablemente, sea más difícil adquirir precursores químicos en bruto en Myanmar. En los informes de 2009 se señala la detección del tráfico de preparados de efedrina en forma líquida y se incautaron 240 litros de solución de efedrina contenida en más de 120.000 frascos de gotas nasales, cantidad suficiente para producir unos 5,5 millones de pastillas de metanfetamina de 30 mg. El cambio de la efedrina en bruto a la efedrina en pastillas y más recientemente en forma líquida de preparados farmacéuticos con efedrina podría ser un indicador de la diversificación de los suministros de precursores, situación de la que también se ha informado en otros países con una fabricación de drogas ilícitas a gran escala.⁵⁵

La ketamina en Asia sudoriental

Si bien la ketamina no está sujeta a fiscalización internacional, por lo general aparece junto con la metanfetamina en las pastillas que se venden como éxtasis y su consumo es

- 55 En junio de 2009, las autoridades de México incautaron 49.630 litros de una solución farmacéutica con seudoe-fedrina. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, *Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas*, 2009, Nueva York, 2010.

Mapa 12: Apreciación de los expertos sobre cambios en el consumo y las fuentes de ketamina, 2007-2008

Fuentes: UNODC (2009), Modalidades y tendencias de los estimulantes de tipo anfetamínico y otras drogas en el Asia oriental y sudoriental (y países vecinos); DAINAP; Base de datos sobre incautaciones de drogas individuales, y otras fuentes oficiales

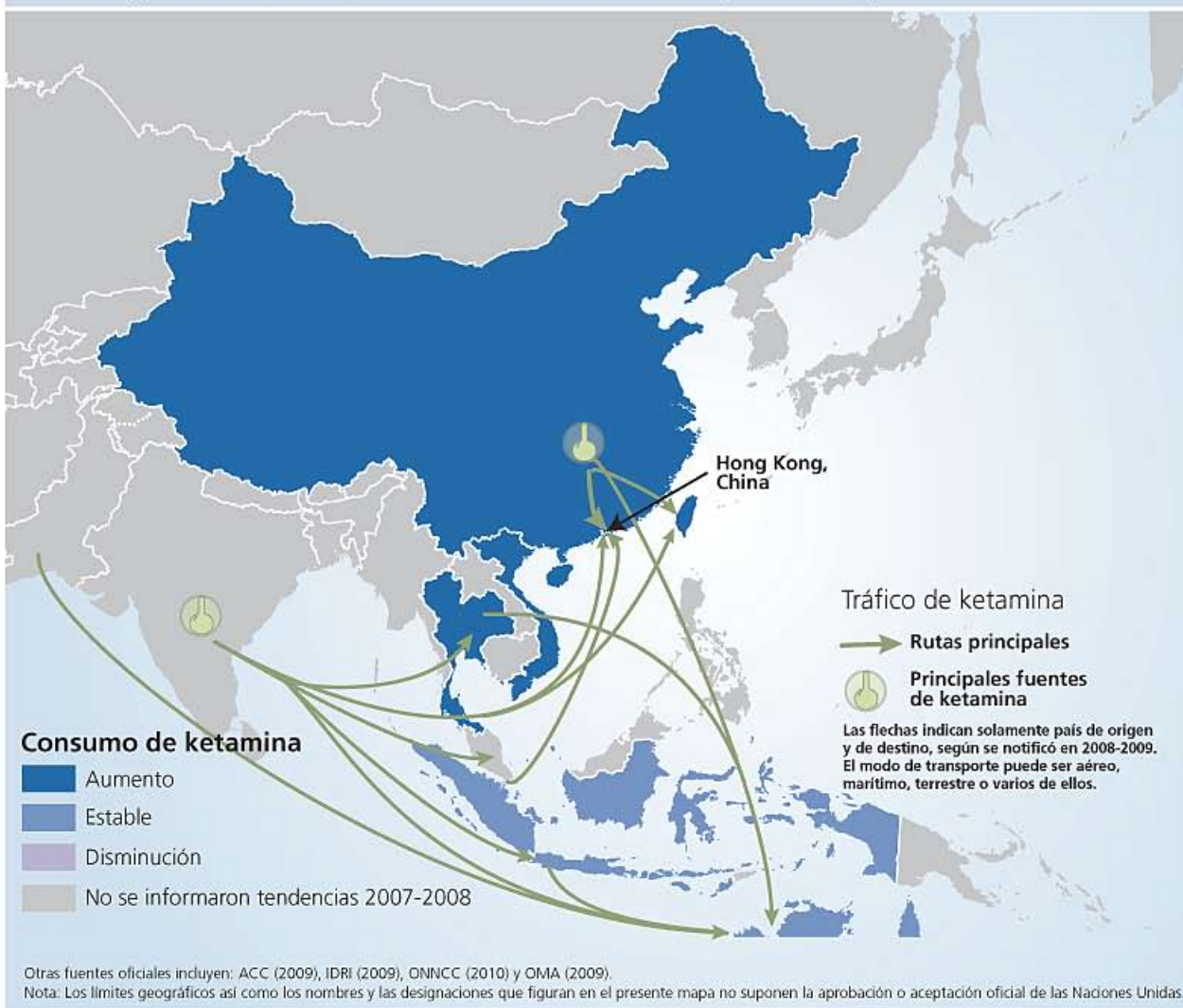


Fig. 86: Incautaciones mundiales de ketamina y la proporción notificada por el Asia sudoriental, 2003-2008

Fuentes: UNODC, CPIA

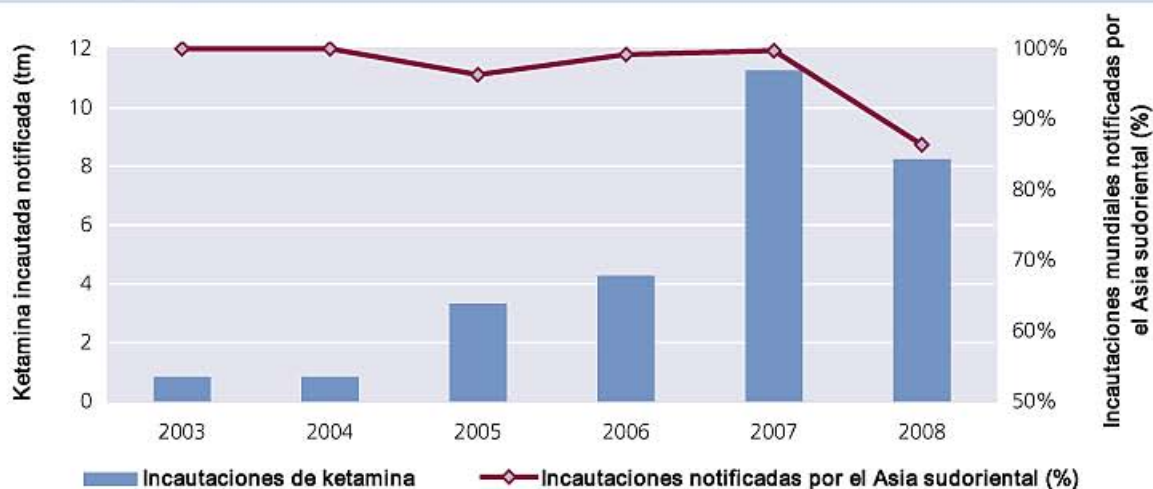
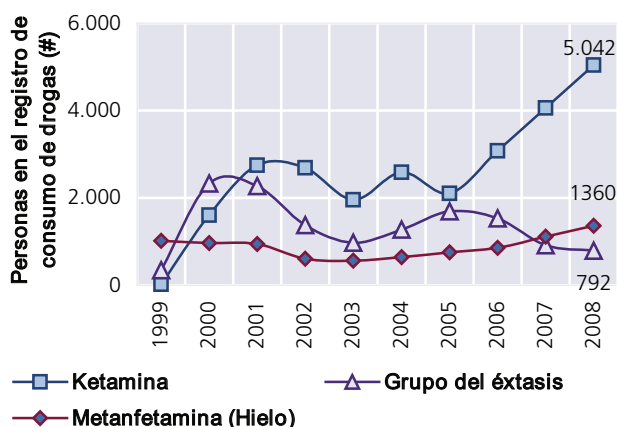


Fig. 87: Hong Kong (China): Casos registrados de consumo de ketamina, metanfetamina y drogas del grupo del éxtasis, 1999-2008

Fuentes: Central Registry of Drug Abuse, Narcotics Division (ND), Security Bureau, Región Administrativa Especial de Hong Kong (China).



una preocupación cada vez mayor en el Asia oriental y sudoriental. También hay indicios de que su consumo ya comienza a extenderse fuera del Asia sudoriental, lo cual se refleja en la disminución de la proporción de incautaciones de ketamina en esa región al 86% del total mundial (8,2 toneladas, es decir, más del doble de las incautaciones mundiales de éxtasis) en 2008.

El creciente consumo de ketamina es motivo de especial preocupación en Hong Kong (China) ya que la demanda de MDMA de alta calidad (éxtasis) parece estar disminuyendo. Si bien el número de consumidores registrados de sustancias del grupo del éxtasis se ha reducido un 40% desde 2004, el número de consumidores de ketamina se ha duplicado.

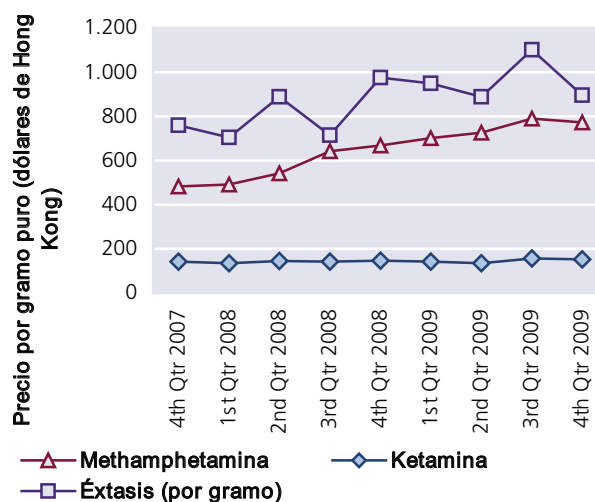
Parte del aumento de la popularidad de la ketamina se debe a su constante bajo precio. Por ejemplo, entre 2007 y 2009, el precio medio por gramo puro en Hong Kong (China) era solo de 144 dólares de Hong Kong, siendo un sustituto barato del éxtasis o de la metanfetamina que eran cada vez más caros.

Las desviaciones del comercio lícito siguen siendo la fuente principal de ketamina, varios países han informado de incautaciones importantes en los últimos dos años. En diciembre de 2009, las autoridades aduaneras de la India incautaron la cantidad sin precedentes de 440 kilogramos de ketamina con destino a Malasia.⁵⁶ Sin embargo, también parece aumentar la fabricación de ketamina ilícita a escala industrial. En 2009, China informó de la incautación de dos laboratorios ilícitos que procesaban hidrocloreto de hidroxilamina, el precursor químico inmediato para la

⁵⁶ El DRI Chennai efectúa en Tuticorin la incautación de mayor volumen, de 440 kilogramos de ketamina, de un valor de 44.000.000 de rupias, Gobierno de la India, Ministerio de Hacienda (Departamento Fiscal), Dirección de Información Fiscal, 25 de diciembre de 2009.

Fig. 88: Precio trimestral en la calle, ajustado por pureza, de diversas drogas vendidas en el mercado de ETA en Hong Kong (China) 2007-2009

Fuente: Hong Kong Police Narcotics Bureau



ketamina, y la incautación de 8,5 toneladas de esa sustancia. En 2009, China impuso controles más estrictos respecto de la fabricación de hidrocloreto de hidroxilamina y de otros precursores químicos.

Posibles nuevos lugares de fabricación a gran escala en partes de Asia

Una de las nuevas tendencias más alarmantes sobre los ETA es el aumento de la metanfetamina en el Asia sudoccidental, una región que ya sufre las consecuencias de la producción y el consumo de opio a gran escala. Ello guarda relación específicamente con el incremento súbito y masivo de las incautaciones de metanfetamina cristalina de alta pureza ("Shisheh") notificadas por la República Islámica del Irán a partir de 2008. En ese mismo año, ese país incautó también cuatro laboratorios clandestinos de metanfetamina -los primeros notificados en la historia- y, desde entonces, ha informado de una rápida disminución de los precios de la calle y un aumento del consumo de metanfetamina.⁵⁷ El hecho de que la fabricación supere el consumo interno también se refleja en el marcado incremento registrado en la frecuencia y magnitud del tráfico de metanfetaminas en 2009 desde la República Islámica del Irán, en su mayoría con destino a lucrativos mercados del Asia oriental y sudoriental.⁵⁸

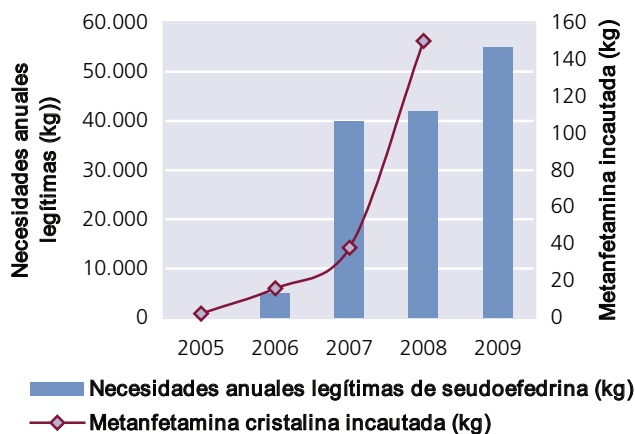
Es muy probable que en la República Islámica del Irán, el material a partir del cual se fabrica ilícitamente la metanfetamina sea la pseudofedrina desviada dentro del propio

⁵⁷ Vicesecretario General, Sede de la Lucha contra las Drogas, *Prices of the synthetic drugs have dropped to one fourth*, 6 de octubre de 2009, Sede Nacional de Lucha contra las Drogas de la República Islámica del Irán; Informe Mundial sobre las Drogas 2009 de la UNODC.

⁵⁸ *737 kg of various drugs were found in airports this year*, Agencia Oficial de Noticias de la República Islámica, *Global SMART Update 2009*, vol. 2, octubre de 2009.

Fig. 89: Necesidades legítimas anuales de pseudoefedrina e incautaciones de metanfetamina cristalina en la República Islámica del Irán, 2005-2009

Fuentes: CPIA/DELTA, JIFE, Necesidades legítimas anuales de efedrina, pseudoefedrina, 3,4-metilendioxifenil-2-propanona, 1-fenil-2-propanona y sus preparados, comunicadas por los gobiernos



país. Desde 2006, primer año en que la JIFE⁵⁹ solicitó este tipo información, la República Islámica del Irán ha informado de aumentos notables en sus requerimientos anuales de ese producto químico. En solo cuatro años, la demanda creció de tal manera que la República Islámica del Irán pasó a ser el cuarto país con las mayores necesidades legítimas. Esa circunstancia además de aumentar las posibilidades de desviaciones internas, convierte al país en un atractivo lugar para la desviación de precursores por parte de grupos transnacionales de la delincuencia organizada. Esa posibilidad es más que una preocupación realista, como ponen de manifiesto información reciente acerca de la detención de dos remesas con un total de 11 toneladas de pseudoefedrina destinados ambos a Etiopía.

Un ejemplo de cómo la rapidez con que aumentan las necesidades anuales legítimas puede ser un indicador de desvío hacia la fabricación ilícita es el del Asia meridional. Desde 2006, las necesidades anuales legítimas de pseudoefedrina de Bangladesh se han triplicado y actualmente ese país ocupa el sexto lugar en el mundo en ese sentido. En 2009, se constató por primera vez que Bangladesh era país de origen de preparados farmacéuticos en pastillas con pseudoefedrina desviada hacia la fabricación ilícita de drogas, habiéndose incautado remesas multimillonarias de pastillas en América Central con destino a México. Cabe la posibilidad de que Bangladesh pase a ser otro país idóneo para la

59 Los países envían a la JIFE las estimaciones anuales de sus necesidades legítimas de diversas sustancias químicas precursoras de ETA a fin de evitar su desviación hacia la fabricación ilícita. En 2009, 91 países informaron sus necesidades anuales legítimas de pseudoefedrina (en bruto y en preparados), 98 de efedrina (en bruto y en preparados), y 15 de P-2-P. JIFE, *Necesidades legítimas anuales de efedrina, pseudoefedrina, 3,4-metilendioxifenil-2-propanona, 1-fenil-2-propanona y sus preparados*, comunicadas por los gobiernos, 2 de marzo de 2010 y publicaciones anteriores.

Fig. 90: Necesidades anuales legítimas de pseudoefedrina de Bangladesh, 2006-2009

Fuentes: JIFE, Necesidades anuales legítimas de efedrina, pseudoefedrina, 3,4-metilendioxifenil-2-propanona, 1-fenil-2-propanona y sus preparados, comunicadas por los gobiernos

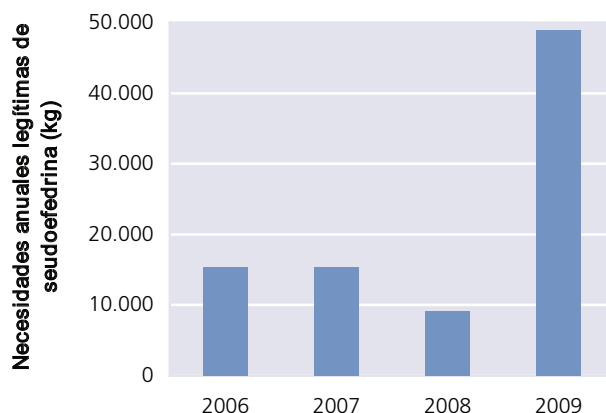
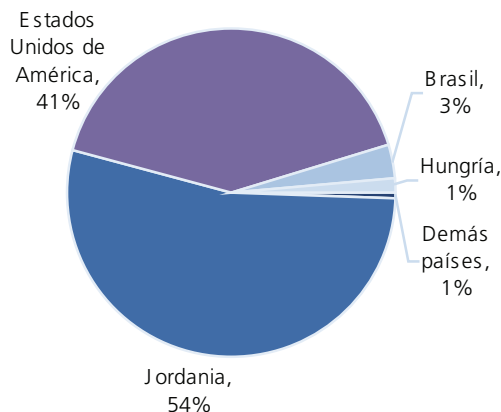


Fig. 91: Necesidades anuales legítimas de P-2-P comunicadas por los gobiernos, 2009

Fuentes: JIFE, Necesidades legítimas anuales de efedrina, pseudoefedrina, 3,4-metilendioxifenil-2-propanona, 1-fenil-2-propanona y sus preparados, comunicadas por los gobiernos



desviación de pseudoefedrina hacia la fabricación ilícita de metanfetaminas en el vecino Myanmar, si continúan las presiones sobre el suministro de precursores en ese país.

Es probable que el Oriente Medio y el Cercano Oriente esté atravesando una situación similar en cuanto a que la desviación de fenil-2-propanona (P-2-P) esté impulsando la expansión del mercado de *Captagon* en la región. En 2009, Jordania comunicó que sus necesidades anuales legítimas de P-2-P ascendían a 60.500 kilogramos, más de la mitad del total mundial. Esas altas necesidades legítimas se basaron en la supuesta formulación de P-2-P en productos de "limpieza y desinfectantes". Sin embargo, ese volumen conlleva un alto riesgo de desviación hacia la fabricación ilícita de *Captagon*, especialmente debido a que el P-2-P no es un ingrediente esencial en la formulación de productos de limpieza y desinfectantes y existen productos químicos alternativos.



La vía más común para obtener los precursores químicos necesarios y algunas sustancias psicoactivas comunes que sustituyen las drogas sintéticas controladas, como la ketamina, es mediante su desvío del comercio legítimo. Los pocos ejemplos destacados muestran que para evitar eficazmente estas desviaciones, los gobiernos no solo necesitan controles reglamentarios que se apliquen tanto para el comercio nacional como para el internacional, sino que además es necesario reevaluarlos cuidadosamente para que sean eficaces.

1.4.5 Consecuencias para la adopción de medidas

La magnitud y complejidad cada vez mayores de las operaciones ilícitas relacionadas con los ETA observadas durante los últimos 10 años indican una mayor intervención de las organizaciones delictivas, desde la adquisición de los precursores químicos en el exterior hasta la fabricación y el tráfico de los productos finales de ETA. Sin embargo, las características intrínsecas de la fabricación y el tráfico de los ETA, a saber, el hecho de no depender de regiones de origen geográficamente definidas para las materias primas y la cercanía geográfica entre los lugares de fabricación y los mercados de consumo, limitan el rango y la eficacia de las intervenciones basadas en el sector de la oferta en comparación con las relativas a la heroína y la cocaína.

El análisis realizado *supra* indica que el control de los precursores de los ETA puede tener éxito. Además, existen pruebas científicas de que la prevención y el tratamiento han producido algunos resultados eficaces en función de los costos.⁶⁰ Ambas medidas son más eficaces si se aplican de forma holística e integral y al mismo tiempo se conoce prontamente la evolución en esa esfera.

La generación de una base de pruebas oportunamente es la única manera de determinar con prontitud la rápida evolución del mercado de los ETA y responder a ella con políticas y programas apropiados. La ampliación de programas específicos de fomento de la capacidad, como *Global SMART*, que apoya la recopilación de datos forenses y de drogas sintéticas, ha sido inestimable en países y regiones con importantes mercados de ETA. A fin de evitar cambios de un país a otro, o de una región a otra, es cada vez más necesario contar con un sistema estratégico de alerta para determinar nuevas drogas sintéticas, nuevos productos y combinaciones, sujetos a fiscalización como no sujetos a ella, precursores químicos sustitutos, desviaciones (incluidas la detención, la suspensión y la cancelación de remesas), adulterantes comunes y equipo básico utilizados en la fab-

ricación. Esa información se debe compartir sin demora en los planos nacional, regional e internacional para poder responder oportuna e incluso preventivamente.

Dada la gran disponibilidad de algunos ETA, el rápido surgimiento de nuevas drogas sintéticas y de sustitutos que no están sujetos a fiscalización, así como su consumo en escuelas, centros de trabajo y lugares de recreo, se requiere un enfoque holístico que trascienda los ETA objeto de fiscalización internacional y llegue hasta el mercado de las “pastillas de recreo” de forma más general y que integre las respuestas en un concepto más amplio del tormento de la salud. Al parecer, las inversiones en los programas de prevención destinados a aumentar la concienciación acerca del riesgo de esas drogas para la salud, han influido en la reducción de su consumo, especialmente entre los jóvenes de los países desarrollados. Esa influencia ha sido especialmente positiva en los casos en que los servicios de prevención y tratamiento han satisfecho las necesidades y logrado la aceptación de los consumidores de ETA. Es posible que la difusión de los programas de tratamiento basados en pruebas en los países desarrollados haya también reducido la probabilidad de reincidencia entre los consumidores problemáticos de ETA. Sin embargo, los programas de tratamiento por consumo de ETA basados en pruebas, suelen ser la excepción y no la regla, especialmente en países en que el consumo de ETA es relativamente reciente y los profesionales encargados de la atención de la salud y del tratamiento no están capacitados o no cuentan con los recursos para determinar las características singulares que se manifiestan en los consumidores de ETA.

La fiscalización de precursores es eficaz. No cabe duda de que si se aplican los controles reglamentarios existentes y todas las contrapartes mantienen la vigilancia necesaria para descubrir transacciones inusuales, necesidades legítimas sospechosas y usos finales ficticios de sustancias químicas precursoras, es posible reducir significativamente la disponibilidad de precursores para fines ilícitos. La única forma de descubrir transacciones inusuales o sospechosas es conocer bien las necesidades industriales legítimas y vigilar toda la cadena, desde la fabricación de precursores hasta su distribución final, tanto en el plano nacional como internacional. Ello incluye también la inspección cuidadosa de las previsiones anuales de necesidades legítimas, especialmente si estas aumentan significativamente de un año a otro, lo cual podría considerarse en un principio el desarrollo de una nueva industria legítima. La verificación sistemática del carácter legítimo de las remesas de precursores químicos individuales deberá ser la norma en todos los países que comercian en esas sustancias. Para ello se dispone del instrumento en línea de *Notificación Previa a la Exportación* (PEN) de la JIFE, que ya ha demostrado su utilidad en operaciones internacionales relativas a precursores mediante la detención de remesas sospechosas antes de su salida del país. Sin embargo, en la actualidad, solo 76 países (40% de los Estados Miembros de las Naciones Unidas) utilizan sistemáticamente ese sistema en tiempo real.

Los controles reglamentarios tendrán que complementarse

⁶⁰ Spoth, R. y Guyll, M., *Prevention's Cost Effectiveness Illustrative Economic Benefits of General Population Interventions*, presentado en el *Technical Seminar on Drug Addiction, Prevention and Treatment: From Research to Practice*, 2008, de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Iowa, State University (diciembre de 2008); *Cost effectiveness and cost benefit analysis of substance abuse treatment: an annotated bibliography*, Servicio Nacional de Evaluación de Datos, Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (SAMSHA), Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 2002.

con medidas encaminadas a aplicar la ley. La incautación debería estar al comienzo de una investigación, no al final. Las técnicas especializadas de investigación disponibles incluyen las entregas controladas y las investigaciones de rastreo, que se podrían utilizar más sistemáticamente en el caso de los productos finales de los ETA, sus precursores, y el equipo básico de fabricación como las prensas nuevas y usadas para hacer pastillas, con el fin de dismantelar toda la cadena de la fabricación ilícita. Ese enfoque tendrá cada vez más importancia como elemento de las estrategias de control de precursores, ya que actualmente las desviaciones tienden a darse, por lo general, en el plano nacional, y su posterior contrabando a través de fronteras internacionales. Cabe esperar que con una mejor información y en el momento oportuno junto con una mayor concienciación acerca de las especificidades de los ETA y sus precursores, se aumente la escasa atención que se presta actualmente a los ETA en algunas regiones, especialmente en aquellas que históricamente han estado asociadas al cultivo o la producción de drogas “tradicionales” como el opio, la heroína y la cocaína y, así, aumentar las intercepciones. Por último, la historia también ha demostrado la importancia de las respuestas coordinadas a nivel regional e internacional ante la situación evolutiva de los ETA y de los precursores químicos, tanto en términos de los cambios regionales como del surgimiento de nuevos precursores, nuevos ETA o sus sustitutos, o ambas cosas.

2. ESTADÍSTICAS Y TENDENCIAS DE LAS DROGAS



2.1 Comprensión del alcance y la naturaleza del consumo de drogas

La UNODC calcula que, a nivel mundial, entre 155 y 250 millones de personas, es decir, entre el 3,5% y el 5,7% de la población de 15 a 64 años, ha consumido sustancias ilícitas por lo menos una vez en el año anterior. Los consumidores de cannabis es el grupo más numeroso de consumidores de drogas ilícitas (129190 millones de personas). Entre las drogas más consumidas los estimulantes de tipo anfetamínico ocupan el segundo, seguidos de los opiáceos y la cocaína. No obstante, en términos de los daños asociados con el consumo, el primer lugar correspondería a los opiáceos.

Para comprender cabalmente el alcance del problema del consumo de drogas es preciso examinar varios indicadores: la magnitud del consumo de drogas calculada en función de la prevalencia en la población general (a lo largo de la vida, anual, en los últimos 30 días), el potencial del consumo de drogas problemáticas calculado en función del consumo entre los jóvenes, y los costos y consecuencias del consumo de drogas calculado en función de la demanda de tratamiento, la morbilidad y la mortalidad relacionadas a las drogas. Además, para entender la dinámica del consumo de drogas en un país o en una región determinados, es

importante analizar la situación general de las drogas y no solamente las tendencias de drogas individuales. Esa información ayuda a discernir en qué medida la dinámica del mercado (disponibilidad, pureza y precio) han influido temporalmente en el consumo, en comparación con los resultados de actividades a largo plazo como programas generales de prevención y otras intervenciones para abordar la situación del consumo de drogas.

A título ilustrativo, se presentan las tendencias del consumo a largo plazo de diferentes drogas y el consumo general de drogas correspondientes a los Estados Unidos de América, el Reino Unido, Australia y España de los cuales se dispone de datos sobre tendencias durante un período más largo. Aunque se pueden observar cambios y tendencias a corto plazo del consumo de diferentes drogas, las tendencias a largo plazo indican que la magnitud del problema básico no cambia considerablemente en unos pocos años. De hecho, para influir en la situación del consumo de drogas, se requieren intervenciones a largo plazo relativas a la prevención del consumo y al tratamiento de la drogodependencia, junto con esfuerzos para reducir la oferta.

Fig. 92: Consumo de drogas ilícitas en el plano mundial, 2008

Fuente: UNODC

- Número de personas de 15 a 64 años que se inyectan drogas: 11-21 millones
- Número de "consumidores problemáticos de drogas" de 15 a 64 años: 16-38 millones
- Número de personas de 15 a 64 años que consumieron drogas al menos una vez durante el año anterior: 155250 millones
- Número total de personas de 15 a 64 años en 2008: 4.396 millones

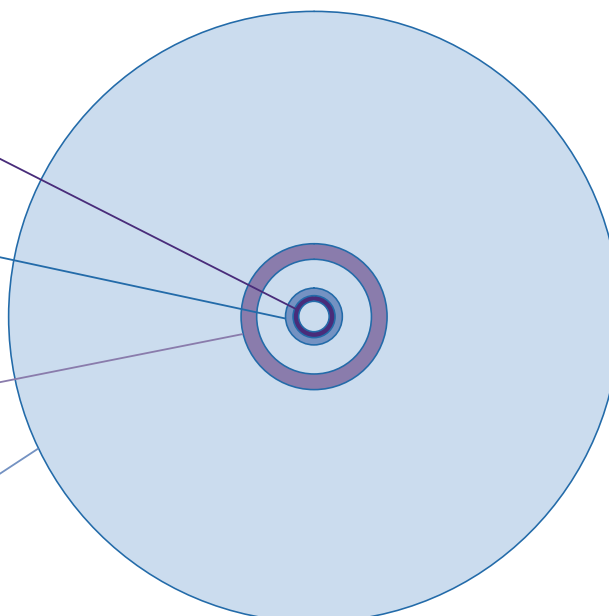
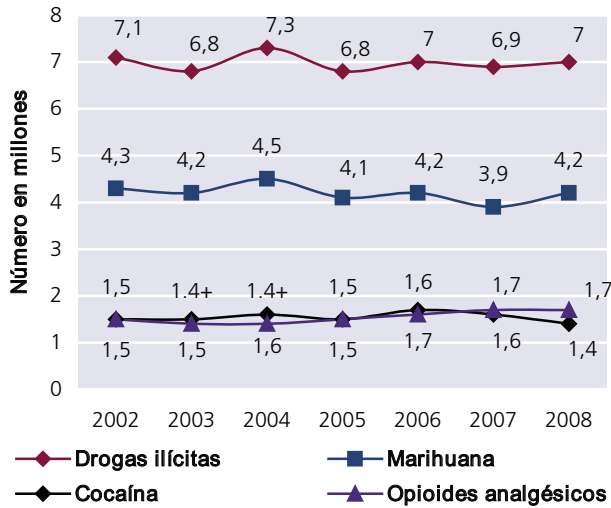


Fig. 93: Estados Unidos: Dependencia o consumo de drogas durante el año anterior por personas de 12 años o más, 2002-2008*

* La diferencia entre las estimaciones resultó estadísticamente significativa solo respecto de los calmantes a base de opioides en 2003/2004 y en 2008.

Fuentes: Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2000-2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, Oficina de Estudios Aplicados, Departamento de Salud y Servicios Humanos, EE.UU.



+ La diferencia entre esta estimación y la estimación de 2008 es estadísticamente significativa al nivel de 0,05

Fig. 95: Reino Unido: tendencias del consumo de drogas en la población de 16 a 59 años, 2000-2008/2009

Fuentes: Hoare J, Home Office Statistical Bulletin, *Drug Misuse Declared: findings from the 2008/09 British Crime survey, England and Wales*, Ministerio del Interior, Reino Unido, julio de 2009

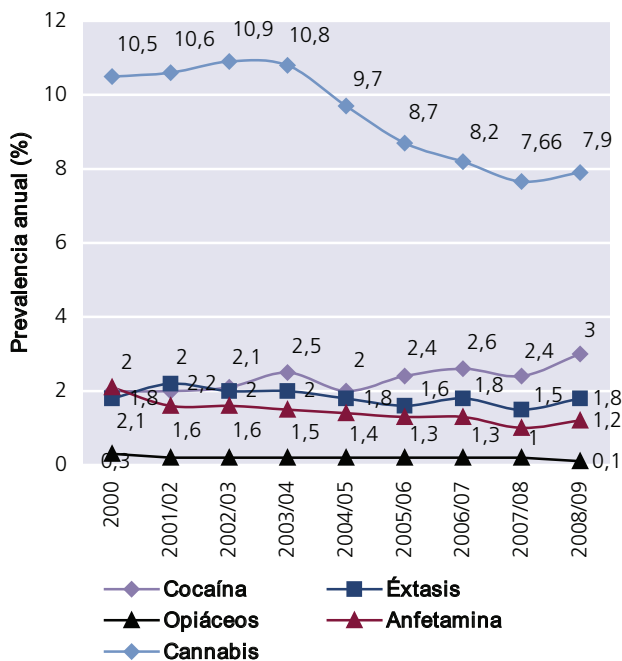


Fig. 94: Estados Unidos: Tipos de drogas consumidas durante el año anterior por personas de 12 años o más, 2000-2008

Fuentes: Administración de Servicios Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2000-2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, Oficina de Estudios Aplicados, Departamento de Salud y Servicios Humanos, EE.UU.

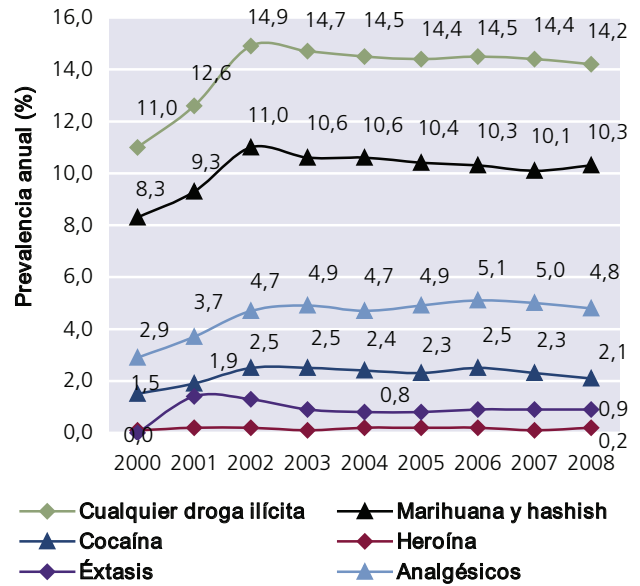


Fig. 96: Australia: tendencias del consumo de drogas en la población de 14 años o más, 1991-2007

Fuentes: Australia, *National Campaign Against Drug Abuse Household Surveys 1991, 1993; National Drug Strategy Household Survey 1995, 1996, 2001, 2004 y 2007*

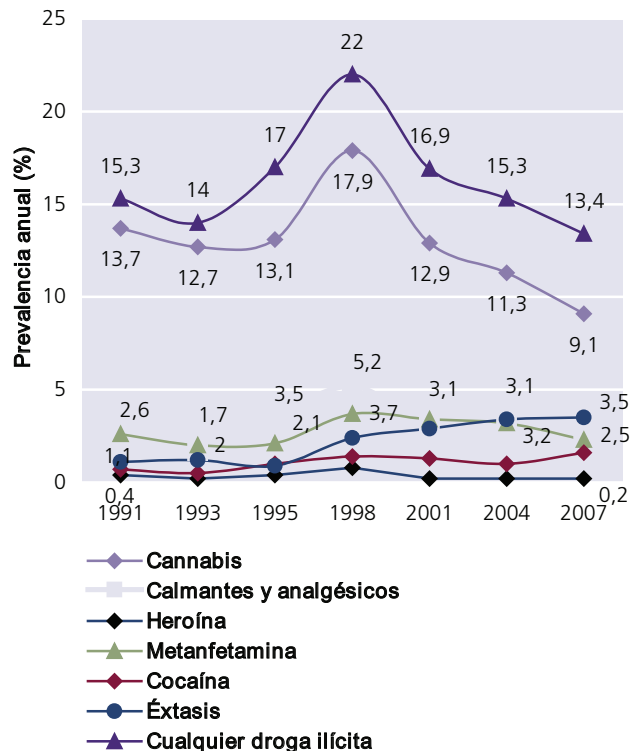


Fig. 97: España: tendencias del consumo de drogas en la población de 15 a 64 años, 1995-2007/2008

Fuentes: UNODC y OEDT

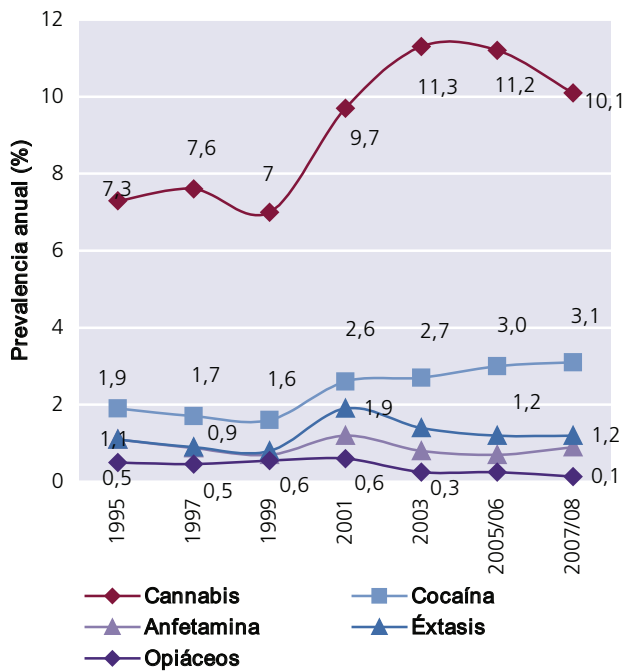
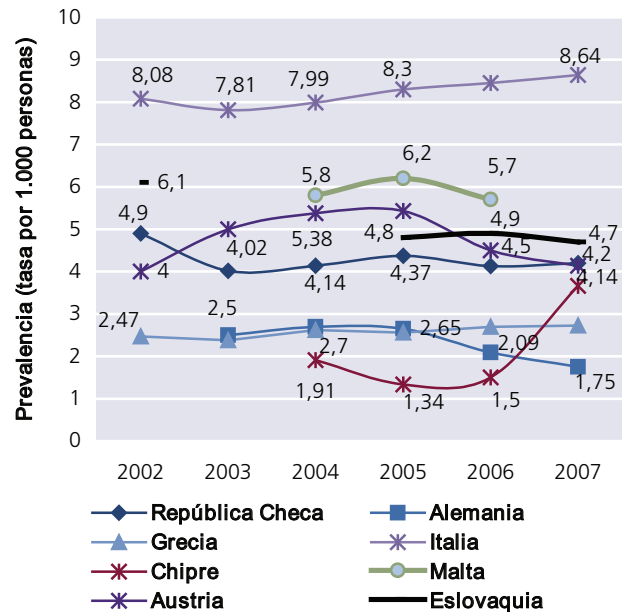


Fig. 98: Europa: Tendencias estimadas del consumo de drogas problemáticas en general en determinados países con datos disponibles (2002-2007), tasa por 1.000 personas de 15 a 64 años

Fuente: OEDT – Statistical Bulletin 2009



Consumo problemático de drogas

En el centro del consumo de drogas están los consumidores problemáticos de drogas; aquellos que pueden considerarse como consumidores habituales o frecuentes de esas sustancias, considerados dependientes o consumidores por inyección y que han sufrido consecuencias sociales o sanitarias a causa del consumo de esas drogas. La información sobre los consumidores problemáticos de drogas es importante desde una perspectiva de planificación de políticas y programas, ya que esa información apunta a la necesidad y naturaleza de los servicios necesarios para atender a las diferentes necesidades de tratamiento y atención de los drogodependientes.

Inexistencia de una definición mundial estándar de consumidor problemático de drogas

Uno de los retos principales a que se enfrenta la UNODC sigue siendo la compilación de datos comunicados por los Estados Miembros y su comparabilidad entre países y regiones. La Comisión de Estupefacientes, en su 43º período de sesiones, celebrado en 2000, hizo suyo el documento titulado *Drug information systems: principles, structures and indicators*¹ denominado también como “Documento de consenso de Lisboa”. En el documento se presenta un conjunto de indicadores epidemiológicos básicos para vigilar la situación del consumo de drogas, por medio de los cuales los Estados Miembros pueden comunicar sus situaciones

respectivas a través del cuestionario para los informes anuales (CPIA). Uno de los indicadores básicos señalados en el documento es el “consumo de drogas de alto riesgo”. Se parte del supuesto de que algunas conductas relacionadas con el consumo de las drogas están particularmente asociadas a problemas graves y que, como tales, requieren la atención de los formuladores de políticas. En el documento se explica que el consumo de alto riesgo incluye información sobre el número de consumidores de drogas por inyección, estimaciones del número de consumidores diarios y de drogodependientes. Una dificultad para calcular el número de consumidores problemáticos o el consumo de drogas de alto riesgo se debe a que, en su mayoría, esas conductas se ocultan y su prevalencia es baja. Por tanto, no están bien representadas en las estimaciones de la población general. Se requieren métodos específicos para reunir información sobre esas conductas.

De los 110 Estados Miembros que respondieron el CPIA en 2008 acerca del alcance y las pautas del consumo de drogas, solo 24 comunicaron información sobre el consumo problemático de drogas. La definición y los métodos de cálculo difieren de un país a otro. Un país de África entiende por consumo problemático de drogas el de los “consumidores de drogas que suponen un perjuicio y un riesgo sociales y consumidores reincidentes tras su rehabilitación”.² En América del Norte, el DSM-IV³ define

1 Drug information systems: principles, structures and indicators (E/CN.7/2000/CRP.3).

2 CPIA: Nigeria, 2008.

3 American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico y Estadístico

Consumo de drogas - naturaleza y tipología

Según pruebas científicas, el consumo de drogas es el resultado de una interacción compleja y multifactorial entre la exposición repetida a las drogas y factores biológicos y ambientales. En los últimos años, con arreglo al modelo biosicosocial la drogodependencia es un problema polifacético que requiere de conocimientos especializados de muchas disciplinas. Se puede aplicar un enfoque multidisciplinario de ciencias de la salud a la investigación, la prevención y el tratamiento del consumo de drogas.

Uso recreativo

Algunas formas de consumo de drogas están asociadas con un entorno recreativo o con subpoblaciones concretas, por ejemplo, el consumo de éxtasis, es más frecuente entre los jóvenes y se asocia con determinados estilos de vida y actividades (fiestas, clubes nocturnos, etc.) propios de muchas sociedades acomodadas. Asimismo, una proporción notable entre los consumidores de drogas en un entorno recreativo podría verse inducido al consumo de esas sustancias con el fin de dominar la ansiedad, el escaso control emocional, la poca capacidad de manejo del estrés y situaciones difíciles, resultados escolares deficientes y la falta de aptitudes laborales.

Sociedad, familia, experiencia de la vida

Los consumidores de opiáceos, cocaína, anfetamina y metanfetamina, y los que se inyectan, constituyen una proporción considerable de los drogodependientes o consumidores problemáticos (independientemente de su definición). Los consumidores de drogas también tienden más bien a ser consumidores crónicos, con otras morbilidades psiquiátricas y médicas conexas y, o bien son estigmatizados, o provienen de segmentos marginados de la sociedad. Numerosos estudios han demostrado el estrecho nexo entre pobreza, exclusión social y consumo problemático de drogas.

Algunos estudios también indican la posibilidad de que experiencias de abandono y de una relación entre padres e hijos emocionalmente pobre durante la niñez contribuyan parcialmente a complejos trastornos neurobiológicos y disfunciones del sistema de la dopamina, que influyen decisivamente en la susceptibilidad a trastornos adictivos y

afectivos.¹

Se ha informado de distintos tipos de experiencias adversas en la niñez, incluso por los propios niños, como la falta de supervisión, el abandono material, la violencia física y abuso sexual con contacto físico, en relación con el consumo en la adolescencia de tabaco, alcohol, cannabis y sustancias inhalables, así como con la conducta violenta.²

Los datos epidemiológicos indican que frecuentemente los trastornos relacionados con el estrés, como los trastornos de estrés postraumático están vinculados a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. En algunos estudios en que se ha examinado la relación entre exposición traumática, estrés postraumático y consumo de sustancias se ha comprobado un inicio precoz del consumo de marihuana y heroína, mientras que la dependencia del alcohol y de los opiáceos estaba relacionado en cada caso con la exposición a algún acontecimiento traumático.³

Trastornos psiquiátricos

Otros estudios han mostrado las probabilidades de dependencia de algunas sustancias entre las personas con trastornos mentales permanentes eran tres veces superiores a las de otras personas. Las probabilidades de consumo de sustancias psicoactivas de pacientes con trastornos bipolares (síndrome maniaco-depresivo) son mayores que las de pacientes con depresión unipolar.⁴ Por otra parte, el consumo de psicoestimulantes como la anfetamina o la cocaína y el cannabis, también pueden inducir síntomas similares a los síntomas psicóticos en los consumidores.

- ■ 1 Gerra G. y otros, "Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological correlates", *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 33 (2009) 601-610.
- 2 Hussey J.M., Chang J.J. y Kotch J.B., "Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences", *Pediatrics*, septiembre de 2006, 118(3):933-942.
- 3 Gerra G., Somaini L., Zaimovic A., Gerra M L, Maremmi I., Amore M. y Cicciocioppo R., *Developmental Traumatic Experiences, PTSD and Substance Abuse Vulnerability: The Neurobiological Link*, *Neurobiology of Post Traumatic Disorder*, junio de 2010 ISBN: 978-1-61668-851-6.
- 4 Organización Mundial de la Salud, *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*, Ginebra 2004.

los criterios de la dependencia o el consumo de drogas ilícitas, mientras que un país de Asia solamente considera problemáticos a los consumidores de drogas por inyección. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en un esfuerzo por compilar información comparable sobre el consumo problemático de drogas, lo define como "consumo de drogas por inyección o consumo prolongado o habitual de opiáceos, cocaína o anfetaminas o varias de ellas".⁴ La gran amplitud y diferencias en las definiciones e interpretaciones del consumo problemático

■ ■ de los Trastornos Mentales (véase el recuadro en el capítulo sobre el mercado de cocaína).

4 OEDT, *Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use*, febrero de 2008.

de drogas en las distintas regiones apunta a la necesidad de establecer parámetros comunes, basados en una definición o criterio previamente aceptados, por ejemplo, las definiciones del DSM-IV o del ICD-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, Revisión 10, de la OMS), para determinar, comunicar y comparar el alcance del daño o el alto riesgo del consumo de drogas a nivel mundial.

El número de consumidores problemáticos de drogas en todo el mundo es estable

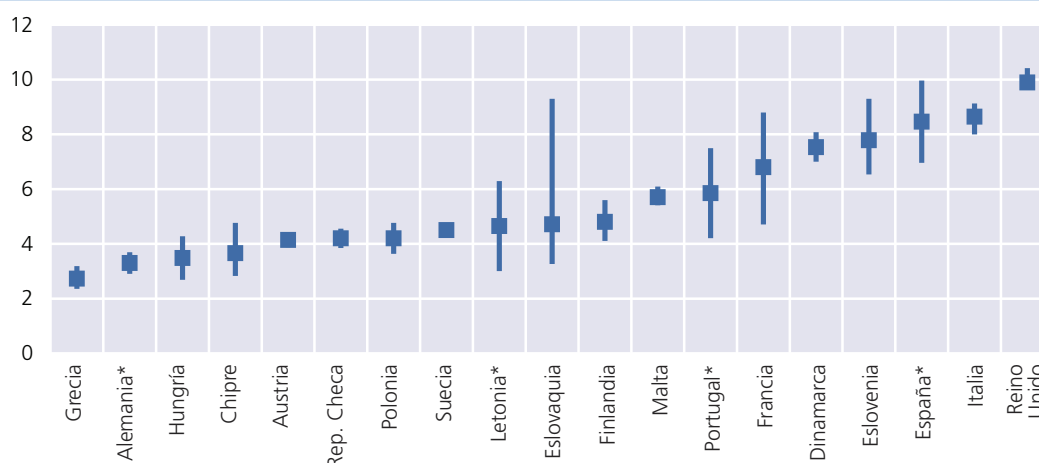
Sobre la base de las estimaciones mundiales de consumidores de cannabis, opiáceos, cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico, y empleando coeficiente de riesgo relativo,⁵

■ ■ 5 El coeficiente de riesgo relativo se basa en los opiáceos como droga

Fig. 99: Europa: Estimación de consumidores problemáticos de drogas (tasa por 1.000 habitantes de 15-64 años)*

* Los métodos para estimar el número de consumidores problemáticos de drogas difieren de un país a otro, pero incluyen captura/recaptura, multiplicador de tratamientos, multiplicador de la policía, etcétera.

Fuente: OEDT, *Statistical bulletin 2009: Problem drug use population*, 2009



se estima que en 2008, había en el mundo entre 16 millones y 38 millones de consumidores problemáticos (entre 10%-15% de los consumidores de drogas estimados). El amplio rango de la estimación refleja las incertidumbres de los datos disponibles, en el plano mundial.

La tasa de prevalencia de consumidores problemáticos de drogas en Europa varía entre 2,7 en Grecia y 9,0 en el Reino Unido, como tasa por 1.000 habitantes de 15 a 64 años. El Reino Unido, Italia y España se sitúan en el extremo superior del rango, mientras que Grecia, Alemania y Hungría son países con bajas tasas de consumidores problemáticos de drogas.

En los Estados Unidos, 7 millones de personas, es decir, el 2,8% de la población de 12 años o más, eran considerados consumidores o incluso dependientes de sustancias ilícitas en 2008. El cannabis era la sustancia ilícita con la mayor tasa de dependencia el año anterior, seguido por los calmantes (opioides) y la cocaína.⁶ El Canadá, comunicó que el 2,7% de la población de 15 años o más había sufrido al menos un tipo de daño durante el año anterior debido al consumo de drogas ilícitas. 'Daño', en los informes canadienses se clasifica como daño a la salud física, o en las esferas social, laboral y legal.⁷

Consumidores de drogas por inyección (CDI)

Entre los consumidores más problemáticos de drogas están los que se inyectan drogas. La estimación más reciente del número de CDI en el mundo sigue siendo la elaborada por

■ ■ índice y calcula el coeficiente para tratamiento, consumo de drogas por inyección, toxicidad y muertes.

6 Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, EE.UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Estudios Aplicados.

7 Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: Summary of Results for 2008*.

el grupo de referencia de UNODC/ONUSIDA en 2008, que ascendía a 15,9 millones de personas (entre 11-21,2 millones).⁸ De estos, es probable que 3 millones hayan contraído el VIH (entre 0,5-5,5 millones). Europa oriental (1,5%) y Australia y Nueva Zelanda (1,03%) tienen una elevada prevalencia de consumidores de drogas por inyección. En cifras absolutas, Europa oriental tiene una de las cifras más elevadas de este tipo de consumidores. Particularmente en Europa oriental la mayoría de los consumidores que se inyectan drogas, consumen opiáceos, mientras que en Australia y Nueva Zelanda, la metanfetamina es la principal sustancia que se inyecta.

Lagunas en la prestación de servicios a los consumidores problemáticos de drogas

La estimación del número de consumidores problemáticos de drogas en todo el mundo proporciona el rango del número de personas que necesitan asistencia para tratar sus problemas de drogas, incluidos la atención y el tratamiento de la drogodependencia. Al comparar ese número con el de personas que reciben tratamiento se observa la magnitud de las necesidades insatisfechas en materia de tratamiento por consumo de drogas ilícitas. Pese a las lagunas en las notificaciones y la cobertura de los servicios, los Estados Miembros comunicaron que entre el 42% (en América del Sur) y el 5% (en África) de los consumidores problemáticos de drogas habían recibido tratamiento el año anterior. Cabe estimar que, a nivel mundial, entre el 12% y el 30% de los consumidores problemáticos habían recibido tratamiento el año anterior, lo que indica que entre 11 millones y 33,5 millones de consumidores problemáticos de drogas en el mundo no reciben tratamiento.

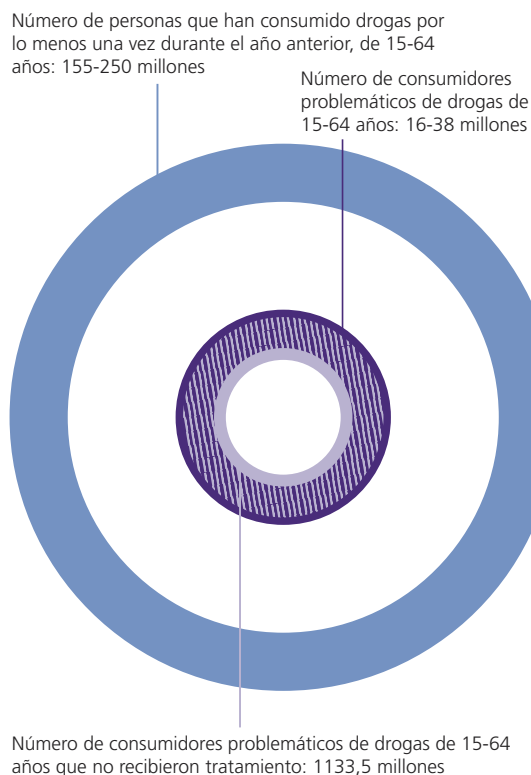
■ ■ Mathers B.M., Degenhardt L., Ali H., Wiessing L., Hickman M., Mattick RP, y otros, "HIV prevention, treatment and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage", *The Lancet*, 2010; 375(9719):1014-28).

Durante la serie de sesiones de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes celebrado en 2009, los Estados Miembros adoptaron una Declaración política y Plan de Acción. En el Plan de Acción se pide a los Estados Miembros que velen por que se ofrezca tratamiento de la drogodependencia asequible, adaptado a cada cultura y basado en evidencias científicas, y por que los servicios de atención de la drogodependencia se incluyan en los sistemas de atención a la salud. También se expresó la necesidad de desarrollar un sistema general de tratamiento que ofrezca una amplia gama de intervenciones integradas farmacológicas (como la desintoxicación y el mantenimiento de opioides agonistas y antagonistas) y psicosociales (como orientación y consejo, terapia cognitiva conductista y apoyo social) basadas en pruebas científicas y centradas en el proceso de rehabilitación, recuperación y reintegración social.⁹

Se considera que el costo de la prestación de servicios de tratamiento basados en pruebas es muy inferior a los costos indirectos que supone la toxicomanía no tratada (cárceles, desempleo, servicios policiales y problemas de salud). Las investigaciones indican que los gastos dedicados al tratamiento producen ahorros en términos de reducción del número de víctimas de la delincuencia, así como menores gastos para el sistema de justicia penal. Como mínimo se

Fig. 100: Necesidades insatisfechas de intervenciones de tratamiento, 2008

Fuente: UNODC



⁹ UNODC, *Declaración política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional a favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de la droga*, serie de sesiones de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes, Viena, 11 y 12 de marzo de 2009.

Evaluación de los servicios prestados a los consumidores de drogas por inyección para responder al VIH

La morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de drogas por inyección (CDI) es una cuestión de salud pública mundial. Reviste particular importancia la propagación del VIH entre los CDI, debido al intercambio de equipo de inyección, y por medio de la transmisión sexual a una población más amplia.

La atención a los CDI es un componente básico de la respuesta mundial al VIH. Durante la serie de sesiones de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes celebrada en 2009 y en otros foros, los países y los organismos de las Naciones Unidas que se ocupan directamente de la respuesta al VIH y de los consumidores de drogas por inyección –UNODC, OMS y ONUSIDA– suscribieron un conjunto amplio de intervenciones necesarias para prevenir y controlar el VIH entre los CDI.¹ Entre ellas cabe citar: programas de agujas y jeringuillas (PAJ); terapia de sustitución de opioides (TSO) y otras modalidades de tratamientos; pruebas de VIH, orientación y consejo; terapia antirretroviral para el VIH (TAR); instrucción e información especialmente orientada a los CDI; prevención y tratamiento de la hepatitis viral, las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis; y programas de distribución de preservativos.

Los PAJ proporcionan equipo limpio para inyecciones a los CDI; un modo fundamental de reducir los riesgos de las inyecciones, y un punto de contacto para proporcionar información sanitaria a los CDI. Esos programas funcionan en 82 de los 151 con consumidores de drogas por inyección. Se calcula que solo el 7,5% (rango 5,4%-11,5%) de los CDI en el mundo han accedido a un PAJ en un período de 12 meses. Se calcula que a nivel mundial, se distribuyen 22 jeringuillas limpias por CDI anualmente, lo que significa que la inmensa mayoría de las inyecciones en el mundo se practican con material usado.

Setenta y un países han adoptado terapias de mantenimiento con opioides de acción prolongada, o los programas de sustitución de opioides (TSO), pero todavía no se aplican en muchos países con una prevalencia alta de inyección de opioides. Se estima que a nivel mundial tan solo 8 (rango 6-12) de cada 100 CDI reciben este tratamiento, lo que indica una cobertura que beneficiaría a una proporción muy pequeña de CDI para el tratamiento de la drogodependencia.

La TAR es importante, no solo para el tratamiento de los CDI que han contraído el VIH, sino también para prevenir la transmisión del VIH.² A partir de los limitados

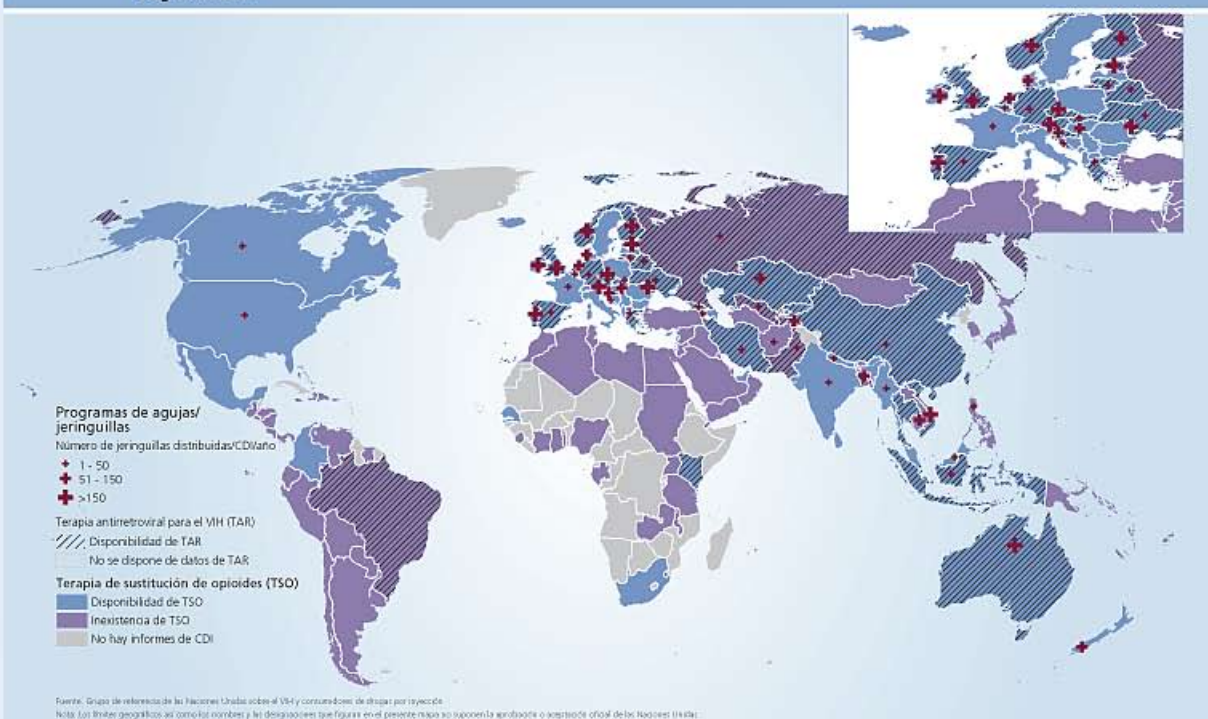
¹ OMS/UNODC, ONUSIDA, *OMS, UNODC, ONUSIDA Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Ginebra, 2008.

² Degenhardt L., Mathers B.M., Vickerman P., Hickman M., Rhodes T., y Latkin C., “HIV prevention for people who inject

datos disponibles, se estima que 4 (rango 2-18) CDI que son VIH positivos reciben TAR por cada 100 CDI contagiados con el VIH. Aunque la cobertura es elevada en muchos países europeos, el acceso a los tratamientos antirretrovirales

para los CDI es limitado en el resto del mundo, con tasas de cobertura inferiores que para otras personas que padecen el VIH.³

Mapa 13: Disponibilidad de servicios de prevención del VIH para los consumidores de drogas por inyección



Cuadro 13: Estimaciones regionales y mundiales de la cobertura de los programas PAJ, TSO y TAR para los CDI

Nota: Para detalles sobre los datos en que se basan estas estimaciones, véase la nota de pie de página 10. El número de países en que se pudieron localizar datos varía según indicadores y regiones. Los detalles pueden analizarse en otros lugares (nota de pie de página 10) y los informes de los países están disponibles en www.IDUrefgroup.com.

Región	Agujas y jeringuillas distribuidas por CDI por año (rango)	Número de receptores de TSO por 100 CDI (rango)	Número de CDI con TAR por cada 100 CDI que viven con VIH (rango)
Europa oriental	9 (7 - 14)	1 (<1 - 1)	1 (<1 - 44)
Europa occidental	59 (39 - 89)	61 (48 - 79)	89 (52 - XXXX)
Asia oriental y sudoriental	30 (7 - 68)	3 (3 - 5)	4 (2 - 8)
Asia meridional	37 (27 - 50)	19 (15 - 25)	1 (1 - 2)
Asia central	92 (71 - 125)	<1 (<1 - <1)	2 (1 - 3)
Caribe	-	5 (4 - 7)	-
América Latina	<1 (<1 - 1)	1 (<1 - <1)	1 (1 - 4)
Canadá y Estados Unidos	23 (17 - 33)	13 (9 - 19)	-
Estados y Territorios de las Islas del Pacífico	<1 (<1 - <1)	0	0
Australasia	202 (148 - 334)	23 (17 - 39)	22 (10 - 89)
Oriente Medio y África septentrional	<1 (<1 - 1)	1 (<1 - 1)	-
África Subsahariana	<1 (<1 - <1)	1 (<1 - <1)	<1 (<1 - 2)
MUNDIAL	22 (12 - 42)	8 (6 - 12)	4 (2 - 18)

drugs: Why individual, structural and combination approaches are required”, *The Lancet* (pendiente de publicación).

3 Wolfe D, Carrieri M.P., Shepard D, y Walder D., “Treatment and Care for HIV-infected People who Inject Drugs, A Review of Barriers and Ways Forward”, *The Lancet* (pendiente de publicación).

Tratamiento eficaz para la dependencia de la heroína y el crack: Grupo de estudio del Reino Unido sobre los resultados del sistema de vigilancia de los tratamientos de la drogodependencia

En el Reino Unido, a partir de los datos del Sistema nacional de vigilancia de los tratamientos de la drogodependencia, se realizó un estudio prospectivo multisectorial en el que se analizaron los resultados de tratamiento de 14.656 adictos a la heroína y al crack. La eficacia del tratamiento se evaluó en función de los cambios en el consumo de heroína, o de crack, o de ambas drogas, durante los 28 días antes del inicio del tratamiento y los 28 días anteriores al estudio.

En el estudio se observa que los primeros seis meses de tratamiento farmacológico o psicológico se asocian con una reducción del consumo de heroína y de crack cocaína, pero la eficacia del tratamiento farmacológico es menos marcada en el caso de consumidores de ambas drogas.

Fuente: Marsden J., Eastwood B., y otros, *Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study*

produce un ahorro de 3:1, y al tener en cuenta un cálculo más amplio de los costos relacionados con la delincuencia, la salud y la productividad social, el coeficiente entre ahorro e inversión aumenta a 13:1. Con esos ahorros se pueden mejorar situaciones de desventaja en las que se socavan las oportunidades de educación, empleo y bienestar social, así como aumentar las posibilidades de que las familias se recuperen de situaciones económicas maltrechas, y se facilite con ello el desarrollo social y económico.¹⁰

Tendencias de los consumidores problemáticos en cuanto a las principales drogas de interés según la demanda de tratamiento

Un análisis del número de servicios de tratamiento prestados en un país según la principal droga que motiva la admisión al tratamiento puede proporcionar información sobre las drogas que resultan más problemáticas en función de las consecuencias sanitarias y sociales y la necesidad de intervenciones.

Los datos sobre la demanda de tratamiento que figura en esta publicación abarcan un período de 10 años desde fines del decenio de 1990 hasta 2008. Los datos de todos esos años salvo los correspondientes a 2008 se publicaron en el Informe Mundial sobre las Drogas 2000 (en el que 1997/1998 figura como fines del decenio de 1990) y los

¹⁰ UNODC y OMS, *Principles of Drug Dependence Treatment: Discussion Paper*, marzo de 2008, véase también: Gossop M., Marsden J. y Stewart D., *The National Treatment Outcome Research Study: Alter 5 years – Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Addiction Centre, Londres, 2001.

Informes Mundiales sobre las Drogas de 2005 hasta 2009 (en relación con los años 2003 a 2007, o último año del que se disponía de datos en el momento de publicación).

Los datos indican que en general, y durante los últimos 10 años de manera constante, existe en cada región un tipo de droga que predomina en los tratamientos. Ello indica que hay marcadas diferencias regionales en cuanto a las drogas que afectan a los consumidores problemáticos. De hecho, durante el último decenio, la principal droga de tratamiento ha sido el cannabis en África, la cocaína en América del Sur y los opiáceos en Asia y Europa. Las dos excepciones notables son: 1) América del Norte, donde no se destaca una droga predominante, sino que el desglose porcentual de las drogas que originan tratamiento es cada vez más uniforme, y 2) Oceanía, donde a lo largo del tiempo se ha producido el mayor cambio en cuanto a la principal droga objeto de tratamiento, pasando de los opiáceos al cannabis.

Los cambios observados durante el último decenio respecto del porcentaje de cada droga a la admisión para tratamiento indican un proceso de diversificación de los consumidores problemáticos en algunas regiones. El cannabis es en Europa, América del Sur y Oceanía, la droga para la cual se demanda tratamiento cada vez en mayor medida, mientras que en América del Norte durante los últimos años aumentaron bruscamente las admisiones por consumo de opiáceos sintéticos, compensando la disminución de admisiones por consumo de heroína. En Europa, las admisiones por estimulantes (cocaína y estimulantes de tipo anfetamínico) y cannabis, también han aumentado con el tiempo, paralelamente a la disminución por consumo de opiáceos.

Tratar de interpretar las tendencias en la demanda de tratamiento no es fácil ya que las pautas y tendencias a lo largo del tiempo pueden reflejar una combinación de factores como por ejemplo:

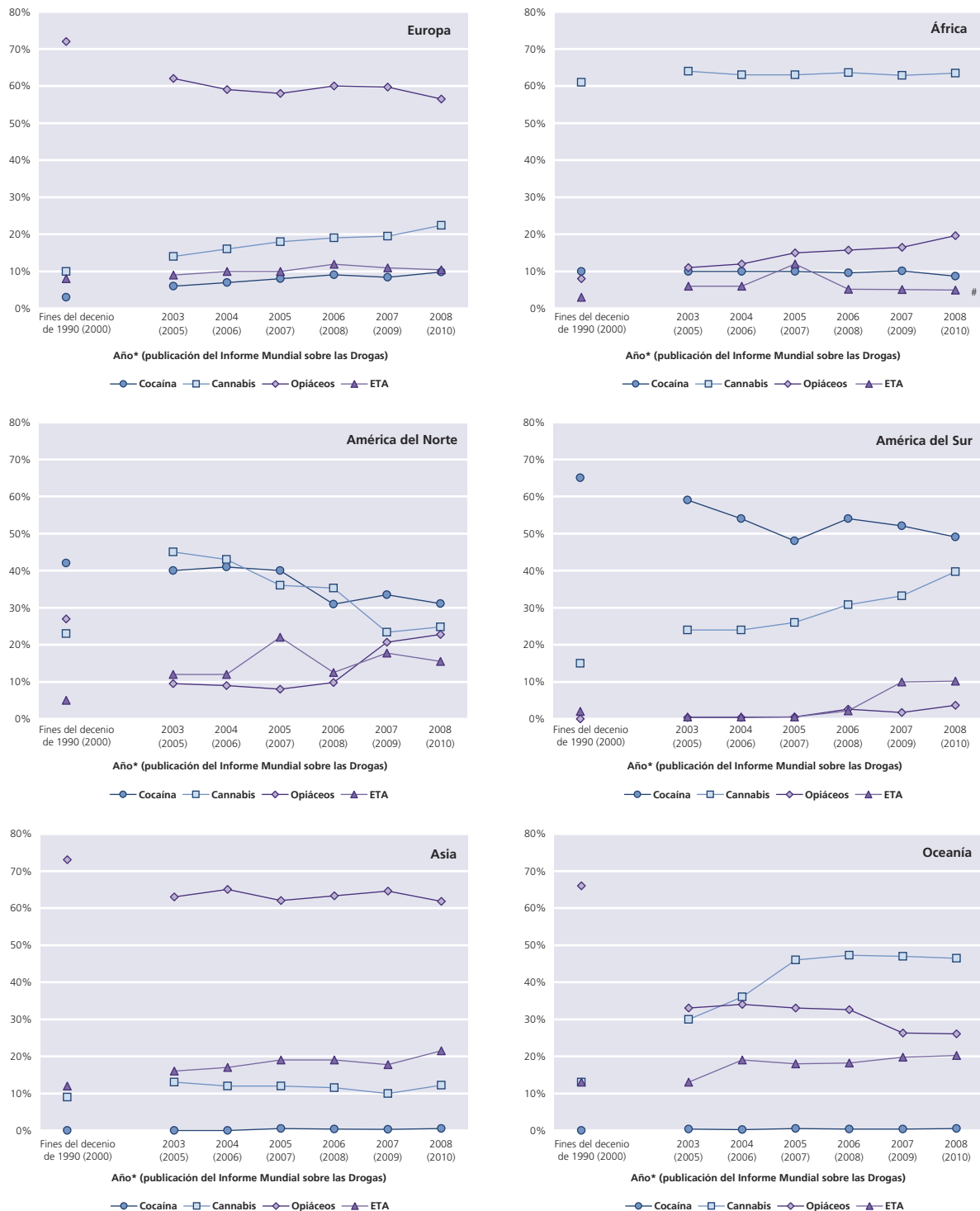
- el desarrollo y mejoramiento de la cobertura de los sistemas de notificación de tratamientos por consumo de drogas;
- errores estadísticos, por ejemplo, como resultado de que diferentes países de una región comuniquen sus datos en períodos diferentes (especialmente en África);
- cambios en las pautas de consumo incluidas la prevalencia, la frecuencia del consumo y las cantidades típicas consumidas en cada ocasión;
- medidas de prevención y la disponibilidad, la facilidad de acceso y la utilización de los servicios de tratamiento;
- la respuesta del sistema de justicia penal a los narcodelinquentes, como puede ser el tratamiento obligatorio como alternativa al encarcelamiento.

Los opiáceos son, con gran diferencia, la principal droga problemática en Europa y Asia, pero lo son cada vez menos en Oceanía

Los opiáceos son, sin duda, la principal droga problemática en Europa, según se desprende de la demanda de tratamiento durante los últimos 10 años (por lo menos el 55% de

Fig. 101: Pautas y tendencias regionales de las principales drogas problemáticas según refleja la demanda de tratamiento

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA, informes de los gobiernos nacionales



Notas: Los porcentajes son medias no ponderadas de la demanda de tratamiento en los países que comunicaron datos.

No se incluye la categoría 'otras drogas' por lo que los totales pueden no sumar 100%. En cambio, el consumo de múltiples drogas puede elevar el total más allá del 100%.

Número de países que comunican datos sobre demanda de tratamiento: Europa (30 a 45); África (15 a 41); América del Norte (3); América del Sur (21 a 26); Asia (27 a 43); Oceanía (1 ó 2).

* Año especificado o último año disponible en el momento de publicar el Informe Mundial sobre las Drogas.

Los datos sobre tratamiento de más de 10 años de antigüedad se eliminaron de las estimaciones de 2008 y por tanto se debe proceder con cautela al comparar los datos de 2008 con los de años anteriores.

la demanda) y en Asia (constantemente superior al 60% de la demanda).

Los opiáceos también han contribuido al aumento de la demanda de tratamiento en África, del 8% (a fines del decenio de 1990) al 20% (en 2008). Aunque en África los tratamientos relacionados con los opiáceos durante el último decenio han aumentado, el gran aumento se debe, en cierta medida, a un error estadístico ya que los datos anteriores sobre tratamientos (con más de 10 años de antigüedad) se eliminaron y no fue posible sustituirlo pues no se recibieron nuevos datos. Por tanto, los datos sobre los pequeños Estados insulares, como Mauricio y Seychelles, donde la proporción de tratamientos por consumo de opiáceos ha sido históricamente muy elevada, contribuyen más a la demanda de tratamiento por consumo de opiáceos en África.

Los tratamientos relacionados con los opiáceos han aumentado mucho en América del Norte, del 10% (2006) al 23% (2008), lo que refleja el aumento del consumo de opioides sintéticos, drogas que posiblemente, se estén comenzando a consumir en América del Sur. En Oceanía se ha producido una sorprendente disminución de la demanda de tratamiento por opiáceos del 66% (fines del decenio de 1990) al 26% (2008), en consonancia con la gran escasez de heroína en 2001 en Australia que indujo a muchos adictos a la heroína de abandonar ese hábito.

Los opioides sintéticos están cada vez más vinculados al consumo problemático de drogas en América del Norte

Los datos de los Estados Unidos de América¹¹ y el Canadá¹² respecto de la demanda de tratamiento correspondientes indican un aumento de los consumidores problemáticos de drogas por consumo de opioides sintéticos o medicamentos de venta con receta o ambas cosas y una disminución de los consumidores problemáticos por la heroína. En los Estados Unidos, las admisiones por consumo de opiáceos principalmente aumentaron en un 34% entre 1997 y 2007 (es decir, entre el 29% y el 32% de las demandas de tratamiento, excluidas las correspondientes al consumo de alcohol). La heroína sigue siendo la droga principal por la que se solicita tratamiento por opioides, aunque menos marcadamente debido al aumento de la demanda de tratamiento por consumo de opioides sintéticos. Las admisiones de tratamiento por opioides, en concreto por consumo de heroína, ha disminuido paulatinamente del 94% (1997) al 73% (2007), al comenzar a disminuir el número de admisiones por heroína a partir de 2002. En cambio, el número de admisiones por consumo de otros opiáceos u opioides sintéticos ha aumentado de 16.274 a 90.516 (más del 450%) entre 1997 y 2007, correspondiendo únicamente el 6% de las admisiones a los opioides en 1997 mientras que



11 Oficina de Estudios Aplicados, Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, Datos sobre Episodios de Tratamiento (TEDS).

12 Substance Abuse Statistical Tables, DATIS Centre for Addiction & Mental Health, julio de 2009.

Fig. 102: Admisiones para tratamiento por consumo de opiáceos, 1997-2007 (América del Norte)

Nota: Porcentaje de admisiones, excluido el alcohol.

Fuentes: Oficina de Estudios Aplicados, Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, Datos sobre Episodios de Tratamiento (TEDS)

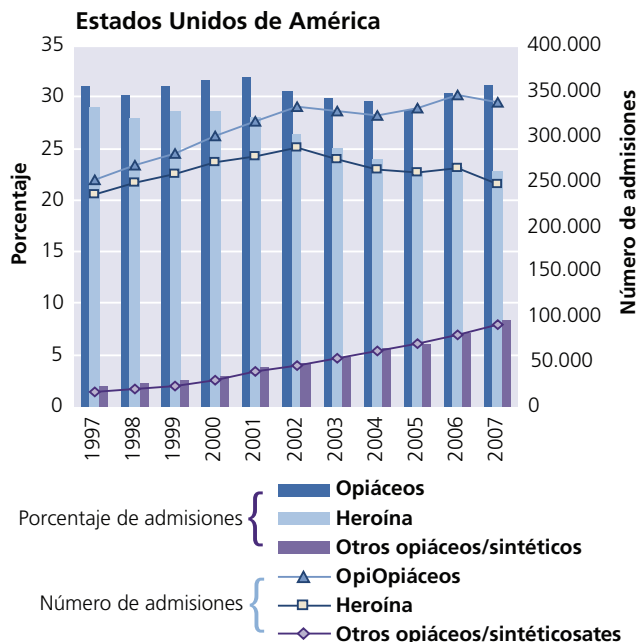
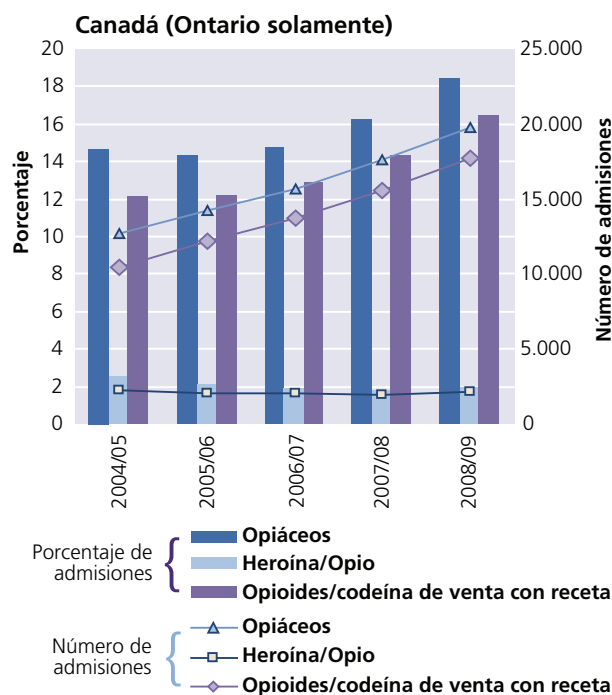


Fig. 103: Admisiones para tratamiento por consumo de opiáceos, 2004-2009 (América del Norte)

Nota: Porcentaje de admisiones, excluidos el alcohol, el tabaco y otras sustancias no especificadas.

Fuentes: Substance Abuse Statistical Tables, DATIS, Centre for Addiction & Mental Health, julio de 2009





ese porcentaje fue del 27% en 2007. En el Canadá la situación es análoga. La demanda de tratamiento por consumo de opioides de venta con receta ha sido mayor que la correspondiente a la heroína o el opio durante los últimos años, y esa demanda sigue aumentando. La demanda de tratamiento en Ontario indica que el número de admisiones por consumo de opioides aumentó en un 55% entre 2004/2005 y 2008/2009, es decir del 14,7% al 18,5% de todas las demandas de tratamiento por consumo de drogas (excluidos el alcohol y el tabaco). Ese aumento es atribuible al aumento, en un 68%, de las admisiones por consumo de opioides o codeína de venta con receta (de hecho las admisiones por heroína u opio disminuyeron un 5%). El total de admisiones (excluidos el alcohol y el tabaco) por consumo de opioides o codeína de venta con receta ha aumentado del 12,1% al 16,5%, mientras que los tratamientos por consumo de heroína u opio ha disminuido del 2,6% al 2,0%.

El cannabis es una droga cada vez más problemática

Aunque es la droga que más se consume en el mundo, frecuentemente se cree que el cannabis es la droga menos dañina y de poco interés desde el punto de vista de la salud pública, pese a que la experiencia de los últimos años ha demostrado que el consumo de cannabis puede ocasionar daños considerables. Los datos sobre la demanda de tratamiento por consumo de cannabis y las investigaciones médicas ponen de manifiesto las consecuencias potencialmente graves del consumo de cannabis para la salud.

Entre los efectos adversos más probables del consumo de cannabis se incluyen la dependencia, el aumento del riesgo de accidentes de circulación, la alteración de la función respiratoria, los trastornos cardiovasculares y los efectos adversos del consumo habitual en el desarrollo psicosocial y la salud mental de los adolescentes.¹³ El creciente número de consumidores problemáticos de drogas respecto del cannabis no suele guardar relación con un aumento similar en el número total de consumidores de cannabis, lo que indica que, en los últimos años, se han reconocido y diagnosticado cada vez en mayor medida los riesgos asociados con el consumo del cannabis. El aumento de la potencia del cannabis en muchas partes del mundo (particularmente en los países industrializados) es otro factor contribuyente al aumento de los riesgos del consumo de cannabis.

El cannabis es sin duda la droga predominante respecto del tratamiento en África con una demanda sostenida de más del 60%. Durante los últimos 10 años, el cannabis ha sido la droga respecto de la cual la demanda de tratamiento en Europa ha aumentado (duplicándose con creces del 10% al 22%), América del Sur (duplicándose con creces del 15% al 40%), y Oceanía (triplicándose con creces del 13% hasta estabilizarse en torno al 47%). Tan solo en América del Norte se ha reducido la demanda de tratamiento por consumo de cannabis en comparación con otras drogas.

13 Hall W. y Degenhardt, L., "Adverse health effects of non-medical cannabis use", *The Lancet*, Vol. 374, núm. 9698, págs. 1383-1391, 17 de octubre de 2009.

El nivel de los daños causados por el consumo de cannabis aumenta en Australia

Los casos de tratamiento en que el cannabis era la principal droga de consumo, aumentaron en Australia en un 34%, de 23.826 a 31.864 tan solo entre 2002 y 2008,¹⁴ pese a una marcada reducción del consumo de cannabis en la población general.

Esa tendencia creciente del consumo problemático del cannabis y del daño conexo podría deberse a, entre otras cosas, el aumento del consumo entre antiguos consumidores lo que refleja dependencia entre las personas con una larga historia de consumo iniciado a una edad relativamente temprana y el aumento de la disponibilidad de cannabis más barato y posiblemente de mayor potencia. Las remisiones del sistema de justicia penal no parecen haber influido en el aumento del número de casos de nuevo tratamiento en Australia.¹⁵

Persiste la incertidumbre sobre los factores que contribuyen al aumento de la demanda de tratamiento por consumo de cannabis en Europa

El cannabis ocupa el segundo lugar en la demanda de tratamiento a nivel europeo y su porcentaje respecto de esa demanda ha estado aumentando constantemente. El OEDT ha venido documentando el aumento de la demanda de tratamiento por problemas relacionados con el cannabis desde 1996, pero las discrepancias entre distintos países son considerables. En 2006, el 21% de todos los clientes europeos y el 28% de los nuevos clientes iniciaban tratamiento principalmente por consumo de cannabis. En Dinamarca, Alemania, Francia, Hungría y Turquía el porcentaje de nuevos clientes de tratamiento por consumo de cannabis como principal droga era superior al 50%. Sin embargo no se han podido determinar los motivos de esa demanda y el OEDT recomienda investigaciones adicionales¹⁶ para abordar esta cuestión.¹⁷

El efecto del consumo de múltiples drogas en las estadísticas sobre tratamientos es importante. Si bien en el pasado las personas que acudían a tratamiento podrían haber quedado registradas casi automáticamente como consumidoras de heroína, ahora probablemente sería más adecuado que quedaran registradas como consumidoras de cannabis como principal droga problemática, aunque consuman también otras drogas. Además, la creciente complejidad del consumo de drogas hace difícil hacer una caracterización

14 Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *Alcohol and other drug treatment services in Australia 2007-2008: report on the national minimum data set*, Drug treatment series no. 9, cat. no. HSE 73, Canberra, 2009.

15 Roxburgh, A., Hall, WD, Degenhardt, L., McLaren, J., Black, E., Copeland, J. y Mattick, RP, "The epidemiology of cannabis use and cannabis-related harm in Australia 1993-2007", *Addiction*, 2010, 12 de marzo de 2010. Presentación preliminar previa a la publicación.

16 OEDT, *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monographs series 8, Vol. 2, Lisboa, 2008.

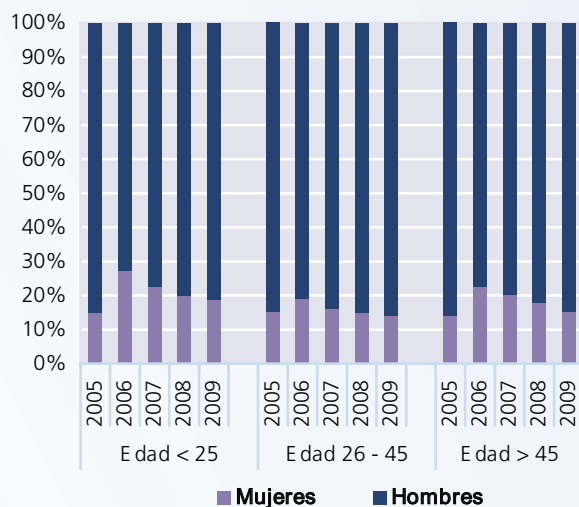
17 OEDT, *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Cannabis problems in context - understanding the increase in European treatment demands*, Lisboa, 2004.

El género y el mercado ilícito de drogas

Los mercados de drogas ilícitas afectan a más hombres que mujeres en todo el mundo, tanto en términos de consumo como de tráfico ilícito de las sustancias. Son escasos los datos que caracterizan a los traficantes de drogas ilícitas. En 2009, la Comisión de Estupefacientes, en su resolución 52/1 destacó la importancia de reunir y analizar datos desglosados por sexo y edad, y de realizar investigaciones sobre las cuestiones de género en relación con el tráfico de drogas, especialmente el empleo de mujeres y niñas como portadoras de drogas. La Comisión pidió que se mejorara la reunión de datos y recomendó que se realizaran análisis en función del género con los datos disponibles. Una fuente de datos que puede utilizarse para un análisis de los traficantes de drogas en función del género es la Base de Datos de Incautaciones de Drogas Individuales, en la que los datos presentados por un número limitado de países (entre 30 y 50 de todas las regiones) se incluyen las características de los traficantes asociados con cada incautación.¹ Esos datos indican que la gran mayoría de los traficantes de drogas son hombres y que, independientemente de la edad, el porcentaje de mujeres traficantes ha disminuido ligeramente entre 2006 y 2009, situándose entre el 15% y el 20% de los traficantes detectados en 2009.

Fig. 104: Tendencias en la distribución por género de los traficantes de drogas, 2005-2009

Fuente: UNODC, Base de Datos de las Incautaciones Individuales de Drogas



El consumo de drogas ilícitas está distribuido más equilibradamente entre hombres y mujeres, pero todavía el mayor número de consumidores son hombres. En relación con

1 Cabría la posibilidad de que los Estados Miembros comunicaran en el CPIA datos sobre el sexo de los detenidos en relación con las drogas. Sin embargo, no es posible utilizar esos datos para un análisis de género dado que muy pocos países comunican desglosados por sexo los datos sobre detenidos por lo que son poco comparables entre países.

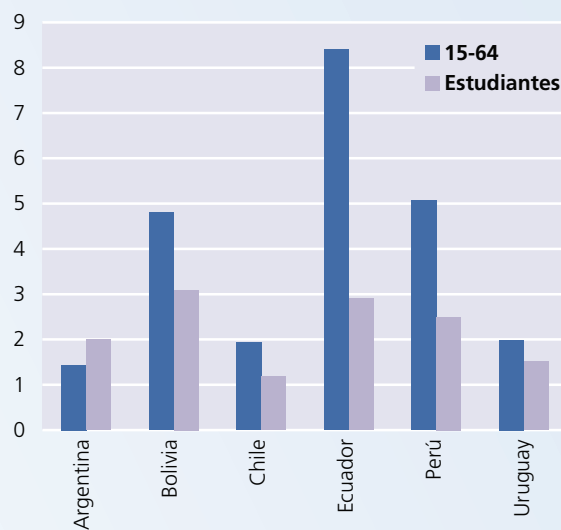
todas las drogas, la diferencia entre hombres y mujeres es inferior entre la población joven que entre los adultos.

El número de estudiantes varones que consumen cocaína y cannabis en todos los países de Europa es superior al de las muchachas. En cambio, las estudiantes comunican con mayor frecuencia el consumo de tranquilizantes en prácticamente todos los países y el consumo de éxtasis en algunos países.²

Las mismas disparidades de género pueden observarse entre los jóvenes y los adultos en América del Sur. En un estudio comparativo, por ejemplo, se indica que en los seis países analizados, salvo la Argentina, la diferencia entre los géneros³ en cuanto al consumo de cannabis era inferior entre los estudiantes que en la población adulta, aunque con grandes diferencias de un país a otro. Los datos de América Latina y otras partes del mundo indican que cuanto más avanzado está un país, mayor es la proporción de mujeres entre los consumidores de drogas.

Fig. 105: Proporción de los géneros en el consumo de cannabis a lo largo de la vida, determinados países seleccionados de América del Sur

Fuentes: UNODC/Organización de Estados Americanos (OEA), Informe subregional sobre el uso de drogas en la población escolarizada, segundo estudio conjunto, 2009; UNODC/OEA, Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregión - primer estudio comparativo sobre el consumo de drogas y factores asociados en la población de 15 a 64 años, 2008



En general, el consumo y la dependencia de sustancias son también más elevados entre los hombres que entre las mujeres, aunque según un análisis por edades en los Estados Unidos en 2008 la proporción de dependencia de sustancias era superior entre mujeres (8,2%) que entre

2 OEDT, *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Lisboa, 2006.
3 Relación de la prevalencia entre hombres y mujeres.

hombres (7,0%) en la población de 12 a 17 años, mientras que esa proporción era casi el doble entre los hombres (12,0%) que entre las mujeres (6,3%) en la población de 18 años o más.⁴ Hay pocos estudios en que se analicen las diferencias de género en cuanto a la facilidad de acceso a los servicios de tratamiento. En 2004, en Europa la proporción de tratamientos entre hombres y mujeres era de 4:1. Esa alta proporción (mayor que la proporción entre hombres y mujeres consumidores de drogas) puede explicarse por el mayor peligro observado entre los hombres de convertirse en consumidores problemáticos. Al mismo tiempo, según la OEDT, no hay estudios que puedan proporcionar respuestas definitivas sobre la distribución por sexo de las necesidades no cubiertas de tratamiento de los consumidores problemáticos de drogas.⁵ En muchos países en que los papeles de los sexos están culturalmente determinados y se reconocen pocas facultades a las mujeres, las diferencias de género pueden reflejarse en una falta de acceso a los servicios de tratamiento lo que puede deberse: a) a que el estigma asociado con el consumo de drogas sea mayor para las mujeres que para los hombres, o b) al hecho de que los servicios no están concebidos para mujeres (por ejemplo, no admiten mujeres o no están concebidos teniendo en cuenta la seguridad y el cuidado de los niños). Un ejemplo de la falta de acceso podría ser el del Afganistán, donde en 2008 había solo tres centros de tratamiento internos por consumo de drogas para mujeres con servicios contiguos para cuidado de niños, pese al elevado nivel de consumo de heroína y opio entre la población femenina.⁶



- 4 Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2000-2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*, Oficina de Estudios Aplicados, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.
- 5 OEDT, *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*, Lisboa, 2006.
- 6 Informe presentado al Congreso de EE.UU., *Report on Progress Toward Security and Stability in Afghanistan*, abril de 2010.

sencilla de los consumidores problemáticos de drogas según un solo tipo de droga. En el contexto de los consumidores que combinan varias drogas para obtener el efecto que quieren alcanzar, el consumo del cannabis es potencialmente más dañino porque su efecto combinado con el de otras drogas puede ser muy diferente del que se obtiene cuando se consume solo.

La cocaína es la principal droga problemática en América, pero su porcentaje de consumo está disminuyendo en América del Norte

La demanda de tratamiento por consumo de cocaína es más dominante en América, donde se concentra el cultivo de la coca. La cocaína es la principal droga problemática según la demanda de tratamiento en América del Sur (más del 50% de la demanda), y aunque en un momento parecía estar disminuyendo, durante los últimos años la situación se ha estabilizado. Aunque la cocaína era la principal droga respecto de la cual se solicitaba tratamiento en América del Norte a fines del decenio de 1990, la demanda de tratamiento relacionado con la cocaína ha estado disminuyendo durante el último decenio suponiendo solo el 31% del total de la demanda de tratamiento en 2008. En cambio, en Europa esa demanda aumentó del 3% al 10% durante ese mismo período. La demanda de tratamiento relacionado con la cocaína en África es menos del 10% del total¹⁸, y en Asia y Oceanía la demanda es insignificante (<1%).

La demanda de tratamiento por consumo de ETA es relativamente baja, pero no poco importante

Asia tiene el mayor porcentaje de admisiones por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico (ETA), y son las drogas de segundo mayor consumo en la región. En Oceanía y América del Norte, la demanda de tratamiento por ETA ha aumentado a cerca del 20% desde fines del decenio de 1990. En cambio, la demanda de tratamiento se ha mantenido aproximadamente por debajo del 10% en otras regiones, con un posible brote reciente en América del Sur. Cabe señalar que el tratamiento por ETA no se suele administrar de igual modo al de otras drogas y podría fácilmente no quedar reflejada adecuadamente.



- 18 Pese a los datos consignados, no hay indicios de disminución alguna en la demanda de tratamiento relacionado con la cocaína durante el último decenio. La menor demanda mostrada según los datos consignados es un error estadístico debido a la supresión de los datos de más de 10 años de antigüedad.

2.2 Opio/heroína



2.2.1 Producción

Cultivo

En 2009, la superficie cultivada de adormidera disminuyó en un 15% en relación con 2008. Al igual que en el año anterior, esa reducción se debió fundamentalmente a la gran disminución del cultivo de adormidera en el Afganistán, que no se compensó su aumento en Myanmar y la República Democrática Popular Lao. En el Afganistán, país en que en 2009 se concentraban dos tercios (66%) del cultivo mundial de adormidera, se continuó concentrando ese cultivo principalmente en el sur y el oeste del país. Más de la mitad de la superficie dedicada a la adormidera (57%) se encontraba en una sola provincia, Hilmand, aunque la mayor parte de la disminución del cultivo en relación con 2008 se produjo en la misma provincia, en la llamada *zona alimentaria*, zona en la que los agricultores recibían apoyo en forma de semillas de trigo y fertilizantes. Casi toda la superficie afgana dedicada al cultivo de adormidera estaba localizada en provincias con una situación de gran inseguridad. En 2009, la erradicación se mantuvo en los niveles relativamente bajos de 2008. Una evaluación preliminar indicó que el nivel de cultivo de adormidera en 2010 podría ser muy similar al de 2009.¹

En el Pakistán, país vecino del Afganistán, el cultivo de adormidera en 2009 se mantuvo aproximadamente al mismo nivel que años anteriores en menos de 2.000 hectáreas. En Myanmar, el segundo país de mayor cultivo de adormidera (17% del cultivo mundial) se registró el tercer aumento anual consecutivo del cultivo, aunque el nivel se mantiene muy inferior al del decenio de 1990 y

¹ UNODC, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Afghanistan Opium Survey 2010. Winter Rapid Assessment*, febrero de 2010.

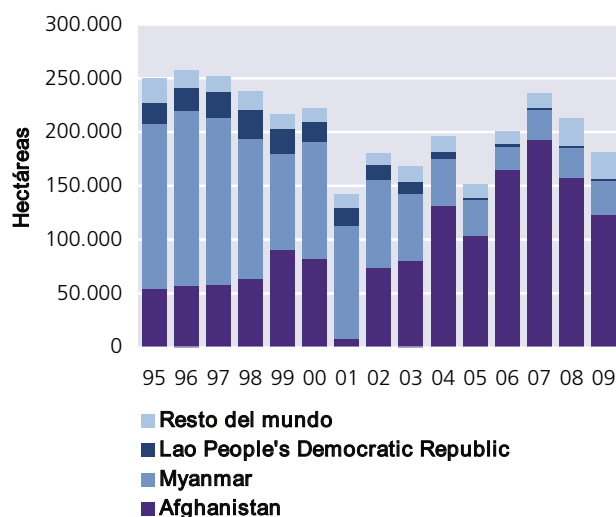


principios del decenio de 2000. La mayor parte de la superficie de cultivo estaba concentrada en la zona oriental del país (Estado de Shan). El cultivo de adormidera en la República Democrática Popular Lao se mantuvo a un nivel bajo de unas 2.000 hectáreas, sin cambios significativos desde 2005. México sigue siendo el tercer país de mayor cultivo, habiendo aumentado significativamente la superficie dedicada al cultivo de adormidera entre 2007 y 2008.

Fig. 106: Cultivo mundial de adormidera (ha), 1995-2009

Nota: La estimación para el "Resto del mundo" correspondiente a 2009 es provisional debido a que se dispone de limitada información respecto de algunos países y regiones.

Fuente: UNODC



La información sobre la erradicación de adormidera y las incautaciones de material de esas plantas ponen de manifiesto que en muchos otros países y regiones existen cultivos

Cuadro 14: Cultivo ilícito mundial de adormidera y producción de opiáceos, 1995-2009

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CULTIVO^(a) EN HECTÁREAS															
ASIA SUDOCCIDENTAL															
Afganistán ^(b)	53.759	56.824	58.416	63.674	90.583	82.171	7.606	74.100	80.000	131.000	104.000	165.000	193.000	157.000	123.000
Pakistán ^(c)	5.091	873	874	950	284	260	213	622	2.500	1.500	2.438	1.545	1.701	1.909	1.779
Subtotal	58.850	57.697	59.290	64.624	90.867	82.431	7.819	74.722	82.500	132.500	106.438	166.545	194.701	158.909	124.779
ASIA SUDORIENTAL															
RDP Lao ^(d)	19.650	21.601	24.082	26.837	22.543	19.052	17.255	14.000	12.000	6.600	1.800	2.500	1.500	1.600	1.900
Myanmar ^(e)	154.070	163.000	155.150	130.300	89.500	108.700	105.000	81.400	62.200	44.200	32.800	21.500	27.700	28.500	31.700
Tailandia ^(f)	168	368	352	716	702	890	820	750							
Viet Nam ^(f)	1.880	1.743	340	442	442										
Subtotal	175.768	186.712	179.924	158.295	113.187	128.642	123.075	96.150	74.200	50.800	34.600	24.000	29.200	30.100	33.600
AMÉRICA LATINA															
Colombia ^(g)	5.226	4.916	6.584	7.350	6.500	6.500	4.300	4.153	4.026	3.950	1.950	1.023	715	394	356
México ^(h)	5.050	5.100	4.000	5.500	3.600	1.900	4.400	2.700	4.800	3.500	3.300	5.000	6.900	15.000	n.d.
Subtotal	10.276	10.016	10.584	12.850	10.100	8.400	8.700	6.853	8.826	7.450	5.250	6.023	7.615	15.394	15.394
OTROS⁽ⁱ⁾															
Combinados	5.025	3.190	2.050	2.050	2.050	2.479	2.500	2.500	3.074	5.190	5.212	4.432	4.184		
Otros países														8.600	7.600
TOTAL	249.919	257.615	251.848	237.819	216.204	221.952	142.094	180.225	168.600	195.940	151.500	201.000	235.700	213.003	181.373
PRODUCCIÓN POTENCIAL DE OPIO EN TONELADAS MÉTRICAS^(j)															
ASIA SUDOCCIDENTAL															
Afganistán ^(b)	2.335	2.248	2.804	2.693	4.565	3.276	185	3.400	3.600	4.200	4.100	6.100	8.200	7.700	6.900
Pakistán ^(c)	112	24	24	26	9	8	5	5	52	40	36	39	43	48	44
Subtotal	2.447	2.272	2.828	2.719	4.574	3.284	190	3.405	3.652	4.240	4.136	6.139	8.243	7.748	6.944
ASIA SUDORIENTAL															
RDP Lao ^(d)	128	140	147	124	124	167	134	112	120	43	14	20	9	10	11
Myanmar ^(e)	1.664	1.760	1.676	1.303	895	1.087	1.097	828	810	370	312	315	460	410	330
Tailandia ^(f)	2	5	4	8	8	6	6	9							
Viet Nam ^(f)	9	9	2	2	2										
Subtotal	1.803	1.914	1.829	1.437	1.029	1.260	1.237	949	930	413	326	335	469	420	341
AMÉRICA LATINA															
Colombia ^(g)	71	67	90	100	88	88	80	52	50	49	24	13	14	10	9
México ^(h)	53	54	46	60	43	21	91	58	101	73	71	108	149	325	n.d.
Subtotal	124	121	136	160	131	109	171	110	151	122	95	121	163	335	335
OTROS⁽ⁱ⁾															
Combinados	78	48	30	30	30	38	32	56	50	75	63	16	15		
Otros países ^(k)														139	134
TOTAL	4.452	4.355	4.823	4.346	5.764	4.691	1.630	4.520	4.783	4.850	4.620	6.610	8.890	8.641	7.754
OPIO NO PROCESADO^(l)															
FABRICACIÓN POTENCIAL DE HEROÍNA EN TONELADAS MÉTRICAS^(m)															
Disponible FUERA del AFGANISTÁN	445	436	482	435	576	469	163	452	478	495	472	606	735	724	634
TOTAL⁽ⁿ⁾										529	472	629	757	752	657

- a) Adormidera cosechable después de la erradicación.
- b) Afganistán, fuentes: antes de 2003: UNODC; desde 2003: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos, con apoyo de la UNODC.
- c) Pakistán, fuentes: CPIA, Gobierno del Pakistán, Departamento de Estado de los EE.UU.
- d) RDP Lao, fuentes: 1995: Departamento de Estado de los EE.UU.; 1996-1999: UNODC; desde 2000: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos, con apoyo de la UNODC.
- e) Myanmar, fuentes: antes de 2001: Departamento de Estado de los EE.UU.; desde 2001: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos, con apoyo de la UNODC.
- f) Debido a que los cultivos son siempre bajos, las cifras de Viet Nam (desde el 2000) y Tailandia (desde 2003) se han incluido en la categoría "Otros".
- g) Colombia, fuentes: antes de 2000: diversas fuentes, desde 2000: Gobierno de Colombia. Producción: En Colombia, el opio se produce como látex de opio, que tiene un mayor contenido de humedad que el opio producido en otras regiones del mundo. Las cifras que de este cuadro se refieren al opio seco. En 2008 y 2009 la producción de opio seco en Colombia se calculó sobre la base de cifras de rendimiento regional y tasas de conversión del Departamento de Estado/DEA de los EE.UU.
- h) Cifras derivadas de encuestas del Gobierno de los EE.UU. El Gobierno de México comunicó un cultivo de adormidera en bruto de 19.147 hectáreas (2006) y estimó la producción de opio en bruto en 211 toneladas (2006), 122 toneladas (2007), 144 toneladas (2008) y 162 toneladas (2009). Esas cifras brutas no son directamente comparables con las cifras netas presentadas en este cuadro. El Gobierno de México no está en condiciones de confirmar las cifras de los EE.UU. ya que no tiene información sobre la metodología empleada para calcularlas.
- i) Informes de diversas fuentes indican que el cultivo ilícito de adormidera también existe en otros países y regiones, incluidos Argelia, países del Báltico, países de los Balcanes, Egipto, Guatemala, el Iraq, el Líbano, el Perú, la Federación de Rusia y otros países de la CEL, Asia meridional, Tailandia, Ucrania, Venezuela, Viet Nam, así como en Asia Central y la región del Cáucaso. A partir de 2008, se incorporó una nueva metodología para estimar el cultivo de adormidera y la producción de opio y heroína en esos países. Esa nueva serie se incluye en "Otros países". Las estimaciones son mayores que las cifras anteriores pero tienen un orden de magnitud similar. La descripción detallada de la metodología para la estimación puede encontrarse en la versión en línea del Informe Mundial sobre las Drogas 2010.
- j) La producción potencial se refiere a la cantidad de opio seco al horno con un contenido desconocido de morfina que podría producirse si toda la adormidera cultivada en una zona, en un año, se cosechara de la forma tradicional de hacer una incisión en las cápsulas de opio y recoger la goma o el látex de opio.
- k) En algunos países, la paja de opio se utiliza para producir opio acetilado en lugar de goma de opio. Sin embargo, a los fines de la comparabilidad, se asumió que todo el cultivo de adormidera se usó para la producción de goma de opio.
- l) Esta estimación representa la cantidad de opio que se mantiene como opio y no es procesado para obtener morfina o heroína. Se refiere solo al opio afgano ya que en el caso de otros países no se pudo estimar la cantidad de opio que no se procesa como morfina o heroína. Durante años, antes de 2004, no se disponía de esa estimación para el Afganistán.
- m) Desde 2004: Producción potencial de heroína disponible fuera del Afganistán. Los estimados para el Afganistán solo incluyen la heroína y la morfina disponibles para la exportación, esto es, después de deducir el consumo local y las incautaciones, sobre la base de las Encuestas sobre el Opio del Afganistán. La cantidad estimada de opio afgano que queda disponible como opio, no se incluye en esa cifra. En cuanto a los demás países, se supone que todo el opio se convierte en heroína, independientemente de que quepa la posibilidad de que se consuma alguna cantidad de opio como tal o como morfina.
- n) Esta serie contiene toda la heroína potencialmente fabricada a nivel mundial, incluidas la heroína y la morfina consumidas e incautadas en el Afganistán. La cantidad estimada de opio afgano disponible como opio (opio potencial, no procesado) no se incluye en esta cifra.
- o) La fabricación potencial se refiere a la cantidad de heroína de pureza desconocida que se podría producir si toda la producción potencial de opio se convirtiera en heroína, con exclusión del opio que se consume como tal y no es procesado. En encuestas clave realizadas en el Afganistán se indica que para fabricar 1 kilogramo de heroína base parda de pureza desconocida se necesitan 7 kilogramos de opio seco al aire. Las purezas típicas de la heroína base incautada en el Afganistán oscilan del 50% al 80%. Suponiendo un contenido de humedad del 10% al 15% en el opio seco al aire libre, 7 kilogramos de opio seco al aire libre equivaldrían a entre 6,0 kilogramos y 6,3 kilogramos de opio seco al horno. Con la pureza base típica indicada del 50% al 80%, con necesarios entre 7,4 kilogramos y 12,6 kilogramos de opio seco al horno para producir 1 kilogramo de heroína base con un 100% de pureza en el Afganistán. En un estudio de la DEA sobre la eficiencia de los laboratorios de heroína en Colombia, se estimó que en realidad se requerían 8 kilogramos de opio seco al horno para producir 1 kilogramo de HCl de heroína con una pureza del 100%, lo que correspondería a una eficiencia general de los laboratorios del 67,2% para producir HCl de heroína a partir de opio (látex). Ello indica que las proporciones utilizadas actualmente para la conversión del opio seco al horno en heroína 7:1 (Afganistán), 8:1 (Colombia en años recientes) y 10:1 (el resto del mundo) podrían en efecto proporcionar un estimado de la producción de heroína pura. No obstante, se considera que las estimaciones de heroína proporcionadas se refieren a "heroína de pureza desconocida" puesto que todavía se conoce poco la eficiencia de los laboratorios de la mayoría de los países productores.

Cuadro 15: Erradicación de adormidera notificada en determinados países (ha), 1995-2009

* Aunque la erradicación se realizó en 2004, no se comunicó oficialmente a la UNODC.

Fuente: CPIA, informes de los gobiernos, informes de órganos regionales, INCSR

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Afganistán					400	121			21.430	*	5.103	15.300	19.047	5.480	5.351
Colombia	3.466	6.885	6.988	2.901	8.249	9.254	2.385	3.577	3.266	3.866	2.121	1.929	375	381	546
Egipto								15	34	65	45	50	98	121	
Guatemala											489	720	449	536	1.345
India			29	96	248	153	18	219	494	167	12	247	8.000	624	2.420
Líbano									4.134	3.556	2.575	1.518	779	575	651
México									4	67	27		8		
Myanmar	15.389	14.671	17.732	17.449	15.461	15.717	15.350	19.157	20.034	15.926	21.609	16.890	11.046	13.095	11.471
Nepal	3.310	1.938	3.093	3.172	9.824	1.643	9.317	7.469	638	2.820	3.907	3.970	3.598	4.820	4.087
Pakistán								19	19			1		21	35
Perú		867	654	2.194	1.197	1.704	1.484		4.185	5.200	391	354	614	0	16
RDP Lao				4	18	26	155	14	57	98	92	88	88	23	32
Tailandia	580	886	1.053	716	808	757	832	989	767	122	110	153	220	285	201
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	148	51	266	148	137	215	39	0	0	87	154	0	0	0	
Viet Nam	477	1.142	340	439		426		125	100	32			38	99	45

ilícitos de adormidera.² En el caso de los países respecto de los cuales se disponía de información sobre la erradicación o incautación de plantas de adormidera, pero no acerca de la superficie de cultivo entre 2003 y 2009 se elaboró una metodología para estimar el cultivo de adormidera en esos países. Esa metodología indirecta no permite hacer estimaciones respecto de países individuales, pero puede proporcionar una estimación del nivel total de cultivo de opio en ese grupo residual de países, área que, en 2009, fue de 7.600 hectáreas equivalentes al 4% del cultivo mundial. En el capítulo sobre metodología se incluye una descripción detallada de la metodología de estimación empleada, disponible también en el sitio web de la UNODC: www.unodc.org/wdr.

Producción

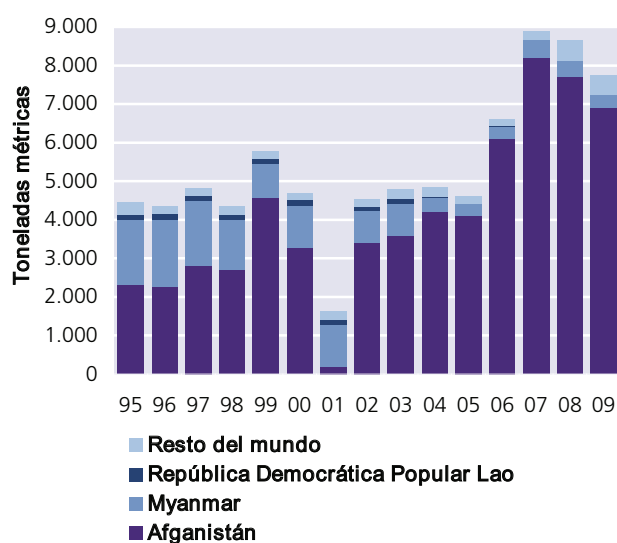
En 2009, la producción potencial de opio en el mundo se estimó en 7.755 toneladas, una disminución del 10% respecto de 2008. Se calcula que más de un tercio (37%) circulaba en el mercado de drogas como opio, convirtién-

2 Sin una información detallada de las circunstancias de las incautaciones de paja de adormidera, las incautaciones como tales no son prueba de cultivo ilícito de adormidera. El material podría haber sido desviado de cultivos lícitos u originarse en otro país. Entre 2003 y 2009, un promedio de 18 países y territorios comunicaron erradicación o incautación de adormidera o ambas cosas, lo que indica la existencia de cultivo de adormidera. Esos países son: Argelia, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Bangladesh, Belarús, Costa Rica, Ecuador, Egipto, Estonia, ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Guatemala, India, Japón, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Líbano, Lituania, República de Moldova, Nepal, Noruega, Perú, Polonia, Rumania, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán, República Bolivariana de Venezuela, Viet Nam y el Territorio Palestino. Fuente: UNODC, CPIA y IDS, Departamento de Estado de los EE.UU. Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas (INCSR).

Fig. 107: Producción potencial de opio en el mundo (tm), 1995-2009

Nota: La estimación correspondiente al "Resto del mundo" en 2009 es provisional ya que se dispone de información limitada sobre algunos países y regiones.

Fuente: UNODC



dose el porcentaje restante en morfina y heroína. Esas cantidades suponen una producción potencial de heroína de 657 toneladas; la segunda disminución consecutiva desde 2007, desde que la producción mundial de opio alcanzó sus máximas cotas de 8.890 toneladas, y una producción potencial estimada de heroína de 757 toneladas.

El rendimiento del opio en el Afganistán siguió siendo muy alto en 2009. La producción potencial de opio se estimó en 6.900 toneladas. Se calculó que cerca del 56% del total de

opio producido era potencialmente exportado como morfina y heroína, por una cantidad de 548 toneladas de heroína equivalente.³ El Afganistán sigue siendo con mucho el mayor productor de opio del mundo, con una producción del 89% del total mundial de la producción lícita de opio. Pese al aumento del cultivo, la producción de opio de Myanmar disminuyó un 20% hasta 330 toneladas, debido a rendimientos más bajos.

Laboratorios

Solo ocho países comunicaron la destrucción de laboratorios clandestinos de procesamiento de opiáceos en 2008. Además de los países productores de opio, como el Afganistán (69 laboratorios), Myanmar (5), México (1) y el Perú (1), comunicaron haber destruido laboratorios clandestinos de procesamiento de opiáceos Belarús (1), Grecia (2), Nueva Zelandia (1) y la Federación de Rusia (1). En 2007 se comunicaron cifras muy superiores (639). No obstante, la mayoría de esos laboratorios eran “laboratorios caseros” en pequeña escala comunicados por la Federación de Rusia, muchos de los cuales producían opio acetilado a partir de la paja de adormidera, cuyo consumo se reduce habitualmente a esa subregión. Cabe suponer que la mayor producción de heroína sigue realizándose en los países en que se cultiva la adormidera o en lugares muy cercanos.

Precusores químicos

La producción ilícita de morfina y heroína requiere grandes cantidades de precursores químicos como anhídrido acético, sustancia esencial en el refinamiento de la morfina para convertirla en heroína. Todo el anhídrido acético utilizado para la producción de heroína en el Afganistán tiene que entrar de contrabando en el país ya que no se conoce la existencia de instalaciones para la producción ni se ha comunicado ningún uso legítimo de esa sustancia química en el país.⁴

En 2008 se comunicaron incautaciones de grandes cantidades de anhídrido acético, básicamente en países de Europa y Asia occidental (el Afganistán, el Pakistán, la República Árabe Siria y Turquía), por un total de 199.344 litros (57.308 litros en 2007).⁵ También se incautaron grandes cantidades en el Asia oriental y sudoriental (China, la República de Corea y Myanmar). En América del Sur, Colombia comunica periódicamente incautaciones de anhídrido acético. El incremento de la cooperación y la fiscalización internacionales han contribuido a prevenir la desviación de grandes cantidades de precursores.

3 Una descripción detallada de la metodología para la estimación del opio y la heroína afgana puede encontrarse en UNODC/Gobierno del Afganistán (Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes), *Afghanistan Opium Survey 2009*, diciembre de 2009.

4 La información sobre incautaciones de precursores proviene fundamentalmente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, E/INCB/2009/1.

5 La cantidad total incautada comunicada no incluye las incautaciones en el Afganistán, que no se comunicaron oficialmente a la JIFE. El Afganistán comunicó incautaciones a la UNODC en 2008 por un total de 14.234 litros de anhídrido acético.

Las incautaciones y la información conexas han confirmado que ha existido tráfico a gran escala de morfina y heroína hacia el Afganistán y países vecinos, pero también hacia otros países productores de opio. Los controles establecidos parecen haber ocasionado el alto precio del anhídrido acético en el Afganistán (entre 350 y 400 dólares EE.UU. por litro), uno de los factores principales relacionados con el costo de la producción de heroína.⁶

6 UNODC/ Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Estudio sobre el opio en el Afganistán 2009*, diciembre de 2009.



2.2.2 Incautaciones

En 2008 continuaron aumentando constantemente las incautaciones de opio, junto con las incautaciones de heroína, que aumentaron por segundo año consecutivo, aunque menos marcadamente. En cambio, las incautaciones de morfina se mantuvieron en la tendencia decreciente iniciada en 2007. Aunque, en general, las incautaciones de heroína han tendido a aumentar desde 2002, han sido sobrepasadas con creces por las incautaciones mundiales de opio. Ello se debe en gran medida a las incautaciones efectuadas en la República Islámica del Irán cuyos aumentos tanto de las incautaciones de heroína como de opio, suponen la inmensa mayoría del total mundial de incautaciones de opio.

En general, las interceptaciones de opio se concentran en la zona alrededor del Afganistán, mientras que las incautaciones de heroína procesada están mucho más dispersas geográficamente. Es lógico, mientras más cerca esté la sustancia del producto final (heroína), más omnipresente es. Además, el opio se consume sobre todo en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoriental.

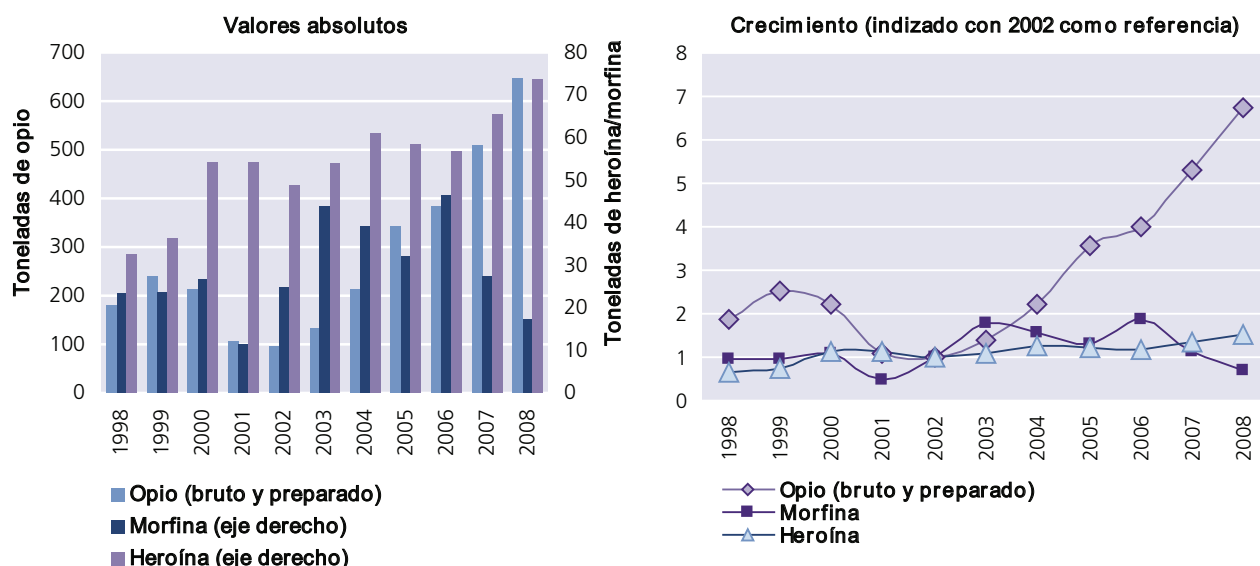
El total de las incautaciones de heroína está determinado por varios factores, incluidas las operaciones de las fuerzas del orden, así como el suministro mundial de heroína, que a su vez depende de la producción mundial de heroína y

opio. Con todo, las incautaciones mundiales de heroína tienden a responder a cambios en los niveles de producción con lapsos más prolongados que en el caso del opio debido al tiempo de procesamiento del opio para transformarlo en heroína de tráfico. Por tanto, el efecto de la producción en las incautaciones se percibe posteriormente, y además puede ser menos pronunciado. La distinción puede observarse, por ejemplo, en la brusca disminución de la producción de opio en 2001, y la consiguiente drástica reducción de las incautaciones de opio ese mismo año, además de una reducción mucho menos pronunciada de la heroína el año siguiente. Durante el período de 2001 a 2008, los totales de incautaciones de heroína mantenían una correlación más sólida con las estimaciones de producción de opio del año anterior, mientras que en el caso del opio, la mejor correlación se observa con la producción media del propio año y los años anteriores. Ello indica que la tasa de interceptación de heroína puede evaluarse mejor si se calcula comparando el total de incautaciones con la producción estimada para el año anterior.

La necesidad de hacer ajustes por pureza en las estimaciones⁷ de la producción y de las incautaciones de heroína, acentúa las dificultades para calcular la tasa mundial de interceptación de heroína lo que no sucede en el caso del opio.

Fig. 108: Incautaciones mundiales de opiáceos, 1998-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



⁷ Las estimaciones disponibles de la producción de heroína se refieren a heroína de pureza desconocida.

Fig. 109: Distribución de las incautaciones de opiáceos en todo el mundo (porcentaje), 2008

* La categoría "Otros" se refiere a un conjunto diferente de países según el tipo de droga.
Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

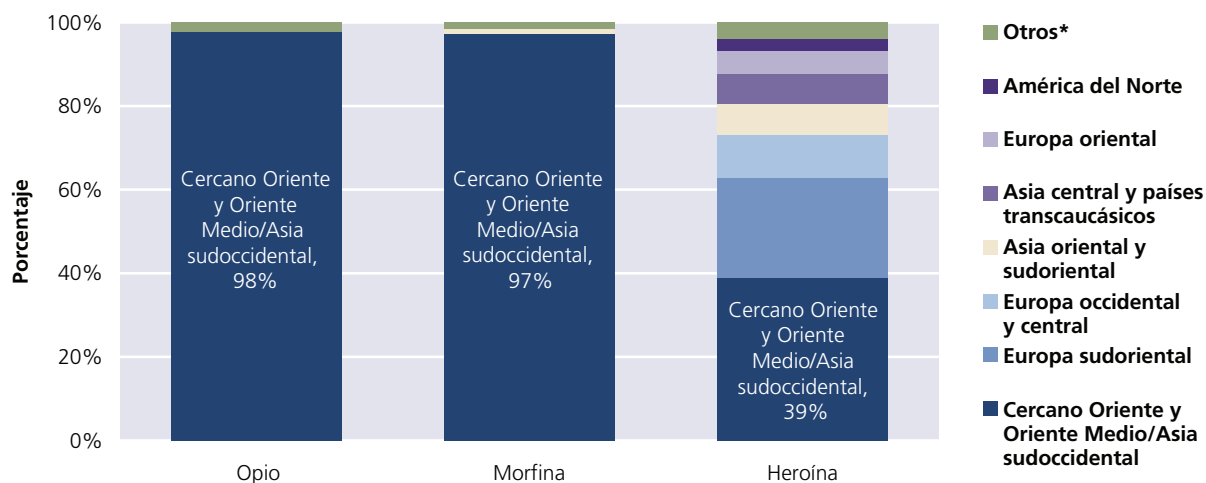
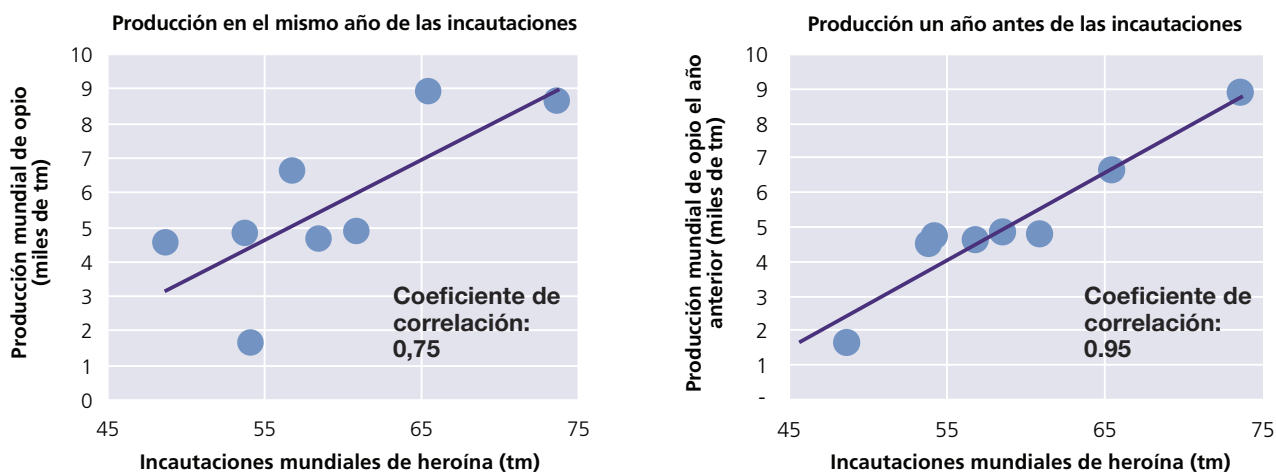


Fig. 110: Correlación de las incautaciones mundiales de heroína con la producción total de opio, 2001-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA (datos de incautaciones). UNODC (estimaciones de producción)



La tasa de interceptaciones de opio⁸ aumentó ligeramente en 2008, del 17% en 2007 al 19%. Por otra parte, la relación de las incautaciones de otros opiáceos (heroína y morfina) con la producción potencial estimada de heroína en el año anterior disminuyó del 15% en 2007 al 12% en 2008.⁹

Opio

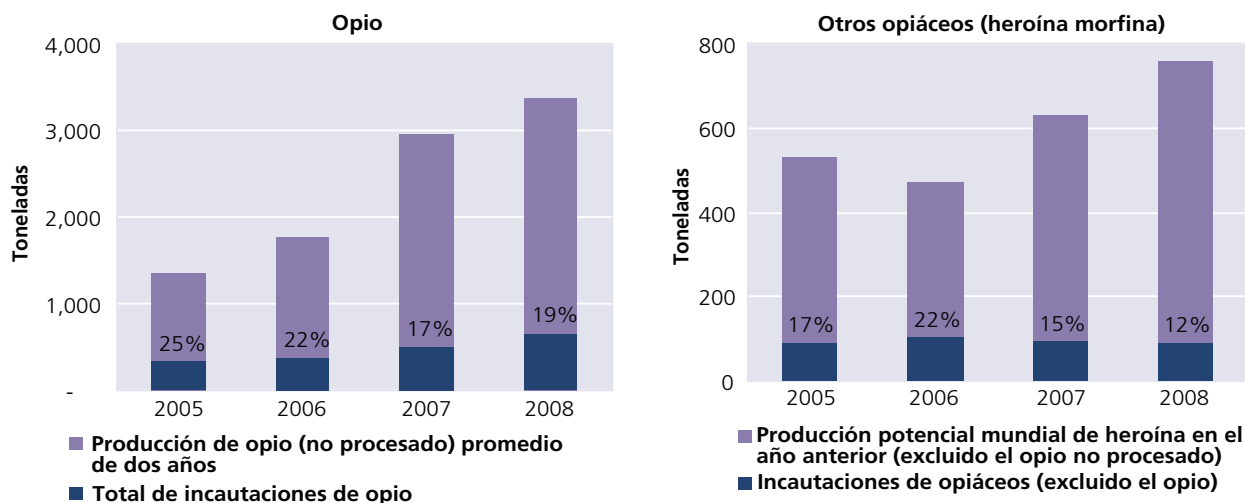
Las incautaciones mundiales de opio han aumentado continuamente durante seis años consecutivos, de 95,7 toneladas en 2002 a cerca de siete veces más, 646 toneladas, en 2008, equivalentes a aumentos anuales sistemáticos del 37%. Ese aumento ha estado determinado básicamente por las cantidades incautadas en la República Islámica del Irán, que continúa comunicando las mayores incautaciones de opio del mundo. La mayor parte de las demás incautaciones se produjeron en el Afganistán y el Pakistán. A esos tres países en su conjunto correspondió más del 97% de las incautaciones mundiales en 2007 y 2008.

Todos los años desde 1996 hasta 2008, las incautaciones anuales de opio en la República Islámica del Irán supusieron más de dos tercios del total mundial. Durante seis años consecutivos, se incautaron cantidades cada vez mayores de opio en ese país (de 73 toneladas en 2002 a 561

8 Calculada como la relación de las incautaciones mundiales de opio en un año dado con la oferta mundial estimada de opio no procesado en heroína o morfina. La oferta se estima por la producción media en el año dado y el año anterior.
9 En años anteriores, la UNODC estimaba una sola tasa de interceptaciones por opiáceo, que expresaba las incautaciones totales de opiáceos en un año dado, convertida en equivalentes de heroína, como porcentaje de la producción potencial de heroína (excluyendo, desde 2004, las incautaciones y el consumo en el Afganistán) ese mismo año.

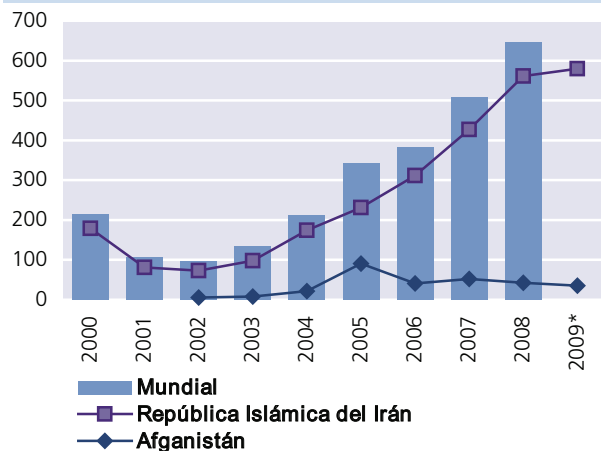
Fig. 111: Comparación de las incautaciones mundiales de opiáceos con las estimaciones de la producción mundial

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA (datos sobre incautaciones), UNODC (estimaciones de producción)

**Fig. 112: Incautaciones de opio en el Afganistán, la República Islámica del Irán y en todo el mundo (tm), 2000-2009**

* Los datos de 2009 correspondientes a la República Islámica del Irán son preliminares.

Fuente: UNODC CPIA/DELTA



toneladas en 2008), lo que marcó una tendencia para el total mundial. Según datos preliminares, en 2009 las incautaciones se estabilizaron en unas 579 toneladas.¹⁰

Las incautaciones de opio en el Afganistán descendieron de 52,5 toneladas en 2007 a 42,8 toneladas¹¹ en 2008. Dada la gran cantidad de opio que se produce en el Afganistán, esos niveles representan una tasa de incautaciones desproporcionadamente baja. Sobre la base de los datos reunidos por la UNODC, en 2008, las incautaciones de opio tuvieron lugar fundamentalmente en las provincias de Hilmand (20,8 tm), Nangarhar (9,8 tm), Kandahar (4,1 tm) y Hirat (3,4 tm). El Afganistán comunicó incautaciones de 35,7



10 República Islámica del Irán, Sede de la Lucha contra las Drogas, *Drug Control in 2009*.

11 Oficina de la UNODC en el Afganistán.

toneladas en 2009. Sin embargo, cabe la posibilidad de que esa cifra no incluya las incautaciones realizadas por las fuerzas internacionales en colaboración con las fuerzas afganas, tan solo en la primera mitad de 2009 por medio de operaciones militares se incautaron 50 toneladas de opio.¹²

En consonancia con la tendencia observada en la República Islámica del Irán, las incautaciones de opio en el Pakistán se multiplicaron por diez durante el período de 2004 a 2008, pasando de 2,5 toneladas en 2004 a 27,2 toneladas en 2008. El Pakistán también comunicó incautaciones de 6,9 toneladas de paja de adormidera en 2007, y más de 10 veces esa cantidad, 81,7 toneladas, en 2008.

Morfina

Por segundo año consecutivo, las incautaciones mundiales de morfina en 2008 se redujeron en más de un tercio, disminuyendo de 27,4 toneladas en 2007 a 17,3 toneladas. La disminución durante el período de 2006 a 2008 se debió básicamente a una notable tendencia decreciente en el Pakistán. Las incautaciones de morfina en el Pakistán se redujeron bruscamente en 2007, de 32,7 toneladas en 2006 a 11,0 toneladas, e incluso a una cantidad menor en 2008, a 7,3 toneladas, el nivel más bajo desde 2002. La tendencia decreciente contrasta marcadamente con el aumento de las incautaciones de opio en el mismo país.

En 2008, las incautaciones más importantes de morfina se practicaron en la República Islámica del Irán, 9,0 toneladas,¹³ nivel básicamente similar al de 2007 (9,7 tm). No obstante, según datos preliminares,¹⁴ en 2009 las incautaciones casi se duplicaron, llegando a 16,1 toneladas.

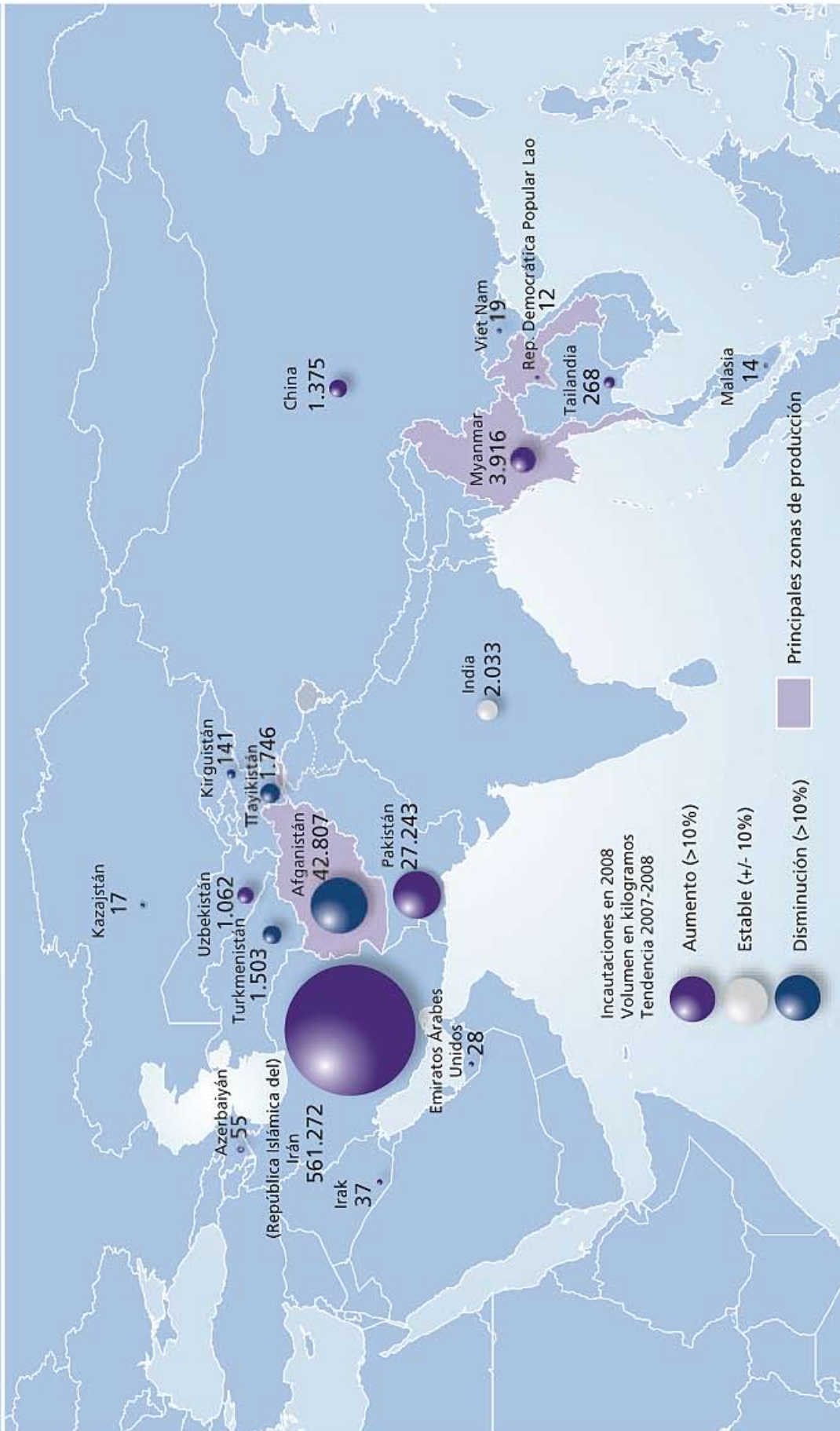


12 UNODC/Gobierno del Afganistán (Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes), *Estudio sobre el opio en el Afganistán 2009*, diciembre de 2009.

13 República Islámica del Irán, Sede de la Lucha contra las Drogas, *Drug Control in 2009*.

14 *Ibíd.*

Mapa 14: Incautaciones de opio en Asia, 2008



Fuente: UNODC datos de los CPIA complementados con otras fuentes

Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

Fig. 113: Incautaciones mundiales de morfina, 2003-2009

* Los datos de 2009 correspondiente a la República Islámica del Irán, son preliminares.

Fuente: UNODC CPIA/DELTA

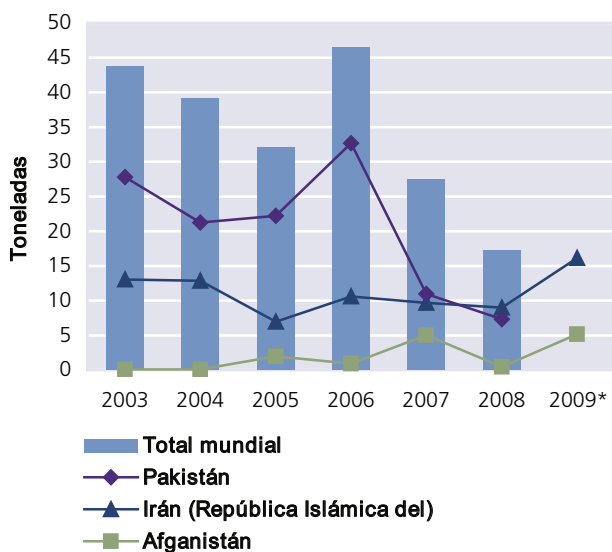


Fig. 114: Comparación de las tendencias de incautaciones de morfina y opio en el Pakistán (tm), 2004-2008

Nota: los datos se presentan a los fines de hacer una comparación temporal de las tendencias, no de las cantidades, de distintos tipos de drogas. Bajo ningún concepto una tonelada de opio debe considerarse equivalente a una tonelada de morfina (en particular en cuanto a fabricación potencial de heroína).

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

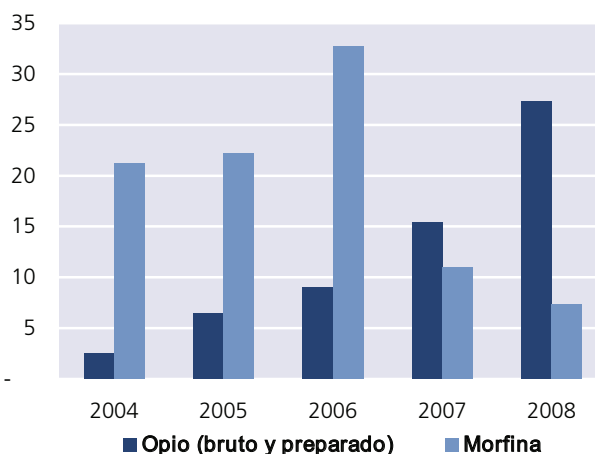


Fig. 115: Incautaciones mundiales de heroína, 1998-2008

Fuente: UNODC CPIA/DELTA

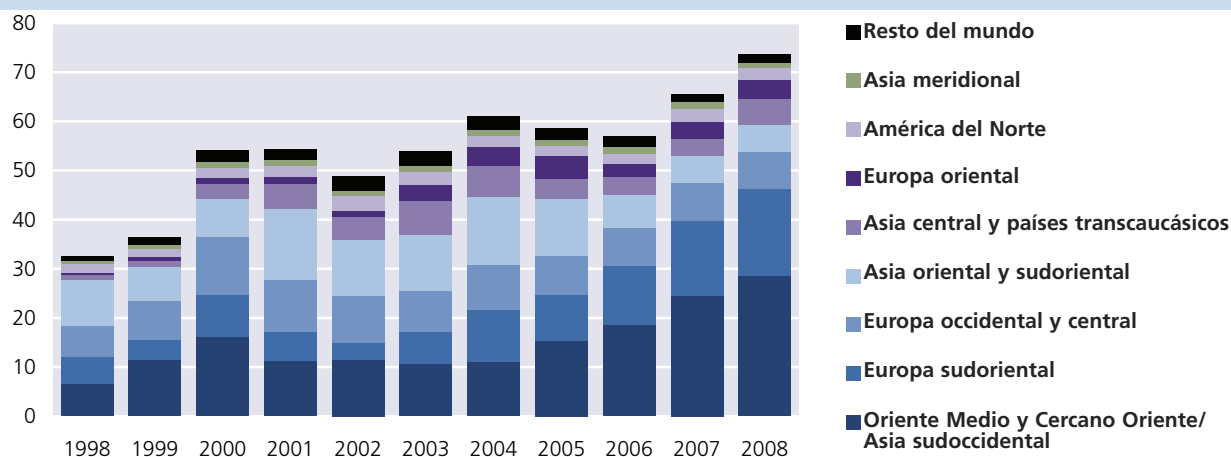
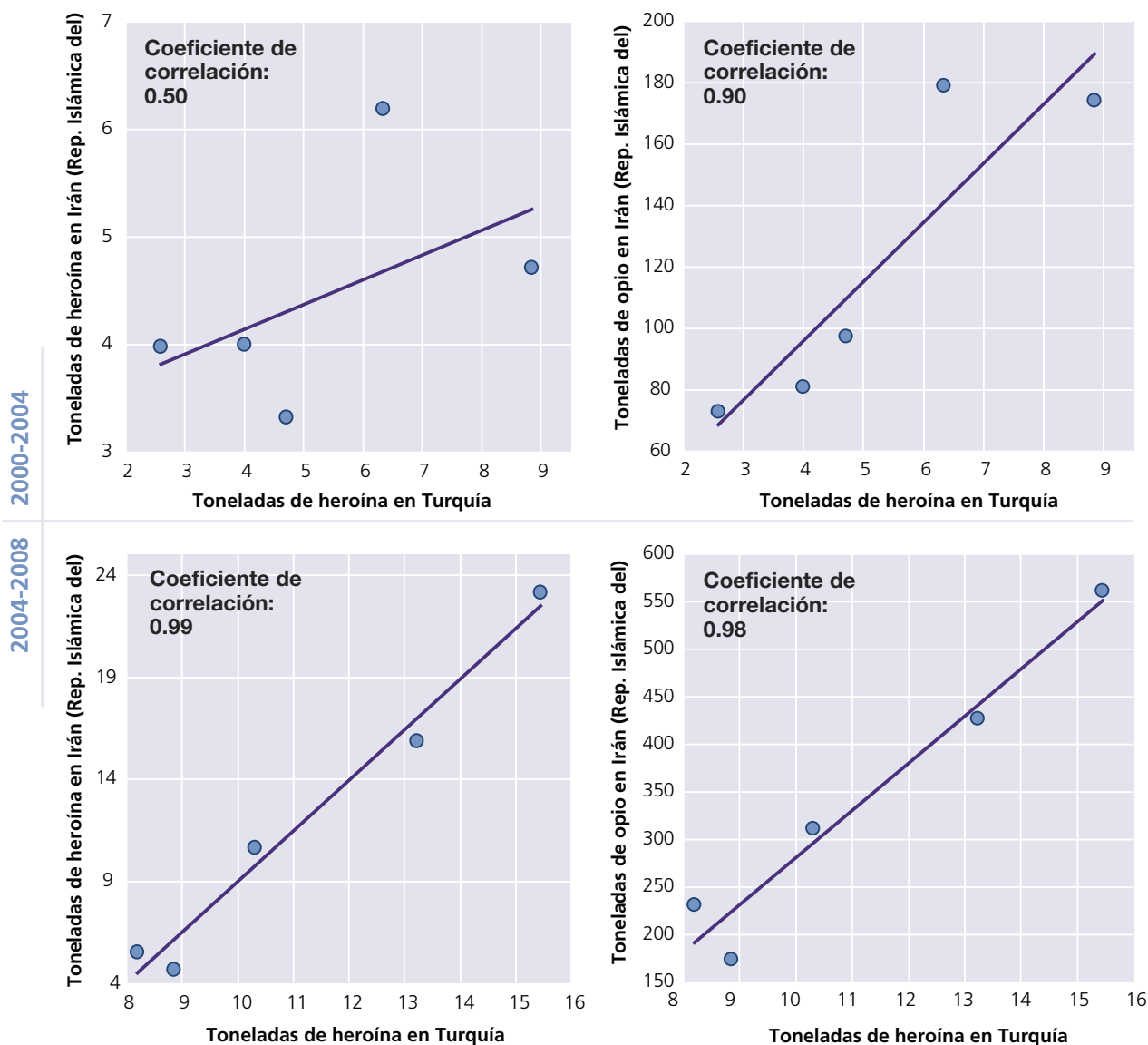


Fig. 116: Correlación entre las incautaciones de heroína en Turquía y las incautaciones de opio y heroína en la República Islámica del Irán, 2000-2004 y 2004-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



Heroína

En 2008, las incautaciones mundiales de heroína alcanzaron un nivel sin precedentes de las 65,5 toneladas incautadas en 2007 a 73,7 toneladas, suponiendo el segundo aumento interanual consecutivo. Las incautaciones de heroína siguieron mucho menos concentradas geográficamente que las incautaciones de opio y morfina, con grandes cantidades de heroína incautada en la subregión del Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental (39% del total mundial), Europa sudoriental (24%), Europa occidental y central (10%), Asia oriental y sudoriental (7,3%), Asia central y países transcaucásicos (7,3%), Europa oriental (5,4%) y América del Norte (3,1%).

El aumento de las incautaciones de heroína a nivel mundial durante el período de 2006 a 2008 se debió principalmente

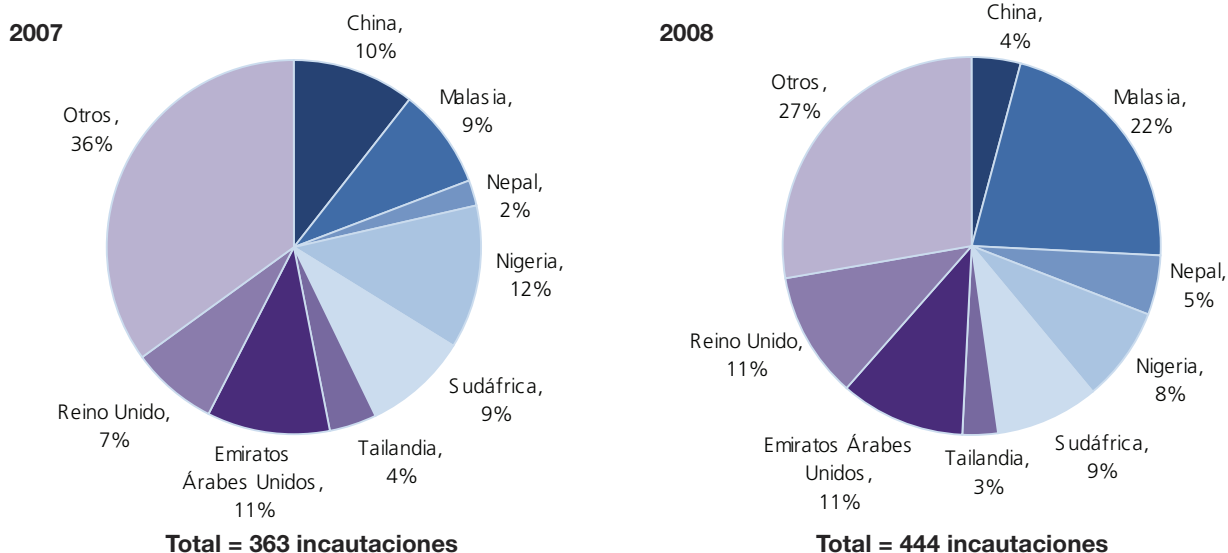
a las continuas incautaciones en la República Islámica del Irán y en Turquía. En 2008, correspondió a esos dos países más de la mitad de las incautaciones mundiales, y por tercer año consecutivo ocuparon el primer y segundo lugar, respectivamente. En 2008 las incautaciones de heroína en la República Islámica del Irán ascendieron a 23,1 toneladas.¹⁵ Según datos preliminares, en 2009 podrían haberse estabilizado ascendiendo a 23,4 toneladas.¹⁶ En Turquía, las incautaciones aumentaron de 13,2 toneladas en 2007 a 15,4 toneladas en 2008.

¹⁵ República Islámica del Irán, Sede de la Lucha contra las Drogas, *Drug Control in 2009*.

¹⁶ *Ibid.*

Fig. 117: Destino de la heroína incautada en los casos comunicados por el Pakistán, 2007 y 2008

Fuente: UNODC Base de datos de incautaciones de drogas individuales



Turquía siguió siendo un importante punto de entrada de la heroína con destino a Europa occidental y central. Una comparación de las incautaciones de heroína en Turquía con las incautaciones de opiáceos en la vecina República Islámica del Irán permite constatar pautas notables. Durante el período de 2000 a 2004, las incautaciones de heroína en Turquía guardaban una correlación más estrecha con las incautaciones de opio que con las de heroína en la República Islámica del Irán, lo que indicaría que la oferta de heroína en Turquía respondía en gran medida al opio que transitaba por la República Islámica del Irán. En cambio, durante el período de 2004 a 2008, se constató una correlación era muy marcada tanto con las incautaciones de heroína como con las de opio en la República Islámica del Irán, sin que se observaran diferencias, por lo que resulta plausible que, en última instancia, los traficantes en ambos países se abastecieran de heroína a partir de una fuente común.

Tras una notable reducción durante el período de 2004 a 2007, las incautaciones de heroína en China parecieron estabilizarse en 2008 en 4,3 toneladas, nivel solo ligeramente inferior al de 2007 (4,6 tm). China comunicó que las organizaciones de narcotráfico del África occidental (especialmente de Nigeria) estaban traficando grandes cantidades de heroína y de metanfetamina hacia China, sobre todo a través de la provincia de Guangdong.

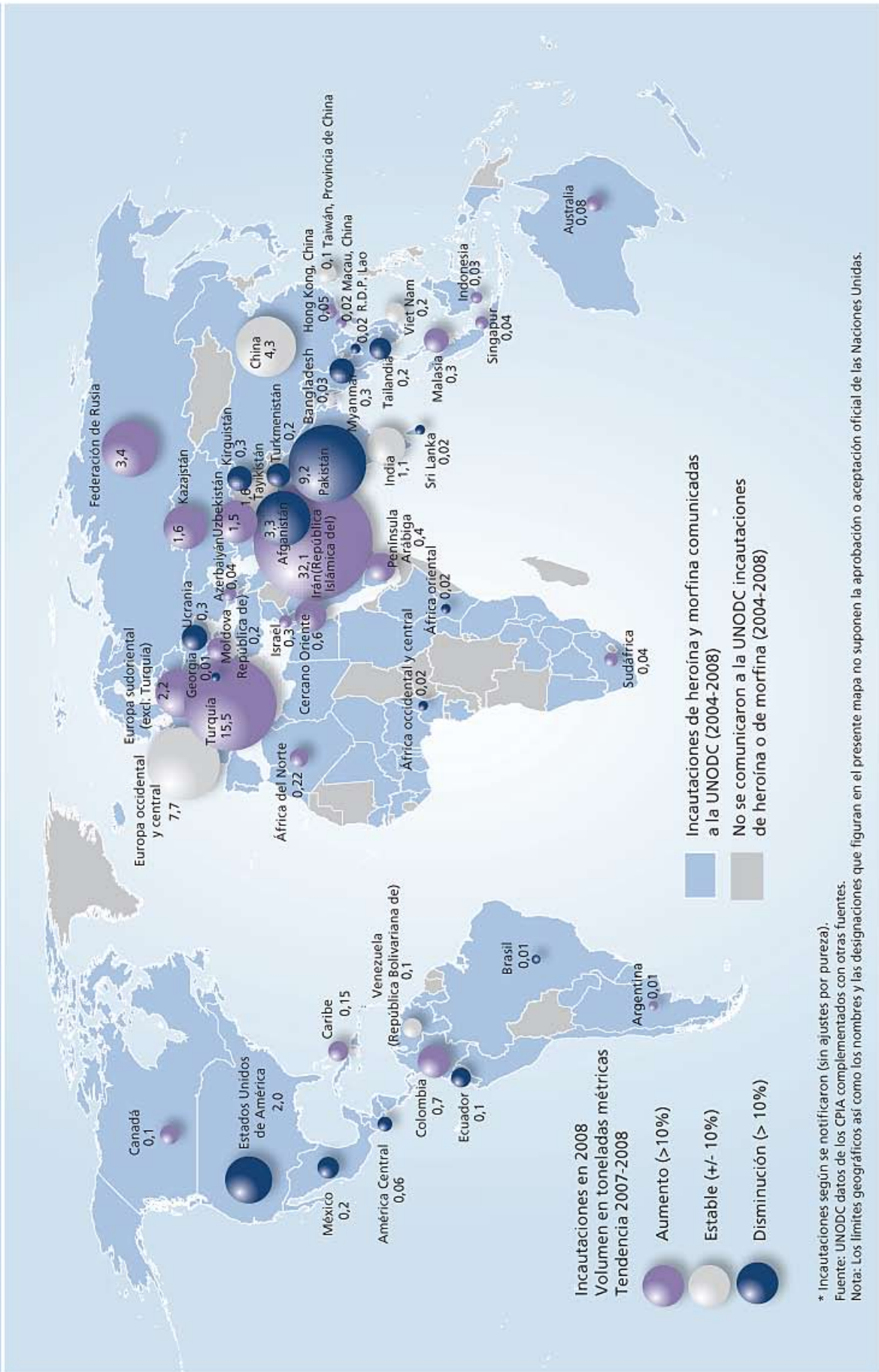
Las incautaciones de heroína se redujeron tanto en el Afganistán, de 5,0 toneladas¹⁷ en 2007 a 2,8 toneladas en 2008, como en el Pakistán, de 2,9 toneladas en 2007 a 1,9 toneladas en 2008, que fue el nivel más bajo registrado en ese país desde 1981. Por otra parte, en 2008 las incautaciones alcanzaron los niveles más altos registrados en Uzbeki-

stán (1,5 tm) y Kazajstán (1,6 tm), mientras que se mantuvieron esencialmente estables en Tayikistán (1,6 tm). Pueden encontrarse indicios adicionales de cambios en las pautas del tráfico en el Pakistán en un análisis de importantes incautaciones individuales de heroína comunicadas por ese país. En los casos en que se determinó como país destino del tráfico a otro país distinto del Pakistán, la proporción de las remesas destinadas a Malasia nunca excedieron el 1% antes de 2006. En cambio, esa proporción se elevó al 9% en 2007 y al 22% en 2008. Asimismo, la proporción de las remesas destinadas a China nunca habían excedido el 1% antes de 2005, pero ascendieron al 28% en 2006. No obstante, esa proporción disminuyó posteriormente al 10% en 2007 y al 4% en 2008.

En Europa occidental y central, las incautaciones de heroína se mantuvieron estables por segundo año consecutivo, 7,7 toneladas en 2008. Las incautaciones en la Federación de Rusia se elevaron en 2007, de 2,5 toneladas en 2006 a 2,9 toneladas, y de nuevo en 2008, a 3,4 toneladas. Las incautaciones en los Estados Unidos disminuyeron de 2,4 toneladas en 2007 a 2,0 toneladas en 2008, aunque se mantuvieron a niveles superiores a los de 2005 y 2006 (1,7 tm).

17 Oficina de la UNODC en el Afganistán.

Mapa 15: Incautaciones de heroína y morfina, 2008 (países que comunicaron incautaciones* de más de 10 kilogramos)



* Incautaciones según se notificaron (sin ajustes por pureza).
Fuente: UNODC datos de los CPIA complementados con otras fuentes.
Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

2.2.3 Precios

Precio del opio a pie de explotación y producción de opio

Los precios tanto de la heroína (al por mayor) como del opio (a pie de explotación) en el Afganistán, han disminuido notablemente durante los últimos años, pero no al mismo ritmo. Una comparación entre las tendencias de ambos precios indica que de 2006 a 2009 la proporción entre los precios de la heroína y los del opio aumentó debido a que los precios del opio estaban disminuyendo más rápidamente que los precios de la heroína. Sin conocer la composición ni la pureza de la heroína vendida a los precios comunicados, es difícil interpretar esa tendencia. Potencialmente, una proporción muy dispar podría indicar un mayor margen de ganancia para los traficantes que intervieran en la producción de la heroína. Por otra parte, los precios de los precursores parecían haber alcanzado un nivel muy alto en 2009, año en que el anhídrido acético, elemento indispensable para el proceso de transformación, se vendía entre 350 dólares EE.UU. y 400 dólares EE.UU. por litro. Por consiguiente, los altos precios de los insumos podrían (parcialmente) compensarse pagando menos por el opio, ya que el mercado no permitía un aumento del precio de la heroína. Cabe también la posibilidad de que la calidad del opio (contenido de morfina) es inferior y se requiere más opio para producir la misma cantidad de heroína.

La reducción de los precios del opio en el Afganistán no siempre es indicativa de las tendencias de los precios en los

países vecinos. Como cabe esperar, los precios del opio en los países vecinos son más altos que en el Afganistán, como resultado de los costos de transporte y primas por riesgos. El precio al por mayor del opio en Peshawar (Pakistán) parecen ser los que mejor reflejan la evolución de los precios en el Afganistán mientras que las tendencias de los precios del opio en la República Islámica del Irán y en Tayikistán parecen estar sujetos a factores adicionales.

Los precios del opio a pie de explotación en el Afganistán han estado disminuyendo en los últimos años, lo que indica un aumento de la producción en el país y un alto nivel de producción de opio en el plano mundial, siendo el Afganistán el mayor contribuyente a ese aumento. La reducción de los precios fue más marcada en los años en que aumentó considerablemente la producción en el Afganistán producción que, desde 2008, se ha equilibrado pese a su reducción, probablemente refleja niveles todavía muy altos de producción mundial de opio desde 2006 y la existencia de reservas de opio.

Los precios en Colombia, país en que los precios se refieren al látex de opio que tiene un mayor contenido de humedad que la goma de opio, no son directamente comparables con los precios del Afganistán y Myanmar, ya que allí los precios se refieren a la goma de opio secada al aire. Convertidos en equivalentes de opio secado al aire, los precios por kilogramo en Colombia serían aproximadamente de entre el doble o el triple de los precios en Myanmar, que ya son mucho más altos que los del Afganistán. Cabe hacer dos observaciones: en primer lugar, los precios del opio a pie de explotación en Myanmar, segundo país productor de opio, y en Colombia, con una producción pequeña pero regionalmente importante, han mostrado aumentos constantes durante los últimos cinco años y no reflejan el pronunciado aumento de la producción de opio en el plano mundial. En segundo lugar, los niveles de precios difieren enormemente en esas tres regiones, el Afganistán tiene los precios más bajos, Myanmar tiene un nivel de precios cinco veces más alto que el Afganistán, y Colombia (en equivalentes de opio seco de unos 930 dólares EE.UU./kg) tiene precios unas tres veces superiores a los de Myanmar, es decir, 15 veces superiores a los del Afganistán. Los precios del opio en Colombia son similares a los niveles de precios observados en Tailandia y la República Democrática Popular Lao y que son superiores a 1.000 dólares EE.UU./kg desde 2008.

La discordancia entre los precios a pie de explotación y las tendencias mundiales de producción apoya la hipótesis acerca de la existencia de mercados regionales independien-

Fig. 118: Afganistán, precio al por mayor del opio y de la heroína, 2006-2009

Fuentes: UNODC, CPIA

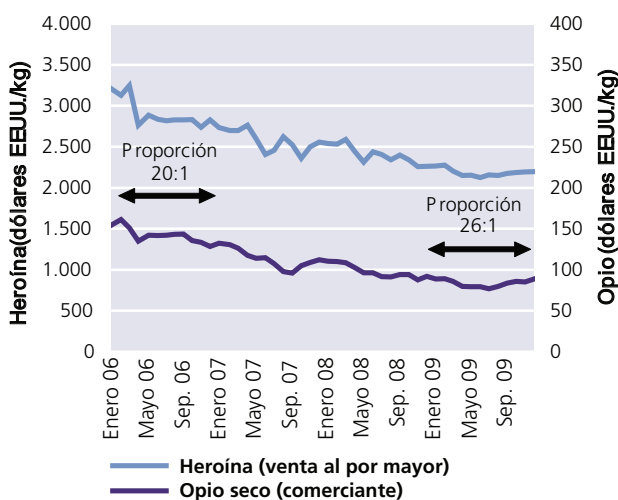


Fig. 119: Precios del opio en el Asia meridional y central (dólares EE.UU./kg), 2006-2009

Fuentes: Sistemas nacionales de vigilancia con apoyo de la UNODC en el Afganistán; Gobiernos de la República Islámica del Irán y de Tayikistán

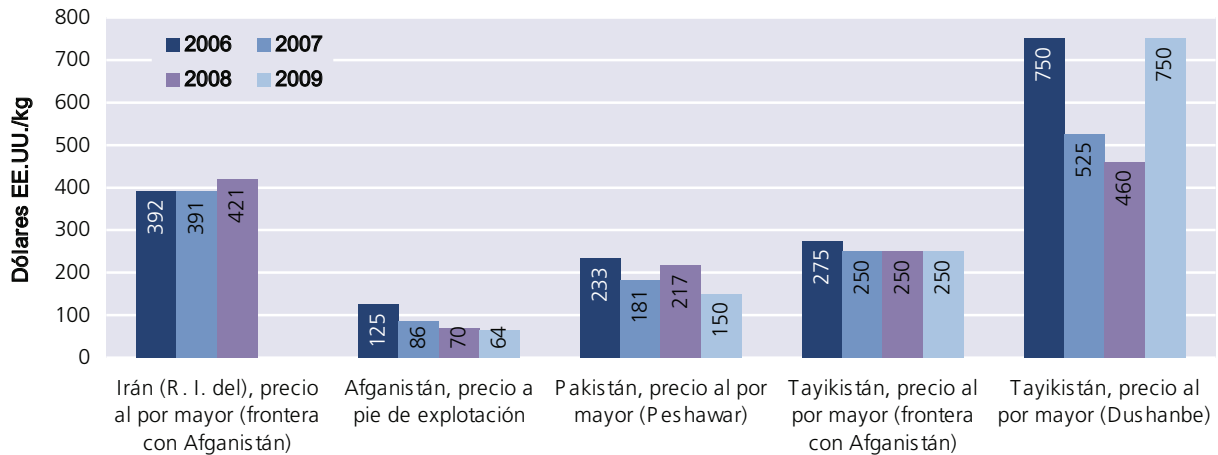


Fig. 120: Precios del opio en Afganistán, Colombia y Myanmar, 2004-2009

Source: National monitoring systems supported by UNODC in Afghanistan and Myanmar, DIRAN/Government of Colombia

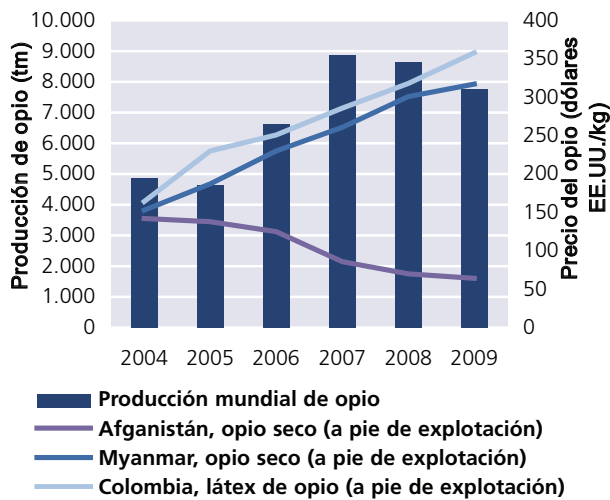
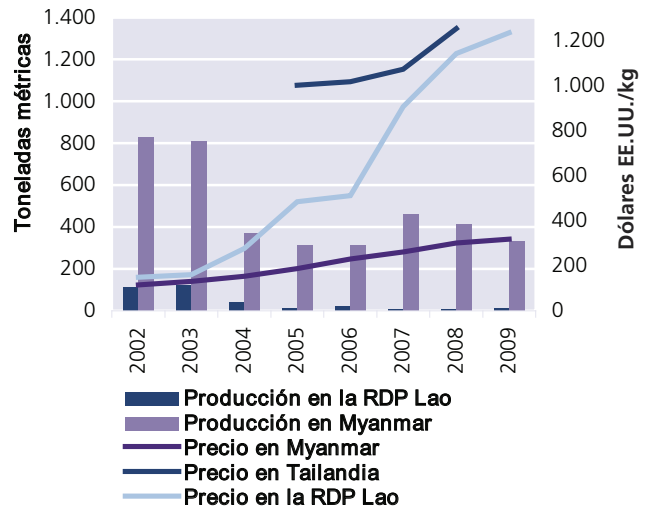


Fig. 121: Producción y precios del opio en zonas de cultivo en la República Democrática Popular Lao, Myanmar y Tailandia, 2002-2009

Fuentes: Sistemas nacionales de vigilancia con apoyo de la UNODC en la República Democrática Popular Lao y Myanmar; gobierno de Tailandia, 2002-2009



tes en que los precios reflejan los niveles y tendencias locales o regionales y no los niveles y tendencias mundiales de producción de opio.

Precios al por mayor y al por menor de la heroína

Los precios al por mayor de la heroína (no ajustados por pureza) siguen las conocidas rutas del tráfico de Asia sudoccidental a Europa, y de América del Sur y México a los Estados Unidos y el Canadá. En 2008, los precios al por mayor oscilaron entre 2.400 dólares EE.UU. por kilogramo en el Afganistán y 10.30011.800 dólares EE.UU. por kilogramo en Turquía, y un promedio de 44.300 dólares EE.UU. por kilogramo en Europa occidental y central. En América, un mercado de heroína autosuficiente en gran medida, los precios oscilaron entre 10.000 dólares EE.UU. por kilogramo en Colombia, a entre 45.000 y

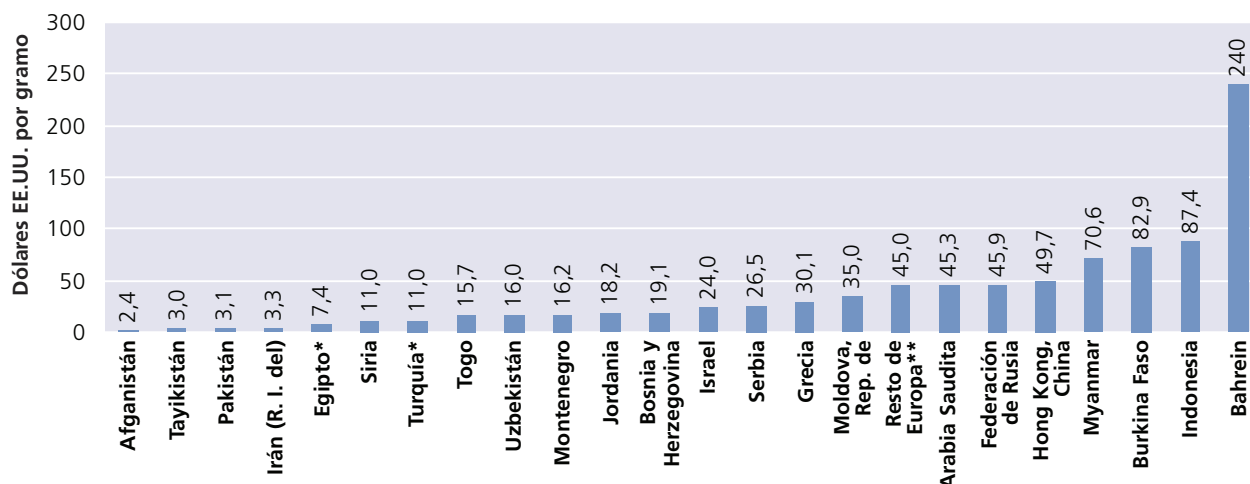
70.000 dólares EE.UU. por kilogramo en los Estados Unidos (para la heroína proveniente de América del Sur), y 119.000 dólares EE.UU. por kilogramo en el Canadá. Es probable que en el precio en México, 35.000 dólares EE.UU. por kilogramo, influyan dos factores contrapuestos, a saber, la proximidad del mercado de consumidores de los Estados Unidos, circunstancia que podría aumentar el precio, y la producción local de heroína en México,¹⁸ que podría reducir el precio.

Durante el período de 2005 a 2008, los precios de la heroína al por menor, una vez ajustados en función de la

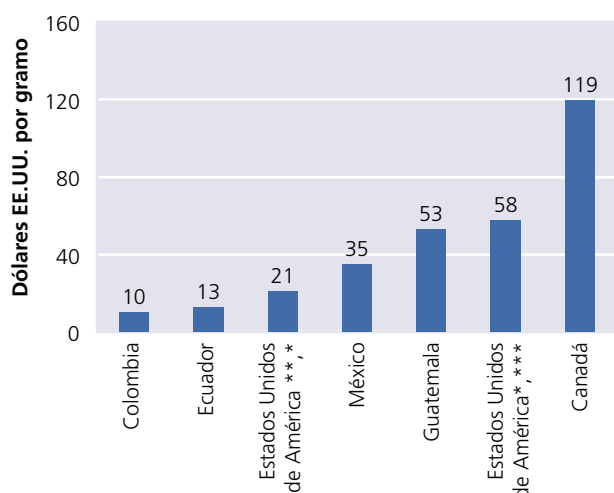
¹⁸ Se cree que México es también un país de tránsito de la heroína de América del Sur hacia los Estados Unidos.

Fig. 122: Precio al por mayor de la heroína (no ajustado por pureza) en África, Asia y Europa, 2008

* Precio medio máximo y mínimo comunicado. ** Media simple.
Fuentes: UNODC, CIA

**Fig. 123: Precios de la heroína al por mayor (no ajustados por pureza) en América, 2008**

* Promedio de los precios máximo y mínimo comunicados. ** Tar (originario de México). *** Originario de América del Sur.
Fuentes: UNODC, CIA



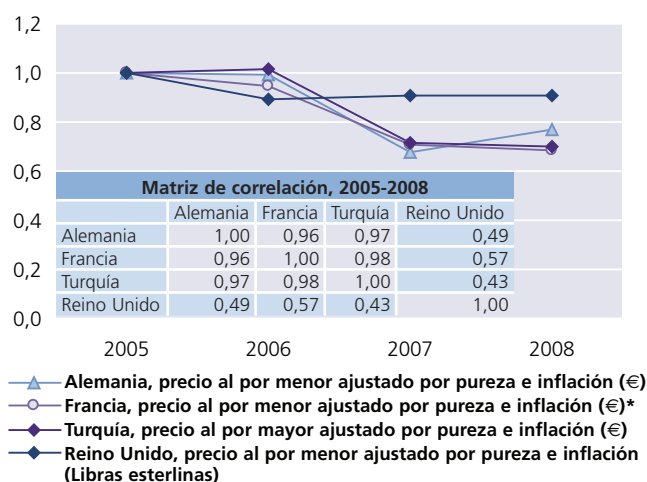
pureza y de la inflación, en los mercados europeos principales, pusieron de manifiesto una gran correlación con el precio al por mayor en Turquía, lo que confirma el importante papel de ese país como uno de los puntos de entrada principales de heroína en Europa. Una excepción notable fue el Reino Unido, país en que el precio ajustado se mantuvo básicamente estable. Ello podría reflejar las distintas pautas del tráfico de heroína con destino al Reino Unido y la destinada a Europa continental.¹⁹

En los Estados Unidos, la elevada pureza al por mayor y los bajos precios, así como otros indicadores, indican que la

¹⁹ El Reino Unido constató que el 25% de la heroína que había llegado a su mercado en 2008 se había traficado a través del Pakistán y no por la ruta de los Balcanes. Además otros factores podrían diferenciar el mercado del Reino Unido del de Europa continental.

Fig. 124: Tendencias de los precios de la heroína ajustada por pureza y por inflación, en países seleccionados de Europa, 2005-2008 (indizados, referencia 2005)

* Francia no registró variaciones en la pureza durante el período 2005-2008. Nota: los precios ajustados por pureza son estimaciones de la UNODC basadas en los precios y purezas comunicados.
Fuentes: UNODC, CIA, EUROPOL, Informe Mundial sobre las Drogas 2009



disponibilidad de heroína en el país sigue siendo generalizada e incluso está aumentando en algunas zonas. Además, los resultados del programa *Heroin Signature Program (HSP)* de la Dirección de Lucha contra las Drogas de los Estados Unidos, indican un aumento en la disponibilidad de heroína proveniente de México. El grado de pureza de la heroína al por mayor originaria de México alcanzó su máximo nivel (40%) desde 2005, mientras que (por peso) representaba el 39% de toda la heroína analizada en el marco del programa HSP, el mayor porcentaje desde 1987.²⁰

²⁰ National Drug Intelligence Center, Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*, febrero de 2010.

2.2.4 Consumo

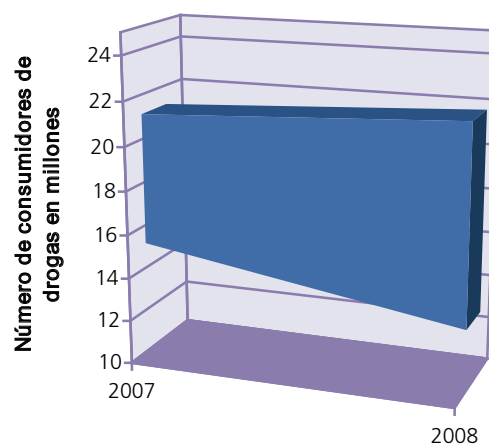
La UNODC estima que en 2008, entre 12,8 millones y 21,9 millones de personas en todo el mundo consumieron opiáceos durante los 12 meses anteriores, con una prevalencia que osciló entre el 0,3% y el 0,5% de la población mundial de 15 a 64 años. El rango de prevalencia estimada no difirió del de 2007, pero el rango del límite inferior del total estimado de consumidores anuales disminuyó, reflejando un aumento de la incertidumbre respecto del Asia meridional y África, aunque también una posible disminución del número total de consumidores observados, particularmente en Europa. Más de la mitad de los consumidores de opiáceos estimados están en Asia. Pese al notable aumento de la producción de opiáceos en los últimos años, el consumo mundial se mantiene relativamente estable, hecho confirmado también por las percepciones de los expertos nacionales.

En el Asia oriental y sudoriental se está estabilizando el consumo de opiáceos, pero siguen siendo un grupo de drogas problemáticas en muchas partes de la región

Si bien la mayoría de los países o territorios o ambos del Asia oriental y sudoriental han comunicado cierta disminución, se estima que entre 2,8 millones y 5 millones de personas de 15 a 64 años consumieron opiáceos durante el año anterior en la subregión. Se sigue comunicando que los opiáceos, y especialmente la heroína, son las drogas que más frecuentemente se consumen en China, Indonesia,

Fig. 125: Consumidores anuales de opiáceos en el mundo

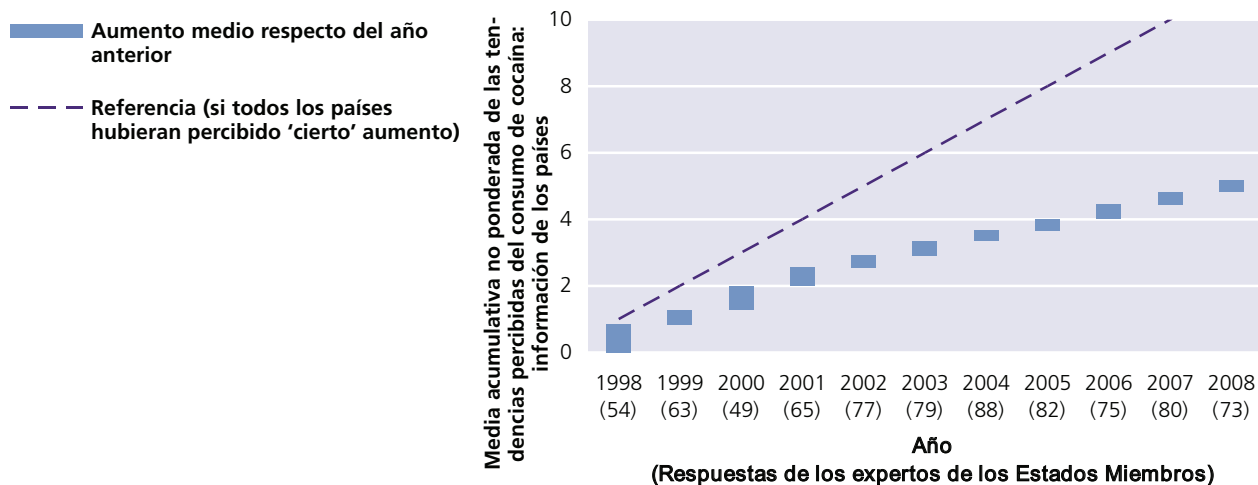
Fuentes: UNODC, CPIA



Malasia y Myanmar. Se estima que las mayores prevalencias de consumo de opiáceos en la subregión corresponden a Malasia (1,3% de la población de 15 a 64 años, 2002) y en Macao, China (1,2% de la población de 15 a 64 años, 2003). Se ha informado de que la prevalencia de consumo de drogas por inyección en la población de 15 a 64 años es similar, con una prevalencia del VIH del 10,3% en ese grupo.²¹ Salvo Myanmar, ningún país de la subregión ha proporcionado nueva información sobre el consumo de

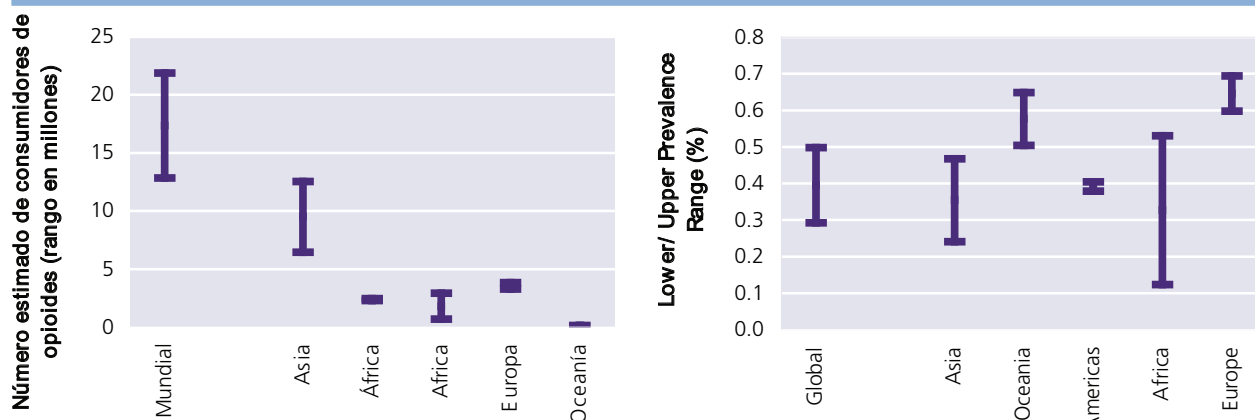
Fig. 126: Tendencia mundial percibida del consumo de opiáceos: media acumulativa no ponderada, comunicada por los expertos nacionales

* El gráfico consigna la tendencia en países que comunicaron aumento o disminución del consumo de drogas. No valora la tendencia en términos del número de consumidores.



Cuadro 16: Número estimado de personas que consumieron opiáceos por lo menos una vez el año anterior y prevalencia del consumo de opiáceos entre la población de 15 a 64 años, por región, 2008

Región/Subregión	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	Número estimado de consumidores anuales (superior)	Porcentaje de la población de 15-64 años (inferior)	Porcentaje de la población de 15-64 años (superior)
África	680.000	2.930.000	0,1	0,5
África oriental	150.000	1.730.000	0,1	1,3
África septentrional	130.000	540.000	0,1	0,4
África meridional	240.000	320.000	0,2	0,3
África occidental y central	160.000	340.000	0,1	0,2
América	2.290.000	2.440.000	0,4	0,4
Caribe	60.000	90.000	0,2	0,3
América Central	100.000	110.000	0,4	0,4
América del Norte	1.290.000	1.380.000	0,4	0,5
América del Sur	840.000	870.000	0,3	0,3
Asia	6.460.000	12.540.000	0,2	0,5
Asia central	340.000	340.000	0,7	0,7
Asia oriental/sudoriental	2.830.000	5.060.000	0,2	0,3
Cercano Oriente y Oriente Medio	1.890.000	3.820.000	0,8	1,5
Asia meridional	1.390.000	3.310.000	0,2	0,4
Europe	3.290.000	3.820.000	0,6	0,7
Europa oriental/sudoriental	2.210.000	2.460.000	0,8	0,9
Europa occidental/central	1.090.000	1.370.000	0,4	0,5
Oceanía	120.000	150.000	0,5	0,6
Total Mundial	12.840.000	21.880.000	0,3	0,5

Fig. 127: Rango del número estimado de consumidores y de la prevalencia anual del consumo de opiáceos, mundial y por regiones

opiáceos en 2008. Myanmar ha comunicado una prevalencia de consumo de opiáceos superior al promedio mundial, y las aldeas en que se produce opio tienen una tasa de consumo superior a la de las aldeas en que no se produce.²² En Myanmar, el consumo de heroína está más generalizado que el consumo de opio, pero los datos indican que el consumo de heroína podría haber aumentado en los últimos años.²³ El consumo de opio entre la población de 15 años

o más ha disminuido del 2% entre los hombres al 1,4%, y del 0,2% entre las mujeres en 2008 al 0,1% en 2009. Por otra parte, el consumo de heroína ha aumentado del 0,1% en 2008 al 0,3% en 2009.²⁴

El consumo de opiáceos en el Asia central y sudoccidental sigue siendo el más elevado

La mayoría de los países en esas subregiones tienen tasas de prevalencia de consumo de opiáceos superiores a los pro-

22 UNODC, *Opium poppy cultivation in South-East Asia*, diciembre de 2009.

23 *Ibid.*

24 UNODC, *Opium poppy cultivation in South-East Asia*, diciembre de 2008.

medios mundiales. Según nueva información respecto del Afganistán se ha observado en el país un marcado aumento de consumo de opiáceos, y de Azerbaiyán se observó una ligera disminución (de una tasa de prevalencia del 0,3% entre la población de 15 a 64 años en 2006, al 0,2% en 2008). La encuesta realizada en el Afganistán sobre el consumo de drogas el último año, indica que el país tiene una de las tasas de prevalencia de consumo de opiáceos más altas del mundo, que oscila entre el 2,3% y el 2,9% de la población de 15 a 64 años (entre 285.000 y 360.000 consumidores). El opio es el opiáceo que se consume más habitualmente, con un rango que se estima entre 200.000 y 250.000 consumidores habituales. El número de consumidores de heroína en el Afganistán se estima entre 100.000 y 135.000. La prevalencia notificada de consumo de opiáceos en la República Islámica del Irán en 1999 fue del 2,8% de la población, y se estimó que más de 2 millones de personas consumían opiáceos habitualmente. No obstante, según las percepciones de los expertos el consumo de opiáceos en la República Islámica del Irán ha disminuido durante los últimos años.²⁵ Tanto en el Afganistán como en la República Islámica del Irán, el opio sigue siendo el opiáceo preferido, mientras que la heroína sigue siendo el principal opiáceo en el resto de la subregión. Se ha informado de que, en 2006, la tasa de prevalencia del consumo de opiáceos en el Pakistán, era del 0,7%, es decir, se estima que 630.000 personas consumieron opiáceos el año anterior.²⁶

En el Asia central, Kazajstán en particular tiene una elevada tasa de prevalencia de consumo de opiáceos (1% en 2006), seguido por Uzbekistán y Kirguistán (0,8% cada uno). Las estimaciones relativas a Tayikistán (0,5%) y Turkmenistán (0,3%) son más bajas.²⁷ Según se ha informado, el consumo de drogas por inyección es uno de los métodos preferidos en el Asia central, y el número de consumidores está aumentando también en el Pakistán y la República Islámica del Irán. El consumo de drogas por inyección está extendiendo la epidemia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección (CDI) en la región. Según se ha informado, la prevalencia más elevada del VIH entre los CDI en esa región corresponde a Uzbekistán, Tayikistán, la República Islámica del Irán y el Pakistán.²⁸

Asia meridional

No se dispone de nueva información sobre el Asia meridional correspondiente a 2008, y la falta de información precisa y actualizada sobre la prevalencia del consumo de opiáceos entre la población general de la India determina la incertidumbre en torno a la estimación del número de consumidores en esa subregión. En una encuesta nacional realizada en 2001, se observó una elevada tasa de prevalencia en la población masculina de la India (una tasa de prevalencia mensual de 0,7% entre los hombres de 12 a 60 años), pero la falta de información sobre el consumo de opiáceos entre las mujeres impide el cálculo de una tasa de prevalencia generalmente aceptada y comparable interna-

Cuadro 17: Número de consumidores de drogas por inyección y prevalencia del VIH entre quienes se inyectan drogas

Fuentes: UNODC y la Iniciativa del Pacto de París, *Illicit Drug Trends in Pakistán*, abril de 2008; UNODC Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas; Mathers B., y otros, en nombre del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección

	Número estimado de personas que se inyectan drogas			Prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas (%)		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Afganistán	6.870	6.900	6.930	1,7	3,4	5,1
República Islámica del Irán	-	-	180.000	5	15	25
Pakistán	125.000	130.460	150.000	9,6	10,8	13,6
Kazajstán	-	-	100.000	8	9,2	10,4
Kirguistán	-	-	25.000	2,4	8,0	13,6
Tayikistán	-	-	17.000	11,5	14,7	17,9
Uzbekistán	-	-	80.000	11,7	15,6	19,5

25 República Islámica del Irán, *Annual Reports Questionnaire: Extent, patterns and trends of drug abuse*, 2008.

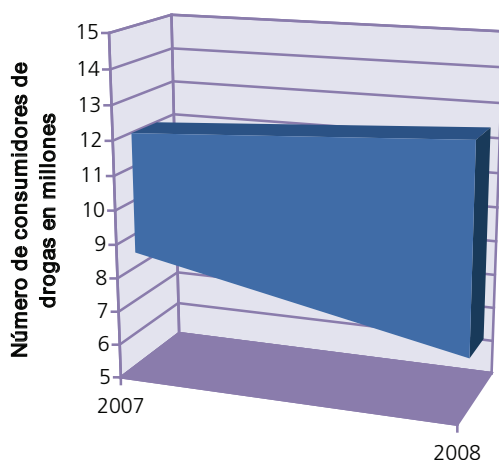
26 UNODC y la Iniciativa del Pacto de París, *Illicit Drug Trends in Pakistán*, abril de 2008; UNODC, *Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas / Gobierno del Pakistán*, Ministerio de control de los estupefacientes, Brigada de lucha contra los Estupefacientes, *Problem Drug Use in Pakistan, Results from the year 2006 National Assessment*, Tashkent, 2007.

27 UNODC, *HIV and AIDS and Injecting Drug Use in Central Asia: From Evidence to Action*, Informes de Kirguistán, Tayikistán y Uzbekistán.

28 Mathers B., Degenhardt L., Phillips B., Wiessing L., Hickman M., Strathdee A., Wodak A., Panda S., Tyndall M., Toufik A. y Mattick R., en nombre del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review," *The Lancet*, 2008; 372: 1733-1745.

Fig. 128: Consumidores anuales de opiáceos en Asia, 2007-2008

Source: UNODC ARQ



cionalmente.²⁹ En esa región, Bangladesh y Bhután tienen tasas de prevalencia de consumo de opiáceos cercanas al promedio mundial (alrededor del 0,4%). Según se ha comunicado, en Bangladesh, la India y Nepal, es común el consumo de opiáceos ilícitos como la buprenorfina, especialmente por inyección.³⁰ En Sri Lanka, el método preferido sigue siendo fumar la heroína.

Aparte de Israel, la mayoría de los países del Oriente Medio han comunicado un consumo mínimo de opiáceos. Sin embargo, ello se debe también al hecho de que los datos sobre el consumo de drogas y la demanda de tratamiento en la región son limitados.

Europa oriental y sudoriental, en cuanto subregión, tienen el segundo número más elevado de consumidores de opiáceos, que oscilan entre 2,2 millones y 2,5 millones de personas

La subregión en su conjunto parece tener una de las tasas de prevalencia más elevadas del mundo (del 0,8% al 0,9% de la población de 15 a 64 años), aunque las estimaciones de los países por separado deben tratarse con cautela. La Federación de Rusia y Ucrania son los dos países de la subregión con mayor número estimado de consumidores de opiáceos. En la Federación de Rusia, el número de consumidores se estima que oscila entre 1,6 millones y 1,8 millones (1,6% de prevalencia) y en Ucrania, entre 325.000 y 425.000 (1,16% de prevalencia). La República de Moldova fue el único país que comunicó nueva información en 2008 e indicó un aumento de la tasa de prevalencia anual del 0,1% en 2007 al 0,15% en 2008. Tanto la Federación de Rusia como Ucrania tienen algunas de las tasas de prevalencia del VIH más elevadas entre los consumidores de drogas por inyección (37,2% y 41,8%, respectivamente).³¹ Las tasas de prevalencia de consumo de opiáceos en los demás países de la región son equivalentes o inferiores al promedio mundial.

Los datos de Europa indican que aunque el consumo de heroína está disminuyendo, sus daños concomitantes están aumentando

En Europa occidental y central, la prevalencia del consumo de opiáceos se estima entre el 0,4% y el 0,5% de la población general, con el correspondiente número de consumidores de opiáceos entre 1 millón y 1,4 millones. El rango correspondiente a 2008 descendió ligeramente en relación con las cifras de 2007, en que el número de consumidores de opiáceos se estimó entre 1,2 millones y 1,5

Cuadro 18: Percepciones de los expertos sobre la tendencia del consumo de opiáceos entre 2007 y 2008

Fuentes: UNODC, CPIA

Región	Estados Miembros que comunicaron datos sobre percepciones	Tasa de respuesta sobre percepciones de los Estados Miembros	Aumento* del consumo problemático	Aumento del consumo problemático en %	Consumo problemático estable	Consumo problemático estable en %	Disminución* del consumo problemático	Disminución del consumo problemático en %
África	12	23%	6	50%	2	17%	4	33%
América	12	34%	6	50%	5	42%	1	8%
Asia	28	62%	11	39%	11	39%	6	21%
Europa	31	69%	9	29%	19	61%	3	10%
Oceanía	1	7%	0		1		0	
Mundial	84	44%	32	38%	38	45%	14	17%

* Indica aumentos o disminuciones que oscilan entre 'cierto aumento (o disminución)' a 'gran aumento (o disminución)', no ponderado en función de la población.

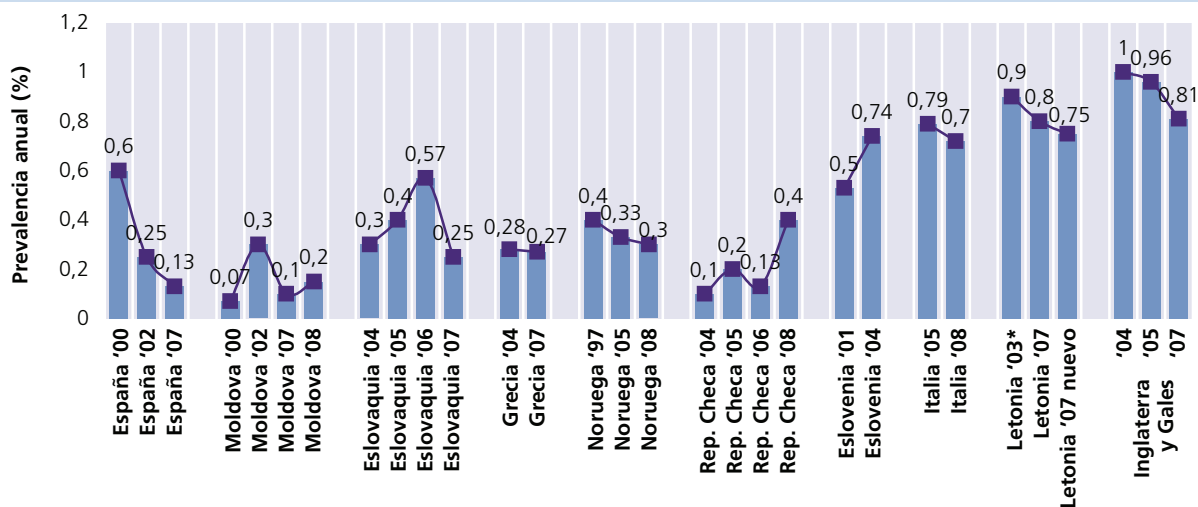
²⁹ Estimaciones previas de la UNODC colocan la tasa alrededor del 0,4% para el año 2001.

³⁰ UNODC, *Rapid Situation and Response Assessment of drugs and HIV in Bangladesh, India, Nepal and Sri Lanka - a regional report*, 2007.

³¹ Mathers B., Degenhardt L., Phillips B., Wiessing L., Hickman M., Strathdee A., Wodak A., Panda S., Tyndall M., Toufik A. y Mattick R, en nombre del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección, "Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review", *The Lancet*, 2008; 372:1733-1745.

Fig. 129: Tendencias de la tasa de prevalencia del consumo de opiáceos entre la población de 15 a 64 años en países de Europa que comunicaron datos nuevos o revisados en 2008

Fuente: UNODC *Las estimaciones corresponden solamente a Riga



millones, reflejando una disminución en la mayoría de los países que comunicaron nuevas estimaciones en 2008. Escocia y Estonia son los dos países de Europa occidental y central con una prevalencia elevada de consumo de opiáceos (1,5% entre la población de 15 a 64 años).

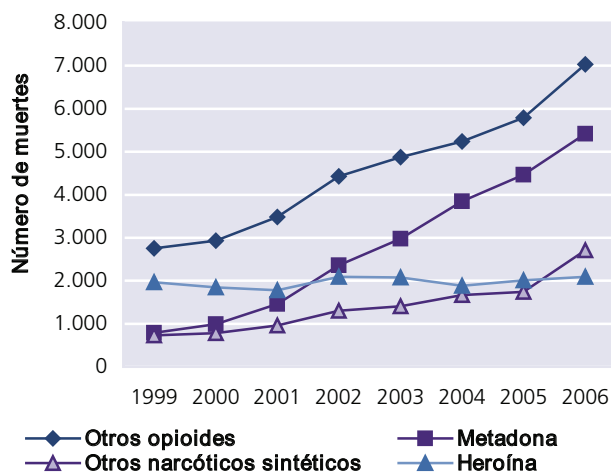
Si bien el consumo general de heroína puede haberse estabilizado o estar disminuyendo en Europa occidental y central, los problemas asociados al consumo parecen estar aumentando. Sobre la base de una muestra de 19 países, el número general de personas que consumen primordialmente heroína y que inician tratamiento, aumentó entre 2002 y 2007. Más de la mitad de los países que enviaron información registraron números crecientes de muertes inducidas por las drogas, en su mayoría asociadas a los opiáceos, entre 2006 y 2007³². España, Portugal, Italia y Francia son los países con la mayor prevalencia del VIH entre los CDI (39,7%, 15,6%, 12,1% y 12,2% respectivamente).³³

El consumo de opiáceos sigue siendo problemático en América del Norte y los problemas aumentan debido al consumo de opiáceos de venta con receta

Entre los países de América del Norte, los Estados Unidos comunicaron la prevalencia más alta de consumo de heroína en 2000 (0,58% de la población de 15 a 64 años).³⁴ Los datos de las encuestas por hogares indican que el nivel de consumo de heroína se mantuvo bastante estable hasta 2008. Sin embargo, otros indicadores de consumo de heroína, como las admisiones a tratamiento por consumo de heroína y las muertes por sobredosis de drogas incluida la heroína, habían aumentado en algunas partes de los

Fig. 130: Muertes relacionadas con opiáceos en los Estados Unidos, 1999-2006

Fuentes: Warner M., Chen L. y Makuc D. M., *Increase in Fatal Poisonings involving opioid analgesics in the United States 1999-2006*, National Centre for Health Statistics (NCHS) Data Brief Number 22, septiembre de 2009, Centros de Control y Prevención de Enfermedades (EE.UU.)



Estados Unidos en 2008.³⁵ El consumo de opiáceos de venta con receta sin fines médicos aunque se mantuvo estable durante los últimos años, sigue siendo un problema en todo el territorio de los Estados Unidos. En 2008, 6,2 millones de personas (de 12 años o más) habían consumido medicamentos de venta con receta en el mes anterior a la encuesta.³⁶ Se han comunicado tendencias notablemente crecientes en el consumo entre los adolescentes de sustan-

32 OEDT, *Annual Report 2009: the state of the drugs problem in Europe*, Lisboa 2009.

33 Grupo de referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección.

34 Oficina de Política Nacional de control de Drogas, de los EE.UU., 2000.

35 Instituto Nacional contra la Drogadicción (NIDA), *Epidemiological Trends in Drug Abuse*, Actas del Grupo de Trabajo de Epidemiología Comunitaria, Highlights and Executive Summary, enero de 2009.

36 EE.UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos, SAMHSA, *Encuesta Nacional sobre el consumo de Drogas y la Salud (NSDUH)*, lo más destacado de 2008.

¿Qué se sabe acerca del consumo de opiáceos en las Islas del Pacífico?

Aunque la información acerca del consumo de drogas en las pequeñas Islas del Pacífico es limitada, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos han realizado encuestas entre estudiantes de secundaria de los territorios estadounidenses en las Islas del Pacífico. En esos territorios, los resultados observados en las Islas Marshall son espeluznantes. La prevalencia de las drogas inyectables en el ciclo de vida es del 15,8%, mientras que la prevalencia del consumo de heroína es del 11,6% entre estudiantes de los grados 9º al 12º. Estas son unas de las más elevadas tasas del mundo de consumo de drogas inyectables y de heroína entre estudiantes de enseñanza media y se requerirían importantes intervenciones preventivas y de otro tipo para los estudiantes de las Islas Marshall.

Fuente: Lippe J., Brener N. y otros, *Youth Risk Behaviour Surveillance - Pacific Island United States Territories*, 2007 Surveillance Summaries November 21, 2008/55 (SS212):28-56 (Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia, EE.UU.)

cias de venta con receta y de venta sin receta médica, incluidas la oxycodona y la hidrocodona.³⁷ De 1999 a 2006 el número de muertes por envenenamiento letal con opioides analgésicos se triplicó con creces, de 4.000 a 13.800.³⁸

En el Canadá, aunque la prevalencia general del consumo de opiáceos³⁹ es del 0,3% de la población, el consumo de heroína también ha quedado relegado por el uso indebido de opioides de venta con receta.⁴⁰

En América del Sur, la mayor prevalencia de consumo de opioides⁴¹ fue comunicada por el Brasil y Chile (0,5% de la población de 15 a 64 años, con totales correspondientes de 640.000 y 57.000, respectivamente). En ambos casos, los opioides de venta con receta constituyen el problema fundamental, mientras que el consumo de heroína es todavía extremadamente bajo. En Chile, la estimación de 2008 (0,5%) representa un aumento en relación con el 0,3% comunicado en 2006. Por primera vez Costa Rica comunicó datos sobre la prevalencia de consumidores de opioides indicando que en 2006, el 2,7% de la población de 12 a 70 años había consumido opioides por lo menos una vez durante el año anterior. No obstante, esa estimación

37 NIDA, *Monitoring the Future Survey*, Overview of 2009 Findings.

38 CDC/NCHS, Warner, M., Chen, L-H, y otros. *Increase in Fatal Poisonings Involving Opioid Analgesics in the United States, 1999 – 2006*, NCHS Data Brief num. 2, septiembre de 2009.

39 Los opiáceos se refieren a un elemento de un grupo de alcaloides derivados de la adormidera. El término excluye los opioides sintéticos (OMS, *Lexicon of alcohol and drug terms*).

40 RCMP, *Reports on the Illicit Drug Situation in Canada*, 2008.

41 El término opioides es un término genérico aplicado a los alcaloides de la adormidera y sus análogos sintéticos. Los alcaloides del opio y sus derivados semisintéticos incluyen morfina, diacetilmorfina, codeína, y oxycodona, así como fentanil, metadona, petidina, y pentazocina, (OMS *Lexicon of alcohol and drug terms*).

debe ser revisada atentamente ya que incluye el consumo de preparados que contienen todos los tipos de metilfenidato y estimulantes anorexígenos preparados con codeína⁴². Otros países de la región tienen bajas tasas de prevalencia del consumo de opiáceos que oscilan entre el 0,1% en Ecuador y el 0,3% en el Estado Plurinacional de Bolivia. En América del Sur, la mayoría de los países comunican consumo de opioides sintéticos y no de heroína.

En Oceanía aumentó el consumo de opioides

En 2008, el número de consumidores de opiáceos y opioides en Oceanía oscilaba entre 120.000 y 150.000 personas, un aumento respecto de 2007 cuando se estimaba que 90.000 personas habían consumido las sustancias por lo menos una vez durante el año anterior. Esa estimación más elevada refleja un brusco aumento observado en Nueva Zelanda, donde la prevalencia anual entre personas de 16 a 64 años alcanzó el 1,1% en 2008 y había sido del 0,4% en 2006. Esa nueva estimación indica que la prevalencia en Nueva Zelanda es mucho mayor que en Australia. En Nueva Zelanda, la morfina y la metadona obtenidas en la calle son los opioides de mayor disponibilidad y consumo.⁴³ En Australia, no hay indicios de que el consumo de heroína haya reformado los niveles observados antes de la escasez de heroína de 2001. No obstante, con frecuencia se ven casos de sobredosis relacionados con la heroína. Sin embargo, sigue siendo común el consumo de opioides, incluidas metadona, buprenorfina, morfina y oxycodona sin fines médicos.⁴⁴

Según las percepciones el consumo de opiáceos está aumentando en África

Se estima que en África hay entre 680.000 y 2,9 millones de consumidores de opiáceos. Este amplio rango refleja la falta de datos e información sobre el consumo de opiáceos en la mayor parte del continente. Según expertos de la mitad de los Estados de África que respondieron al cuestionario, el consumo de opiáceos ha aumentado, lo que probablemente refleja, en parte, la mayor importancia de los países de África como zonas de tránsito para la heroína del Afganistán con destino a Europa. Los opiáceos son el segundo grupo de drogas más común en cuanto al número de personas que buscan tratamiento.⁴⁵ Mauricio, Kenya y Egipto son los países de la región con mayor prevalencia de consumo de opiáceos (1,9%, 0,7% y 0,4% respectivamente⁴⁶). Mauricio también tiene un a elevada prevalencia

42 Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) Grupo de Expertos Gubernamentales (GEG): *Evaluation of Progress in Drug Control 2003-2004*.

43 Wilkins C., Griffiths R. y Sweetsur P., *Recent Trends in illegal drug use in New Zealand, 2006 – 2008*, Resultados del sistema de vigilancia de drogas ilícitas (IDMS).

44 Stafford J, Sindiich N. y otros, *Australian drug trends 2008*. Resultados del sistema de comunicación de drogas ilícitas (IDRS).

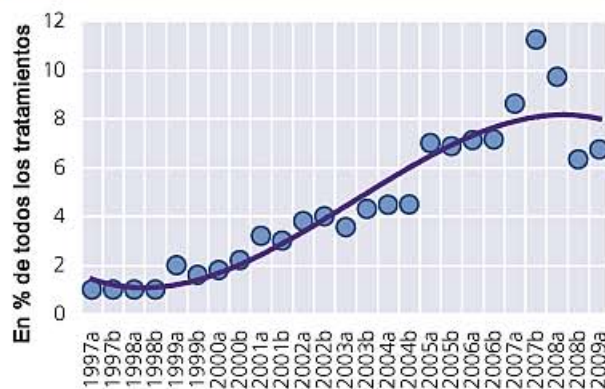
45 *World situation with regard to drug abuse* – Informe de la Secretaría (E/CN/2010/2) párr. 21.

46 La UNODC dedujo las estimaciones de Mauricio a partir de un Estudio de evaluación rápida y ajustadas en función de la edad, las

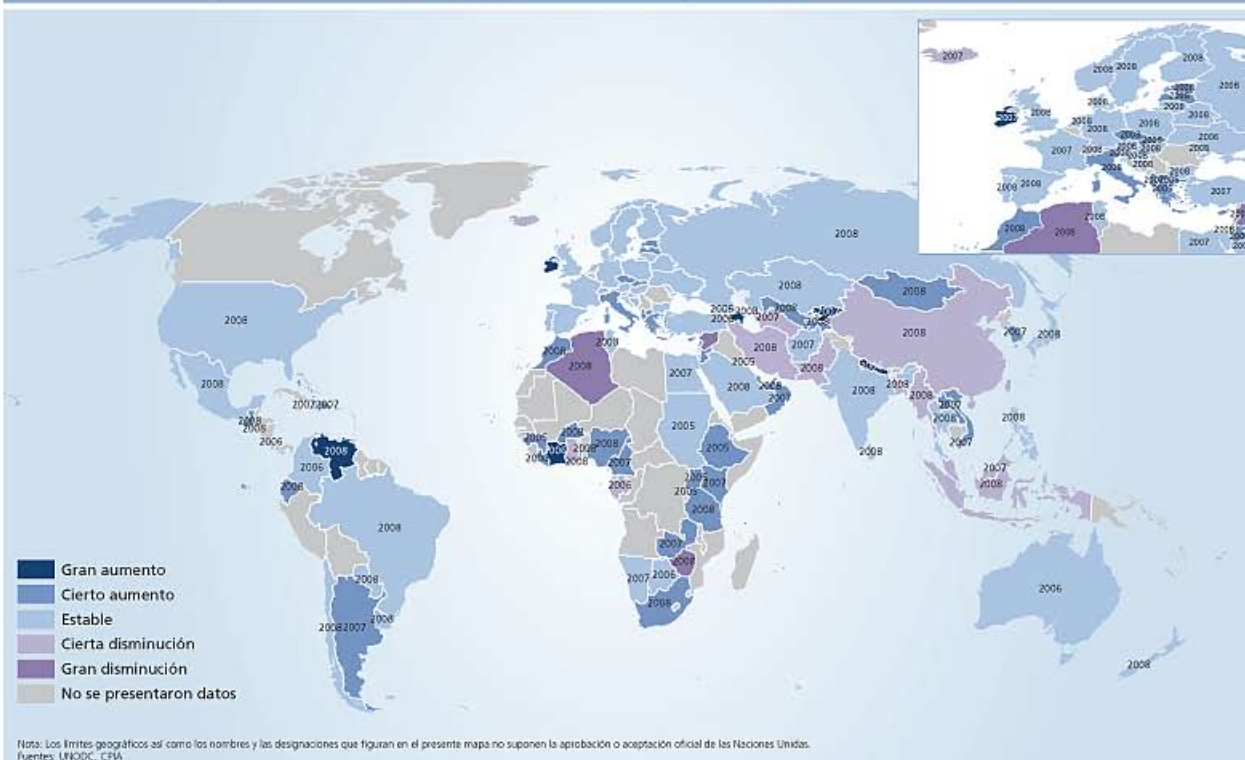
de consumo de drogas por inyección y una epidemia de VIH concentrada entre esos consumidores.⁴⁷ Sudáfrica es el único país con un sistema de vigilancia del consumo de drogas basado en la demanda de tratamiento (Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre el uso de drogas - SACENDU). En Sudáfrica, durante el primer semestre de 2009, las admisiones para tratamiento por problemas con la heroína se mantuvieron estables o disminuyeron en partes de las regiones que comunican sus datos; pero esos datos también indican niveles mucho más elevados que hace un decenio.⁴⁸

Fig. 131: Sudáfrica: porcentaje de todos los casos de admisiones para tratamiento por consumo de heroína, 1997-2009

a - representa el primer semestre del año, b - representa el segundo semestre del año.
Fuente: Pluddemann A., Parry C., Bhana A. y otros, *Alcohol and Drug Abuse Trends, January - June 2009, Phase 26* (SACENDU comunica los datos bianualmente)



Mapa 16: Percepciones de los expertos sobre cambios en las tendencias del consumo de opiáceos, 2008 (o último año disponible a partir de 2005)

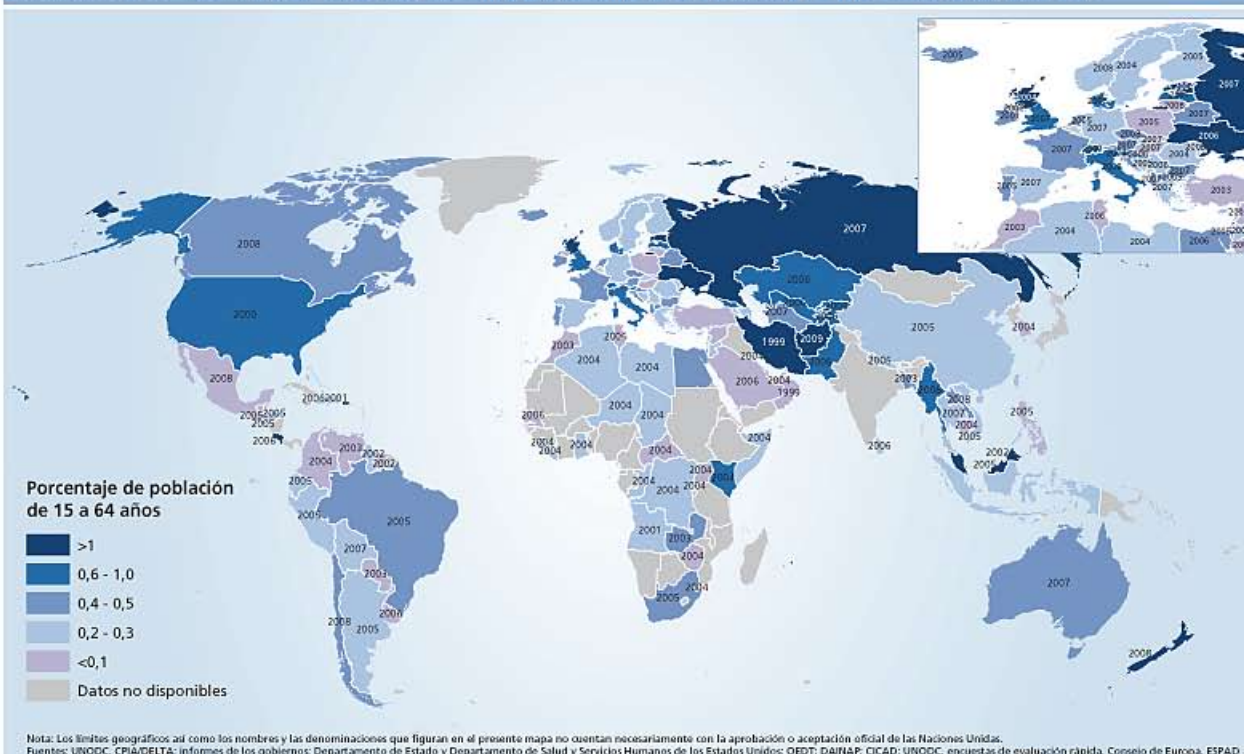


de Kenya fueron extrapoladas a partir de los datos del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el consumo de drogas por inyección, 2009, y de Egipto fueron derivadas de una encuesta nacional por hogares.

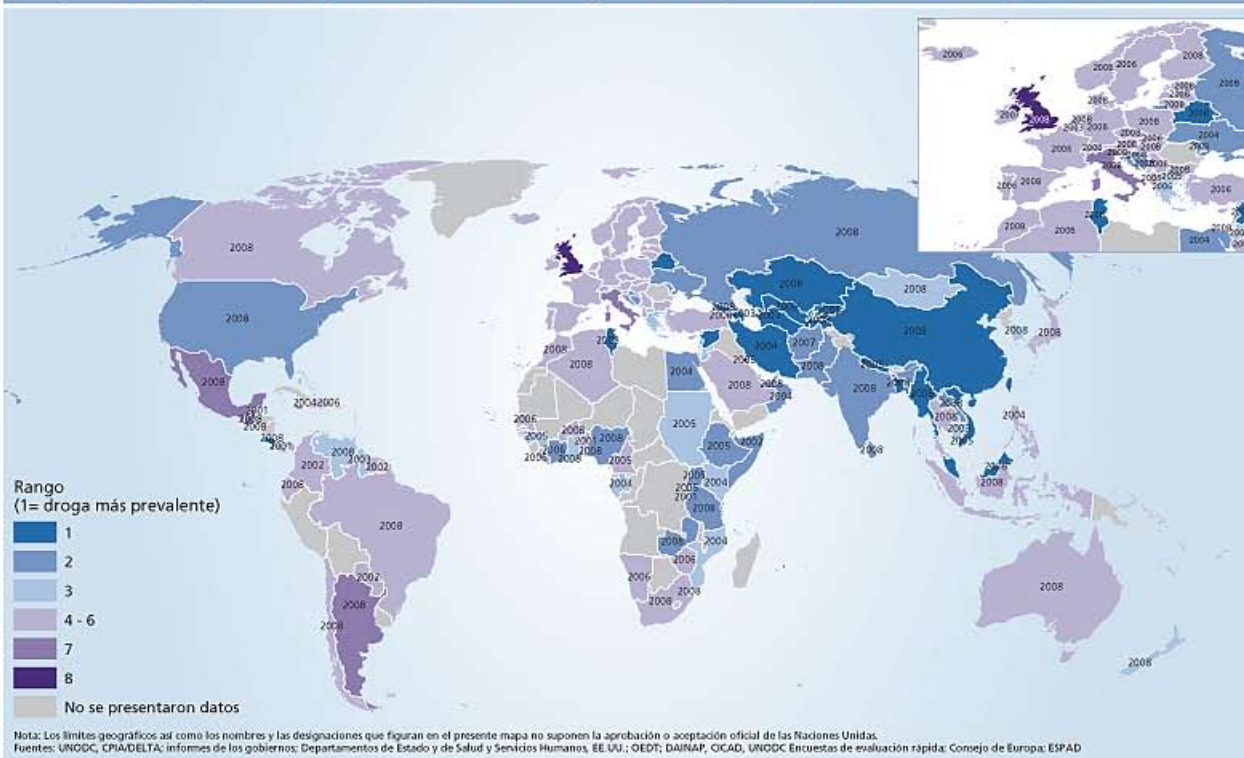
47 Abdool R., Sulliman R. y Dhannoo M., "The injecting drug use and HIV/AIDS nexus in the Republic of Mauritius" *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, 5 2), 2006.

48 Pluddemann A., Parry C., Bhana A. y otros, *Alcohol and Drug Abuse Trends, January - June 2009, Phase 26*. Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre el uso de drogas (SACENDU), 26 de noviembre de 2009.

Mapa 17: Consumo de opiáceos, incluida la heroína, 2008-2009 (o último año disponible)



Mapa 18: Rango de los opiáceos por orden de prevalencia, 2008 (o último año disponible)



2.3 Coca/cocaína



2.3.1 Producción

Cultivo

La superficie mundial dedicada al cultivo de coca disminuyó en un 5% de 167.600 hectáreas en 2008 a 158.800 hectáreas en 2009, sobre todo debido a una notable disminución en Colombia, sin que se compensara con un aumento en el Perú ni en el Estado Plurinacional de Bolivia. Esa superficie de cultivo es prácticamente igual a la del período de 2003 a 2006. Colombia siguió siendo el país con la mayor superficie dedicada al cultivo de coca, pero la diferencia con el segundo país productor, el Perú, se ha reducido debido a dos años consecutivos de disminución del cultivo en Colombia y aumento en el Perú.

En Colombia, la superficie cultivada de coca disminuyó por tercer año consecutivo a 68.000 hectáreas, es decir el 16% respecto de 2008. La mayor parte de la reducción tuvo lugar en los departamentos de Putumayo, Nariño y Antioquia.

En 2009, el cultivo de coca en el Perú aumentó en un 7% desde 2008 y hasta las 59.900 hectáreas. El Perú siguió siendo el segundo país con mayor cultivo de coca, después de Colombia. Este es el tercer año consecutivo en que el cultivo aumenta en el país, siendo su nivel del 55%, es decir, 21.200 ha más que en 1999, cuando el cultivo de coca fue el más bajo de los últimos 20 años con 38.700 hectáreas. La superficie cultivada aumentó ligeramente en las tres principales regiones de cultivo, a saber, Alto Hualaga, Apurímac-Ene y La Convención-Lares, en que ya grandes extensiones estaban dedicadas a ese cultivo. La mayor parte del aumento en términos absolutos y en porcentaje se produjo en regiones de cultivo más pequeñas como Aguaytía, Inambari-Tambopata y Palcazú-Pichis-Pachitea, regiones en que la superficie de cultivo de coca se ha extendido considerablemente desde 2004.

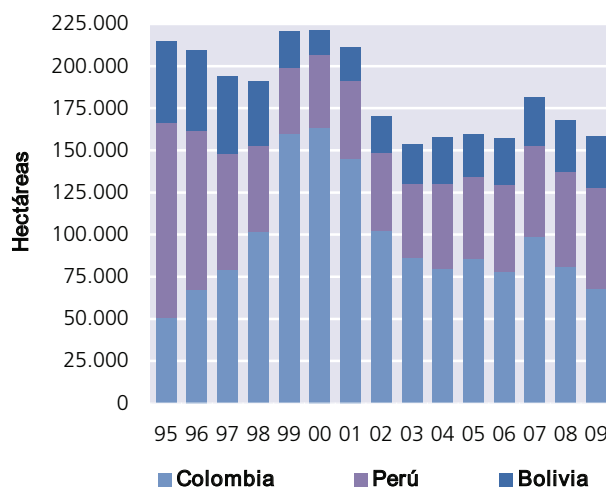


En el Estado Plurinacional de Bolivia, el cultivo de coca en 2009 se mantuvo en general al mismo nivel de 2008 con solo un ligero aumento del 1% hasta 30.900 hectáreas. El aumento se produjo en las dos grandes regiones de cultivo, las Yungas de La Paz y Chapare.

Información sobre la erradicación en el Ecuador indica que existen cultivos de coca en pequeña escala. No obstante, las encuestas realizadas por la UNODC en cooperación con el Gobierno del Ecuador en 2006 y 2008 confirmaron que el nivel de cultivo de coca era mínimo.¹

Fig. 132: Cultivo mundial de arbusto de coca (ha), 1995-2009

Fuente: Véase el Cuadro 19, "Cultivo ilícito de arbusto de coca y producción de hoja de coca y cocaína en el mundo, 1995-2009"



¹ Las encuestas abarcaron provincias en el norte del Ecuador limítrofes con Colombia.

Cuadro 19: Cultivo ilícito de arbusto de coca y producción de hoja de coca y cocaína en el mundo, 1995-2009

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CULTIVO DE ARBUSTO DE COCA EN HECTÁREAS^(a)															
Bolivia ^(b)	48.600	48.100	45.800	38.000	21.800	14.600	19.900	21.600	23.600	27.700	25.400	27.500	28.900	30.500	30.900
Colombia ^(c)	50.900	67.200	79.400	101.800	160.100	163.300	144.800	102.000	86.000	80.000	86.000	78.000	99.000	81.000	68.000
Perú ^(d)	115.300	94.400	68.800	51.000	38.700	43.400	46.200	46.700	44.200	50.300	48.200	51.400	53.700	56.100	59.900
Total	214.800	209.700	194.000	190.800	220.600	221.300	210.900	170.300	153.800	158.000	159.600	156.900	181.600	167.600	158.800
PRODUCCIÓN POTENCIAL DE HOJA DE COCA SECA EN TONELADAS MÉTRICAS^(e)															
Bolivia ^(f)	85.000	75.100	70.100	52.900	22.800	13.400	20.200	19.800	27.800	38.000	28.200	33.200	36.400	39.400	40.200
Colombia ^(g)	80.900	108.900	129.500	165.900	261.000	266.200	236.000	222.100	186.050	164.280	164.280	154.130	154.000	116.900	103.100
Colombia (hojas frescas de coca) ^(h)										552.800	555.400	528.300	525.300	389.600	343.600
Perú ⁽ⁱ⁾	183.600	174.700	130.600	95.600	69.200	46.200	49.300	52.500	72.800	101.000	97.000	105.100	107.800	113.300	119.000
PRODUCCIÓN POTENCIAL DE COCAÍNA EN TONELADAS MÉTRICAS^(j)															
Bolivia ^(k)	240	215	200	150	70	43	60	60	79	98	80	94	104	113	n.d.
Colombia ^(k)	230	300	350	435	680	695	617	580	550	680	680	660	630	450	410
Perú ^(l)	460	435	325	240	175	141	150	160	230	270	260	280	290	302	n.d.
Total	930	950	875	825	925	879	827	800	859	1.048	1.020	1.034	1.024	865	*

* Debido a la revisión que se está haciendo de los factores de conversión, no ha sido posible proporcionar ninguna estimación puntual del nivel de producción de cocaína en 2009. Debido a la incertidumbre sobre el nivel de producción potencial total de cocaína, la cifra correspondiente a 2009 se estimó como un rango (842-1.111 tm). Si se desea información más detallada, véase el Anexo Estadístico (4.1.1). Cabe señalar que la tendencia estimada de producción de cocaína entre 2008 y 2009 indica una situación estable.

- Potencialmente cosechable, después de la erradicación.
- Fuentes: 1995-2002: CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU., Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas. Para la región Yungas de La Paz desde 2002, para todas las regiones desde 2003: Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos con apoyo de la UNODC. Producción de cocaína: Antes de 2003, CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU. Desde 2003, cálculos propios basados en las encuestas de la UNODC en Yungas de La Paz, y de la DEA en Chapare, sobre el rendimiento de la hoja de coca y el factor de conversión de la DEA, de la hoja al HCl de cocaína (actualmente en revisión).
- Fuentes: 1995-1998: CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU., Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas; desde 1999: Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos con apoyo de la UNODC.
- Fuentes: 1995-1999: CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU., Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas; desde el 2000: Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos con apoyo de la UNODC.
- Se refiere a la producción potencial de hoja de coca para la producción de cocaína, es decir, después de deducir la cantidad comunicada por los gobiernos para fines tradicionales o de otro tipo autorizados con arreglo a las leyes nacionales. A falta de una definición estándar de "hoja seca de coca" y dadas las considerables diferencias en el procesamiento de la hoja fresca de coca cosechada, no siempre es posible comparar las cifras de distintos países.
- Desde 2005: producción potencial de hoja de coca secada al sol para la producción de cocaína, estimada por la UNODC mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos. Esa cifra no incluye la cantidad estimada de hoja de coca producida en las 12.000 hectáreas de Yungas de La Paz donde el cultivo de coca está autorizado con arreglo a las leyes nacionales.
- Fuentes: 1995-2002: CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU., Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas. Desde 2003, producción potencial de hojas de coca disponibles para la producción de cocaína, estimadas por la UNODC mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos. Las cifras se refieren a equivalentes de hojas de coca secadas al horno.
- Desde 2004, las cifras disponibles sobre la producción de hoja fresca de coca se basan en los estudios sobre el rendimiento de la hoja de coca realizado por la UNODC y el Gobierno de Colombia. Al igual que para la producción potencial de cocaína, la producción de hoja fresca de coca en Colombia se calcula sobre la base de los promedios de dos años en la zona.
- Desde 2003: producción potencial de hoja de coca secada al sol, disponible para la producción de cocaína, estimada por la UNODC mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de Cultivos Ilícitos. Para el cálculo de la hoja de coca disponible para la producción de cocaína, se dedujeron 9.000 toneladas de hoja de coca secada al sol que, según fuentes oficiales, es la cantidad utilizada para fines tradicionales.
- La fabricación potencial se refiere a la cantidad de cocaína pura 100% que podría producirse si toda la hoja de coca cosechada en una zona cultivada de coca durante un año, se procesara transformándola en cocaína, sobre la base de la información acerca del contenido de alcaloide de cocaína de la hoja de coca y de la eficiencia de los laboratorios clandestinos. En las estimaciones correspondientes a Bolivia y el Perú se ha tenido en cuenta que no toda la producción de hoja de coca se destina a la producción de cocaína.
- Desde 2004, la producción de cocaína se calcula sobre la base de la superficie media dedicada al cultivo de coca el año comunicado y el año anterior. Se considera que ese cálculo es más próximo a la cantidad real producida que una cifra que se base solamente en el cultivo al final del año. Las estimaciones de la producción de cocaína de Colombia en 2004 y años posteriores, se basan en nuevas investigaciones y no son directamente comparables con las de años anteriores. Para el cálculo de la producción de cocaína en 2009 se utilizó nueva información disponible de algunas regiones sobre el rendimiento de la hoja de coca. Las estimaciones de 2004 y 2008 se revisaron en 2010 sobre la base de información más detallada de la pureza media de la cocaína base (81%) y de la relación de conversión de la cocaína base en HCl (1:1) disponible a partir de los estudios científicos de la DEA.
- Las cifras de 2003 a 2005 se revisaron en 2007 sobre la base de información actualizada disponible sobre la cantidad de hoja de coca necesaria para producir un kilogramo de HCl de cocaína. Las estimaciones se basan en los factores de conversión de la hoja en HCl que figuran en estudios científicos de la DEA (actualmente en revisión).

Cuadro 20: Erradicación por fumigación y manual de arbusto de coca notificada (ha), 1995-2009

Nota: El Estado Plurinacional de Bolivia: desde 2006, erradicación voluntaria y forzosa, el Perú: incluye erradicación voluntaria y forzosa.
Fuente: UNODC, CPIA, Informes de los gobiernos, Departamento de Estado de los EE.UU. (INCSR)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bolivia	manual	5,493	7,512	7,000	11,620	15,353	7,653	9,395	11,839	10,089	8,437	6,073	5,070	6,269	5,484	6,341
Colombia	manual	1,487	4,057	2,262	3,126	1,046	3,495	1,745	2,762	4,219	6,234	31,980	43,051	66,805	95,634	60,557
	fumi-gación	23,915	18,519	41,861	66,029	43,112	58,073	94,153	130,364	132,817	136,552	138,775	172,026	153,134	133,496	104,772
Perú	manual		1,259	3,462	7,834	14,733	6,208	6,436	7,134	11,312	10,399	12,237	12,688	12,072	10,143	10,025
Ecuador	manual										4	18	9	12	12	6
Venezuela	manual	181	18	0	0	0	38	47	0	0	118	40	0	0	0	

Producción

Debido a que se están revisando los factores de conversión de la hoja de coca en HCl de cocaína pura al 100% que se utilizan para calcular la producción potencial de cocaína en el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú, no ha sido posible proporcionar una estimación puntual del nivel de producción de cocaína en esos países en 2009. Debido a esa incertidumbre, la producción total de cocaína en 2009 se estimó como un rango (842-1.111 tm).² La incertidumbre relativa a los factores de conversión de la hoja en cocaína afecta el nivel de producción de cocaína en 2009, pero también podría haber afectado a la de años anteriores. De hecho, tan pronto se puedan elaborar estimaciones más precisas de los factores de conversión se podrán revisar las cifras de producción proporcionadas por la UNODC entre 2005 y 2009, ya que estas dependen del contenido de alcaloide de la hoja y de la eficiencia de los laboratorios. Esas cifras no muestran cambios importantes de un año a otro. Por ende, pese a la incertidumbre en torno al nivel de las estimaciones correspondientes a 2009, cabe suponer que la tendencia de la producción total entre 2008 y 2009 se mantuvo estable.

Las estimaciones de la producción de HCl de cocaína en Colombia, se revisaron y por consiguiente se dispuso de información más detallada para los estudios científicos de la DEA sobre elementos concretos del proceso de conversión. Por consiguiente el nivel estimado de producción potencial de cocaína desde 2004 aumentó ligeramente. No obstante, la producción potencial de cocaína en Colombia disminuyó en un 9% de 450 toneladas en un 2008 a 410 toneladas en 2009.³

Al no disponer de una estimación puntual del nivel de producción potencial de cocaína en 2009, las estimaciones de la producción de hoja de coca pueden proporcionar información adicional sobre tendencias recientes de la producción ilícita. Para poder comparar la producción de hoja

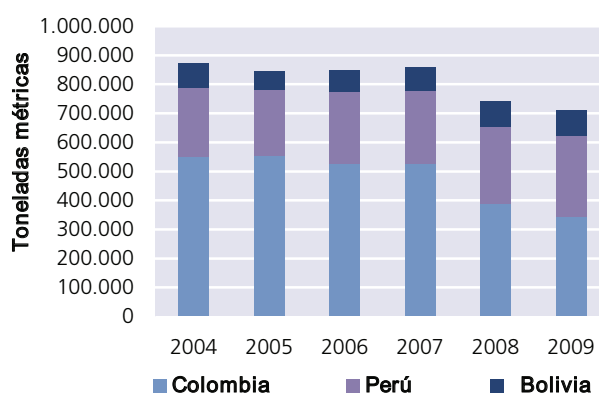
■ ■

2 Para una información más detallada, véase el Anexo "El proceso de estimación de la producción de HCl de cocaína pura".

3 Para más detalles véase *Ibíd.*

Fig. 133: Producción mundial potencial de hoja de coca fresca disponible para la producción de cocaína (en toneladas, 2004-2009)

Fuente: Sistemas nacionales de vigilancia apoyados por la UNODC. Para información más detallada, véase el cuadro titulado "Cultivo ilícito de arbusto de coca y producción de hoja de coca y cocaína en el mundo, 1995-2009"



de coca de distintos países, se emplearon estimados de la producción de hoja fresca de coca si se disponía de ese dato (Colombia) o se calculó a partir de la producción de hoja seca al sol (Estado Plurinacional de Bolivia) empleando un factor de conversión.⁴

La producción potencial mundial de hoja fresca de coca se mantuvo relativamente estable entre 2004 y 2007 en unas 850.000 toneladas, pero disminuyó significativamente entre 2007 y 2008 (en un 14%) y de nuevo entre 2008 y 2009 (en un 4%) hasta algo más de 700.000 toneladas. Entre 2004 y 2009, siempre correspondió a Colombia la mayor proporción de la producción de hoja de coca. Sin embargo, aunque en 2004 supuso cerca de dos tercios

4 La pérdida media de peso de la hoja fresca a la hoja secada al sol medida en los estudios de la UNODC sobre rendimiento, oscilaba entre el 52% (Bolivia, Yungas de La Paz) y el 57% (promedio en el Perú). Sólo se incluyó en el estudio la cantidad de hojas de coca que se estimaron disponibles para la producción de cocaína. Para más detalles, véase el cuadro: "Cultivo ilícito de arbustos de coca y producción de hojas de coca y cocaína en el mundo, 1995-2009".

Medición del rendimiento de la hoja de coca

Para estimar la producción de cocaína cada año se requieren tres elementos: i) número de hectáreas cultivadas de hoja de coca; ii) rendimiento anual de la hoja de coca (cantidad de hoja cosechada por hectárea en un año); y iii) contenido de alcaloide de la hoja y eficiencia de los laboratorios clandestinos para extraer esos alcaloides, lo que determina la cantidad de hoja de coca necesaria para producir clorhidrato (HCl) de cocaína pura. El rendimiento de la hoja de coca es el elemento que probablemente muestra la mayor variación debido a imponderables como las condiciones climatológicas y fitosanitarias, y las actividades de erradicación. El efecto de esos factores varía no solo de año en año y a lo largo de un año determinado, sino también de una región de cultivo a otra. De ahí que el rendimiento anual de la hoja de coca puede estimarse con menos certeza que los otros elementos.

Desde 2004, la UNODC, en cooperación con los Gobiernos del caso, emprendió estudios sobre el rendimiento de la hoja de coca en numerosas regiones de cultivo de coca en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú. El elemento básico de esos estudios es la cosecha controlada de los campos de coca madura. Con ese fin, se hace una selección aleatoria de parcelas de muestra de entre un conjunto de campos que también son seleccionados aleatoriamente entre todos los campos cultivados de coca. Toda la hoja de coca de las parcelas muestra se cosecha y pesa en el momento. En el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú, donde los agricultores secan al sol la hoja de coca después de la cosecha, se realiza una medición adicional del peso de la hoja después de secada al sol. El peso de la hoja de coca cosechada dividido por la superficie de las parcelas muestra es el rendimiento por hectárea de esas parcelas (para una cosecha). Las mediciones del rendimiento de todas las parcelas y campos se utilizan para determinar el rendimiento por hectárea de la zona estudiada.

El arbusto de coca puede cosecharse varias veces al año, habitualmente cuatro. El rendimiento de una cosecha a otra varía según los cambios estacionales, como períodos de grandes precipitaciones, o diferencias en prácticas agrícolas (uso o no de fertilizantes o riego), o actividades de lucha contra los estupefacientes, como el rociado con herbicidas. Esas variaciones deben tenerse en cuenta. Hipotéticamente se deberían medir todas las cosechas de las parcelas seleccionadas. Sin embargo, a menudo la situación en cuanto a la seguridad en las regiones de cultivo de coca no permite regresar a tomar muestras de los campos para tomar nuevas mediciones. En esos casos, se puede utilizar la información proveniente de las entrevistas con los agricultores para estimar el número y el rendimiento de las cosechas anteriores. El rendimiento anual es la suma de los rendimientos de toda la hoja de coca durante un año.

Debido a los diferentes métodos de procesamiento después de la cosecha en los países andinos, el rendimiento y las cifras de producción de la hoja de coca puede expresarse en hoja fresca, secada al sol, o secada al horno. La hoja fresca de coca se utiliza típicamente en Colombia, donde la hoja se procesa directamente después de la cosecha para extraer los alcaloides, a menudo por los propios agricultores. En el Estado Plurinacional de Bolivia y en el Perú, los agricultores secan la hoja cosechada en un proceso denominado secado al sol o al aire antes de extraer los alcaloides. El secado al sol también se utiliza para producir hoja de coca para usos tradicionales como la preparación de infusiones y la masticación. El secado al sol reduce el peso de la hoja fresca en más del 50%. Ello facilita el transporte y prolonga la conservación de la hoja de coca. El peso de la hoja secada al horno es estándar y permite comparar los rendimientos entre los países con diferentes métodos de procesamiento después de la cosecha. La hoja de coca se seca en un horno para extraer la humedad hasta que alcanzan un peso estable. Este método requiere un laboratorio científico. Después de secada al horno, el peso de la hoja de coca es alrededor de un tercio del de la hoja fresca.

La producción total de cocaína puede calcularse determinando el contenido de alcaloide de cocaína de la hoja y multiplicándolo por la producción total de hoja de coca estimada mediante las encuestas sobre rendimiento y cultivo. Como los laboratorios clandestinos no pueden extraer el 100% del contenido de alcaloide de cocaína de la hoja, se aplica un factor que representa la eficiencia de esos laboratorios. Según el método de extracción empleado, los laboratorios clandestinos pueden extraer entre el 40% y el 80% de los alcaloides presentes en la hoja de coca.

Fuentes: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, Directrices para la evaluación del rendimiento de la goma de opio y la hoja de coca en visitas breves sobre el terreno, Nueva York, 2001; Gobierno de los EE.UU. Estudios de la DEA, 1993-2005

(63%) de la producción total, ya en 2009 supuso menos de la mitad (48%). La proporción correspondiente al Perú aumentó del 27% en 2004 al 39% en 2009, debido a la disminución de la producción de hoja de coca en Colombia en términos absolutos y al aumento de la producción en el Perú durante ese mismo período.

Laboratorios clandestinos

En 2008, los gobiernos comunicaron la detección de 9.730 instalaciones clandestinas ("laboratorios") vinculados al procesamiento de la coca, en comparación con 7.245 en

2007. Como en años anteriores, cerca del 4% del total de instalaciones detectadas producían HCl de cocaína. Más del 99% de los laboratorios que procesan coca estaban ubicados en los tres países de cultivo de coca, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú. Durante los últimos cuatro años, se produjo un aumento notable en el número comunicado de laboratorios que procesan coca destruidos en esos países y a nivel mundial.

En 2008, también se comunicaron laboratorios de cocaína en otros países de América del Sur como la Argentina (20),

**Cuadro 21: Instalaciones clandestinas que procesan coca, 2005-2008**

Nota: Las cifras de años anteriores se han revisado sobre la base de la información actualizada recibida de los gobiernos.
Fuente: UNODC, CPIA, informes de los gobiernos

	2005	2006	2007	2008
Instalaciones que producen pasta de cocaína, cocaína base	5.690	6.849	6.930	9.341
Porcentaje de instalaciones que procesan coca detectadas en los países que cultivan coca	>99%	>99%	>99%	>99%
Laboratorios que producen HCl de cocaína	212	244	315	389
Laboratorios de HCl de cocaína como % del total de instalaciones	4%	3%	4%	4%
Laboratorios de HCl de cocaína en países que cultivan coca	166	215	308	322
Total de instalaciones detectadas que procesan coca	5.902	7.093	7.245	9.730

la República Bolivariana de Venezuela (10), Chile (4) y Ecuador (3). Además de América del Sur, España (25), los Países Bajos (4), la República de Moldova (1) y Grecia (1) comunicaron la detección de laboratorios de cocaína. Los informes preliminares de los gobiernos de los países con cultivos de coca indican que en 2009, el número de laboratorios clandestinos detectados que procesaban coca era casi tan elevado como en 2008, y supera con creces el de 2005-2007.

2.3.2. Incautaciones

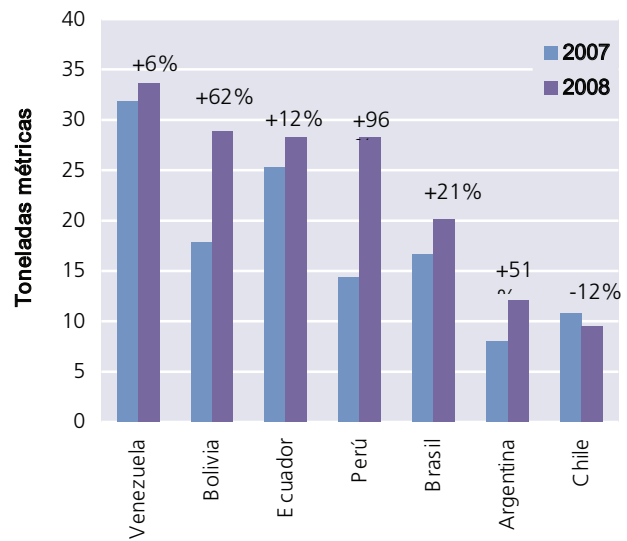
Tras un importante aumento durante el período 2002-2005, las incautaciones mundiales de cocaína han seguido una tendencia estable, con un total de 712 toneladas en 2007 y 711 toneladas en 2008. Las incautaciones continuaron concentradas en América y Europa. No obstante, la transición de 2007 a 2008 trajo consigo un desplazamiento geográfico de las incautaciones hacia los países de origen de la cocaína. Las incautaciones en América del Sur representaron el 59% del total mundial correspondiente a 2008, en comparación con el 45% en 2007. Esto se debió fundamentalmente a aumentos de las incautaciones en varios países de América del Sur, especialmente Colombia, y disminuciones simultáneas en América del Norte y Europa.

Más cocaína detenida en los países de origen

Las incautaciones de cocaína en América del Sur alcanzaron niveles sin precedentes en 2008, con un total de 418 toneladas (cocaína base y sales), casi más de un tercio que en 2007 (322 tm). En términos absolutos, el mayor aumento respecto de 2007 fue, con gran diferencia, el registrado en Colombia (un aumento de 61,9 toneladas). En términos relativos, también se registraron aumentos notables en el Perú (donde las incautaciones prácticamente se duplicaron), en el Estado Plurinacional de Bolivia (donde las incautaciones aumentaron en un 62%), en la Argentina (51%), el Brasil (21%) y el Ecuador (12%). Una

Fig. 135: Tendencias de las incautaciones de cocaína en América del Sur (salvo Colombia), 2007-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



excepción en la tendencia general al alza prevaleciente en América del Sur fue Chile, en que se registró un descenso del 12%. Las incautaciones en la República Bolivariana de Venezuela se mantuvieron básicamente estables.

Fig. 134: Comparación de las incautaciones de cocaína en América del Sur y en otras regiones, 2000-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

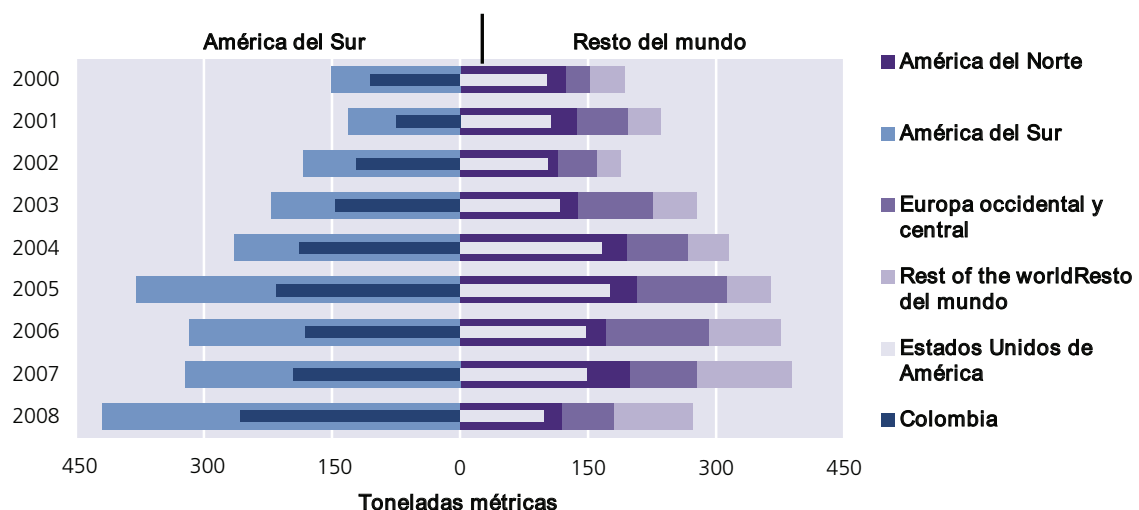
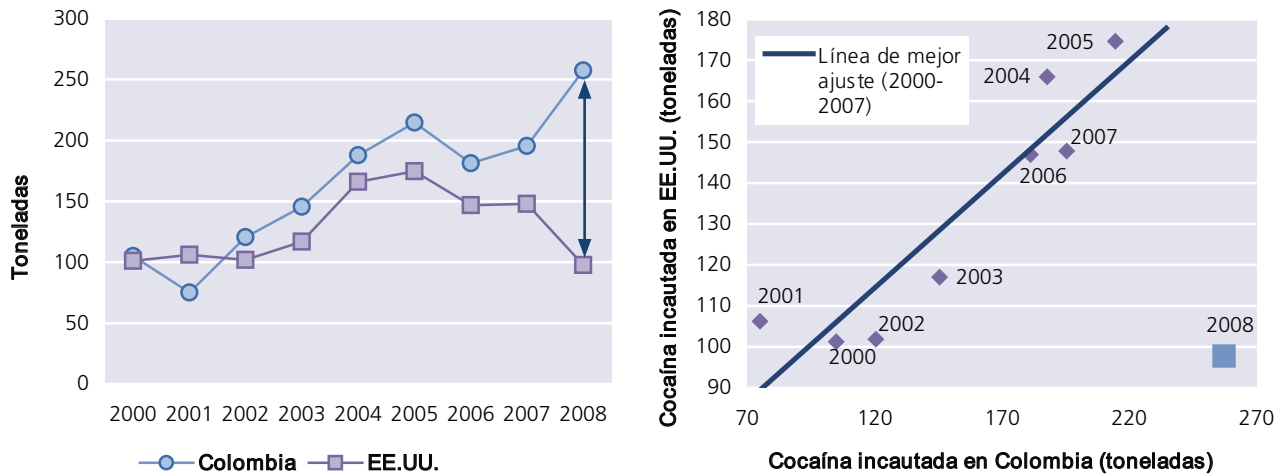


Fig. 136: Incautaciones de cocaína en Colombia y los Estados Unidos de América, 2000-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

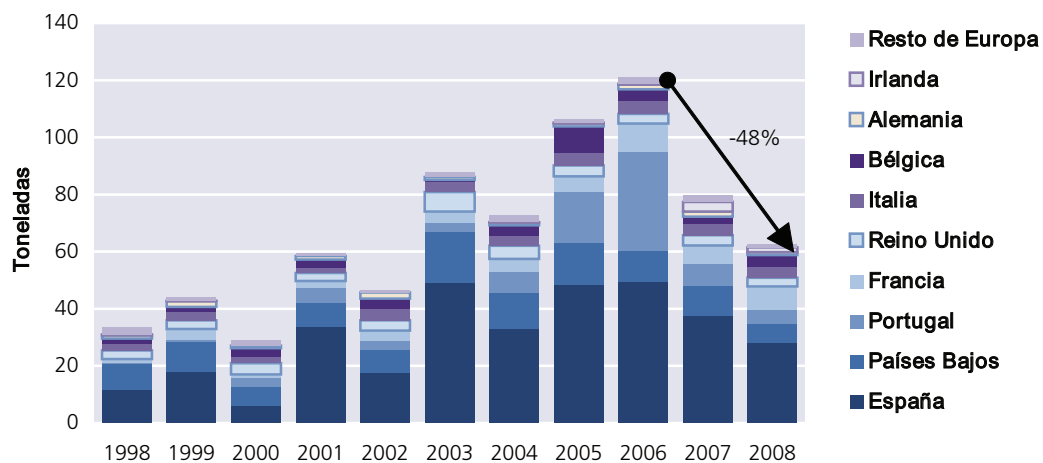


A partir de 2002, Colombia y los Estados Unidos han registrado sistemáticamente las mayores incautaciones anuales de cocaína (base y sales) del mundo. Durante el período de 2002 a 2007, las incautaciones de cocaína en los Estados Unidos, el país con el mayor mercado de consumidores de cocaína, siguieron una tendencia paralela a la de Colombia, el país con la mayor producción de cocaína, con sorprendente exactitud (con un coeficiente de correlación de 0,96). Sin embargo, las tendencias en los dos países fueron divergentes en 2008. Las incautaciones en Colombia alcanzaron un nivel sin precedentes, aumentando de 195 toneladas en 2007 a 257 toneladas⁵ en 2008, mientras que las incautaciones en los Estados Unidos disminuyeron marcadamente, de 148 toneladas en 2007 a 98 toneladas en 2008 (-34%).

México continuó siendo el país de tránsito clave para las grandes cantidades de cocaína que se trafican de la región andina a los Estados Unidos. Al igual que en los Estados Unidos, las incautaciones en México disminuyeron marcadamente en 2008, a 19,3 toneladas. Las incautaciones de cocaína por las autoridades de los Estados Unidos a lo largo de la frontera con México siguieron una tendencia general decreciente entre el último trimestre de 2005 y el segundo trimestre de 2008⁶, lo que indica que la cantidad de cocaína que llega a los Estados Unidos a través de la frontera con México ha estado disminuyendo. De hecho, entre 2006 y 2008, las incautaciones de cocaína a lo largo de esa frontera se redujeron en más del 40%. Datos parciales indican que ese nivel de reducción se mantuvo, en gran medida, en 2009, mientras que las incautaciones de

Fig. 137: Incautaciones de cocaína en Europa, 1998-2008

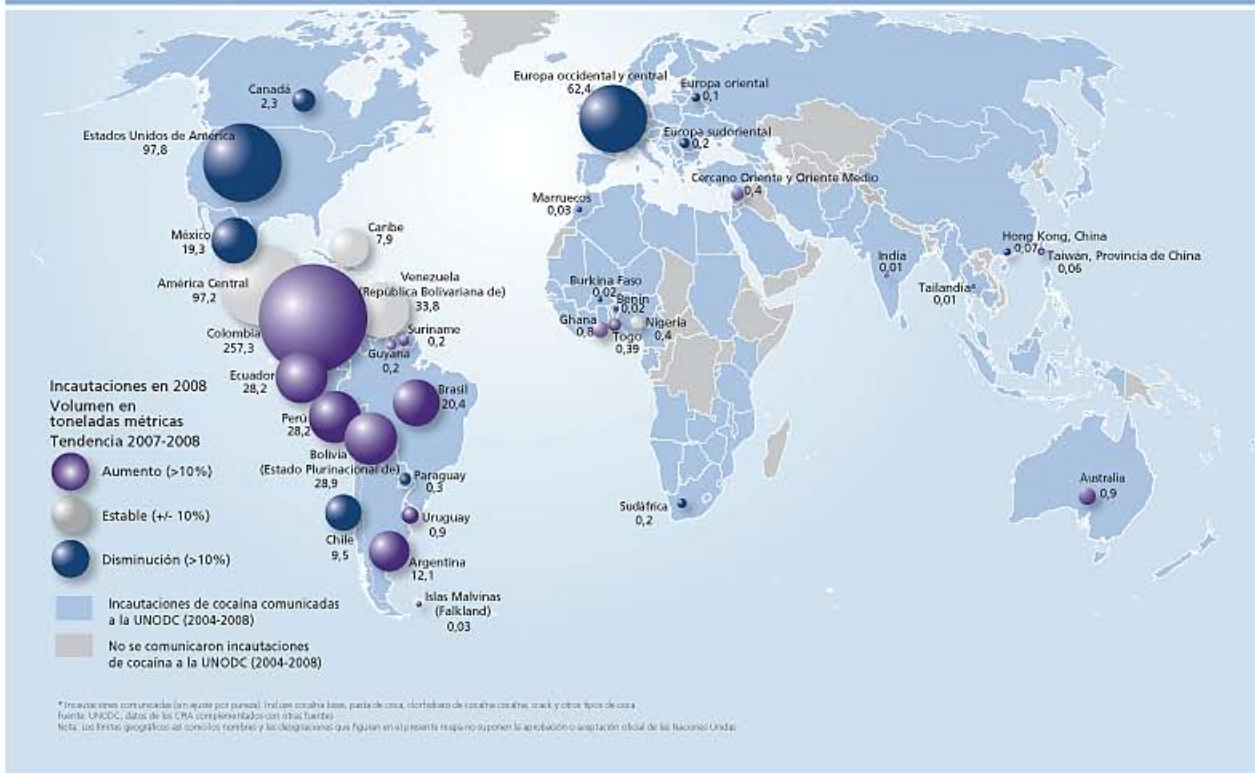
Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



5 Observatorio de Drogas de Colombia. No se dispuso de datos sobre Colombia en 2008 mediante el CPIA (parte III).

6 National Drug Intelligence Center, Departamento de Justicia de los EE.UU., *National Drug Threat Assessment 2009*, diciembre de 2008.

Mapa 19: Incautaciones de cocaína, 2008 (países que comunican incautaciones* de más de 10 kilogramos)



otras drogas (heroína, marihuana y metanfetamina) aumentaron marcadamente a lo largo de la frontera sudoccidental durante el período 2006-2009.⁷

Las incautaciones continúan disminuyendo en Europa

El mercado de cocaína en Europa ha experimentado una importante expansión desde 2000, tanto en lo que respecta a la oferta como a la demanda. Las incautaciones anuales de cocaína en ese continente ascendieron a una media de 35,5 toneladas durante el período de 1998 a 2000 y en 102 toneladas en el período de 2005 a 2007.

La reciente evolución a corto plazo observada en el mercado europeo de cocaína no puede interpretarse sencillamente. Las incautaciones en Europa ascendieron a 121 toneladas en 2006, pero desde entonces han disminuido dos veces consecutivas, siendo de 62,7 toneladas en 2008. Esa cifra supone una reducción del 48% en un plazo de dos años. Los tres países de Europa que comunicaron las mayores incautaciones en 2007, a saber, España, Portugal y los Países Bajos, registraron notables descensos en 2008, de 37,8 toneladas a 28,0 toneladas en España (el segundo descenso interanual consecutivo registrado en el país), de 10,5 toneladas a 6,8 toneladas en los Países Bajos, y de 7,4 toneladas a 4,9 toneladas en 2008 (también el segundo descenso interanual consecutivo).

⁷ National Drug Intelligence Center, Departamento de Justicia de los EE.UU., *National Drug Threat Assessment 2010*, febrero de 2010.

Menor importancia del África occidental en relación con el tráfico de cocaína

Desde 2004, África, especialmente el África occidental, ha pasado a ser una importante zona de tránsito de la cocaína que se trafica desde América del Sur a Europa. Sin embargo, los datos sobre incautaciones indican que esa importancia

Fig. 138: Incautaciones de cocaína en África, 1998-2008

^a La cantidad no confirmada se refiere a una incautación individual importante, cantidad respecto de la cual una vez analizada no se pudo confirmar la presencia de sustancias sujetas a fiscalización. Esa cantidad no está incluida en los totales nacionales, regionales o mundiales correspondientes a 2006 comunicadas por la UNODC.

Fuente: UNODC, CPIA/DELTA

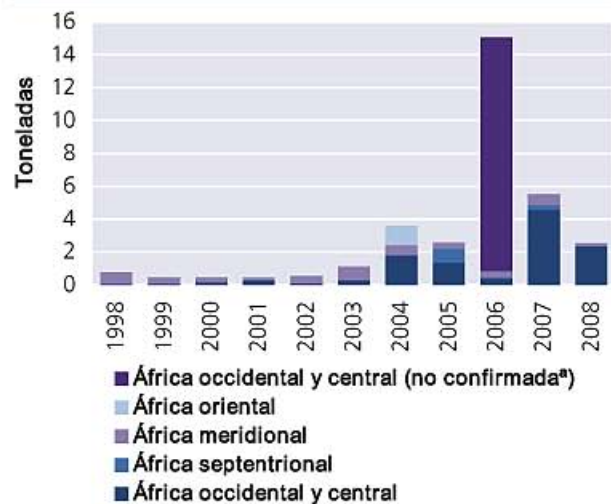
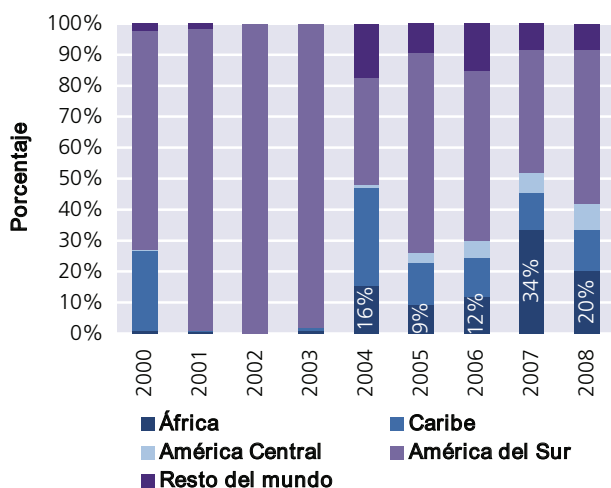


Fig. 139: Distribución del número de casos de incautaciones de cocaína en Europa por país de tránsito u origen*, 2000-2008

* Se refiere a la fuente de la cocaína más cercana al origen según pudieron constatar los países notificantes.
Fuente: UNODC, Base de datos de incautaciones de drogas individuales



podría haber comenzado a decaer. Las incautaciones de cocaína en el África occidental y central aumentaron de 98 kilogramos en 2002 a 4,6 toneladas en 2007, pero en 2008 se redujeron a 2,3 toneladas.

Un análisis de las remesas de cocaína incautadas en Europa con arreglo a la base de datos de la UNODC sobre incautaciones de drogas individuales confirma esa percepción. En los casos respecto de los cuales fue posible determinar el punto de origen, la proporción de casos en que se cita algún país de África (o África en general) como punto de origen es mínima hasta 2002, ascendió al 34% en 2007, pero descendió al 20% en 2008.

Aumento del tráfico de cocaína en Australia

Las incautaciones de cocaína en Australia aumentaron sostenidamente durante el período de 2005 a 2008, de 87,5 kilogramos en 2005 a 930 kilogramos en 2008. En relación con el período del 1 de julio de 2007 al 30 de junio de 2008, Australia⁸ mencionó la amenaza que suponía el tráfico y el posterior reenvío de remesas de cocaína procedente del Canadá, así como el aumento del tráfico a través de China (incluido Hong Kong). China también ha comunicado un aumento percibido del consumo de cocaína en 2008.

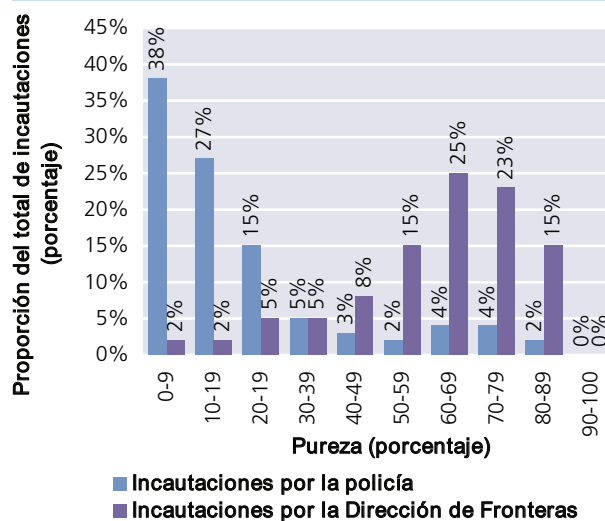
Tasa de intercepción

La estimación de la tasa mundial de intercepción de cocaína depende de una comprensión correcta de la oferta mundial de cocaína así como del total de cocaína incautada.

⁸ CPIA presentado por Australia correspondiente a 2008.

Fig. 140: Distribución de frecuencias de la pureza de la cocaína en el Reino Unido, enero-septiembre de 2009

Fuente: Servicio de ciencias forenses, Reino Unido



Habida cuenta del lapso transcurrido entre el cultivo del arbusto de coca, la cosecha, el procesamiento y el tráfico, en un año dado, la oferta en un mercado de consumidores como el de Europa puede depender de la producción en años anteriores. Además, la supuesta cantidad de cocaína pura incautada solo puede determinarse teniendo en cuenta la pureza de las incautaciones, que puede variar considerablemente de un país a otro y diversos factores, como el volumen de la transacción (nivel de venta - al por menor o al por mayor) y el lugar de la incautación (en la frontera o dentro del país).

Teniendo presentes esas consideraciones, la UNODC estima una tasa de intercepción⁹ de cocaína de 2008¹⁰ de un rango del 37% al 50%. Esta es significativamente superior que las tasas correspondientes a los opiáceos, posiblemente debido al hecho de que una proporción notable de las incautaciones se realiza en los países de origen o cerca de estos. El rango baja y se calcula entre el 27% y el 33% si se excluyen las incautaciones en los tres países productores, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú.

⁹ Calculado como la proporción de las incautaciones mundiales respecto de la oferta mundial. Las incautaciones mundiales se ajustan por pureza según una media ponderada, e incluye cocaína base, sales de cocaína, pasta de cocaína y cocaína *crack* (pero no hoja de coca). La oferta mundial se estima según la producción media de cocaína en los dos años anteriores. El extremo más bajo del rango se obtiene atendiendo solamente la pureza al por menor, y el extremo superior, atendiendo solamente la pureza al por mayor.

¹⁰ En años anteriores, la UNODC estimaba una sola tasa de intercepción, ajustando las incautaciones mundiales por pureza empleando una media no ponderada de todos los datos sobre pureza comunicados por los Estados Miembros (al por menor o al por mayor). Esa cantidad se expresaba como porcentaje de la producción de cocaína ese mismo año. Según ese método la estimación correspondiente a 2008 es de 42%.

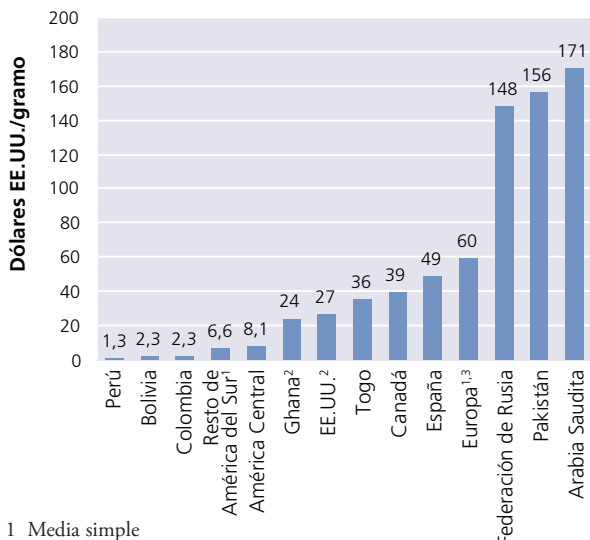
2.3.3 Precios

Los precios de la cocaína en 2008 reflejaron las archiconocidas rutas del tráfico de América del Sur a América del Norte y Europa. Los precios al por mayor más bajos correspondían al Perú, el Estado Plurinacional de Bolivia y Colombia. Los precios eran, como media, notablemente más alto en el resto de América del Sur y ligeramente más altos en América Central y el Caribe. Fuera de América Latina y el Caribe los precios eran notablemente más altos. Los precios al por mayor en África occidental eran ligeramente más altos, pero más bajos que los precios en Europa. El precio al por mayor en España era notablemente más bajo que el precio medio en Europa, lo que posiblemente refleja la importancia de ese país como punto de entrada de la cocaína en el mercado de Europa. Se registraron precios al por mayor muy altos en Arabia Saudita, el Pakistán y la Federación de Rusia. El margen de ganancia entre el precio al por mayor y el precio al por menor es más claro cuando los precios típicos se ajustan por pureza típica.

Si se comparan los precios en los países productores y en los principales mercados de consumidores, se observa que los precios de los derivados de la coca son aproximadamente 30 veces más altos en los mercados al por mayor de los Estados Unidos y hasta 60 veces más altos en Europa, que en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú.

Fig. 141: Precios al por mayor de la cocaína en el mundo, 2008

Fuente: UNODC, CPIA



1 Media simple

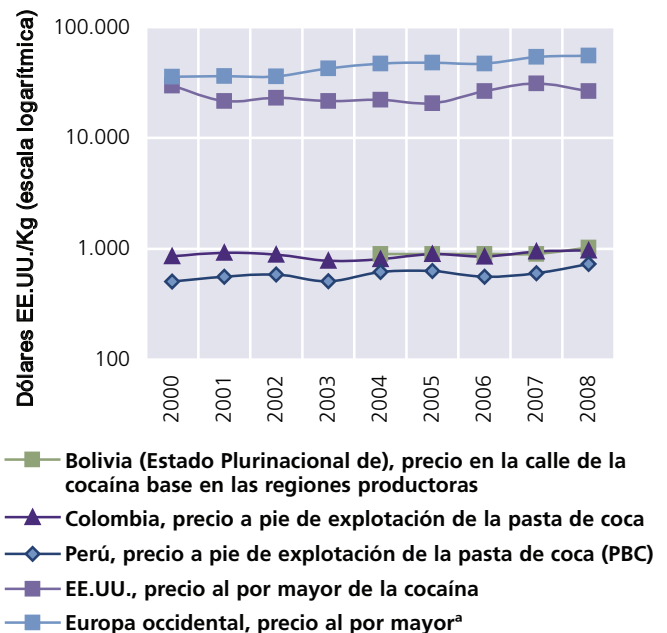
2 Media de los precios mínimo y máximo

3 Excluidas España y la Federación de Rusia

Fig. 142: Comparación de los precios de los derivados de la coca en los países productores y en los mercados de consumidores, 2000-2008 (dólares EE.UU.)

^aMedia ponderada de 18 países.

Fuentes: Sistemas nacionales de vigilancia del Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú, y UNODC, CPIA



En los Estados Unidos, tras un aumento de los precios y una disminución de la pureza, espectaculares en 2009 se observan los primeros signos de estabilización

En los Estados Unidos, los datos sobre los precios y la pureza confirmaron una menor disponibilidad de cocaína. Los datos de la Dirección de lucha contra las drogas, indican una clara transición entre el cuarto trimestre de 2007 y el cuarto trimestre de 2008: la pureza disminuyó un 27% y el precio del gramo puro de cocaína aumentó un 72%, lo que indica una escasez de cocaína en el mercado de los Estados Unidos. El precio se mantuvo a ese nivel hasta el tercer trimestre de 2009¹¹ momento en que pareció estabilizarse a un nivel superior.

¹¹ EE.UU., Departamento de Justicia, *National Drug Threat Assessment 2010*. Sobre la base de los datos tomados del Sistema para recuperar información a partir de pruebas del uso de estupefacientes (STRIDE).

Fig. 143: Precios al por mayor y al por menor de la cocaína, ajustados y no ajustados por pureza, en dólares EE.UU., 2008 (escala log-log)

Nota: En una escala lineal, la pendiente de la línea de mejor ajuste (pasando por el origen) para precios ajustados por pureza es de 2,94. Esto significa que, en general, existe un margen de aumento del precio del 194% entre el nivel al por mayor y al por menor.

Fuente: UNODC, CPIA

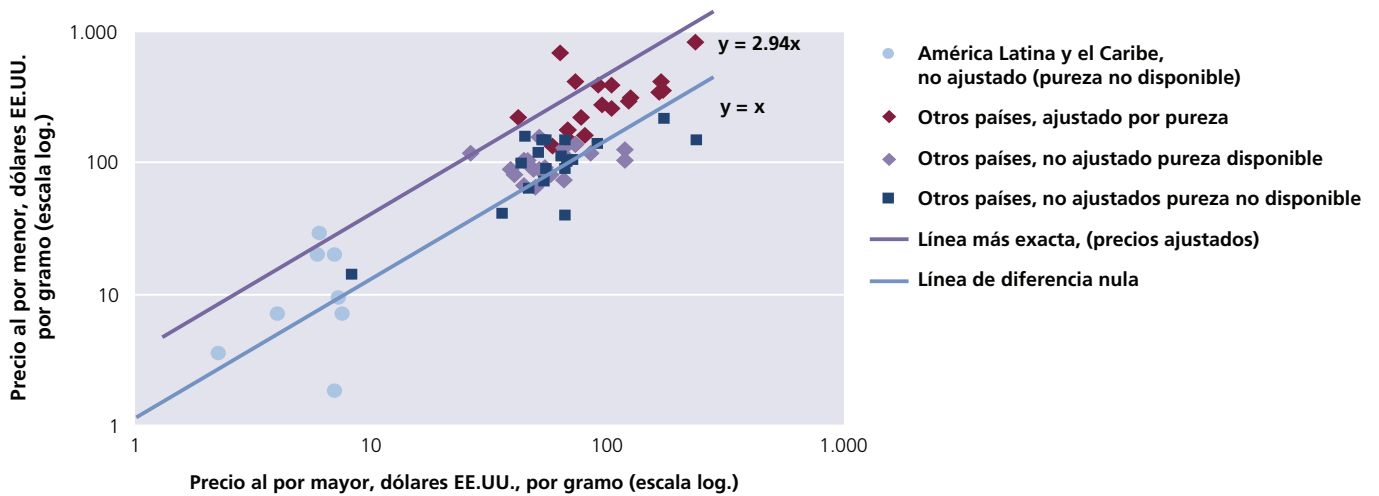
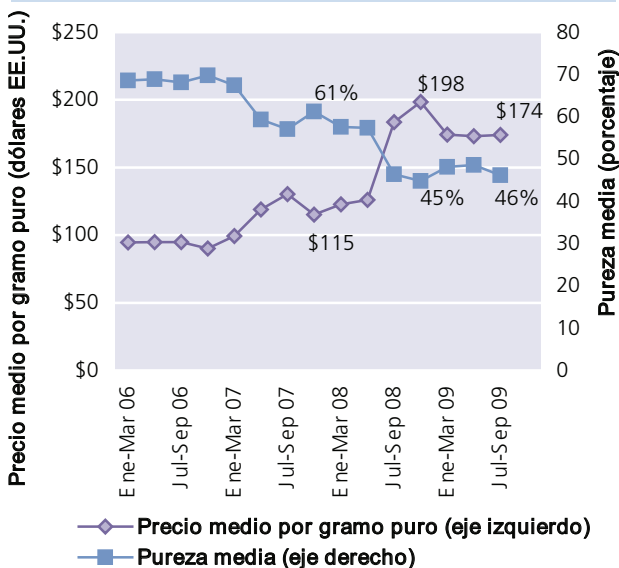


Fig. 144: Precios y pureza de la cocaína en los Estados Unidos, 2006-2009 (STRIDE)

*STRIDE es una base de datos con información sobre drogas que mantiene la Dirección de lucha contra las drogas de los EE.UU. Los valores que aquí comunican son promedios de todas las adquisiciones de cocaína registradas en la base de datos. Aunque esos datos no se reunieron como muestra representativa del mercado de los EE.UU., STRIDE refleja la mejor información disponible sobre cambios en los precios y la pureza de la cocaína en el mercado de los EE.UU.

Fuente: National Drug Threat Assessment 2010, EE.UU. Departamento de Justicia



la cocaína en Europa expresado en euros y ajustado por inflación (aunque no por pureza) mostró una tendencia decreciente en el período de 2006 a 2008, tanto en al por menor como al por mayor. Sin embargo, durante el mismo período, los precios en dólares y ajustados por inflación eran más altos, lo que indica que la tendencia ha dependido más del tipo de cambio entre el dólar EE.UU. y el Euro, que de los cambios en el mercado.

Si se comparan los precios ajustados por pureza y por inflación¹³ con las incautaciones de cocaína en determinados países de Europa se observa cierta dependencia de los precios -particularmente al por menor- del éxito de la intercepción, en función del total de las incautaciones. En 2006, las incautaciones en Europa alcanzaron un nivel máximo, junto con el precio al por menor ajustado por pureza y por inflación en Francia, Alemania y el Reino Unido. Ello se debió a un cambio en la pureza en algunos casos y a un cambio en el precio a granel en otros casos. Desde 2006, disminuyó el precio al por menor ajustado por pureza y por inflación, en consonancia con el total de las incautaciones. Una posible explicación de la correlación entre las tendencias de los precios y las incautaciones podría guardar relación con las consecuencias de las actividades de los órganos de represión a mayor actividad policial mayores son las cantidades incautadas y los riesgos asociados al tráfico ilícito, y por consiguiente aumentan los precios¹⁴.

El panorama en Europa no es uniforme

En general no se dispuso de los precios del gramo de cocaína pura en los países europeos. El precio medio¹² de

12 Media ponderada de 18 países europeos, sobre la base de los CPIA, datos de EUROPOL y estimaciones de la UNODC: véase UNODC, Informe Mundial sobre las Drogas 2009.

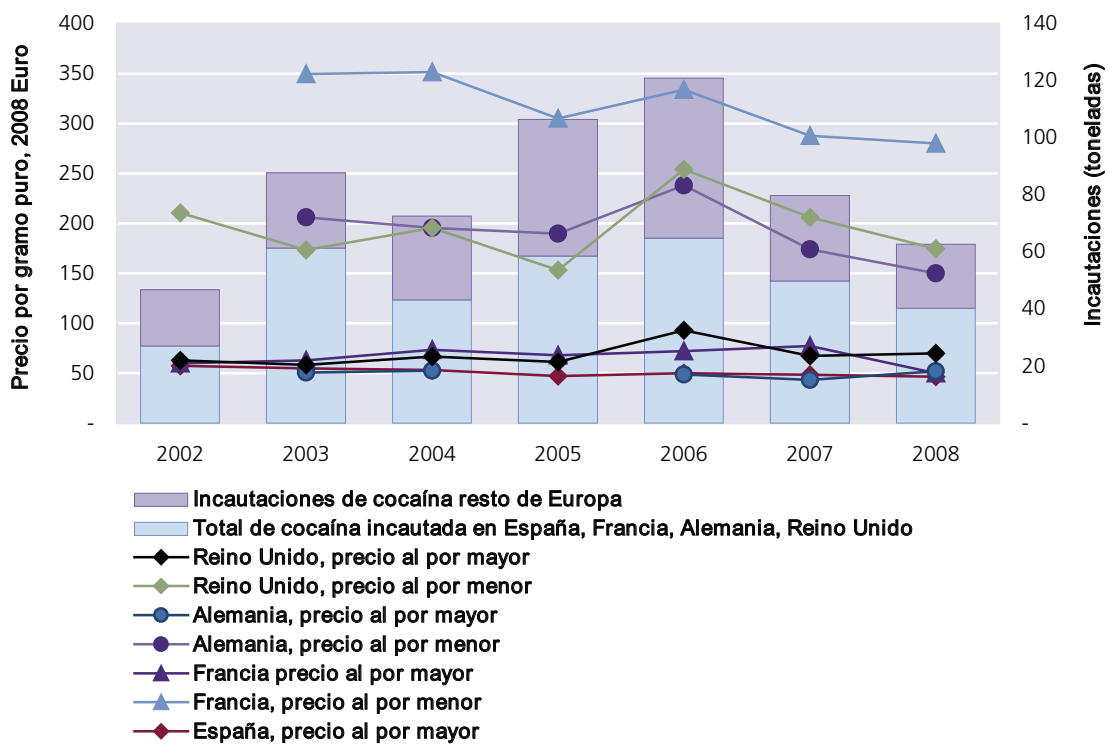
13 Estimaciones de la UNODC basadas en precios y purezas comunicadas.

14 En cambio, durante el período 2000-2006, el aumento de las incautaciones en Europa fue paralelo a las disminuciones de los precios de la cocaína (media ponderada para 18 países europeos, no ajustada por pureza), lo que indica que las incautaciones reflejaban el aumento de la oferta de cocaína que llegaba a los mercados europeos.

Fig. 145: Precios de la cocaína ajustados por pureza e inflación en países determinados europeos, en comparación con las incautaciones de cocaína

Nota: Los precios ajustados por pureza son estimaciones de la UNODC basados en los precios y purezas comunicados.

Fuentes: UNODC, CIA, Europol, OEDT, UNODC *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*





2.3.4 Consumo

La UNODC estima que la prevalencia del consumo de cocaína a nivel mundial en 2008 osciló entre 0,3% y 0,4% de la población adulta, es decir que, entre 15 millones y 19 millones de personas consumieron cocaína por lo menos una vez durante el año anterior. En comparación con 2007, el rango pasó a niveles más bajos, lo que indica una disminución del total mundial de consumidores de cocaína, en particular se debe a la disminución del número de consumidores de cocaína en América del Norte. Además,

muchas regiones, particularmente en África oriental, Asia central, el Cercano Oriente y Oriente Medio y Asia meridional carecen de datos o estimaciones recientes fiables o ambas cosas. La información cualitativa disponible indica que la prevalencia del consumo de cocaína es baja en la mayor parte de Asia, aunque expertos chinos comunicaron un aumento reciente del consumo de cocaína en su país (a partir de un nivel casi insignificante)¹⁵ y otros países han comunicado aumento del tráfico de cocaína en Asia.

Cuadro 22: Número estimado de personas que consumieron cocaína por lo menos una vez durante el año anterior y prevalencia en la población de 15-64 años, por región, 2008

Región/subregión	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	-	Número estimado de consumidores anuales (superior)	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (inferior)	-	Porcentaje de la población de 15 a 64 años (superior)
África	1.020.000	-	2.670.000	0,2	-	0,5
África oriental	No se puede calcular una estimación subregional					
África septentrional	30.000	-	50.000	<0,1	-	<0,1
África meridional	290.000	-	900.000	0,3	-	0,8
África occidental y central	640.000	-	830.000	0,4	-	0,5
América	8.720.000	-	9.080.000	1,4	-	1,5
Caribe	110.000	-	320.000	0,4	-	1,2
América Central	120.000	-	140.000	0,5	-	0,6
América del Norte	6.170.000	-	6.170.000	2,0	-	2,0
América del Sur	2.330.000	-	2.450.000	0,9	-	1,0
Asia	430.000	-	2.270.000	<0,1	-	0,1
Asia central	No se puede calcular una estimación subregional					
Asia oriental y sudoriental	390.000	-	1.070.000	<0,1	-	0,1
Cercano Oriente y Oriente Medio	No se puede calcular una estimación subregional					
Asia meridional	No se puede calcular una estimación subregional					
Europa	4.570.000	-	4.970.000	0,8	-	0,9
Europa oriental y sudoriental	470.000	-	840.000	0,2	-	0,3
Europa occidental y central	4.110.000	-	4.130.000	1,5	-	1,5
Oceanía	330.000	-	390.000	1,4	-	1,7
Mundial	15.070.000	-	19.380.000	0,3	-	0,4

15 CPIA presentado por China correspondiente a 2008.

Fig. 146: Consumidores anuales de cocaína en el mundo

Fuentes: UNODC, CPIA

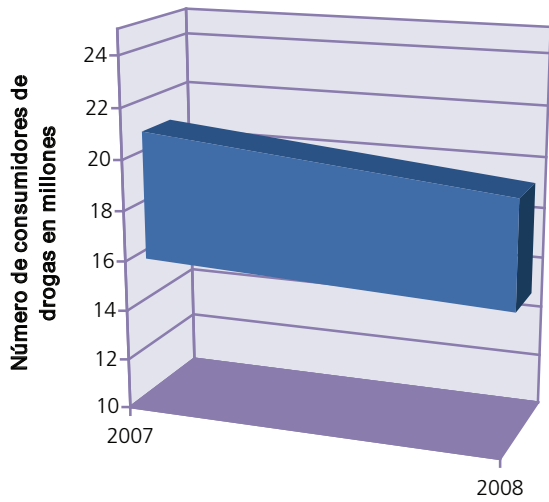


Fig. 147: Consumo de cocaína: límites inferior y superior del número y de la prevalencia anual, a nivel mundial y por región

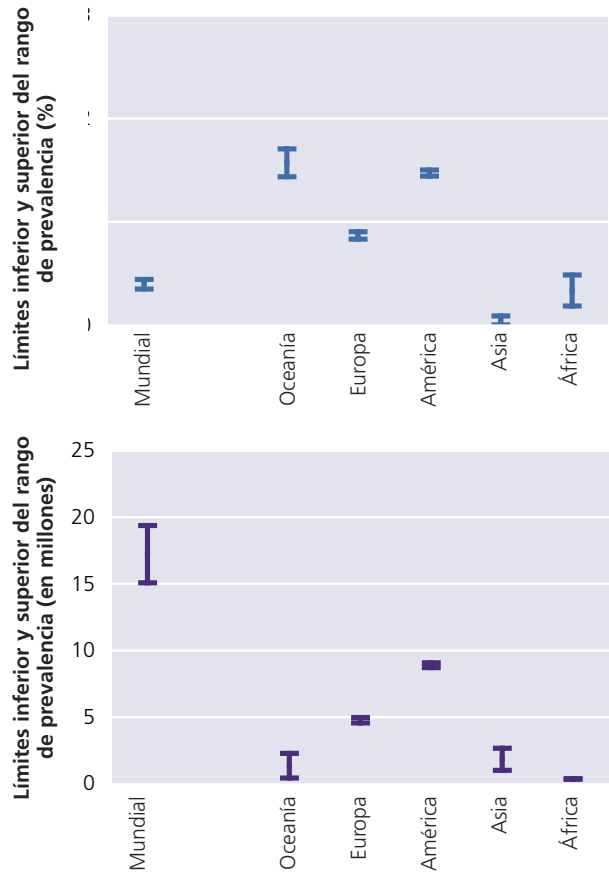


Fig. 148: Tendencia mundial percibida del consumo de cocaína: media no ponderada de las tendencias según expertos nacionales*

* El gráfico mide la tendencia del número de países que comunicaron un aumento o una disminución del consumo de drogas (no la tendencia del número de consumidores).

Fuentes: UNODC, CPIA

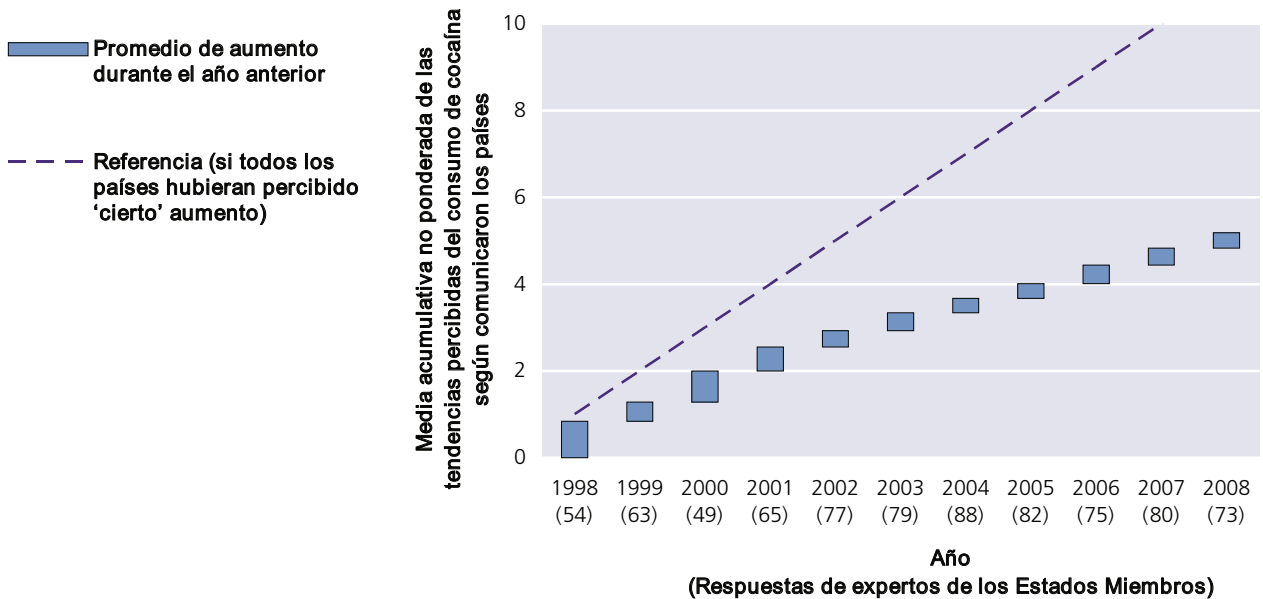
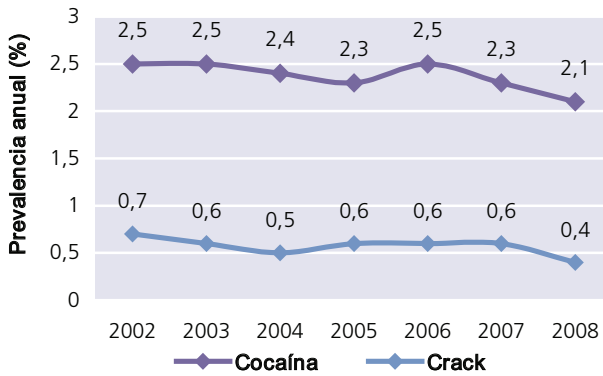


Fig. 149: Estados Unidos: prevalencia anual del consumo de cocaína entre la población de 12 años o más

Fuente: Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health, National Findings*, Oficina de Estudios Aplicados, EE.UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos

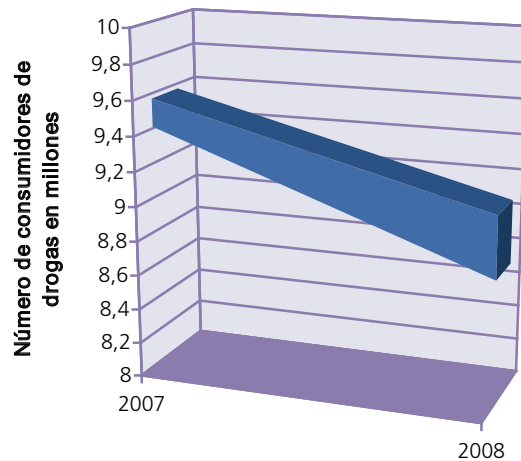


En América del Norte, el mayor mercado de cocaína, el consumo se está reduciendo

La mayor prevalencia de consumo de cocaína sigue correspondiendo a América del Norte, con el 2% de la población adulta de 15 a 64 años. En los Estados Unidos, numerosos indicadores muestran una tendencia descendente del consumo de cocaína durante los últimos años, como reflejo de una tendencia decreciente de la producción de cocaína en Colombia, país de origen de la cocaína que llega a los Estados Unidos, así como las dificultades cada

Fig. 150: Consumidores anuales de cocaína en América

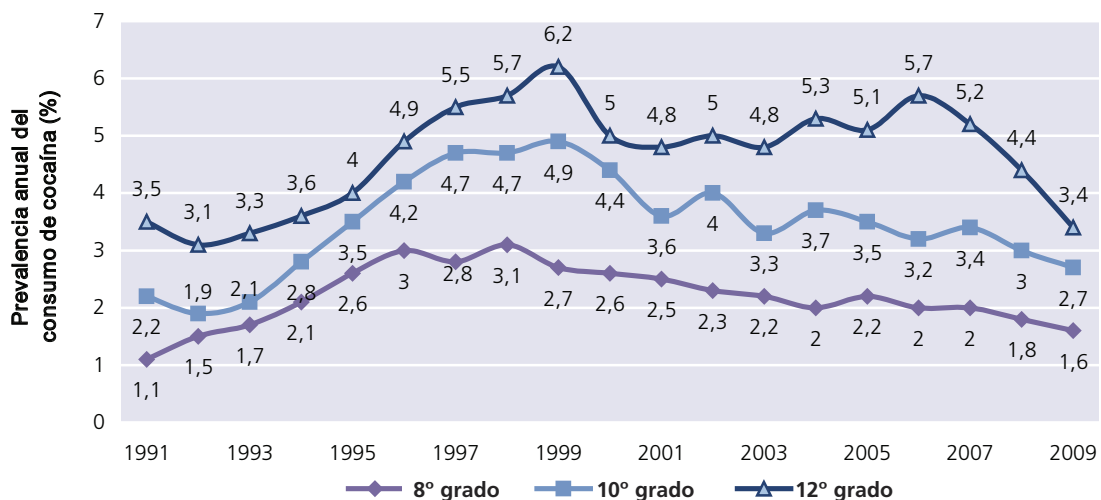
Fuentes: UNODC, CPIA



vez mayores con que tropiezan los carteles mexicanos de la droga para enviar cocaína a los Estados Unidos desde Colombia a través de México. Los datos de 2008 confirman una tendencia de consumo decreciente tanto entre adultos como jóvenes. Se ha observado una notable reducción del consumo de cocaína y crack entre la población de 12 años o más. La prevalencia anual de consumo de cocaína se redujo del 2,3% en 2007 al 2,1% en 2008. La gran disponibilidad percibida de cocaína entre los jóvenes de 12 a 17 años, disminuyó notablemente, del 25% en 2007, el 22,1% en 2008.¹⁶

Fig. 151: Estados Unidos: prevalencia anual del consumo de cocaína entre estudiantes de enseñanza media, 1991-2009

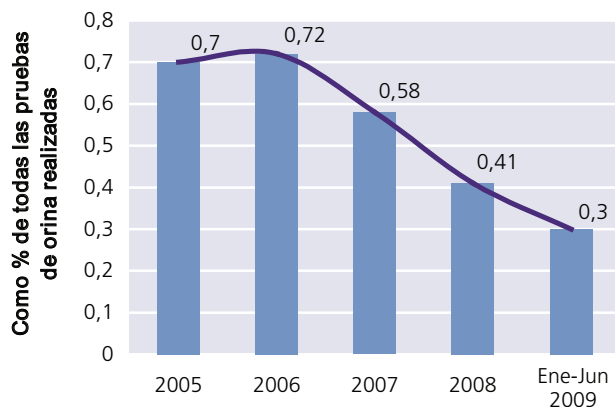
Fuentes: Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Monitoring the Future, Overview of key findings in 2009*, Bethesda, Maryland, EE.UU., 2009



¹⁶ Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health, National Findings*, Oficina de Estudios Aplicados, SAMHSA, EE.UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos, septiembre de 2009.

Fig. 152: Porcentaje de resultados positivos en pruebas de cocaína en orina realizadas a la población activa general de los EE.UU. (porcentaje de todas las pruebas)

Fuente: Quest Diagnostics, *Drug Testing Index*



Análogamente, el número de pruebas positivas de consumo reciente de cocaína entre la población activa general de los Estados Unidos disminuyó en un 29% en 2008 (al 0,41% en 2008 a partir del 0,58% registrado en 2007 de todas las pruebas de droga en orina). La tendencia decreciente del consumo de cocaína también se mantuvo en 2009, según se constató en pruebas de consumo de cocaína entre la población activa general durante el primer semestre de 2009.¹⁷ También se observaron tendencias decrecientes similares en la prevalencia anual de consumo de cocaína entre estudiantes de enseñanza media. La prevalencia anual descendió del 2,8% en 2008 al 1,6% en 2009 entre estudiantes de 8º grado, del 3% al 2,7% entre estudiantes del grado 10º y del 4,4% al 3,4% entre estudiantes del grado 12.¹⁸

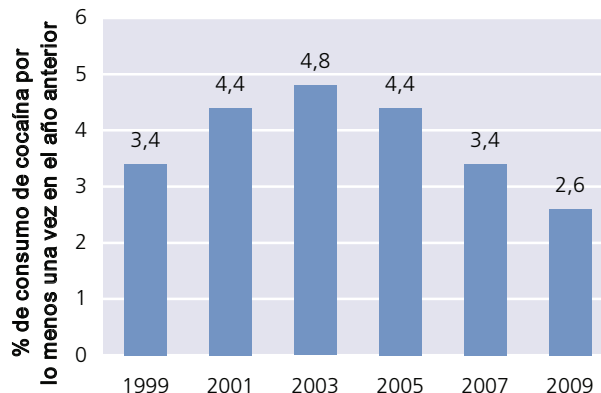
La prevalencia de resultados positivos en las pruebas de consumo de cocaína entre los detenidos parece ser estable o estar reduciéndose en muchas ciudades de los Estados Unidos en las que se ha aplicado el programa de vigilancia del consumo de drogas por personas detenidas (*ADAM II*). Se han observado reducciones estadísticamente significativas entre 2003 y 2008 en dos de las 10 ciudades estudiadas: Chicago y Portland. Se observaron reducciones estadísticamente significativas entre 2007 y 2008 en Indianápolis y Washington D.C. No obstante, en 2008 la cocaína siguió siendo la segunda droga de mayor consumo entre los detenidos. El número de consumidores problemáticos de cocaína o los clasificados en la encuesta por hogares como drogodependientes o consumidores, disminuyó de 1,5 millones en 2002 a 1,4 millones en 2008 entre la población de 12 años o más, aunque ninguno de los cambios entre 2008 y los años anteriores es estadísticamente significativo. Las

17 Quest Diagnostics, *Drug Testing Index*, noviembre de 2009.

18 Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Monitoring the Future, Overview of key findings in 2009*, Bethesda, Maryland, EE.UU., 2010.

Fig. 153: Prevalencia anual del consumo de cocaína entre estudiantes en Ontario, 1999-2009

Fuentes: Centro de Adicciones y Salud Mental, Ontario Student Drug Use and Health Survey, *Drug use among Ontario students, 1977-2009*



estimaciones puntuales muestran una reducción más notable entre 2006 (1,7 millones) y 2008 (1,4 millones).¹⁹

El estudio de 2008 del Canadá también muestra un descenso de la prevalencia anual del consumo de cocaína, entre la población de 15 a 64 años, del 2,3% en 2004 al 1,9% en 2008.²⁰ La encuesta escolar realizada en Ontario, la provincia más populosa del Canadá con cerca del 40% del total de la población del país, también indica una reducción del consumo de cocaína entre estudiantes. La prevalencia anual del consumo de cocaína se ha reducido acerca de la mitad de su valor máximo de 4,8% en 2003, siendo del 2,6% en 2009. Según el 44% de los estudiantes el peligro que suponía probar la cocaína era mayor y cerca de la mitad desaprobó enérgicamente el consumo. También se comunicó que era más difícil conseguir la cocaína que en 2007 o un decenio atrás.²¹

El consumo de cocaína en México aumentó entre 2002 y 2008. La prevalencia de dicho consumo a lo largo de la vida en la población de 12 a 65 años se duplicó, del 1,2% en 2002 al 2,4% en 2008.²² No obstante, el aumento de la prevalencia anual del consumo de cocaína fue menos pronunciado, del 0,35% en 2002 al 0,44% en 2008.

Se continúan comunicando altas tasas de prevalencia en Europa occidental

En Europa, la cocaína sigue siendo la segunda droga ilícita más consumida después del cannabis. La prevalencia anual

19 EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health, National Findings*, 2009.

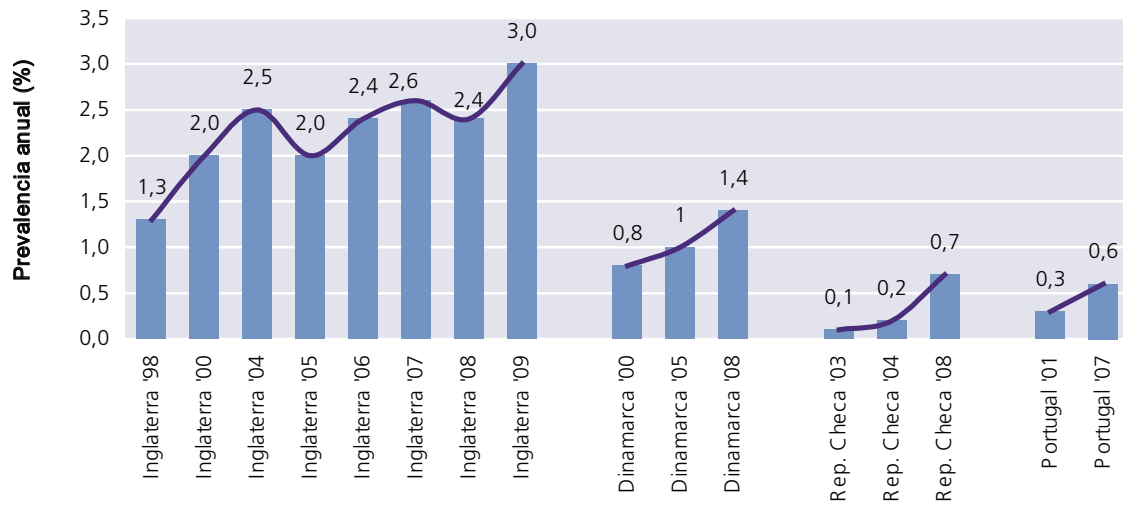
20 Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (CADAUMS) 2008*.

21 Centro de Adicciones y Salud Mental, Ontario Student Drug Use and Health Survey, *Drug use among Ontario students, 1977 - 2009*, 2009.

22 SALUD, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, 2009.

Fig. 154: Europa: Tendencias crecientes en la prevalencia anual del consumo de cocaína entre la población adulta

Fuentes: British Crime Survey; informes de los gobiernos y UNODC, CPIA



del consumo de cocaína en Europa oscila entre el 0,8% y el 0,9% de la población de 15 a 64 años, es decir, aproximadamente entre 4,5 millones y 5 millones de personas consumieron cocaína el año anterior entre 2008 y 2009, un ligero aumento en relación con el rango comunicado en 2007 (de 4,3 millones a 4,6 millones de personas). Se ha observado un aumento general del consumo de cocaína en Europa durante el último decenio. En los últimos años, la tendencia ha comenzado a estabilizarse en algunos países, mientras que en otros todavía continúa aumentando.

Según se ha informado, el consumo de cocaína en Europa occidental y central es más elevado (1,5%) que en Europa oriental y sudoriental (0,3%). El consumo de cocaína parece estar concentrado en unos pocos países de Europa, en particular España, el Reino Unido, Italia, Irlanda y

Dinamarca, donde se observan elevadas tasas de prevalencia del consumo de cocaína. Se ha observado que el consumo es elevado entre hombres jóvenes de 15 a 34 años de edad²³. Los países de la Unión Europea con una baja prevalencia de consumo son Rumania, Grecia, Hungría, Polonia y la República Checa.

En España e Italia, las tasas de prevalencia anual de consumo de cocaína se estabilizaron en el 3% y el 2,2% en 2007 y 2008 respectivamente, después de haber sido altas en 2005. También se ha comunicado una estabilización en 2007 Alemania y otros países de la UE. El único mercado europeo importante que mostró un aumento fue el mercado del Reino Unido. En Inglaterra y Gales, las tasas de prevalencia del consumo de cocaína disminuyeron en 2007 y 2008 pero aumentaron al 3% de la población de 16 a 59

Fig. 155: Europa: Tendencias estables o decrecientes de la prevalencia anual del consumo de cocaína en la población de 15-64 años

Fuentes: Informes de los gobiernos y UNODC, CPIA

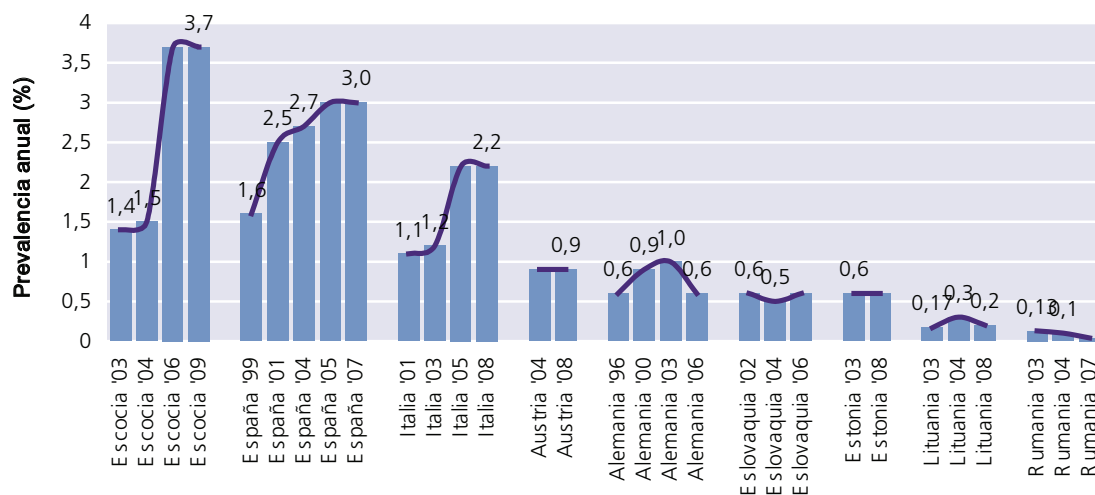
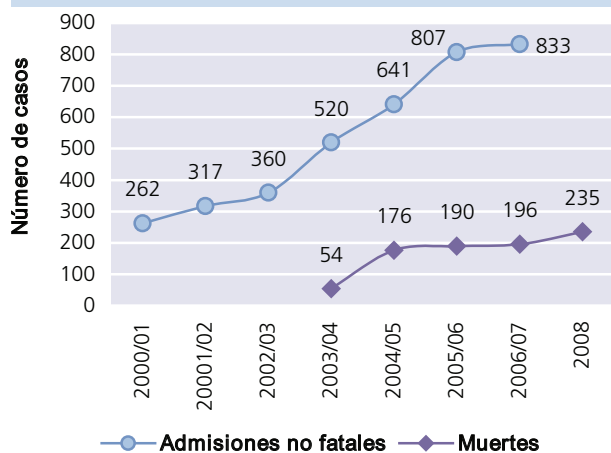


Fig. 156: Reino Unido: Casos de envenenamiento y muertes relacionadas con la cocaína, 2000-2008Fuentes: Reino Unido, The Cocaine Trade - Home Affairs Committee, *Trends in Cocaine Use*

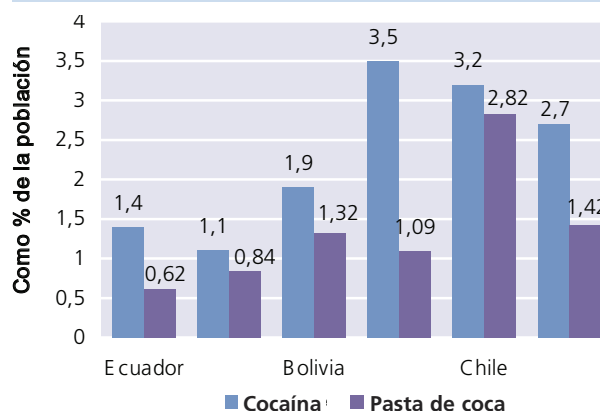
años en 2008 y 2009. La mayor prevalencia del consumo de cocaína en Europa corresponde a Escocia (3,7% de la población de 16 a 59 años en 2008 y 2009), aunque esa tasa se ha mantenido estable desde 2006. Por tanto, el Reino Unido es en general el mayor mercado de cocaína en cifras absolutas que ascendían a 1,2 millones de consumidores en 2009. También se comunicaron aumentos de las tasas anuales de prevalencia en Albania, la República Checa y Dinamarca durante el último período. Entre los seis países europeos que comunicaron información actualizada sobre el consumo de cocaína en 2008, solo Lituania registró una disminución de la prevalencia entre adultos, del 0,3% en 2004 al 0,2% en 2008.

En el Reino Unido, la cocaína ha sido una droga problemática desde hace tiempo. A partir de 2000-2001 los casos de admisión en hospitales por envenenamiento no fatal a causa de la cocaína en Inglaterra han aumentado considerablemente. Desde 2004, también ha aumentado el número de muertes relacionadas con la cocaína ascendiendo al 14% de todas las muertes relacionadas con las drogas en 2008.²⁴

La prevalencia media del consumo de cocaína a lo largo de la vida entre estudiantes de 15 y 16 años en Europa²⁵ era del 3%. Con todo, el consumo de cocaína sigue siendo muy inferior al del cannabis. En la mitad de los 28 países que presentaron informes, el rango de la tasa de prevalencia en 2007 era de entre el 1% y el 2%. La mayoría de los demás países comunicaron niveles de prevalencia de entre el 3% y el 4%. Francia, Italia y el Reino Unido comunicaron niveles de alrededor del 5%. Al igual que respecto de la mayoría de las demás drogas, la prevalencia del consumo de

24 Reino Unido, The Cocaine Trade – Home Affairs Committee, *Trends in Cocaine Use*, marzo de 2010.

25 Proyecto europeo de sondeos en colegios sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD).

Fig. 157: América del Sur: prevalencia del consumo de cocaína y pasta base entre estudiantes de 1317 años, determinados paísesFuente: UNODC/CICAD, *Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada, 2009/2010*

cocaína a lo largo de la vida entre los hombres es superior que entre las mujeres.²⁶

El número de pacientes que inician tratamiento siendo la cocaína la principal droga de consumo ha estado aumentando en Europa durante varios años. Entre 2002 y 2007, España, Irlanda e Italia comunicaron los mayores aumentos proporcionales entre nuevos pacientes. En esos países el número total de pacientes que iniciaron tratamiento citando la cocaína como su principal droga de consumo, aumentó del 13% al 19%. La proporción de pacientes en tratamiento por consumo de cocaína también está aumentando en otros países como Dinamarca, Irlanda, Grecia y Portugal.²⁷

Tendencias crecientes del consumo de cocaína en la mayoría de los países de América del Sur

La prevalencia anual del consumo de cocaína en América del Sur está entre el 0,9% y el 1% de la población de 15 a 64 años, por tanto es comparable con el consumo de cocaína en Europa, pero muy inferior al de América del Norte. La prevalencia anual agregada de consumo de cocaína en América Central oscila entre 0,5% y 0,6%, y en el Caribe, entre 0,4% y 1,2%. A diferencia de América del Norte, los expertos nacionales de América del Sur continúan comunicando una tendencia creciente del consumo de cocaína.

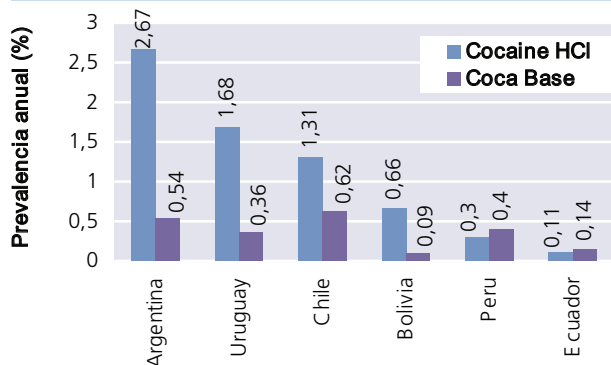
En los últimos años han comunicado aumentos del consumo de cocaína la República Bolivariana de Venezuela, el Ecuador, el Brasil, la Argentina y el Uruguay, así como países de América Central (Guatemala y Honduras) y del

26 Hibell, B., Andersson B., y otros. *ESPAD: The 2007 ESPAD Report: Substance use among students in 35 European Countries*, Consejo Sueco de Información sobre el Alcohol y otras Drogas (CAN), OEDT, Consejo de Europa, Grupo de Cooperación para Combatir el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (Grupo Pompidou).

27 OEDT, *Drug Situation in Europe 2009: Problem cocaine use and treatment demand*, 2009.

Fig. 158: América del Sur: prevalencia del consumo anual de cocaína entre adultos (15-64 años) en determinados países, 2006-2007

Fuente: UNODC/CICAD, *Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión: Primer Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 a 64 años, 2008*



Caribe (Jamaica y Haití). En comparación con el año anterior, se dispuso de nueva información cuantitativa en 2008 solamente de dos países: Chile, en que se observó un aumento de la prevalencia anual entre la población adulta de 15 a 64 años (de 1,7% en 2006 a 2,4% en 2008) y Suriname, país en que se produjo un descenso (del 0,5% en 2002 al 0,3% en 2007).

La Argentina notificó la mayor prevalencia de consumo de cocaína en América del Sur (2,7%), seguida de Chile (2,4%) y el Uruguay (1,4%). La prevalencia anual de consumo de cocaína en la Argentina y Chile es comparable a la prevalencia en los Estados Unidos. El Brasil y la Argentina son los mayores mercados de cocaína en América del Sur en cifras absolutas (más de 900.000 y 600.000 consumidores, respectivamente). Según una encuesta escolar realizada por la UNODC y la CICAD en países de América del Sur, la prevalencia anual de consumo de cocaína más alta entre estudiantes correspondió a Chile, seguido del Uruguay y la Argentina.²⁸ En América del Sur también se consume frecuentemente *pasta base* o cocaína base. Sin embargo, tanto entre los estudiantes como la población adulta, el consumo de HCl de cocaína es generalmente superior al de pasta de coca. Las tasas de consumo de cocaína y *pasta base* entre los estudiantes encuestados, de Chile, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú eran similares.

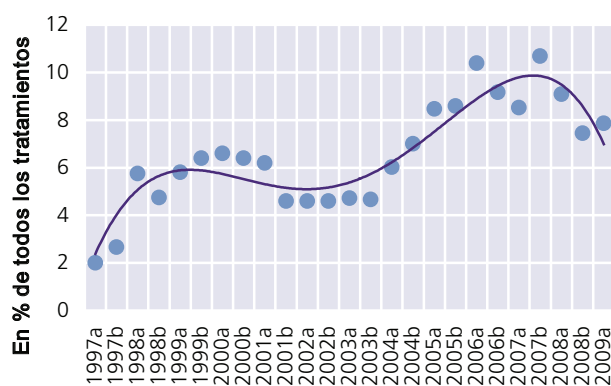
Según los expertos el consumo de cocaína en África está aumentando

No hay estimaciones recientes o fiables sobre el consumo de cocaína respecto de la mayor parte de África. No obstante, se estima que la prevalencia anual del consumo de cocaína en África oscile entre el 0,2% y el 0,5% de la población de 15 a 64 años. El límite superior de la estimación fue más bajo que la del año anterior que era del 0,7%. Esa

28 UNODC y CICAD Informe subregional sobre uso de drogas en población escolarizada, 2009/2010.

Fig. 159: Sudáfrica: Porcentaje de todas las admisiones a tratamiento por cocaína, 1997-2009

Fuentes: Pluddemann A., Parry C., Bhana A., y otros, *Alcohol and Drug Abuse Trends: January-June 2009 (Phase 26)*, Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre el uso de drogas, noviembre de 2009



disminución se debe, principalmente, al hecho de haber eliminado de las estimaciones nacionales aquellas con más de 10 años de antigüedad. Sin embargo, los expertos de África comunican que el consumo de cocaína ha aumentado en muchas partes del continente, especialmente en el África occidental y central. En Sudáfrica, uno de los pocos países que cuentan con datos para respaldar las percepciones de los expertos, la demanda de tratamiento por problemas relacionados con la cocaína ha aumentado considerablemente durante los últimos 10 años: del 5% en 1998, al 8% en el primer semestre de 2009. Sin embargo, la tendencia de la demanda de tratamiento relacionada con la cocaína desde 2008 ha disminuido.²⁹

No se cuenta con estimaciones recientes o fiables sobre grandes partes de Asia, el Cercano Oriente y el Oriente Medio relativas al consumo de cocaína. Se estima que la prevalencia anual del consumo de cocaína en Asia es de un máximo de 0,1%, es decir, oscila entre 430.000 y 2,3 millones de consumidores. Hong Kong (China) es el único territorio de Asia que presentó nueva información en 2008 que indica un aumento de la tasa de prevalencia anual estimada entre adultos de 0,003% en 2003 a 0,3 en 2008.³⁰ En Hong Kong (China), hay indicios de una mayor disponibilidad y un descenso de los precios de la cocaína desde 2004.³¹ En la encuesta escolar realizada en Hong Kong (China), en 2008 y 2009, la prevalencia del consumo de cocaína y de "éxtasis" a lo largo de la vida entre estudiantes era del 13,8%, en comparación con el 11,3% en 2004 y 2005.³²

29 Pluddemann A., Parry C., Bhana A., y otros, *Alcohol and Drug Abuse Trends: January - June 2009 (Phase 26)*, Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre uso de drogas, noviembre de 2009.

30 Datos extrapolados de los resultados de una encuesta escolar.

31 División de Estupefacientes, Policía de Hong Kong, *Drug Situation Report - Hong Kong*, Región Administrativa Especial de la República Popular China, enero de 2009.

32 División de Estupefacientes, Oficina de Seguridad, *The 2008/2009*

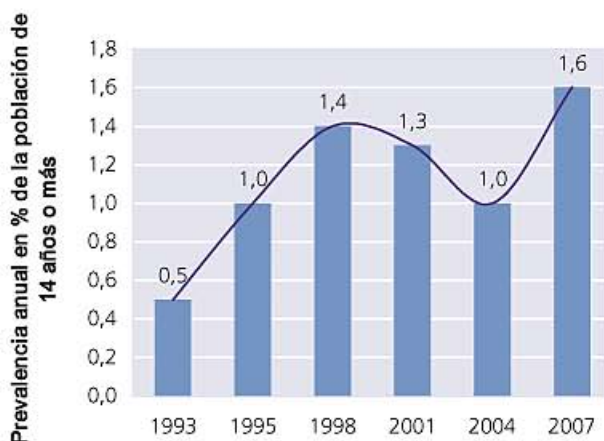
Las tendencias del consumo de cocaína en Oceanía no son uniformes

La prevalencia anual del consumo de cocaína en Australia, entre la población de 14 años o más, aumentó del 1% en 2004 al 1,6% en 2007 (es decir, el 1,9% de la población de 15 a 64 años).³³ Según los datos del Instituto Australiano de Criminología para el Sistema de vigilancia del consumo de drogas en Australia (DUMA), el porcentaje de detenidos que dio resultados positivos en las pruebas de consumo de cocaína, se mantuvo en el 1% en 2008 igual que en años anteriores.³⁴

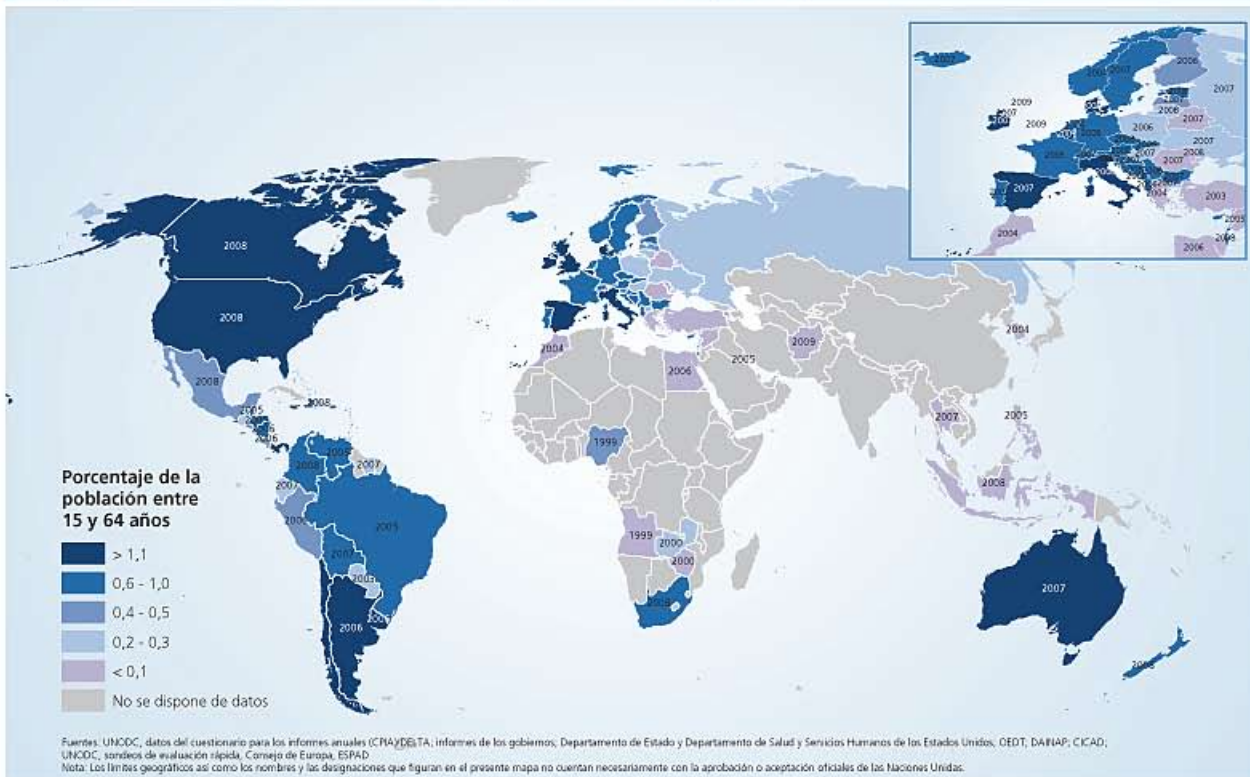
El consumo de cocaína en Nueva Zelanda parece estar estabilizándose, tras haber aumentado considerablemente entre 2003 y 2006. En 2007 y 2008, cerca del 0,6% de la población de 16 a 64 años había consumido cocaína el año anterior,³⁵ en comparación con el 0,8% del mismo grupo etario en 2006.

Fig. 160: Australia: Prevalencia anual del consumo de cocaína entre la población de 14 años o más, 1993-2007

Fuentes: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2007
National Drug Strategy Household Survey, 2008

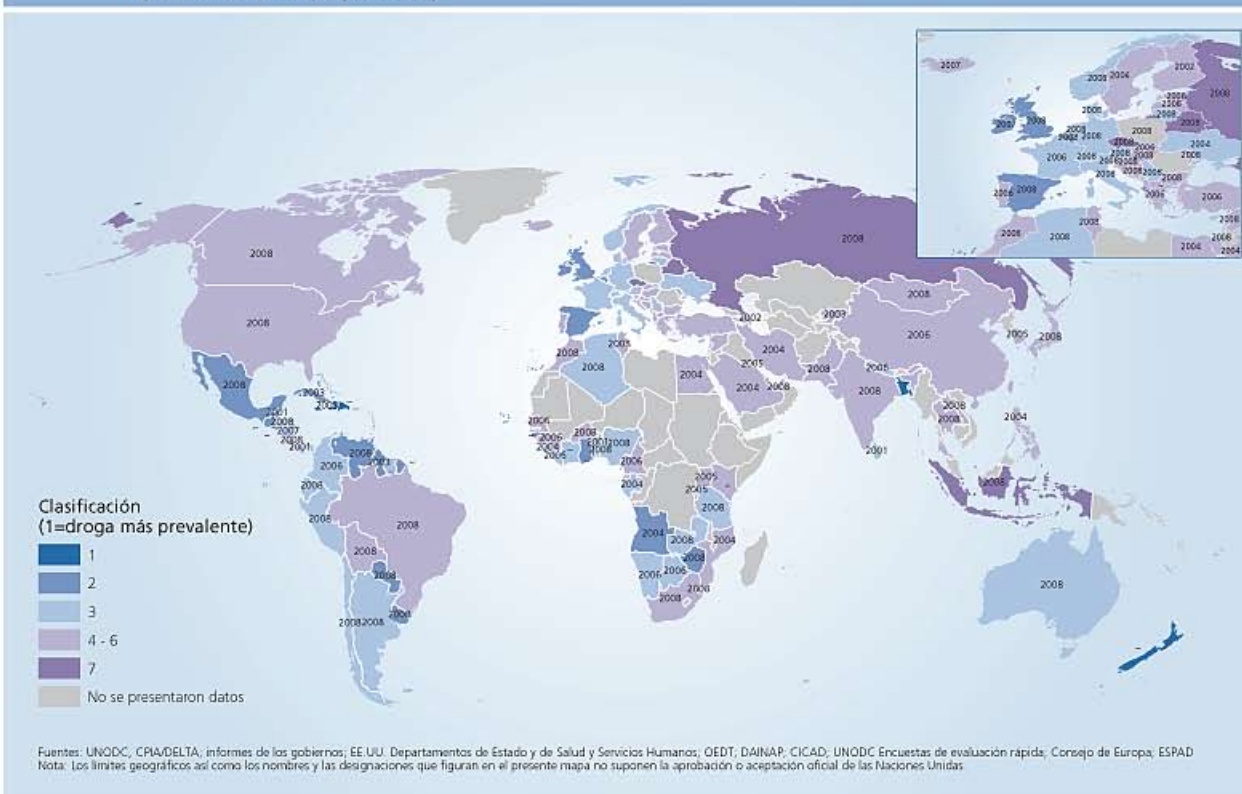


Mapa 20: Consumo de cocaína en 2008 (o último año disponible)

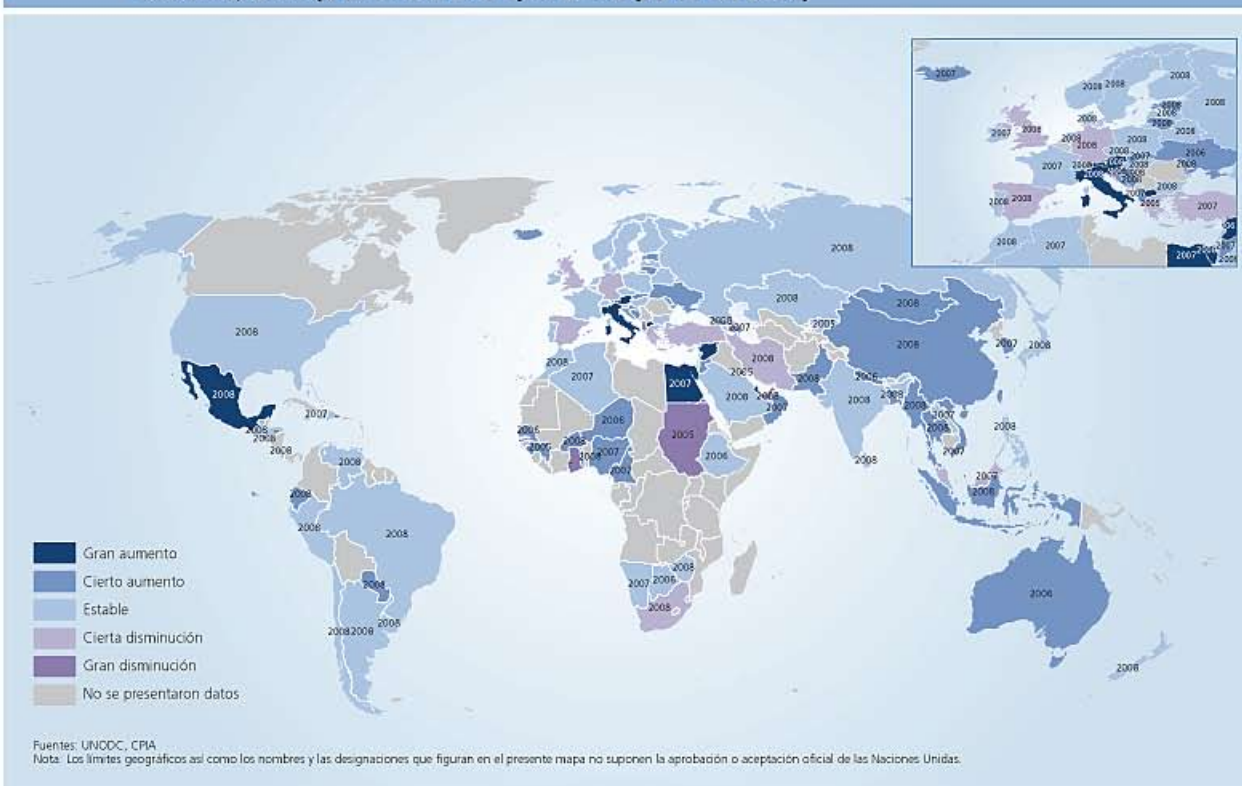


³³ *Survey of Drug Use among Students*, 2010.
³⁴ Instituto Australiano de Salud y Bienestar, *2007 National Drug Strategy Household Survey*, Canberra, abril de 2008.
³⁵ Instituto Australiano de Criminología, *Drug use monitoring in Australia: 2008 annual report on drug use among police detainees*, AIC Monitoring Reports 2009.
³⁶ Ministerio de Salud, *Drug use in New Zealand: Key Results of the 2007/08 New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, enero de 2010.

Mapa 21: Orden de importancia de la cocaína en función de la prevalencia, 2008 (o último año disponible)



Mapa 22: Percepciones de los expertos acerca de los cambios en la tendencia del consumo de cocaína, 2008 (o último año disponible a partir de 2005)



2.4 Cannabis



2.4.1 Producción

En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, la UNODC presentó un inventario de los datos disponibles sobre la producción de cannabis y, basándose en cuatro métodos diferentes, estimó la producción de hierba de cannabis entre 13.300 y 66.100 toneladas y la producción de resina de cannabis, entre 2.200 y 9.900 toneladas. Según esos datos, la superficie total dedicada al cultivo de cannabis se estimó entre 200.000 y 641.800 hectáreas.¹ Esas estimaciones, además de dar una indicación de la magnitud del problema vinculado al cultivo y producción ilícitos de cannabis, mostraban un amplio rango, lo que indicaba la gran incertidumbre acerca de las estimaciones.

En este *Informe Mundial sobre las Drogas*, no se han actualizado las estimaciones antes mencionadas; dado el alto nivel de incertidumbre y la falta de información subsistente en muchos países que cultivan cannabis, el cálculo de nuevas estimaciones habría supuesto un ejercicio aritmético y no habría proporcionado información de importancia para las políticas sobre la tendencia mundial de la producción y el cultivo de cannabis. El análisis de tendencias presentado aquí se centra en cierta nueva información obtenida por la UNODC durante el último año, centrado en el cultivo de cannabis en interiores.

Cultivo y producción de cannabis en el Afganistán

En 2009, el dato nuevo de información sobre la producción de cannabis más importante se refiere a un importante productor, el Afganistán, país en el que la UNODC y el

¹ El cálculo se basó en los niveles mínimo y máximo calculados a partir de los informes sobre cultivo y producción e incautaciones de cannabis, y tasas de prevalencia de consumidores.



Ministerio del Afganistán de Lucha contra los Estupefacientes realizaron la primera encuesta conjunta sobre el cannabis. Los resultados de esa encuesta dieron un rango de superficie cultivada de cannabis de entre 10.000 y 24.000 hectáreas, y un rango de producción de resina de entre 1.500 y 3.500 toneladas. En términos de producción, el Afganistán sería el mayor productor de resina de cannabis del mundo. Ello se debe ante todo a los altos rendimientos de la resina medidos en el Afganistán (145 kg/ha), cuatro veces superior al de Marruecos (36 kg/ha medido en 2005), donde también se produce resina de cannabis. Ahora bien, no está claro si los productos son directamente comparables.

Se ha constatado la producción de cannabis en casi todos los países del mundo. La principal fuente de información sobre la producción sigue siendo las respuestas que proporcionan los Estados Miembros al Cuestionario para los Informes Anuales (CPIA). Aunque durante los últimos 10 años cerca de 50 países han comunicado la extensión real del cultivo de cannabis, son más los países que comunican las incautaciones de plantas y la erradicación de plantaciones, lo que es una prueba más de la existencia de cultivos de cannabis. También pueden hallarse pruebas adicionales en las estadísticas de incautaciones, pues en estas los países proporcionan información sobre el lugar de origen de la incautación comunicada.

Debido a la escasa y fragmentada información, es difícil realizar un análisis apropiado a lo largo del tiempo y detectar las pautas de cultivo de cannabis. Sin embargo, según diversas fuentes, el cultivo en interiores ha aumentado, fenómeno que se examinará en mayor detalle.

Cultivo en interiores

Según diversos estudios nacionales la tendencia del cultivo de cannabis en interiores ha aumentado en sustitución del

Cuadro 23: Actualización de la información disponible sobre el alcance del cultivo y la producción de cannabis en los principales países productores, 2008*

País	Superficie cultivada (ha) ^{a)}	Erradicación	Superficie cosechable (ha)	Producción (tm) Hierba de resina	
Afganistán ^{b)}	10.000 – 24.000 (2009)		10.000 – 24.000 (2009)	1.500 – 3.500 (2009)	
Bolivia ^{c)}					1.831
Canadá ^{d)}					1.399-3.498 (2007)
Colombia ^{e)}	5.000 (2006)				4.000 (2006)
México		18.562 ha ^{g)}	12.000 ^{f)}		21.500 ^{f)}
Marruecos ^{g)}	64.377	4.377	60.000	877	
Países Bajos ^{h)}		1,053.368 plantas			323-766
Paraguay	6.000 ⁱ⁾	1.838 ha ^{j)}			16.500 ^{k)}
Sudáfrica ^{l)}	1.300	1.275 ha	25		
Estados Unidos de América		7,6 millones de plantas de exterior/451.000 plantas cultivadas en interiores ^{m)}			3.149-7.349

* U otro año, si se menciona.

a) Además, también se hacen extracciones de cannabis silvestre, por ejemplo, se ha estimado que en Kazajstán existen entre 124.000 y 329.627 ha de esa variedad de cannabis (1999 UNDCP, Annual Survey reports Cannabis, Opium Poppy and Ephedra (Viena 1998 y 1999). En la Federación de Rusia, se estima que el cannabis silvestre se cultiva en 1 millón de ha (Departamento de Estado de los EE.UU., Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas (INCSR) 2010).

b) UNODC, Afghanistan cannabis survey 2009, Viena, 2010.

c) Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia, citado en el INCSR, 2010.

d) Gobiernos de los Estados Unidos de América y el Canadá, Drug Threat Assessment 2007, marzo de 2008.

e) UNODC, Boletín de Estupefacientes, "Review of the world cannabis situation", Vol. LVIII, Viena, 2006.

f) Departamento de Estado de los EE.UU., INCSR, 2010.

g) UNODC, CPIA 2008.

h) KLPD-IPOL, Drug seizures and drug prices in the Netherlands, Zoetermeer, Países Bajos, 2008.

i) Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), Asunción, 2008.

j) UNODC, CPIA 2008.

k) Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), Asunción, 2008.

l) UNODC, CPIA 2008.

m) DEA, Domestic Cannabis Eradication/Suppression Program (DCE/SP), en National Drug Threat Assessment 2010..

cultivo al aire libre o además de este.² Las ventajas del cultivo en interiores son su menor probabilidad de detección,³ sus altos rendimientos con varias cosechas al año⁴ de cannabis de alta potencia⁵ y sus elevados precios de

venta. El equipo, los conocimientos y las semillas para el cultivo en interiores son sumamente accesibles, por ejemplo, en los denominados 'viveros especiales' o a través de Internet. El costo de construir un vivero en interiores puede amortizarse rápidamente, por lo que ese tipo de cultivo es un negocio muy lucrativo.

Sobre la base de los informes de los gobiernos y publicaciones científicas, la UNODC documentó la existencia de cultivos en interiores con fines comerciales en 29 países, concentrados en las zonas de clima templado del mundo: América del Norte, Europa occidental, septentrional y central y Oceanía. Solo se informó de cultivo en interiores en un país de América del Sur (Argentina) y otro de África (Sudáfrica). Dado que no hay un sistema para vigilar el cultivo de cannabis en interiores en el plano mundial, esos 29 países son un mínimo en el conjunto de países en que se cultiva cannabis en interiores.

- 2 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, *Monograph series 8, Volume 1*, Lisboa, 2008.
- 3 Se estima que la tasa de detección en el Canadá es de entre el 2% y el 3%. Bouchard, M., *Journal of Quantitative Criminology* 23: (3): 221-241, 2007.
- 4 Las condiciones controladas producen a veces hasta seis cosechas al año.
- 5 Las condiciones controladas (a menudo cultivo hidropónico) producen habitualmente un producto de mayor potencia, por ejemplo, en la producción sin semilla. Sin semilla son los brotes no fertilizados de las plantas hembra que contienen la mayor concentración de tetrahidrocannabinol (THC). Las condiciones controladas incluyen el cultivo de las mejores variedades y plantas, y el recurso a las mejores y más oportunas dosis de agua, nutrientes y luz.

Procesamiento de resina de cannabis en el Afganistán

En 2009, la UNODC y el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán llevaron a cabo una primera encuesta sobre el cannabis para estimar el alcance del cultivo y la producción de cannabis en el país. La encuesta abarcó 20 provincias respecto de las cuales se había informado de cultivos de cannabis. Se reunió información a partir de imágenes satelitales y entrevistas con jefes de aldeas y agricultores en 1.634 aldeas.

El complejo tema del rendimiento de la resina de cannabis se investigó mediante entrevistas con grupos de estudio en más de 45 aldeas. El estudio sobre rendimiento incluyó la observación directa de la producción de resina, que consiste en trillar y tamizar las plantas secas de cannabis para producir una sustancia pulverulenta denominada localmente 'garda'. La garda está compuesta por resina de cannabis así como otro material vegetal. La garda, según la cantidad y calidad de la resina, se clasifica como de primer, segundo, tercer (y a veces incluso de un cuarto) grado.

La producción de garda requiere el trabajo de al menos dos agricultores. Primero, baten las plantas secas de cannabis en un barril para separar los brotes de las ramas. Luego se separan los brotes secos, las hojas y las semillas, a continuación los agricultores tamizan el producto mediante un tamiz de madera que se mantiene en una posición inclinada. Se introduce el producto en una bolsa de tela que se sacude durante unos cinco minutos. La mayor parte del polvillo se filtra durante este proceso. El tamizado se realiza tres veces. El polvo restante se divide y coloca en bolsas más pequeñas. Una pequeña cantidad de polvo se coloca en una bolsita de tela y se golpea a mano para extraer el polvillo restante. Este producto se denomina primera garda.

Existen diferencias regionales en las técnicas de procesamiento que dan por resultado productos diferentes y niveles de calidad que varían según la cantidad de resina y de restos de planta. En general, las regiones norte, nordeste y oeste del país producen garda de mayor calidad pero en cantidades más pequeñas, mientras que en las regiones del sur y del este la producción de primera garda es mayor pero de inferior calidad.

La mayoría de los agricultores venden la garda en forma pulverulenta, que requiere otra transformación, que suelen realizar los comerciantes, para producir el hashish consumible.

Cuadro 24: Producción potencial de garda de resina de cannabis, 2009

	1ra garda (tm)	2da garda (tm)	3ra garda (tm)	4ta garda (tm)	Total redondeado (tm)
Límite inferior	693	471	287	19	1,500
Límite superior	1,648	1,120	683	45	3,500
Como % del total de garda	47%	32%	20%	1%	100%

Fuente: UNODC/Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, *Estudio sobre el cannabis en el Afganistán 2009*.

Con los datos disponibles, no es posible calcular las dimensiones del cultivo en interiores. Para estimar la tendencia se utilizan frecuentemente indicadores indirectos, como el número de plantas o de viveros incautados. Dada la falta de uniformidad con que los países presentan información, a veces incluso dentro de un mismo país, es difícil comparar los niveles de producción.⁶

En algunos países, por ejemplo, Australia, Nueva Zelanda, el Reino Unido y los Países Bajos, es conocido que el cultivo en interiores es el principal método de producción de cannabis. Desde los Países Bajos el cultivo en interiores se ha extendido a los países vecinos, por ejemplo, Bélgica, donde han aumentado las incautaciones de plantas de interiores, Europa oriental (la República Checa, Polonia, Hun-

gría y Eslovaquia) y Austria, así como Europa septentrional (Islandia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Suecia y Letonia). Los aumentos de los cultivos suelen atribuirse a grupos vietnamitas de la delincuencia organizada.⁷ También en el Canadá, grupos vietnamitas y chinos, así como los 'Ángeles del Infierno', cultivan cannabis, incluidos cultivos de cannabis en interiores de alta tecnología. La producción del Canadá está destinada al consumo nacional, aunque también se exportan algunas cantidades a los Estados Unidos, país en el que el cultivo en interiores ha aumentado notablemente, si bien las incautaciones de plantas cultivadas al aire libre todavía son mayores que las de plantas cultivadas en interiores.

⁶ Además, no existe un protocolo para la notificación, por lo que es difícil comparar las cifras dentro de un mismo país. El número de plantas suele no diferenciar el tipo, por ejemplo, no indica si el número se refiere a plantas maduras o si incluye plántulas y esquejes. Según investigaciones en los Países Bajos indica que esa falta de protocolo puede generar grandes disparidades en los informes (véase: Wouters, Korf y Kroeske, *Harde aanpak, hete zomer*, WODC, Ámsterdam, 2007).

⁷ UNODC, CPIA 2008; INCSR 2010; Europol, *EU Organised crime threat assessment*, 2009.

Mapa 24: Cultivo de cannabis en interiores conocido en el mundo

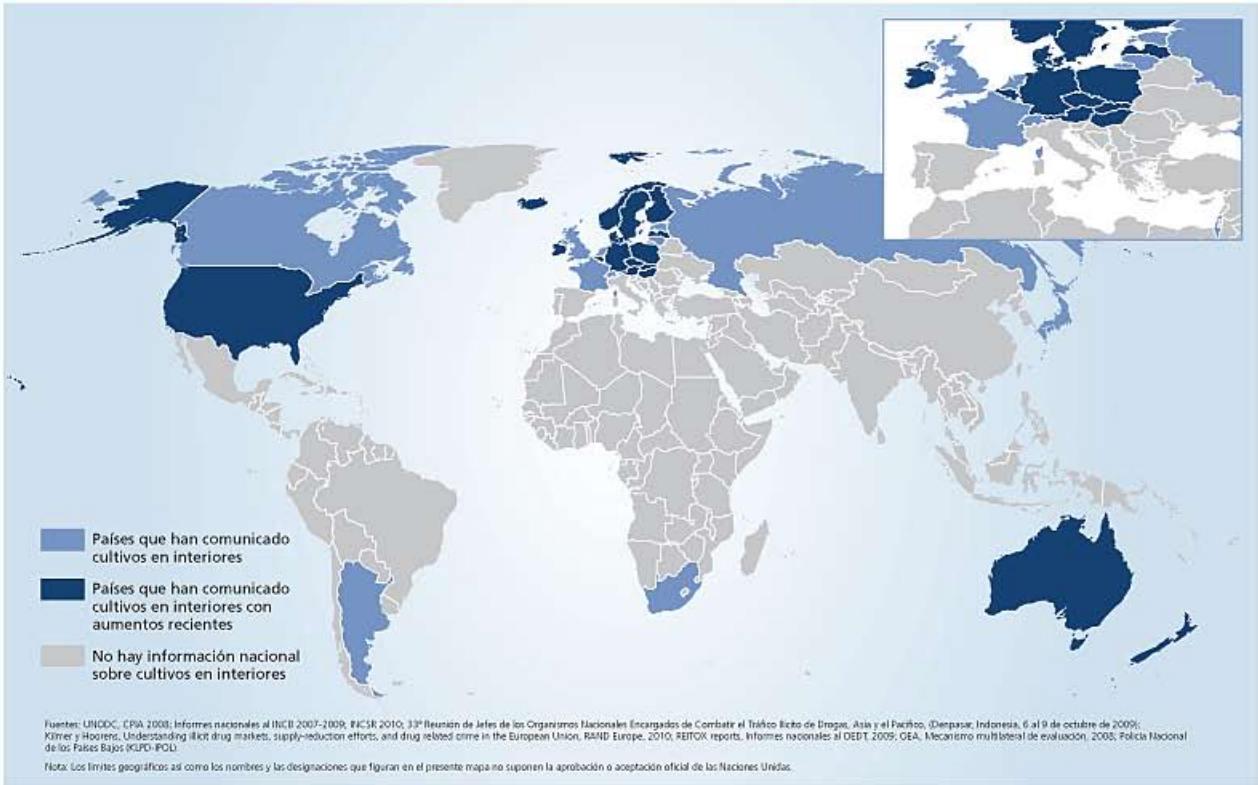


Fig. 162: Número de plantas erradicadas en varios países, 2004-2009

Fuentes: Departamento de Justicia de los EE.UU.; Organismos Nacionales de Policía en Bélgica y los Países Bajos. En los Países Bajos, el número de viveros desmantelados se ha mantenido más bien estable durante los últimos tres años (unos 5.000 al año), pero el número de plantas incautadas ha disminuido, lo que puede obedecer en gran medida a la exclusión de plántulas y esquejes del número total de plantas

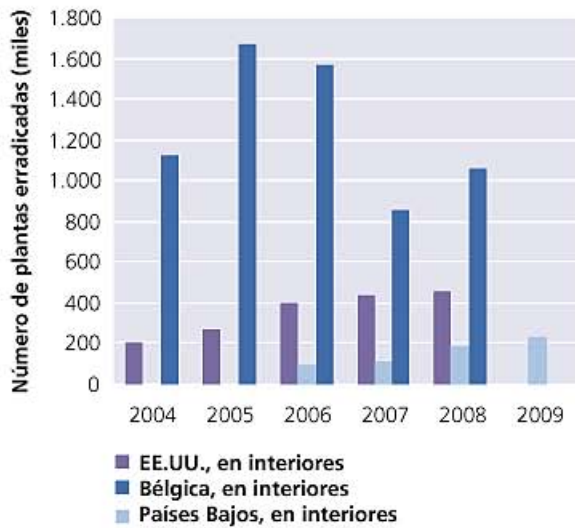
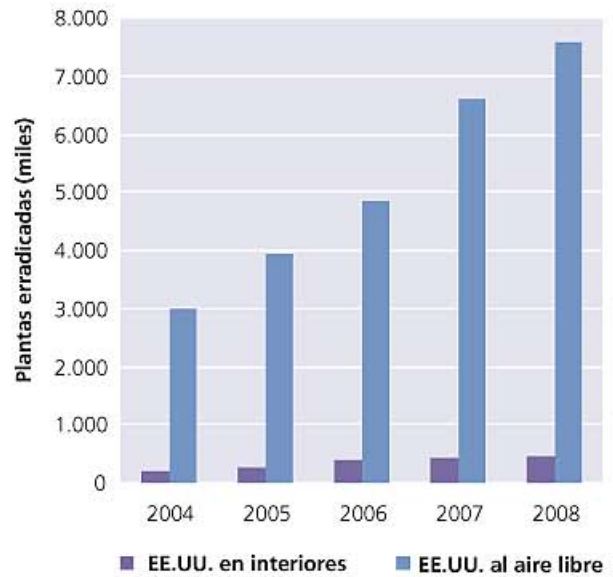


Fig. 163: Plantas de cannabis erradicadas en sitios de cultivo en interiores y al aire libre en los Estados Unidos, 2004-2008

Fuente: Departamento de Justicia de los EE.UU., National drug threat assessment 2010, febrero de 2010



Mapa 23: Cultivo de cannabis en el mundo; un inventario de evidencias reunidas entre 1998 y 2008

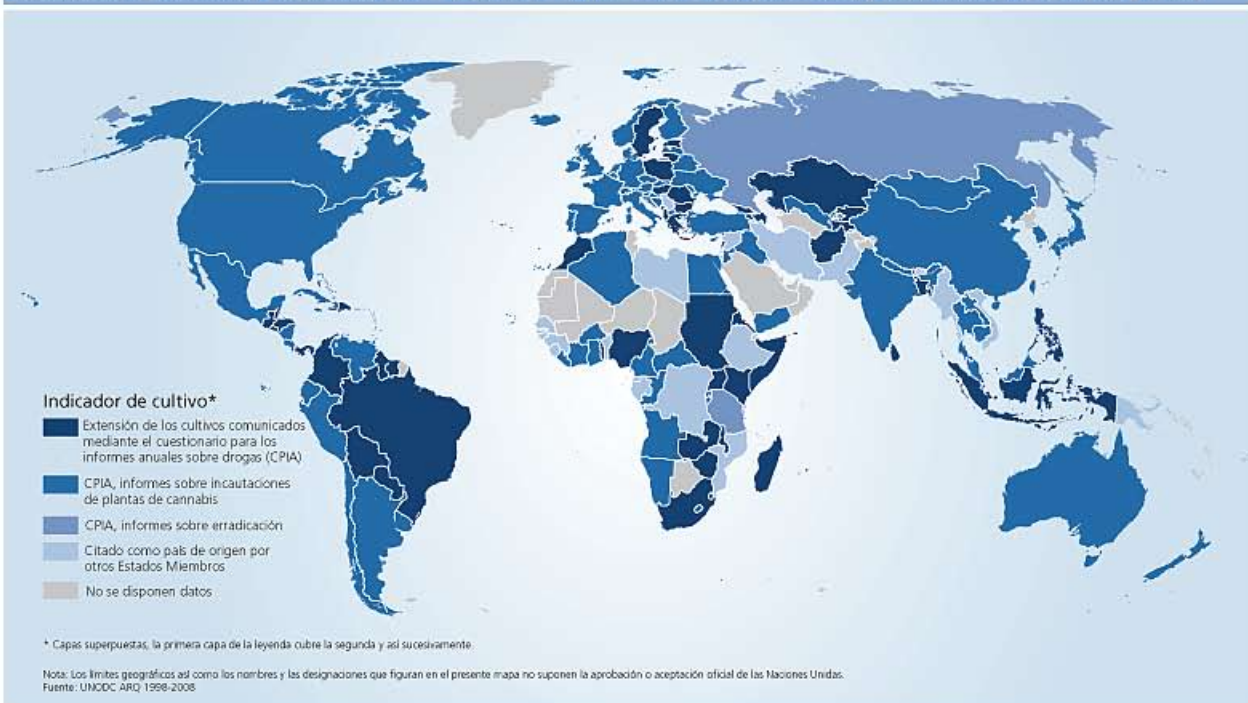
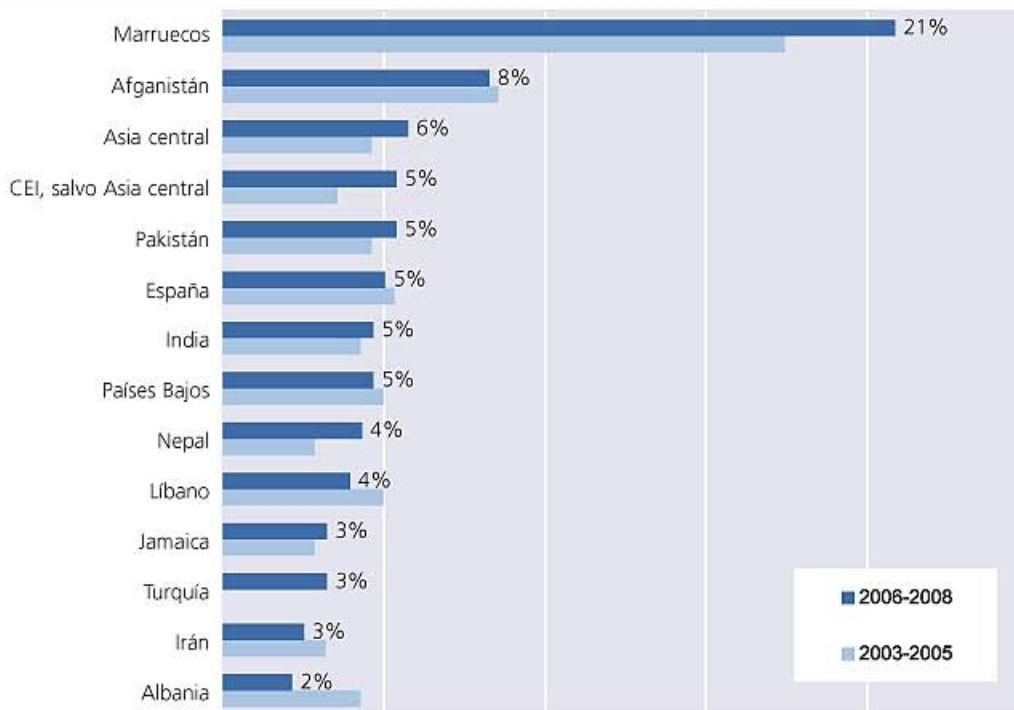


Fig. 161: Principales países de origen de la resina de cannabis notificados a la UNODC en los períodos 2006-2008 y 2003-2005*

* Número de veces que los países fueron citados como países de origen, representados como proporción de países que informaron.
Fuente: UNODC, CPIA 2003-2008



2.4.2 Incautaciones

El tráfico de derivados del cannabis continúa afectando a la mayoría de los países del mundo. De los 147 países y territorios de los que la UNODC reunió registros de incautaciones de drogas en 2008, 137 habían incautado al menos uno de los derivados de cannabis: 129 habían incautado hierba de cannabis, 92 resina de cannabis, y 26 aceite de cannabis. Según los datos de 2003 a 2008, aproximadamente la mitad de las incautaciones realizadas en todo el mundo relacionadas con las drogas ilícitas incluían hierba, resina o aceite de cannabis. La hierba de cannabis fue la droga más frecuentemente incautada⁸ en África, América y Oceanía, mientras que la resina de cannabis fue la droga más frecuentemente incautada en Europa, seguida de la hierba de cannabis.

Hierba de cannabis

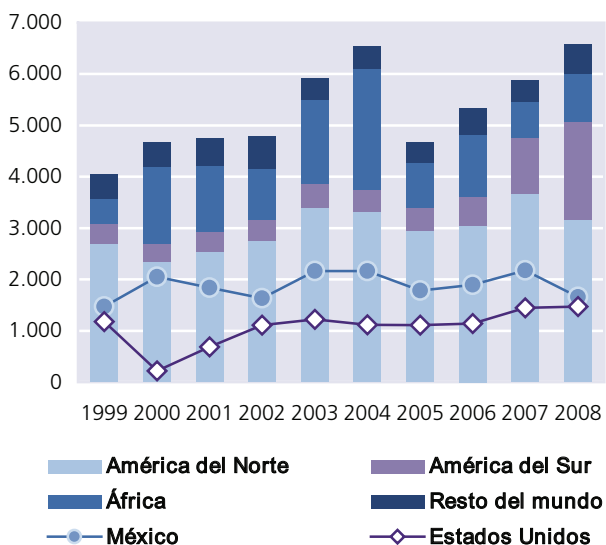
Las incautaciones mundiales de hierba de cannabis aumentaron gradualmente pero de manera continua durante el período de 2005 a 2008, llegando a 6.587 toneladas en 2008, cantidad que sobrepasa ligeramente la cifra máxima alcanzada en 2004 (6.539 tm). América siguió siendo la región con la mayor proporción de incautaciones del

mundo, seguida de África. Se registraron notables aumentos en América del Sur, África, Asia y Europa.

A partir de 2001, las dos mayores incautaciones nacionales anuales de hierba de cannabis del mundo fueron comunicadas por México y los Estados Unidos. En México, tras dos aumentos consecutivos interanuales de las incautaciones de hierba de cannabis, estas disminuyeron en casi una cuarta parte, llegando a 1.658 toneladas en 2008, el nivel más bajo desde 2002. En los Estados Unidos, las incautaciones de hierba de cannabis se mantuvieron al elevado nivel de 1.447 toneladas alcanzado en 2007, ya que en 2008 se incautaron 1.472 toneladas. La reducción de las incautaciones de hierba de cannabis en México se compensó por un aumento notable en América del Sur, especialmente debido a la contribución del Estado Plurinacional de Bolivia. Las incautaciones, según comunicó el Gobierno de Bolivia, se duplicaron con creces en 2008, y aumentaron otro 74% en 2009, manteniéndose una tendencia de rápido aumento que se remonta hasta 1999. Durante el período de 2003 a 2009 en particular, las incautaciones de hierba de cannabis en el Estado Plurinacional de Bolivia aumentaron constantemente de 8,5 toneladas en 2003 a 1.937

Fig. 164: Desglose de las incautaciones mundiales de hierba de cannabis (tm), 1999-2008

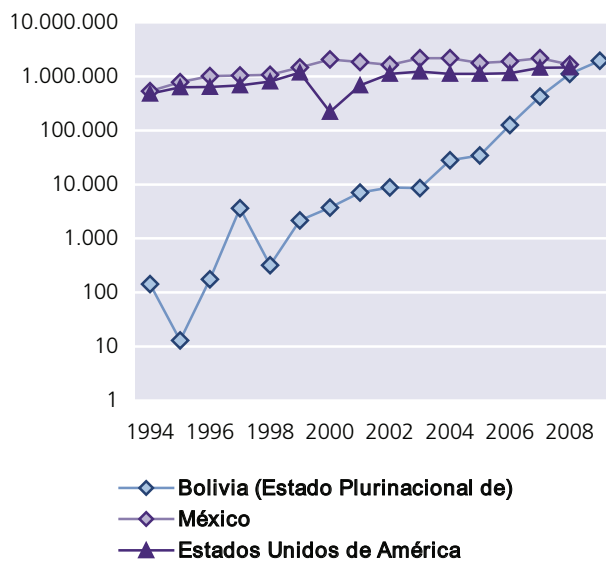
Fuente: UNODC, CPIA/DELTA



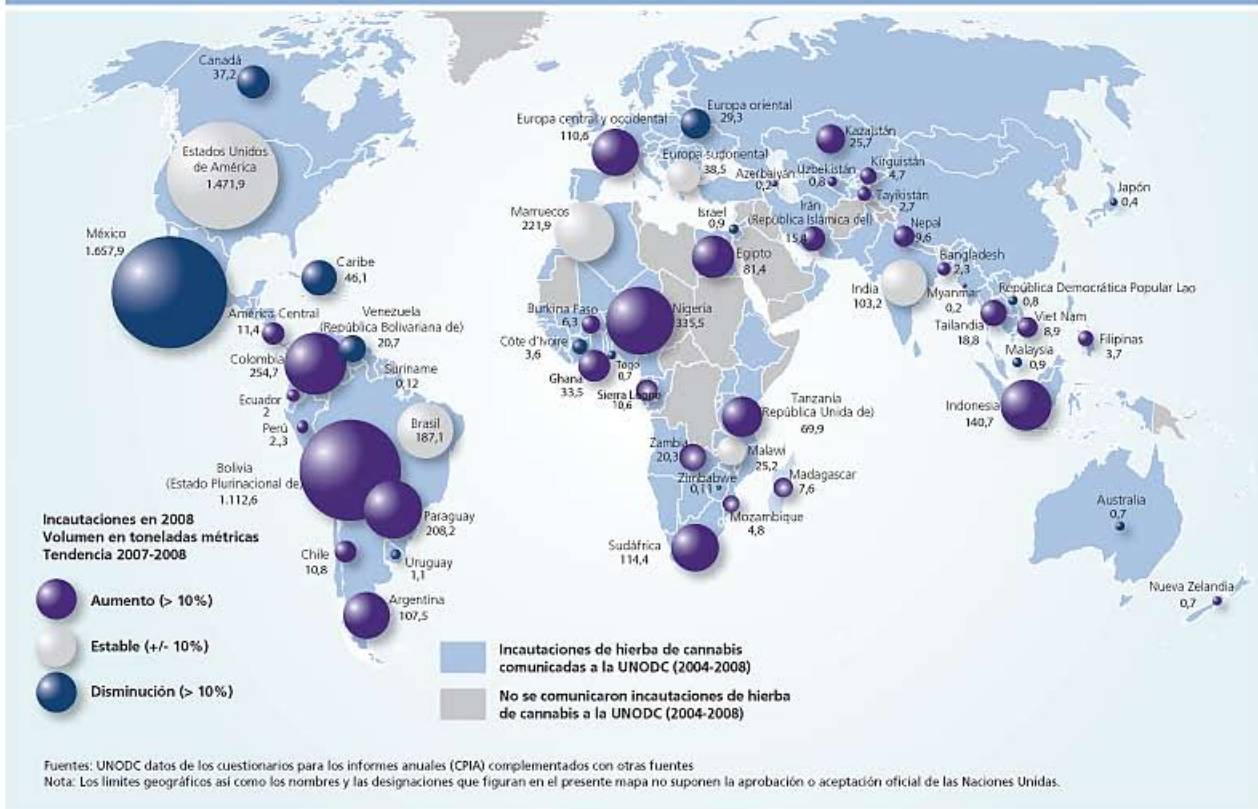
⁸ Frecuentemente medido en términos del número de casos de incidentes e incautaciones.

Fig. 165: Incautaciones de hierba de cannabis en el Estado Plurinacional de Bolivia, México y los Estados Unidos, 1994-2009 (kilogramo, escala logarítmica)

Fuentes: UNODC, CPIA, Bolivia (Estado Plurinacional de), Estados Unidos (informes anuales), México (Gobierno), UNODC Oficinas extra sede, INTERPOL



Mapa 25: Incautaciones de hierba de cannabis, 2008 (países que comunicaron incautaciones de más de 100 kilogramos)



toneladas en 2009 lo que supone un aumento de 228 veces en un período de seis años, equivalente a seis aumentos consecutivos interanuales del 147%. En 2008 las incautaciones supusieron el mayor tercer nivel del mundo comunicado por un país, y el nivel de 2009 fue superior a las mayores cantidades comunicadas a nivel mundial en 2008. El 14% de las incautaciones mundiales en 2008 se realizaron en África, ascendiendo a un total de 936 toneladas ese año en la región, un tercio más que en 2007. En 2008, igual que en 2007, las dos mayores incautaciones realizadas en la región en términos de cantidad, fueron comunicadas por Nigeria (336 tm) y Marruecos (222 tm).

Las incautaciones de hierba de cannabis también aumentaron marcadamente en Asia, de 209 toneladas en 2007 a 340 toneladas en 2008, debido fundamentalmente a las extraordinarias incautaciones comunicadas por Indonesia (141 toneladas).

Un aumento menos marcado también se registró en Europa, donde las incautaciones aumentaron de 144 toneladas en 2007 a 178 toneladas en 2008. En los Países Bajos se registró un notable aumento, ya que las incautaciones se elevaron a 42,4 toneladas en 2008, el mayor nivel desde 2002.

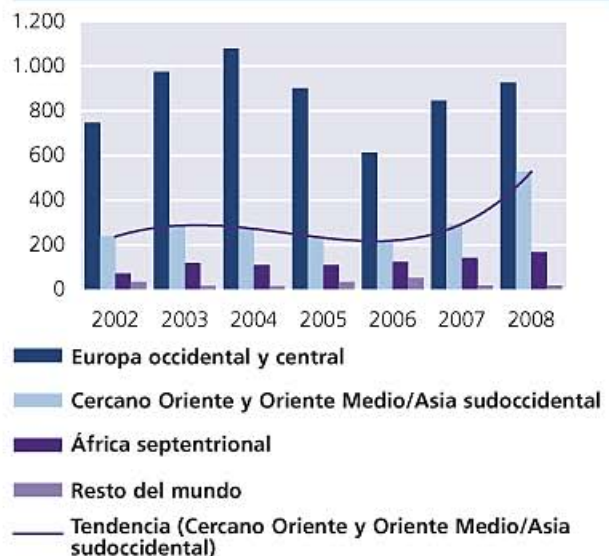
Resina de cannabis

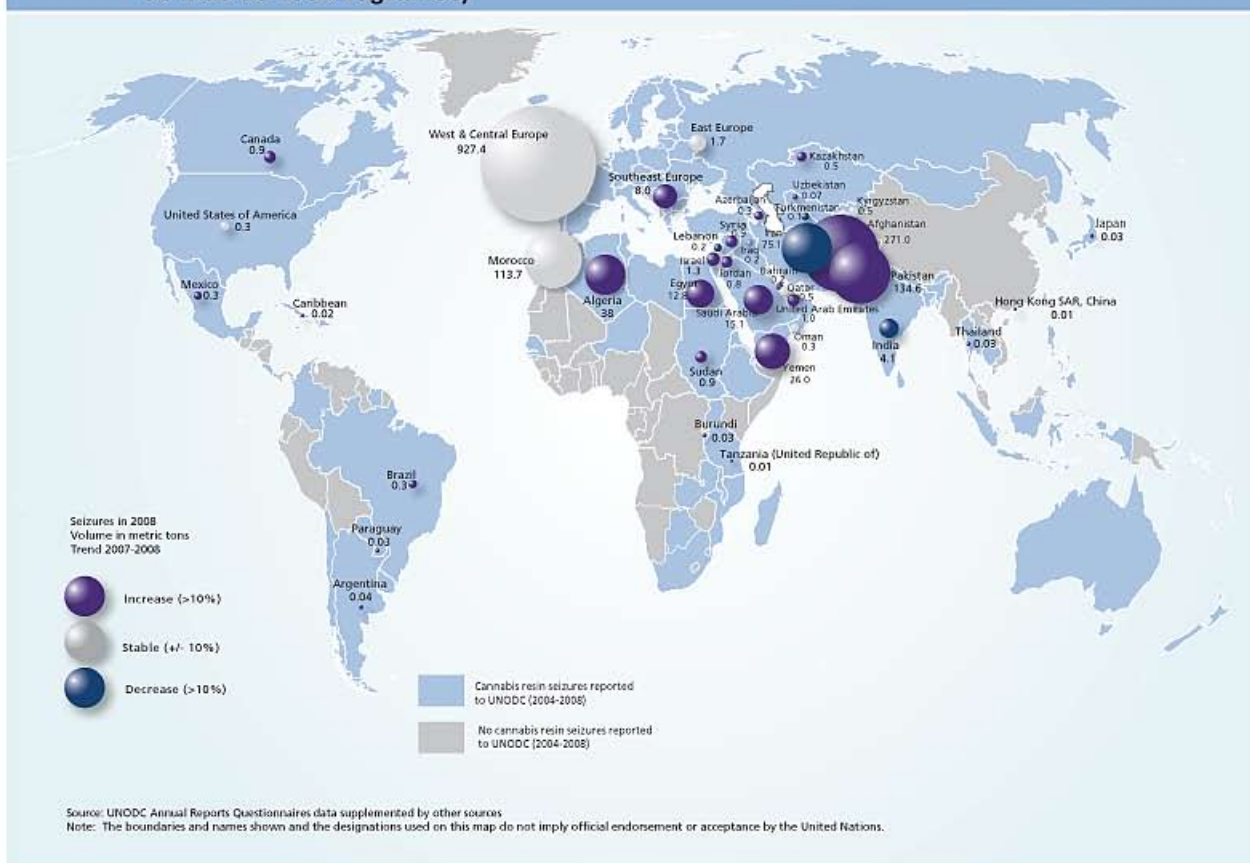
En 2008, las incautaciones mundiales de resina de cannabis aumentaron en un 25%, alcanzando su máximo nivel de 1.637 toneladas, superando el nivel notificado de 1.295

toneladas en 2007. Las incautaciones siguieron concentradas en Europa occidental y central (especialmente en España), el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental (especialmente el Afganistán, la República Islámica del Irán y el Pakistán) y el Norte de África (especialmente Marruecos). Un aumento notable, tanto en

Fig. 166: Desglose de las incautaciones mundiales de resina de cannabis (tm), 2002-2008

Fuente: UNODC CPIA/DELTA



Mapa 26: Incautaciones de resina de cannabis, 2008 (países que comunicaron incautaciones de más de 100 kilogramos)

términos absolutos como relativos, se registró en el Cercano Oriente y Oriente Medio y el Asia sudoccidental, debido principalmente a las incautaciones en el Afganistán. La parte de las incautaciones mundiales atribuible a esta subregión aumentó de menos de una quinta parte en 2005 a cerca de una tercera parte en 2008.

A partir de 1996, correspondió a la subregión de Europa occidental y central más de la mitad de las incautaciones anuales mundiales de resina de cannabis. España comunicó todos los años, desde 1998 hasta 2008, las mayores incautaciones anuales de resina de cannabis del mundo. Las incautaciones en ese país alcanzaron las 654 toneladas en 2007 y se mantuvieron básicamente estables en 2008, en 683 toneladas.

En la subregión del Cercano Oriente y Oriente Medio y el Asia sudoccidental, las incautaciones de resina de cannabis aumentaron notablemente, de 292 toneladas en 2007 a 527 toneladas en 2008. Ese aumento se debió principalmente a las incautaciones en el Afganistán, que se triplicaron, de 84 toneladas en 2007 a 271 toneladas en 2008. El marcado incremento en 2008 se debe a una incautación extraordinariamente grande de 237 toneladas de resina de cannabis en la provincia de Kandahar en junio de 2008. No obstante, esa pronunciada tendencia al aumento en el Afganistán ya se había observado en 2007, año en que las incautaciones duplicaron las de 2006 (37 tm).

Las incautaciones de resina de cannabis también aumentaron moderadamente en el África septentrional, de 141 toneladas en 2007 a 165 toneladas en 2008. Marruecos es el país que continuó comunicando las mayores incautaciones en esa subregión que ascendieron a 114 toneladas en 2008, manteniéndose básicamente al nivel ya elevado de 2007 (118 tm). En Argelia y Egipto, las incautaciones se duplicaron con creces en 2008, alcanzando un nivel máximo desde 1989 de 38 toneladas en Argelia y de 13 toneladas en Egipto.

2.4.3 Precios

Dado que el cultivo de cannabis está relativamente generalizado, la demanda local de hierba de cannabis tiende a satisfacerse por la producción en lugares cercanos a las zonas de consumo, por lo que las pautas de tráfico son generalmente muy localizadas. Además, la hierba de cannabis requiere muy poco procesamiento antes de llegar al consumidor. Esos dos factores determinan la fijación de los niveles de precios de la hierba de cannabis a diferencia de otras drogas de origen vegetal. Hay diversos factores que pueden afectar los precios de la heroína y la cocaína: aumentos o disminuciones bruscas del cultivo en uno o dos países, costos y riesgos asociados al procesamiento de la droga y el tráfico hacia su lugar de destino, así como el papel y la posición del país en la cadena de producción y transporte. Todos esos factores apenas influyen en la fijación de los precios al por mayor y al por menor de la hierba de cannabis.

No obstante, los precios de la hierba de cannabis varían considerablemente entre países y regiones, incluso cuando se ajustan en función de las paridades del poder adquisitivo (dólares internacionales). En algunas regiones se ha obser-

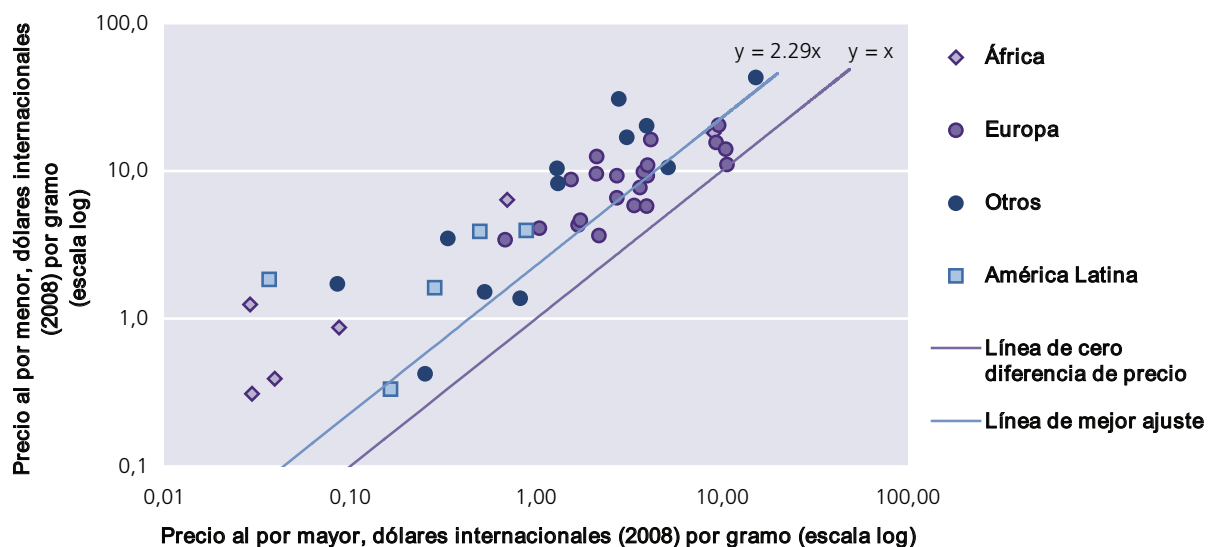
vado cierta coherencia intrarregional, aunque en las comparaciones entre países es necesario proceder con cautela pues los precios pueden corresponder a diferentes tipos de productos. Se ha notificado que los precios al por menor en el Japón, Singapur y en dos territorios de Asia oriental (Hong Kong y Macao, China) son elevados. El alto precio en el Japón puede deberse al hecho de que, como comunicó ese país, en 2007 la hierba de cannabis solía ser importada, originaria del Canadá (74%), Sudáfrica (15%) y los Países Bajos (11%),⁹ a diferencia de la pauta prevaleciente en otros países, en que la mayor parte de la hierba de cannabis es de origen local. Los precios de la hierba de cannabis en Europa eran también relativamente elevados. En el extremo inferior de la escala figuraban principalmente países de África, América del Sur y Asia oriental, sudoriental y meridional.

El análisis de la relación entre precios al por mayor y al por menor en determinados países indica que el aumento del precio de la venta al por mayor respecto del precio de la venta al por menor varía de un país a otro y una región a otra. Aunque la estimación general indica un aumento del

Fig. 167: Precios al por menor y al por mayor típicos de la hierba de cannabis, ajustados por paridad de poder adquisitivo, 2008 (escala log-log)

Nota: En una escala lineal, la pendiente de la línea de mejor ajuste (pasando por el origen) es 2.29. Esto significa que, en general, existe una diferencia de precio del 129% entre el nivel al por mayor y al por menor. Los 'dólares internacionales' se utilizan para expresar valores ajustados por paridad de poder adquisitivo. Un dólar internacional representa el poder adquisitivo de un dólar EE.UU. basado en una canasta de bienes con precios de los EE.UU.

Fuentes: UNODC, CPIA (datos sobre precios), Banco Mundial (paridades de poder adquisitivo)



⁹ No obstante, hay indicios de cultivos de cannabis en pequeña escala en el Japón.

Fig. 168: Precios altos de la hierba de cannabis, ajustados por paridades de poder adquisitivo, 2008

Nota: Nota: Los 'dólares internacionales' se utilizan para expresar valores ajustados por paridad del poder adquisitivo. Un dólar internacional representa el poder adquisitivo de un dólar EE.UU. basado en una canasta de bienes con precios EE.UU.

Fuentes: UNODC, (CPIA datos sobre precios), Banco Mundial (paridades del poder adquisitivo)

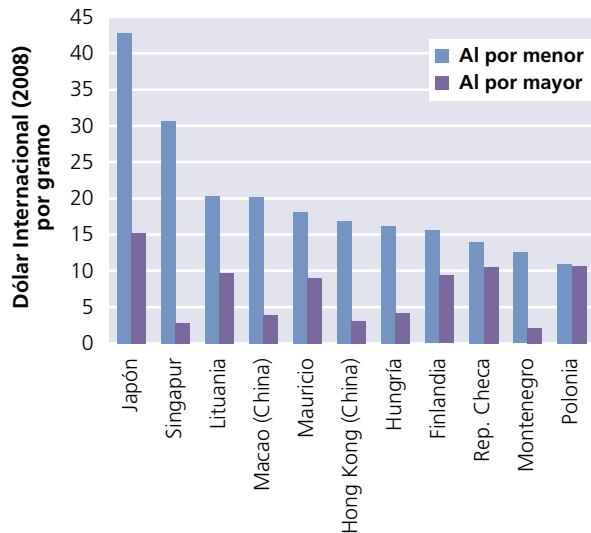
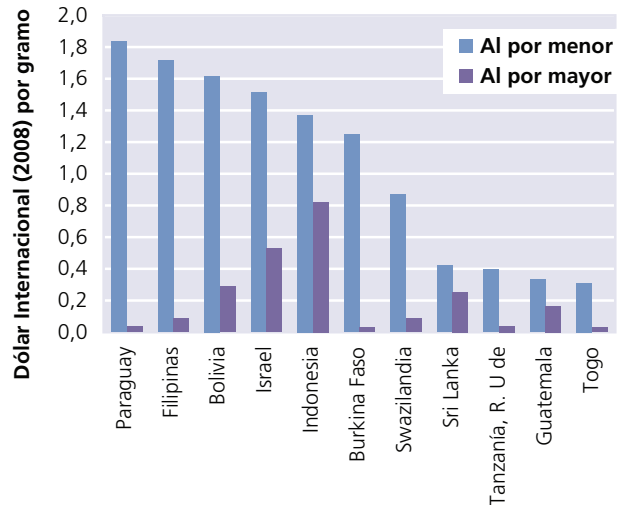


Fig. 169: Precios bajos de la hierba de cannabis, ajustados por paridades del poder adquisitivo, 2008

Nota: Los 'dólares internacionales' se utilizan para expresar valores ajustados por paridad de poder adquisitivo. Un dólar internacional representa el poder adquisitivo de un dólar EE.UU. basado en una canasta de bienes con precios de los EE.UU.

Fuentes: UNODC, (CPIA datos sobre precios), Banco Mundial (paridades del poder adquisitivo)



129%, esos márgenes de ganancia tienden a ser más elevados en África que en Europa. Ello podría deberse a que en África se produce la hierba de cannabis en gran escala, de ahí la mayor disparidad entre los precios al por mayor y al por menor.

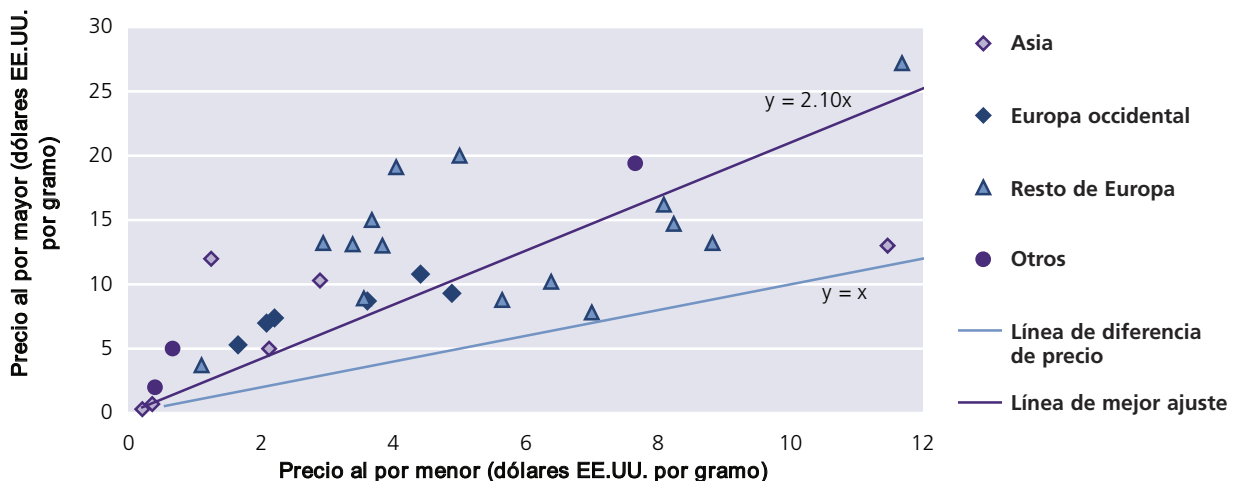
A diferencia de lo que ocurre con la hierba de cannabis, en el caso de la resina de cannabis, tanto los precios al por menor como al por mayor, están más dispersos cuando se

expresan en paridad de poder adquisitivo.¹⁰ Ello podría indicar que, aparte del poder adquisitivo de los consumidores y traficantes locales, otros factores más importantes intervienen en la fluctuación de los precios. En efecto, la resina de cannabis se produce en muy pocos países y la naturaleza interregional de las rutas de tráfico, afecta a los precios.

Fig. 170: Precios al por menor y al por mayor típicos de la resina de cannabis por gramo en dólares EE.UU., 2008

Nota: La pendiente de la línea de mejor ajuste (pasando por el origen) es de 2.10. Ello significa que, en general, existe una diferencia de precio del 110% entre el nivel al por mayor y al por menor.

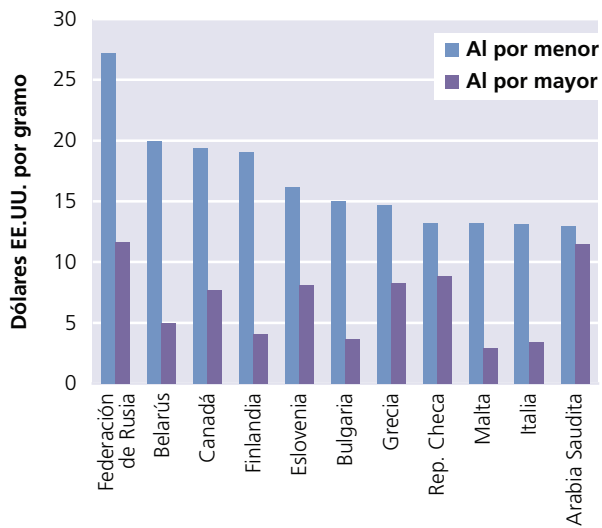
Fuente: UNODC, CPIA



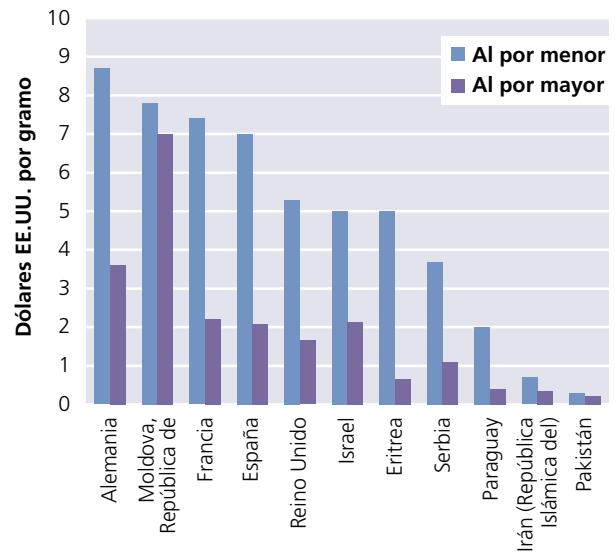
¹⁰ Por ese motivo, los precios en la figura se expresan en dólares EE.UU.

Fig. 171: Precios altos de la resina de cannabis, 2008

Fuente: UNODC, CPIA/DELTA

**Fig. 172: Precios bajos de la resina de cannabis, 2008**

Fuente: UNODC, CPIA/DELTA



En 2008, el Pakistán y la República Islámica del Irán comunicaron precios muy bajos de la resina de cannabis, lo que refleja su proximidad al Afganistán, principal país productor, al igual que el Paraguay, otro país con una producción de cannabis considerable. Los países de Europa occidental también comunicaron precios relativamente bajos, especialmente España, principal punto de entrada a Europa continental de la resina de cannabis proveniente de Marruecos. La Federación de Rusia y la vecina Belarús comunicaron precios altos de la resina de cannabis.

2.4.4 Consumo

El cannabis sigue siendo la sustancia ilícita más consumida en el mundo. Se estima que el número de personas en todo el mundo que habían consumido cannabis por lo menos una vez en 2008 oscilaba entre 129 millones y 191 millones, es decir, entre el 2,9% y el 4,3% de la población mundial de 15 a 64 años. En comparación con el año anterior, el límite inferior de la estimación fue más bajo y, el rango se hizo más amplio debido al aumento de la incertidumbre dado que se eliminaron las estimaciones con más de 10 años de antigüedad correspondientes a algunos países. Los expertos nacionales consideran que en muchas partes del mundo el consumo de cannabis se está estabilizando o aumentando, aunque 15 países comunicaron una disminución en 2007 y 2008. En África, donde es escasa la información cuantitativa sobre el consumo de drogas ilícitas,

según las percepciones de la mayoría de los expertos nacionales aumentó el consumo de cannabis.

Durante los últimos años el consumo de cannabis en América del Norte ha estado disminuyendo o estabilizándose

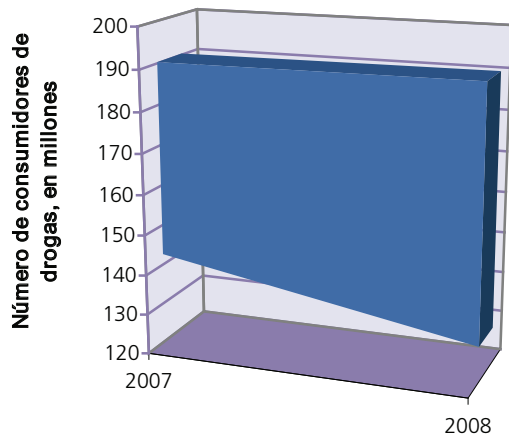
Se estima que en América del Norte unos 29,5 millones de personas consumieron cannabis por lo menos una vez en 2008, lo que supone una disminución respecto de los 31,2 millones calculados en 2007. En esa disminución se han incluido nuevos datos del Canadá, con un número considerablemente menor de consumidores de cannabis en 2008 en relación con las estimaciones de la encuesta anterior de 2004. El consumo de cannabis en los Estados Unidos y el Canadá ha estado disminuyendo o estabilizándose durante

Cuadro 25: Número estimado de personas que consumieron cannabis por lo menos una vez el año anterior y prevalencia en la población de 15 a 64 años, por región, 2008

Región/subregión	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	-	Número estimado de consumidores anuales (superior)	Porcentaje de la población de 15-64 años (inferior)	-	Porcentaje de la población de 15-64 años (superior)
África	27.680.000	-	52.790.000	5,0	-	9,6
África oriental	4.500.000	-	9.190.000	3,4	-	7,0
África septentrional	4.680.000	-	10.390.000	3,6	-	8,0
África meridional	4.450.000	-	11.170.000	4,0	-	10,1
África occidental y central	14.050.000	-	22.040.000	7,8	-	12,3
América	38.210.000	-	40.030.000	6,3	-	6,6
Caribe	430.000	-	1.960.000	1,6	-	7,4
América Central	540.000	-	600.000	2,2	-	2,5
América del Norte	29.950.000	-	29.950.000	9,9	-	9,9
América del Sur	7.300.000	-	7.530.000	2,9	-	3,0
Asia	31.510.000	-	64.580.000	1,2	-	2,4
Asia central	1.860.000	-	2.140.000	3,7	-	4,3
Asia oriental/sudoriental	5.370.000	-	23.940.000	0,4	-	1,6
Cercano Oriente y Oriente Medio	7.790.000	-	10.950.000	3,1	-	4,4
Asia meridional	16.490.000	-	27.550.000	1,9	-	3,1
Europa	29.370.000	-	29.990.000	5,3	-	5,4
Europa oriental/sudoriental	8.520.000	-	9.010.000	3,0	-	3,2
Europa occidental/central	20.850.000	-	20.990.000	7,7	-	7,8
Oceanía	2.140.000	-	3.410.000	9,3	-	14,8
Total Mundial	128.910.000	-	190.750.000	2,9	-	4,3

Fig. 173: Consumidores anuales de cannabis en el mundo

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



los últimos años, aunque se observó un ligero aumento en los Estados Unidos en 2008 (del 12,3% de la población de 15 a 64 años en 2007 al 12,5% en 2008). En los Estados Unidos, entre 2002 y 2007, se produjo una notable disminución de la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población de 12 años o más, del 11% al 10,1%. En 2008, la prevalencia anual del consumo de cannabis aumentó por primera vez después de 2002, alcanzando el nivel de 2006 (10,3% de la población de 12 años o más).¹¹ Se ha observado una tendencia similar entre los estudiantes de enseñanza media.

Fig. 175: Cannabis: rangos inferior y superior de la cantidad y la prevalencia anual, en el plano mundial y por región

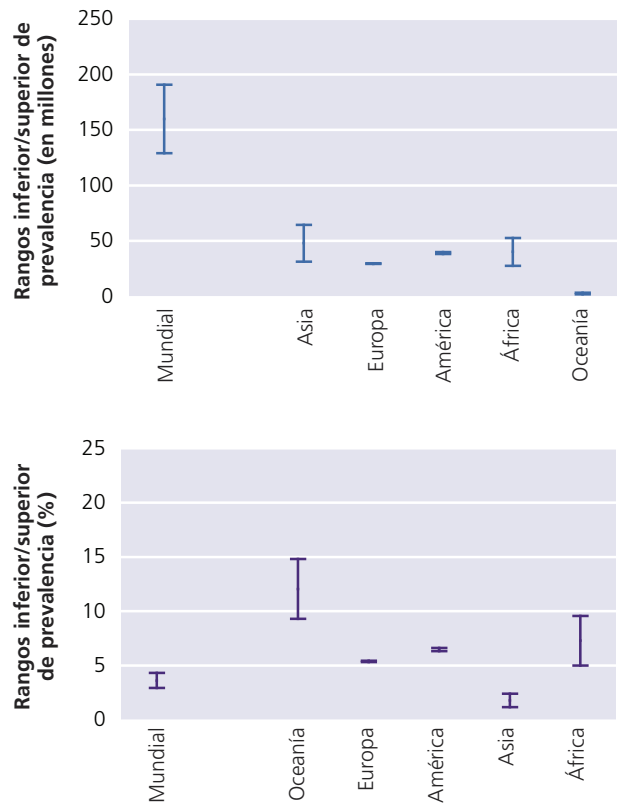
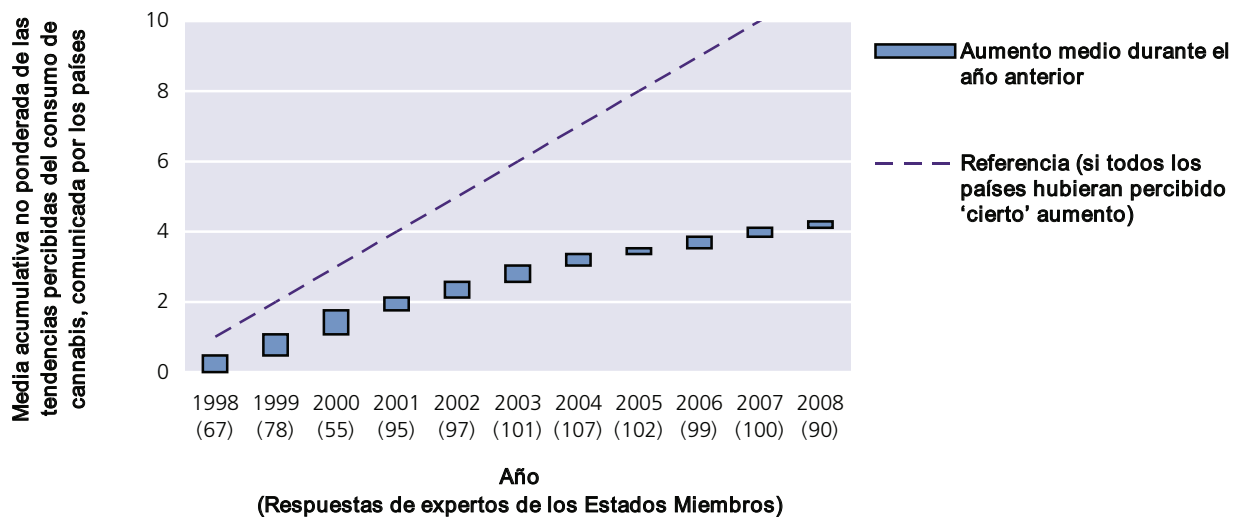


Fig. 174: Tendencia mundial en cuanto a la percepción del consumo de cannabis: media no ponderada de las tendencias comunicadas por los expertos nacionales*

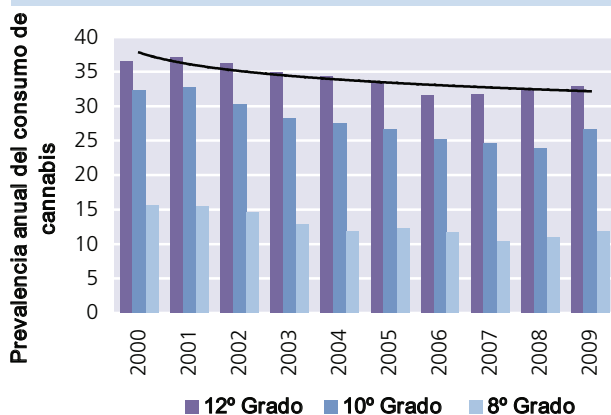
* El gráfico mide la tendencia en países que comunican un aumento o disminución del consumo de drogas (no mide la tendencia en términos del número de consumidores).
Fuentes: UNODC, CPIA



¹¹ Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health, National Findings*, Oficina de Estudios Aplicados, SAMHSA, Departamento de Salud y Servicios Humanos, EE.UU., septiembre de 2009.

Fig. 176: Prevalencia anual del consumo de cannabis entre estudiantes de enseñanza media en los EE.UU., 2000-2009

Fuentes: Datos del *Monitoring the Future study*, 2009, Instituto Nacional contra la Drogadicción, EE.UU



Pese a la marcada disminución del consumo a partir de 2002, el cannabis sigue siendo la droga ilícita más comúnmente consumida en los Estados Unidos. En 2008, el 75,7% de los consumidores habituales de drogas ilícitas y consumían cannabis el 57,3% de ellos solo consumían esa droga.¹²

La prevalencia anual en la población de 15 años o más en el Canadá también se ha reducido notablemente, del 14,1% en 2004 al 11,4% en 2008.¹³ En 2008, la prevalencia del consumo de cannabis entre jóvenes de 15 a 24 años era más de cuatro veces superior, 32,7% a la prevalencia entre adultos de 25 años o más cifrada en el 7,3%. En comparación con la media nacional del 11,4%, la prevalencia del consumo de cannabis el año anterior era bastante uniforme en las distintas provincias del Canadá.¹⁴

En 2008, se realizó en México una encuesta nacional representativa de hogares en poblaciones urbanas y rurales de personas de 12 a 65 años. En comparación con los resultados de la última encuesta realizada en 2002, la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población general había aumentado del 0,6% al 1%.¹⁵ Pese al aumento reciente, y a que México es un importante suministrador de cannabis al mercado de los Estados Unidos, los resultados de la encuesta por hogares continúan mostrando tasas de prevalencia considerablemente inferiores en México que las del Canadá o los Estados Unidos.



12 Ibid.

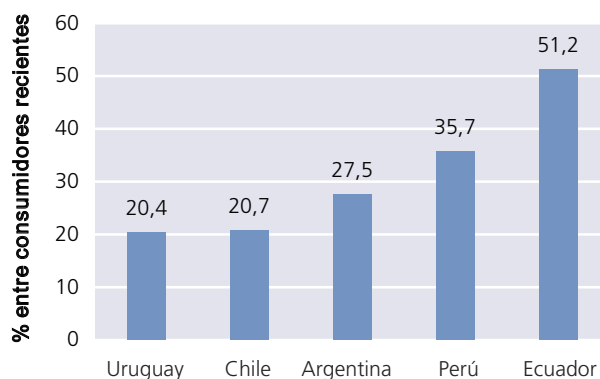
13 Health Canada, Centro Canadiense de Lucha contra las Toxicomanías, *Canadian Alcohol and drug Use Monitoring Survey, summary of results for 2008*.

14 Ibid.

15 México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, Cuernavaca, Morelos, 2009.

Fig. 177: Proporción de consumidores recientes de cannabis diagnosticados recientemente como drogodependientes en algunos países de América Latina

Fuentes: UNODC y CICAD, Primer estudio comparativo sobre el consumo de drogas y factores asociados en la población general de 15 a 64 años



Aumento en el consumo de cannabis comunicado en América del Sur

A diferencia de América del Norte, según las percepciones de casi todos los expertos nacionales de América del Sur el consumo de cannabis ha aumentado, aunque la prevalencia anual del consumo en la región sigue siendo considerablemente inferior a la de América del Norte. Alrededor del 3%, o entre 7,3 y 7,5 millones de personas de 15 a 64 años, habían consumido cannabis por lo menos una vez en 2008, lo que supone una disminución en relación con los 8,5 millones calculados en 2007. Esa reducción no refleja un cambio real en el consumo de cannabis en la región entre 2007 y 2008, sino más bien una revisión de los datos de 2005 comunicados sobre la República Bolivariana de Venezuela, cuyas estimaciones revisadas de la prevalencia se redujeron de 7,5% a 0,9%. La mayor prevalencia de consumo de cannabis corresponde a la Argentina (7,2%), Chile (6,7%) y Uruguay (6%). No obstante, en comparación con la población general, la prevalencia más elevada de consumo de cannabis entre estudiantes de enseñanza secundaria corresponde a Chile (15,6%), Uruguay (14,8%) y Colombia (8,4%).¹⁶

En el estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados realizado por la CICAD y la UNODC en seis países de América Latina se señaló que de los consumidores recientes de cannabis (que consumieron el último año) entrevistados con motivo del estudio, entre el 20,4% de los consumidores en la Argentina y cerca de la mitad de los consumidores recientes en el Ecuador fueron diagnosticados como drogodependientes,¹⁷ sobre la base



16 UNODC y CICAD, *Informe Subregional sobre Uso de drogas en Población Escolarizada*, 2009/2010.

17 UNODC y CICAD, Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años, abril de 2008.

Fig. 178: Prevalencia anual del consumo de cannabis entre estudiantes de secundaria* en países seleccionados de América del Sur

* Los grupos de edad de los estudiantes son diferentes en cada país. En la Argentina y el Uruguay, 13 a 17 años; Chile, 13 a 18 años; el Brasil, Colombia y el Paraguay, 15 y 16 años; el Perú 11 a 17 años y el Ecuador 12 a 17 años.

Fuentes: UNODC base de datos sobre UNODC-CICAD, Informe Subregional sobre Uso de Drogas en Población Escolarizada, 2009/2010 y CPIA

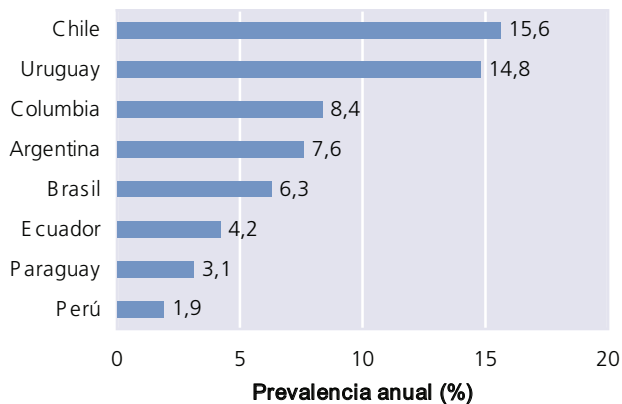
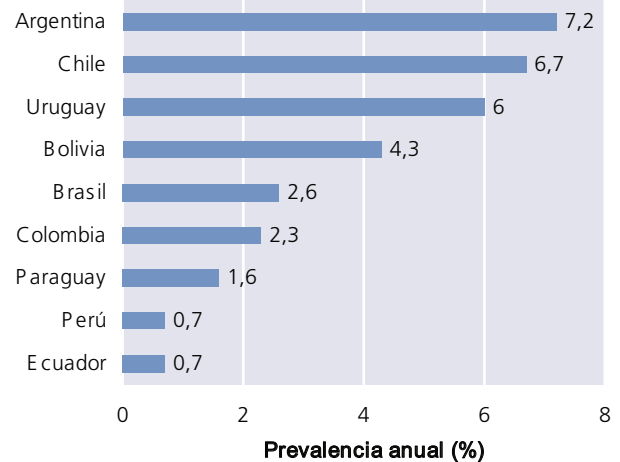


Fig. 179: Prevalencia anual del consumo de cannabis en población de 15 a 64 años en determinados países de América del Sur

Fuentes: Base de datos de la UNODC sobre estimaciones de la UNODC correspondientes a 2007, UNODC y CICAD, Primer estudio comparativo sobre consumo de drogas y factores asociados en población de 15 a 64 años y CPIA



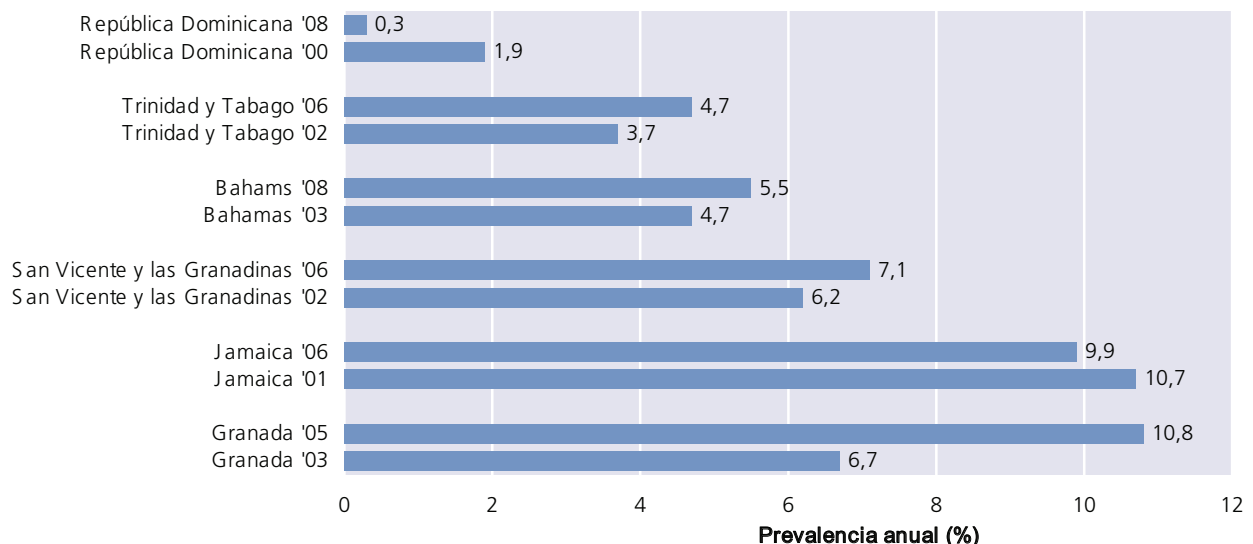
del criterio clínico de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS-CIE, revisión 10).¹⁸

Los promedios de prevalencia del consumo de cannabis, en la mayoría de los países del Caribe son también superiores a los mundiales con valores de 11,7% en San Kitts y Nevis y de 10,8% en Dominica y Granada. Haití (1,4%) y la República Dominicana (0,3%) son los dos países con una baja prevalencia de consumo de cannabis. Las tendencias del consumo de cannabis en el Caribe no son uniformes. Se registra una tendencia creciente en la población general

de las Bahamas (de 4,7% en 2003 a 5,5% en 2008), Granada (de 6,7% en 2003 a 10,8% en 2005), San Vicente y las Granadinas (de 6,2% en 2002 a 7,1% en 2006), Trinidad y Tabago (de 3,7% en 2002 a 4,7% en 2006). En cambio, se observó una tendencia decreciente en la República Dominicana (de 1,9% en el 2000 a 0,3% en 2008) y en Jamaica (de 10,7% en 2001 a 9,9% en 2006). Las estimaciones de 2005 correspondientes a Haití fueron revisadas de 6,2% a 1,4% sobre la base de una encuesta escolar realizada por la CICAD.

Fig. 180: Tendencias de la prevalencia anual del consumo de cannabis en la población general de países del Caribe que comunicaron nuevos datos en 2008

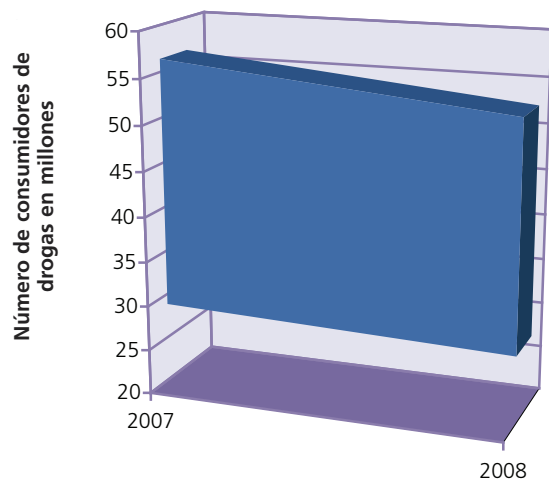
Fuente: UNODC



18 Véase: www.who.int/classifications/icd/en.

Fig. 181: Consumidores anuales de cannabis en África

Fuente: UNODC, CPIA



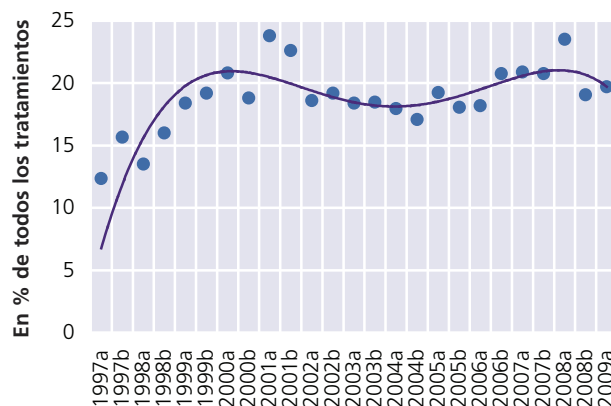
Aunque todavía no se dispone de información cuantitativa sobre África, parece que el consumo de cannabis está aumentando en la mayoría de las regiones del continente

Salvo respecto de Sudáfrica, se carece de información cuantitativa sobre África correspondiente a 2008. Las estimaciones comunicadas relativas al continente se basan en datos más antiguos publicados por la UNODC en otros *Informes Mundiales sobre las Drogas*. En comparación con el año anterior, la estimación relativa a Ghana (prevalencia anual 21,5%) se suprimió dado que tenía más de 10 años de antigüedad. Sobre la base de la información disponible, se estima que entre 27,7 millones y 52,8 millones de personas, es decir, entre el 5,0% y el 9,6% de la población de 15 a 64 años, consumieron cannabis en África en 2008. El amplio rango de la cifra estimada se debe fundamentalmente a la falta de información y datos de la mayoría de los países de África.

En 2008, expertos del 73% de los Estados de África que respondieron, comunicaron aumentos del consumo de cannabis en comparación con el año anterior, con disminuciones solamente en África septentrional. Zambia (17,7%) y Nigeria (13,8%) siguen siendo los países con una prevalencia alta de consumo de cannabis. Sudáfrica es el único país de África que realiza una vigilancia sistemática del consumo de drogas en África según la demanda de tratamiento. Conforme a los datos anuales de las diferentes regiones de Sudáfrica, entre el 26% y el 58% de los pacientes que asisten a centros de tratamiento especializado indicaron que el cannabis era la droga de consumo primario o secundario.¹⁹

■ ■

¹⁹ Pluddemann A., Parry C., Bhana A., y otros, *Alcohol and Drug Abuse Trends: January – June 2009 (Phase 26)*, Red epidemiológica comunitaria sobre uso de drogas (SACENDU), noviembre de 2009.

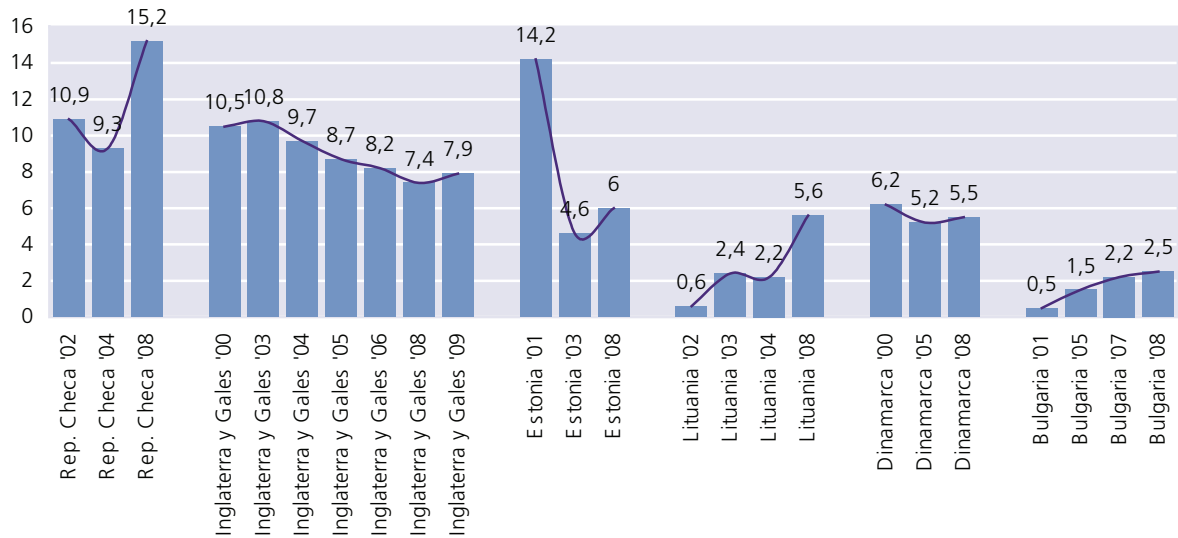
Fig. 182: Sudáfrica: el cannabis como droga primaria de consumo respecto de la demanda de tratamiento, 1997-2009Fuente: Pluddemann A., Parry C., Bhana A., y otros, *Alcohol and Drug Abuse Trends, January - June 2009, Phase 26* (SACENDU comunica sus datos bianualmente)

El consumo de cannabis en Europa se ha estado estabilizando durante los últimos años, aunque todavía está aumentando en algunos países

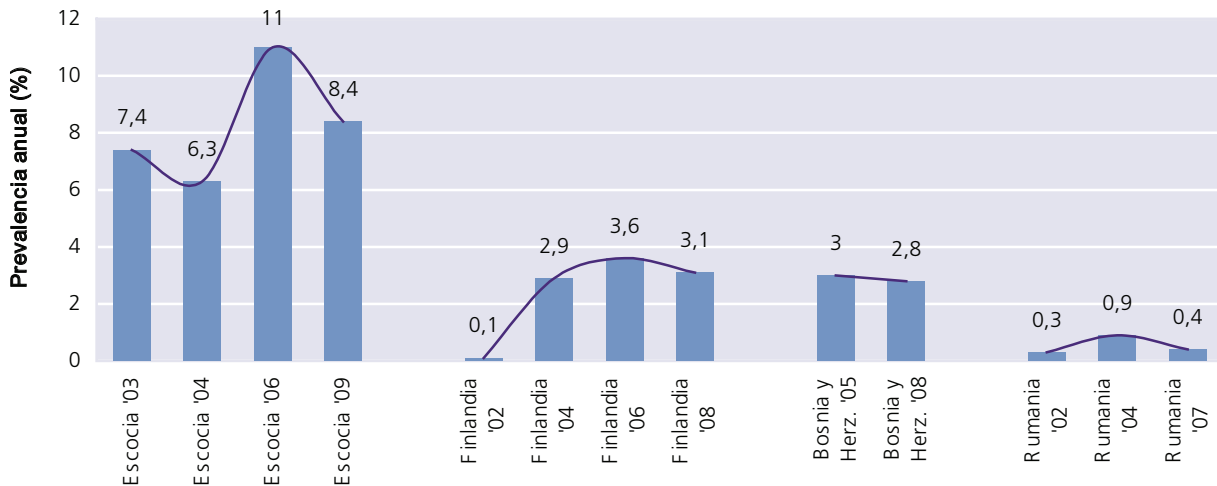
Se estima que el último año consumieron cannabis en Europa 29,5 millones de personas, es decir, alrededor del 5,4% de la población general de 15 a 64 años. El consumo de cannabis se concentra básicamente entre los jóvenes (15 a 34 años). En Europa, el consumo de cannabis en la población general difiere considerablemente de una región a otra, con una mayor prevalencia (7,7%) en Europa occidental y central, en comparación con Europa oriental y sudoriental (3%). La República Checa (15,2% en 2008), Italia (14,6% en 2008) y España (10,1% en 2007) son los tres países con mayores tasas de prevalencia de consumo de cannabis y, en su conjunto, suman casi un tercio de todos los consumidores de cannabis en Europa (5 millones tan solo en Italia). El consumo de cannabis en Europa ha evolucionado considerablemente durante el último decenio. En la mayoría de los países, el consumo de cannabis aumentó durante el decenio de 1990 y principios del decenio de 2000, y actualmente parece estar evolucionando hacia una nueva fase en algunos países respecto de los cuales los datos sobre la población general y de encuestas escolares indican una posible estabilización o incluso una tendencia decreciente. Entre los países que han notificado una disminución de la prevalencia en relación con años anteriores cabe citar España, Francia, Alemania, Austria, Hungría y Suecia. En Inglaterra y Gales (el tercer mayor mercado europeo de consumidores de cannabis después de Italia y la Federación de Rusia) se había registrado una marcada disminución entre 2003 y 2008 (del 10,8% al 7,4% de la población general), sin embargo, en 2009 la prevalencia aumentó al 7,9%. Los nuevos datos de Escocia, Finlandia, Rumania y Bosnia y Herzegovina muestran una disminución. No obstante, la mayoría de los países con

Fig. 183: Europa: Prevalencia anual del consumo de cannabis en la población general de países que comunican un aumento en 2008

Fuente: UNODC

**Fig. 184: Europa: Prevalencia anual del consumo de cannabis en la población general de países que comunican una disminución en 2008**

Fuente: UNODC



nuevos datos en 2008, a saber, Bulgaria, la República Checa, Dinamarca, Estonia y Lituania, comunicaron un aumento del consumo de cannabis en relación con estimaciones anteriores.

Durante los últimos años ha venido aumentando la comprensión de las consecuencias, en términos de salud pública del consumo generalizado y a largo plazo de cannabis y el incremento de la demanda de tratamiento por problemas relacionados con el cannabis en Europa.

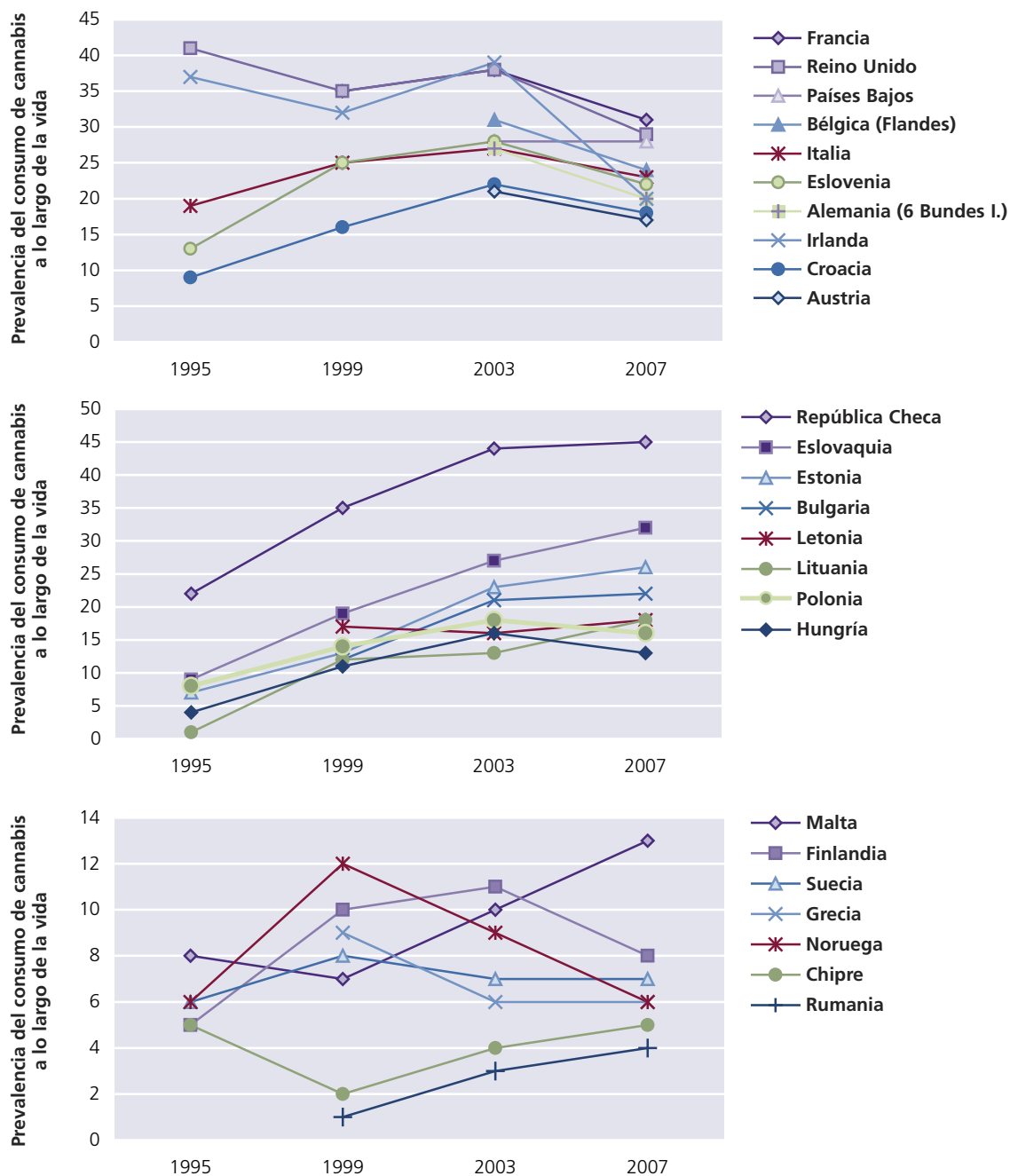
El consumo de cannabis entre estudiantes de secundaria de diversos países de Europa aumentó entre 1995 y 2003, pero pese a que pueden observarse pautas diferentes en toda Europa, en la mayoría de los países, se estabilizó o disminuyó en 2007. Siete países, en particular en Europa

septentrional y meridional (Grecia, Chipre, Malta, Rumania, Finlandia, Suecia y Noruega), han comunicado una prevalencia de consumo de cannabis en general estable y baja a lo largo de la vida en los años 2003 y 2007. La mayoría de los países de Europa, así como Croacia y Eslovenia, con una prevalencia de consumo de cannabis alta o de crecimiento pronunciado a lo largo de la vida hasta 2003, registraron una disminución o estabilización en 2007, el caso más notable es el de Irlanda. En la mayor parte de Europa central y oriental, la tendencia creciente observada entre 1995 y 2003 parece estar estabilizándose.²⁰

²⁰ OEDT, *Statistical Bulletin 2009* y Hibell y otros, *ESPAD Surveys 1995, 1999, 2003 y 2007*.

Fig. 185: Diversas tendencias del consumo de cannabis entre estudiantes de 15 y 16 años en Europa, 1995-2007

Fuente: ESPAD



El consumo de cannabis también está disminuyendo en Oceanía

Se calcula que en la región de Oceanía, entre 2,1 y 3,4 millones de personas consumieron cannabis el año anterior (9,3% - 14,8% de la población general de 15 a 64 años). Salvo respecto de Australia, Fiji y Nueva Zelanda, no se dispone de estimaciones fiables recientes sobre el consumo de cannabis en esa región. No obstante, la información proveniente de encuestas escolares realizadas en los territo-

rios de los Estados Unidos en las Islas del Pacífico indica un consumo considerable entre los jóvenes con una prevalencia a lo largo de la vida que oscila entre 54,9% en el Commonwealth de las Islas Marianas Septentrionales, el 45,5% en Guam, el 17,6% en Samoa Americana y el 13,9% en las Islas Marshall.²¹

²¹ Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, *Youth Risk Behaviour Surveillance - Selected Steps Communities*, Estados Unidos, 2007.

El rango de 2008 se amplió, debido a una prevalencia más elevada en Nueva Zelandia y a nuevos datos de algunos territorios del Pacífico.

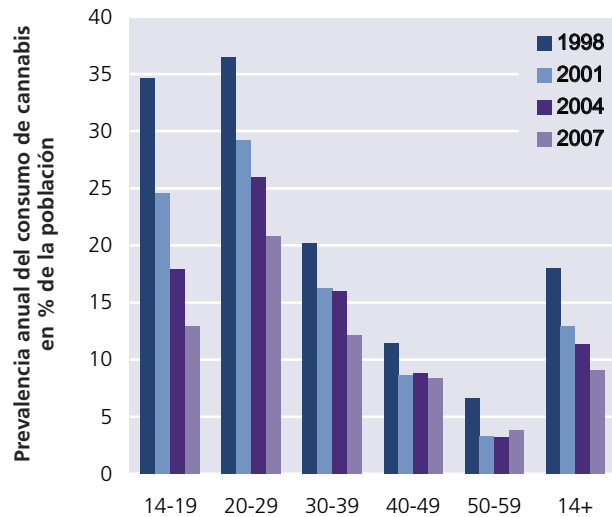
En Australia, la prevalencia anual del consumo de cannabis ha estado disminuyendo desde 1998, siendo esa disminución de cerca de un quinto entre 2004 y 2007. La mayor reducción del consumo de cannabis se observó en la población más joven (14 a 19 años), de una prevalencia del 34,6% en 1998 al 12,9% en 2007. En Nueva Zelandia, la prevalencia anual del consumo de cannabis disminuyó del 20,4% en 2003 al 13,3% en 2006, y aumentó de nuevo en 2008 al 14,6%. La prevalencia del consumo de cannabis fue superior entre los hombres del grupo etario de 18 a 24 años y entre las mujeres de los grupos etarios de 16 y 17 años y de 18 a 24 años.²²

Se dispone de pocos datos o de ningún dato reciente sobre las tendencias del consumo de cannabis en Asia, pero las percepciones de los expertos indican un aumento

Se calcula que entre 31,5 millones y 64,6 millones de personas en Asia consumieron cannabis el año anterior. Se comunican tasas de prevalencia anual de consumo de cannabis más elevadas en Asia central (del 3,7% al 4,3% de la población general) y en el Cercano Oriente y el Oriente Medio (del 3,1% al 4,3% de la población general). Los países más poblados de Asia, China y la India, carecen de estimaciones sobre los consumidores de cannabis en la población general. Una encuesta realizada en la India en 2001 estimó una tasa de prevalencia mensual de consumo de cannabis del 3% en la población masculina de 12 a 60 años. Dada la falta de información sobre el consumo de cannabis entre las mujeres no es posible efectuar una estimación precisa de la tasa de prevalencia en la población de la India. Las autoridades nacionales de lucha contra los estupefacientes que informan a la UNODC indican un aumento del consumo de cannabis en la región durante el año anterior. Debido a que en muchas partes de la región no hay estimaciones recientes o fiables disponibles, las tendencias percibidas por los expertos deben ser tratadas con cautela. En 2008, los expertos de 15 países de Asia comunicaron un aumento del consumo de cannabis en comparación con 13 expertos en 2007 y nueve en 2005. Los expertos de siete países comunicaron una tendencia estable y ocho países de Asia comunicaron disminuciones del consumo de cannabis en 2008.

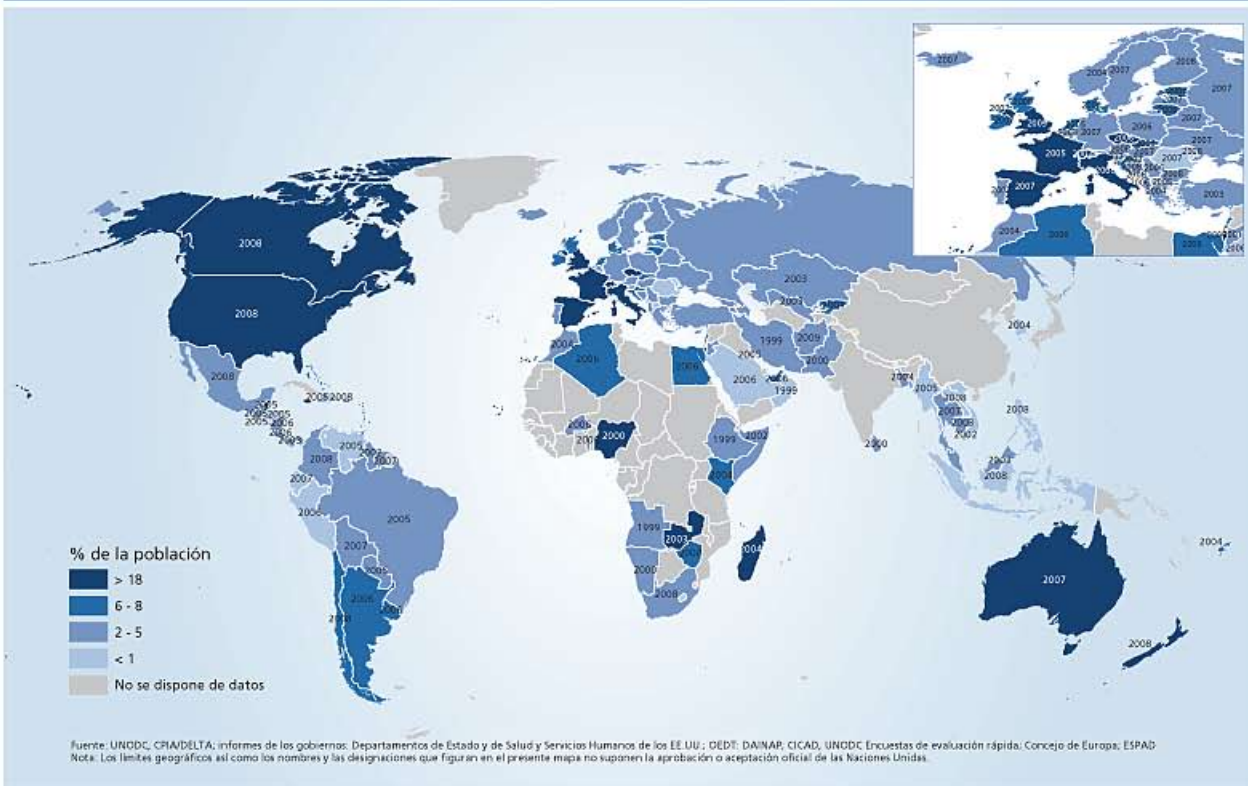
Fig. 186: Australia: prevalencia anual del consumo de cannabis en la población de 14 o más años, 1998-2007

Fuente: *National Drug Strategy Household Survey*, Australia, 2007

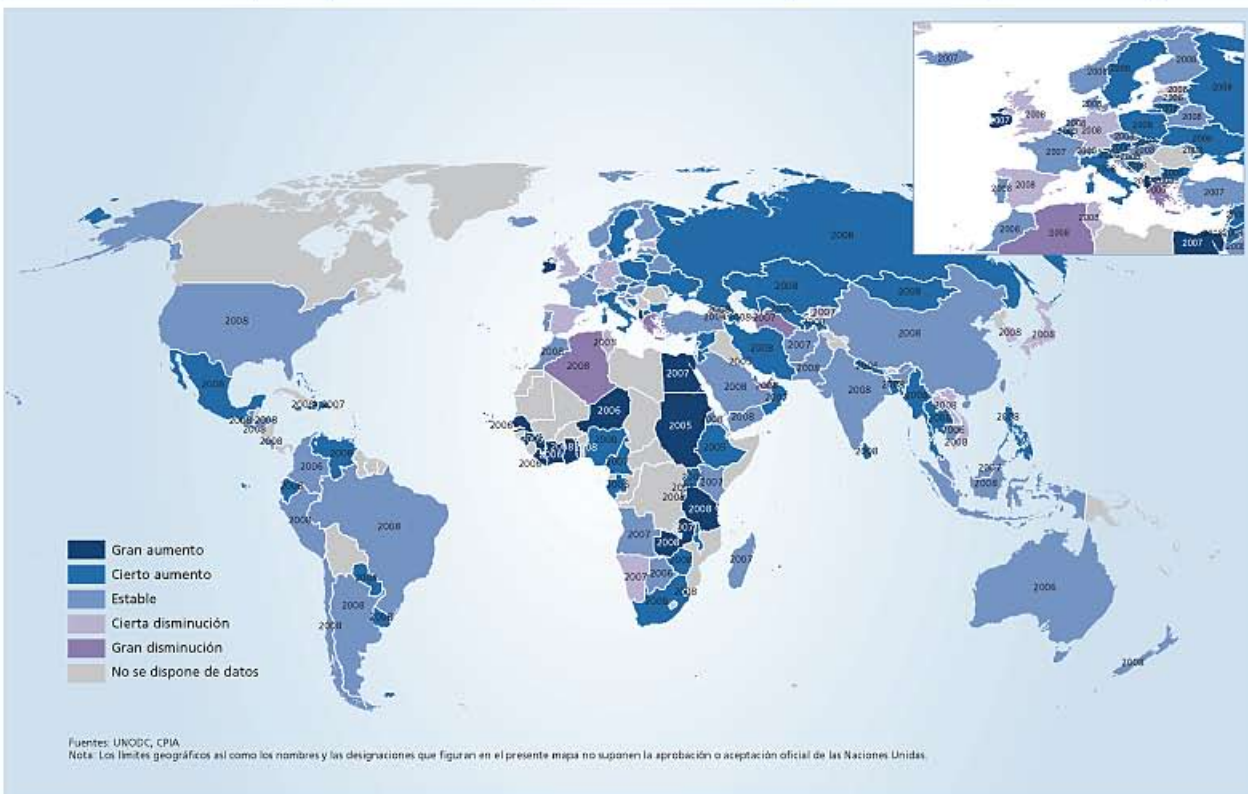


22 Ministerio de Salud, *Drug Use in New Zealand: Key results of the 2007/08, New Zealand Alcohol and Drug Use Survey*, 2010.

Mapa 27: Consumo de cannabis en 2008 (o último año disponible)



Mapa 28: Percepciones de los expertos sobre los cambios de las tendencias del consumo de cannabis, 2008 (o último año respecto del cual se dispone de datos a partir de 2005)



2.5 Estimulantes de tipo anfetamínico



2.5.1 Fabricación

Predominancia del ETA metanfetamina en la fabricación de drogas sintéticas

La mayoría (99%) de los laboratorios clandestinos de drogas sintéticas detectados procesan estimulantes de tipo anfetamínico y fabrican, principalmente, sustancias del grupo de las anfetaminas, a saber, metanfetamina, anfetamina, metcatinona y sustancias del grupo del éxtasis. Gracias a la variedad y disponibilidad de los materiales de partida necesarios para la fabricación de drogas sintéticas estas pueden producirse prácticamente en cualquier parte del mundo. Actualmente no es posible saber exactamente la cantidad de ETA que se fabrica ilícitamente, pues a diferencia de los cultivos de adormidera o de arbustos de coca, no se pueden hacer estimaciones independientes de la fabricación basadas en la teledetección.

Los ETA se fabrican en todo el mundo; principalmente en el Asia oriental y sudoriental, Europa, América del Norte, Oceanía y África meridional

En 2008, el número de laboratorios clandestinos de ETA notificados aumentó un 20% y, por primera vez, se descubrieron laboratorios en la Argentina, el Brasil, Guatemala, la República Islámica del Irán, Kazajstán y Sri Lanka. La información sobre los 8.408 laboratorios detectados fue suministrada por 32 países. Estados Unidos de América, la República Checa, Australia, China,¹ Eslovaquia, Nueva Zelanda, los Países Bajos, el Canadá y México informaron las cifras más altas. Sin embargo, el número de laboratorios

no es una muestra representativa del volumen de producción, ya que muchos países con cifras totales inferiores informan solamente de los laboratorios con volúmenes de producción a gran escala.²

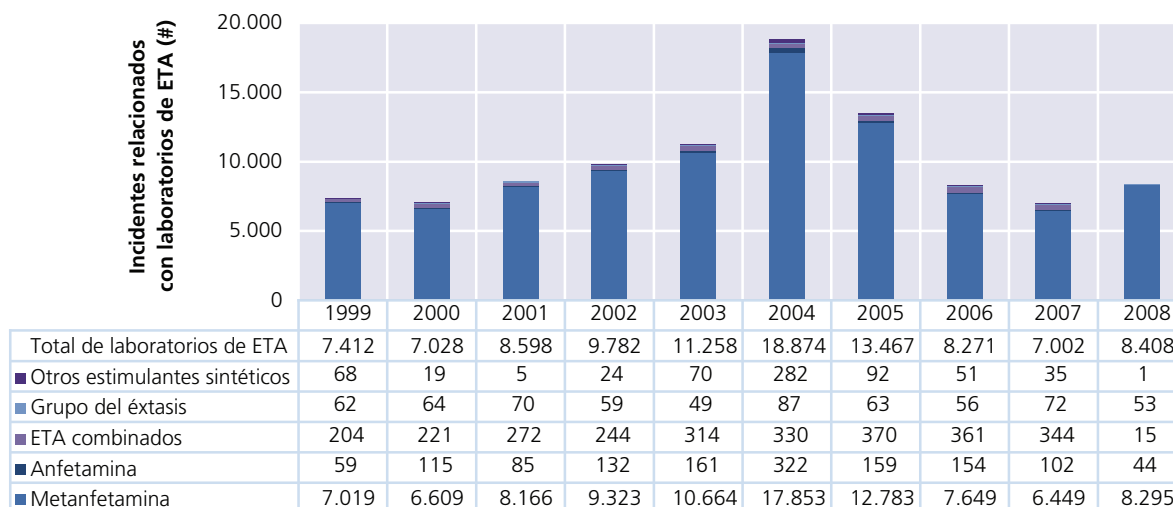
El tipo y la forma de los ETA pueden variar de una región a otra. Por ejemplo, en el Asia oriental y sudoriental, la metanfetamina se fabrica principalmente en pastillas “yaba” y en forma cristalina de alta pureza “hielo”, aunque cada vez se fabrica más éxtasis (MDMA). Por lo general, las pastillas que se venden como *Captagon* en el Cercano Oriente y el Oriente Medio contienen anfetamina y provienen de Europa sudoriental y de la propia región. En Europa, la fabricación de ETA se realiza principalmente en forma de anfetamina y de éxtasis (MDMA) en polvo y en pastillas. La metanfetamina (pervitina) se fabrica principalmente en la República Checa y Eslovaquia, y en otros países de Europa oriental, y hay indicios de que la fabricación se está extendiendo. En Sudáfrica, se fabrica principalmente metanfetamina (tik) y metcatinona. La metanfetamina y el éxtasis se fabrican en todos los países de América del Norte, y ha observado incidentes relacionados con la fabricación de metanfetamina en toda América Central y América del Sur. En general, existen laboratorios de metanfetamina y algunos de éxtasis en Oceanía -sobre todo en Australia y Nueva Zelanda.

¹ En 2008, China informó de 244 laboratorios clandestinos sin especificar el tipo. Sin embargo, se sabe que esa cifra también incluía algunos fumadores de opio y, por ende, no se incluyó en los totales de ETA.

² No hay una definición internacionalmente aceptada de laboratorio clandestino de drogas sintéticas. Por tanto, es posible que las cifras incluyan la extracción de precursores de ETA, síntesis de drogas, refinación, elaboración de pastillas, empaquetado, instalaciones de almacenamiento en laboratorios y vertederos de productos químicos y de equipo, según un concepto amplio del término “laboratorio”.

Fig. 187: Laboratorios de ETA (todos los tamaños) notificados a la UNODC, por tipo, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CIA



El repunte del número de sucesión en relación con laboratorios de metanfetamina en los Estados Unidos influye en el aumento a nivel mundial

En 2008, el número de laboratorios de metanfetamina en todo el mundo aumentó en un 29% a un total de 8.295, aunque las cifras aún son muy inferiores al máximo registrado en 2004 (17.853). Esas mayores cifras reflejaron los aumentos notificados por los Estados Unidos (7.226); sin embargo, además de los 3.866 laboratorios de síntesis, esas cifras también incluyen instalaciones de almacenamiento en laboratorios y vertederos de productos químicos y de equipo. A nivel mundial, la mayoría de los laboratorios incautados estaban relacionados con la metanfetamina, debido a su sencilla fabricación y a la disponibilidad de precursores químicos baratos.

En el último decenio, los informes sobre sucesos en relación con laboratorios clandestinos han aumentado en varias regiones fuera de América del Norte, registrándose un alto crecimiento en el Asia oriental y sudoriental, Europa y Oceanía. Varios países informaron de la existencia de pocas operaciones, aunque en su mayoría de tamaño industrial, para fines delictivos, especialmente en el Asia oriental y en partes de América del Norte.

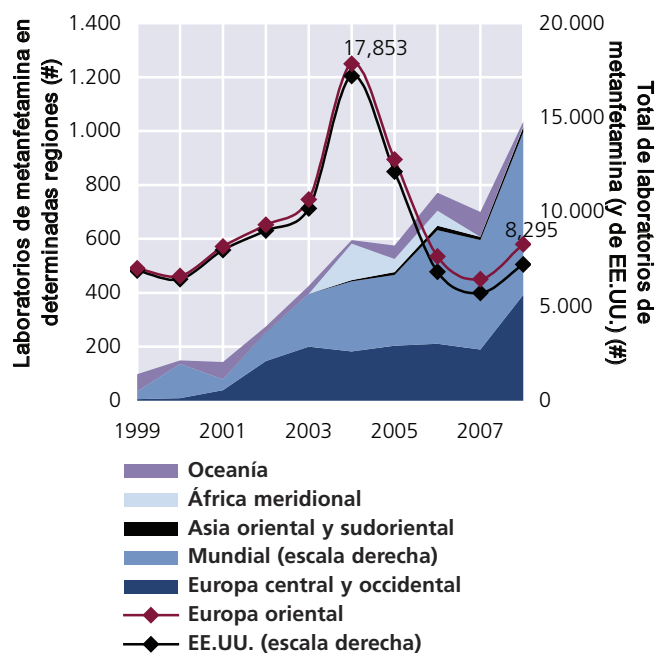
El número de laboratorios de anfetamina notificados en 2008 es el más bajo en un decenio

En 2008, solo se notificaron 45 laboratorios de anfetamina, la cifra más baja en un decenio³. La mayoría de las notificaciones correspondían a Europa, en particular Europa occidental y central. La disminución del número de laboratorios coincide con un nivel de incautaciones de anfetamina sin precedentes, especialmente en el Cercano Oriente y Oriente Medio, regiones que en 2008 informaron de la inexistencia de laboratorios. De hecho, parte de la dismi-

³ Ese número corresponde a los laboratorios de anfetamina únicamente y no incluye los laboratorios de combinación de ETA.

Fig. 188: Número de sucesos notificados en relación con laboratorios de metanfetamina (todos los tamaños), por regiones según su importancia, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CIA/DELTA



nución de las cifras se debe a que en general, se recibieron menos comunicaciones y no se recibió información de los Estados Unidos sobre laboratorios de anfetamina en 2008. En general, se notifican muy pocos los laboratorios de anfetamina y del grupo éxtasis, debido a que la fabricación de esas sustancias es mucho más compleja que la de metanfetamina.

Fig. 189: Número de sucesos notificados en relación con laboratorios de anfetamina todos los tamaños, por regiones según su importancia, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

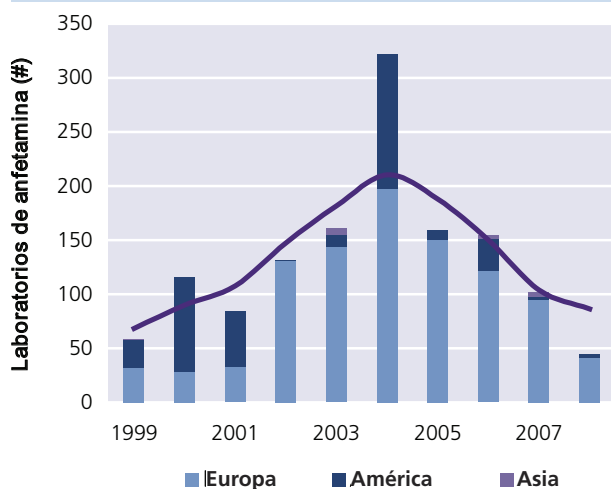
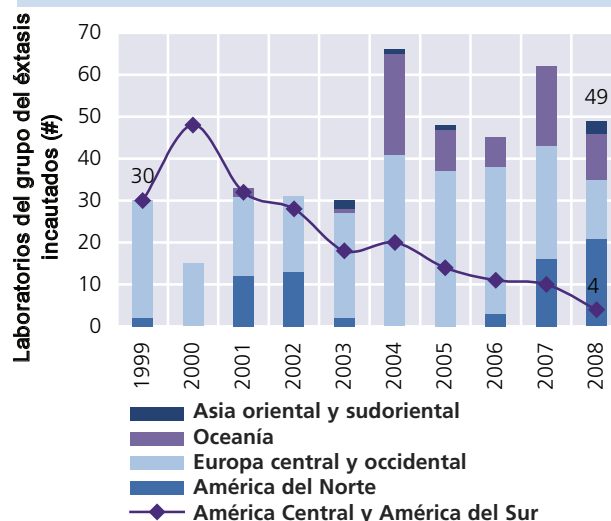


Fig. 190: Laboratorios regionales del grupo del éxtasis notificados a la UNODC, 1999-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



Cuadro 26: Otros sucesos relacionados con la fabricación de drogas sintéticas, 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Precusores de ETA	0	5	0	0	2	0	0	22	1	3
Fentanil	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Ácido gamma-hidroxibutírico (GHB)	0	1	0	9	21	17	8	10	8	12
Ketamina	0	0	0	0	0	0	0	0	44	0
Dietilamida del ácido lisérgico (LSD)	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0
Mataculona	0	4	5	6	15	16	5	3	4	1
Fenciclidina (PCP)	1	1	4	6	16	0	11	4	0	16
Total	2	12	10	21	55	33	25	41	59	33

El número de laboratorios del grupo del éxtasis se redujo en 2008, siendo bajo el número correspondiente a Europa

En 2008 se notificó acerca de 53 laboratorios del grupo del éxtasis, una reducción respecto de 2007 (72). Las bajas cifras no son necesariamente señal de una producción baja ya que la mayor parte de las operaciones del MDMA son de mediana a gran escala. Diez países informaron de su fabricación y, en 2008, el Canadá informó la cifra más alta de laboratorios desmantelados (14). Europa informó de tan solo cuatro laboratorios -en Bélgica, los Países Bajos y España- una disminución importante en comparación con años anteriores. Se ha informado de que la fabricación de sustancias del grupo del éxtasis, previamente dominada por Europa central y occidental, se ha extendido a otras regiones del mundo, a saber, el Asia oriental y sudoriental, América del Norte, Oceanía y América Latina.

Es mucho menos común la fabricación o el procesamiento ilícito de drogas sintéticas para la producción de otras sustancias que no sean ETA, como los precursores químicos

(efedrina, seudofedrina), fentanil, ácido gamma-hidroxibutírico (GHB), ketamina, dietilamida del ácido lisérgico (LSD), metacualona y fenciclidina (PCP).⁴ La sustancia más comúnmente fabricada es el GHB, con un promedio de 15 casos al año. Desde 1999, 11 países han informado de la producción del GHB, salvo países de América Latina. China⁵ ha informado de la fabricación ilícita de ketamina. En Sudáfrica frecuentemente se incautan laboratorios de metacualona (denominada localmente mandrax), aunque también se han informado de laboratorio en China, la India y Kenya.⁶ Desde 1999, solo los Estados Unidos han informado acerca del desmantelamiento de laboratorios ilícitos de PCP.

- ■
- Ni el GHB ni la ketamina están sujetas a fiscalización internacional, aunque sí lo están en muchos países. Por tanto, las cifras podrían ser mucho más elevadas.
 - En 2008, China volvió a informar de la incautación de importantes laboratorios de ketamina pero sin cifras concretas.
 - En 2008, Sudáfrica no presentó informes sobre la fabricación de metacualona.

Precusores químicos para la elaboración de ETA

Los precursores químicos son necesarios para la síntesis de los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) y la mayoría de los productos químicos comúnmente utilizados está sujeta a fiscalización internacional. Por lo general, su incautación se informa a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y puede servir de indicación acerca de las tendencias de la fabricación clandestina. En 2008, solo se notificaron 31 toneladas de precursores químicos sujetos a fiscalización internacional, en relación con los ETA la cifra más baja en un decenio.

Las incauciones en 2008 incluyeron:

Grupo de las anfetaminas:

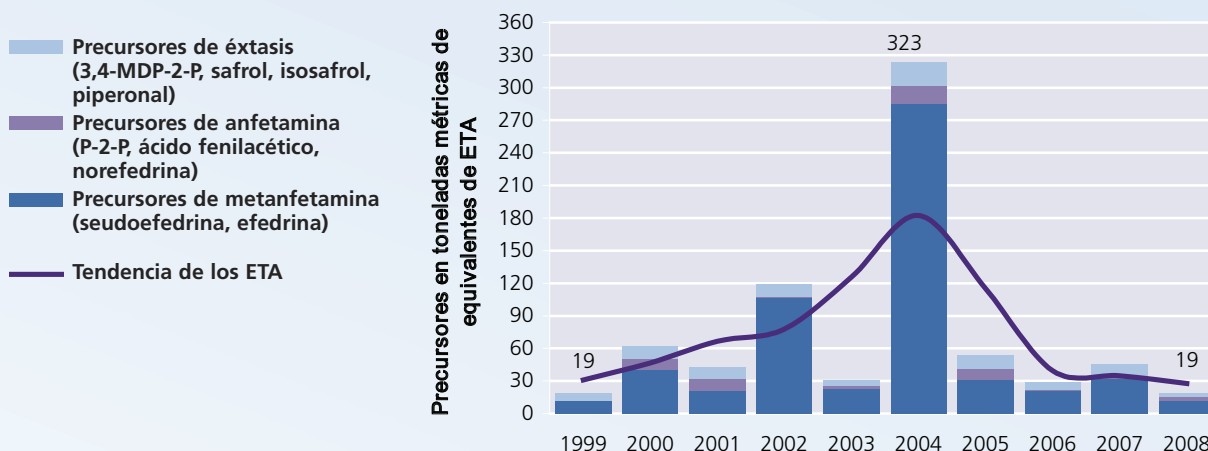
- Metanfetamina: 12,6 toneladas de efedrina y 5,1 toneladas de pseudoefedrina, cantidad suficiente para fabricar aproximadamente 11,8 toneladas de metanfetamina.¹
- Anfetamina: 5.620 litros de fenil-2-propanona (P-2-P), cantidad suficiente para fabricar 2,8 toneladas de anfetamina o metanfetamina; 1,5 toneladas de norefedrina, suficiente para fabricar 984 kilogramos de anfetamina; y 155 kilogramos de ácido fenilacético, suficiente para solo 39 kilogramos de anfetamina o metanfetamina.

Grupo del éxtasis:

- 2.823 litros de 3,4-MDP-2-P, suficiente para fabricar 2,3 toneladas de MDMA;
- 1.904 litros de aceite de safrol, suficiente para fabricar 401 kilogramos de MDMA;
- 1,4 toneladas de piperonal que pudieran convertirse en 527 kilogramos de MDMA; y
- 1 litro de isosafrol, utilizado en la fabricación de MDMA.

Fig. 191: Incauciones notificadas de precursores químicos de ETA expresados en toneladas de equivalentes de ETA, 1999-2008

Fuentes: Estimaciones de la UNODC basadas en datos y factores de conversión de la JIFE. (JIFE, *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, 2009, marzo de 2010 y años anteriores)



Las bajas cantidades de precursores químicos incautados no se corresponden con la magnitud del mercado de consumo, lo cual indica que la mayor parte del tráfico de precursores necesarios para la elaboración de ETA no es detectada. Parte de la disminución se debe a la detención de las remesas antes de su despacho, gracias al sistema electrónico de notificación PEN de la JIFE. Se sabe que las organizaciones delictivas adaptan rápidamente sus estrategias a fin de evadir los controles y continuar la elaboración ilícita: 1) cambiando las rutas de tráfico de precursores químicos a través de nuevos lugares, como África; 2) trasladando las operaciones de fabricación a nuevos países como, por ejemplo, el traslado de laboratorios de América del Norte a América Central; 3) utilizando nuevas formas físicas de precursores químicos, como preparados farmacéuticos en forma de pastillas o líquidos; y 4) utilizando precursores químicos no sujetos a fiscalización internacional, como los derivados del ácido fenilacético (PAA). En marzo de 2010, la Comisión de Estupefacientes, en su 53º período de sesiones, decidió trasladar el PAA al Cuadro I, para aumentar sustancialmente la fiscalización internacional de este precursor químico.

¹ Esas cifras se refieren en su mayor parte a las incauciones de productos químicos en bruto y, en algunos casos, preparados farmacéuticos, por lo que no son una muestra representativa de todos los precursores incautados.



2.5.2 Incautaciones

El tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico (ETA), junto con su producción, afecta al mundo entero. Sin embargo, los datos sobre incautaciones indican que diferentes tipos de ETA prevalecen en distintas regiones del mundo, y pueden observarse diferentes tendencias en el total de incautaciones a nivel regional y mundial respecto de los diferentes tipos de ETA.

Los estimulantes de tipo anfetamínico se dividen en dos amplios grupos: el grupo de las anfetaminas, al que pertenecen la anfetamina, la metanfetamina y las anfetaminas no especificadas, y el grupo éxtasis. En 2008, las incautaciones totales del grupo de las anfetaminas ascendieron a 47,4 toneladas,⁷ cantidad ligeramente superior a los niveles registrados en 2007 (43,8 tm), y el nivel máximo registrado en 2006 (45,9 tm). En cambio, las incautaciones de éxtasis disminuyeron marcadamente en 2008, cifrándose en 3,86 toneladas, el nivel más bajo desde 1999. Durante el período de 2000 a 2008, las incautaciones de éxtasis fluctuaron considerablemente, mientras que las incautaciones de metanfetamina fueron menos erráticas. En ambos casos, el total de las incautaciones se mantuvo dentro del mismo orden de magnitud. Durante ese período, el aumento más pronunciado correspondió a las incautaciones de anfetamina, que incrementaron casi ocho veces en un período de ocho años, principalmente debido al mayor número de incautaciones practicadas en el Cercano Oriente y el Oriente Medio.

Si bien en 2008 dos terceras partes del total mundial de las incautaciones correspondieron al Cercano Oriente y al Oriente Medio y al Asia sudoccidental, la mayoría de las incautaciones de metanfetamina se practicó en países del Asia oriental y sudoriental. El resto de las incautaciones de metanfetamina se practicó en América del Norte, y también -por primera vez- más de la mitad de las incautaciones de éxtasis. El marcado aumento del porcentaje de incautaciones en América del Norte en relación con las incautaciones de éxtasis a nivel mundial se debió, en parte, a un aumento en las incautaciones de éxtasis en los Estados Unidos, aunque también a disminuciones registradas en

otras regiones, principalmente en Europa central y occidental. Por otra parte, la tercera parte de las incautaciones mundiales de anfetamina siguió correspondiendo a Europa central y occidental. Cerca del 90% de las incautaciones de anfetaminas no especificadas se produjeron en África central y occidental, regiones prioritarias en cuanto a la necesidad de abordar el problema de las drogas, partiendo de una mejor comprensión de la naturaleza de las drogas en el mercado ilícito.

Anfetamina

En 2008, las incautaciones mundiales de anfetamina ascendieron a la cantidad máxima de 24,3 toneladas, manteniéndose esencialmente el alto nivel registrado en 2007 (23,7 tm). En 2008, el Cercano Oriente y el Oriente Medio, el Asia sudoccidental y Europa en su conjunto se registró el 97% de las incautaciones. Desde el año 2000, las incautaciones de anfetamina han aumentado considerablemente en esas dos regiones, aunque la tasa de crecimiento en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental superó con creces la de Europa.

Sin embargo, cabe advertir que la mayor parte de las incautaciones en el Cercano Oriente, el Oriente Medio y el Asia sudoccidental corresponden a pastillas y parece ser que en su conversión a unidades de peso, se utiliza el peso de toda la pastilla y no únicamente el peso del ingrediente activo (anfetamina). Ello podría distorsionar la cifra de incautaciones en esa región del mundo por un factor de diez, o incluso más,⁸ lo que sin repercutir notablemente en las tasas de crecimiento podría influir en los niveles absolutos de incautaciones notificadas por países del Cercano Oriente y el Oriente Medio/Asia sudoccidental.

Las incautaciones de anfetamina en países del Oriente Medio siguen correspondiendo básicamente a pastillas con el logo del *Captagon*. La naturaleza de los ingredientes psicoactivos de esas pastillas no siempre es clara, pero todo parece indicar que la anfetamina que se trafica desde Europa sudoriental es el principal ingrediente en las pastillas de *Captagon* en los mercados de consumo del Oriente Medio (principalmente en Arabia Saudita), frecuentemente

7 Los estimulantes de tipo anfetamínico se incautan en diversas formas, en pastillas y en líquido, y las incautaciones pueden notificarse según el peso, el volumen, el número de pastillas o en otras unidades. En casos específicos, las cantidades incautadas se pueden configurar tal como las notificaron los países, aunque las cantidades agregadas se expresan por peso. A los fines de las cantidades agregadas, se supone que una pastilla contiene 30 mg de ingrediente activo, salvo las pastillas de éxtasis que, supuestamente, contienen 100 mg de ingrediente activo. Además, se supone que un litro del líquido corresponde a un kilogramo.

8 En 2009, un análisis forense reciente de aproximadamente 9.400 pastillas de *Captagon* incautadas en el Irak, en la región fronteriza con Jordania, Arabia Saudita y la República Árabe de Siria, indicó que las pastillas pesaban entre 163 y 170 mg y contenían entre 7 y 20 mg de anfetamina (además de entre 30 y 65 mg de cafeína y 8 y 39 mg de teofilina). (UNODC, *Global Smart Update*, Volumen 2, octubre de 2009, pág. 8). Teniendo en cuenta la media, el factor entre el contenido de anfetamina en una pastilla y su peso total sería 12.

Fig. 192: Incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico a nivel mundial, 2000-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

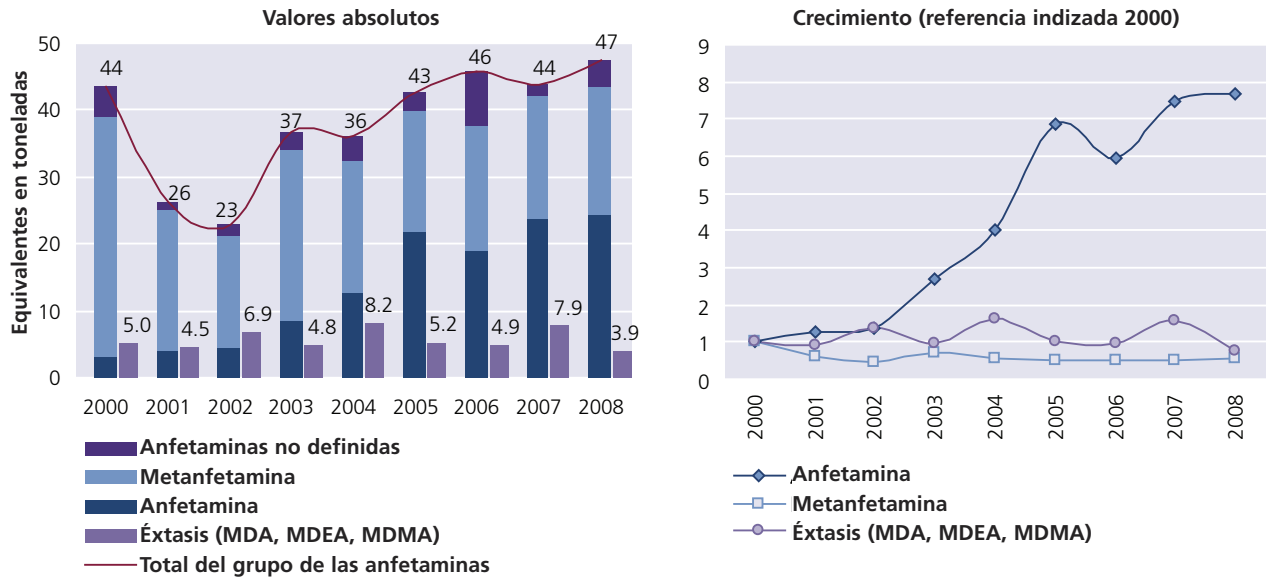
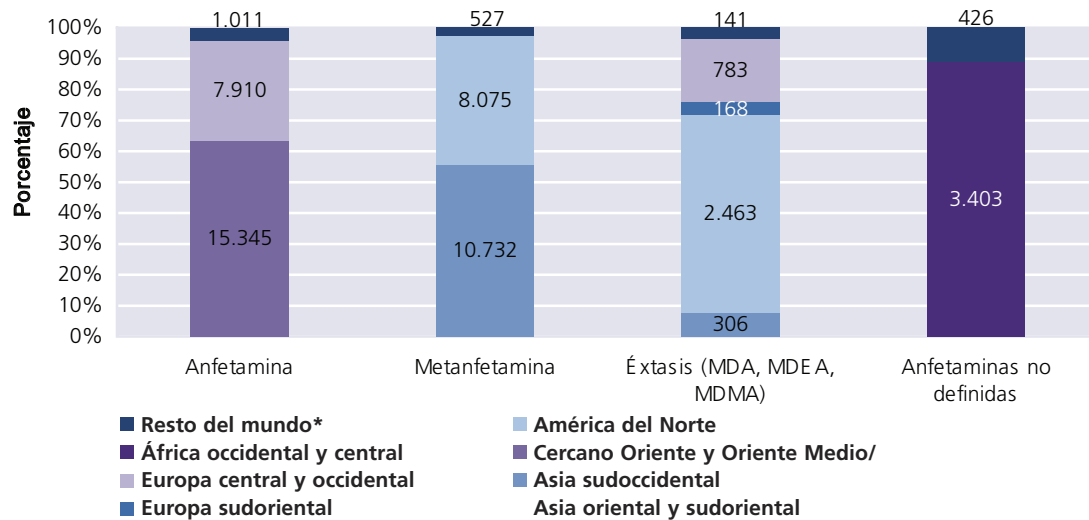


Fig. 193: Distribución geográfica de las incautaciones de ETA por tipo, 2008

* La categoría "Resto del mundo" se refiere a un grupo diferente de países según el tipo de droga.
Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



unida en combinación con caféina. Es probable que también existan laboratorios en los países a lo largo de esta ruta en los que, posiblemente, se realice la conversión a tabletas. Jordania, el Líbano, Turquía y la República Árabe Siria son importantes países de tránsito.

Las incautaciones anuales de anfetamina en Arabia Saudita aumentaron a un ritmo constante en el período de 2000 a 2007, alcanzando 13,9 toneladas⁹ en 2007.¹⁰ En 2008,

⁹ Los datos correspondientes a Arabia Saudita durante el período de 2002 a 2007 provienen de la Organización Mundial de Aduanas y de la OIPC/INTERPOL.

¹⁰ Probablemente, esas cantidades corresponden al peso bruto de las

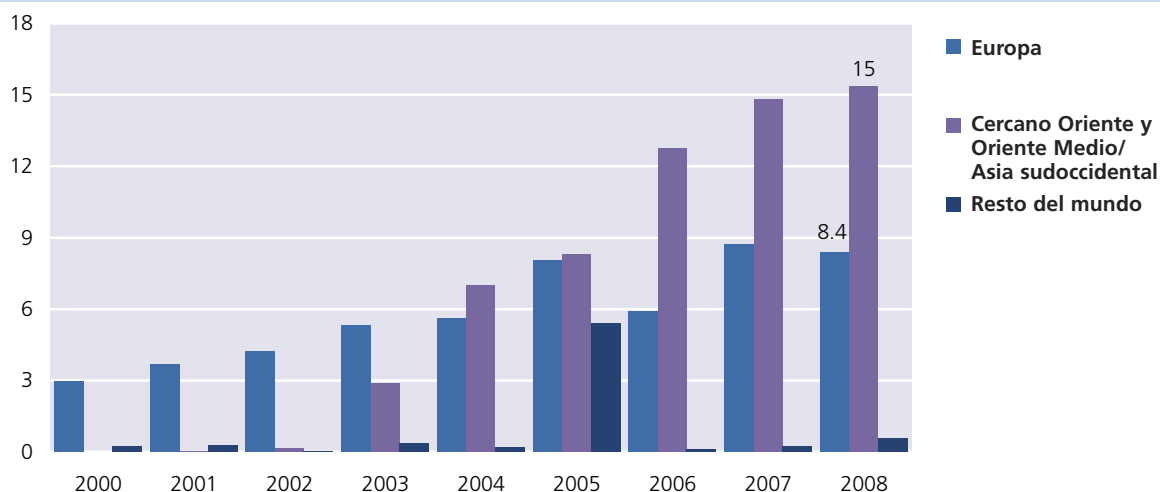
Arabia Saudita informó de incautaciones de anfetamina de 12,8 toneladas. El total de incautaciones en el Cercano Oriente y Oriente Medio/Asia sudoccidental ascendió a 14,8 toneladas en 2007 y a 15,3 toneladas en 2008. En los informes del Líbano,¹¹ Turquía, los Emiratos Árabes Unidos y el Yemen se cita a Arabia Saudita como principal

■ ■ incautaciones, incluido el contenido de aglutinantes y adulterantes en las pastillas de *Captagon* y, por ende, deberán interpretarse con cautela. No obstante, esas son incautaciones muy grandes y denotan una clara tendencia creciente a largo plazo.

¹¹ Informe del Líbano a la 43ª reunión ordinaria de la Subcomisión sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Asuntos Conexos en el Cercano Oriente y el Oriente Medio.

Fig. 194: Desglose de las incautaciones de anfetamina a nivel mundial por región, 2000-2008 (en toneladas equivalentes)

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



destino de la anfetamina (o, específicamente, del *Captagon*) introducida en su territorio en 2008, mientras que, por lo general, los Estados del Golfo fueron los destinos citados por la República Árabe de Siria y Jordania. Jordania incautó grandes cantidades de pastillas con un supuesto contenido de anfetamina (14,1 millones de pastillas en 2008, en comparación con 10,6 millones en 2007), el Yemen (13,4 millones en 2008) y la República Árabe Siria (11,8 millones de pastillas en 2008 y 12,0 millones en 2007).

Las incautaciones de anfetamina en Europa ascendieron a 8,37 toneladas, manteniéndose al nivel máximo de 2007 (8,70 tm). En el Reino Unido se registró un marcado aumento: el total de Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte aumentó en un 65%, de 1,78 toneladas en el ejercicio financiero 2007-2008 a 2,94 toneladas¹² en el de 2008-2009. Asimismo, las incautaciones aumentaron en Alemania de 810 kilogramos en 2007 a 1,28 toneladas en 2008. Esos incrementos se compensaron con una disminución de las incautaciones en los Países Bajos que se redujeron a 1,16 toneladas en 2008 (de 2,81 toneladas en 2007). También se incautaron cantidades significativas en Bélgica (411 kg), Suecia (362 kg), Polonia (342 kg), Noruega (260 kg), Bulgaria (187 kg) y Turquía (163 kg).

México, que ha estado históricamente asociado con una fabricación considerable de metanfetamina, informó de la incautación de 251 kilogramos de anfetamina en 2008 – nueve veces el nivel registrado en 2007 (27,1 kg).

Metanfetamina

Las incautaciones de metanfetamina a nivel mundial se mantuvieron estables por cuarto años consecutivos, ascendiendo a 18,2 toneladas en 2007 y 19,3 toneladas en 2008. La mayor parte se practicó en Asia oriental y sudoriental

¹² No se dispuso del total correspondiente al Reino Unido. La UNODC estima que el total de incautaciones de anfetamina en el Reino Unido fue de 3,55 toneladas.

(principalmente China) y América del Norte (principalmente los Estados Unidos).

En 2008, el total de las incautaciones de metanfetamina en Asia oriental y sudoriental permaneció estable (10,7 tm). En China, las incautaciones ascendieron a 6,09 toneladas en 2007 (la mayor a nivel mundial en ese año) y a 6,15 toneladas en 2008. Según las autoridades de China,¹³ grandes cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico entraron a la provincia de Yunan a través de la frontera con Myanmar. Las incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico procedentes de Europa y América de Sur también aumentaron. China informó de la detención de 460 extranjeros por tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico en 2007; de los cuales 397 eran nacionales de Myanmar.

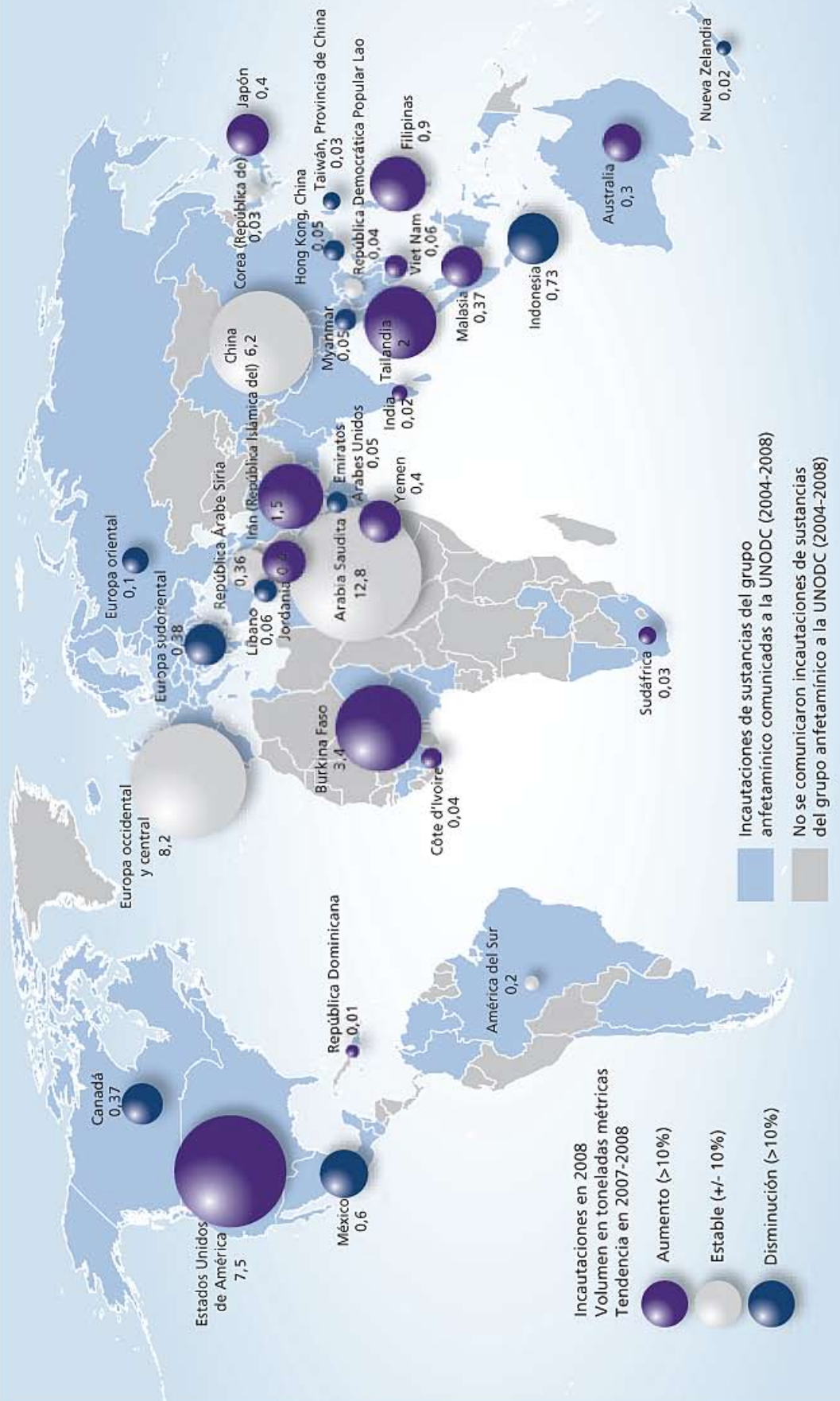
En 2008, las incautaciones en Tailandia aumentaron a 1,98 toneladas, registrando un nivel comparable al observado en 2004 (2,12 tm). La Organización Mundial de Aduanas informó¹⁴ de que, en 2008, Tailandia fue el país de destino más frecuente en la región Asia-Pacífico de los casos de incautación de metanfetamina registrados en la base de datos de la Red de vigilancia del cumplimiento de las leyes aduaneras. En particular, se realizaron 157 incautaciones en la ruta entre la República Democrática Popular Lao y Tailandia.

En Filipinas y Malasia también aumentaron marcadamente las incautaciones de metanfetamina. Asimismo, Filipinas informó en 2008 acerca de 10 laboratorios clandestinos de fabricación de metanfetamina y el aumento consiguiente del precio del hidrocloreto de metanfetamina.

¹³ Comisión Nacional de Fiscalización de Estupefacientes de China. Dato citado en la presentación de China en la Reunión del Programa SMART para el Asia oriental, 29 al 31 de julio de 2009, Bangkok, Tailandia

¹⁴ Organización Mundial de Aduanas, Oficina Regional de Enlace de Inteligencia para Asia y el Pacífico, *Analysis Report 2009.1*.

Mapa 29: Incautaciones de sustancias del grupo de las anfetaminas, 2008 (países que notificaron incautaciones* de más de 10 kilogramos)

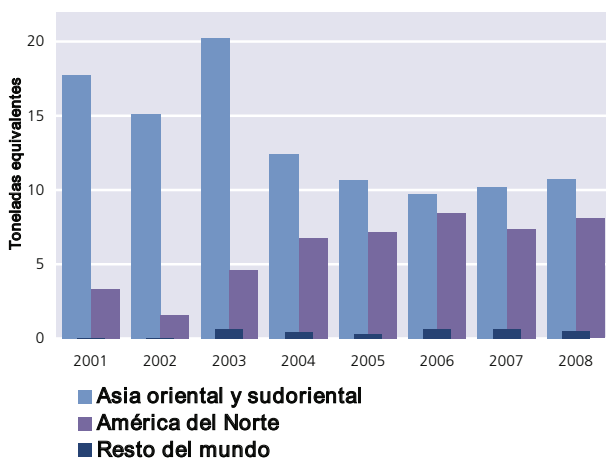


* Incautaciones comunicadas (sin ajustes por pureza); unidades convertidas en equivalentes de peso (30 mg por unidad)

Fuentes: UNODC, datos de los CPIA complementados con otras fuentes
 Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

Fig. 195: Incautaciones de metanfetamina a nivel mundial (en toneladas equivalentes), 2001-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



En 2008, en América del Norte se incautó un total de 8,08 toneladas de metanfetamina. Las incautaciones en los Estados Unidos aumentaron marcadamente, de 4,89 toneladas en 2007 a 7,37 toneladas en 2008 (el mayor aumento a nivel mundial ese año). Ese incremento se compensó con el porcentaje del total incautado en América del Norte correspondiente al Canadá que informó de incautaciones extraordinariamente grandes en 2007 (1,54 tm), aunque de 360 kilogramos únicamente en 2008. En México, la incautaciones disminuyeron de 920 kilogramos en 2007 a 341 kilogramos en 2008, el nivel más bajo desde 1998.

Según el Departamento de Justicia de los Estados Unidos,¹⁵ los datos indicaban que la disponibilidad de metanfetamina en los Estados Unidos estaba directamente relacionada con las tendencias de la fabricación de metanfetamina en México. Tras la reducción de la fabricación de metanfetamina en los Estados Unidos de América después de 2004, que también repercutió en la disponibilidad de la sustancia en el país, las incautaciones de metanfetamina en la frontera sudoccidental del país aumentaron notablemente entre 2008 y 2009. Además, los datos sobre precios y pureza proporcionados por la Dirección de lucha contra las drogas de los Estados Unidos indican un aumento en la disponibilidad de anfetamina en ese país. Entre el cuarto trimestre de 2007 y el tercer trimestre de 2009, la pureza media de la metanfetamina siguió una tendencia generalmente creciente, aumentando del 41% al 69%, mientras que la tendencia de los precios por gramo puro fue generalmente decreciente, de 279 dólares EE.UU. a 127 dólares EE.UU.¹⁶ Con todo, la mayor disponibilidad de metanfetamina en los Estados Unidos de América no parece haber ocasionado un aumento de su consumo.

Aunque los totales de las incautaciones mundiales de metan-

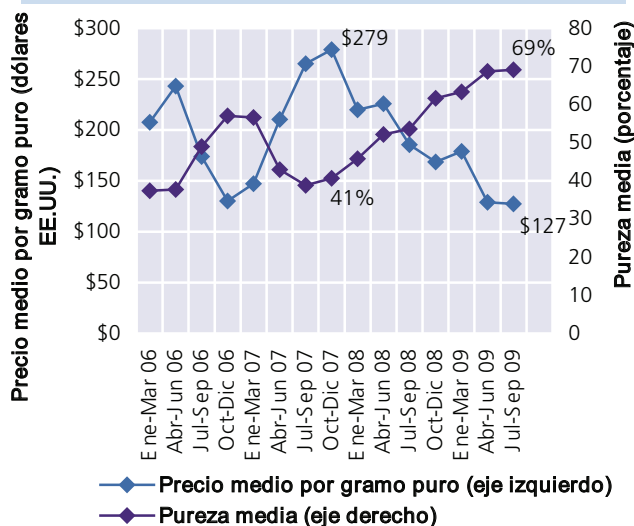
15 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *National Drug Threat Assessment 2010*.

16 *Ibid.* Sobre la base de los datos del Sistema para Recuperar Información a partir de pruebas del consumo de Estupefacientes (STRIDE).

Fig. 196: Precios y pureza de la metanfetamina en los Estados Unidos, 2006-2009 (STRIDE*)

* STRIDE es una base de datos de pruebas del consumo de estupefacientes que mantiene la Dirección de lucha contra las drogas, de los Estados Unidos. Los valores que aquí se consignan son promedios de todas las compras de metanfetamina incluidas en la base de datos. Aunque esos datos no se reunieron como muestra representativa del mercado de los Estados Unidos, los datos de STRIDE contienen la mejor información disponible sobre cambios en los precios y la pureza de la metanfetamina en el mercado de los Estados Unidos.

Fuentes: Departamento de Justicia de los EE.UU., *National Drug Threat Assessment 2010*



fetamina se han mantenido estables, esos datos indican que el comercio ilícito de metanfetamina se ha extendido a países que tradicionalmente no habían estado vinculados a esa droga. A partir de 2005, la República Islámica del Irán ha incautado cantidades de metanfetamina cada vez mayores. Las incautaciones combinadas de anfetamina y metanfetamina en el país se elevaron a 1,47 toneladas en 2008 y 2,43 toneladas en 2009¹⁷. Los resultados de investigaciones realizadas en la República Islámica del Irán, comunicados¹⁸ por la Sede de la Lucha contra las Drogas, indican que el consumo de anfetamina ha aumentado. En el Afganistán, la primera incautación confirmada de metanfetamina fue realizada en enero de 2009, en la ciudad de Lashkar Gah (provincia de Hilmand), aunque una encuesta realizada en 2009 indica un nivel muy bajo de consumo de ETA. Si bien las incautaciones de ETA en Europa continuaron correspondiendo en su mayoría a la anfetamina y a éxtasis, las incautaciones de metanfetamina también han aumentado en varios países, especialmente en los países Nórdicos.

Éxtasis

Las incautaciones mundiales de éxtasis se redujeron de un nivel máximo de 7,94 toneladas alcanzado en 2007 a 3,86 toneladas en 2008, el nivel más bajo desde 1999. Ese bajo nivel se debió en parte a la notable reducción de las incauta-

17 República Islámica del Irán, Sede de la Lucha contra las Drogas, *Drug Control in 2009*.

18 *Drug control in 2008, Annual Report and Rapid Situation Assessment*, Sede de la Lucha contra las Drogas, República Islámica del Irán.

Mapa 30: Incautaciones de éxtasis, 2008 (países que notificaron incautaciones* de más de 10 kilogramos)

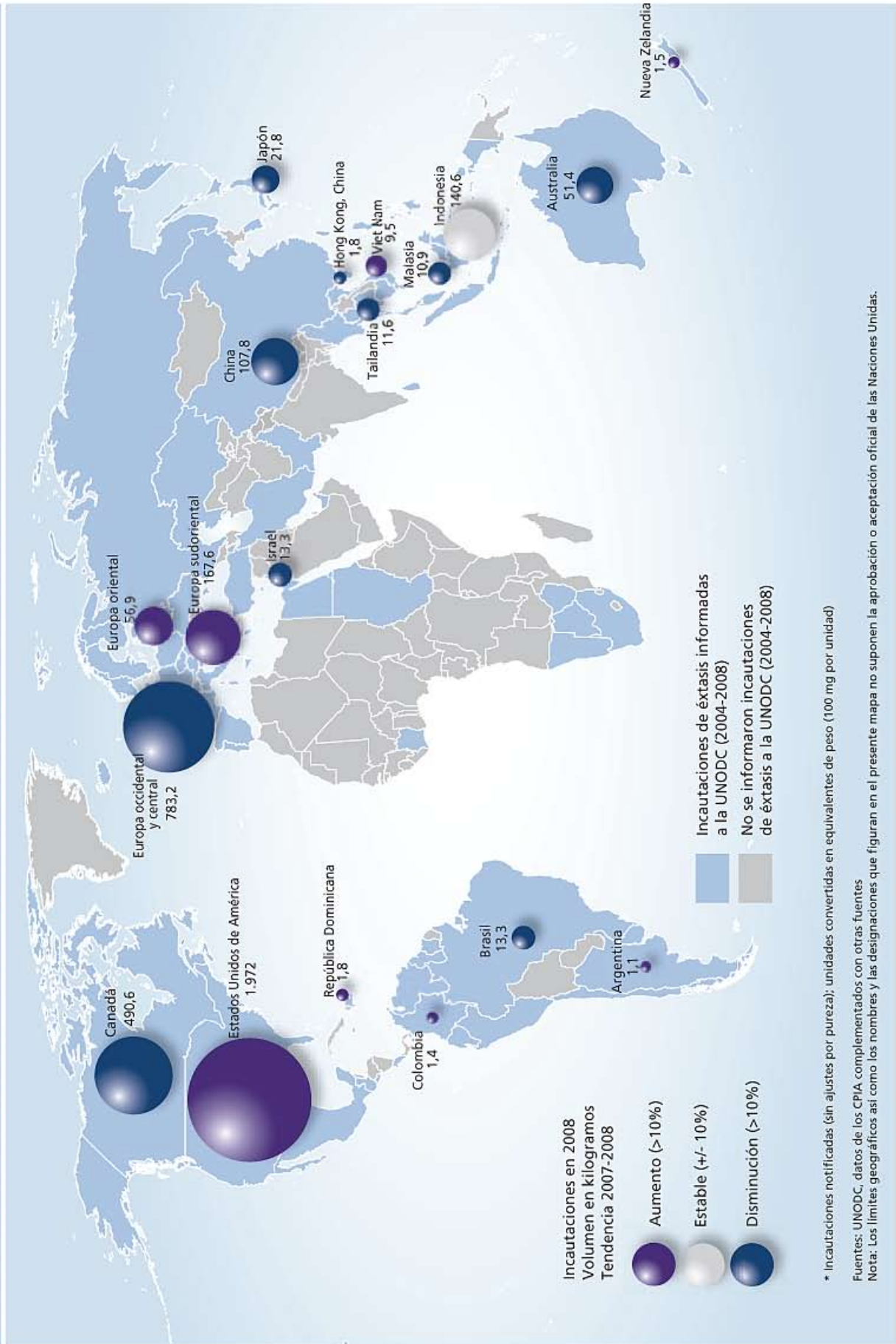
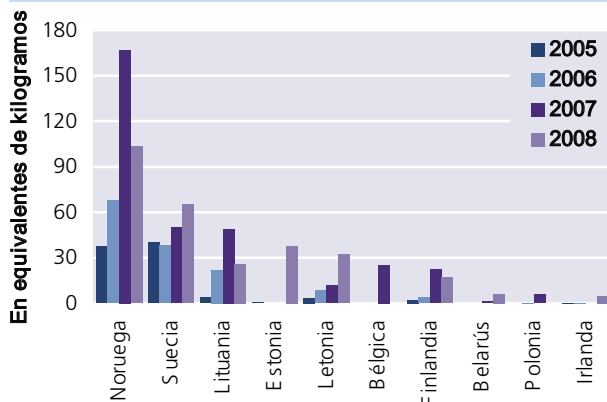


Fig. 197: Incautaciones de metanfetamina en Europa, 2005-2008

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



ciones en los Países Bajos y Australia. En cambio, las incautaciones aumentaron marcadamente en los Estados Unidos de América. Por otra parte, el 98% de las incautaciones mundiales de éxtasis en 2008 correspondió a América del Norte, Europa y Asia oriental y sudoccidental en su conjunto.

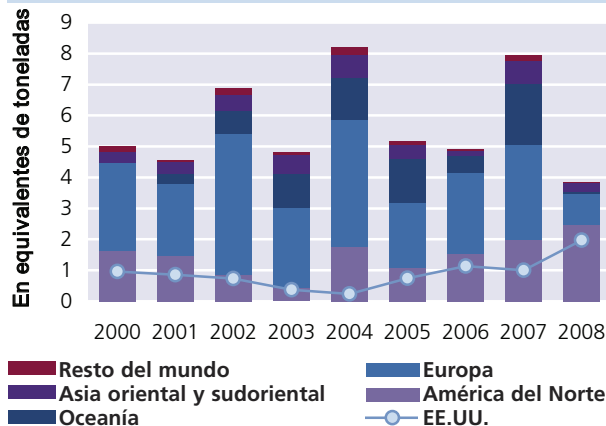
Durante el período de 2004 a 2008, la tendencia de las incautaciones de sustancias del tipo del éxtasis en los Estados Unidos de América fue, en general, creciente tras las reducciones registradas entre 2000 y 2003 (en consonancia con los informes sobre la reducción de la disponibilidad y del tráfico de éxtasis de los Países Bajos hacia los Estados Unidos). En 2008, las incautaciones casi se duplicaron hasta alcanzar un nivel sin precedentes, aumentando de 1 tonelada en 2007 hasta aproximadamente 2 toneladas en 2008. Según el Departamento de Justicia de los Estados Unidos,¹⁹ el repunte de la disponibilidad de MDMA en los Estados Unidos se debió a la fabricación en el Canadá y el contrabando hacia los Estados Unidos a través de la frontera del norte. Las incautaciones de MDMA en la frontera del norte (medidas en unidades de dosis) duplicaron con creces las incautaciones realizadas entre 2008 y 2009. Sin embargo, la disponibilidad parece estar estabilizando.

En Europa, las incautaciones de éxtasis se redujeron marcadamente, de 3,07 toneladas en 2007 a 1,01 toneladas en 2008. Esa reducción se debió fundamentalmente a incautaciones más pequeñas notificadas por los Países Bajos, que se redujeron de 2,16 toneladas a 409 kilogramos. Las incautaciones de pastillas de éxtasis, particularmente en los Países Bajos, disminuyeron de 8,43 millones de pastillas en 2007 a 249.000 pastillas en 2008. En Europa central y occidental se observó una tendencia decreciente en las incautaciones de éxtasis: de los 31 países y territorios en que la UNODC comparó las incautaciones de éxtasis con las cifras correspondientes a 2007, en 26 se registró una disminución en 2008. Al parecer, la mejora de la fiscalización de precursores ha dificultado el acceso a los productos quími-

¹⁹ National Drug Intelligence Center, Departamento de Justicia de los EE.UU., *National Drug Threat Assessment 2010*. Febrero de 2010.

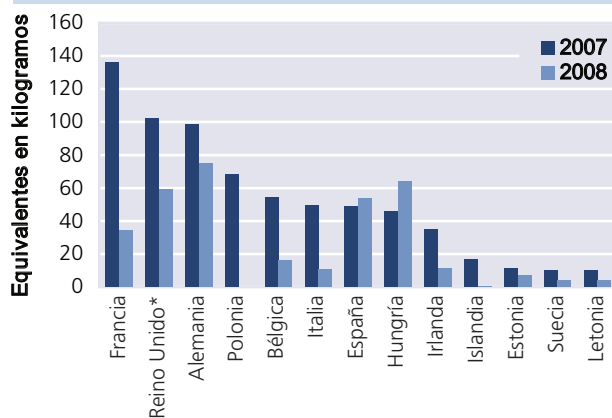
Fig. 198: Incautaciones de éxtasis a nivel mundial, 2000-2008 (en equivalentes de toneladas)

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA

**Fig. 199: Principales incautaciones de éxtasis en Europa central y occidental (salvo los Países Bajos), 2007-2008**

* Las cifras correspondientes al Reino Unido son estimaciones de la UNODC basadas en los totales notificados correspondientes a Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte.

Fuentes: UNODC, CPIA/DELTA



cos necesarios y, por ende, ha reducido la fabricación y el tráfico de MDMA.

Las incautaciones de éxtasis en Australia disminuyeron drásticamente, del máximo alcanzado en 2007 (1,97 tm) a 51,4 kilogramos en 2008. La cifra correspondiente a 2007 incluye una incautación de un volumen excepcional de cerca de 15 millones de pastillas.²⁰ No obstante, el nivel registrado en 2008 también es bajo en comparación con el de años anteriores. Durante el período de 2003 a 2006, la media de las incautaciones de éxtasis en Australia fue de 1,10 tonelada. Las incautaciones se redujeron también en el Asia oriental y sudoriental, de 740 kilogramos en 2007 a 306 kilogramos en 2008.

²⁰ Incautación notificada por la Comisión Australiana de Prevención del Delito, en su *Illicit Drug Data Report 2006-07, Revised Edition*. La Policía Federal Australiana confirmó también esa incautación, que se practicó en el marco de una operación de entrega vigilada a lo largo de un año. En su respuesta al cuestionario para los informes anuales de 2007, Australia comunicó que se habían incautado 470 kilogramos.

2.5.3 Consumo

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son distintas sustancias sintéticas catalogadas ampliamente en sustancias del grupo de las anfetaminas -principalmente la anfetamina, la metanfetamina y la metcatinona- y sustancias del grupo del éxtasis (MDMA y sus análogos). En muchas regiones, la fuente principal de las sustancias del grupo de las anfetaminas es la fabricación ilícita en laboratorios clandestinos mientras que en otras, son los estimulantes farmacéuticos de venta con receta que se obtienen en el mercado gris o negro para utilizarlos con fines no médicos.

La UNODC estima que entre 13,7 y 52,9 millones de personas consumieron sustancias del grupo de las anfetaminas al menos una vez el año anterior, con el correspondiente rango de prevalencia anual del 0,3% al 1,2% de la población de 15 a 64 años de edad. La amplitud de los rangos respecto de las sustancias del grupo de las anfetaminas, mucho mayor que el de la heroína o la cocaína, ha

aumentado más desde el último año (15,8 - 50,6 millones), lo que indica un número mayor estimado de consumidores y nuevos datos sobre los ETA de los países del Caribe, así como un mayor nivel de incertidumbre en las estimaciones correspondientes a Asia que, al parecer, es uno de los principales mercados de ETA. Se estima que el número de consumidores en Asia oscila entre 4,4 y 37,9 millones, lo que refleja las incertidumbres respecto del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en la región, en particular debido a la falta de estimaciones recientes o fiables de países con un alto número de habitantes como China y la India.

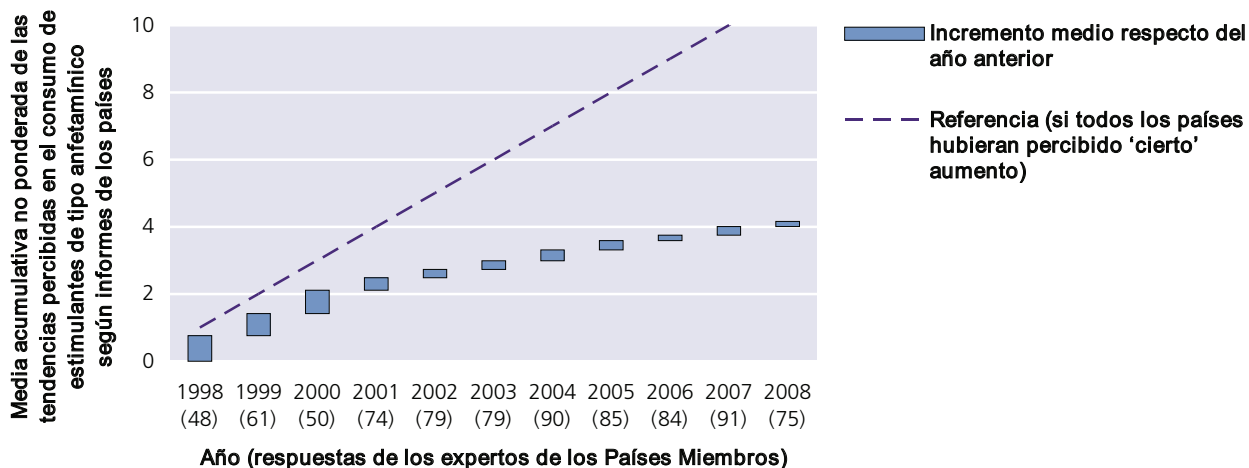
El número de consumidores de sustancias del grupo del 'éxtasis' oscila entre 10,5 y 25,8 millones de personas en todo el mundo, es decir del 0,2% al 0,6% de la población de 15 a 64 años. Ese rango se amplió a partir de 2007 (11,6 - 23,5 millones). La rapidez con que aparecen o se amplían

Cuadro 27: Número estimado de personas que consumieron sustancias del grupo de las anfetaminas al menos una vez el año anterior y prevalencia entre la población de 15 a 64 años, por región, 2008

Región/subregión (Grupo de las anfetaminas)	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	-	Número estimado de consumidores anuales (superior)	% de población de 15 a 64 (inferior)	-	% de población de 15 a 64 (superior)
África	1.550.000	-	5.200.000	0,3	-	0,9
África oriental	No es posible calcular la estimación subregional					
África septentrional	260.000	-	540.000	0,2	-	0,4
África meridional	310.000	-	1.090.000	0,3	-	1,0
África occidental y central	No es posible calcular la estimación subregional					
América	4.760.000	-	5.890.000	0,8	-	1,0
Caribe	30.000	-	510.000	0,1	-	1,9
América Central	320.000	-	320.000	1,3	-	1,3
América del Norte	3.090.000	-	3.200.000	1,0	-	1,1
América del Sur	1.320.000	-	1.860.000	0,5	-	0,7
Asia	4.430.000	-	37.990.000	0,2	-	1,4
Asia central	No es posible calcular la estimación subregional					
Asia oriental/sudoriental Cercano Oriente y Oriente Medio	3.430.000	-	20.680.000	0,2	-	1,4
Asia meridional	No es posible calcular la estimación subregional					
Europa	2.500.000	-	3.190.000	0,5	-	0,6
Europa oriental/sudoriental	900.000	-	1.480.000	0,3	-	0,5
Europa occidental/central	1.600.000	-	1.710.000	0,6	-	0,6
Oceanía	470.000	-	630.000	2,0	-	2,8
Mundial	13.710.000	-	52.900.000	0,3	-	1,2

Fig. 200: Tendencia mundial de la percepción del consumo de ETA: media* acumulativa no ponderada según expertos nacionales

* El gráfico mide la tendencia de los países que notificaron un aumento o una disminución del consumo de drogas. No mide la tendencia en términos del número de consumidores de drogas.

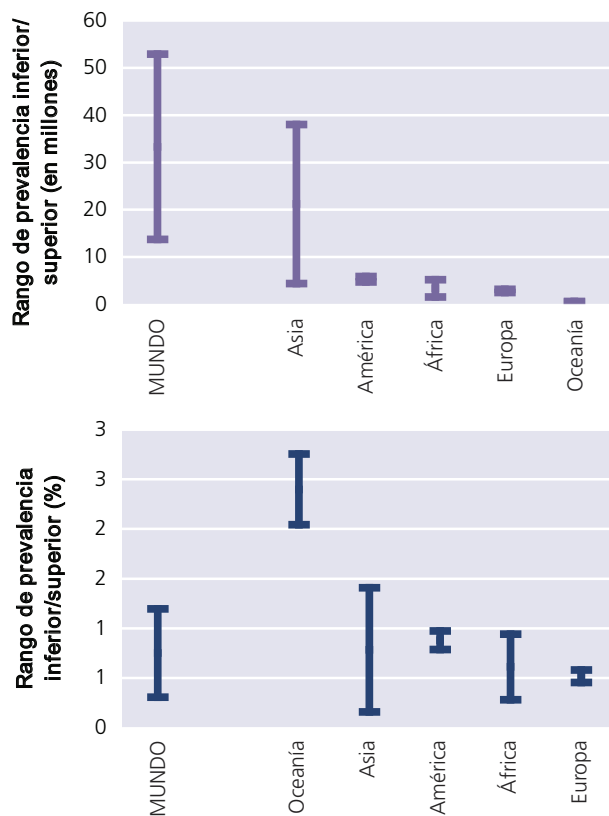


los mercados de ETA, la confusión general respecto de lo que son los ETA y la poca información o incluso su ausencia son elementos que contribuyen a la limitada disponibilidad de datos a nivel mundial.

El tipo de estimulante de tipo anfetamínico que se consume en las distintas regiones varía considerablemente. Los

consumidores en Asia oriental y sudoriental consumen básicamente metanfetamina, mientras que en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, es más común el consumo de pastillas vendidas como *Captagon*. En Europa, los consumidores recurren principalmente a la anfetamina, salvo en la República Checa y Eslovaquia donde predomina el consumo de metanfetamina.

Fig. 201: Consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas: rangos inferior y superior de la cantidad y prevalencia anual a nivel mundial y por región, 2008



En América del Norte, casi la mitad de los consumidores de estimulantes sintéticos, consumen metanfetamina, mientras que en América del Sur y el Caribe se consumen principalmente los estimulantes farmacéuticos. En África occidental, central y oriental, así como en algunas partes de África meridional, cabe la posibilidad de que el grupo de las anfetaminas esté compuesto por varios productos farmacéuticos. En Sudáfrica, la metanfetamina y la metcatinona son las sustancias del grupo de las anfetaminas que se consumen habitualmente. En Oceanía, habitualmente se consume metanfetamina aunque también se consume anfetamina.

Fig. 202: Consumidores anuales de sustancias del grupo de las anfetaminas a nivel mundial

Fuentes: UNODC, CPIA

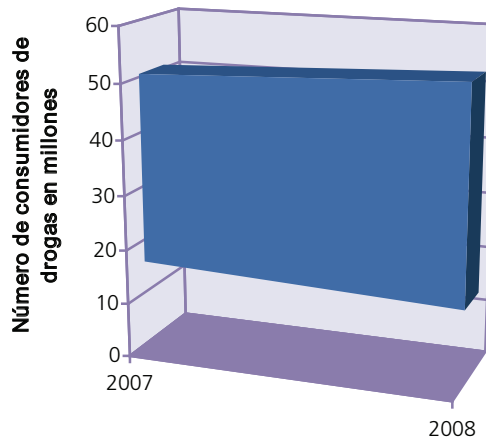
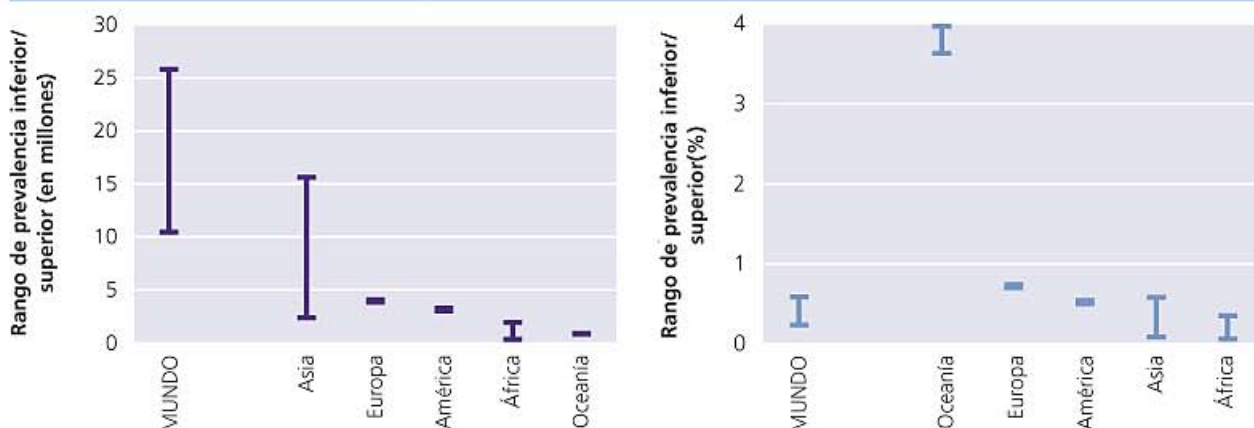
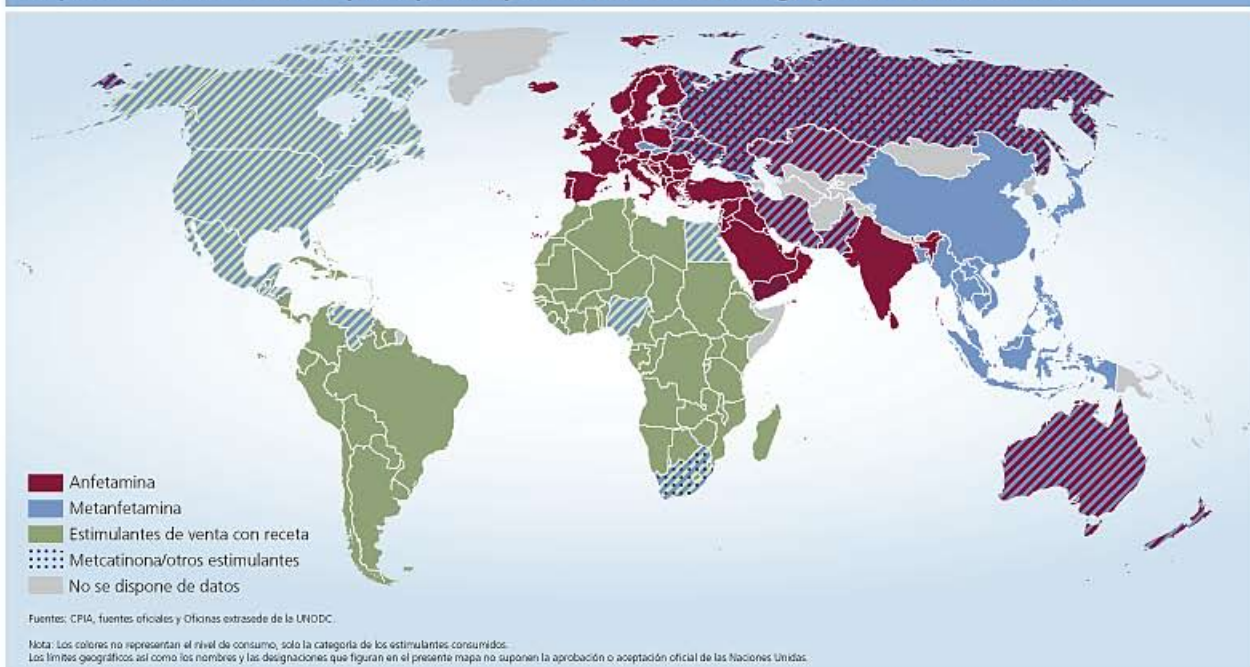


Fig. 203: Consumo de 'éxtasis': rangos inferior y superior de la cantidad y de la prevalencia anual a nivel mundial y por región, 2008



Mapa 31: Consumo de los principales tipos de sustancias del grupo de las anfetaminas



En 2008, los 82 Estados Miembros que respondieron el CPIA comunicaron las percepciones de los expertos respecto de las tendencias del consumo de anfetaminas. Según la mitad de los expertos, el consumo de anfetaminas era estable, mientras que el 33% opinó que había aumentado y el 17% que había disminuido. Los expertos de los países en desarrollo (no miembros de la OCDE) informaron de un aumento percibido del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico mayor que el percibido por los expertos de los países desarrollados (OCDE).

La incertidumbre en las estimaciones sobre el consumo de estimulantes del grupo de las anfetaminas en Asia es la más alta, aunque los expertos del Asia oriental y sudoriental informan de un consumo creciente

Se estima que entre el 0,2% y el 1,4% de la población de Asia comprendida entre los 15 y los 64 años, es decir, entre

4,4 y 37,9 millones de personas, consumieron sustancias del grupo de las anfetaminas el año anterior. El amplio rango y la incertidumbre en las estimaciones se deben a la falta de información sobre los consumidores en China y la India. Las autoridades chinas han informado de recientes aumentos del consumo de estimulantes del grupo de las anfetaminas, especialmente metanfetamina, aunque se desconoce el punto de referencia.²¹ Asimismo, debido a la falta de datos, no es posible calcular estimaciones subregionales respecto del Asia central, el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia meridional. Los nuevos datos disponibles de 2008 corresponden solamente a tres países o territorios de Asia: Hong Kong (China), donde el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico se ha mantenido sin cambios, Indonesia, que informó de una disminución del

²¹ CPIA de 2008 presentado por China.

Cuadro 28: Percepción de los expertos nacionales respecto de la tendencia del consumo de ETA por región, 2008

Fuentes: UNODC, CPIA

Región	Estados Miembros que respondieron	Aumento del consumo problemático*	% del aumento del consumo problemático	Consumo problemático estable	% del consumo problemático estable	Disminución del consumo problemático*	% de la disminución del consumo problemático
África	6	2	33%	2	33%	2	33%
América	15	4	27%	9	60%	2	13%
Asia	29	13	45%	10	34%	6	21%
Europa	31	8	26%	20	65%	3	10%
Oceanía	1	0		0		1	
Mundial	82	27	33%	41	50%	14	17%

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

0,3% en 2005 al 0,2% en 2008, y el Afganistán, país en el que tras un reciente sondeo en 2009 se consideró que el consumo de ETA era mínimo.

De los 29 Estados Miembros de Asia que respondieron al CPIA de 2008 y comunicaron la percepción de los expertos respecto del consumo de ETA, 13 países informaron de cierto aumento, mientras que ocho informaron de una tendencia estable durante el año anterior. La mayoría de los países que informaron de un incremento del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas el año anterior pertenecen al Asia oriental y sudoriental, en particular Bangladesh, China (incluido Hong Kong), Indonesia, el Japón, Mongolia, Myanmar, Tailandia y Viet Nam.

Según los datos recientes recibidos de Filipinas (2,1% en 2008), Tailandia (1,4% en 2007) y la República Democrática Popular Lao (1,4% en 2008²²) esos países tienen la mayor prevalencia anual de consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en Asia oriental y sudoriental.²³

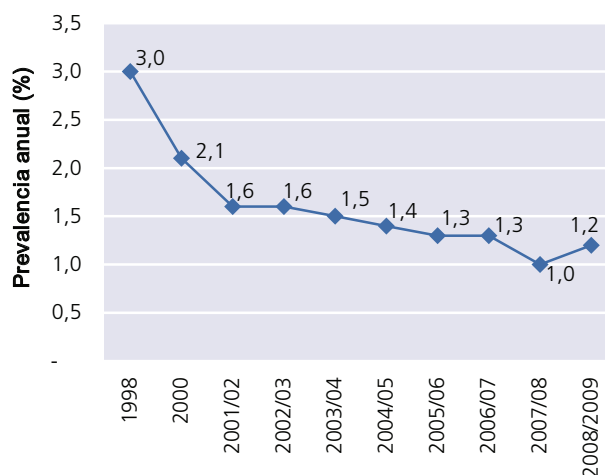
En Europa se observan diversas tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas

En Europa, entre 2,5 y 3,2 millones de personas de 15 a 64 años habían consumido sustancias del grupo de las anfetaminas al menos una vez el año anterior, y se estimó que la prevalencia anual osciló entre el 0,5% y el 0,6% de la población de 15 a 64 años. El rango es superior al notificado el año anterior debido a aumentos observados en países que presentaron nuevos datos relativos a 2008 (no compensados por las tendencias decrecientes observadas también en algunos países). Además, se informaron tasas de prevalencia relativamente altas en la población general de los países de Europa meridional y oriental que, por primera vez, presentaron datos sobre el consumo de ETA: Bosnia y Herzegovina (1%), Montenegro (0,5%) y Serbia (0,2%).²⁴

22 Estimaciones de la UNODC.

23 Las estimaciones de Filipinas y la República Democrática Popular Lao corresponden a 2008, mientras que las de Tailandia a 2007.

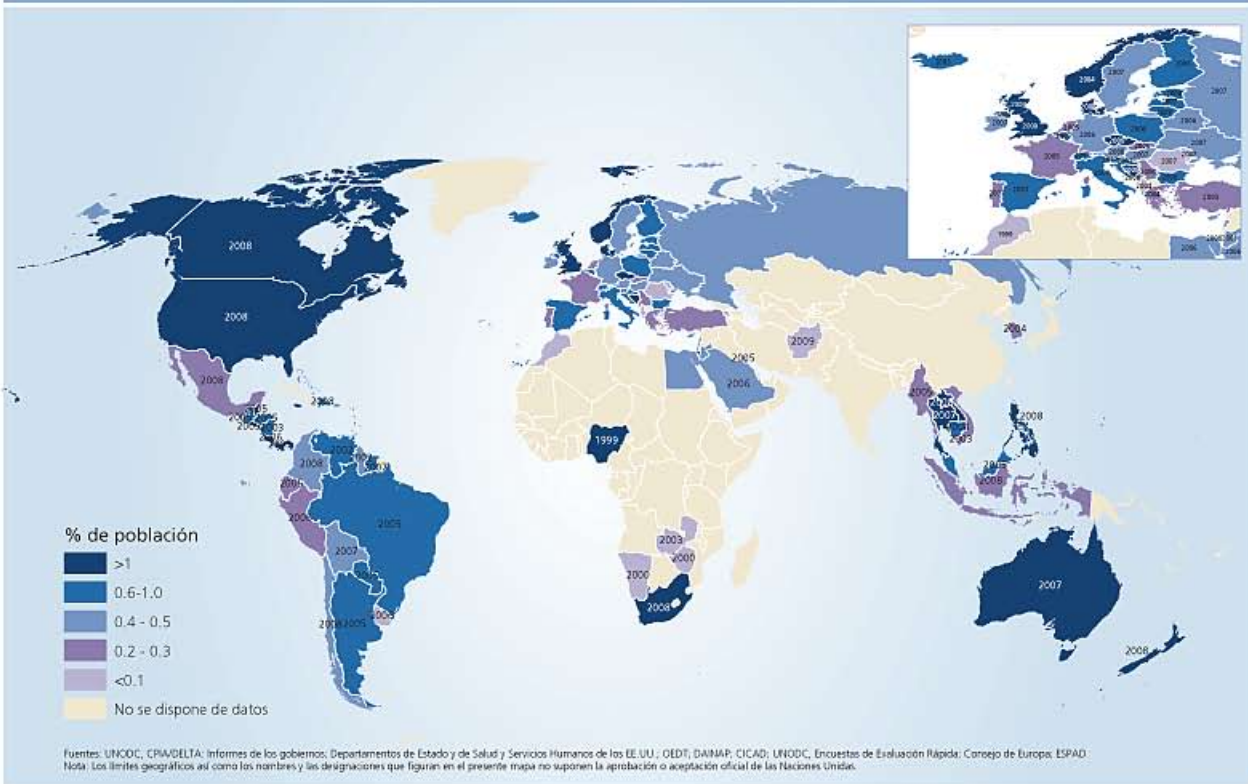
24 Estimaciones de la UNODC extrapolados de los sondeos en escolares.

Fig. 204: Tendencias de la prevalencia anual del consumo de anfetamina entre la población de 16 a 59 años en Inglaterra y GalesFuentes: Home Office Statistical Bulletin, *Drug Misuse Declared: Findings from the 2008/09 British Crime Survey*, Ministerio del Interior del Reino Unido, julio de 2009

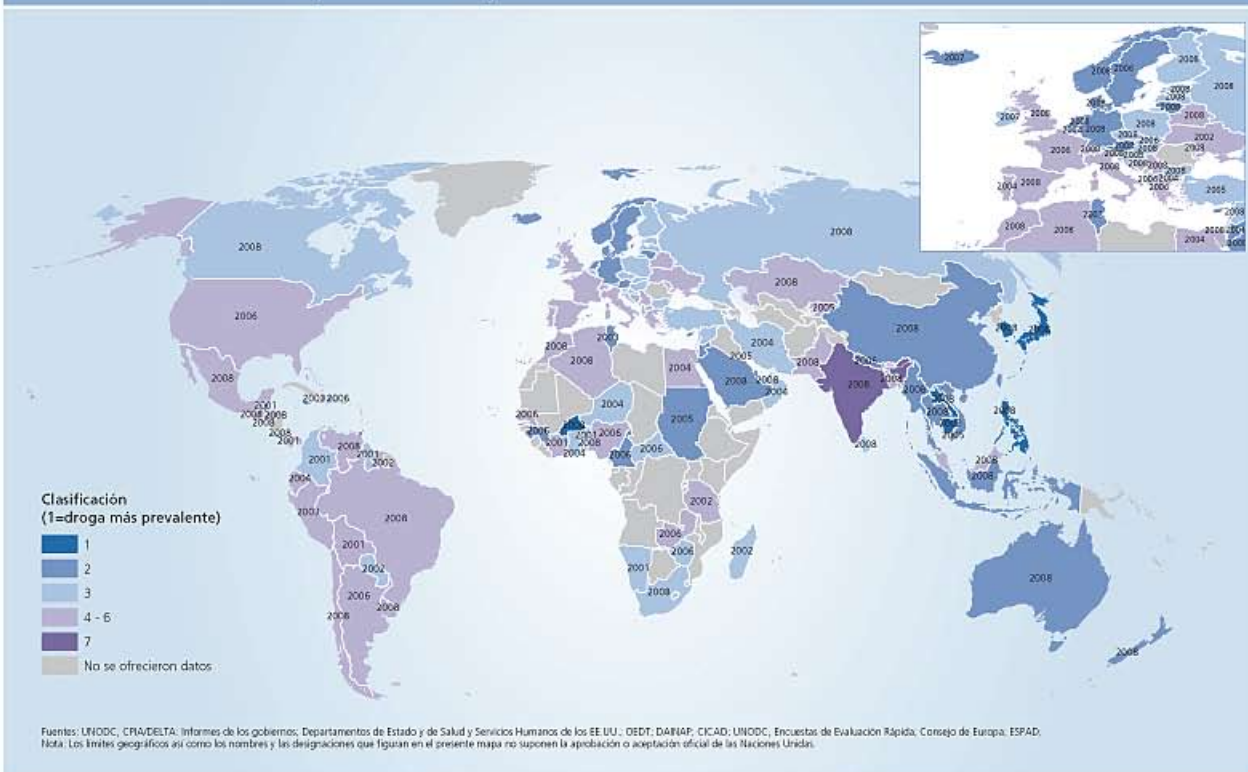
Bulgaria revisó sus estimaciones del 0,5% al 1%. Respecto del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas. La República Checa, Dinamarca, el Reino Unido, Noruega y Estonia siguen siendo países con una prevalencia anual superior a la media, mientras que Francia, Grecia, Rumania y Malta siguen siendo países de baja prevalencia. En 2007, tras el incremento general registrado en el decenio de 1990, se observaron tendencias a la estabilización o incluso decrecientes respecto del consumo de anfetaminas en Europa²⁵. Sin embargo, los nuevos datos relativos a 2008 indican que la tendencia está repuntando en algunos países.

25 OEDT, *Drug Situation in Europe*, 2009.

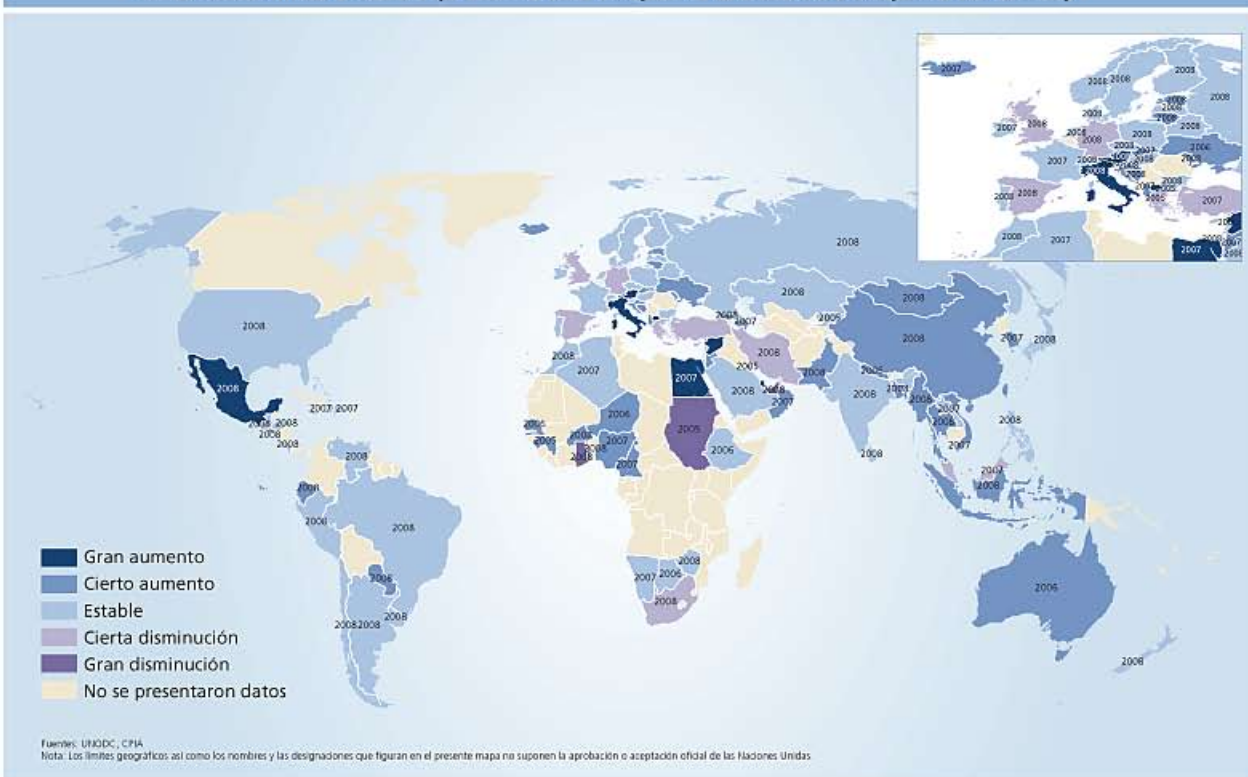
Mapa 32: Consumo de anfetaminas, 2008 (o último año respecto del cual se dispone de datos)



Mapa 33: Clasificación de las anfetaminas por orden de prevalencia, 2008 (o último año respecto del cual se dispone de datos)



Mapa 34: Percepción de los expertos respecto de los cambios en las tendencias del consumo de anfetaminas en 2008 (o último año respecto del cual se dispone de datos)



Mapa 35: Prevalencia (%) del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico a lo largo de la vida entre jóvenes

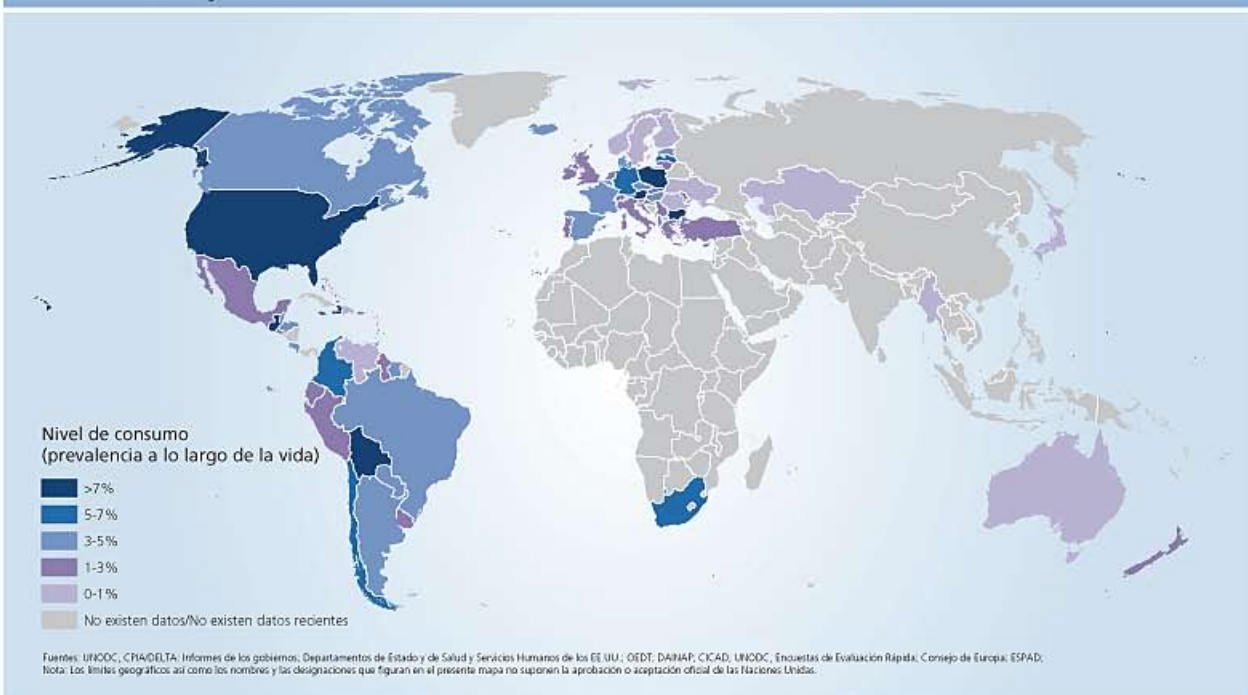
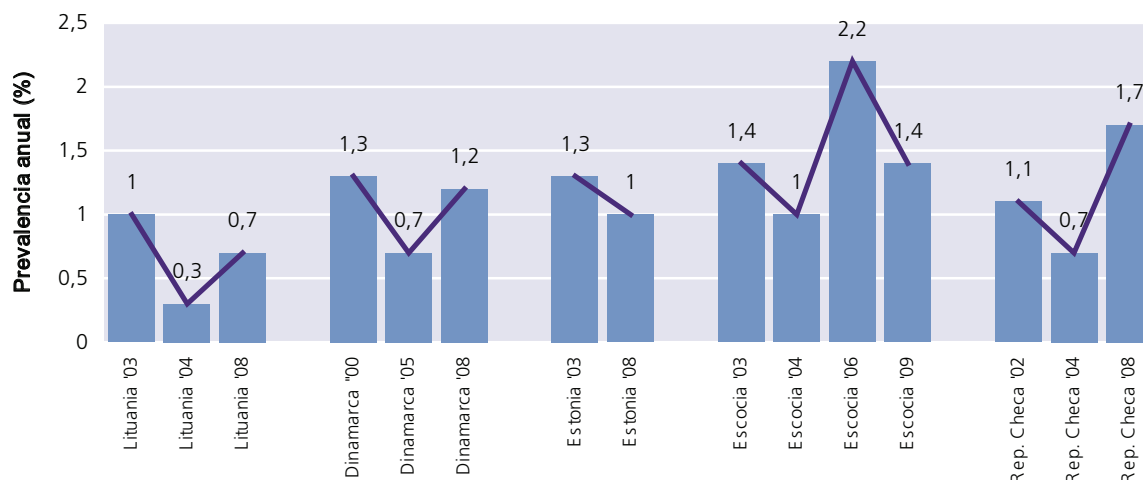
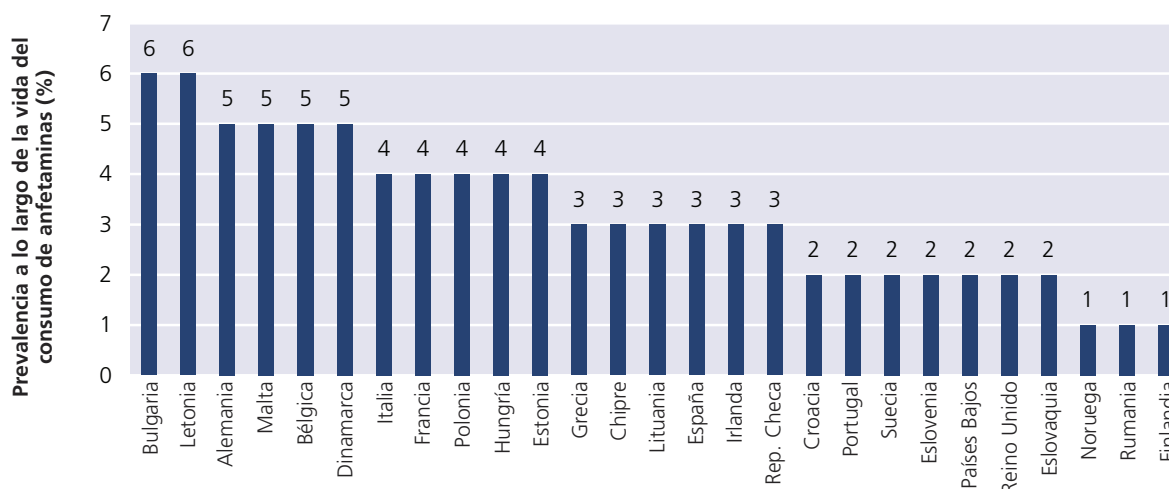


Fig. 205: Tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas entre la población de 15 a 64 años en países de Europa que presentaron nueva información en 2008 o 2009

Fuente: UNODC (en lo que respecta a Escocia el grupo etario es de 16 a 64 años)

**Fig. 206: ESPAD 2007: Prevalencia del consumo de anfetaminas a lo largo de la vida entre estudiantes (de 15 y 16 años)**

Según los datos recopilados en el sondeo escolar²⁶ de Europa en 2007, la prevalencia del consumo de anfetaminas a lo largo de la vida osciló entre el 1% y el 8% en los Estados Miembros de la Unión Europea, Noruega y Croacia, con niveles altos en Bulgaria y Letonia (6% ambos países).

Si bien la demanda de tratamiento por consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas por lo general es baja en Europa, es especialmente alta en la República Checa (el 64% de todos los tratamientos en 2008). Ello refleja la alta prevalencia del consumo de metanfetamina en el país (1,7% entre la población general en 2008), la más alta en Europa. En Eslovaquia, el porcentaje de admisiones para tratamiento por consumo de metanfetamina también es

elevado (32%), lo cual indica que, pese a una prevalencia relativamente baja del consumo de metanfetamina según se informó en 2006 (0,3% de la población de 15 a 64 años), el consumo problemático de drogas relacionado con esta sustancia es considerable. Esos dos países, han informado de que la metanfetamina se administra habitualmente mediante inyección.²⁷

El consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas está aumentando en Sudáfrica, pero hay poca información respecto de la mayor parte del resto de la región de África

En África, se estima que entre 1,5 y 5,2 millones de personas consumieron sustancias del grupo de las anfetaminas durante el año anterior, un incremento respecto de los 1,4 a 4 millones de personas estimados en 2007. La gran ampli-

²⁶ Proyecto europeo de sondeo en escuelas sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD).

²⁷ OEDT, *Drug Situation in Europe, 2009*.

Fig. 207: Demanda de tratamiento por consumo de metanfetamina en la República Checa, 2002-2008

Fuentes: Czech National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Annual Report: *The Czech Republic, 2008 Drug Situation*, septiembre de 2009

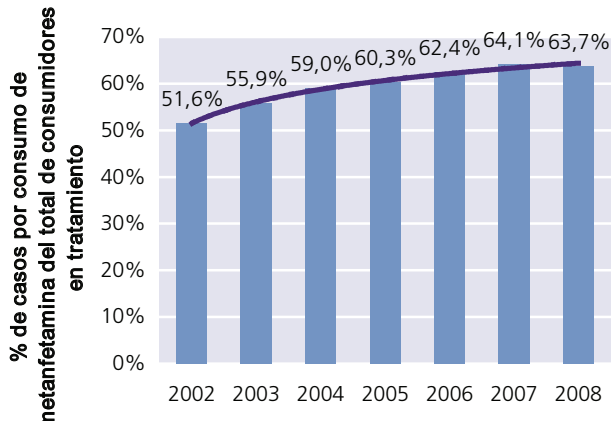
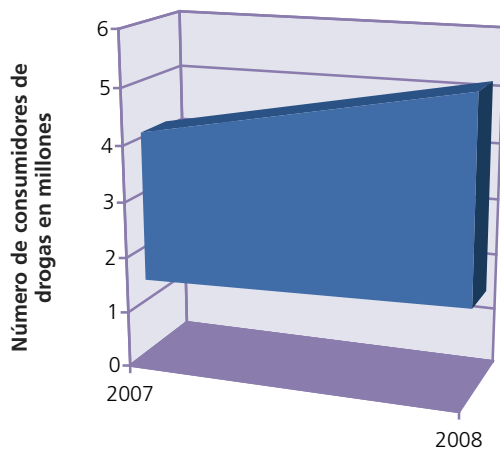


Fig. 208: Consumidores anuales del grupo de las anfetaminas en África

Fuentes: UNODC, CPIA



tud en las estimaciones se debe a la falta de estimaciones recientes o fiables del África occidental, central y oriental. Se dispone de estimaciones recientes de la prevalencia anual en Sudáfrica (0,7%-1,4%, 2008), Egipto (0,4%-0,5%, 2006) y Zambia (0,1%, 2003). El rango más alto en 2008 se debe fundamentalmente a un aumento observado en Sudáfrica, donde la prevalencia anual aumentó de un rango de 0,5%-0,8% en 2006 a uno de 0,7%-1,4% en 2008. Dentro de Sudáfrica, el consumo de metanfetamina es especialmente alto en Ciudad del Cabo, donde la metanfetamina siguió siendo la principal droga respecto de la cual se solicitó tratamiento durante el primer semestre de 2009.²⁸

28 Pluddemann A., Parry C., Bhana A., Dada S. y Fourie D., *Alcohol and Drug Abuse Trends: January-June 2009*, Phase 26, Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre uso de drogas (noviembre de 2009).

Fig. 209: Sudáfrica: tendencias de la demanda de tratamiento en Ciudad del Cabo por la metanfetamina como sustancia principal de consumo, % de todos los tratamientos por drogas, 2001-2009

Fuente: Red epidemiológica comunitaria sudafricana sobre uso de drogas (los datos se informan dos veces al año - a) representa el primer semestre y b) el segundo semestre del año)

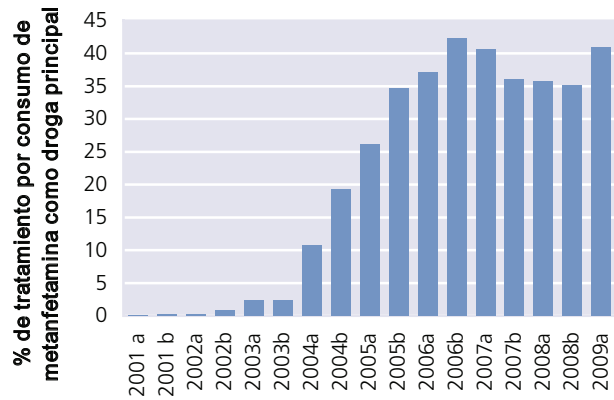
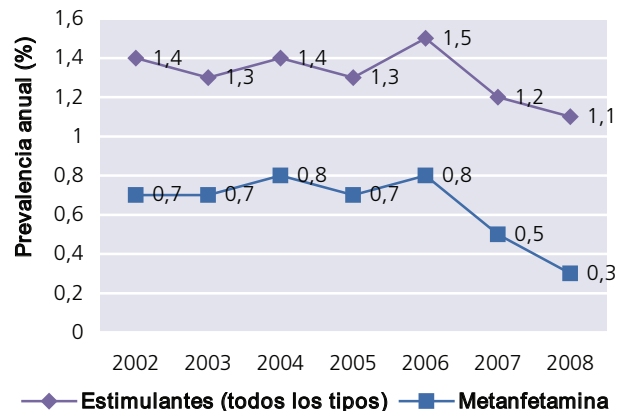


Fig. 210: EE.UU.: Prevalencia anual del consumo de estimulantes y metanfetamina en la población de 12 años o más, 2002-2008

Fuentes: Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*



Tendencias decrecientes en América del Norte

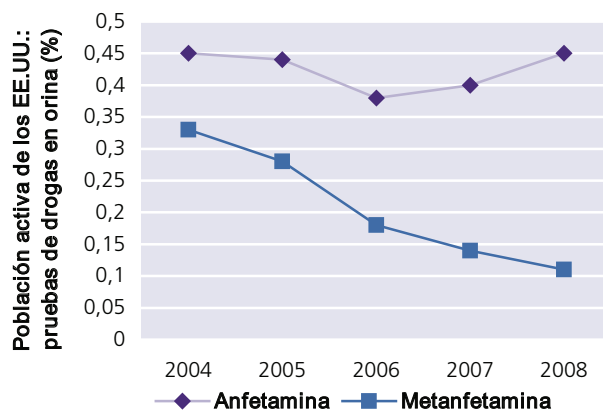
El consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas sigue siendo alto en América del Norte, aunque los datos de un reciente sondeo indican una disminución del consumo de anfetaminas. En 2008, se informó de que la prevalencia anual del consumo de todos los estimulantes entre la población de 12 años o más en los Estados Unidos, fue del 1,1%; una disminución respecto del 1,2% registrado en 2007 y el 1,5% registrado en 2006.²⁹

Asimismo, se observó una disminución de la prevalencia

29 Administración de servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Estudios Aplicados, 2009.

Fig. 211: Estados Unidos: porcentaje de pruebas positivas de consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas entre la población activa, 2004-2008

Fuentes: Quest Diagnostics, *Drug Testing Index*



anual del consumo de metanfetamina entre adultos jóvenes de 18 a 25 años, de 0,6% en 2002 a 0,2% en 2008³⁰. Si bien el consumo de metanfetamina entre la población activa de los Estados Unidos también se redujo de 0,14% en 2007 a 0,11% en 2008, la proporción de análisis de orina con resultado positivo por consumo de anfetamina aumentó de 0,40% a 0,45% durante el mismo período.³¹

A diferencia de los Estados Unidos, el Canadá registró un aumento del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas entre 2004 y 2008. El Canadá, informó de una prevalencia anual del consumo de estimulantes del grupo de las anfetaminas en 2008 del 1,5% entre la población de 15 a 64 años, en comparación con el 1% en 2004. La actual prevalencia del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas es sustancialmente más alta que la notificada respecto de los opioides analgésicos. En el sondeo de vigilancia del consumo de alcohol y drogas del Canadá, uno de cada cuatro consumidores de drogas le informó que consumía estimulantes para 'sentirse eufóricos'.³²

Los expertos de México percibieron un aumento del consumo de anfetamina. En 2008, se estimó que la prevalencia anual del consumo de anfetamina fue de 0,16% entre la población de 12 a 65 años. La prevalencia anual del consumo de anfetamina y metanfetamina entre la población de 12 a 19 años fue del 1% y del 0,4%, respectivamente.

Diferencias de las tendencias del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en América del Sur y el Caribe

Los expertos de muchos países de América del Sur, en particular, del Ecuador, El Salvador y el Paraguay, informaron de un aumento del consumo de metanfetamina el año

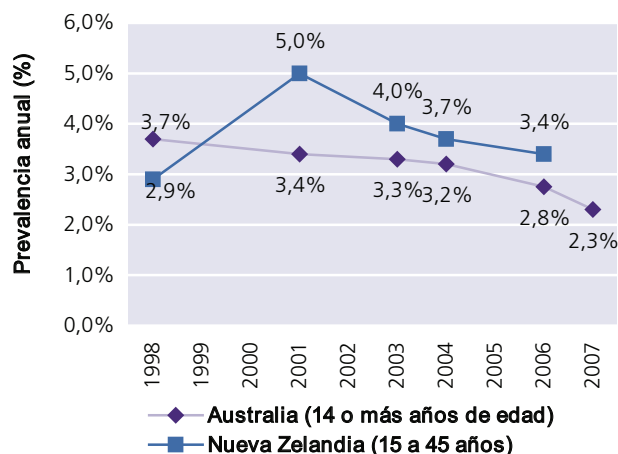
30 *Ibid.*

31 Quest Diagnostics, *Drug Testing Index*, mayo de 2009.

32 Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: Summary of Results for 2008*.

Fig. 212: Prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas, 1998-2007

Fuentes: Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2007 *National Drug Strategy Household Survey: Drug Statistics, 22*, Canberra, 2008; Wilkins C. y Sweetsur P., *Trends in population drug use in New Zealand: Findings from national household survey of drug use in 1998, 2001, 2003 and 2006*, *New Zealand Medical Journal*, 121, 61-71, 2008



anterior. En 2008, se estimó que entre 1,3 y 1,8 millones de personas (prevalencia anual del 0,5% al 0,7%) habían consumido sustancias del grupo de las anfetaminas en la región. En 2008, la UNODC obtuvo nueva información de varios países del Caribe. La prevalencia anual del consumo de sustancias del grupo de las anfetaminas en esa región oscila entre el 0,1% y el 1,9% de la población comprendida entre 15 y 64 años (entre 30.000 y 500.000 personas). La gran amplitud del rango responde fundamentalmente a la incertidumbre por la falta de estimaciones fiables de la región, así como a la amplia gama de estimaciones observadas en los países en que pudo calcularse la prevalencia anual.³³ En América Central y América del Sur, la nueva información correspondiente a 2008 muestra un ligero aumento en Suriname (de 0,6% a 0,7% de la prevalencia anual en personas de 12 a 65 años) y una estabilización en Colombia y Chile donde la prevalencia anual se mantuvo en 0,5% y 0,4%, respectivamente. Panamá revisó sus estimaciones sobre la prevalencia anual del consumo de ETA entre su población adulta para 2003 (último año respecto del cual se dispone de datos) de 0,6% a 1,2%.

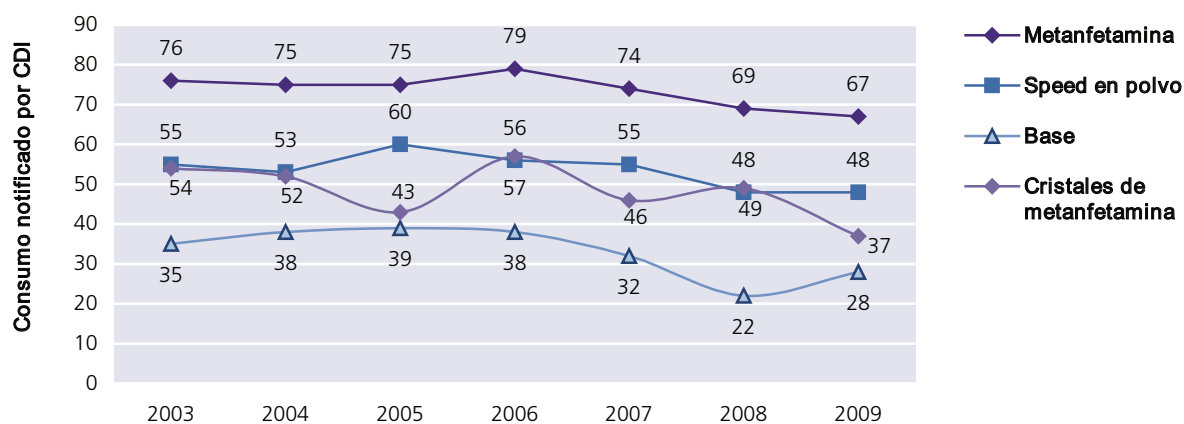
El consumo problemático de metanfetamina en Oceanía sigue siendo alto, aunque la situación está mejorando

La prevalencia del consumo de anfetamina en Nueva Zelanda (2,1% entre la población de 16 a 64 años) en 2008 y en Australia (2,7% entre la población de 15 a 64

33 Recientemente se llevaron a cabo una serie de sondeos en colegios de determinados países del Caribe. Sobre la base de los resultados de esos sondeos, podría estimarse la prevalencia anual entre la población adulta.

Fig. 213: Australia: porcentaje de consumidores de drogas por inyección (CDI) que informaron de haber consumido metanfetamina en cualquiera de sus formas en los seis meses anteriores, 2003-2009

Fuentes: National Alcohol and Drugs Research Centre, *Australian drug trends 2009: Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Universidad de Nueva Gales del Sur



años) en 2007 sigue siendo de las más altas del mundo, aunque en los últimos años se ha empezado a observar una tendencia decreciente. En algunos de los territorios de los Estados Unidos en el Pacífico, se ha informado de un elevado consumo de metanfetamina entre los jóvenes, donde la prevalencia a lo largo de la vida osciló entre el 13,1% en las Islas Marshall y el 5,9% en Guam y 4,9% en el Commonwealth de las Islas Marianas Septentrionales.³⁴

Las sustancias del grupo de las anfetaminas siguen siendo unas de las principales drogas problemáticas en Nueva Zelanda y Australia. En esos dos países, el sistema de vigilancia del consumo de drogas en Australia (DUMA) y el programa de vigilancia del consumo de drogas por personas detenidas en Nueva Zelanda (NZ ADAM) miden el consumo de drogas y alcohol entre las personas recientemente detenidas por la policía. En 2008, el 21% de los detenidos en Australia dio resultado positivo en pruebas de metanfetamina -aunque esa cifra supone una reducción respecto del año anterior (27% en 2007) y la tasa más baja de pruebas positivas de metanfetamina desde 1999.³⁵ Asimismo, en Nueva Zelanda, la metanfetamina y la anfetamina fueron la segunda y tercera drogas más comúnmente detectadas (10% y 9%, respectivamente)³⁶ entre los detenidos por la policía a quienes se realizaron pruebas de drogas. En Australia, las sustancias más comunes consumidas por inyección fueron también las sustancias del grupo de las anfetaminas, ya que el 67% de los consumidores de drogas por inyección entrevistados se había inyectado alguna forma de metanfetamina en los seis meses anteriores.³⁷

34 Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, *Youth Risk Behaviour Surveillance - selected steps communities*, EE.UU., 2007.

35 Gaffney A. Jones., Sweeny J. y Payne J., *Drug use monitoring in Australia: 2008 annual report on drug use among police detainees*, AIC Monitoring Reports 2009.

36 Hales J. y Manser J., *Annual Report 2008, New Zealand Police ADAM*, Health Outcomes International Pvt. Ltd., octubre de 2008.

37 National Alcohol and Drugs Research Centre, *Australian drug trends*

Consumo del grupo del 'éxtasis'

A nivel mundial, se estimó que entre 10,5 y 25,8 millones de personas habían consumido sustancias del grupo del 'éxtasis'³⁸ (principalmente MDMA y sus análogos) el año anterior. Ese rango es comparable al rango de 11,6 a 23,5 millones notificado en 2007. La prevalencia más alta de consumo de 'éxtasis' se sigue registrando en Oceanía (3,6% a 4%) mientras que, en términos absolutos, la cifra más alta de consumidores en 2008 correspondió a Europa donde aproximadamente de 3,9 a 4,1 millones de personas entre 15 y 64 años consumieron 'éxtasis' al menos una vez el año anterior. No se dispone de información respecto de la mayor parte de Asia, y de África en cuanto al consumo de 'éxtasis', lo que da lugar a un alto grado de incertidumbre en las estimaciones a nivel mundial.

Muchos países de Asia informan de un aumento del consumo de 'éxtasis'

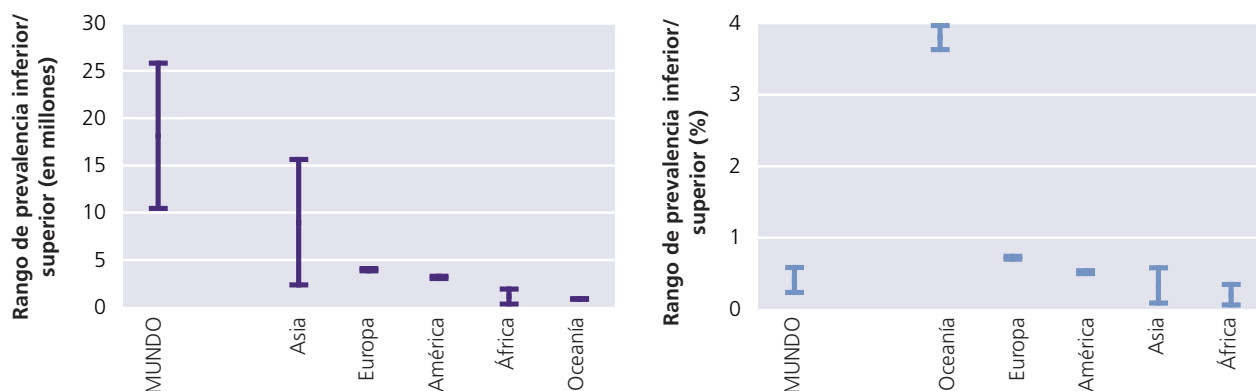
En 2008, 56 Estados Miembros suministraron información sobre la percepción de los expertos respecto de las tendencias del consumo de 'éxtasis'. En la mitad de esos países, los expertos consideraron que el consumo de 'éxtasis' se había mantenido estable en 2008, mientras que un tercio de ellos consideró que había aumentado. La mayoría de los países y territorios que informaron de aumentos se encontraban en Asia, en particular Bangladesh, China incluido Macao, Indonesia, Mongolia, el Pakistán y Vietnam. Sin embargo, las nuevas estimaciones presentadas por Indonesia sobre la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' entre la pob-

2009: *Findings from the Illicit Drug Reporting System (IDRS)*, Universidad de Nueva Gales del Sur.

38 Los informes indican que, sin conocimiento de muchos consumidores de 'éxtasis', lo que generalmente compran como 'éxtasis' (MDMA) es una combinación de muchas sustancias psicoactivas como la metanfetamina y la ketamina. *Amphetamines and Ecstasy: 2008 Global ATS Assessment* (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.08.XI.12).

Cuadro 29: Número estimado de personas que consumieron 'éxtasis' al menos una vez el año anterior y prevalencia entre la población de 15 a 64 años, por región, 2008

Región/subregión (grupo 'éxtasis')	Número estimado de consumidores anuales (inferior)	Número estimado de consumidores anuales (superior)	% de población de 15 a 64 (inferior)	% de población de 15 a 64 (superior)
África	350.000	1.930.000	0,1	0,4
África oriental	No se puede calcular la estimación subregional			
África septentrional	No se puede calcular la estimación subregional			
África meridional	220.000	420.000	0,2	0,4
África occidental y central	No se puede calcular la estimación subregional			
América	3.040.000	3.280.000	0,5	0,5
Caribe	10.000	240.000	0,1	0,9
América Central	20.000	30.000	0,1	0,1
América del Norte	2.490.000	2.490.000	0,8	0,8
América del Sur	510.000	530.000	0,2	0,2
Asia	2.370.000	15.620.000	0,1	0,6
Asia central	No se puede calcular la estimación subregional			
Asia oriental/sudoriental	1.460.000	6.850.000	0,1	0,5
Cercano Oriente/Oriente Medio	No se puede calcular la estimación subregional			
Asia meridional	No se puede calcular la estimación subregional			
Europa	3.850.000	4.080.000	0,7	0,7
Europa oriental/sudoriental	1.680.000	1.890.000	0,6	0,6
Europa occidental/central	2.180.000	2.190.000	0,8	0,8
Oceanía	840.000	910.000	3,6	4,0
Mundial	10.450.000	25.820.000	0,2	0,6

Fig. 214: Consumo de 'éxtasis': rangos inferior y superior de la cantidad y prevalencia anual a nivel regional y mundial, 2008

lación de 15 a 64 años mostraron una ligera reducción de 0,3% en 2005 a 0,2% en 2008.

Las tendencias del consumo de éxtasis notificadas respecto de Europa no son uniformes

En Europa, se estima que la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' es del 0,7% de la población entre 15 y 64 años. Asimismo, en Europa central y occidental se informa de una mayor tasa de prevalencia y una cifra total mayor de consumidores de 'éxtasis', en comparación con Europa oriental y sudoriental. Los países de elevada prevalencia siguen siendo la República Checa, Eslovaquia, Estonia, el

Reino Unido y Letonia, mientras que el consumo de 'éxtasis' en Rumania, Grecia y Polonia es mínimo. Las tendencias de los países respecto de los cuales se dispone de datos sobre la prevalencia anual entre la población adulta en 2008 no son uniformes. Algunos registraron un aumento (la República Checa, Dinamarca, Inglaterra y Gales, la ex República Yugoslava de Macedonia y Eslovaquia) y otros una reducción (Estonia, Lituania y Escocia).

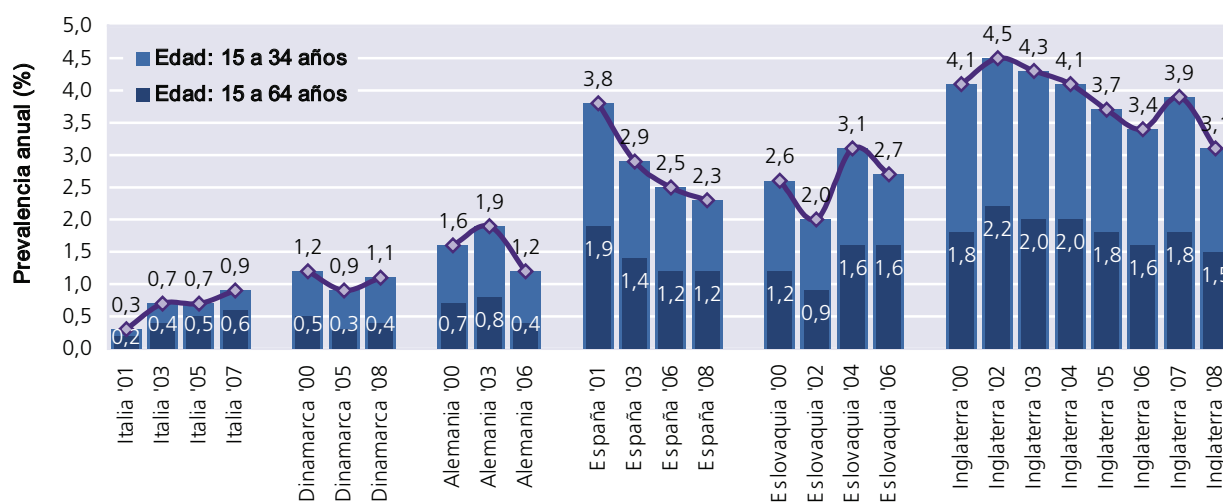
En comparación con la metanfetamina y la anfetamina, el consumo de 'éxtasis' es mucho más común entre los adultos jóvenes de 15 a 34 años (las estimaciones nacionales sobre la prevalencia del consumo de anfetamina el año anterior

Cuadro 30: Percepción de los expertos nacionales sobre las tendencias del consumo de 'éxtasis' por región, 2008

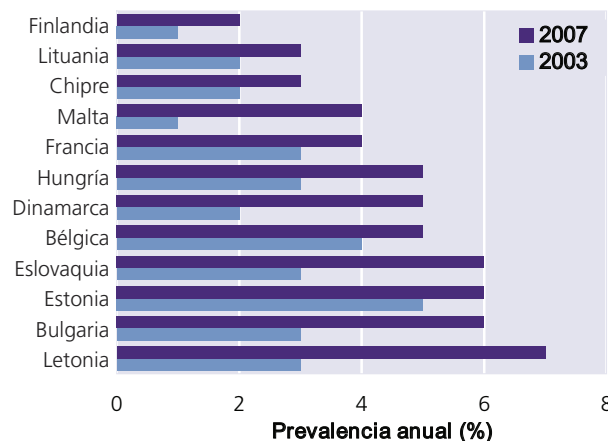
Fuentes: UNODC, CPIA

Región	Estados Miembros que informan datos sobre percepción	Tasa de respuestas de Estados Miembros sobre percepción	Aumento del consumo problemático*	% del aumento del consumo problemático	Consumo problemático estable	% del consumo problemático estable	Reducción del consumo problemático*	% de reducción del consumo problemático
África	4	8%	1	25%	3	75%	0	0%
América	12	34%	1	8%	11	92%	0	0%
Asia	15	33%	8	53%	4	27%	3	20%
Europa	24	53%	7	29%	12	50%	5	21%
Oceanía	1	7%	1		0		0	
Mundial	56	29%	18	32%	30	54%	8	14%

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

Fig. 215: Tendencias de la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' entre jóvenes adultos (1534 años)Fuente: OEDT, *Annual report 2008: the state of the drug problems in Europe*, Lisboa 2008**Fig. 216: Países de Europa en los que el consumo de 'éxtasis' entre estudiantes de 15 a 16 años aumentó**

Fuente: ESPAD



oscilan entre el 0,1% y el 3,1% en comparación con las estimaciones del 0,2% al 7,7% respecto del consumo de 'éxtasis'. Sin embargo, la mayoría de los países ha informado de una tendencia a la reducción o estabilización del consumo de 'éxtasis' entre los jóvenes adultos.³⁹

El estudio llevado a cabo por el Proyecto europeo de sondeo en colegios sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) y otros sondeos en colegios realizados en 2007 indican, en términos generales, un ligero cambio en los niveles de consumo de 'éxtasis' entre estudiantes de 15 y 16 años. En comparación con 2003, en 12 países se observó un incremento general del consumo de 'éxtasis', siendo Letonia, Bulgaria, Eslovaquia, Dinamarca, Hungría y Malta los países que mostraron aumentos sustanciales durante ese período. La República Checa, Portugal y Croacia informaron de reduc-

³⁹ OEDT, *Annual report 2008: the state of the drug problems in Europe*, Lisboa, 2008.

Fig. 217: Países de Europa en los que en el consumo de 'éxtasis' entre estudiantes de 15 a 16 años disminuyó

Fuente: ESPAD

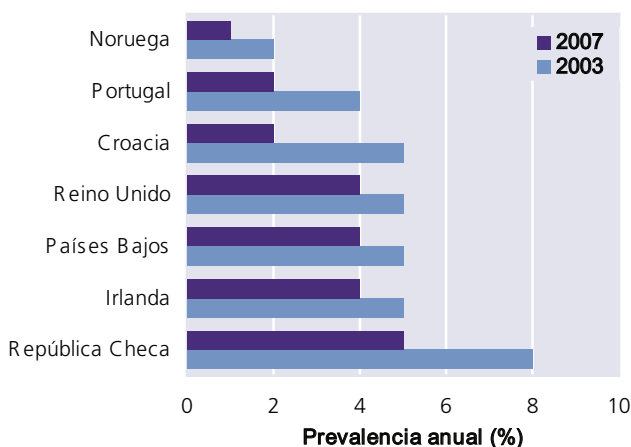


Fig. 219: Países de Europa en los que el consumo de 'éxtasis' entre estudiantes de 15 - 16 años es estable

Fuente: ESPAD

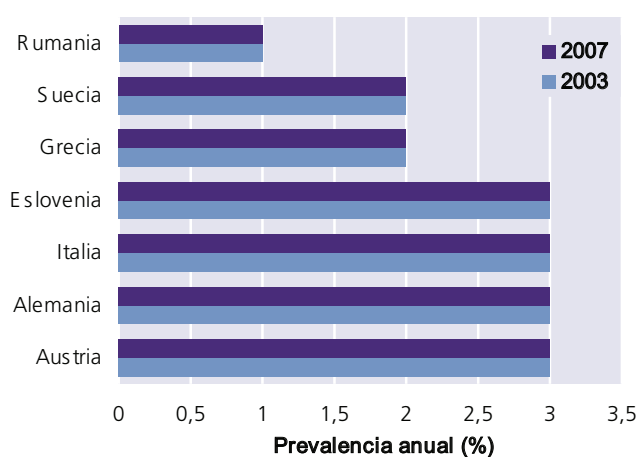


Fig. 218: EE.UU.: Tendencias en la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' entre la población de 12 años o más, 2002-2008

Fuentes: Administración de Servicios de Salud Mental y contra las Adicciones, *Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

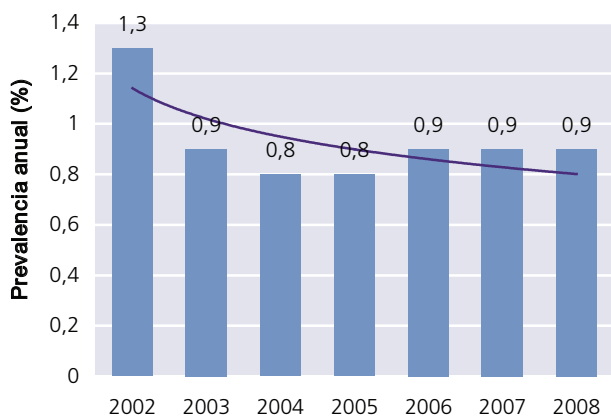
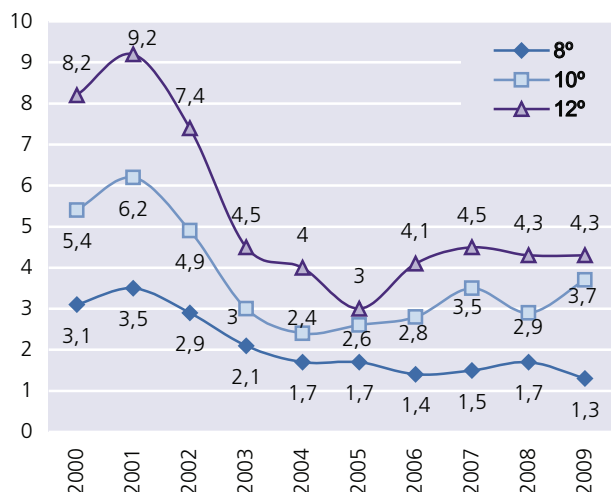


Fig. 220: EE.UU.: Tendencias a largo plazo de la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' entre estudiantes de enseñanza media, 2000-2009

Fuente: Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Monitoring the Future: Key Findings 2009*



ciones importantes, mientras que el consumo de 'éxtasis' se mantuvo estable en el resto de los países.⁴⁰

El consumo de 'éxtasis' disminuyó en América del Norte después de 2001, aunque parece estar repuntando

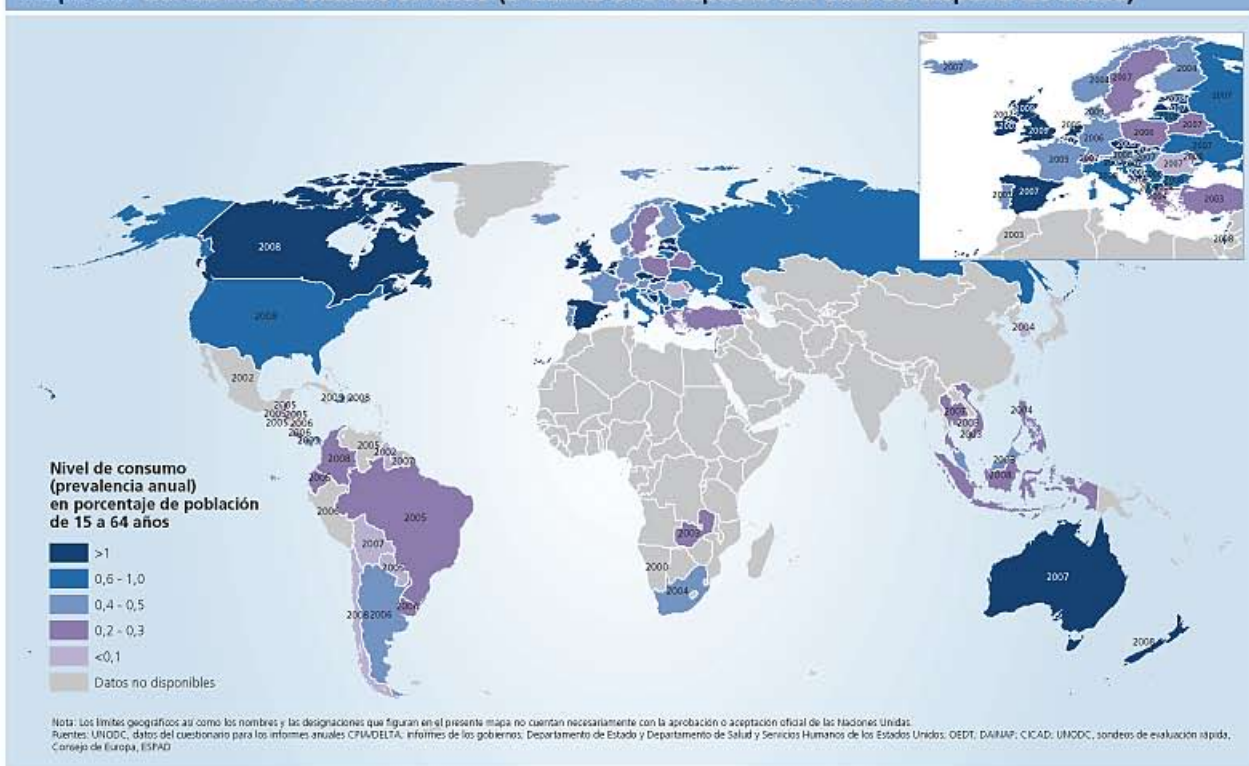
En los últimos cinco años, las tendencias se han mantenido estables tras la disminución de la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' registrada en los Estados Unidos del 1,3% en 2002 al 0,9% en 2003 entre la población de 12 años o más.

Sin embargo, existen indicios de un posible repunte en los Estados Unidos, la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' entre estudiantes de 10º grado se redujo del 6,2% en 2001 al 2,4% en 2004, y desde entonces ha estado aumentando. Sin embargo, la prevalencia anual entre estudiantes de 8º y 12º grados se mantiene estable. Es posible que la percepción de una disminución de los riesgos y de la desaprobación entre los estudiantes de los Estados Unidos pudiera dar lugar a un repunte del consumo de 'éxtasis'.⁴¹ En el Canadá, la prevalencia anual del consumo de 'éxtasis' aumentó del 1,3% en 2004 al 1,7% en 2008.

⁴⁰ Hibell B., Adersson B., Bjarnason T., Ahlstrom S., Balakireva O., Kokkevi A. y Morgan M., *The ESPAD Report: Alcohol and other Drug Use Among Students in 35 European Countries*, 2003, 2007.

⁴¹ Instituto Nacional contra la Drogadicción, *Monitoring the Future, Overview of Key Findings 2008* (Bethesda, Maryland, EE.UU. 2009).

Mapa 36: Consumo de éxtasis en 2008 (o último año respecto del cual se dispone de datos)



Tendencias a la estabilización del consumo de 'éxtasis' en América del Sur

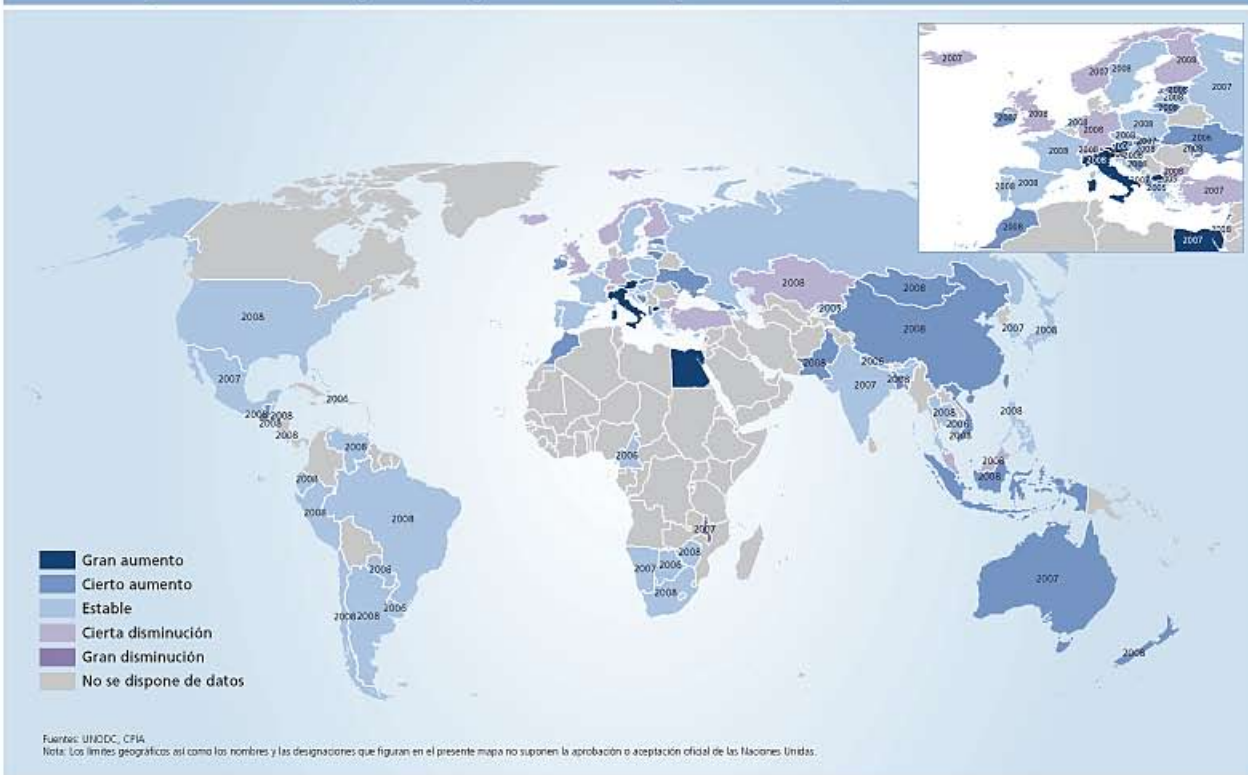
Los expertos de la mayoría de los países de América del Sur informaron de una tendencia estable del consumo de 'éxtasis' en sus países. Los nuevos datos de Colombia muestran un aumento en la tasa de prevalencia del consumo de 'éxtasis' entre adultos (del 0,2% estimado en 2005 al 0,3% estimado en 2008). Las estimaciones de 2005 correspondientes a la República Bolivariana de Venezuela también se revisaron a la baja (del 0,2% en 2001 a menos del 0,01% en 2005). La prevalencia anual en la región se mantiene baja en comparación con América del Norte o Europa.

El consumo de 'éxtasis' sigue siendo alto en Oceanía, pero la calidad del 'éxtasis' no es uniforme

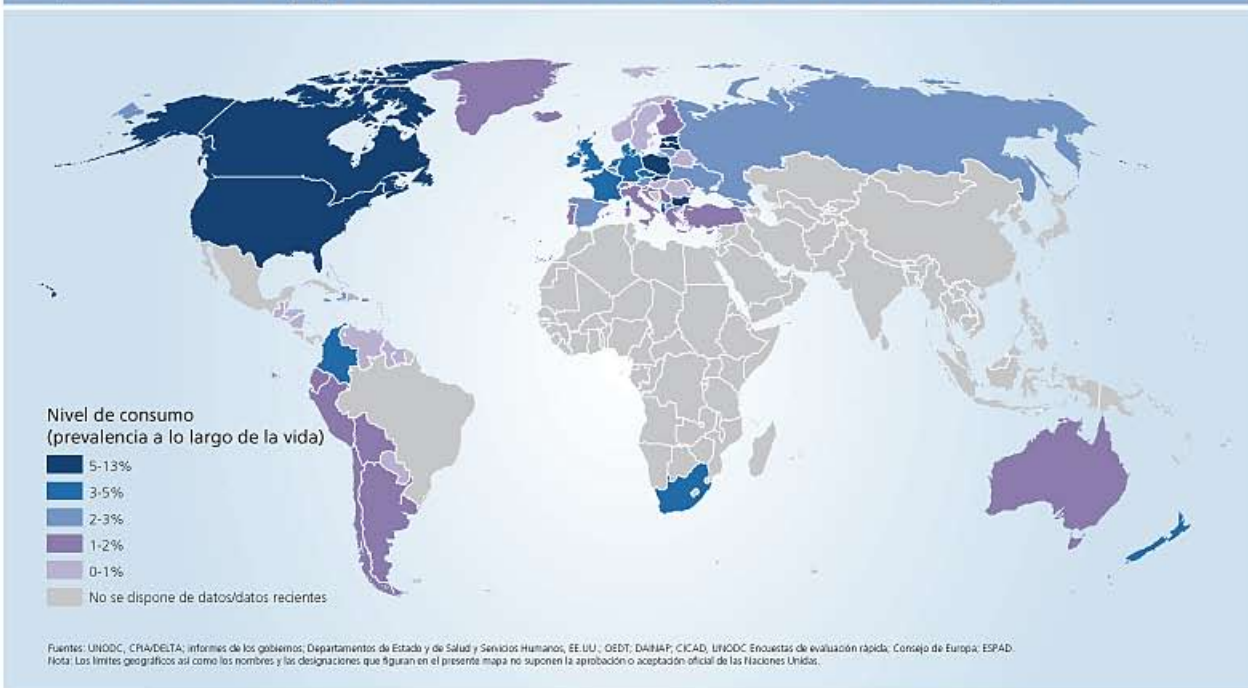
Según se ha informado, la región de Oceanía registra una de las tasas anuales más altas de prevalencia del consumo de 'éxtasis', de entre el 3,6% y el 4% de la población de 15 a 64 años. Tanto Australia como Nueva Zelanda han informado de altos niveles de consumo de 'éxtasis', aunque la prevalencia anual no cambió respecto de años anteriores (4,2% y 2,6%, respectivamente). Aún no se sabe con certeza hasta qué punto el 'éxtasis' que se vende en Nueva Zelanda contiene sustancias distintas del MDMA, como la bencilpiperazina (BZP) o la ketamina.⁴²

42 Wilkins C., Griffiths R. y Sweetsur P., *Recent Trends in Illegal Drug Use in New Zealand, 2006 - 2008: Findings from the 2006, 2007 and 2008 Illicit Drug Monitoring System (IDMS)*, SHORE, Universidad de Massey.

Mapa 37: Percepción de los expertos sobre cambios en las tendencias del consumo de éxtasis, 2008 (o último año del que se dispone de datos a partir de 2005)



Mapa 38: Prevalencia (%) del consumo de éxtasis a lo largo de la vida entre los jóvenes



3. La influencia desestabilizadora del tráfico de drogas en los países de tránsito: el caso del la cocaína



3. La influencia desestabilizadora del tráfico de drogas en los países de tránsito: El caso de la cocaína

En el último decenio, las Naciones Unidas han venido constatando la relación entre la inestabilidad política y la delincuencia organizada, especialmente el tráfico de drogas. La Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional entró en vigor a finales de 2003. En 2004, el Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio observó que:

*El tráfico de drogas, una de las principales actividades de los grupos delictivos organizados, tiene amplias repercusiones en materia de seguridad ... En algunas regiones, las enormes ganancias generadas por esa actividad se acercan al PIB de algunos países, comprometiendo así la autoridad del Estado, el desarrollo económico y el imperio de la ley.*¹

A ese informe siguió otro del Secretario General titulado, *Un concepto más amplio de libertad*, en el que concluye que:

*La delincuencia organizada contribuye a debilitar a los Estados, obstaculiza el crecimiento económico, alimenta muchas guerras civiles, socava regularmente las iniciativas de consolidación de la paz de las Naciones Unidas y proporciona mecanismos de financiación a los grupos terroristas.*²

Más recientemente, en diciembre de 2009, el Consejo de Seguridad emitió una Declaración del Presidente sobre la Paz y la Seguridad en África en que instaba al Secretario General a que considerara:

*... la inclusión del tema del tráfico de drogas como factor en las estrategias de prevención de conflictos, de análisis de conflictos, de evaluación y planificación de las misiones integradas y de apoyo a la consolidación de la paz.*³

Haciendo suyo ese desafío, el Secretario General Ban Ki-moon, al dirigirse a la cumbre de la Unión Africana en enero de 2010, señaló, “El tráfico de drogas es ... una creciente amenaza para la paz y la seguridad internacionales en África”.⁴ Y, en febrero de 2010, el Consejo de Seguridad

observó con preocupación “las graves amenazas que planteaban en algunos casos el tráfico de drogas y la delincuencia organizada transnacional para la seguridad internacional en diferentes regiones del mundo”.⁵

Dos tipos de repercusiones

¿A qué obedecen esas afirmaciones? ¿De qué modo puede el tráfico de drogas ser una amenaza para la estabilidad? Por lo menos de dos maneras. La primera guarda relación con los países donde la insurgencia y los grupos armados ilegales obtienen fondos con la imposición de gravámenes a la producción y el tráfico de drogas, e incluso gestionando esa actividad. La segunda guarda relación con los países que no se enfrentan a situaciones de ese tipo, pero en que los traficantes de drogas llegan a ser lo suficientemente poderosos como para asumir el control del estado mediante la confrontación violenta, la corrupción a altos niveles o (por lo general) ambas cosas.

La vulnerabilidad de cada país a esa amenaza es distinta. El tráfico de drogas es un problema para cualquier país en el que exista, pero puede ser especialmente desestabilizador en aquellos países que ya tenían problemas de gobernanza. Como indicó el Grupo de alto nivel, el reducido volumen de la economía local comparado con el valor de las corrientes de drogas también es importante. Por lo general, ambos están relacionados: los gobiernos de países con economías pequeñas podrían tener problemas a la hora de reafirmar su autoridad sobre el territorio soberano o de desarrollar zonas remotas del país. La inestabilidad prolongada también puede obstaculizar el crecimiento de las economías. Dada esa situación la atención se centra cada vez más en África, continente en el que existen muchos países pobres e inestables, pero donde, por diversas razones, aún no ha sufrido los peores efectos del tráfico de drogas. La comunidad internacional tiene motivos de preocupación por el hecho de que las rutas de la droga cruzan el continente africano, como es el caso del reciente flujo de cocaína a través del África occidental.

No cabe duda de que esa situación no es exclusiva del tráfico de drogas. El dinero producto de todas las formas de delincuencia organizada también puede causar problemas, y el contrabando (de cigarrillos, diamantes, madera o petróleo) se ha convertido en el puntal de la financiación de movimientos rebeldes durante decenios. La realidad es sencillamente que los mercados de la droga generan más dinero que los mercados de otros bienes de contrabando y,

1 Grupo de alto nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, *Un mundo más seguro; la responsabilidad que compartimos*. Naciones Unidas, 2004, pág. 53.

2 Informe del Secretario General, *Un concepto más amplio de libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*. Quincuagésimo noveno período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (A/59/2005), 21 de marzo de 2005, pág. 27.

3 S/PRST/2009/32.

4 Secretario General Ban Ki-moon, observaciones formuladas durante la Cumbre de la Unión Africana – “*An Agenda for Prosperity and Peace*”, Addis Ababa, 31 de enero de 2010.

5 S/PRST/2010/4.

dada la ilicitud de aquellos, las drogas siguen siendo a todas luces dominio de la delincuencia organizada.

También hay que admitir que algunos tipos de drogas son más importantes que otros. La producción de cannabis y drogas sintéticas es casi universal, por lo que el tráfico entre regiones es limitado. Se ha afirmado que el cannabis es fuente de financiación de movimientos rebeldes en regiones tan diversas como Casamance (Senegal), Aceh (Indonesia) y el sur de Nepal. La metanfetamina ha sido decisiva para la financiación de las milicias étnicas en Myanmar. Sin embargo el flujo más lucrativo de drogas tiene su origen en zonas pobres e inestables y son su destino las naciones más ricas del mundo. La cocaína y la heroína están estrechamente vinculadas con fuentes específicas de suministro en zonas pobres y países consumidores ricos concretos. El valor de esas corrientes y la concentración de la producción y el tráfico intensifican el efecto desestabilizador.

Casi toda la heroína y la gran mayoría de la cocaína del mundo se producen en países que han experimentado problemas relacionados con la insurgencia. Si bien la adormidera y los arbustos de coca tienen una productividad óptima en condiciones meteorológicas especiales, podrían cultivarse en muchos más países (y así ha sido habitualmente). Sin embargo, la producción de esas drogas depende de cosechas que requieren de extensas áreas de cultivo y el sistema de fiscalización internacional ha obligado a los gobiernos nacionales a tomar enérgicas medidas contra cualquier cultivo de esa naturaleza que tenga lugar dentro de sus fronteras. Así pues, la producción a gran escala de cocaína o heroína solo es posible en países en que existen zonas rurales que el Estado no ha logrado controlar y administrar plenamente. Además, esas condiciones favorecen la formación de la guerrilla.

Por lo general, cuando no existe una financiación externa, como durante la Guerra Fría, los insurgentes y grupos armados ilegales se ven obligados a ganarse su sustento en las regiones que dominan y, con frecuencia, esas zonas inestables quedan atrapadas en las redes del tráfico de drogas. El volumen de dinero asociado con la delincuencia organizada puede ser tal que haga olvidar a los militantes sus reivindicaciones y concentrarse en satisfacer su codicia. Aún no siendo ese el caso, las drogas compran las balas y facilitan un estilo de vida tal a los combatientes, que no propicie su acercamiento a la mesa de negociaciones. En esa situación es mucho más factible hacer de la militancia una carrera, prolongándose así el conflicto civil.

Los mejores ejemplos de este fenómeno son las principales zonas de cultivo de adormidera, de la cual se deriva la heroína: el Afganistán y Myanmar. En ambos países, el comercio de la droga financia, al menos en parte, los ejércitos rebeldes. El cultivo de adormidera a gran escala requiere grandes extensiones de tierra e intensa mano de obra. Para producir la heroína necesaria para satisfacer la demanda mundial, se precisan miles de hectáreas y contratar cientos de miles de trabajadores sin injerencia estatal, y la mejor disuasión para la injerencia del estado en ese proceso es un ejército rebelde. Sin un conflicto activo, la

producción de heroína puede eliminarse, como ha sucedido en varios países en que no existía la insurgencia o su control territorial era menor, como por ejemplo, Turquía, la República Islámica del Irán, el Pakistán, Tailandia, la República Democrática Lao, China y el Líbano.

Actualmente, la producción de heroína está muy estrechamente vinculada a la actividad insurgente: en 2009, el Afganistán producía el 90% del opio a nivel mundial, y el 99% de todo el opio producido en ese país provenía solo de siete provincias meridionales y occidentales de ese país, donde los grupos rebeldes eran más fuertes. Pero los insurgentes no controlan el tráfico. Fuerzas alineadas al Talibán devengan al menos unos 125 millones de dólares EE.UU. al año imponiendo gravámenes al cultivo, la producción y el tráfico.⁶ Esa cifra corresponde a aproximadamente el 7% del valor del comercio en el Afganistán. Si bien el comercio de la droga proporciona fondos para el conflicto, más significativa aún es la tapadera que ofrece el conflicto al comercio de la droga. Quienes más se benefician del tráfico de heroína son los delincuentes profesionales y su red de funcionarios corruptos.

Sin embargo, las zonas de conflicto no son los únicos lugares donde la delincuencia organizada transnacional puede representar una amenaza para el Estado. Hay varios lugares en el mundo en que los delincuentes se han hecho tan poderosos que, en lugar de evadir al gobierno, comienzan a enfrentarse a él directamente (por medio de la violencia) o a usurparlo (por medio de la corrupción a altos niveles). El entorno ideal para los traficantes es el de un estado autoritario en el que ellos controlan plenamente la autoridad. En esas circunstancias, hay poca violencia y el tráfico podría pasar totalmente inadvertido en el ámbito nacional, quedando expuesto únicamente cuando aparecen pruebas en el plano internacional. Típicamente, las democracias constituyen un mayor desafío de forma que los objetivos de los traficantes no se alcanzan sin la violencia ni la corrupción.

La violencia puede asumir muchas formas. Se amenaza y asesina a investigadores, fiscales y jueces que persiguen la delincuencia organizada. También podrían ser objeto de violencia periodistas y activistas. Regiones enteras de un país podrían escapar al control del estado, especialmente aquellas regiones más marginadas. El efecto puede ser muy similar al de la insurgencia, pero ambos fenómenos son diferentes, por razones que se exponen a continuación.

Los esfuerzos encaminados a poner fin al tráfico pueden exacerbar temporalmente esa violencia, especialmente cuando los grupos en cuestión comienzan a controlar el tráfico de drogas y a lograr una determinada identidad institucional propia. Bajo presión, cada grupo puede proporcionar información sobre los demás grupos, sirviéndose del engranaje estatal de represión para lograr sus objetivos

⁶ Se estima que el Talibán se embolsó aproximadamente entre 350 y 650 millones de dólares EE.UU. como resultado del comercio de opiáceos entre 2005 y 2008 mediante el impuesto directo a agricultores y traficantes. Véase *Addiction, crime and insurgency: the transnational threat of Afghan opium*, Viena: UNODC, 2009, pág. 111.

comerciales y desviar la atención de ellos mismos. Por lo general, esa práctica desemboca en represalias. La decapitación de los grupos de traficantes puede desencadenar una lucha de sucesión y las organizaciones fragmentadas como resultado de esta lucha pueden convertirse en presas para sus rivales. A medida que las estructuras se desmoronan, la delincuencia organizada se desorganiza y genera violencia. Esa violencia puede provocar la petición por la población de la suspensión de la intervención policial, pero es necesario capear este difícil período. Los grupos más pequeños que puedan surgir a raíz de esa situación ya no tendrán la misma capacidad para desafiar al estado y, finalmente, la violencia disminuirá.

La violencia es una manifestación visible de estados bajo presión, pero más perjudicial aún es el efecto insidioso de la corrupción. La mayoría de los traficantes trata de sobornar a los funcionarios locales para que hagan la vista gorda. La desestabilización es una verdadera amenaza solo cuando la corrupción llega a los niveles más altos y los responsables de atajar el tráfico ilícito comienzan a promoverlo activamente. Ello puede ocasionar el colapso de todo el mecanismo de aplicación de la ley, quedando las autoridades paralizadas por la desconfianza. El efecto en la confianza del público en el gobierno es devastador y los gobiernos democráticos que tratan de desenmascarar la podredumbre pueden ser penalizados en las urnas. En esa situación se dan todos los incentivos para una espiral degenerativa de la gobernanza que podría ser sumamente difícil de revertir.

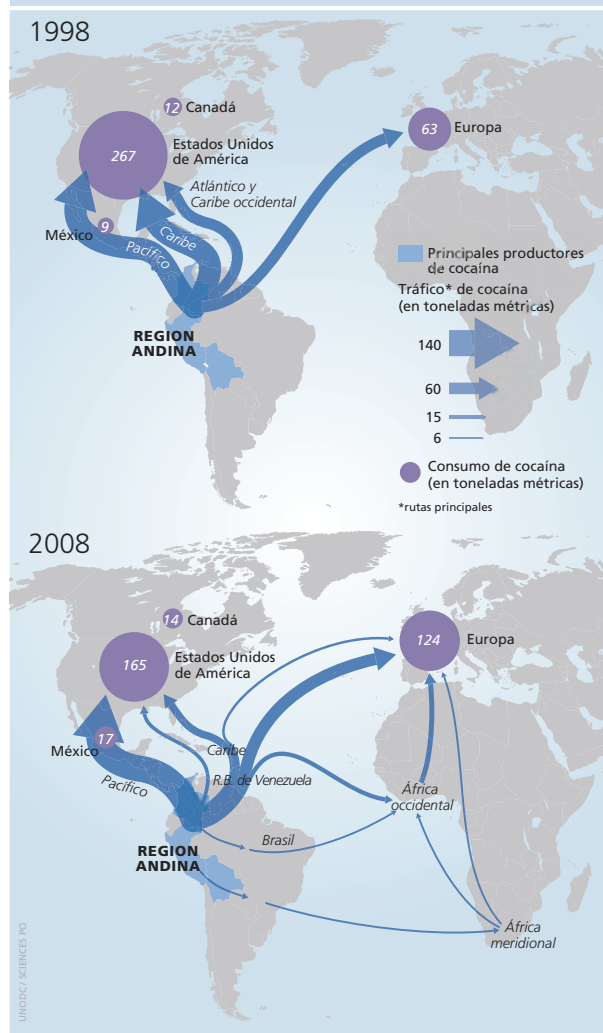
Por lo general, la delincuencia organizada no intenta derrocar al estado. En la mayoría de los casos, pretenden que se les ignore de forma que puedan continuar sus actividades lucrativas ilícitas. Sin embargo, pueden provocar una reacción que amenace también las perspectivas a largo plazo de la estabilidad democrática. Una señal inequívoca de que la delincuencia se ha convertido en una amenaza para la seguridad nacional es la necesidad de adoptar medidas excepcionales, jurídicas y de seguridad, incluido el recurso al ejército para ayudar a restablecer la autoridad del gobierno. De hecho, a veces es necesario que los gobiernos recuperen el territorio perdido a la delincuencia y, en algunos países, el ejército es más disciplinado y menos corrupto que la policía civil. En un mundo en que los conflictos internacionales son cada vez menos habituales, el empleo de las fuerzas armadas para promover la estabilidad interna podría ser una alternativa eficaz en cuanto a los costos.

Esa medida podría contar con el apoyo popular en países en que el pueblo teme por su seguridad y se siente frustrado ante la apariencia de impunidad. Sin embargo, esa debería ser una opción de último recurso: el empleo a largo plazo de las fuerzas regulares del ejército para proteger a la población civil plantea riesgos para el Estado de derecho y las libertades civiles. Particularmente en países en que el ejército ha desempeñado una función prominente en anteriores regímenes autoritarios, el destacamento de soldados a las calles puede marcar el inicio de un retroceso a largo plazo en los valores democráticos.

El aumento del descontento popular ante la lentitud de los

Mapa 1: Global cocaine flows, 1998 and 2008

Fuentes: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2009*, y estimaciones de la UNODC notificadas por la Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (EE.UU.), *Consumption Estimates Methodology*, septiembre de 2008 (documento interno), 1998



órganos de represión podría también desatar una erosión menos formal de los valores cívicos y del Estado de derecho. Los oficiales del ejército y la policía podrían sentirse frustrados ante un sistema de justicia penal corrupto e ineficaz y comenzar a recurrir a las ejecuciones extrajudiciales. Asimismo, el público podría llegar a crear grupos civiles de “autoprotección” y, esos grupos podrían, incluso, recibir reconocimiento y respaldo del estado.

Las patrullas civiles son la reacción normal de los ciudadanos que no confían en el estado para su protección, pero estas pueden convertirse en las bases de algo más siniestro. En un principio, cabe la posibilidad de que los voluntarios reciban contribuciones esporádicas de las personas y empresas que protegen pero, con el tiempo, esas contribuciones pueden llegar a ser obligatorias. En zonas inestables, los grupos de vigilancias vecinales podrían convertirse en una actividad delictiva y, una vez establecida su autoridad absoluta, podrían incluso transformarse en una banda depredadora. Con el tiempo, estos vigilantes para-

militares podrían convertirse en un problema de seguridad tan peligroso como los propios delincuentes que supuestamente deben combatir.

Hasta cierto punto, estos efectos pueden observarse en muchos países en que el tráfico de cocaína es un problema. Los países con las tasas más altas de homicidio en el mundo se encuentran en su mayoría en las principales rutas de tráfico de la cocaína.

En el pasado, casi toda la cocaína producida en la región Andina era consumida en los Estados Unidos de América. Durante el último decenio, mientras que el valor de mercado de la cocaína ha disminuido drásticamente en los Estados Unidos, ha aumentado marcadamente en Europa y en el Cono Sur. Actualmente, la cocaína fluye hacia tres mercados de destino principales, a saber, los Estados Unidos (con aproximadamente el 40% de la cocaína consumida en 2008), Europa (alrededor del 25%) y el Cono Sur (del 10% al 20%). Las rutas de tráfico son también dinámicas. Cada vez con más frecuencia se utilizan otros países de tránsito, como la República Bolivariana de Venezuela y el Ecuador. En los decenios de 1970 y 1980, el Caribe era la ruta principal para las drogas de América del Sur con destino a los Estados Unidos. Hoy lo es América Central. También han cambiado recientemente las rutas de tránsito con destino a Europa con la adición del África occidental.

3.1 Países de tránsito en América del Sur

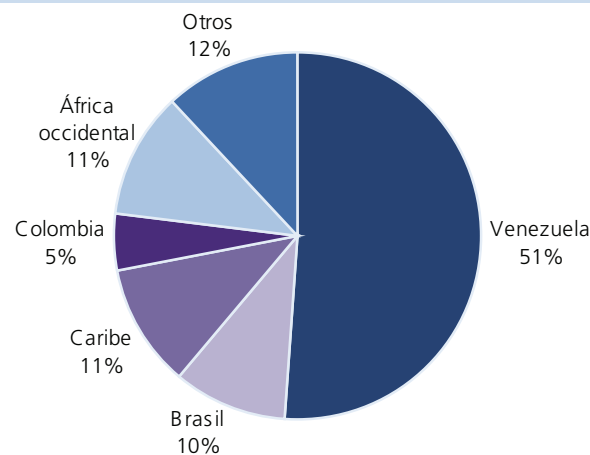
Habitualmente, la mayor parte de la cocaína que sale de Colombia lo hacía directamente, por vía marítima o aérea, a través del Golfo de México o del Pacífico. Pero debido al aumento de las interceptaciones, así como a los cambios en la demanda del mercado, la República Bolivariana de Venezuela, el Ecuador y el Brasil, han cobrado mayor importancia como países de tránsito.

Al parecer, la situación en la República Bolivariana de Venezuela respecto del tráfico de drogas está empeorando. En 2008, la República Bolivariana de Venezuela ocupaba el cuarto lugar a nivel mundial en lo tocante a las incautaciones anuales de cocaína (34 tm), seguido del Perú y del Estado Plurinacional de Bolivia. Según el nuevo Centro de Análisis Marítimo y Operaciones-Narcóticos (MAOC-N), más de la mitad de todas las remesas interceptadas en el Atlántico (67 incidentes entre 2006 y 2008) partieron de la República Bolivariana de Venezuela. Por el contrario, las remesas directas desde Colombia solo ascendieron al 5%.⁷ Además, muchos vuelos no documentados salieron del país, y todas las remesas aéreas clandestinas de cocaína detectadas en el África occidental parecen haber originado en la República Bolivariana de Venezuela. También parece ser que ese país es la fuente de la cocaína que se envía por aire a pistas de aterrizaje clandestinas en Honduras, con efectos devastadores para ese país (que se exponen a continuación).

⁷ Centro de Análisis Marítimo y Operaciones-Narcóticos (MAOC-N), *Statistical Analysis Report*, Lisboa, 2009.

Fig. 1: Lugares de salida de remesas detectadas de tráfico de drogas por vía marítima de América del Sur a Europa, 2006-2008

Fuente: Centro de Análisis Marítimo y Operaciones



La República Bolivariana de Venezuela, por su parte, parece estar experimentando un notable repunte de la violencia delictiva. Es difícil hacer un seguimiento de esa tendencia ya que, después de 2003, el Gobierno de Venezuela dejó de publicar las estadísticas oficiales de delitos, aunque algunas instituciones continúan siguiendo de cerca ese problema.⁸

La tasa de homicidios en la República Bolivariana de Venezuela ha aumentado notablemente desde el fin de la guerra fría, pero especialmente desde finales del decenio de 1990.⁹ Ese aumento puede deberse a muchas razones, pero coincidió con el aumento de la intervención de grupos armados ilegales de Colombia en el comercio de cocaína. Después de 2003, esa tasa disminuyó durante un breve período cuando Colombia comenzó a reducir el tamaño de grupos armados ilegales, para repuntar posteriormente. En la actualidad, el número de homicidios es ocho veces superior al de hace dos decenios, la tasa de homicidios parece ser algo superior a 60 por 100.000 habitantes, una de las más altas del mundo. Los secuestros también parecen haber aumentado considerablemente, siendo las zonas fronterizas con Colombia las más afectadas.

Existen otros motivos de preocupación en cuanto a las posibles repercusiones del tráfico de cocaína en la estabilidad de Venezuela, que, en algunos aspectos, es una situación similar a la de Colombia. En la República Bolivariana de Venezuela han surgido grupos insurgentes, como el Frente de Liberación Bolivariano, muy similares a las FARC. Esos grupos han sido contrarrestados eficazmente por el Gobierno pero mantienen células armadas, incluidas algunas a lo largo de la frontera con Colombia, el Ecuador

⁸ Entre ellas, el Observatorio Venezolano de Violencia, de la Universidad Central de Venezuela.

⁹ Briceño-León, R., "Diez años de violencia en Venezuela" (e informes posteriores). Véase <http://www.alertavenezuela.com/documentos/getbindata.php?docid=137&fieldname=documento> y <http://informe21.com/actualidad/impunidad-corrupcion-16047-homicidios-nuestro-pais-2009-segun-informe>.

Fig. 2: Número de homicidios en la República Bolivariana de Venezuela, 1990-2009

Fuente: Observatorio Venezolano de Violencia

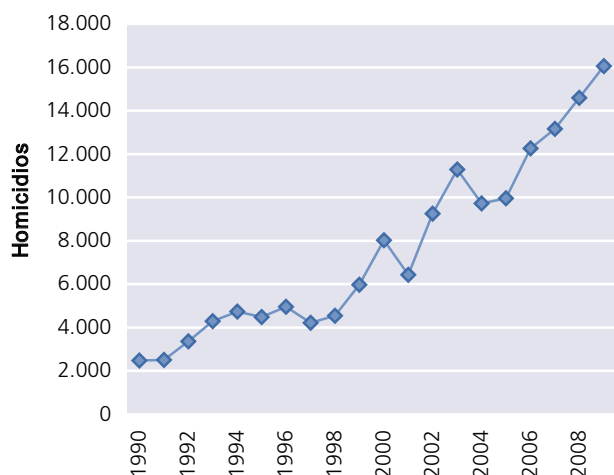
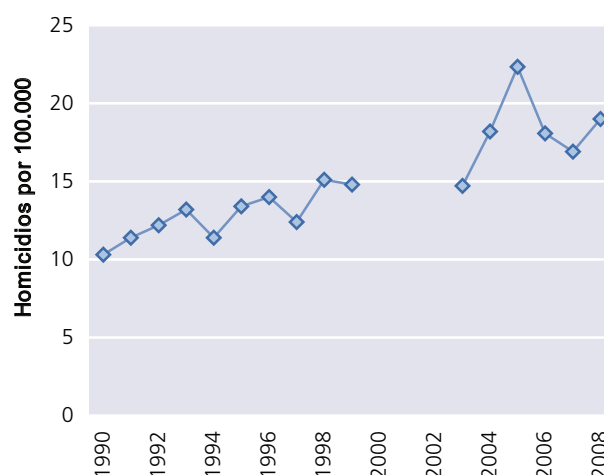


Fig. 3: Homicidios por 100.000 habitantes en el Ecuador, 1990-2008

Fuente: IADB, UNODC CTS



y el Brasil. Además, el Gobierno ha comenzado a armar y a respaldar a milicias civiles (la ‘reserva nacional’). La experiencia en otros países ha demostrado que tales medidas pueden impulsar la delincuencia organizada.

Hace ya tiempo que los traficantes utilizan el Ecuador como un corredor secundario del tráfico de cocaína a través del Pacífico, y ese problema se ha exacerbado a medida que ha aumentado la importancia del corredor marítimo del Pacífico. También ha aumentado la intervención de las FARC en el tráfico colombiano a través del Ecuador. Se considera que el 48° frente de las FARC destacado a lo largo de la frontera con el Ecuador, es crucial para las operaciones de tráfico de cocaína de grupos armados ilegales.

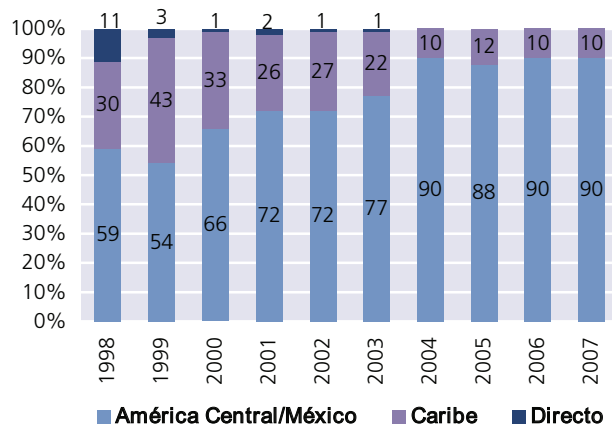
La tasa de homicidios en el Ecuador ha ido aumentando durante varios años. La situación del Ecuador es poco común ya que la tasa de homicidios en la ciudad de mayor tamaño (Quito) es generalmente menor que el promedio nacional. En 1990, la tasa provincial de homicidios más elevada en el Ecuador fue la de Los Ríos, una provincia pobre situada en el centro del país. En 1995, la tasa de homicidios más alta correspondió a Esmeraldas, una provincia costera más rica, fronteriza con Colombia y conocida por ser utilizada por los traficantes de drogas. Esmeraldas es la única provincia del país donde se ha detectado el cultivo de coca a pequeña escala. En 1999, la tasa de homicidios en Esmeraldas duplicaba con creces el promedio nacional, con 34 muertes por 100.000 habitantes,¹⁰ comparable a la tasa de Colombia en la actualidad.

3.2 Países de tránsito en el Caribe

La importancia del Caribe como ruta para la cocaína importada en los Estados Unidos ha disminuido considerablemente en los últimos 15 años. En los albores del comer-

Fig. 4: Distribución de las corrientes del tráfico de cocaína hacia el mercado de EE.UU., 1998-2007

Fuente: National Drug Intelligence Center



cio, los traficantes preferían el corredor del Caribe y desde finales del decenio de 1970 fue la ruta principal¹¹. En el decenio de 1980, la mayor parte de la cocaína que entraba en los Estados Unidos surcaba el Caribe hasta el sur estado de Florida¹². Pero el éxito de las interceptaciones, junto con el empleo de radares, obligó a los traficantes a reconsiderar sus rutas. Dado que cantidades de cocaína cada vez mayores cruzaban por la frontera sudoccidental de los Estados Unidos, carteles mexicanos arrebataron el control a sus proveedores colombianos, aumentando aún más el tráfico a través de América Central y México.

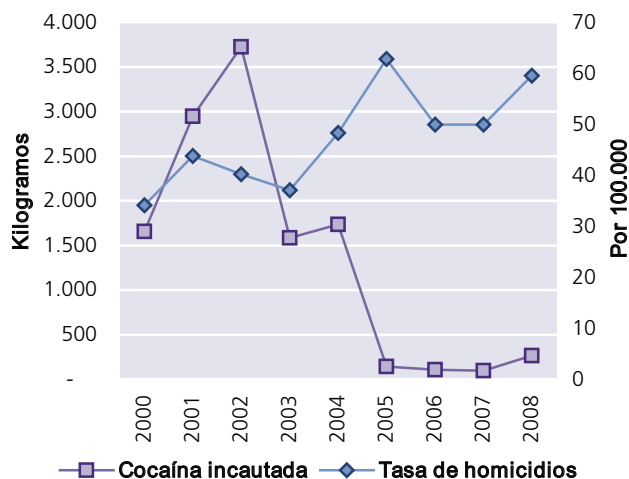
11 Declaración de James Milford, Director adjunto interino, Dirección de Lucha contra las Drogas, ante el Subcomité del Senado sobre Seguridad Nacional, Asuntos Internacionales y Justicia Penal (EE. UU.), 17 de julio de 1997.

12 Declaración de Thomas A. Constantine, jefe de la Dirección de Lucha contra las Drogas, ante la Comisión Judicial de la Cámara de Representantes, Subcomité sobre Delitos, 3 de abril de 1997.

10 Banco Interamericano de Desarrollo, “Magnitud y Tendencias de la Violencia en el Ecuador, 1990-1999” en Violencia y seguridad ciudadana, Quito: IADB, 2001.

Fig. 5: Incautaciones de cocaína y tasas de homicidio en Jamaica, 2000-2008

Fuente: UNODC



Lamentablemente, esa reducción del tráfico en el Caribe no condujo necesariamente a un aumento de la estabilidad o a una disminución de la violencia en los países de tránsito. Por el contrario, al parecer, una vez introducida la droga, la inestabilidad en el mercado puede desatar la violencia. En ese sentido, Jamaica es un buen ejemplo. Las estimaciones del flujo de cocaína a través de Jamaica descendieron del 11% del suministro de los Estados Unidos en 2000¹³ al 2% en 2005¹⁴ y al 1% en 2007.¹⁵ Ese descenso conllevó una disminución de las incautaciones en Jamaica y de las detenciones y condenas de traficantes nacionales de ese país en los Estados Unidos.¹⁶ También repercutió negativamente en la tasa de homicidios, que aumentó de 34 por 100.000 habitantes en el 2000 a 59 por 100.000 en 2008.

Este paradójico efecto obedece a razones históricas. La importancia de Jamaica como país de tránsito respecto del comercio de cocaína aumentó realmente después de las violentas elecciones celebradas en el país en 1980. Un gran número de importantes personajes mafiosos (incluidos los llamados “dones del barrio” y sus secuaces) abandonaron Jamaica con destino a Nueva York donde llegaron a ser los suministradores principales de cocaína “crack” durante su auge. Ese período de oportunidades cada vez mayores para la delincuencia fue una época de relativa calma para Jamaica. Al desaparecer ese mercado y empezar a trasladarse hacia occidente los flujos de cocaína, esos hombres regresaron

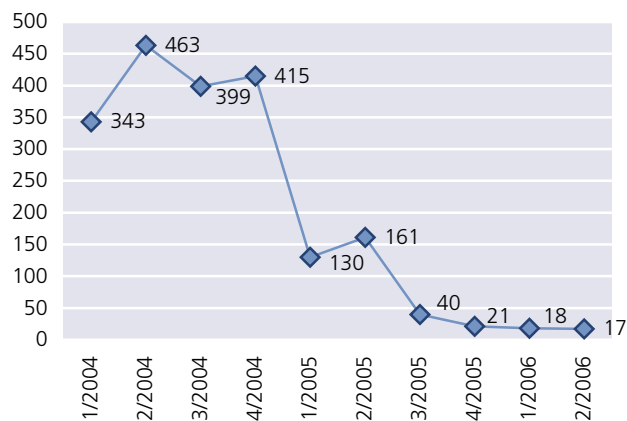
Fig. 6: Tasas de homicidios en la República Dominicana, 1991-2009

Fuente: UNODC, Base de datos internacionales de homicidios



Fig. 7: Correos detectados a su llegada a Schiphol procedentes de Curazao, por trimestre, de 2004 a mediados de 2006¹⁷

Fuente: Ministerio de Justicia de los Países Bajos



a Jamaica, donde se encontraron con un frente delictivo mucho menos organizado y en que los “dones del barrio” habían recurrido a medios más directos para generar ingresos: el delito de adquisición con violencia, incluidos la extorsión y el robo con allanamiento. En 2002, el comercio de cocaína de Jamaica sufrió otro revés gracias a los esfuerzos mancomunados de los órganos policiales de Jamaica y el Reino Unido por lo que se redujo significativamente el tráfico por correo aéreo hasta Europa. La competencia callejera por el decreciente producto del comercio ha propiciado el aumento de la tasa de homicidio; la más alta en el Caribe y una de las más altas del mundo.

Un efecto similar, aunque en menor grado, pudo haberse producido también en la República Dominicana. El por-

13 Declaración de Donnie Marshall, Director, Dirección de Lucha contra las Drogas, ante el Grupo del Senado de EE.UU. sobre Fiscalización Internacional de Drogas, 15 de mayo de 2001.

14 National Drug Intelligence Centre, *National Drug Threat Assessment 2006*. Washington, D.C.: Departamento de Justicia, 2006. National Drug Intelligence Centre, *National Drug Threat Assessment 2007*. Washington, D.C.: Departamento de Justicia, 2007.

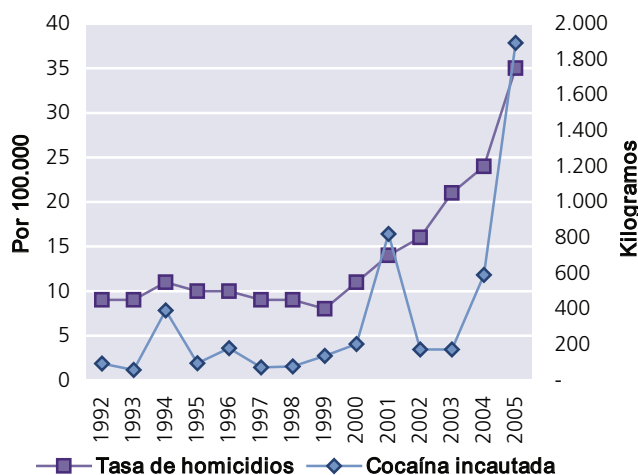
15 National Drug Intelligence Centre, *National Drug Threat Assessment 2009*. Washington, D.C.: Departamento de Justicia, 2009.

16 En 2000, las autoridades federales de los EE.UU. condenaron a 79 jamaicanos por tráfico de cocaína. En 2008, detuvieron sólo a 35.

17 El último trimestre (2/2006) tiene dos semanas menos, ya que los datos actuales solamente incluyen hasta la semana 24 de 2006.

Fig. 8: Homicidios e incautaciones de cocaína en Trinidad y Tabago, 1992-2005

Fuente: UNODC, Base de datos internacional de homicidios



centaje del suministro de cocaína a los Estados Unidos traficado a través de la Española, se redujo del 8% en el 2000¹⁸ al 2% en 2004, antes de repuntar al 4% en 2005 y al 9% en 2007¹⁹. Durante esa época, la tasa de homicidios en la República Dominicana se duplicó, de 13 por 100.000 en 2001 a 26 por 100.000 en 2005, tasa que ha permanecido alta mientras que el comercio de drogas en la República Dominicana sigue siendo inestable. Desde 2005, ha aumentado la importancia de los traficantes dominicanos en Europa siendo, actualmente los segundos, precedidos únicamente por los colombianos, entre los traficantes de cocaína extranjeros detenidos en España, el principal punto de entrada.

Otro cambio que podría haber afectado la estabilidad local es la reducción de los correos por vía aérea a través de las Antillas Holandesas. En el 2000, en el aeropuerto de Schiphol, Países Bajos,²⁰ se incautaron 4,3 toneladas de cocaína, proveniente en su mayor parte de la República Bolivariana de Venezuela a través de las Antillas Holandesas. A finales de 2003,²¹ se introdujo la estrategia “control 100%” dirigido principalmente a las drogas en lugar de a los correos.²² Como resultado, este flujo quedó prácticamente eliminado en 2006.



- 18 International Crisis Group, *Spoiling security in Haiti, Latin America/Caribbean Report núm. 13*. Bruselas: International Crisis Group, 2005.
- 19 National Drug Intelligence Centre, *National Drug Threat Assessment, 2006*. Washington, D.C., Departamento de Justicia, 2006. National Drug Intelligence Centre, *National Drug Threat Assessment, 2007*. Washington, D.C., Departamento de Justicia, 2007.
- 20 JIFE, *Annual Report of the International Narcotics Control Board*, Viena: JIFE, 2001.
- 21 National Ombudsman, *100%-controles op Schipol: Over bolletjeslikkers en onschuldige slikerdachten*, La Haya: Office of the National Ombudsman, 27 de junio de 2006.
- 22 Europol, *European Union Situation Report on Drug Production and Drug Trafficking 2003-2004*, La Haya: Europol, 2005, pág. 4.

Fig. 9: Tasas de homicidios en el Caribe (los datos más recientes disponibles)

Fuente: UNODC, Base de datos internacional de homicidios

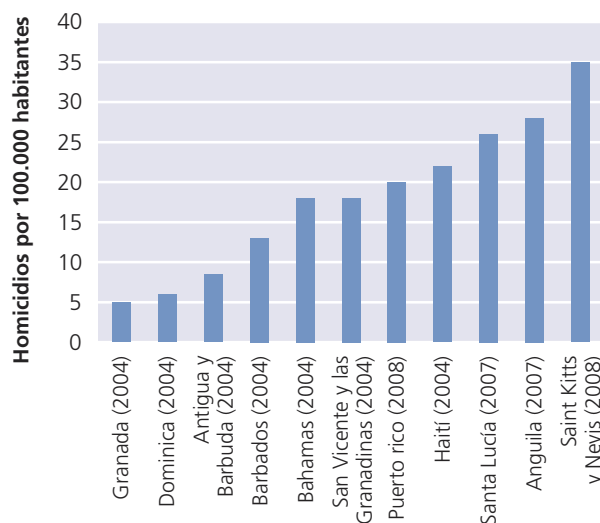
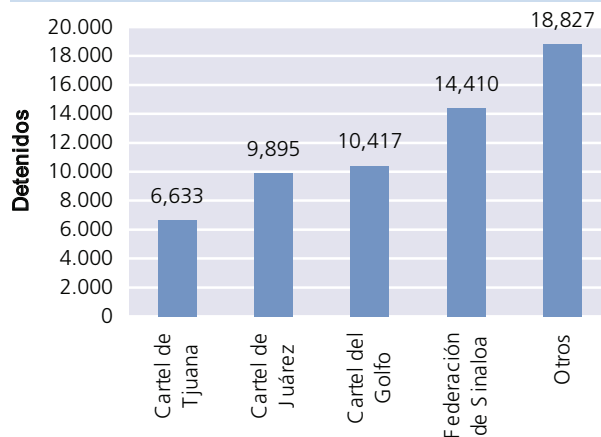


Fig. 10: Miembros de carteles y otros detenidos por delitos contra la seguridad pública (cargos por drogas) entre el 1 de diciembre de 2006 y el 15 de febrero de 2009

Fuente: Procurador General de México

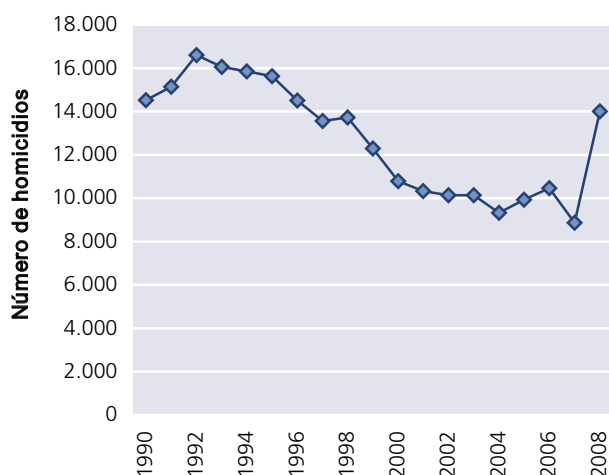


Es probable que debido a esas intervenciones parte del flujo proveniente de la República Bolivariana de Venezuela se haya desplazado a través del Caribe hasta Trinidad y Tabago, país que registró un marcado aumento de las incautaciones entre 2000 y 2005. Paralelamente, la tasa de homicidios en ese país se triplicó. Actualmente, las incautaciones han disminuido, pero la tasa de homicidios sigue siendo alta: 40 por 100.000 en 2008.

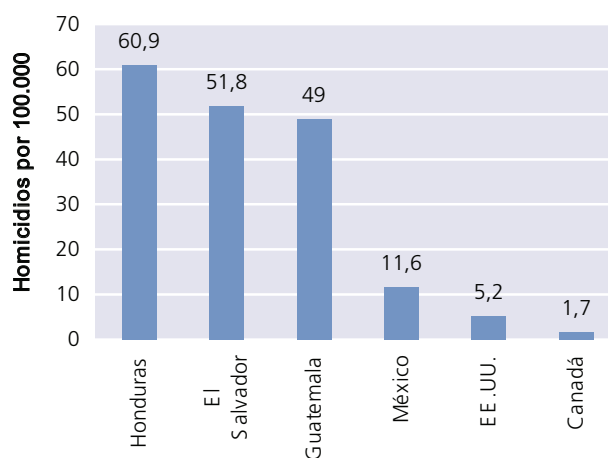
Además, no hay explicación sencilla para las muy altas tasas de homicidios de otros países caribeños salvo el comercio de drogas, en particular, dadas las tasas relativamente bajas de países vecinos.²³



- 23 Debido a su reducida población, las tasas de homicidios en las más pequeñas suelen ser muy variables, por lo que no se presentan datos sobre tendencias. Algunas de estas tasas fueron más altas últimamente.

Fig. 11: Número de homicidios en México (datos de salud pública), 1990-2008Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía²⁴**Fig. 12: Tasas comparativas de homicidios a nivel regional en 2008, determinados países de América**

Fuente: UNODC, Estadísticas Internacionales de Homicidios



3.3 Países de tránsito en Mesoamérica

A medida que los traficantes mexicanos arrebataban a los colombianos los tramos de mayor valor de la cadena del tráfico, el propio México se ha convertido en la vía más importante para la cocaína que entra los Estados Unidos. Actualmente, se trafican más 200 toneladas de cocaína a través de América Central y México anualmente, lo que devenga a los 'carteles' regionales unos 6.000 millones de dólares de los Estados Unidos. Así pues, los que controlan partes de la frontera mexicana por la que atraviesa la mayor parte de la droga han obtenido riquezas y poder comparables a las de los carteles colombianos en su apogeo. Esos grupos controlan suficientes hombres y armas, incluido armamento militar y explosivos, para desafiar al estado si se sienten amenazados. También poseen fondos para sembrar la corrupción generalizada y a los niveles más altos.

Afortunadamente, el Gobierno de México cuenta con varias ventajas, incluso muchos más recursos, que no tenía el Gobierno de Colombia. Por otra parte, la violencia, aunque alarmante en algunas zonas, es insignificante comparada con la de Colombia, incluso en la actualidad. Es muy probable que el efecto de las actividades de represión en México sea similar al de Colombia y los carteles, por poderosos que sean, serán desmantelados, además, a diferencia de Colombia, no existen grupos armados ilegales comparables que puedan hacerse con el botín que pudiera quedar.

En los últimos años, se han detenido en México más de 40.000 miembros del 'cartel' de la droga, incluidos muchos jefes de esas organizaciones. En 2009, México extraditó a 107 delincuentes a los Estados Unidos, incluidos personajes clave de carteles, técnica que resultó crucial para desm-

antelar los grandes carteles en Colombia. La decapitación de los carteles mexicanos ha recrudecido la violencia dentro de los carteles y entre ellos, mientras que los supervivientes maniobran para ganar una posición y aprovechar las debilidades de sus rivales. El número de homicidios se ha disparado, pero la tasa (aproximadamente 12 por 100.000 en 2008) sigue siendo relativamente baja y es casi la misma que la registrada a mediados del decenio de 1990. La mayoría de las víctimas parecen ser miembros de carteles, violencia que ha reducido aún más el suministro de cocaína a los Estados Unidos, y un torbellino del que difícilmente podrán escapar los carteles.

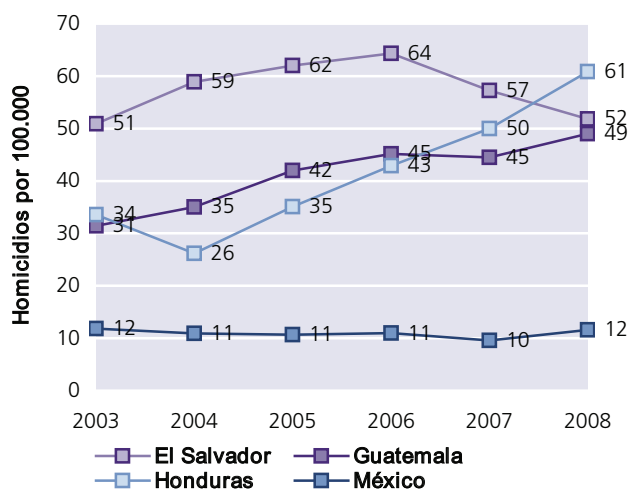
En México, el comercio de cocaína está dominado por una serie de carteles que compiten por controlar cruces de fronteras y rutas de tráfico. La dirección, el territorio y la estructura de esos grupos han cambiado con el tiempo a medida que los conflictos internos y entre carteles, así como los esfuerzos de represión, obligan a hacer reajustes. A principios de 2010, los carteles dominantes eran los siguientes:

- La Federación de Sinaloa, dirigida por Joaquín "El Chapo" Guzmán, multimillonario y el hombre más buscado en México;
- El Cartel del Golfo, en su día la organización delictiva más poderosa de México y actualmente debilitada por la desertión de Los Zetas;
- Los Zetas, fundada cuando un grupo de soldados de las fuerzas especiales desertó del Cartel del Golfo y actualmente opera como organización traficante a título propio;
- El Cartel de Juárez, también conocido como Organización Carrillo Fuentes, que lucha por mantener el control sobre su plaza (territorio del contrabando) en Ciudad Juárez, la ciudad más afectada por la violencia de los carteles;

²⁴ Base de datos en línea del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (véase <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/bd/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144>).

Fig. 13: Tendencias de la tasa de homicidios en Mesoamérica (por 100.000 habitantes), 2003-2008

Fuente: Estadísticas Internacionales de Homicidios de la UNODC



- El Cartel de Tijuana, también conocido como Organización Arellano Félix que, igualmente, lucha por mantener el control sobre la plaza de Tijuana;
- La Organización Beltrán Leyva, una fracción del cartel de Sinaloa, actualmente debilitado por recientes detenciones o asesinatos de tres de los cinco hermanos Beltrán Leyva; y
- La Familia Michoacana, una fracción de Los Zetas radicada en Michoacán aunque se está expandiendo. Conocida por su afición a la decapitación, su ideología cuasi-religiosa y su dominio sobre la producción de metanfetaminas.

Quizás debido a la reciente caída del comercio de cocaína, esos grupos se están dedicando cada vez en mayor medida a otras actividades de la delincuencia organizada, como la trata de personas, los secuestros y la extorsión, delitos que eran frecuentes en México antes de la intervención de los carteles en ese comercio. La Familia, que hermana una extraña ideología en la que se combinan aspectos del cristianismo evangélico con el populismo revolucionario, es el ejemplo más extremo, imponiendo 'gravámenes' a los negocios ubicados en las zonas que controlan y participando en manifestaciones públicas de violencia para vencer la resistencia.

La ciudad más violenta en México ha sido la plaza de Juárez con tasas de homicidios entre las más altas de la región. Al igual que en Jamaica, los homicidios en Juárez se intensificaron cuando al aumentar la presencia de la seguridad se detuvo el flujo de cocaína a través de la ciudad. Los miembros de las bandas callejeras que trabajaban para los carteles se vieron sin ingresos y recurrieron al delito de adquisición con violencia.

La lucha en México ha despertado mucha atención, aunque mucha menos respecto de una zona mucho más amenazada: América Central. Al aumentar la intercepción

marítima y estar el propio México más disputado, una parte cada vez mayor de la cocaína con destino al norte se trafica a través del norte de América Central, a saber, El Salvador, Honduras, Guatemala y Belice. Las tasas de homicidios en estos cuatro países son entre tres y cinco veces superiores a las de México, y tanto la economía como el estado ya no son tan potentes ni resistentes.

El Triángulo Septentrional de América Central aún no se ha recuperado de las brutales guerras civiles en Guatemala (1960-1996) y El Salvador (1980-1992). La región padece una de las distribuciones de ingresos más desiguales del mundo, solo comparable con las del África meridional o los países andinos. Desde hace tiempo, las pequeñas élites que trabajan con ejércitos poderosos han dominado los países de esa región, exportando productos agrícolas y desarrollando su actividad por medio de otras empresas de gran densidad de mano de obra. La amenaza de un repunte de la inestabilidad y los conflictos sigue presente. Guatemala sigue enfrentándose al antiguo problema de la 'justicia de los vigilantes' como respuesta a la falta de presencia policial en gran parte del país. En 2009, Honduras sufrió un golpe de estado cuando el presidente en funciones trató de obtener el apoyo del pueblo para prorrogar su mandato.

Como resultado de ese legado de violencia, inestabilidad y desigualdad, el Triángulo Septentrional de América Central tiene la tasa de homicidios más alta de cualquier región del mundo, y tasas muy elevadas de otras formas de delincuencia violenta. También ha padecido la violencia política y en ocasiones es difícil establecer una diferencia entre la violencia delictiva y la violencia política. Los países situados al sur de América Central no parecen estar tan afectados por el tráfico de drogas como los del norte, y sus tasas de homicidios no son comparables, pese al historial de violencia política en países como Nicaragua.²⁵

Pese a lo que cabría esperar, las tasas de homicidios más altas de esos países no corresponden a sus ciudades más grandes. Por el contrario, sus tasas corresponden a provincias con un valor estratégico para los traficantes rivales. Por ejemplo, la provincia de Petén en Guatemala es rural y principalmente autóctona, dos características que se correlacionan negativamente con la violencia en otras partes del país. Aunque es también una importante zona de tráfico de drogas donde pistas de aterrizajes en la selva proporcionan un fácil acceso a la frontera mexicana. También puede ser una zona de disputa en que tanto es zona de interés para los Zetas como para la Federación de Sinaloa. Probablemente esas sean las razones por las que las tasas de homicidios en esa región sean las más altas del país.

Otras provincias tienen la desgracia de poseer puertos clave para los traficantes, como las provincias de Atlántida en Honduras, Sonsonate en El Salvador, Escuintla en Guatemala y Michoacán en México. El número de homicidios ha ido aumentando con el tiempo a medida que aumentaba el

²⁵ Existen excepciones en zonas muy afectadas por el tráfico de drogas. Por ejemplo, la tasa de homicidios en Panamá en 2006 fue de solo 11 por 100.000, pero la tasa en Ciudad Panamá fue de 30 por 100.000.

Mapa 2: Tasas de homicidios en América Central, 2009

Fuente: Fuentes oficiales



tráfico de cocaína a través de esa región. También parece que los carteles mexicanos están resolviendo sus desavenencias en tramos más altos de la cadena de tráfico, pagando a sicarios para que desbaraten las operaciones de sus rivales.

Honduras despunta, lamentablemente por tener la tasa de homicidios de mayor crecimiento en la región, lo cual podría estar relacionado con el hecho de que el país se utilice cada vez más como base de aterrizaje de los aviones cargados de cocaína procedentes de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela. También en Venezuela se encuentra la provincia con la tasa más alta de homicidios de la región: Atlántida, donde 1 de cada 1.000 personas fue asesinada el último año. La capital de Atlántida es La Ceiba, un puerto muy conocido por su utilización por los traficantes de cocaína, y sus pistas de aterrizaje clandestinas.²⁶ En diciembre de 2009, el General Aristides González, Director General de la oficina nacional de lucha contra el

tráfico de drogas, fue asesinado. El General había iniciado una campaña contra los aeropuertos no autorizados detectados en todo el país, algunos de los cuales, parecen estar vinculados a la Federación de Sinaloa. Antes de ser asesinado, había confiscado una importante pista y amenazó con tomar medidas contra todos los propietarios de terrenos donde hubiera pistas de aterrizaje.

Los grupos activos en esa región no están tan bien definidos como los de México. La responsabilidad de casi todas las formas de delito en la región generalmente recae en dos confederaciones de bandas callejeras fundadas por deportados de los Estados Unidos: la Mara Salvatrucha (MS13) y Calle 18 (M18). Pero existen pocas pruebas de que esos grupos, integrados por jóvenes de la calle centrados fundamentalmente en asuntos vecinales, estén involucrados en el tráfico transnacional de drogas a gran escala. La mayoría de ellos radica en ciudades del interior del país, lejos de las rutas marítimas por las que fluye la mayor parte de la cocaína que llega a México. Ciertamente, participan en las ventas callejeras, dentro de las zonas que controlan, pero su capacidad de participar en el contrabando transnacional es

²⁶ La Ceiba fue considerada como el principal puerto para el tráfico de drogas por la Dirección de Lucha contra las Drogas de los EE.UU. desde principios de 2001. (Véase: http://www.hawaii.edu/hivan-daids/Honduras_Country_Brief_Drug_Situation_Report.pdf.)



cuestionable. Es probable que algunos miembros sean reclutados como matones de organizaciones mexicanas. Sin embargo, frecuentemente se tatúan el rostro como muestra de compromiso con la banda, por lo que no son idóneos para operaciones cara al público o las autoridades. En el pasado, los maras participaron en violencia gratuita, incluido el asesinato aleatorio de civiles, pero hay pocos indicios de que, aparte de evitar la injerencia de la policía en sus asuntos, tengan algún tipo de programa político.

Por el contrario, las repetidas detenciones de altos cargos de la policía y el ejército indican que los principales traficantes en América Central son mucho más sofisticados que las bandas callejeras y que están vinculados con algunos miembros de las elites gobernantes, más que con los bajos fondos. Asimismo hay cada vez más pruebas de la infiltración de carteles mexicanos en América Central, especialmente Los Zetas en Guatemala y la Federación de Sinaloa en Honduras.

Tanto en México como en América Central, los grupos de traficantes han pasado a la ofensiva asesinando a varios destacados funcionarios de la ley que osaron oponerseles. Por ejemplo, en diciembre de 2009, el jefe del organismo que lucha contra las drogas de Honduras fue asesinado, al igual que el jefe de la policía federal de México en 2008. Además, la delincuencia organizada ha hecho blanco de simples policías en asesinatos de retaliación. En junio de 2009, 12 agentes de la policía federal fueron torturados y asesinados y sus cuerpos lanzados a la basura cuando la policía mexicana detuvo a un miembro de alto rango de La Familia Michoacana. Los civiles también han sido objeto de violencia ejemplar, como los ataques con granadas durante la celebración del Día de la Independencia en Morelia en 2008.

En todos esos países se ha detectado la corrupción relacionada con la cocaína en los más altos niveles, en ocasiones con inclusión de jefes de la policía nacional y organismos de lucha contra las drogas. Por ejemplo, la policía de Guatemala ha sido sometida a una larga serie de purgas y reformas. En agosto de 2009, el Presidente Colom despidió al director general de la policía nacional, su asistente, su jefe de operaciones y su jefe de investigaciones, tras la desaparición de grandes cantidades de cocaína y dinero en efectivo. Anteriormente, en 2005, el país sufrió la humillación de ver cómo altos funcionarios antidroga eran detenidos por un gobierno extranjero: el jefe del organismo de lucha contra las drogas, su asistente y otros funcionarios de alto nivel fueron detenidos por tráfico de drogas tras haber sido recabada su presencia en los Estados Unidos para un supuesto adiestramiento. La dependencia de lucha contra las drogas que dirigían era una adaptación de un organismo anterior que había sido desmantelado tras la detención de miembros por actividades similares. El organismo fue reestructurado en 2009.

La Comisión de las Naciones Unidas contra la Impunidad en Guatemala (CICIG) contribuyó con las investigaciones a raíz de las cuales fueron destituidos de sus cargos el director nacional de la policía civil, su director adjunto, el fiscal

general, el procurador principal, el jefe del instituto de defensa pública y tres jueces del tribunal supremo. Esas investigaciones contribuyeron también a la formulación de cargos contra el ex Presidente (Antonio Portillo), el ex ministro de defensa (Eduardo Arévalo Lacs), el ex ministro de hacienda (Manuel Maza Castellanos), dos directores en funciones de la policía, el director del Departamento de Investigación y Análisis Anti-narcóticos y un general de división (Enrique Ríos Sosa, hijo del ex dictador Efraín Ríos Montt).

Asimismo, en agosto de 2008, el Gobierno de México inició la "Operación limpieza" con el objetivo de sanear los rangos más altos de la policía de la corrupción de los carteles. La operación culminó con el encarcelamiento del comisionado interino de la Policía Federal y el jefe interino de la división antinarcóticos, entre otros. Ese mismo mes, el jefe de la policía de El Salvador dimitió cuando dos de sus más altos asistentes fueron acusados de estar vinculados con la droga. La corrupción se extiende más allá de la policía y en ella se han visto implicados otros funcionarios de la justicia penal, legisladores y miembros del gobierno local y estatal.

Ahora bien, esta situación es compleja: las acusaciones de complicidad con las drogas pueden utilizarse para librarse de oponentes y algunos de los asesinados por los traficantes pueden haber sido tildados de colaboradores. El hecho de que se siga detectando corrupción a altos niveles y destituyendo a funcionarios de sus cargos demuestra que la lucha continúa y avanza.

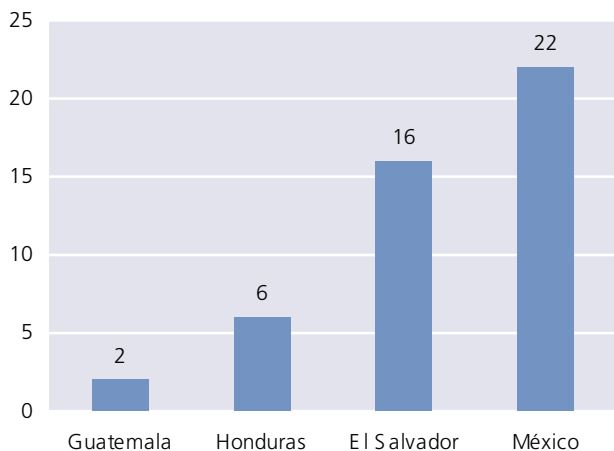
Algunos han argumentado que la violencia en México está vinculada a los esfuerzos del Gobierno por poner fin al comercio de la droga, y no al comercio propiamente dicho. Si bien es cierto que la represión puede crear una inestabilidad en los mercados de la droga que puede conducir a la violencia, la represión en países como Guatemala es mucho más débil y la tasa de homicidios es por lo menos cuatro veces superior. Además la mayoría de los muertos en las 'guerras de los carteles' son miembros de los propios carteles que pugnan por las rutas de tráfico. Esos grupos han demostrado su capacidad de diversificar sus operaciones hacia otras esferas delictivas y las recientes pérdidas de ingresos de la cocaína no han hecho más que intensificar la violencia. Una política de apaciguamiento no es viable: no se puede permitir que esas personas, y los funcionarios corruptos que las apoyan permanezcan en sus cargos. El tratamiento es doloroso, pero la alternativa sería la pérdida del propio paciente.

Esa descripción podría parecer una exageración, pero muchos de los que han estado estrechamente a actividades de represión en la región concuerdan con esa opinión. En diciembre de 2008, el jefe de la CICIG señaló, que "Si las autoridades de Guatemala no pueden poner fin a la infiltración de los carteles mexicanos de la droga, en dos años se apoderarán de Ciudad Guatemala."²⁷ El Presidente

27 Painter, J., "Guatemala fears Mexico drug spillover". *BBC News*, 17 de diciembre de 2008: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7786392.stm>.

Fig. 14: Detenciones por tráfico de drogas por 100.000 habitantes, 2008

Fuente: UNODC, DELTA



Colom, en respuesta a la violencia, ha emitido una serie de órdenes de 'estado de prevención' mediante las cuales se limitan temporalmente las libertades constitucionales en determinadas partes del país. Además, se han perpetrado ataques contra líderes sindicales, medioambientales y defensores de los derechos humanos.²⁸ Si bien Guatemala parece ser el país más afectado, sus problemas no son únicos y la estabilidad de todos los países de esa región requiere el control de la delincuencia organizada transnacional.

Para lograrlo, los países necesitan apoyo para reforzar la represión y la gobernanza. Pero más importante aún, necesitan la asistencia de la comunidad internacional para hacer frente a las corrientes transnacionales que afectan a sus países. Las guerras de la droga a que se enfrentan se alimentan del comercio de cocaína a lo largo de toda la región. Los matones en México están armados, en su mayor parte, con armas traficadas desde el norte, aunque posiblemente también desde el sur. Para hacer frente a esas amenazas se requiere la consolidación institucional nacional así como una estrategia mundial para abordar las corrientes pertinentes del tráfico ilícito.

3.4 Países de tránsito en el África occidental

El África occidental es una de las regiones más pobres y menos estable de la Tierra. Solo tres de los 16 países de esa región²⁹ no figuran en la lista de 'países menos adelantados de las Naciones Unidas, incluidos los cinco países con los niveles más bajos de desarrollo humano. El África occidental ha sufrido por lo menos 58 golpes e intentos de golpes de estado, incluso algunos el último año. Aún existen muchos grupos rebeldes activos en la región.

²⁸ Federación Internacional de Derechos Humanos, Observatorio para la Protección de los Defensores de los Derechos Humanos, *Annual Report 2009 – Guatemala*, 18 de junio de 2009, disponible en: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4a5f301521.html>.

²⁹ A los fines del presente debate, la CEDEAO más Mauritania, ex miembro de la CEDEAO.

Actualmente, de las 15 naciones de la Comunidad Económica de los Estados del África Occidental (CEDEAO), casi la mitad ha sufrido alguna forma de inestabilidad. Se observan insurgencias de larga data en Côte d'Ivoire, el Senegal, Malí, Níger y, hasta cierto punto, Nigeria. Tanto Sierra Leona como Liberia se están recuperando de brutales guerras civiles. Según una reciente clasificación de los 25 países con mayor riesgo de inestabilidad en todo el mundo, nueve de ellos pertenecen al África occidental, a saber, Níger, Malí, Sierra Leona, Liberia, Mauritania, Guinea-Bissau, Côte d'Ivoire y Benín.³⁰

En torno a 2004, se detectó por primera vez el tráfico de cocaína a gran escala a través del África occidental, lo que es sintomático de un cambio en el centro de gravedad del mercado mundial desde los Estados Unidos hacia Europa. Traficantes del África occidental llevan ya tiempo dedicándose a la importación y comercialización de cocaína en pequeña escala en Europa, así como en muchas otras partes del mundo. Aproximadamente en ese año, personas radicadas en el África occidental comenzaron a ofrecer asistencia logística a traficantes sudamericanos para organizar el envío de remesas por mar hacia Europa desde, al menos, dos centros: uno en Guinea-Bissau y Guinea, en el norte y uno en el Golfo de Benín, en el sur, ambos con la participación de traficantes nigerianos.

Los buques madres procedentes de América del Sur podían descargar su mercancía en embarcaciones costeras más pequeñas y la cocaína podía almacenarse, reempaquetarse y reenviarse a compradores europeos desde ese lugar estratégico. Se cree que, a cambio de sus servicios, los traficantes del África occidental recibían un pago en especie: podían quedarse con la tercera parte de la remesa y traficarla por su cuenta, lo cual hacían principalmente por medio de correos en vuelos comerciales.

En el 2008, la situación comenzó a cambiar. La mayor conciencia internacional respecto de esa amenaza dificultó más el tráfico a través del África occidental. Además, una serie de acontecimientos cambiaron el panorama político en el centro norteño:

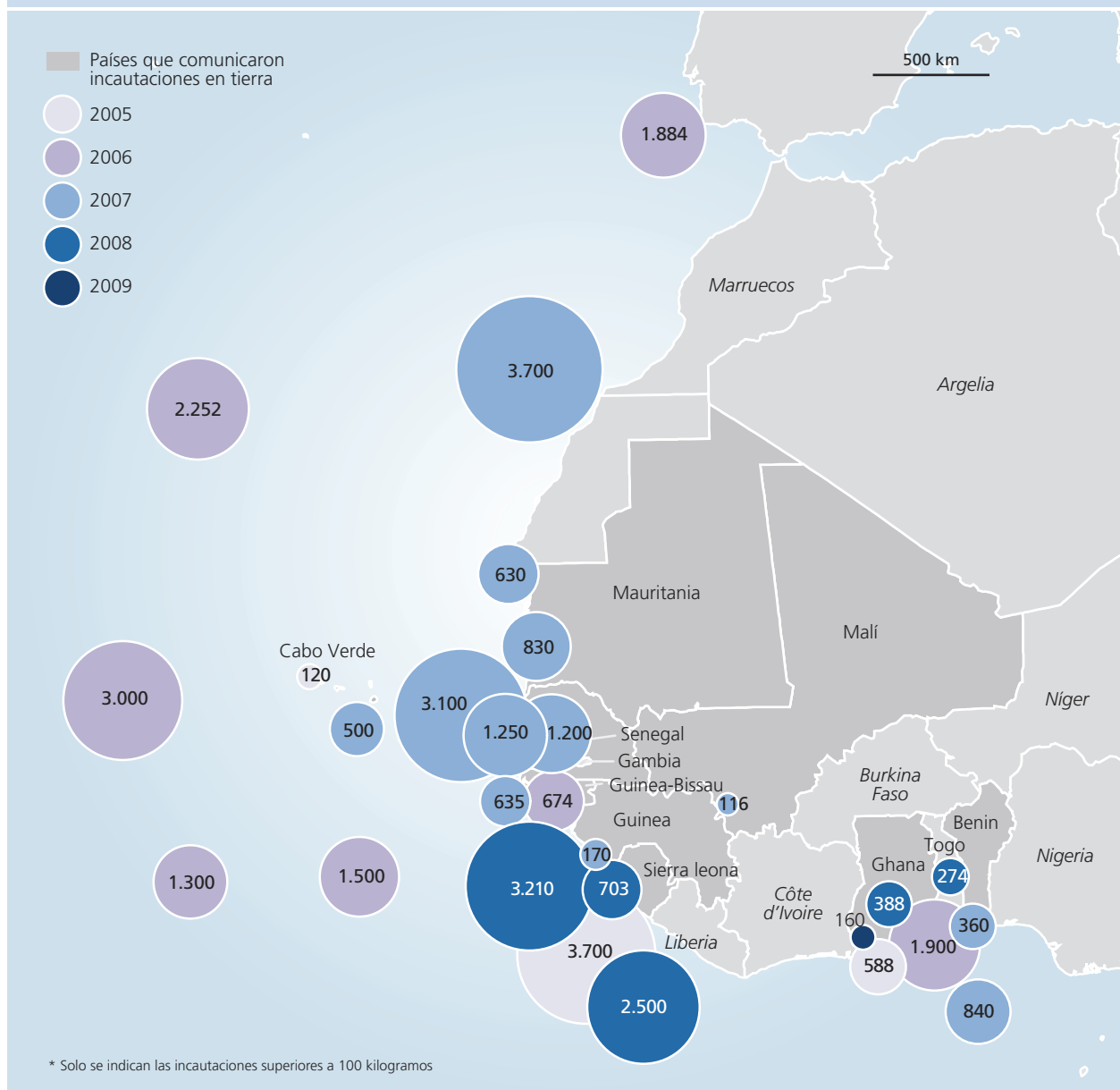
- En agosto de 2008, el jefe de la marina de Guinea-Bissau huyó del país tras haber sido acusado de organizar un golpe de estado.
- En diciembre de 2008, el hombre que había gobernado a Guinea durante 24 años falleció y un conciliábulo militar asumió el control del país, deteniendo posteriormente a dos hijos de aquel hombre y a varios destacados funcionarios por tráfico de drogas.
- En marzo de 2009, el jefe del ejército de Guinea-Bissau fue asesinado y, poco después, en clara represalia, lo fue también el presidente.

Independientemente del motivo a finales de 2008, tanto las incautaciones marítimas como las incautaciones de vuelos originados en el África occidental cesaron prácticamente.

³⁰ Hewitt, J., J. Wilkenfeld y T. Gurr, *Peace and Conflict 2010*. Center for International Development and Conflict Management, Universidad de Maryland, 2010.

Mapa 3: Lugar de las incautaciones de cocaína (cantidad en kilogramos*)

Fuente: UNODC



Sin embargo, es probable que parte del tráfico trasatlántico se hiciera en aviones privados. En noviembre de 2009, un Boeing 727 apareció ardiendo en la región central de Malí. Al parecer el avión partió de la República Bolivariana de Venezuela y transportaba cocaína. Es probable que algunas cantidades se trafiquen por medios todavía desconocidos. El comercio de cocaína a través del África occidental no ha cesado, pero, evidentemente, a una tasa reducida de, quizás, 25 toneladas al año, con un valor en el mercado al por menor de 6.800 millones de dólares de EE.UU. en el país de destino en 2008. Sin embargo, existe información anecdótica de círculos policiales en el sentido de que probablemente el tráfico de cocaína a través de África occidental haya repuntado a finales de 2009.

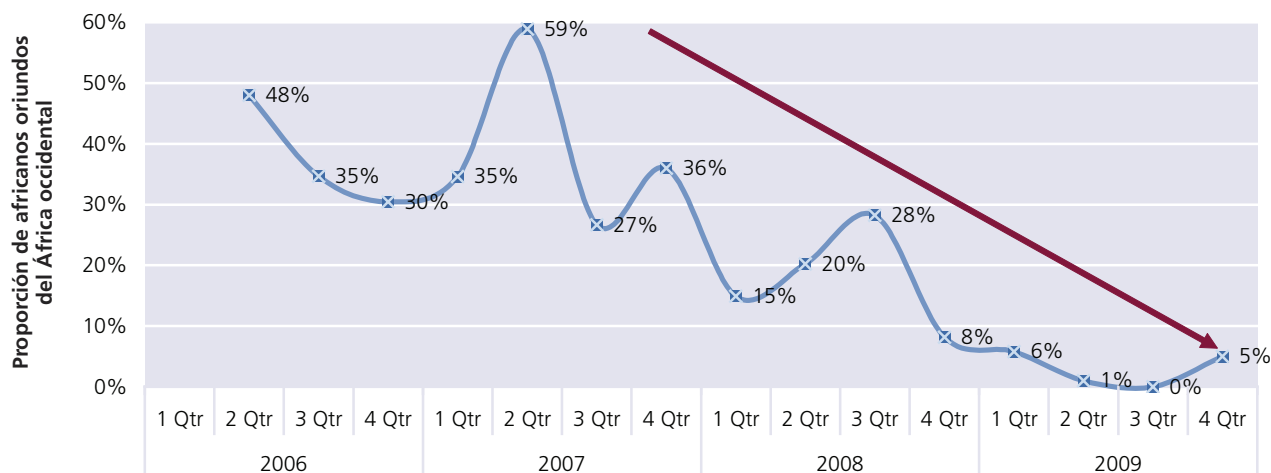
El mayor peligro que supone la cocaína es su enorme valor

en comparación con el de las economías locales. Ello permite a los traficantes penetrar los más altos niveles militares y de gobierno. Los agentes de represión pueden recibir ofertas muy superiores a lo que podrían ganar durante toda su vida, simplemente por hacer la vista gorda. Esa extraordinaria ventaja ha permitido a los traficantes operar con muy poca resistencia del estado y, por ende, prácticamente sin necesidad de recurrir a la violencia. Sin embargo, parece haberse desatado cierta violencia en círculos elitistas debido a la pugna de rivales por el acceso a esas ganancias.

Guinea-Bissau es un ejemplo, siendo uno de los primeros países de la región afectados por el comercio de cocaína y, debido al reducido volumen de su economía (su PIB era 400 millones de dólares de los EE.UU. en 2008), fue el más afectado. Al parecer, el ejército, monopolizó rápidamente el

Fig. 15: Proporción de los correos de cocaína detectados en determinados aeropuertos de Europa provenientes del África occidental, por trimestres, 2006-2009

Fuente: Base de datos IDEAS



comercio de drogas quedando bajo control de funcionarios de alto rango del ejército, esos funcionarios han amenazado a todos los que osan hablar de su involucración.

A partir de 2007, funcionarios de alto nivel, incluidos el Ministro del Interior y el jefe de la Policía Judicial, han acusado al ejército de dirigir el comercio de las drogas. Se han detectado la llegada de drogas a pistas de aterrizaje militares, se ha detenido a oficiales del ejército en posesión de cientos de kilogramos de cocaína y se han producido varios enfrentamientos armados entre la policía y el ejército motivados por remesas de drogas. Las drogas incautadas por la policía han sido confiscadas por el ejército y posteriormente han desaparecido. Los soldados acusados, así como los traficantes extranjeros, han sido puestos en libertad. En julio de 2008, tanto el Fiscal General como el Ministro de Justicia afirmaron haber recibido amenazas de muerte relacionadas con investigaciones de incautaciones de cocaína³¹. Varios periodistas y activistas han tenido que abandonar el país o esconderse después de recibir amenazas de muerte por informar sobre la involucración del ejército en el tráfico de drogas. Tanto el (entonces) jefe del ejército (Batista Tagme na Wai) como el jefe de la marina (Jose Bubo Na Tchuto) parecen haber estado involucrados en el envío de esas amenazas³².

Tagme na Wai murió asesinado en marzo de 2009 en un ataque del que sus hombres culpan al presidente en servicio, João Vieira. En un acto de represalia, atacaron el palacio presidencial y asesinaron al presidente. Tagme na Wai había acusado a Vieira de participar en el tráfico de drogas antes de las elecciones de 2008, pero, al parecer, los ataques fueron resultado de una antigua rivalidad entre ambos hombres.

31 BBC News, *Fear after Bissau death threats*. 1 de agosto de 2008.

32 Vincent, L. *Guinea-Bissau: Cocaine and coups haunt gagged nation*. París: Reporters without Borders, noviembre de 2007.

Bubo Na Tchuto tuvo que huir del país en agosto de 2008, tras haber sido acusado de participar en un golpe de estado para derrocar a Vieira. Se refugió en Gambia, donde fue acusado de participar en actividades ilícitas. A su regreso a Guinea-Bissau, en diciembre de 2009, se refugió en el recinto de las Naciones Unidas. El 1 de abril de 2010, soldados leales a Bubo Na Tchuto, incluido el jefe adjunto del ejército (Antonio Ndjai), tomó de rehén al Primer Ministro y expulsó al jefe del ejército, sustituyéndolo por Ndjai. Esto permitió que el ex jefe de la marina saliera del recinto de las Naciones Unidas y asumiera la función de adjunto de Ndjai.

El 8 de abril de 2010, el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos calificó a Bubo Na Tchuto de capo de la droga, congeló sus activos controlados en los Estados Unidos y prohibió a los ciudadanos estadounidenses realizar cualquier tipo de transacción económica con él. El actual jefe del Estado Mayor de las Fuerzas Aéreas, Ibraima Papa Camara, fue igualmente calificado de capo de la droga. En resumen, en abril de 2010, las fuerzas armadas de Guinea-Bissau estaban controladas por personas calificadas de traficantes de drogas por el Gobierno de los Estados Unidos y sus asociados. Si esas acusaciones son ciertas, es muy probable que el centro del tráfico de cocaína en el norte repunte.

Guinea-Bissau no es el único país en esa situación. En Guinea, la guardia presidencial, con uno de los hijos del presidente a la cabeza, parece haber estado involucrada en el tráfico de drogas, junto con varios altos funcionarios de la seguridad pública que utilizaban las valijas y los pasaportes diplomáticos para trasladar las drogas. Otro de los hijos del Presidente también fue acusado del mismo cargo: ambos fueron detenidos cuando su padre murió a finales de 2009. El líder del golpe, Moussa Dadis Camara, fue asesinado a tiros posteriormente por su asistente de campo, el Teniente Aboubacar (Toumba) Diakete.



Tras los disturbios en Guinea-Bissau y Guinea, el centro de operaciones fue reubicado a Gambia, país donde se refugió Bubo Na Tchuto. En Gambia, en marzo de 2010, el presidente ordenó la detención de 11 funcionarios del más alto nivel de la policía del país por sus relaciones con el tráfico de drogas, entre ellos el Director de la Dirección Nacional de Lucha contra las Drogas, su vicedirector y su jefe de operaciones, el jefe de la Policía Nacional y su asistente, el jefe de la marina, el vicejefe del ejército y el Ministro de Pesca. En Sierra Leona, el Ministro de Transporte renunció después de que se hubiese relacionado a su hermano con la incautación de cocaína más grande del país.

Aparte de algunos asesinatos de personas de alto nivel, es difícil medir la repercusión del comercio de drogas en los niveles de violencia locales, debido a la dificultad de obtener datos actuales fiables sobre homicidios en el África occidental. Sin embargo, dado que es sabido que el comercio de drogas penetró los más altos niveles del gobierno, es poco probable que se desate un conflicto generalizado por los mercados de cocaína, ya que serían pocos los que osarían desafiar a las autoridades reinantes. Por el contrario, es probable que la violencia sea intermitente, en respuesta a los cambios de poder dentro de las estructuras responsables. No es necesario recurrir a la violencia cuando basta la corrupción.

Asimismo, cuando las autoridades estatales dominan el comercio en algunos países, quizás no sea sorprendente que existan pocas pruebas de la intervención de insurgentes en el negocio de las drogas. Se ha alegado que los rebeldes en el norte de Malí y Níger, así como militantes políticos de Argelia, han intervenido en el tráfico a través del Sahara, pero se dispone de muy pocas pruebas sobre esa corriente. Cabe también la posibilidad de que algunos grupos militantes inactivos en el África occidental se revitalicen hasta cierto punto con el comercio pero, también en ese caso, hay pocas pruebas al respecto.

Los países del África occidental necesitan ayuda para fortalecer su capacidad para enfrentarse a la delincuencia organizada transnacional. Los últimos esfuerzos realizados contra el comercio de cocaína, y el respaldo de la comunidad internacional, han dado resultados prometedores. Pero, rica o pobre, no hay región en el mundo que pueda protegerse totalmente frente a la delincuencia organizada transnacional. El África occidental sigue siendo especialmente vulnerable, y la región se seguirá enfrentando a posibles problemas de gobernanza y estabilidad si no se abordan los mercados de contrabando transnacional.

3.5 Conclusión

En el presente capítulo se han ilustrado las formas en que el tráfico de drogas puede ser un síntoma y un factor de la inestabilidad de las regiones de tránsito en todo el mundo. Tanto el tráfico de drogas como el conflicto socavan el estado de derecho y, combinados, pueden repercutir en las perspectivas de paz y prosperidad a largo plazo. La violencia asociada al comercio de cocaína podría equipararse a una guerra civil en las zonas más afectadas. Si ese problema no

se resuelve, la riqueza derivada de las drogas puede comprar las armas y la influencia necesarias para alterar el curso de los acontecimientos políticos, especialmente en las regiones más pobres.

Sin embargo, el efecto concreto del tráfico de cocaína en una zona determinada depende de sus circunstancias. En Colombia, los poderosos traficantes eran una amenaza directa al Estado y, una vez derrotados, grupos armados ilegales financiados por las drogas les tomaron el relevo. La represión directa y la cooperación internacional parecen haber cambiado la situación, pero la batalla está todavía lejos de haberse ganado. Parece ser que México se encuentra en los inicios de una lucha de ese carácter, aunque sin la preocupación de grupos armados ilegales.

El incremento de los flujos de dinero procedente de la droga puede generar violencia, como ha sido el caso en Guatemala, pero puede suceder lo mismo si se retiran, como parece haber sido el caso en Jamaica. Cualquier cambio repentino, ya sea en los volúmenes o en los agentes, parece tener el potencial de desatar una competitividad violenta por oportunidades. Un efecto aún más insidioso es el que se observa en el África occidental, donde el comercio de la droga parece estar controlado por personajes nacionales tan poderosos a los que apenas es posible oponer resistencia, pero donde la purga por los mercados pueden conducir al derrocamiento de gobiernos.

Una esfera en la cual es posible lograr progresos inmediatos consiste en la plena integración de la prevención del delito en las operaciones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas. Numerosas misiones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas se están llevando a cabo en regiones afectadas por el tráfico de drogas, incluidas el África occidental (UNOCI en Côte d'Ivoire, UNMIL en Liberia, UNOGBIS en Guinea-Bissau, UNIPSIL en Sierra Leona y UNOWA en África occidental en su conjunto), el Asia central y sudoccidental (UNAMA en el Afganistán y UNRCCA en Asia central) y Europa sudoriental (UNMIK en Kosovo). La policía de las Naciones Unidas estaría en condiciones de coordinar las actividades de los agentes internacionales que participan en el fomento de la paz a fin de velar por que las medidas de prevención del delito se incorporen a la planificación del desarrollo.

Los flujos de dinero proveniente de las drogas pueden tener efectos locales devastadores, pero su dinámica es casi siempre internacional. Las actividades en torno a esos vínculos internacionales puede ser un punto de inserción para todos aquellos que estén interesados en reducir las posibilidades de un conflicto. Unas estrategias dirigidas a atajar el flujo de drogas, aplicadas en zonas con una gobernanza más sólida, podrían ser cruciales para abordar el conflicto civil eliminando la ganancia como motivo que mantiene a muchos antagonistas armados y sobre el terreno. En otras palabras la reducción del tráfico de drogas puede contribuir al fomento de la paz.

El problema consiste en que la mayor parte de los esfuerzos contra las drogas se realiza a nivel nacional o, cuando más, a nivel bilateral, mientras que la escala del tráfico es mun-

dial. Sin una estrategia ajustada a la magnitud del problema, todo esfuerzo nacional exitoso corre el riesgo de desplazar simplemente los flujos del contrabando. Ante las dificultades, los mercados de la droga se han adaptado constantemente, encontrando nuevas zonas de cultivo, de tránsito y mercados de consumo. En muchos casos, se han asentado en zonas de menos resistencia, que son precisamente las zonas con menos recursos para hacer frente a tal desafío. Y es entonces cuando la delincuencia organizada puede escalar de tal manera que se convierta en una amenaza para la estabilidad.

El mundo cuenta con un marco para abordar el problema de las drogas a nivel internacional, con la Convención única sobre estupefacientes de 1961 (en su forma enmendada por el Protocolo de 1972); el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971; la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988; la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional de 2000 (y sus protocolos) y la Convención contra la Corrupción. En ese marco se ha logrado una colaboración muy positiva, pero se podría hacer más. Con demasiada frecuencia, el trabajo realizado en el ámbito de esos instrumentos se ha limitado al cumplimiento de la ley, mientras que la delincuencia organizada no puede reducirse a una cuestión de justicia penal. Los instrumentos son el fundamento, pero no constituyen una estrategia mundial.

El mejor modo de abordar de forma integral esas complejas y estrechamente vinculadas cuestiones, es la acción internacional coordinada. Las Naciones Unidas están en condiciones de ofrecer la coordinación necesaria para abordar esos problemas mundiales al nivel requerido.

4. ANEXO ESTADÍSTICO



4.1 Producción

4.1.1 Dificultades para estimar la producción de HCl de cocaína pura

Durante años, la UNODC ha estimado la producción potencial de cocaína de cada país productor con el fin de proporcionar información sobre la oferta mundial de cocaína. La producción potencial se refiere a la cantidad de cocaína que se produciría si toda la hoja cosechada de la superficie cultivada de coca durante un año dado se transformara en clorhidrato (HCl) de cocaína pura.¹ La referencia a producción 'potencial' indica que la recuperación de cocaína de la hoja puede no ser absoluta (es decir, del 100%). Por consiguiente, la expresión eficiencia de los laboratorios se emplea como una medida del grado de eficiencia de un proceso determinado. La pasta de coca y la cocaína base (productos intermedios en el proceso de transformación de la hoja en HCl de cocaína) también pueden ser comercializadas y consumidas. Además, esos productos intermedios y las hojas pueden ser incautados antes de su transformación en cocaína.

Tradicionalmente, la producción de HCl de cocaína incluye tres etapas. La primera es la transformación de la hoja de coca en pasta de coca; esa operación se realiza, por lo general, muy cerca de los campos de coca para ahorrar en el transporte de la hoja. La segunda etapa es la transformación de la pasta de coca en cocaína base. La última etapa es la transformación de la base en HCl. En los últimos años, ese proceso se ha reducido a dos etapas, a saber, la transformación de la hoja directamente en cocaína base.

Para estimar la producción potencial total de HCl de cocaína pura, es necesario medir los siguientes elementos:

- Cultivo
- Cantidad de hoja por hectárea por año (rendimiento)
- Cantidad de hoja necesaria para producir 1 kg de HCl de cocaína pura. Ello incluye a su vez:
 - Contenido de alcaloides en la hoja
 - Eficiencia del laboratorio (porcentaje del contenido de alcaloides que se pueden extraer en el proceso de laboratorio).

A lo largo de los años, la UNODC ha realizado estudios en los tres países productores: el Estado Plurinacional de

1 En el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia, para el cálculo de la producción potencial de cocaína se resta una cantidad determinada de hoja de coca (la hoja cosechada en las 12.000 ha de cultivo de arbustos de coca con arreglo a la ley 1008 en Bolivia y las 9.000 tm de hoja de coca en el Perú que se estiman destinadas al uso con fines tradicionales).

Bolivia, Colombia y el Perú.² De los tres componentes necesarios para estimar la producción potencial de HCl de cocaína, la UNODC mide periódicamente el cultivo y el rendimiento,³ pero no realiza estudios para medir el contenido de alcaloide y la eficiencia de los laboratorios. En esa última etapa, la UNODC se basa en fuentes externas, la Dirección de lucha contra las drogas (DEA) de los Estados Unidos. La DEA es la única organización que ha realizado estudios científicos para medir el contenido de alcaloides de la hoja de coca y la eficiencia de los laboratorios en los países andinos. Por medio de entrevistas con agricultores, la UNODC puede estimar la cantidad de cocaína base producida de la hoja, aunque no puede estimar su calidad.⁴ Además, necesita estimar la pureza media de la cocaína base producida y el factor de conversión entre cocaína base y HCl de cocaína.

Existe un cierto nivel de incertidumbre en cada una de las tres etapas necesarias para estimar la producción potencial de cocaína.

Estimación del cultivo

Desde 1999 a 2002,⁵ el Programa de Vigilancia de Cultivos Ilícitos (ICMP) de la UNODC ha estado vigilando el cultivo de coca en tres países andinos, el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú. Las estimaciones del cultivo indican sobre la situación al final de cada año. En todos los estudios sobre la coca se utilizan imágenes obtenidas por teledetección, es decir, imágenes satelitales o fotografías aéreas,⁶ que es la mejor manera de vigilar sistemáticamente

- 2 La UNODC tiene equipos de proyectos en cada país para realizar encuestas con la asistencia de expertos de la sede de la UNODC en Viena.
- 3 La UNODC realiza estudios de rendimiento en Colombia (las provincias se estudian rotativamente cada cinco años), el Estado Plurinacional de Bolivia (Yunga de La Paz, 2005) y el Perú (tres importantes regiones de cultivo en 2003). Hasta la fecha, la UNODC no ha realizado estudios sobre rendimiento en Chapare/Bolivia donde se utilizan las estimaciones de la DEA.
- 4 Mediante entrevistas con agricultores, la UNODC solo puede estimar la cantidad de cocaína base producida, no su pureza, ya que los agricultores no conocen el nivel de pureza de lo que producen.
- 5 Desde 1999 en Colombia, 2000 en el Perú y 2002 en el Estado Plurinacional de Bolivia. Desde 2000 el ICMP ha estado vigilando la coca también en el Ecuador; sin embargo, la extensión de cultivo de coca detectada en ese país es mínima.
- 6 Hay diferencias entre las imágenes satelitales, por ejemplo, en cuanto al detalle ('resolución espacial' o 'tamaño del pixel') de las imágenes. Mientras más detalles, más caras las imágenes. Por otra parte, el área objeto de vigilancia en Colombia es unas 20 veces mayor que el área del Perú o del Estado Plurinacional de Bolivia, por tanto, el tipo de imagen no es el mismo en los tres países.

las inseguras y a veces inaccesibles zonas de cultivo.

Todos los años, la UNODC compra a proveedores comerciales imágenes satelitales de todas las zonas en que se cultiva la coca. A menudo es verdaderamente difícil encontrar imágenes sin nubes, por lo que las imágenes se adquieren a lo largo de un período de varios meses, solicitándolas a los distintos satélites o buscando en archivos recientes. Después de obtener las imágenes adecuadas, un equipo de expertos digitaliza sistemáticamente todos los campos con arbustos de coca.⁷ La identificación de los cultivos puede resultar difícil. Las imágenes satelitales se toman a cientos de kilómetros de la tierra y las imágenes no tienen tantos detalles como las fotos tomadas desde tierra. Por otra parte, las imágenes satelitales contienen más información que las fotos normales ya que los satélites tienen sensores adicionales que registran los colores infrarrojos. Precisamente esos colores infrarrojos ayudan a distinguir los tipos de vegetación.⁸

En el proceso de clasificación, se utiliza información geográfica adicional para decidir si los campos que aparecen en la imagen satelital son realmente campos de coca. Por ejemplo, se utiliza tanto la información sobre los campos erradicados o fumigados, como la información de encuestas anteriores o información contextual, como formas, tamaños y ubicación típicos de campos de coca. La interpretación de ese diverso conjunto de criterios es difícil de automatizar y de ella se encargan principalmente intérpretes humanos. Todos los intérpretes cuentan con una extensa experiencia en el trabajo con imágenes satelitales y están familiarizados con las zonas de cultivo de coca. Los intérpretes se rigen por las denominadas claves de interpretación para evitar errores sistemáticos o diferencias de interpretación.⁹

La vigilancia mediante imágenes satelitales debe estar siempre acompañada de controles en tierra. Hipotéticamente esos controles se realizan mediante visitas sobre el terreno en toda la zona vigilada. Habida cuenta de que el acceso a los campos en las regiones de cultivo de coca suele ser peligroso y difícil, la UNODC realiza 'verificaciones' sobrevolando los campos en helicópteros o pequeñas avionetas. Además, los resultados de las interpretaciones satelitales están sujetos a controles de calidad independientes con fotos aéreas detalladas.

7 La cobertura completa de todas las zonas ayuda a los gobiernos a tener información local sobre cambios y a concretar programas específicos de reducción de cultivos.

8 La coca es un arbusto y sus hojas se pueden cosechar durante todo el año. Por tanto, la etapa de la cosecha puede variar no sólo de un campo a otro sino también dentro de un mismo campo. En el momento de la toma de una imagen satelital de un campo, éste campo puede contener diferentes cultivos en diferente fase de crecimiento, en las imágenes satelitales queda representado de forma diferente.

9 Las claves fueron elaboradas con la asistencia de la Universidad de Recursos Naturales y Ciencias Aplicadas de la Vida en Viena.

Estimación del rendimiento

El rendimiento de la hoja de coca depende de factores impredecibles como el estado del tiempo y las enfermedades de las plantas, así como de las actividades de erradicación. El efecto de esos factores varía no solo de un año a otro e incluso durante un mismo año, sino también de una región de cultivo a otra. Desde 2004, la UNODC, en colaboración con los gobiernos respectivos, ha realizado estudios en numerosas regiones de cultivo de coca en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y el Perú. En el Estado Plurinacional de Bolivia, se llevó a cabo un estudio de rendimiento en 2005 en la región de Yungas, donde se estimó un rendimiento anual de 1,3 tm de hoja secada al sol por hectárea. En relación con Chapare, la otra región de cultivo, la UNODC se basa en las estimaciones de la DEA que comunica un rendimiento de 2,7 tm/ha. En el Perú, la UNODC realizó un estudio en 2003 y estimó el rendimiento anual medio en 2,2 tm/ha de hoja secada al sol. En Colombia, a partir de 2004-2005, la UNODC y SIMCI realizan un estudio anual de rendimiento que abarca una o dos regiones cada vez, sobre una base rotatoria. El elemento central de esos estudios es la cosecha controlada de los campos de coca maduros.

Las dificultades en cuanto a la estimación del rendimiento anual guardan relación con las dificultades para medir las diferentes cosechas que tienen lugar en un año (generalmente cuatro) y captar la variación que puede tener el rendimiento de un año a otro. Hipotéticamente, el rendimiento debe medirse todos los años, con el fin de tener en cuenta los cambios climáticos y ambientales. Sin

Últimas estimaciones del rendimiento de la coca

Fuente: Estudios de la UNODC

País, región	Año del estudio	Rendimiento (tm/ha)
Bolivia, Yungas	2005	1,3 tm/ha secadas al sol
Bolivia, Chapare	2006 (Fuente: DEA)	2,7 tm/ha secadas al sol
Peru	2003	2,2 tm/ha secadas al sol
Colombia, Meta-Guaviare	2008	5,1 tm/ha hojas frescas
Colombia, Sur de Bolívar	2007	5,7 tm/ha hojas frescas
Colombia, Putumayo-Caquetá	2008	4,1 tm/ha hojas frescas
Colombia, Orinoco	2005	7,1 tm/ha hojas frescas
Colombia, Pacífico	2009	3,8 tm/ha hojas frescas
Colombia, Catatumbo	2007	4,2 tm/ha hojas frescas
Colombia, Sierra Nevada	2007	2,9 tm/ha hojas frescas

Factores de conversión de las hojas de coca en clorhidrato (HCl) de cocaína

Fuente: DEA, estudios científicos

País	Año del estudio de la DEA	Factor de conversión ¹¹ (cantidad hojas necesarias para producir 1 kg de HCl de cocaína pura 100%)
Estado Plurinacional de Bolivia	1993	370 kg secadas al sol (Chapare) 315 kg secadas al sol (Yungas)
Estado Plurinacional de Bolivia	2007-2008	256 kg secadas al sol (Chapare) 244 kg secadas al sol (Yungas)
Perú	1994	400 kg secadas al sol
Perú	2005	220 kg secadas al sol

embargo, para los estudios sobre rendimiento se necesitan recursos sustanciales y además, no todas las zonas con cultivos de coca son accesibles a los investigadores sobre el terreno por motivos de seguridad.

Factor de conversión de hoja de coca en cocaína

Para estimar el factor de conversión de la hoja de coca en cocaína se requieren dos etapas: i) medir el contenido de alcaloides de la hoja, y ii) calcular la eficiencia lograda por los traficantes en el proceso de conversión en los laboratorios en que la cocaína base se convierte en HCl de cocaína. El contenido de alcaloides de la hoja puede medirse analizando la composición química de una muestra de hojas de coca del campo. Los estudios indican que la composición química de una región geográfica a otra varía, pero que no cambia significativamente con el tiempo. El contenido de alcaloides es superior en el Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia, alrededor del 0,7%, e inferior en Colombia alrededor del 0,53%.¹⁰

La eficiencia de los laboratorios es más difícil de medir pues hay diversos factores que influyen en ella: la calidad de la materia prima y de los precursores químicos empleados, el método de procesamiento técnico empleado, el tamaño y perfeccionamiento de los laboratorios, y la pericia y experiencia de los químicos y trabajadores locales. Los estudios para medir la eficiencia se realizan tratando de simular el entorno real en que los traficantes procesan la cocaína en un laboratorio. Según esos estudios, hay dos métodos principales para producir cocaína: el método de extracción con solventes y el método de extracción con ácidos. Se considera que el método de extracción con solventes es más eficiente; sin embargo, los traficantes están utilizando el método de extracción con ácido con mucha eficiencia en el Perú, donde es el método que más se utiliza.¹¹

¹⁰ Aunque esas cifras representan un promedio nacional, no pueden emplearse para calcular la producción de cocaína a nivel nacional porque enmascaran contenidos muy diversos de alcaloides medidos en diferentes regiones del mismo país.

¹¹ Teniendo presente el contenido de alcaloide de la hoja y la eficiencia de los laboratorios.

Repercusión de los factores de conversión en las estimaciones de la producción en los tres países andinos

Según estudios científicos realizados por la DEA, en el último decenio ha aumentado la eficiencia de los laboratorios clandestinos utilizados en los tres países andinos, lo que ha dado por resultado diferentes factores de conversión de la hoja en cocaína. Esos cambios obedecen sobre todo al mayor porcentaje de traficantes que utilizan métodos más eficaces para extraer la cocaína.

Hasta 2009, la UNODC utilizaba los factores de conversión obtenidos por la DEA en su ronda anterior de estudios que databan de 1994 en el caso del Perú, y de 1993 en el caso del Estado Plurinacional de Bolivia. En los últimos años, la DEA obtuvo nuevos factores de conversión que llevaron a estimaciones más elevadas de la producción de cocaína (demostrando que se requerían a menos hojas para producir cocaína pura).

Asimismo, la información más reciente de Colombia obtenida por la UNODC indica que la conversión de cocaína base en HCl de cocaína requiere parámetros actualizados:

Proceso empleado por la UNODC para estimar el clorhidrato de cocaína pura 100% a partir de cocaína base de pureza desconocida

Fuente: DEA, estudios científicos

Cocaína base a HCl de cocaína	1:0,9 (se requiere 1 kg de base para producir 0,9 kg de HCl de cocaína)
HCl de cocaína	85% de pureza

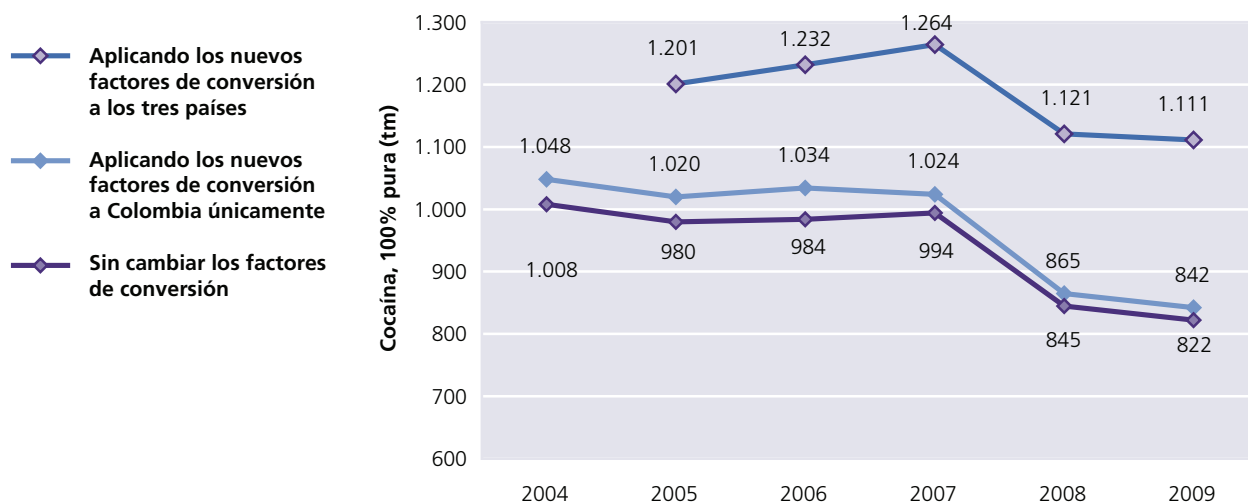
Proceso revisado para estimar el clorhidrato de cocaína pura a partir de la cocaína base de pureza desconocida

Fuente: DEA, estudios científicos

Pureza media de la cocaína base	81%
Cocaína base a clorhidrato (HCl) de cocaína	1:1 (se requiere 1 kg de base para producir 1 kg de HCl de cocaína)

Repercusión de los factores de conversión en las estimaciones mundiales de la producción potencial de HCl de cocaína (tm)*

* Suponiendo que todos los demás parámetros permanecen constantes.



La aplicación de los resultados de los estudios más recientes de la DEA incide en el nivel de producción estimada de cocaína en los tres países andinos, como se muestra en el gráfico. La UNODC está actualmente analizando en más detalle esos nuevos factores de conversión.



4.1.2 Afganistán

Hoja informativa – Afganistán, encuestas sobre el opio y el cannabis 2009¹

	2008	Cambio en 2008	2009
Cultivo neto de opio (después de la erradicación) ²	157.000 ha (130.000-190.000 ha)	-22%	123.000 ha (102.000-137.000 ha)
Cultivo de cannabis	No hay datos		10.000-24.000 ha
Núm. de provincias sin adormidera ³	18	+2 prov.	20
Núm. de provincias con cultivo de opio	16	-2 prov.	14
Núm. de provincias con cultivo de cannabis	No hay datos		17
Erradicación de adormidera	5.480 ha	-2%	5.351
Rendimiento medio ponderado del opio	48,8 kg/ha	+15%	56,1 kg/ha
Rendimiento medio de la resina de cannabis (garda)	No hay datos		143 kg/ha
Producción potencial de opio en % de la producción potencial mundial de opio	7.700 tm 89%	-10%	6.900 tm 89%
Producción potencial de resina de cannabis (garda) ⁴	No hay datos		1.500-3.500 tm
Núm. de familias que cultivan opio ⁵ en % de la población total	366.500 9.8%	-33%	245.200 6,4%
Núm. de familias que cultivan cannabis	No hay datos		40.000 (25.000-60.000)
Precio medio a pie de explotación (ponderado por producción) ⁶ del opio seco en tiempo de cosecha	US\$95/kg	-34%	US\$64/kg
Precio medio a pie de explotación de la resina de cannabis (mejor calidad) en tiempo de procesamiento de la resina	US\$51/kg	+14%	US\$58/kg
Valor total a pie de explotación de la producción de opio en % del PIB ⁷	US\$730 million 7%	-40%	US\$438 million 4%
Valor total a pie de explotación de la producción de resina de cannabis (garda)	No hay datos		US\$39-94 million
Valor potencial bruto de la exportación de opiáceos en % del PIB ⁷	US\$3,4 billion 33%	-18%	US\$2,8 billion 26%
Valor potencial neto de la exportación de opiáceos en % del PIB ⁷	n.d.		US\$2,3 billion 21%
Ingreso bruto medio anual producto del opio de las familias que cultivan opio	US\$1.997	-10%	US\$1.786
Ingreso bruto medio anual producto del cannabis de las familias que cultivan cannabis	No hay datos		US\$1.553
Ingresos producto del opio por ha (bruto/neto)	US\$4.700 / 2.585	-23%	US\$3.600 / 2.005
Ingresos producto del cannabis por ha (bruto/neto)	No hay datos		US\$3.900 / 3.341
Ingresos producto del trigo por ha (bruto/neto)	US\$1.600 / 1.280	-25%	US\$1.200 / 960

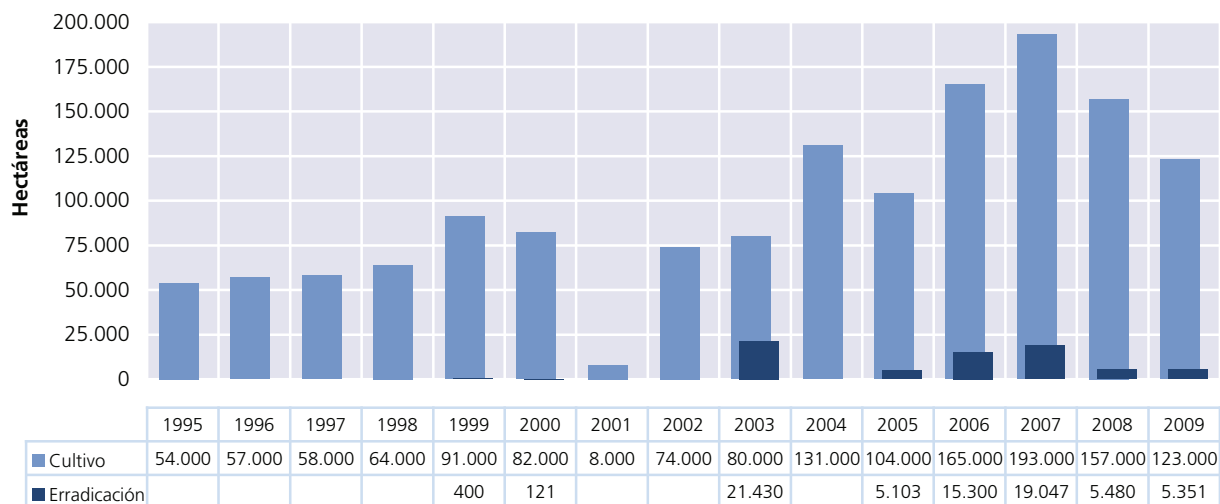
- La información que figura en esta sección procede del Estudio sobre el opio en el Afganistán 2009 (UNODC/Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes), y puede consultarse también en Internet: (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente: salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC.
- Las cifras entre paréntesis son los límites superior e inferior del intervalo de confianza del 90% (para 2008) y del 95% (para 2009).
- Las provincias sin adormidera son aquellas con menos de 100 ha de cultivo de opio.
- Garda es el término local empleado en el Afganistán para el polvo que se obtiene al trillar y tamizar las plantas de cannabis cosechadas y secas. Ese proceso se repite varias veces lo que produce garda de diferente calidad (primera, segunda, ...). La garda se procesa a su vez para producir hashish que es el producto comercial.

- Las estimaciones correspondientes a 2009 (año afgano 1387) se basan en una población de 25,5 millones y una familia media de 6,5 personas y las correspondientes a 2008 (año afgano 1382) en una población de 24,5 millones. Fuente: Gob. del Afganistán, Oficina Central de Estadística.
- En 2008, los precios del opio fresco y seco en tiempo de cosecha se basaron en las respuestas de los agricultores reunidas mediante la Encuesta Anual sobre el Opio. En 2009, los precios en tiempo de cosecha se obtuvieron del sistema de vigilancia de los precios del opio y se refieren al mes en que realmente se cosechó el opio en diferentes regiones del país.
- Estimaciones del PIB nominal, sin la economía de la droga. Para 2008: 10.200 millones de dólares EE.UU. (Año fiscal afgano 2007/2008), para 2009: 10.700 millones de dólares EE.UU. (Año fiscal afgano 2008/2009): Fuente: Gob. del Afganistán, Oficina Central de Estadística.

Afganistán, cultivo y erradicación de adormidera (ha), 1995-2009

Nota: Aunque se procedió a la erradicación en 2004, ésta no se notificó a la UNODC.

Fuente: Cultivo: UNODC (1995-2002), desde 2003: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC. Erradicación: Gobierno del Afganistán

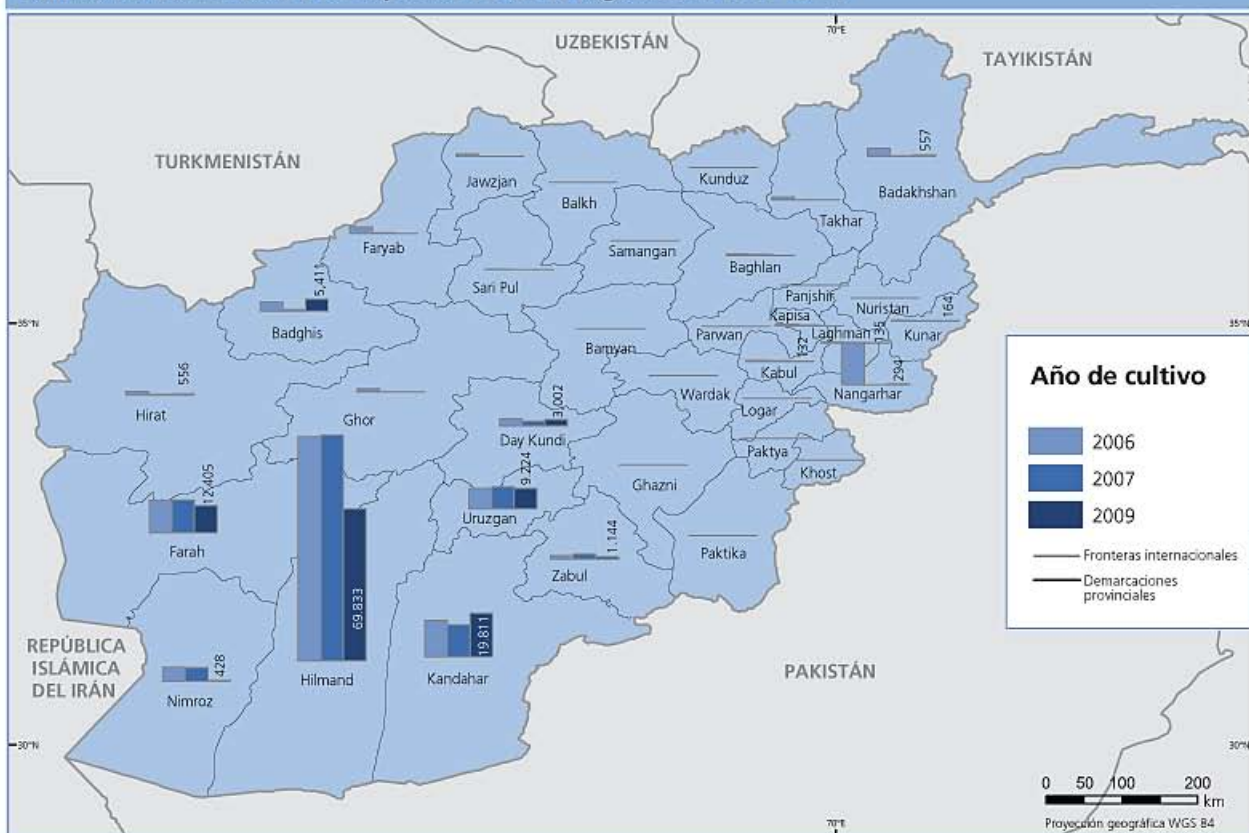
**Afganistán, distribución regional del cultivo de adormidera (ha), 2008-2009**

Región	2008 (ha)	2009 (ha)	Cambio 2008-2009	2009 (ha) como % del total
Meridional	132,760	103,014	-22%	84%
Occidental	22,066	18,800	-15%	15%
Oriental	1,151	593	-48%	0.5%
Nororiental	200	557	179%	0.5%
Central	310	132	-57%	0.1%
Septentrional	766	Sin adormidera	No disponible	No disponible
Total redondeado	157,000	123,000	-22%	100%

Las estimaciones correspondientes a 2009 (año afgano 1387) se basan en una población de 25,5 millones y una familia media de 6,5 personas para las correspondientes a 2008 (año afgano 1386).

Fuente: Gob. del Afganistán, Oficina central de estadística.

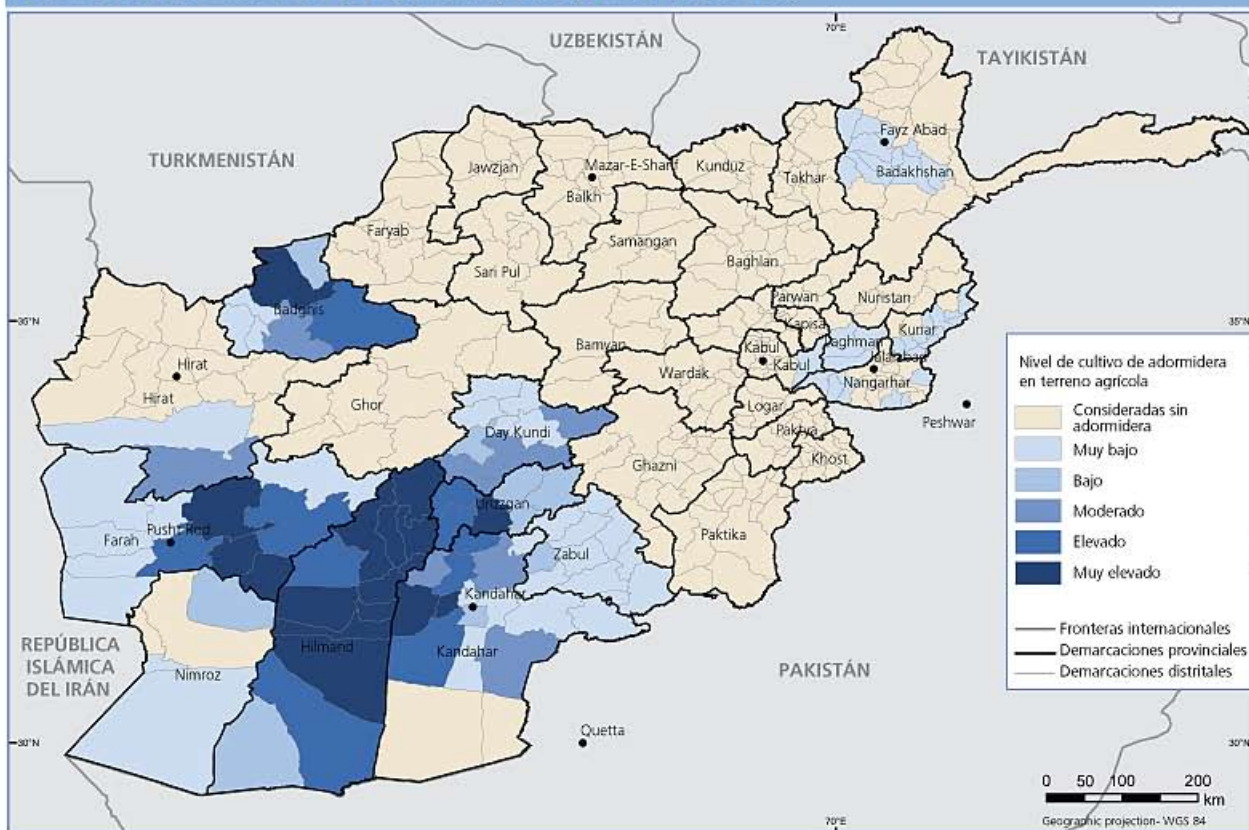
Cultivo de adormidera a nivel provincial en el Afganistán, 2007-2009



Fuente: MCN-UNDOC, Estudio sobre el opio en el Afganistán, 2009

Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

Cultivo de adormidera en el Afganistán, 2009 (a nivel de distrito)

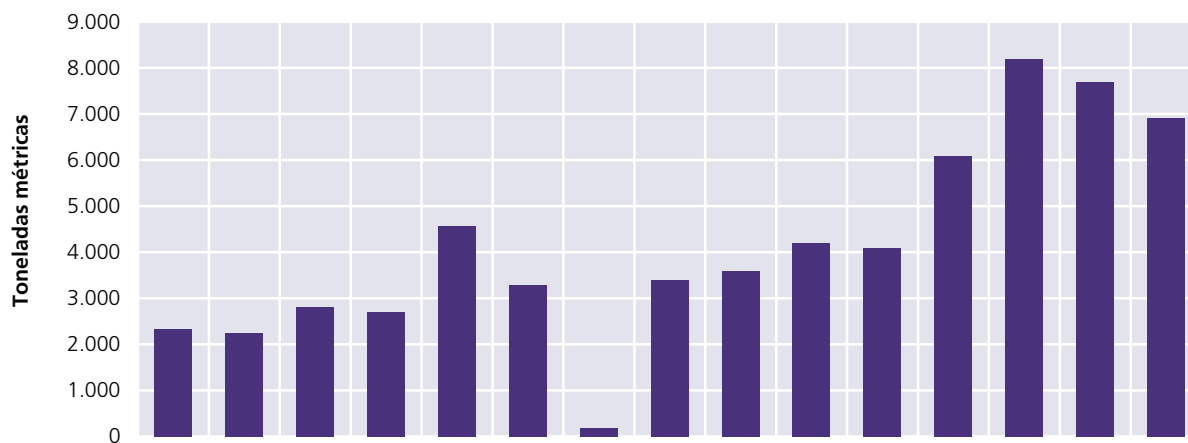


Fuente: MCN-UNDOC, Estudio sobre el opio en el Afganistán, 2009

Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

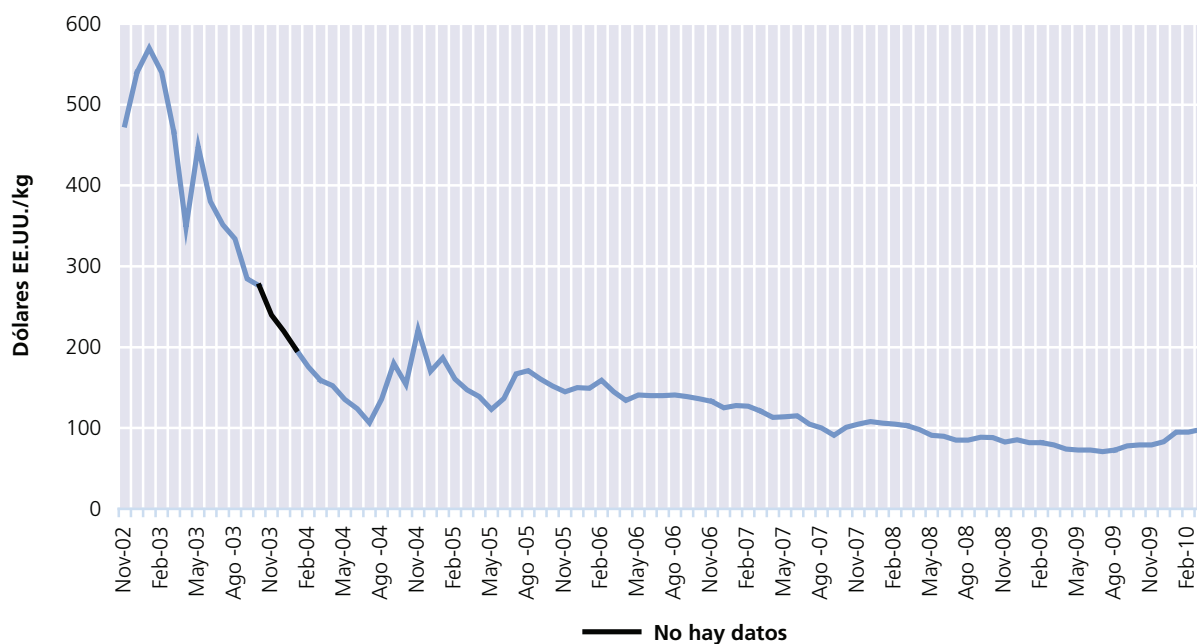
Afganistán, producción potencial de opio (tm), 1995-2009

Fuente: Cultivo: UNODC (1995-2002), desde 2003: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC. Erradicación: Gobierno del Afganistán

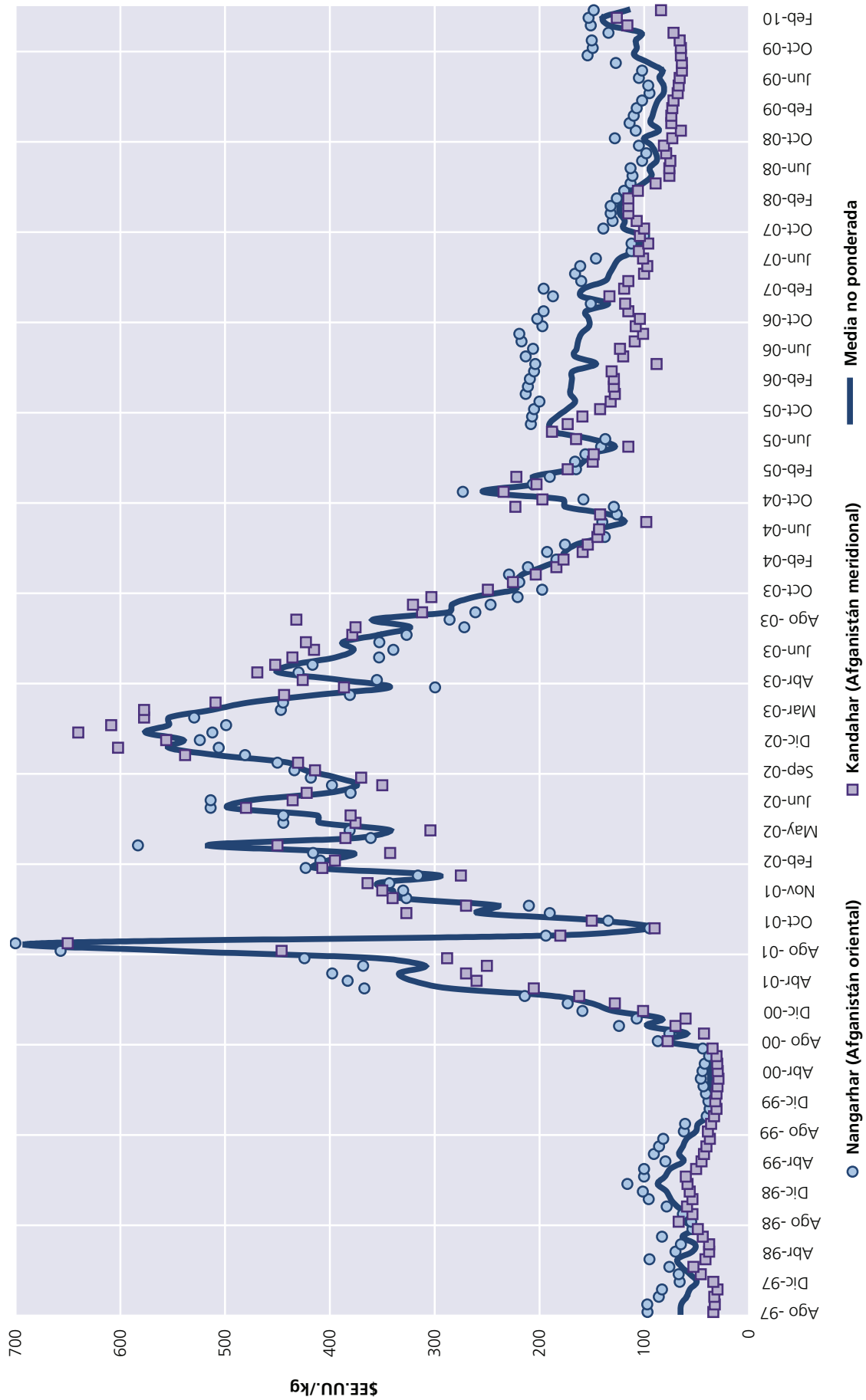


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Producción de opio	2.335	2.248	2.804	2.693	4.565	3.276	185	3.400	3.600	4.200	4.100	6.100	8.200	7.700	6.900

Afganistán, precios a pie de explotación del opio seco (\$EE.UU./kg), noviembre de 2002 a marzo de 2009



Afganistán, precios mensuales comerciales del opio seco (\$EE.UU./kg), agosto de 1997 a marzo de 2010





4.1.3 Bolivia (Estado Plurinacional de)

Hoja informativa – Bolivia, encuesta sobre la coca 2009¹

	2008	Cambio en 2008	2009
Cultivo de coca	30.500 ha	+1%	30.900 ha
<i>Del cual:</i> en Yungas de La Paz	20.700 ha	+1%	20.900 ha
en Chapare	9.500 ha	+2%	9.700 ha
en Apolo	300 ha	0%	300 ha
<i>Del cual. autorizado por la ley 1008 de Bolivia</i>	12.000 ha		12.000 ha
Producción de hoja de coca secada al sol	54.000 tm	+1%	54.800 tm
Producción potencial de HCl de cocaína	113 tm		n.d.**
Precio medio nacional a pie de explotación ponderado de la hoja de coca (fuera del mercado estatal)	US\$5.4/kg	-9%	US\$4.9/kg
Valor total a pie de explotación de la producción de hoja de coca PIB ²	US\$293 million US\$9,7 billion	-10%	US\$265 million US\$13,0 billion
Valor a pie de explotación de la producción de hoja de coca en % del PIB	3,0%		2%
Valor a pie de explotación de la producción de hoja de coca en % del PIB del sector agrícola	21%		14%
Erradicación notificada de arbustos de coca*	5.484 ha	+16%	6.341 ha
Incautación notificada de hoja de coca secada al sol*	2.095 tm	-22%	1.624 tm
Incautación notificada de coca base*	21.641 kg	+2%	21.970 kg
Incautación notificada de HCl de cocaína*	7.246 kg	-32%	4.922 kg
Destrucción notificada de laboratorios de coca ^{3*}	4.999 kg	-2%	4.888 kg
Incautación notificada de hierba de cannabis*	1.112.588 kg	+74%	1.937.412 kg

* Según lo comunicado por el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.

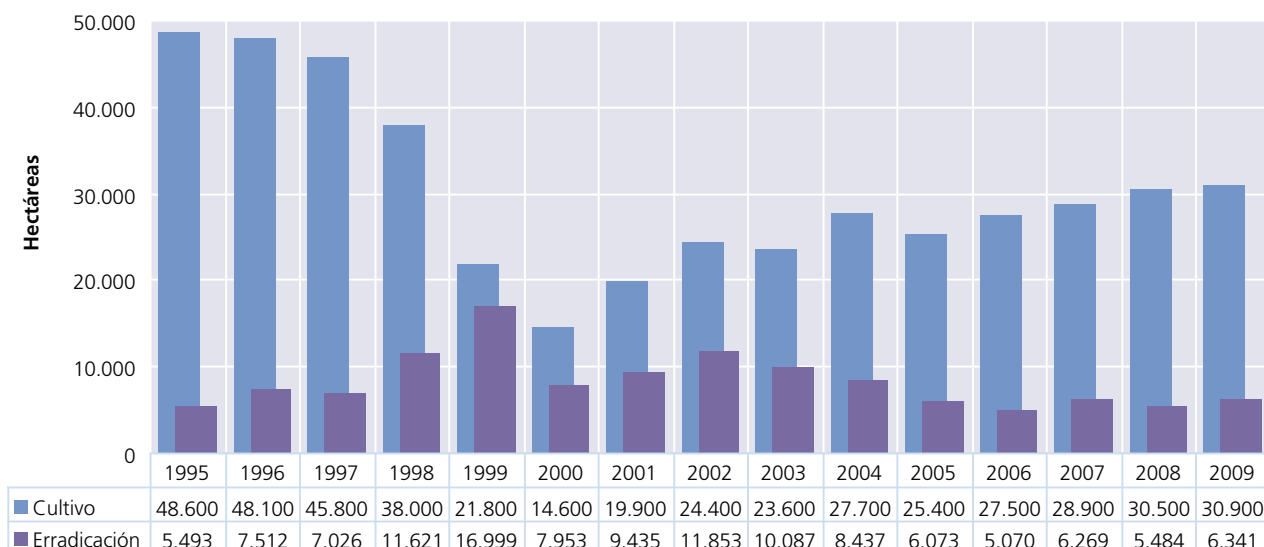
** Actualmente se están revisando los coeficientes de conversión de la hoja de coca en cocaína. Por consiguiente, cabe la posibilidad de que se revisen las cifras correspondientes a 2008 (y años anteriores). En el momento de la impresión de este informe no se disponía de la estimación de la producción potencial de cocaína en 2009.

- ■
- 1 La información que figura en esta sección procede del Informe sobre el cultivo de coca en Bolivia (UNODC/Gobierno de Bolivia, junio de 2010), y puede consultarse también en Internet: (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente: salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC.
 - 2 Fuente: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE).
 - 3 Incluidas las instalaciones que producen cocaína base, HCl de cocaína o que 'reciclan' precursores. Excluidos los pozos de maceración de la hoja de coca.

Estado Plurinacional de Bolivia, cultivo de coca y erradicación comunicada (ha), 1995-2009

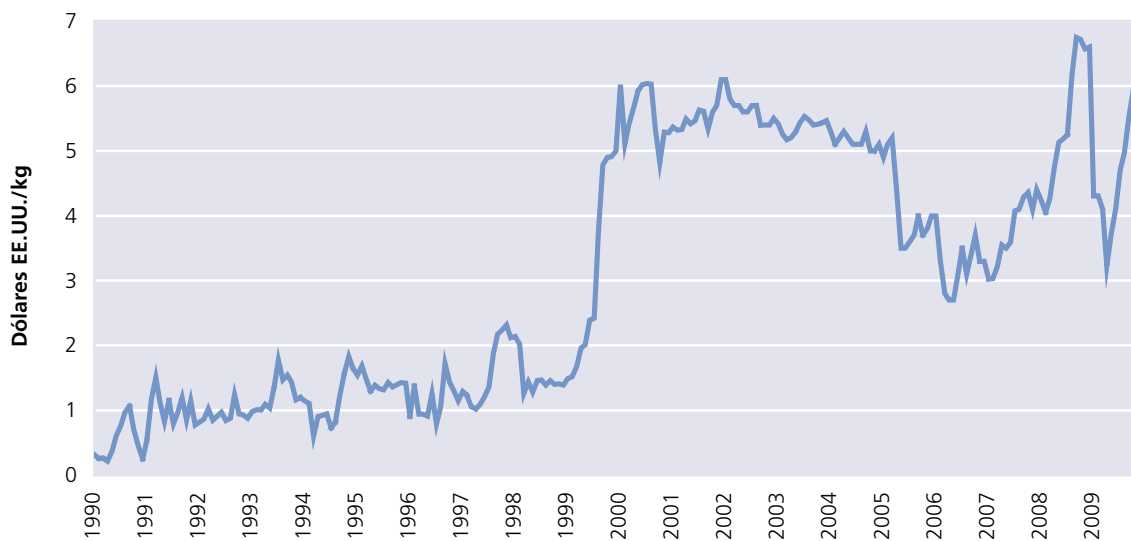
Erradicación: Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. Incluye erradicación voluntaria y forzosa.

Fuente: Cultivo: 1995-2002: CICAD y Departamento de Estado de los EE.UU. correspondiente a la región de Yungas de La Paz desde 2002, correspondiente a todas las regiones desde 2003; Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos con apoyo de la UNODC

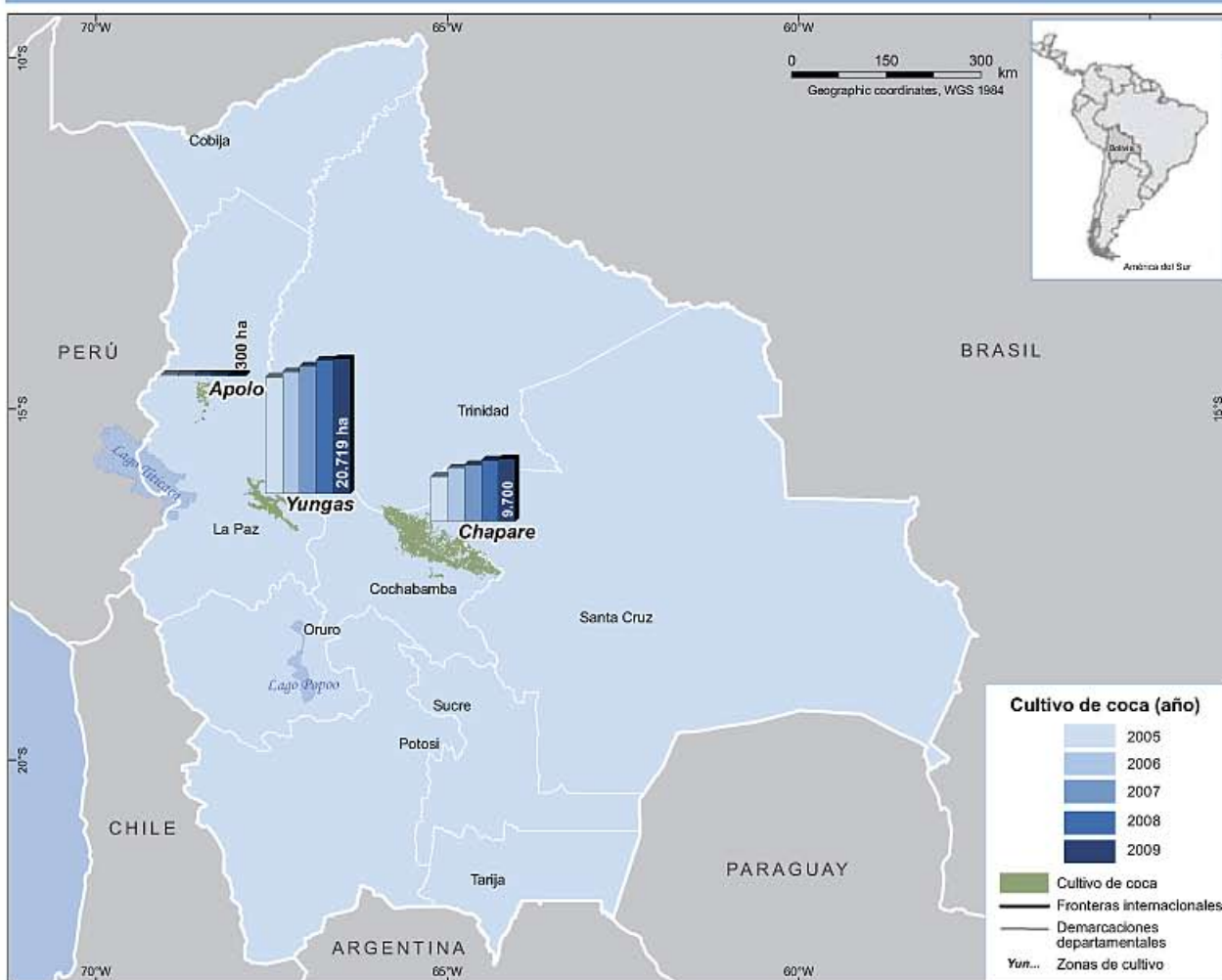


Estado Plurinacional de Bolivia, precios mensuales a pie de explotación de la hoja de coca secada al sol, región de Chapare (dólares EE.UU./kg), 1990-2009

Fuente: Sistema Nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC



Estado Plurinacional de Bolivia, cultivo de coca por región, 2005-2009



Fuente: Gobierno de Bolivia – Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC

Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.



4.1.4 Colombia

Hoja informativa – Colombia, encuesta sobre la coca 2009¹

	2008	Cambio en 2008	2009
Cultivo neto de coca (total redondeado)	81.000 ha	-16%	68.000 ha
<i>Del cual en</i>			
<i>Región del Pacífico</i>	29.920 ha	-16%	25.170 ha
<i>Región central</i>	18.730 ha	-14%	16.130 ha
<i>Región Putumayo-Caquetá</i>	13.960 ha	-35%	9.070 ha
<i>Región Meta-Guaviare</i>	12.150 ha	+4%	12.620 ha
<i>Otros lugares</i>	6.200 ha	-19%	5.010 ha
Producción potencial de cocaína ²	450 tm	-9%	410 tm
Precio medio a pie de explotación de la pasta de coca	US\$963/kg COP 1.887.855/kg	-1% +8%	US\$956/kg COP 2.047.970/kg
Precio mayorista medio de la cocaína* (de pureza desconocida en grandes ciudades)	US\$2.348/kg COP 4.580.000/kg	-9% 0%	US\$2.147/kg COP 4.587.413/kg
Valor total a pie de explotación de la producción de hoja de coca y sus derivados	US\$623 million	-21%	US\$494 million
en porcentaje del PIB ³	0,3%		0,2%
en porcentaje del sector agrícola	3%		3%
Destrucción mediante fumigación aérea de los arbustos de coca notificada*	133.496 ha	-22%	104.772 ha
Erradicación manual notificada de arbustos de coca notificada*	95.634 ha	-37%	60.557 ha
Incautaciones de cocaína notificadas*	198 tm	+3%	203 tm
Destrucción de laboratorios de procesamiento de coca notificada*	3.443	-16%	2.888
<i>De los cuales, labs. de procesamiento de HCl de cocaína</i>	296	-7%	278
Cultivo de adormidera notificado*	394 ha	-40%	356 ha
Producción potencial de látex de opio**	31 tm	-16%	26 tm
Producción potencial de heroína (redondeada)**	1,3 tm	-16%	1,1 tm
Precio medio a pie de explotación de látex de opio*	US\$318/kg	+13%	US\$358/kg
Precio medio de la heroína*	US\$9.950/kg	+0,4%	US\$9.993/kg
Incautaciones de heroína notificadas*	646 kg	+13%	732 kg

* Según lo comunicado por el Gobierno de Colombia.

** Cálculos propios basados en cifras regionales de rendimiento y coeficientes de conversión del Gobierno de los EE.UU./DEA.

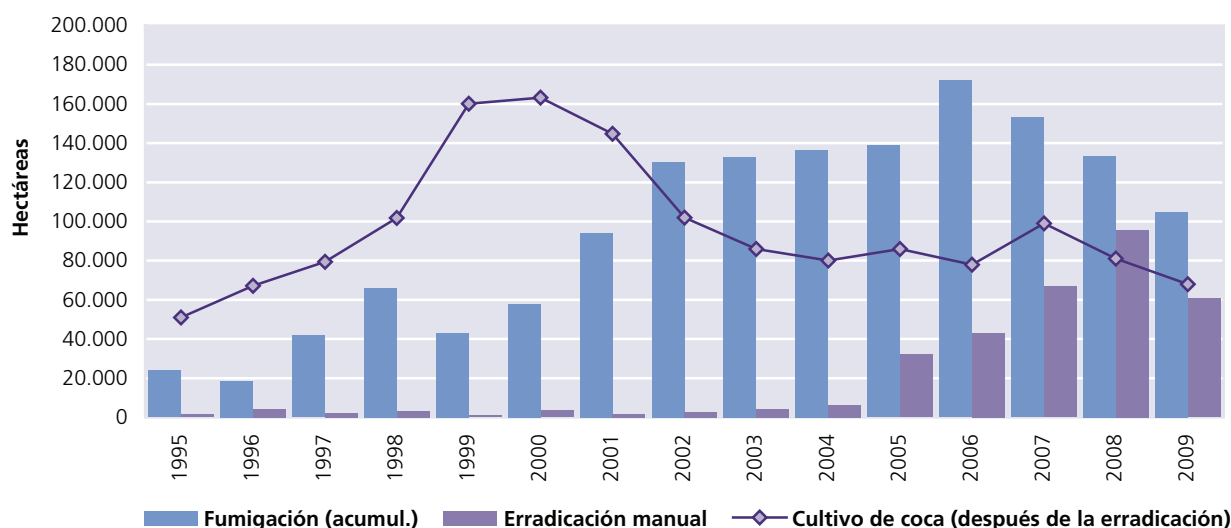
1 La información que figura en esta sección procede del informe sobre Cultivo de Coca en Colombia (UNODC/Gob. de Colombia, junio de 2010), y puede consultarse también en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente: salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC.

2 El cálculo de 430 tm correspondiente a 2008 fue revisado a partir de información más detallada sobre la pureza media de la cocaína base (81%) y el coeficiente de conversión de la heroína base en HCl (1:1) facilitada por el Gobierno de los EE.UU./DEA.

3 PIB del año correspondiente según lo comunicado por el Gobierno.

Colombia, cultivo de coca y erradicación/destrucción por fumigación comunicada (ha), 1995-2009

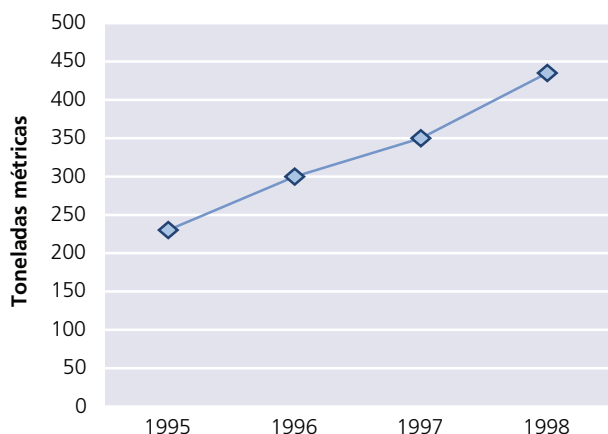
Fuentes: Cultivo: 1995-1998: CICAD y EE.UU. Departamento de Estado, Informe sobre la estrategia internacional para la fiscalización de drogas; desde 1999: Sistema nacional de vigilancia de cultivos ilícitos con apoyo de la UNODC; erradicación/fumigación: Gobierno de Colombia



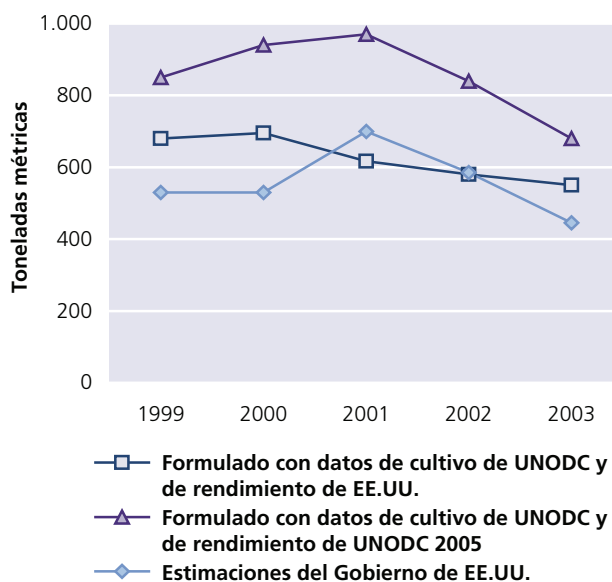
Fabricación potencial de cocaína en Colombia⁴

Fabricación potencial de cocaína en Colombia (tm), 1995-1998*

*Datos provenientes de estimaciones del Gobierno de los EE.UU. La UNODC no tenía sistema de vigilancia establecido durante el período 1995-1998.



Fabricación potencial de cocaína en Colombia (tm), 1999-2003⁵



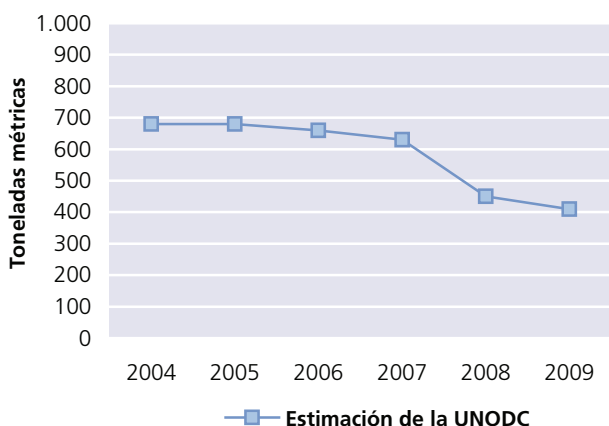
4 En años anteriores, la UNODC publicaba un gráfico con datos sobre la producción hasta el último año respecto del cual se disponía de información, destacando el desglose en series entre 2003 y 2004. El presente año se publican tres gráficos destacando la no comparabilidad de los datos presentados en tres grupos de años.

5 Durante el período de 1999-2003 la UNODC vigiló el cultivo de coca en Colombia, pero no realizó estudios sobre el rendimiento y por ende no pueden calcularse cifras de producción comparables con los datos posteriores a 2004. Se pueden calcular cifras diferentes de los años 1999 a 2003 empleando diferentes hipótesis sobre el nivel de rendimiento durante ese período. Utilizando los datos de la UNODC sobre el cultivo y los cálculos de rendimiento de la cocaína derivados de las estimaciones de los EE.UU. sobre el cultivo y la producción de cocaína, se obtiene el renglón titulado "Formulado con datos de cultivo de la UNODC y de rendimiento de los EE.UU.". En el renglón

titulado "Estimaciones del Gobierno de los EE.UU." se comunican las cifras de producción de cocaína publicadas por los EE.UU., que se basan en sus propias estimaciones sobre cultivo y rendimiento en Colombia. El renglón titulado "Formulado con datos de cultivo de UNODC y de rendimiento de la UNODC 2005", se calculó utilizando datos de la UNODC sobre cultivo y un rendimiento de la cocaína calculado mediante una interpolación lineal del rendimiento de la cocaína comunicada por el Gobierno de Colombia en 2000 (5,8 kg/ha) y el rendimiento estimado por la UNODC correspondiente a 2005 (8,2 kg/ha). Aunque esas estimaciones no son comparables con las estimaciones de la UNODC correspondientes a 2004 y años posteriores, la disminución durante el período de 2001 a 2003 era adicional a la disminución ulterior durante el período de 2004 a 2009.

Fabricación potencial de cocaína en Colombia (tm), 2004-2009

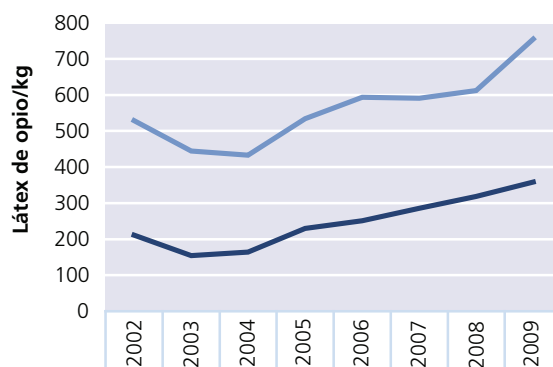
Datos estimados sobre la base del censo de cultivo y las de la UNODC desde 2004, así como información sobre la pureza de la cocaína base y el coeficiente de conversión de la cocaína base en HCl.



Colombia, precios anuales a pie de explotación látex de opio, 2002-2009

Nota: Precios nominales.

Fuente: DIRAN

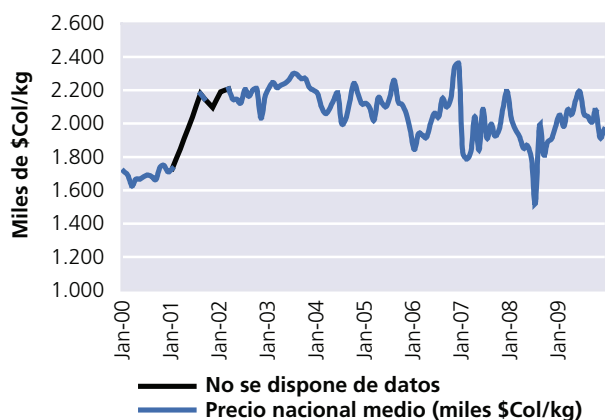


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Látex de opio (miles \$Col/kg)	529	444	433	534	593	591	612	754
Látex de opio (\$EE.UU./kg)	211	154	164	230	251	286	318	358

— Látex de opio (miles \$Col/kg)
— Látex de opio (\$EE.UU./kg)

Colombia, precio mensual a pie de explotación de coca, enero de 2000 a diciembre de 2009 ('000 \$Col/kg)

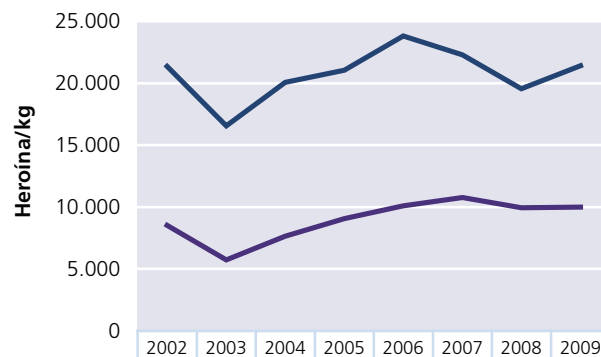
Fuente: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC



Colombia, precio anual al por mayor de la heroína, 2002-2009

Nota: Precios nominales de la heroína de pureza desconocida.

Fuente: DIRAN.



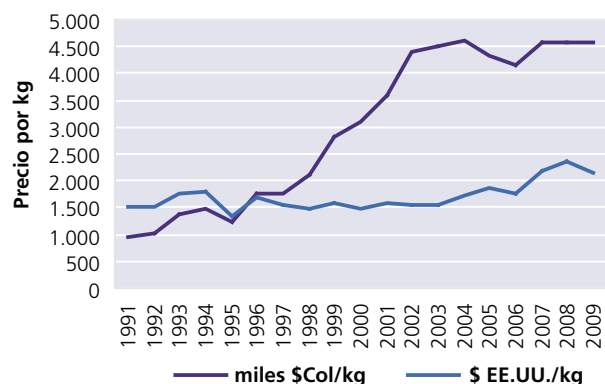
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Heroína (\$ EE.UU./kg y miles \$Col/kg)	21.370	16.561	20.067	21.051	23.822	22.294	19.560	21.422
Heroína (\$ EE.UU./kg)	8.520	5.740	7.635	9.070	10.103	10.780	9.950	9.993

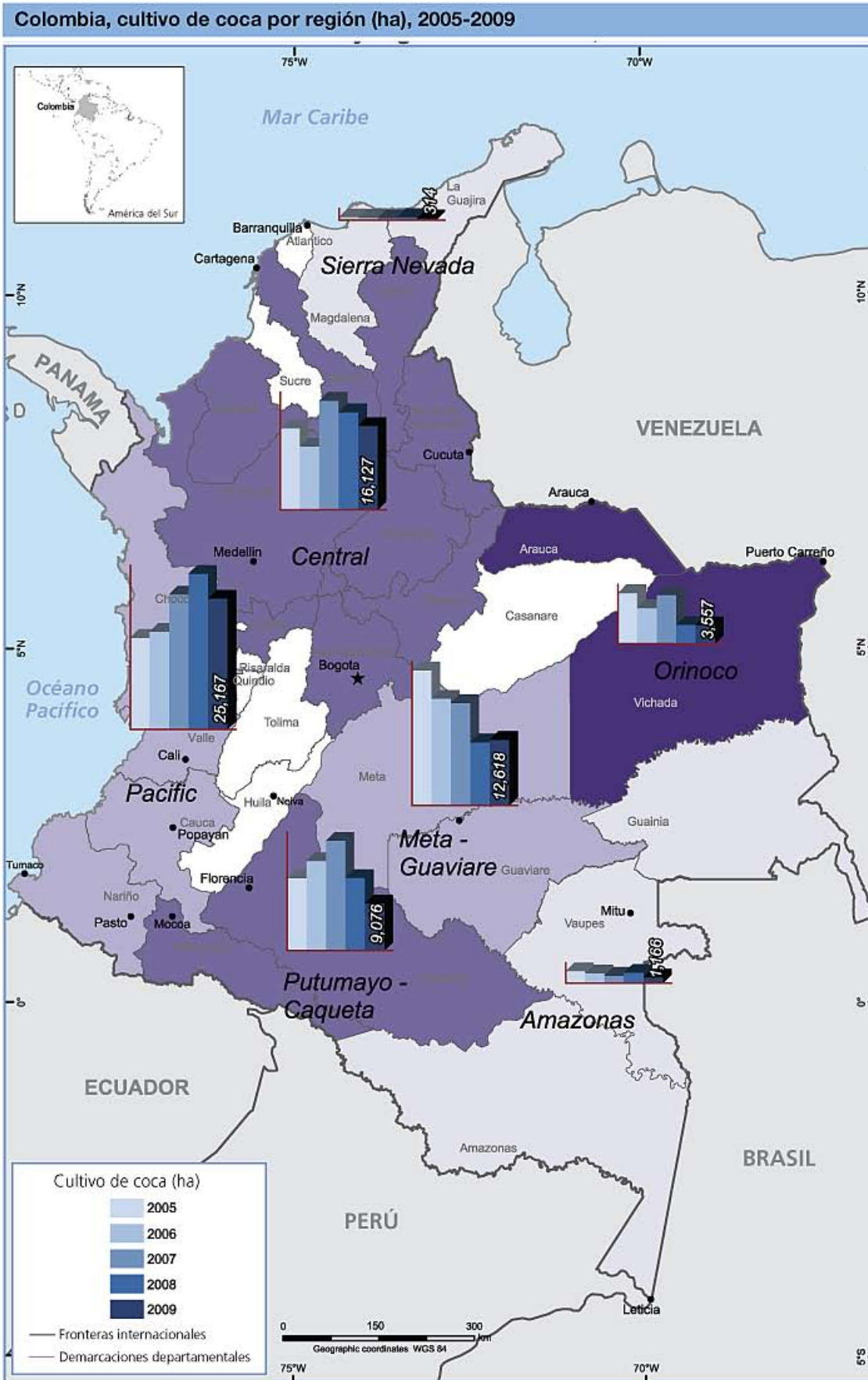
— Heroína (\$ EE.UU./kg y miles \$Col/kg) — Heroína (\$ EE.UU./kg)

Colombia, precios medios anuales al por mayor del HCl de cocaína, 1991-2009

Nota: Precios nominales de la cocaína de pureza desconocida en las principales ciudades de Colombia.

Fuente: DIRAN





Fuente: Gobierno de Colombia – Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC
Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.



4.1.5 República Democrática Popular Lao

Hoja informativa – República Democrática Popular Lao, encuesta sobre el opio 2009¹

	2008	Cambio en 2008	2009
Cultivo de adormidera	1.600 ha (600-2.700 ha)	+18,8%	1.900 ha (900-3.000 ha)
Cultivo de adormidera ²	6 kg/ha	-	6 kg/ha
Producción potencial de opio seco	9,6 tm (4,3-16,1 tm)	+18,8%	11,4 tm (5,4-18 tm)
Precio medio al por menor/al por mayor del opio ³	US\$1.227/kg	+8%	US\$1.327
Erradicación ⁴	575 ha	+13%	651 ha
Número de nuevos adictos al opio	4.906	-	n/d
Tasa media de prevalencia de la droga (basada en siete provincias septentrionales en 2008)	0,19%		n/d

República Democrática Popular Lao, cultivo* y erradicación de adormidera (ha), 2003-2009

* Después de la erradicación. Fuente: Cultivo: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC; erradicación: Gobierno de la RDP Lao



- 1 La información que figura en esta sección procede del informe sobre el Cultivo de la Adormidera en el Asia sudoriental (UNODC/Gobiernos de la RDP Lao y Myanmar, diciembre de 2009), y también puede encontrarse en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente, salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia, con apoyo de la UNODC. Las cifras entre paréntesis son los límites superior e inferior del intervalo de confianza del 90%.
- 2 Al no haber un estudio sobre rendimiento en 2008 y 2009, se utilizó el rendimiento por hectárea correspondiente a 2007.

- 3 Fuente: Comisión Nacional Lao de Fiscalización y Supervisión de Drogas (LCDC), encuesta realizada por las autoridades provinciales. Debido a lo limitado del mercado de opio, no se pudo establecer una distinción clara entre precio a pie de explotación, precio al por mayor y precio al por menor.
- 4 Fuente: LCDC. Desde 2008, se han realizado campañas de erradicación durante y después de la encuesta.

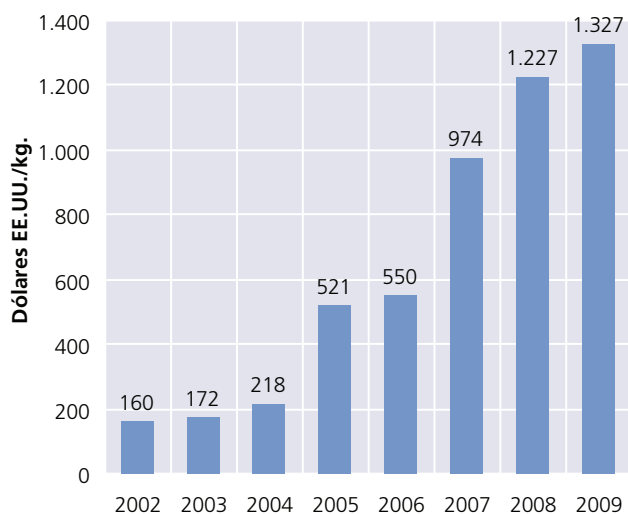
República Democrática Popular Lao, producción potencial de opio (tm), 1995-2009

Fuente: Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC



República Democrática Popular Lao, precios anuales del opio (dólares EE.UU./kg), 2002-2009

Fuente: LCDC, Encuesta realizada por las autoridades provinciales





4.1.6 Myanmar

Hoja informativa – Myanmar, encuesta sobre el opio 2009¹

	2008	Cambio en 2008	2009
Cultivo de adormidera en Myanmar	28.500 ha (17.900 to 37.000 ha)	+11%	31.700 ha (24.00 to 42.900 ha)
Del cual. en el Estado de Shan	9.300 ha	+25%	11.900 ha
Estado de Shan septentrional	800 ha	+100%	1.600 ha
Estado de Shan meridional	15.500 ha	+10%	16.500 ha
en otros lugares	3.200 ha	-16%	1.700 ha
Cultivo de adormidera en el Estado de Shan	25.300 ha	+19%	30.000 ha (24.000 to 40.000)
Rendimiento medio del opio (ponderado por área)	14,4 kg/ha	-27,8%	10,4 kg/ha
Producción potencial de opio seco en Myanmar (incluido el Estado de Shan)	410 tm	-19,5%	330 tm (214 to 447)
Erradicación de adormidera en Myanmar ²	4.820 ha	-15,2%	4.087 ha
Precio medio del opio en granja ³	US\$301/kg	+5%	US\$317/kg
Valor potencial total a pie de explotación de la producción de opio ⁴	US\$123 million	-15%	US\$105 million (68 to 142)
Número estimado de familias que cultivan adormidera en Myanmar	168.000	+14%	192.000 (160.000 to 225.000)
Número de personas que cultivan adormidera en Myanmar	840.000	+27%	1.066.000 (890.000 to 1.250.000)
Número estimado de familias que cultivan adormidera en el Estado de Shan	148.900	19%	176.500 (141.200 to 235.300)
Ingreso familiar medio anual de las familias que producen opio (Estado de Shan)	US\$687	+2%	US\$700
del cual. corresponde a las ventas de opio	US\$253	-37%	US\$160
Ingreso per cápita de las familias que producen opio (Estado de Shan)	US\$137	-9%	US\$125
Ingreso familiar medio anual de las familias que no producen adormidera (Estado de Shan)	US\$721	+4%	US\$750
Ingreso per cápita de las familias que no producen opio (Estado de Shan)	US\$144	-8%	US\$133
Tasa de prevalencia de adicción en el Estado de Shan y en Kachin (población de 15 años o más)	1,1%	+36%	1.5%

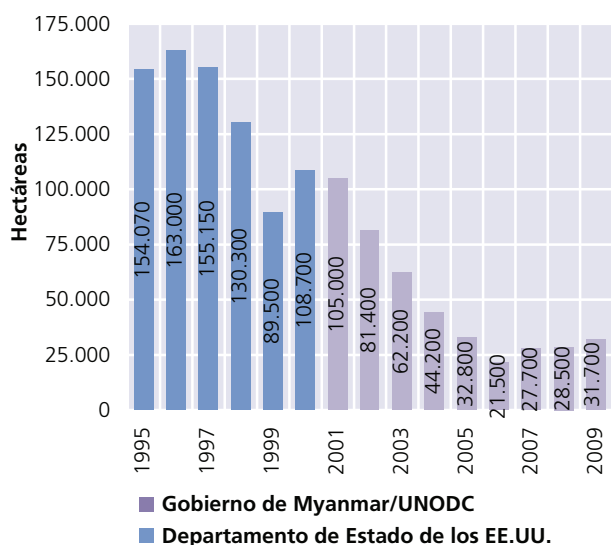
1 La información que figura en esta sección procede del informe sobre el Cultivo de la Adormidera en Asia sudoriental (UNODC/ Gobiernos de la RDP Lao y Myanmar, diciembre de 2009), y también puede encontrarse en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Las cifras entre paréntesis son los límites superior e inferior del intervalo de confianza del 95%.

2 Fuente: Comité Central de Lucha contra el Uso Indebido de Drogas (CCDAC)

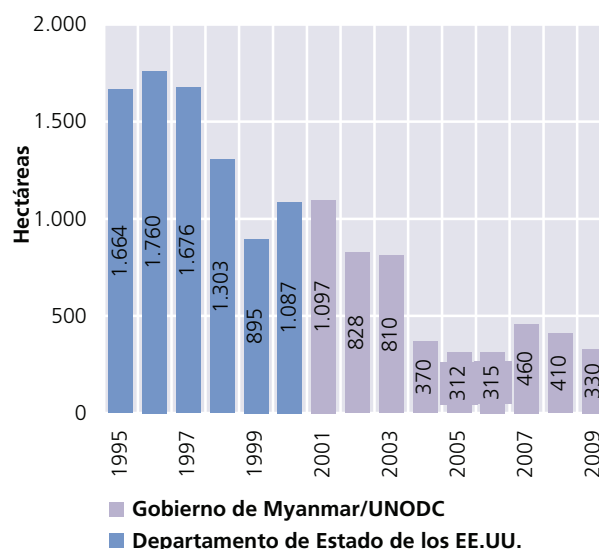
3 2008: precio medio anual, 2009: precio en tiempo de cosecha.

4 El valor a pie de explotación debe calcularse a partir del precio del opio seco. No obstante, el precio del opio seco es difícil de establecer en Myanmar debido a las prácticas de venta y almacenaje de los agricultores. El valor a pie de explotación se calcula aquí a partir del precio del opio fresco, lo que resulta en una estimación inferior.

Myanmar, cultivo de adormidera (ha), 1995-2009



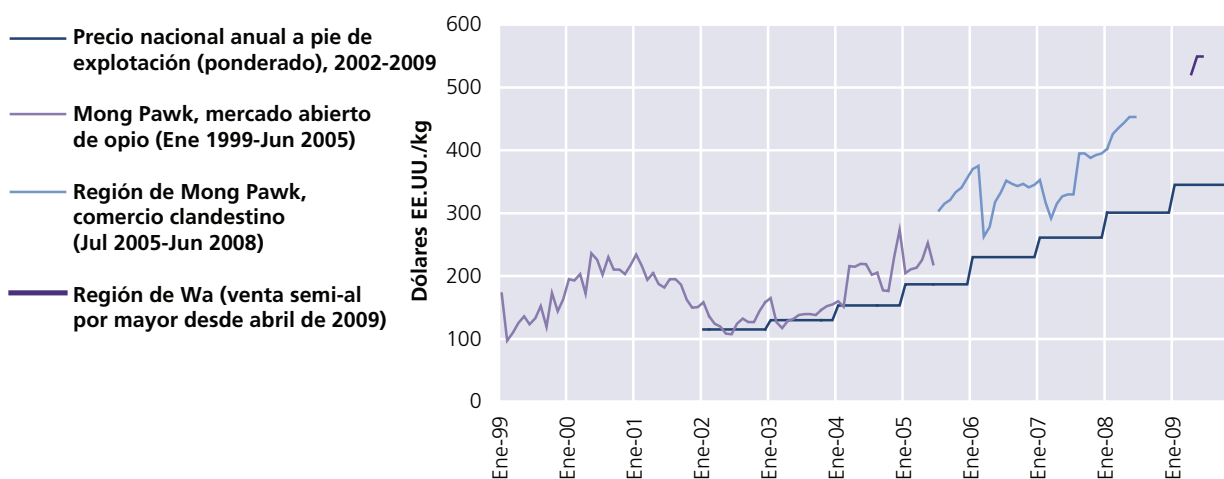
Myanmar, producción potencial de opio (tm), 1995-2009

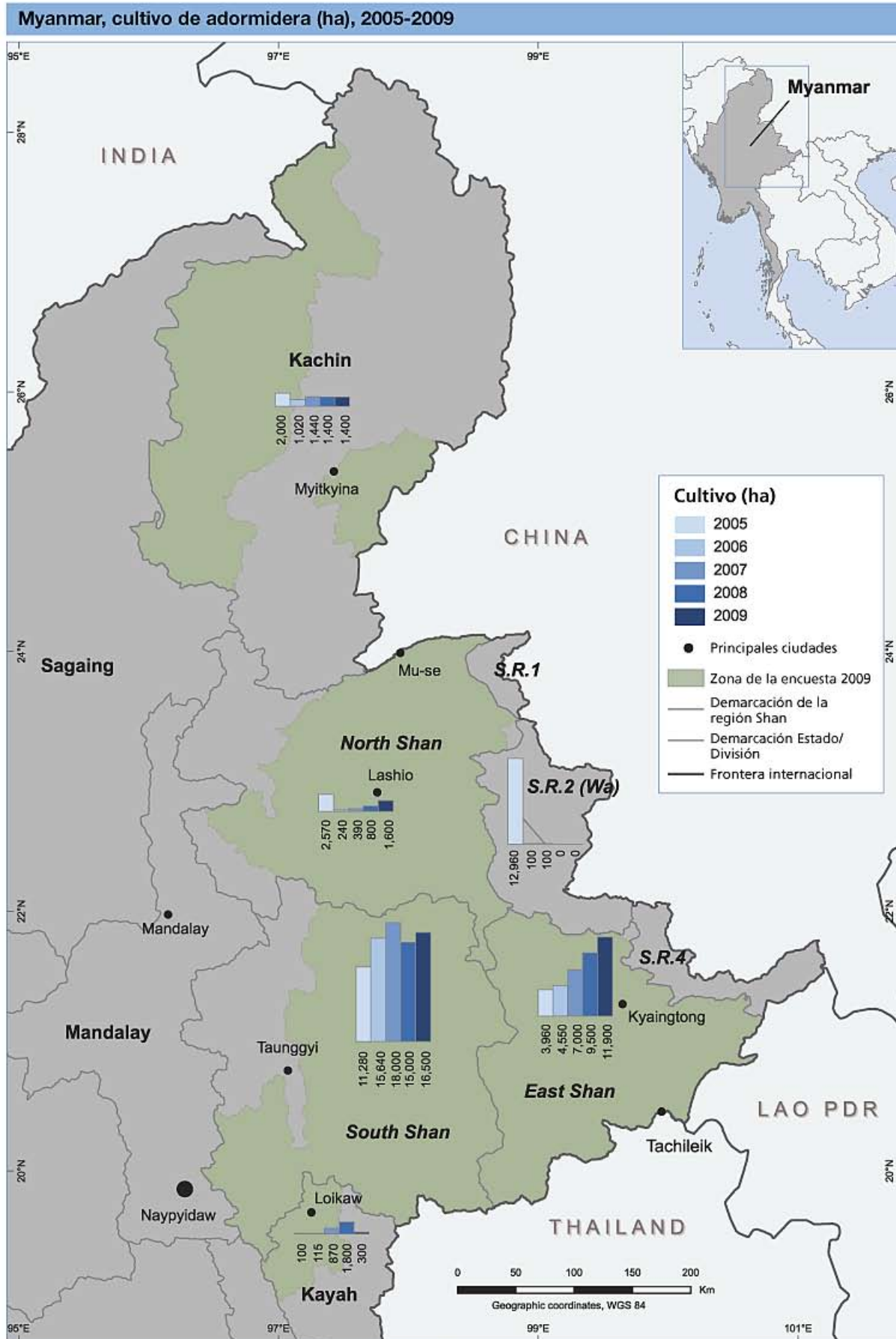


Erradicación de adormidera comunicada por el Gobierno de la Unión de Myanmar (ha), 2002-2009

Región	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Shan oriental		124	32	1.101	1.249	702
Shan septentrional	172	1.211	76	916	932	546
Shan meridional	2.170	1.203	3.175	1.316	1.748	1.466
Estado de Shan Total	2.537	2.538	3.283	3.333	3.929	2.714
Kachin	126	1.341	678	189	790	1.350
Kayah	83	8	0	12	12	14
Total dentro de la zona vigilada	2.746	3.887	3.961	3.534	4.731	4.078
Magwe	0	0	0	45	0	1
Chin	0	3	0	10	86	5
Mandalay	0	0	9	0	3	2
Sagaing	74	17	0	9	0	1
Otros Estados	74	20	9	64	0	0
Total (nacional)	2.820	3.907	3.970	3.598	4.820	4.087

Myanmar, precios del opio seco (dólares EE.UU./kg), 1999-2009





Fuente: Gobierno de Myanmar – Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC

Nota: Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.



4.1.7 Perú

Hoja informativa – Perú, encuesta sobre la coca 2009¹

	2008	Cambio en 2008	2009
Cultivo de coca	56.100 ha	+7%	59.900 ha
<i>Del cual en</i>			
Alto Huallaga	17.800 ha	-2%	17.500 ha
Apurímac-Ene	16.700 ha	+5%	17.500 ha
La Convención-Lares	13.100 ha	+1%	13.200 ha
Otros lugares	8.500 ha	+38%	11.700 ha
Rendimiento medio ponderado de la hoja de coca secada al sol	2.200 kg/ha	-5%	2.100 kg/ha
Producción potencial de hoja de coca secada al sol ²	122.300 tm	+5%	128.000 tm
Producción potencial de hoja de coca secada al sol disponibles para la producción de cocaína	113.300 tm	+5%	119.000 tm
Producción potencial de HCl de cocaína	302 tm		n.d.**
Precio medio a pie de explotación de la hoja de coca secada al sol	US\$3,4/kg	-6%	US\$3,2/kg
Precio medio a pie de explotación de la hoja de coca secada al sol (ponderadas) ³	US\$3,1/kg	-3%	US\$3,0/kg
Precio medio a pie de explotación de la pasta de coca	US\$723/kg	+7%	US\$778/kg
Precio medio del HCl de cocaína en regiones de cultivo de coca	US\$940/kg	+9%	US\$1.021/kg
Valor potencial a pie de explotación de la hoja de coca secada al sol ⁴	US\$379 million	+1%	US\$384 million
Erradicación de cultivos de coca comunicada*			
Incautación de hojas de coca secadas al sol comunicada*	10.143 ha	-1%	10.025 ha
	2.132 tm	-52%	1.031 tm
Incautación de pasta de coca comunicada*	11.374 kg	-16%	9.914 kg
Incautación de HCl de cocaína comunicada*	16.203 kg	-34%	10.744 kg
Destrucción de laboratorios de coca comunicada ⁵ *	1.224	+1%	1.242
<i>De los cuales eran laboratorios de procesamiento de HCl de cocaína</i>	19	+32%	25
Incautaciones de látex de opio comunicadas *	128 kg		n.d.

* Según lo comunicado por el Gobierno del Perú.

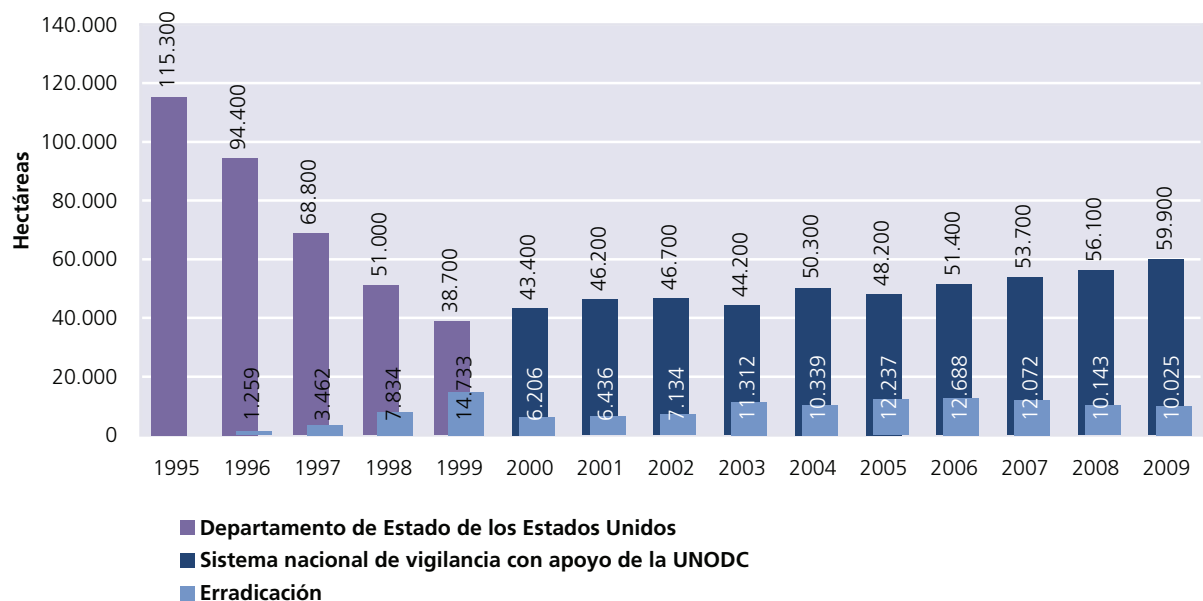
** Actualmente se están revisando los coeficientes de conversión de la hoja de coca en cocaína. Por consiguiente cabe la posibilidad de que se revisen las cifras correspondientes a 2008 (y años anteriores). En el momento de la impresión de este informe no se disponía de la estimación de la producción potencial de cocaína en el Perú en 2009.

- ■
- 1 La información que figura en esta sección procede del informe sobre el Cultivo de la Coca en el Perú (UNODC/Gobierno del Perú, junio de 2010), y también puede encontrarse en Internet (<http://www.unodc.org/unodc/en/crop-monitoring/index.html>). Fuente, salvo que se indique otra cosa: Sistema nacional de vigilancia, con apoyo de la UNODC.
 - 2 Incluye toda la hoja de coca potencialmente producida. Para calcular la hoja de coca disponible para la producción de cocaína se restaron de esa cifra las 9.000 tm de hoja de coca secada al sol que según fuentes oficiales es la cantidad que se utiliza para fines tradicionales.

- ■
- 3 El precio medio ponderado toma en cuenta las diferentes cantidades de hoja de coca que se venden en diferentes regiones a diferentes precios.
 - 4 Toma en cuenta toda la hoja de coca producida, independientemente de su uso. Para el cálculo, se utilizó el precio medio ponderado de la hoja de coca.
 - 5 Excluidos los pozos de maceración de las hojas de coca.

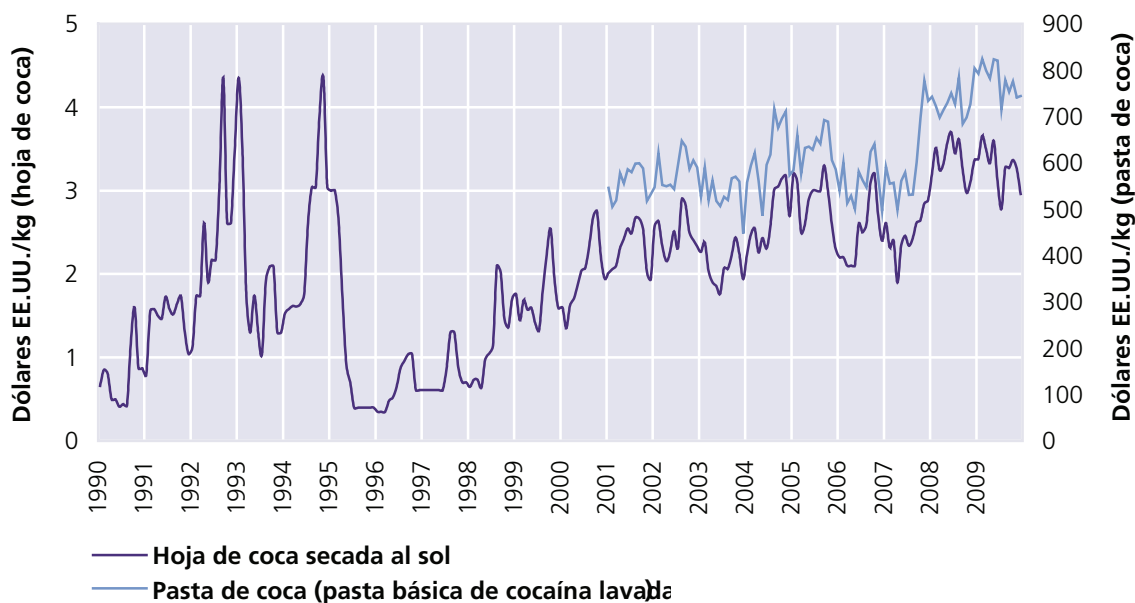
Perú, cultivo de coca (ha), 1995-2009

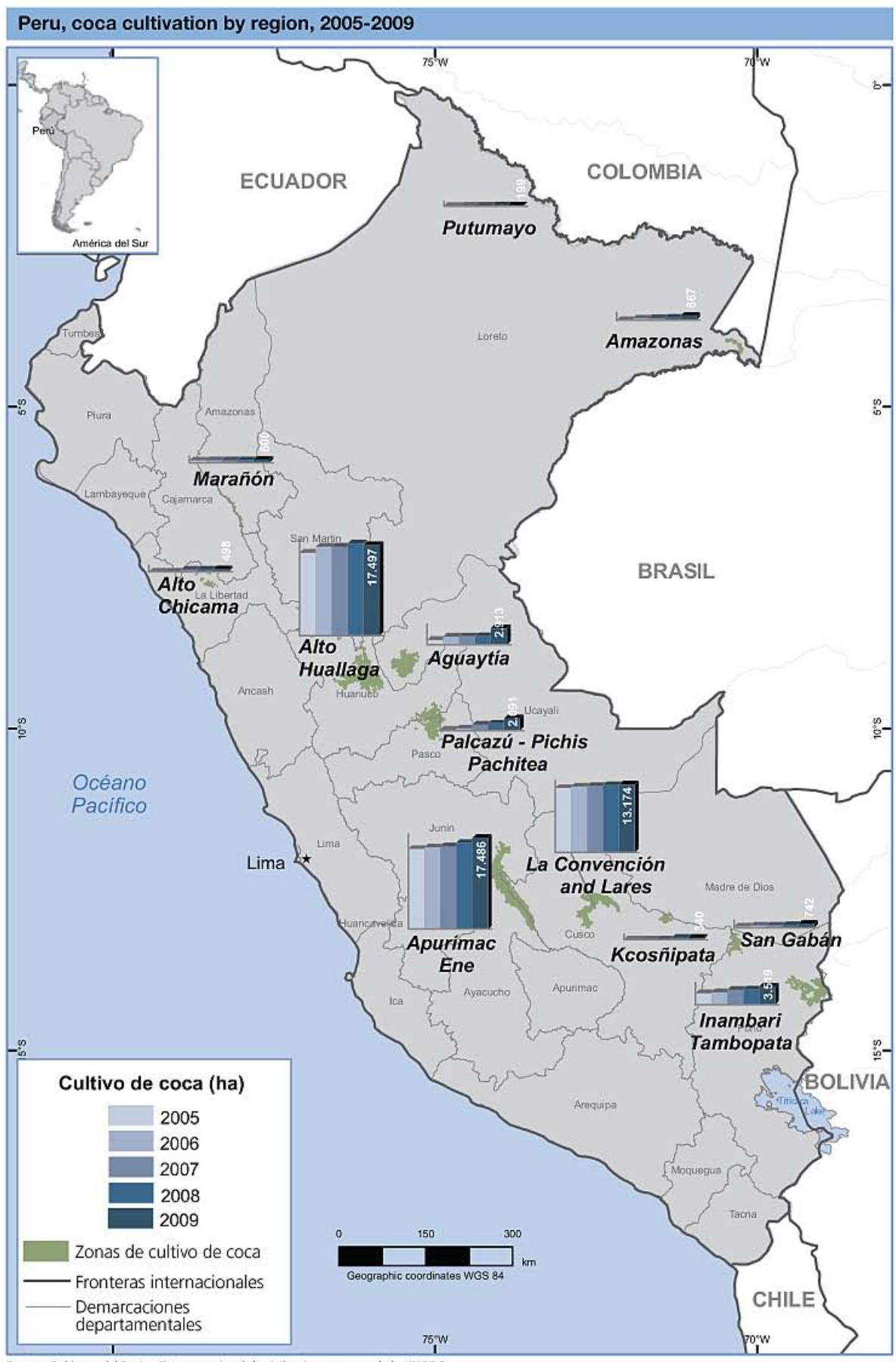
Fuente (erradicación): CORAH y DEVIDA. Incluye erradicación forzosa y voluntaria



Perú, precios mensuales a pie de explotación de la hoja de coca secada al sol y de la pasta de coca (dólares EE.UU./kg), 1990-2009

Fuente: UNODC, Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC





Fuente: Gobierno del Perú – Sistema nacional de vigilancia con apoyo de la UNODC
 Los límites geográficos así como los nombres y las designaciones que figuran en el presente mapa no suponen la aprobación o aceptación oficial de las Naciones Unidas.

4.2 Consumo

4.2.1 Prevalencia anual

4.2.1.1 Opiáceos

OPIATES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
AFRICA							
East Africa							
Burundi					No recent, reliable estimate located		
Comoros					No recent, reliable estimate located		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya	0.73	0.16 - 1.30	15 - 64	2004	Reference Group to the UN on HIV	I	c, i
Madagascar					No recent, reliable estimate located		
Mauritius	1.95		15 - 54	2007	ARQ	I	
Rwanda	0.14		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia	0.16		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda	0.05		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
North Africa							
Algeria	0.12		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Egypt	0.44	0.14 - 0.73	15 - 64	2006	Govt; Academic Research	HHS, SS	a, d
Libyan Arab Jamahiriya	0.14		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Morocco	0.02		15 - 64	2003	ARQ		
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia	0.09		15 - 64	2006	UNODC Estimate		
Southern Africa							
Angola	0.25		15 - 64	2001	UNODC Estimate		
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia					No recent, reliable estimate located		
South Africa	0.38	0.35 - 0.39	15 - 64	2005	ARQ/ Reference Group to the UN on	SS, I	d,e,g,i
Swaziland	0.17		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Zambia	0.37		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Zimbabwe	0.04		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
West and Central Africa							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso					No recent, reliable estimate located		
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde	0.18		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Central African Republic	0.05		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Chad	0.22		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Congo	0.17		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Congo (Dem. Rep. of the)	0.13		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana	0.14		15 - 65	2004	Cure Research estimate		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia	0.17		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger	0.20		15 - 64	2004	Reference Group to the UN on HIV	I	
Nigeria					No recent, reliable estimate located		
<i>Saint Helena</i>					No recent, reliable estimate located		
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal	0.08		15 - 64	2006	UNODC Estimate	SS	a, d, e

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

OPIATES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sierra Leone	0.17		15 - 64	2004	Cure Research estimate		
Togo					No recent, reliable estimate located		
AMERICAS							
Caribbean							
<i>Anguilla</i>					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	0.05		15 - 64	2000	ARQ		
Bahamas	0.22		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Barbados	0.13		15 - 64	2006	UNODC Estimate		
<i>Bermuda</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>British Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cayman Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica					No recent, reliable estimate located		
Dominican Republic	0.14		15 - 64	2001	UNODC Estimate		
Grenada					No recent, reliable estimate located		
Haiti	0.20	0.19 - 0.22	15 - 64	2006	ARQ	SS	a, d, e
Jamaica	0.10		15 - 64	2001	UNODC Estimate		
<i>Montserrat</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Netherlands Antilles</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Puerto Rico</i>	1.15		15 - 64	2002	Reference Group to the UN on HIV	I	
Saint Kitts and Nevis					No recent, reliable estimate located		
Saint Lucia					No recent, reliable estimate located		
Saint Vincent and the Grenadines					No recent, reliable estimate located		
Trinidad and Tobago	0.09		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
<i>Turks and Caicos Islands</i>	0.07		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
<i>United States Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Central America							
Belize					No recent, reliable estimate located		
Costa Rica	2.70		12 - 70	2006	ARQ	HHS	
El Salvador	0.14		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	e
Guatemala	0.04		15 - 64	2005	ARQ		
Honduras	0.15		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	e
Nicaragua					No recent, reliable estimate located		
Panama					No recent, reliable estimate located		
North America							
Canada	0.50		15 - 64	2008	Govt. source (CADUMS)	HHS, x	
Mexico	0.08	0.04 - 0.10	15 - 64	2008	ARQ	HHS	
<i>Saint Pierre and Miquelon</i>					No recent, reliable estimate located		
United States of America	0.58		15 - 64	2000	Govt. source (ONDCP)	I	
South America							
Argentina	0.16		15 - 64	2005	UNODC Estimate		e
Bolivia (Plurinational State of)	0.30		12 - 65	2007	ARQ	HHS	e
Brazil	0.50		15 - 64	2005	ARQ	HHS	e
Chile	0.50		15 - 64	2008	HHS	HHS	
Colombia	0.10		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Ecuador	0.12		15 - 64	2005	UNODC Estimate		e
<i>Falkland Islands (Malvinas)</i>					No recent, reliable estimate located		
Guyana	0.25		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Paraguay	0.03		12 - 65	2003	ARQ	HHS	e
Peru	0.18		12 - 64	2005	UNODC Estimate		
Suriname	0.08		15 - 64	2002	UNODC Estimate		e
Uruguay	0.08		15 - 64	2006	ARQ	HHS	e
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.10	0.03 - 0.16	15 - 64	2003	ARQ	SS	a, d, e
ASIA							
Central Asia and Transcaucasian countries							
Armenia	0.30		15 - 64	2005	ARQ	HHS	
Azerbaijan	0.20		15 - 64	2008	ARQ		i

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

OPIATES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Georgia	0.58		15 - 64	2006	UNODC Estimate		
Kazakhstan	1.00		15 - 64	2006	UNODC (GAP survey)		i
Kyrgyzstan	0.80		15 - 64	2006	UNODC (GAP survey)		i
Tajikistan	0.54		15 - 64	2006	UNODC (GAP survey)		i
Turkmenistan	0.32		15 - 64	2007	ARQ		
Uzbekistan	0.80		15 - 64	2006	UNODC (GAP survey)		i
East and South-East Asia							
Brunei Darussalam					No recent, reliable estimate located		
Cambodia	0.03	0.01 - 0.09	15 - 64	2004	INCSR/ Reference Group to the UN	I	
China	0.25	0.19 - 0.31	15 - 64	2005	Academic research/ Reference Group	I	
China, Hong Kong SAR	0.20		15 - 64	2006	ARQ		
China, Macao SAR	1.12		15 - 64	2003	ARQ		
Guam					No recent, reliable estimate located		
Indonesia	0.16		15 - 64	2005	ARQ		
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	0.08	0.06 - 0.10	15 - 64	2004	ARQ	HHS	a,e
Lao People's Democratic Republic	0.37		15 - 64	2008	UNODC (ICMP)	HHS	a, c
Malaysia	1.33	1.11 - 1.56	15 - 64	2002	Reference Group to the UN on HIV	I	
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar	0.60		15 - 64	2008	UNODC (ICMP)	HHS	a,c
Philippines	0.05		15 - 64	2005	Reference Group to the UN on HIV		
Singapore	0.01		15 - 64	2006	ARQ	R	
Taiwan, Province of China	0.20		15 - 64	2005	Government source		
Thailand	0.20		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam	0.27	0.25 - 0.28	15 - 64	2005	INCSR/ Reference Group to the UN		
Near and Middle East /South-West Asia							
Afghanistan	2.65	2.34 - 2.96	15 - 64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS	
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)	2.80	1.50 - 3.20	15 - 64	1999	UNODC Estimate		
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	0.50		18 - 40	2005	ARQ		
Jordan	0.17		15 - 64	2001	UNODC Estimate		
Kuwait	0.17		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Lebanon	0.20		15 - 64	2003	ARQ		
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman	0.09		15 - 64	1999	UNODC Estimate		
Pakistan	0.70		15 - 64	2006	UNODC (GAP survey)		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia	0.06		15 - 64	2006	UNODC Estimate		
Syrian Arab Republic	0.02		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
United Arab Emirates	0.02		15 - 64	2004	UNODC Estimate		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
South Asia							
Bangladesh	0.40		15 - 64	2003	ARQ	HHS	a, e
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		
Nepal	0.24	0.18 - 0.29	15 - 64	2006	Government source	I, b	
Sri Lanka	0.11		15 - 64	2006	ARQ		
EUROPE							
East Europe							
Belarus	0.43	0.08 - 0.74	15 - 64	2007	UNODC Estimate	R	h,g
Moldova (Republic of)	0.15	0.12 - 0.17	15 - 64	2008	Government source	R, HHS	e
Russian Federation*	1.64		15 - 64	2007	ARQ		g
Ukraine	1.16	1.00 - 1.31	15 - 64	2006	Reference Group to the UN on HIV	I	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

OPIATES								
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)								
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted	
Southeast Europe								
Albania	0.45		15 - 64	2007	ARQ	R		h,g
Bosnia and Herzegovina	0.30		15 - 64	2005	Reference Group to the UN on HIV	I		
Bulgaria	0.49	0.38 - 0.60	15 - 64	2007	ARQ	I		
Croatia	0.36		15 - 64	2006	ARQ	I		
Macedonia (TFYR)	0.50		15 - 64	2005	ARQ			
Montenegro					No recent, reliable estimate located			
Romania	0.16	0.11 - 0.21	15 - 64	2004	ARQ	I		
Serbia	0.28	0.18 - 0.38	15 - 64	2008	ARQ	I		
Turkey	0.05		15 - 64	2003	Government source			
West & Central Europe								
Andorra					No recent, reliable estimate located			
Austria	0.43		15 - 64	2007	ARQ	I		
Belgium					No recent, reliable estimate located			
Cyprus	0.27	0.21 - 0.36	15 - 64	2007	ARQ	I		
Czech Republic	0.40		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Denmark	0.60		15 - 64	2005	ARQ	I		
Estonia	1.52	0.89 - 3.79	15 - 64	2004	ARQ	I		
Finland	0.23		15 - 64	2005	UNODC Estimate	I		
France	0.47	0.42 - 0.51	15 - 64	2007	Government source	I		
Germany	0.21	0.15 - 0.27	15 - 64	2007	EMCDDA	I		
Greece	0.27	0.24 - 0.31	15 - 64	2007	EMCDDA	I		
Hungary	0.10	0.04 - 0.20	18 - 64	2007	Government source	HHS		g
Iceland	0.40		15 - 64	2005	ARQ	I		
Ireland	0.50		15 - 64	2001	ARQ	I		
Italy	0.72	0.63 - 0.81	15 - 64	2008	ARQ	I		
Latvia	0.75	0.70 - 0.80	15 - 64	2007	ARQ	HHS		
Liechtenstein	0.20		15 - 64	2005	ARQ	SS		
Lithuania	0.10		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Luxembourg	0.93		15 - 64	2000	EMCDDA	I		
Malta	0.57	0.54 - 0.59	15 - 64	2007	ARQ	I		
Monaco					No recent, reliable estimate located			
Netherlands	0.31		15 - 64	2005	ARQ			
Norway	0.30	0.21 - 0.39	15 - 64	2008	Government source	I		
Poland	0.10	0.09 - 0.11	15 - 64	2005	ARQ	I		
Portugal	0.46	0.43 - 0.50	15 - 64	2005	ARQ	I		
San Marino					No recent, reliable estimate located			
Slovakia	0.25	0.18 - 0.49	15 - 64	2007	EMCDDA	I		
Slovenia	0.74	0.66 - 0.92	15 - 64	2004	ARQ	I		g
Spain	0.13	0.12 - 0.14	15 - 64	2007	Government source	I		
Sweden	0.17		15 - 64	2004	ARQ	I		
Switzerland	0.61	0.51 - 0.78	15 - 64	2000	Government source	I		
United Kingdom					No recent, reliable estimate located			
United Kingdom (England and Wales)	0.81	0.79 - 0.84	15 - 64	2007	EMCDDA	I		
United Kingdom (Northern Ireland)	0.10		16 - 59	2006	Government source			
United Kingdom (Scotland)	1.54	1.54 - 1.68	15 - 64	2004	EMCDDA	I		
OCEANIA								
Oceania								
American Samoa					No recent, reliable estimate located			
Australia	0.40		15 - 64	2007	ARQ	HHS		a
Christmas Islands					No recent, reliable estimate located			
Cocos (Keeling) Islands					No recent, reliable estimate located			
Cook Islands					No recent, reliable estimate located			
Fiji					No recent, reliable estimate located			
French Polynesia					No recent, reliable estimate located			
Kiribati					No recent, reliable estimate located			
Marshall Islands					No recent, reliable estimate located			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

OPIATES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Micronesia (Federated States of)				2008	No recent, reliable estimate located	HHS, x	
Nauru					No recent, reliable estimate located		
<i>New Caledonia</i>					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	1.10		16 - 64		Government source		
<i>Norfolk Island</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Northern Mariana Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Palau					No recent, reliable estimate located		
Papua New Guinea					No recent, reliable estimate located		
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
<i>Wallis and Futuna Islands</i>				No recent, reliable estimate located			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

4.2.1.2 Cocaína

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
AFRICA							
East Africa							
Burundi					No recent, reliable estimate located		
Comoros					No recent, reliable estimate located		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya					No recent, reliable estimate located		
Madagascar					No recent, reliable estimate located		
Mauritius					No recent, reliable estimate located		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia					No recent, reliable estimate located		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
North Africa							
Algeria					No recent, reliable estimate located		
Egypt	<0.1		15 - 64	2006	Govt; Academic Research	HHS, SS	a, d
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco	<0.1		15 - 64	2004	ARQ		
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
Southern Africa							
Angola	0.1		15 - 64	1999	UNODC Estimate		e
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia					No recent, reliable estimate located		
South Africa	0.8	0.6 - 1.2	15 - 64	2008	ARQ	HHS	a, e
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	0.2		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
Zimbabwe	0.1		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
West and Central Africa							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso					No recent, reliable estimate located		
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde	0.2		15 - 64	2004	UNODC Estimate		d, e
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria	0.5		15 - 64	1999	UNODC Estimate		
<i>Saint Helena</i>					No recent, reliable estimate located		
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo					No recent, reliable estimate located		
AMERICAS							
Caribbean							
<i>Anguilla</i>					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	0.9	0.3 - 1.6	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Bahamas	0.2	<0.1 - 0.3	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Barbados	0.4		15 - 64	2006	CICAD	HHS	
<i>Bermuda</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>British Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cayman Islands</i>	0.6		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica					No recent, reliable estimate located		
Dominican Republic	0.3	0.1 - 0.6	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Grenada	0.9	0.2 - 1.9	15 - 64	2005	CICAD	SS	d, e
Haiti	0.9		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Jamaica	1.1		15 - 64	2006	UNODC Estimate	SS	a, d
<i>Montserrat</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Netherlands Antilles</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Puerto Rico</i>	0.8	0.3 - 1.4	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Saint Kitts and Nevis	1.7	0.4 - 3.2	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Saint Lucia	1.0		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Saint Vincent and the Grenadines	0.7		15 - 64	2002	UNODC Estimate	SS	
Trinidad and Tobago					No recent, reliable estimate located		
<i>Turks and Caicos Islands</i>	0.7		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
<i>United States Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Central America							
Belize	0.9		12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Costa Rica	0.4		12 - 70	2006	ARQ	HHS	
El Salvador	0.4	0.2 - 0.5	12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Guatemala	0.2		15 - 64	2005	ARQ	HHS	
Honduras	0.9		12 - 35	2005	ARQ		
Nicaragua	0.7	0.5 - 0.9	12 - 65	2006	CICAD	HHS, c	
Panama	1.2		12 - 65	2003	Government source	HHS	
North America							
Canada	1.9		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Mexico	0.4		12 - 65	2008	Govt. source (ENA)	HHS	
<i>Saint Pierre and Miquelon</i>					No recent, reliable estimate located		
United States of America	2.6		15 - 64	2008	Govt. source (SAMSHA)	HHS	
South America							
Argentina	2.6		15 - 64	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Bolivia (Plurinational State of)	0.8		15 - 64	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Brazil	0.7		12 - 65	2005	Government source	HHS, c	
Chile	2.4		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	0.8	0.7 - 0.9	12 - 65	2008	Government source	HHS, c	
Ecuador	0.3		15 - 64	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
<i>Falkland Islands (Malvinas)</i>					No recent, reliable estimate located		
Guyana					No recent, reliable estimate located		
Paraguay	0.3	0.2 - 0.3	12 - 64	2003	CICAD	HHS	
Peru	0.5	0.3 - 0.6	12 - 64	2006	ARQ	HHS, c	
Suriname	0.3		12 - 65	2007	Government source	HHS	
Uruguay	1.4		12 - 65	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.6		15 - 64	2005	Government source	HHS	
ASIA							
Central Asia and Transcaucasian countries							
Armenia	0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	
Azerbaijan					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Georgia					No recent, reliable estimate located		
Kazakhstan					No recent, reliable estimate located		
Kyrgyzstan					No recent, reliable estimate located		
Tajikistan					No recent, reliable estimate located		
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located		
Uzbekistan					No recent, reliable estimate located		
East and South-East Asia							
Brunei Darussalam					No recent, reliable estimate located		
Cambodia					No recent, reliable estimate located		
China					No recent, reliable estimate located		
China, Hong Kong SAR	0.3	0.2 - 0.3	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
China, Macao SAR					No recent, reliable estimate located		
Guam					No recent, reliable estimate located		
Indonesia	<0.1		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	<0.1		15 - 64	2004	ARQ	HHS	e, f
Lao People's Democratic Republic					No recent, reliable estimate located		
Malaysia					No recent, reliable estimate located		
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar					No recent, reliable estimate located		
Philippines	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	
Singapore					No recent, reliable estimate located		
Taiwan, Province of China	0.1		15 - 64	2005	AMCEWG		
Thailand	<0.1		15 - 64	2007	ARQ	HHS	e
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam					No recent, reliable estimate located		
Near and Middle East /South-West Asia							
Afghanistan	<0.1		15 - 64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS	
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	0.6		18 - 40	2008	Government source	HHS	
Jordan					No recent, reliable estimate located		
Kuwait	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		g
Lebanon	0.1		15 - 64	2001	UNODC Estimate		d, e
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman					No recent, reliable estimate located		
Pakistan					No recent, reliable estimate located		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia					No recent, reliable estimate located		
Syrian Arab Republic	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		g
United Arab Emirates					No recent, reliable estimate located		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
South Asia							
Bangladesh					No recent, reliable estimate located		
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka					No recent, reliable estimate located		
EUROPE							
East Europe							
Belarus	<0.1	<0.1 - 0.1	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Moldova (Republic of)	<0.1	<0.1	15 - 64	2008	Government sources	HHS	e
Russian Federation*	0.2	0.2 - 0.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	0.2	0.2 - 0.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.



COCAINE								
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)								
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted	
Southeast Europe								
Albania	0.8	<0.1 - 1.6	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e	
Bosnia and Herzegovina	0.6	<0.1 - 1.9	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e	
Bulgaria	0.6		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
Croatia	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Macedonia (TFYR)	<0.1		15 - 64	2007	INCSR			
Montenegro	0.8	<0.1 - 1.7	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e	
Romania	<0.1	<0.1	15 - 64	2007	ARQ	HHS	e	
Serbia	0.5	0.1 - 1.2	15 - 64	2008	Government sources	HHS	a, d, e	
Turkey	<0.1		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
West & Central Europe								
Andorra					No recent, reliable estimate located			
Austria	0.9		15 - 64	2008	Govt.	HHS		
Belgium	1.2	1.2 - 1.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	c, d, e	
Cyprus	0.6		15 - 65	2006	ARQ			
Czech Republic	0.7		15 - 64	2008	Government sources	HHS		
Denmark	1.4		16 - 64	2008	ARQ	HHS		
Estonia	0.6		15 - 64	2008	Government sources	HHS		
Finland	0.5		15 - 64	2006	ARQ			
France	0.6		15 - 64	2005	ARQ			
Germany	0.7		18 - 64	2006	Government source	HHS		
Greece	0.1		15 - 64	2004	ARQ			
Hungary	0.2	<0.1 - 0.4	18 - 64	2007	ARQ	HHS		
Iceland	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Ireland	1.7		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Italy	2.2		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Latvia	0.5		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
Liechtenstein	0.8		15 - 64	2005	UNODC Estimate			
Lithuania	0.2		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Luxembourg	0.9		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
Malta	1.1	1.1 - 1.2	18 - 65	2007	ESPAD	SS	d, e	
Monaco	1.9	1.7 - 2.0	18 - 66	2007	ESPAD	SS	d, e	
Netherlands	0.6		15 - 64	2005	ARQ			
Norway	0.8		15 - 64	2004	ARQ			
Poland	0.2		16 - 64	2006	ARQ			
Portugal	0.6		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
San Marino					No recent, reliable estimate located			
Slovakia	0.6		15 - 64	2006	ARQ	HHS		
Slovenia	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Spain	3.0		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Sweden	0.6	0.5 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Switzerland	0.8		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
United Kingdom					No recent, reliable estimate located			
United Kingdom (England and Wales)	3.0		16 - 59	2009	Government source	HHS		
United Kingdom (Northern Ireland)	1.9		15 - 64	2007	Government source	HHS		
United Kingdom (Scotland)	3.9	3.7 - 4.0	16 - 59	2009	Government source	HHS		
OCEANIA								
Oceania								
American Samoa					No recent, reliable estimate located			
Australia	1.9		15 - 64	2007	Government Source	HHS		
Christmas Islands					No recent, reliable estimate located			
Cocos (Keeling) Islands					No recent, reliable estimate located			
Cook Islands					No recent, reliable estimate located			
Fiji					No recent, reliable estimate located			
French Polynesia					No recent, reliable estimate located			
Kiribati					No recent, reliable estimate located			
Marshall Islands					No recent, reliable estimate located			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODCAdj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

COCAINE							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Micronesia (Federated States of)				2008	No recent, reliable estimate located	HHS	
Nauru					No recent, reliable estimate located		
<i>New Caledonia</i>					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	0.6		16 - 64		Government source		
<i>Norfolk Island</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Northern Mariana Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Palau					No recent, reliable estimate located		
Papua New Guinea					No recent, reliable estimate located		
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
<i>Wallis and Futuna Islands</i>				No recent, reliable estimate located			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

4.2.1.3 Cannabis

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
AFRICA							
East Africa							
Burundi					No recent, reliable estimate located		
Comoros	2.9		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia	2.6		15 - 64	1999	EADIS		
Kenya	7.1	4.7 - 10.0	15 - 64	2004	ARQ, NGO, Council of Europe	SS, A	c, d, e, f
Madagascar	9.1		15 - 64	2004	ARQ	SS, A	d, e
Mauritius	3.9		15 - 54	2004	ARQ		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia	2.5		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
North Africa							
Algeria	5.7	5.2 - 6.4	15 - 64	2006	Council of Europe	SS, A	d
Egypt	6.2	2.9 - 9.6	15 - 64	2006	Govt; Academic Research	HHS, SS	a, d
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco	4.2		15 - 64	2004	ARQ	HHS	
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
Southern Africa							
Angola	2.1		15 - 64	1999	ARQ		e
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia	3.9		15 - 64	2000	ARQ		
South Africa	4.3	3.5 - 6.2	15 - 64	2008	ARQ	HHS	a, e
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	17.7		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Zimbabwe	6.9		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
West and Central Africa							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso	2.9		15 - 64	2006	UNODC Estimate		d, e
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde	8.1		15 - 64	2004	UNODC Estimate		d, e
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria	13.8		15 - 64	2000	ARQ	R	h
<i>Saint Helena</i>					No recent, reliable estimate located		
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported,

x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo	2.7		15 - 64	2006	ARQ	SS	d, e
AMERICAS							
Caribbean							
<i>Anguilla</i>					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	10.6	7.8 - 13.4	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Bahamas	5.5	3.2 - 7.9	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Barbados	8.3		15 - 64	2006	CICAD	HHS	
<i>Bermuda</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>British Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cayman Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica	10.8	6.1 - 15.5	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Dominican Republic	0.3	0.3 - 1.4	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Grenada	10.8	7.3 - 14.4	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Haiti	1.4	0.4 - 2.2	15 - 64	2005	CICAD	SS	d, e
Jamaica	9.9	7.5 - 12.2	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
<i>Montserrat</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Netherlands Antilles</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Puerto Rico</i>	4.9	3.1 - 6.7	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Saint Kitts and Nevis	11.7	8.3 - 15.1	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Saint Lucia	9.0		15 - 64	2006	UNODC Estimate	SS	d, e
Saint Vincent and the Grenadines	7.1	5.1 - 9.1	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Trinidad and Tobago	4.7	2.9 - 6.4	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
<i>Turks and Caicos Islands</i>	5.4		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
<i>United States Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Central America							
Belize	8.5		12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Costa Rica	1.0		12 - 70	2006	ARQ	HHS	
El Salvador	0.4		12 - 65	2005	CICAD	HHS	
Guatemala	4.8		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS, SS	c, d
Honduras	0.8	0.4 - 1.6	12 - 35	2005	CICAD	SS	d, e
Nicaragua	1.1		12 - 65	2006	CICAD	HHS, c	
Panama	3.6	3.4 - 3.7	12 - 65	2003	CICAD	HHS	d, e
North America							
Canada	13.6		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Mexico	1.0		12 - 65	2008	Govt. source (ENA)	HHS	
<i>Saint Pierre and Miquelon</i>					No recent, reliable estimate located		
United States of America	12.5		15 - 64	2008	Govt. source (SAMSHA)	HHS	
South America							
Argentina	7.2		15 - 64	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Bolivia (Plurinational State of)	4.3		15 - 64	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Brazil	2.6		12 - 65	2005	Government source	HHS, c	
Chile	6.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	2.3		12 - 65	2008	Government source	HHS	
Ecuador	0.7		15 - 64	2007	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
<i>Falkland Islands (Malvinas)</i>					No recent, reliable estimate located		
Guyana	2.6		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Paraguay	1.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Peru	0.7		12 - 64	2006	ARQ	HHS, c	
Suriname	4.3	3.8 - 4.7	12 - 65	2007	Government source	HHS	
Uruguay	6.0		12 - 65	2006	UNODC/ CICAD	HHS, a, c	
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.9	0.2 - 1.4	15 - 64	2005	Government source	HHS	a, e
ASIA							
Central Asia and Transcaucasian countries							
Armenia	3.5		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Azerbaijan	3.5		15 - 64	2004	UNODC Estimate		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Georgia	1.1	0.5 - 1.7	15 - 64	2005	ARQ	SS	a, d, e
Kazakhstan	4.2		15 - 64	2003	INCSR		
Kyrgyzstan	6.4		15 - 64	2001	ARQ		
Tajikistan					No recent, reliable estimate located		
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located		
Uzbekistan	4.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate		e
East and South-East Asia							
Brunei Darussalam					No recent, reliable estimate located		
Cambodia	3.5		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
China					No recent, reliable estimate located		
<i>China, Hong Kong SAR</i>	0.4	0.2 - 2.0	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
<i>China, Macao SAR</i>	0.7		15 - 64	2003	UNODC Estimate	R	d, e
<i>Guam</i>	18.4	14.7 - 22.0	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Indonesia	0.4		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	0.3	<0.1 - 0.6	15 - 64	2004	ARQ	HHS	c, e
Lao People's Democratic Republic	0.9	0.7 - 1.1	15 - 64	2008	UNODC report	SS	c, d
Malaysia	1.6		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar	0.9		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, e
Philippines	0.8	0.7 - 0.9	15 - 64	2008	Government source	HHS	c, e
Singapore					No recent, reliable estimate located		
<i>Taiwan, Province of China</i>	0.3		15 - 64	2005	AMCEWG		
Thailand	1.2		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam	0.3		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Near and Middle East /South-West Asia							
Afghanistan	4.3	3.4 - 5.2	15 - 64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS	
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)	4.2		15 - 64	1999	ARQ		
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	8.9		18 - 40	2008	Government source	HHS	
Jordan	2.1		15 - 64	2001	ARQ		a
Kuwait	3.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Lebanon	6.4		15 - 64	2001	ARQ		d
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman	0.1		15 - 64	1999			
Pakistan	3.9		15 - 64	2000	INCSR		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia	0.3		15 - 64	2006	Government source/ NGO/Academic	R	
Syrian Arab Republic					No recent, reliable estimate located		
United Arab Emirates	5.4		15 - 64	2006	UNODC Estimate		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
South Asia							
Bangladesh	3.3		15 - 54	2004	Academic research	HHS	a, e,f
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka	1.5		15 - 64	2000	UNODC Estimate		
EUROPE							
East Europe							
Belarus	1.1	0.9 - 1.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	c, d, e
Moldova (Republic of)	0.9		15 - 64	2008	Government source	HHS	
Russian Federation*	3.5		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	2.5	2.4 - 2.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS								
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)								
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted	
Southeast Europe								
Albania	1.8		15 - 64	2006	Government source	SS	d, e	
Bosnia and Herzegovina	2.8	2.8 - 4.6	15 - 64	2008	ESPAD	SS	c, d, e	
Bulgaria	2.5		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Croatia	5.2	5.1 - 5.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Macedonia (TFYR)	0.6	0.5 - 2.4	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e	
Montenegro	0.2	0.2 - 2.0	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e	
Romania	0.4		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
Serbia	4.1	2.8 - 5.4	15 - 64	2006	Government source	HHS	a, d, e	
Turkey	1.9		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
West & Central Europe								
Andorra					No recent, reliable estimate located			
Austria	3.5		15 - 64	2008	Government source	HHS	a	
Belgium	5.0		15 - 64	2004	EMCDDA	HHS		
Cyprus	2.1		15 - 65	2006	ARQ			
Czech Republic	15.2		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Denmark	5.5		16 - 64	2008	ARQ	HHS		
Estonia	6.0		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Finland	3.1	3.0 - 3.2	15 - 64	2008	Government source	HHS	a	
France	8.6		15 - 64	2005	ARQ			
Germany	4.7		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Greece	1.7		15 - 64	2004	ARQ			
Hungary	2.3	1.7 - 2.9	18 - 64	2007	ARQ	HHS		
Iceland	3.4	3.2 - 3.5	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Ireland	6.3		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Italy	14.6		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Latvia	4.9		15 - 64	2007	ARQ			
Liechtenstein	8.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate			
Lithuania	5.6		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Luxembourg	7.6		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
Malta	4.5	4.4 - 4.6	18 - 65	2007	ESPAD	SS	d, e	
Monaco	8.9	7.9 - 10.0	18 - 66	2007	ESPAD	SS	d, e	
Netherlands	5.4		15 - 64	2005	ARQ			
Norway	4.6		15 - 64	2004	ARQ			
Poland	2.7		16 - 64	2006	ARQ			
Portugal	3.6		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
San Marino					No recent, reliable estimate located			
Slovakia	6.9		15 - 64	2006	ARQ	HHS		
Slovenia	4.1		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Spain	10.1		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Sweden	2.1		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
Switzerland	9.7	8.5 - 10.9	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
United Kingdom					No recent, reliable estimate located			
United Kingdom (England and Wales)	7.9		16 - 59	2009	Government source	HHS		
United Kingdom (Northern Ireland)	7.2		15 - 64	2007	Government source	HHS		
United Kingdom (Scotland)	8.4		16 - 59	2009	Government source	HHS		
OCEANIA								
Oceania								
American Samoa	7.0	4.7 - 9.2	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e	
Australia	10.6		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Christmas Islands					No recent, reliable estimate located			
Cocos (Keeling) Islands					No recent, reliable estimate located			
Cook Islands					No recent, reliable estimate located			
Fiji	5.1	3.0 - 7.1	15 - 64	2004	Government source	SS	d, e	
French Polynesia					No recent, reliable estimate located			
Kiribati					No recent, reliable estimate located			
Marshall Islands	5.5	3.4 - 7.5	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODCAAdj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

CANNABIS							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Micronesia (Federated States of)				2008	No recent, reliable estimate located	HHS	
Nauru					No recent, reliable estimate located		
New Caledonia					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	14.6		16 - 64	2008	Government source		
Norfolk Island				2007	No recent, reliable estimate located	SS	
Northern Mariana Islands	22.2	18.1 - 26.4	15 - 64		Government source		d, e
Palau	24.2	19.8 - 28.6	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Papua New Guinea				2008	No recent, reliable estimate located	HHS	
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
Wallis and Futuna Islands					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

4.2.1.4 Estimulantes de tipo anfetamínico

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
AFRICA							
East Africa							
Burundi					No recent, reliable estimate located		
Comoros					No recent, reliable estimate located		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya					No recent, reliable estimate located		
Madagascar					No recent, reliable estimate located		
Mauritius					No recent, reliable estimate located		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia					No recent, reliable estimate located		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
North Africa							
Algeria					No recent, reliable estimate located		
Egypt	0.5	0.4 - 0.5	15 - 64	2006	Govt; Academic Research	HHS, SS	a, b, d
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco	<0.1		15 - 64	1999	ARQ		
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
Southern Africa							
Angola					No recent, reliable estimate located		
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia	<0.1		15 - 64	2000	ARQ		
South Africa	1.0	0.8 - 1.4	15 - 64	2008	ARQ	HHS	a, e
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	0.1		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Zimbabwe	0.1		15 - 64	2000	ARQ		
West and Central Africa							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso					No recent, reliable estimate located		
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde					No recent, reliable estimate located		
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria	1.1		15 - 64	1999	UNODC Estimate		
<i>Saint Helena</i>					No recent, reliable estimate located		
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo					No recent, reliable estimate located		
AMERICAS							
Caribbean							
Anguilla					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	0.6	0.2 - 1.2	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Bahamas	0.4	0.1 - 1.1	15 - 64	2008	ARQ	SS	d, e
Barbados	0.2		12 - 65	2006	CICAD	HHS, z	
Bermuda					No recent, reliable estimate located		
British Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
Cayman Islands					No recent, reliable estimate located		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica	0.9	0.3 - 1.6	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Dominican Republic	1.0	<0.1 - 2.6	15 - 64	2008	ARQ	SS, z	d, e
Grenada	0.7		15 - 64	2005	ARQ		
Haiti					No recent, reliable estimate located		
Jamaica	1.1	0.4 - 1.9	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Montserrat					No recent, reliable estimate located		
Netherlands Antilles					No recent, reliable estimate located		
Puerto Rico	0.4	0.1 - 1.1	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Saint Kitts and Nevis	0.2	0.1 - 0.6	15 - 64	2006	Government source	SS, z	d, e
Saint Lucia	1.2	0.4 - 1.9	15 - 64	2005	CICAD	SS, z	d, e
Saint Vincent and the Grenadines	0.6	0.2 - 1.3	15 - 64	2006	CICAD	SS, z	d, e
Trinidad and Tobago	0.7	0.2 - 1.4	15 - 64	2006	CICAD	SS, z	d, e
Turks and Caicos Islands	0.3		15 - 64	2003	UNODC Estimate		d, e
United States Virgin Islands					No recent, reliable estimate located		
Central America							
Belize	1.4		12 - 65	2005	CICAD	HHS, z	
Costa Rica	1.3		12 - 70	2006	ARQ		
El Salvador	3.3		12 - 65	2005	CICAD	HHS, z	
Guatemala	0.9		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, e
Honduras	0.8		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, e
Nicaragua	0.8		15 - 64	2003	UNODC Estimate		d
Panama	1.2		12 - 65	2003	CICAD	HHS, z	
North America							
Canada	1.5		15 - 64	2008	CADUMS	HHS	
Mexico	0.2	0.1 - 0.2	12 - 65	2008	Govt. source (ENA)	HHS	
Saint Pierre and Miquelon					No recent, reliable estimate located		
United States of America	1.3		15 - 64	2008	Govt. source (SAMHSA)	HHS	
South America							
Argentina	0.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate	SS, z	d, e
Bolivia (Plurinational State of)	0.5		12 - 65	2007	ARQ	HHS	
Brazil	0.7		12 - 65	2005	Government source	HHS, c	
Chile	0.4		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	0.5	<0.1 - 1.9	12 - 65	2008	Government source	HHS, SS	a, c, d, e
Ecuador	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate	SS, z	d, e
Falkland Islands (Malvinas)					No recent, reliable estimate located		
Guyana	0.5	0.1 - 1.1	15 - 64	2002	CICAD	SS, z	d, e
Paraguay	0.5		15 - 64	2005	UNODC Estimate	SS, z	d, e
Peru	0.2		12 - 64	2006	Govt.	HHS	
Suriname	0.7		12 - 65	2007	Government source	HHS, z	
Uruguay	0.1		12 - 65	2006	ARQ		
Venezuela (Bolivarian Republic of)	0.6		15 - 64	2002	UNODC Estimate		d, e
ASIA							
Central Asia and Transcaucasian countries							
Armenia	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	
Azerbaijan					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported,

x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Georgia					No recent, reliable estimate located		
Kazakhstan					No recent, reliable estimate located		
Kyrgyzstan					No recent, reliable estimate located		
Tajikistan					No recent, reliable estimate located		
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located		
Uzbekistan					No recent, reliable estimate located		
East and South-East Asia							
Brunei Darussalam	0.3		15 - 64	2006	UNODC Estimate		g
Cambodia	0.6		15 - 64	2004	UNODC Estimate		d, e
China					No recent, reliable estimate located		
<i>China, Hong Kong SAR</i>	0.4	<0.1 - 1.1	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
<i>China, Macao SAR</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Guam</i>	1.4	0.5 - 2.3	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Indonesia	0.2		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	0.1	<0.1 - 0.2	15 - 64	2004	ARQ	HHS	b, c, e
Lao People's Democratic Republic	1.4	1.1 - 1.7	15 - 64	2008	Academic research	SS	a, c, d, e
Malaysia	0.6		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, g, h
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d, f
Philippines	2.1	1.9 - 2.4	15 - 64	2008	Government source	HHS	c, e
Singapore					No recent, reliable estimate located		
<i>Taiwan, Province of China</i>	0.6		12 - 64	2005	AMCEWG		
Thailand	1.4		12 - 65	2007	ARQ	HHS	
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam	0.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate		h
Near and Middle East /South-West Asia							
Afghanistan	<0.1		15 - 64	2009	UNODC/ Govt. Source	HHS	
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	4.5		18 - 40	2008	Government source	HHS	
Jordan	0.4		15 - 64	2001	UNODC Estimate		
Kuwait	0.3		15 - 64	2005	UNODC Estimate		g
Lebanon	0.4		15 - 64	2001	UNODC Estimate		d, e
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman					No recent, reliable estimate located		
Pakistan					No recent, reliable estimate located		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia	0.4		15 - 64	2006	UNODC Estimate		g
Syrian Arab Republic					No recent, reliable estimate located		
United Arab Emirates					No recent, reliable estimate located		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
South Asia							
Bangladesh					No recent, reliable estimate located		
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka					No recent, reliable estimate located		
EUROPE							
East Europe							
Belarus	0.4		15 - 64	2006	UNODC Estimate		g
Moldova (Republic of)	<0.1		15 - 64	2008	Government source	HHS	e
Russian Federation*	0.4	0.2 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	0.4	0.2 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES								
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)								
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted	
Southeast Europe								
Albania	<0.1		15 - 64	2004	ARQ			
Bosnia and Herzegovina	1.0	0.4 - 1.7	15 - 64	2008	ESPAD	SS	c, d, e	
Bulgaria	1.0		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Croatia	0.7	0.6 - 0.8	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Macedonia (TFYR)					No recent, reliable estimate located			
Montenegro	0.5	<0.1 - 0.9	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e	
Romania	<0.1		15 - 64	2007	Government source	HHS	e	
Serbia	0.2	0.1 - 0.5	15 - 64	2006	Government sources	HHS	a, e	
Turkey	0.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
West & Central Europe								
Andorra					No recent, reliable estimate located			
Austria	0.5		15 - 64	2008	Government source	HHS	a	
Belgium	0.9	0.6 - 1.1	15 - 64	2007	ESPAD	SS	c, d, e	
Cyprus	0.4		15 - 64	2006	ARQ			
Czech Republic	1.7		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Denmark	1.2		16 - 64	2008	ARQ	HHS		
Estonia	1.0		15 - 64	2008	Government source	HHS		
Finland	0.6		15 - 64	2006	ARQ			
France	0.2		15 - 64	2005	ARQ			
Germany	0.5		18 - 64	2006	Government source	HHS		
Greece	0.2		15 - 64	2004	ARQ			
Hungary	0.5	0.2 - 0.8	18 - 64	2007	ARQ	HHS		
Iceland	0.7	0.6 - 0.9	15 - 64	2003	ESPAD	SS		
Ireland	0.4		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Italy	0.6	0.6 - 0.7	15 - 64	2007	Government source/ ESPAD	HHS, SS	d, e	
Latvia	0.9		15 - 64	2007	ARQ			
Liechtenstein	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d	
Lithuania	0.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Luxembourg	0.4		15 - 64	1999	UNODC Estimate			
Malta	0.9	0.6 - 1.2	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Monaco	0.5	0.5 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Netherlands	0.3		15 - 64	2005	ARQ	HHS		
Norway	1.1		15 - 64	2004	ARQ	HHS		
Poland	0.7		15 - 64	2006	ARQ			
Portugal	0.2		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
San Marino					No recent, reliable estimate located			
Slovakia	0.3		15 - 64	2006	EMCDDA	HHS		
Slovenia	0.5	0.5 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Spain	0.9		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Sweden	0.4	0.2 - 0.6	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Switzerland	0.6	0.6 - 0.7	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
United Kingdom					No recent, reliable estimate located			
United Kingdom (England and Wales)	1.1		16 - 64	2009	Government source	HHS	a	
United Kingdom (Northern Ireland)	1.0		16 - 59	2007	Government source	HHS		
United Kingdom (Scotland)	1.4		16 - 64	2009	Government source	HHS	a	
OCEANIA								
Oceania								
American Samoa	1.3	0.5 - 2.3	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e	
Australia	2.7		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Christmas Islands					No recent, reliable estimate located			
Cocos (Keeling) Islands					No recent, reliable estimate located			
Cook Islands					No recent, reliable estimate located			
Fiji					No recent, reliable estimate located			
French Polynesia					No recent, reliable estimate located			
Kiribati					No recent, reliable estimate located			
Marshall Islands	2.7	1.4 - 4.0	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e	

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

AMPHETAMINES							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Micronesia (Federated States of)				2008	No recent, reliable estimate located	HHS	
Nauru					No recent, reliable estimate located		
New Caledonia					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	2.1		16 - 64	2008	Government source		
Norfolk Island				2007	No recent, reliable estimate located	SS	
Northern Mariana Islands	1.2	0.4 - 2.1	15 - 64		Government source		d, e
Palau	1.6	0.6 - 2.6	15 - 64	2007	Government source	SS	d, e
Papua New Guinea				2007	No recent, reliable estimate located	HHS	
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
Wallis and Futuna Islands					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

4.2.1.5 Éxtasis

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
AFRICA							
East Africa							
Burundi					No recent, reliable estimate located		
Comoros					No recent, reliable estimate located		
Djibouti					No recent, reliable estimate located		
Eritrea					No recent, reliable estimate located		
Ethiopia					No recent, reliable estimate located		
Kenya					No recent, reliable estimate located		
Madagascar					No recent, reliable estimate located		
Mauritius					No recent, reliable estimate located		
Rwanda					No recent, reliable estimate located		
Seychelles					No recent, reliable estimate located		
Somalia					No recent, reliable estimate located		
Tanzania (United Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Uganda					No recent, reliable estimate located		
North Africa							
Algeria					No recent, reliable estimate located		
Egypt					No recent, reliable estimate located		
Libyan Arab Jamahiriya					No recent, reliable estimate located		
Morocco	<0.1		15 - 64	2003	ARQ		
Sudan					No recent, reliable estimate located		
Tunisia					No recent, reliable estimate located		
Southern Africa							
Angola					No recent, reliable estimate located		
Botswana					No recent, reliable estimate located		
Lesotho					No recent, reliable estimate located		
Malawi					No recent, reliable estimate located		
Mozambique					No recent, reliable estimate located		
Namibia	<0.1		15 - 64	2000	ARQ		
South Africa	0.4		15 - 64	2004	UNODC Estimate		d, e
Swaziland					No recent, reliable estimate located		
Zambia	0.3		15 - 64	2003	UNODC Estimate		e, f
Zimbabwe					No recent, reliable estimate located		
West and Central Africa							
Benin					No recent, reliable estimate located		
Burkina Faso					No recent, reliable estimate located		
Cameroon					No recent, reliable estimate located		
Cape Verde	<0.1		15 - 64	2004	UNODC Estimate		d
Central African Republic					No recent, reliable estimate located		
Chad					No recent, reliable estimate located		
Congo					No recent, reliable estimate located		
Congo (Dem. Rep. of the)					No recent, reliable estimate located		
Côte d'Ivoire					No recent, reliable estimate located		
Equatorial Guinea					No recent, reliable estimate located		
Gabon					No recent, reliable estimate located		
Gambia					No recent, reliable estimate located		
Ghana					No recent, reliable estimate located		
Guinea					No recent, reliable estimate located		
Guinea-Bissau					No recent, reliable estimate located		
Liberia					No recent, reliable estimate located		
Mali					No recent, reliable estimate located		
Mauritania					No recent, reliable estimate located		
Niger					No recent, reliable estimate located		
Nigeria					No recent, reliable estimate located		
<i>Saint Helena</i>					No recent, reliable estimate located		
Sao Tome and Principe					No recent, reliable estimate located		
Senegal					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Sierra Leone					No recent, reliable estimate located		
Togo					No recent, reliable estimate located		
AMERICAS							
Caribbean							
<i>Anguilla</i>					No recent, reliable estimate located		
Antigua and Barbuda	0.2	<0.1 - 0.7	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Bahamas	0.1	<0.1 - 0.6	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
Barbados	0.5		15 - 64	2006	CICAD	HHS	
<i>Bermuda</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>British Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Cayman Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Cuba					No recent, reliable estimate located		
Dominica	<0.1	<0.1 - 0.5	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Dominican Republic	<0.1	<0.1 - 0.5	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
Grenada	0.2	<0.1 - 0.7	15 - 64	2005	Government source	SS	d, e
Haiti	0.6	0.1 - 1.2	15 - 64	2005	CICAD	SS	d, e
Jamaica					No recent, reliable estimate located		
<i>Montserrat</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Netherlands Antilles</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Puerto Rico</i>	0.4	<0.1 - 1.0	15 - 64	2005	Government source	SS	
Saint Kitts and Nevis	0.4	<0.1 - 1.0	15 - 64	2006	Government source	SS	d, e
Saint Lucia					No recent, reliable estimate located		
Saint Vincent and the Grenadines	<0.1	<0.1 - 0.5	15 - 64	2006	CICAD	SS	d, e
Trinidad and Tobago	0.1	<0.1 - 0.6	15 - 64	2006	CICAD	SS	d, e
<i>Turks and Caicos Islands</i>	0.7		15 - 64	2003	UNODC Estimate		d, e
<i>United States Virgin Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Central America							
Belize	0.3		12 - 65	2005	Government source	HHS	
Costa Rica	0.2	0.1 - 0.4	12 - 70	2006	ARQ	SS	d, e
El Salvador	<0.1		15 - 64	2005	CICAD	HHS	a, e
Guatemala	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Honduras	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		d
Nicaragua	<0.1		12 - 65	2006	CICAD	HHS, c	e
Panama	0.4		15 - 64	2003	UNODC Estimate		d
North America							
Canada	1.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Mexico	<0.1		15 - 64	2002	Govt. source (CONADIC)		
<i>Saint Pierre and Miquelon</i>					No recent, reliable estimate located		
United States of America	1.0		15 - 64	2008	Govt. source (SAMHSA)	HHS	
South America							
Argentina	0.5		12 - 65	2006	Government source		
Bolivia (Plurinational State of)	0.1		12 - 65	2007	ARQ	HHS, c	
Brazil	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Chile	0.1		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Colombia	0.3		12 - 65	2008	Government source	HHS, c	
Ecuador	0.2		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
<i>Falkland Islands (Malvinas)</i>					No recent, reliable estimate located		
Guyana	0.1		15 - 64	2002	UNODC Estimate		
Paraguay	<0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate		
Peru	<0.1		12 - 64	2006	ARQ	HHS, c	
Suriname	0.1	<0.1 - 0.2	12 - 65	2007	Government source	HHS, c	e
Uruguay	0.2		15 - 64	2006	Government source	HHS, a, c	c, e
Venezuela (Bolivarian Republic of)	<0.1	<0.1	15 - 64	2005	Government source	HHS	a, e
ASIA							
Central Asia and Transcaucasian countries							
Armenia	0.1		15 - 64	2005	UNODC Estimate	HHS	
Azerbaijan					No recent, reliable estimate located		

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Georgia	1.7	0.7 - 2.4	15 - 64	2005	ARQ	SS	d, e
Kazakhstan					No recent, reliable estimate located		
Kyrgyzstan					No recent, reliable estimate located		
Tajikistan					No recent, reliable estimate located		
Turkmenistan					No recent, reliable estimate located		
Uzbekistan					No recent, reliable estimate located		
East and South-East Asia							
Brunei Darussalam					No recent, reliable estimate located		
Cambodia	0.1		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
China					No recent, reliable estimate located		
<i>China, Hong Kong SAR</i>	0.2	<0.1 - 0.8	15 - 64	2008	Government source	SS	d, e
<i>China, Macao SAR</i>	0.3		15 - 64	2002	UNODC Estimate		c, e
<i>Guam</i>					No recent, reliable estimate located		
Indonesia	0.2		15 - 64	2008	ARQ	HHS	
Japan					No recent, reliable estimate located		
Korea (Dem. People's Rep.)					No recent, reliable estimate located		
Korea (Republic of)	<0.1	<0.1	15 - 64	2004	ARQ	HHS	c, e
Lao People's Democratic Republic					No recent, reliable estimate located		
Malaysia	0.4		15 - 64	2003	UNODC Estimate		e, g
Mongolia					No recent, reliable estimate located		
Myanmar					No recent, reliable estimate located		
Philippines	0.2		15 - 64	2004	Government source	HHS	
Singapore					No recent, reliable estimate located		
<i>Taiwan, Province of China</i>	0.5		15 - 64	2005	AMCEWG		a
Thailand	0.3		15 - 64	2007	ARQ	HHS	
Timor-Leste					No recent, reliable estimate located		
Viet Nam	0.2		15 - 64	2003	UNODC Estimate		
Near and Middle East /South-West Asia							
Afghanistan					No recent, reliable estimate located		
Bahrain					No recent, reliable estimate located		
Iran (Islamic Republic of)					No recent, reliable estimate located		
Iraq					No recent, reliable estimate located		
Israel	0.7		18 - 40	2008	Government source	HHS	
Jordan					No recent, reliable estimate located		
Kuwait					No recent, reliable estimate located		
Lebanon	0.5		15 - 64	2001	UNODC Estimate		d, e
Occupied Palestinian Territory					No recent, reliable estimate located		
Oman					No recent, reliable estimate located		
Pakistan					No recent, reliable estimate located		
Qatar					No recent, reliable estimate located		
Saudi Arabia					No recent, reliable estimate located		
Syrian Arab Republic					No recent, reliable estimate located		
United Arab Emirates					No recent, reliable estimate located		
Yemen					No recent, reliable estimate located		
South Asia							
Bangladesh					No recent, reliable estimate located		
Bhutan					No recent, reliable estimate located		
India					No recent, reliable estimate located		
Maldives					No recent, reliable estimate located		
Nepal					No recent, reliable estimate located		
Sri Lanka					No recent, reliable estimate located		
EUROPE							
East Europe							
Belarus	0.3		15 - 64	2007	ESPAD	SS	c, d, e
Moldova (Republic of)	0.3		15 - 64	2008	Government sources	HHS	
Russian Federation*	0.7		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e
Ukraine	0.7		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY								
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)								
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted	
Southeast Europe								
Albania	1.0	0.3 - 2.1	15 - 64	2006	Government	SS	d, e	
Bosnia and Herzegovina	1.4	0.4 - 2.7	15 - 64	2008	ESPAD	SS	c, d, e	
Bulgaria	0.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Croatia	0.8		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Macedonia (TFYR)	0.8	0.2 - 1.8	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e	
Montenegro	0.5	0.1 - 1.5	15 - 64	2008	ESPAD	SS	d, e	
Romania	0.1		15 - 64	2007	ARQ	HHS		
Serbia	0.6	0.4 - 0.9	15 - 64	2008	Government sources	HHS	a, e	
Turkey	0.3		15 - 64	2003	UNODC Estimate			
West & Central Europe								
Andorra					No recent, reliable estimate located			
Austria	0.5		15 - 64	2008	Govt.	HHS	a	
Belgium	1.1		15 - 64	2007	ESPAD	SS	c, d, e	
Cyprus	1.0		15 - 64	2006	ARQ			
Czech Republic	3.6		15 - 64	2008	Government	HHS		
Denmark	0.4		16 - 64	2008	ARQ	HHS		
Estonia	1.2		15 - 64	2008	Government	HHS		
Finland	0.5		15 - 64	2004	ARQ			
France	0.5		15 - 64	2005	ARQ			
Germany	0.4		18 - 64	2006	Government source	HHS		
Greece	0.2		15 - 64	2004	ARQ			
Hungary	0.5	0.2 - 0.8	18 - 64	2007	ARQ	HHS		
Iceland	0.5		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Ireland	1.2		15 - 64	2007	Government source			
Italy	0.7		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Latvia	1.5		15 - 64	2007	ARQ			
Liechtenstein	0.5		15 - 64	2005	UNODC Estimate			
Lithuania	1.0		15 - 64	2008	ARQ	HHS		
Luxembourg					No recent, reliable estimate located			
Malta	0.9		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Monaco	0.9		15 - 65	2007	ESPAD	SS	d, e	
Netherlands	1.2		15 - 64	2005	ARQ			
Norway	0.5		15 - 64	2004	ARQ			
Poland	0.3		15 - 64	2006	ARQ			
Portugal	0.4		15 - 64	2007	ARQ			
San Marino					No recent, reliable estimate located			
Slovakia	1.6		15 - 64	2006	EMCDDA	HHS		
Slovenia	0.7		15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Spain	1.1		15 - 64	2007	Government source	HHS		
Sweden	0.3	0.2 - 0.3	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
Switzerland	0.3	0.3 - 0.4	15 - 64	2007	ESPAD	SS	d, e	
United Kingdom					No recent, reliable estimate located			
United Kingdom (England and Wales)	1.8		16 - 59	2009	Government source	HHS		
United Kingdom (Northern Ireland)	1.8		15 - 64	2007	Government source	HHS		
United Kingdom (Scotland)	2.5		16 - 59	2009	Government source	HHS		
OCEANIA								
Oceania								
American Samoa					No recent, reliable estimate located			
Australia	4.2		15 - 64	2007	Government source/ NGO/Academic	HHS		
Christmas Islands					No recent, reliable estimate located			
Cocos (Keeling) Islands					No recent, reliable estimate located			
Cook Islands					No recent, reliable estimate located			
Fiji					No recent, reliable estimate located			
French Polynesia					No recent, reliable estimate located			
Kiribati					No recent, reliable estimate located			
Marshall Islands					No recent, reliable estimate located			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

ECSTASY							
Annual Prevalence of Use as a percentage of the population aged 15-64 (unless otherwise indicated)							
Country or Territory	UNODC Best Estimate	Uncertainty Range	Ages	Year	Source (original)	Method	UNODC Adjusted
Micronesia (Federated States of)				2008	No recent, reliable estimate located	HHS	
Nauru					No recent, reliable estimate located		
<i>New Caledonia</i>					No recent, reliable estimate located		
New Zealand	2.6		16 - 64		Government source		
<i>Norfolk Island</i>					No recent, reliable estimate located		
<i>Northern Mariana Islands</i>					No recent, reliable estimate located		
Palau					No recent, reliable estimate located		
Papua New Guinea					No recent, reliable estimate located		
Pitcairn					No recent, reliable estimate located		
Samoa					No recent, reliable estimate located		
Solomon Islands					No recent, reliable estimate located		
Tonga					No recent, reliable estimate located		
Tuvalu					No recent, reliable estimate located		
Vanuatu					No recent, reliable estimate located		
<i>Wallis and Futuna Islands</i>				No recent, reliable estimate located			

Method: HHS=Household survey, SS=School survey, A=Adjusted from other sources, I=Indirect estimates, R=Registry. * approximate estimates

UNODC Adjustments: a=adjusted for age (15-64), b=population-based/household-type study/survey, c=adjusted from a limited geographic population-based study/survey, d=adjusted from school/youth survey, e=adjusted from lifetime/monthly prevalence adjusted to annual prevalence, f=adjusted from specialized population surveys (including Rapid Assessments), g=adjusted from treatment data, h=adjusted from drug registries, i=adjusted from HIV, problematic drug users (only for heroin), j=lifetime prevalence reported, x=figure may include non-medical use of prescription opioids, z=figures may also include other non-ATS stimulants

The 'Method' and 'UNODC Adj.' columns have been completed only for more recent data included in previous and present issues of the World Drug Report.

4.2.2 Demanda de tratamiento

4.2.2.1 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en África

Country/ Territory	Source	Treatment Year	Distribution of main drugs in percentages*										Khat	Treatment Provided **	Data Primarily Reflect
			Cannabis	Opiates	Cocaine	Amphetamine - type Stimulants	Methaqualone	Depressants	Inhalants						
Algeria	ARQ	1999/ 2008***	81.3 %	6.6 %	0.2 %	-	-	-	2.1 %	-	-	-	1,110		
Botswana	SENDU/ ARQ	2003/2006***	100.0 %	-	-	-	-	-	-	-	-	311			
Burkina Faso	ARQ	2008	58.8 %	-	20.6 %	-	-	-	-	-	-	65	a, d		
Cape Verde	ARQ	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57			
Central African Republic	ARQ	2006	100.0 %	-	-	-	-	-	-	-	-	58			
Egypt	ARQ	2007	50.1 %	42.7 %	-	7.2 %	-	-	-	-	-	129,850	a		
Eritrea	ARQ	2006	38.5 %	11.5 %	7.7 %	-	-	-	42.3 %	-	-	26	a		
Ethiopia	ARQ	2006	18.8 %	18.8 %	-	-	-	-	-	-	-	64	h		
Ghana	ARQ	2008	99.1 %	0.1 %	0.8 %	-	-	-	-	-	-	1,066	a, d		
Kenya	Univ. (1)	2005	36.3 %	37.8 %	9.7 %	0.5 %	-	-	1.2 %	0.5 %	11.4 %	402			
Lesotho	SENDU	2004	100.0 %	-	-	-	-	-	-	-	-	54	d		
Madagascar	ARQ	2007	60.8 %	-	-	-	-	-	-	39.2 %	-	148	a		
Malawi	SENDU	2004	100.0 %	-	-	-	-	-	-	-	-	796			
Mauritius	ARQ	2008	13.2 %	86.8 %	-	-	-	-	-	-	-	10,000	c, g		
Mozambique	SENDU	2004	33.3 %	54.7 %	11.4 %	-	-	-	-	-	-	150	a		
Namibia	ARQ	2005/ 2006***	2.4 %	2.4 %	24.4 %	9.8 %	-	61.0 %	-	-	-	238			
Niger	ARQ	2006	69.2 %	-	-	30.8 %	-	-	-	-	-	168			
Nigeria	Govt.	2004	89.7 %	1.2 %	0.7 %	2.0 %	-	-	-	3.9 %	-	925			
Senegal	GAP	2005	78.0 %	1.0 %	2.0 %	1.0 %	-	-	3.7 %	-	-	202	a		
Seychelles	ARQ	2007	55.0 %	45.0 %	-	-	-	-	11.0 %	-	-	149	a, d		
South Africa	ARQ	2008	38.3 %	21.6 %	15.3 %	21.6 %	-	3.2 %	-	-	-	18,250			
Swaziland	SENDU	2004	92.2 %	0.9 %	0.9 %	-	-	4.7 %	-	0.9 %	-	128			
Tanzania	SENDU	2004	62.7 %	32.7 %	-	-	-	-	-	-	-	340			
Togo	ARQ	2008	81.3 %	8.4 %	10.3 %	-	-	-	-	-	-	127	d		
Tunisia	ARQ	2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	720	f		
Zambia	ARQ	2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	233			
Total			63.4 %	19.6 %	8.7 %	4.9 %	3.6 %	2.3 %	3.5 %	4.1 %	4.1 %	165,637			

* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country; totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting.

** Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine.

*** The second year specified is for the number of people treated (last column).

(1) Proxy: cohort of abusers identified from rehabilitation centres, treatment centres, hospitals, streets, and drug dens within 5 urban areas

Sources: UNODC, Annual Reports Questionnaires (ARQ) and Field Office (FO) data, Southern African Development Community Epidemiology Network on Drug Use (SENDU), International Psychology Reporter,

UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP)

Data primarily reflect (codes)

a Geographically limited reporting (eg the Capital city)

b Publicly funded treatment

c NGO/ privately funded treatment

d Inpatient/ hospitalization modality

e Outpatient modality

f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)

g Opioid substitution treatment (eg methadone)

h First-time treatment entrants (not returning clients)

i Treatment admissions (not persons)

4.2.2.2 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en América

Country/ Territory	Sources	Treatment Year	Distribution of main drug in percentages*										Data Primarily Reflect		
			Cannabis	Opiates	Sum of all Cocaine	Cocaine	Basuco	Crack	Amphetamine-type stimulants	Inhalants	Tranquilizers	Treatment Provided **			
Argentina	ARQ	2006-07	40.2%	0.5%	51.2%	51.2%	14.0%				0.4%	7.3%		2,434	a
Bahamas	ARQ	2005	59.7%		40.3%	40.3%								647	b, d, e
Barbados	ARQ	2006												111	
Bolivia (Plurinational State of)	ARQ	2005												14,396	
Brazil	ARQ	2005												850,000	
Canada	CAMH/ DATIS (Ontario)	2009	31.7%	18.5%	37.7%	19.3%			18.4%		2.7%	0.6%		62,145	a (Ontario)
Chile	ARQ	2008	24.8%	0.06%	69.1%	19.0%	50.1%				0.03%	1.6%		7,750	d, e
Costa Rica	ARQ	2008	32.2%	0.5%	62.7%	62.7%					0.6%			7,533	a
Dominican Republic	ARQ	2008	9.1%	17.6%	71.9%	71.9%								2,074	a
Ecuador	ARQ	2008	39.9%	4.2%	55.5%	55.5%			46.6%		0.4%			3,550	d, e
El Salvador	ARQ	2004/2008***	13.8%		63.8%	17.2%								12,774	d, e
Grenada	ARQ	2007	60.0%		40.0%	40.0%								250	a
Guatemala	ARQ	2007/2008***			36.8%	36.8%					21.1%			3,500	d, e
Haiti	ARQ/ Govt.	2002/2007***	35.4%	2.1%	37.5%	37.5%								27	
Honduras	ARQ	2006												7,500	
Jamaica	ARQ	2008	52.7%		47.3%	47.3%								283	d
Mexico	ARQ	2008	16.2%	18.7%	33.9%	33.9%					22.3%	9.0%		43,901	b
Nicaragua	Govt.	2004												1,502	d, e
Panama	Govt.	2006												992	d, e
Paraguay	Govt.	2009	39.0%	1.4%	33.0%	22.0%	2.6%		8.4%		0.2%	9.7%		804	
Peru	Govt.	2005	13.6%	6.3%	41.8%							5.4%		3,376	
Saint Lucia	ARQ	2005	17.5%		82.5%	82.5%								40	d
Saint Vincent and the Grenadines	ARQ/ Govt.	2004/2005***	75.3%		24.7%	24.7%								196	d
Trinidad and Tobago	ARQ/ Govt.	2006/2006***	48.8%		51.1%	51.1%								861	d, e
Uruguay	ARQ	2008												9,159	a
United States of America	Govt. (TEDS)	2007	26.5%	31.1%	21.6%	21.6%	4.7%					0.1%		1,411,539	b
Venezuela (Bolivarian Republic of)	Govt.	2008	73.3%	0.8%	25.2%	15.1%		5.4%			0.03%	0.3%		8,816	a, b, c
Total														2,456,160	
Total North America			24.8%	22.8%	31.1%						2.7%	3.2%		1,517,585	
Total South America			39.7%	3.7%	49.1%						3.7%	4.9%		938,575	
Average (unweighted)			37.4%	8.5%	46.4%						8.4%	4.3%		5.0%	

* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country; totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting
 ** Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine
 *** The second year specified is for the number of people treated (last column)

Sources: UNODC Annual Reports Questionnaires data (ARQ); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); Treatment episode dataset TEDS, USA; Centre for Addiction and Mental Health (CAMH); Drug and Alcohol Treatment Information System (DATIS); Canada

Data primarily reflect (codes)
 a Geographically limited reporting (eg the Capital city)
 b Publicly funded treatment
 c NGO/ privately funded treatment
 d Inpatient/ hospitalization modality
 e Outpatient modality
 f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)
 g Opioid substitution treatment (eg methadone)
 h First-time treatment entrants (not returning clients)
 i Treatment admissions (not persons)

4.2.2.3 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Asia

Country/ Territory	Source	Treatment Year	Distribution of main drug in percentages*										Treatment Provided **	Data Primarily Reflect		
			Cannabis	Opiates	Cocaine	Amphetamine-type stimulants	Inhalants	Sedatives	Other	Amphetamines-Group	Ecstasy-Group	Inhalants				
Afghanistan	ARQ	2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,660	a
Armenia	ARQ	2006/ 2007***	-	98.5%	1.5%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	122	d
Azerbaijan	ARQ / UNODC Est.	2003	20.0%	75.0%	-	-	-	-	5.0%	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	ARQ	2008	16.7%	83.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,350	a, b
Brunei Darussalam	UNODC FO (DAINAP)	2007	-	-	-	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	59	-
China	Govt.	2008	-	79.7%	-	19.1%	-	-	-	-	-	-	-	-	264,000	-
Cambodia	Govt./ UNODC	2007	0.5%	0.1%	-	81.0%	0.3%	9.7%	0.3%	-	-	-	-	-	1,719	f
Georgia	ARQ	2008	0.1%	58.4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,337	-
China, Hong Kong SAR	Govt	2008	6.0%	57.9%	-	8.7%	-	-	-	-	-	27.4%	-	-	1,316	f
India	ARQ	2007	24.8%	72.0%	0.5%	0.4%	-	2.4%	-	-	-	-	-	-	12,000	b, h
Indonesia	UNODC FO (DAINAP)	2006	20.9%	50.0%	1.9%	13.5%	-	60.0%	13.0%	-	-	-	-	-	3,713	-
Iran (Islamic Republic of)	Govt.	2008	1.7%	83.4%	0.2%	2.6%	0.1%	-	-	-	-	-	-	-	587,109	-
Israel	ARQ	2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13,000	-
Japan	Govt.	2005	2.3%	-	-	55.1%	-	14.5%	-	-	-	-	-	-	975	d
Jordan	ARQ	1999	-	21.4%	-	45.2%	-	6.0%	-	-	-	-	-	-	85	-
Kazakhstan	ARQ	2008	3.8%	77.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,360	d, e
Kuwait	ARQ	2005	28.8%	31.1%	4.0%	19.1%	-	1.0%	16.0%	-	-	-	-	-	908	d, f
Kyrgyzstan	ARQ	2007	19.4%	77.3%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	879	d, e
Lao People's Democratic Republic	ARQ	2007	-	92.2%	-	7.7%	-	-	-	-	-	-	-	-	2,423	-
Lebanon	ARQ / UNODC Est.	2004/ 2008***	32.0%	57.0%	4.0%	0.5%	-	-	6.0%	-	-	-	-	-	1,381	f
China, Macao SAR	ARQ	2008	0.3%	82.2%	-	0.3%	-	-	17.3%	-	-	-	-	-	388	d, e
Malaysia	UNODC FO (DAINAP)	2008	14.6%	73.2%	-	12.2%	-	-	-	-	-	-	-	-	11,792	-
Maldives	ARQ	2003	13.0%	87.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	126	d, e
Mongolia	ARQ	2001	28.6%	71.4%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-
Myanmar	UNODC FO (DAINAP)	2008	0.4%	97.4%	-	2.2%	-	-	-	-	-	-	-	-	974	b, f
Nepal	ARQ	2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	900	a
Oman	ARQ	2002	-	100.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	f

Pakistan	ARQ	2007	48.1%	52.0%	1.4%	59.7%	1.1%	-	0.3%	3,080	a
Philippines	UNODC FO (DAINAP)	2008	37.5%	-	1.4%	59.7%	1.1%	-	0.3%	3,372	a, d
Qatar	ARQ	2008	5.0%	0.2%	-	94.7%	-	-	-	150	a, d
Korea (Republic of)	ARQ	2008	5.0%	0.2%	-	94.7%	-	-	-	418	a, d
Saudi Arabia	Govt./Univ.	2005-06	55.8%	7.5%	-	72.8%	-	0.7%	5.5%	1,059	a, d
Singapore	ARQ	2008	5.6%	57.4%	-	18.1%	4.8%	-	14.1%	481	d, e
Syrian Arab Republic	ARQ	2006	0.2%	94.9%	0.9%	-	-	-	4.1%	674	f
Sri Lanka	ARQ	2008	-	100.0%	-	-	-	-	-	2,724	f
Taiwan, Province of China	NBCD Taiwan (POC) Health	2007	0.1%	69.9%	0.1%	25.1%	0.5%	0.3%	2.8%	18,776	d
Tajikistan	ARQ	2004/ 2007***	-	99.2%	-	-	-	-	-	589	a, d
Thailand	ARQ	2008	7.0%	3.7%	0.02%	84.8%	0.2%	4.2%	-	84,190	a, d
Turkmenistan	ARQ	2007	3.3%	96.7%	-	-	-	-	-	28,720	d, e
United Arab Emirates	ARQ	2008	35.7%	64.3%	-	-	-	-	-	45	d, e
Uzbekistan	ARQ	2004/ 2008***	16.8%	78.8%	-	-	-	0.9%	0.6%	5,842	b
Viet Nam	UNODC FO (DAINAP)	2008	0.8%	98.0%	-	0.4%	-	-	-	45,035	b
Total			12.2%	61.8%	0.5%	21.3%	0.3%	3.4%	2.7%	1,118,745	
Average (unweighted)											

Data primarily reflect (codes):

- a Geographically limited reporting (eg the Capital city)
- b Publicly funded treatment
- c NGO/ privately funded treatment
- d Inpatient/ hospitalization modality
- e Outpatient modality
- f Limited subpopulation (eg prison, youth, etc)
- g Opioid substitution treatment (eg methadone)
- h First-time treatment entrants (not returning clients)
- i Treatment admissions (not persons)

* Note that treatment definitions and reporting differ from country to country; totals which exceed 100% represent poly-drug use reporting.

** Figures may reflect number of persons or treatment episodes depending on Member State; figures exclude alcohol and nicotine.

*** The second year specified is for the number of people treated (last column).

Sources: UNODC, Annual Reports Questionnaire (ARQ) and Field Office (FO) data; UNODC Drug Abuse Information Network for Asia and the Pacific (DAINAP).

4.2.2.4 Principales drogas de consumo entre las personas tratadas por problemas de adicción en Europa

Country/ Territory	Source	Treatment Year	Distribution of main drug in percentages*										Data Primarily Reflect		
			Cannabis	Opiates	Cocaine	Amphetamine-type stimulants	Hallucinogens	Hypnotics and Sedatives	Inhalants/ Solvents	Other	Treatment Provided**				
Albania	ARQ	2006	11.5%	82.9%	5.7%									2,140	d, e
Andorra	ARQ	2008		8.3%										252	a, d
Austria	EMCDDA	2008	26.0%	46.6%	10.7%						11.0%			10,619	
Belarus	ARQ	2004/2008***	15.2%	63.2%	0.05%	3.1%	2.1%	0.5%						4,843	d/ a, d, e
Belgium	ARQ	2006	34.0%	36.2%	18.9%	10.1%	0.8%	1.2%			3.0%	12.3%		7,261	
Bosnia and Herzegovina	ARQ	2007/2008***	48.3%	48.3%	0.7%	1.7%	1.0%							563	a
Bulgaria	ARQ	2007	0.4%	98.8%	0.2%	0.4%	0.7%	0.2%			0.2%			2,496	a
Croatia	ARQ	2008	13.6%	80.4%	2.1%	0.9%	0.7%	2.3%			2.3%			7,265	c, d, e
Cyprus	ARQ	2008	23.0%	63.8%	11.8%	0.1%	0.2%	0.8%			0.8%	0.2%		887	b
Czech Republic	ARQ	2007	12.9%	23.3%	0.3%	61.6%	0.1%	0.7%			0.7%	1.1%		8,487	
Denmark	ARQ	2007	34.8%	46.7%	7.2%	7.9%	1.0%	0.1%			2.2%			4,204	d, e
Estonia	EMCDDA	2005		82.0%		5.8%								1,339	
Finland	EMCDDA/ARQ	2007	12.5%	53.4%	0.2%	22.7%	0.3%	0.1%			10.8%			2,221	
France	EMCDDA	2007	48.8%	39.8%	6.9%	0.3%	0.5%	0.3%						32,542	d, e
Germany	ARQ	2007	31.1%	35.0%	15.6%	9.3%	5.1%	3.7%				3.4%		30,476	e
Gibraltar	ARQ	2008	23.8%	4.8%	66.7%						4.8%			41	d
Greece	EMCDDA	2007	8.2%	86.2%	3.8%							1.7%		4,786	
Macedonia (TFYR)	ARQ	2005	1.3%	98.7%										902	a, d, e
Hungary	ARQ	2008	27.6%	16.9%	1.5%	5.2%	1.9%	0.1%			30.8%			14,353	d, e
Iceland	ARQ	2007	33.3%	2.8%	16.7%	38.9%	11.1%							1,800	a
Ireland	EMCDDA	2007	16.3%	63.9%	13.3%	0.7%	2.2%							5,775	
Italy	ARQ	2008	9.1%	73.3%	16.7%	0.1%	0.3%	0.1%			0.5%			167,011	b
Latvia	ARQ	2008	13.3%	62.3%		16.1%	0.9%				4.7%	2.7%		803	b, d
Liechtenstein	ARQ	2006	81.3%		15.6%	3.1%								32	
Lithuania	ARQ	2008	0.7%	96.0%	0.2%	3.2%								5,809	d, e
Luxembourg	EMCDDA	2007	5.6%	76.9%	11.8%	0.3%	2.7%	1.6%				1.1%		376	
Malta	EMCDDA	2006	11.8%	76.2%	8.4%		2.7%	0.1%				0.7%		758	
Moldova (Republic of)	ARQ/ UNODC	2004/ 2006****	51.8%	39.1%		3.8%								5,327	
Monaco	ARQ	2008	100.0%											2	
Netherlands	ARQ	2007	23.9%	41.2%	29.8%	4.4%								33,495	
United Kingdom (Northern Ireland)	Govt.	2008-09	39.0%	8.0%	11.0%		0.7%				22.0%			1,755	a
Norway	Govt.	2008	16.9%	50.4%	1.6%	18.5%						12.5%		9,657	d, e, i
Poland	EMCDDA	2007	2.9%	17.1%	0.3%	7.8%					10.2%	1.3%		13,198	d
Portugal	ARQ	2008	5.0%	81.2%	6.0%		0.1%	0.2%			0.2%			38,532	b, e
Romania	ARQ	2008	6.0%	85.3%	0.5%	0.2%	0.9%				7.1%			3,353	
Russian Federation	ARQ	2008	7.0%	91.7%	0.02%	1.2%								358,120	
United Kingdom (Scotland)	Govt.	2007-08	13.5%	68.6%	7.2%	2.1%	0.9%				5.4%			12,562	a

	Source	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	1979	1978	1977	1976	1975	1974	1973	1972	1971	1970	1969	1968	1967	1966	1965	1964	1963	1962	1961	1960	1959	1958	1957	1956	1955	1954	1953	1952	1951	1950	1949	1948	1947	1946	1945	1944	1943	1942	1941	1940	1939	1938	1937	1936	1935	1934	1933	1932	1931	1930	1929	1928	1927	1926	1925	1924	1923	1922	1921	1920	1919	1918	1917	1916	1915	1914	1913	1912	1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905	1904	1903	1902	1901	1900	1899	1898	1897	1896	1895	1894	1893	1892	1891	1890	1889	1888	1887	1886	1885	1884	1883	1882	1881	1880	1879	1878	1877	1876	1875	1874	1873	1872	1871	1870	1869	1868	1867	1866	1865	1864	1863	1862	1861	1860	1859	1858	1857	1856	1855	1854	1853	1852	1851	1850	1849	1848	1847	1846	1845	1844	1843	1842	1841	1840	1839	1838	1837	1836	1835	1834	1833	1832	1831	1830	1829	1828	1827	1826	1825	1824	1823	1822	1821	1820	1819	1818	1817	1816	1815	1814	1813	1812	1811	1810	1809	1808	1807	1806	1805	1804	1803	1802	1801	1800	1799	1798	1797	1796	1795	1794	1793	1792	1791	1790	1789	1788	1787	1786	1785	1784	1783	1782	1781	1780	1779	1778	1777	1776	1775	1774	1773	1772	1771	1770	1769	1768	1767	1766	1765	1764	1763	1762	1761	1760	1759	1758	1757	1756	1755	1754	1753	1752	1751	1750	1749	1748	1747	1746	1745	1744	1743	1742	1741	1740	1739	1738	1737	1736	1735	1734	1733	1732	1731	1730	1729	1728	1727	1726	1725	1724	1723	1722	1721	1720	1719	1718	1717	1716	1715	1714	1713	1712	1711	1710	1709	1708	1707	1706	1705	1704	1703	1702	1701	1700	1699	1698	1697	1696	1695	1694	1693	1692	1691	1690	1689	1688	1687	1686	1685	1684	1683	1682	1681	1680	1679	1678	1677	1676	1675	1674	1673	1672	1671	1670	1669	1668	1667	1666	1665	1664	1663	1662	1661	1660	1659	1658	1657	1656	1655	1654	1653	1652	1651	1650	1649	1648	1647	1646	1645	1644	1643	1642	1641	1640	1639	1638	1637	1636	1635	1634	1633	1632	1631	1630	1629	1628	1627	1626	1625	1624	1623	1622	1621	1620	1619	1618	1617	1616	1615	1614	1613	1612	1611	1610	1609	1608	1607	1606	1605	1604	1603	1602	1601	1600	1599	1598	1597	1596	1595	1594	1593	1592	1591	1590	1589	1588	1587	1586	1585	1584	1583	1582	1581	1580	1579	1578	1577	1576	1575	1574	1573	1572	1571	1570	1569	1568	1567	1566	1565	1564	1563	1562	1561	1560	1559	1558	1557	1556	1555	1554	1553	1552	1551	1550	1549	1548	1547	1546	1545	1544	1543	1542	1541	1540	1539	1538	1537	1536	1535	1534	1533	1532	1531	1530	1529	1528	1527	1526	1525	1524	1523	1522	1521	1520	1519	1518	1517	1516	1515	1514	1513	1512	1511	1510	1509	1508	1507	1506	1505	1504	1503	1502	1501	1500	1499	1498	1497	1496	1495	1494	1493	1492	1491	1490	1489	1488	1487	1486	1485	1484	1483	1482	1481	1480	1479	1478	1477	1476	1475	1474	1473	1472	1471	1470	1469	1468	1467	1466	1465	1464	1463	1462	1461	1460	1459	1458	1457	1456	1455	1454	1453	1452	1451	1450	1449	1448	1447	1446	1445	1444	1443	1442	1441	1440	1439	1438	1437	1436	1435	1434	1433	1432	1431	1430	1429	1428	1427	1426	1425	1424	1423	1422	1421	1420	1419	1418	1417	1416	1415	1414	1413	1412	1411	1410	1409	1408	1407	1406	1405	1404	1403	1402	1401	1400	1399	1398	1397	1396	1395	1394	1393	1392	1391	1390	1389	1388	1387	1386	1385	1384	1383	1382	1381	1380	1379	1378	1377	1376	1375	1374	1373	1372	1371	1370	1369	1368	1367	1366	1365	1364	1363	1362	1361	1360	1359	1358	1357	1356	1355	1354	1353	1352	1351	1350	1349	1348	1347	1346	1345	1344	1343	1342	1341	1340	1339	1338	1337	1336	1335	1334	1333	1332	1331	1330	1329	1328	1327	1326	1325	1324	1323	1322	1321	1320	1319	1318	1317	1316	1315	1314	1313	1312	1311	1310	1309	1308	1307	1306	1305	1304	1303	1302	1301	1300	1299	1298	1297	1296	1295	1294	1293	1292	1291	1290	1289	1288	1287	1286	1285	1284	1283	1282	1281	1280	1279	1278	1277	1276	1275	1274	1273	1272	1271	1270	1269	1268	1267	1266	1265	1264	1263	1262	1261	1260	1259	1258	1257	1256	1255	1254	1253	1252	1251	1250	1249	1248	1247	1246	1245	1244	1243	1242	1241	1240	1239	1238	1237	1236	1235	1234	1233	1232	1231	1230	1229	1228	1227	1226	1225	1224	1223	1222	1221	1220	1219	1218	1217	1216	1215	1214	1213	1212	1211	1210	1209	1208	1207	1206	1205	1204	1203	1202	1201	1200	1199	1198	1197	1196	1195	1194	1193	1192	1191	1190	1189	1188	1187	1186	1185	1184	1183	1182	1181	1180	1179	1178	1177	1176	1175	1174	1173	1172	1171	1170	1169	1168	1167	1166	1165	1164	1163	1162	1161	1160	1159	1158	1157	1156	1155	1154	1153	1152	1151	1150	1149	1148	1147	1146	1145	1144	1143	1142	1141	1140	1139	1138	1137	1136	1135	1134	1133	1132	1131	1130	1129	1128	1127	1126	1125	1124	1123	1122	1121	1120	1119	1118	1117	1116	1115	1114	1113	1112	1111	1110	1109	1108	1107	1106	1105	1104	1103	1102	1101	1100	1099	1098	1097	1096	1095	1094	1093	1092	1091	1090	1089	1088	1087	1086	1085	1084	1083	1082	1081	1080	1079	1078	1077	1076	1075	1074	1073	1072	1071	1070	1069	1068	1067	1066	1065	1064	1063	1062	1061	1060	1059	1058	1057	1056	1055	1054	1053	1052	1051	1050	1049	1048	1047	1046	1045	1044	1043	1042	1041	1040	1039	1038	1037	1036	1035	1034	1033	1032	1031	1030	1029	1028	1027	1026	1025	1024	1023	1022	1021	1020	1019	1018	1017	1016	1015	1014	1013	1012	1011	1010	1009	1008	1007	1006	1005	1004	1003	1002	1001	1000	999	998	997	996	995	994	993	992	991	990	989	988	987	986	985	984	983	982	981	980	979	978	977	976	975	974	973	972	971	970	969	968	967	966	965	964	963	962	961	960	959	958	957	956	955	954	953	952	951	950	949	948	947	946	945	944	943	942	941	940	939	938	937	936	935	934	933	932	931	930	929	928	927	926	925	924	923	922	921	920	919	918	917	916	915	914	913	912	911	910	909	908	907	906	905	904	903	902	901	900	899	898	897	896	895	894	893	892	891	890	889	888	887	886	885	884	883	882	881	880	879	878	877	876	875	874	873	872	871	870	869	868	867	866	865	864	863	862	861	860	859	858	857	856	855	854	853	852	851	850	849	848	847	846	845	844	843	842	841	840	839	838	837	836	835	834	833	832	831	830	829	828	827	826	825	824	823	822	821	820	819	818	817	816	815	814	813	812	811	810	809	808	807	806	805	804	803	802	801	800	799	798	797	796	795	794	793	792	791	790	789	788	787	786	785	784	783	782	781	780	779	778	777	776	775	774	773	772	771	770	769	768	767	766	765	764	763	762	761	760	759	758	757	756
--	--------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----