



OEA | CICAD



INFORME SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN LAS AMÉRICAS 2019



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

ISBN 978-0-8270-6794-3

**INFORME SOBRE EL
CONSUMO DE DROGAS
EN LAS AMÉRICAS
2019**

Luis Almagro
Secretario General
Organización de los Estados Americanos

Farah Urrutia
Secretaria de Seguridad Multidimensional
Organización de los Estados Americanos

Néstor Méndez
Secretario General Adjunto
Organización de los Estados Americanos

Adam E. Namm
Secretario Ejecutivo
Comisión Interamericana para el Control del Abuso
de Drogas
Organización de los Estados Americanos

OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission.

Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019 / Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

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

ISBN 978-0-8270-6794-3

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

I. Title. II. Inter-American Observatory on Drugs. III. Inter-American Drug Use Data System.
IV. Series.

OEA/Ser.L/XIV.6.6 2019

DERECHOS DE AUTOR© (2019) Organización de los Estados Americanos.

Todos los derechos reservados bajo las Convenciones Internacionales y Panamericanas. Ninguna porción del contenido de este material se puede reproducir o transmitir en ninguna forma, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, total o parcialmente, sin el consentimiento expreso de la Organización.

Preparado y publicado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA), *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*, Washington, D.C., 2019.

Los comentarios sobre el informe son bienvenidos y pueden ser enviados a:
OID_CICAD@oas.org

Los contenidos expresados en este documento se presentan exclusivamente para fines informativos y no representan necesariamente la opinión o posición oficial alguna de la Organización de los Estados Americanos, de su Secretaría General o de sus Estados Miembros.

AGRADECIMIENTOS

El Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019 fue preparado por el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), que forma parte de la Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Coordinación general y resumen del contenido del informe

Marya Hynes

Autores principales y análisis

Graciela Ahumada

Juan Carlos Araneda

Pernell Clarke

Francisco Cumsille

Marya Hynes

Asistencia en el diseño y producción

Paula Demassi

Jonathan Navas

Igor Teubner

La Secretaría Ejecutiva de la CICAD (SE/CICAD) desea agradecer a los observatorios nacionales sobre drogas (OND) de los Estados Miembros de la OEA, sin los cuales este informe no habría sido posible.

La SE/CICAD también reconoce las valiosas contribuciones del Comité de Revisión del Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, por sus recomendaciones y comentarios: Luis Alfonso, María Elena Alvarado, Adriana Bacelar Gomes, María Verónica Brasesco, William Cabanillas, Raúl Martín Del Campo, Jorge Delva, Alma Cecilia Escobar de Mena, Jenny Fagua Duarte, Richard Miech, Maristela Goldnadel Monteiro, Bryce Pardo, Rosa Sandoval, Héctor Suárez y Jorge A. Villatoro Velázquez.

La SE/CICAD agradece las contribuciones de las siguientes instituciones: la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA).

Un agradecimiento especial al Gobierno de los Estados Unidos por su apoyo, a través de la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL).

PREFACIO

Me complace presentar la tercera edición del Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas (los informes anteriores se publicaron en 2011 y 2015). El Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) ha servido como un punto focal para la investigación de drogas en las Américas desde su inicio en el año 2000. El trabajo del dedicado equipo de investigadores del OID ha sido un elemento esencial para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) para recopilar y analizar la evidencia necesaria para construir políticas efectivas sobre drogas.

Los datos precisos y comparables sobre el consumo de drogas son esenciales para los países del Hemisferio Occidental, ya que permiten el diseño de políticas y programas con base en la evidencia para abordar el problema de las drogas de manera efectiva. Este enfoque con base en la evidencia se destaca en la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la CICAD y su Plan de Acción 2016-2020, con la estipulación de que dicha evidencia, siempre que sea posible, debe ajustar metodologías estándar para permitir la comparación de datos entre países. Se alienta a los gobiernos a fortalecer las relaciones con instituciones académicas y de investigación, así como con organizaciones no gubernamentales especializadas, para fomentar la investigación científica, que genere evidencia sobre la demanda de drogas. Asimismo, el documento final de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS 2016) sobre el Problema Mundial de las Drogas, destaca la importancia de promover y mejorar la recopilación sistemática de información y cita a la epidemiología del consumo de drogas como una herramienta clave para el desarrollo de estrategias efectivas contra las drogas.

Si bien los Estados Miembros de la OEA han recorrido un largo camino en sus esfuerzos por generar y analizar datos sobre drogas, todavía hay muchos desafíos por delante, incluida la necesidad continua de información de calidad para generar políticas públicas sólidas. Los observatorios nacionales sobre drogas (OND) en todo el Hemisferio deben

fortalecerse aún más para garantizar que los sistemas nacionales de información sobre drogas no solo recopilen datos, sino que también monitoreen, analicen e interpreten la información recolectada, así como informen los resultados a nivel nacional y regional. Tanto la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, como el uso indebido de opioides y otros medicamentos controlados, requieren nuevas metodologías para medir el consumo y evaluar las intervenciones. El OID ha estado trabajando con los OND para desarrollar sistemas de alerta temprana y redes de información sobre drogas que generen información a nivel nacional y regional en respuesta a estos desconcertantes problemas. No obstante, el compromiso político de nuestros Estados Miembros es esencial para hacer realidad estas iniciativas.

Nuestra expectativa es que la cuarta edición de este informe se publique en 2023, manteniendo el intervalo de cuatro años, ya que las primeras tres ediciones se publicaron en 2011, 2015 y 2019. Mis colegas de la Secretaría Ejecutiva de la CICAD y yo estamos listos para trabajar con los Estados Miembros durante los próximos años, para llevar a cabo nuevas encuestas que proporcionen estadísticas actualizadas sobre el consumo de drogas para la cuarta edición. Además, dado que estos informes se centran exclusivamente en el consumo de drogas, me gustaría que la Secretaría Ejecutiva de la CICAD elabore un informe sobre la oferta de drogas en un futuro no muy lejano.

Espero sinceramente que esta publicación permita a los Estados Miembros de la OEA abordar mejor sus desafíos nacionales sobre el consumo de drogas.



Embajador Adam Namm

Secretario Ejecutivo

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	i
--------------------------------	----------

Introducción	8
1.1 Consumo de alcohol en la población general	9
Consumo problemático de alcohol en la población general	12
Tendencias de consumo de alcohol en la población general	13
Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas en la población general	17
1.2 Consumo de alcohol en los estudiantes de enseñanza secundaria ..	17
Consumo nocivo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria	24
Tendencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria	28
Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas entre los estudiantes de enseñanza secundaria	34
1.3 Consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios	35
Consumo problemático de alcohol entre estudiantes universitarios ..	37
Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas entre estudiantes universitarios	40

Introducción	41
2.1 Consumo de tabaco en la población general	42
Tendencias de consumo de tabaco en la población general	45
2.2 Consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria	48
Tendencias de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria	54
Percepción de gran riesgo del consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria	61
2.3 Consumo de tabaco entre estudiantes universitarios	62
Tendencias del consumo de tabaco entre estudiantes universitarios ..	64

Introducción	67
3.1 Marihuana	68
3.1.1 Consumo de marihuana en la población general	68
Tendencias del consumo de marihuana en la población general	71
Percepción de gran riesgo del consumo de marihuana en la población general	78
Percepción de fácil acceso y oferta directa de marihuana en la población general	80
3.1.2 Consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria	81
Tendencias del consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria	87

Percepción de gran riesgo del consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria	98
Percepción de fácil acceso y oferta directa de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria	101
3.1.3 Consumo de marihuana entre estudiantes universitarios	105
Tendencias de consumo de marihuana entre estudiantes universitarios	107
Percepción de gran riesgo del consumo de marihuana entre estudiantes universitarios	110
Percepción de fácil acceso y oferta directa de marihuana entre los estudiantes universitarios	112
3.2 Resina de cannabis (hachís)	113
Introducción	113
Consumo de hachís en las Américas	114

CAPÍTULO 4 - INHALABLES

Introducción	117
4.1 Consumo de inhalables en la población general	118
Percepción de gran riesgo de consumo de inhalables en la población general	121
4.2 Consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria	123
Tendencias del consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria	128
Percepción de gran riesgo del consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria	134
4.3 Consumo de inhalables entre estudiantes universitarios	136
Tendencias del consumo de inhalables entre estudiantes universitarios ..	138

CAPÍTULO 5 - COCAÍNAS

Introducción	139
5.1 Clorhidrato de Cocaína (Cocaína)	140
Introducción	140
5.1.1 Consumo de cocaína en la población general	141
Tendencias del consumo de cocaína en la población general	143
Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de cocaína en la población general	150
Percepción de fácil acceso y oferta directa de cocaína en la población general.....	151
5.1.2 Consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria	152
Tendencias del consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria	159
Percepción de gran riesgo del consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria	169
Percepción de fácil acceso y oferta directa de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria	171
5.1.3 Consumo de cocaína entre estudiantes universitarios	175
Tendencias del consumo de cocaína entre estudiantes universitarios	177
Percepción de gran riesgo del consumo de cocaína entre estudiantes universitarios	180
Percepción de fácil acceso y oferta directa de cocaína entre los estudiantes universitarios	181
5.2 Pasta Base de Cocaína (PBC)	183
5.2.1 Consumo de PBC en la población general	183
Percepción de gran riesgo del consumo de PBC en la población general ..	184

Tabla de contenidos

Percepción de fácil acceso y oferta directa de PBC en la población general	185
5.2.2 Consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria	187
Tendencias del consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria	191
Percepción de gran riesgo del consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria	195
Percepción de fácil acceso y oferta directa de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria	196
5.2.3 Consumo de PBC entre estudiantes universitarios	198
Tendencias del consumo de PBC entre estudiantes universitarios	199
Percepción de gran riesgo del consumo de PBC entre estudiantes universitarios	200
Percepción de fácil acceso y oferta directa de PBC entre los estudiantes universitarios	201
5.3 Crack	203
5.3.1 Consumo de crack en la población general	203
Oferta directa de crack en la población general	204
5.3.2 Consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria	205
Tendencias de consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria	209
5.3.3 Consumo de crack entre estudiantes universitarios	212

CAPÍTULO 6 - ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO

Introducción	213
6.1 Sustancias tipo éxtasis	214
6.1.1 Consumo de éxtasis en la población general	216
Percepción de gran riesgo del consumo de éxtasis en la población general ...	218
Percepción de fácil acceso y oferta directa de éxtasis en la población general	220
6.1.2 Consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria	221
Tendencias del consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria	226
Percepción de gran riesgo del consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria	230
Percepción de fácil acceso y oferta directa de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria	232
6.1.3 Consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios	234
Tendencias de consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios	235
Percepción de gran riesgo del consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios	236
Percepción de fácil acceso y oferta directa de éxtasis entre los estudiantes universitarios	238
6.2 Grupo de las anfetaminas	240
6.2.1 Anfetamina	241
Consumo de anfetamina en la población general	241

Consumo de anfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria	242
Consumo de anfetamina entre estudiantes universitarios	245
6.2.2 Metanfetamina	246
Consumo de metanfetamina en la población general	246
Consumo de metanfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria	247
Consumo de metanfetamina entre estudiantes universitarios	249

CAPÍTULO 7 - USO NO PRESCRITO DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN CONTROLADA (MPC)

Introducción	250
7.1 Tranquilizantes	251
7.1.1 Consumo de tranquilizantes en la población general	253
7.1.2 Consumo de tranquilizantes entre los estudiantes de enseñanza secundaria	256
7.1.3 Consumo de tranquilizantes entre estudiantes universitarios ..	260
7.2 Estimulantes	261
7.2.1 Consumo de estimulantes en la población general	261
7.2.2 Consumo de estimulantes entre los estudiantes de enseñanza secundaria	263
7.2.3 Consumo de estimulantes entre estudiantes universitarios	265
7.3 Analgésicos opioides	266

CAPÍTULO 8 - NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NSP)

Introducción	268
8.1 NSP en América del Norte	269
8.2 NSP en América del Sur	271
8.3 Sustancias de origen vegetal	277

RESUMEN EJECUTIVO

El consumo de drogas sigue representando un problema importante en las Américas, y uno que desafía a los formuladores de políticas en los niveles más altos. La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Organización de los Estados Americanos (OEA), actúa como el principal foro del Hemisferio Occidental para el debate de políticas y la cooperación hemisférica en materia de drogas. Junto con otras responsabilidades, la Secretaría Ejecutiva de la CICAD apoya a los Estados Miembros de la OEA proporcionando un panorama basado en evidencia sobre el problema de las drogas, tanto a nivel nacional como a nivel hemisférico, para que los Estados Miembros puedan diseñar e implementar políticas y programas para abordarlo.

El Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019 analiza los datos actuales sobre el uso de drogas en el Hemisferio. Presenta información sobre las drogas más utilizadas en toda la región, organizada por grupos de drogas y por grupos de población, y destaca temas emergentes de interés para los responsables políticos y para el público en general. El Informe se basa en datos obtenidos principalmente a través de encuestas nacionales que utilizan el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), desarrollado por la Secretaría Ejecutiva de la CICAD.

Hallazgos y recomendaciones

El Hemisferio Occidental tiene una población de aproximadamente mil millones de personas, representando a 35 países soberanos. La región es étnica, lingüística, económica y culturalmente diversa. Los problemas de drogas en todo el Hemisferio son igualmente diversos. A pesar de esta diversidad, hay una serie de temas comunes relacionados con el consumo de drogas.

Este informe destaca cuatro áreas específicas de relevancia para la política hemisférica sobre drogas:

- *Inicio del consumo de drogas a edades tempranas*
- *Tendencias en el consumo de drogas*
- *Cambios en el consumo de drogas por sexo*
- *Nuevos desafíos para las políticas sobre drogas*

Inicio del consumo de drogas a edades tempranas

El uso de cualquier sustancia psicoactiva, incluidos el alcohol y el tabaco, entre los estudiantes de enseñanza secundaria, debe ser motivo de preocupación para cualquier país y subraya la necesidad de intervenciones preventivas a partir de la primera infancia.

Como lo demuestra la evidencia investigativa, cuando las personas más jóvenes comienzan a consumir drogas, mayores son los riesgos para la salud y otras consecuencias. Los programas de prevención y otras intervenciones que pueden retrasar la edad en que una persona usa drogas por primera vez, deben recibir alta prioridad.

El análisis del consumo de drogas de inicio temprano se basa en las encuestas nacionales de estudiantes de enseñanza secundaria. Este informe analiza el uso temprano de una variedad de sustancias lícitas e ilícitas, que incluyen alcohol, tabaco, cannabis, clorhidrato de cocaína (referido como cocaína) y cocaínas fumables (crack y pasta base de cocaína referida como PBC). Todas estas sustancias muestran algunos niveles de uso entre los estudiantes de octavo grado. El uso de cualquier sustancia psicoactiva, incluidos el alcohol y el tabaco, entre los estudiantes de enseñanza secundaria, debe ser motivo de preocupación para cualquier país y subraya la necesidad de intervenciones preventivas a partir de la primera infancia.

Las políticas sobre la venta y el consumo de drogas para controlar el acceso al alcohol y tabaco han tenido resultados positivos que podrían aportar lecciones importantes para las políticas sobre otras drogas.

Tendencias en el consumo de drogas

El monitoreo de las tendencias en el uso de drogas es una de las formas más importantes de evaluar los impactos de las políticas sobre las mismas. A nivel nacional, las tendencias de las drogas pueden aumentar y disminuir en poblaciones específicas, áreas geográficas u otras variables. La falta de un patrón consistente hace que sea difícil identificar cualquier tendencia común en el uso de drogas en todo el Hemisferio. Casi todas las drogas analizadas en este informe muestran variaciones en las tendencias entre países.

El monitoreo de las tendencias en el uso de drogas es una de las formas más importantes de evaluar los impactos de las políticas sobre las mismas.

El tabaco parece ser la única sustancia que muestra disminuciones sistemáticas en el uso a lo largo del tiempo. En la población general, el consumo de cannabis está aumentando en la mayoría de los países que tienen datos de tendencias y, aproximadamente, la mitad de los países muestran aumentos en el consumo de cocaína. En la población de estudiantes de enseñanza secundaria, la mayoría de los países con datos de tendencias disponibles muestran aumentos en el consumo de cannabis, aunque las tendencias de la cocaína son más variadas en este grupo de edad.

Si bien puede ser difícil sacar conclusiones a nivel regional basadas en las tendencias de cada país, los datos de este informe pueden llamar la atención sobre temas de interés compartido, que ayudarán a informar la política nacional.

El tabaco parece ser la única sustancia que muestra disminuciones sistemáticas en el uso a lo largo del tiempo.

Cambios en el consumo de drogas según sexo

El uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres, pero los datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres.

El uso de drogas ha sido visto históricamente como un tema dominado por los hombres, pero los datos recientes muestran que, en algunos países, las mujeres están usando ciertas drogas a igual nivel o en mayor proporción que los hombres. El uso no médico de medicamentos de prescripción controlada, drogas sintéticas y opioides demuestran cómo los patrones del consumo de drogas están cambiando.

La prevalencia del consumo de tranquilizantes es mayor entre las mujeres que entre los hombres en casi todos los países donde hay datos disponibles. Este patrón es válido no solo en la población general, sino también entre los estudiantes de enseñanza secundaria y universitaria.

En el caso de los estudiantes de enseñanza secundaria, la prevalencia de consumo de drogas tiene mayor similitud en ambos sexos para el uso de alcohol e inhalables. Similar a la población general, hay mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre las mujeres escolares que entre los hombres en casi todos los países. En contraste, la cocaína y las cocaínas fumables tienden a ser más usadas por los hombres que por las mujeres. En unos pocos países, sin embargo, las mujeres consumen cocaína, PBC y crack en mayor proporción que los hombres. Si bien los hombres siguen consumiendo tabaco y cannabis a tasas más altas que las mujeres, vemos que esta brecha de género se está cerrando en muchos países.

Nuevos desafíos para las políticas en materia de drogas

La prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), opioides y benzodiazepinas presenta nuevos desafíos no sólo para el tratamiento de drogas, sino también para la salud pública y las políticas de drogas en general. Si bien la mayoría de las nuevas drogas que aparecen en las Américas tienen una prevalencia baja, su impacto potencial en la salud es significativo. Estados Unidos y Canadá están experimentando graves epidemias de opioides y NSP, lo que resulta en algunas de las tasas más altas de sobredosis en la historia del consumo de drogas. Esto es costoso, sobre todo en el número de vidas perdidas, como también en el impacto económico a largo plazo del problema en estos países. Las señales

indican que es probable que el uso de dichas drogas continúe propagándose, lo que las convierte en un punto clave de preocupación para los Estados Miembros de la OEA.

Los informes anteriores de la OEA han destacado la diversidad del problema de las drogas en las Américas y los desafíos que esto plantea para la política internacional de drogas. El informe de la OEA sobre El Problema De Las Drogas en Las Américas 2013 señaló que este fenómeno tiene diferentes impactos en diferentes países y, por lo tanto, conduce a diferentes respuestas. Si bien los factores de riesgo y los determinantes del uso de drogas pueden ser universales, la manifestación de factores clave varía según el país, lo que hace difícil prescribir un conjunto único de recomendaciones de políticas.

La prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), opioides y benzodiazepinas presenta nuevos desafíos no sólo para el tratamiento de drogas, sino también para la salud pública y las políticas de drogas en general.

El análisis transnacional presentado en el presente informe puede ser útil para arrojar luz sobre el contexto más amplio en el que opera cada país. Sin embargo, la capacidad de sacar conclusiones sobre el impacto de la política en los distintos países es limitada, en parte debido a las diferencias en la disponibilidad de datos, pero también debido a las diferencias en la situación individual de cada país y cada subregión. Para cualquier país dado, los datos probablemente resultarán más útiles para evaluar el impacto y las implicaciones de sus propios problemas y políticas nacionales de drogas.

Panorama por sustancia

Alcohol

El consumo de alcohol varía ampliamente en la población general de las Américas; la prevalencia del último mes varía de 9,5% en El Salvador a 52% en Argentina y Uruguay. Las tasas de uso más altas (más del 50%) se encuentran tanto en América del Norte como en América del Sur. En 23 de los 31 países que tienen datos sobre estudiantes de enseñanza secundaria, al menos el 20% de estos estudiantes informan haber consumido una bebida alcohólica en el último mes. En 15 países más del 30% de los estudiantes de enseñanza secundaria han consumido alcohol en el último mes.

Las conductas de alto riesgo asociadas con el alcohol, como el inicio temprano del consumo y el consumo excesivo de alcohol, son una preocupación en toda la región. En diez países la prevalencia del último mes entre los estudiantes de octavo grado superó el 20% y en tres de ellos superó el 30%. Si bien cualquier consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza secundaria puede considerarse un uso temprano, el consumo de drogas es especialmente preocupante entre los estudiantes de octavo grado.

Cuando consideramos el consumo excesivo de alcohol como un comportamiento de alto riesgo, más de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria que informaron haber consumido alcohol durante el último mes participaron en el consumo excesivo de alcohol. Este fenómeno sigue siendo constante en todos los países, independientemente de la prevalencia del consumo de alcohol. Las conductas de alto riesgo, como el inicio temprano y el consumo excesivo de alcohol, llaman la atención sobre la necesidad de desarrollar programas de prevención selectiva e indicada.

...más de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria que informaron haber consumido alcohol durante el último mes, también se embriagaron.

Otro hallazgo notable es la similitud en los niveles de consumo de alcohol entre hombres y mujeres. En los países donde la prevalencia del último mes de consumo de alcohol es superior al 40% entre los estudiantes de enseñanza secundaria, el uso entre hombres y mujeres es casi igual. El cierre de la brecha de género en el consumo de alcohol, una tendencia observada durante muchos años, apunta a modificaciones en las normas sociales que ya están comenzando a reflejarse en cambios similares en el uso de otras sustancias psicoactivas en los países.

Al observar el consumo de alcohol a lo largo del tiempo, las tasas de consumo varían según el país y la población. En la población general la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se ha mantenido estable en tres de los seis países con datos disponibles y tiene una tendencia al alza en los otros tres. Mientras tanto, la prevalencia de consumo de alcohol en los estudiantes de enseñanza secundaria en el último mes está disminuyendo en siete de los 11 países con datos de tendencias, aumentando en tres y es estable en solo uno de ellos. Si bien los indicadores sobre el consumo de alcohol varían de un país a otro, el hecho de que en ocho países el consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria sea estable o disminuya, puede considerarse una buena noticia. Es importante examinar las políticas relacionadas con las disminuciones en esos países para identificar las mejores prácticas y las intervenciones efectivas.

Tabaco y cigarrillos electrónicos

El consumo de tabaco en todo el Hemisferio está en declive. Si bien solo cinco países proporcionaron datos de tendencias sobre el consumo de tabaco en la población general, cuatro de ellos mostraron disminuciones en la prevalencia de último mes a lo largo del tiempo. Ningún país que proporcionó datos de tendencias mostró un aumento en el uso.

Entre los estudiantes de enseñanza secundaria el consumo de tabaco varía ampliamente, desde una prevalencia de último mes de 1,8% en Antigua y Barbuda a 23,7% en Chile. Los países con datos de tendencias muestran disminuciones en el uso entre los estudiantes de enseñanza secundaria, con pocas excepciones. Sin embargo, cualquier consumo de tabaco es peligroso para la salud y, al igual que con otras drogas, cuanto más temprano comience el consumo, mayor será el daño potencial a largo plazo para la salud. En ese sentido, cualquier uso de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria representa un problema de salud pública.

Si bien el consumo de tabaco sigue siendo un problema importante de salud pública en las Américas, el declive en el uso en múltiples países y poblaciones es una señal positiva. La política del tabaco puede proporcionar lecciones importantes para ayudar a moldear las buenas prácticas para otras sustancias de abuso.

Aunque pocos países en América Latina y el Caribe monitorean el uso de cigarrillos electrónicos, los datos de Canadá y los Estados Unidos indican un cambio hacia este tipo de sustancias entre los estudiantes de enseñanza secundaria. Será importante vigilar esta tendencia para ver si surge en otras partes de la región.

Aunque pocos países en América Latina y el Caribe monitorean el uso de cigarrillos electrónicos, los datos de Canadá y los Estados Unidos indican un cambio hacia este tipo de sustancias entre los estudiantes de enseñanza secundaria.

Cannabis

Existe un amplio espectro de consumo de cannabis en las Américas. En la población general la prevalencia del último año oscila entre el 0,5% a casi el 16%. Entre los estudiantes de enseñanza secundaria, el rango es aún más amplio, desde menos del 1% en el extremo inferior (0,9%) hasta casi un tercio (32,8%) en el otro extremo. En la mayoría de los países el consumo de cannabis es mayor entre los hombres que entre

las mujeres. Sin embargo, en unos pocos países de América del Norte y América del Sur, la prevalencia del último año por sexo es casi la misma.

Variaciones amplias en el consumo de cannabis en los distintos países son también evidentes entre los grupos de edad más jóvenes en las Américas. En cuatro de los 32 países con datos sobre el consumo de cannabis entre estudiantes de octavo grado, el 20% o más de estos estudiantes informaron haber consumido esa droga en algún momento de sus vidas. En diez países, por el contrario, esa cifra es inferior al 5%. El inicio temprano del uso de sustancias psicoactivas se considera un factor de riesgo clave y debe recibir atención prioritaria en los programas de prevención. Es imperativo continuar monitoreando cómo evolucionan estos patrones de uso.

El inicio temprano del uso de sustancias psicoactivas se considera un factor de riesgo clave y debe recibir atención prioritaria en los programas de prevención.

La percepción del riesgo, ya sea para la salud de una persona o en general, se considera un factor importante en la decisión de consumir drogas. Los datos han demostrado que a medida que disminuye la percepción del riesgo, el uso de drogas tiende a aumentar. En la mayoría de los países donde el 20% o menos de los estudiantes de enseñanza secundaria percibieron el uso ocasional de cannabis como riesgoso, la prevalencia de consumo en el último año superó el 15%. Por lo tanto, los países que observan una disminución en la percepción del riesgo a lo largo del tiempo deben estar alertas ante posibles aumentos en el consumo de cannabis en el futuro.

La mayoría de los países con datos de tendencias sobre el consumo de cannabis entre los estudiantes de enseñanza secundaria muestran aumentos en el uso a lo largo del tiempo. De los 11 países de la región donde está disponible esta información, el uso ha aumentado en nueve y se ha mantenido estable en dos. Ningún país mostró disminuciones en el consumo de cannabis entre los estudiantes de enseñanza secundaria. Sin embargo, la tendencia con los datos más recientes en Costa Rica, los Estados Unidos y Grenada indican que las tasas de consumo han comenzado a disminuir después del aumento y la estabilización.

Los cambios en la legislación y las regulaciones de la marihuana continúan sin cesar en todo el Hemisferio y la despenalización de la marihuana con fines recreativos o medicinales ha llevado a un mayor acceso para los adultos. Para comprender mejor el impacto de estos cambios, los sistemas de vigilancia deben depender más de los indicadores que brindan mayor información sobre la frecuencia e intensidad del consumo de marihuana, así como el contenido de THC en la marihuana que se utiliza. El apoyo que proporciona la CICAD a los Estados Miembros de la OEA apunta a fortalecer sus redes nacionales de información sobre

drogas y sistemas de vigilancia. Esto es en la actualidad aún más importante para ayudar a los responsables políticos a comprender mejor el impacto de los cambios regulatorios y de otro tipo.

El apoyo que proporciona la CICAD a los Estados Miembros de la OEA apunta a fortalecer sus redes nacionales de información sobre drogas y sistemas de vigilancia.

Inhalables

Los inhalables incluyen una amplia variedad de sustancias químicas con diferentes usos y niveles de efectos psicoactivos y farmacológicos. Si bien el uso de inhalables rara vez es un tema central en la política internacional o nacional sobre drogas, su consumo puede ser gravemente perjudicial para la salud e incluso puede provocar una muerte súbita.

El uso de inhalables entre las personas más jóvenes es un área de especial preocupación. En 16 países del Hemisferio la prevalencia del último año de uso de inhalables entre los estudiantes de octavo grado es mayor o igual a la de los estudiantes de décimo y duodécimo grados. Esto se ha visto en la investigación sobre inhalables durante muchos años. Las implicaciones para la salud son claras: los inhalables, que tienen algunos de los efectos más tóxicos para la salud, siguen siendo utilizados por la población más joven.

En cuanto a los patrones de consumo según sexo, las mujeres usan inhalables a tasas más altas que los hombres. Este es el caso no solo entre los estudiantes de enseñanza secundaria sino, en varios países, entre los estudiantes universitarios y en la población general. Las razones de esta tendencia no están claras y resaltan la importancia de los estudios de investigación que analizan los determinantes del uso de drogas por género.

Substancias tipo cocaína

Este informe analiza el uso de una variedad de sustancias tipo cocaína: clorhidrato de cocaína (referido en el informe como cocaína), la pasta base de cocaína (PBC) y crack. La cocaína se usa en todo el Hemisferio, mientras que la PBC se usa principalmente en América del Sur y el crack es más común en el Caribe angloparlante y en América del Norte.

Los indicadores del consumo de cocaína varían según la población y el país en toda la región. En la población general la prevalencia del último año varía de 0,03% a casi 2,0%. Veintidós países tienen datos sobre el consumo de cocaína en la población general. Entre los siete países que tienen datos de tendencias a lo largo del tiempo, no surge un patrón común: cuatro muestran aumentos en la prevalencia, dos se han mantenido estables y al menos uno ha disminuido.

La prevalencia de consumo de cocaína varía mucho más ampliamente entre los estudiantes de enseñanza secundaria, con una prevalencia del último año que va del 0,17% a más del 4,0%. En diez países del Hemisferio el 2% o más de los estudiantes de enseñanza secundaria han consumido cocaína en algún momento durante el último año. Similar a la población general, no parece haber una tendencia común en el tiempo en el uso de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria.

En diez países del Hemisferio el 2% o más de los estudiantes de enseñanza secundaria han consumido cocaína en algún momento durante el último año.

Hay claras diferencias en el uso de cocaína entre hombres y mujeres en estudiantes de enseñanza secundaria, con tasas más altas de uso entre los hombres. De hecho, incluso cuando la brecha de género en el consumo de cocaína ha disminuido con el tiempo, los hombres continúan usando a tasas más altas que las mujeres en todos los ámbitos. De manera similar, con la PBC en la mayoría de los países el uso es mayor entre los hombres.

La percepción de alto riesgo es un indicador revelador. En diez países menos de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria cree que el uso ocasional de cocaína representa un alto riesgo para la salud de una persona o en general. Este hallazgo tiene implicaciones significativas para las políticas de prevención.

El uso de la PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria plantea importantes preocupaciones para los países del Hemisferio. Ocho países presentaron datos sobre el uso de PBC en dicha población. La prevalencia del último año para todos los grados combinados oscila entre 0,5% y 2,7%. La prevalencia de vida en el consumo para estudiantes de octavo grado varía entre el 0,7 % y el 4,8%. Esto evidencia tasas notoriamente altas en el consumo de PBC entre los grupos etarios más jóvenes en algunos países.

“Éxtasis”

La sustancia 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA) es la sustancia originaria conocida como “éxtasis”. Sin embargo, con la expansión de los mercados actuales de drogas sintéticas y NSP, es común que el “éxtasis” que se vende en la calle sea adulterado y contenga una gama de sustancias distintas a la MDMA, la mayoría de ellas potencialmente tóxicas. Las sustancias reportadas como “éxtasis” en las encuestas nacionales pueden representar un rango de ésta u otras drogas sintéticas. No sólo el “éxtasis” incluye potencialmente una gama de sustancias; es difícil identificar un solo patrón de uso, ya sea por población o por tendencia en el tiempo.

El uso del “éxtasis” en la población general varía de 0,01% a un máximo de 0,9% en todo el Hemisferio para la prevalencia de último año. En el caso de los estudiantes de enseñanza secundaria, el rango es más amplio, de 0,1% a más de 2,5%. Entre los estudiantes de enseñanza secundaria solo tres países del Hemisferio (Canadá, Chile y los Estados Unidos) mostraron una prevalencia de consumo de “éxtasis” en el último año por encima del 1,5%. El consumo de “éxtasis” tiende a ser mayor entre los hombres de la escuela secundaria que entre las mujeres, con la excepción de Guatemala, Panamá y Uruguay, donde son aproximadamente iguales. Las estadísticas sobre el uso de inicio temprano muestran que el consumo de “éxtasis” entre los estudiantes de octavo grado es mayor en Antigua y Barbuda, Belize, Colombia, Chile, Guatemala, Panamá, Santa Lucía y Saint Kitts y Nevis. Entre los estudiantes universitarios, el consumo de “éxtasis” oscila entre el 0,05% y el 3,1%.

No todos los países del Hemisferio preguntan sobre el uso de “éxtasis” u otros estimulantes de tipo anfetamínico en sus encuestas nacionales. Las tasas de consumo mencionadas sugieren que este es un problema de uso de drogas que justifica su monitoreo.

Drogas emergentes

Desde 2009 hasta 2017, 111 países y territorios en todo el mundo reportaron un total de 803 NSP al sistema de alerta temprana de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). El Informe Mundial sobre Drogas 2017 de UNODC indica que los mercados de NSP más grandes y más diversificados se encuentran en América del Norte, en particular en los Estados Unidos y Canadá. En América del Norte los cannabinoides sintéticos se encuentran entre las sustancias más utilizadas, aunque las encuestas de estudiantes de enseñanza secundaria más recientes en los Estados Unidos indican marcadas disminuciones en el uso de todas las NSP.

Las NSP presentan nuevos desafíos a los métodos tradicionales de tratamiento de las drogas

Hay razones para creer que los reportes sobre LSD distribuidos y confiscados en diferentes países de la región realmente involucran un tipo de NSP conocido como NBoMe, de la familia de la feniletilamina. El uso de NSP se ha detectado principalmente entre jóvenes, lo que constituye un nuevo e importante desafío para la política pública en general y para la salud pública en particular.

Las encuestas nacionales de drogas en América Latina han mostrado niveles significativos de uso de LSD, cannabinoides sintéticos, sustancias de origen vegetal y ketamina entre la población general, así como entre los estudiantes de enseñanza secundaria y universitarios.

En América del Sur el número de NSP notificadas comenzó a aumentar repentinamente en 2013. Este cambio puede deberse en parte a una mayor conciencia del fenómeno y a una mayor capacidad para identificar estas sustancias. La variedad de NSP reportadas en la región aumentó de 2013 a 2016, con más de 60 sustancias diferentes durante 2016. Hasta agosto de 2017 se informó un total de 130 NSP diferentes en siete países de América del Sur.

Opioides y el consumo indebido de medicamentos de prescripción controlada

En Canadá y los Estados Unidos los analgésicos opioides se han asociado con más muertes por sobredosis que cualquier tipo de droga ilícita, superando las muertes relacionadas con la cocaína y la heroína combinadas.

En Canadá y los Estados Unidos los analgésicos opioides se han asociado con más muertes por sobredosis que cualquier tipo de droga ilícita, superando las muertes relacionadas con la cocaína y la heroína combinadas. En los Estados Unidos más personas han reportado haber usado medicamentos de prescripción controlada que la cocaína, heroína y metanfetamina combinadas.

El uso de benzodiazepinas con fines no médicos en combinación con opioides recetados se ha asociado con un número creciente de muertes por sobredosis. No obstante, el problema continúa evolucionando y los usuarios están recurriendo cada vez más a los opioides disponibles en la calle, ya sea solos o en

combinación con otras drogas. Muchas muertes se han atribuido al consumo simultáneo de opioides y benzodiacepinas con receta, mezcladas con otras drogas como la heroína.

No hay informes conocidos sobre la fabricación clandestina o la adulteración de medicamentos de prescripción controlada en los países de América Latina, pero estudios diferentes y sucesivos informan el uso de ketamina, benzodiacepinas y estimulantes de tipo anfetamínico, que se desvían de los canales formales para el uso prescrito médicamente y se usan para fines no médicos.

La proliferación de NSP, drogas sintéticas y medicamentos de prescripción controlada desviados para uso ilícito, destaca los aspectos globalizados de la producción y el tráfico de drogas. Existe una clara necesidad de desarrollar o fortalecer los sistemas de alerta temprana en cada país para poder identificar estas nuevas sustancias tan pronto como aparezcan y actuar rápidamente para implementar mecanismos de prevención efectivos. También es cada vez más necesario capacitar a los equipos de salud para brindar la atención adecuada. Las NSP presentan nuevos desafíos a los métodos tradicionales de tratamiento de las drogas, ya que además del conocido problema de tolerancia y dependencia de las sustancias psicoactivas tradicionales, las NSP tienen componentes altamente tóxicos que resultan en un mayor número de sobredosis, hospitalizaciones y muertes.

Este cambiante escenario destaca la necesidad de que los Estados Miembros apliquen formas nuevas para monitorear los problemas de drogas emergentes. La CICAD apoya en los Estados Miembros fortaleciendo su habilidad de realizar la investigación epidemiológica y asistir a la creación de sistemas nacionales de alerta temprana (SAT). La CICAD también está desarrollando un sistema regional de alerta temprana para las Américas.

Complejidad creciente

A pesar de la complejidad creciente y fluctuaciones del problema de consumo de drogas en las Américas, un desafío común es la aparición de NSP, sustancias falsificadas y drogas tradicionales que se mezclan con las NSP u otros adulterantes tóxicos.

Las variaciones en las conductas del consumo de drogas continúan planteando nuevos desafíos. El uso de drogas entre las mujeres estudiantes de enseñanza secundaria exige

El consumo de drogas entre las mujeres estudiantes de enseñanza secundaria exige nuevos enfoques para la prevención y el tratamiento.

nuevos enfoques para la prevención y el tratamiento. La edad decreciente del primer uso entre hombres y mujeres indica mayores niveles de consumo o dependencia del problema en términos de todas las drogas, y puede tener implicaciones importantes para las intervenciones selectivas e indicadas. El uso de productos farmacéuticos sin receta médica, incluidos los opioides, las benzodiacepinas y otras drogas sintéticas, ya han creado graves consecuencias para Canadá y los Estados Unidos y puede crear una situación similar en América Latina y el Caribe. Los cambios en los patrones de uso, el consumo de nuevas drogas y el impacto en la salud de estas sustancias deben comprenderse mejor, y los esfuerzos para reducir el uso de drogas solo serán efectivos si se basan en evidencia científica.

La Secretaría Ejecutiva de la CICAD entiende la necesidad de una responsabilidad común y compartida al formular políticas de drogas. Para reducir las consecuencias del problema de las drogas, especialmente en nuestras poblaciones más vulnerables, los países deben adoptar políticas que tengan en cuenta la perspectiva de género y se basen en un enfoque de salud pública centrado en el bienestar de la persona y el respeto por los derechos humanos. Por encima de todo, corresponde a los Estados Miembros de la OEA examinar y evaluar cuidadosamente sus situaciones individuales para que puedan desarrollar respuestas efectivas, basadas en evidencia, que aborden sus propias circunstancias y las necesidades de sus propias poblaciones.

Para reducir las consecuencias del problema de las drogas, especialmente en nuestras poblaciones más vulnerables, los países deben adoptar políticas que tengan en cuenta la perspectiva de género y se basen en un enfoque de salud pública centrado en el bienestar de la persona y el respeto por los derechos humanos.






METODOLOGÍA

El enfoque de este informe es la situación actual del consumo de drogas en las Américas. El análisis de tendencias solo está disponible para países con tres estudios consecutivos o más. Los datos fueron enviados al Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la CICAD por los Estados Miembros, a través de los observatorios nacionales de drogas (OND) de las comisiones nacionales de drogas (CND) o sus equivalentes. Los datos estadísticos representan el año más reciente en que la información estuvo disponible en cada país. La siguiente tabla enlista a las autoridades nacionales de los Estados Miembros de la OEA que proporcionaron información para este informe, junto con los años de los datos más recientes disponibles (ND = no hay datos disponibles).

País	Autoridad Nacional	Encuestas en población general	Encuestas en estudiantes secundarios	Encuestas en estudiantes universitarios
 Antigua y Barbuda	Oficina de Política Nacional de Control de Drogas y Lavado de Activos	ND	2013	ND
 Argentina	Observatorio Argentino de Drogas	2017	2014	ND
 Las Bahamas	Secretaría Nacional Antidrogas	2017	2011	ND
 Barbados	Consejo Nacional sobre Abuso de Sustancias	2006	2013	ND
 Belize	Consejo Nacional de Control del Abuso de Drogas, Ministerio de Salud	2005	2013	ND
 Bolivia (Estado Plurinacional de)	Observatorio Boliviano de Drogas, Consejo Nacional de Lucha contra el Trafico Ilícito de Drogas	2014	2008	2016
 Brasil	Observatorio Brasileño de Drogas, Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas	2016	2010	2010
 Canadá	Dirección de Sustancias Controladas y Tabaco, Health Canada	2015	2014/15	ND

País	Autoridad Nacional	Encuestas en población general	Encuestas en estudiantes secundarios	Encuestas en estudiantes universitarios
 Chile	Observatorio Chileno de Drogas, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	2016	2015	ND
 Colombia	Observatorio Colombiano de Drogas, Ministerio de Justicia y del Derecho	2013	2016	2016
 Costa Rica	Observatorio Costarricense de Drogas, Instituto Costarricense de Drogas	2015	2015	ND
 Dominica	Unidad Nacional de Prevención del Abuso de Drogas	ND	2011	ND
 Ecuador	Observatorio Ecuatoriano de Drogas	2014	2016	2016
 El Salvador	Observatorio Salvadoreño de Drogas, Comisión Nacional Antidrogas	2014	2016	2012
 Estados Unidos	Oficina Nacional de Política de Control de Drogas, e Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas	2016	2016	ND
 Grenada	Secretaría de Control de Drogas	ND	2013	ND
 Guatemala	Observatorio Nacional sobre Drogas, Comisión Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas	ND	2014	ND
 Guyana	Ministerio del Interior	2016	2013	ND

País	Autoridad Nacional	Encuestas en población general	Encuestas en estudiantes secundarios	Encuestas en estudiantes universitarios
 Haití	Observatorio Haitiano de Drogas, Comisión Nacional para la Lucha contra las Drogas	ND	2014	ND
 Honduras	Observatorio Hondureño de Drogas	ND	2005	ND
 Jamaica	Dirección de Información e Investigación, Consejo Nacional sobre el Abuso de Drogas	2016	2013	ND
 México	Observatorio de Tabaco, Alcohol y otras Drogas, Comisión Nacional contra las Adicciones	2016	2014	ND
 Panamá	Observatorio Panameño de Drogas	2015	2008	2013
 Paraguay	Observatorio Paraguayo de Drogas, Secretaría Nacional Antidrogas	2003	2014	ND
 Perú	Observatorio Peruano de Drogas, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas	2010	2012	2016
 República Dominicana	Observatorio Dominicano de Drogas, Consejo Nacional sobre Drogas	2010	2008	ND
 La Federación de San Kitts y Nevis	Consejo Nacional de Prevención del Abuso de Drogas	ND	2013	ND
 San Vicente y las Granadinas	Ministerio de Salud y Medio Ambiente	ND	2013	ND

País	Autoridad Nacional	Encuestas en población general	Encuestas en estudiantes secundarios	Encuestas en estudiantes universitarios
 Santa Lucía	Secretaría del Consejo Asesor de Abuso de Sustancias	ND	2013	ND
 Suriname	Consejo Nacional de Drogas, Oficina de Seguridad Nacional	2014	2006	ND
 Trinidad y Tobago	Consejo Nacional de Drogas, Secretaría del Programa Nacional de Prevención de Alcohol y Drogas	ND	2013	ND
 Uruguay	Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas	2014	2014	2015
 Venezuela (República Bolivariana de)	Observatorio Venezolano de Drogas, Oficina Nacional Antidrogas	2011	2009	2014

El análisis estadístico comprende información de tres fuentes de datos principales:

1. Encuestas en la población general
2. Encuestas en estudiantes de enseñanza secundaria
3. Encuestas en estudiantes universitarios

Los estudios realizados en la mayoría de los países siguen los protocolos estandarizados de investigación de la CICAD de las Encuestas del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), las cuales proporcionan medidas estándar para los siguientes indicadores.

1. Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas
2. Consumo nocivo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria
3. Percepción de riesgo asociada al consumo de drogas
4. Percepción de facilidad de acceso a las drogas
5. Ofertas para usar drogas

Los protocolos del SIDUC estandarizan el diseño del estudio, los métodos de muestreo y los indicadores básicos. Los detalles completos de cada uno de los protocolos de investigación del SIDUC se publican en el sitio web de la CICAD www.cicad.oas.org.

Presentación por subregión

En este informe los datos de los países se organizan en cuatro subregiones geográficas: América Central, América del Norte, América del Sur y el Caribe. Es importante señalar que Belize, Guyana y Suriname, que se incluyen en los informes de la CICAD en el Caribe, están agrupados geográficamente: Belize en la subregión de América Central, y Guyana y Suriname en la subregión de América del Sur.

Datos de tendencias

Los datos de tendencias en este informe provienen de encuestas transversales consecutivas en lugar de estudios de cohorte. Aunque el término tendencia se usa aquí para referirse a estudios consecutivos, no debe considerarse para referirse a las tendencias de una cohorte. No todos los países tienen datos suficientes para demostrar tendencias. Este informe toma en consideración un mínimo de tres puntos de datos de estudios comparables para ser considerado una tendencia.

Significancia estadística

Todos los estudios incluidos en este informe provienen de muestras representativas a nivel nacional, a menos que se indique lo contrario. La significación estadística y los intervalos de confianza no se calcularon para este informe.

Limitaciones en la comparabilidad de los datos

Si bien los datos que se muestran se consideran comparables entre países, existen importantes limitaciones que deben tenerse en cuenta:

Variaciones en las muestras poblacionales

Encuestas en la población general

La metodología del SIDUC para las encuestas de población general o de hogares considera tres niveles de muestras nacionales aleatorias de personas de 12 a 64 años que residen en hogares: el primer nivel representando a la población de la ciudad capital; el segundo, representando a todas las ciudades con 30.000 o más habitantes; y el tercer nivel representando a todo el país. La encuesta se lleva a cabo mediante una entrevista cara a cara.

Los siguientes países varían en el rango de edad: Argentina, población de 12 a 65 años; Canadá, población de 15 a 64 años; Estados Unidos, población de 12 años y más; y Uruguay, población de 15 a 65 años.

Existe una variación metodológica en Chile, que ofrece la opción autoadministrada, permitiendo al encuestado elegir entre una entrevista cara a cara o responder a la encuesta por sí mismo, con la supervisión del encuestador. No se ha realizado ningún estudio para determinar si tales diferencias pueden afectar el nivel de comparabilidad de los resultados de Chile con los de los otros países.

La metodología del SIDUC recomienda el uso del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) de la Organización Mundial de la Salud, para identificar a los encuestados con patrones de consumo nocivos y su nivel de riesgo de dependencia. Se incluye una versión de autoinforme de la prueba de detección AUDIT en el cuestionario de la encuesta de hogares del SIDUC, con un conjunto de diez preguntas estandarizadas. Si bien las preguntas son estándar, la puntuación y la interpretación pueden variar ligeramente de un país a otro. Hay puntuaciones con "puntos de corte" por encima de los cuales se puede considerar que un encuestado está involucrado en un consumo nocivo de alcohol o en peligro de dependencia. Estos puntos de corte varían de un país a otro. Para los

efectos de este informe, se realizan comparaciones entre países sobre los resultados obtenidos para el consumo nocivo de alcohol, independientemente de las puntuaciones de corte utilizadas.

Encuestas en estudiantes de enseñanza secundaria

La metodología del SIDUC para las encuestas en los estudiantes de enseñanza secundaria considera tres niveles de muestras nacionales aleatorias: el primer nivel representando a la población de la ciudad capital; el segundo, representando a todas las ciudades con 30.000 o más habitantes; y el tercer nivel representando a todo el país. Las muestras son multietápicas identificando la ciudad, seguida de la escuela y, por último, el aula. Una vez que se selecciona un aula en la muestra, todos los estudiantes presentes en la misma contestan la encuesta. El SIDUC recomienda seleccionar a los grados 8º, 10º y 12º o equivalente, para la encuesta, teniendo en cuenta que existen diferencias en los sistemas educativos de cada país. Hay algunas variaciones importantes a tener en cuenta en tal sentido:

En el caso de Brasil la última encuesta en estudiantes de enseñanza secundaria incluyó a la población estudiantil de 10 a 19 años en 27 capitales federales. El OID recalculó los datos con la autorización del país, para incluir solo a estudiantes de 13 a 18 años.

Chile tiene una variación en la selección de la muestra. El país toma muestras aleatorias de las aulas a nivel de ciudades de todo el país. Una vez seleccionadas las aulas, se seleccionan 20 alumnos en cada una de ellas para ser encuestados.

Uruguay utiliza una muestra por ciudad, escuela y aula, pero clasifica a los estudiantes por edad en lugar de grados. Como resultado, los datos de Uruguay se calcularon asumiendo edades que corresponden aproximadamente a aquellas de los respectivos grados. En Perú el grado 12º no es obligatorio en la educación secundaria, por lo tanto, la encuesta muestrea a todos los grados secundarios hasta el grado 11º. En Venezuela los datos corresponden a estudiantes de todos los grados (7º al 12º).

Encuestas en estudiantes universitarios

Las encuestas del SIDUC en estudiantes universitarios se realizan a través de una plataforma en línea. La población objetivo son los estudiantes universitarios, de establecimientos públicos y privados, en ciudades con una población de al menos 300.000 habitantes. Se toma una muestra aleatoria en dos etapas, primero seleccionando universidades y luego una selección aleatoria de estudiantes dentro de cada universidad. Los países que utilizaron la metodología SIDUC fueron Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador y Perú.

La información de Brasil (2010), Panamá (2013), Uruguay (2015) y Venezuela (2014) utilizó metodologías similares; sin embargo, las muestras no son representativas de la población universitaria en su totalidad.

Los estudios en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú se realizaron simultáneamente como parte de un proyecto subregional para la región andina. Esto resultó en datos altamente comparables entre estos países. Por lo tanto, los datos de estos cuatro países se presentan en un solo gráfico en varios casos.

Variaciones en los indicadores de las encuestas

Las preguntas de las encuestas respecto de la prevalencia, la percepción del riesgo asociado con el uso de drogas, la facilidad de acceso percibida y la oferta de drogas están estandarizadas en la metodología del SIDUC. Las siguientes son algunas variaciones por país que pueden afectar la comparabilidad:

Variaciones en el indicador de consumo nocivo de alcohol

El cuestionario del SIDUC para estudiantes de enseñanza secundaria define el consumo nocivo de alcohol como haber consumido cinco o más bebidas alcohólicas durante una sesión durante las dos semanas previas a la encuesta. Se calcula como una proporción de personas que informaron haber consumido alcohol en los últimos treinta días.

En Canadá el consumo nocivo de alcohol se define como cinco o más tragos para los hombres y cuatro o más para las mujeres, como una proporción de personas que bebieron en el último año.

Chile usa una definición similar; sin embargo, se pregunta si la persona ha consumido cinco o más bebidas en una sola ocasión, durante los últimos treinta días.

En los Estados Unidos el consumo nocivo de alcohol se calcula sobre la población total de estudiantes de enseñanza secundaria, en lugar de solo aquellos que bebieron en el último mes.

Variaciones en el indicador de la percepción de riesgo

La información sobre la percepción de riesgo proporcionada para este informe se basa en una serie de preguntas sobre si la persona cree que ciertos comportamientos sobre el consumo de drogas representan un riesgo de daño para su salud o en general. Hay pequeñas diferencias en las versiones en inglés y en español de esta pregunta, que es importante tener en cuenta.

En los países del Caribe angloparlantes (incluyendo Belize y Guyana), junto con Haití y Suriname, la pregunta para los estudiantes de enseñanza secundaria se refiere a la percepción sobre el nivel de **daño a la salud** asociado con ciertos comportamientos de consumo de drogas, mientras que en los países de América Latina hispanoparlantes y Brasil, la pregunta se refiere a la percepción sobre el nivel de **riesgo** directamente asociado con el consumo de drogas. Aunque estas dos preguntas no son las mismas, se refieren a conceptos similares y los datos de las dos subregiones son similares. Para este informe los resultados sobre la percepción del riesgo se consideran comparables.

CAPÍTULO 1

ALCOHOL

INTRODUCCIÓN

El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más comúnmente usadas en el mundo. Su uso es especialmente preocupante en las Américas, donde se estima que el consumo total per cápita es superior al promedio mundial. En los últimos cinco años se ha incrementado la tasa de episodios de consumo excesivo, tanto en hombres como en mujeres.¹ La última información disponible a nivel internacional indica que el alcohol estuvo relacionado con más de 300.000 muertes en las Américas; en 80.000 de ellas el consumo de alcohol fue determinante. Por otra parte, el consumo nocivo de alcohol es la causa principal de más de 200 tipos de enfermedades y lesiones, y es responsable por la muerte de millones de personas al año en todo el mundo.²

El consumo de alcohol ocasiona grandes riesgos para la salud, especialmente en los países de las Américas con ingresos bajos y medios, y su consumo está asociado tanto con la incidencia de enfermedades, como con diversos problemas sociales^{3,4} y guarda una estrecha relación con la violencia doméstica, el abandono y el abuso infantil, la delincuencia y las conductas delictivas^{5,6,7,8,9,10,11} afectando no solamente la calidad de vida de quien consume, sino del entorno familiar y social.

Los adolescentes son un grupo especialmente vulnerable, debido a que están en su etapa de desarrollo. Hay estudios que indican que el primer consumo de alcohol antes de los 15 años de edad, tiene relación con un mayor riesgo de problemas de alcoholismo en la edad adulta.^{12,13} Por lo tanto, cualquier consumo de alcohol en este grupo poblacional se considera de alto riesgo y guarda una estrecha relación con otros comportamientos que entrañan conductas riesgosas, tales como la conducción en estado de ebriedad, el consumo de tabaco, autolesiones y episodios de violencia. Entre los jóvenes de 15 a 19 años, el consumo de alcohol es el factor de riesgo más importante con respecto a la enfermedad, ya que su uso en edades tempranas puede afectar el desarrollo neurológico, debido a la neurotoxicidad del alcohol, lo cual es agravado cuando la ingesta ocurre en grandes cantidades o hasta la embriaguez. Otros efectos que están asociados al consumo temprano de bebidas alcohólicas son la reducción del rendimiento escolar, los conflictos interpersonales y comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales.

1 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe de Situación Regional sobre el Alcohol y la Salud en las Américas*. (Washington, D.C.: OPS, 2015)

2 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud*. (Washington, D.C.: OPS, 2015)

3 Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro de Colaboración para la Prevención de la Violencia, *Violencia Interpersonal y Drogas Ilícitas*. (Liverpool: OMS Centro de Colaboración para la Prevención de la Violencia, 2009)

4 Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), *Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas: OPS Estudio Multicéntrico Informe Final*. (Washington, D.C.: OPS, 2007).

5 Ellsberg, M. et al., *Candies in Hell: Women's Experience of Violence in Nicaragua*. (Social Science and Medicine 51(11), 2000). DOI:

6 Rodgers, K., *Wife Assault: The Findings of a National Survey*. (Washington, D.C.: Department of Justice, National Criminal Justice Reference Service, 1994)

7 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Mujeres violentadas por su pareja en México*. (Ciudad de México: INEGI, 2003)

8 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Violencia Interpersonal y Alcohol*. (Ginebra; OMS, 2006)

9 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Maltrato Infantil y Alcohol*. (Ginebra; OMS, 2006)

10 Walsh, C., MacMillan, H.L., and Jamieson, E., *The Relationship between Parental Substance Abuse and Child Maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement*. (Ontario: Child Abuse and Neglect, 2003)

11 Darke, S., *The Toxicology of Homicide Offenders and Victims: A Review*. (Drug and Alcohol Review, 2010). DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00099.x

12 Windle, M., *Alcohol Use among Adolescents and Young Adults*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (Bethesda: NIAAA, 2003). Retrieved from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-1/79-86.htm>

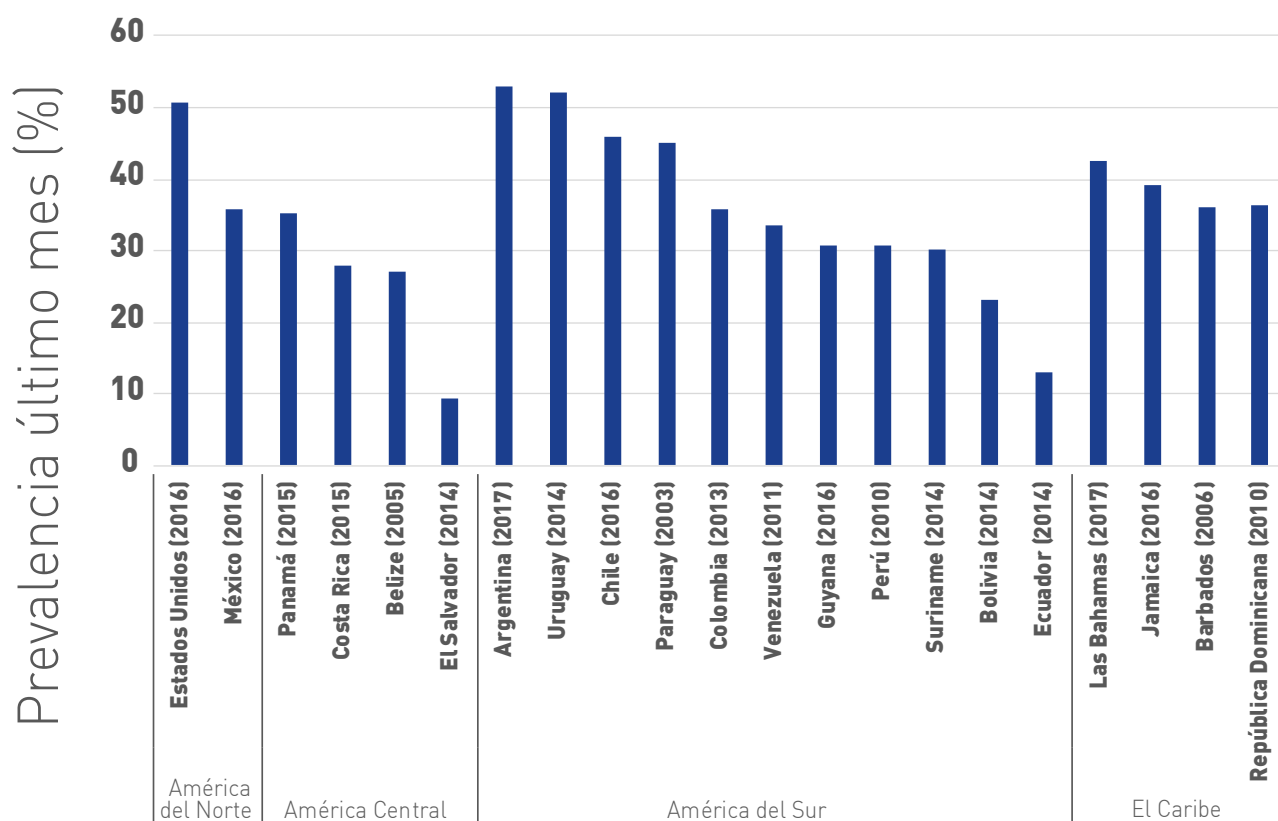
13 Probst, C. et al., *Alcohol Policy Relevant Indicators and Alcohol Use among Adolescents in Latin America and the Caribbean*. (New Brunswick: Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2018)

1.1 Consumo de alcohol en la población general

En la siguiente sección se describen datos sobre el consumo de alcohol, tomados de estudios en la población general, que en su mayoría comprenden a la población de 12 a 65 años. En el Hemisferio se cuenta con información de América del Norte (Estados Unidos y México), de América Central (Belize, Costa Rica, El Salvador y Panamá), América del Sur (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela) y el Caribe (Las Bahamas, Barbados, Jamaica y República Dominicana). La prevalencia de consumo del último mes de bebidas alcohólicas en la población general muestra una amplia gama de diferentes rangos de consumo, que van del 9,5% en El Salvador a más del 52% en Argentina y Uruguay, seguido de los Estados Unidos con un consumo del 50% y de Las Bahamas, Chile y Paraguay que superan el 40%.

Gráfico 1.1

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general por país, ordenado por subregión

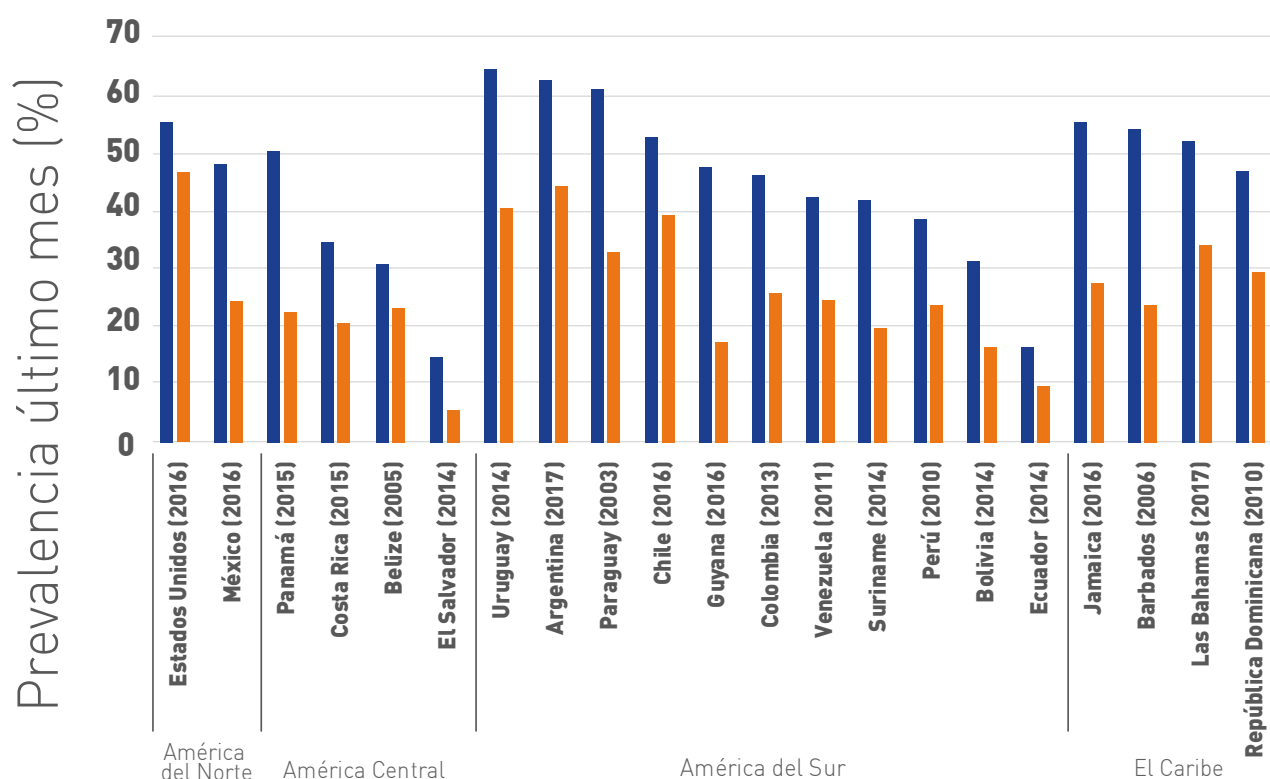


El análisis del consumo según el sexo, indica que en todos los países el consumo es superior entre los hombres, independientemente de los niveles de consumo. El consumo de los hombres duplica o incluso es aún más alto al de las mujeres en Barbados, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá y Suriname, según se indica en el gráfico 1.2.

Gráfico 1.2

Hombre | Mujer

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general según el sexo, por país, ordenado por subregión



En el gráfico 1.3 se muestra la prevalencia del último mes de consumo de alcohol en tres grupos etarios: adolescentes de 12 a 17 años, adultos jóvenes de 18 a 34 años y adultos de 35 a 64 años. Se observa que la prevalencia de consumo más alta en todo el Hemisferio se encuentra entre la población adulta-joven que va de los 18 a los 34 años de edad.

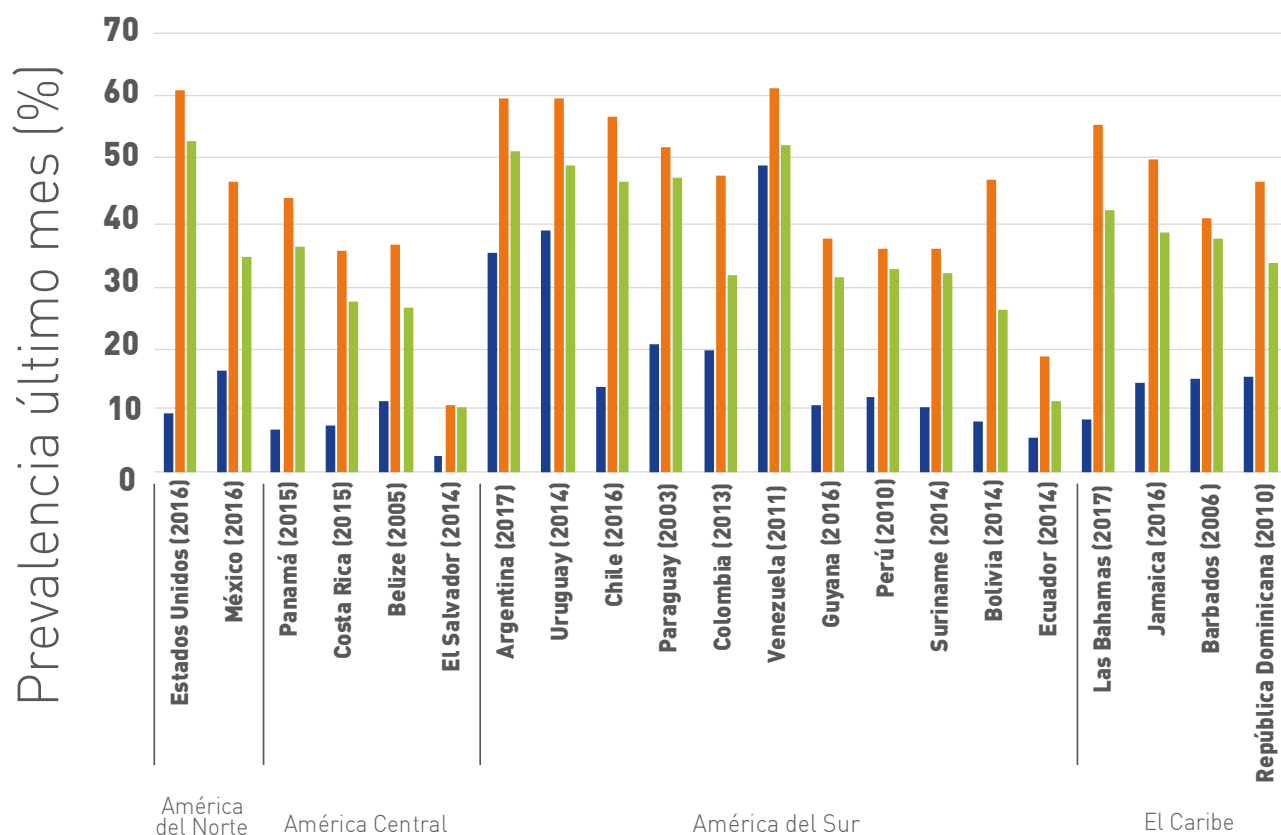
Gráfico 1.3

12 a 17

18 a 34

35 a 64

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general según grupo etario, por país, ordenado por subregión



En todos los países analizados la población comprendida entre los 18 y 34 años presenta los mayores índices de consumo de alcohol. En 11 países la prevalencia supera en 10 puntos porcentuales o más al grupo etario de 35 a 64 años. En Barbados, El Salvador, Perú y Suriname, en cambio, esta diferencia es de menos de cinco puntos porcentuales. Los adultos de 35 años y más son la segunda franja de edad de mayor prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas, pero es de resaltar que en tres países de América del Sur (Argentina, Uruguay y Venezuela) los adolescentes muestran tasas que oscilan entre el 34% y 48%.¹⁴

¹⁴ Uruguay, la población referida es de 15-65 años.

Consumo nocivo de alcohol en la población general

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo problemático de alcohol es un patrón de consumo que aumenta las posibilidades de que la persona tenga consecuencias adversas. Una persona puede beber y no tener problemas, pero si consume a ciertos niveles puede aumentar el riesgo a futuro, ya sea de enfermedades agudas o crónicas. En los estudios epidemiológicos se utilizan herramientas metodológicas para detectar los trastornos debidos al uso del alcohol, de la CIE10, llamado consumo problemático de alcohol, definido como el patrón de consumo que causa daño a la salud física o mental del bebedor, que es equivalente al abuso y puede ser capturado por el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT).¹⁵ Los niveles de riesgo en el AUDIT están relacionados con la posibilidad de dependencia, pero no se refieren al riesgo de enfermedades físicas o intoxicaciones agudas.

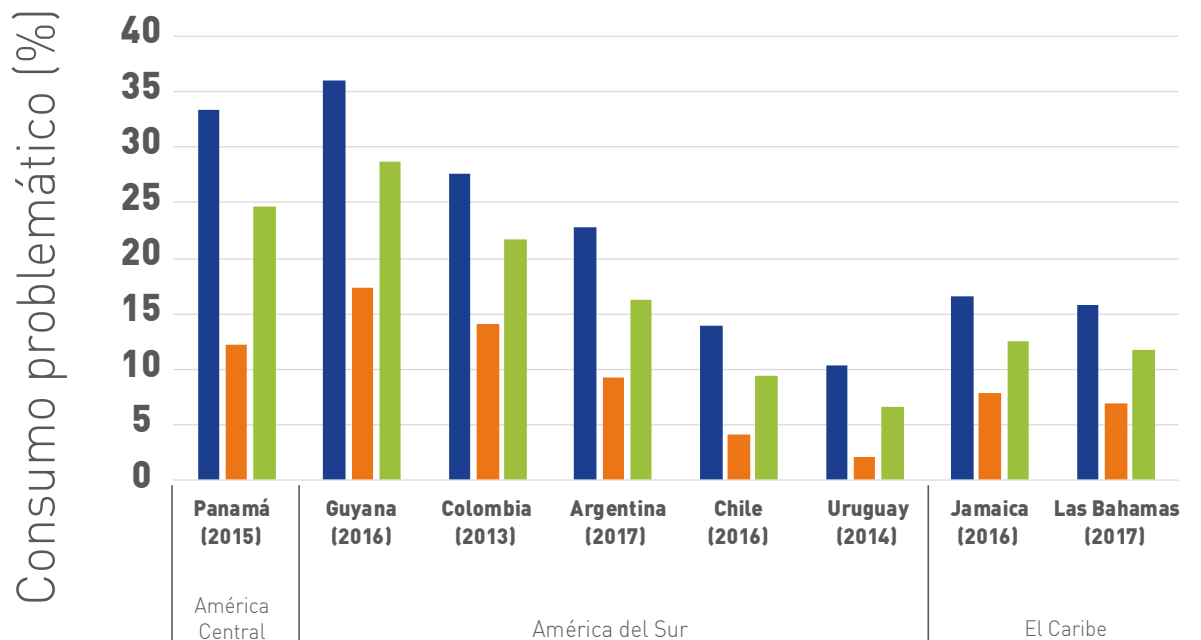
En el gráfico 1.4 se presentan datos de ocho países que miden el comportamiento del consumo problemático de alcohol en sus encuestas nacionales de hogares, aplicando una versión de autoinforme del AUDIT.

El consumo problemático de alcohol en la población general que bebió alcohol en el último año, oscila entre el 6,5% al 28,6%, y en tres países es superior al 20%. Es más elevado, del 28,6% y 24,5% en Guyana y Panamá, respectivamente. Es más bajo, del 9,3% y 6,5% en dos países que tienen prevalencia de consumo altas, como Chile y Uruguay, respectivamente.

Gráfico 1.4

Hombre | Mujer | Total

Porcentaje de personas con consumo problemático de alcohol entre quienes han consumido en el último año en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregion



¹⁵ Babor, T. et. al., *Alcohol Use Identification Test, Guidelines for Use in Primary Care*, 2nd ed. (Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001)

El consumo problemático de alcohol es mayor en la población masculina, con tasas que sobrepasan el promedio del indicador; sin embargo, se debe destacar que en tres países (Colombia, Guyana y Panamá) el consumo problemático de bebidas alcohólicas en las mujeres es muy alto, con porcentajes que oscilan entre el 12% y 17%.

Los Estados Unidos utilizan el indicador de consumo nocivo de alcohol (binge drinking), definido como beber cinco o más tragos en una sola ocasión para los hombres; y cuatro o más para las mujeres, en un lapso de dos horas, al menos una vez en los últimos 30 días. Los datos del estudio de 2016 de la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y Salud, indican un consumo nocivo total de 24,2% (28,9% en los hombres y 19,8% en mujeres).

Tendencias de consumo de alcohol en la población general

Para este reporte se cuenta con información sobre la tendencia de la prevalencia del último mes de bebidas alcohólicas en la población general, según el sexo, correspondiente a seis países (gráficos 1.5-1.10). En tres países se mantienen los niveles de consumo: alrededor del 25% en Costa Rica entre 1990-2015; del 51% en los Estados Unidos entre 2002-2016 y del 52% en Uruguay entre 2001-2014.

En los otros tres países la tendencia indica un incremento, de seis puntos porcentuales en Argentina, que pasa de 46,8% en 2008 al 52,9% en 2017, de seis puntos porcentuales en Chile, desde 40,4% al 46% (1994-2016) y de 17 puntos porcentuales en México, que pasa de 19,1% al 35,9% (2002-2016).

Se observa una gran variabilidad respecto de la tendencia de la prevalencia del último mes de consumo de alcohol según sexo. En Argentina (gráfico 1.5) el consumo de alcohol entre 2008 y 2017 pasó del 58,1% al 62,6% en los hombres y del 35,6% al 44,2% en las mujeres.

En Chile la prevalencia del último mes de consumo de alcohol en ambos sexos no sigue un patrón general en el período 1994-2016 (gráfico 1.6): aumenta de 1994 a 2002, disminuye de 2002 a 2010, aumenta de 2012 a 2014, para descender finalmente hacia 2016. El consumo de alcohol en los hombres pasó del 50,6% en 1994 al 52,6% en 2016 y entre mujeres del 30,9% al 39,3% durante el mismo período.

En Costa Rica (gráfico 1.7) la prevalencia del último mes entre los hombres pasó del 39,0% en 1990 al 34,9% en 2015, y entre las mujeres pasó del 16% al 20,7% durante el mismo período. Aunque la tendencia a largo plazo muestra una disminución general entre los hombres y un aumento general entre las mujeres, puede ser importante observar que el uso entre hombres mostró aumentos y caídas más fuertes a lo largo de los años y, tanto hombres como mujeres, aumentaron su consumo durante el último período de 2010-2015.

En México (gráfico 1.8) el consumo de alcohol entre los hombres pasó del 33,6% en 2002 al 48,1% en 2016, mientras que en las mujeres pasó del 7,4% al 24,4% durante el mismo período.

En los Estados Unidos (gráfico 1.9) la prevalencia del consumo de alcohol en los hombres era 57,4% en 2002 pasando al 55,3% en 2016, mientras que en las mujeres el consumo de alcohol pasó del 44,9% al 46,4% en igual período. En ambos casos, las líneas de tendencia son relativamente estables a lo largo del tiempo.

En Uruguay (gráfico 1.10) la prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los hombres pasó de 62,8% a 64,5% y entre las mujeres de 44,1% a 40,4%. Si bien los hombres parecían mostrar un aumento general a lo largo del tiempo, puede ser importante observar que tanto hombres como mujeres mostraron una disminución en el uso durante el último período, entre 2011 y 2014.

Gráfico 1.5

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general de Argentina, según el sexo y total, 2008-2017

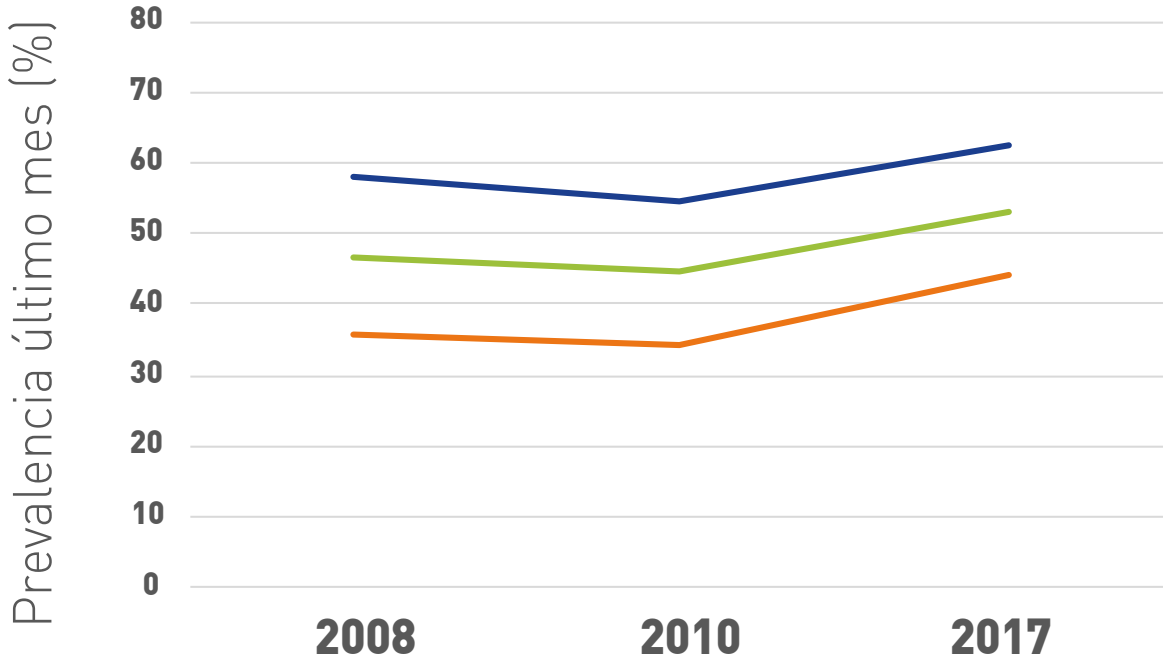


Gráfico 1.6

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general de Chile, según el sexo y total, 1994-2016

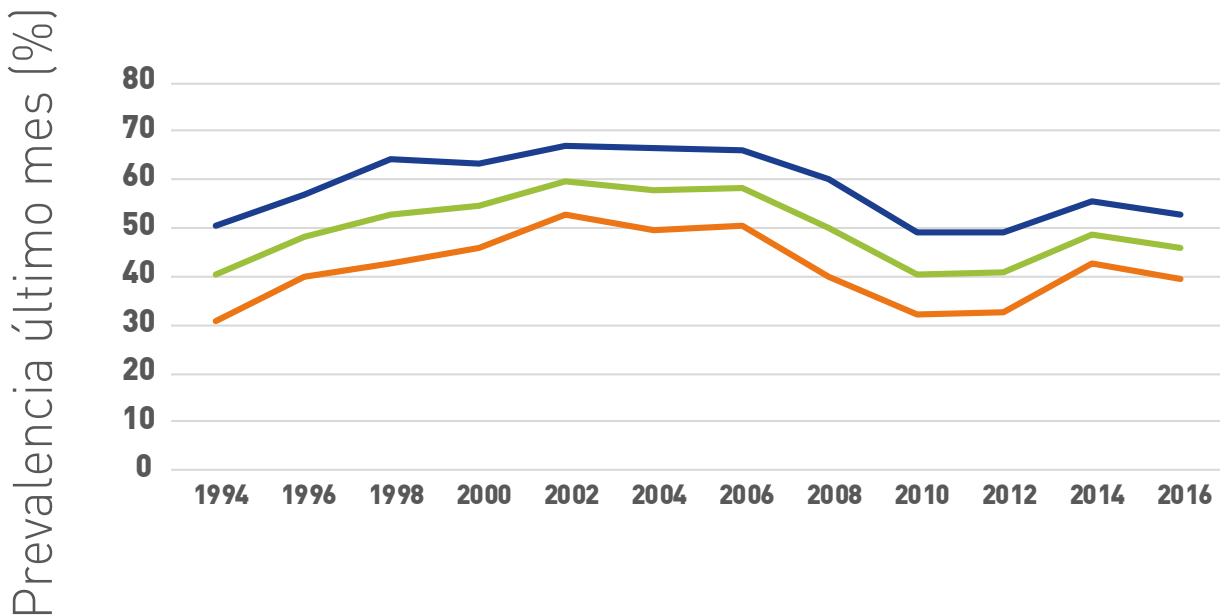


Gráfico 1.7

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general de Costa Rica, según el sexo y total, 1990-2015

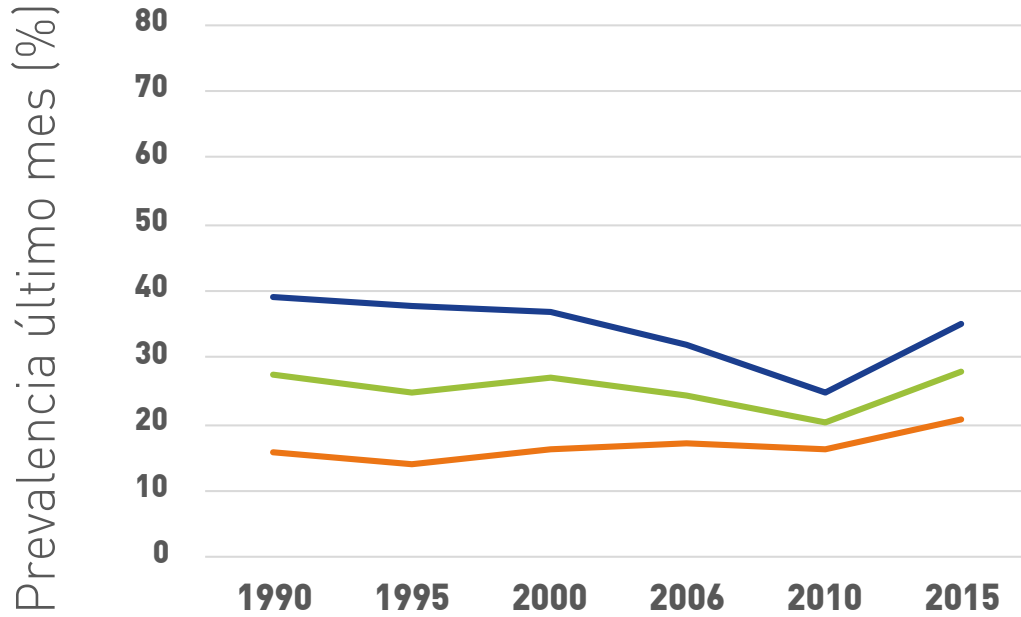


Gráfico 1.8

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general de México, según el sexo y total, 2002-2016

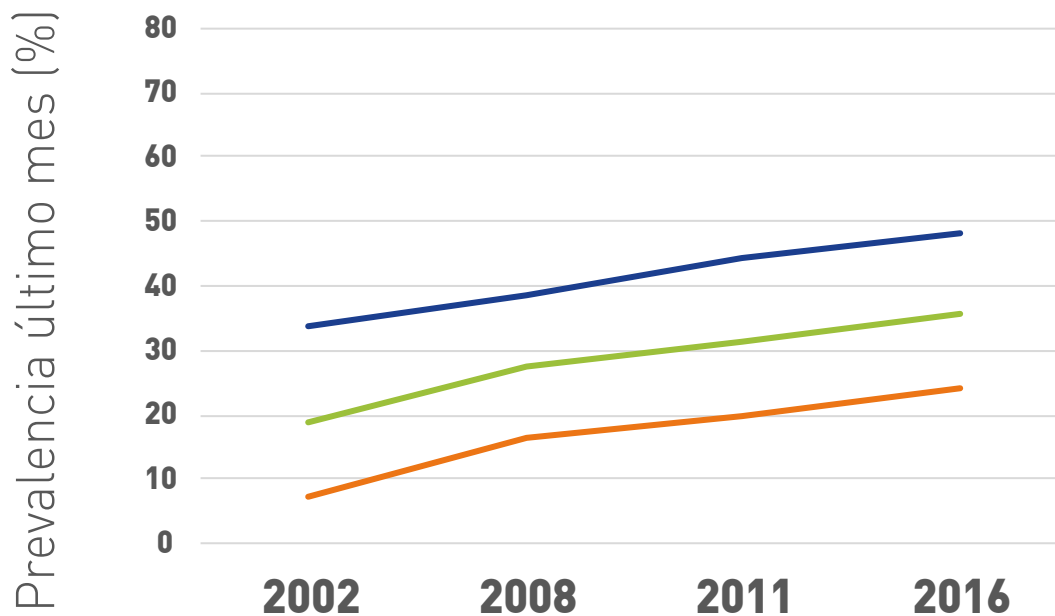


Gráfico 1.9

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general de los Estados Unidos, según el sexo y total, 2002-2016

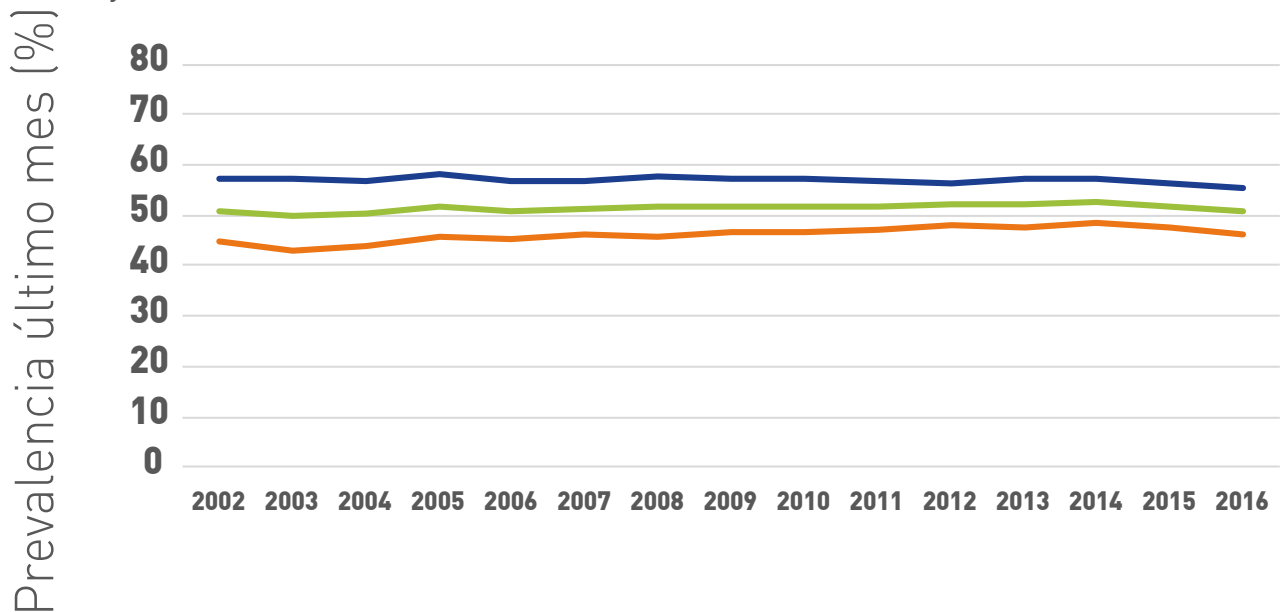
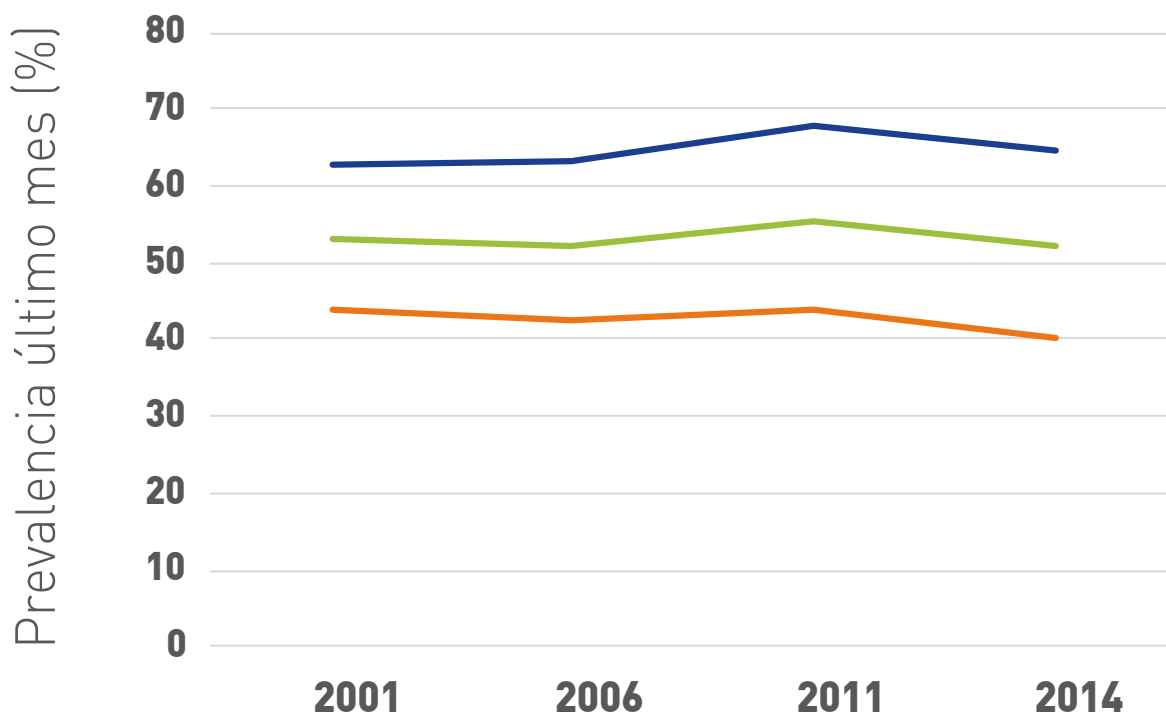


Gráfico 1.10

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general de Uruguay, según el sexo y total, 2001-2014



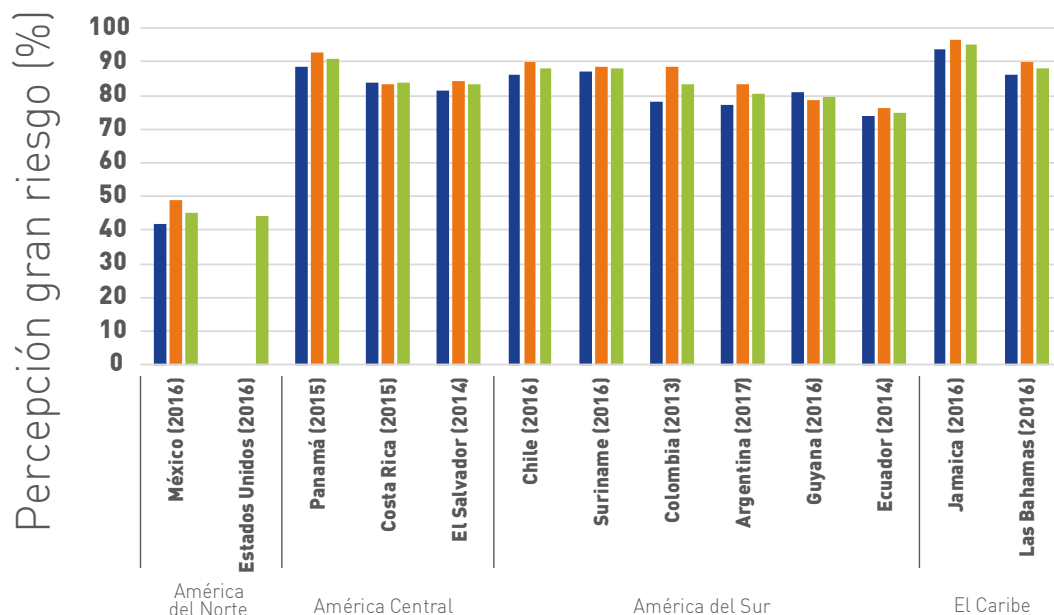
Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas en la población general

En diez de 13 países el 80% o más de la población perciben gran riesgo en embriagarse con bebidas alcohólicas. Las opiniones se distribuyen de modo similar según sean hombres o mujeres, pero por lo general son las mujeres quienes perciben mayor riesgo, con relación a sus pares hombres. El gráfico 1.11 muestra la proporción de personas en los países, en total y por sexo, que perciben gran riesgo en embriagarse con bebidas alcohólicas.

Gráfico 1.11

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



1.2 Consumo de alcohol en los estudiantes de enseñanza secundaria

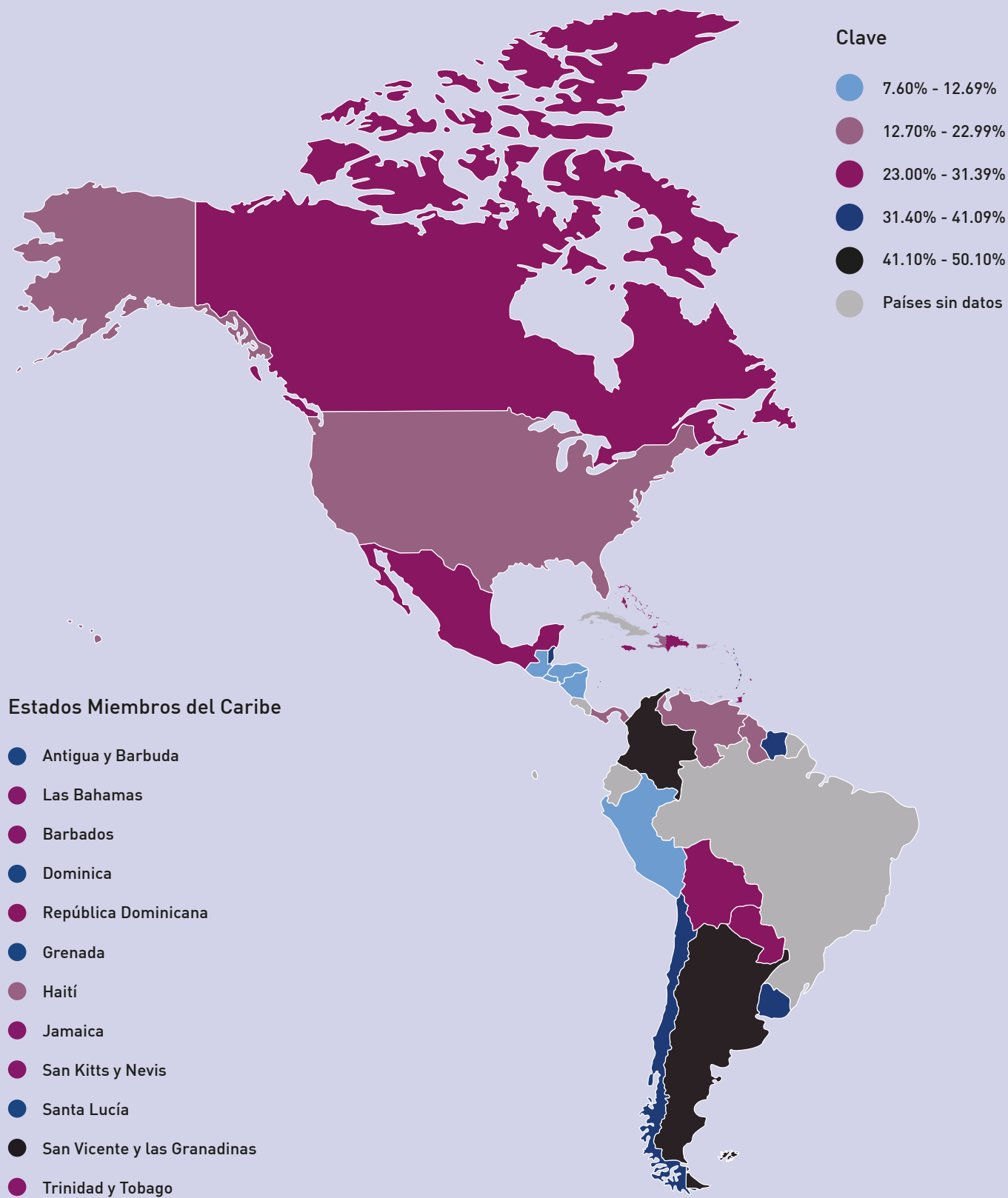
En las Américas se observa una amplia gama de prevalencia de consumo de alcohol. En cinco países de América del Sur y el Caribe, más del 75% de los estudiantes de enseñanza secundaria ha consumido alcohol en algún momento de su vida, mientras que en El Salvador y Venezuela la proporción se reduce a un poco más del 30%.

Por otra parte, más del 50% de los estudiantes de enseñanza secundaria en Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Grenada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Uruguay ha consumido alcohol durante el último año. La prevalencia en el último año en Las Bahamas, Belize, Canadá, Estados Unidos, Jamaica, San Kitts y Nevis y Trinidad y Tobago oscila entre un 40% y 50%. Las tasas de consumo más bajas, de un 20% o inferiores, se observan en Ecuador, El Salvador y Venezuela.

La prevalencia de último mes expresa la heterogeneidad en el perfil epidemiológico del consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de enseñanza secundaria, con rangos en todo el Hemisferio que van desde valores de menos del 10% a superiores al 50%. Estas cifras sugieren que en muchos países de las Américas el alcohol es de fácil acceso para los menores de edad.

Mapa 1.1

Prevalencia del último mes de consumo de **alcohol** entre los estudiantes de enseñanza secundaria de las Américas

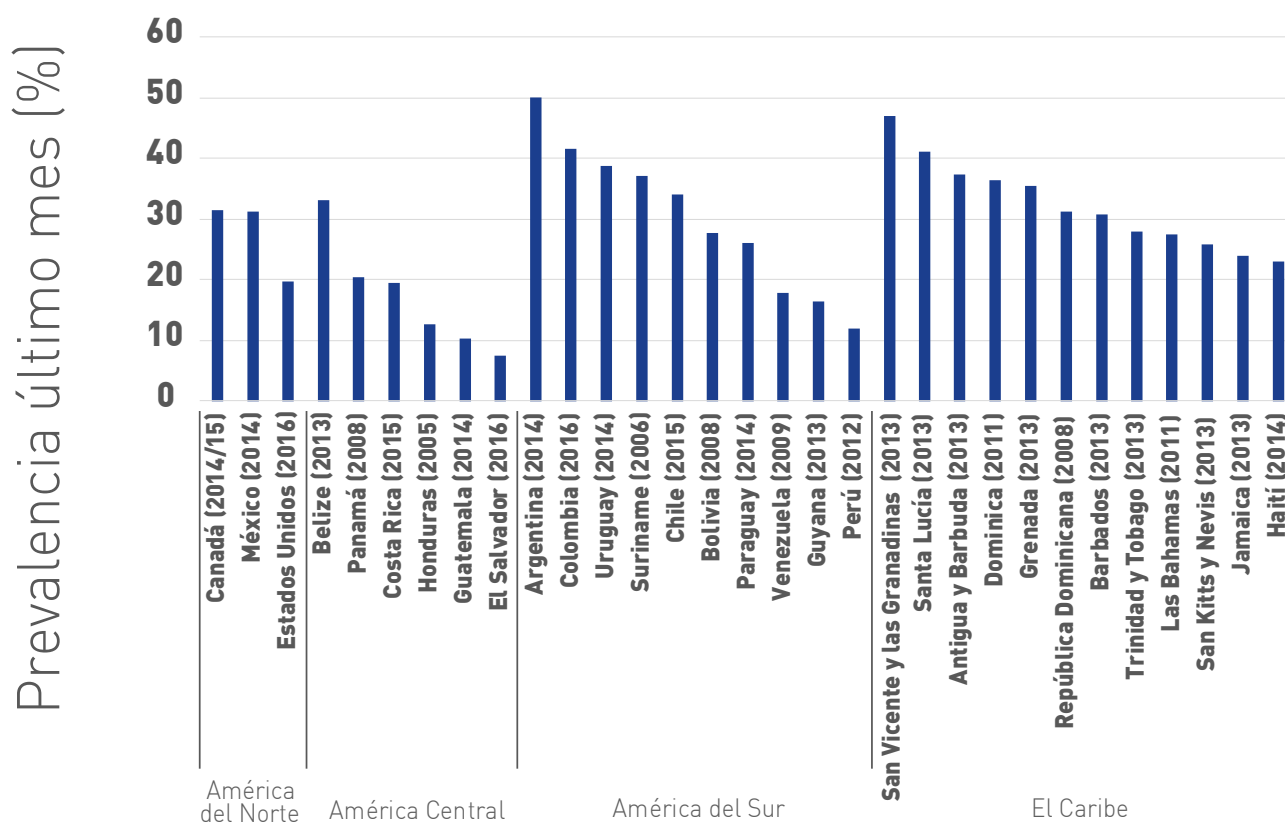


La adolescencia se considera un período de riesgo crítico para el inicio del consumo de alcohol.¹⁶ Los estudios indican que aquellos que empiezan a consumir alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva en las primeras etapas de la adolescencia (de 12 a 14 años de edad)¹⁷ tienen más probabilidades de desarrollar abuso o dependencia a largo plazo, que aquellos que empiezan a consumir alcohol en la edad adulta. De hecho, las investigaciones indican que cuanto más temprano se inicia el consumo de alcohol, mayor es el riesgo de que, con el paso del tiempo, tenga diversos efectos nocivos para la salud.

En el gráfico 1.12 podemos observar que en Argentina la mitad de los estudiantes secundarios ha consumido alcohol durante el último mes, seguido por San Vicente y las Granadinas (47,1%), Colombia (41,5%) y Santa Lucía (41,1%). En 11 países el consumo de alcohol en el último mes presenta registros entre el 30% y el 40% entre los estudiantes de enseñanza secundaria; puntualmente en dos países de América del Norte (Canadá y México), uno de América Central (Belize), tres de América del Sur (Chile, Suriname y Uruguay) y en cinco del Caribe (Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Grenada y República Dominicana).

Gráfico 1.12

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión



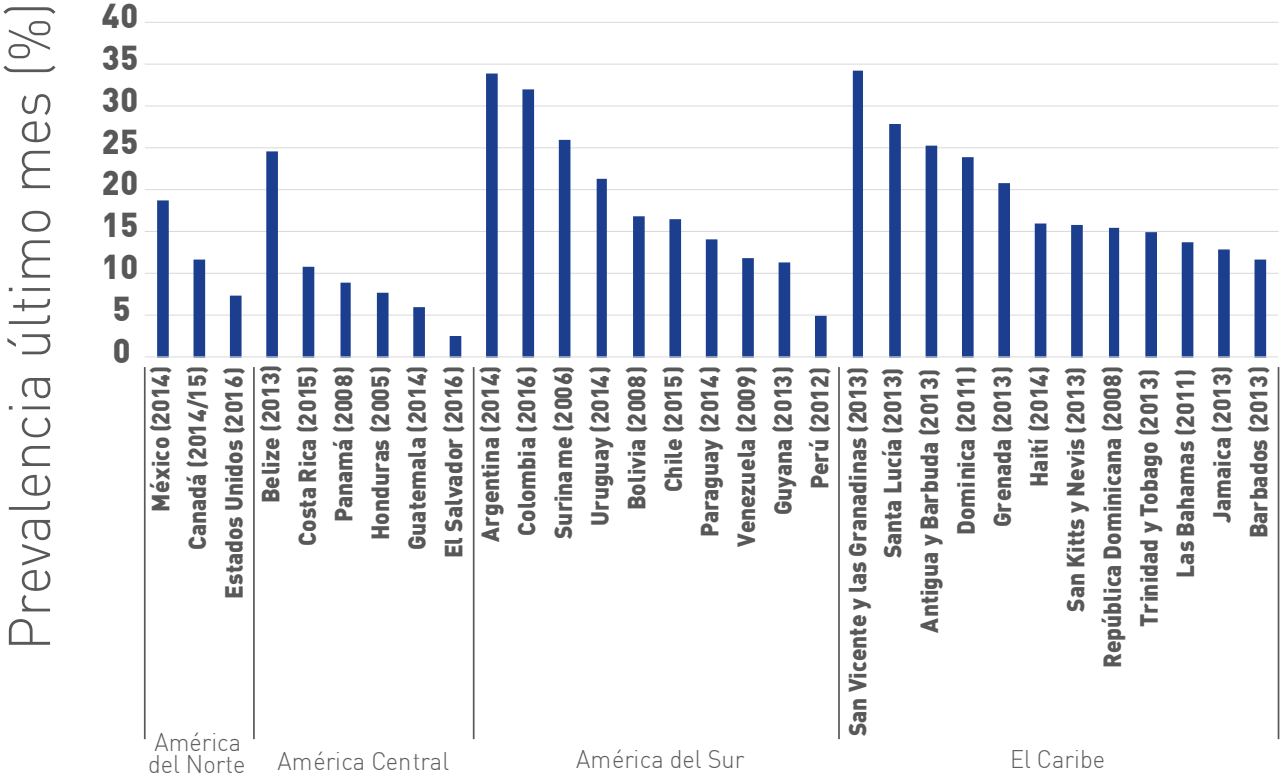
¹⁶ Kroutil, L., Colliver, J., and Gfoerer, J., OAS Data Review: *Age and Cohort Patterns of Substance Use among Adolescents*. (Rockville: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 2010)

¹⁷ U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), *TEDS Report, July 17, 2014*. (Rockville: SAMHSA, 2014)

El gráfico 1.13 muestra la prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de 8º grado, quienes representan el grupo de edad más joven en las encuestas a estudiantes de enseñanza secundaria, usualmente de 14 años de edad o menos. La prevalencia es menor a la media global en cada país. Entre un 32% y 34% de estos jóvenes en Argentina, Colombia y San Vicente y las Granadinas ha consumido bebidas alcohólicas en el último mes previo a la encuesta. Estos países son seguidos por los estudiantes de Antigua y Barbuda, Belize, Santa Lucía y Suriname con una prevalencia cercana al 25% o más.

Gráfico 1.13

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de 8º grado o equivalente, por país, ordenado por subregión

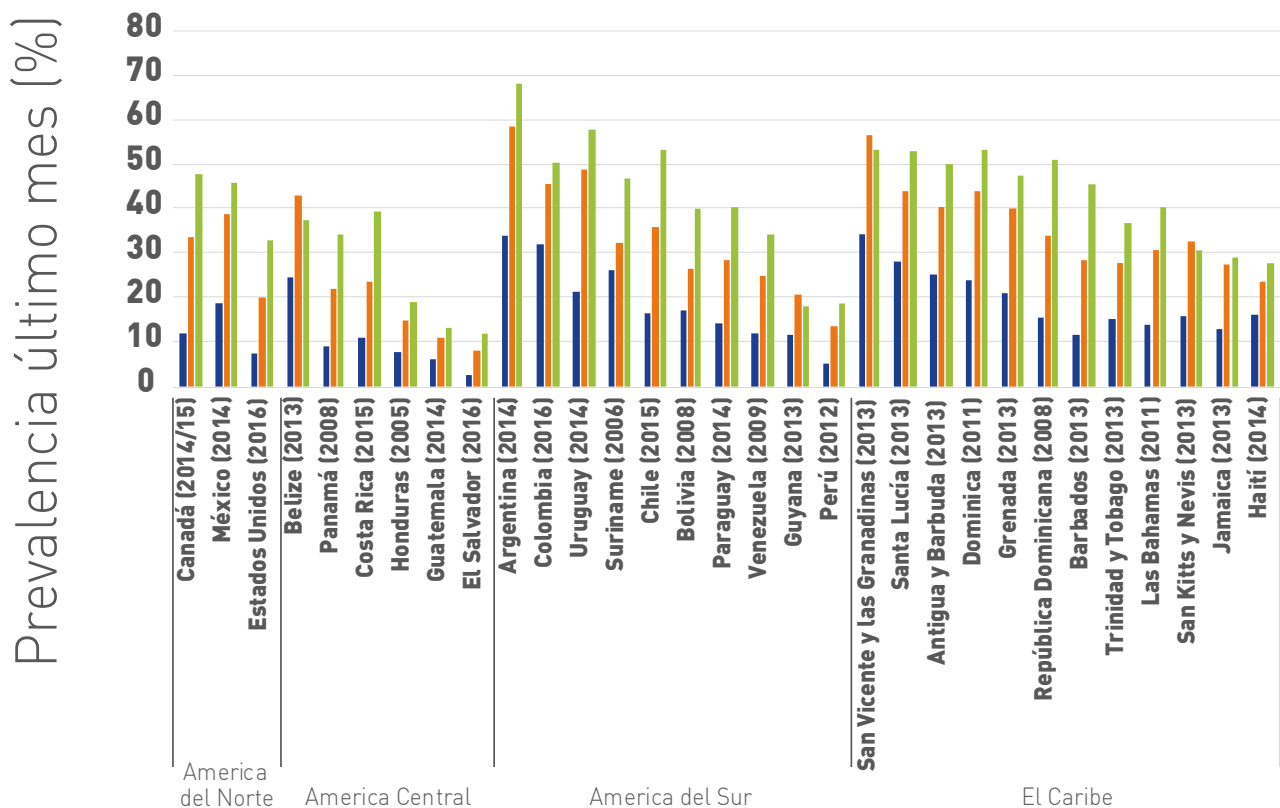


El consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanza secundaria aumenta rápidamente a medida que aumenta la edad. El gráfico 1.14 muestra la prevalencia del último mes de consumo de alcohol según el grado cursado que, de un modo general, indica un orden creciente por edad de los estudiantes desde los 12-13 años, 15-16 años y 17 y más años, según estén en 8º, 10º y 12º grados.

En la mayoría de los países el consumo de alcohol se incrementa notoriamente a partir del 10º grado, para continuar incrementándose hacia el 12º grado; sin embargo, hay excepciones como Belize, Guyana, San Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas, en los cuales el consumo entre los adolescentes escolarizados del 10º grado es superior o igual a sus pares del curso siguiente.

Gráfico 1.14 ■ 8º Grado ■ 10º Grado ■ 12º Grado

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria según grados, por país, ordenado por subregión



La tabla 1.1 muestra las tasas mínimas y máximas del consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria en todo el Hemisferio y por subregión, resaltando la amplia variación.

Tabla 1.1

Valores mínimos y máximos de la prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanza secundaria, por subregión y del Hemisferio

Subregión	Valor mínimo	Valor máximo
América del Norte	19,8% (2016)	31,4% (2014/15)
América Central	7,6% (2016)	33,6% (2013)
América del Sur	11,97% (2012)	50,1% (2014)
El Caribe	22,97% (2014)	47,06% (2013)
Hemisferio	7,6% (2016)	50,1% (2014)

Nota: El dato en cada subregión corresponde a la prevalencia más baja y más alta encontrada en los países. No es un promedio subregional.

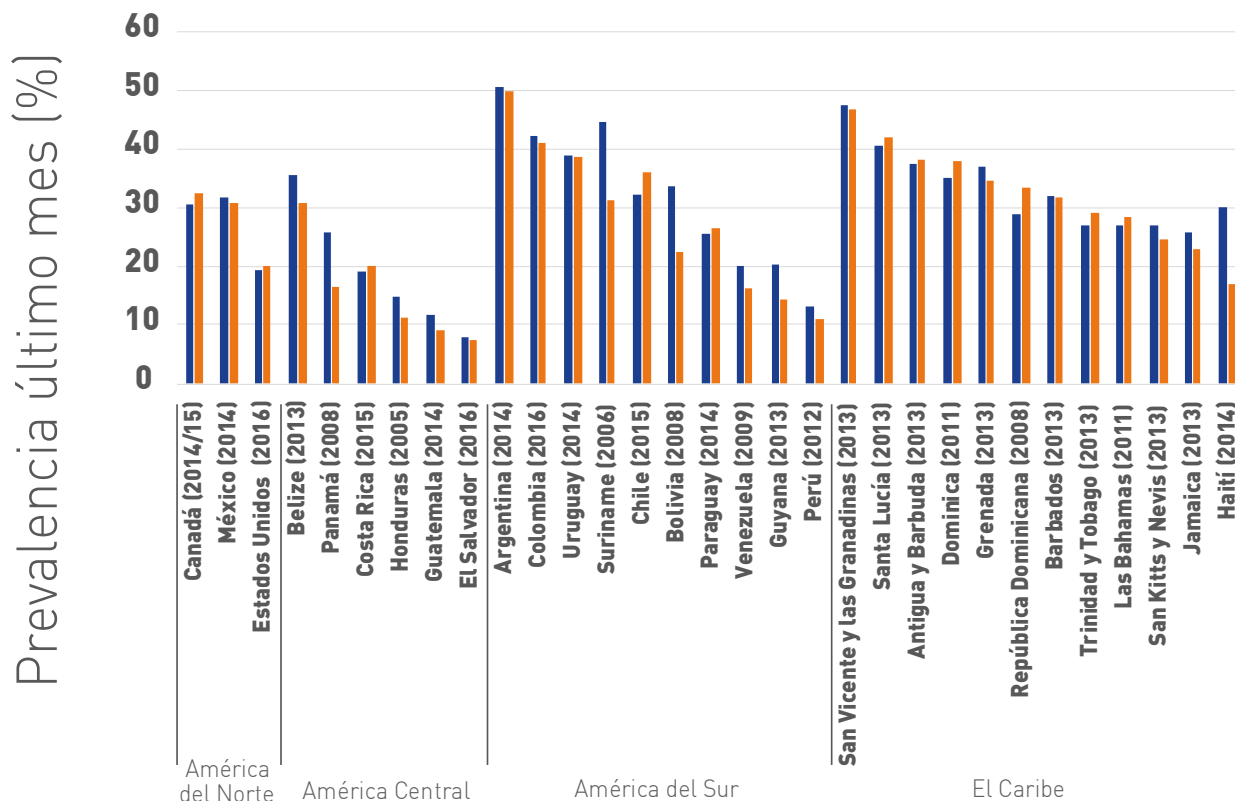
Existe una gran variabilidad hemisférica del consumo de alcohol que oscila entre una prevalencia del último mes de 7,6% (2016) y una de 50,1% (2014). En América del Sur encontramos la mayor variabilidad, de 38 puntos porcentuales, seguido por América Central (26 puntos porcentuales), el Caribe (24 puntos porcentuales) y, finalmente, América del Norte (11,6 puntos porcentuales).

El consumo de alcohol según sexo, entre los estudiantes de enseñanza secundaria, muestra registros similares entre hombres y mujeres en la mayoría de los países (gráfico 1.15).

Gráfico 1.15

Hombre Mujer

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo, por país, ordenado por subregión



En diez países las estudiantes mujeres presentan una prevalencia levemente más alta que sus pares varones, y en cinco países los varones superan a las mujeres en 5 puntos porcentuales o más. En el resto de los países los varones tienen una prevalencia levemente mayor que las mujeres.

Consumo nocivo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En los países que aplican la metodología SIDUC, se entiende por consumo nocivo de alcohol a aquel de cinco o más vasos/tragos de bebidas alcohólicas en un solo evento durante las últimas dos semanas anteriores a la encuesta. Consulte la sección de metodología al comienzo de este informe para conocer las variaciones de los Estados Miembros en el indicador de consumo nocivo de alcohol.

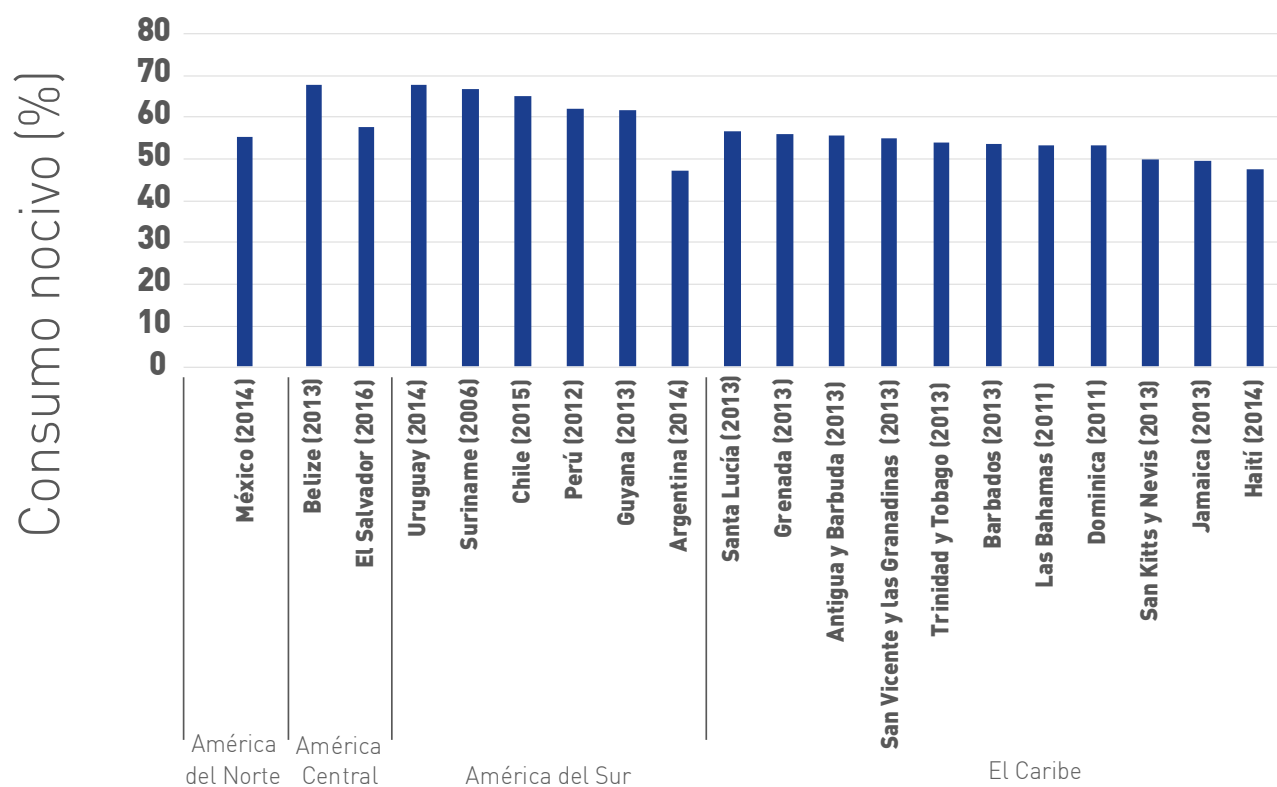
Por lo tanto, en sus respectivos contextos, los Estados Unidos estima que aproximadamente el 3,4% de los estudiantes del 8º grado, el 9,7% del décimo y el 15,5% de los estudiantes del 12º grado registraron un consumo nocivo de alcohol. Canadá estima que el consumo nocivo se observó en, aproximadamente, el 27,8% de los estudiantes hombres y el 28% de las estudiantes mujeres que consumieron alcohol durante el año anterior a la encuesta.

El gráfico 1.16 muestra los porcentajes de estudiantes con consumo nocivo de alcohol, como una proporción de los estudiantes que consumieron alcohol en los últimos 30 días. Canadá y los Estados Unidos no están incluidos en el gráfico debido a sus diferencias metodológicas.

En 16 de los 20 países que cuentan con este indicador, al menos uno de cada dos estudiantes que bebieron alcohol en el último mes, registró consumo nocivo. En países con una prevalencia disímil, como Belize, Chile, Guyana, Perú, Suriname y Uruguay, el consumo nocivo de alcohol sobrepasa el 60% de los estudiantes que usaron bebidas alcohólicas en el último mes.

Gráfico 1.16

Porcentaje de consumo nocivo sobre el total de estudiantes de enseñanza secundaria que consumieron alcohol en el último mes, por país, ordenado por subregión

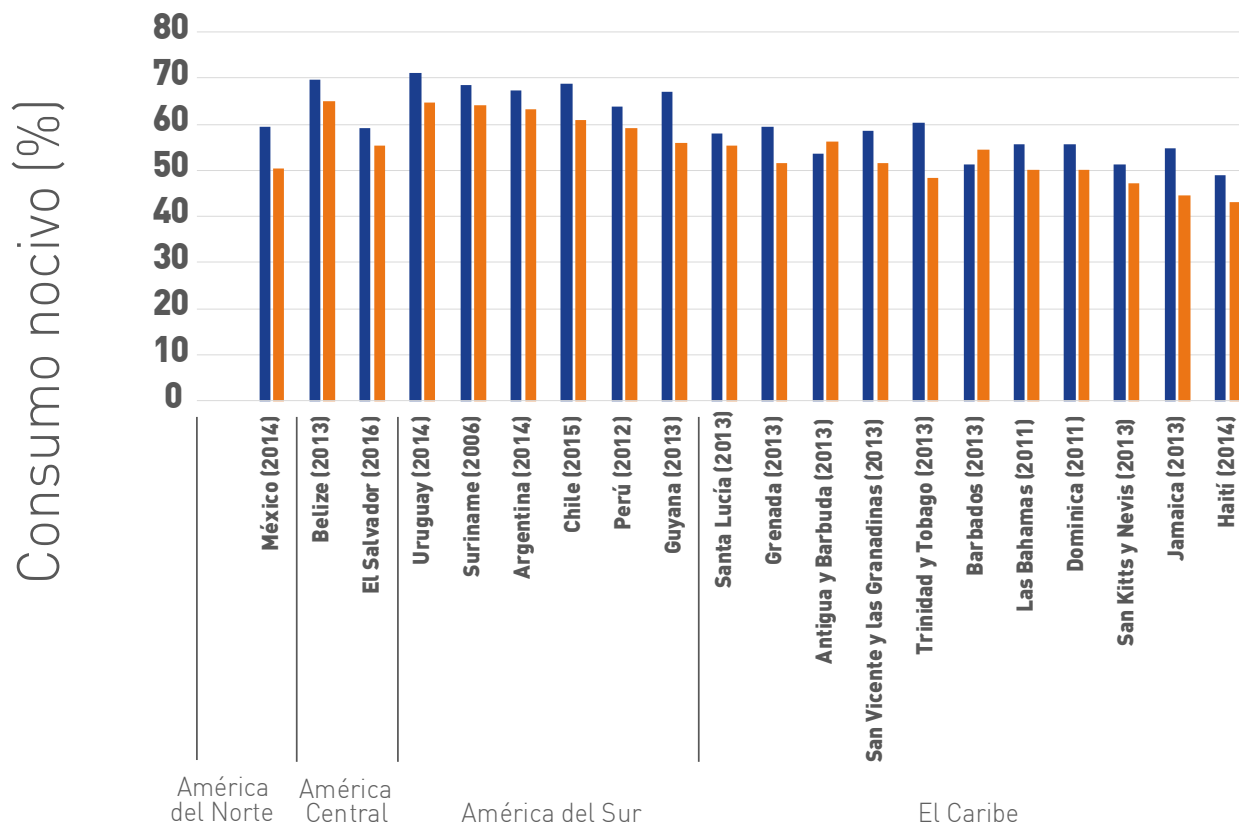


Analizado el consumo nocivo por sexo, se observan tasas similares entre hombres y mujeres. Incluso en dos países, Antigua y Barbuda y Barbados, el consumo nocivo de alcohol es levemente superior en las mujeres (gráfico 1.17).

Gráfico 1.17

Hombre | **Mujer**

Porcentaje de consumo nocivo sobre el total de estudiantes de enseñanza secundaria que consumieron alcohol en el último mes, según el sexo, por país, ordenado por subregión

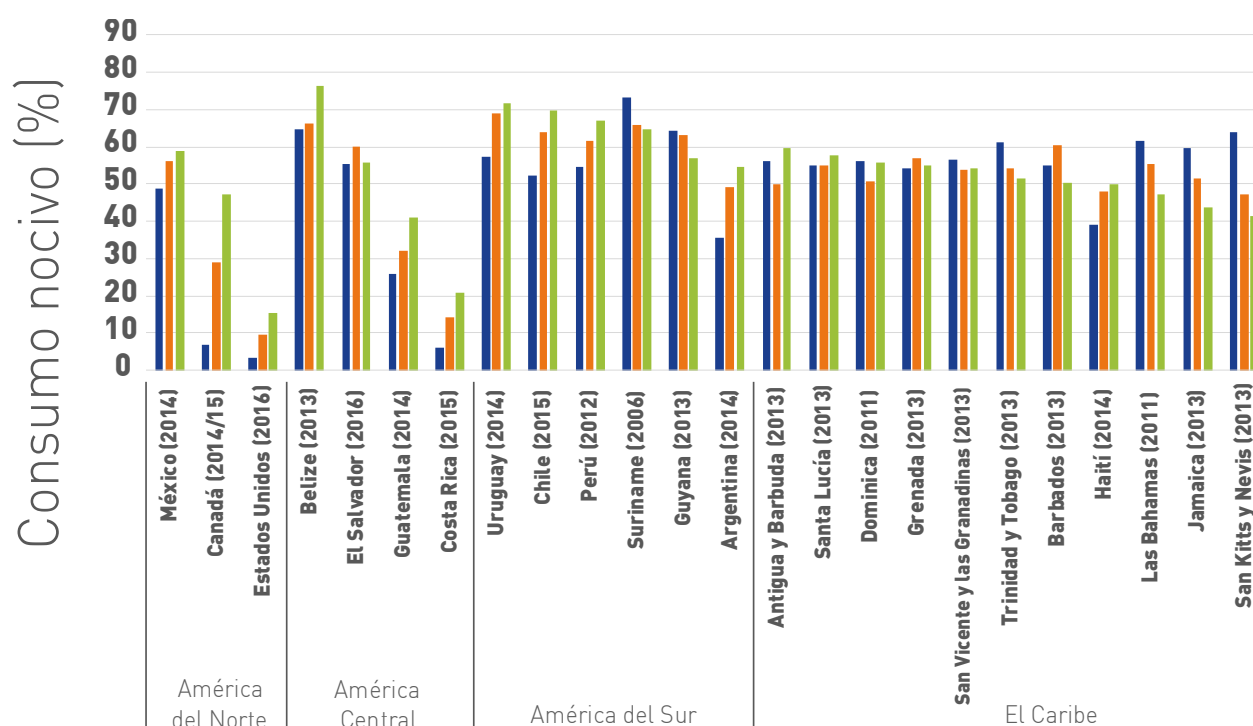


En el gráfico 1.18 se muestran los porcentajes del consumo nocivo de alcohol en estudiantes de enseñanza secundaria. En once países se observa un patrón de consumo excesivo de alcohol que aumenta según el grado: Argentina, Belize, Canadá, Chile, Costa Rica, los Estados Unidos, Guatemala, Haití, México, Perú y Uruguay. En otros seis países del Caribe, más Guyana y Suriname, el consumo nocivo de alcohol se observa en mayor medida en los octavos grados, es decir, en los estudiantes más jóvenes. Los estudiantes del décimo grado, que generalmente tienen entre 15 y 16 años, tienen las tasas más altas de consumo nocivo de alcohol en Barbados, El Salvador y Grenada.

Gráfico 1.18

8° Grado | 10° Grado | 12° Grado

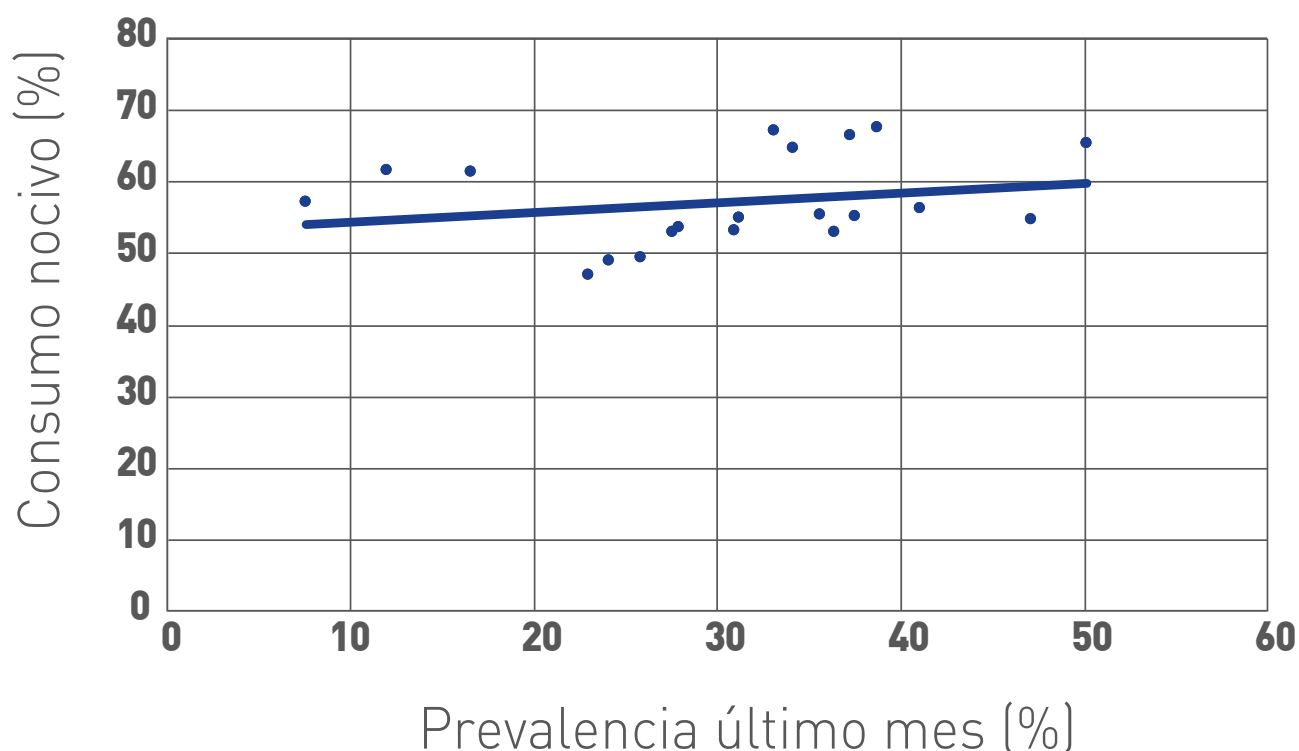
Porcentaje de consumo nocivo sobre el total de estudiantes de enseñanza secundaria que consumieron alcohol en el último mes, según grados, por país, ordenado por subregión



El gráfico 1.19 muestra la asociación entre la prevalencia del último mes de consumo de alcohol y el consumo nocivo. El consumo nocivo se observa entre el 50% y 70% de los estudiantes que bebieron alcohol en los últimos 30 días.

Gráfico 1.19

Asociación entre el consumo nocivo de alcohol, como una proporción de los consumidores del último mes, y la prevalencia del último mes (cada punto representa a un país)



Esto significa que el consumo nocivo es un patrón que se establece independientemente del nivel de uso de alcohol. Cuando los estudiantes consumen alcohol, la mayoría lo hace en exceso.

Tendencias del consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En once países del Hemisferio existe información sobre la tendencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria, a partir de al menos tres estudios comparables. Es diversa la dirección de la tendencia, así como de los niveles de consumo involucrados. Los datos disponibles se presentan en los gráficos 1.20 al 1.30.

En siete países la tendencia de la prevalencia del último mes de consumo de alcohol se observa decreciente: Chile, Colombia, El Salvador, los Estados Unidos, Paraguay, Perú y Uruguay. En Chile la variación fue de tres puntos porcentuales, pasando del 38,9% al 35,6% (2001-2015); en Colombia los estudiantes presentaron una variación de 14 puntos porcentuales, pasando del 51,6% al 37,1% (2004-2016); los estudiantes de El Salvador han cambiado en más de la mitad la tasa de consumo, pasando de 16,3% a 7,6% (2003-2016); en Paraguay la prevalencia pasó del 40% al 25%, una variación de 15 puntos porcentuales entre 2003 y 2014; en Perú la variación fue de casi 20 puntos porcentuales, al pasar del 27,4% al 8% (2005-2017); en los Estados Unidos, donde la serie de estudios es más larga, (1991-2015) la variación fue de 20 puntos porcentuales, pasando del 39,8% al 19,8%; y en Uruguay se observó un cambio de 17 puntos porcentuales, pasando del 55,9% al 38,7% (2003-2014).

Argentina presentó una pequeña, pero continua variación del 46,7% al 50,1% de 2009 a 2014. Barbados tuvo una variación de tres puntos porcentuales, del 29,7% al 32,8% de 2002 a 2013. En Costa Rica hubo una variación de 2006 a 2009 de 17,5% a 21,7% seguido de una continua disminución hasta 2015 cuando los registros alcanzaron el 19,5%. Grenada tuvo una variación desde 2002 a 2006 del 35% al 42,8%, seguido de una nueva variación de casi ocho puntos porcentuales en 2013, en donde los registros alcanzaron nuevamente el 35%.

En cuanto al análisis según el sexo, de diez países que tienen información desagregada por sexo, se observa que en ocho de ellos la brecha del consumo entre hombres y mujeres se estrecha hacia el final de los períodos analizados. En dos países (Chile y Colombia) se observa que las mujeres finalizan el período con consumos superiores a los hombres. En Costa Rica y los Estados Unidos siempre hubo paridad en el consumo de alcohol según el sexo.

Gráfico 1.20

■ Hombre | ■ Mujer | ■ Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Argentina, según el sexo y total, 2009-2014

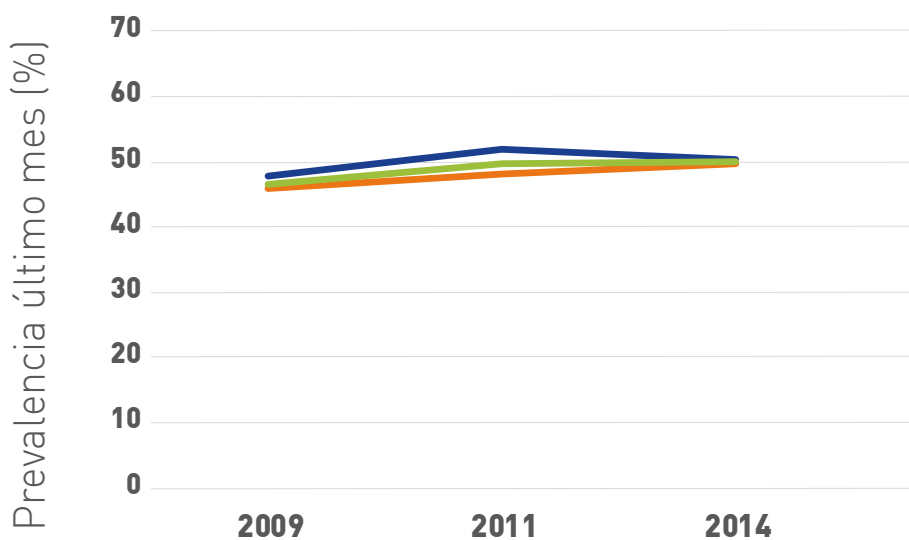


Gráfico 1.21

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Barbados, según el sexo y total, 2002-2013

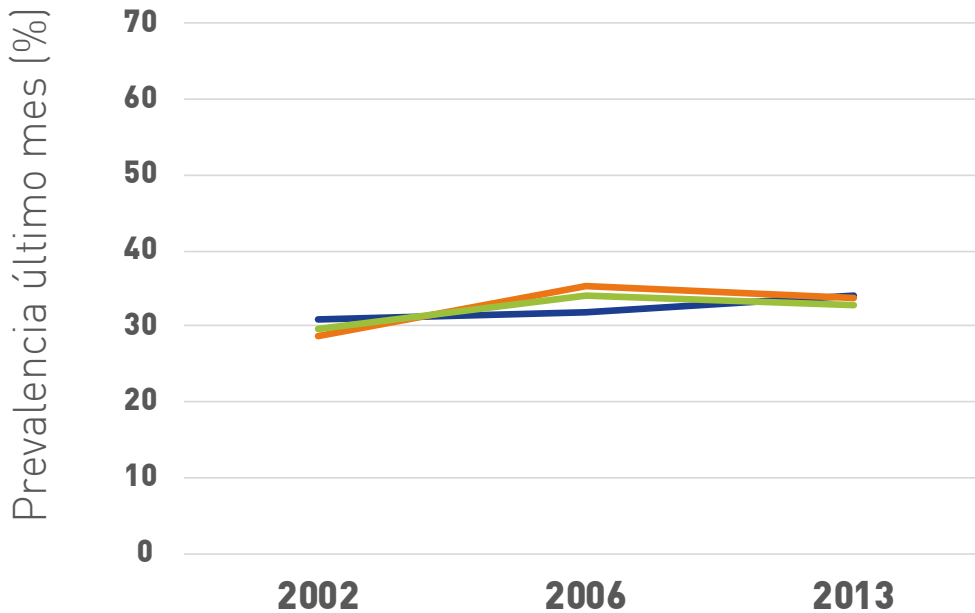


Gráfico 1.22

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Chile, según el sexo y total, 2001-2015

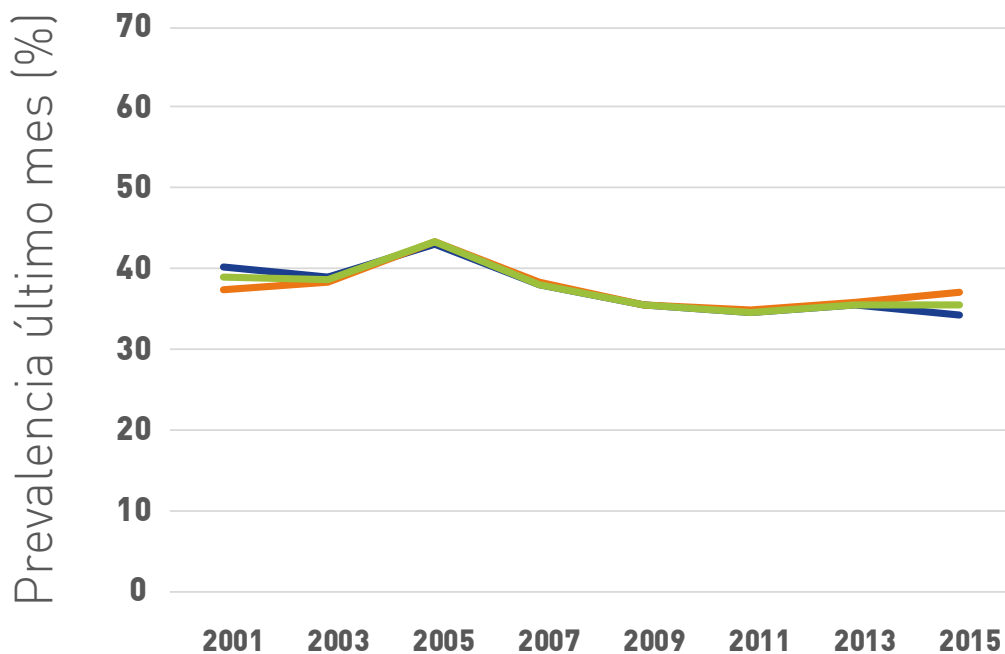


Gráfico 1.23

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia, según el sexo y total, 2004-2016

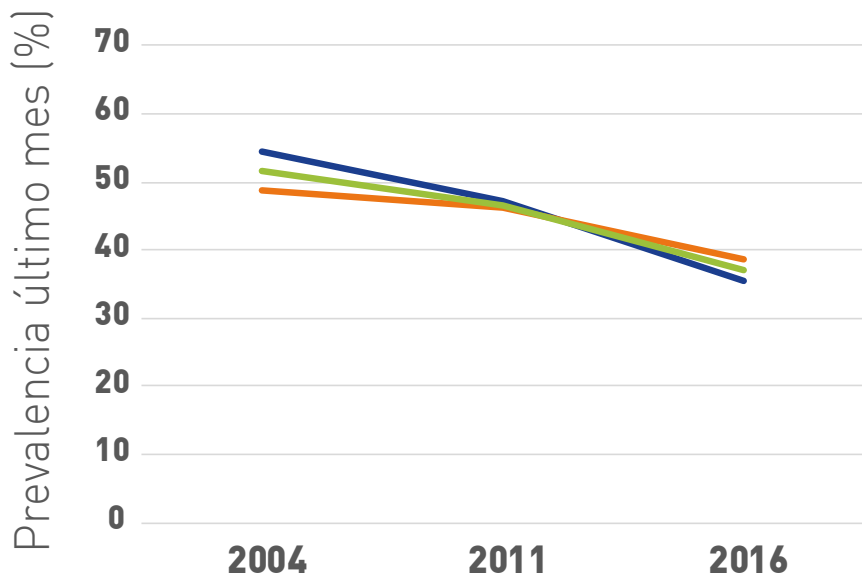


Gráfico 1.24

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Costa Rica, según el sexo y total, 2006-2015

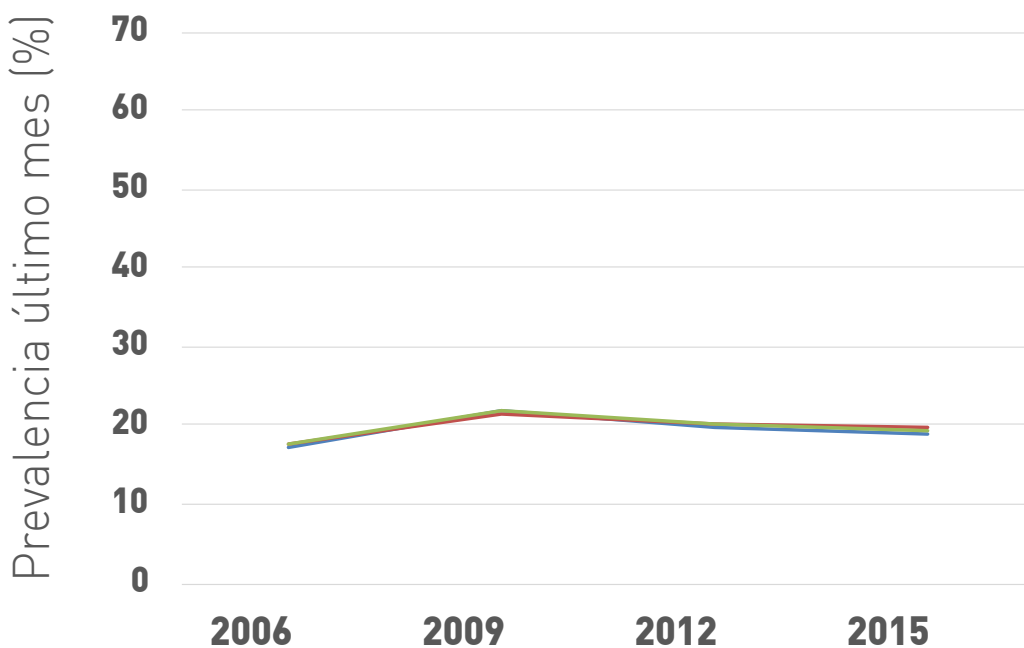


Gráfico 1.25

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, según el sexo y total, 2003-2016

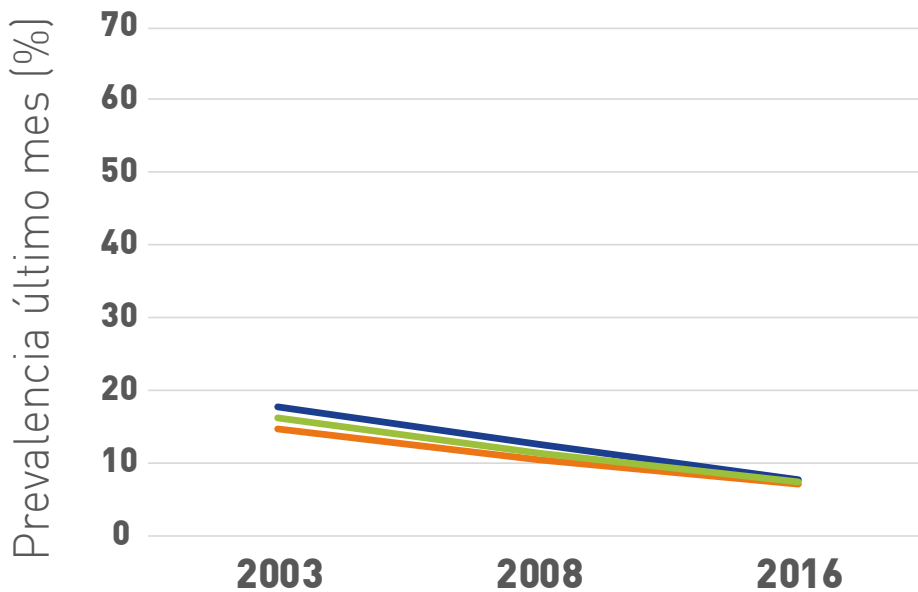


Gráfico 1.26

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Grenada, según el sexo y total, 2002-2013

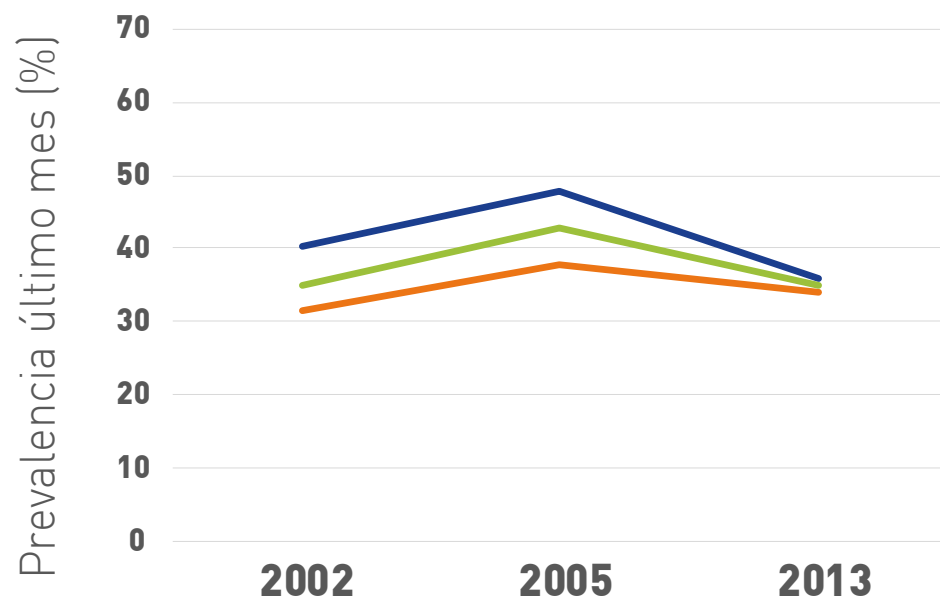


Gráfico 1.27

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay, según el sexo y total, 2003-2014

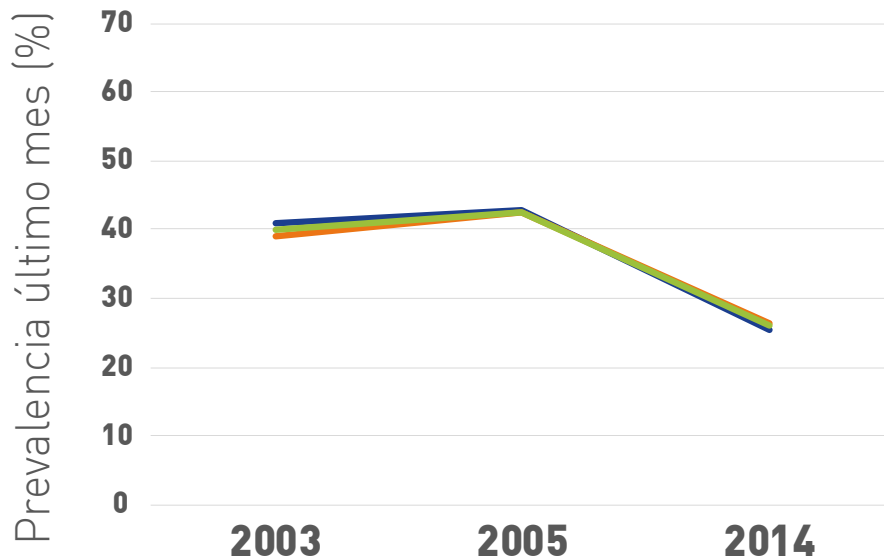


Gráfico 1.28

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Perú, 2005-2017

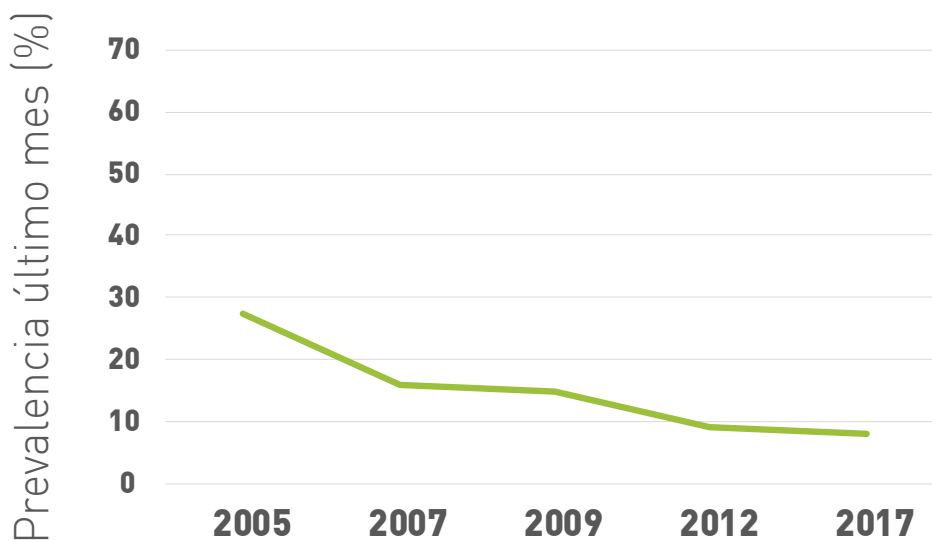


Gráfico 1.29

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, según el sexo y total, 1991-2016

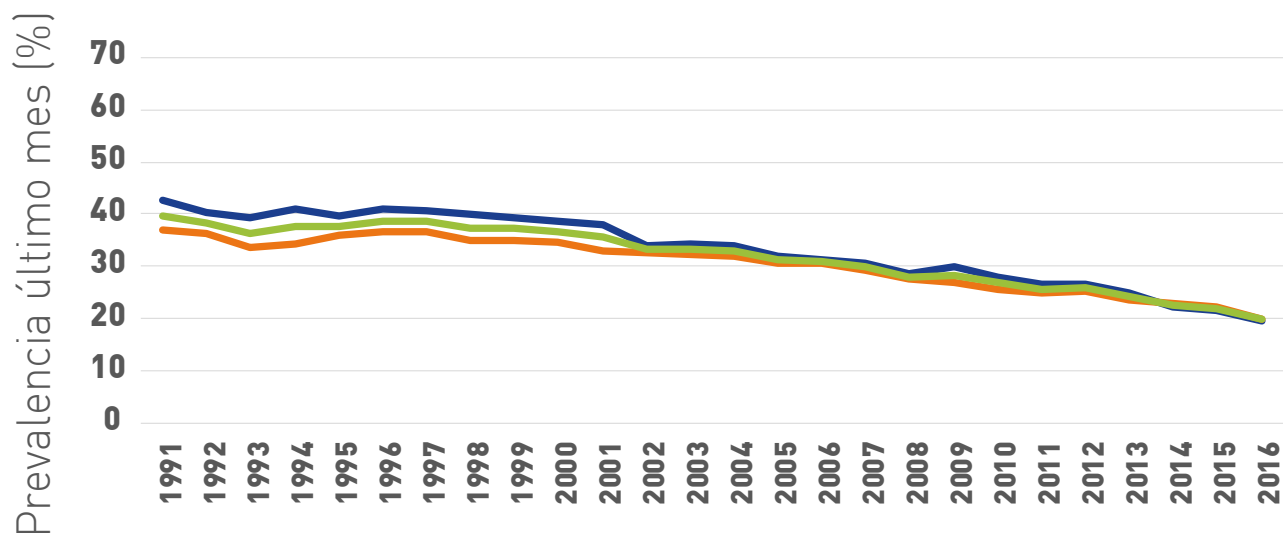
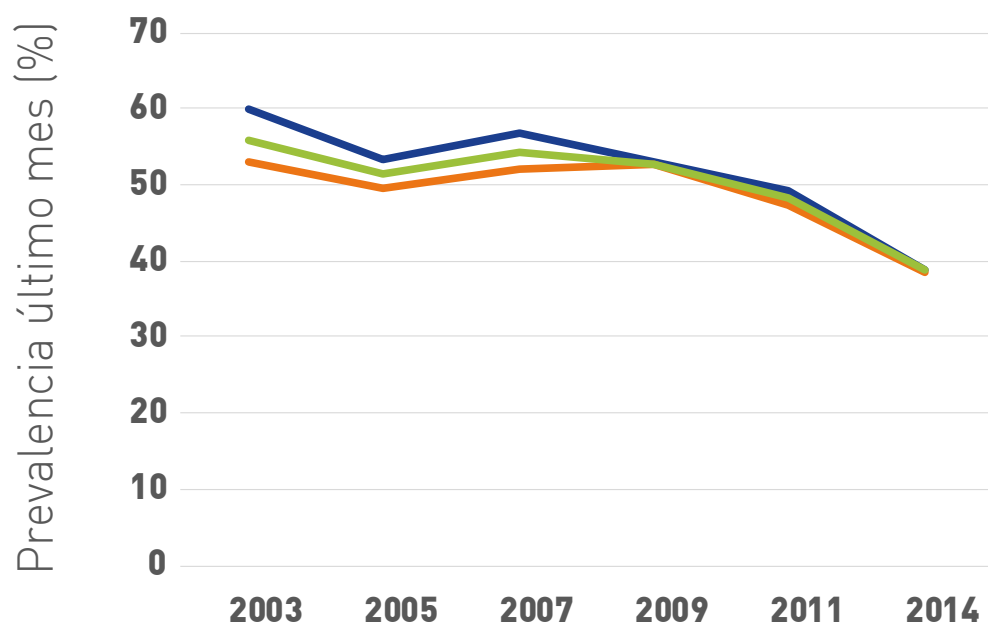


Gráfico 1.30

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Uruguay, según el sexo y total, 2003-2014



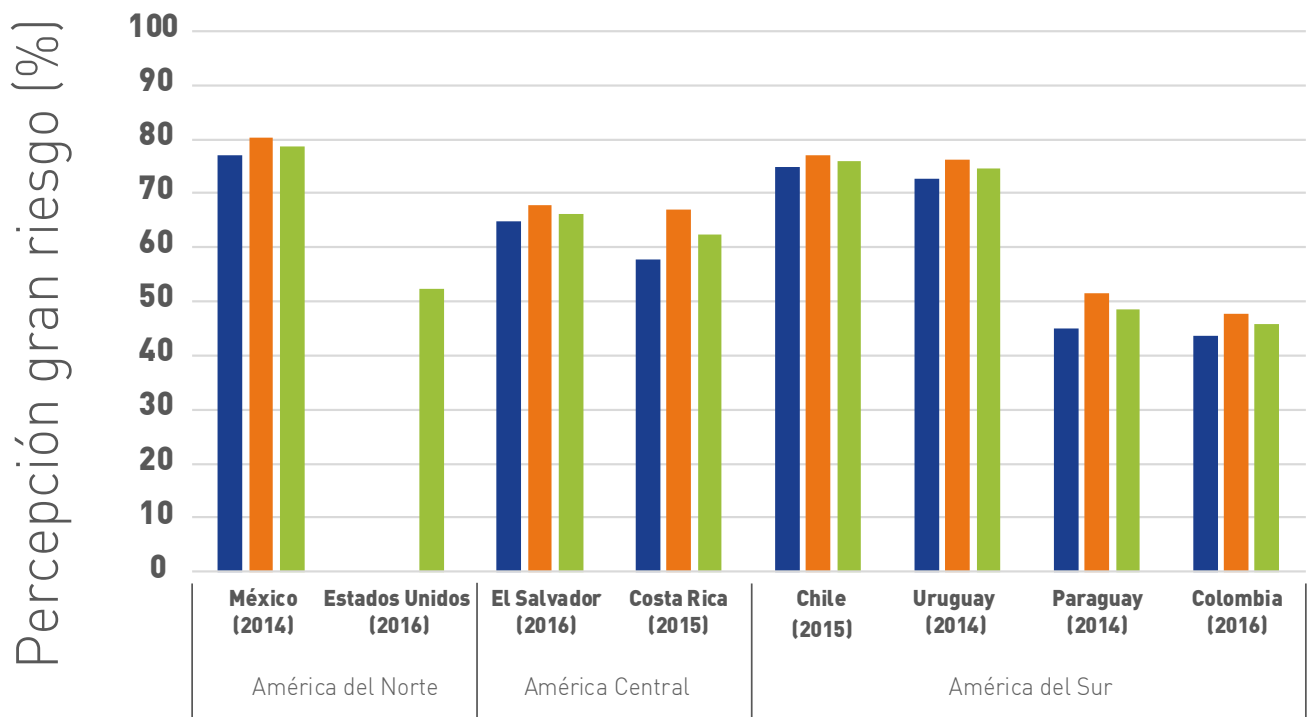
Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas entre los estudiantes de enseñanza secundaria

La percepción de gran riesgo de consumir alcohol hasta embriagarse oscila entre el 46% en Colombia y el 79% en México. Más del 60% de los estudiantes de Chile, Costa Rica, El Salvador, México y Uruguay perciben gran riesgo en embriagarse con alcohol. Las diferencias entre sexos tienen su mayor expresión en Costa Rica donde hay 10 puntos porcentuales de distancia entre hombres y mujeres, superior entre las estudiantes mujeres.

Gráfico 1.31

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas entre estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

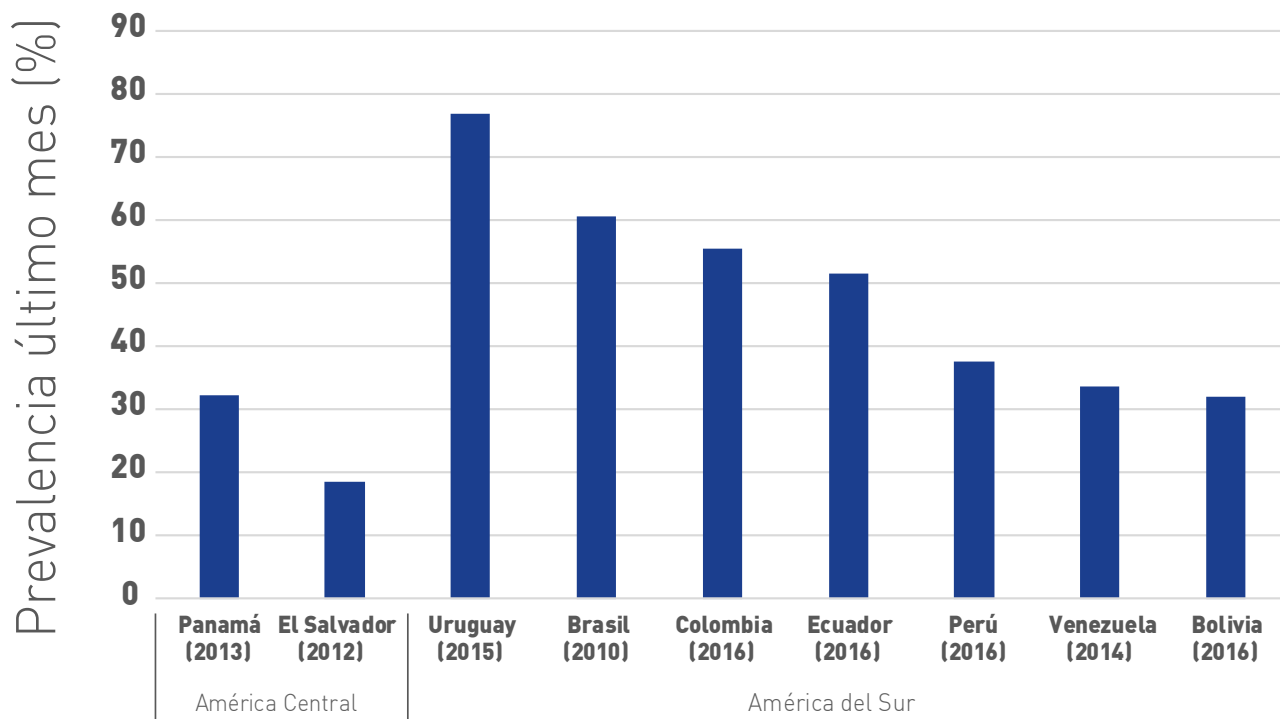


1.3 Consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios

Para la elaboración de este informe se contó con información de estudios en estudiantes universitarios de nueve países. Esta población presenta niveles de consumo de bebidas alcohólicas que oscilan entre el 18,6% en El Salvador al 76,9% en Uruguay (gráfico 1.32). La prevalencia del último mes de consumo de alcohol supera el 50% en Brasil, Colombia, Ecuador y Uruguay. En tanto que los estudiantes universitarios de Bolivia, Panamá, Perú y Venezuela presentan registros entre el 30% y 37%.

Gráfico 1.32

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión

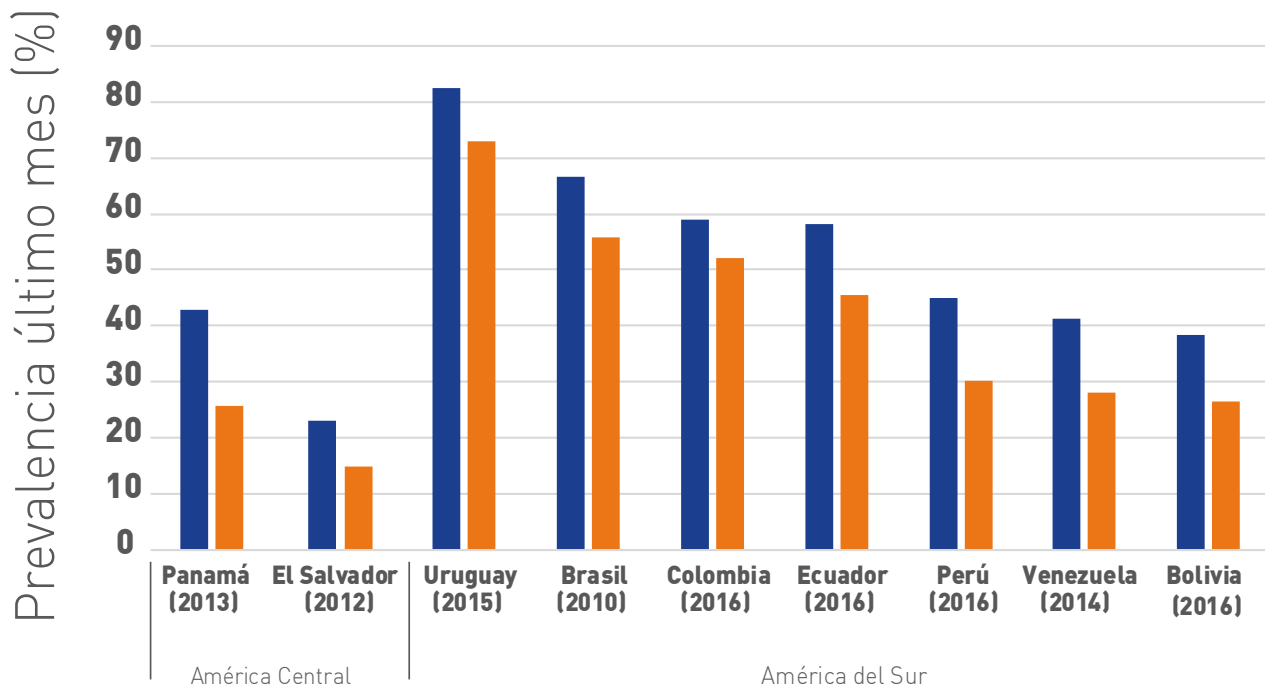


En cuanto al consumo de alcohol según el sexo, los hombres tienen la mayor prevalencia. La brecha entre sexos es mayor en Panamá, Perú y Venezuela, donde la diferencia entre sexos es de 13 a 17 puntos porcentuales (gráfico 1.33).

Gráfico 1.33

Hombre | Mujer

Prevalencia del último mes de consumo de alcohol entre estudiantes universitarios, según el sexo, por país, ordenado por subregión



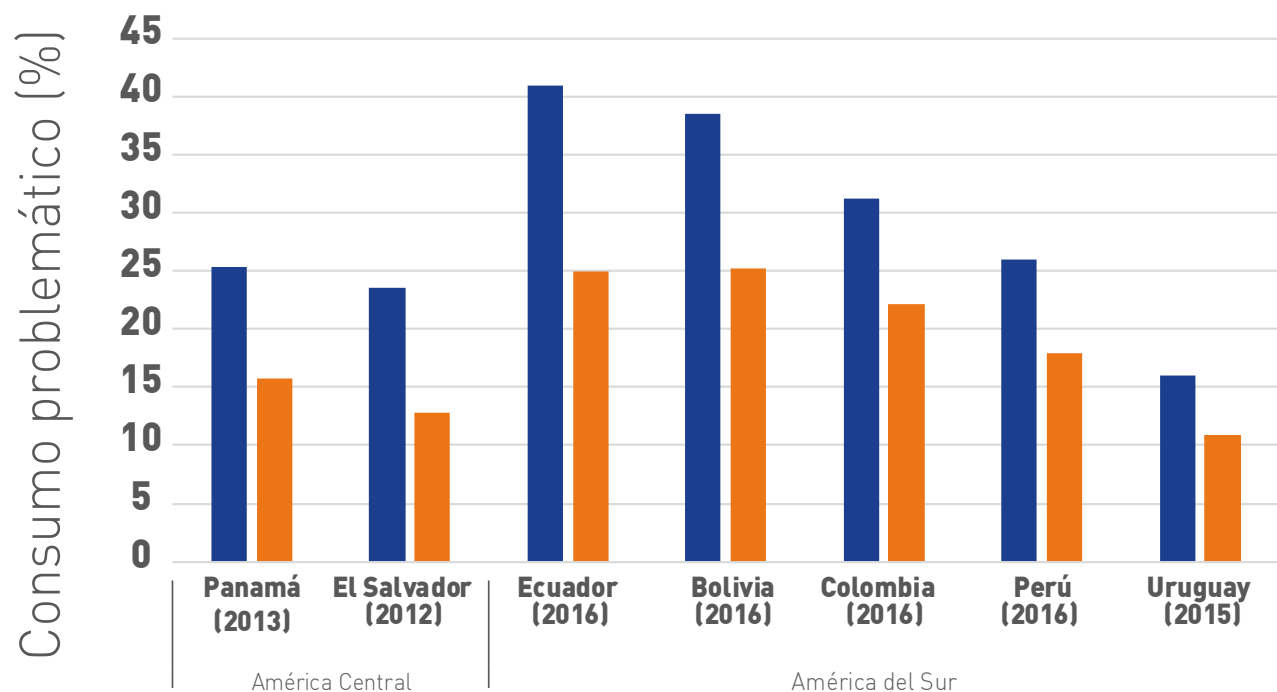
Consumo problemático de alcohol entre estudiantes universitarios

El consumo problemático de alcohol puede llevar a múltiples problemas sociales, médicos, financieros y otros, acortar la vida útil y aumentar la mortalidad por accidentes relacionados con el alcohol (OMS, 2001).¹⁸ Los gráficos 1.34 y 1.35 presentan información sobre la proporción de estudiantes universitarios que, de acuerdo con la escala AUDIT, cumplen con los criterios de consumo problemático de alcohol. El 41% de los estudiantes universitarios hombres de Ecuador que consumieron alcohol en el último año, presentan un nivel de consumo problemático (gráfico 1.34). Le sigue Bolivia, con 38,5% y Colombia con 31,2%. Para el resto de países se observan tasas entre el 16% y el 26%. Este consumo problemático de alcohol también está presente entre las mujeres universitarias, pero en porcentajes menores que van del 11% al 25%.

Gráfico 1.34

Hombre | Mujer

Proporción de estudiantes universitarios con consumo problemático de alcohol entre consumidores del último año, según el sexo, por país, ordenado por subregión



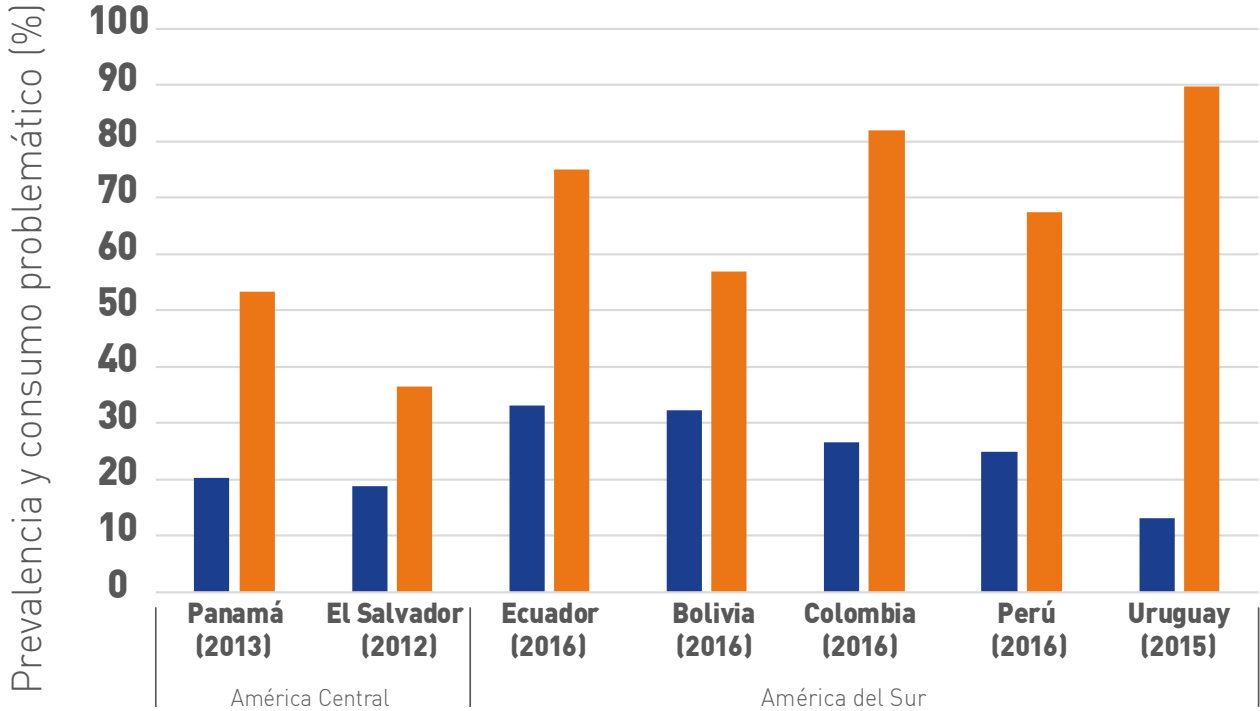
18 Test de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol: Pautas para su Uso en Atención Primaria, Op. cit.

El gráfico 1.35 muestra que no hay una asociación clara entre la prevalencia del último año de consumo de alcohol y el indicador de consumo problemático. Ejemplo de ello es que Uruguay, con la mayor tasa de consumo de alcohol en el último año, presenta la menor proporción de consumo problemático. Por el contrario, El Salvador con la menor prevalencia de consumo de alcohol, del 36,4%, registra un consumo problemático del 18,8%.

Gráfico 1.35

Consumo problemático | **Prevalencia último año**

Proporción de estudiantes universitarios con consumo problemático de alcohol entre consumidores del último año y prevalencia del último año de consumo de alcohol, por país, ordenado por subregión

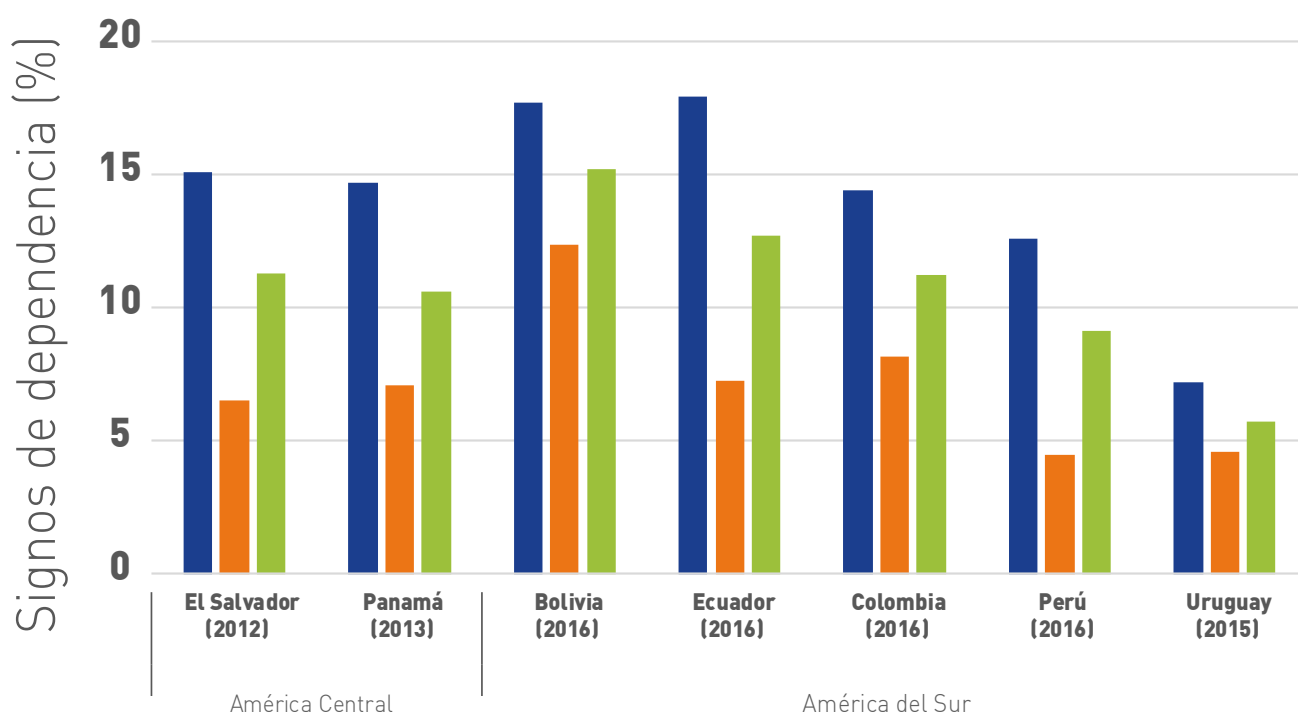


Los estudiantes universitarios con signos de dependencia al alcohol (según el indicador del AUDIT)¹⁹, oscilan entre el 5,7% en Uruguay y el 15,2% en Bolivia. En todos los países con esta información el problema es mayor entre los hombres (gráfico 1.36).

Gráfico 1.36

| Hombre
 | Mujer
 | Total

Proporción de estudiantes universitarios con signos de dependencia del alcohol entre los consumidores del último año, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



¹⁹ Proporción de personas que entran en la descripción de dependencia del alcohol o signos de dependencia del alcohol, entre todos consumidores del último año, si un estudiante responde "mensualmente" o "semanalmente" o "diariamente o casi a diario" en al menos una de las tres preguntas del AUDIT.

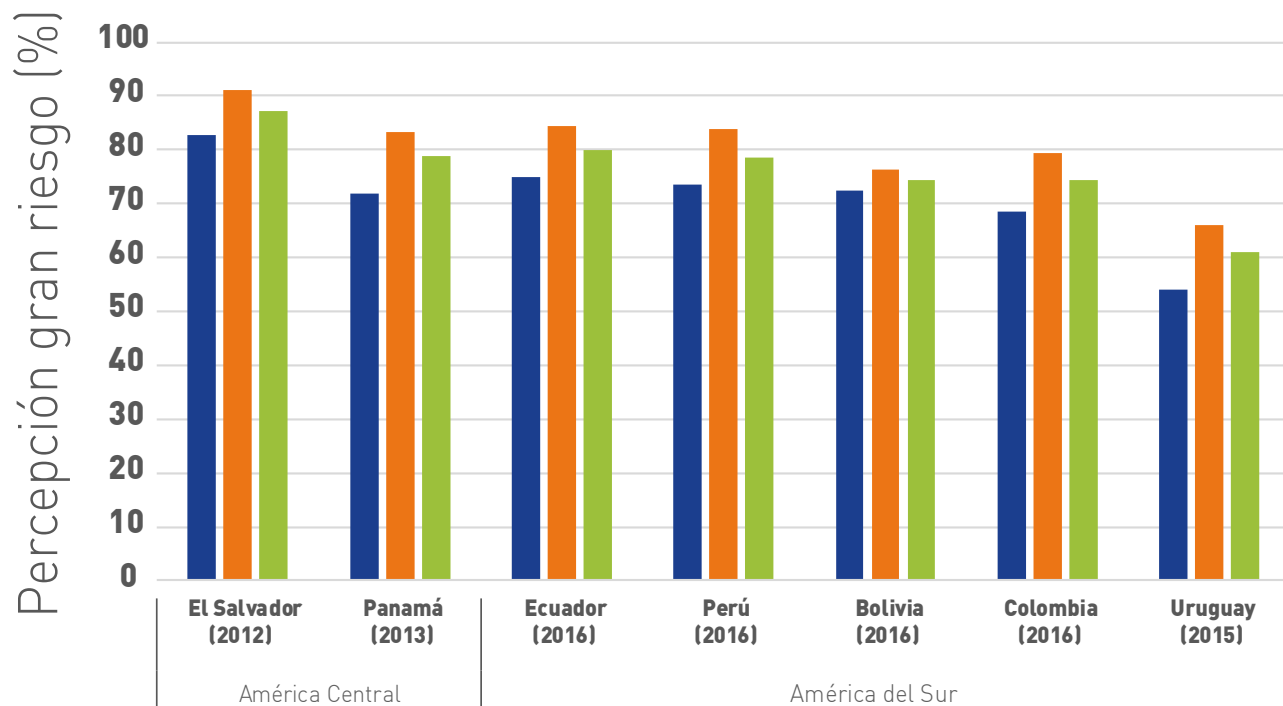
Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas entre estudiantes universitarios

Entre el 60% y el 87% de los estudiantes universitarios de los países analizados perciben gran riesgo en embriagarse con bebidas alcohólicas (El Salvador, Panamá y Uruguay) o bien sobre el consumo frecuente de alcohol (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú). En todos los países esta percepción de gran riesgo es mayor entre las mujeres (gráfico 1.37).

Gráfico 1.37

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo de embriagarse con bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



CAPÍTULO 2

TABACO Y NUEVOS PRODUCTOS DE NICOTINA

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco mata a más de la mitad de sus usuarios y más de siete millones de personas anualmente.²⁰ En los últimos años ha habido un aumento en el uso de nuevos productos de nicotina a nivel mundial, tales como cigarrillos electrónicos.²¹

El control del tabaco en las Américas sigue guiándose por el Convenio Marco de la OMS para el Control Mundial del Tabaco (CMCT) que entró en vigor en 2005. El CMCT incluye seis diferentes intervenciones que se consideran las más importantes y eficaces para controlar el tabaco. Estas estrategias son conocidas por su sigla en inglés MPOWER:²²

- Monitorear las políticas de uso y prevención del tabaco
- Proteger a las personas del humo de tabaco
- Ofrecer ayuda para dejar de fumar
- Advertir sobre los peligros del tabaco
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- Aumentar los impuestos al tabaco

El CMCT fue reforzado recientemente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la Estrategia y Plan de Acción para Fortalecer el Control del Tabaco en la Región de las Américas 2018-2022. Esta estrategia responde a una conocida falta de uniformidad en la implementación de las medidas del CMCT en las Américas, así como a una reducción en su nivel de implementación. La estrategia propone las siguientes cuatro líneas de acción:

- Implementación de medidas para la creación de ambientes completamente libres de humo y la adopción de medidas efectivas en el empaque y etiquetado de productos de tabaco como una prioridad para la región.
- Implementación de una prohibición oficial a la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y la adopción de medidas para reducir su disponibilidad.
- Ratificación del CMCT y su Protocolo para eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco, por parte de los Estados Miembros que aún no lo hayan hecho.
- Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros en materia de políticas de salud pública para contrarrestar los intentos de injerencia de la industria tabacalera y de quienes trabajan para promover sus intereses.

Las características cambiantes de consumo de tabaco y las nuevas estrategias diseñadas para controlarlo brindarán abundantes oportunidades ahora y en el futuro para la vigilancia de consumo de tabaco, sus consecuencias y el impacto de las políticas. Este capítulo presenta un análisis de los datos más actualizados, para el período de tiempo bajo consideración, sobre el consumo del tabaco en la población general, los estudiantes de enseñanza secundaria y los estudiantes universitarios. Para los efectos de este análisis, la prevalencia y otras medidas estadísticas se refieren al consumo de cigarrillos tradicionales.

²⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la Epidemia Mundial del Tabaco, 2017: Monitoreo del Consumo y las Políticas de Prevención* (Ginebra; OMS, 2017)

²¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), 2014. *Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina, OMS Informe 2014*. (Ginebra; OMS, 2014)

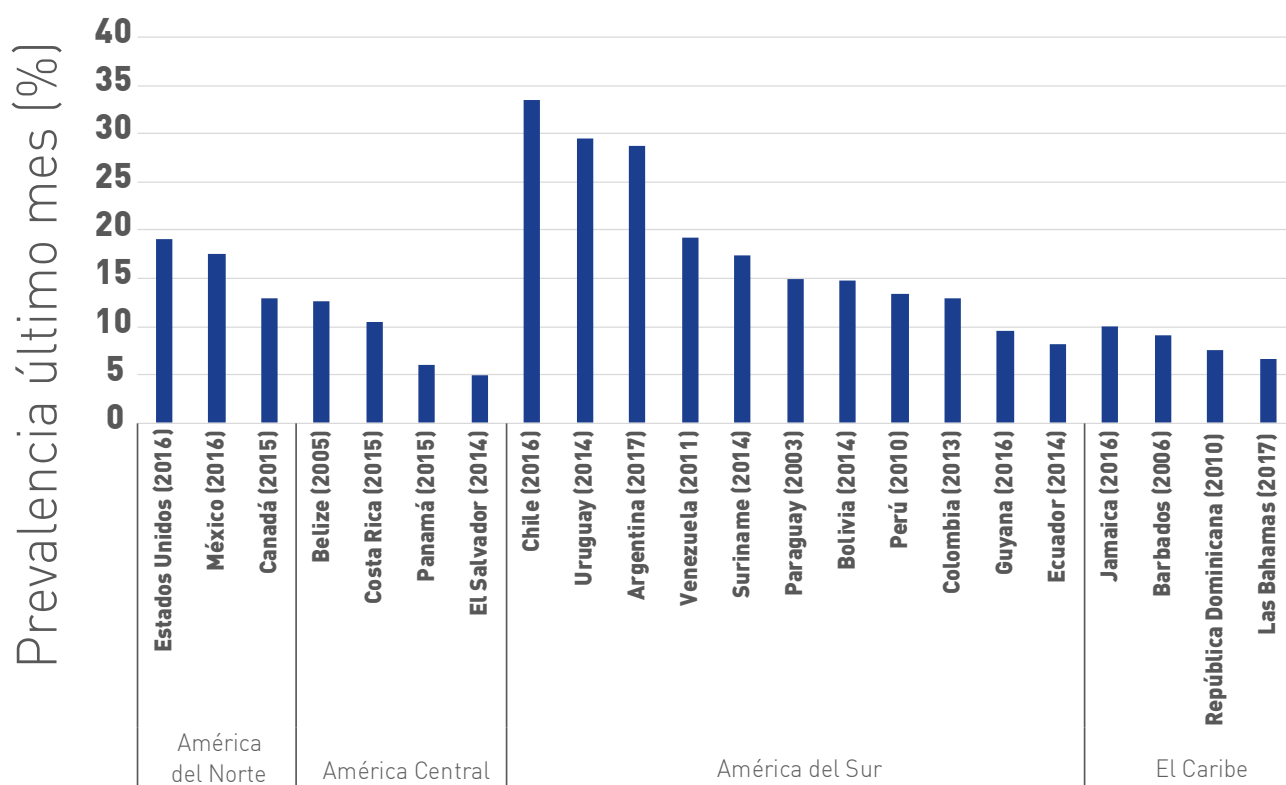
²² Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), *Medidas Efectivas para el Control del Tabaco*. (Washington, D.C.: OPS). Visitado el 16 de julio de 2018.

2.1 Consumo de tabaco en la población general

El gráfico 2.1 muestra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general de los países donde estos datos están disponibles. En América del Norte los Estados Unidos muestra el registro más alto con el 19,1%, seguido de México con el 17,6%. En América Central Belize presenta un registro del 12,7%, seguido de Costa Rica con el 10,5%. América del Sur presenta los registros más altos del Hemisferio, destacándose Chile (33,4%), Uruguay (29,5%) y Argentina (28,7%). Entre los países del Caribe la prevalencia del último mes de consumo de tabaco más alta se registra en Jamaica (10%), seguido de Barbados (9,1%). El menor consumo de tabaco se observa en el Caribe y América Central a pesar de que solamente se tiene información de cuatro países de cada una de esas subregiones.

Gráfico 2.1

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general, por país, ordenado por subregión

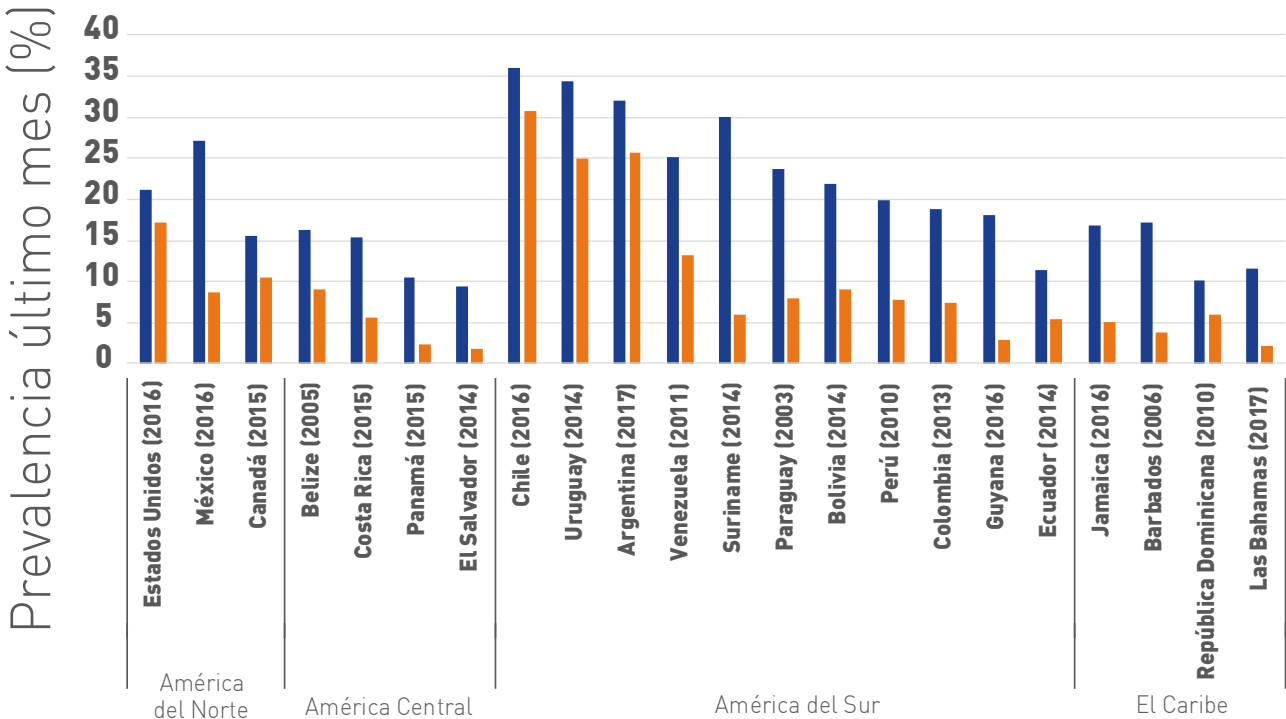


Los resultados de la prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general, según el sexo indican que, en todos los países con información disponible, el consumo entre los hombres supera al de mujeres; sin embargo, las diferencias por sexo varían mucho de un país a otro (Gráfico 2.2). Mientras en Argentina, Chile y Uruguay las tasas de consumo son las más altas, las diferencias por sexo son un poco menores con relación a otros países. Situaciones similares también se observan en Belize, Canadá y los Estados Unidos. En el resto de los países las diferencias por sexo en las tasas de consumo son mayores.

Gráfico 2.2

Hombre | **Mujer**

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general, según el sexo, por país, ordenado por subregión



El gráfico 2.3 muestra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general por grupo etario: 12-17, 18-34 y 35-64 años. A diferencia de otras drogas, donde el consumo tiende a concentrarse en la población más joven, en el caso del tabaco se observa que después de los adultos jóvenes (18-34), que presentan la prevalencia más alta de consumo del último mes, ésta continúa siendo alta entre la población adulta de 35-64 años. En todos los países el menor consumo se observa en los adolescentes de 12-17 años. En 13 de los 20 países que proporcionaron información, el grupo de 18-34 años presentó los registros de consumo más altos y en los cinco países restantes el consumo fue más alto entre el grupo de 35-64 años, con la excepción de Bolivia y Jamaica donde prácticamente no hay diferencias en los dos últimos grupos etarios. En Argentina y Chile las diferencias entre esos mismos grupos etarios son muy estrechas.

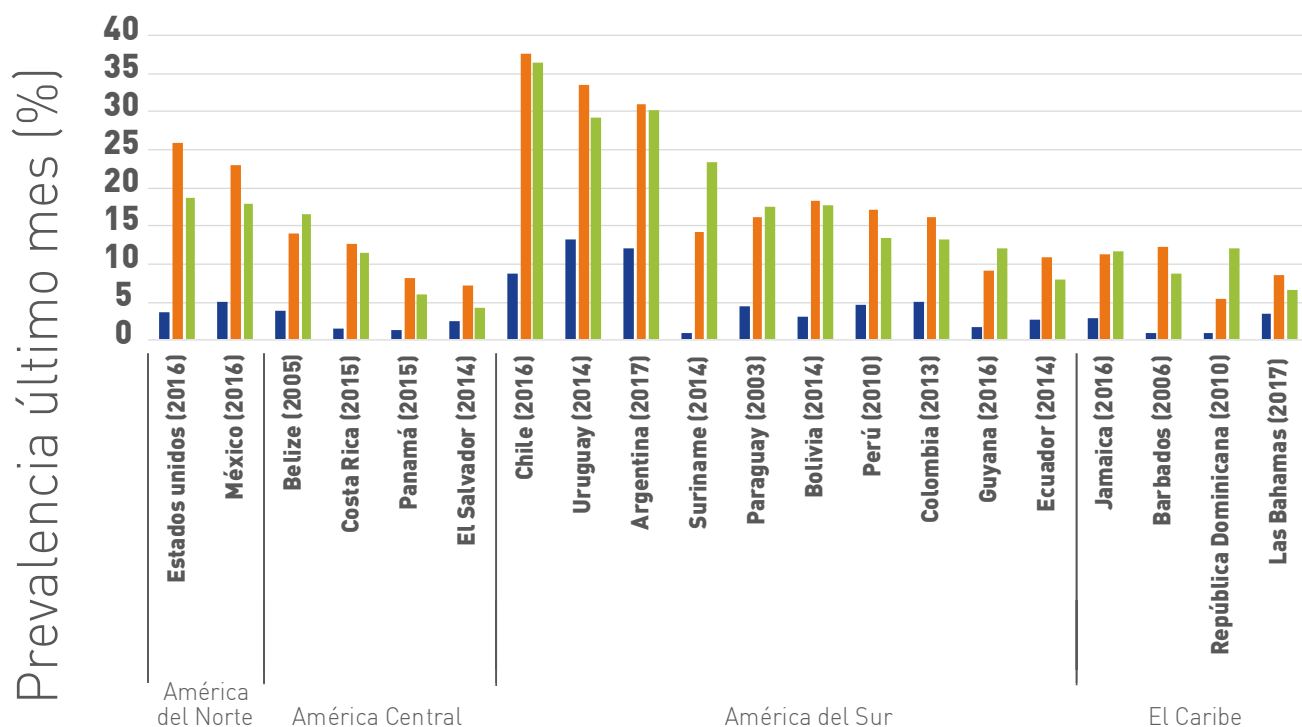
Gráfico 2.3

12 a 17

18 a 34

35 a 64

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general según grupo etario, por país, ordenado por subregión

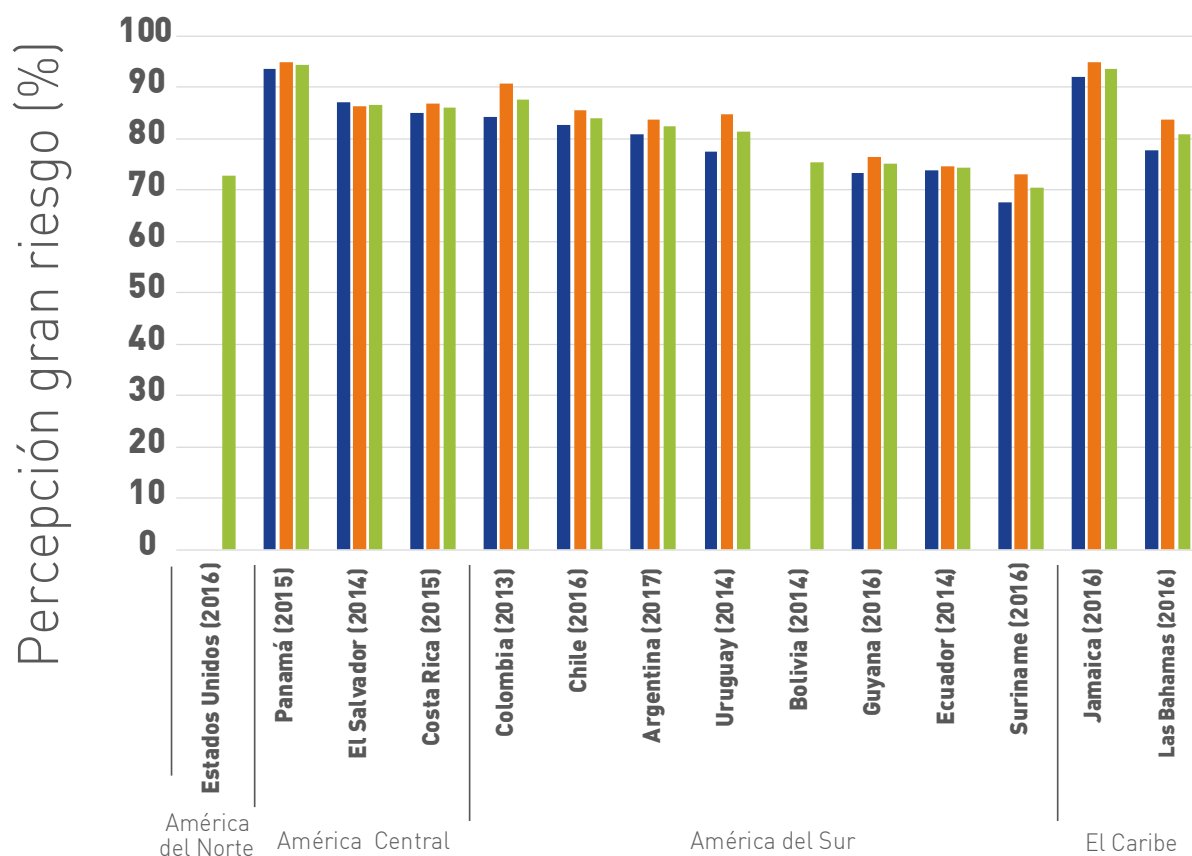


El gráfico 2.4 da cuenta de la percepción de gran riesgo de consumo frecuente de tabaco en la población general. En nueve de los 14 países con información disponible, al menos 80% percibe un gran riesgo ante el consumo frecuente de tabaco. La percepción de gran riesgo más baja se registra en la población de Bolivia, Ecuador, los Estados Unidos, Guyana y Suriname con un porcentaje levemente superior al 70%. El porcentaje de percepción de gran riesgo es muy parecido en hombres y mujeres.

Gráfico 2.4

Hombre | Mujer | Total

Percepción de gran riesgo por el consumo frecuente de tabaco en la población general según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



Tendencias de consumo de tabaco en la población general

Los gráficos 2.5 al 2.9 muestran la tendencia de la prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general en cinco países del Hemisferio. Si bien el consumo de tabaco presentó una variación en Argentina del 29,5% al 27,4%, entre 2008 y 2010 (gráfico 2.5), en el último período el consumo registró una tasa de 28,6% en 2017. En Chile (gráfico 2.6) a pesar de seguir teniendo el registro más alto del Hemisferio, la prevalencia del último mes de consumo de tabaco ha disminuido desde su nivel más alto, del 44% en 2000 al 33,4% en 2016 lo cual representa, en términos de puntos porcentuales, el mayor descenso observado en la región. Costa Rica (gráfico 2.7) con un registro de 18,7% en 1990, presentó una variación sostenida hasta llegar a 10,5% en 2015. En el caso de los Estados Unidos (gráfico 2.8) las tasas de consumo han variado de forma constante desde un 26% en 2002 a un 19,1% en 2016. En Uruguay (gráfico 2.9) la prevalencia pasó de 34,5% en 2001 a 29,5% en 2014.

Gráfico 2.5

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general de Argentina, según el sexo y total, 2008-2017

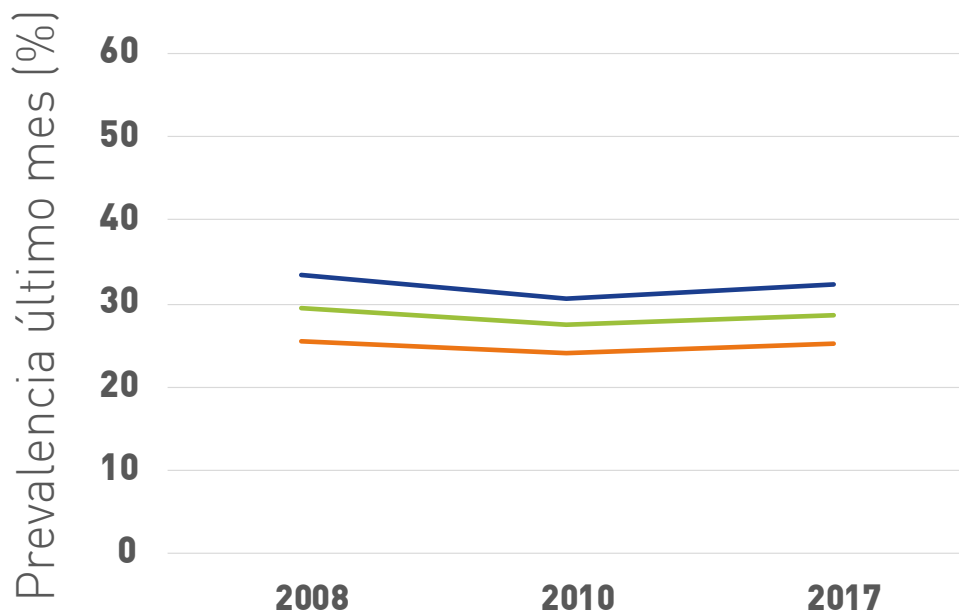


Gráfico 2.6

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general de Chile, según el sexo y total, 1994-2016

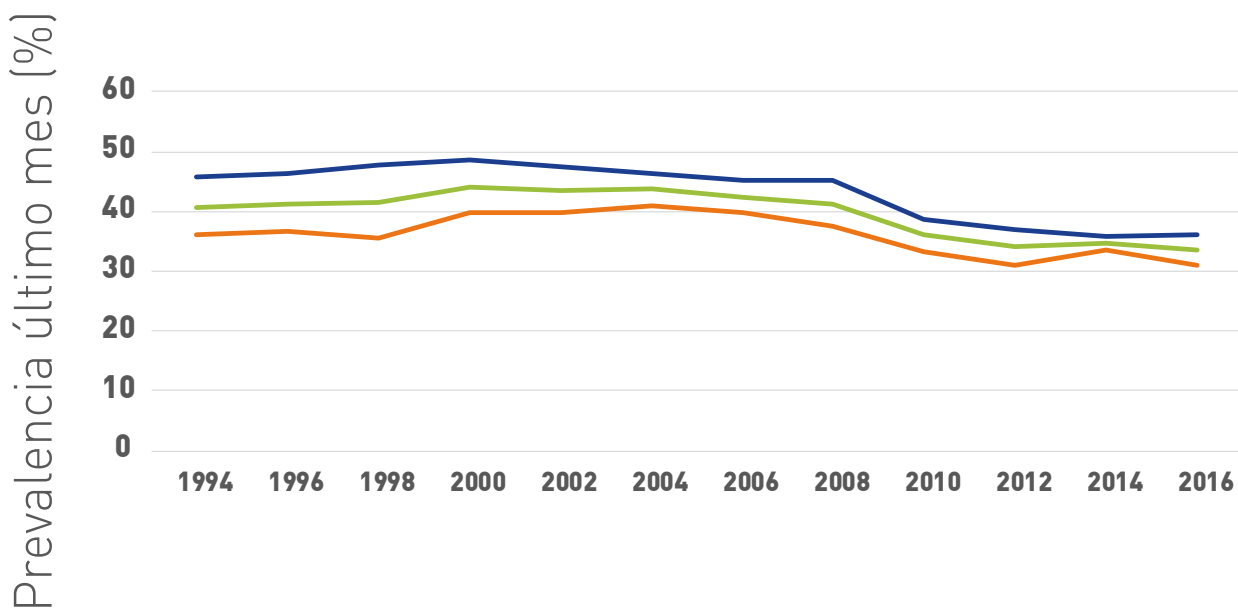


Gráfico 2.7

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general de Costa Rica, según el sexo y total, 1990-2015

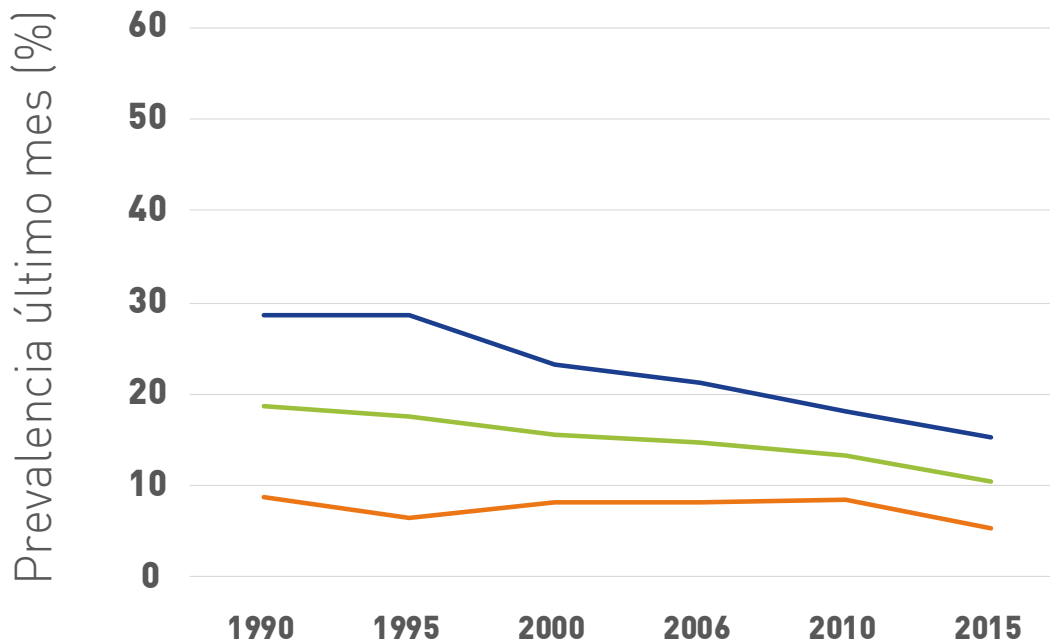


Gráfico 2.8

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general de los Estados Unidos, según el sexo y total, 2002-2016

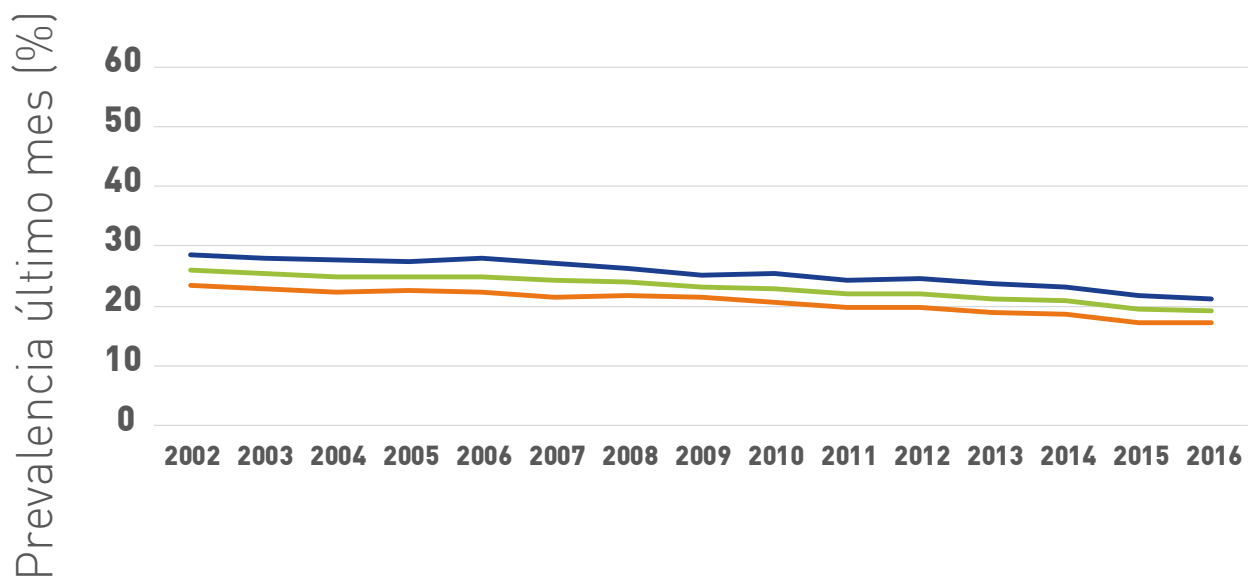
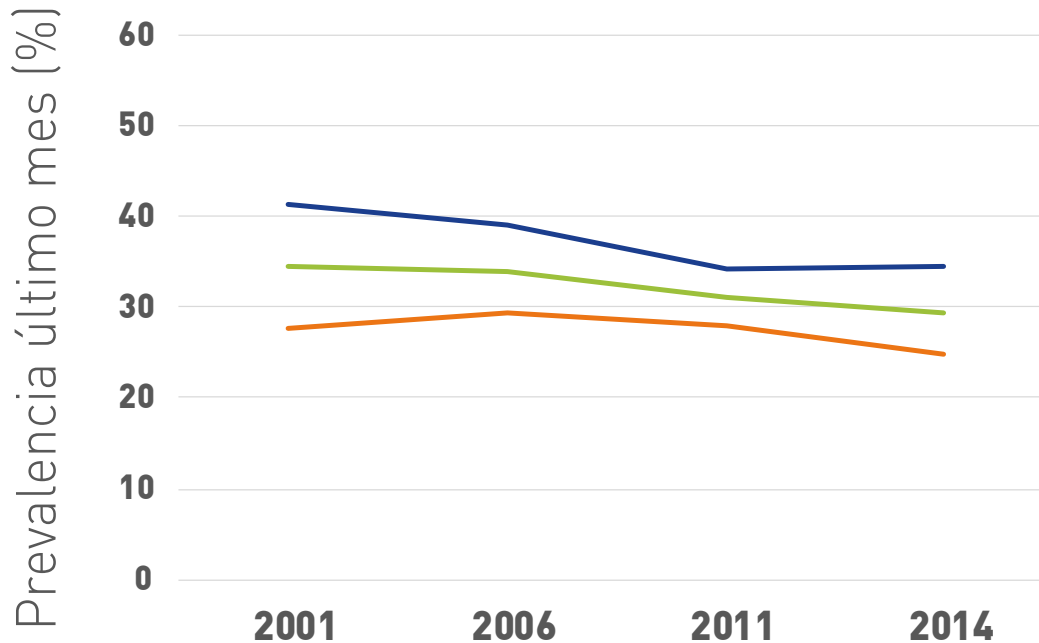


Gráfico 2.9

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco en la población general de Uruguay, según el sexo y total, 2001-2014

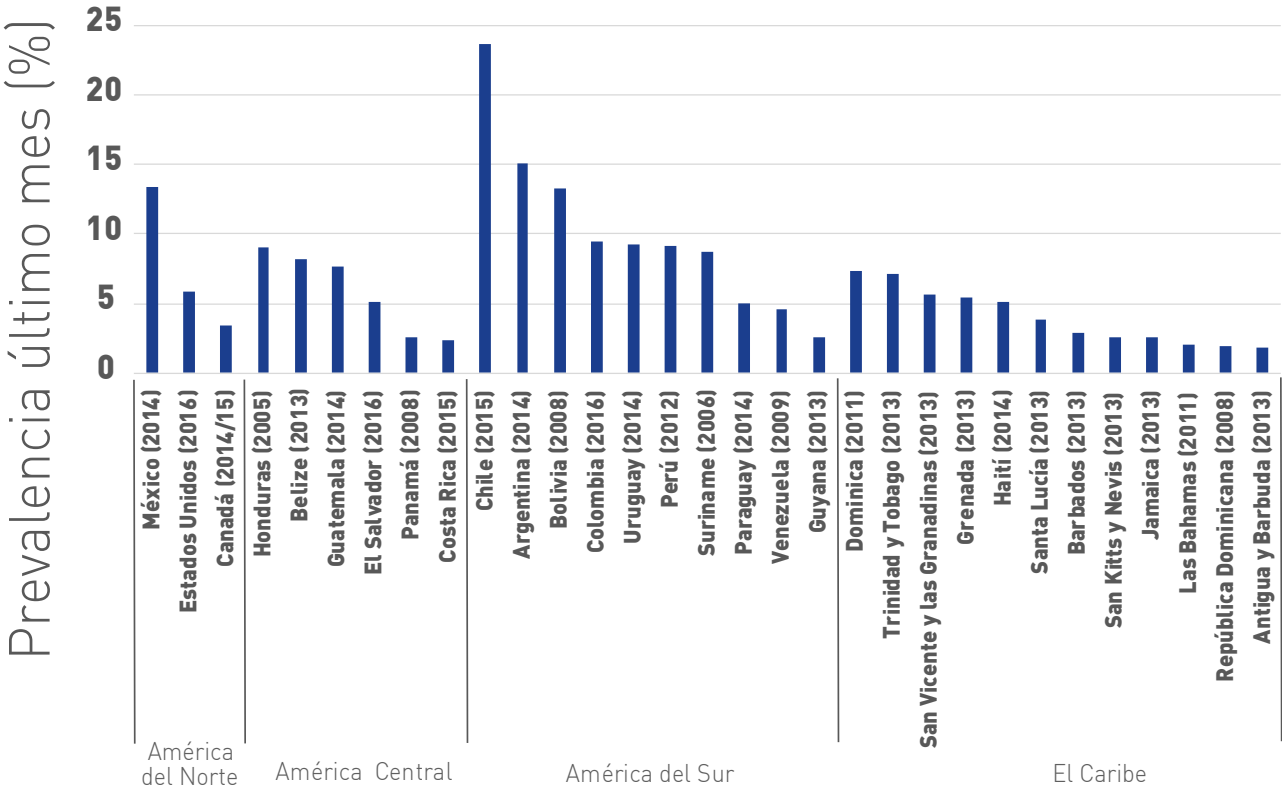


2.2 Consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria

El mapa 2.1 muestra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de las Américas. Los países con los registros más altos para cada subregión son: México en América del Norte, Honduras en América Central, Chile en América del Sur y Dominica en el Caribe.

El gráfico 2.10 muestra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria en países específicos. En América del Norte, México presenta la prevalencia del último mes más alta (13,4%) seguido de los Estados Unidos (5,9%). En América Central el mayor consumo se observa en Honduras (9%) seguido de Belize (8,2%) y Guatemala (7,7%). Entre los países de América del Sur, Chile y Argentina presentan los registros más altos del Hemisferio y por ende de la subregión con el 23,7% y el 15,1%, respectivamente, seguidos de Bolivia con el 13,3%. En el Caribe la mayor prevalencia del último mes de consumo de tabaco se observa en Dominica y Trinidad y Tobago, con el 7,4% y el 7,1%, respectivamente. El gráfico da cuenta también de una gran diversidad en la prevalencia del último mes de consumo de tabaco con porcentajes extremos del 1,8% al 23,7%.

Gráfico 2.10
Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión



La tabla 2.1 registra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco, mínimo y máximo, a nivel hemisférico y por cada subregión, de manera de hacer visible la situación según países y subregiones.

Tabla 2.1

Valores mínimos y máximos de la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por subregión y del Hemisferio

Subregión	Valor mínimo	Valor máximo
América del Norte	3,4% (2014/15)	13,4% (2014)
América Central	2,4% (2015)	9,0% (2005)
América del Sur	2,5% (2009)	23,7% (2015)
El Caribe	1,8% (2013)	7,4% (2011)
Hemisferio	1,8% (2013)	23,7% (2015)

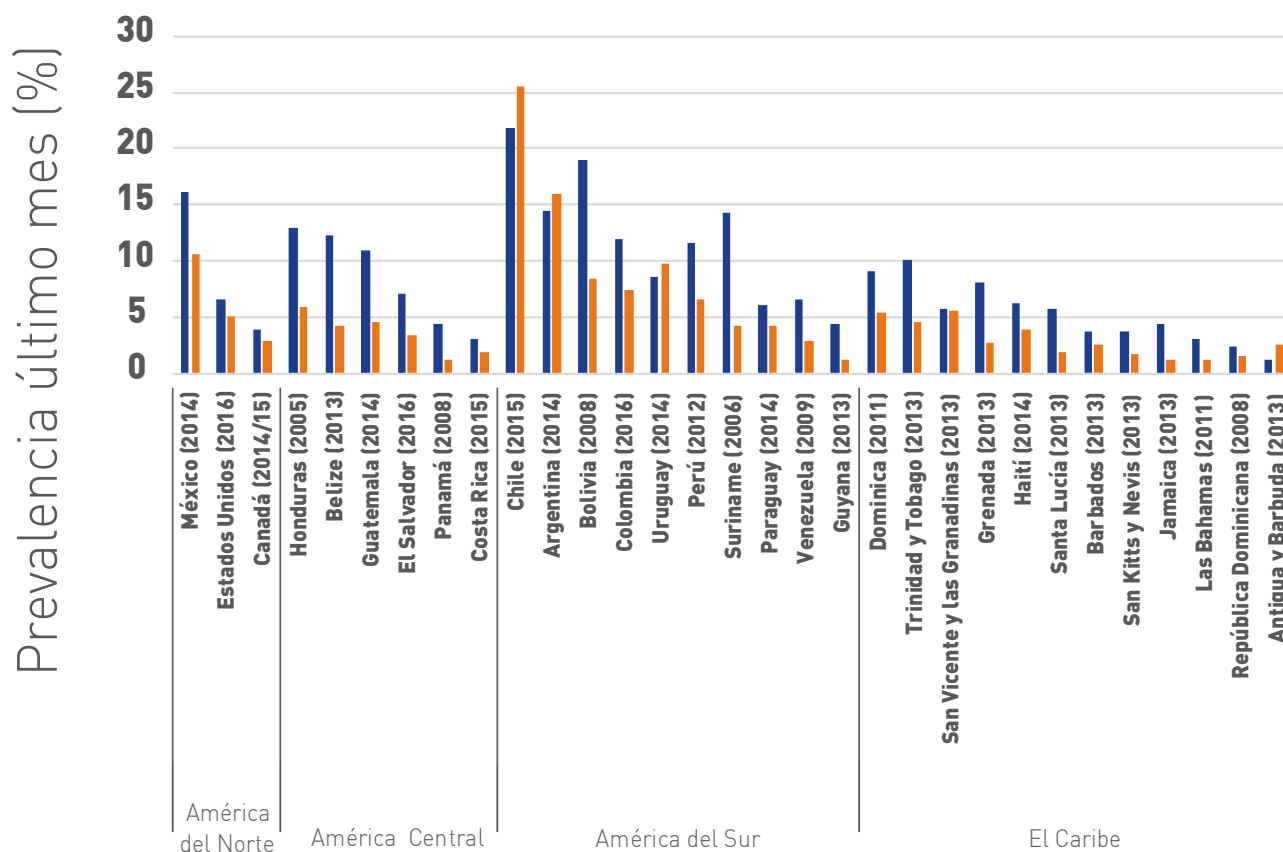
Nota: El dato en cada subregión corresponde a la prevalencia más baja y más alta encontrada en los países. No es un promedio subregional.

El gráfico 2.11 muestra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo. De los 31 países que reportaron información, solo tres países de América del Sur presentan una prevalencia del último mes más alta entre las mujeres con relación a los hombres: Chile (25,6% contra 21,8%), Argentina (15,9% contra 14,4%), y Uruguay (9,8% contra 8,5%).²³ Antigua y Barbuda, con el registro más bajo del Hemisferio, también presenta un mayor consumo entre las mujeres, siendo éste del 2,6%, mientras que entre los hombres el consumo es del 1,1%. En los restantes 27 países los registros de consumo son considerablemente más altos entre los hombres, con la excepción de San Vicente y las Granadinas, donde no se observan diferencias por sexo.

Gráfico 2.11

Hombre Mujer

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo, por país, ordenado por subregión

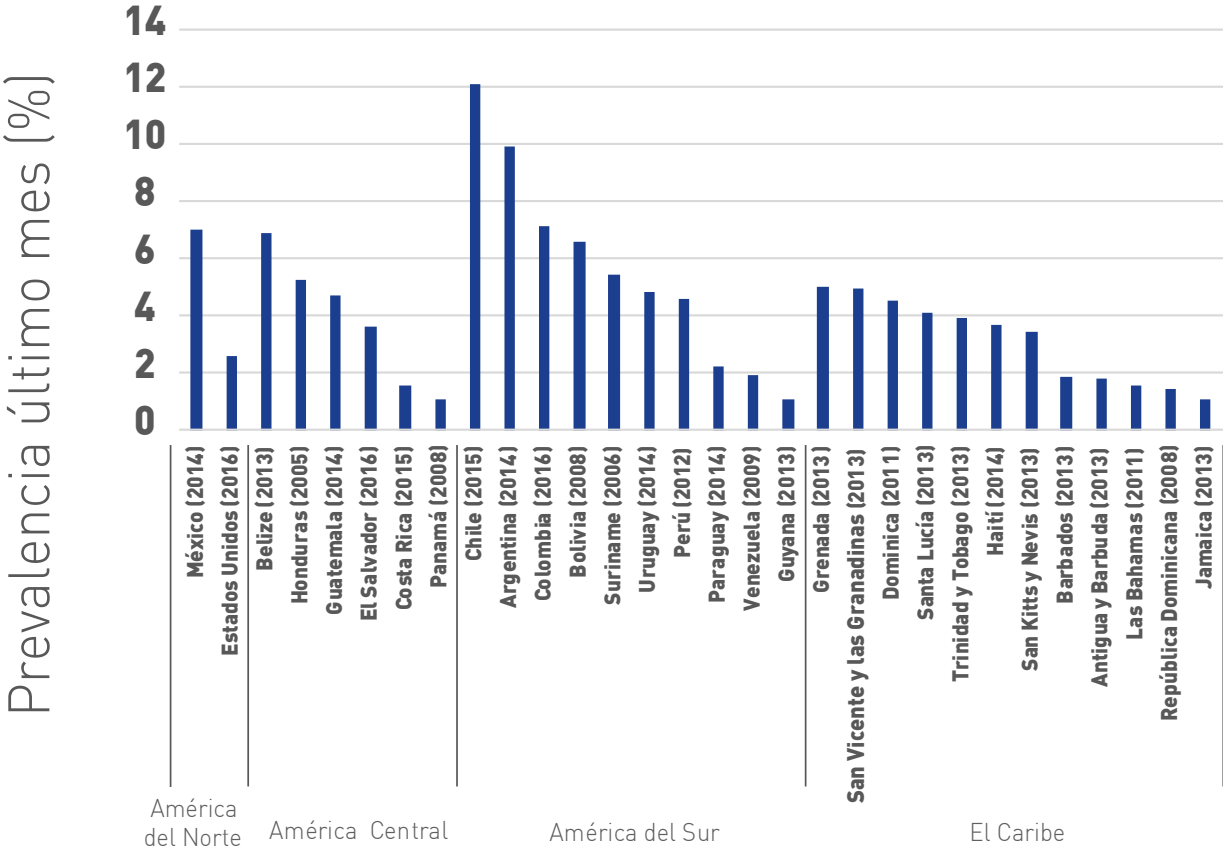


²³ La información reportada por los países no especifica si hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos comparados.

El gráfico 2.12 muestra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre estudiantes de 8º grado, por país y subregiones. Lo que se observa es que en Argentina, Belize, Bolivia, Chile, Colombia y México hay prevalencias de consumo de tabaco en el 8º grado superiores al 6,5%. En Argentina y Chile aproximadamente uno de cada diez estudiantes de 8º grado, de entre 13 y 15 años de edad, ha fumado tabaco en los últimos 30 días.

Gráfico 2.12

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de 8º grado o equivalente, por país, ordenado por subregión



Tendencias de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Los gráficos 2.13 al 2.23 muestran la tendencia de la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria en los países que proporcionaron esta información. Casi todos los países muestran una considerable disminución en el consumo de tabaco. En todos los casos, estos gráficos refuerzan el hecho de que en los últimos 10 años hubo una disminución notable en la prevalencia del consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria.

La prevalencia del último mes de consumo de tabaco en los Estados Unidos presentó un registro del 20,7% en 1991, con una persistente variación hasta alcanzar un 28,3% en 1997. A partir de entonces el consumo de tabaco comienza un importante y largo descenso, año tras año, hasta llegar al registro del 5,9% en 2016. La prevalencia del último mes entre mujeres pasó del 20,0% en 1991 al 28,4% en 1997, hasta el 4,9% en 2016, mientras que entre los hombres pasó del 21,4% al 27,8%, hasta el 6,5%, respectivamente (gráfico 2.13).

Gráfico 2.13

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, según el sexo y total, 1991-2016

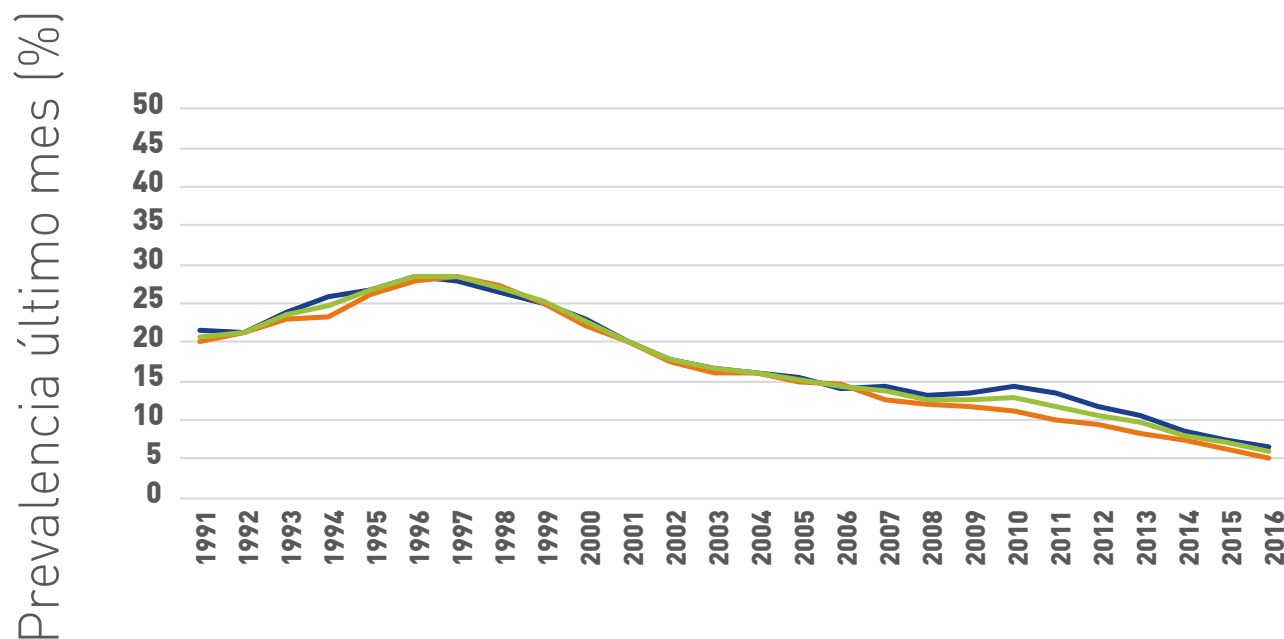


Gráfico 2.14

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Costa Rica, según el sexo y total, 2006-2015

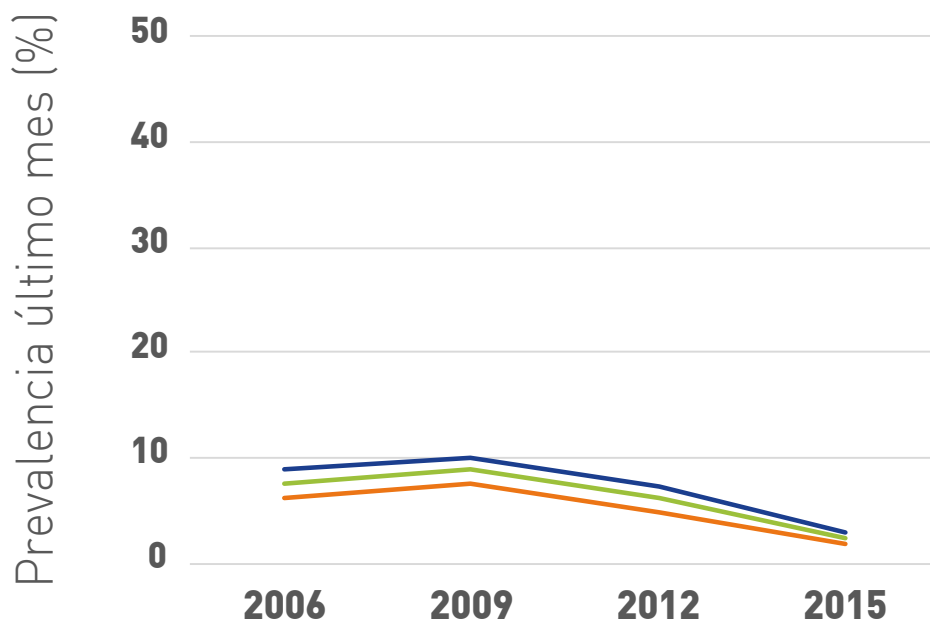


Gráfico 2.15

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, según el sexo y total, 2003-2016

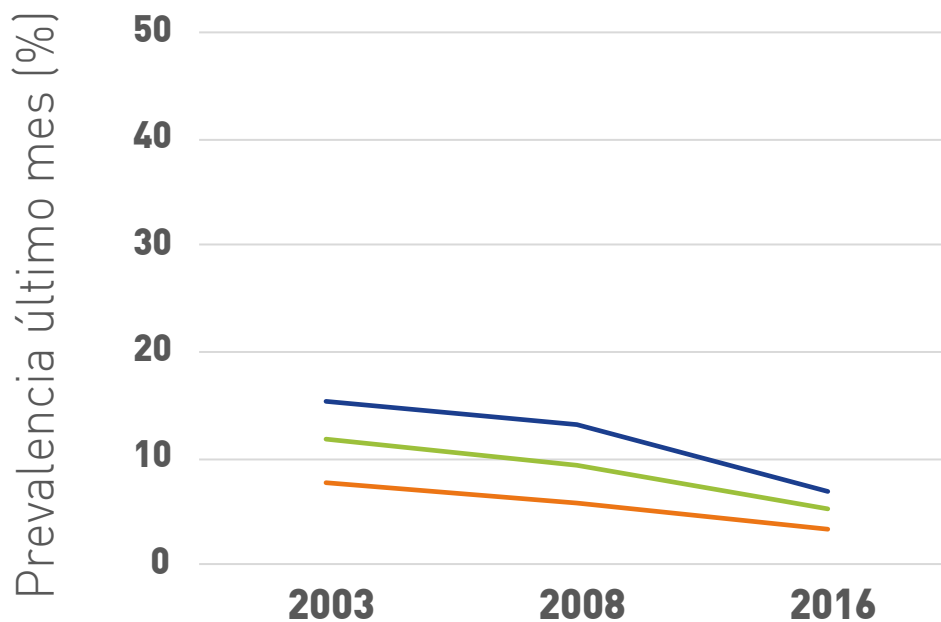


Gráfico 2.16

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Argentina, según el sexo y total, 2009-2014

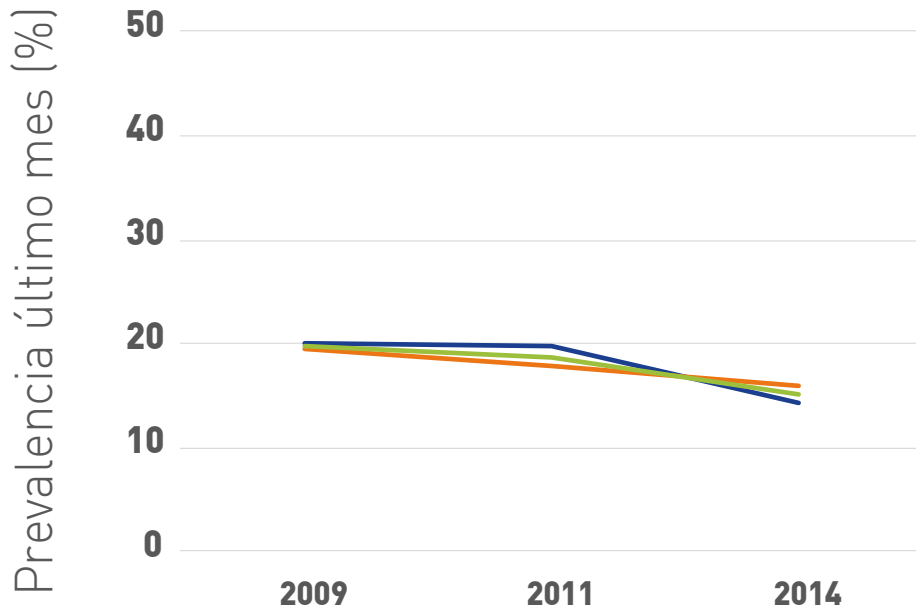


Gráfico 2.17

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Chile, según el sexo y total, 2001-2015

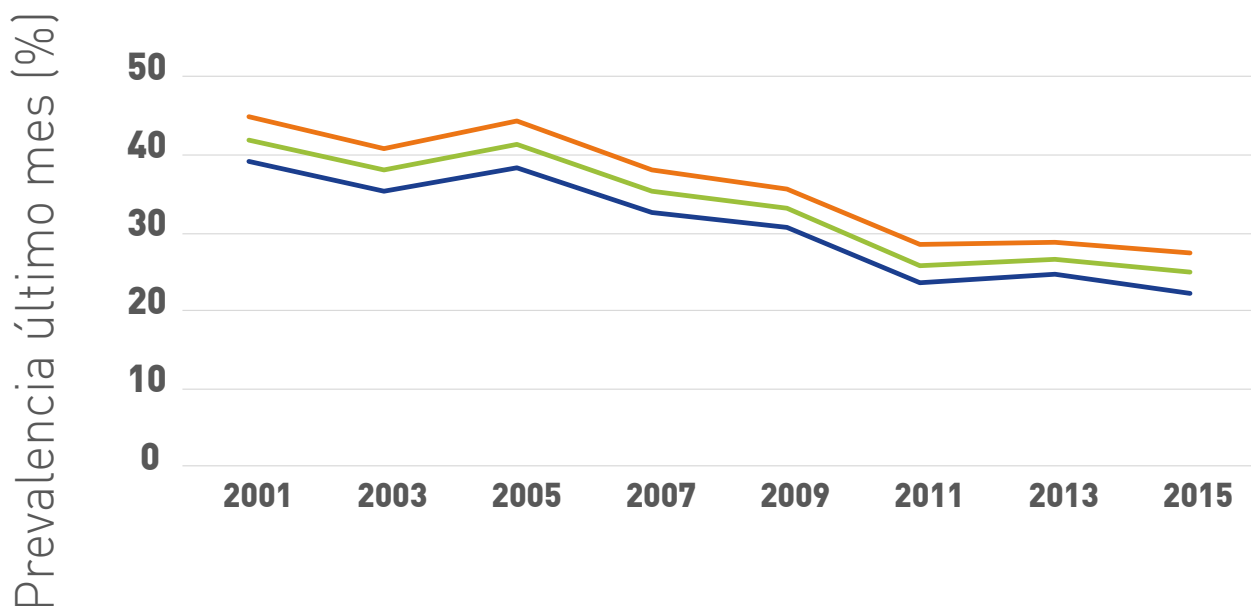


Gráfico 2.18

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia, según el sexo y total, 2004-2016

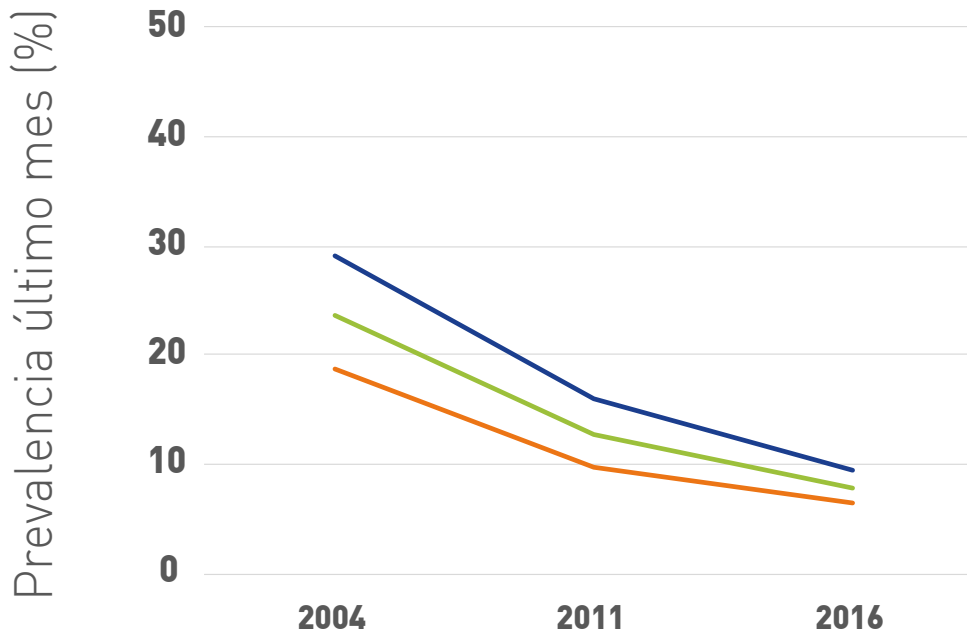


Gráfico 2.19

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay, según el sexo y total, 2003-2014

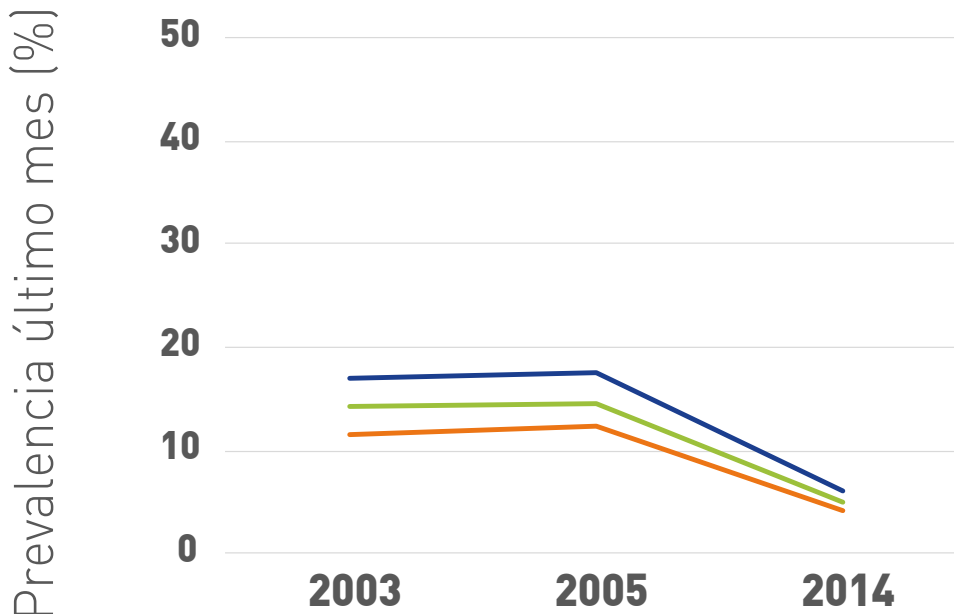


Gráfico 2.20

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Perú, 2005-2017

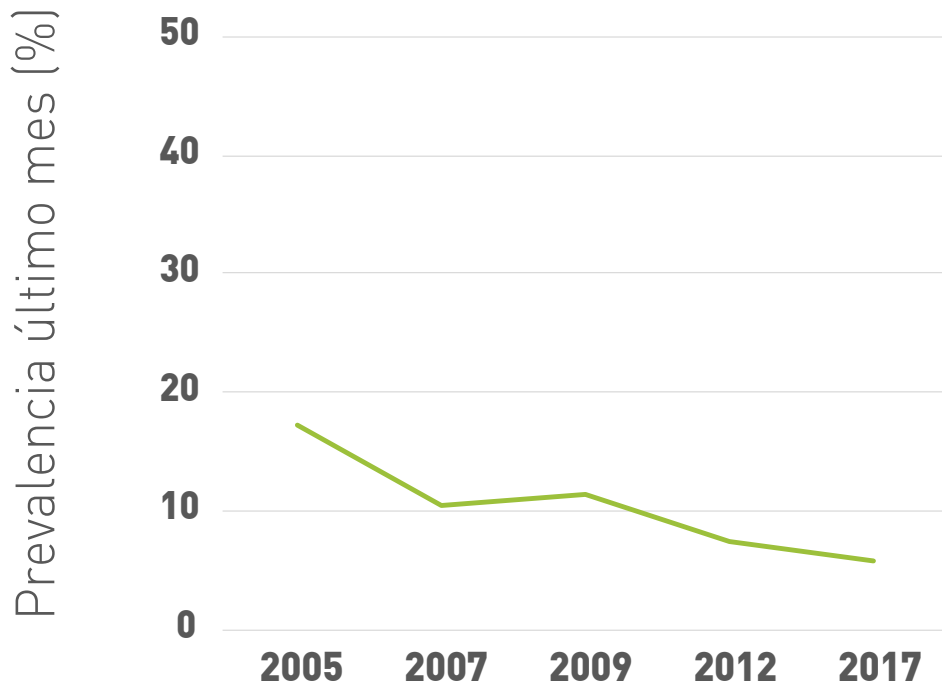


Gráfico 2.21

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Uruguay, según el sexo y total, 2003-2014

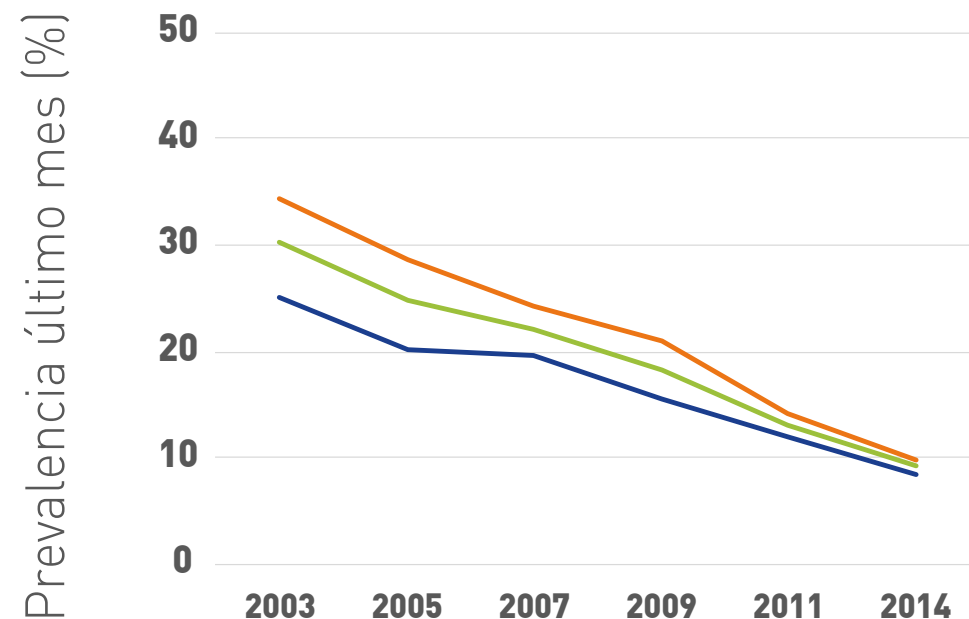


Gráfico 2.22

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Barbados, según el sexo y total, 2002-2013

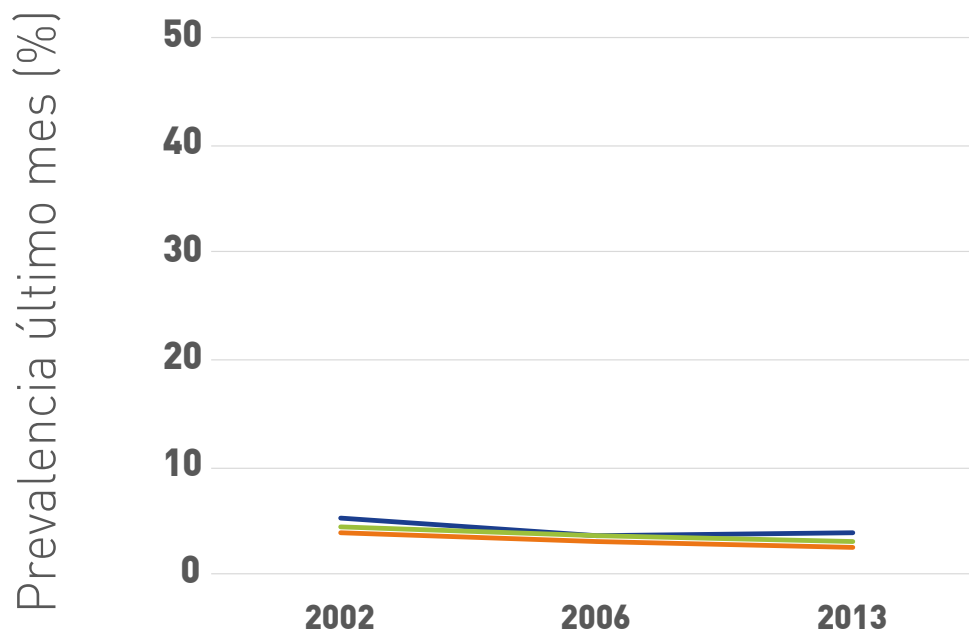
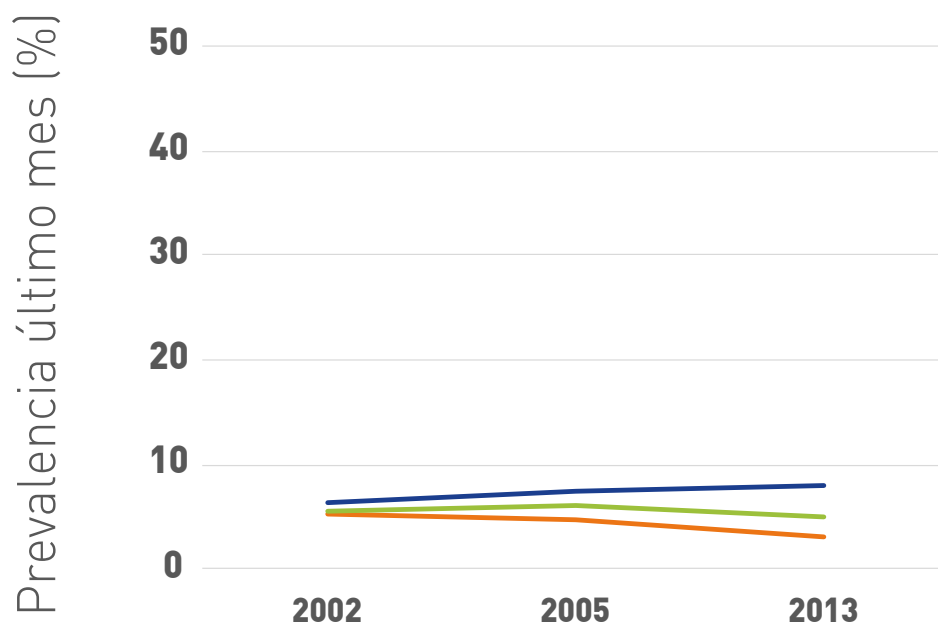


Gráfico 2.23

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Grenada, según el sexo y total, 2002-2013



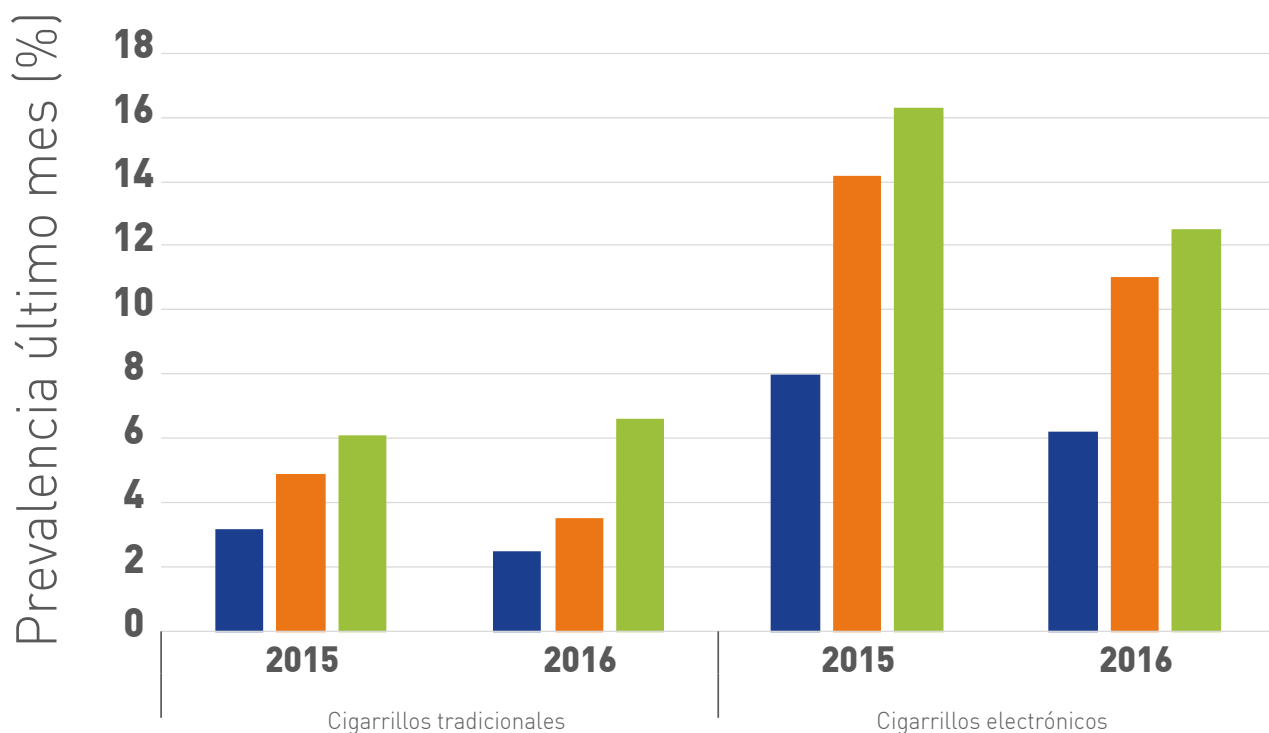
El gráfico 2.24 muestra una comparación entre la prevalencia del último mes de consumo de tabaco y de cigarrillos electrónicos, entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos. En cada nivel o grado, la prevalencia del último mes de uso de cigarrillos electrónicos es superior a la de cigarrillos fumados de manera tradicional. Entre 2015 y 2016 el uso de cigarrillos tradicionales disminuyó entre los estudiantes de 8° y 10° grados, pero aumentó levemente entre los estudiantes del 12° grado. Por su parte, el uso de cigarrillos electrónicos disminuyó en todos los grados entre 2015 y 2016.

Desde 2015 el *Estudio de Observación del Futuro* (MTF, por su sigla en inglés)²⁴ recopila datos sobre cigarrillos electrónicos y estos resultados ofrecen ciertas indicaciones de que aparentemente los estudiantes están reduciendo el consumo de cigarrillos de tabaco tradicionales y aumentando el consumo de los cigarrillos electrónicos.

Gráfico 2.24

8° Grado | 10° Grado | 12° Grado

Prevalencia del último mes de consumo de cigarrillos tradicionales y de cigarrillos electrónicos entre estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, según grados, 2015-2016



²⁴ Johnston, L. et al., *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use: 1975-2017: Overview of Key Findings on Adolescent Drug Use*. (Ann Arbor: The University of Michigan, 2017)

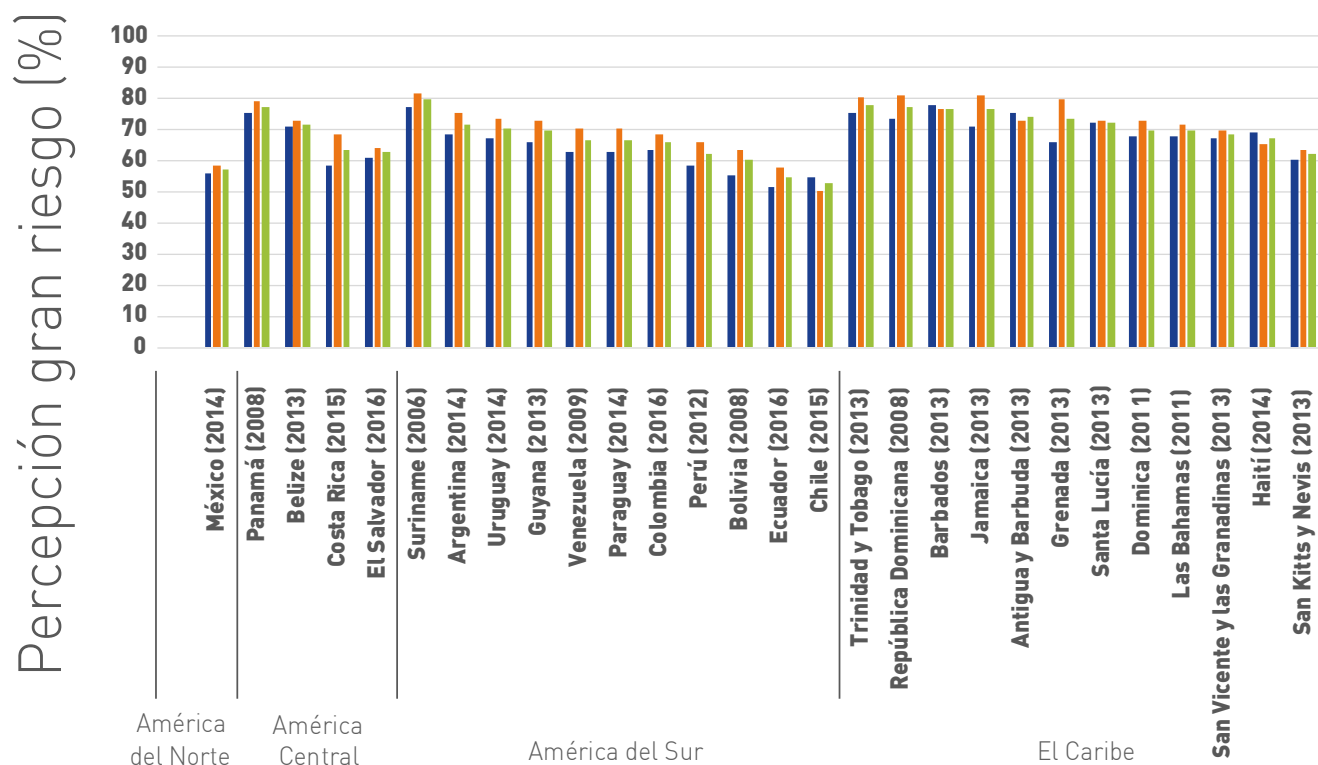
Percepción de gran riesgo del consumo de tabaco entre los estudiantes de enseñanza secundaria

El gráfico 2.25 da cuenta de la percepción de gran riesgo que tienen los estudiantes de enseñanza secundaria de las Américas, con relación a fumar tabaco de manera frecuente. En 15 de los 28 países que proporcionaron esta información, se observa que cerca del 70% o más de los estudiantes considera de gran riesgo fumar cigarrillos frecuentemente. Por contrapartida, en Chile, Ecuador y México menos del 60% de los estudiantes considera de gran riesgo el uso frecuente de cigarrillos.

Gráfico 2.25

Hombre Mujer Total

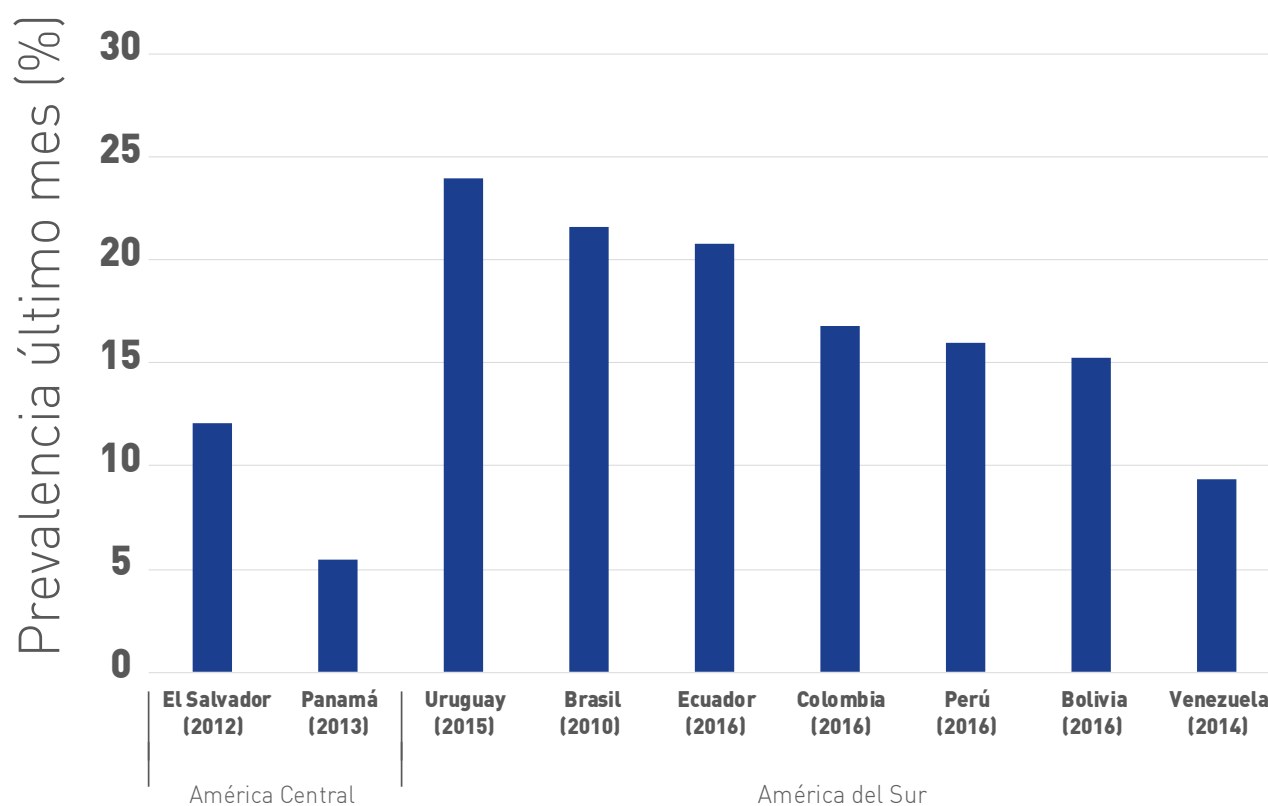
Percepción de gran riesgo de fumar tabaco frecuentemente entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



2.3 Consumo de tabaco entre estudiantes universitarios

Muy pocos países del Hemisferio Occidental han realizado encuestas sobre consumo de drogas entre los estudiantes universitarios. El gráfico 2.26 muestra la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes universitarios de nueve países, ordenados por subregión. En América Central El Salvador informó un registro del 12,1% y Panamá del 5,5%. Los registros más altos provienen de los países de América del Sur: Uruguay (24%) seguido de Brasil (21,6%).

Gráfico 2.26
Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre estudiantes universitarios por país, ordenado por subregión

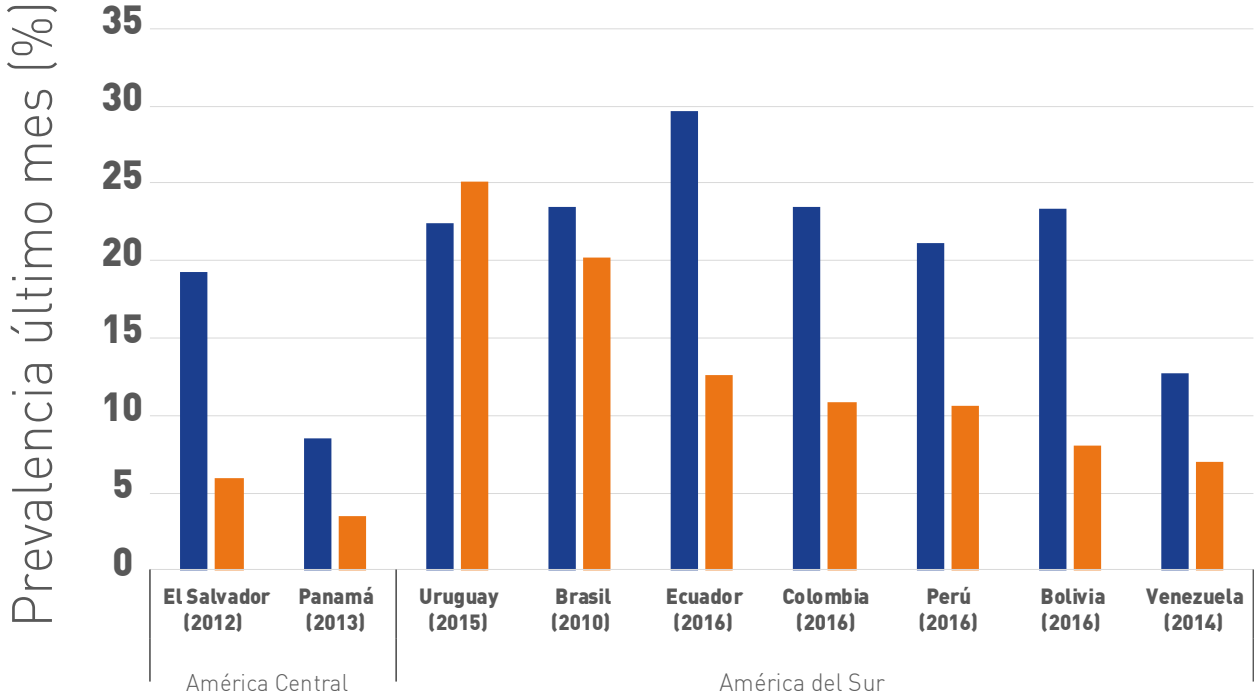


El gráfico 2.27 da cuenta de la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes universitarios de nueve países, por sexo. El registro de consumo es mayor entre los hombres con relación a las mujeres, siendo Uruguay la excepción. En el caso de Brasil y Uruguay, los países con las tasas de consumo más altas, el consumo tanto entre hombres como entre mujeres supera el 20%.

Gráfico 2.27

Hombre | **Mujer**

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre estudiantes universitarios según el sexo, por país, ordenado por subregión

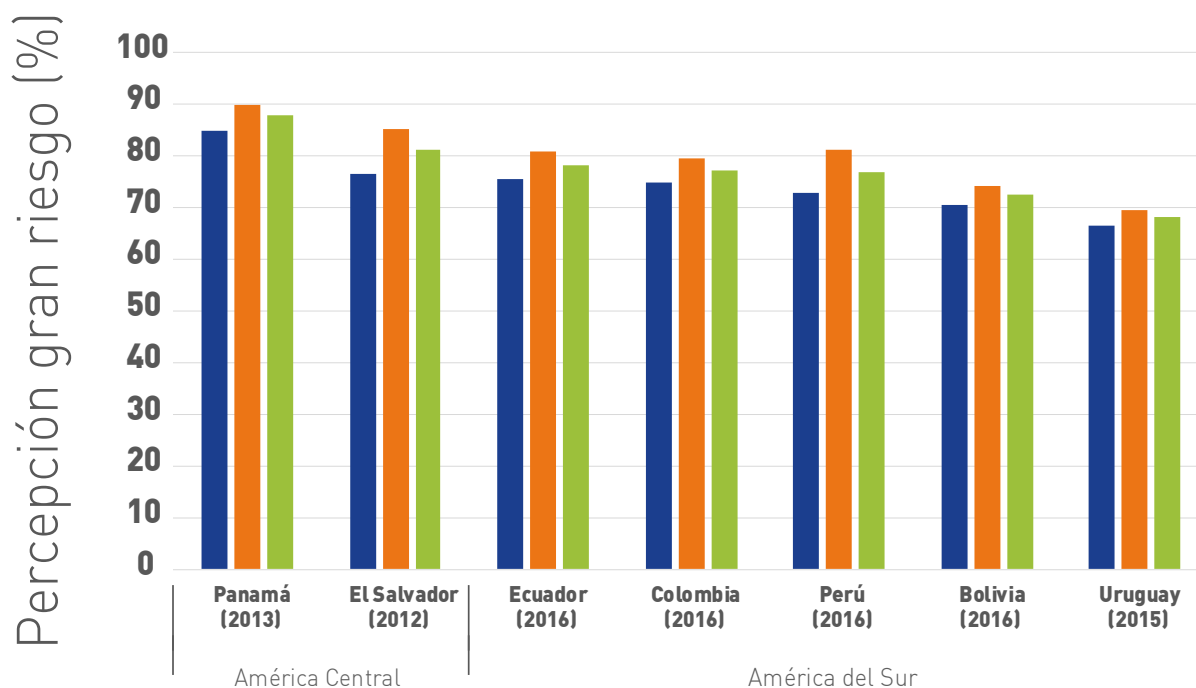


En el gráfico 2.28 se informa sobre la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de tabaco entre los estudiantes universitarios. En El Salvador y Panamá, más del 80% de los estudiantes perciben un gran riesgo en el consumo frecuente de tabaco. En Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, entre el 70% y el 80% de los universitarios consideran que fumar tabaco frecuentemente es de gran riesgo. En Uruguay, el 68,2% de los estudiantes considera de gran riesgo el uso frecuente de tabaco. En todos los países la percepción de gran riesgo es más alta en las mujeres con relación a los hombres.

Gráfico 2.28

Hombre | Mujer | Total

Percepción de gran riesgo de consumo frecuente de tabaco entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



Tendencias del consumo de tabaco entre estudiantes universitarios

Los gráficos 2.29 al 2.32 muestran las tendencias de la prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre los estudiantes universitarios, en tan sólo cuatro países del Hemisferio. Los resultados indican que en Colombia la prevalencia del último mes de consumo de tabaco registró una persistente variación, entre 2009 y 2016, pasando del 21,1% al 16,8% en ese período. En Bolivia y Ecuador, luego de una variación entre 2009 y 2012, el consumo registró nuevos cambios entre 2012 y 2016: en Bolivia la variación fue de 22,7% a 15,3% y en Ecuador de 24,7% a 20,8%, respectivamente. Por su parte, Perú, luego de una variación de 23,6% en 2009 al 22,6% en 2012, presentó un importante nuevo cambio en el último período con 16%.

Gráfico 2.29

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre estudiantes universitarios de Bolivia, según el sexo y total, 2009-2016

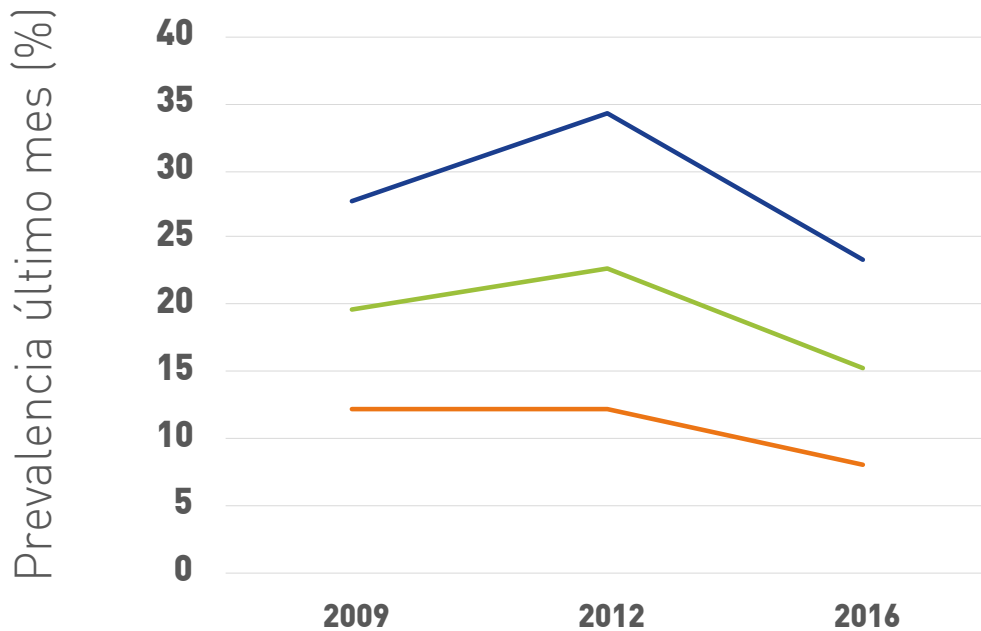


Gráfico 2.30

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre estudiantes universitarios de Colombia, según el sexo y total, 2009-2016

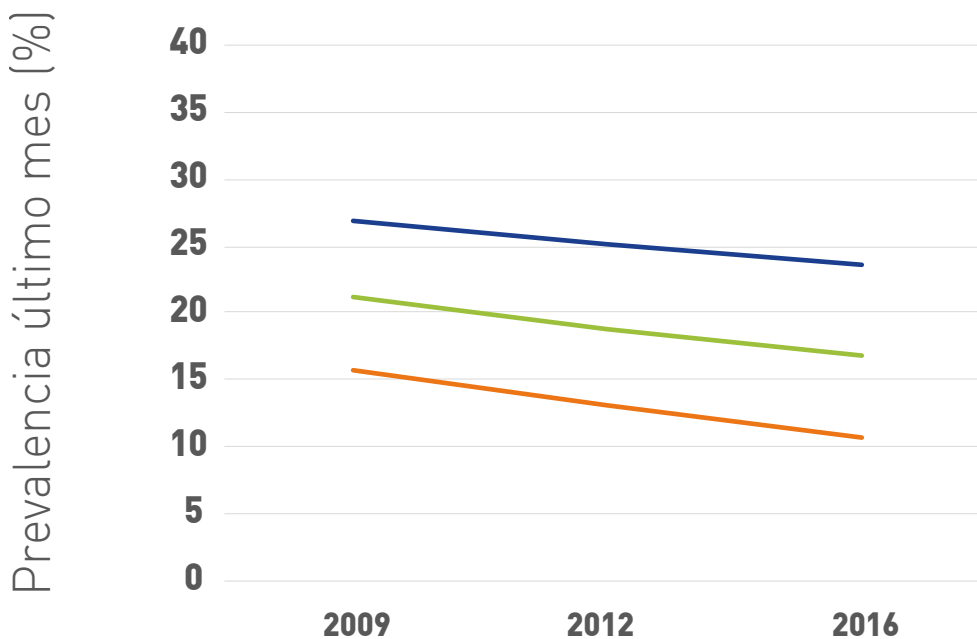


Gráfico 2.31

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre estudiantes universitarios de Ecuador, según el sexo y total, 2009-2016

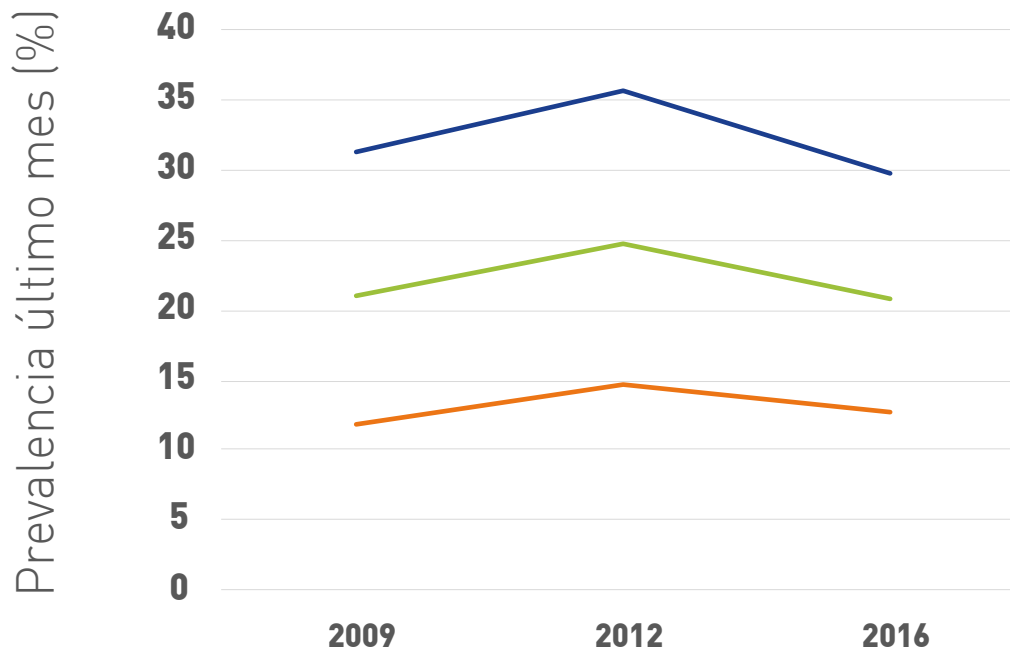
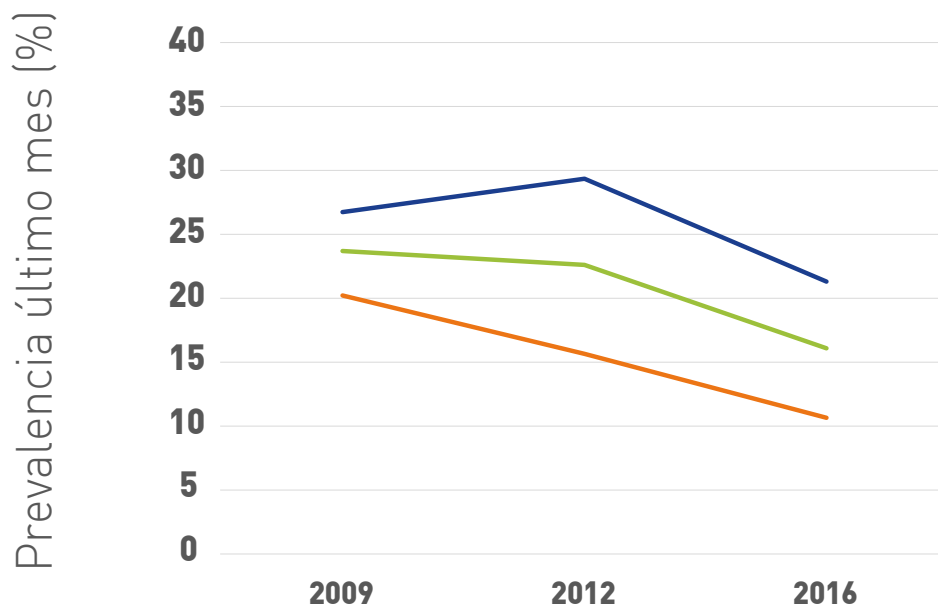


Gráfico 2.32

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último mes de consumo de tabaco entre estudiantes universitarios del Perú, según el sexo y total, 2009-2016



CAPÍTULO 3

CANNABIS

INTRODUCCIÓN

Los patrones del consumo de cannabis han estado evolucionando rápidamente en todo el Hemisferio Occidental. Según el Informe sobre Uso de Drogas en las Américas 2015, la marihuana aumentó entre los estudiantes de enseñanza secundaria en varios países de América Latina y el Caribe. Información más recientes de todo el Hemisferio muestra que el consumo de marihuana ha aumentado en ocho de los once países que tienen datos de tendencias para estudiantes de enseñanza secundaria. Del mismo modo, el consumo de marihuana aumentó en la población general en al menos seis de los siete países que proporcionaron estos datos. Junto a tales aumentos, también se observa el consumo de marihuana a edades cada vez más tempranas, mientras que la percepción general del riesgo asociada al consumo está disminuyendo. En cuatro países del Hemisferio, al menos el 20% de los alumnos de 8º grado ha consumido marihuana en algún momento de sus vidas.

Se están empezando a observar otros cambios en la forma en que se usa el cannabis. El vapeo de marihuana se ha vuelto más común en América del Norte (*Estudio de Observación del Futuro*).²⁵ Aunque esta práctica aún no se ha observado en los estudios de América Latina o el Caribe, los Estados Miembros de la OEA están registrando que el cannabis se puede consumir en una mayor variedad de formas de las que se han practicado en el pasado. A medida que cambien las políticas y los hábitos de consumo, las encuestas deberán adaptarse a estas nuevas realidades, formulando preguntas adicionales sobre la frecuencia y la intensidad del uso. La prevalencia del consumo durante último mes ya no puede ser una medida adecuada del uso actual, tomando en cuenta que actualmente el 40% de los usuarios durante el último mes en los Estados Unidos informan que usan cannabis diariamente o casi todos los días.²⁶ Esto también puede requerir la actualización de los métodos de recopilación de datos en toda la región, para reflejar mejor los tipos y las modalidades de uso. Finalmente, la introducción de cannabinoides sintéticos también aporta más complejidad al tema del consumo de cannabis. Esto se abordará más a fondo en el Capítulo 8.

Las razones de estos cambios no están claras. Los mensajes sobre el consumo de marihuana pueden ser un problema tanto para jóvenes como para adultos. Si bien la marihuana medicinal se comercializa cada vez más como segura y saludable, los riesgos y las consecuencias de su uso a largo plazo y otras formas de cannabis podrían no estar claras para el público en general. Aunque algunos podrían señalar los cambios en la política del cannabis como una razón en la modificación del consumo, los datos indicaron que es difícil confirmar dicha relación.²⁷

²⁵ *Monitoring the Future*, Op. cit.

²⁶ *TEDS Report, July 17, 2014*, Op. cit.

²⁷ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *Informe Anual 2011. El Estado del Problema de las Drogas en Europa* (Lisboa: EMCDDA Oficina de Publicaciones, 2011)

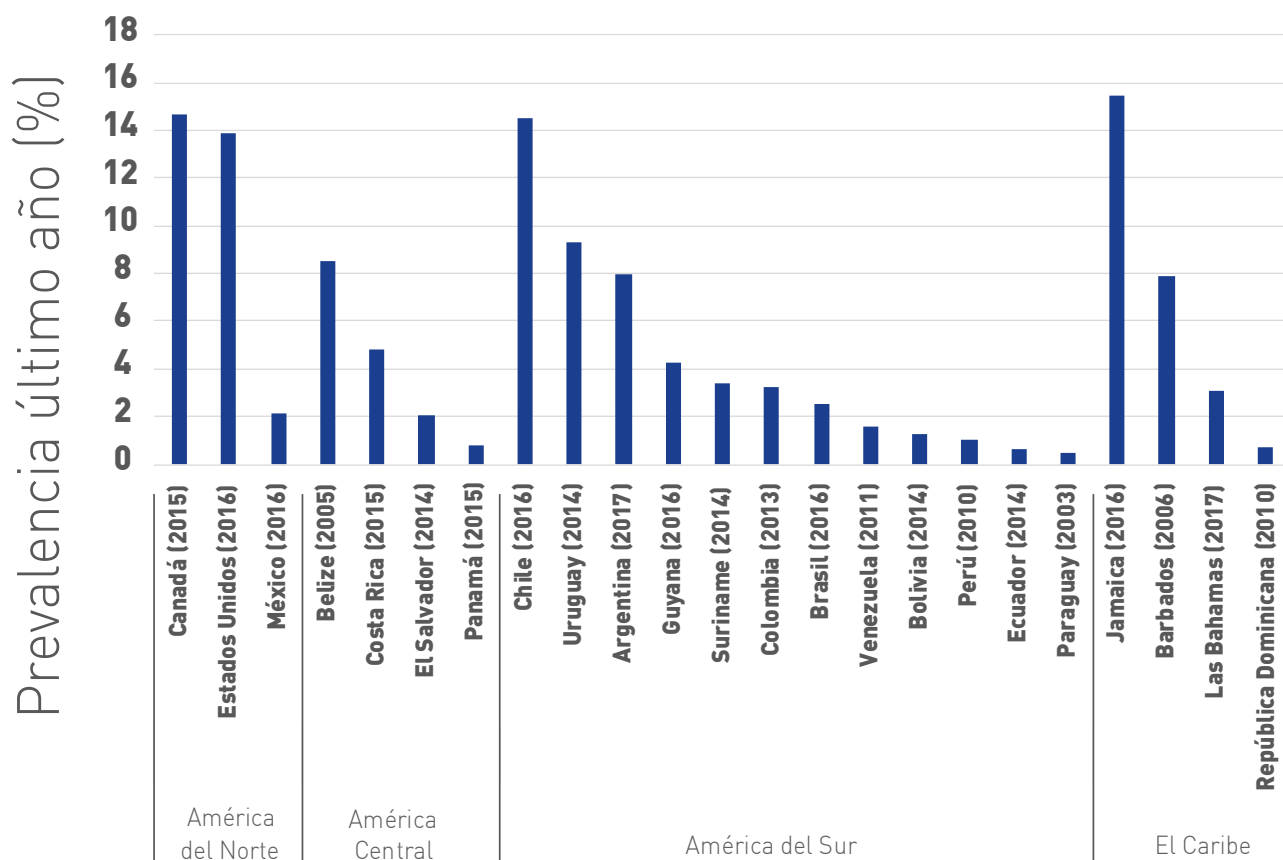
3.1 Marihuana

3.1.1 Consumo de marihuana en la población general

De acuerdo a la prevalencia del último año, en América del Norte el consumo de marihuana se encuentra en torno al 14% en Canadá y los Estados Unidos y es de un 2% en México (gráfico 3.1). En América del Sur Chile presenta un consumo de marihuana del 14,5%, mientras que en Argentina y Uruguay es menor al 10%. Entre los países del Caribe Jamaica destaca con un registro del 15,5%, seguido de Barbados donde el consumo es levemente inferior al 8%. La prevalencia del último año de consumo de marihuana más baja se observa en Ecuador, Panamá, Paraguay y República Dominicana, con tasas inferiores al 1%.

Gráfico 3.1

Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general por país, ordenado por subregión

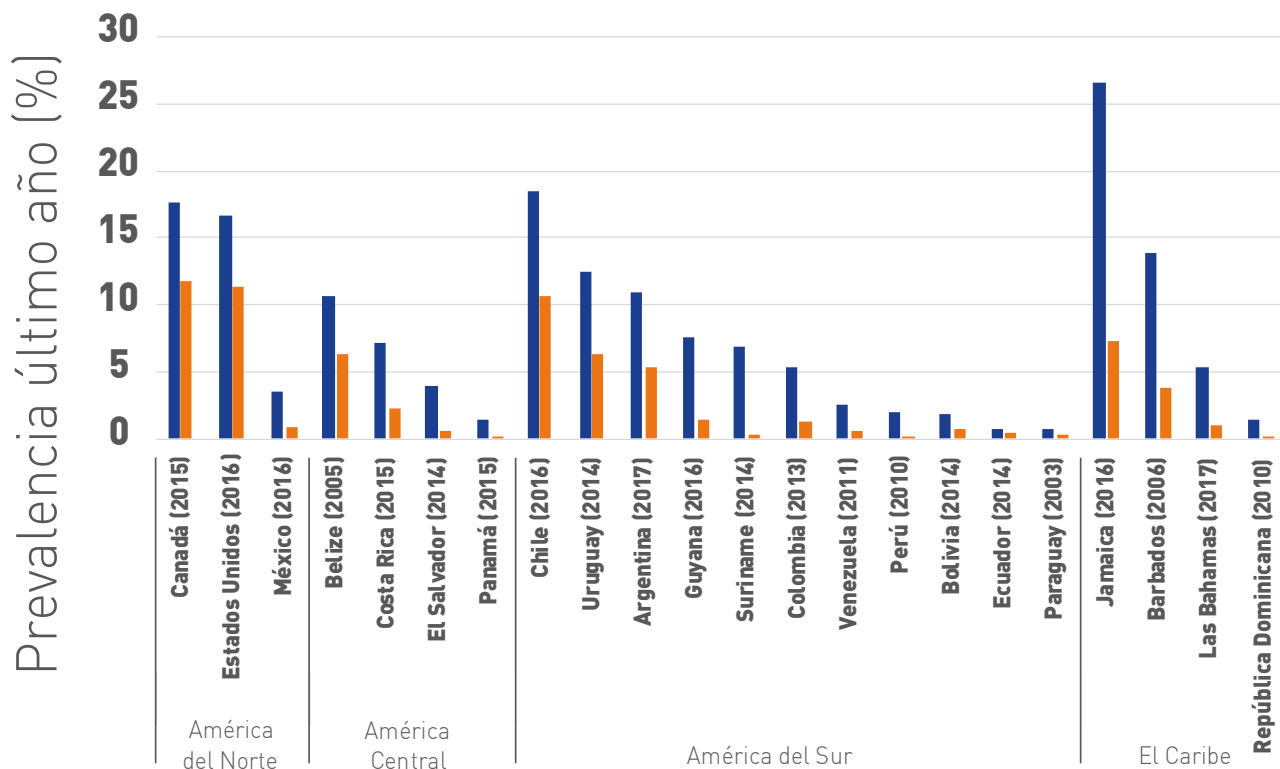


Como se observa en el gráfico 3.2, en todos los países y en la mayoría de ellos por una amplia diferencia, la prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general es más alta entre los hombres que entre las mujeres.

Gráfico 3.2

Hombre | Mujer

Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general según el sexo, por país, ordenado por subregión



El consumo de marihuana es más frecuente entre la población adolescente y adulta joven. Como muestra el gráfico 3.3, con la excepción de Paraguay y Perú, en todos los países la mayor prevalencia del último año de consumo de marihuana se encuentra en el segmento de 18 a 34 años. En este grupo, Chile y los Estados Unidos presentan registros por sobre el 25%, Canadá en torno al 25% y Jamaica en torno al 20%. Todos los otros países muestran registros bajo el 20% en este grupo de edad.

El grupo etario de 12 a 17 años es el segundo con mayor consumo en la mayoría de los países; sin embargo, en algunos países del Caribe y América del Sur -- Las Bahamas, Barbados, Guyana, Jamaica y Suriname -- el consumo de marihuana del grupo etario de 35 a 64 años supera al de los jóvenes de 12 a 17 años.

Es importante destacar que las encuestas en la población general indican que hay una alta tasa de consumo de marihuana entre los menores de edad, en varios países de la región. Es así como el consumo de marihuana, del grupo de 12 a 17 años, supera el 15% en Canadá y el 10% en los Estados Unidos y Uruguay. Junto con Chile, donde la tasa de consumo bordea el 10%, constituyen los países con más alto consumo de marihuana en este grupo etario en todo el Hemisferio.

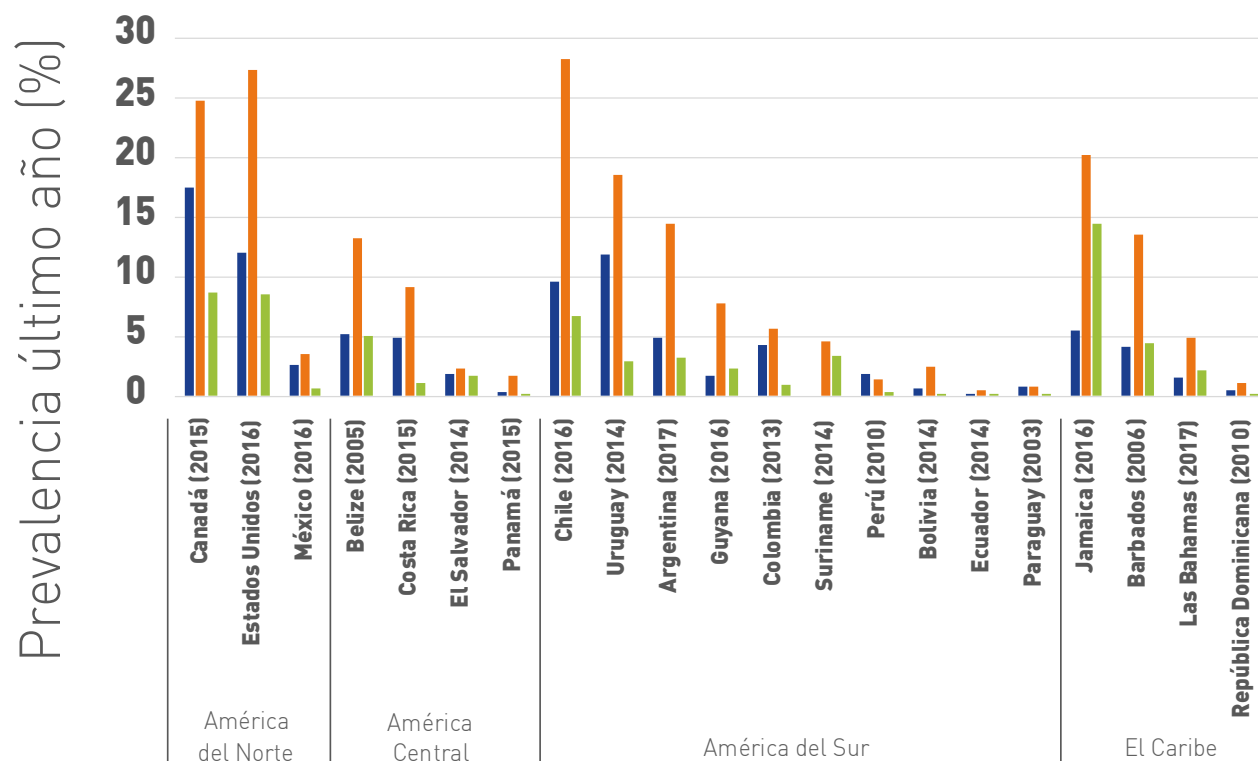
Gráfico 3.3

12 a 17

18 a 34

35 a 64

Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general, según grupo etario, por país, ordenado por subregión



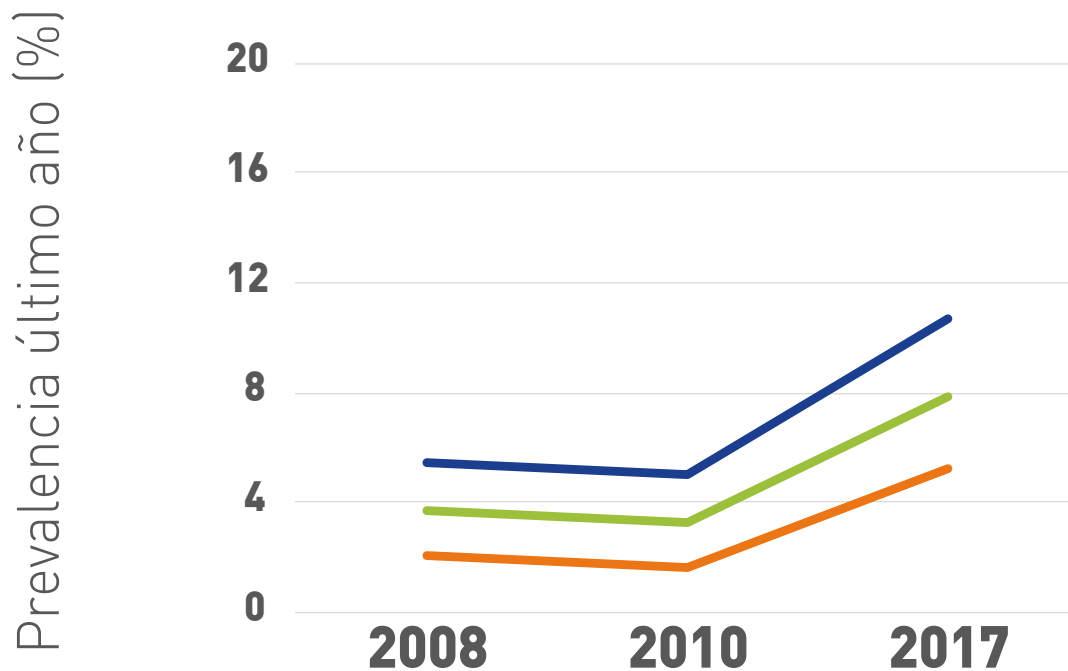
Tendencias del consumo de marihuana en la población general

Casi todos los países de América Latina que cuentan con información disponible para medir la tendencia del consumo de drogas en la población general, muestran cambios en el consumo de marihuana en el último período. En Argentina se observó un leve cambio del consumo al inicio de la serie con 3,7% en 2008 y 3,2% en 2010; sin embargo, hacia 2017 la prevalencia del último año de consumo de marihuana registró un 7,8%. El cambio se observó tanto en hombres como en mujeres. Las diferencias en el consumo de marihuana por sexo persisten en toda la serie, con tasas consistentemente más altas entre los hombres (gráfico 3.4).

Gráfico 3.4

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general de Argentina (12-65 años), según sexo y total, 2008-2017

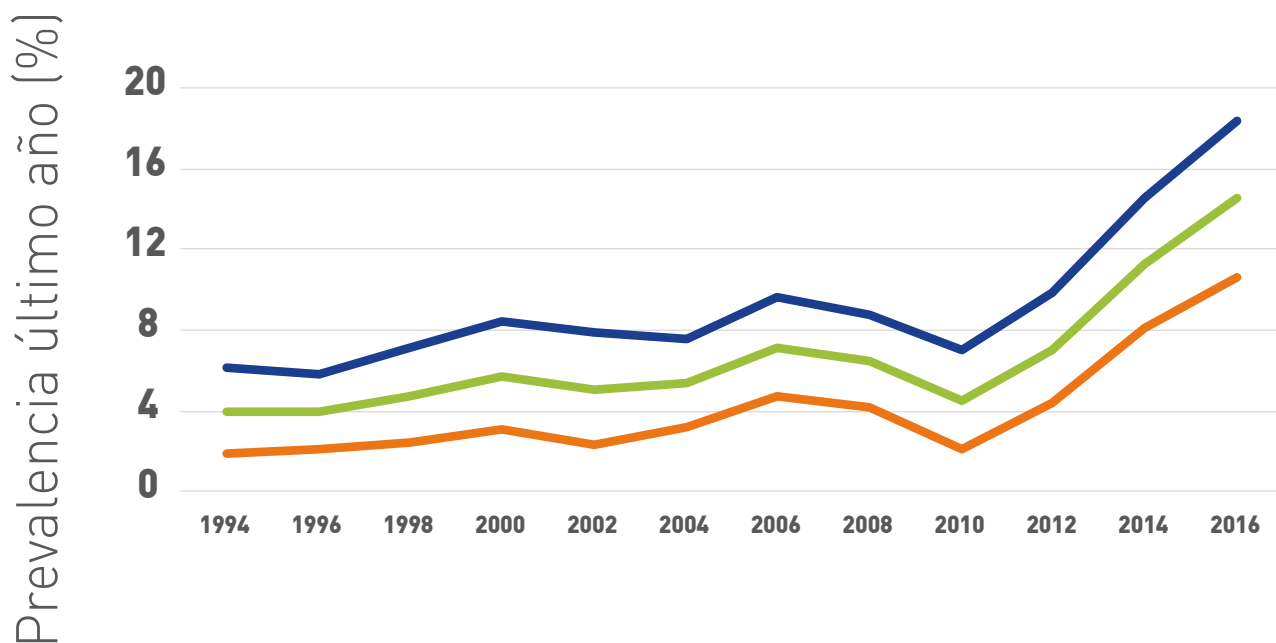


La prevalencia del último año de consumo de marihuana en Chile pasó desde casi el 4% en 1994 al 14,5% en 2016; sin embargo, entre 1994 y 2006 el cambio fue menos abrupto que hacia el final de la serie, e incluso hubo un descenso importante del consumo al 4,6% entre 2006 y 2010. A partir de entonces el consumo pasó del 4,6% en 2010 al 14,5% en 2016. La brecha según sexo se ha mantenido a lo largo de toda la serie de estudios en la población general, con tasas de consumo más altas entre los hombres (gráfico 3.5). El consumo entre los hombres pasó del 6,4% en 1994 al 18,4% en 2016 y el de las mujeres del 1,9% al 10,6% en el mismo período.

Gráfico 3.5

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general de Chile (12-64 años), según el sexo y total, 1994-2016

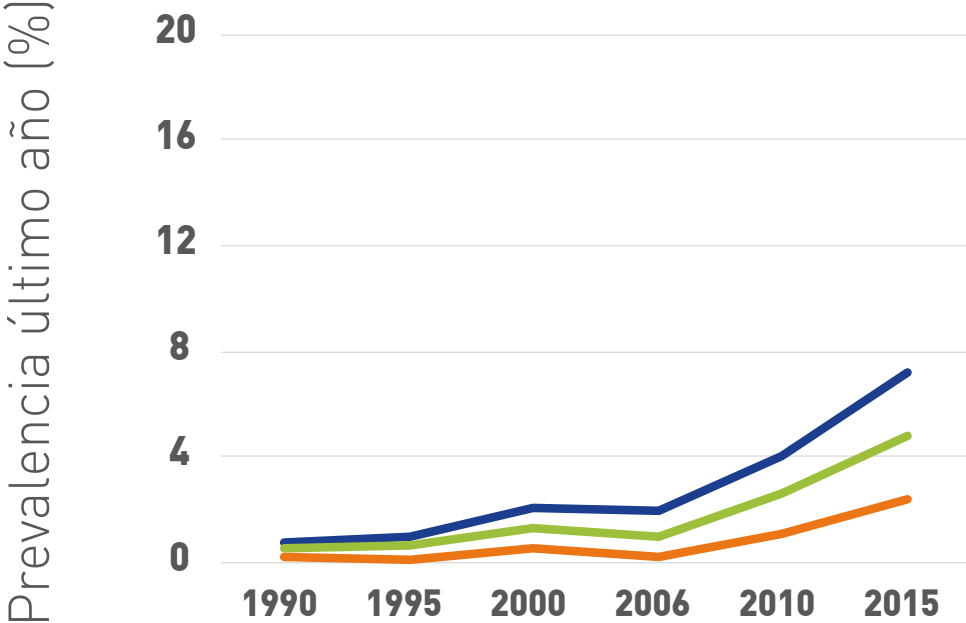


Costa Rica registró una variación sostenida desde 1990 hasta 2000, cuando alcanzó un registro del 1,3%. A partir de entonces hubo una pequeña variación en 2006 al 1,0%, seguido de un cambio constante entre 2010 y 2015, al 2,6% y 4,8%, respectivamente. Comparando la prevalencia del consumo de marihuana según el sexo, en 2015 los hombres presentaron un registro del 7,2% y las mujeres del 2,4% (gráfico 3.6).

Gráfico 3.6

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año consumo de marihuana en la población general de Costa Rica, según el sexo y total, 1990-2015

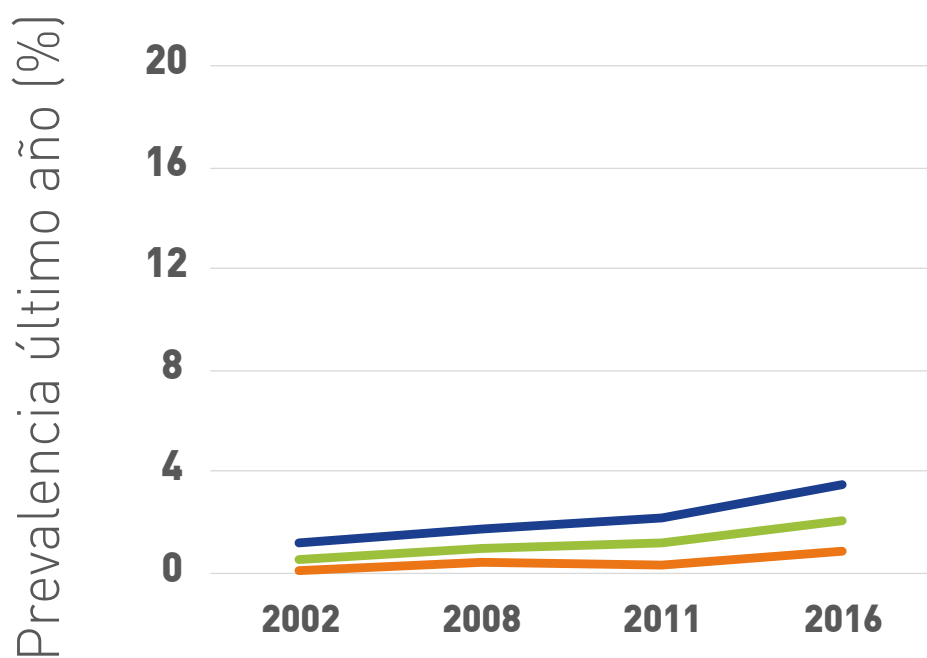


La prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general de México pasó entre 2002 y 2016 de 0,6% a 2,1%. En el período 2011 y 2016 las tasas pasaron de 1,2% a 2,1%. En toda la serie el consumo entre los hombres pasó de 1,2% a 3,5% y entre las mujeres de 0,1% a 0,9% (gráfico 3.7).

Gráfico 3.7

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

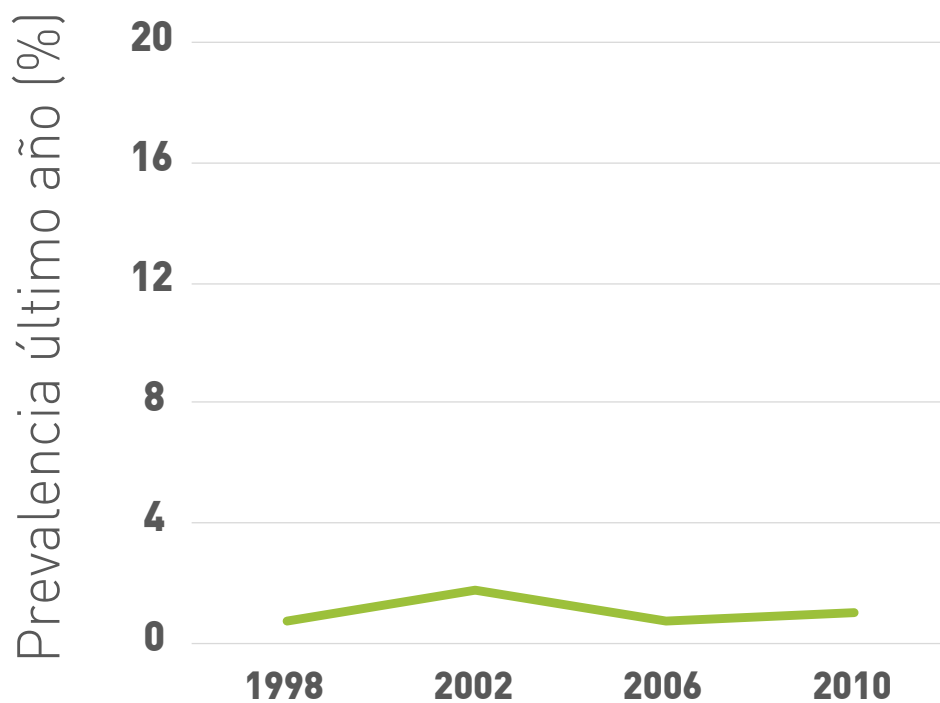
Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general de México (12-65 años), según el sexo y total, 2002-2016



La tendencia monitoreada en Perú, con datos proporcionados únicamente para la población total, muestra una variación que va desde 0,7% en 1998 a 1,8% en 2002, para luego registrar el mismo 0,7% en 2006. Hacia 2010 el consumo de marihuana alcanzó un registro del 1%, representando una variación de 0,3 puntos porcentuales comparado con 2006 (gráfico 3.8).

Gráfico 3.8

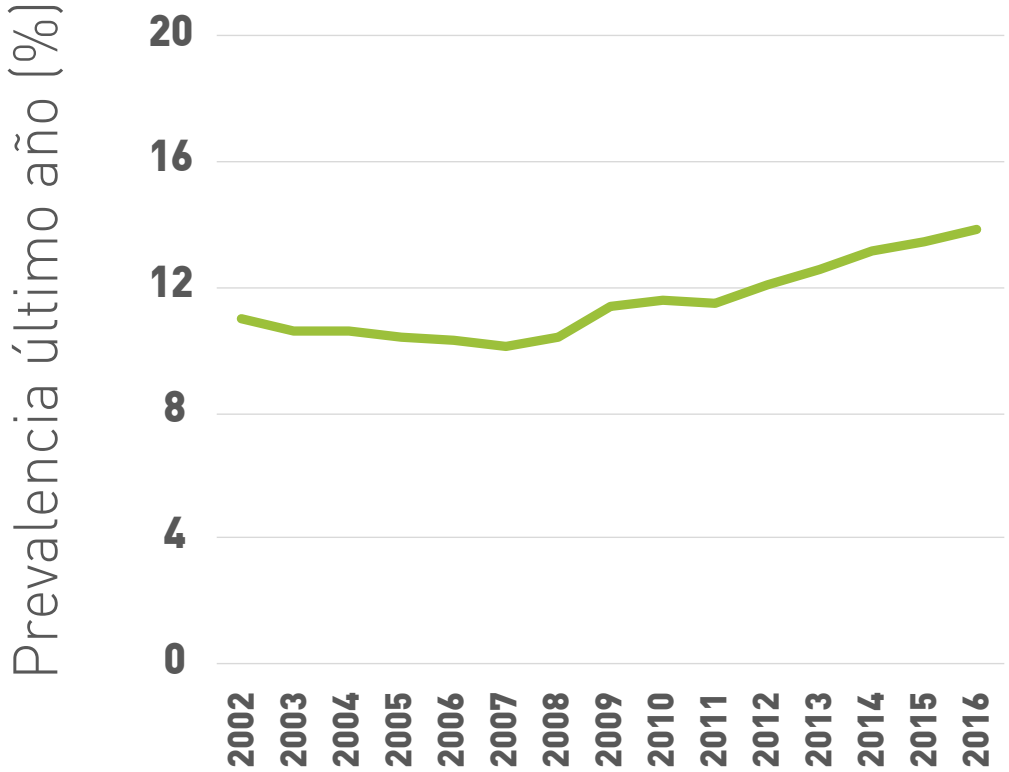
Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general de Perú (12-65 años), 1998-2010



En la población general de los Estados Unidos hubo una variación del consumo de marihuana con una prevalencia del último año de 11% en 2002 y de 10,1% en 2007. Desde entonces el consumo de marihuana ha aumentado, alcanzando 13,9% en 2016 (gráfico 3.9).

Gráfico 3.9

Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general de los Estados Unidos (12 y más años), 2002-2016

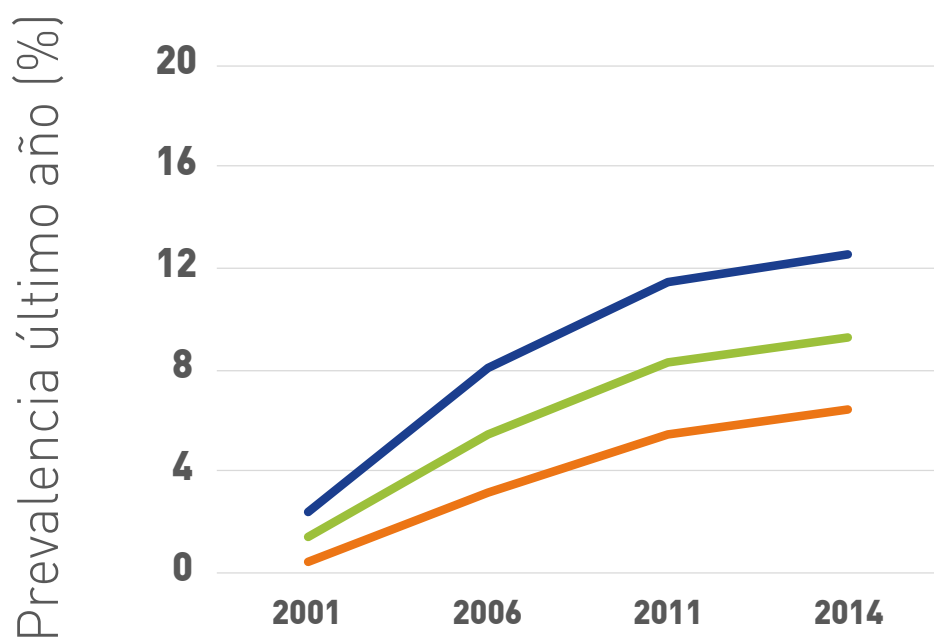


En Uruguay la prevalencia del último año de consumo de marihuana ha tenido variaciones persistentes a lo largo de toda la serie de estudios (gráfico 3.10). Al inicio de la serie, en 2001, el registro era de 1,4%, pasando a 5,5% en 2006, luego a 8,3% en 2011 y a 9,3% en 2014. El consumo entre los hombres pasó de 2,4% en 2001 a 12,5% en 2014, mientras que entre las mujeres pasó de 0,4% a 6,4% en ese mismo período.

Gráfico 3.10

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana en la población general de Uruguay (15-65 años), según el sexo y total, 2001-2014



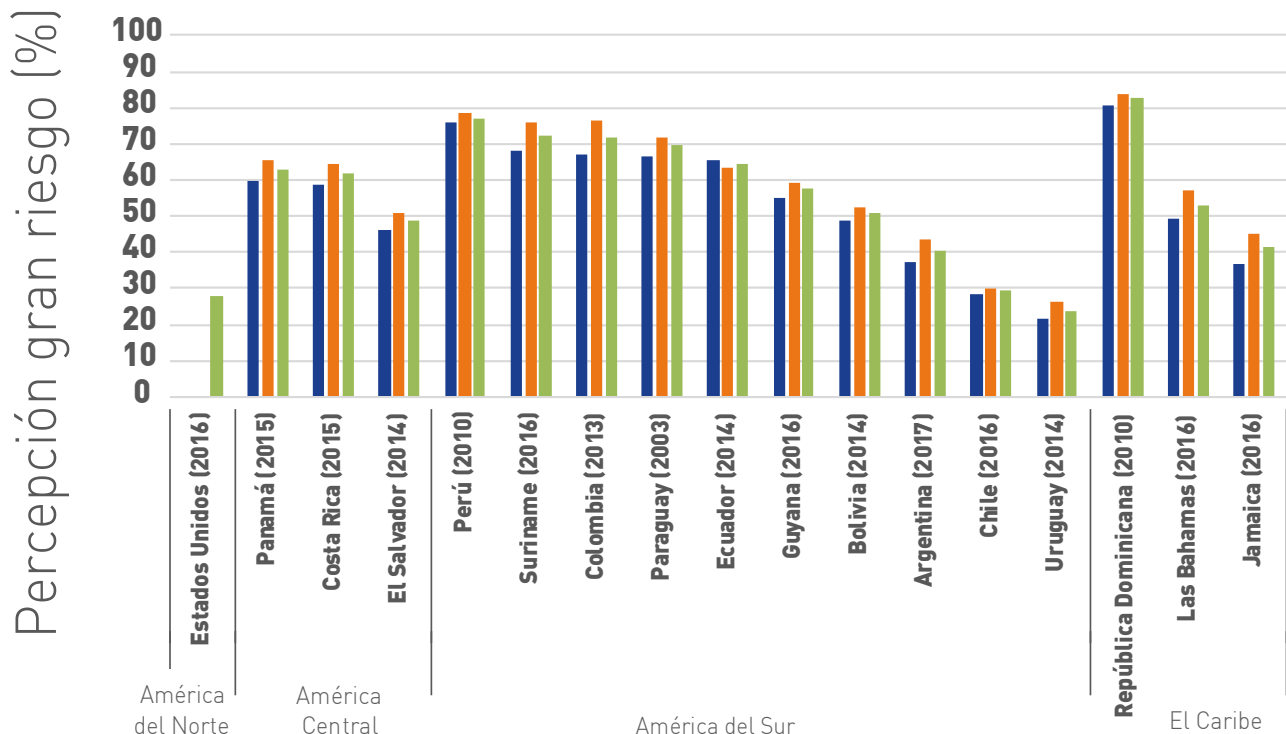
Percepción de gran riesgo del consumo de marihuana en la población general

El gráfico 3.11 muestra la percepción de gran riesgo del consumo ocasional de marihuana en la población general. Los países donde se observa la menor percepción de gran riesgo, considerando que menos de un tercio de la población indica que usar ocasionalmente marihuana implica riesgos, son Chile, los Estados Unidos y Uruguay. Por contrapartida, en los siguientes países el 70% o más de la población considera de gran riesgo el uso ocasional de marihuana: Perú, Suriname, Colombia y República Dominicana. Observados los datos según el sexo, con la excepción de Ecuador, hay una mayor percepción de gran riesgo entre las mujeres respecto de los hombres.

Gráfico 3.11

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional (alguna vez/una o dos veces) de marihuana en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

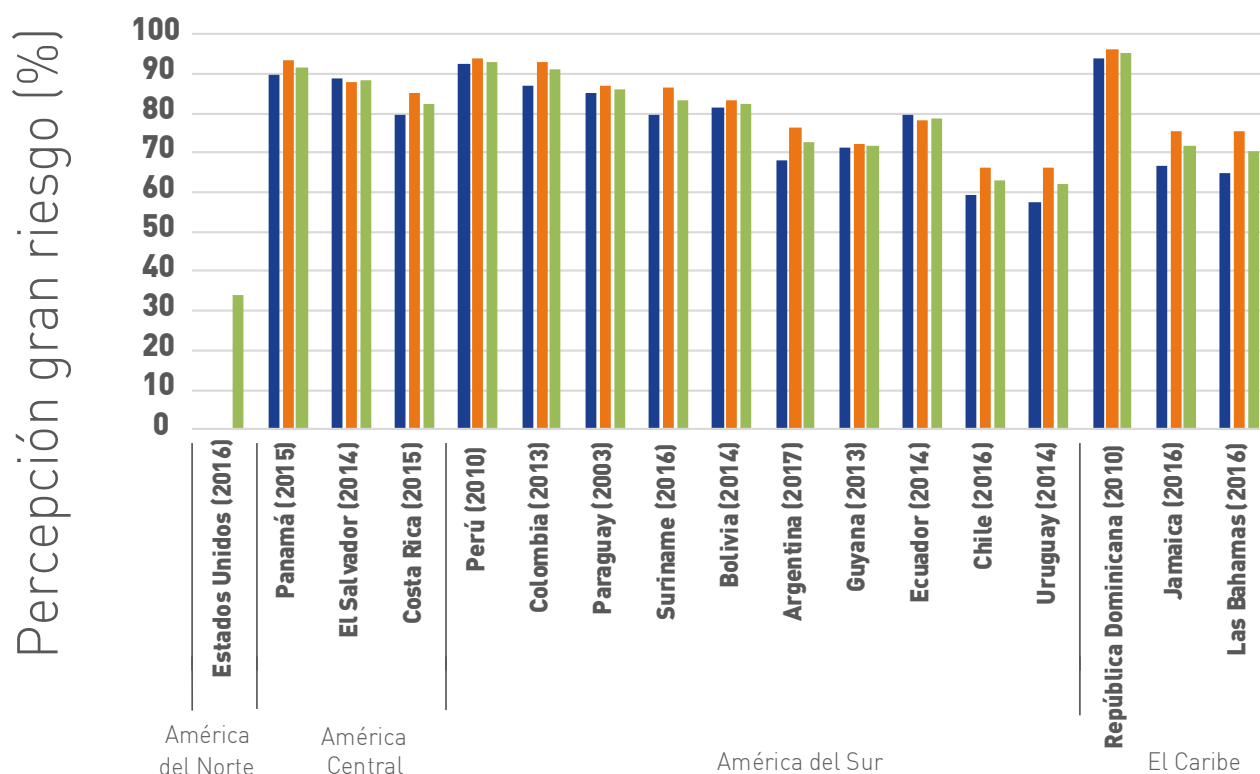


Por otra parte, los países presentan menor variabilidad con relación a la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana, donde mayoritariamente el 80% o más de la población considera que el consumo frecuente de marihuana implica un gran riesgo. La excepción la constituyen Argentina, Las Bahamas, Chile, Ecuador, los Estados Unidos, Guyana, Jamaica y Uruguay. Las variaciones por sexo también son muy ajustadas en todos los países.

Gráfico 3.12

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

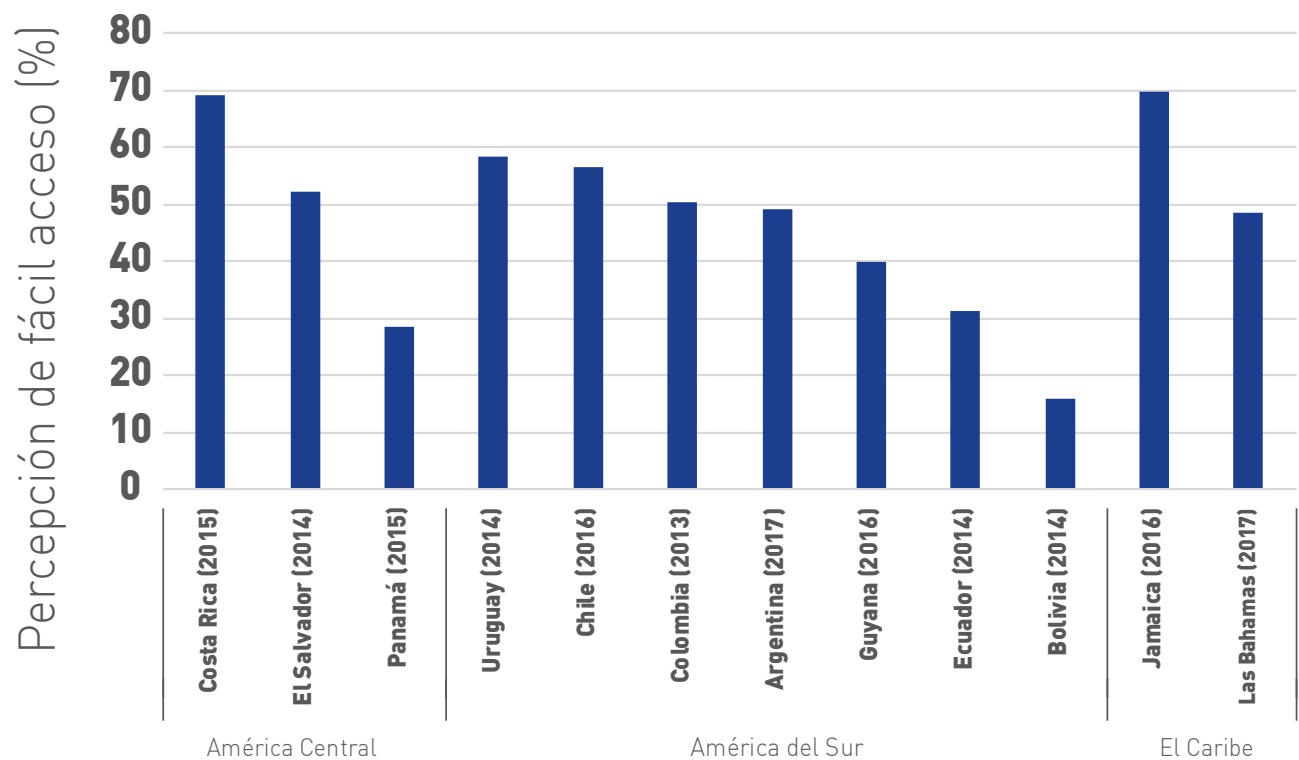


Percepción de fácil acceso y oferta directa de marihuana en la población general

Se observa una importante variabilidad entre los países respecto de la percepción de facilidad de acceso para obtener marihuana en la población general, que oscila entre el 16% y el 69,7%. La mayor percepción de facilidad de acceso para obtener marihuana se observa en Costa Rica y Jamaica. En ambos países casi el 70% de la población percibe que sería fácil obtener esa droga. Le siguen Chile, Colombia, El Salvador y Uruguay donde entre el 50% y 60% de la población considera que es fácil conseguir marihuana. En Bolivia y Panamá, en cambio, menos de un tercio de la población considera que es fácil obtener marihuana (gráfico 3.13).

Gráfico 3.13

Percepción de facilidad de acceso a marihuana en la población general, por país, ordenado por subregión



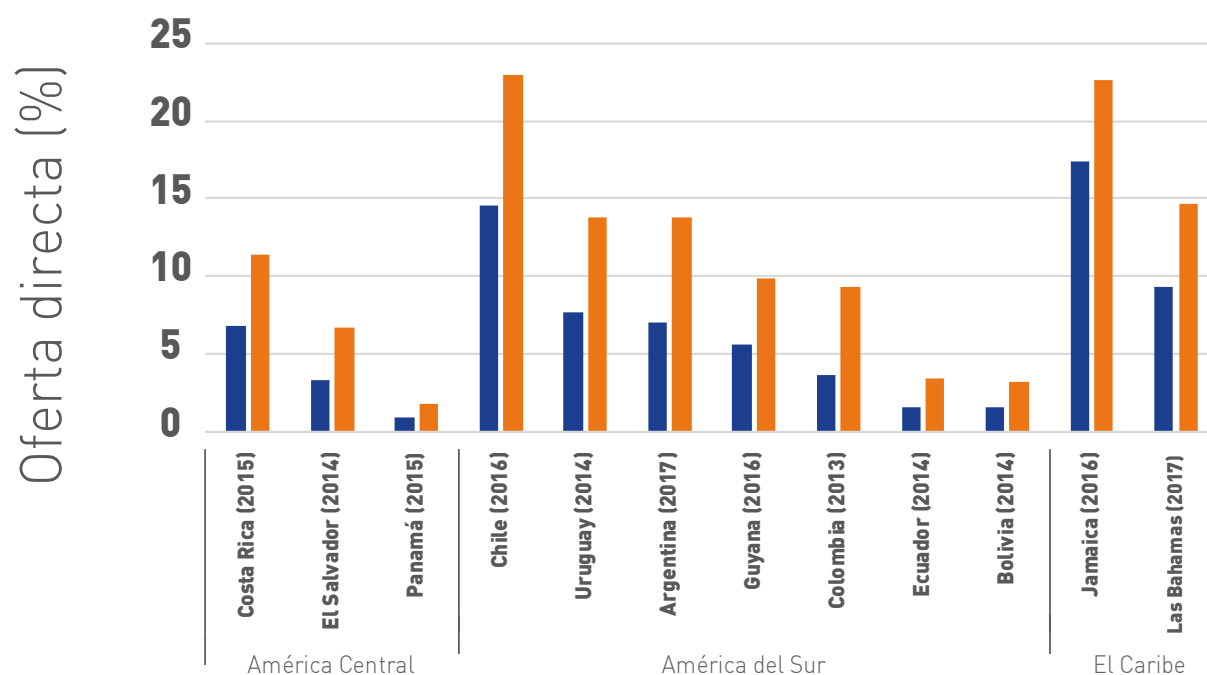
Como se observa en el gráfico 3.14, la mayor oferta directa de marihuana en los últimos 30 días se registra en Las Bahamas, Chile y Jamaica. Los países con la mayor proporción de oferta directa de marihuana en los últimos 12 meses, en la población general, se distribuyen regionalmente de la siguiente forma: Costa Rica en América Central con el 11,4%; Chile en América del Sur con el 22,9%; y Jamaica en el Caribe con el 22,6%. Es importante destacar que la información de oferta directa de drogas está disponible en muy pocos países, por lo cual este análisis debe ser observado en su contexto.

Gráfico 3.14

Oferta último mes

Oferta último año

Oferta directa de marihuana en el último mes y último año en la población general, por país, ordenado por subregión

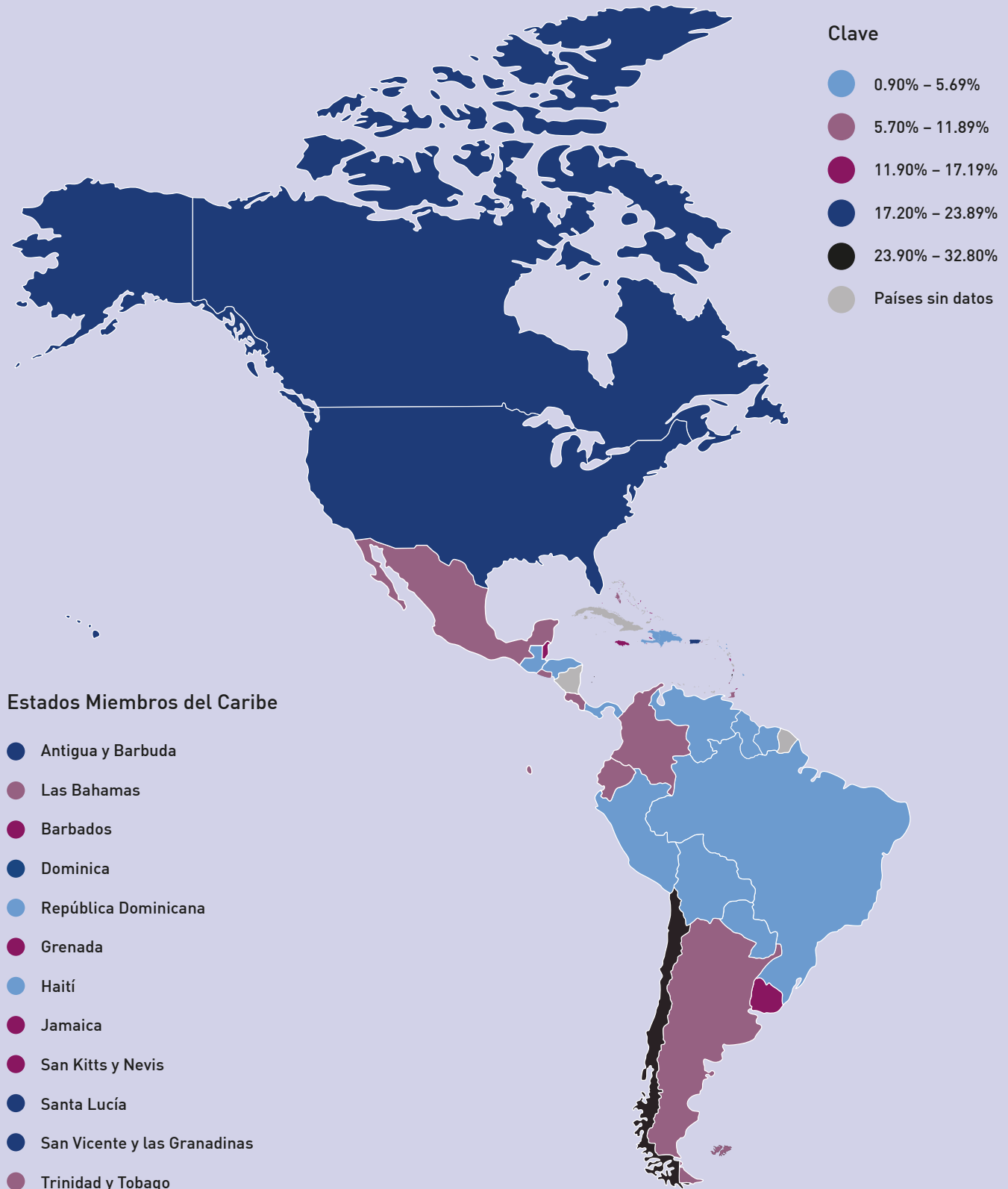


3.1.2 Consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En el mapa 3.1 se presenta la prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria, en gran parte de los países de las Américas. Lo que se observa es que en cuatro países el uso de marihuana en el último año es más alto con relación al resto de la región: Antigua y Barbuda, Chile, Dominica y los Estados Unidos con registros cercanos al 20% o más. Otro grupo de países presenta niveles de consumo cercanos o por sobre el 10%, pero inferiores al 20%: Argentina, Barbados, Belize, Canadá, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Grenada, Jamaica, México, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Mapa 3.1

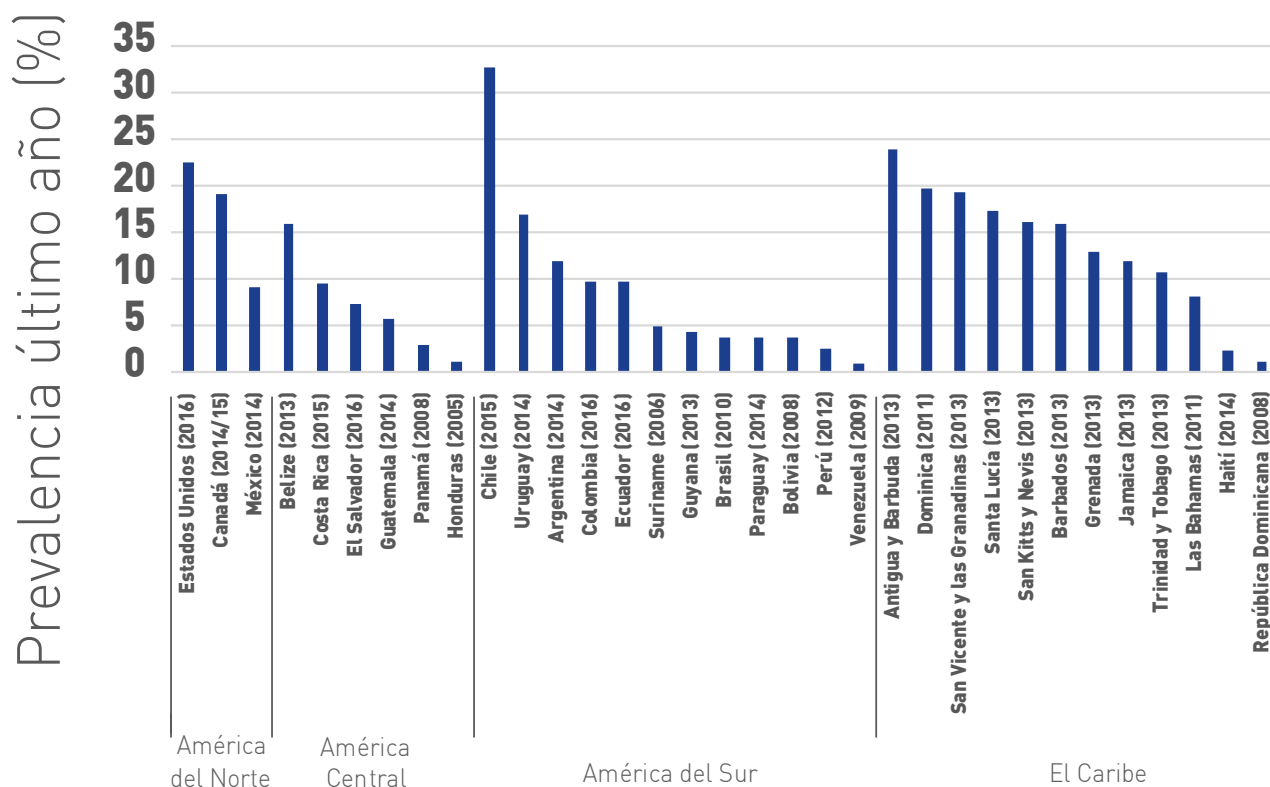
Prevalencia del último año de consumo de **marihuana** entre los estudiantes de enseñanza secundaria de las Américas



El gráfico 3.15 muestra la prevalencia del último año de consumo de marihuana para todos los países de las Américas que cuentan con información disponible, a partir de encuestas a estudiantes secundarios. El análisis regional indica niveles de consumo que varían entre países y subregiones. En América del Norte la prevalencia del último año de consumo de marihuana es más alta en Canadá y los Estados Unidos que en México. En América Central Belize se destaca con un registro sobre el 15%, mientras Costa Rica presenta una tasa de consumo levemente inferior al 10%. En esa subregión el consumo más bajo se registra en Honduras y Panamá, en ambos países inferiores al 5%. En América del Sur Chile se destaca con una tasa de consumo de marihuana sobre el 30%, seguido de Uruguay con un registro sobre el 15% y Argentina sobre el 10%. Colombia y Ecuador presentan registros inferiores al 10%. El consumo más bajo en América del Sur se registra en Bolivia, Brasil, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela con tasas inferiores al 5%. Antigua y Barbuda se destaca entre los países del Caribe con registros cercanos al 25%, seguido por Dominica y San Vicente y las Granadinas con registros que bordean el 20%. Los registros más bajos se observan en Haití y República Dominicana, ambos inferiores al 5%.

Gráfico 3.15

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria por país, ordenado por subregión



La tabla 3.1 registra la prevalencia del último año de consumo de marihuana en sus valores mínimo y máximo a nivel Hemisférico y por cada subregión.

Tabla 3.1

Valores mínimos y máximos de la prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por subregión y del Hemisferio

Subregión	Valor mínimo	Valor máximo
América del Norte	9,1% (2014/15)	22,6% (2016)
América Central	1,1% (2005)	15,8% (2013)
América del Sur	0,9% (2009)	32,8% (2015)
El Caribe	1,0% (2008)	23,9% (2013)
Hemisferio	0,9% (2009)	32,8% (2015)

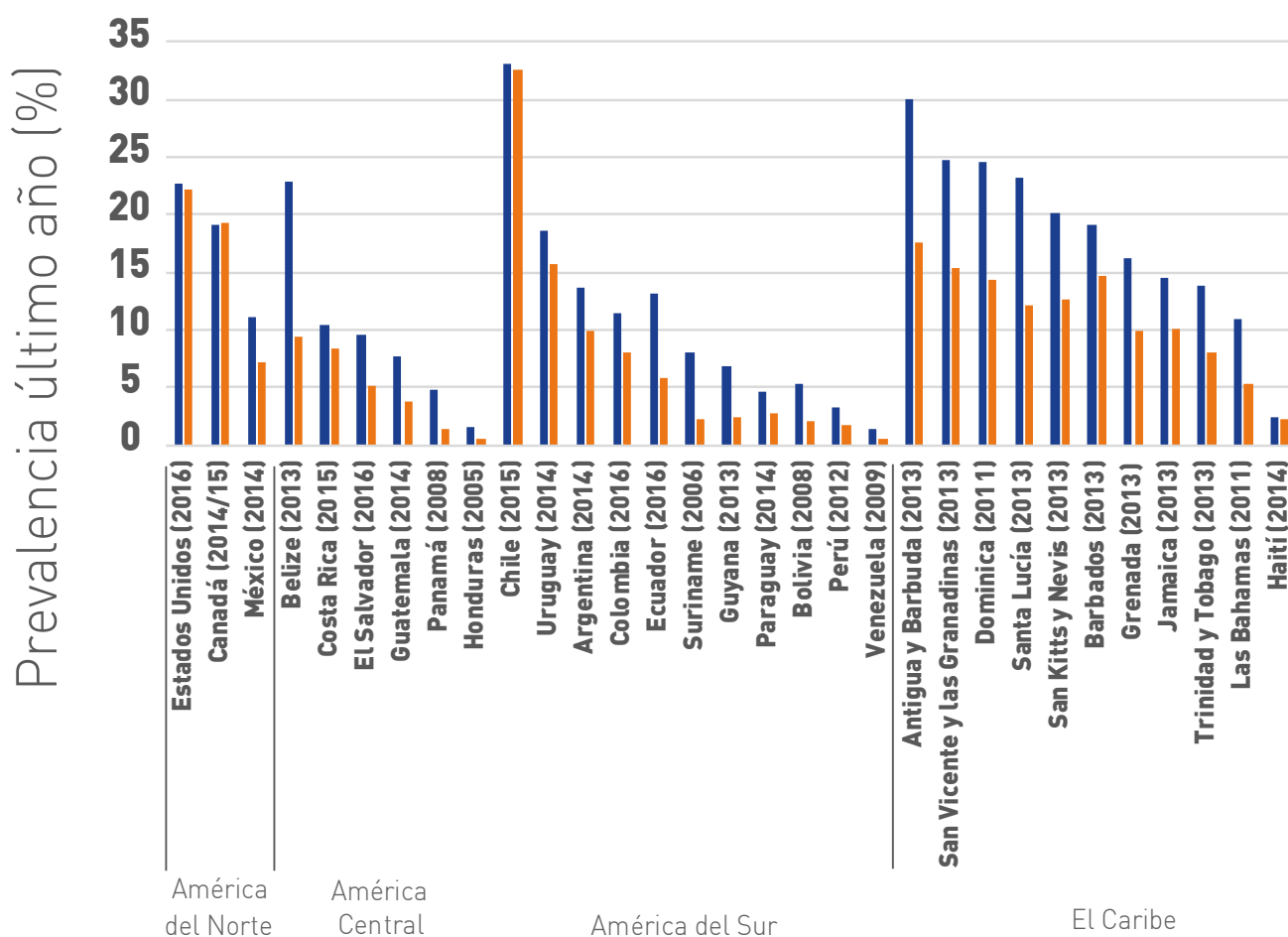
Nota: El dato en cada subregión corresponde a la prevalencia más baja y más alta encontrada en los países. No es un promedio subregional.

En el gráfico 3.16 se presenta la prevalencia del último año de consumo de marihuana según el sexo, ordenadas por las más altas y más bajas dentro de cada subregión. Lo primero que se destaca en el gráfico 3.16 es que, en casi todos los países, el uso de marihuana entre los estudiantes es mayor en los hombres que entre las mujeres.

Gráfico 3.16

Hombre | Mujer

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo, por país, ordenado por subregión



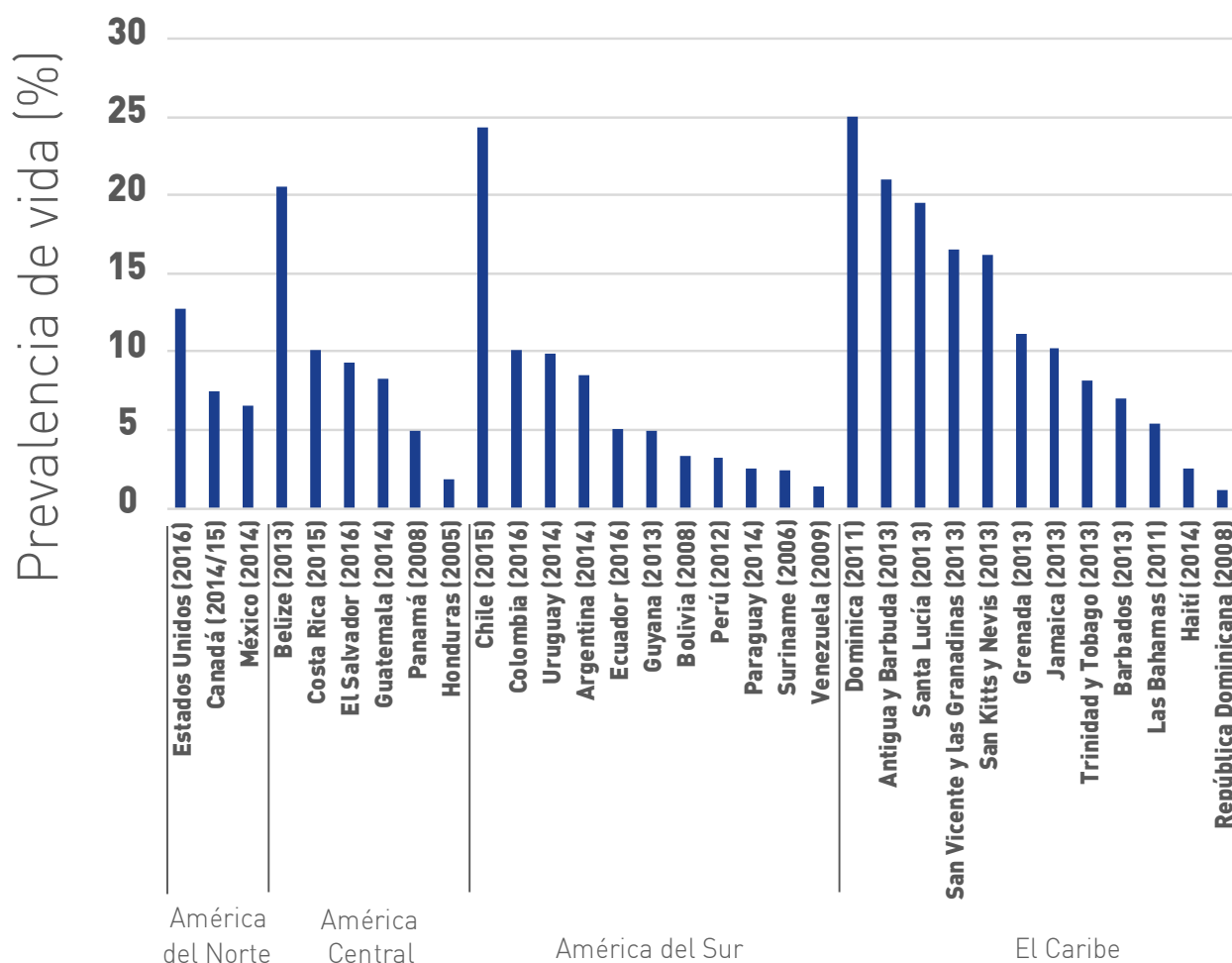
La prevalencia del último año de consumo de marihuana en los hombres es mayor que entre las mujeres en la mayoría de los países y es al menos el doble en algunos de ellos. Esta situación se aplica a todos los países de América Central, excepto Costa Rica. En los países de América del Sur, esta misma situación se aplica a Bolivia, Ecuador, Guyana, Suriname y Venezuela. En los países del Caribe, esta gran brecha según el sexo se observa solo en Las Bahamas y República Dominicana. Las excepciones son aquellos países con mayor prevalencia en América del Norte y América del Sur. En Canadá, Chile y los Estados Unidos la prevalencia del último año de consumo de marihuana entre hombres y mujeres es casi la misma. En Haití las tasas de consumo de marihuana son bajas y casi iguales para ambos sexos.

Un área de especial interés en las políticas preventivas sobre drogas, tiene que ver con el inicio temprano del consumo de alguna sustancia psicoactiva. Si bien este fenómeno se puede describir usando diferentes indicadores, como el promedio o la mediana de la edad de inicio, en este informe se reportará el uso temprano de marihuana a través del porcentaje de estudiantes de 8° grado (mayoritariamente de 13 a 15 años) que declaran haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida.

El gráfico 3.17 muestra la prevalencia de vida de consumo de marihuana entre los estudiantes de 8° grado, el cual representa al grupo de edad más joven en la población de estudiantes de enseñanza secundaria.

Gráfico 3.17

Prevalencia de vida de consumo de marihuana entre los estudiantes de 8° grado o equivalente, por país, ordenado por subregión



En América del Norte el consumo de marihuana en 8° grado se destaca entre los estudiantes de los Estados Unidos, donde más de uno de cada 10 estudiantes ha usado marihuana alguna vez en su vida. En América Central, en Belize dos de cada 10 estudiantes y en Costa Rica uno de cada 10 han usado marihuana alguna vez en su vida. En América del Sur, en Chile uno de cada cuatro estudiantes de 8° grado ha usado marihuana alguna vez en su vida, y uno de cada diez en Colombia y Uruguay. En los países del Caribe el uso precoz de marihuana es más común que en las otras subregiones. En Dominica uno de cada cuatro estudiantes de 8° grado usó marihuana alguna vez en su vida, mientras que en Antigua y Barbuda y Santa Lucía lo hicieron dos de cada 10 estudiantes.

El menor consumo precoz de marihuana en 8° grado se observa en Bolivia, Guyana, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname y Venezuela donde el registro de consumo alguna vez en la vida es inferior al 5%.

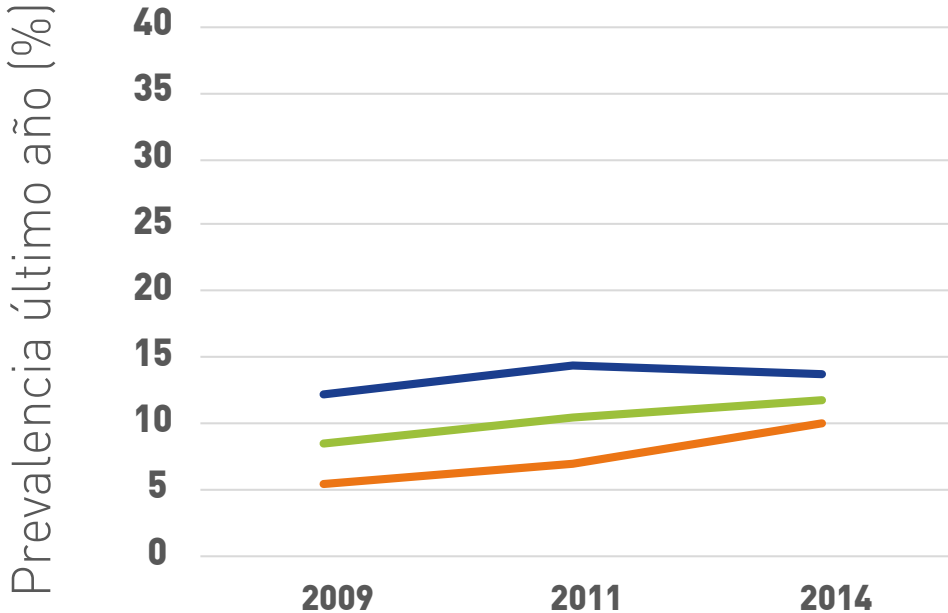
Tendencias del consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En Argentina la prevalencia del último año de consumo de marihuana ha venido cambiando a lo largo de los tres estudios realizados, pasando del 8,4% en 2009 al 11,8% en 2014. Entre los hombres el consumo pasó del 12,1% en 2009 al 14,4% en 2011 y luego al 13,7% en 2014. Sin embargo, entre las mujeres el consumo de marihuana ha variado de manera persistente en todo la serie de estudios, pasando del 5,4% en 2009 al 10% en 2014 (gráfico 3.18).

Gráfico 3.18

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Argentina, según el sexo y total, 2009-2014

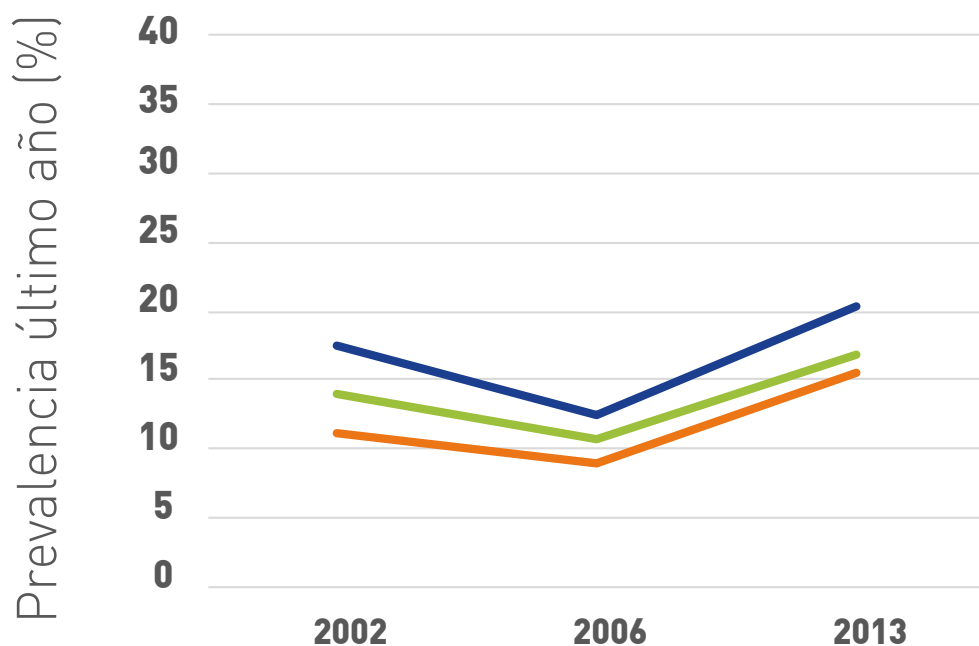


En Barbados la prevalencia del último año de consumo de marihuana pasó del 14,1% en 2002 al 16,9% en 2013. El consumo entre los hombres pasó desde el 17,4% al 20,3%, mientras que entre las mujeres el cambio fue del 11,1% al 15,5% en el mismo período (gráfico 3.19).

Gráfico 3.19

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Barbados, según el sexo y total, 2002-2013

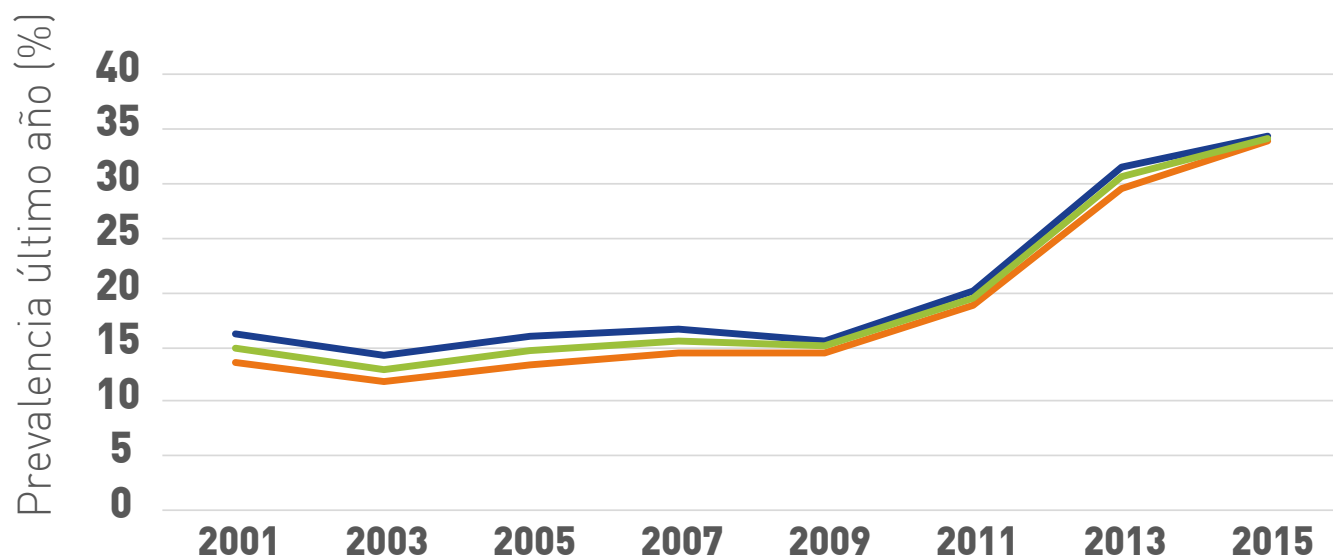


Como se observa en el gráfico 3.20, los estudiantes de enseñanza secundaria de Chile presentan un importante cambio en el patrón de consumo de marihuana. En toda la serie de estudios el consumo ha variado, pasando de 14,8% en 2001 a 34,2% en 2015. En el año 2001 el consumo entre los hombres alcanzó un registro del 16,2% y entre las mujeres del 13,5%, ambos aproximándose al 34% en 2015.

Gráfico 3.20

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Chile, según el sexo y total, 2001-2015

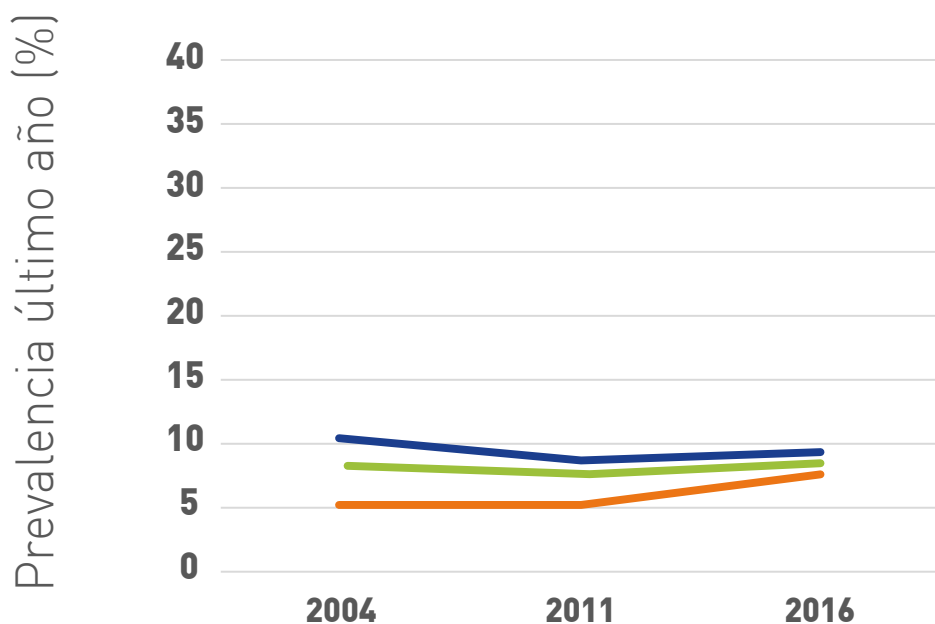


El consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia pasó del 7,7% en 2004 al 8,4% en 2016. Mientras el consumo de los hombres tuvo una variación entre 2004 y 2011, lo que explicaba el aparente descenso en el total de la población, en el último período se registra una variación desde el 8,7% en 2011 al 9,3% en 2016. Asimismo, el consumo de marihuana entre las mujeres muestra una variación continua desde 2004, desde 5,1% a 7,6% en 2016 (gráfico 3.21).

Gráfico 3.21

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia, según el sexo y total, 2004-2016

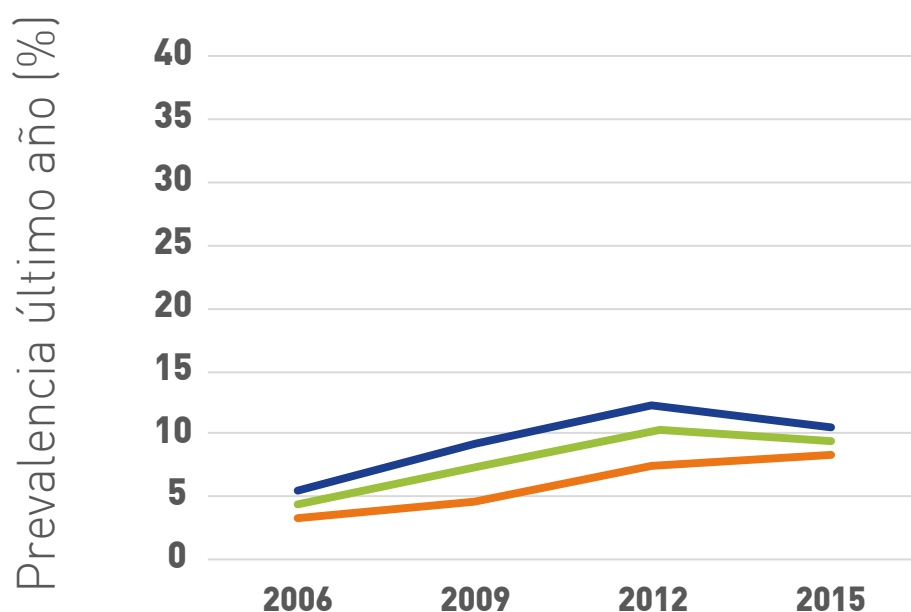


Costa Rica presenta una variación sostenida del consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria, pasando de 4,5% en 2006 a 9,7% en 2012 y luego a 9,4% en 2015. El consumo de los hombres pasó del 5,5% en 2006 al 12,3% en 2012 y luego a 10,4% en 2015, mientras que el de las mujeres pasó del 3,3% en 2006 a 8,3% en 2015 (gráfico 3.22).

Gráfico 3.22

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Costa Rica, según el sexo y total, 2006-2015

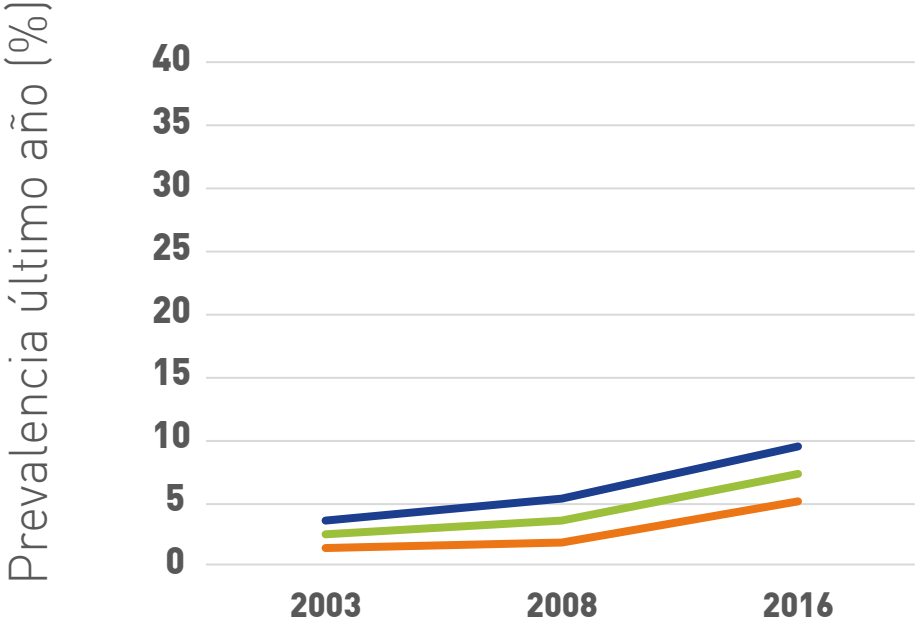


De igual modo, la prevalencia del último año de consumo de marihuana ha venido variando sostenidamente entre los estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, pasando del 2,5% en 2003 al 7,3% en 2016. El cambio del consumo se observa tanto en hombres como en mujeres. En el caso de los hombres la prevalencia del último año alcanzó al 9,5% en 2016, habiendo cambiado a lo largo de la serie de estudios, partiendo del 3,6% en 2003. En las mujeres el consumo de marihuana cambió también en toda la serie de estudios, pasando del 1,3% en 2003 al 5,2% en 2016 (gráfico 3.23).

Gráfico 3.23

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, según el sexo y total, 2003-2016

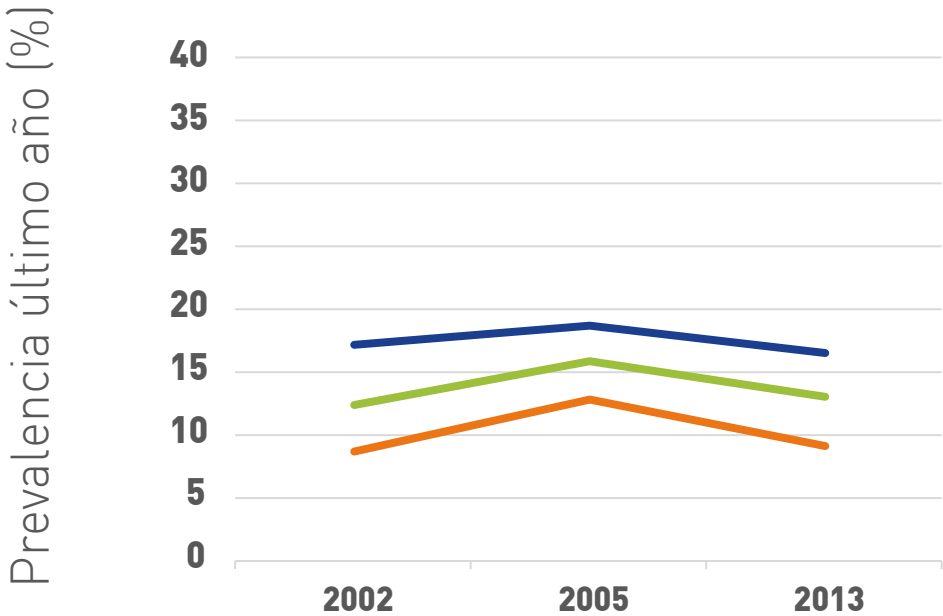


En el caso de Grenada el consumo de marihuana presentó registros de 12,3% en 2002 y 12,9% en 2013. El consumo entre los hombres pasó del 17,2% al 16,6%, mientras que entre las mujeres se ve una menor variación, pasando del 8,7% al 9,0% en igual período (gráfico 3.24).

Gráfico 3.24

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Grenada, según el sexo y total, 2002-2013

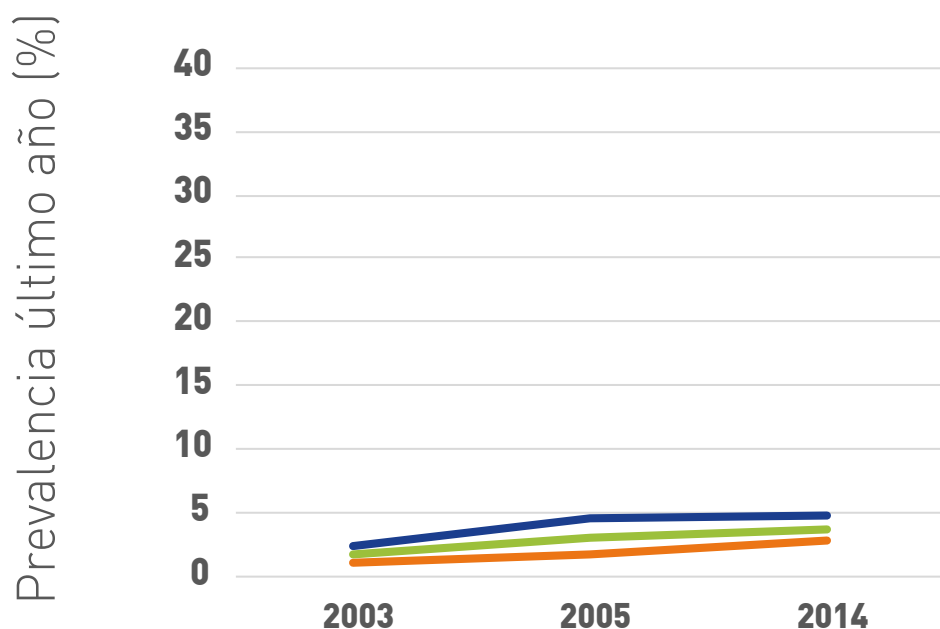


El consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay ha tenido cambios persistentes, pasando del 1,7% en 2003 al 3,7% en 2014. Se observa que el consumo de los hombres tiende a estabilizarse cerca del 4,7% (2014), mientras que en las mujeres varía del 1% en 2003 al 2,8% en 2014 (gráfico 3.25).

Gráfico 3.25

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay, según el sexo y total, 2003-2014

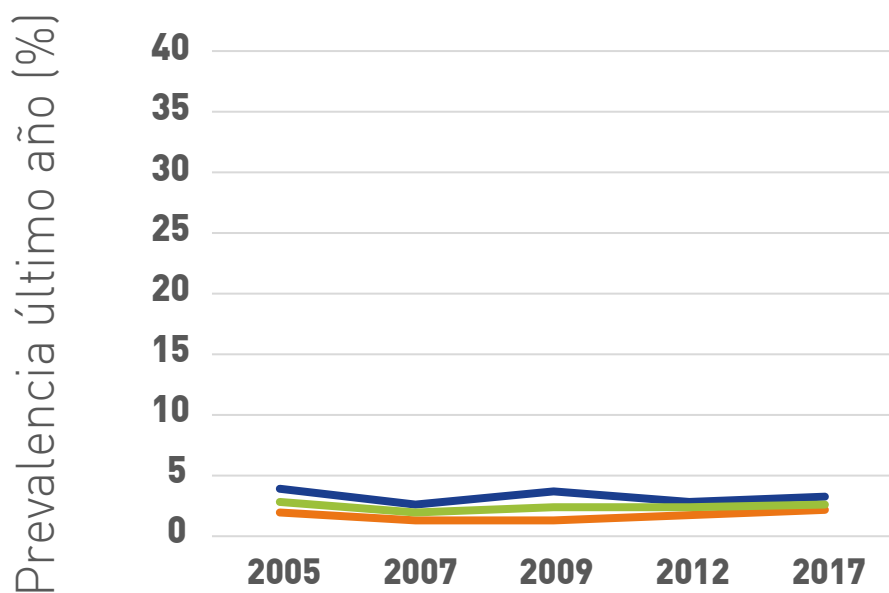


Perú registra tasas de consumo de marihuana fluctuantes en toda la serie de estudios, entre 2% y 3%. Entre las mujeres, a pesar de las fluctuaciones, la tasa de consumo de 2017 es prácticamente igual que al inicio de la serie en 2005, en torno al 2%. Los hombres, en cambio, muestran un menor consumo en 2017, del 3,1%, con relación al inicio de la serie, que fue del 3,8% (gráfico 3.26).

Gráfico 3.26

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Perú, según el sexo y total, 2005-2017

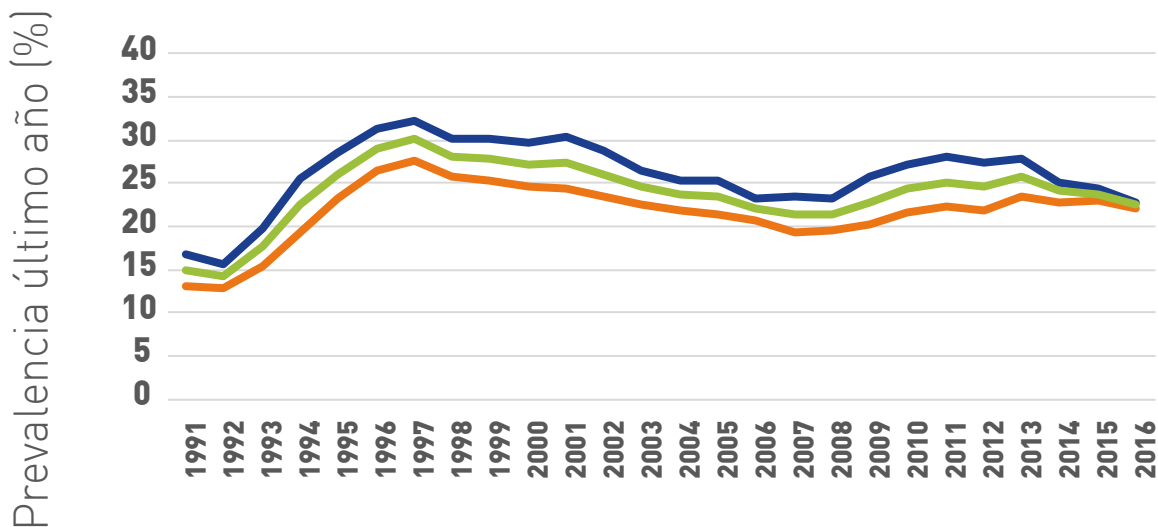


La información de los Estados Unidos, cuya fuente es la encuesta Estudio de Observación del Futuro, muestra la tendencia de la prevalencia del último año de consumo de marihuana en el período 1991-2016 (gráfico 3.27). Los datos registran una importante variación entre 1991 y 1997, pasando del 15% al 30%. A partir de allí se observa un nuevo cambio hasta el año 2008, cuando se llega a una prevalencia del 21%, para luego comenzar una nueva variación llegando al 25,8% en 2013. Desde entonces se observa un aparente descenso hasta 2016, cuando la prevalencia de último año registró un 22,6%. Cabe mencionar que las fluctuaciones del consumo de marihuana en la última década han sido mucho menos extremas que las registradas en los primeros años de la serie de estudios. Con el tiempo han disminuido las diferencias de consumo entre hombres y mujeres.

Gráfico 3.27

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, según el sexo y total, 1991-2016

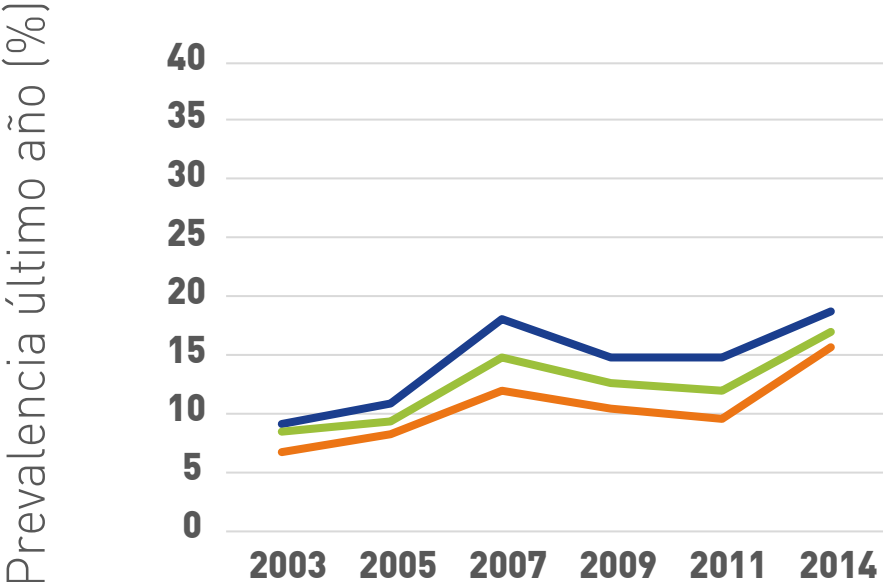


Uruguay, con una serie larga de estudios, presenta importantes fluctuaciones en todo el período. En 2014 se registran las tasas más altas de consumo de marihuana, pasando del 8,4% en 2003 al 17% en 2014. En este mismo período la prevalencia del último año entre los hombres pasó del 9,2% al 18,6%, mientras que entre las mujeres pasó del 6,7% al 15,7% (gráfico 3.28).

Gráfico 3.28

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Uruguay, según el sexo y total, 2003-2014



Percepción de gran riesgo del consumo de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria

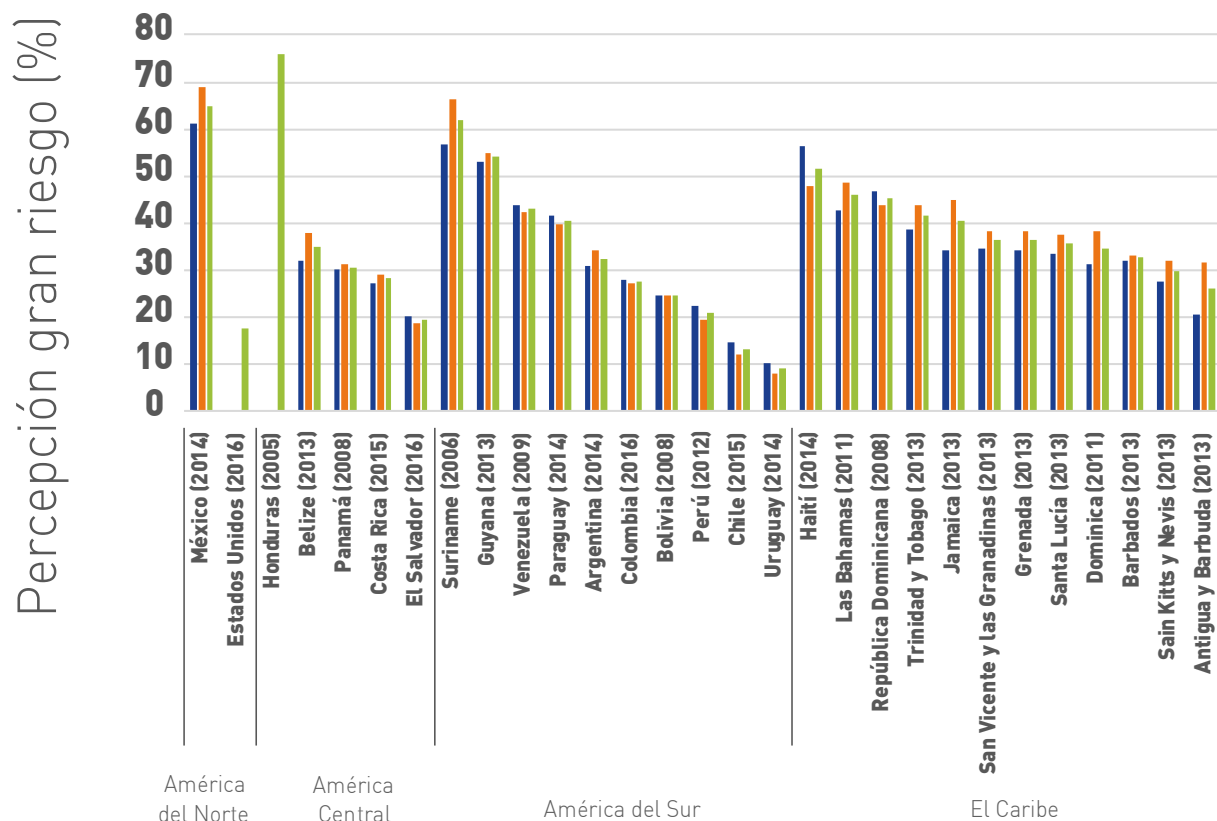
La percepción de gran riesgo del consumo ocasional de marihuana (consumir alguna vez, o una o dos veces) por parte de los estudiantes de enseñanza secundaria, presenta variabilidad entre los países, expresado en un continuo que va desde menos del 10% en Uruguay a más del 70% en Honduras. Como se observa en el gráfico 3.29, en la mayor parte de los países del Hemisferio consumir marihuana ocasionalmente es considerado de gran riesgo por menos de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria; sin embargo, en los siguientes países el 50% o más de los estudiantes percibe gran riesgo por el uso ocasional de marihuana: Guyana, Haití, Honduras, México y Suriname.

El gráfico 3.29 muestra también la percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana según el sexo. En México la percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Lo mismo se observa en todos los países de América Central, con la excepción de El Salvador. En América del Sur las estudiantes mujeres perciben mayor riesgo en Argentina, Guyana y Suriname. Mientras que en Chile, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela los hombres perciben mayor riesgo que las mujeres. En Bolivia casi no existen diferencias por sexo. En el Caribe, con la excepción de Haití y República Dominicana, donde los hombres perciben más riesgo que las mujeres, en el resto de países se registra una percepción de riesgo mayor entre las mujeres.

Gráfico 3.29

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo por el consumo ocasional de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

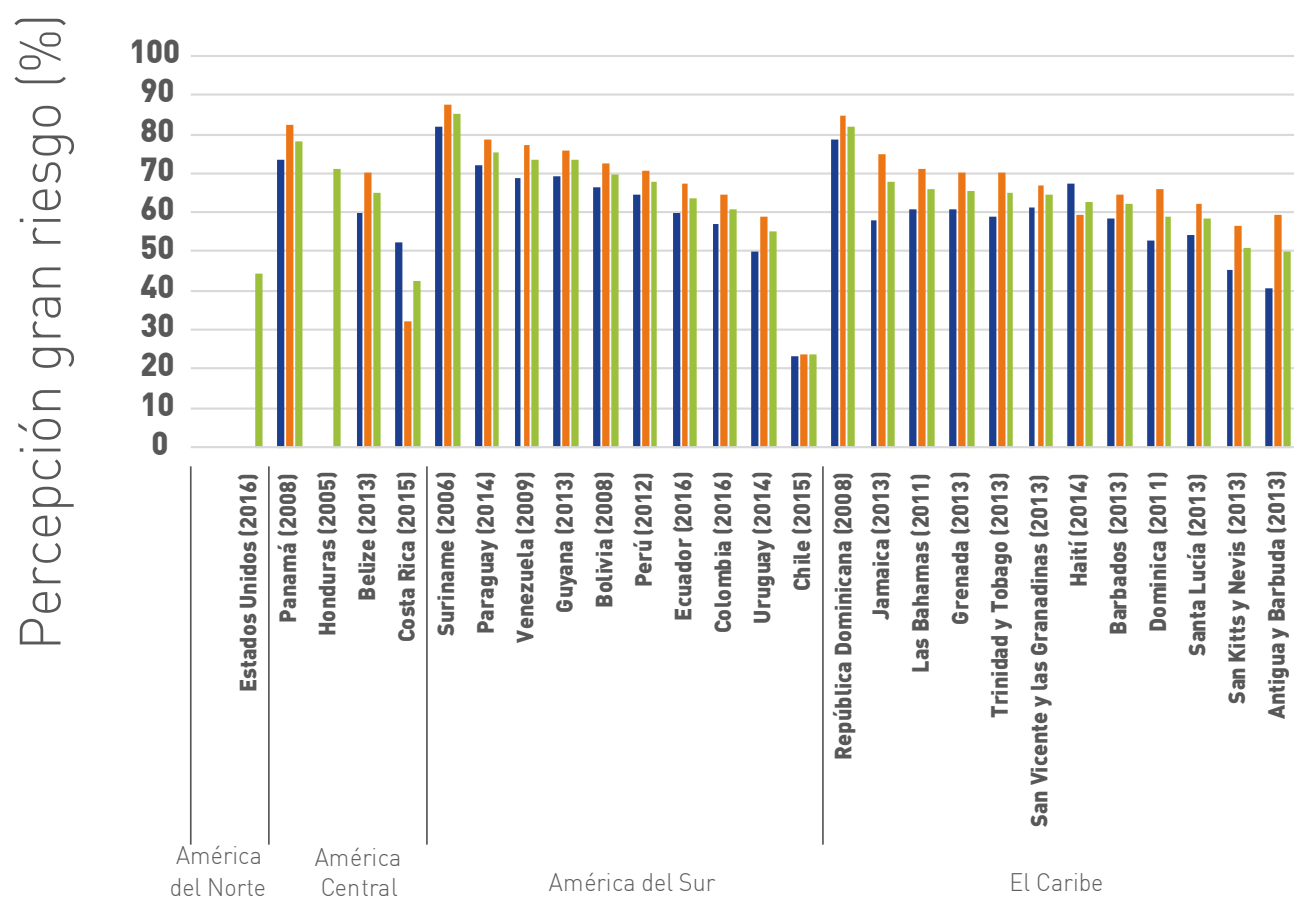


La variabilidad es menor en los países cuando se analiza la percepción de gran riesgo de consumo frecuente de marihuana (gráfico 3.30). En más de 20 países, entre el 60% y el 80% de los estudiantes considera que el consumo frecuente de marihuana es de gran riesgo. En aquellos países donde la percepción de riesgo del uso frecuente de marihuana es más baja (solo el 50% de los estudiantes o menos lo considera de gran riesgo) el consumo es mayor, como es el caso de Antigua y Barbuda, Chile y los Estados Unidos. Este dato refuerza la asociación entre la percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana y la prevalencia de consumo en los adolescentes escolarizados. El gráfico 3.30 muestra también la percepción de gran riesgo según el sexo, indicando que con la excepción de Costa Rica y Haití, las mujeres perciben siempre más riesgo que los hombres frente al consumo frecuente de marihuana.

Gráfico 3.30

| **Hombre**
| **Mujer**
| **Total**

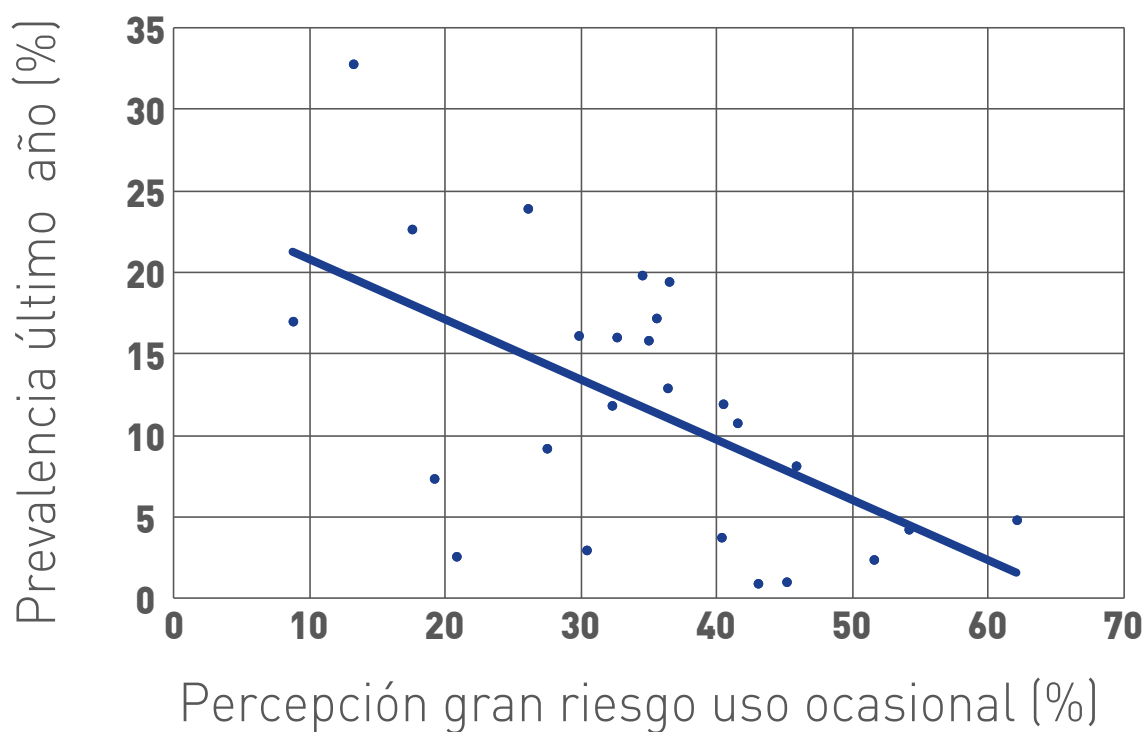
Percepción de gran riesgo por el consumo frecuente de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



Tal como se mencionó anteriormente, se observa una importante asociación entre la percepción de gran riesgo del consumo ocasional de marihuana y la prevalencia del consumo entre los estudiantes de enseñanza secundaria (gráfico 3.31). La mayoría de los estudiantes con una percepción de riesgo del 20% o menos, registran prevalencias de consumo de marihuana por sobre el 15%.

Gráfico 3.31

Prevalencia del último año y percepción de gran riesgo por el consumo ocasional de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria (cada punto representa a un país)



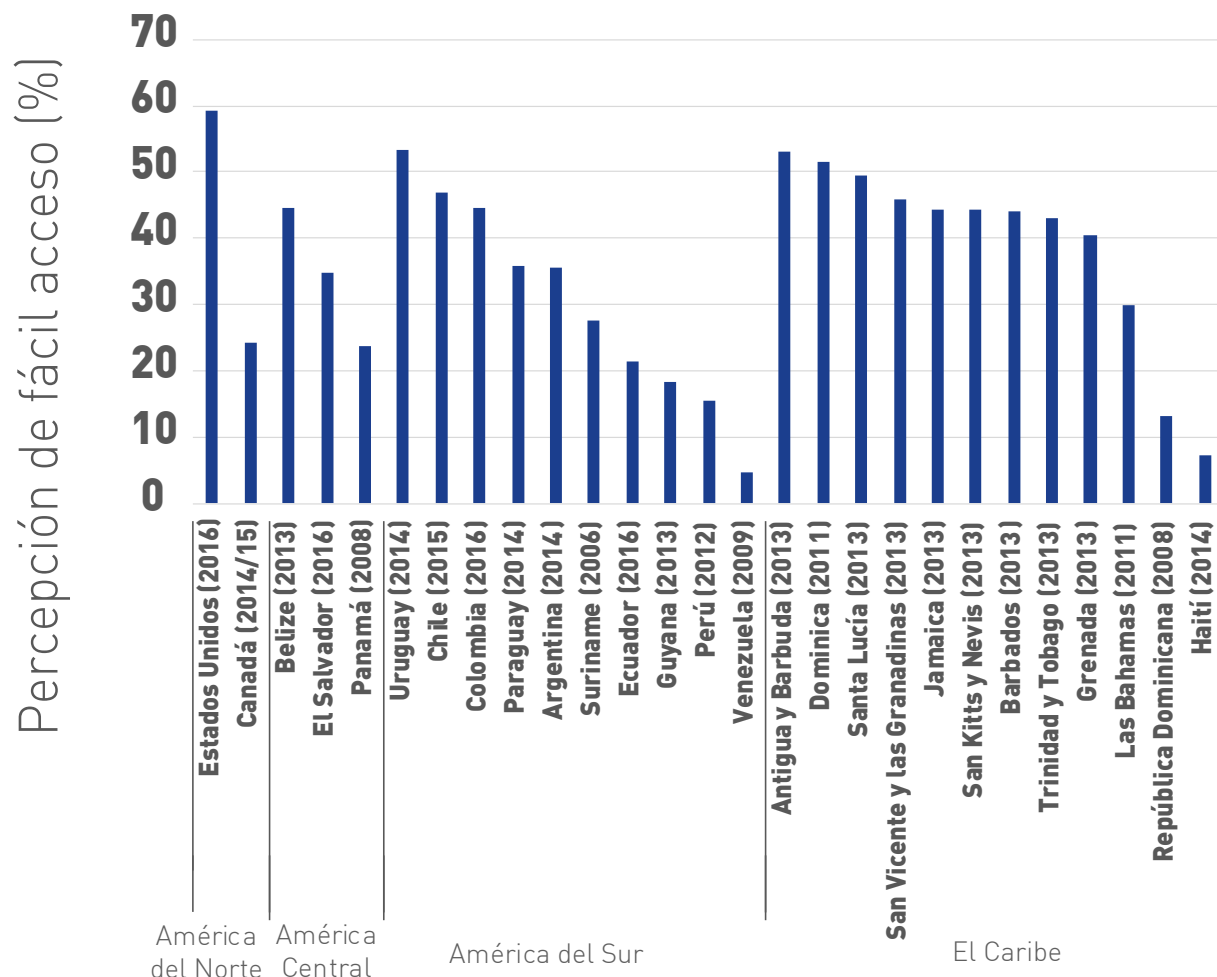
Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En el gráfico 3.32 se observa una gran variación entre los países con respecto a la percepción de facilidad de acceso para conseguir marihuana por parte de los estudiantes de enseñanza secundaria, variación que comprende países cuya percepción de disponibilidad no llega al 10%, como en Haití y Venezuela; mientras que en los Estados Unidos dicha percepción bordea el 60%. Por su parte, en América Central los estudiantes de Belize perciben mayor facilidad para acceder a la marihuana, que los de El Salvador y Panamá.

En América del Sur los estudiantes que perciben mayor facilidad para acceder y obtener marihuana son los de Chile, Colombia y Uruguay. Por contrapartida, los estudiantes de Perú y Venezuela son los que perciben menor facilidad de acceso para obtenerla. En la subregión del Caribe sobre el 40% de los estudiantes, en la mayoría de los países, considera fácil el acceso para conseguir marihuana. La excepción la constituyen Las Bahamas, Haití y República Dominicana.

Gráfico 3.32

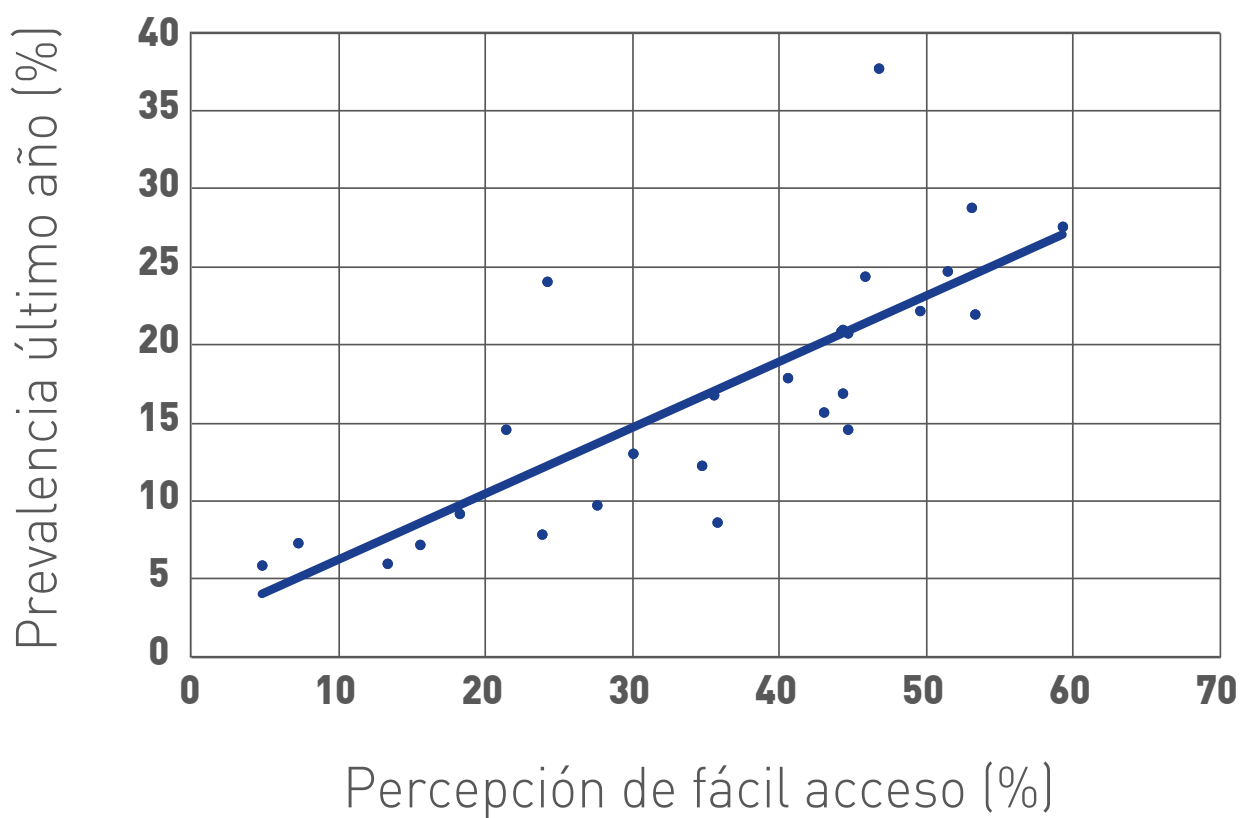
Percepción de facilidad de acceso a la marihuana entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión



El gráfico 3.33 muestra la asociación entre la prevalencia del último año de consumo y la percepción de facilidad de acceso a marihuana, donde se observa una relación directa entre ambas variables. En países donde el acceso a la marihuana es percibido como fácil, se registran niveles de consumo más altos. Consecuentemente, los niveles de consumo más bajos se presentan donde se percibe menor facilidad para obtener marihuana.

Gráfico 3.33

Prevalencia del último año y percepción de fácil acceso a la marihuana, entre los estudiantes de enseñanza secundaria (cada punto representa a un país)



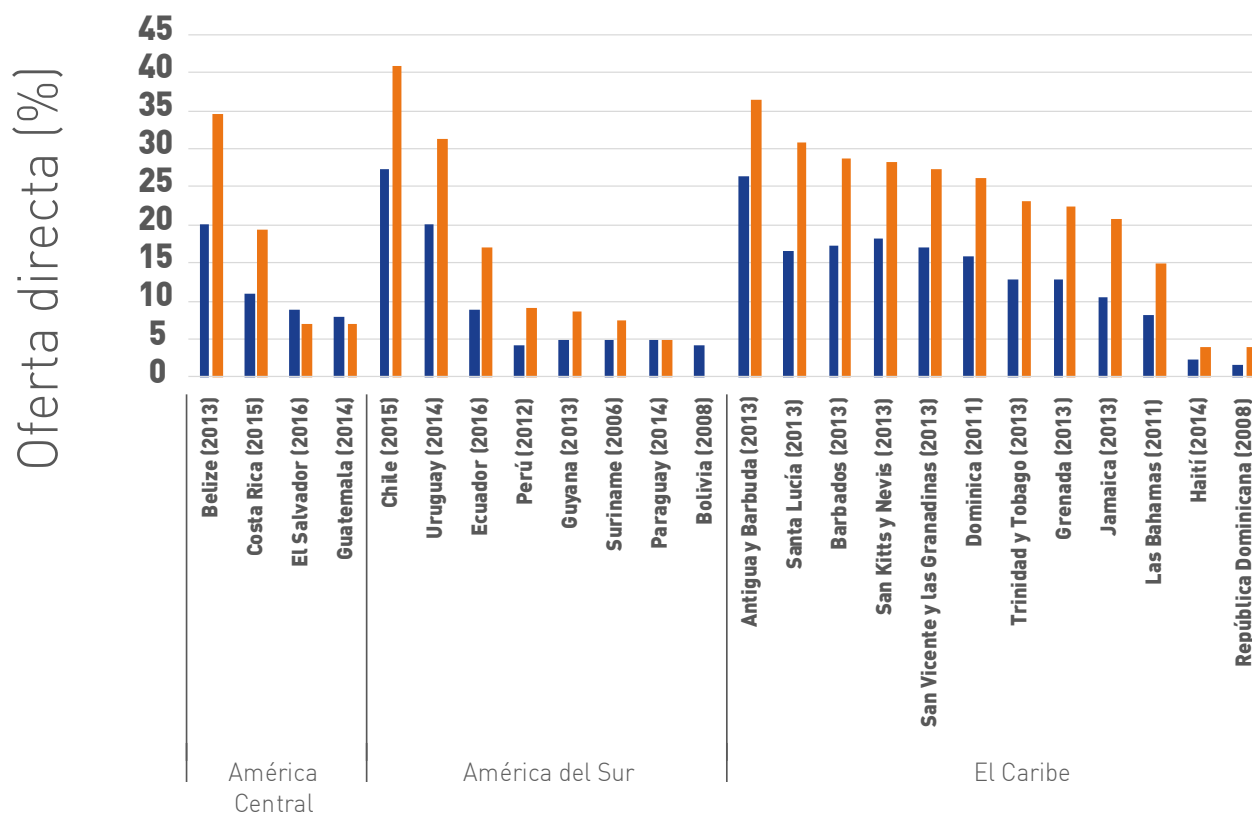
En cuanto a la oferta directa de marihuana, el gráfico 3.34 indica que en las regiones y países donde la información está disponible, podemos observar que la mayor oferta directa de marihuana en el último año se registró en Belize en América Central, con el 34,6%, seguido de Costa Rica, con el 19,3%. En América del Sur la mayor oferta directa de marihuana en el último año se registró entre los estudiantes de Chile con casi 41%, seguido de Uruguay con 31,2%. Por su parte, en los países del Caribe la mayor oferta directa de marihuana la registraron los estudiantes de Antigua y Barbuda con 36,5% y Santa Lucía con casi 31%.

Gráfico 3.34

Oferta último mes

Oferta último año

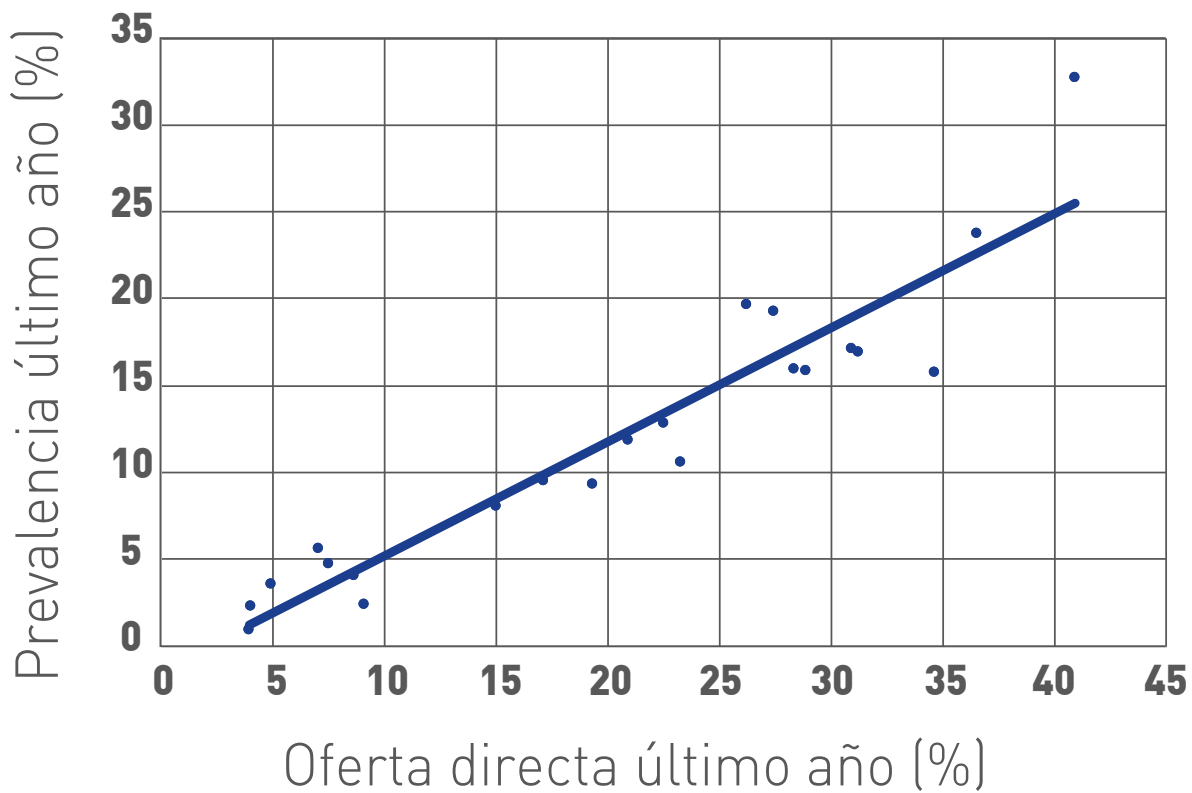
Oferta directa de marihuana en el último mes y último año a estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión



El gráfico 3.35 muestra la asociación entre la prevalencia del último año de consumo de marihuana y la oferta directa en igual período. En países donde entre el 20% y 25% de los estudiantes ha recibido oferta de marihuana en el último año, la prevalencia de consumo es mayor al 10%. La mayoría de estos países son del Caribe, pero también se encuentran Belize, Chile y Uruguay. Los países en los que un menor porcentaje de estudiantes ha recibido oferta directa de marihuana, tienen menor prevalencia de consumo.

Gráfico 3.35

Prevalencia del último año y oferta directa de marihuana en igual período, entre los estudiantes de enseñanza secundaria (cada punto representa a un país)

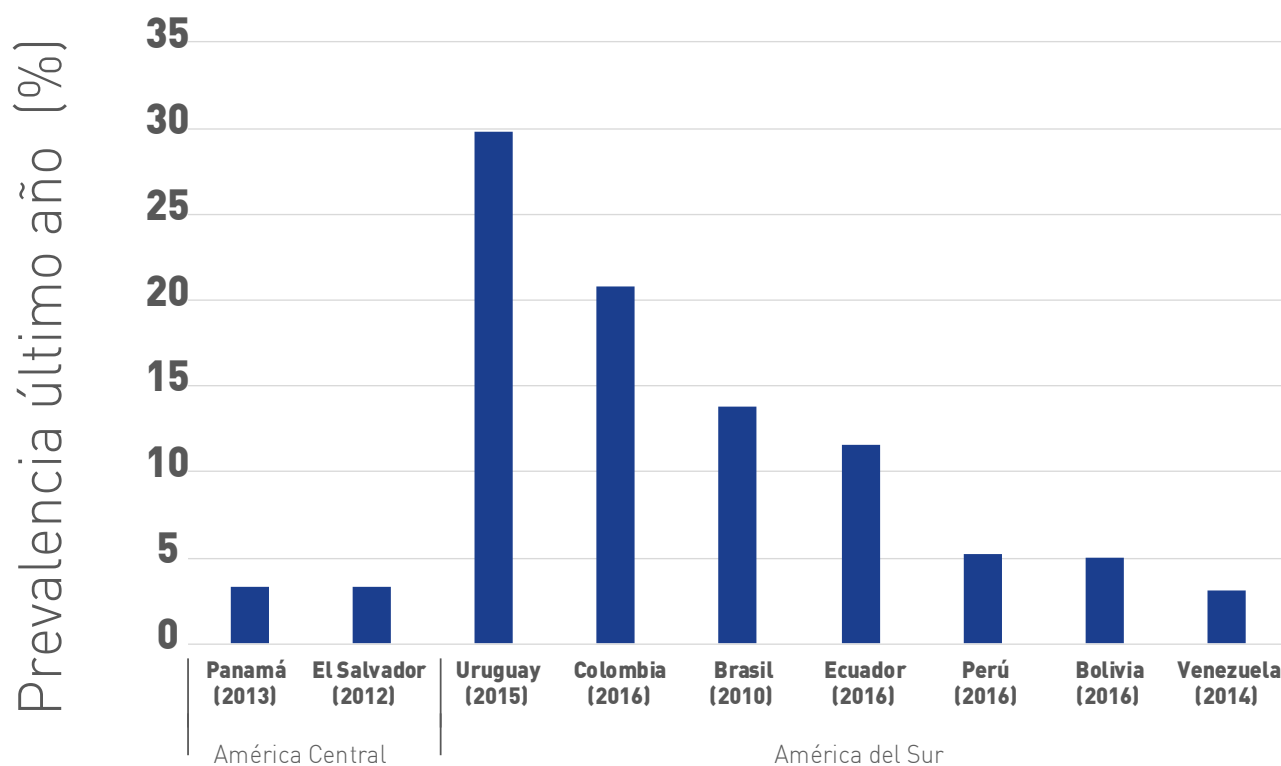


3.1.3 Consumo de marihuana entre estudiantes universitarios²⁸

Se dispone de información de nueve países, todos ellos de América Central y América del Sur, que realizaron estudios sobre el consumo de drogas en estudiantes universitarios. Como se observa en el gráfico 3.36, la prevalencia del último año de consumo de marihuana en los estudiantes universitarios de El Salvador y Panamá fue del 3,3%. En América del Sur Venezuela presentó el registro de consumo más bajo con 3,1%. Bolivia y Perú presentaron registros en torno al 5%. Brasil y Ecuador presentaron tasas de consumo de 13,8% y 11,5%, respectivamente. La tasa de consumo de los universitarios de Colombia fue de 20,8% y la de Uruguay de 29,8%.

Gráfico 3.36

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión



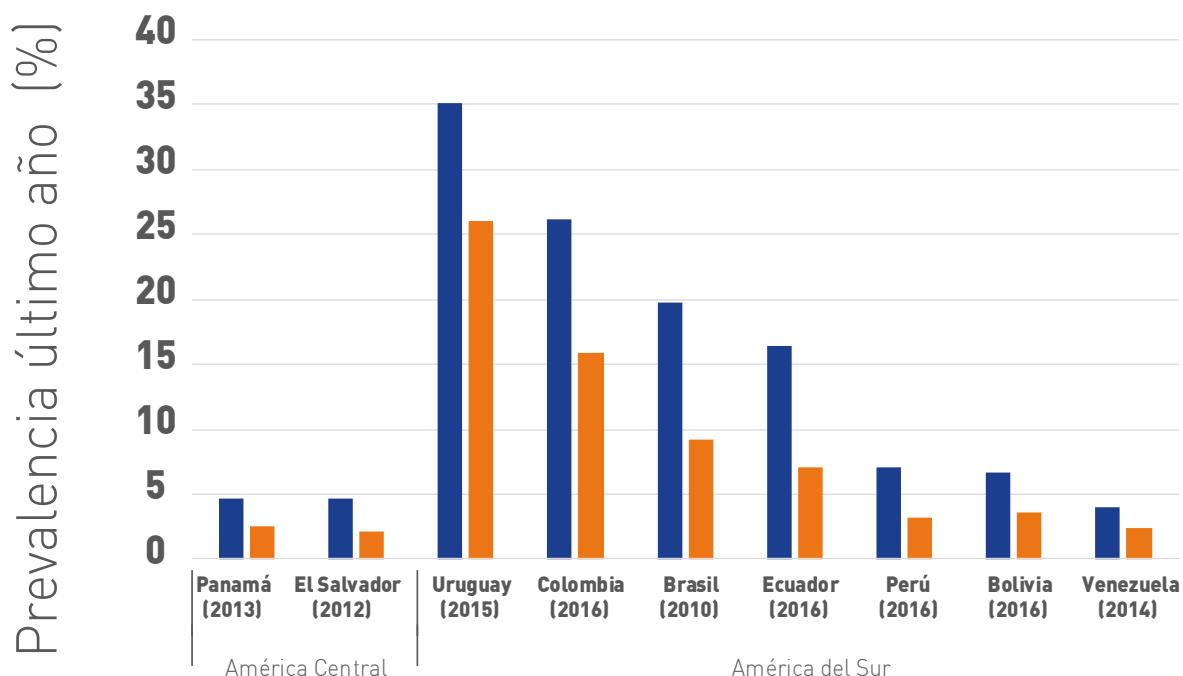
²⁸ El análisis debe tener en cuenta que en el caso de Panamá y Uruguay se trata de encuestas piloto y que no son representativas de toda la población universitaria de esos países.

Como ya ha sido observado, el consumo de marihuana suele ser más alto entre los hombres que entre las mujeres. Esto es así en los nueve países que han realizado encuestas de consumo de drogas en estudiantes universitarios. En Brasil, Ecuador, El Salvador, Panamá y Perú el consumo de los hombres es notablemente más alto que el de las mujeres. En Colombia y Uruguay, donde el consumo es más alto, las diferencias tienden a ser menores (gráfico 3.37).

Gráfico 3.37

Hombre | Mujer

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre estudiantes universitarios según el sexo, por país, ordenado por subregión



Tendencias de consumo de marihuana entre estudiantes universitarios

Los únicos países del Hemisferio que cuentan con una serie de sucesivas encuestas sobre consumo de drogas en estudiantes universitarios son los de la Comunidad Andina: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Como se observa en el gráfico 3.38, los datos indican que en los cuatro países el consumo de marihuana registró considerables variaciones entre 2012 y 2016. Este se describe de la siguiente forma: En Bolivia el consumo pasó de 2% en 2009 a 5% en 2016. En Colombia pasó de 11,2% en 2009 a 20,8% en 2016. En Ecuador hubo un variación con registros de 4,2% en 2009 y 11,6% en 2016. En Perú los cambios fueron menos abruptos, pasando del 3,2% en 2009 al 5,2% en 2016.

Los gráficos 3.39 y 3.40 muestran que tanto los registros de la percepción de gran riesgo del uso ocasional como del uso frecuente de marihuana han cambiado entre los años 2012 y 2016, entre los universitarios andinos. El gráfico 3.39 indica que, en el caso de los estudiantes colombianos, la percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana pasó del 31,8% en 2012 a 24,7% en 2016. La percepción de gran riesgo del uso ocasional de marihuana también cambió considerablemente entre los universitarios de Ecuador y Perú en el mismo período.

Por su parte, de acuerdo al gráfico 3.40, la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana registró también variaciones entre los estudiantes universitarios de los cuatro países andinos. En Bolivia pasó de 82,3% en 2012 a 76,9% en 2016. En Ecuador pasó de 81,7% en 2012 a 73,3% en 2016 y en Perú pasó de 86,1% en 2012 a 82,5% en 2016. El registro de la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana también cambió en Colombia, de 72,8% en 2012 a 61,4% en 2016, siendo el país andino con el menor riesgo percibido acerca de usar marihuana frecuentemente.

La percepción de gran riesgo asociada con el uso ocasional y frecuente de marihuana cambió en los cuatro países andinos de 2012 a 2016. Esto implica que los estudiantes universitarios en estos países ven el consumo de marihuana como menos riesgoso, independientemente de si el uso fue frecuente u ocasional.

Los datos del gráfico 3.41, sobre las tendencias en la oferta directa de marihuana en el último año, muestran una variación de la misma de 2012 a 2016, en cada uno de los países. Por lo tanto, parece poco probable que esta influyera en el consumo en ese período, ya que la oferta aparentemente disminuyó en los cuatro países, pero se observó un aumento del consumo.

Gráfico 3.38

Bolivia Colombia Ecuador Perú

Prevalencia del último año de consumo de marihuana entre estudiantes universitarios andinos, por país, 2009-2016

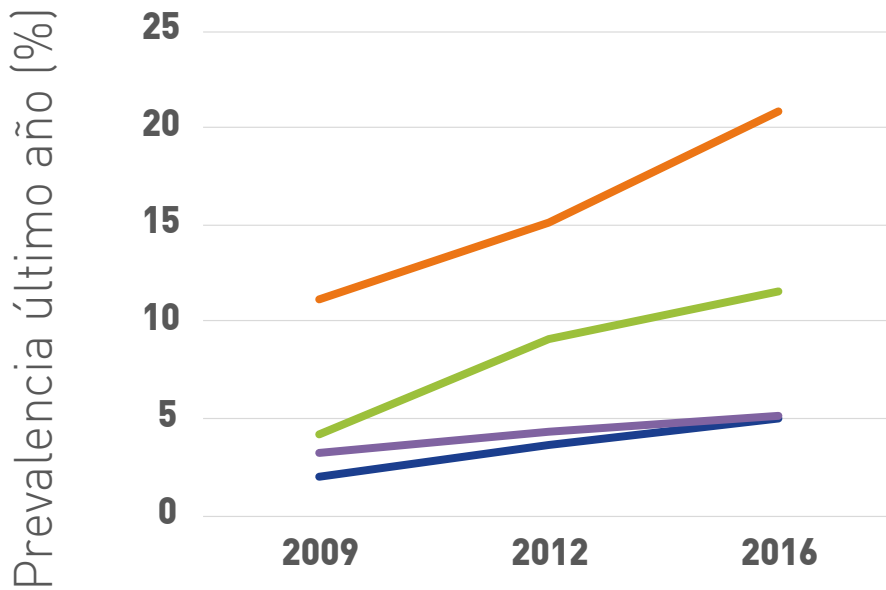


Gráfico 3.39

Bolivia Colombia Ecuador Perú

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de marihuana entre estudiantes universitarios andinos, por país, 2009-2016

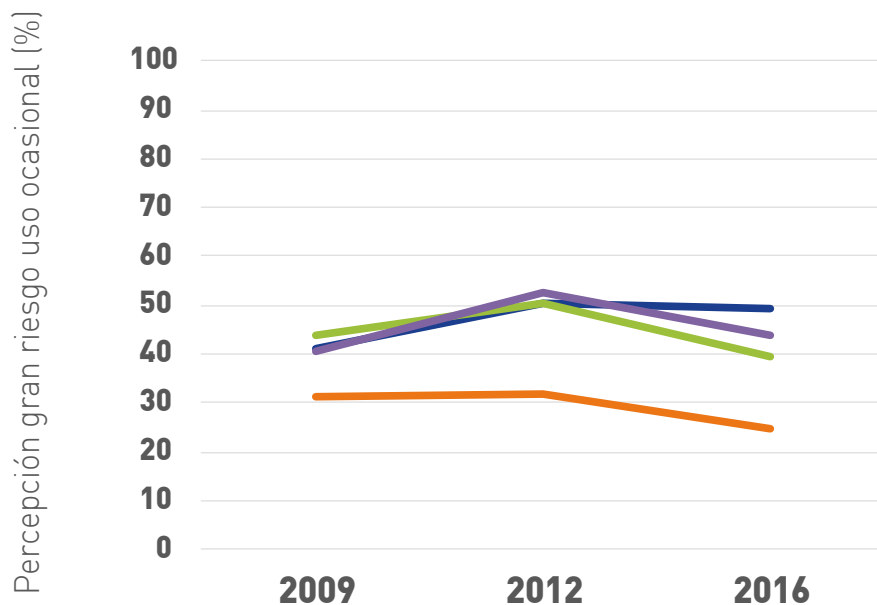


Gráfico 3.40

Bolivia Colombia Ecuador Perú

Percepción de gran riesgo del consumo frecuente de marihuana entre estudiantes universitarios andinos, por país, 2009-2016

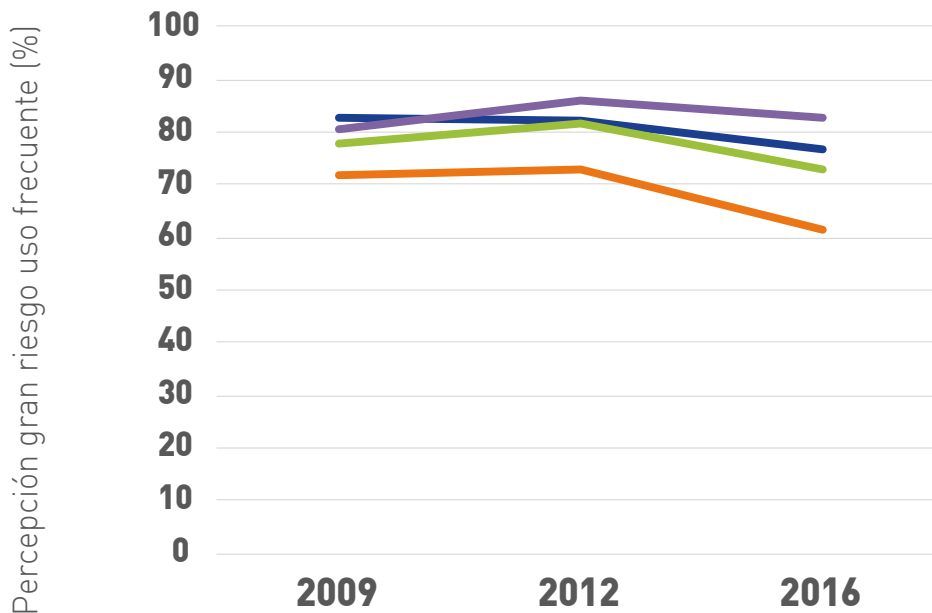
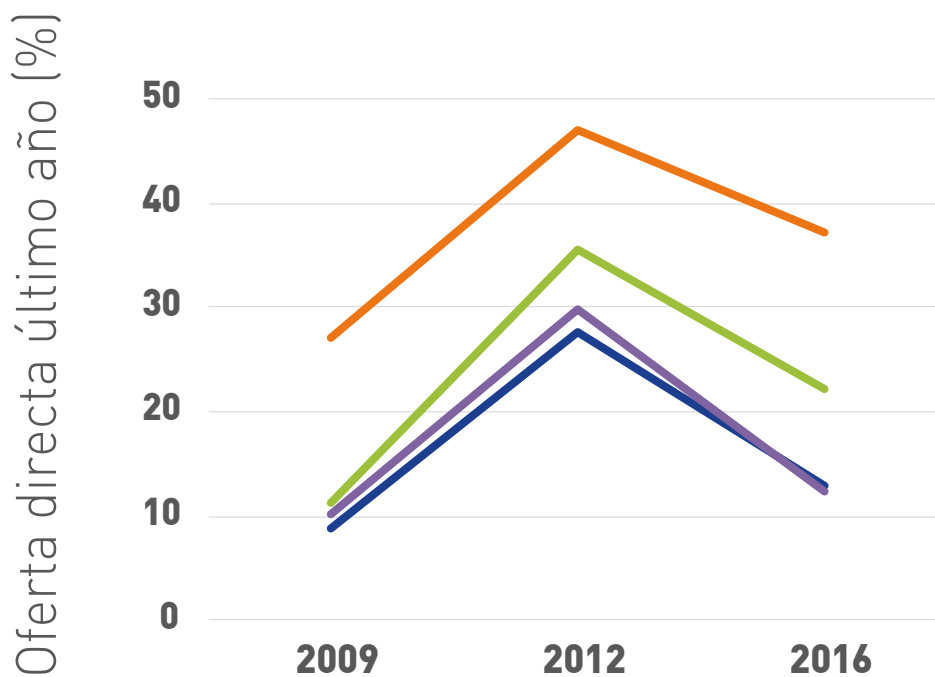


Gráfico 3.41

Bolivia Colombia Ecuador Perú

Oferta directa del último año de marihuana entre estudiantes universitarios andinos, por país, 2009-2016



Percepción de gran riesgo del consumo de marihuana entre estudiantes universitarios

Los estudios sobre consumo de drogas en la población universitaria aportan también resultados sobre la percepción de gran riesgo del consumo ocasional y frecuente de marihuana, como se indica en los gráficos 3.42 y 3.43. Lo primero que se observa, sin excepciones, es que las mujeres perciben un mayor riesgo que los hombres, por el consumo ocasional y frecuente de marihuana. El segundo aspecto importante de destacar es que en aquellos países donde la prevalencia de consumo de marihuana fue más alta, Colombia y Uruguay, la percepción del riesgo de usar esta droga, tanto ocasional como frecuentemente, fue la más baja. Por contrapartida, en Bolivia, El Salvador, Panamá y Perú, donde la prevalencia del consumo fue más baja, se observó la mayor percepción de gran riesgo por el consumo de marihuana, tanto en forma ocasional como frecuente.

Gráfico 3.42

Hombre | Mujer | Total

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de marihuana entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

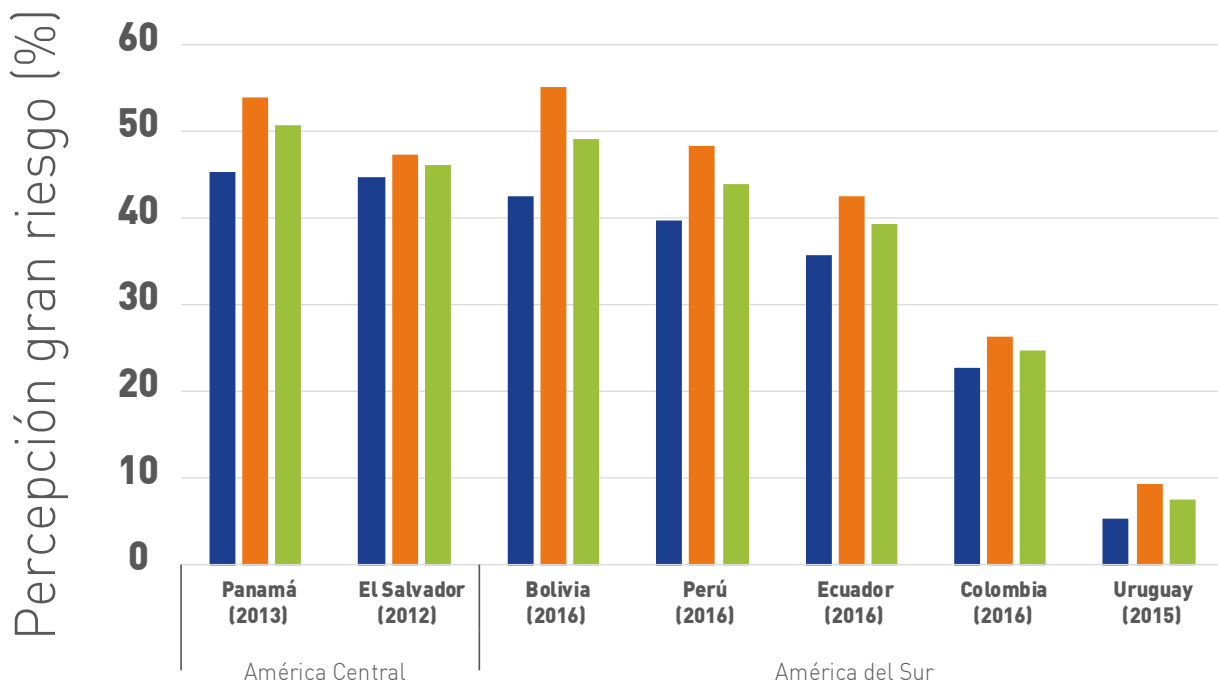
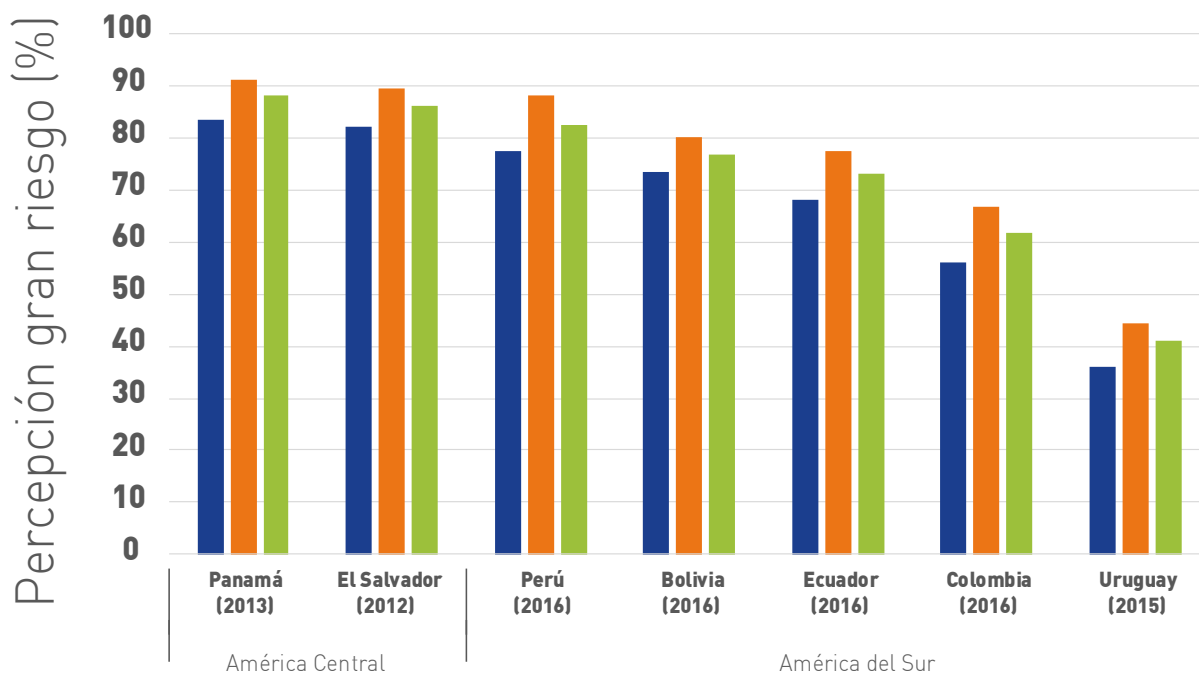


Gráfico 3.43

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo por el consumo frecuente de marihuana entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

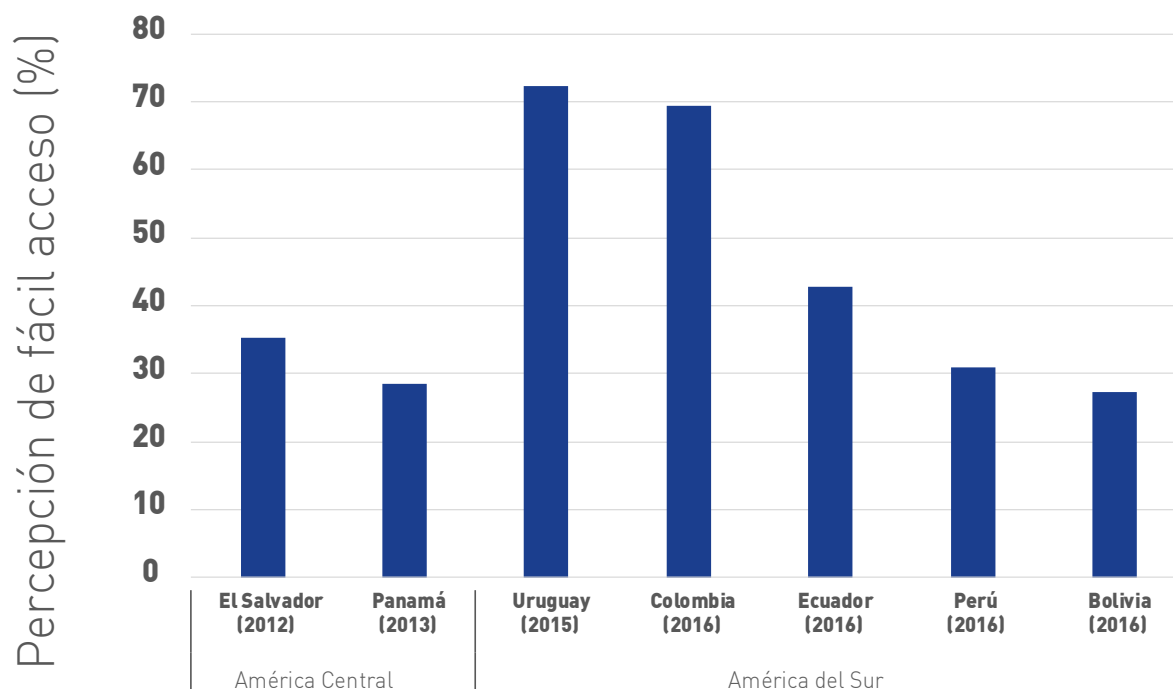


Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de marihuana entre estudiantes universitarios

La percepción de los estudiantes universitarios respecto a la facilidad de acceso para conseguir marihuana oscila entre el 27,3% y el 72,5%. En esta población se observa también una relación de correspondencia entre una mayor percepción de facilidad de acceso y un mayor consumo de marihuana (gráfico 3.44).

Gráfico 3.44

Percepción de facilidad de acceso a la marihuana entre estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión



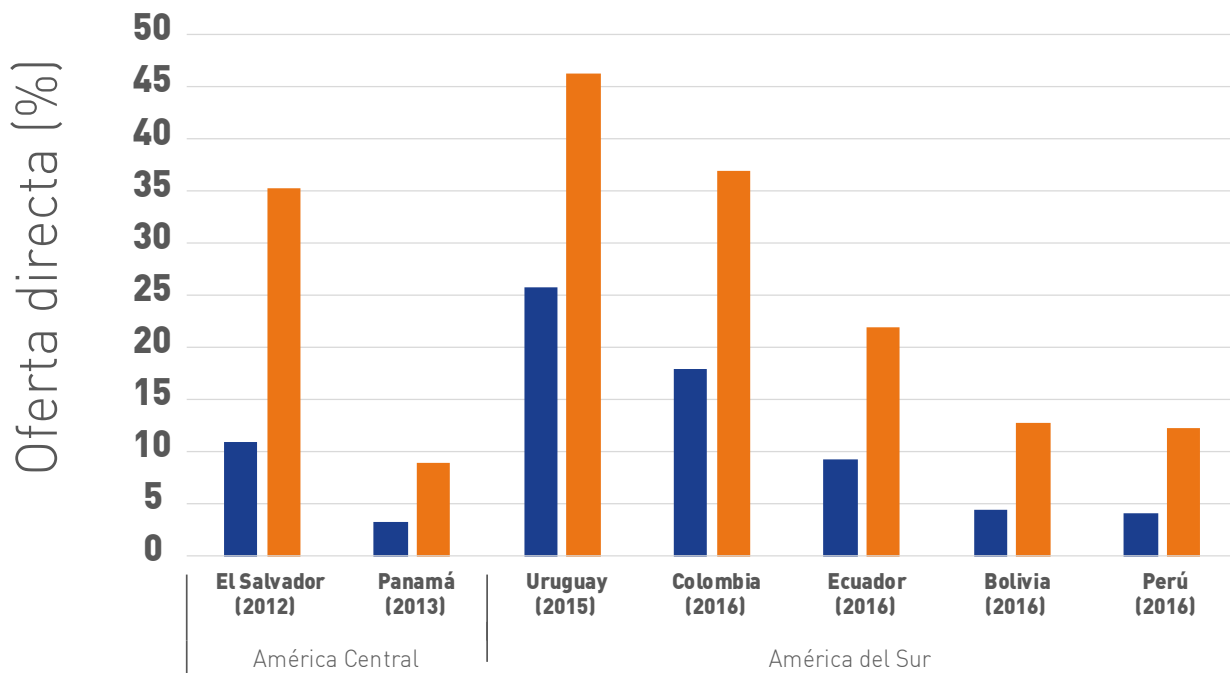
Entre el 3,3% y 25,8% de los universitarios recibieron alguna oferta directa para comprar o probar marihuana en el último mes. En el caso de la oferta directa en el último año, entre el 9% y el 46,4% de los universitarios recibieron alguna oferta de marihuana (gráfico 3.45).

Gráfico 3.45

Oferta último mes

Oferta último año

Oferta directa de marihuana en el último mes y último año, a estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión



3.2 Resina de cannabis (hachís)

Introducción

La resina de cannabis o hachís se obtiene de las flores, las hojas o los tallos de la planta de cannabis. Al igual que la marihuana, el ingrediente activo del hachís es el THC, pero en una concentración mucho más alta, entre un 5% y 15%. En la marihuana dicha concentración generalmente no supera el 5%. El aceite de hachís tiene una concentración aún más alta de THC, en algunos casos de hasta 20%, de acuerdo a análisis proporcionados por la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos. El THC se une a los receptores cannabinoides generando sensaciones de euforia, bienestar y sedación.²⁹

²⁹ U.S. National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Marijuana: Facts for Teens*. (Rockville: National Institutes of Health).

Consumo de hachís en las Américas

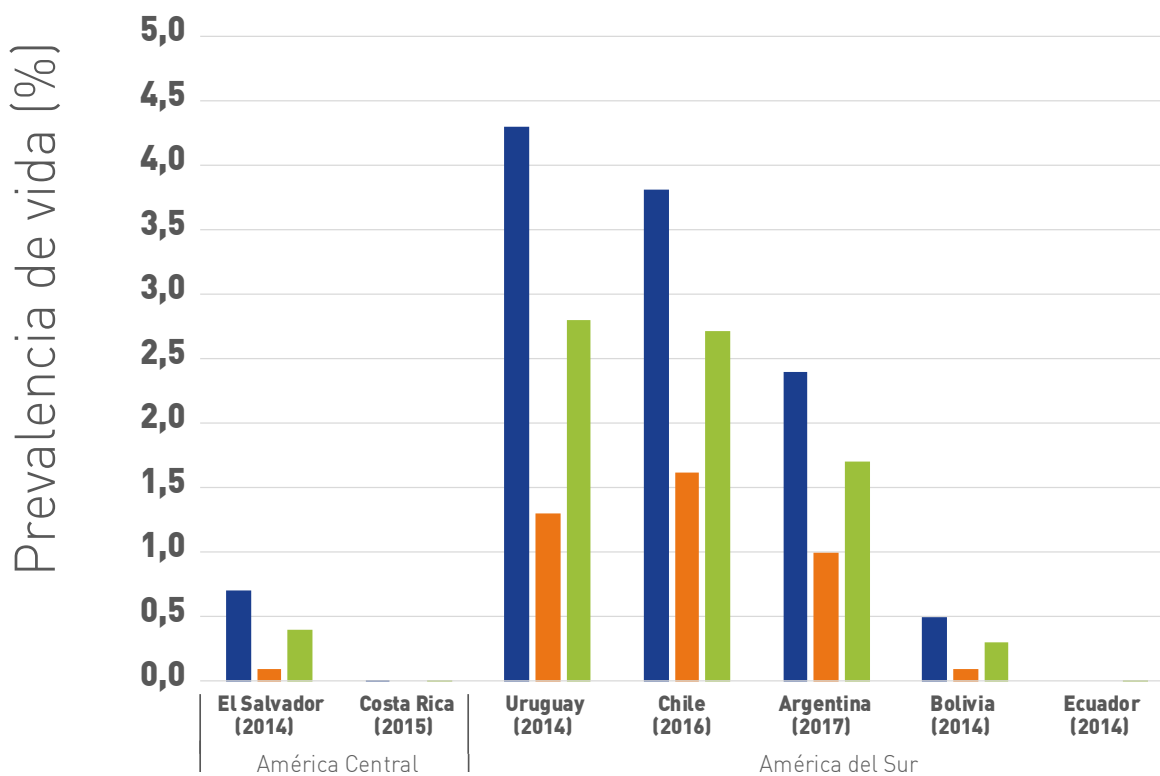
En general se dispone de muy poca información sobre el consumo de hachís en las Américas. Hay dos factores importantes que explican esta situación. Primero, no existen importantes incautaciones de hachís en la región, lo que es un indicio de que su consumo no está difundido. En segundo lugar, aquellos países que han incluido preguntas sobre esta droga en sus encuestas, no reportan niveles importantes de consumo en el último año o en el último mes, por lo que muchas veces sólo se entrega información sobre el consumo alguna vez en la vida.

El gráfico 3.46 reporta los hallazgos del consumo de hachís alguna vez en la vida en la población general. Los datos indican que el uso de hachís es suficientemente alto en Argentina, Chile y Uruguay como para justificar indagar también por el consumo del último año y del último mes. Costa Rica y Ecuador tienen prevalencias demasiado bajas para ser observadas en este gráfico; sin embargo, ambos países reportaron prevalencia de 0,01%.

Gráfico 3.46

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia de vida del consumo de hachís en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

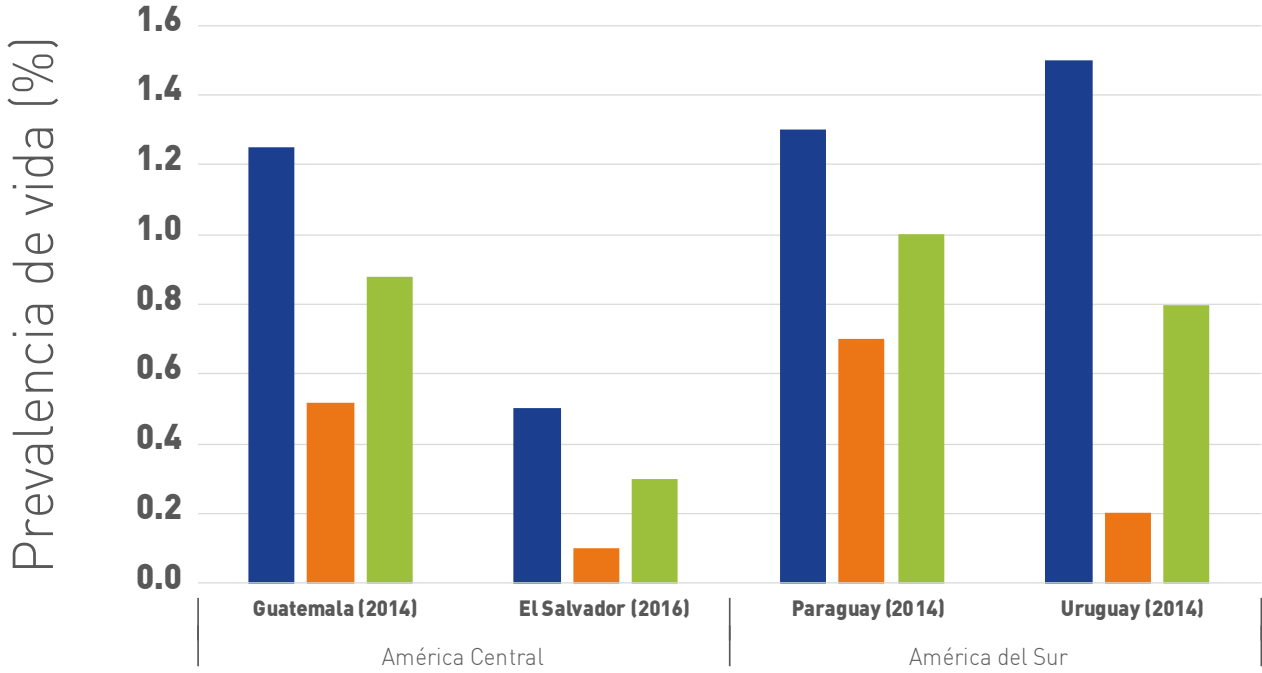


En el gráfico 3.47 se entrega información sobre la prevalencia de vida de consumo de hachís, entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los países de la región que reportaron estos datos. En el caso de Guatemala, Paraguay y Uruguay, el consumo es superior al 0,8%, pero inferior al 2%. En El Salvador el consumo es de 0,3%.

Gráfico 3.47

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia de vida del consumo de hachís entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

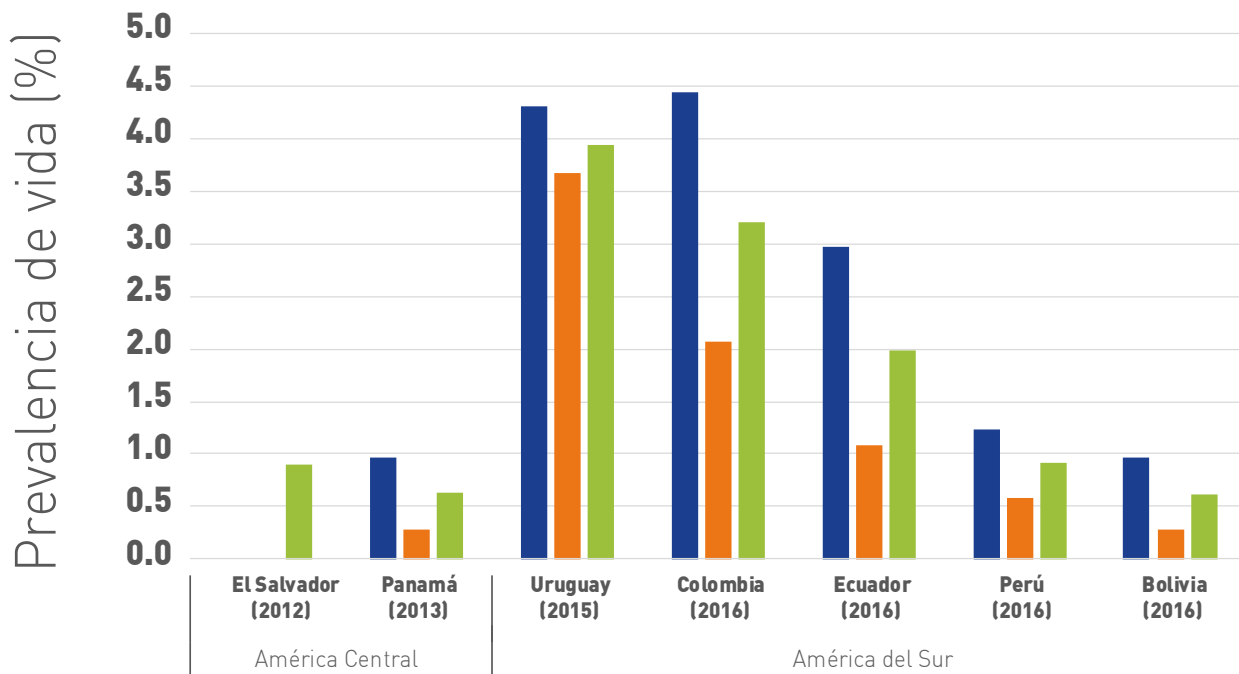


Finalmente, el gráfico 3.48 da cuenta de los resultados sobre la prevalencia de vida de consumo de hachís, en los estudiantes universitarios de El Salvador y Panamá, en América Central, y de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay, en América del Sur. En Uruguay la prevalencia de vida del consumo de hachís en esta población alcanza a 3,9%, seguido de Colombia con 3,2% y Ecuador con 2%. Los registros del Perú y Bolivia son inferiores al 1%. Por su parte en El Salvador la prevalencia es de 0,9%, seguido de Panamá con 0,6%.

Gráfico 3.48

| **Hombre**
| **Mujer**
| **Total**

Prevalencia de vida del consumo de hachís entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



CAPÍTULO 4

INHALABLES

INTRODUCCIÓN

Los inhalables son sustancias psicoactivas que producen gases químicos cuyo consumo produce efectos de alteración mental. La definición de inhalables es problemática en la investigación sobre drogas, ya que incluye una amplia gama de sustancias químicas con diversos grados de efectos psicoactivos y farmacológicos. Esta variedad de productos/sustancias plantea retos para la investigación sobre su uso, las motivaciones para su consumo, los comportamientos asociados y los daños que puede ocasionar a las personas.

Se identifican cuatro clases de inhalables: solventes, aerosoles, gases y nitritos, y los inhalables generalmente contienen varias combinaciones de estos. Los solventes son líquidos industriales o caseros que se vaporizan a temperatura ambiente, incluyendo solventes o removedores de pintura, tolueno, colas y correctores líquidos. Los aerosoles son un tipo de spray que contienen propulsores y disolventes, utilizados en productos comunes tales como los desodorantes y aerosoles de cocina. Los gases se encuentran en productos caseros o comerciales, como butano y propano, y también se utilizan como anestésicos con propósitos médicos. Los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual y se venden comercialmente como “poppers”. Muchos inhalables son elementos comunes en los hogares y son fáciles de obtener. Si bien los inhalables no son ilícitos, se estudian con parámetros similares a los de las drogas ilícitas por su alto nivel adictivo y por estar asociadas al policonsumo junto con otras drogas. A pesar de que los inhalables son sustancias no controladas, existen intentos de minimizar o controlar la disponibilidad de los mismos.

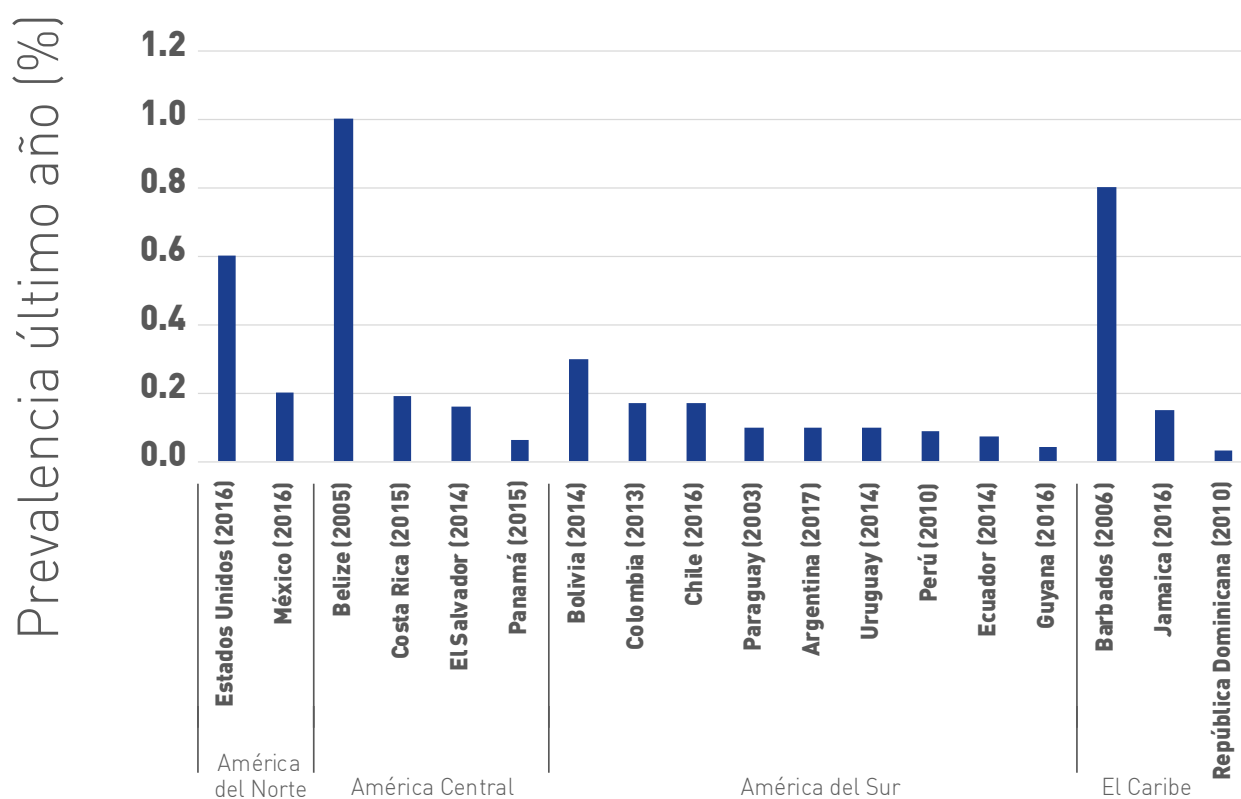
El uso de inhalables es común en muchos países de todo el mundo, tanto en las poblaciones en mayor riesgo social, como en la población general; sin embargo, existe una gran diversidad entre países y dentro de cada país en el tipo de inhalables usados, las poblaciones a las que pertenecen los usuarios y la nomenclatura utilizada para identificar a las sustancias. Es importante tener en cuenta esta diversidad en los patrones de uso y en la identificación de sustancias al comparar resultados entre países.

4.1 Consumo de inhalables en la población general

El gráfico 4.1 muestra la prevalencia del último año de consumo de inhalables, en base a los estudios realizados en varios países a nivel de la población general.

Gráfico 4.1

Prevalencia de último año de consumo de inhalables en la población general por país, ordenado por subregión



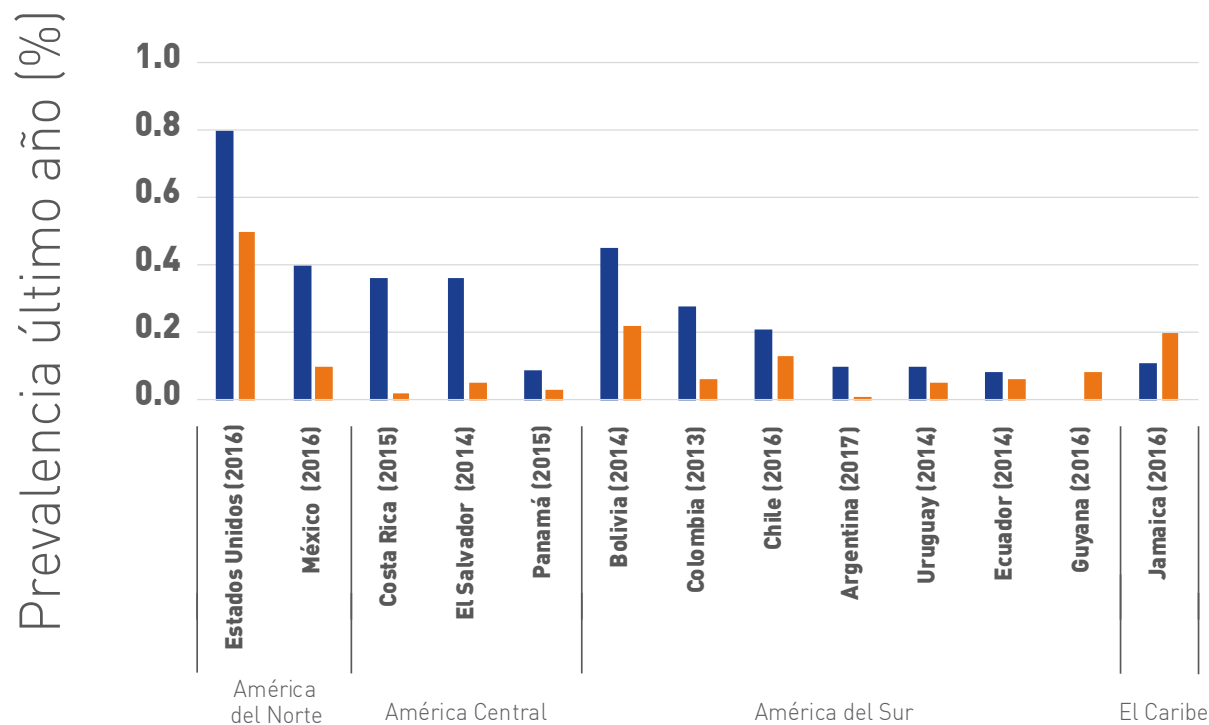
La prevalencia del último año de consumo de inhalables en la población general se extiende en un rango de entre 0,03% (República Dominicana) y 1% (Belize). Aproximadamente la mitad de los países de los cuales se tiene información presentan una prevalencia del último año por debajo o igual al 0,1%, y en cada subregión hay un país que sobresale significativamente por su consumo con relación al resto, como son los casos de los Estados Unidos (0,6%), Belize (1%), Bolivia (0,3%) y Barbados (0,8%).

El gráfico 4.2 presenta las tasas de consumo del último año entre mujeres y hombres, ordenadas dentro de cada subregión de acuerdo a la prevalencia de consumo en los hombres.

Gráfico 4.2

Hombre | Mujer

Prevalencia del último año de consumo de inhalables según el sexo, por país, ordenado por subregión



Al analizar el consumo de inhalables en la población general, según el sexo, encontramos que en todos los países, exceptuando a Guyana y Jamaica, el consumo es mayor entre los hombres. Entre los países donde los hombres consumen más que las mujeres, la mayor diferencia se presenta en Costa Rica, donde por cada mujer que declara consumo, hay 18 hombres, seguido por Argentina, Colombia, El Salvador y México.

Tal como se mencionó anteriormente, es importante identificar a las sub-poblaciones que presentan los consumos mayores dentro de cada país. El gráfico 4.3 identifica el consumo de inhalables más alto en poblaciones jóvenes, de entre 12 y 17 años de edad en Chile, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos, México, Panamá y Uruguay. En Panamá solo se registró consumo en este grupo etario.

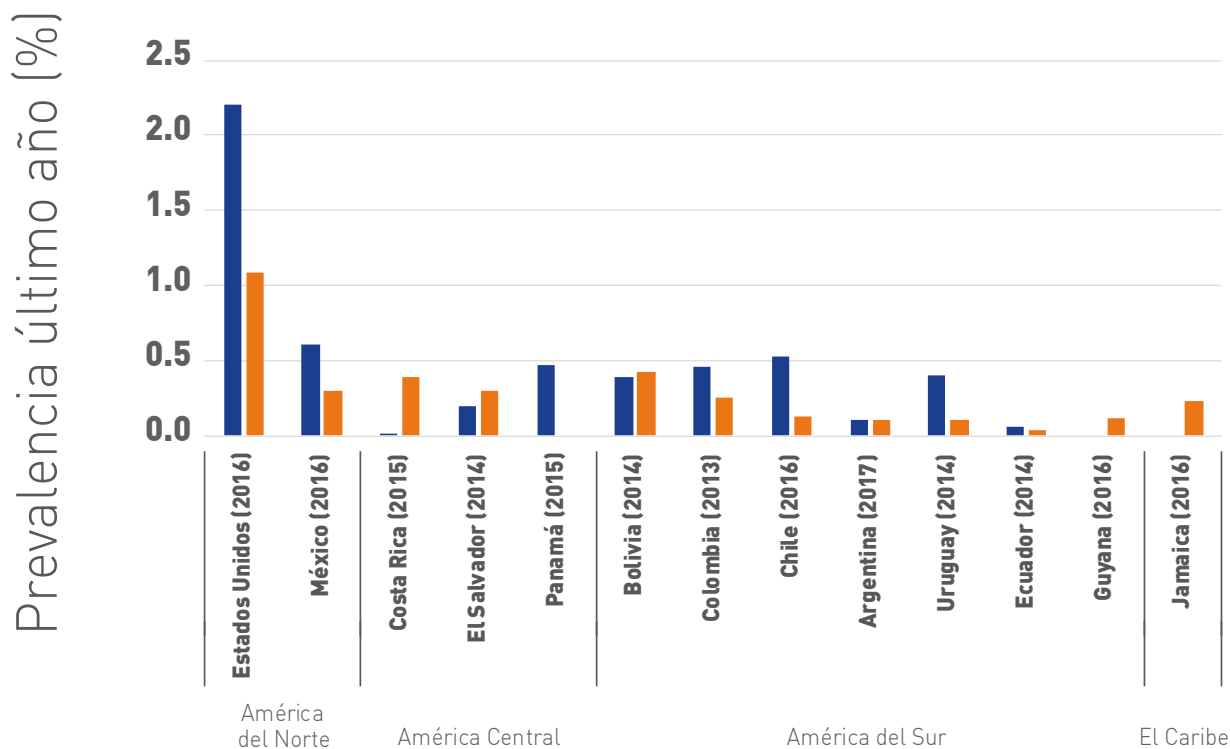
En el caso de Guyana y Jamaica solo se ha registrado consumo de inhalables en la población adulta joven de 18 a 34 años. El consumo en Argentina es homogéneo. Por último, en Bolivia, Costa Rica y El Salvador el consumo de inhalables es más alto en la población adulta joven de 18 a 34 años.

Gráfico 4.3

12 a 17

18 a 34

Prevalencia del último año de consumo de inhalables según el grupo etario, por país, ordenado por subregión



Varios países como Argentina, Chile, México, Perú y Uruguay tienen datos sobre la tendencia del consumo de inhalables en la población general y muestran una estabilización de las tasas de consumo a niveles muy bajos, que oscilan entre el 0,1 y el 0,2%. Perú presenta un cambio del 0,4% al 0,1%.

Percepción de gran riesgo del consumo de inhalables en la población general

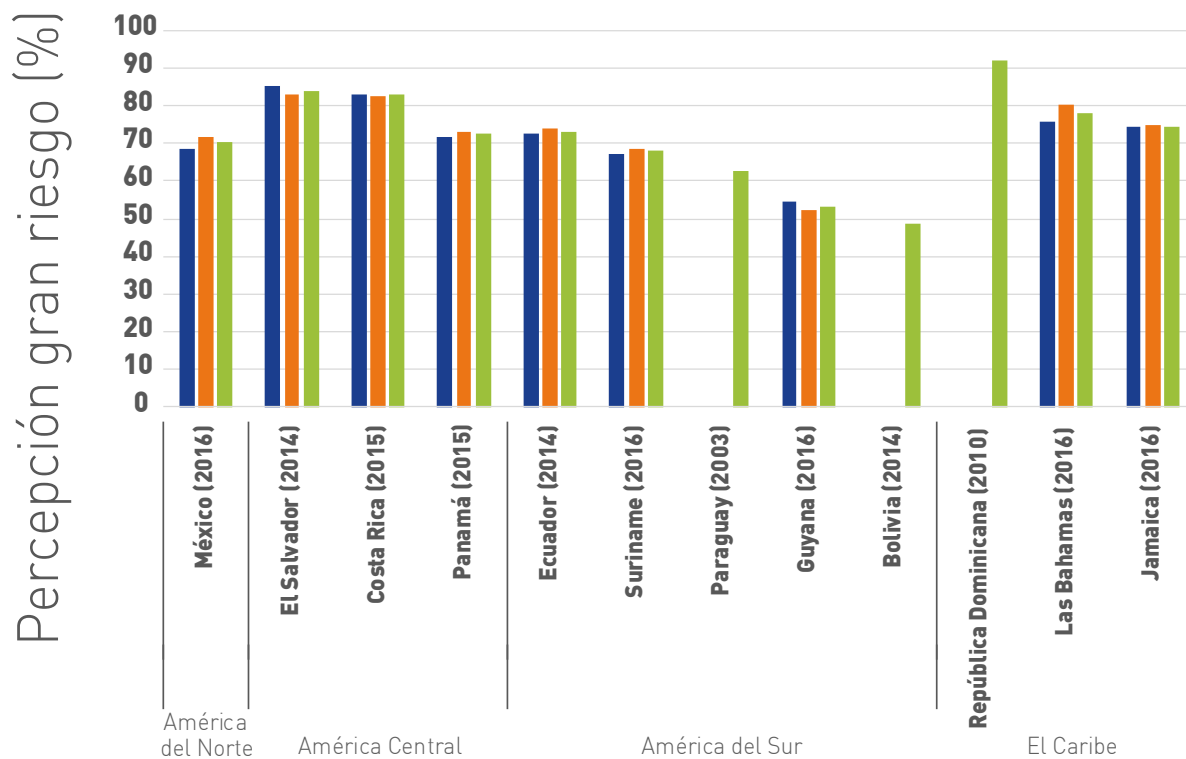
Como complemento a los datos de prevalencia del consumo, el gráfico 4.4 muestra la percepción de gran riesgo del uso ocasional de inhalables, según sexo y por país.

Los datos indican variabilidad entre los doce países que tienen esta información, sobre la proporción de población cuya percepción es de gran riesgo, que oscila entre el 49% y el 92%. Los países con una percepción de gran riesgo alta, mayor al 80%, son Costa Rica, El Salvador y República Dominicana, en tanto que otros cinco se ubican entre el 70% y el 80%. Los países de menor porcentaje oscilan entre el 49% (Bolivia) y el 68% (Suriname). No se observaron diferencias importantes en la percepción de gran riesgo por sexo en ninguno de los países.

Gráfico 4.4

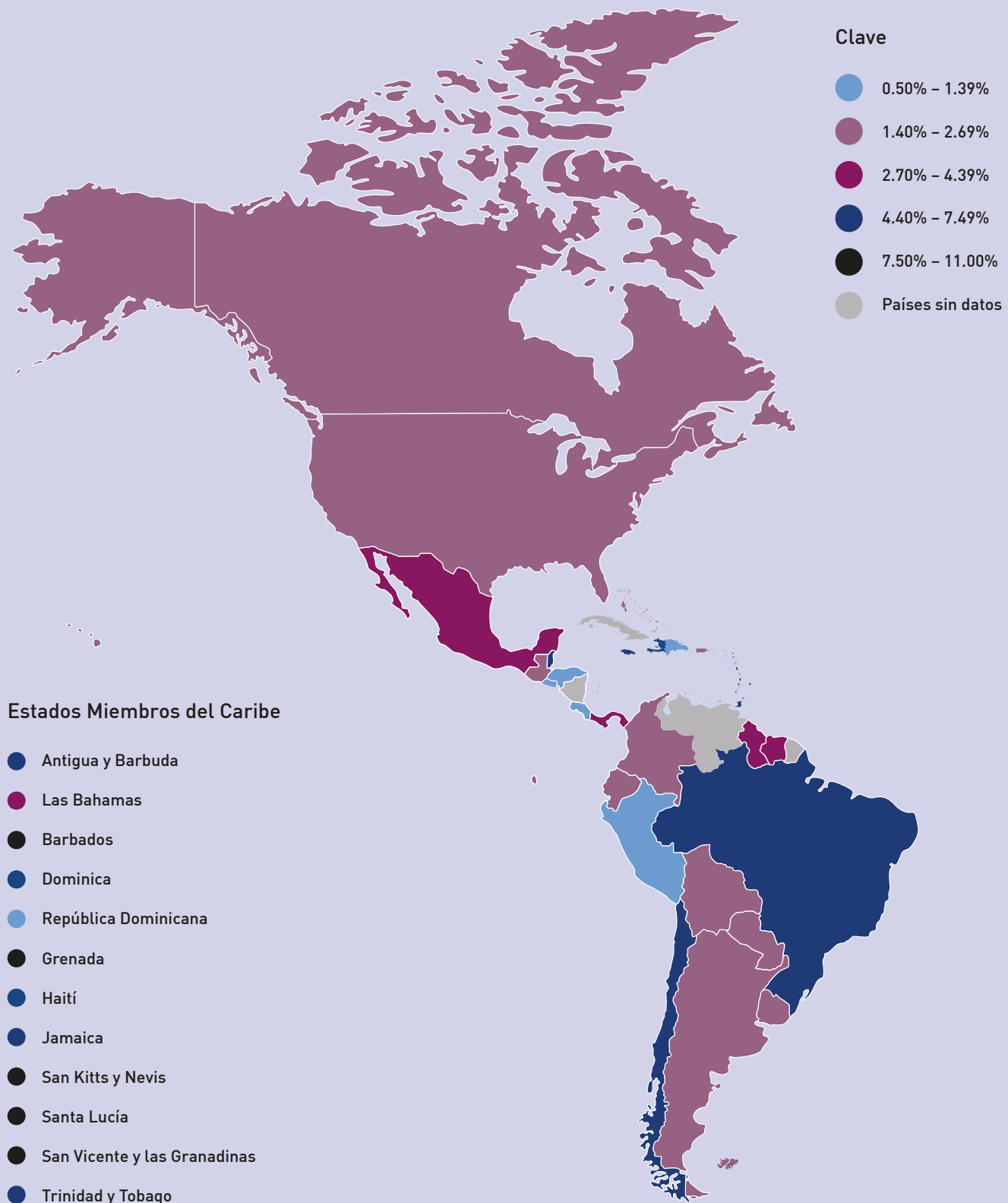
■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Percepción de gran riesgo del uso ocasional de inhalables en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



Mapa 4.1

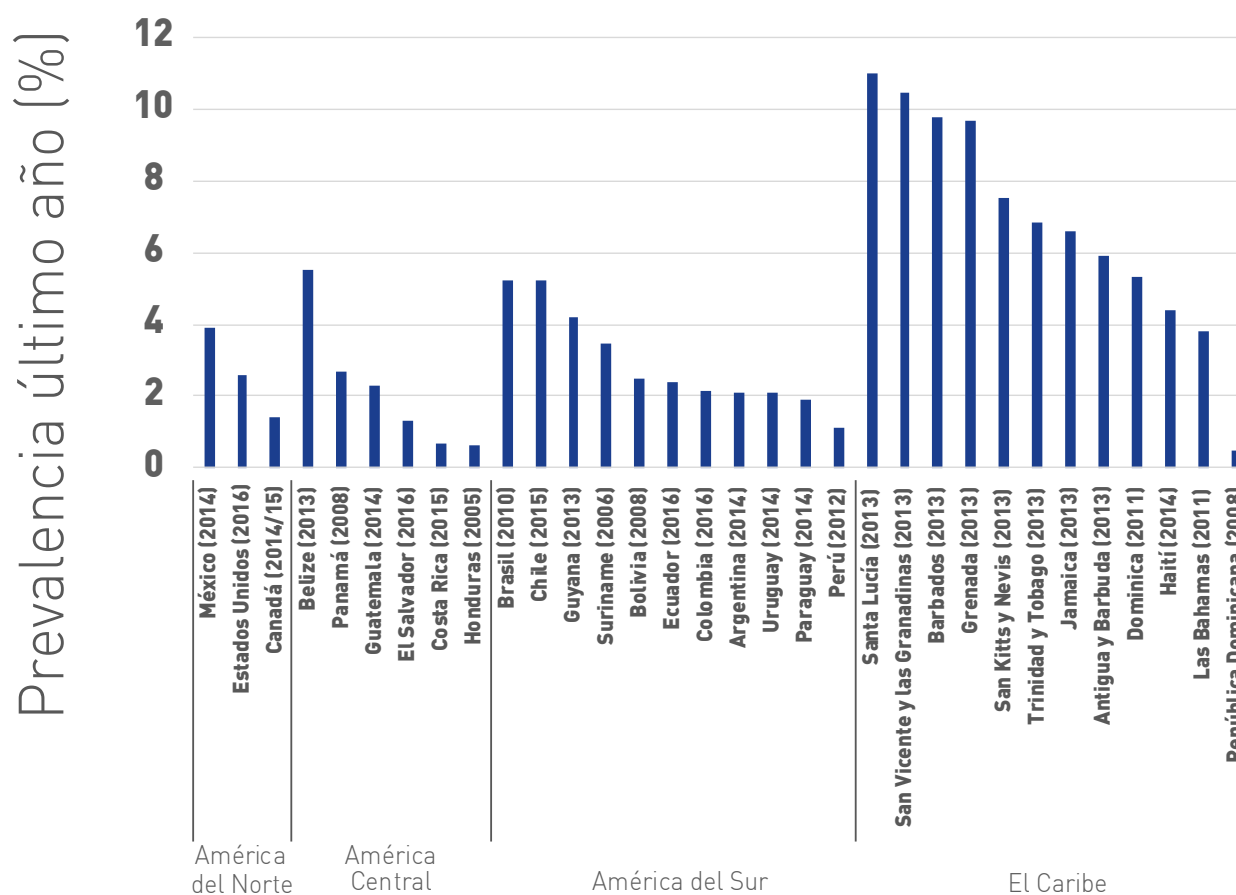
Prevalencia del último año de consumo de **inhalables** entre los estudiantes de enseñanza secundaria de las Américas



4.2 Consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Se observa una gran variabilidad en las tasas de consumo de inhalables entre las subregiones, también presente en menor medida dentro de cada subregión. El gráfico 4.5 presenta la prevalencia del último año de consumo de inhalables ordenando a los países por subregión.

Gráfico 4.5 Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria por país, ordenado por subregión



En ocho países del Caribe se registran las prevalencias de último año de consumo de inhalables más altas del Hemisferio. De ellos, los cuatro países con la prevalencia más alta, superiores al 9%, son: Barbados, Grenada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía. También en esta subregión se encuentra la menor prevalencia, del 0,5%, en República Dominicana.³⁰

³⁰ Algunos Estados Miembros del Caribe han sugerido que hay confusión respecto de la terminología para los "inhalants" versus "inhalers", comúnmente usados en la subregión del Caribe. Este tema requiere mayor investigación en función de determinar si estos datos están sobrestimados en el Caribe.

En América del Sur Brasil y Chile tienen el mayor consumo de inhalables, del 5,2%, seguidos por Guyana y Suriname, con el 4,2% y 3,4%, respectivamente. En seis países el consumo es de aproximadamente el 2% y en Perú es cercano al 1%.

En América Central se destaca Belize con una prevalencia del 5,5%, asemejándose al perfil de consumo de inhalables de los países del Caribe. Guatemala y Panamá le siguen con el 2,3% y 2,7%, respectivamente, quedando Costa Rica y Honduras con prevalencias más bajas, por debajo del 1%. En América del Norte México con el 3,9%, tiene el consumo más alto y Canadá el menor con 1,4%.

En la tabla 4.1 se presentan los valores mínimos y máximos estimados por cada subregión. Hay que resaltar la variabilidad de más de 10 puntos porcentuales del consumo en todo el Hemisferio, que es la misma que se encuentra en el Caribe.

Tabla 4.1

Valores mínimos y máximos de la prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por subregión y del Hemisferio

Subregión	Valor mínimo	Valor máximo
América del Norte	1,4% (2014-15)	3,9% (2014)
América Central	0,63% (2005)	5,5% (2013)
América del Sur	1,12% (2012)	5,2% (2010)
El Caribe	0,5% (2008)	11,0% (2013)
Hemisferio	0,5% (2008)	11,0% (2013)

Nota: El dato en cada subregión corresponde a la prevalencia más baja y más alta encontrada en los países. No es un promedio subregional.

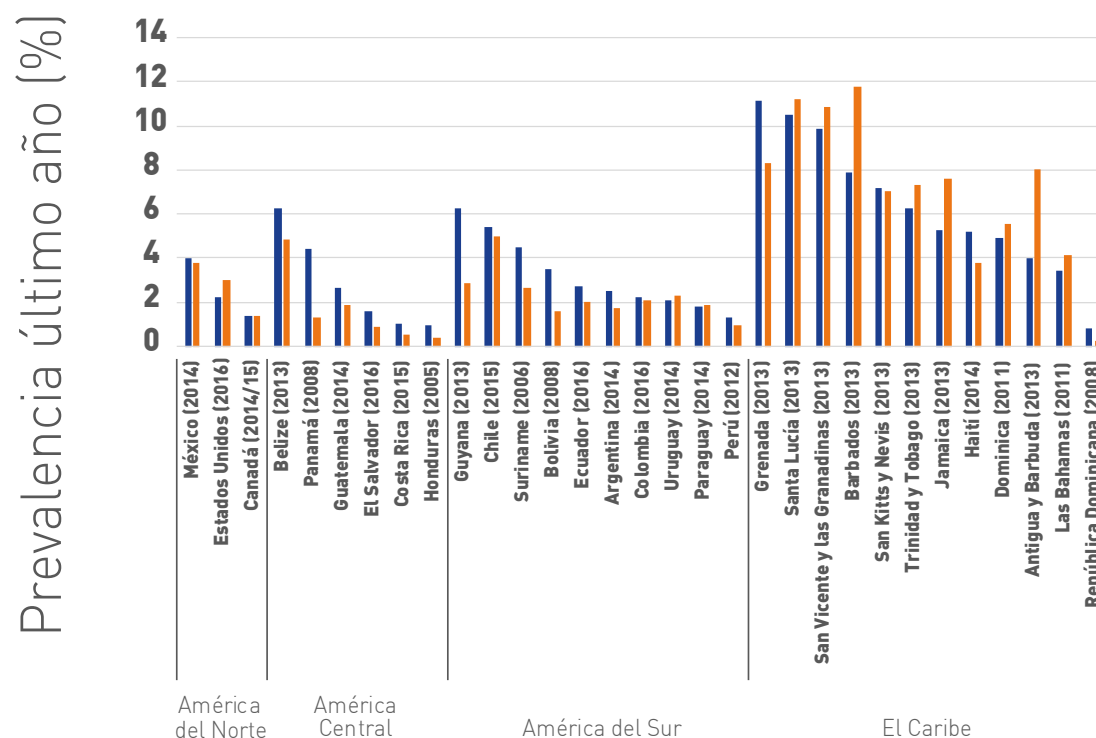
Por otra parte, en América Central la disparidad de consumo es de 4,9 puntos porcentuales y en América del Sur de aproximadamente 4,1 puntos porcentuales, mientras que en América del Norte es de 2,5 puntos porcentuales.

En el gráfico 4.6 se presenta la prevalencia del último año de consumo de inhalables, de hombres y mujeres, ordenadas dentro de cada subregión de acuerdo a la magnitud de la prevalencia de los hombres.

Gráfico 4.6

Hombre Mujer

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo, por país, ordenado por subregión



El gráfico 4.6 muestra la gran variación en la prevalencia y las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres. En algunos países el uso de inhalables entre las mujeres es mayor que en los hombres, mientras que en otros la prevalencia según el sexo es casi la misma. Las mayores diferencias por sexo se encuentran en dos países con bajas tasas de consumo, Panamá y República Dominicana, donde por cada mujer que consumió inhalables en el último año, lo hicieron tres hombres.

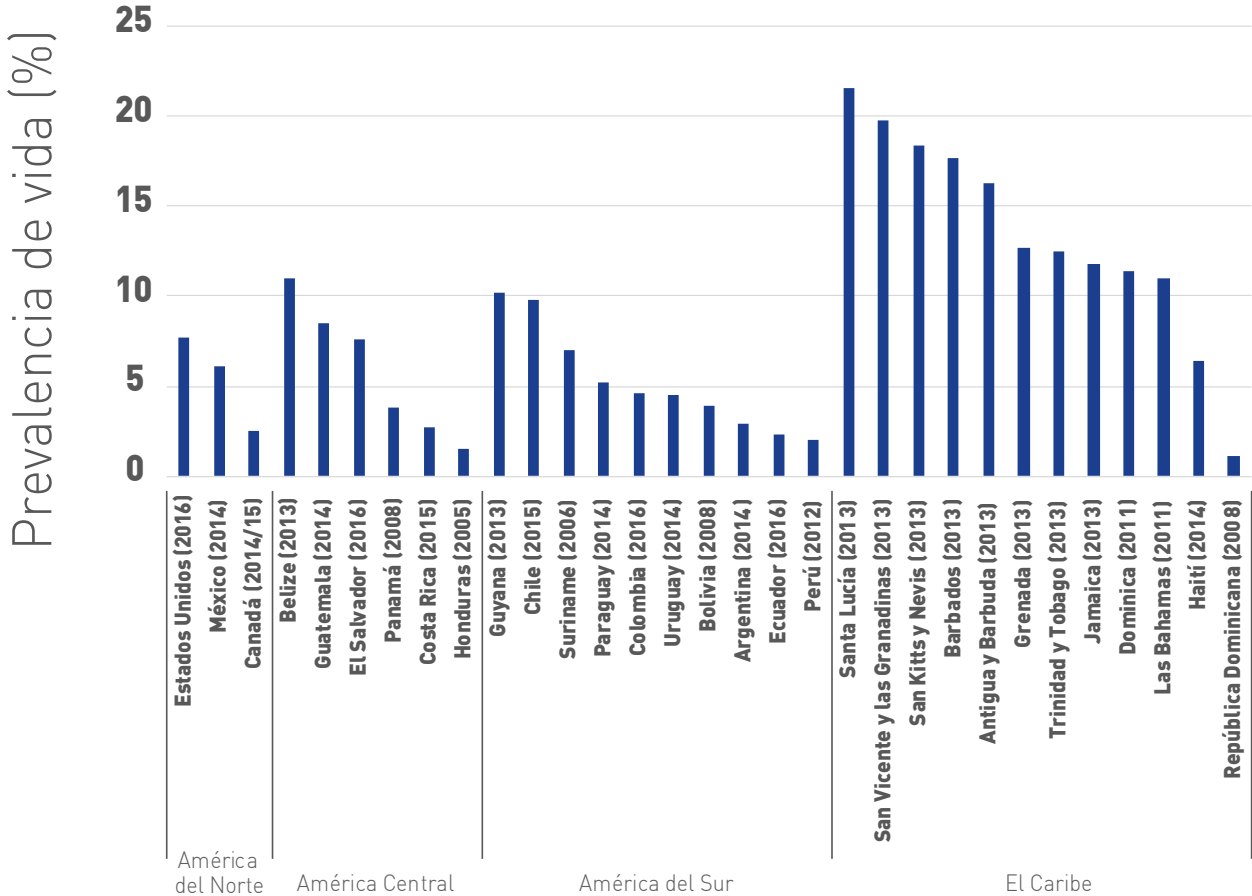
De los cuatro países con mayor consumo de inhalables tanto en el Hemisferio como en el Caribe, solo uno, Grenada, tiene una prevalencia de consumo más alta entre los hombres. En los otros tres, Barbados, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía, el consumo de inhalables es mayor en las mujeres. La prevalencia es mayor entre las mujeres de la subregión del Caribe para el uso de inhalables en la mayoría de los países, con la excepción de Grenada, Haití, República Dominicana y San Kitts y Nevis.

En América del Sur, en los tres países de mayor consumo y de los cuales se tiene información según el sexo, las diferencias son dispares: mientras que en Chile hay casi paridad entre ambos sexos, en Guyana por cada mujer que consume lo hacen dos o más hombres. En América Central Belize, el país de mayor consumo, presenta una prevalencia similar entre hombres y mujeres. Lo mismo sucede en México.

En el gráfico 4.7 se presenta la prevalencia de vida del consumo de inhalables en los estudiantes de octavo grado. Se observan prevalencias disímiles según los países, pero evidenciando el inicio del consumo de inhalables en el octavo grado, el grupo más joven estudiado. En el caso de los países del Caribe se destacan Antigua y Barbuda, Barbados, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía con una prevalencia de vida del consumo de inhalables mayor al 15%. Otros cinco países registran prevalencias de entre el 11% y el 15%. Belize, en América Central, presenta una prevalencia del 11%, luego se destacan Chile y Guyana, en América del Sur, con tasas de consumo de alrededor del 10%.

Gráfico 4.7

Prevalencia de vida del consumo de inhalables entre los estudiantes de 8º grado o equivalente, por país, ordenado por subregión

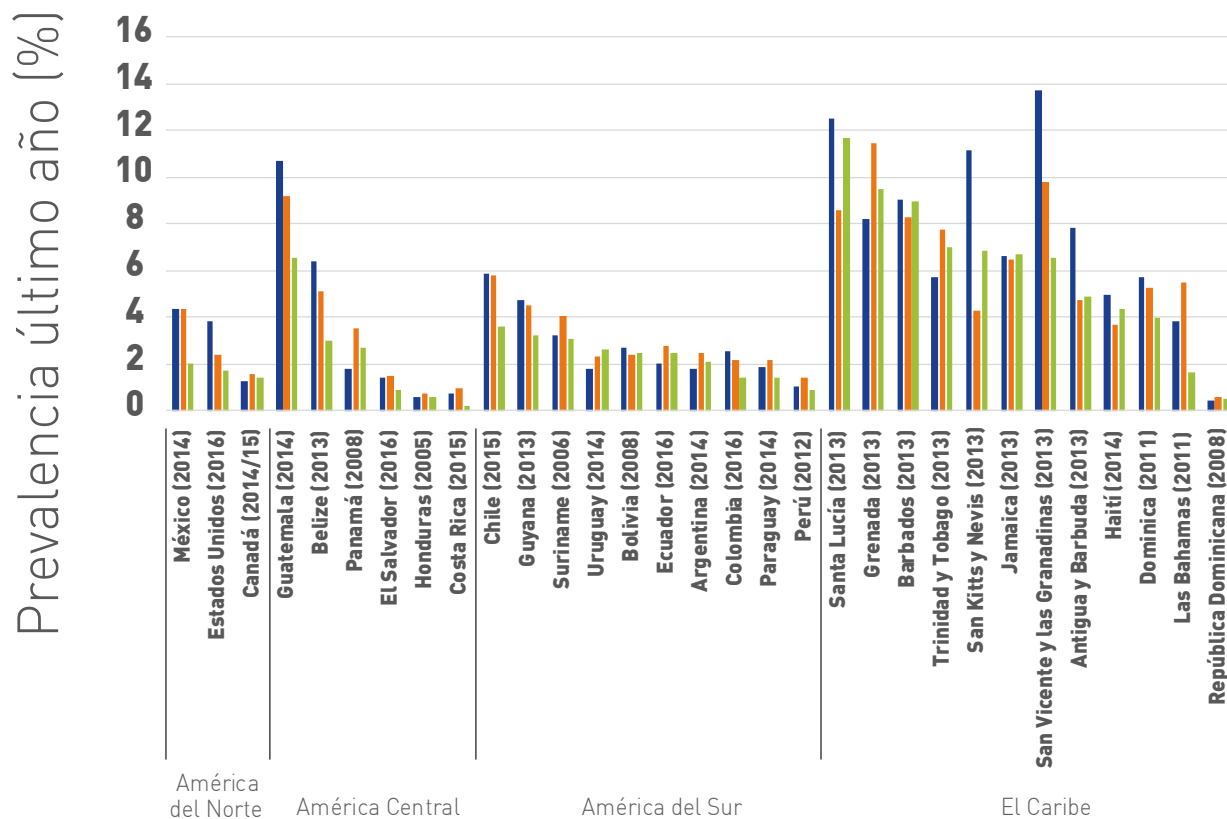


El gráfico 4.8 muestra las prevalencia del último año de consumo de inhalables por grados en cada país. Un patrón común a todos los países es que el consumo de inhalables es más alto en los 8º y 10º grados.

Gráfico 4.8

8º Grado | 10º Grado | 12º Grado

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de 8º, 10º y 12º grados, por país, ordenado por subregión



Tendencias del consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Los gráficos 4.9 al 4.18 muestran la tendencia del consumo de inhalables en diez países del Hemisferio, que cuentan con por lo menos tres estudios comparables. En este caso los gráficos están ordenados por subregión: América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe.

Los gráficos 4.9 al 4.18 muestran los cambios en el consumo de inhalables en diez países: los Estados Unidos, de 7,6% en 1991 a 2,6% en 2016; Colombia, del 3,5% en 2004 al 2,1% en 2016; Perú, de 1,8% en 2005 a 0,9% en 2017; Argentina, del 1,7% en 2009 al 2,1% en 2014; Chile, del 1,9% en 2001 al 5,5% en 2015; El Salvador, de 0,9% en 2003 a 1,3% en 2016; Uruguay, del 1,4% en 2003 al 2,1% en 2014; Paraguay, del 0,6% en 2003 al 1,9% en 2014; Grenada, que pasó del 5,6% en 2002 al 9,7% en 2013; y Barbados, que pasó del 5,7% en 2002 al 9,7% en 2013. Como indican los datos, la magnitud del cambio es diferente según los países, en algunos es un incremento moderado y en otros el consumo se ha prácticamente duplicado, como en Chile, Grenada y Paraguay. Otros países han experimentado disminuciones graduales (los Estados Unidos, Colombia y Perú) o se han mantenido estables (Argentina y El Salvador).

En Argentina se observa que entre los hombres el consumo pasó del 2,4% en 2009 al 2,5% en 2014, y entre las mujeres pasó del 1,1% al 1,7% en el mismo período. Ambos sexos muestran mayor consumo en 2011. En Chile el consumo entre los hombres pasó del 2,5% al 5,4%, y entre las mujeres del 1,3% al 5,3% entre 2001 y 2015. En El Salvador el consumo entre los hombres pasó del 1,2% en 2003 al 2,4% en 2008, para luego disminuir al 1,6% en 2016; entre las mujeres el consumo aumentó del 0,6% al 0,9% en igual período. En Grenada el consumo entre los hombres fue de 5,4% en 2002, disminuyendo a 5,0% en 2005, para luego aumentar al 11,0% en 2013; en el mismo período, el consumo entre las mujeres aumentó del 5,9% al 8,0%. En Paraguay se observa un consumo similar para ambos sexos, partiendo del 0,6% en 2003, aumentando en 2014 hasta el 1,8% entre los hombres y hasta 1,9% entre las mujeres. En Barbados no se contó con suficientes datos para el análisis por sexo.

En Colombia el consumo de inhalables sigue una tendencia a la baja, del 3,5% en 2003 al 2% en 2016, con un aumento entre las mujeres hacia el final del período en estudio. En Perú de 2005 a 2009 hubo un aumento del 1,9% al 2,6% en el consumo entre los hombres, mientras que entre las mujeres disminuyó del 1,7% al 1,4%; de 2009 a 2017 el consumo bajó para ambos sexos: para los hombres se redujo de 2,6% a 1,0% y para las mujeres pasó de 1,4% a 0,8%.

Gráfico 4.9

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, según el sexo y total, 1991-2016

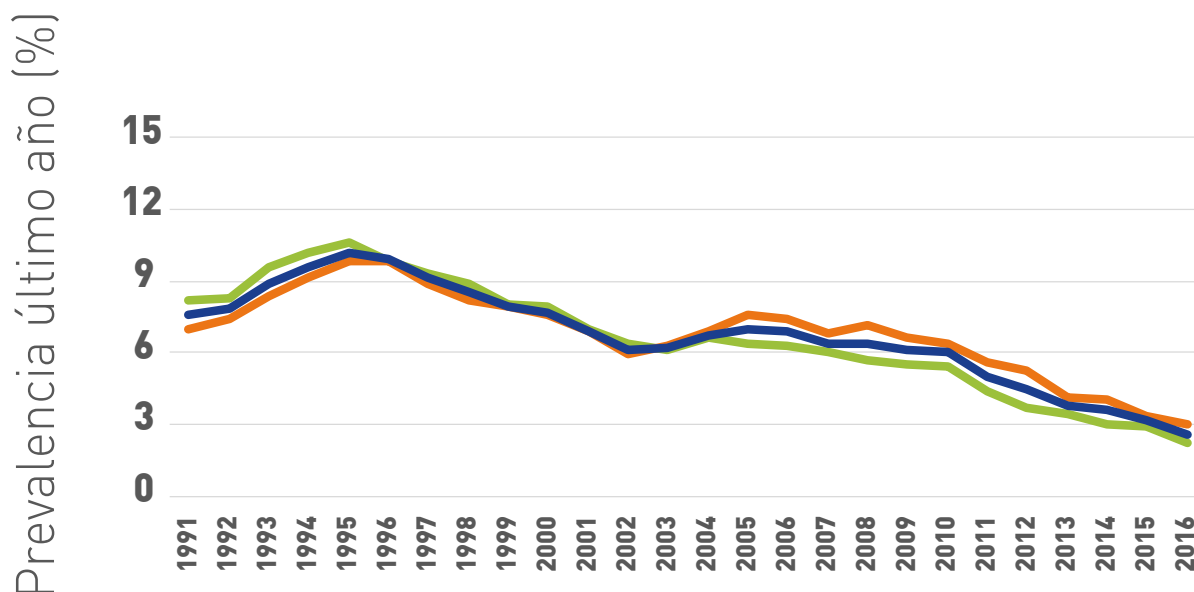


Gráfico 4.10

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, según el sexo y total, 2003-2016

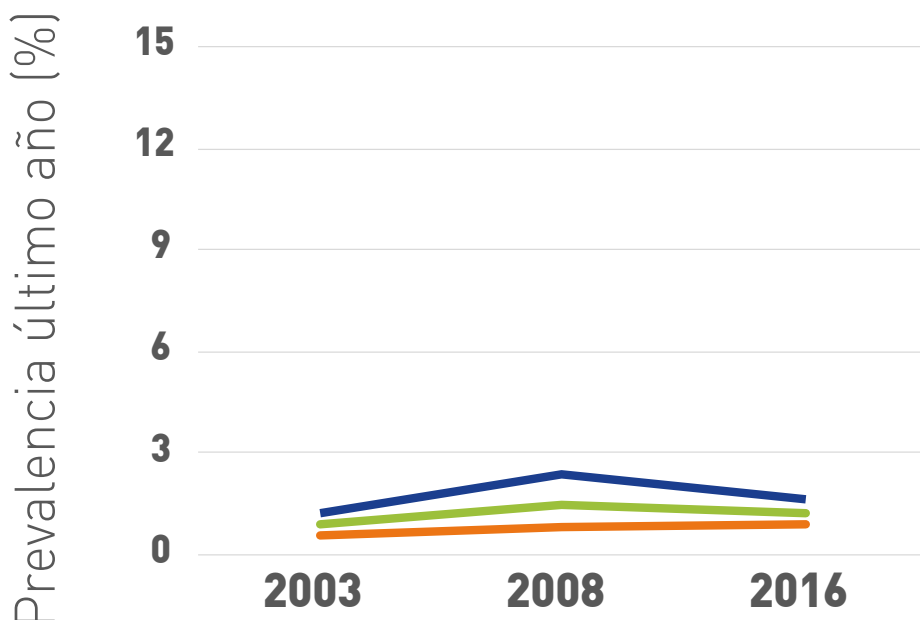


Gráfico 4.11

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Argentina, según el sexo y total, 2009-2014

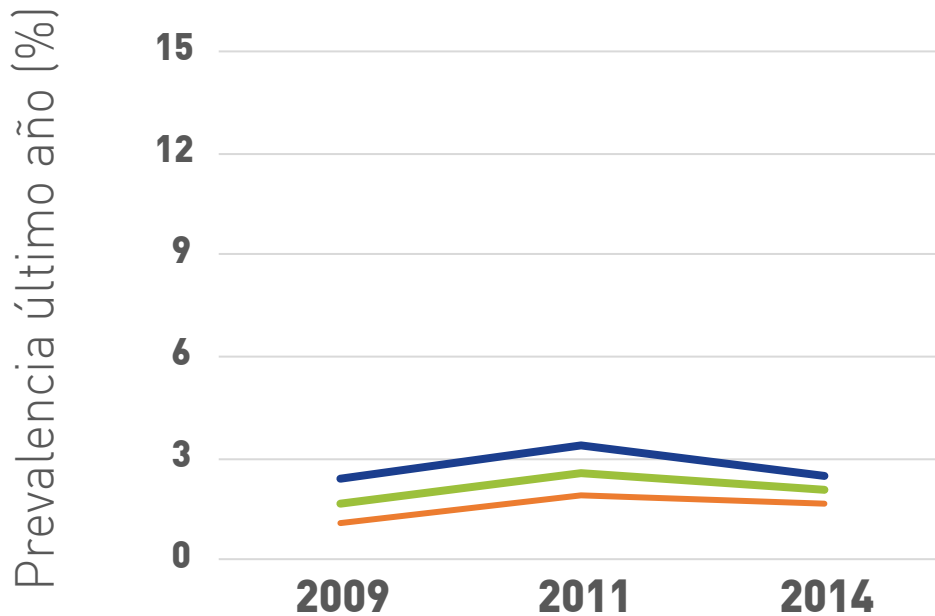


Gráfico 4.12

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Chile, según el sexo y total, 2001-2015

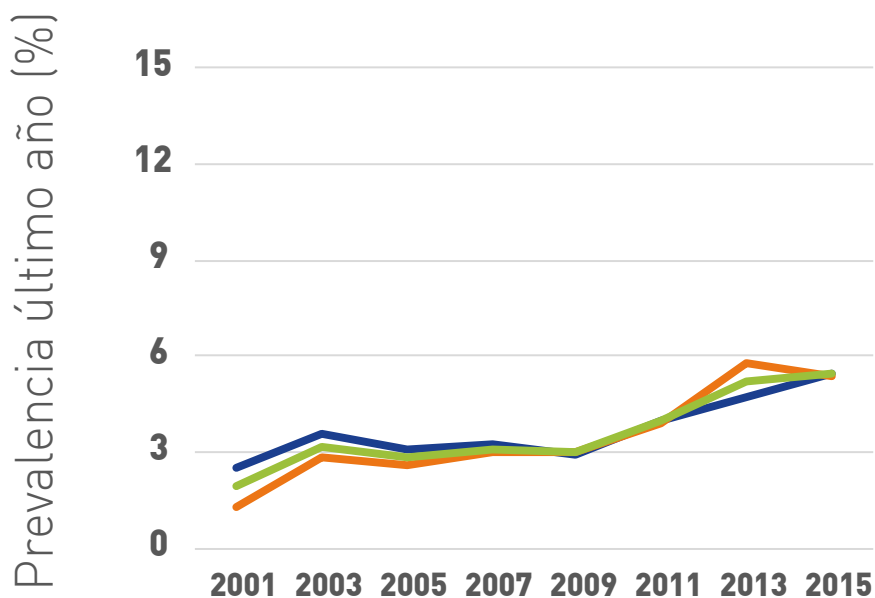


Gráfico 4.13

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia, según el sexo y total, 2004-2016

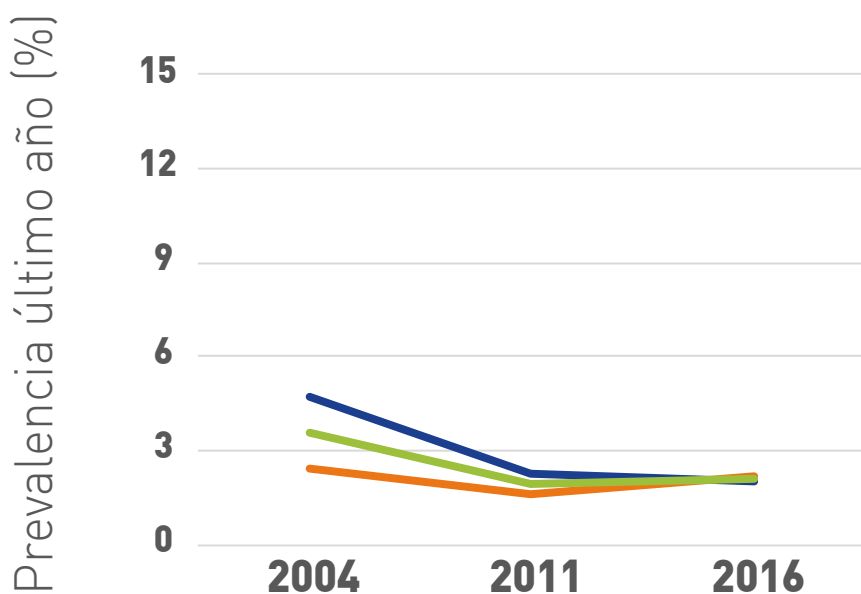
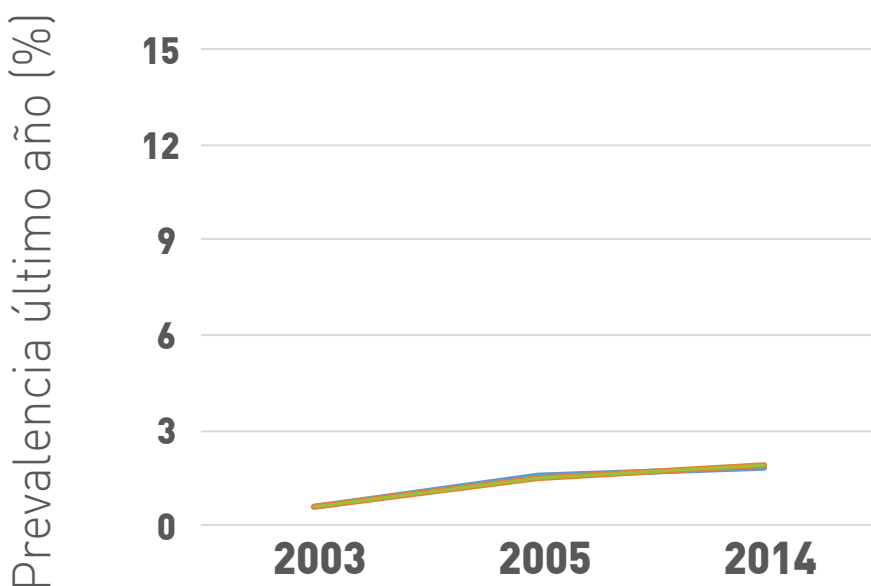


Gráfico 4.14

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay, según el sexo y total, 2003-2014



Nota: Los datos de mujeres y totales coinciden.

Gráfico 4.15

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Perú, según el sexo y total, 2005-2017

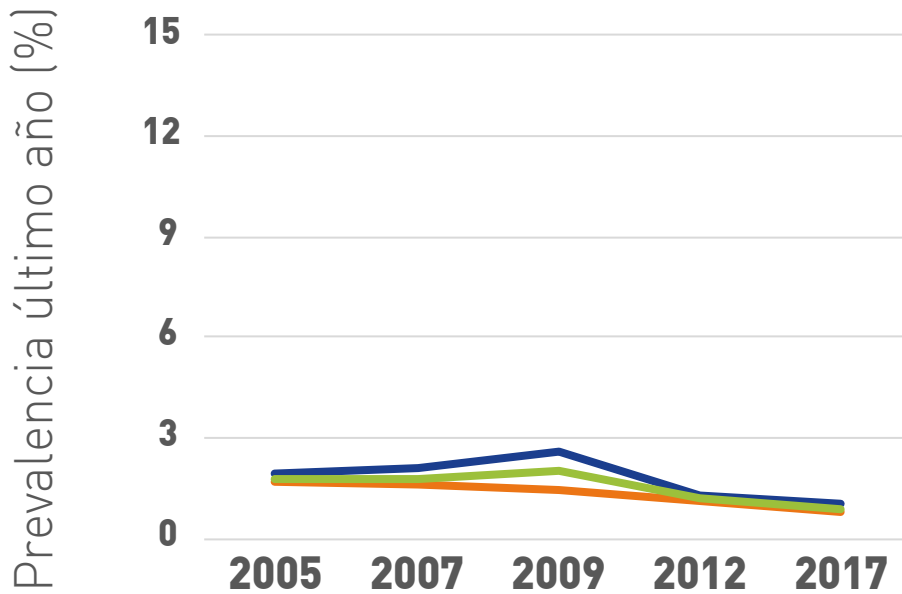


Gráfico 4.16

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Uruguay, 2003-2014

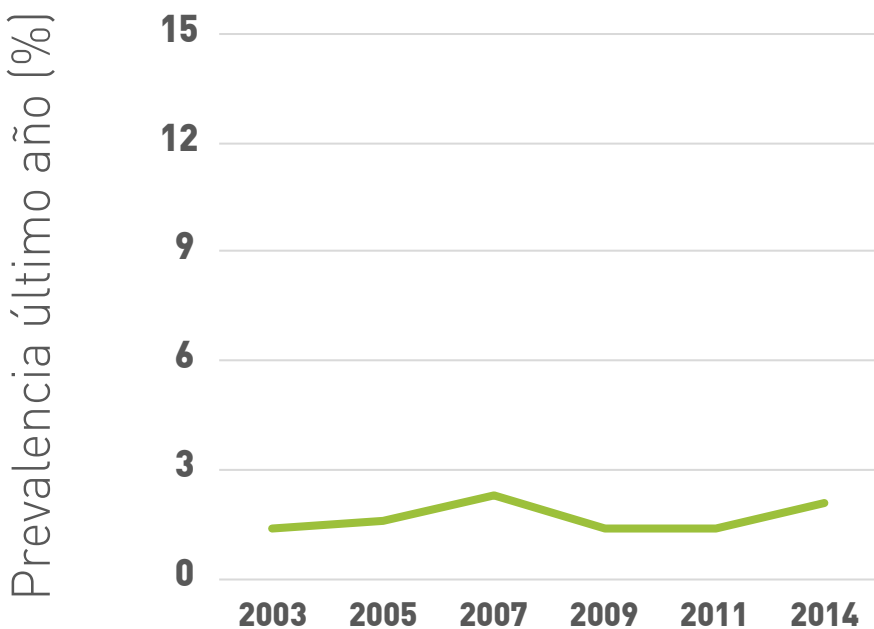


Gráfico 4.17

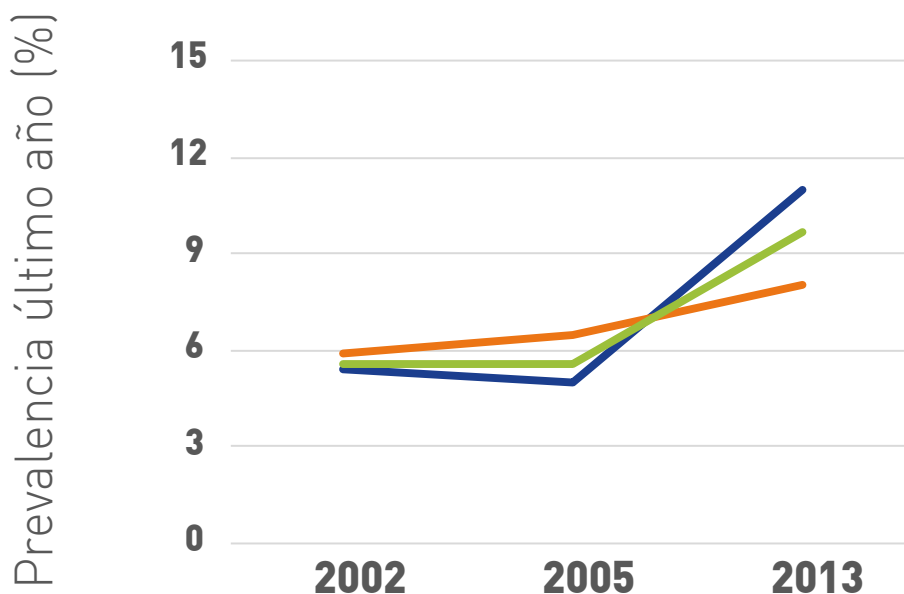
Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Barbados, 2002-2013



Gráfico 4.18

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Grenada, según el sexo y total, 2002-2013



Percepción de gran riesgo del consumo de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria

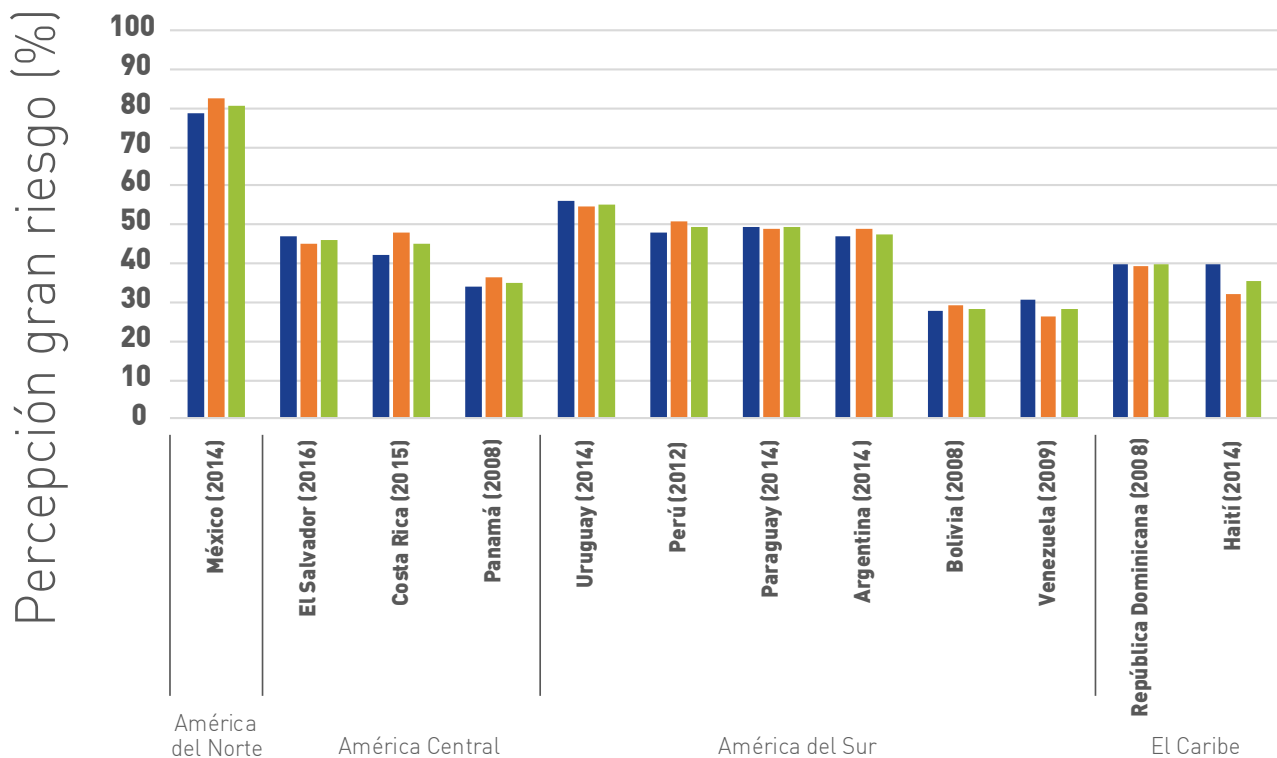
El gráfico 4.19 muestra la percepción de gran riesgo asociada con el uso ocasional de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria. En ocho de los doce países analizados, el 40% o más de los estudiantes considera que el uso ocasional de inhalables representa un gran riesgo. Casi el 80% de los estudiantes mexicanos afirman que el uso ocasional de inhalables implica un gran riesgo. En cuatro países de América del Sur -- Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay -- solo uno de cada dos estudiantes ve gran riesgo en el uso ocasional de inhalables; y en los siete países restantes (tres de América Central, dos de América del Sur y dos del Caribe) esta percepción es sostenida por aún menos estudiantes.

Las percepciones no establecen diferencias importantes según sean hombres o mujeres. En Haití y Venezuela la diferencia porcentual entre los sexos es relativamente superior que en el resto de los países, con mayor percepción de riesgo en los hombres.

Gráfico 4.19

Hombre Mujer Total

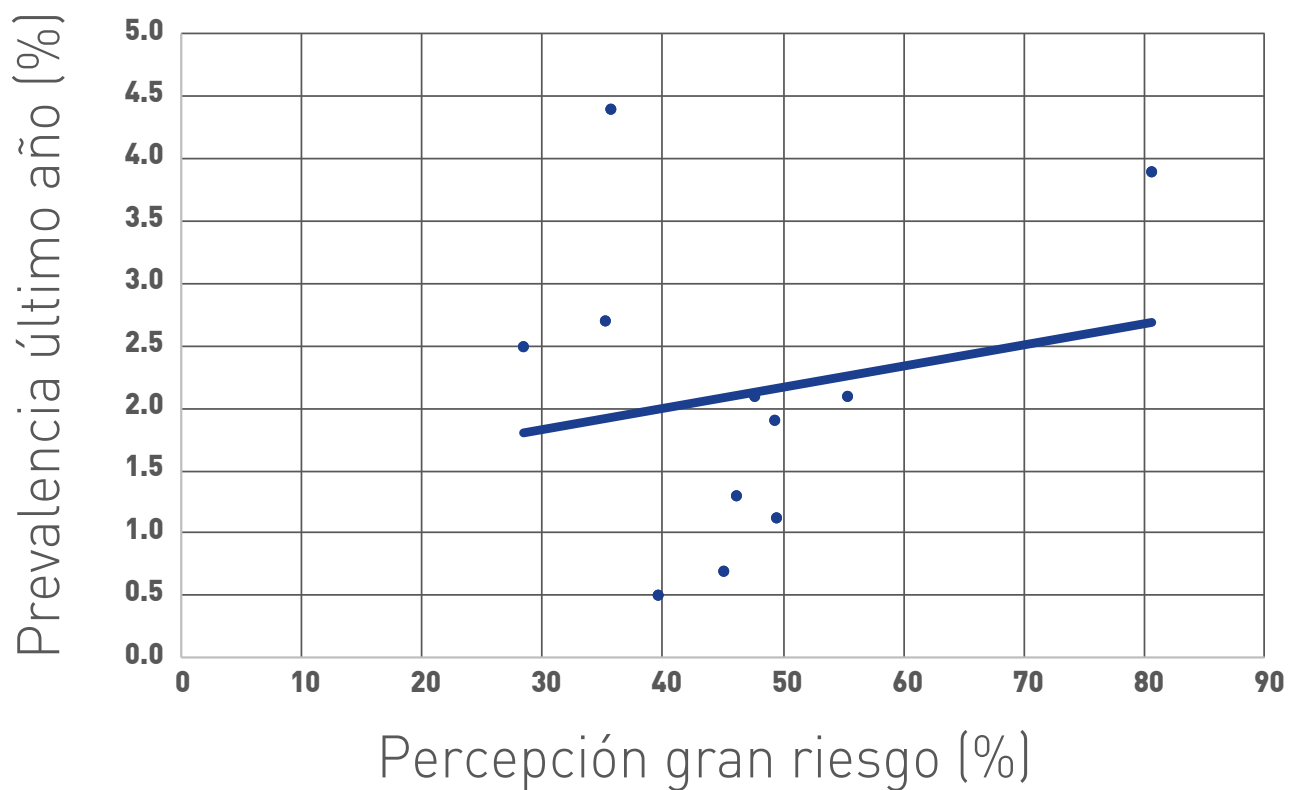
Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de inhalables entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



El gráfico 4.20 muestra la percepción de gran riesgo del uso ocasional de inhalables en función de la prevalencia del uso de inhalables en el último año.

Gráfico 4.20

Prevalencia del último año de consumo de inhalables y percepción de gran riesgo del uso ocasional entre los estudiantes de enseñanza secundaria (cada punto representa a un país)



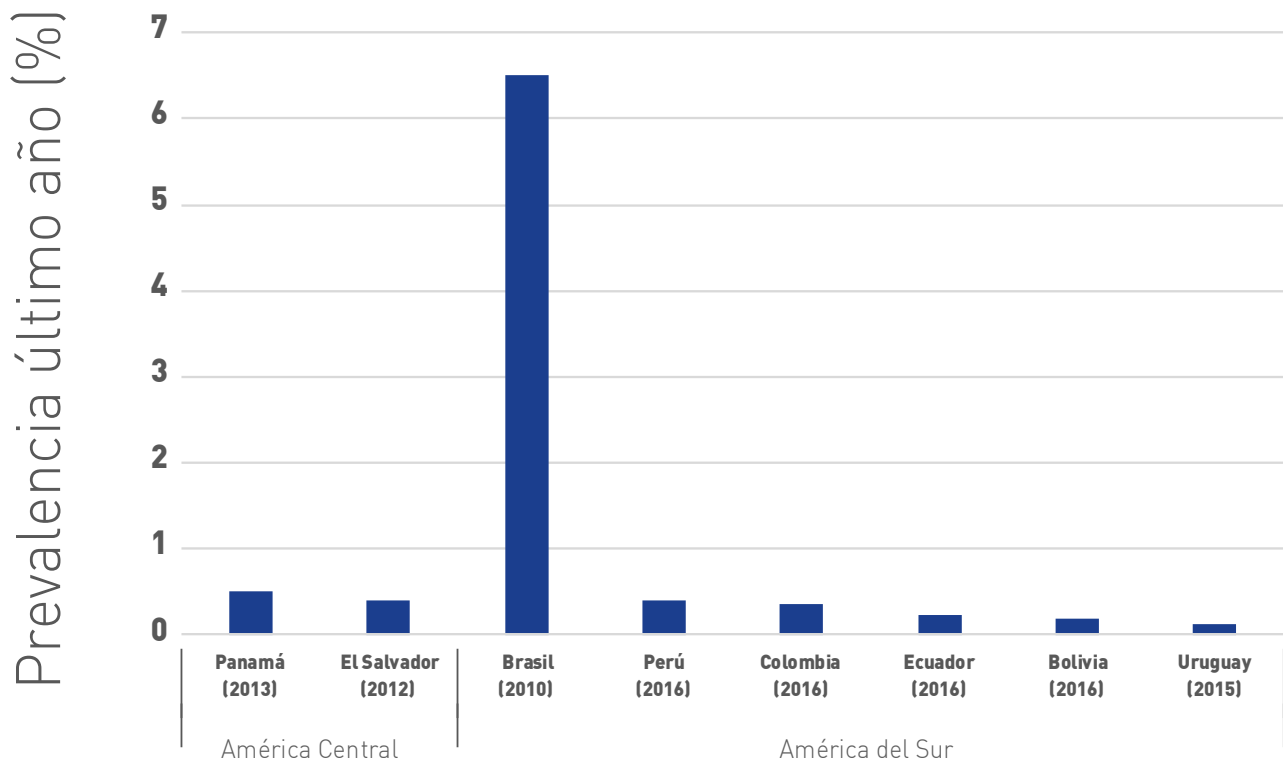
El gráfico anterior muestra que la asociación entre la percepción de gran riesgo y la prevalencia del último año de consumo de inhalables, no es evidente.

4.3 Consumo de inhalables entre estudiantes universitarios

En el Hemisferio se han realizado estudios nacionales sobre el consumo de drogas entre estudiantes universitarios en ocho países, que incluyen a los cuatro países andinos, además de Brasil, El Salvador, Panamá y Uruguay (gráfico 4.21).

Gráfico 4.21

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre estudiantes universitarios por país, ordenado por subregión



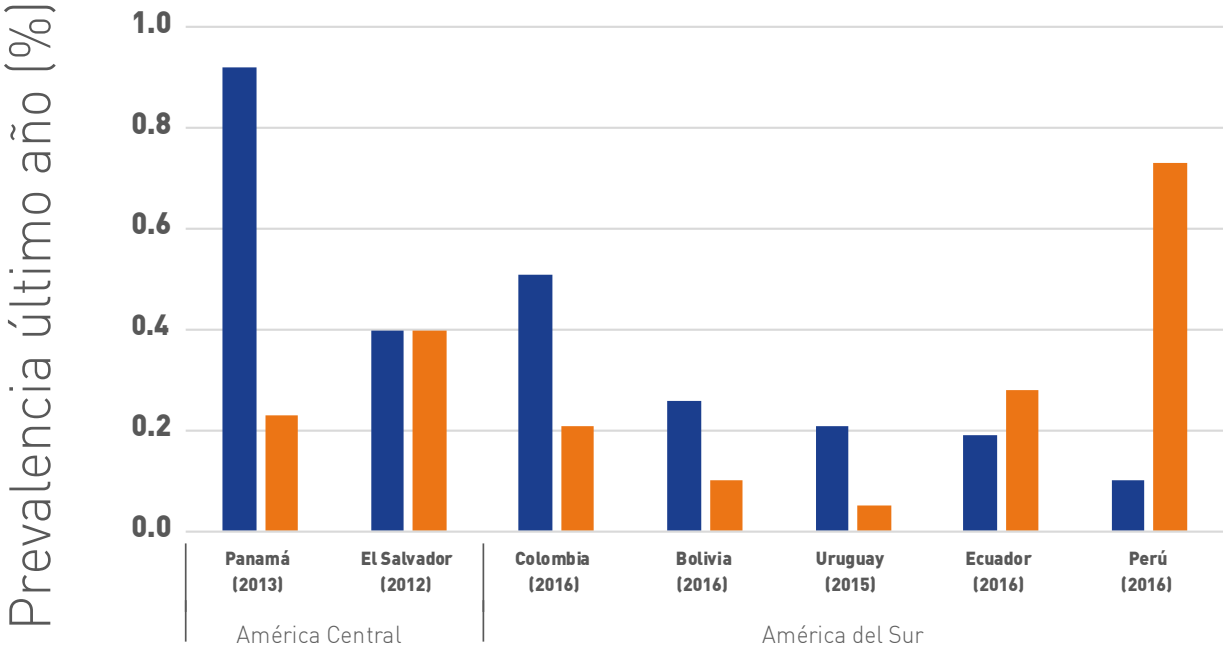
Con la excepción de los estudiantes universitarios de Brasil, que tienen una prevalencia anual del 6,5%, los demás países presentan prevalencias bajas e inferiores al 0,5%.

En el gráfico 4.22 se muestran las prevalencias por sexo y los datos indican situaciones disímiles. En Ecuador y Perú el consumo es mayor entre las mujeres y en El Salvador es similar entre ambos sexos. En los otros países por cada mujer que consume, lo hacen entre 2,4 y 4 hombres. En Bolivia y Colombia el consumo entre los hombres duplica el porcentaje de uso de las mujeres, y en Panamá y Uruguay se cuadruplica.

Gráfico 4.22

Hombre | **Mujer**

Prevalencia del último año de consumo de inhalables entre estudiantes universitarios según el sexo, por país, ordenado por subregión



Tendencias del consumo de inhalables entre estudiantes universitarios

Para el análisis de tendencias del consumo de inhalables entre estudiantes universitarios, se presenta la prevalencia de vida de los países andinos (gráfico 4.23). Bolivia, que ocupaba el segundo lugar de mayor consumo en 2009, desciende al 1,4% en 2016, el menor registro de los cuatro países. Colombia, siendo el país de mayor consumo, incrementa la tasa en más de dos puntos porcentuales, pasando del 6,1% en 2009 al 8,8% en 2016. Ecuador registró una prevalencia de 2,2% en 2009 y de 2,5% en 2016. Perú presentó registros de 3,8% en 2009 y 3% en 2016.

Gráfico 4.23

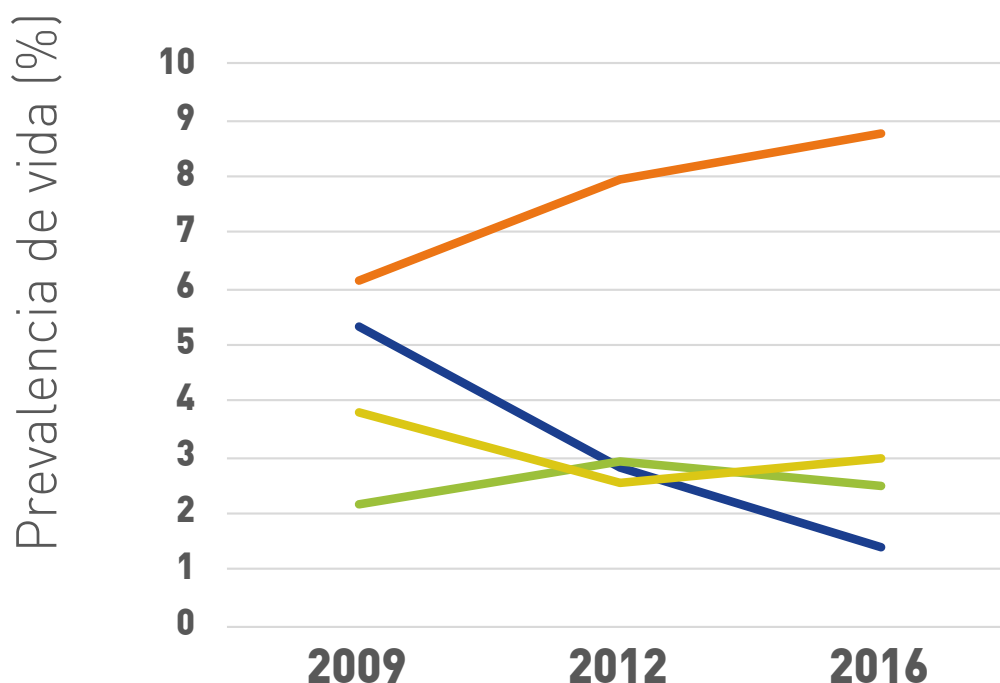
Bolivia

Colombia

Ecuador

Perú

Prevalencia de vida del consumo de inhalables entre estudiantes universitarios, por país, 2009-2016



CAPÍTULO 5

COCAÍNAS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se informa sobre la prevalencia de consumo de algunas sustancias o drogas que contienen el alcaloide cocaína, extraído de las hojas del arbusto de la coca del género *Erythroxylum*. Estas sustancias incluyen clorhidrato de cocaína (referida como cocaína en este informe), pasta base de cocaína (PBC), base libre y crack. Estas drogas se producen a partir de la hoja de coca, pero se diferencian por el proceso de elaboración y por la forma en que se consumen. La cocaína se suele esnifar, inhalar y también se puede disolver en agua e inyectar; sin embargo, la cocaína en su forma de polvo tiene un alto punto de fusión y no se puede fumar. La PBC, la base libre y el crack son formas fumables de cocaína. Las sustancias tipo cocaínas fumables se derivan de la hoja de coca y, cuando se procesan químicamente, tienen un bajo punto de fusión y se pueden volatilizar por calentamiento.³¹ Estas tres drogas³² pueden tener diferentes mercados, formas de tráfico y microtráfico, y patrones de consumo, todo lo cual puede variar según la forma en que se adulteren o corten.

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos,³³ la cocaína es un estimulante altamente adictivo que tiene un efecto directo en el cerebro. Las hojas de coca, a partir de las cuales se produce la cocaína, se han consumido durante miles de años, mientras que la sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se ha utilizado durante más de cien años. La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central. Actúa sobre el núcleo accumbens, conocido como el centro de placer y ubicado en el mesencéfalo, aumentando la acumulación de dopamina en la sinapsis, responsable del efecto placentero y de euforia (el efecto buscado por el usuario).³⁴

Si bien la cocaína y sus derivados son algunas de las drogas más utilizadas en América del Sur, también son algunas de las sustancias más adulteradas.³⁵ Los adulterantes son sustancias químicas que tienen alguna propiedad farmacológica similar a la droga de abuso y se agregan para potenciar su efecto. En algunos casos, los adulterantes pueden ser más peligrosos que la propia droga de abuso. En el caso de la cocaína, los adulterantes más comunes en América Latina son la cafeína, la lidocaína y el levamisol. Por otro lado, los agentes de corte generalmente no tienen propiedades farmacológicas significativas y se usan para agregar volumen a la dosis a medida que se vende. Por lo general, tienen el mismo aspecto, color o textura que la droga con que se mezclan. Si bien se suele suponer que los agentes de corte son inertes por sí solos, pueden provocar que el organismo de una persona reaccione a la droga de manera diferente, aumentando la naturaleza adictiva de la droga y/o su toxicidad.

³¹ Castaño, G., *Cocaínas Fumables en Latinoamérica*. (Adicciones, 2000).

³² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *Pasta Básica de Cocaína. Cuatro Décadas de Historia, Actualidad y Desafíos* (Viena: Naciones Unidas, 2013)

³³ U.S. National Institute on Drug Abuse, *Research Report Series, Cocaine*. (Rockville: National Institutes of Health, 2016).

³⁴ Pascale, A., *Pasta Base de Cocaína: Aspectos Médico- Toxicológicos*. (Montevideo: Ginecología de la Infancia y Adolescencia, 2005)

³⁵ Duffau, B. et al., *Estudio de la Composición Química de Incautaciones de Cocaína en Chile Mediante HPTLC, GC/FID y FTIR*. (Santiago: Revista de Toxicología en línea, 2017)

El modo de consumo de las diferentes sustancias de la cocaína y los adulterantes presentes puede tener un impacto significativo en la salud de los usuarios, al igual que los adulterantes y agentes de corte que pueden estar presentes en cada droga. La duración e intensidad de la intoxicación está relacionada con la forma en que se toma la sustancia. Cuando se inyecta o se fuma cocaína, la intoxicación es más intensa, pero también es más corta. En cambio, cuando se esnifa, la intoxicación por cocaína hace efecto más lentamente, pero dura más. La toxicidad de la cocaína, crack y PBC se debe no solamente a la presencia del alcaloide cocaína, sino también a la presencia de otros alcaloides, contaminantes y adulterantes, así como a los daños provocados por el modo de consumo y por la combustión de diferentes productos derivados de la quema de plásticos y metales de las pipas artesanales.

El consumo de cocaína se encuentra presente en todo el Hemisferio, en tanto que el consumo de pasta base, con una variedad de denominaciones según el país, es un fenómeno de América del Sur. El consumo de crack se observa en el Caribe y América del Norte. Se debe realizar un monitoreo constante de la composición química de las sustancias de cocaína fumables (pasta base, base libre y crack) ya que aunque se han encontrado adulterantes similares en diferentes estudios, se han observado cambios a lo largo del tiempo en muestras de drogas incautadas, según el país o incluso dentro de un mismo país.³⁶

En este capítulo se presenta en forma separada la información disponible para cada una de estas sustancias: cocaína, pasta base y crack. La base libre no es una droga que se registre en los datos de América Latina y el Caribe, por lo tanto, no se presentan datos de la misma.

5.1 Clorhidrato de Cocaína (Cocaína)

Introducción

Las estimaciones mundiales de las Naciones Unidas para el año 2017 indican que unos 17 millones de personas de entre 15 y 64 años declararon haber usado cocaína durante el último año, lo cual indica una prevalencia mundial del 0,35%. La cocaína es la cuarta más comúnmente consumida sustancia controlada a nivel global, pero está relativamente concentrado en las Américas, Europa y Oceanía. En las Américas se encuentran 8,5 millones de personas (1,3% de la población) que consumieron cocaína en el último año, representando la mitad de los consumidores a nivel global. Por otra parte, en América del Sur se encuentra la totalidad de la producción de cocaína de origen vegetal: Bolivia, Colombia y Perú. En América del Norte la cocaína ocupa el tercer lugar en la demanda de tratamiento. Por su parte, en gran parte de América Latina y el Caribe la demanda de tratamiento por problemas debidos al consumo de cocaína se ubica en segundo lugar.

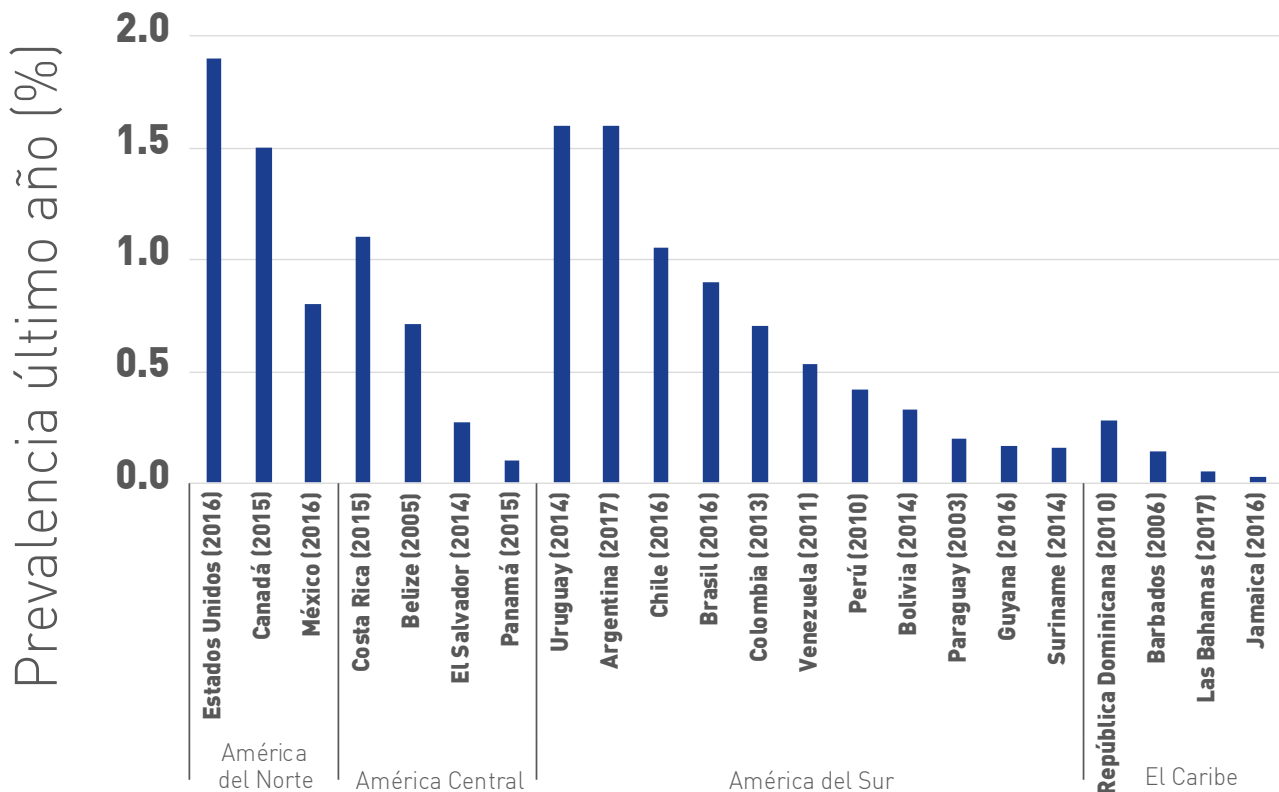
³⁶ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID). *Análisis de la Composición Química de las Cocaínas Fumables: Compendio Subregional*. (Washington D.C.: OEA, 2016)

5.1.1 Consumo de cocaína en la población general

El consumo de cocaína está muy extendido en todo el Hemisferio y sus subregiones. El gráfico 5.1 muestra la prevalencia del último año de consumo de cocaína por país y subregión. Once países, incluidos los cuatro países del Caribe de los que se dispone de información, la mitad de los países de América del Sur y dos países de América Central muestran una prevalencia del último año de menos del 0,5%. Los Estados Unidos tienen el nivel más alto de consumo de cocaína, con una prevalencia del 1,9%, seguido por Argentina y Uruguay (1,6%) y Canadá (1,5%). México, Costa Rica, Belize, Chile, Brasil, Colombia y Venezuela están en un rango intermedio de consumo de cocaína (más de 0,5% a 1,1%). Es importante considerar que la población de referencia para Canadá y Uruguay comienza a los 15 años, lo que podría resultar en mayores tasas de consumo.

Gráfico 5.1

Prevalencia del último año de consumo de cocaína en la población general, por país, ordenado por subregión



En cuanto al consumo de cocaína según el sexo (gráfico 5.2), las tasas de los hombres alcanzan, en casi todos los países, valores superiores a la tasa global de cada país, a excepción de Belize, Guyana, Jamaica y Paraguay.

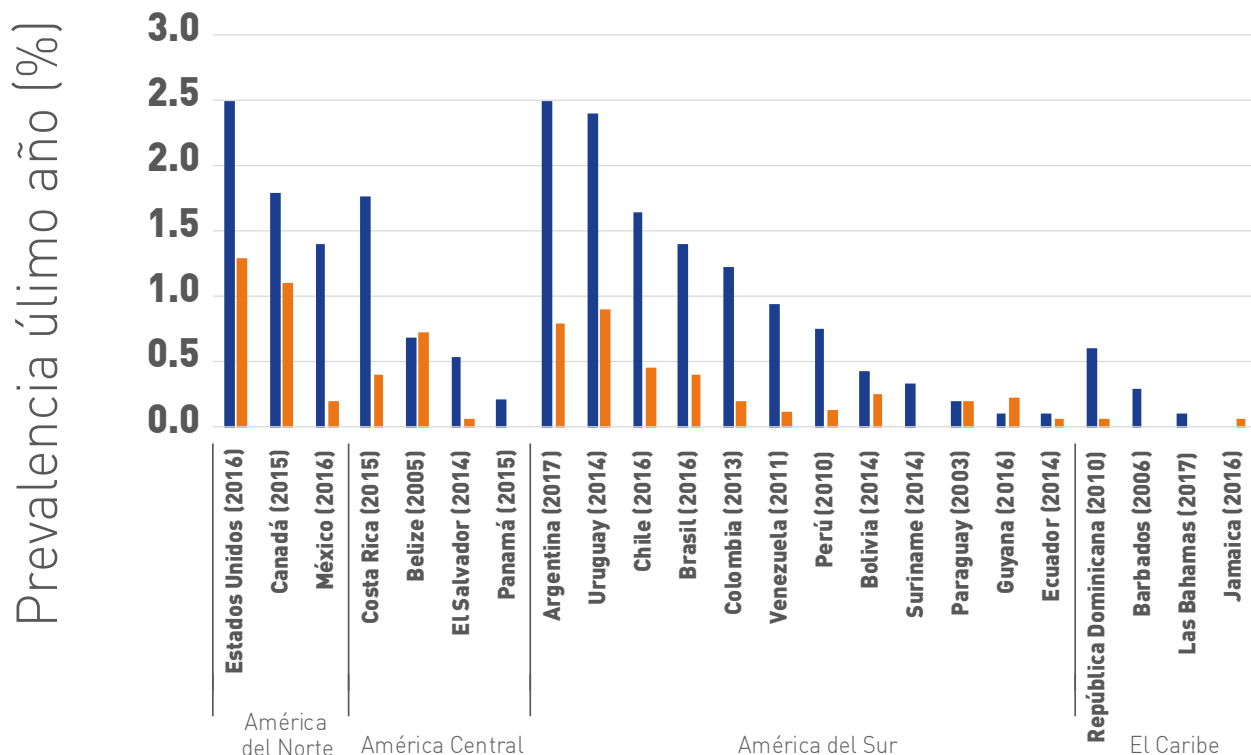
Si bien en la mayoría de los países el uso entre los hombres es más alto, se observan variaciones entre los países en términos de la relación del uso de cocaína por los hombres en comparación con las mujeres. Para resaltar las distancias más grandes entre el consumo por las mujeres y los hombres, en Colombia y Perú por cada mujer que consume, lo hacen seis hombres. En México por cada mujer que consume lo hacen siete hombres, mientras que en El Salvador y Venezuela se incrementa a casi ocho hombres por cada mujer. Por otra parte, en el Caribe dos países (Las Bahamas y Barbados) registran consumo solo entre los hombres y en República Dominicana hay diez hombres que consumen por cada mujer.

En los cuatro países con los más altos niveles de consumo las diferencias entre hombres y mujeres son menores: en los Estados Unidos los hombres casi duplican el consumo de las mujeres y en Canadá la diferencia es menor. En Argentina y Uruguay hay alrededor de tres hombres que consumen por cada mujer.

Gráfico 5.2

Hombre Mujer

Prevalencia del último año de consumo de cocaína en la población general según sexo, por país, ordenado por subregión

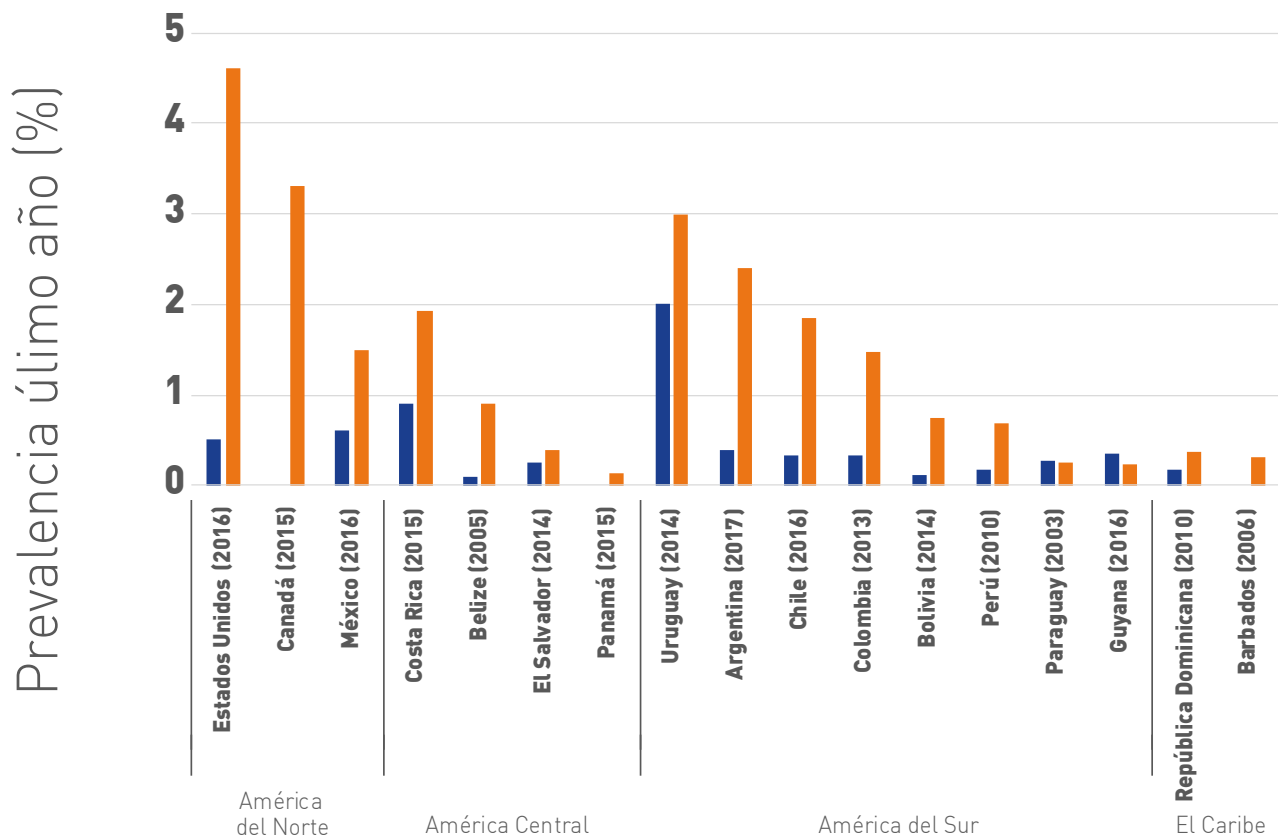


El gráfico 5.3 presenta la prevalencia de último año de consumo de cocaína para la población comprendida entre los 12 a 17 años y entre los 18 a 34 años. En todos los países los niveles de consumo de las personas de 18 a 34 años superan las tasas globales correspondientes a cada país.

Gráfico 5.3

12 a 17 | 18 a 34

Prevalencia del último año de consumo de cocaína en la población general según grupo etario, por país, ordenado por subregión



Tendencias del consumo de cocaína en la población general

Con respecto a América del Norte, México muestra un cambio del 0,3% al 0,8% entre 2002 y 2016. Las tendencias por sexo muestran que el consumo de cocaína en México pasó de 0,7% en 2002 a 1,4% en 2016 entre los hombres, y de menos del 0,1% en 2008 a 0,2% en 2016 entre las mujeres (gráfico 5.4). En los Estados Unidos (gráfico 5.5) hubo una disminución del consumo de cocaína en la población general entre 2002 y 2016, con registros de 2,5% y 1,9%. Después de las tasas de consumo más altas registradas en 2002-2006, el descenso fue constante hasta 2011, cuando hubo un ligero aumento. El consumo se mantuvo estable en 2013 y mostró continuos aumentos leves hasta el final del período analizado.

Gráfico 5.4

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia de último año de consumo de cocaína en la población general general (12-65 años) de México, según el sexo y total, 2002-2016

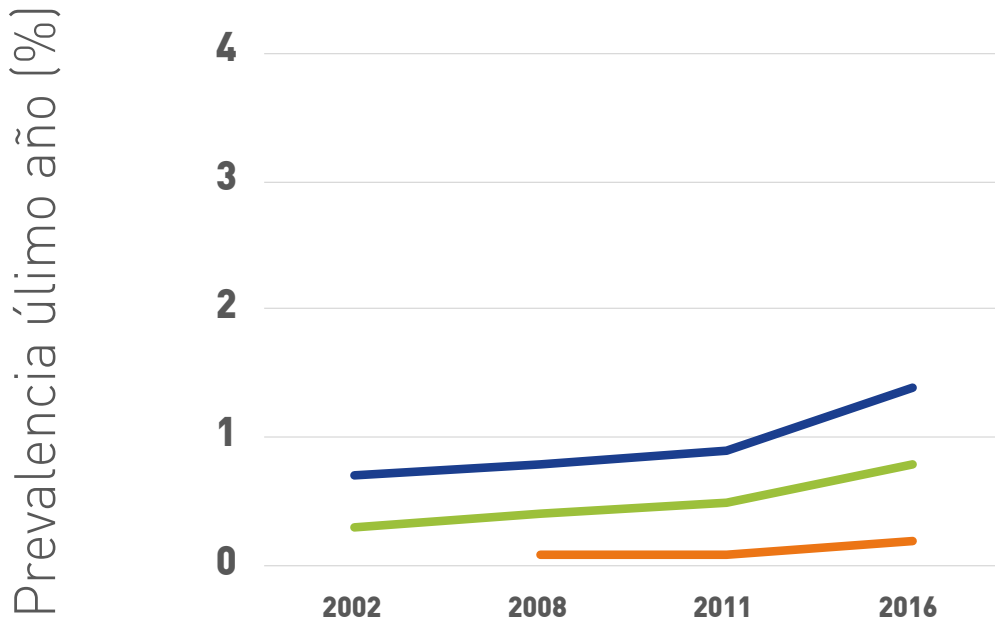
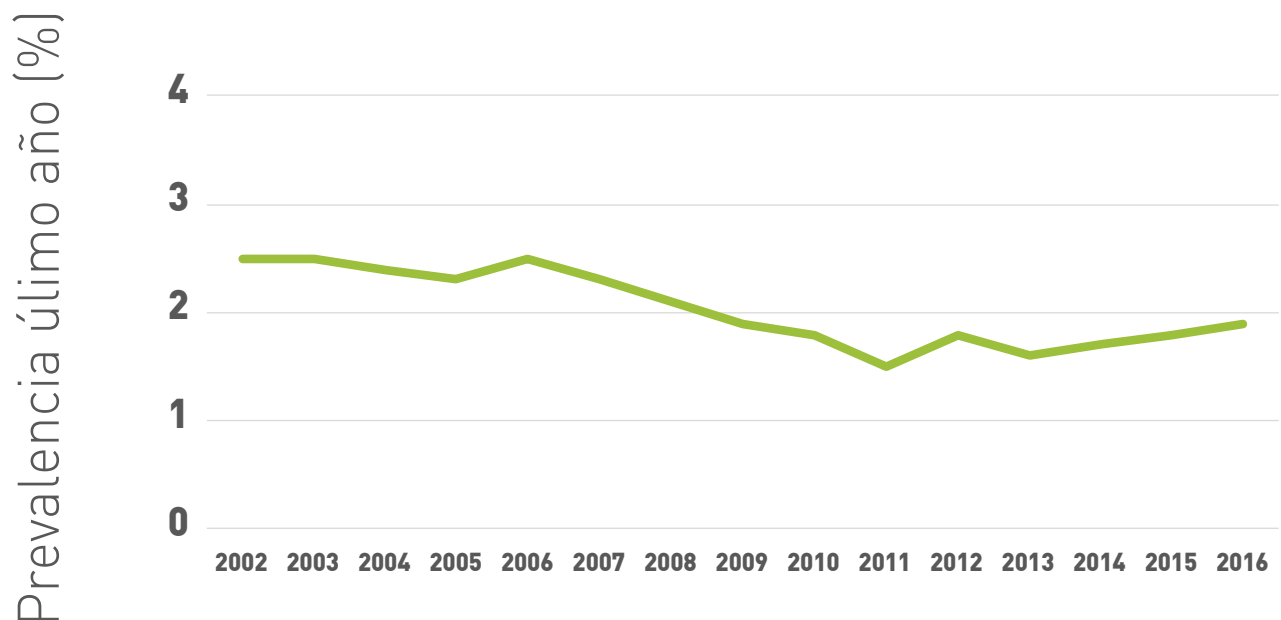


Gráfico 5.5

Prevalencia de último año de consumo de cocaína en la población general de 12 años y más de los Estados Unidos, 2002-2016

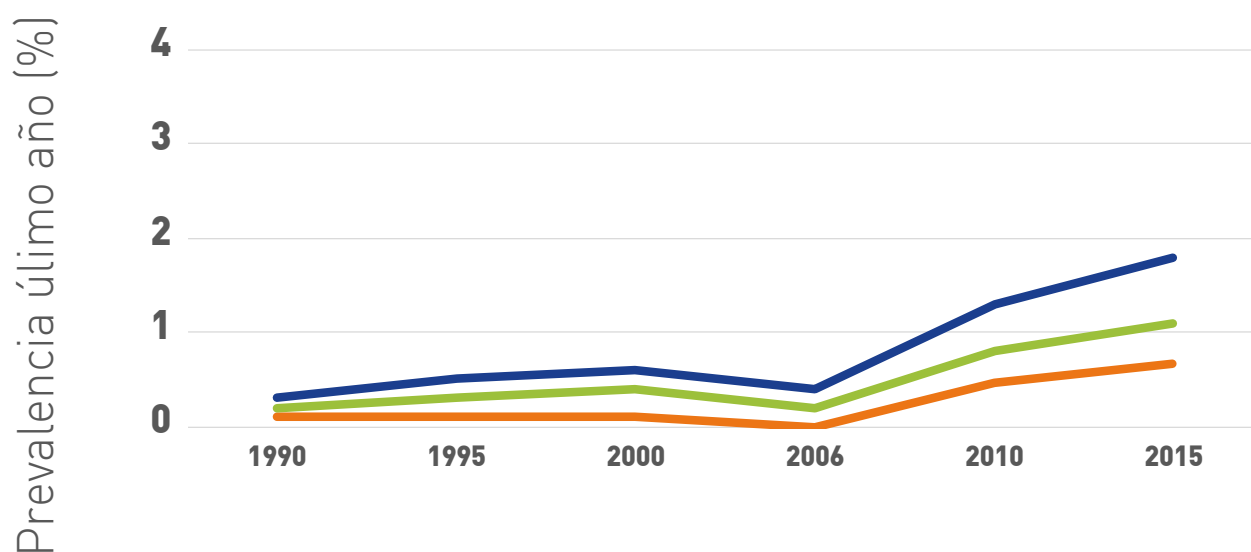


En América Central los datos de Costa Rica indican que entre 1990 y 2015 el consumo de cocaína en el último año pasó de 0,2 a 1,1%. Las tendencias por sexo muestran que el consumo de cocaína en Costa Rica entre los hombres pasó del 0,3% en 1990 al 1,8% en 2015 y del 0,1% al 0,4% entre las mujeres en el mismo período (gráfico 5.6).

Gráfico 5.6

Hombre Mujer Total

Prevalencia de último año de consumo de cocaína en la población general de Costa Rica, según el sexo y total, 1990-2015

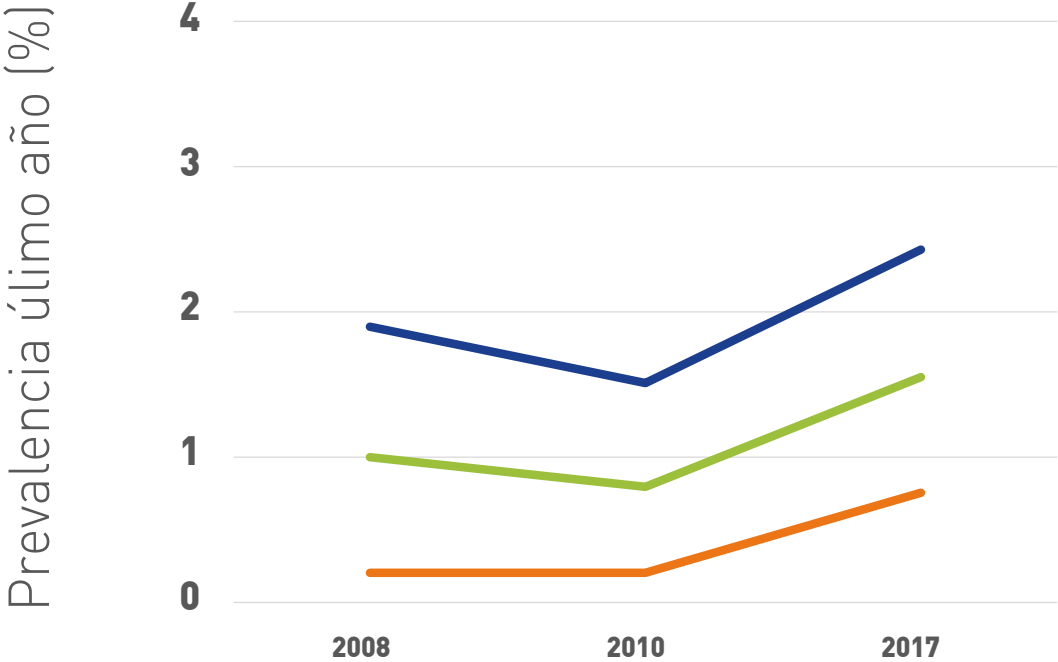


En América del Sur la tendencia del consumo de cocaína está disponible en cuatro países. En Argentina el consumo de cocaína en la población general pasó del 1,0% en 2008 al 1,5% en 2017. Las tendencias por sexo muestran que el consumo de cocaína entre los hombres pasó del 1,9% en 2008 al 2,4% en 2017 y entre las mujeres pasó de menos del 0,2% al 0,7% en el mismo período (gráfico 5.7).

Gráfico 5.7

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína en la población general de Argentina, según el sexo y total, 2008-2017

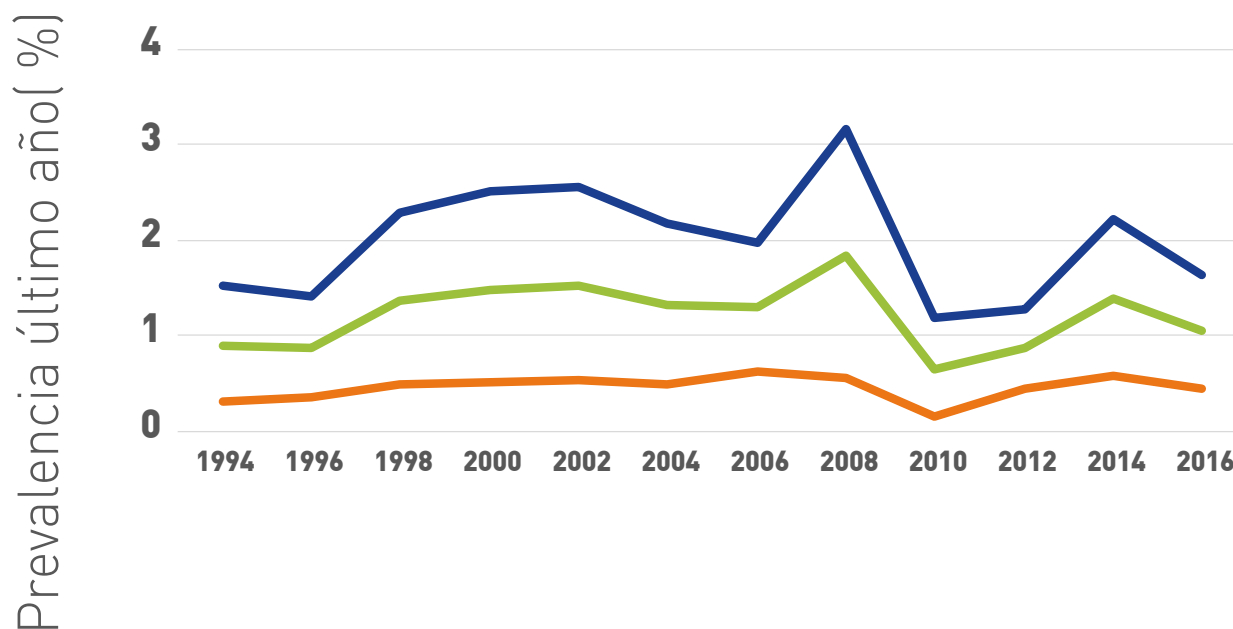


La tendencia monitoreada en Chile (gráfico 5.8) entre 1994 y 2016 muestra una prevalencia de 0,9% y 1,1% al inicio y al final del período respectivamente, con etapas de mayor y menor consumo durante la serie. Las tendencias por sexo muestran que el consumo de cocaína entre los hombres pasó del 1,5% al 1,7% entre 1994 y 2016, y entre las mujeres pasó del 0,3% al 0,5% en el mismo período.

Gráfico 5.8

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína en la población general de Chile, según el sexo y total, 1994-2016

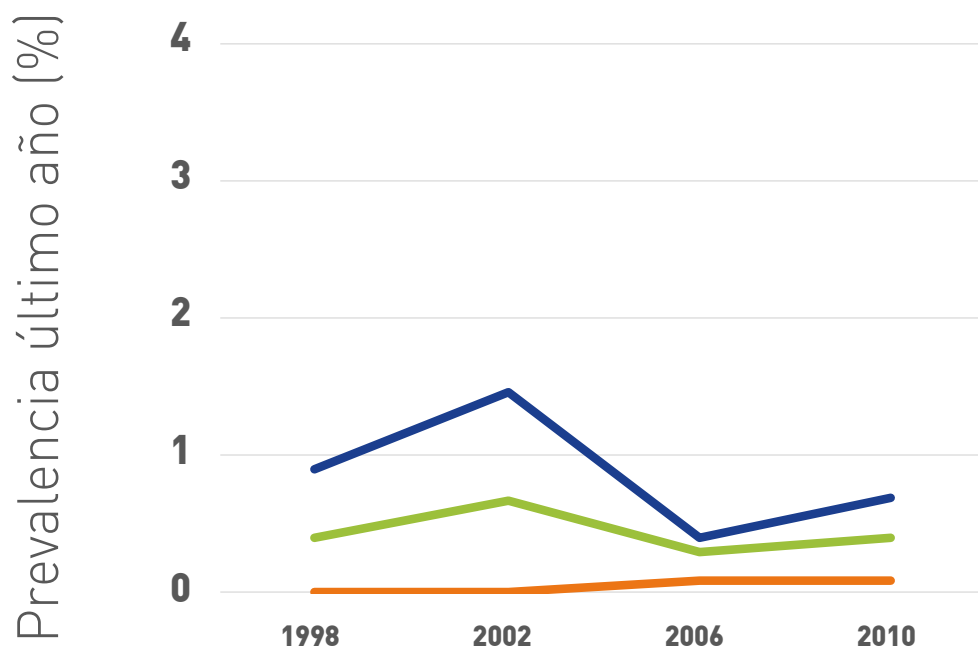


En Perú el consumo de cocaína se ubica en el 0,4% al principio y al final del período comprendido entre 1998 y 2010. Las tendencias por sexo muestran que el consumo de cocaína entre los hombres pasó del 0,9% al 0,7% y entre las mujeres se mantuvo estable en 0,1% (gráfico 5.9).

Gráfico 5.9

Hombre Mujer Total

Prevalencia de último año consumo de cocaína en la población general de Perú, según el sexo y total, 1998-2010

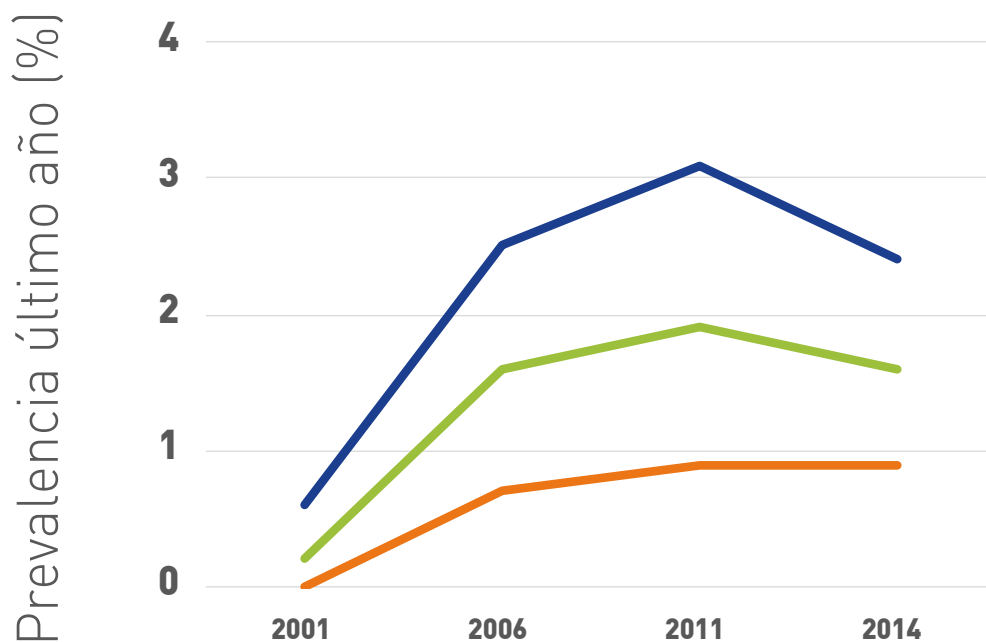


En Uruguay el consumo de cocaína entre 2001 y 2014 pasó del 0,2% al 1,6%. El uso entre los hombres pasó del 0,6% al 2,4% y de menos del 0,1% al 0,9% entre las mujeres durante el mismo período (gráfico 5.10).

Gráfico 5.10

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína en la población general (15-65 años) de Uruguay, según el sexo y total, 2001-2014



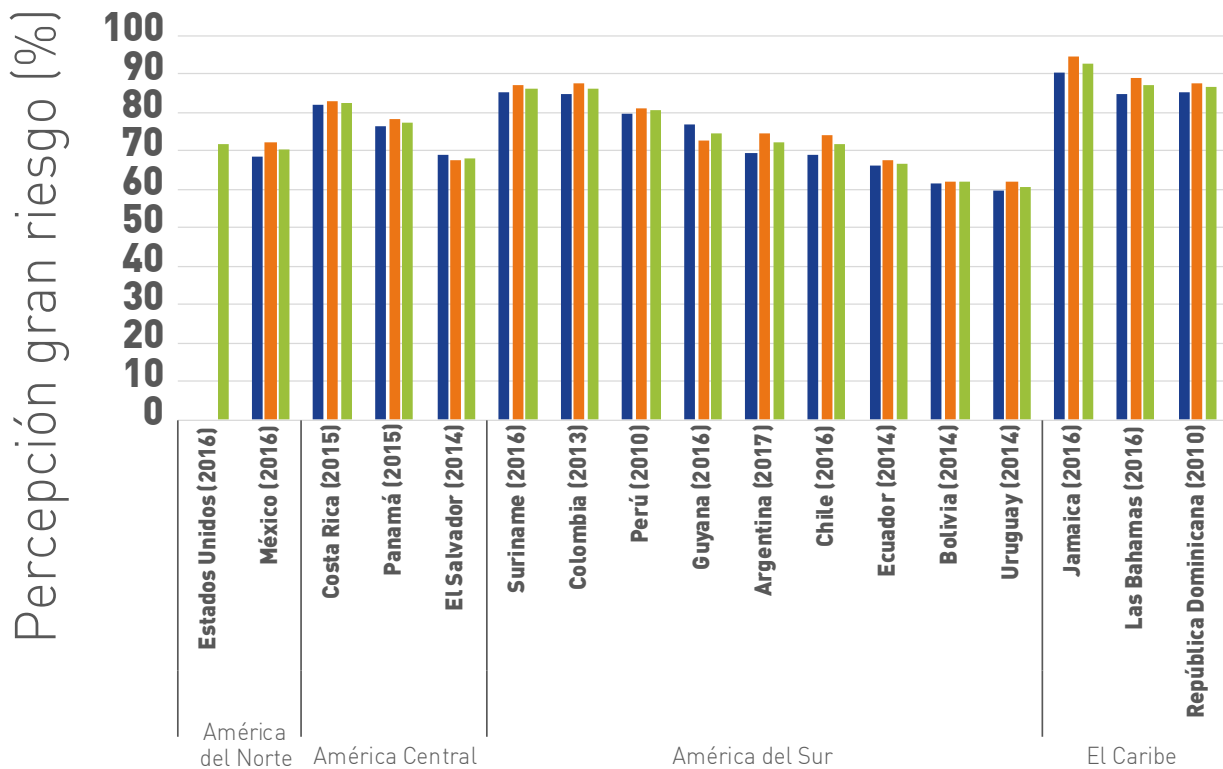
Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de cocaína en la población general

Según información provista por las encuestas de la población general, la percepción de gran riesgo del consumo ocasional de cocaína es mayor en tres países del Caribe: Jamaica (92%), Las Bahamas y República Dominicana (87%). Le siguen Colombia, Suriname, Costa Rica, y Perú, donde entre el 80% y 86% de la población percibe igual riesgo. Es interesante observar que ser hombre o ser mujer no muestra importantes diferencias en la percepción de gran riesgo sobre el uso ocasional de cocaína (gráfico 5.11).

Gráfico 5.11

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo del uso ocasional de cocaína en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

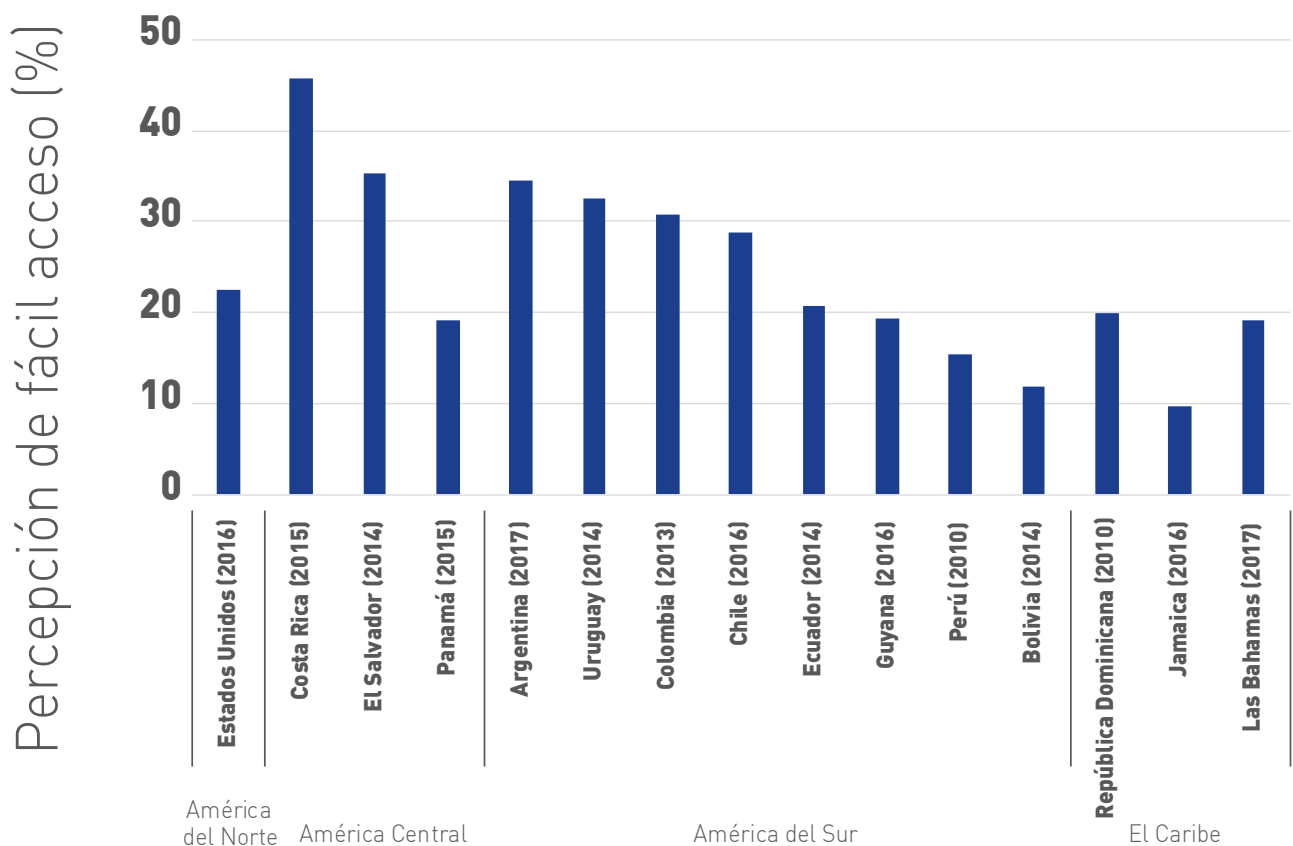


Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de cocaína en la población general

La percepción de facilidad de acceso a la cocaína en la población general varía según los países analizados, entre 10% y 46%. En términos generales los países que tienen el mayor consumo, con tasas superiores al 1%, tienen mayor percepción de facilidad de acceso. Las excepciones son Colombia y El Salvador, que tienen prevalencias menores, pero una percepción de facilidad de acceso sobre el 25%. Por el contrario, los Estados Unidos con alta prevalencia de consumo de cocaína, registra una percepción de facilidad de acceso del 23% (gráfico 5.12).

Gráfico 5.12

Percepción de facilidad de acceso a la cocaína en la población general por país, ordenados por subregión

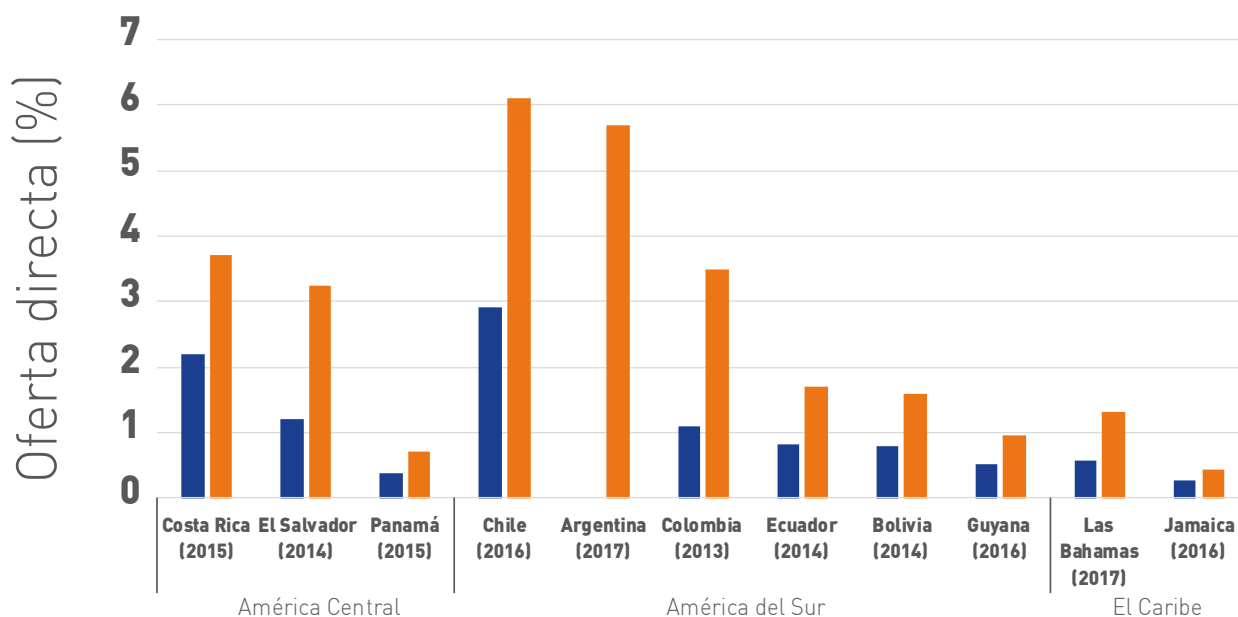


En los países de mayor consumo de cocaína como Argentina, Chile y Costa Rica, el porcentaje de personas que ha recibido una oferta directa de esta sustancia en el último año varía del 3,7% al 6,1%. Estos porcentajes son mayores que en otros países de los cuales se dispone información; sin embargo, en países como Colombia y El Salvador, que tienen menores tasas de consumo, el 3,5% y 3,3% de la población, respectivamente, reconoce haber recibido ofertas directas de cocaína en el último año [gráfico 5.13].

Gráfico 5.13

Último mes | Último año

Oferta directa de cocaína en el último año y último mes en la población general, por país, ordenado por subregión

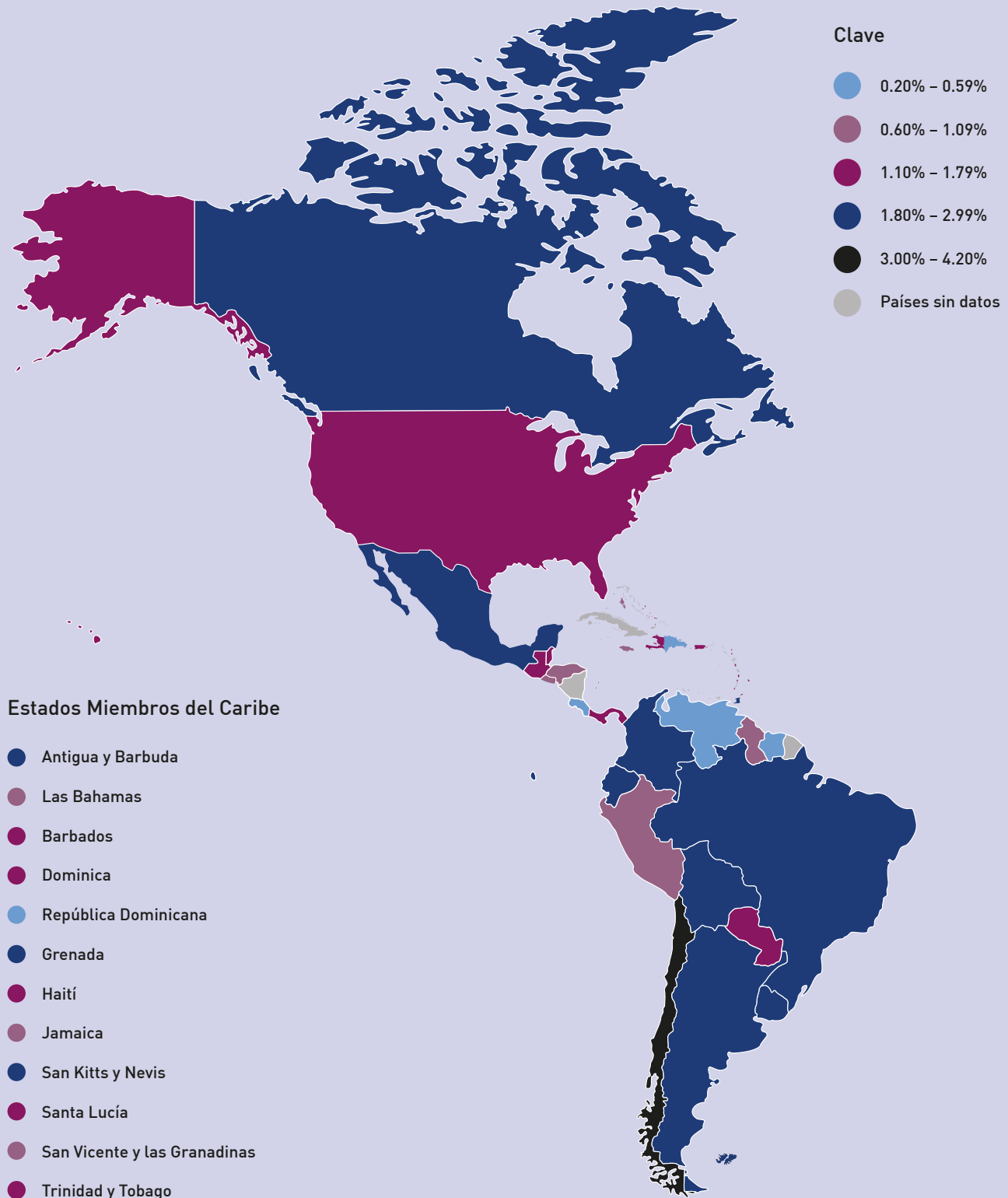


5.1.2 Consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Los resultados indican una gran variabilidad en el consumo de cocaína en los estudiantes de enseñanza secundaria, ya sea el ocurrido alguna vez en la vida, en el último año y el último mes. El Mapa 5.1 muestra que de 10 países con prevalencias de consumo de 1,8% o más, siete se encuentran en América del Sur.

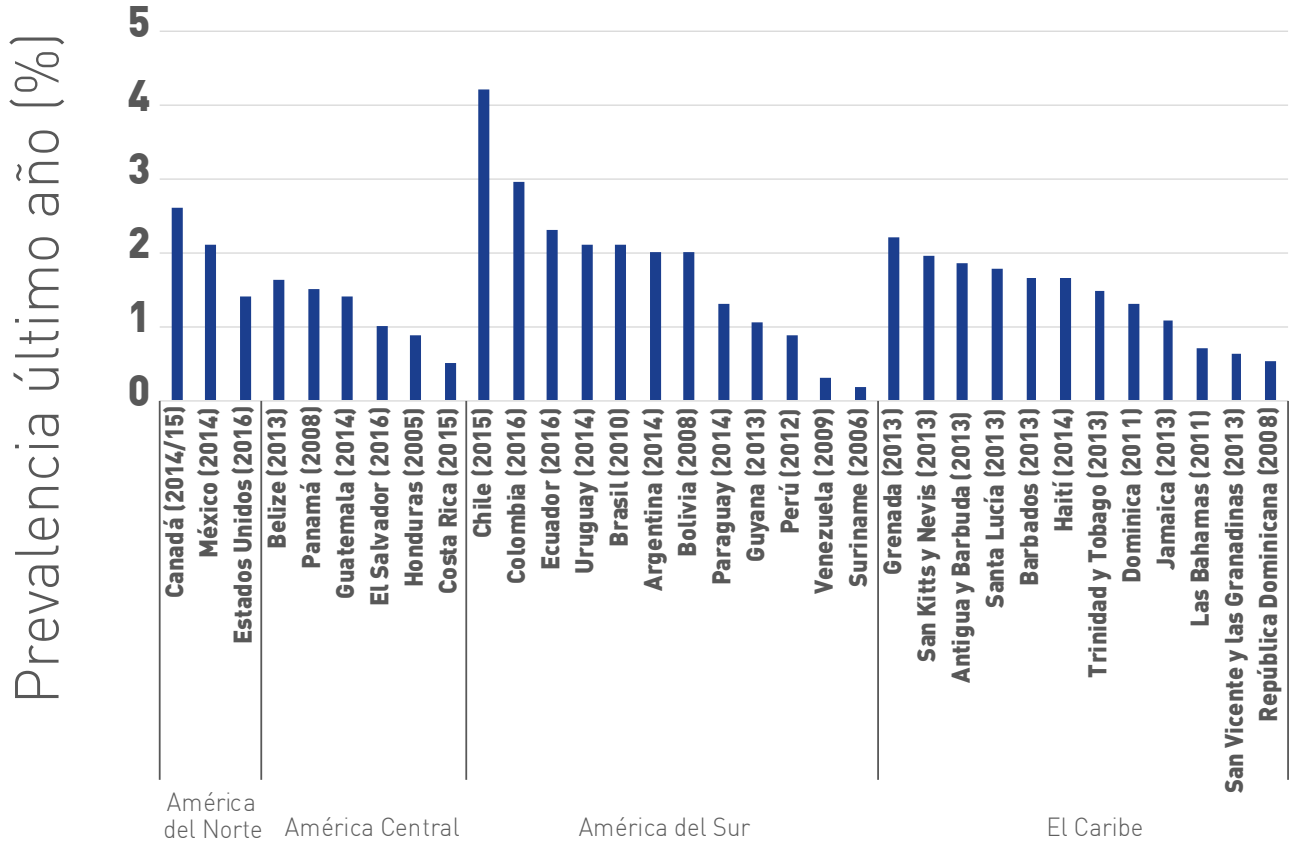
Mapa 5.1

Prevalencia del último año de consumo de **cocaína** entre los estudiantes de enseñanza secundaria de las Américas



En el gráfico 5.14 se presenta la prevalencia del último año de consumo de cocaína en los estudiantes de enseñanza secundaria, agrupando a los países por subregión. Se observan tres países con una prevalencia del último año superior al 2,5%, entre los estudiantes de enseñanza secundaria: Chile, Colombia y Canadá. Con una prevalencia sobre el 2% se observa a los estudiantes de Brasil, Ecuador, Grenada, México y Uruguay. La prevalencia más baja, del 0,2% y el 0,3%, corresponde a Suriname y Venezuela, respectivamente. La prevalencia del último año de consumo de cocaína en los países del Caribe se encuentra en un rango entre menos de 1% y 2,2%. Grenada es el único país del Caribe con una prevalencia sobre el 2%. Cuatro países de América Central tienen una prevalencia del 1% y más: Belize, Panamá, Guatemala y El Salvador, mientras que en Costa Rica y Honduras se encuentran por debajo del 1%. En América del Norte Canadá forma parte de los países de mayor consumo en el Hemisferio, mientras que los Estados Unidos y México se ubican entre los países intermedios.

Gráfico 5.14
Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria por país, ordenado por subregión



La tabla 5.1 muestra la heterogeneidad del consumo de cocaína en el Hemisferio Occidental y en las subregiones, resaltando la prevalencia del último año en sus valores máximos y mínimos.

Tabla 5.1

Valores mínimos y máximos de la prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria por subregión y del Hemisferio

Subregión	Valor mínimo	Valor máximo
América del Norte	1,4% (2016)	2,6% (2014-15)
América Central	0,5% (2015)	1,6% (2013)
América del Sur	0,2% (2006)	4,2% (2015)
El Caribe	0,5% (2008)	2,2% (2013)
Hemisferio	0,2% (2008)	4,2% (2015)

Nota: El dato en cada subregión corresponde a la prevalencia más baja y más alta encontrada en los países. No es un promedio subregional.

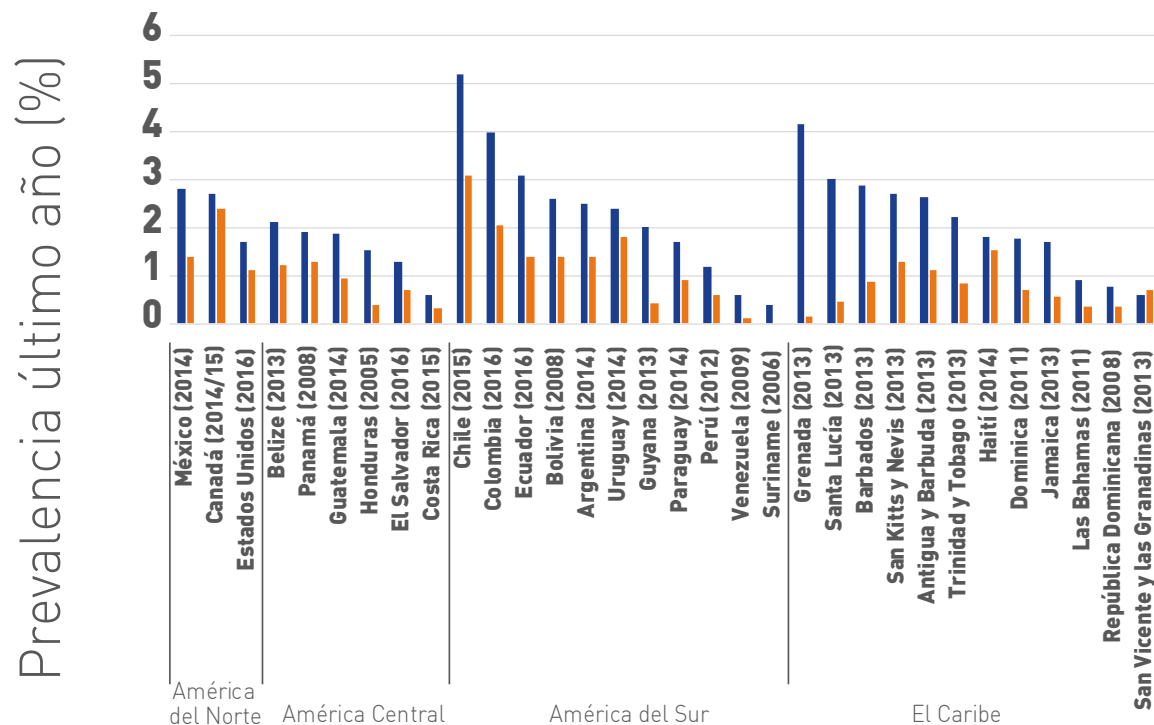
El consumo de cocaína en el último año entre los estudiantes de enseñanza secundaria oscila a nivel hemisférico entre el 0,2% y 4,2%, que es la variabilidad que también se encuentra en América del Sur. Al analizar la heterogeneidad subregional, la mayor variabilidad se encuentra en América de Sur (4,0 puntos porcentuales), seguido por el Caribe (1,7 puntos porcentuales), América del Norte (1,2 puntos porcentuales) y América Central (1,1 puntos porcentuales).

El gráfico 5.15 presenta el consumo de cocaína en el último año según el sexo, organizado por país y subregión. Se destaca el mayor consumo de cocaína por parte de los estudiantes varones en todos los países. La excepción se observa en San Vicente y las Granadinas, donde la prevalencia según sexo es similar y baja (0,6% en hombres y 0,7% en mujeres).

Gráfico 5.15

Hombre | Mujer

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo, por país, ordenado por subregión



En los tres países con mayor prevalencia de consumo de cocaína, las diferencias por sexo son mayores en Colombia, seguida de Chile, en tanto que en Canadá hay casi paridad en el consumo entre hombres y mujeres.

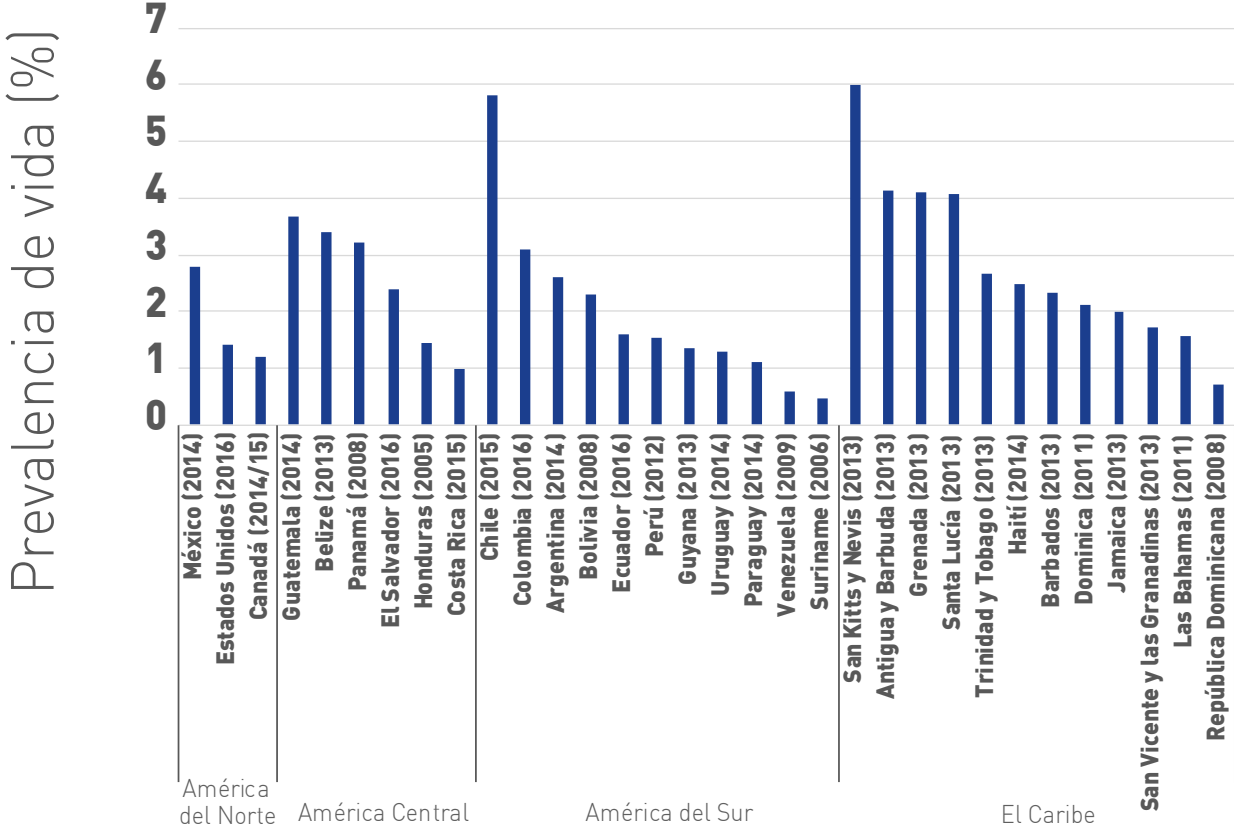
Este análisis de las diferencias en el uso de la cocaína por sexo nos remite al punto en el que se analiza la gran diversidad en el Hemisferio y, de hecho, dentro de las subregiones. El Caribe tiene las mayores variaciones dentro de cualquier subregión. La relación con el nivel de uso no es lineal y las tasas de uso más altas no siempre significan una diferencia menor entre los sexos.

Si bien el consumo de drogas por parte de adolescentes es una manifestación temprana de este fenómeno en un grupo particularmente vulnerable, el consumo de cocaína a una edad mucho más temprana se puede observar en los estudiantes de 8º grado, la cohorte de edad más joven estudiada, que generalmente tiene 13 años o más. A pesar de que este uso puede ser experimental, continúa siendo una señal de alto riesgo.

El gráfico 5.16 muestra que la prevalencia de vida del consumo de cocaína en los estudiantes de 8º grado tiene los registros más altos, alrededor del 6%, en Chile y San Kitts y Nevis. En tres países del Caribe este consumo alcanza al 4%, mientras que en tres países de América Central y Colombia alcanza al 3%. Solamente cuatro países: Costa Rica, Venezuela, Suriname y República Dominicana tienen prevalencias de consumo inferiores o iguales al 1% en los estudiantes de 8º grado.

Gráfico 5.16

Prevalencia de vida del consumo de cocaína entre los estudiantes de 8º grado o equivalente por país, ordenado por subregión



El gráfico 5.17 muestra la prevalencia del último año de consumo de cocaína en el 8º, 10º y 12º grados. La situación es heterogénea y no siempre a mayor edad o curso se manifiesta un mayor consumo de cocaína. A partir del 10º grado el consumo se eleva notoriamente en 16 países de los 31 que cuentan con esta información. Este patrón es más observable en América del Norte, América Central y América del Sur. En 12 países las tasas de consumo entre estudiantes que se encuentran en el 8º grado son mayores: siete países del Caribe, cuatro de América Central y uno de América del Sur.

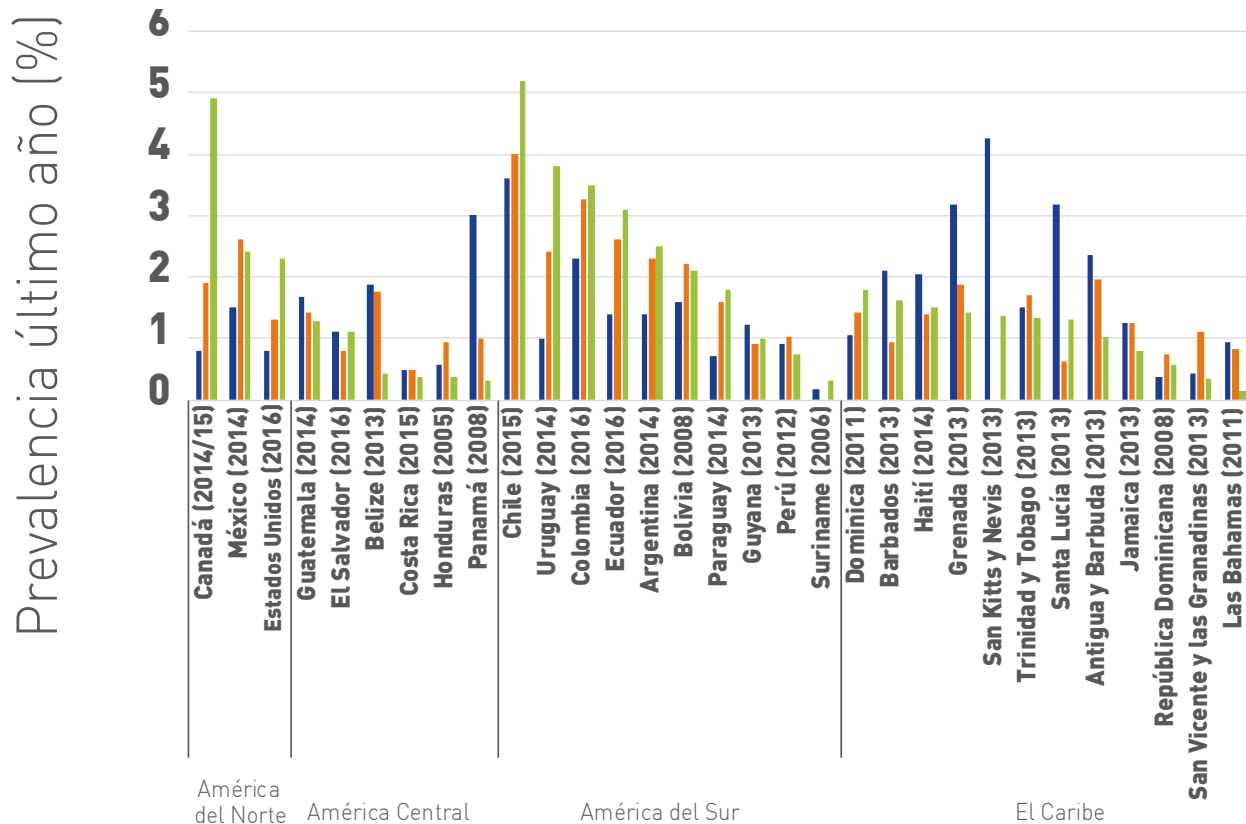
Gráfico 5.17

8º Grado

10º Grado

12º Grado

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de 8º, 10º y 12º grados, por país, ordenado por subregión



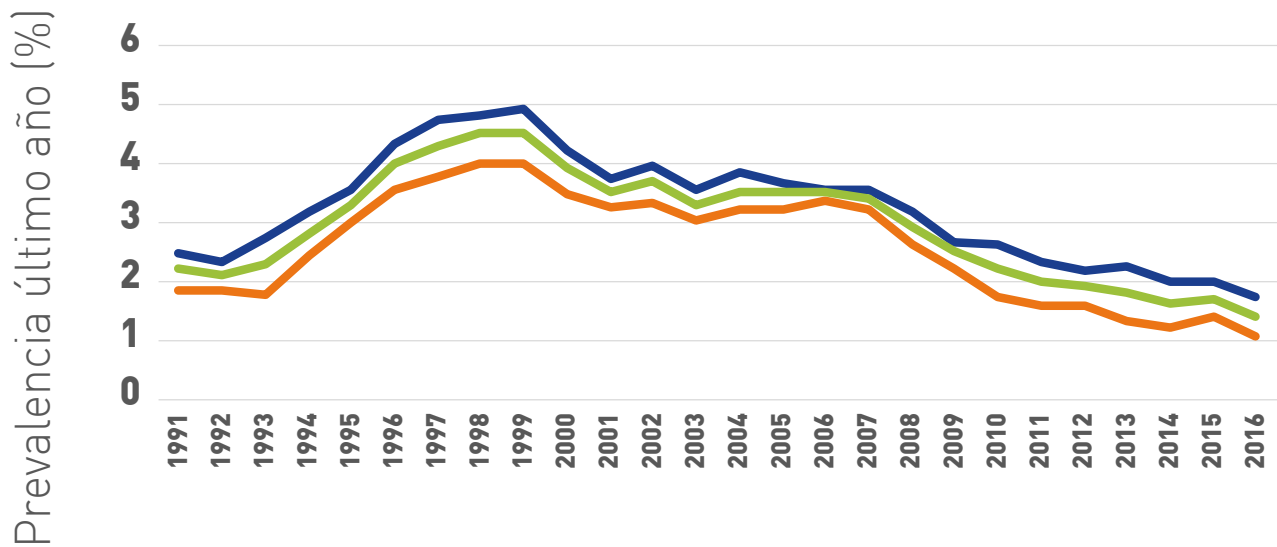
Tendencias del consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Los Estados Unidos tienen el período más largo de monitoreo del uso de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria, desde 1991 hasta 2016. El consumo de cocaína se mantuvo ascendente en los primeros años de la serie, entre 1991 y 1998, comenzando un declive notable en 1999 que se estabilizó en aproximadamente 3,5% entre 2002 y 2006, seguido de un descenso sostenido hasta registrar el 1,4% en el estudio más reciente, realizado en 2016. Las tasas de consumo de cocaína por parte de hombres y mujeres mostraron pequeñas variaciones entre sí en el período analizado (gráfico 5.18).

Gráfico 5.18

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, según el sexo y total, 1991-2016



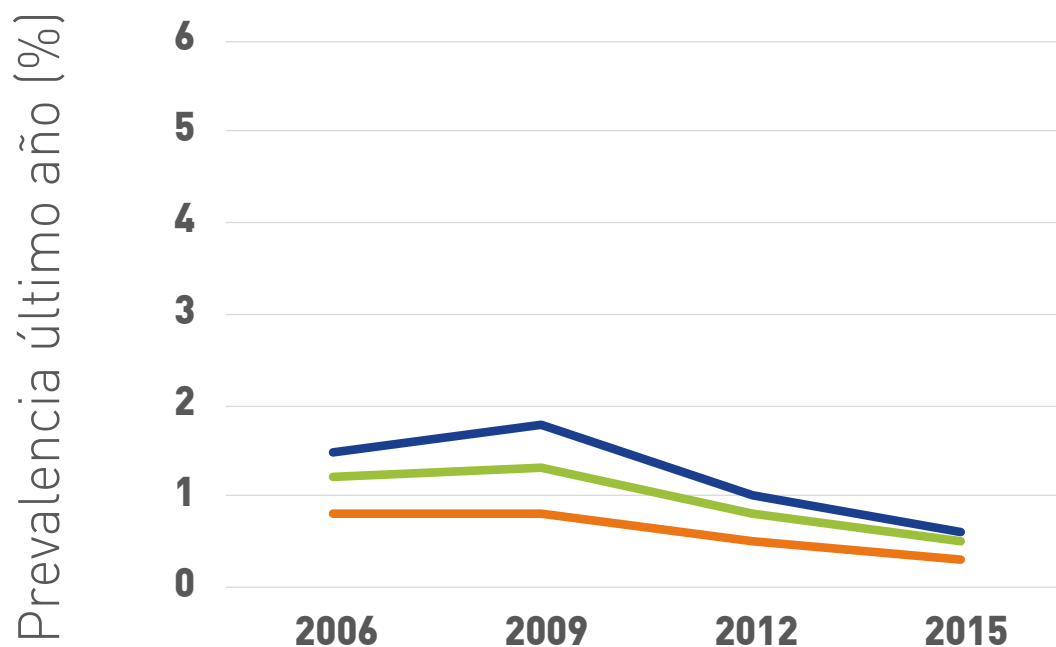
Se dispone de datos comparables de seis países de América del Sur, dos países de América Central y un país del Caribe. Los gráficos 5.19 al 5.27 muestran las tendencias en la prevalencia del último año de consumo de cocaína en esos países, organizados por subregión.

En América Central existe información disponible de Costa Rica y El Salvador. En Costa Rica la prevalencia del último año de consumo de cocaína pasó de 1,2% en 2006 a 0,5% en 2015 (gráfico 5.19). La prevalencia entre los varones pasó del 1,5% al 0,6% y entre las mujeres pasó del 0,8% al 0,3% entre 2006 y 2015.

Gráfico 5.19

Hombre **Mujer** **Total**

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Costa Rica, según el sexo y total, 2006-2015

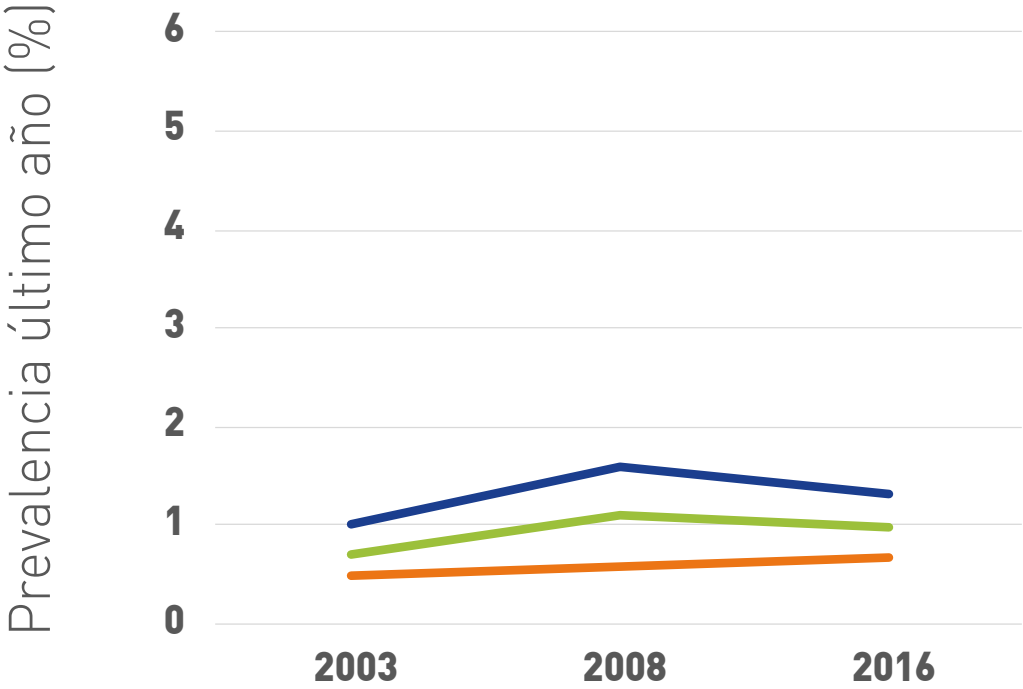


En El Salvador la prevalencia del último año pasó del 0,7% a cerca del 1% entre los años 2003 y 2016 (gráfico 5.20). Entre los hombres la prevalencia del último año pasó del 1% al 1,3% y entre las mujeres pasó del 0,5% al 0,7% durante el mismo período. Tanto en Costa Rica como en El Salvador, los hombres presentaron una prevalencia en el uso de cocaína más alta que las mujeres.

Gráfico 5.20

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, según el sexo y total, 2003-2016

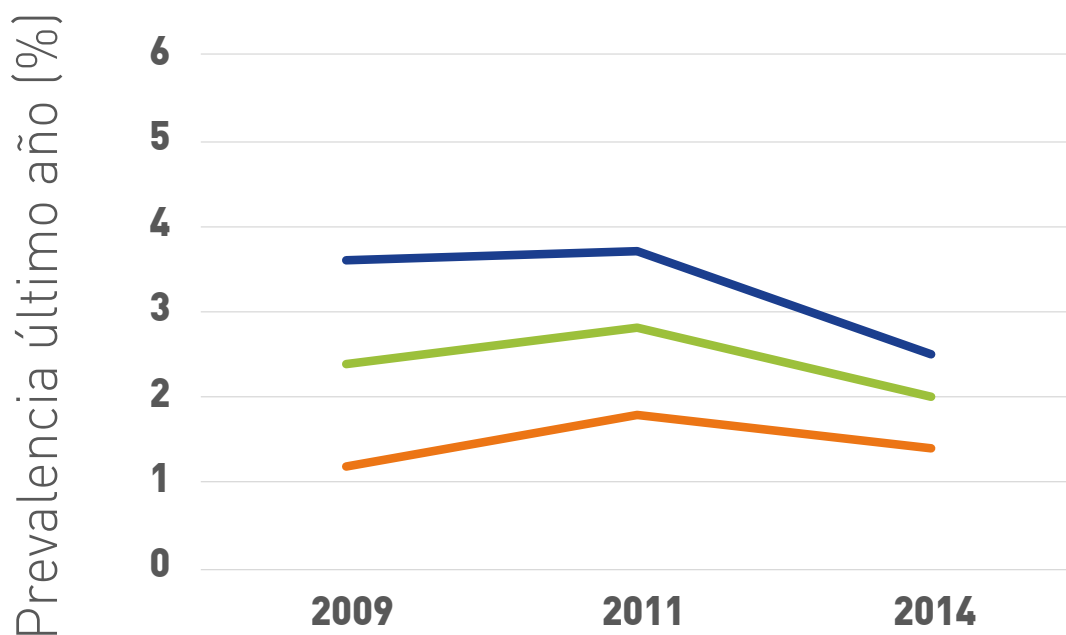


En Argentina (gráfico 5.21) los tres años de comparación indican un leve cambio hacia el final del período, de 2,7% en 2009 a 2% en 2014. En los hombres la prevalencia del último año pasó del 3,6% en 2009 al 2,5% en 2014. Entre las mujeres la prevalencia del último año pasó del 1,2% al 1,4% durante el mismo período.

Gráfico 5.21

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Argentina, según el sexo y total, 2009-2014

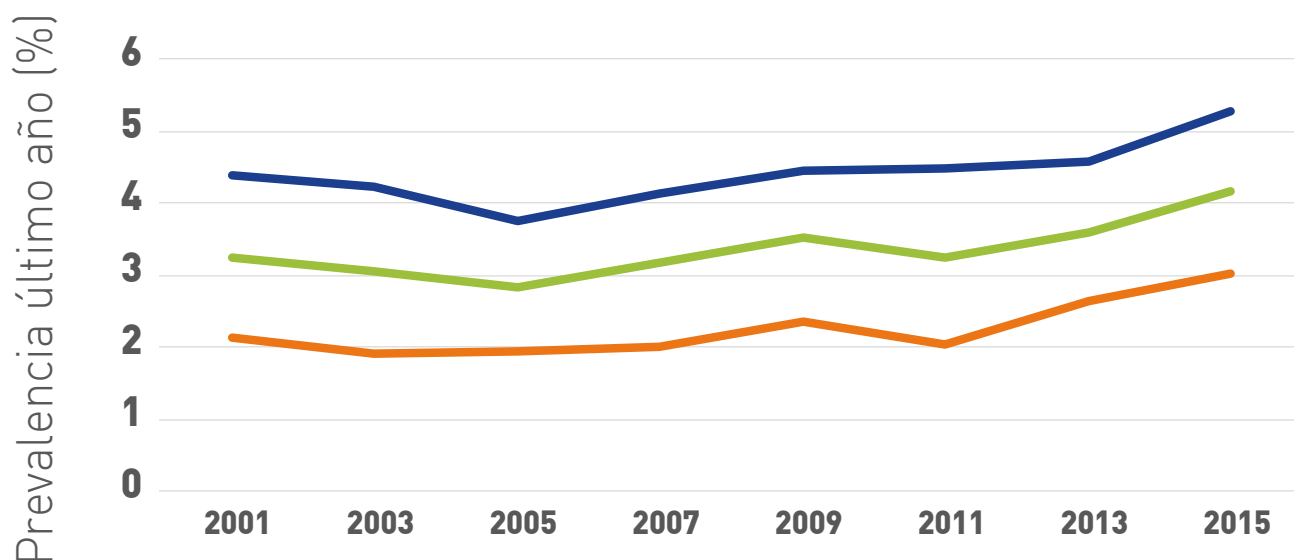


Los datos disponibles de Chile (gráfico 5.22), segundo país con la serie más larga de estudios comparables en el Hemisferio Occidental, indican que la prevalencia del último año de consumo de cocaína se mantuvo oscilante alrededor del 3% entre 2001 y 2007. Entre 2007 y 2015 la prevalencia del último año pasó de aproximadamente 3% al 4,2%. La prevalencia entre los hombres pasó del 4,4% en 2001 al 5,3% en 2015. Entre las mujeres la prevalencia del último año pasó del 2,1% al 3,0% en el mismo período.

Gráfico 5.22

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Chile, según el sexo y total, 2001-2015

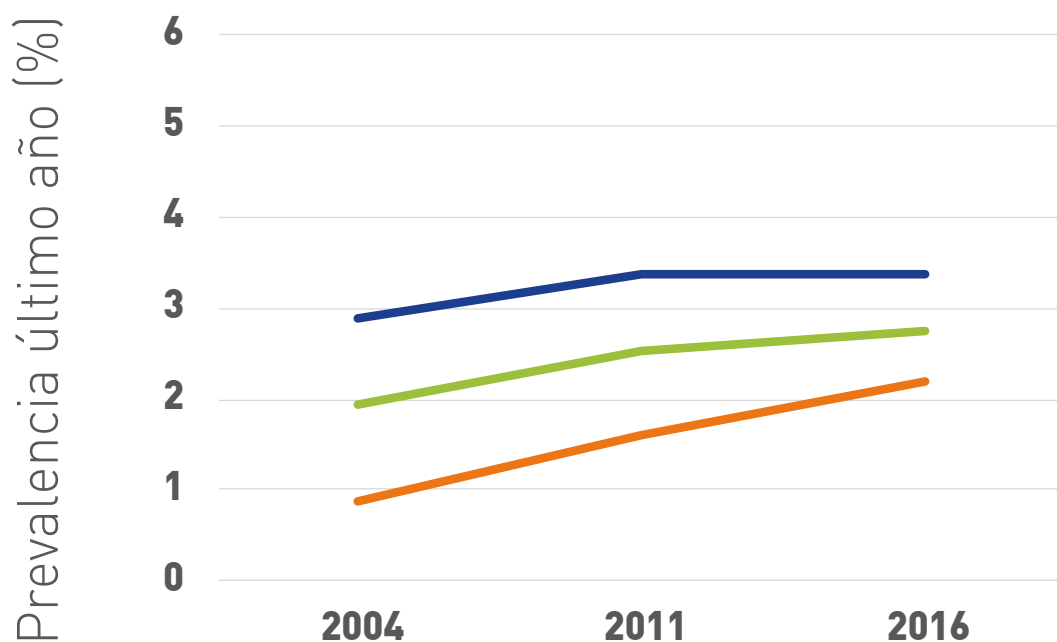


En Colombia (gráfico 5.23) también se observa un cambio en el consumo, del 1,9% al 2,8% en el período 2004-2016. Entre los hombres la prevalencia del último año pasó del 2,9% en 2004 al 3,4% en 2016 y entre las mujeres, pasó del 0,9% al 2,2% en el mismo período.

Gráfico 5.23

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia, según el sexo y total, 2004-2016

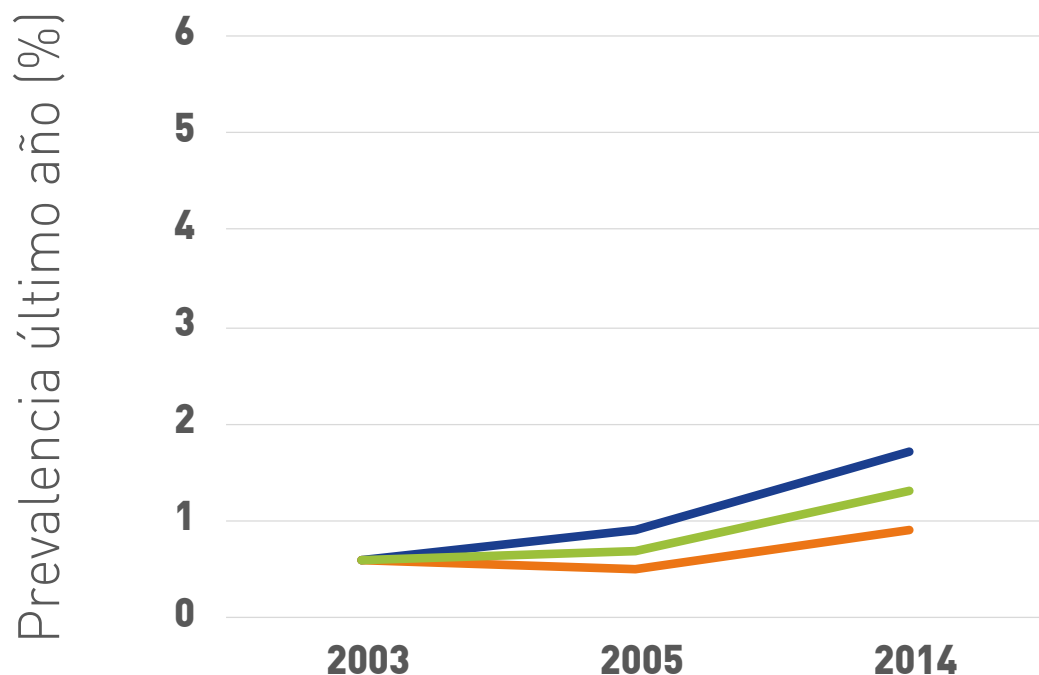


El gráfico 5.24 muestra que en Paraguay se observó una variación del 0,6% en 2003 al 1,3% en 2014. Los datos por sexo indican que la prevalencia del último año entre los hombres pasó del 0,6% en 2003 al 1,7% en 2014 y en las mujeres pasó del 0,6% al 0,9% en igual período.

Gráfico 5.24

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay, según el sexo y total, 2003-2014

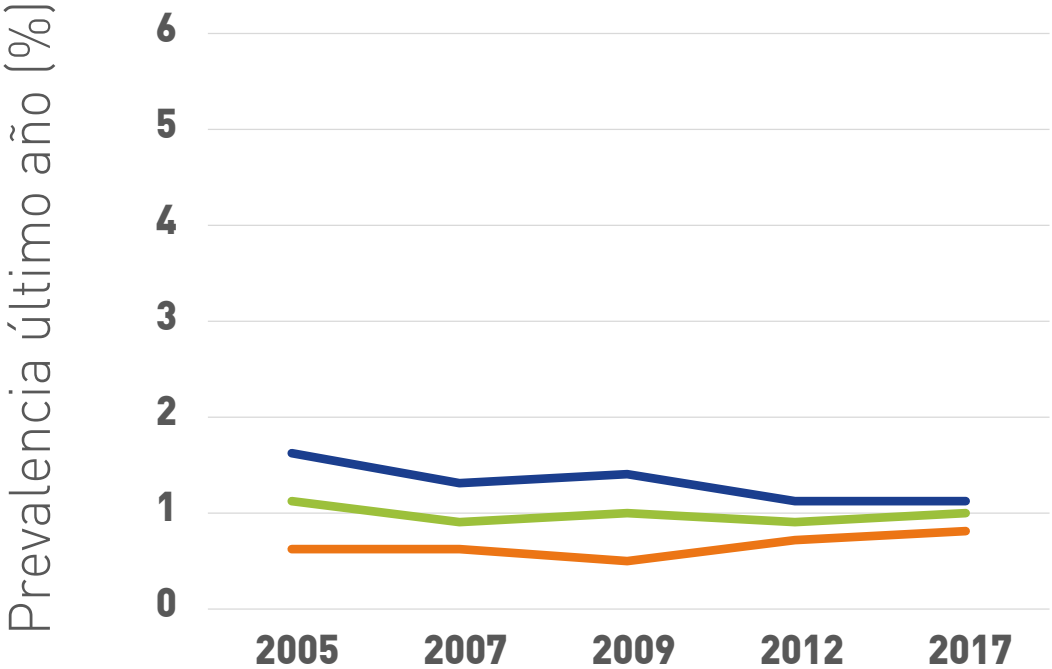


Perú registró una prevalencia estable desde 2005 a 2017, de alrededor del 1%. En cuanto al consumo por sexo, se observa que la prevalencia del último año en los hombres pasó del 1,6% en 2005 al 1,1% en 2017. Entre las mujeres la prevalencia del último año pasó del 0,6% al 0,8% (gráfico 5.25).

Gráfico 5.25

Hombre | Mujer | Total

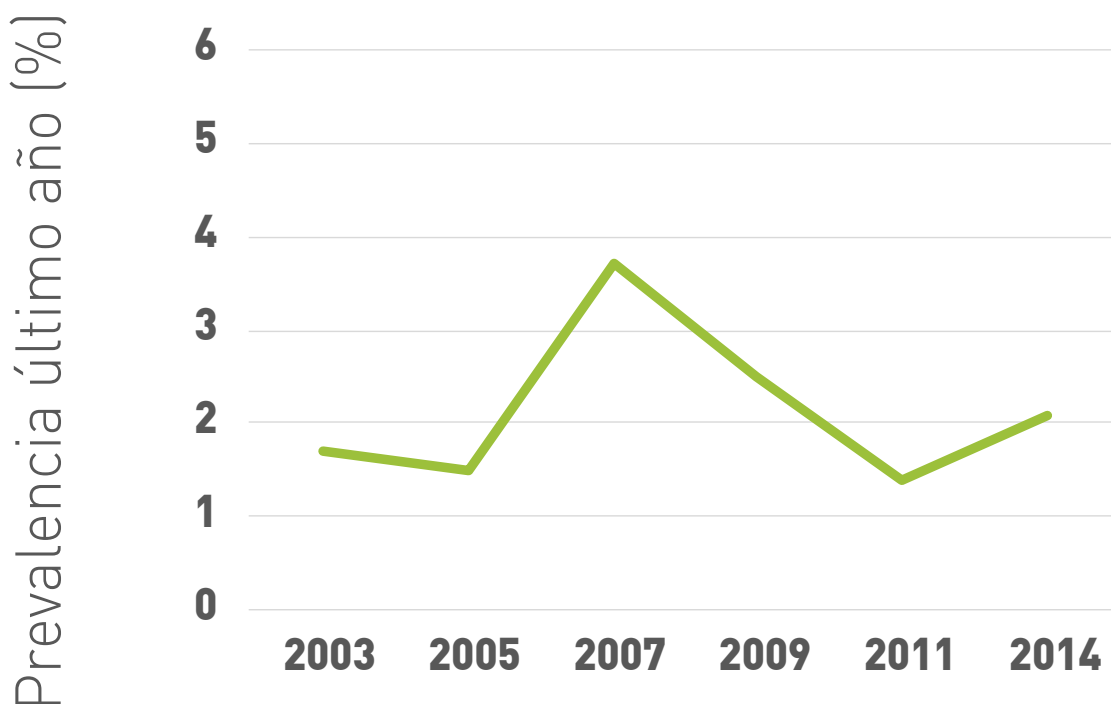
Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Perú, según el sexo y total, 2005-2017



En Uruguay el consumo pasó de una prevalencia de 1,7% en 2003 al 1,5% en 2005, experimentó una importante variación a 3,7% entre 2005 y 2007, un fuerte cambio a 1,4% entre 2007 y 2011, y luego otra variación a 2,1% en 2014. No se dispone de datos por sexo de Uruguay (gráfico 5.26).

Gráfico 5.26

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Uruguay 2003-2014

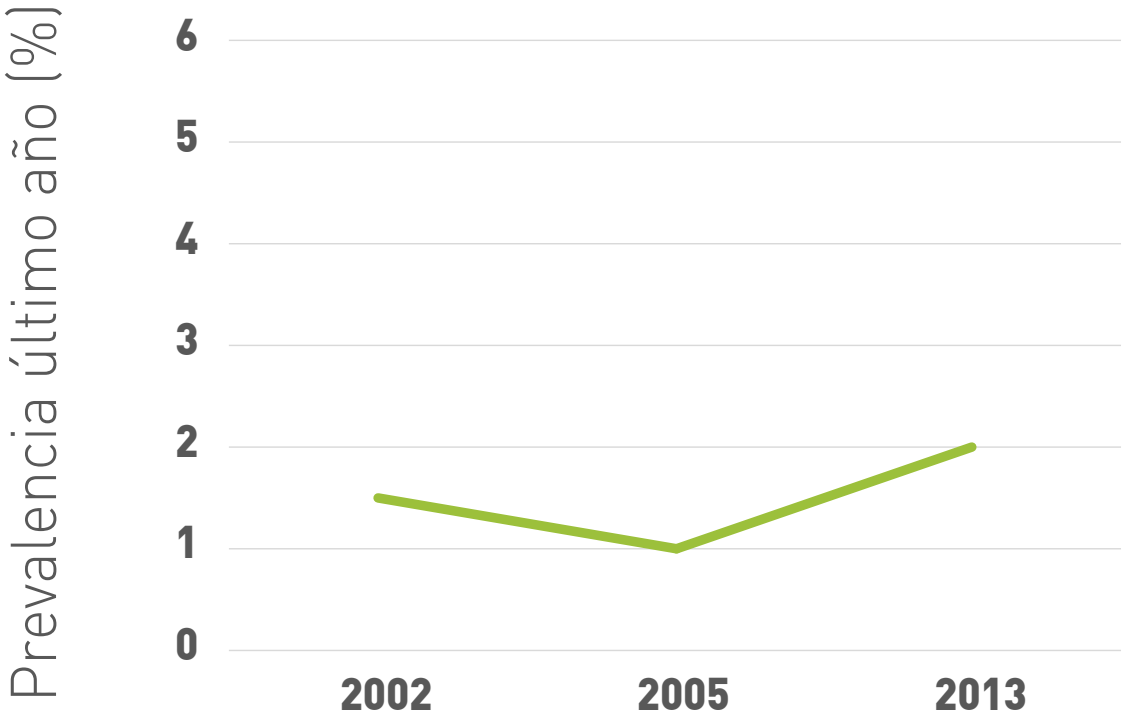


Con relación a las diferencias según el sexo, de los ocho países que consideran esta información, salvo Paraguay que parte de una prevalencia muy baja (0,6%) y que en el incremento se amplía la diferencia de consumo entre hombres y mujeres, en los otros países el fenómeno es de disminución de la brecha según sexo, ya sea por el mayor consumo por parte de las mujeres o por un descenso en los hombres.

En Grenada, el único país del Caribe del que se dispone de información comparable durante un período de tres encuestas, el consumo de cocaína pasó del 1,5% en 2002 al 1% en 2005 y luego al 2% entre 2005 y 2013 (gráfico 5.27).

Gráfico 5.27

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Grenada, 2002-2013



Barbados (información no graficada) tiene tres estudios comparables sobre estudiantes de enseñanza secundaria realizados en los años 2002, 2006 y 2013. Pero la tendencia de la prevalencia del consumo de cocaína puede evaluarse solamente para los dos últimos años, ya que en 2002 se estimó junto con el consumo del crack. Entre los años 2006 y 2013 la prevalencia del último año de consumo de cocaína pasó del 0,9% al 1,6%.

Percepción de gran riesgo del consumo de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria

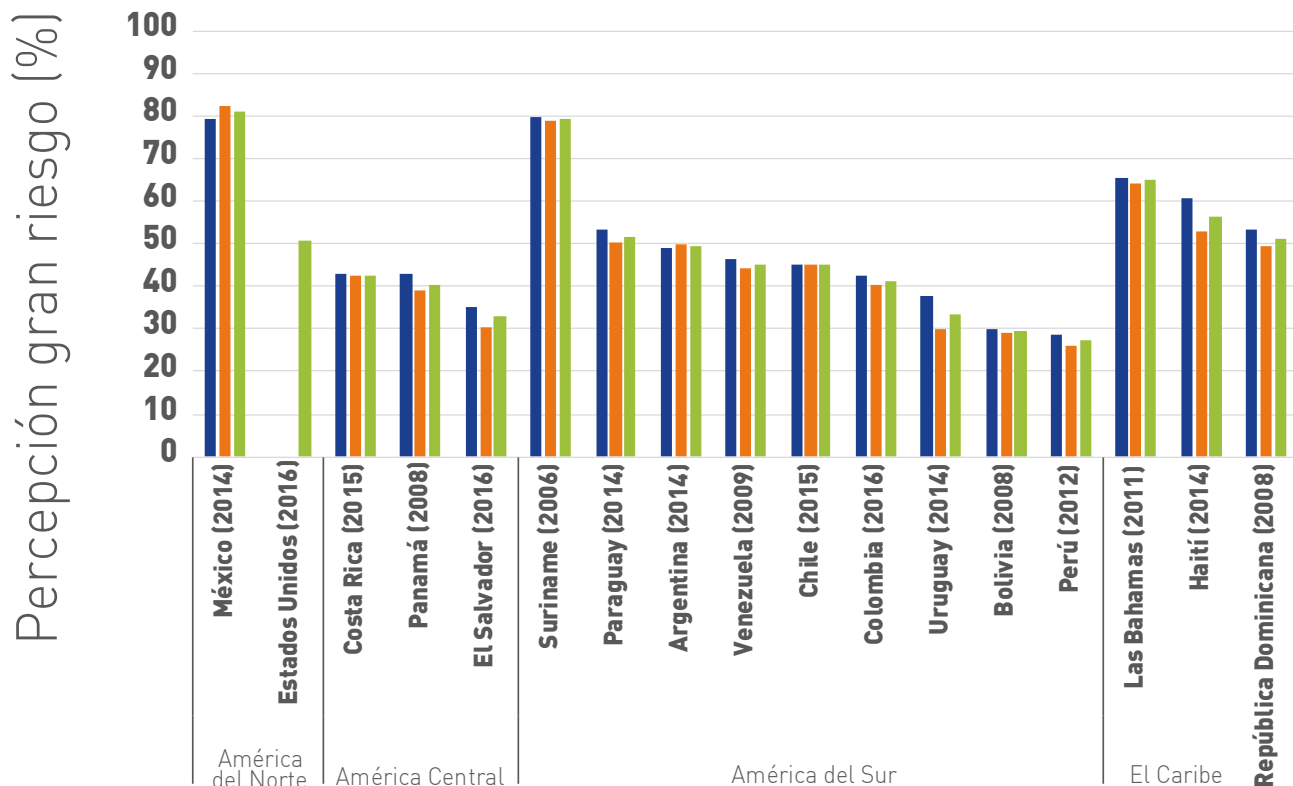
En siete países de las Américas: Las Bahamas, los Estados Unidos, Haití, México, Paraguay, República Dominicana y Suriname, al menos uno de cada dos estudiantes piensa que es de gran riesgo el consumo ocasional de cocaína. En los otros diez países, menos de la mitad de los estudiantes perciben gran riesgo en el consumo ocasional de cocaína.

Por otra parte se observa una extendida paridad entre sexos en los estudiantes de enseñanza secundaria con relación a la percepción de gran riesgo del uso ocasional de cocaína. Se pueden observar diferencias leves en El Salvador, Haití y Uruguay, de entre cuatro y ocho puntos porcentuales.

Gráfico 5.28

Hombre | Mujer | Total

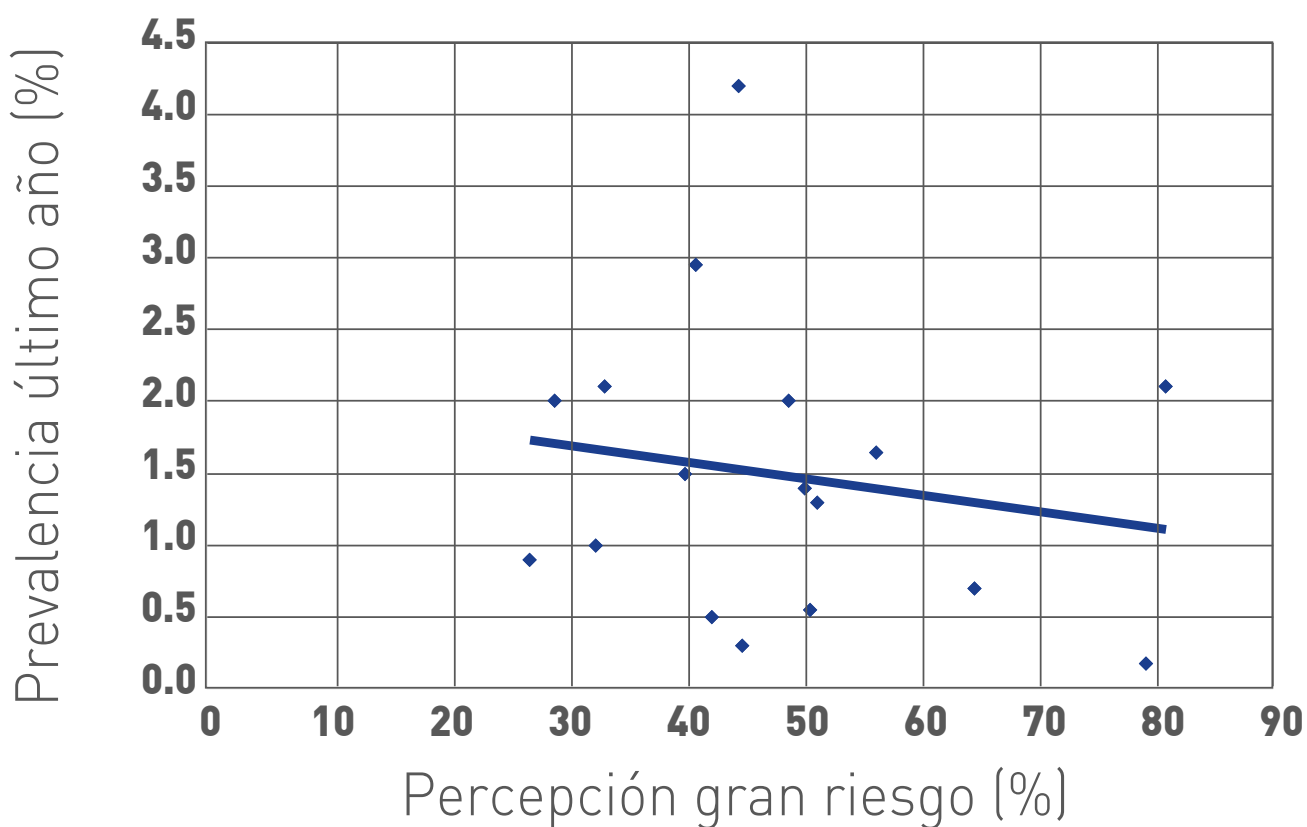
Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



El gráfico 5.29 muestra la relación entre la prevalencia y la percepción de gran riesgo del consumo ocasional de cocaína. Los países con menor percepción de riesgo tienden a tener prevalencias más altas. Si bien hay algunas excepciones, la línea de mejor ajuste indica que, en promedio, la percepción de riesgo y la prevalencia del consumo tienen una relación inversa.

Gráfico 5.29

Prevalencia del último año y percepción de gran riesgo del uso ocasional de cocaína entre estudiantes de enseñanza secundaria (cada punto representa a un país)

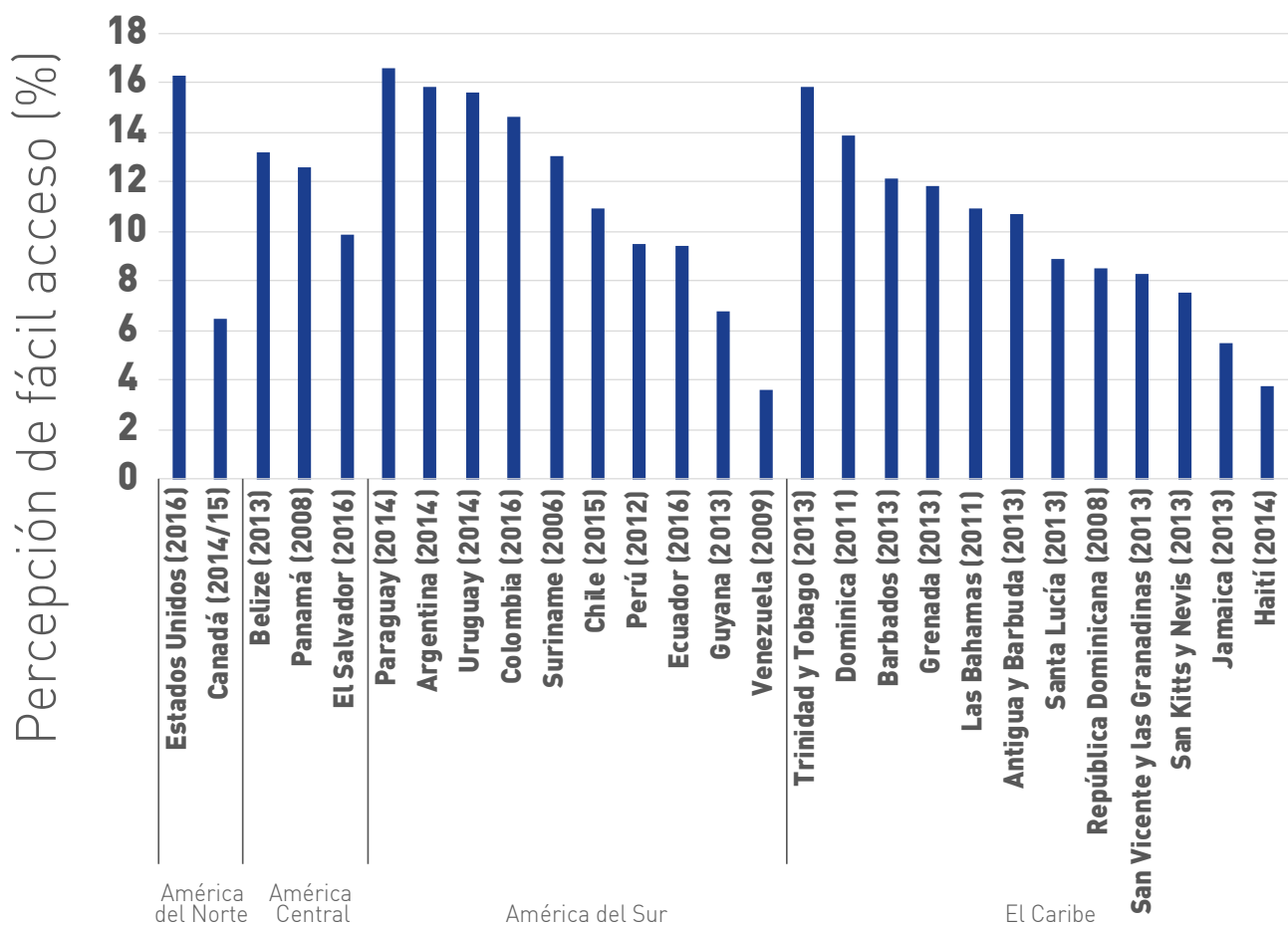


Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En respuesta a la pregunta sobre lo difícil o fácil que sería obtener cocaína, alrededor del 10% al 15% de los estudiantes de enseñanza secundaria respondieron que sería fácil.

Gráfico 5.30

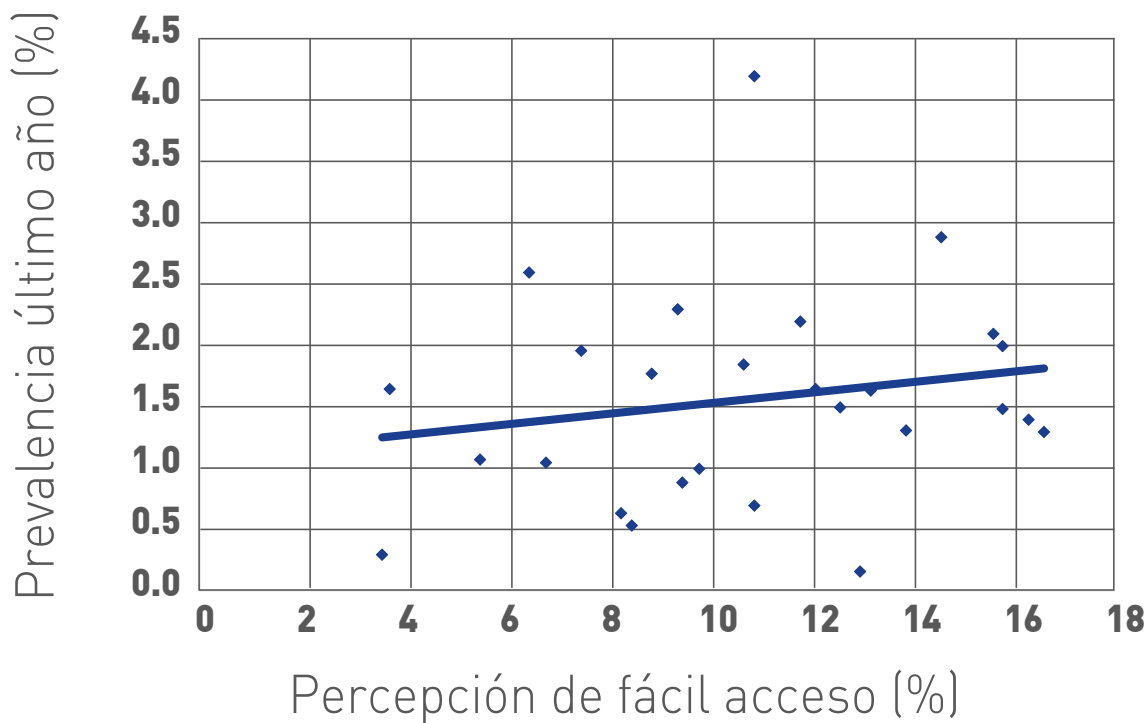
Percepción de facilidad de acceso a la cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria por país, ordenado por subregión



La asociación entre el consumo y la percepción de facilidad de acceso no es clara, debido a que se observan países con similares tasas de consumo y diferentes niveles de percepción de facilidad de acceso a la cocaína (gráfico 5.31).

Gráfico 5.31

Prevalencia del último año de consumo y percepción de facilidad de acceso a la cocaína entre los estudiantes de enseñanza secundaria (cada punto representa a un país)

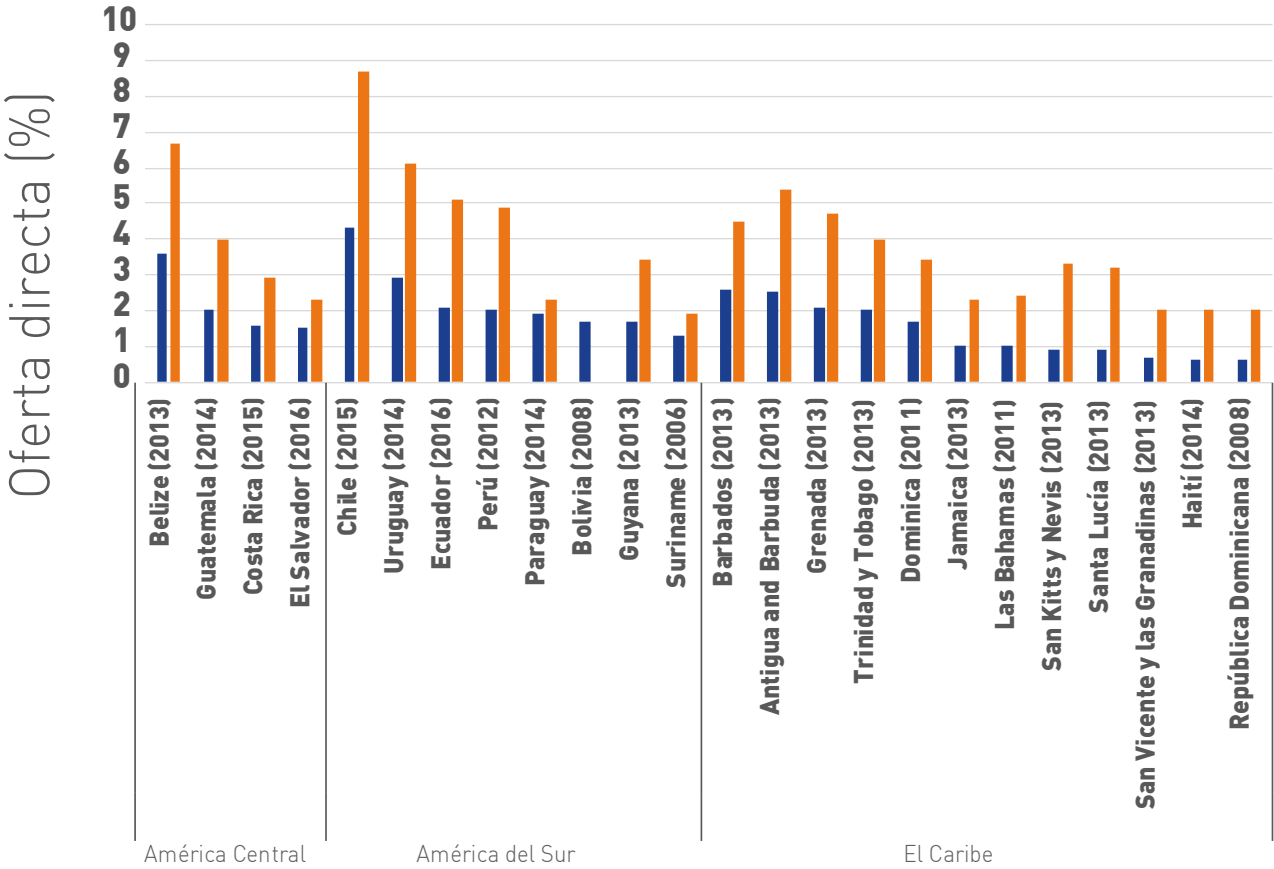


En el gráfico 5.32 se presentan los datos sobre el porcentaje de estudiantes de enseñanza secundaria que reportaron haber recibido ofertas directas de cocaína al menos una vez en el último año o el último mes. De los 24 países con información, en tres de ellos entre el 6% y 9% de los estudiantes reportaron haber recibido alguna oferta directa de cocaína durante el último año: Belize (6,7%), Chile (8,7%) y Uruguay (6,1%). En nueve países un 3% o menos de los estudiantes recibieron alguna oferta directa de cocaína en el último año.

Gráfico 5.32

Último mes | Último año

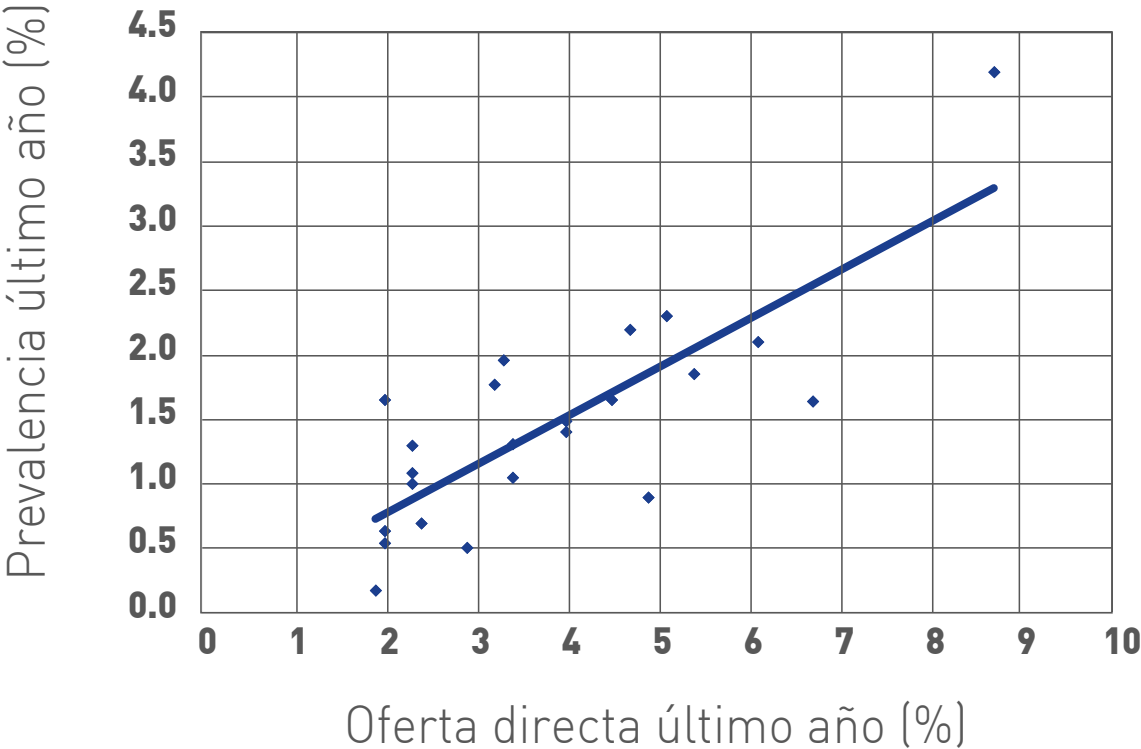
Oferta directa de cocaína en el último año y último mes entre los estudiantes de enseñanza secundaria por país, ordenado por subregión



Cuando se analiza el indicador de oferta directa y su asociación con el consumo de cocaína en 23 países con información disponible, es claro observar que en aquellos países donde los estudiantes tuvieron mayores episodios de oferta directa, el consumo de cocaína fue mayor en este grupo poblacional (gráfico 5.33).

Gráfico 5.33

Prevalencia del último año de consumo y oferta directa de cocaína en el último año entre los estudiantes de enseñanza secundaria (cada punto representa a un país)

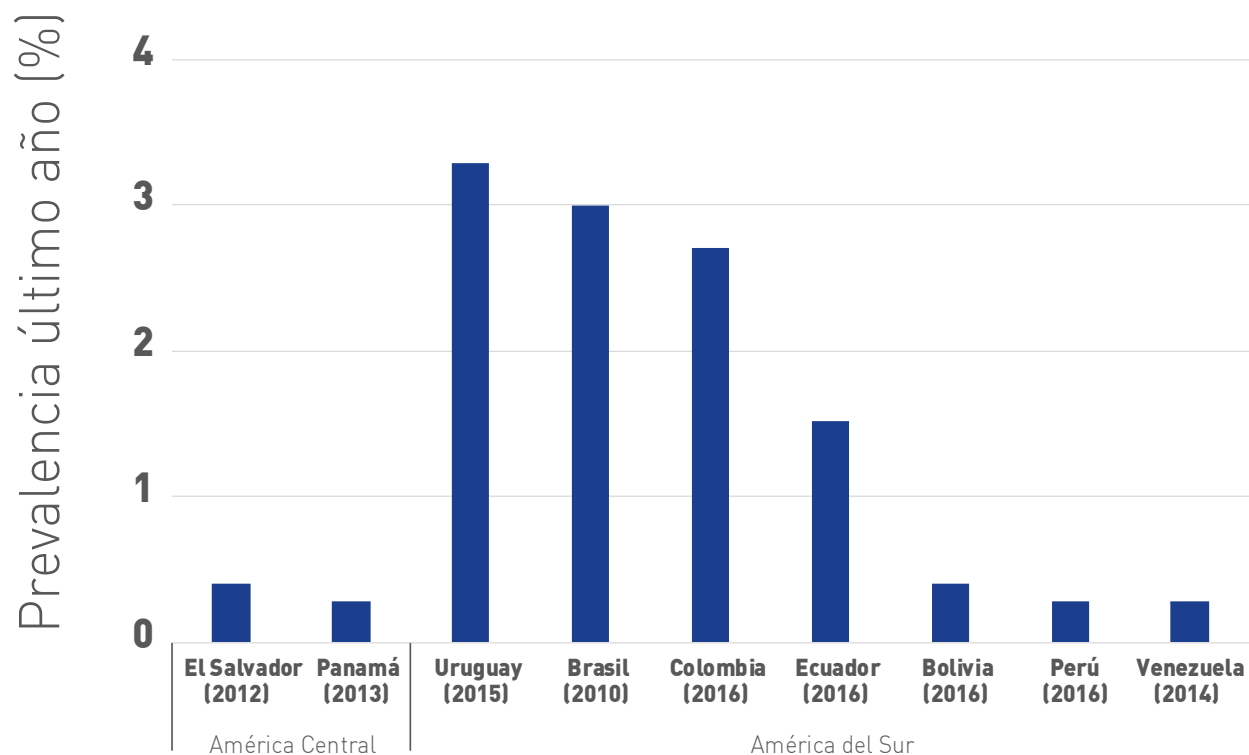


5.1.3 Consumo de cocaína entre estudiantes universitarios

La prevalencia del consumo de cocaína en la población universitaria es diversa. En el gráfico 5.34 se muestra la prevalencia de último año de consumo de cocaína en los estudiantes universitarios. En Brasil, Colombia y Uruguay se registra la prevalencia más alta, en torno al 3%. En cinco países se registran prevalencias inferiores al 0,5%: Bolivia, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela.

Gráfico 5.34

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre estudiantes universitarios por país, ordenado por subregión

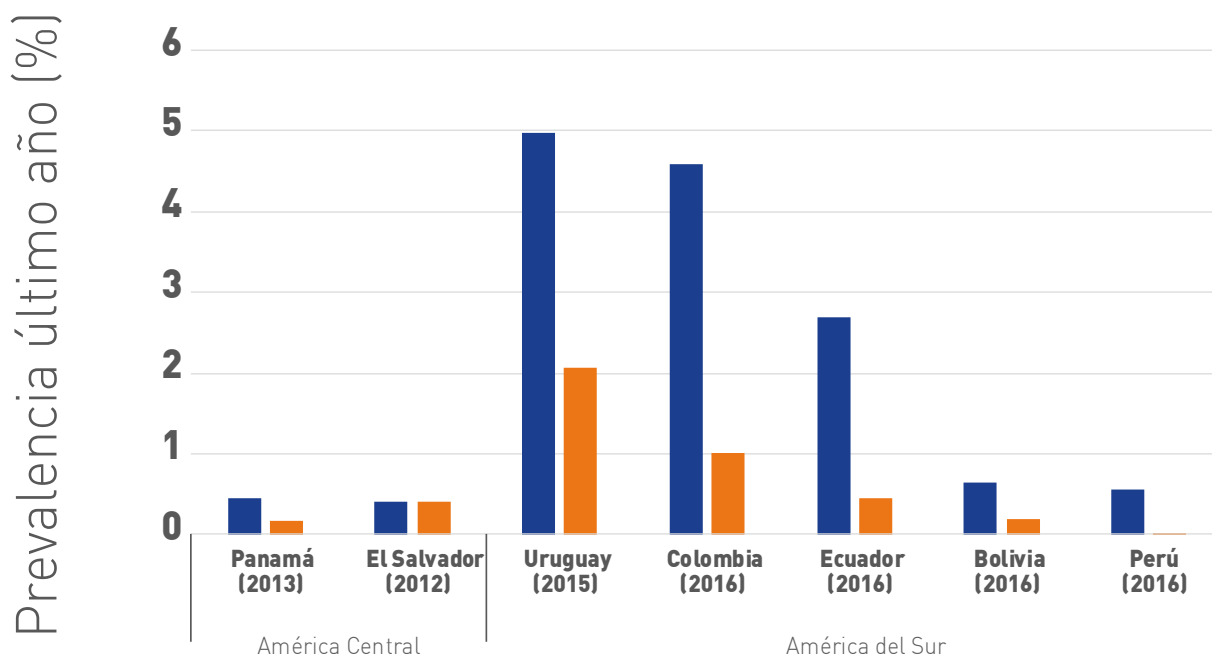


La prevalencia de consumo de cocaína en la población universitaria tiende a ser más alta entre los hombres que entre las mujeres. En Uruguay por cada mujer que consumió en el último año, lo hicieron dos hombres. En el caso de Colombia y Ecuador por cada seis hombres que consumen, lo hacen cuatro mujeres. En El Salvador el consumo entre hombres y mujeres es casi igual (gráfico 5.35).

Gráfico 5.35

Hombre Mujer

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre estudiantes universitarios según el sexo, por país, ordenado por subregión



Tendencias del consumo de cocaína entre estudiantes universitarios

Esta información está disponible solo en los cuatro países andinos, los que realizaron tres estudios comparables en estudiantes universitarios en los años 2009, 2012 y 2016. En los gráficos siguientes se presenta la tendencia de la prevalencia del último año de consumo de cocaína, según el sexo.

Gráfico 5.36

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre estudiantes universitarios de Bolivia, según el sexo y total, 2009-2016

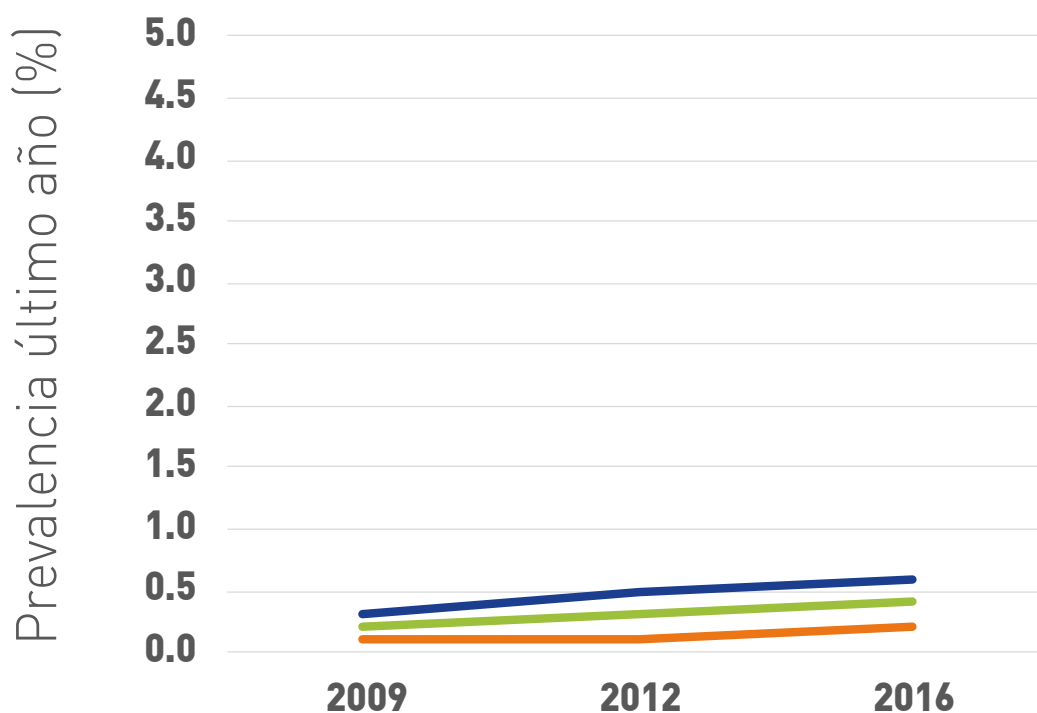


Gráfico 5.37

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre estudiantes universitarios de Colombia, según el sexo y total, 2009-2016

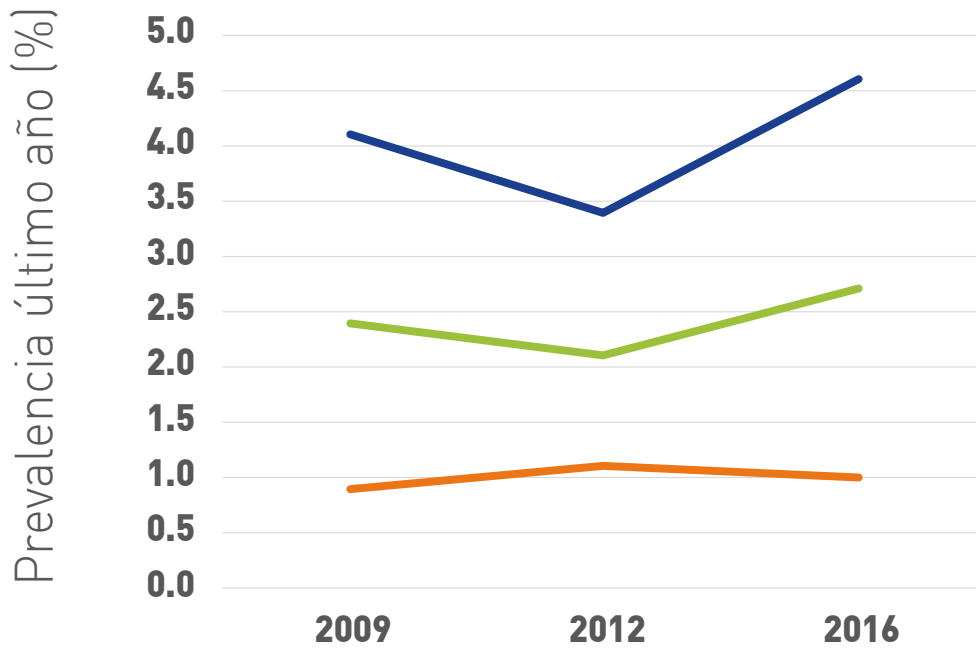


Gráfico 5.38

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre estudiantes universitarios de Ecuador, según el sexo y total, 2009-2016

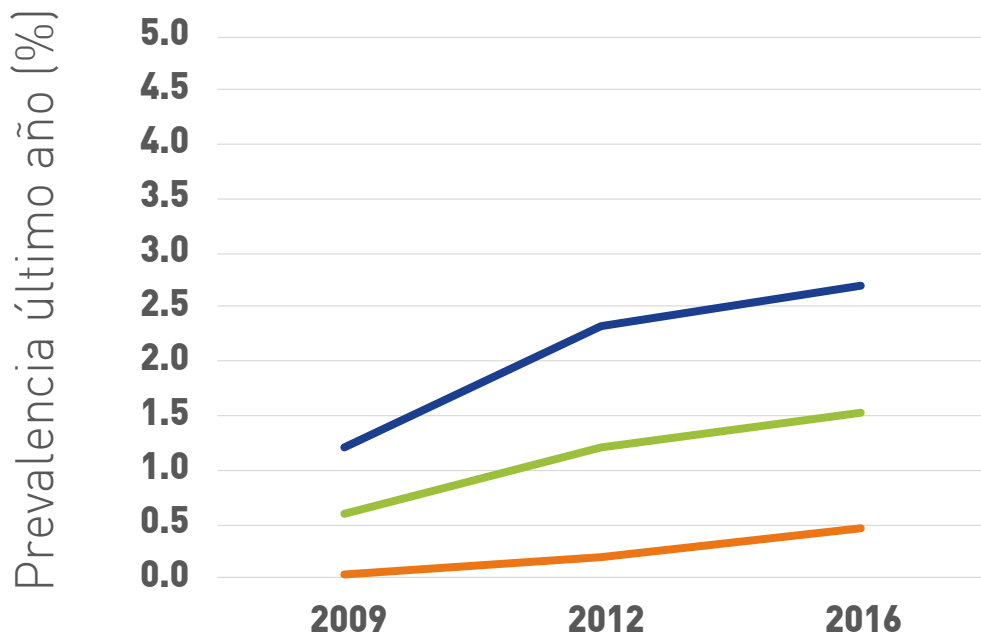
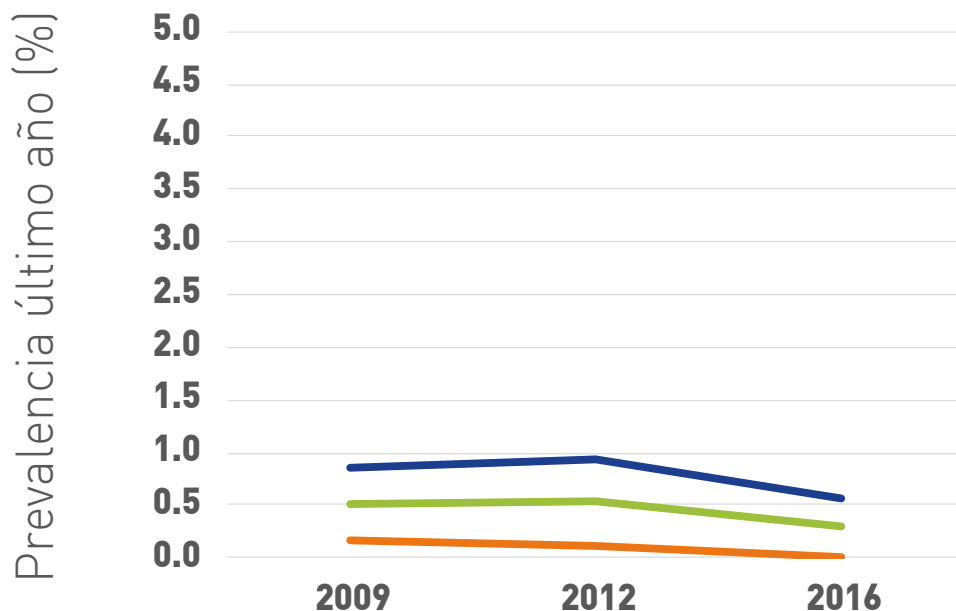


Gráfico 5.39

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de cocaína entre estudiantes universitarios de Perú, según el sexo y total, 2009-2016



Bolivia y Perú son los dos países con el registro de consumo de cocaína más bajo. En Bolivia la prevalencia del último año de consumo de cocaína pasó de 0,2% en 2009 a 0,4% en 2016. Entre los hombres la prevalencia pasó de 0,3% a 0,6% y entre las mujeres pasó de 0,1% a 0,2%. En Perú la prevalencia del último año de consumo de cocaína pasó de 0,5% a 0,3% en el mismo período. Entre los hombres la prevalencia pasó de 0,85% a 0,55% y entre las mujeres pasó de 0,16% a 0,02% en el mismo período.

Colombia es el país andino con una de las tasas más altas de consumo de cocaína entre los estudiantes universitarios, donde la prevalencia del último año pasó de 2,4% en 2009 a 2,7% en 2016. Entre los hombres la prevalencia pasó de 4,1% a 4,6% y entre las mujeres pasó de 0,9% a 1%. La prevalencia del último año de consumo de cocaína en Ecuador pasó de 0,6% a 1,5% durante el mismo período. Entre los hombres la prevalencia pasó de 1,2% a 2,7% y entre las mujeres de 0,04% a 0,45%.

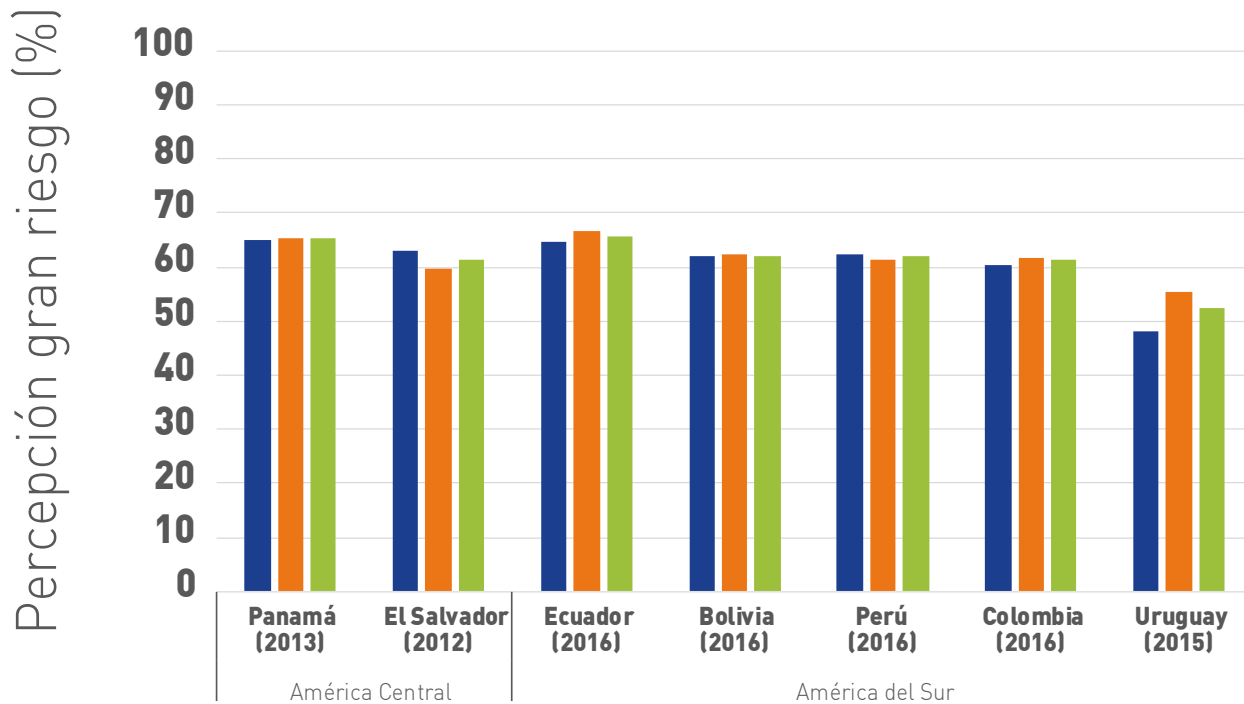
Percepción de gran riesgo del consumo de cocaína entre estudiantes universitarios

De los siete países de los cuales se dispone de esta información, los datos indican que entre el 60% y el 65% de los estudiantes universitarios consideran de gran riesgo el uso ocasional de cocaína, siendo esta percepción similar entre hombres y mujeres. La excepción es Uruguay, donde la percepción de riesgo es del 52% y las mujeres perciben mayor riesgo que los hombres en el uso ocasional de cocaína (55,3% versus 48,2%) (gráfico 5.40).

Gráfico 5.40

Hombre | Mujer | Total

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de cocaína entre estudiantes universitarios según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



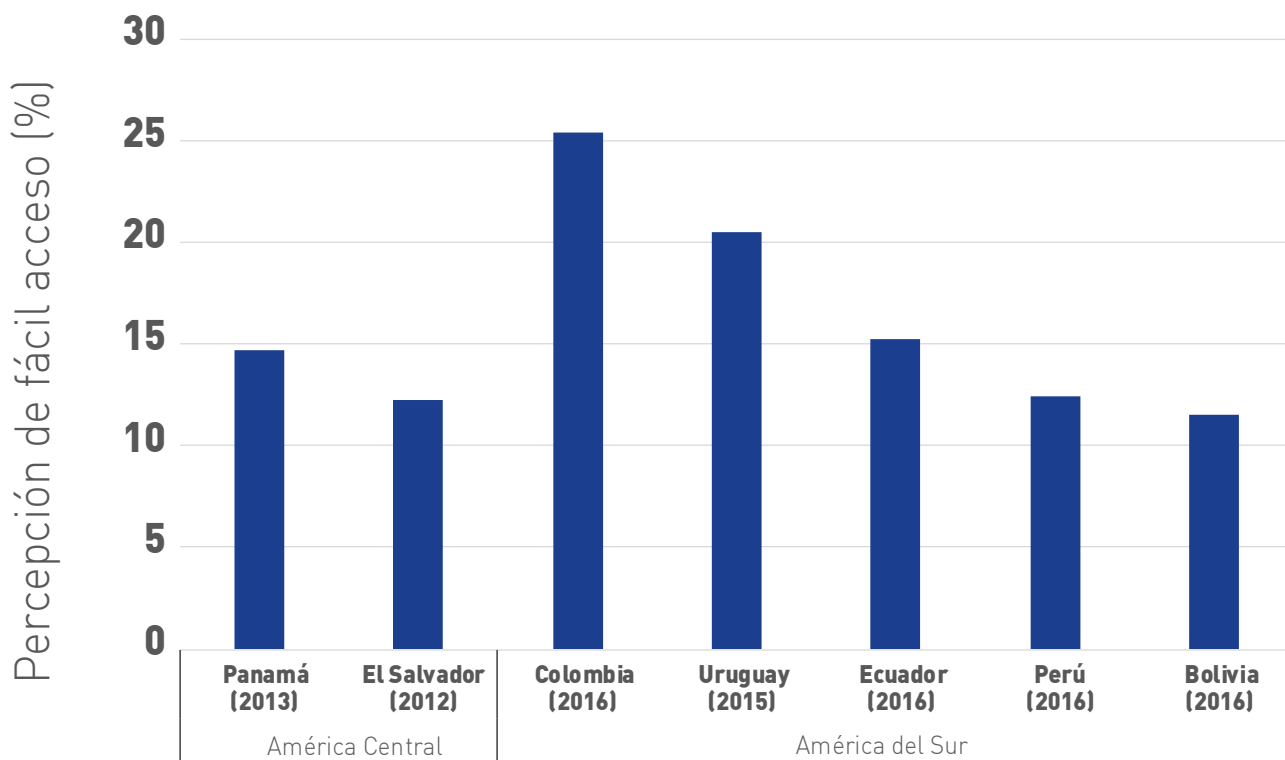
De similar manera que en el resto de las poblaciones analizadas, la proporción de estudiantes que considera de gran riesgo el consumo frecuente de cocaína se encuentra entre el 83% y el 93%. No se observan diferencias según sean hombres o mujeres.

Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de cocaína entre estudiantes universitarios

En dos de los cuatro países con prevalencias del 2,5% o más y de los cuales se tiene información sobre la percepción de facilidad de acceso, los datos muestran los valores más altos, del 25% en Colombia y del 20,5% en Uruguay. En el resto de los países la percepción de facilidad de acceso a la cocaína es igual o inferior al 15% (gráfico 5.41).

Gráfico 5.41

Percepción de facilidad de acceso a la cocaína entre estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión

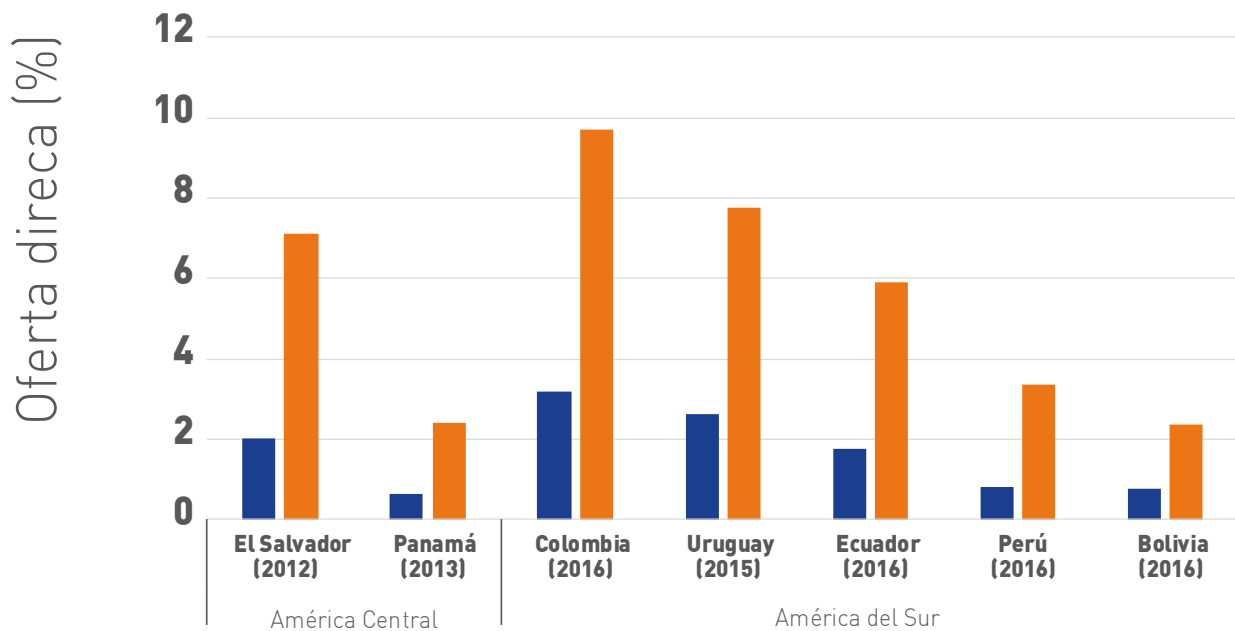


En Colombia y Uruguay, los países de mayor consumo, el 9,7% y 7,7% de los universitarios recibió alguna oferta de cocaína en el último año, respectivamente, seguidos por El Salvador (7,1%) y Ecuador (5,9%), países donde el consumo es menor. En los demás países analizados, alrededor del 3% de los estudiantes universitarios recibieron oferta de cocaína en el último año (gráfico 5.42).

Gráfico 5.42

Último mes | Último año

Oferta directa de cocaína en el último año y último mes a estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión



5.2 Pasta Base de Cocaína (PBC)

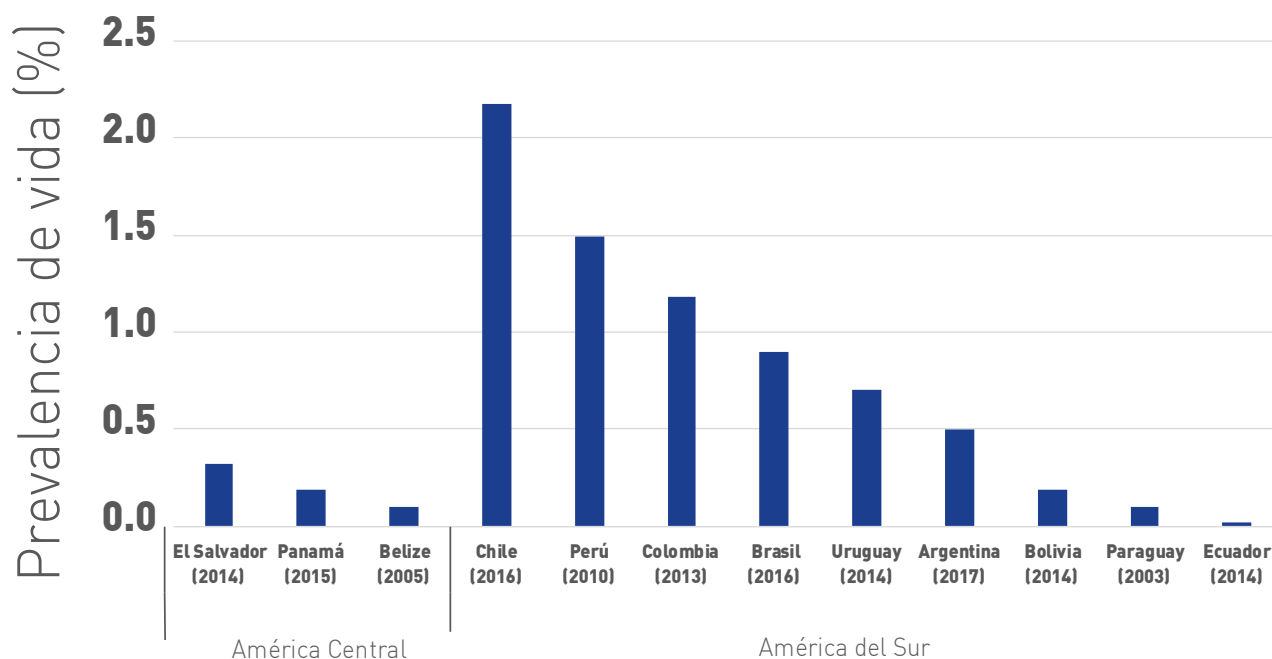
5.2.1 Consumo de PBC en la población general

La pasta base de cocaína (PBC) es una forma de cocaína fumable conocida por una variedad de nombres, como se mencionó al principio de este capítulo. Los gráficos multinacionales se refieren a ella como PBC; sin embargo, los gráficos nacionales pueden referirse a la cocaína fumable por el término más común. Los estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas en la población general toman muestras aleatorias de personas en hogares. Esto implica una importante limitación en su capacidad para captar el consumo de sustancias psicoactivas entre las poblaciones que no residen en hogares, grupos marginados y otras poblaciones a las que es difícil acceder. Dada esta limitación, este informe presenta la prevalencia de vida, ya que los indicadores de consumo más reciente son muy bajos, todos ellos por debajo del 2,5% (gráfico 5.43).

Chile y Perú tienen la prevalencia de consumo de PBC, alguna vez en la vida, más alta (2,2% y 1,5%, respectivamente), seguidos por Colombia y Brasil. En todos los países con información, este consumo es principalmente realizado por hombres.

Gráfico 5.43

Prevalencia de vida del consumo de PBC en la población general, por país, ordenado por subregión



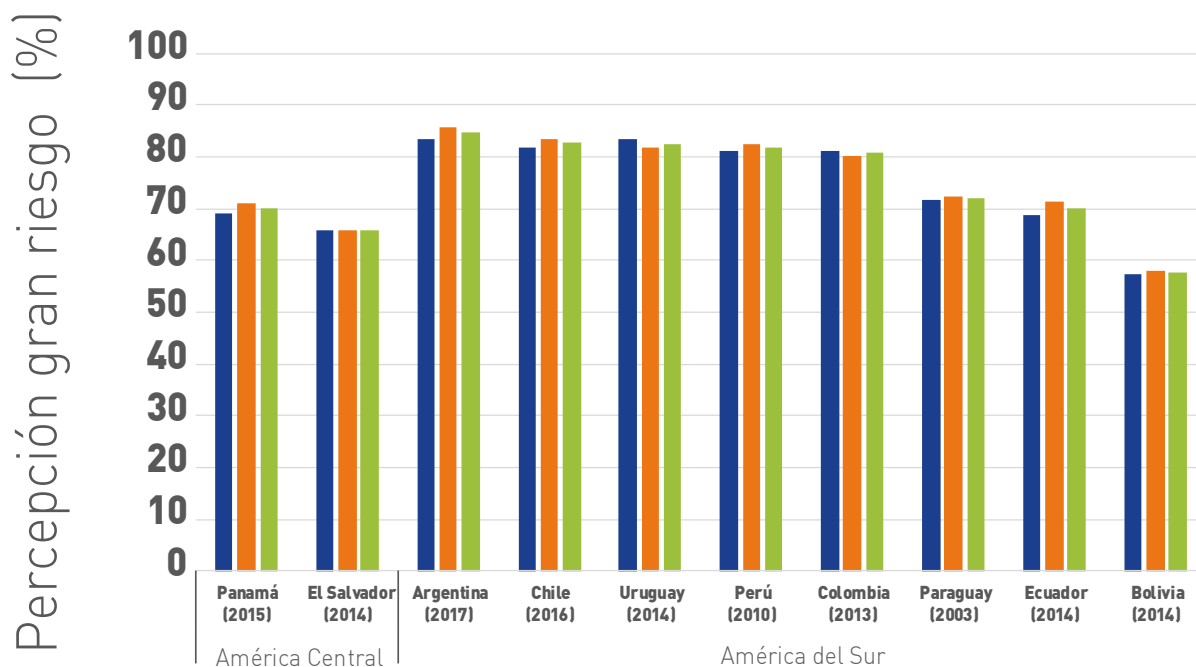
Percepción de gran riesgo del consumo de PBC en la población general

Más del 58% de la población general de todos los países considera de gran riesgo el consumo ocasional de PBC, superando el 80% en Argentina, Chile, Colombia, Perú y Uruguay (gráfico 5.44). La percepción de gran riesgo del consumo ocasional de PBC, en general, no presenta diferencias según el sexo.

Gráfico 5.44

Hombre | Mujer | Total

Percepción de gran riesgo del uso ocasional de PBC en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



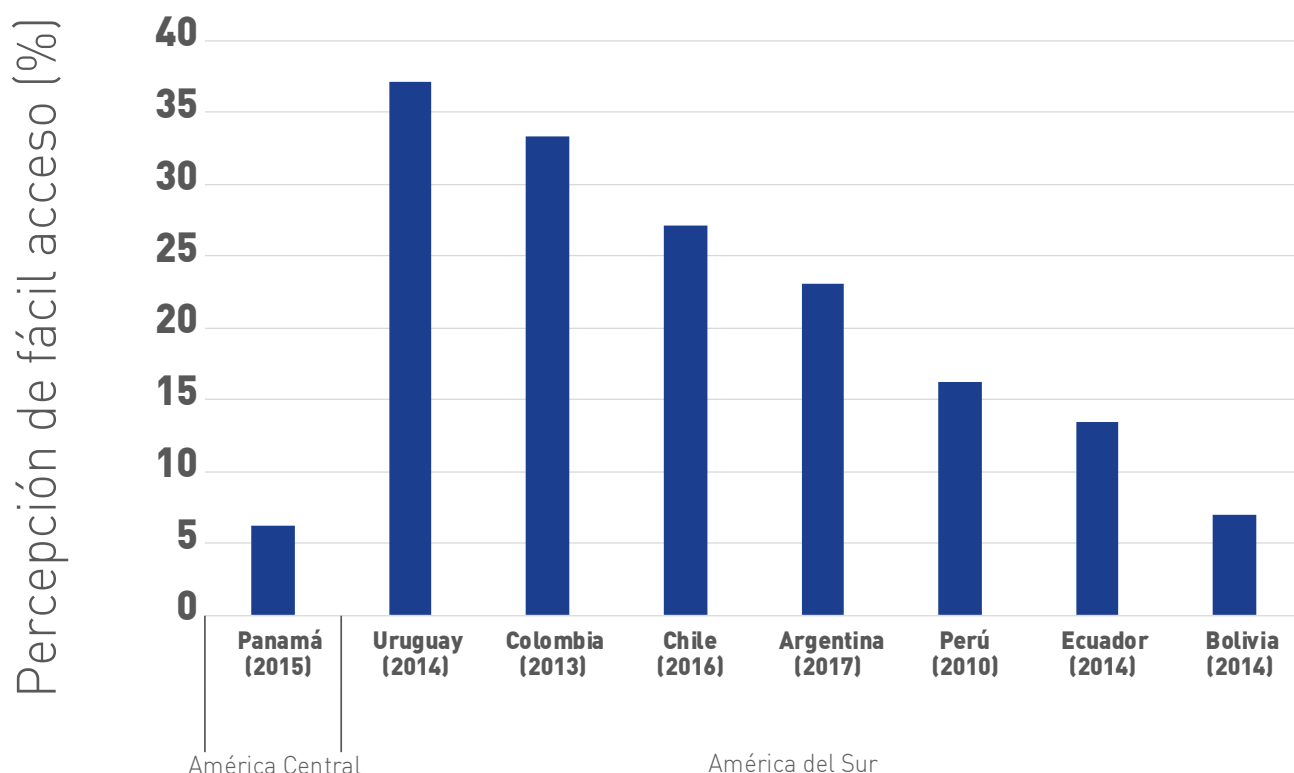
El uso frecuente de PBC es considerado de gran riesgo por más del 90% de la población general de Argentina, Chile, El Salvador, Perú y Uruguay, y se ubica entre el 76% y 86% en Colombia, Ecuador, Panamá y Paraguay. Al igual que la percepción de gran riesgo sobre el consumo ocasional, las diferencias sobre la percepción de gran riesgo del uso frecuente, según el sexo, son mínimas.

Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de PBC en la población general

Como se observa en el gráfico 5.45, la mayor percepción de facilidad de acceso a la PBC se registra en Uruguay (37%), Colombia (33%), Chile (27%) y Argentina (23%), mientras que Bolivia y Panamá tienen la menor percepción de facilidad de acceso, inferior al 10%.

Gráfico 5.45

Percepción de facilidad de acceso a PBC en la población general, por país, ordenado por subregión

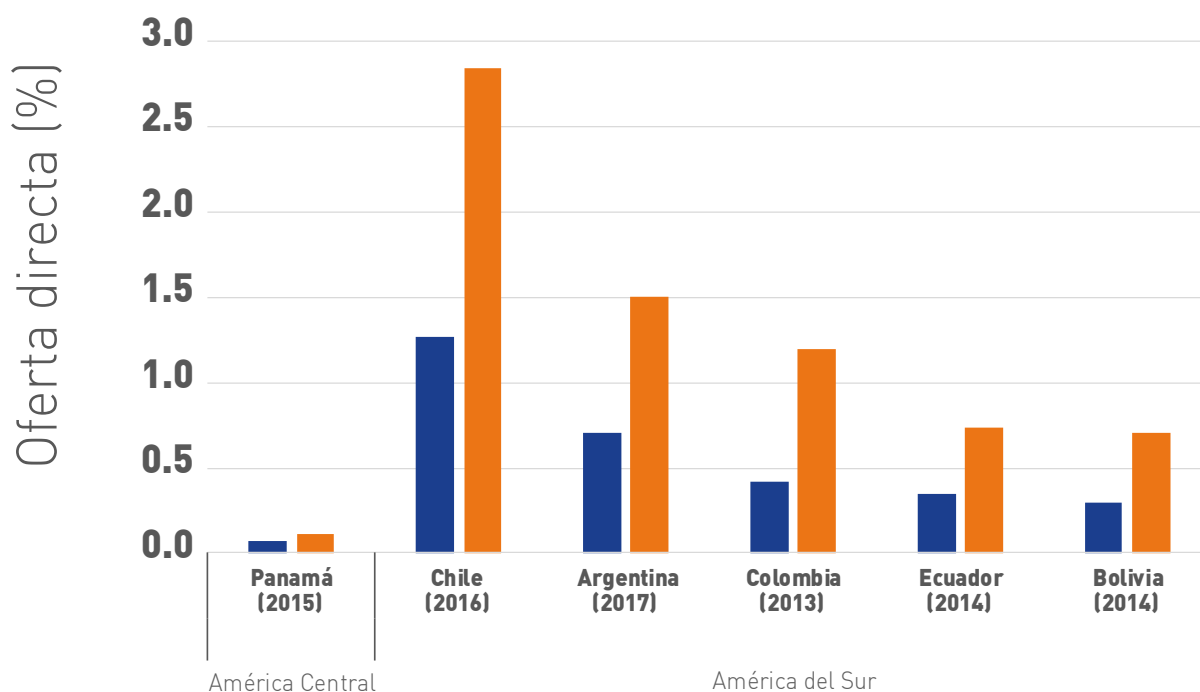


Pocos países reportaron información sobre la oferta directa de PBC, tal como se observa en el gráfico 5.46. Chile es el país con el más alto registro, donde el 2,8% de la población declara haber recibido una oferta directa de PBC en el último año.

Gráfico 5.46

Último mes | Último año

Oferta directa de PBC en el último año y último mes en la población general, por país, ordenado por subregión

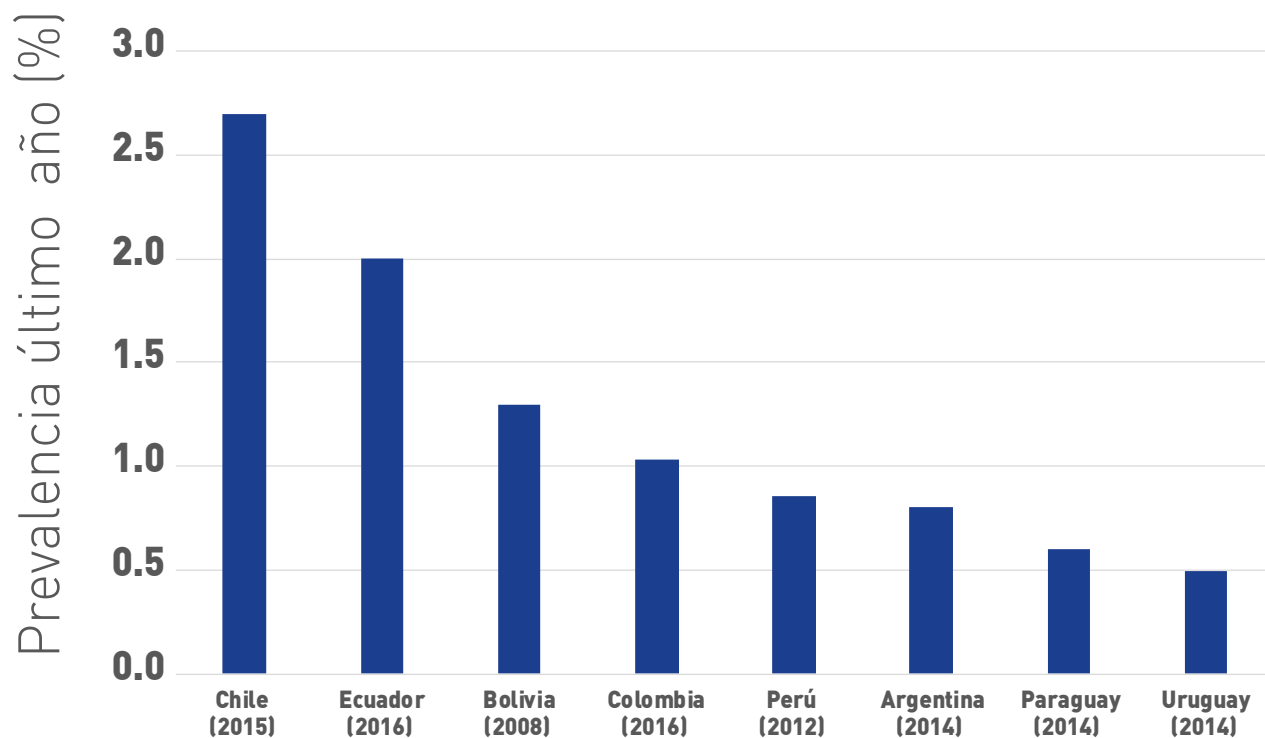


5.2.2 Consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En los ocho países de América del Sur de los cuales se tiene información sobre el consumo de PBC, la prevalencia del último año oscila entre el 0,5% en Uruguay y el 2,7% en Chile, tal como se observa en el gráfico 5.47. Ecuador y Bolivia registran la segunda y tercera mayor prevalencia de consumo.

Gráfico 5.47

Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país

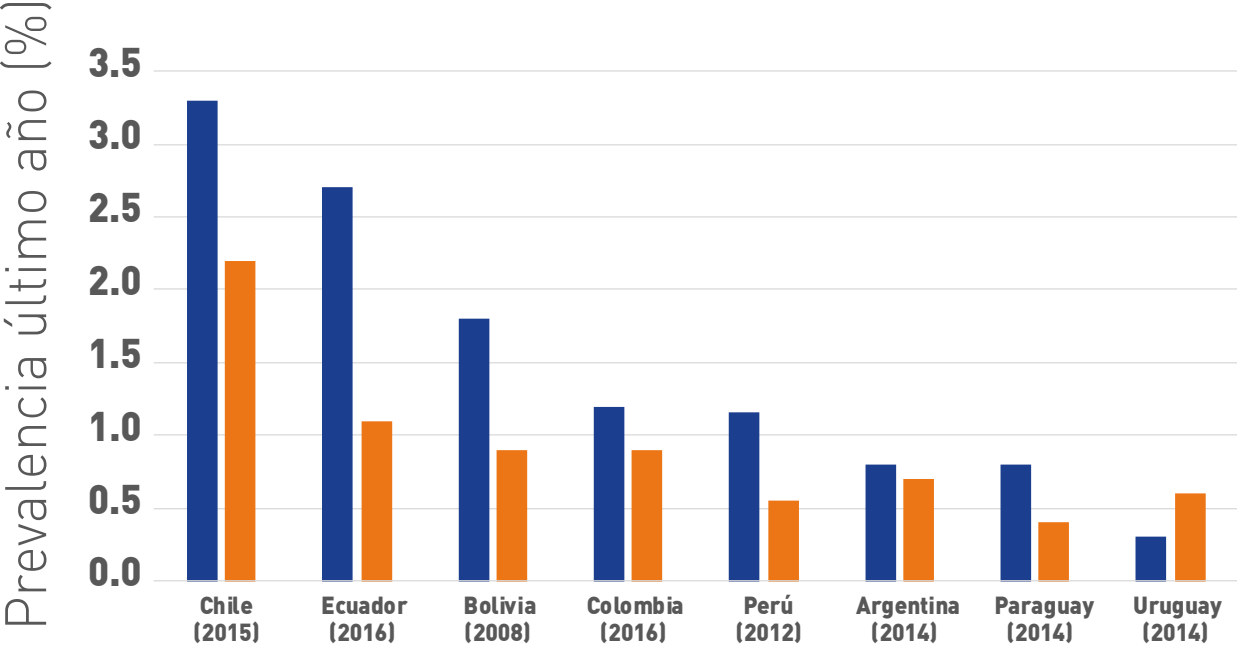


El gráfico 5.48 muestra la prevalencia según el sexo donde se observa que, si bien el consumo es mayor entre los hombres, las diferencias no son amplias. En Bolivia, Ecuador y Perú por cada mujer que consume, hay dos hombres que lo hacen. Esta diferencia es menor en los demás países. Los datos de Uruguay indican que la diferencia según el sexo no es estadísticamente significativa.

Gráfico 5.48

Hombre | **Mujer**

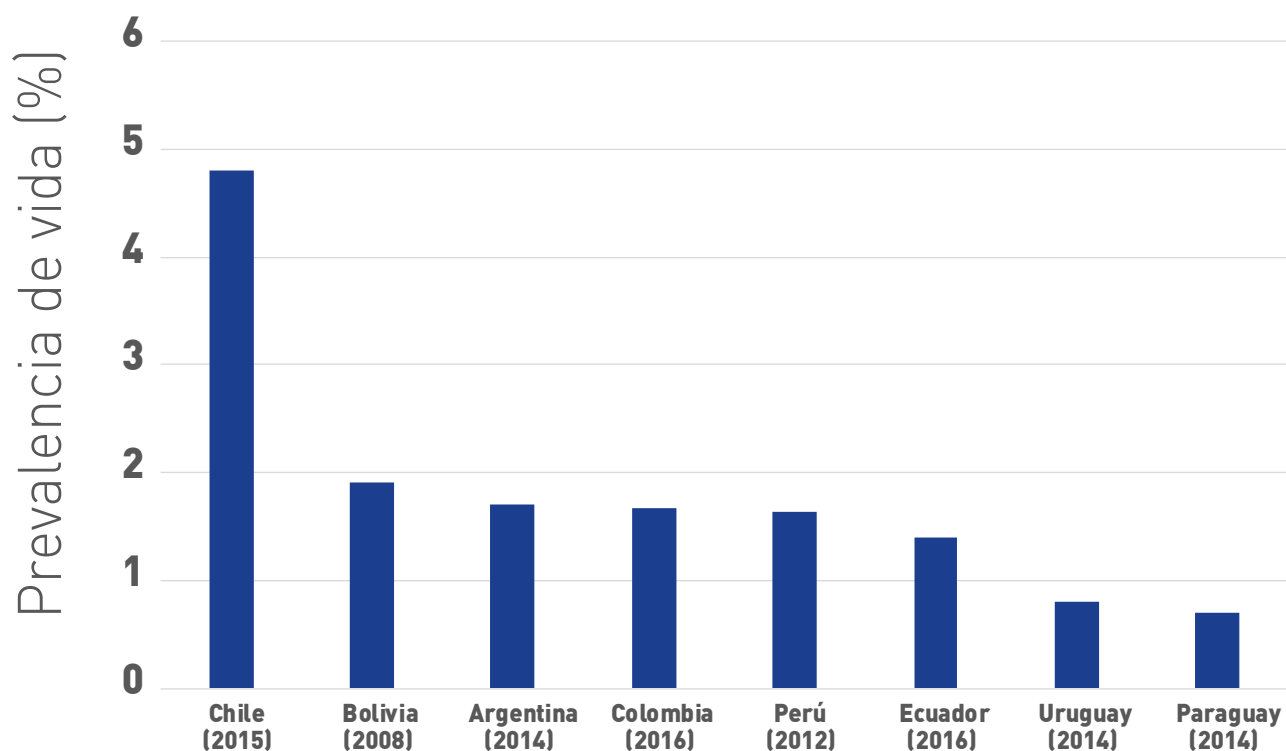
Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo, por país



Los estudiantes de 8° grado representan el grupo de población más joven bajo análisis. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida en este grupo es un indicador del uso de PBC a una edad muy temprana (gráfico 5.49). Chile muestra una alta prevalencia de vida, de 4,8%, mientras que todos los demás países informan una prevalencia inferior al 2%.

Gráfico 5.49

Prevalencia de vida del consumo de PBC entre los estudiantes de 8° grado o equivalente, por país

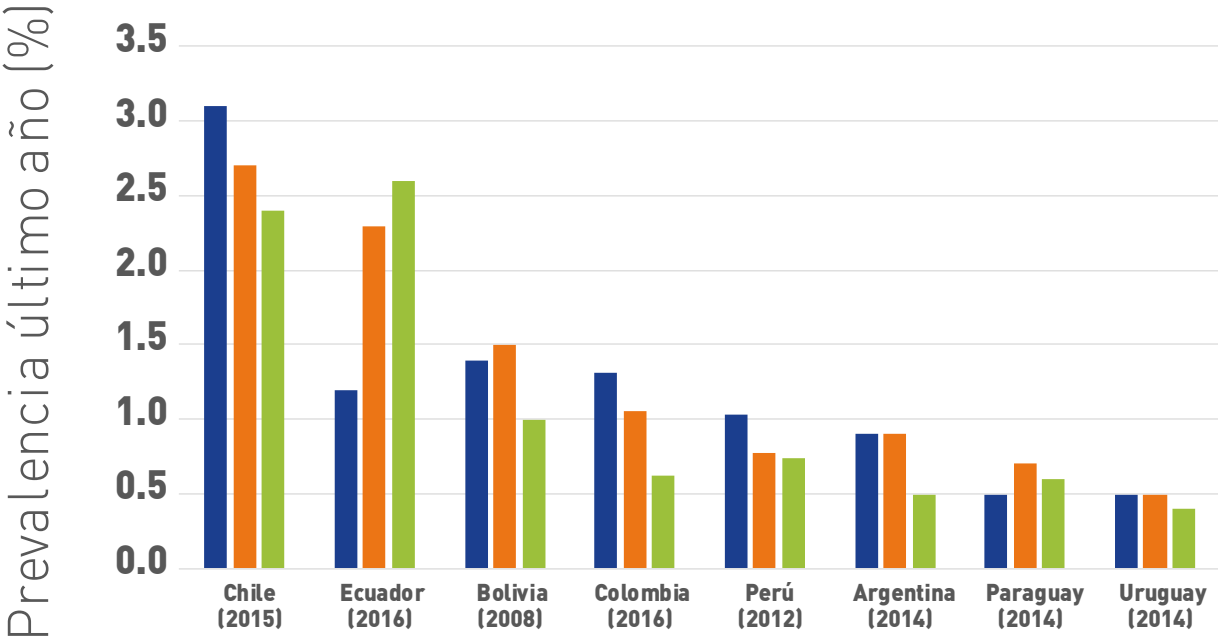


El consumo de PBC por nivel o grado difiere mucho de un país a otro (gráfico 5.50). El consumo de PBC es mayor en los grados superiores en un solo país, Ecuador. A la inversa, en Chile, Colombia y Perú el consumo disminuye en los grados superiores. En Argentina, Bolivia y Uruguay el uso de PBC en los estudiantes de 8º grado es similar al de los estudiantes de 10º grado, y es mayor que entre los estudiantes de 12º grado. Se necesita más investigación para comprender mejor este patrón de consumo de PBC entre los adolescentes de América Latina.

Gráfico 5.50

8º Grado | 10º Grado | 12º Grado

Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria según grados, por país



Tendencias del consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Los datos de tendencia sobre la prevalencia del último año de consumo de PBC están disponibles en Argentina, Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay (gráficos 5.51 al 5.56). En Argentina el consumo de PBC se mantuvo en menos del 1% entre 2009 y 2014. El consumo entre los hombres pasó de 1,3% a 0,8% y entre las mujeres pasó de 0,6% a 0,7%.

En Colombia la prevalencia pasó de 1,4% a 0,9% entre 2004 y 2016. Entre los hombres la prevalencia pasó de 1,8% a 1,0% y entre las mujeres pasó de 1,1% a 0,8%. En Chile la prevalencia del último año de consumo de PBC entre 2001 y 2015 pasó de 2,3% a 2,7%. Entre los hombres la prevalencia pasó de 3,1% a 3,4% y entre las mujeres pasó de 1,5% a 2,1%. La prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay pasó de 0,1% en 2003 a 0,6% en 2014. Entre los hombres pasó de 0,2% a 0,8% y entre las mujeres de 0,0% a 0,4%. La prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de Perú pasó de 0,8% en 2005 a 0,7% en 2017. Entre los hombres pasó de 1,2% a 0,8% y entre las mujeres la variación fue de 0,4% a 0,6%. El consumo del PBC en el último año entre los estudiantes de Uruguay pasó de 0,7% en 2003 a 0,5% en 2014. No se dispone de datos por sexo de ese país.

Gráfico 5.51

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Argentina, según el sexo y total, 2009 – 2014

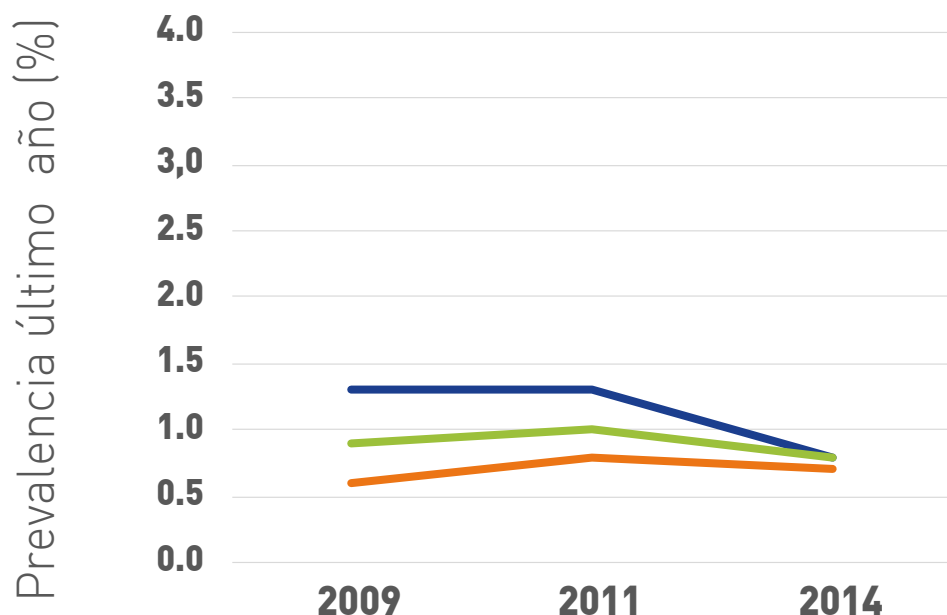


Gráfico 5.52

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Chile, según el sexo y total, 2001 - 2015

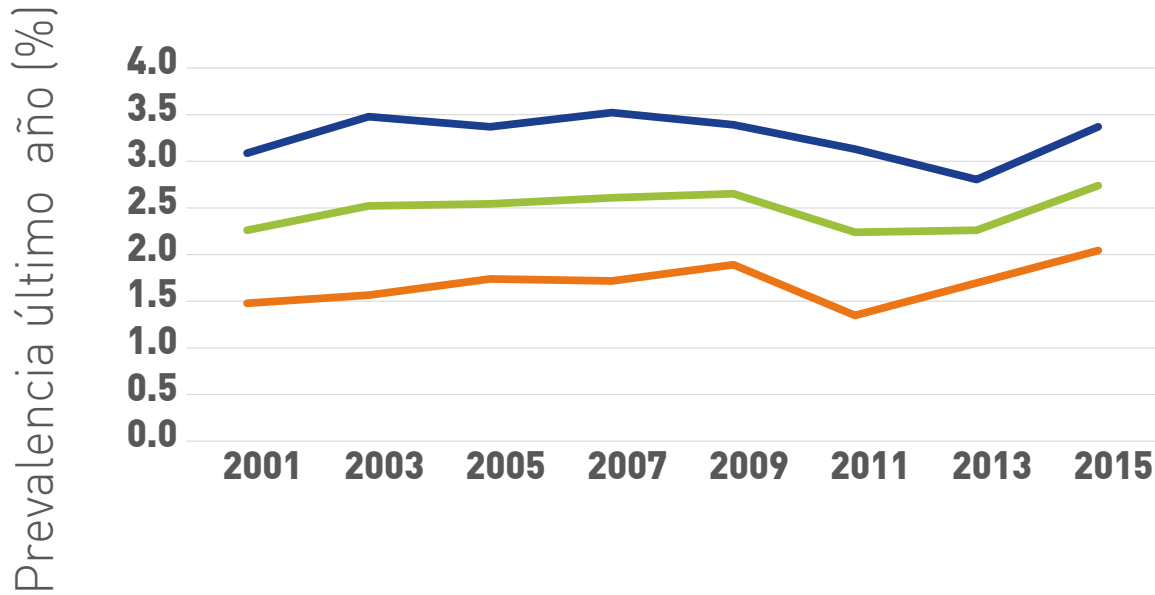


Gráfico 5.53

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de basuco entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia, según el sexo y total, 2004 - 2016

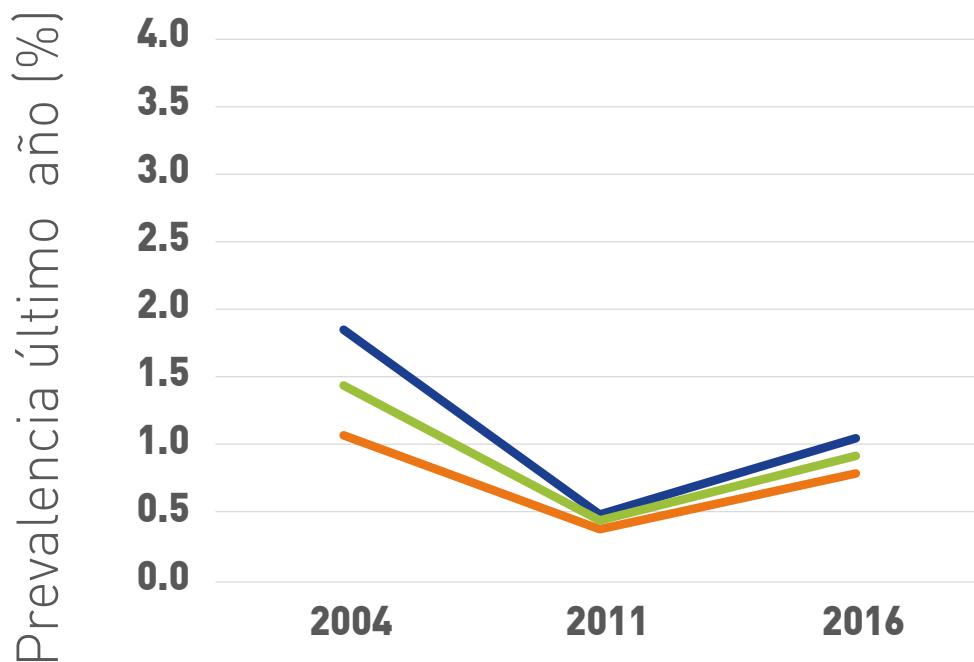


Gráfico 5.54

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Paraguay, según el sexo y total, 2003 – 2014

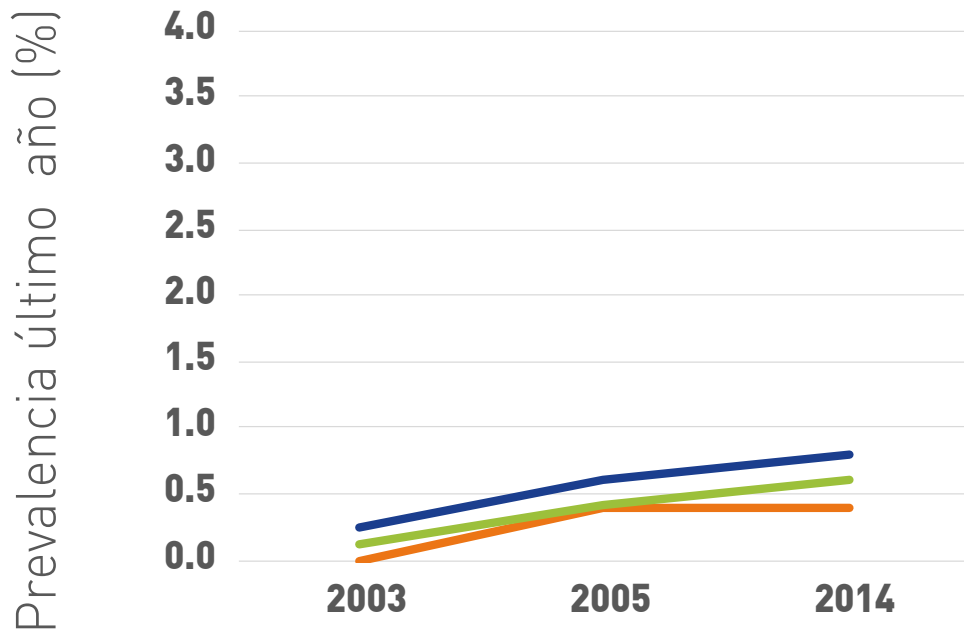


Gráfico 5.55

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Perú, según el sexo y total, 2005 – 2017

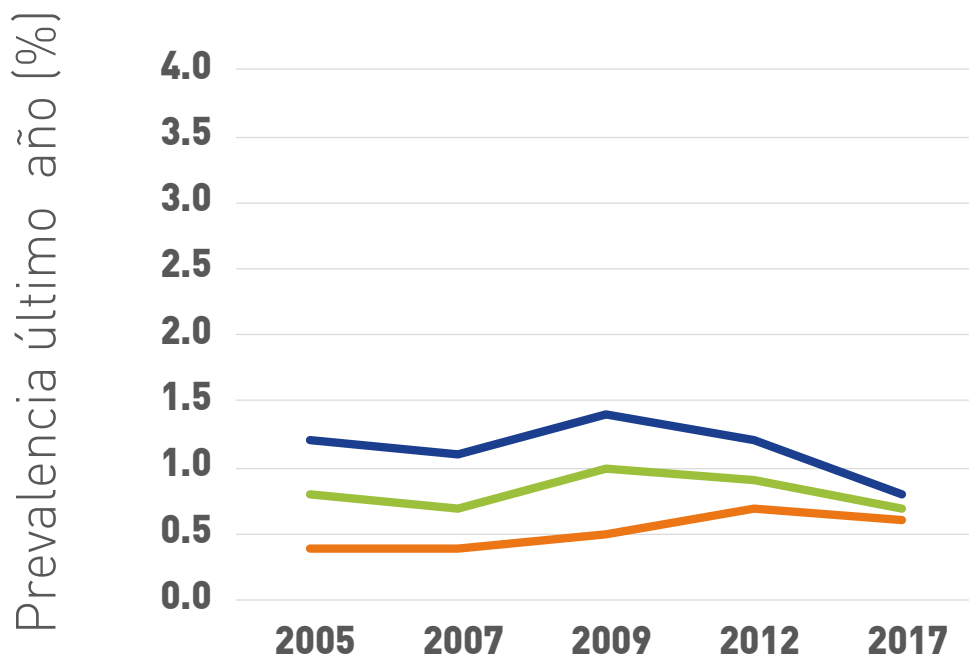
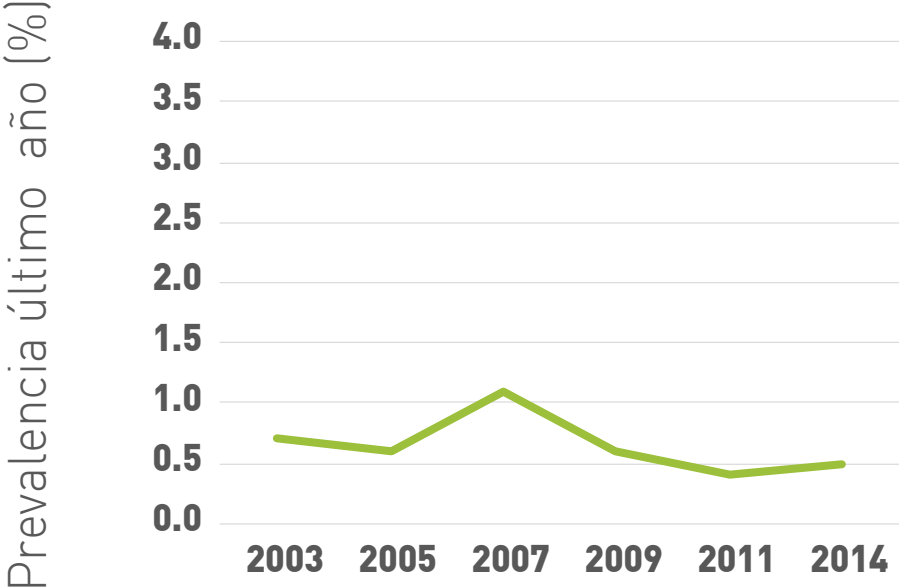


Gráfico 5.56

Prevalencia del último año de consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Uruguay, 2003 – 2014



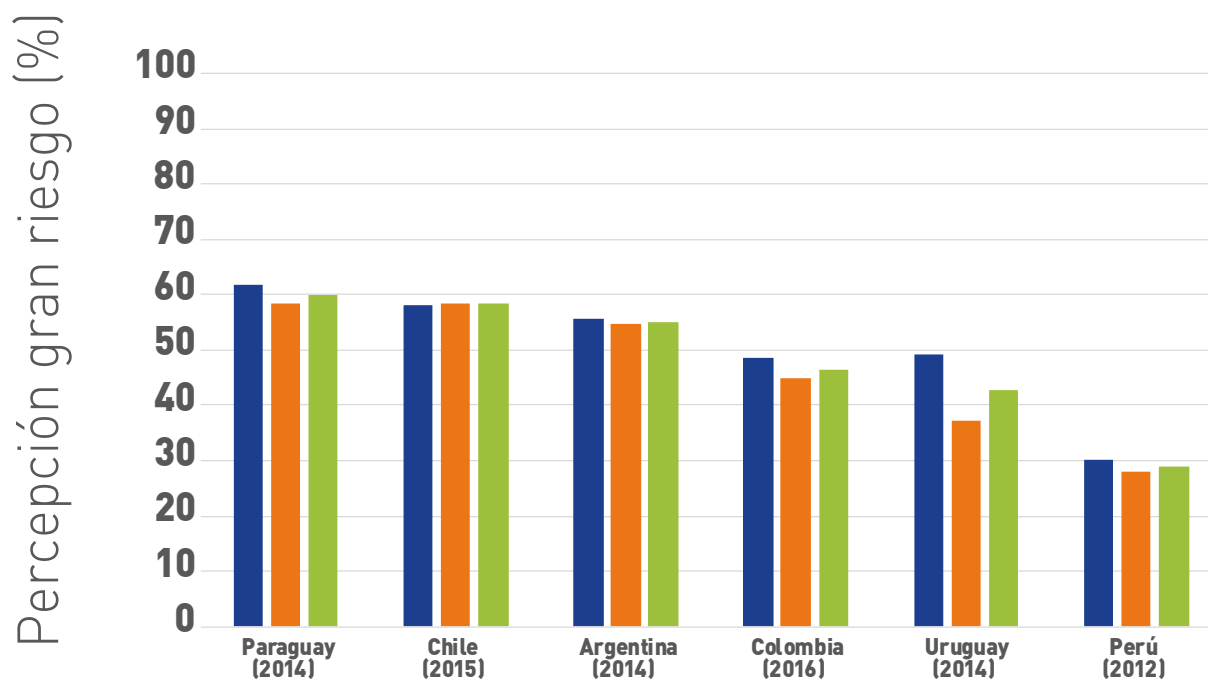
Percepción de gran riesgo del consumo de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria

La percepción de gran riesgo del consumo ocasional de PBC en los estudiantes de enseñanza secundaria de los países con información disponible, oscila entre el 29% y el 60%. Argentina, Chile y Paraguay tienen los mayores porcentajes, entre el 55% y el 60%, mientras que la menor percepción de riesgo se registra en Perú (29%). Los datos por sexo indican que, salvo en Uruguay que presenta una distancia de 12 puntos porcentuales entre hombres y mujeres, en los demás países no hay diferencias importantes en la percepción de gran riesgo de consumo de PBC (gráfico 5.57).

Gráfico 5.57

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país

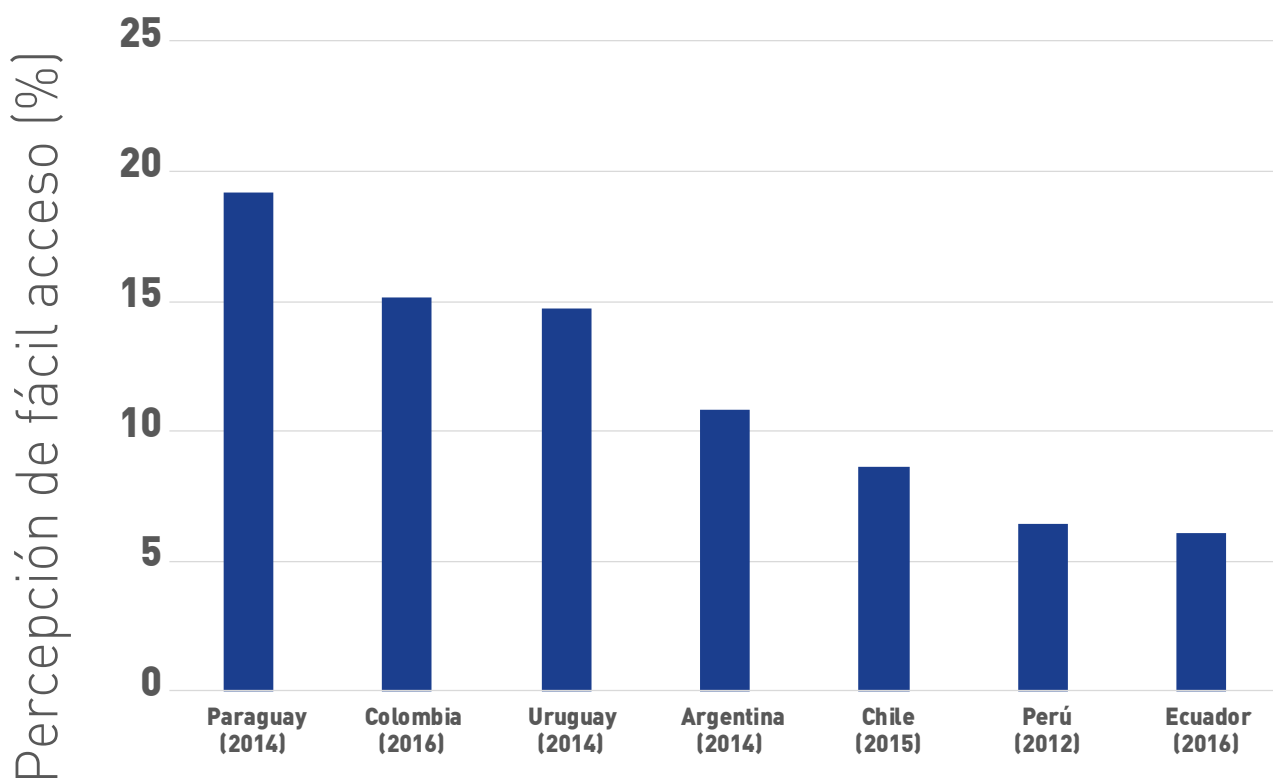


Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria

En Colombia, Paraguay y Uruguay se encuentran los mayores porcentajes de percepción de facilidad de acceso a PBC en los estudiantes de enseñanza secundaria, entre el 15% y el 19%. En Argentina, Chile, Ecuador y Perú, entre el 6% y el 11% de los estudiantes de enseñanza secundaria reportan que es fácil obtener PBC (gráfico 5.58).

Gráfico 5.58

Percepción de facilidad de acceso a PBC entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país

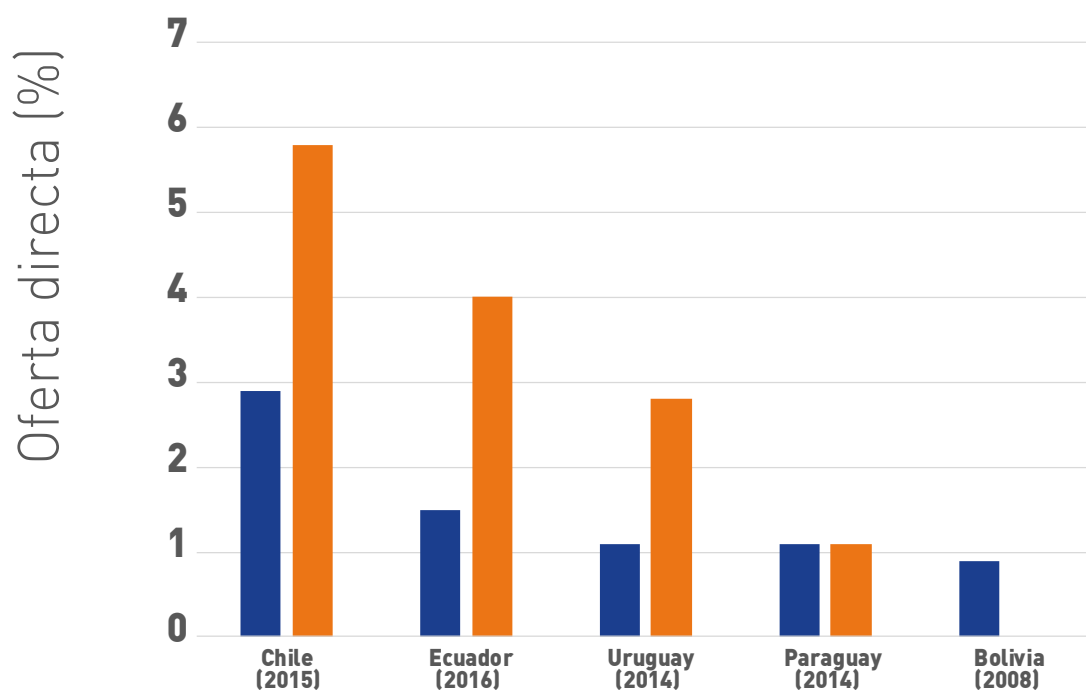


En los países de mayor consumo de PBC, más estudiantes recibieron oferta de esta droga en el último año: el 5,8% de los estudiantes de Chile y el 4% de los estudiantes de Ecuador (gráfico 5.59).

Gráfico 5.59

Último mes | Último año

Oferta directa de PBC en el último año y último mes a estudiantes de enseñanza secundaria, por país

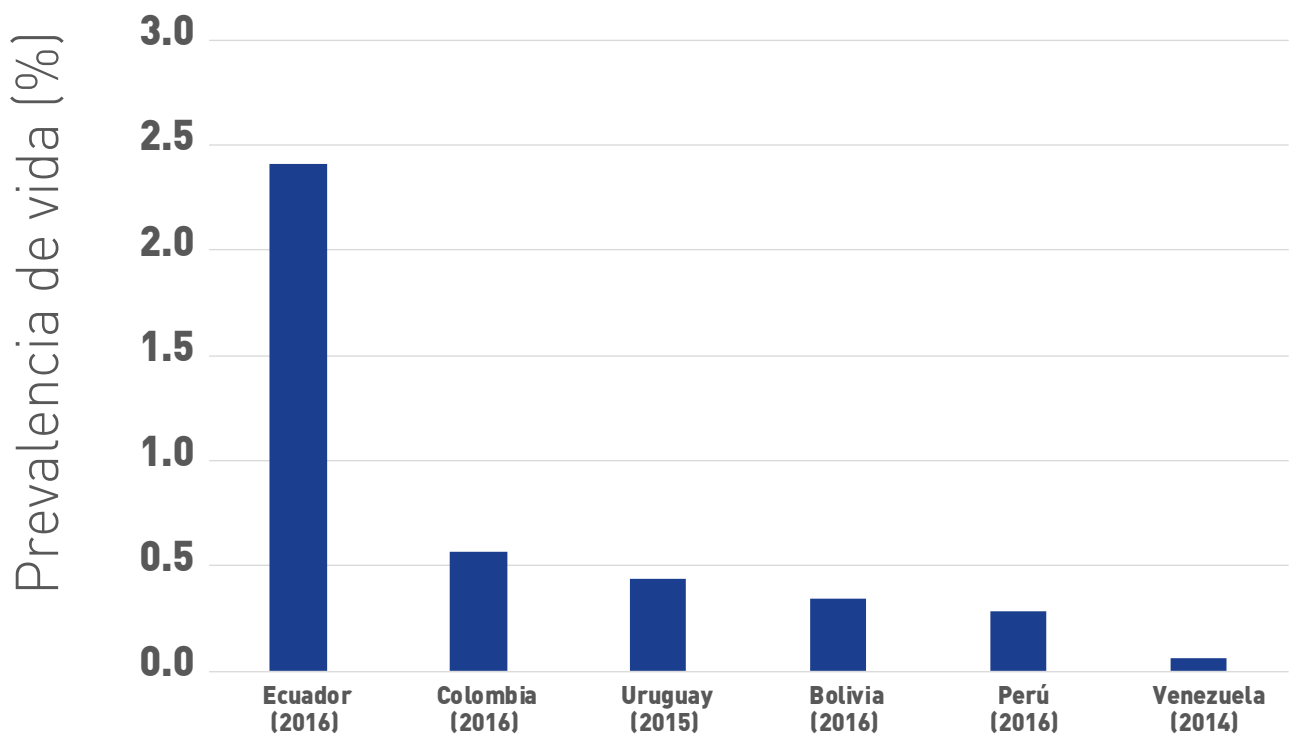


5.2.3 Consumo de PBC entre estudiantes universitarios

El gráfico 5.60 presenta la prevalencia de vida del consumo de PBC en los estudiantes universitarios, destacándose Ecuador con el registro más alto, del 2,4%, seguido por Colombia con 0,6%. Los demás países registraron consumos inferiores al 0,5%.

Gráfico 5.60

Prevalencia de vida del consumo de PBC entre estudiantes universitarios, por país



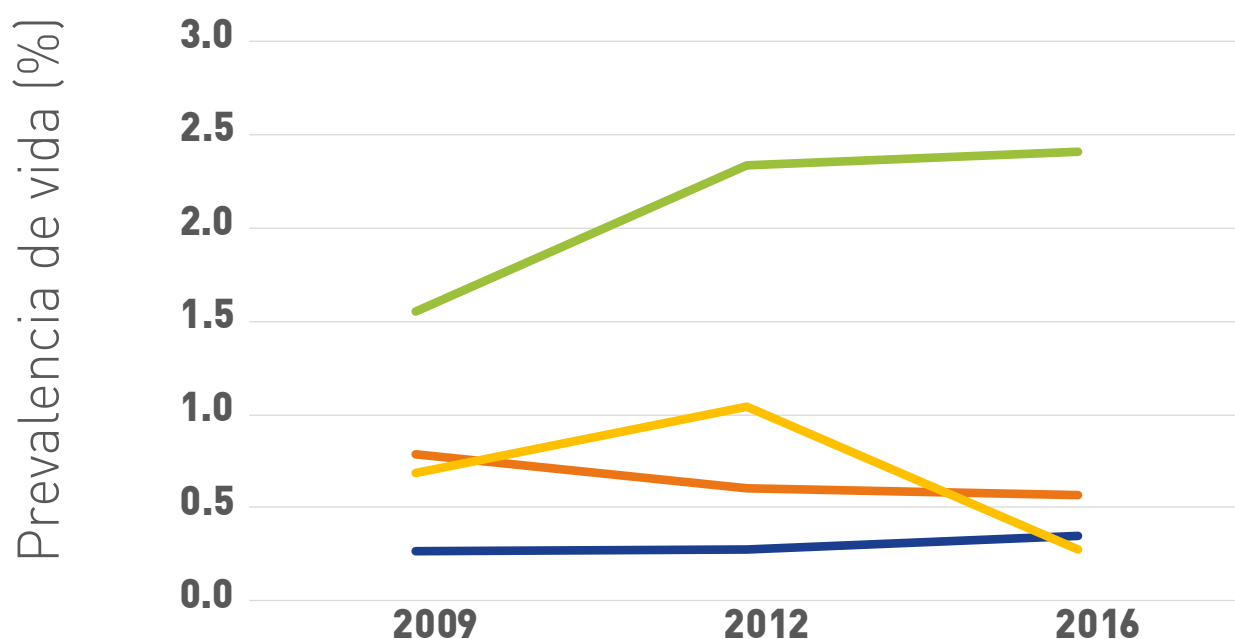
Tendencias del consumo de PBC entre estudiantes universitarios

El consumo de PBC en los estudiantes universitarios presenta una prevalencia baja en las tres mediciones realizadas en los países de la Comunidad Andina entre 2009 y 2016, pero la tendencia en la prevalencia de vida indica situaciones diferentes. Ecuador se destaca por tener en las tres mediciones la prevalencia de vida más alta, pasando de 1,5% a 2,4% entre 2009 y 2016. En Colombia y Perú se observó una tendencia descendente con una prevalencia baja y una variación más marcada en Perú (desde 0,7% en 2009 a 0,3% en 2016). En Bolivia la tendencia es de estabilidad con una prevalencia de vida de 0,3% (gráfico 5.61).

Gráfico 5.61

Bolivia | Colombia | Ecuador | Perú

Prevalencia de vida del consumo de PBC entre estudiantes universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2009-2016



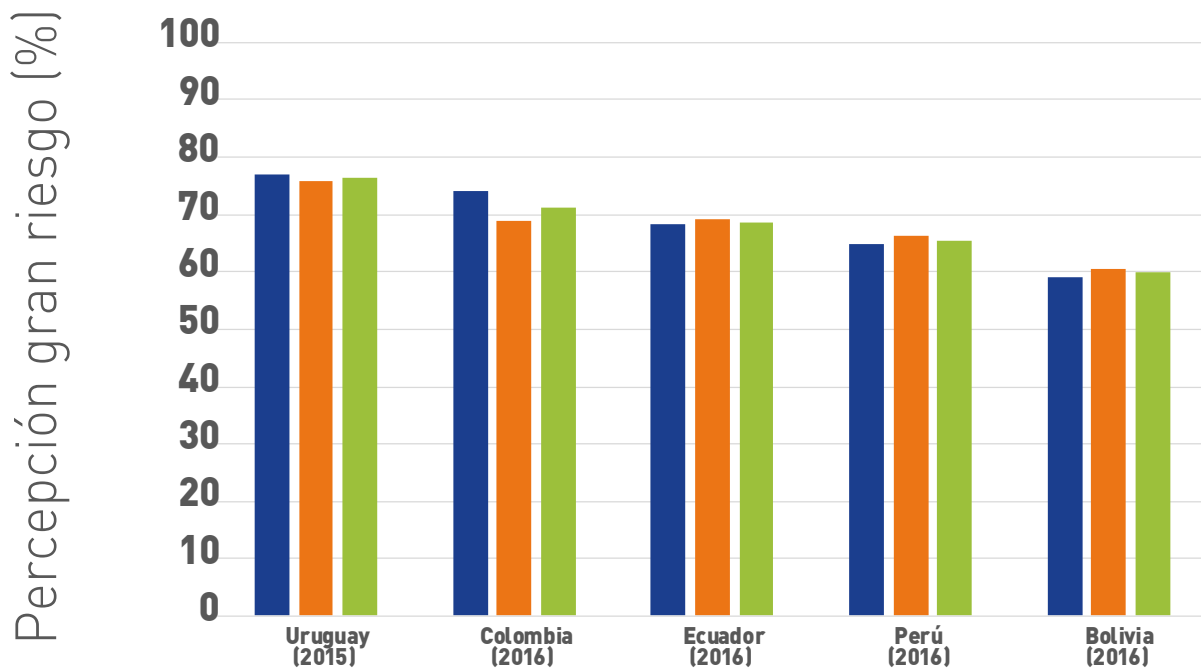
Percepción de gran riesgo del consumo de PBC entre estudiantes universitarios

La mayoría de los estudiantes universitarios de los países con información disponible, presentan una percepción de gran riesgo del consumo ocasional de PBC oscilando entre el 60% y el 76%. Dicha percepción es similar tanto en hombres como en mujeres (gráfico 5.62).

Gráfico 5.62

Hombre | Mujer | Total

Percepción de gran riesgo del uso ocasional (alguna vez) de PBC entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país

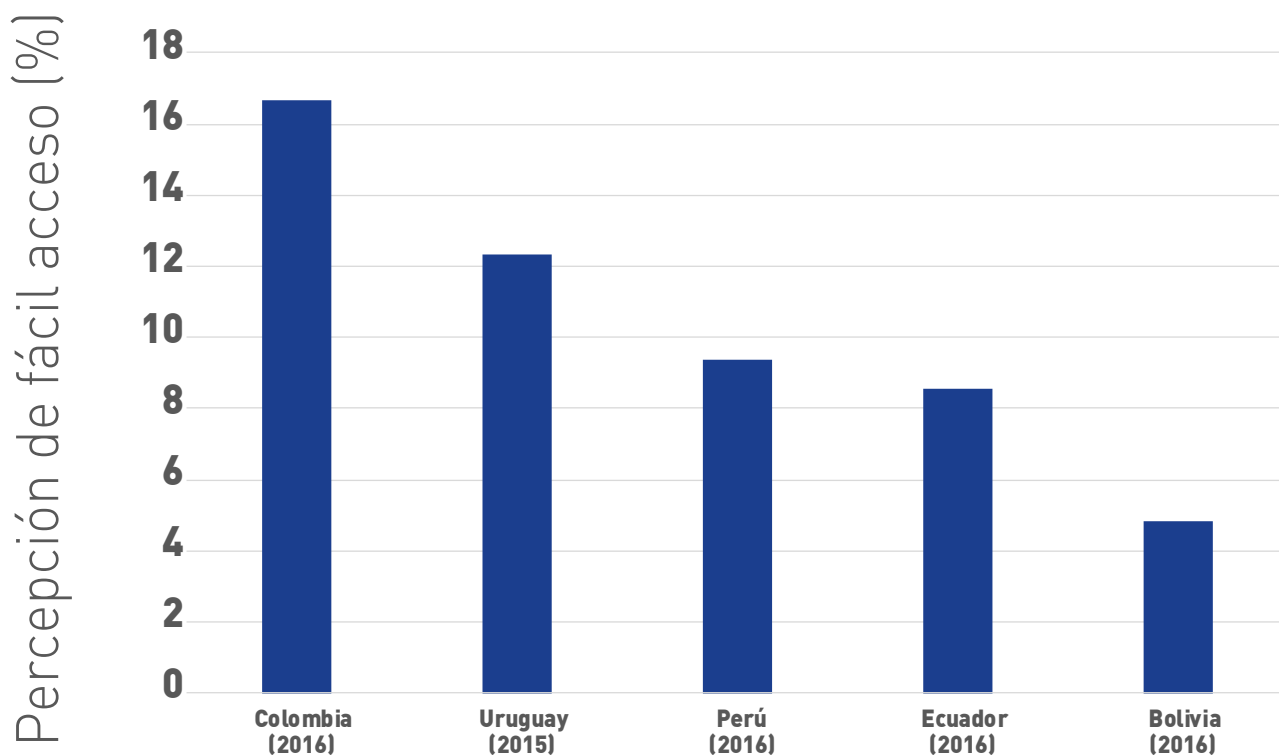


Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de PBC entre estudiantes universitarios

Como se observa en el gráfico 5.63, en Colombia el 16,7% de los estudiantes universitarios percibe fácil acceso a la PBC, seguido de Uruguay (12,3%) y Perú (9,4%).

Gráfico 5.63

Percepción de facilidad de acceso a PBC entre estudiantes universitarios, por país

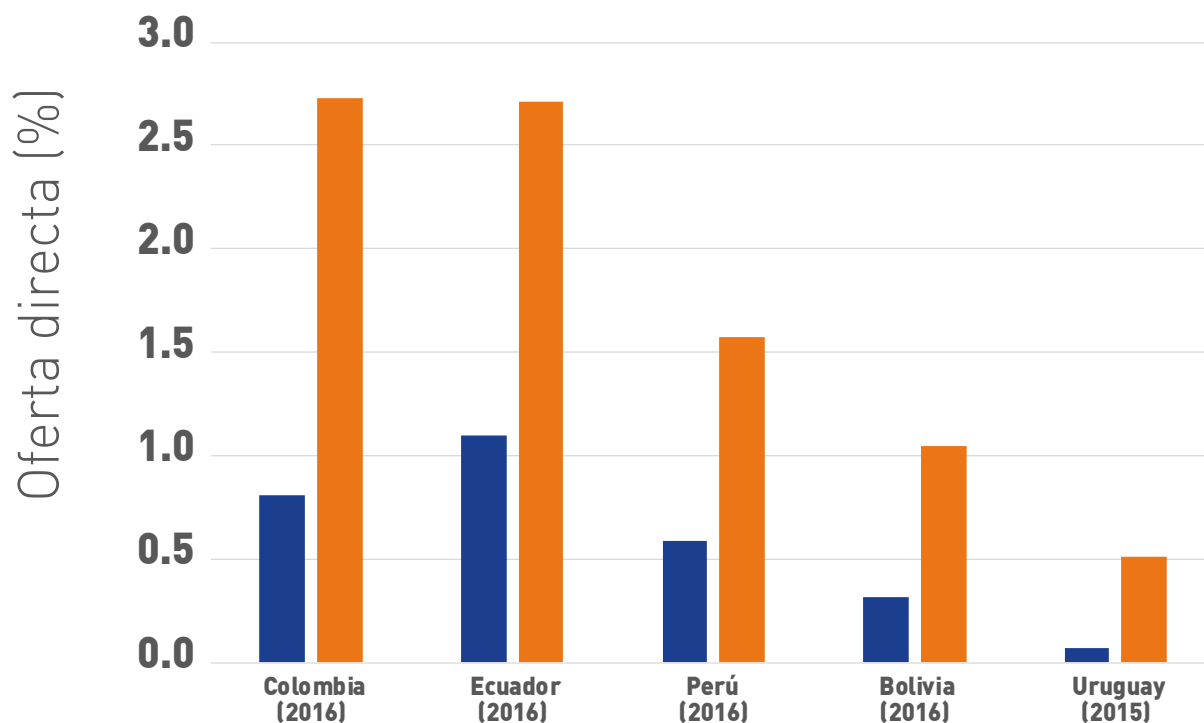


La oferta directa de PBC en el último año, informada por los estudiantes universitarios, alcanzó registros más altos en Colombia y Ecuador con 2,7%, seguido por Perú con 1,6% (gráfico 5.64).

Gráfico 5.64

Último mes Último año

Oferta directa de PBC en el último año y último mes a estudiantes universitarios, por país



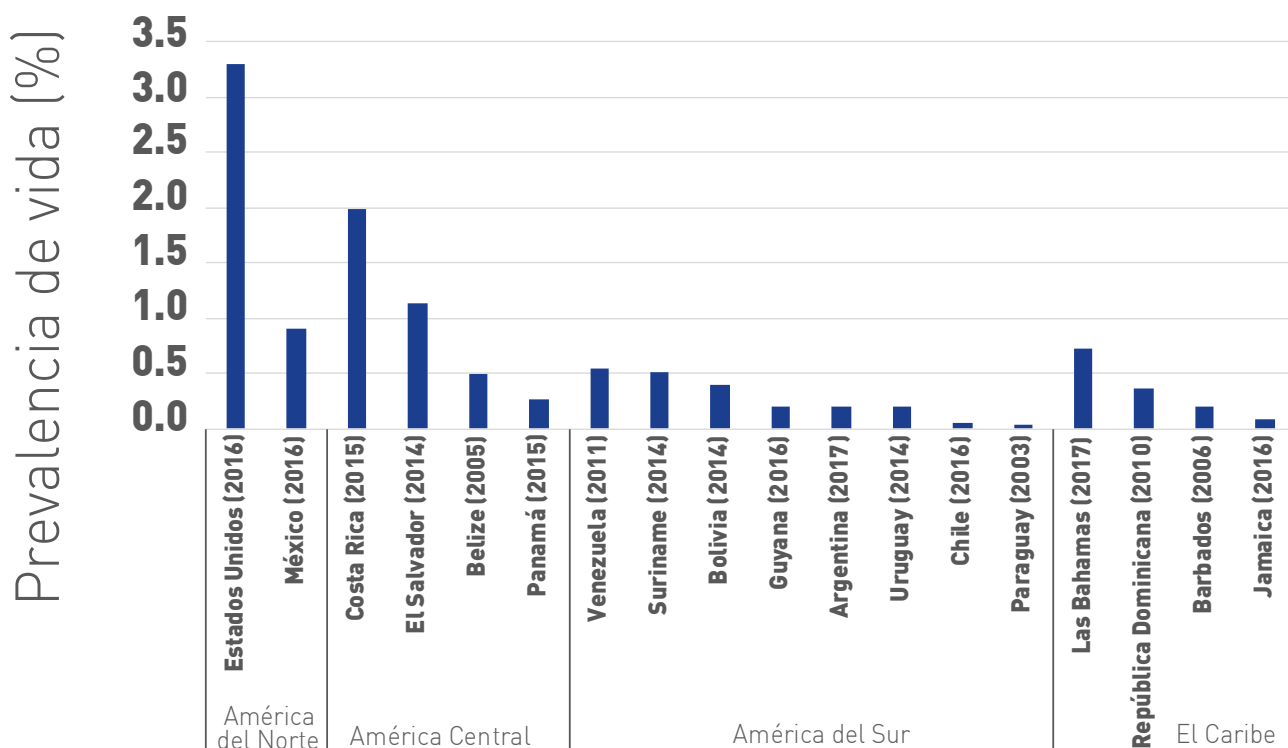
5.3 Crack

5.3.1 Consumo de crack en la población general

El gráfico 5.65 presenta los niveles de consumo alguna vez en la vida de crack en la población general, en los países con información disponible. Costa Rica y los Estados Unidos se destacan por tener las tasas más altas, del 2% y 3,3%, respectivamente, seguido por El Salvador (1,1%).

Gráfico 5.65

Prevalencia de vida de consumo de crack en la población general por país, ordenado por subregión



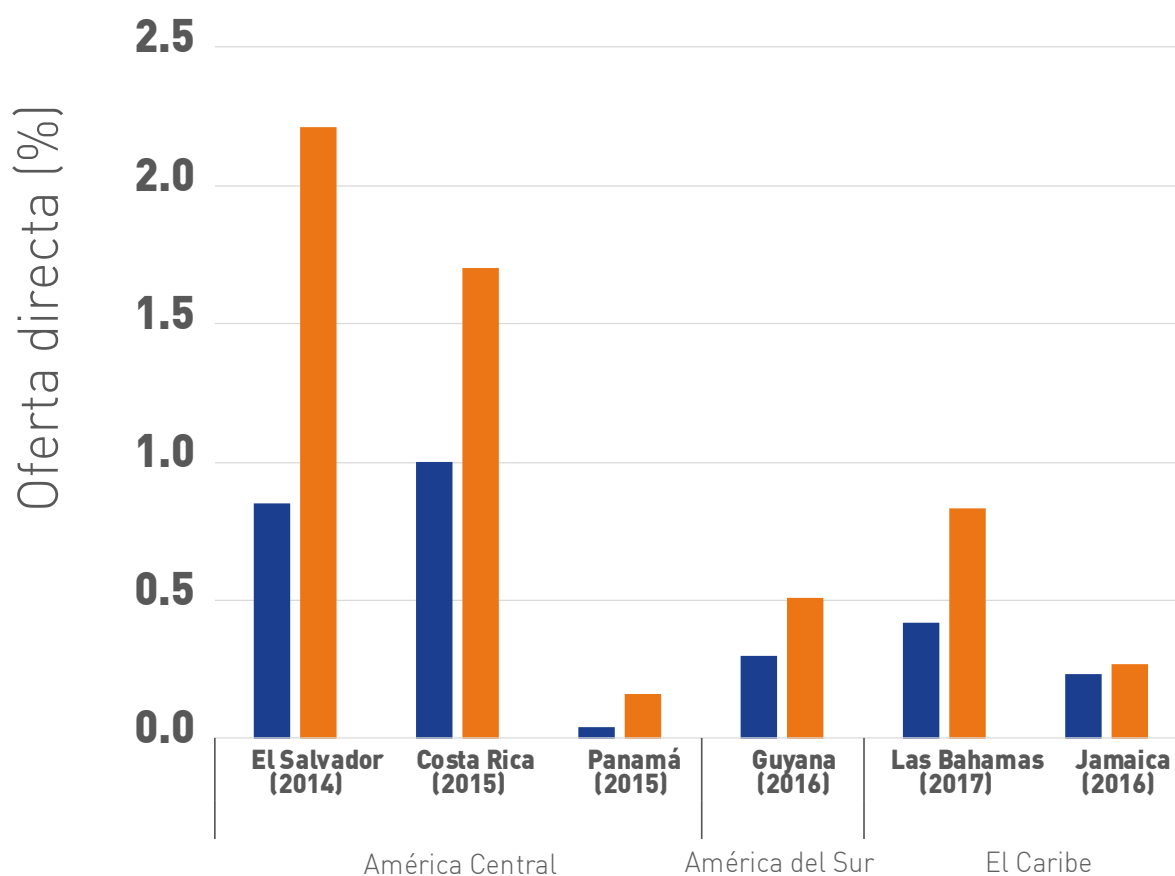
Oferta directa de crack en la población general

En los seis países de los cuales se tiene información sobre oferta directa de crack en la población general, los porcentajes son bajos (gráfico 5.66).

Gráfico 5.66

Último mes | Último año

Oferta directa de crack en el último año y último mes en la población general por país, ordenado por subregión



5.3.2 Consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria

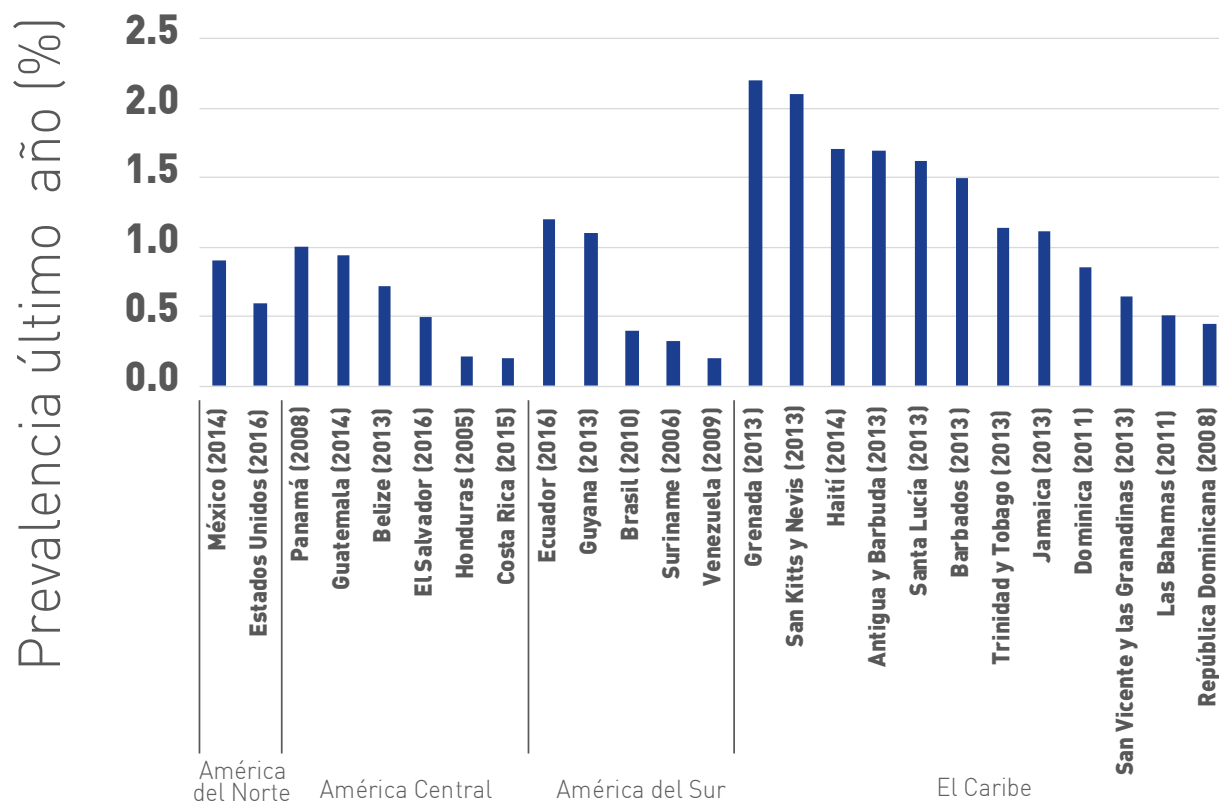
En el gráfico 5.67 se observa la prevalencia del último año de consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria, con información de todos los países del Caribe, cinco de América del Sur, seis de América Central y dos de América del Norte: los Estados Unidos y México.

La prevalencia más alta se encuentra en seis países del Caribe, con tasas que oscilan entre el 1,5% y el 2,2%. Estos países son: Antigua y Barbuda, Barbados, Grenada, Haití, San Kitts y Nevis y Santa Lucía. Con una prevalencia de entre el 1% y el 1,5% se encuentran Jamaica y Trinidad y Tobago (el Caribe); Panamá (América Central); y Ecuador y Guyana (América del Sur).

La prevalencia más baja, con tasas inferiores al 0,5%, se encuentra en Brasil, Suriname y Venezuela en América del Sur; Costa Rica y Honduras en América Central; y República Dominicana en el Caribe.

Gráfico 5.67

Prevalencia del último año de consumo de crack entre estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión

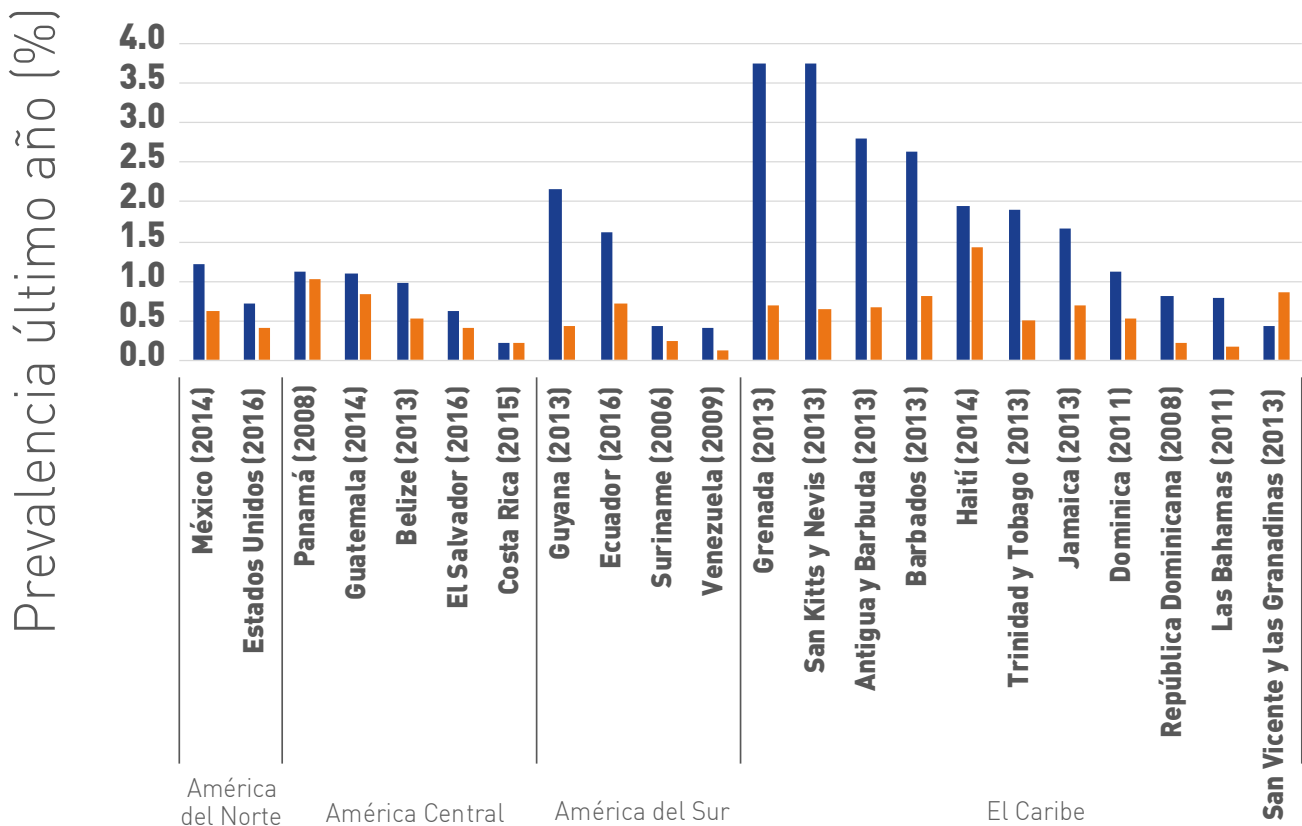


Tres de los países de mayor prevalencia del último año de consumo de crack también tienen la mayor brecha según el sexo (gráfico 5.68). En Grenada y San Kitts y Nevis, por ejemplo, hay seis hombres por cada mujer que consume crack, la brecha más alta en el Hemisferio. En Haití se estrecha la diferencia a 1,4 hombres por cada mujer que consume crack. En San Vicente y las Granadinas las mujeres reportan mayor consumo de crack que los hombres (0,8% y 0,4%, respectivamente).

Gráfico 5.68

Hombre | Mujer

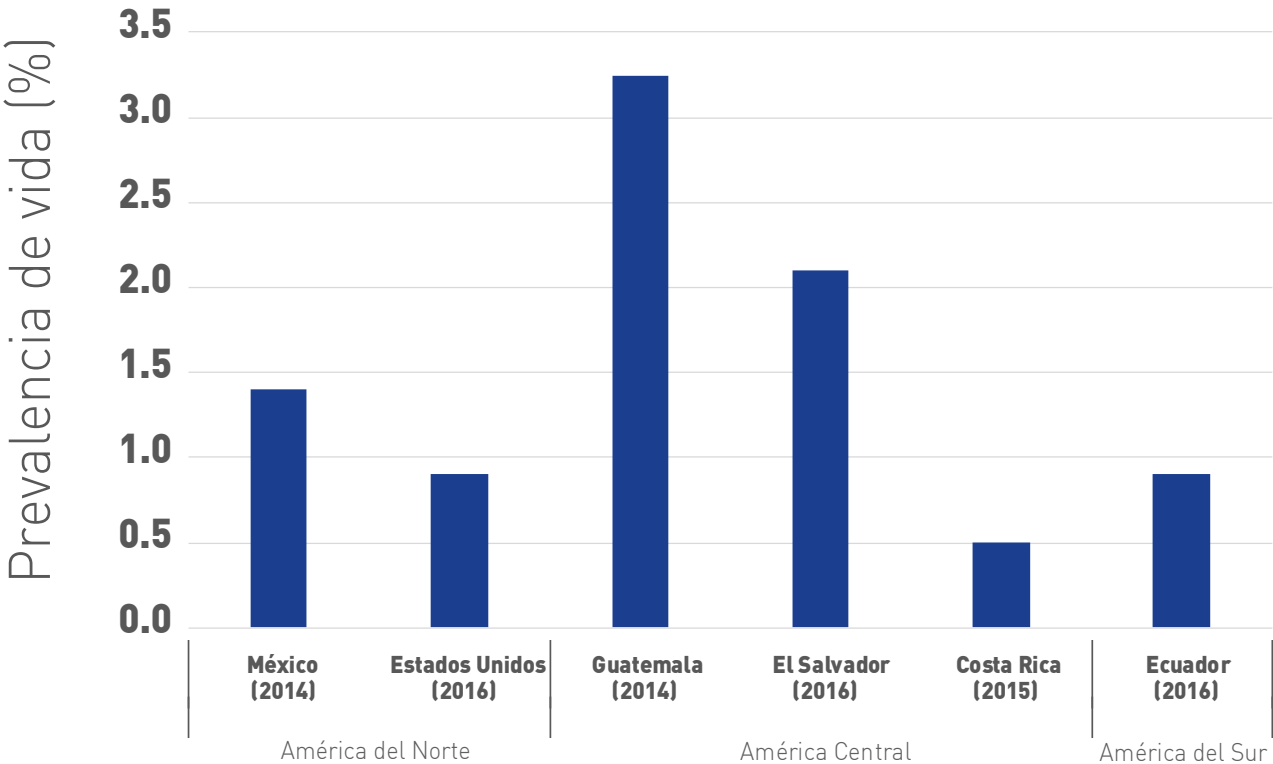
Prevalencia del último año de consumo de crack entre estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo, por país, ordenado por subregión



No se dispone de información sobre la prevalencia de vida en estudiantes del 8º grado de los países del Caribe, que son los de mayor consumo. En este contexto, El Salvador y Guatemala reportan la prevalencia más alta de consumo de crack a edades muy tempranas, del 2,1% y 3,2%, respectivamente, en escolares de 13 años o menos (gráfico 5.69).

Gráfico 5.69

Prevalencia de vida del consumo de crack entre los estudiantes del 8º grado o equivalente, por país, ordenado por subregión

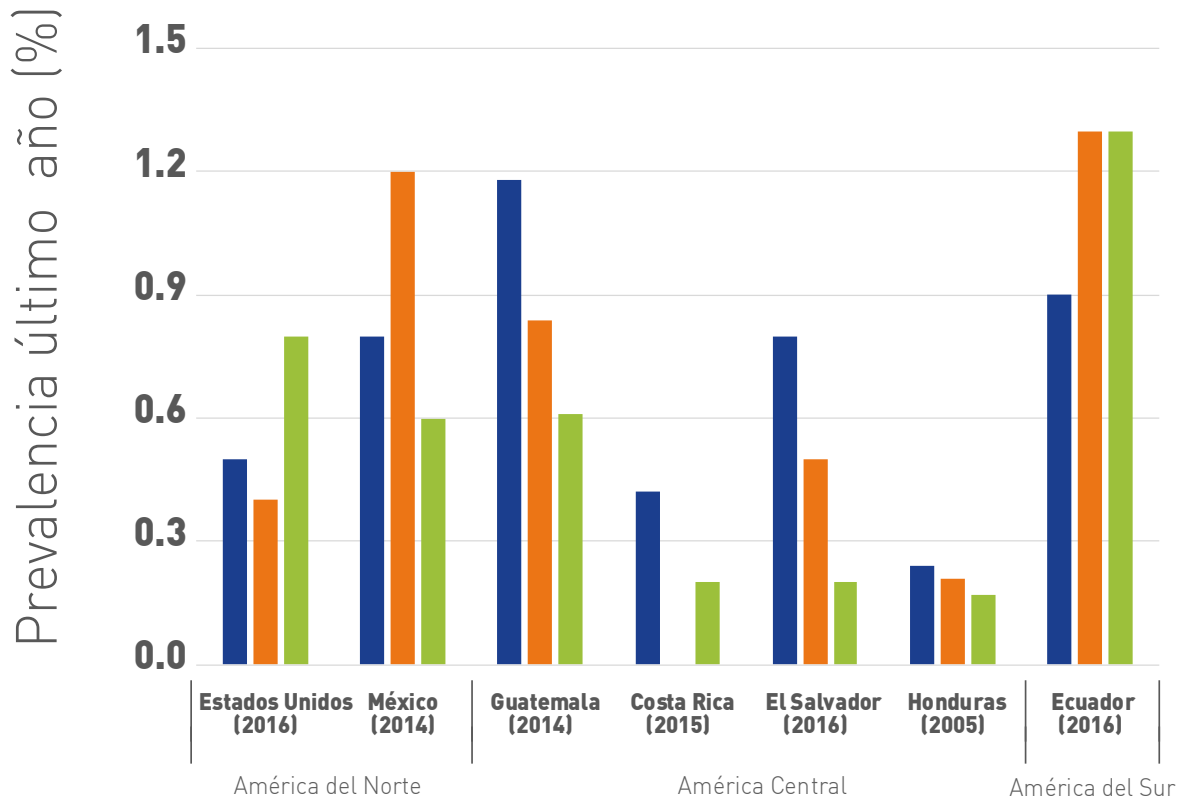


El consumo de crack por grados difiere considerablemente de un país a otro. En Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras el consumo de crack es mayor en 8º grado (gráfico 5.70).

Gráfico 5.70

8º Grado | 10º Grado | 12º Grado

Prevalencia del último año de consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria según grados, por país, ordenado por subregión



Tendencias de consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Se cuenta con información sobre las tendencias del consumo de crack entre estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, Grenada y los Estados Unidos. A continuación se presentan los gráficos, desagregados por sexo, cuando la información está disponible (gráficos 5.71 al 5.73).

El uso de crack en El Salvador se mantuvo estable entre 2003 y 2016, entre 0,5% y 0,52%. El consumo de crack entre los hombres pasó de 0,8% a 0,6% y entre las mujeres pasó de 0,3% a 0,4%. En Grenada la prevalencia del último año de consumo de crack pasó de 1,5% en 2002 a 0,8% en 2005, alcanzando un registro de 2% en 2013.

Gráfico 5.71

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria de El Salvador, según el sexo y total, 2003 – 2016

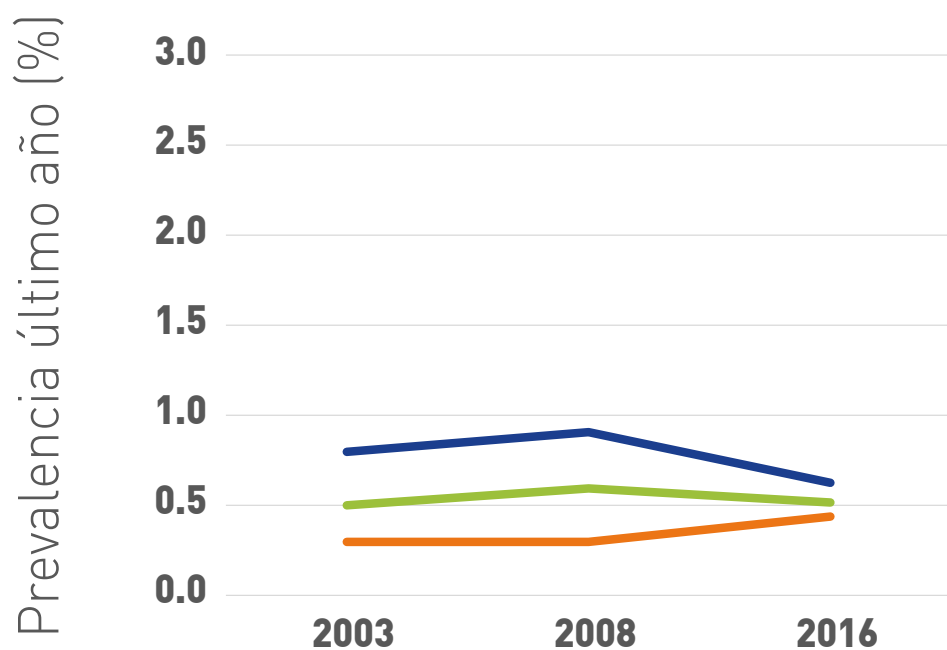
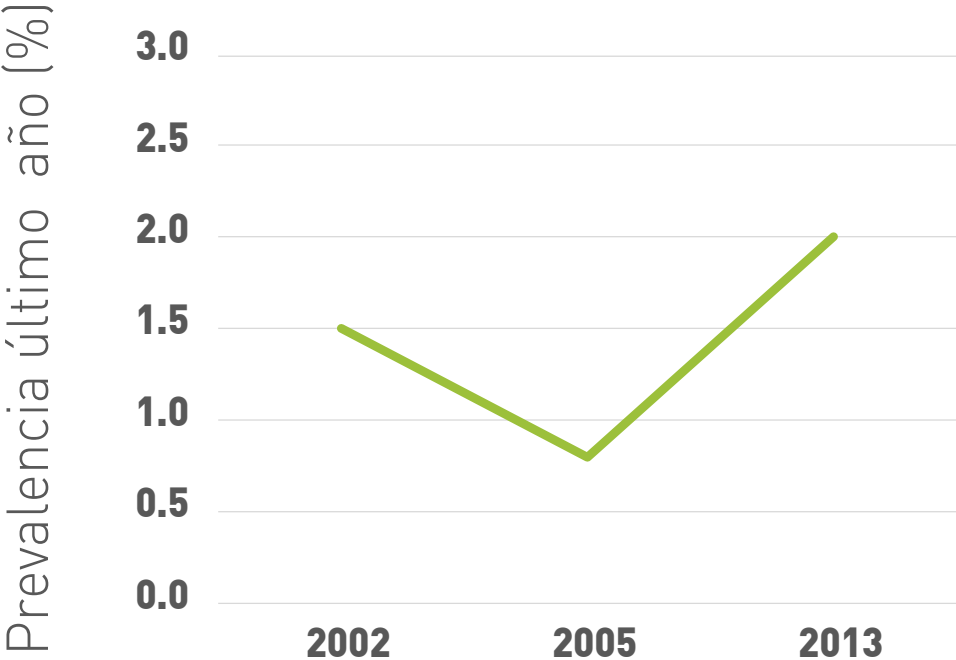


Gráfico 5.72

Prevalencia del último año de consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Grenada, 2002 - 2013

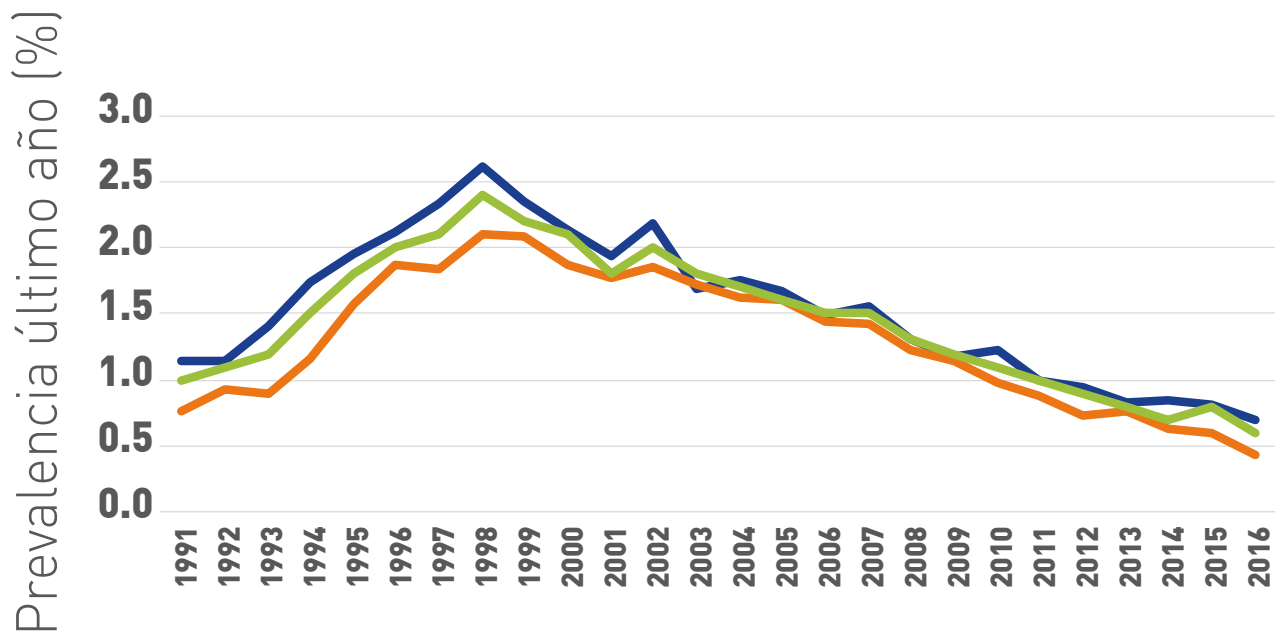


En los Estados Unidos, país que cuenta con la serie histórica de estudios más extensa (1991-2016), se pueden identificar dos fases de prevalencia. La primera, desde 1991 a 1998, que es de crecimiento del consumo, llegando a la tasa más elevada del 2,4% en 1998. La segunda fase, de descenso ininterrumpido (excepto en 2002) hasta llegar a una prevalencia de 0,6% en 2016.

Gráfico 5.73

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de crack entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, según el sexo y total, 1991 - 2016

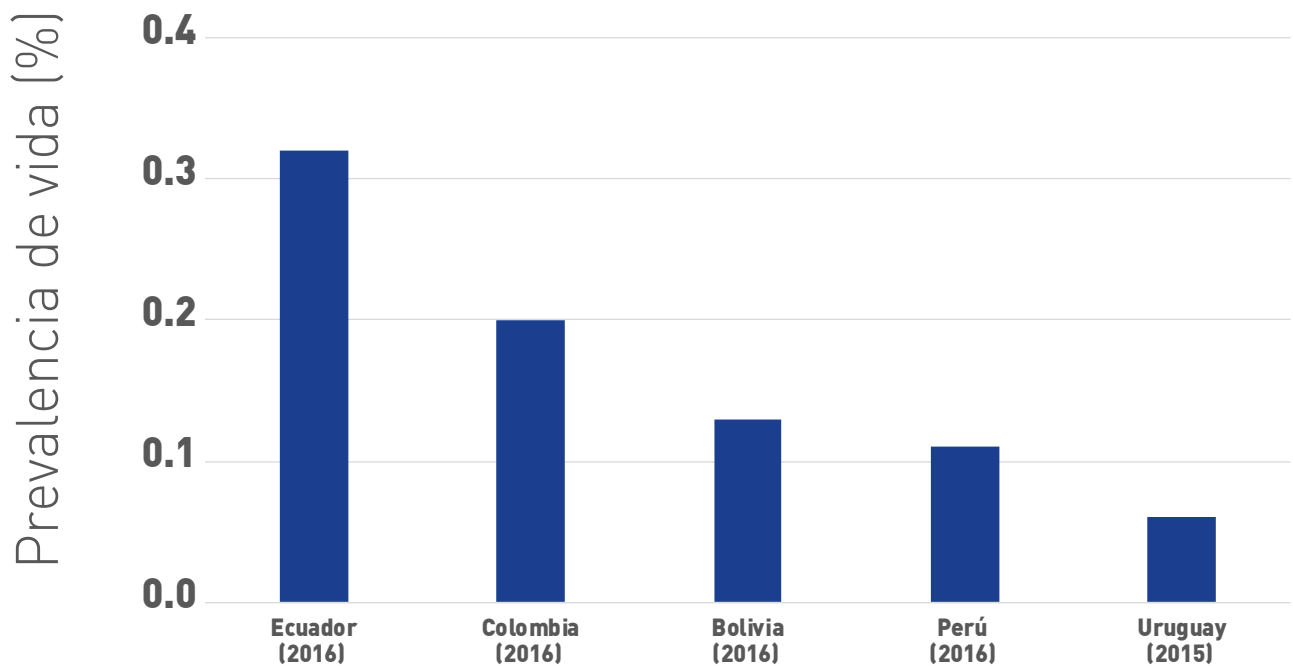


5.3.3 Consumo de crack entre estudiantes universitarios

Se cuenta con información del consumo alguna vez en la vida en cinco países del Hemisferio, todos ellos con prevalencias bajas, inferiores al 0,5% (gráfico 5.74).

Gráfico 5.74

Prevalencia de vida del consumo de crack entre estudiantes universitarios, por país



CAPÍTULO 6

ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO

INTRODUCCIÓN

Los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son las drogas sintéticas más utilizadas en todo el mundo. Este grupo de sustancias incluye al éxtasis y las anfetaminas, el último grupo compuesto por anfetamina y metanfetamina.

Los ETA ocupan un lugar destacado en los mercados de drogas ilícitas en América del Norte y América Central. Existe una creciente preocupación por el consumo de metanfetamina en los Estados Unidos y Canadá, junto con las indicaciones de la expansión de la fabricación de anfetamina y el aumento de las incautaciones en partes de América Central. El aumento de los datos sobre incautaciones muestra que los mercados para los estimulantes de tipo anfetamínico han aumentado un 22% en los últimos tres años, y la metanfetamina representa al menos las tres cuartas partes del total. Las cantidades de anfetaminas incautadas también aumentaron sustancialmente entre 2013 y 2015, lo que representa alrededor del 25% del total de incautaciones de ETA en América del Norte y América Central; sin embargo, las incautaciones de sustancias tipo éxtasis representaron solo una porción relativamente pequeña de la cantidad total de estimulantes de tipo anfetamínico incautados en la subregión.³⁷

³⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *2017 Informe Mundial sobre Drogas Sintéticas: Estimulantes de Tipo Anfetamínico y Nuevas Sustancias Psicoactivas*. (Nueva York: Naciones Unidas; 2017)

6.1 Sustancias Tipo Éxtasis

Las sustancias tipo éxtasis incluyen el 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA), 3,4-metilendioxianfetamina (MDA) o 3,4-metilen-dioxi-N-etilamfetamina (MDEA) y sus análogos.³⁸ La más común entre las sustancias tipo éxtasis es la MDMA, aunque otros análogos como la MDA o la MDEA también se encuentran con frecuencia en las píldoras etiquetadas o vendidas como éxtasis. Esta droga está químicamente relacionada con los estimulantes del grupo de las anfetaminas, aunque se diferencia en alguna medida por sus efectos ya que, además del efecto estimulante, se le atribuyen efectos alucinógenos.

El uso recreativo del éxtasis se popularizó en la década de los 80 en algunos países europeos, en las entonces conocidas fiestas electrónicas (rave parties). Desde allí se expandió a los Estados Unidos y luego al resto del mundo. Una de las razones de su rápida expansión tiene que ver con su facilidad de elaboración y de tráfico. Hacia fines de los 2000 la pureza del éxtasis declinó en Europa, impactado por el surgimiento de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) con efectos similares: 1-benzilpiperazina (BZP), metilendioxipirovalerona (MDPV) y, en particular, la efedrina; sin embargo, a comienzos de la década pasada el éxtasis compuesto principalmente por MDMA resurgió en Europa.³⁹

Las sustancias tipo éxtasis tienen una presencia significativa en América del Norte. En 2015 las incautaciones en la subregión alcanzaron los 602 kg, representando una décima parte de las incautaciones globales. En Canadá el número de casos de incautaciones de éxtasis se mantuvo estable en alrededor de 600 casos anuales, con un aumento en las cantidades incautadas de 14,8 kg en 2014 a 21,7 kg en 2015; sin embargo, se constató un gran aumento de incautaciones en los Estados Unidos, triplicándose desde 400 casos en 2014 a 1.200 casos en 2015.⁴⁰

Según reportes de Canadá, entre 2014 y 2015 el número de incautaciones de MDMA aumentó en 109% y las cantidades incautadas en 513%. Además, el volumen de tráfico de MDMA de los Países Bajos a Canadá aumentó significativamente en 2015. Las Américas son un destino importante para envíos de éxtasis desde Europa, siendo América del Norte también el origen de los envíos destinados a Asia. Por su parte, Canadá ha sido identificado como un país de origen y tránsito de MDMA destinado a los Estados Unidos y países en otras regiones. En años recientes, varias instalaciones de fabricación de MDMA han sido desmanteladas en Canadá y en los Estados Unidos.⁴¹

Canadá ha informado sobre un aumento en el consumo del último año de éxtasis, desde el 0,5% en 2014 al 0,9% en 2015. En cambio, en los Estados Unidos la prevalencia del último año de consumo de éxtasis se ha mantenido estable en el 1,2% desde 2013, con un número de usuarios estimados en alrededor de 2,5 millones. Los datos sobre el consumo de éxtasis en América Central son muy limitados, con el éxtasis clasificado como la tercera y cuarta droga más usada en Costa Rica y Panamá, respectivamente, en 2015.⁴²

³⁸ Dada la gran variedad de drogas que se venden en el mercado como éxtasis, pero que luego de los análisis químicos muestran tener un bajo o nulo contenido de MDMA, en este informe se usará indistintamente el término éxtasis o sustancias tipo éxtasis para referirse a estas drogas.

³⁹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Global SMART Update Vol. 11, March, 2014 The Changing Nature of "Ecstasy"*. (Vienna: United Nations, 2014)

⁴⁰ *Global Synthetic Drugs Assessment: Amphetamine-type Stimulants and New Psychoactive Substances*, Op. cit.

⁴¹ Ibid.

⁴² United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *World Drug Report 2017*. (New York: United Nations; 2017)

Los productos de éxtasis en el mercado regional están muy diversificados. Considerando que en 2009 el contenido de MDMA de las pastillas de éxtasis era sólo alrededor del 8,7%, entre 2009 y 2016 ha habido una fuerte disminución en la adulteración de tabletas de éxtasis. Datos recopilados en la composición de las tabletas de éxtasis en los Estados Unidos, indican que el MDMA fue el único componente psicoactivo identificado en casi la mitad de las tabletas testeadas en 2016.

En América del Norte se ha desarrollado un nicho de mercado para el éxtasis en polvo/forma cristalina, el cual es considerado por los usuarios como de mayor pureza que el éxtasis en forma de tableta. Por otra parte, algunas tabletas de éxtasis que se venden en América del Norte contienen poco o nada de MDMA, pero sí una gama de adulterantes, incluyendo NSP. Tabletadas adulteradas de éxtasis que contienen parametoximetanfetamina (PMMA) han sido reportadas en todas las regiones en los últimos años y se asociaron con muertes en países de todo el mundo, entre ellos Argentina y Canadá.^{43 44}

Se ha detectado también la fabricación clandestina de éxtasis en laboratorios caseros en varios países del Hemisferio Occidental. A diferencia de Europa, en América del Sur aún no se han reportado altas dosis de éxtasis, pero se ha informado de tabletas vendidas como tales, conteniendo MDMA y una gama de otras sustancias psicoactivas que pertenecen al grupo del éxtasis, incluyendo varias NSP. Esto ha generado preocupación sobre los riesgos para la salud asociados con su uso. Por ejemplo, el PMMA, una sustancia asociada con una serie de muertes en Europa y, como se mencionó anteriormente, también en Argentina y Canadá, fue identificada en un envío de tabletas interceptadas en Chile.⁴⁵ Suele suceder que las pastillas que se comercializan como éxtasis en el mercado de drogas ilícitas, estén adulteradas y contengan una variedad de sustancias distintas al MDMA, muchas de ellas potencialmente tóxicas. En un estudio llevado a cabo en Bogotá, Colombia, con 330 muestras recolectadas de sustancias tipo éxtasis, se detectaron adulterantes tales como metanfetamina, cafeína, dextrometorfano (un calmante para la tos que se vende sin receta médica), efedrina (un precursor químico que se utiliza para elaborar la metanfetamina) y cocaína. Al potencial peligro que implica la adulteración de la sustancia para los consumidores, se debe agregar que estos suelen mezclar la droga con otras sustancias psicoactivas, tales como alcohol o cannabis.⁴⁶

Aunque hay indicios de que el consumo de éxtasis es mayor que el de otros estimulantes de tipo anfetamínico en la mayor parte de los países de las Américas, su cuota de mercado aún parece ser relativamente baja, si se lo compara con otras drogas sometidas a fiscalización internacional. Por ejemplo, una encuesta nacional en los centros de tratamiento de Argentina, realizada en 2010, mostró que el total de personas tratadas por uso de estimulantes de tipo anfetamínico representó menos del 1,0% de los pacientes tratados por el consumo de drogas de ese año.⁴⁷

⁴³ Nicols, J., *Deaths from Exposure to Para-methoxymethylamphetamine in Alberta and British Columbia, Canada: A Case Series*. (Canadian Medical Association Journal, vol. 3, No. 1, 2015). DOI: 10.9778/cmajo.20140070

⁴⁴ Ministerio Público Fiscal de la República de Argentina, *Fiscales Solicitan Colaboración a Quienes Puedan Informar sobre los Hechos Ocurredos en la Fiesta Time Warp*.

⁴⁵ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Early Warning Advisory on New Psychoactive Substances. September 2015 - Chile: First seizure of PMMA (Para Methoxymethylamphetamine) in Chile*.

⁴⁶ Republica de Colombia, Dirección Nacional de Estupefacientes, *Adulterants and Synthetic Drugs Chemical Description of Synthetic Drugs Traded in Bogotá-Colombia, 2010*. Retrieved from: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=965>

⁴⁷ República Argentina, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), *Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento*. (Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas, 2011)

Del mismo modo, Colombia informó que las personas tratadas por consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en 2012 sólo constituyeron el 10,3% del total de personas tratadas por el consumo de drogas en Colombia ese mismo año, mientras que la proporción de personas en tratamiento por el consumo de cannabis fue de un 33,0% (292 personas) y por consumo de cocaína de un 32,1% (181 personas).⁴⁸

Estas cifras sugieren que, aunque el éxtasis y otros estimulantes de tipo anfetamínico son consumidos en las Américas, el cannabis y la cocaína continúan teniendo una proporción mucho mayor del mercado en términos de consumo en diferentes grupos poblacionales, mayor demanda de tratamiento y mayor cantidad de oferta. A pesar de ello, la preocupación por el consumo de éxtasis ha aumentado por las tasas de consumo entre los estudiantes de enseñanza secundaria y universitarios.

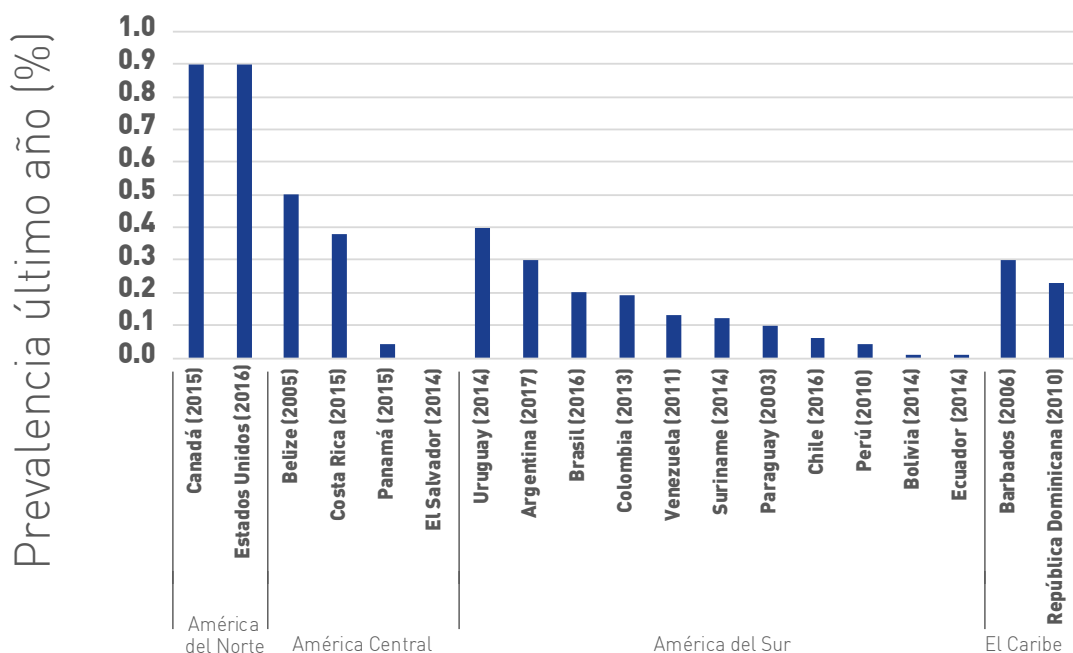
6.1.1 Consumo de éxtasis en la población general

A diferencia de otros años, donde muy pocos países informaron sobre la prevalencia del último año de consumo de éxtasis en la población general, este año se cuenta con estos datos correspondientes a un total de 19 países. Como se ha mencionado anteriormente, las encuestas en la población general no suelen ser la mejor forma de investigar sobre el consumo de drogas entre grupos de consumidores muy específicos, como suele ocurrir en muchos países de la región con el uso del éxtasis y de las drogas sintéticas en general.

Como se observa en el gráfico 6.1, el consumo de éxtasis en la población general de Canadá y los Estados Unidos, con tasas del 0,9% en cada uno de ellos, está muy por encima de las tasas de consumo en las demás subregiones, como es el caso de Belize con el 0,5% y Costa Rica con el 0,4% en América Central; Uruguay con el 0,4% y Argentina con el 0,3% en América del Sur; y Barbados con el 0,3% y República Dominicana con el 0,2% en el Caribe.

Gráfico 6.1

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis en la población general por país, ordenado por subregión



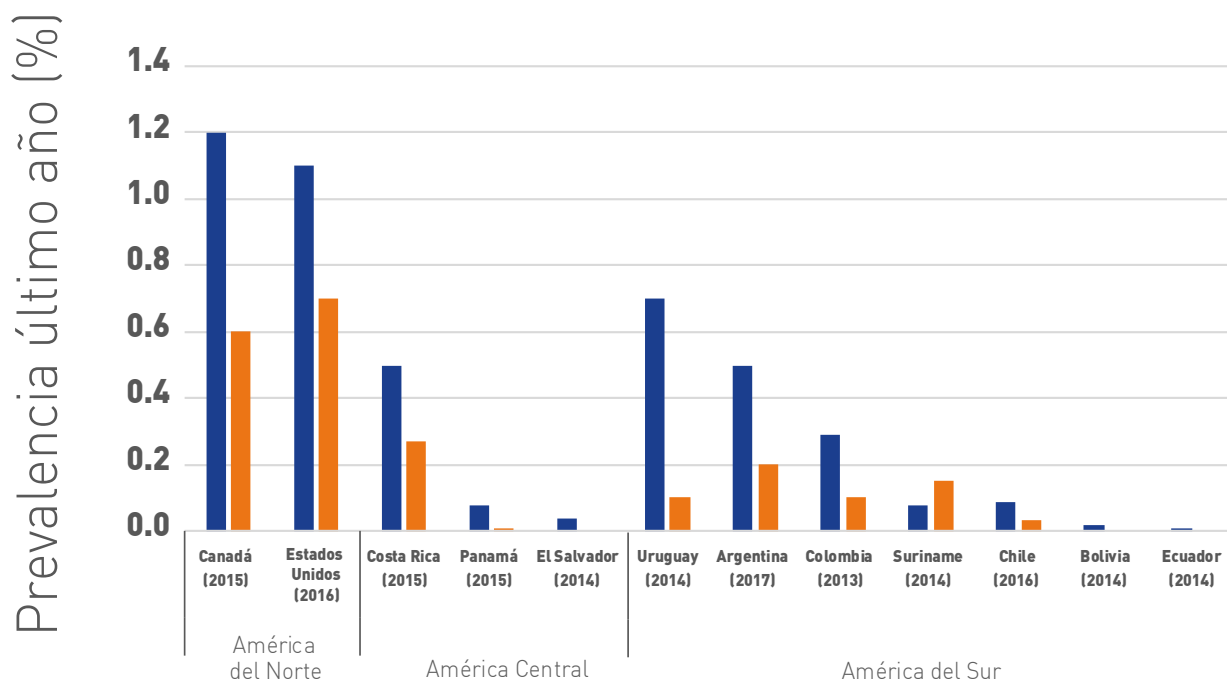
⁴⁸ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2014 *Global Synthetic Drugs Assessment: Amphetamine-type stimulants and New Psychoactive Substances*. (New York: United Nations; 2014)

Los datos de la prevalencia del último año indican que, en casi todos los países con información disponible, el consumo de éxtasis es siempre mayor en los hombres que entre las mujeres. La excepción la constituye Suriname, con registros del 0,08% en hombres y el 0,15% en mujeres (gráfico 6.2).

Gráfico 6.2

Hombre | Mujer

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis en la población general, según el sexo, por país, ordenado por subregión



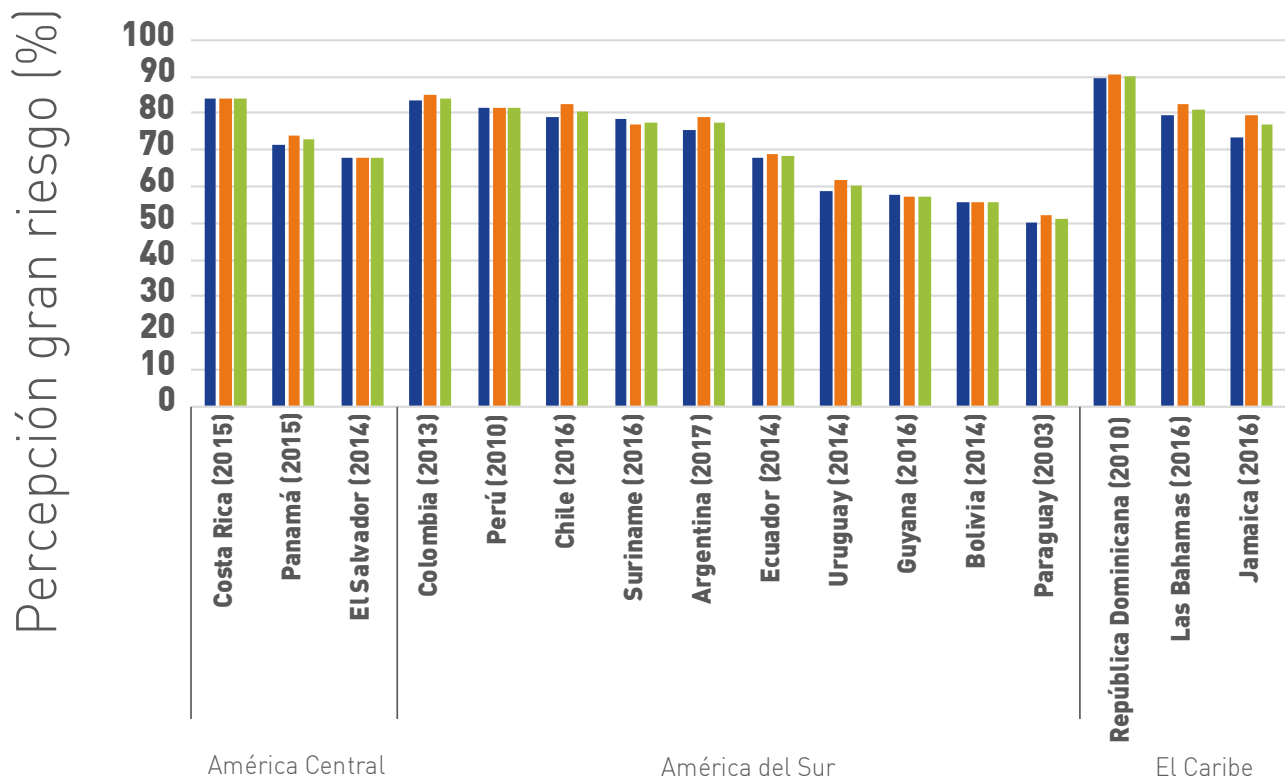
Percepción de gran riesgo del consumo de éxtasis en la población general

En la población general los porcentajes de percepción de gran riesgo por el consumo ocasional (una o dos veces) de éxtasis superan el 70% en la mayoría de los países. De los 16 países que informaron sobre este indicador, en seis de ellos el registro supera el 80% y en cuatro países la percepción de gran riesgo se encuentra entre el 70% y 80%. En los restantes seis países, el registro es superior al 50%, pero inferior al 70%. En la población general las diferencias por sexo en la percepción de riesgo son menores o inexistentes (gráfico 6.3).

Gráfico 6.3

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo por el consumo ocasional de éxtasis en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

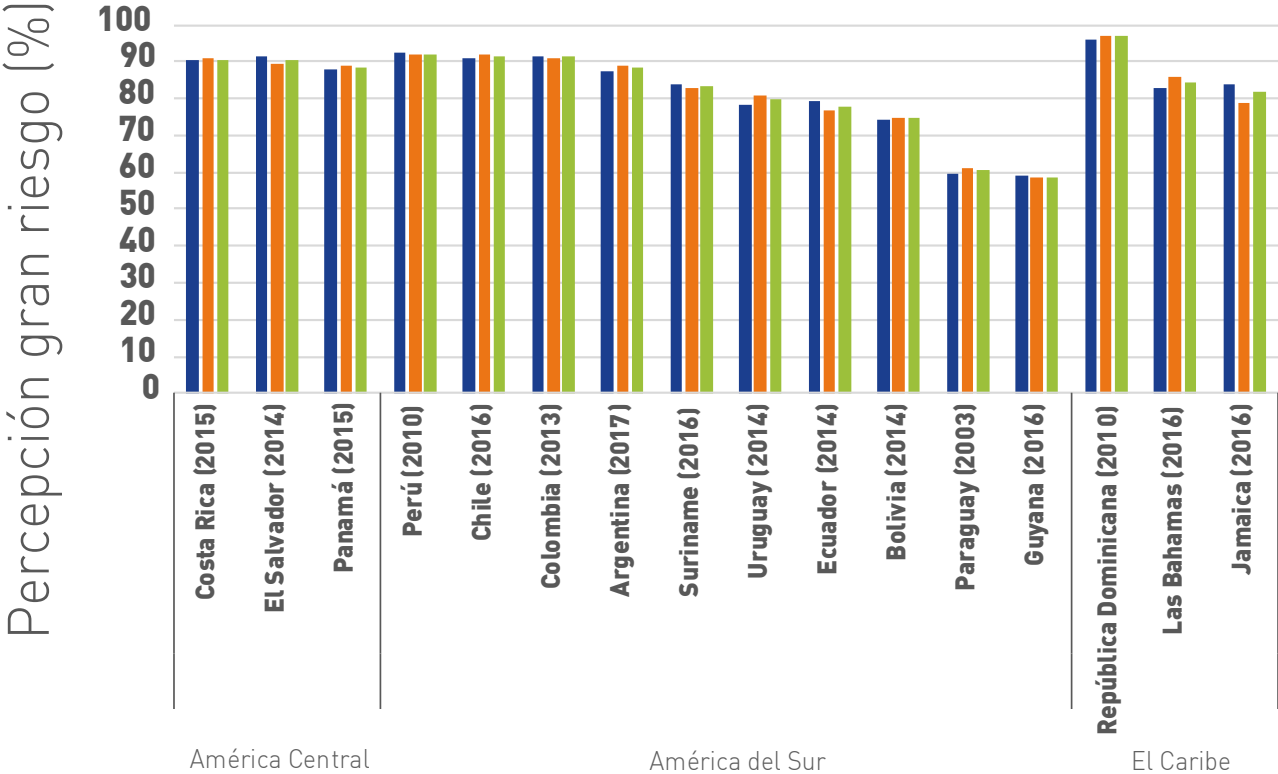


En cuanto a la percepción de gran riesgo por el uso frecuente de éxtasis en la población general, de los 16 países que informaron, en seis de ellos el registro supera el 90%. En cinco países el registro está entre el 80% y el 90%. En tres países los registros son superiores al 70%, pero inferiores al 80%. En Guyana y Paraguay los registros bordean el 60% (gráfico 6.4).

Gráfico 6.4

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo por el consumo frecuente de éxtasis en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

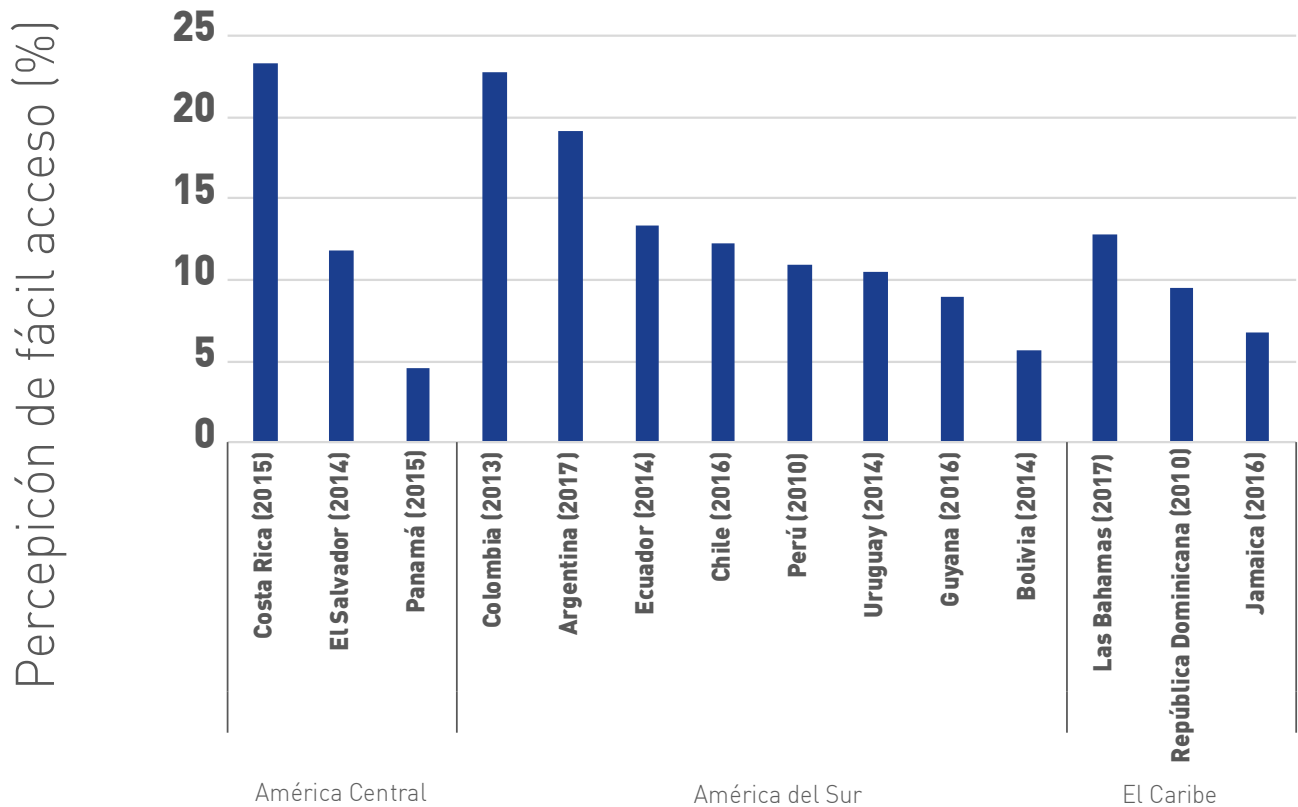


Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de éxtasis en la población general

De acuerdo a la información reportada de los estudios en la población general, los mayores porcentajes de percepción de facilidad de acceso para obtener éxtasis se observan en Argentina con el 19,1%, Colombia con el 22,7% y Costa Rica con el 23,3%. En Las Bahamas, Chile, Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay al menos uno de cada diez personas percibe que es fácil conseguir éxtasis. En los restantes 5 países los registros son inferiores al 10% (gráfico 6.5).

Gráfico 6.5

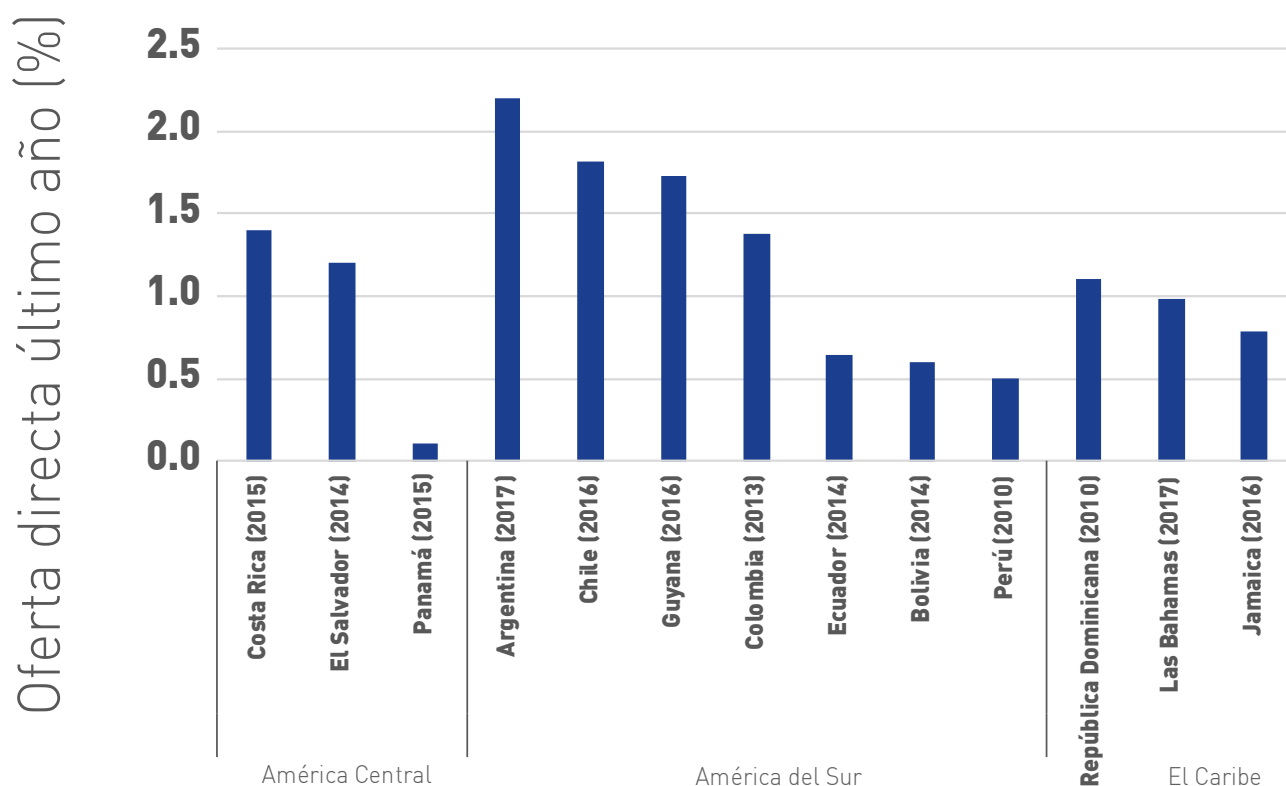
Percepción de facilidad de acceso al éxtasis en la población general, por país, ordenado por subregión



De acuerdo a información recolectada en las encuestas sobre drogas en la población general, en el gráfico 6.6 se observa que 13 países reportaron datos acerca de la oferta directa de éxtasis en el último año. Los porcentajes más altos de personas que recibieron ofertas directas en América Central se registraron en Costa Rica con 1,4% y El Salvador con 1,2%. En América del Sur los registros más altos de oferta directa se observaron en Argentina con 2,2%, Chile con 1,8%, seguido de Guyana con 1,7% y Colombia con 1,4%. En el Caribe el registro más alto se observó en República Dominicana con 1,1%. Los registros más bajos de oferta directa de éxtasis se observan en Panamá y Perú, siendo del 0,5% o inferiores.

Gráfico 6.6

Oferta directa de éxtasis en el último año en la población general, por país, ordenado por subregión

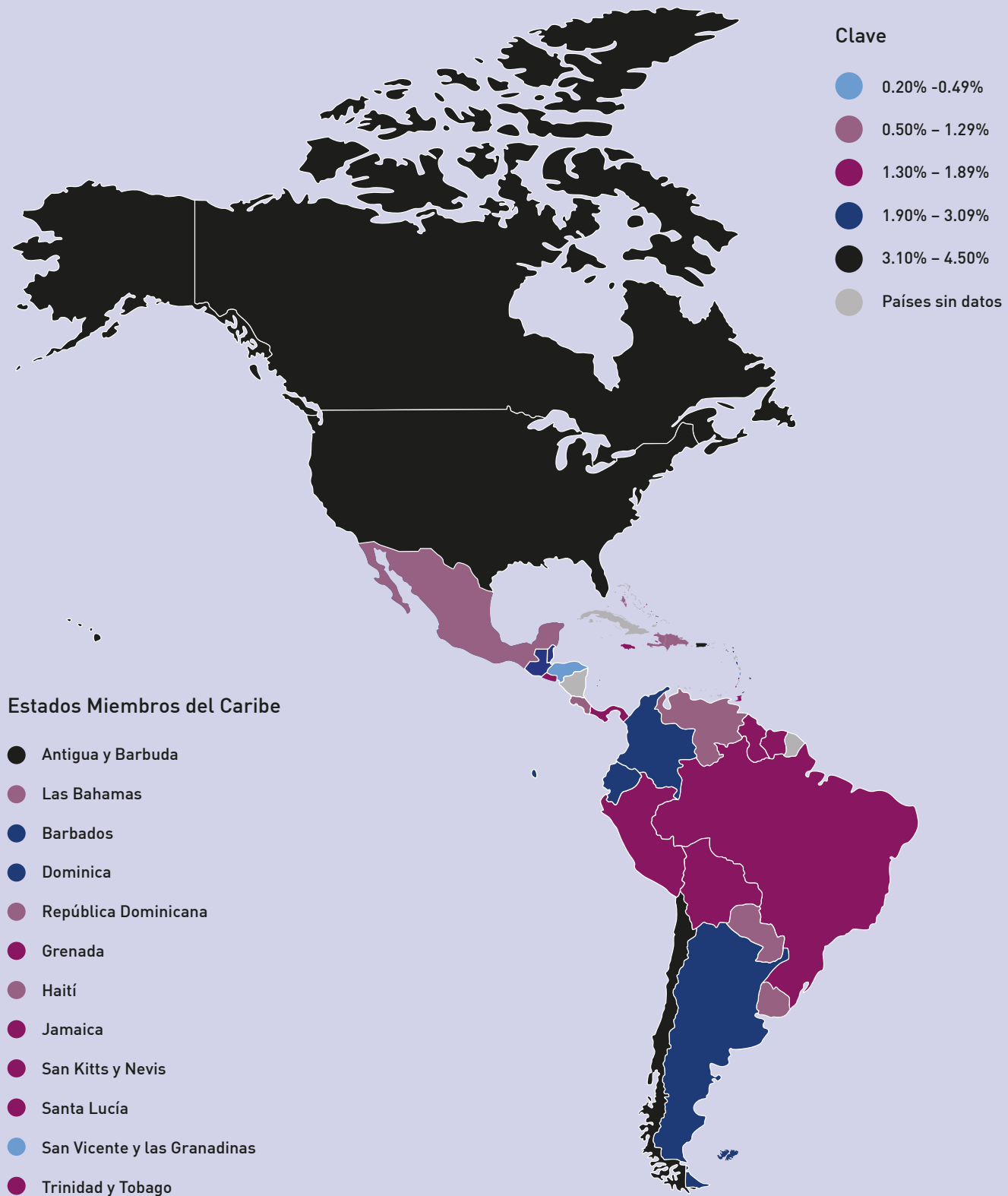


6.1.2 Consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria

El éxtasis es uno de los ETA más consumidos en los países de América Latina, como también uno de los más consumidos en las Américas en general; sin embargo, su uso está circunscrito a poblaciones muy específicas, por lo que se hace difícil determinar su prevalencia en encuestas tradicionales, como las de población general. La situación es distinta en las encuestas de estudiantes de enseñanza secundaria, donde tradicionalmente el éxtasis se encuentra entre las drogas sintéticas de mayor prevalencia, al menos en lo que respecta a América Latina y el Caribe. El mapa 6.1 muestra una representación geográfica del consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los países con información disponible, para la prevalencia del consumo alguna vez en la vida.

Mapa 6.1

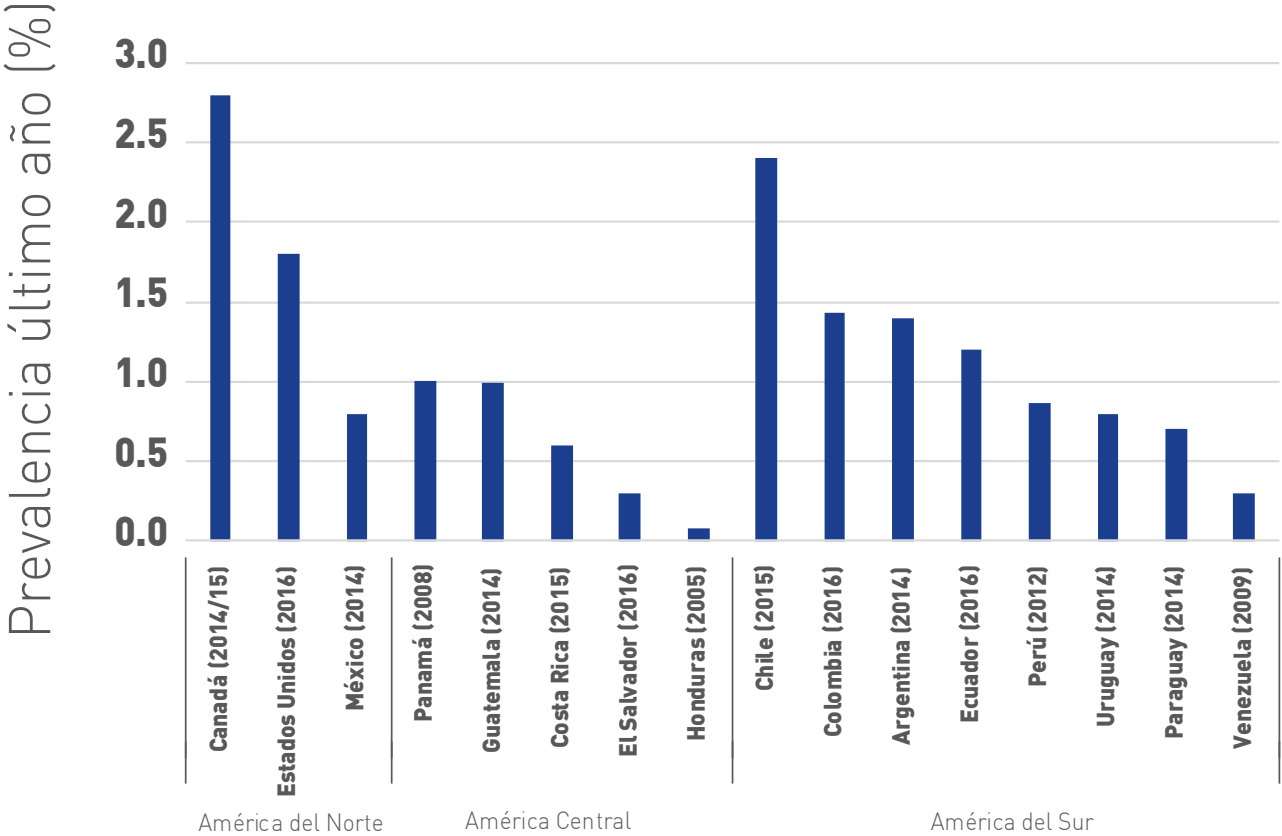
Prevalencia de vida de consumo de **éxtasis** entre los estudiantes de enseñanza secundaria



Como se observa en el gráfico 6.7, la prevalencia del último año de consumo de éxtasis muestra diferencias importantes entre los estudiantes de enseñanza secundaria de las diversas subregiones. Los estudiantes de América del Norte presentan las tasas de consumo más altas, con el 2,8% en Canadá y el 1,8% en los Estados Unidos. Chile presenta registros del 2,4%. Los siguientes países presentan tasas de consumo de 1% o levemente superiores: Guatemala y Panamá en América Central; Argentina, Colombia y Ecuador en América del Sur. El resto de países informó tasas de consumo de éxtasis inferiores al 1%.

Gráfico 6.7

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión

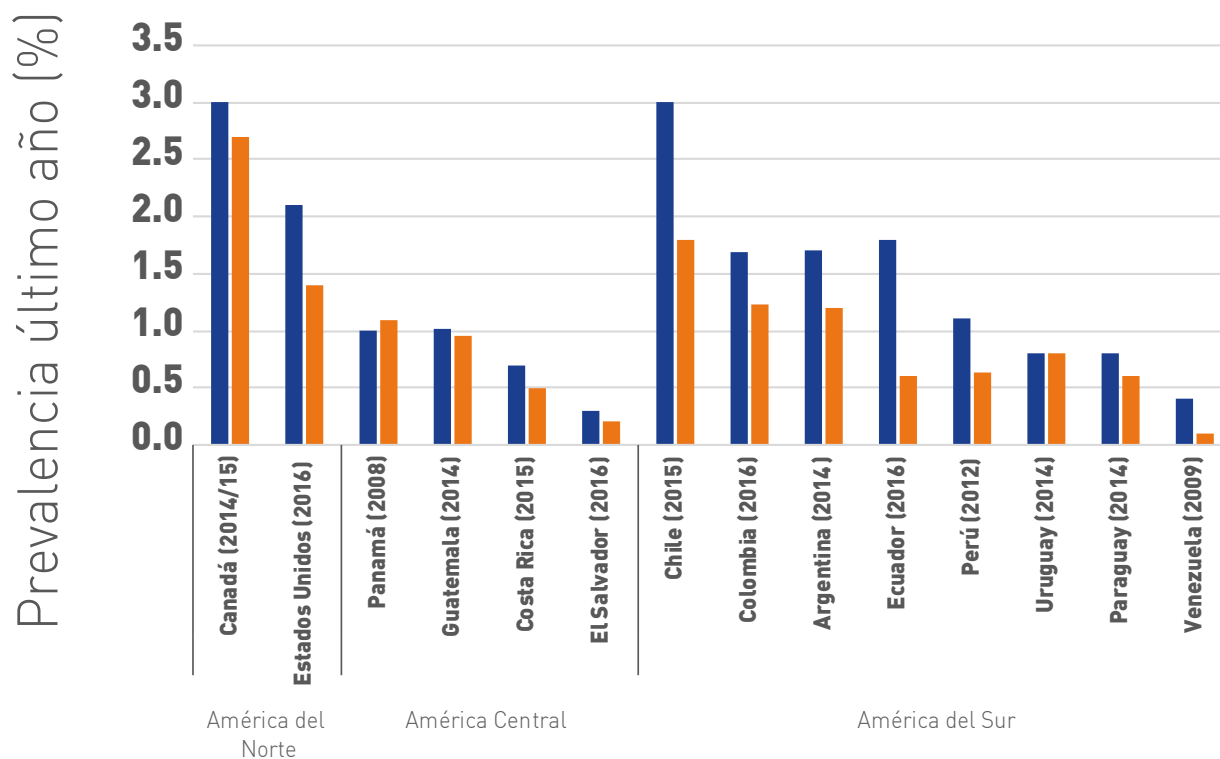


Como se indica en el gráfico 6.8, una característica común del consumo de este tipo de sustancias entre los jóvenes estudiantes de enseñanza secundaria es que, salvo las excepciones de El Salvador, Guatemala, Panamá y Uruguay, donde las tasas de consumo en el último año entre hombres y mujeres son similares, el consumo de éxtasis es mayor entre los hombres con relación a las mujeres. En algunos países las diferencias son muy extremas, como es el caso de los estudiantes de Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, donde el consumo del último año en los hombres es notablemente superior al de las mujeres. Esto se observa también en Argentina, Colombia, los Estados Unidos y Paraguay.

Gráfico 6.8

Hombre Mujer

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo, por país, ordenado por subregión



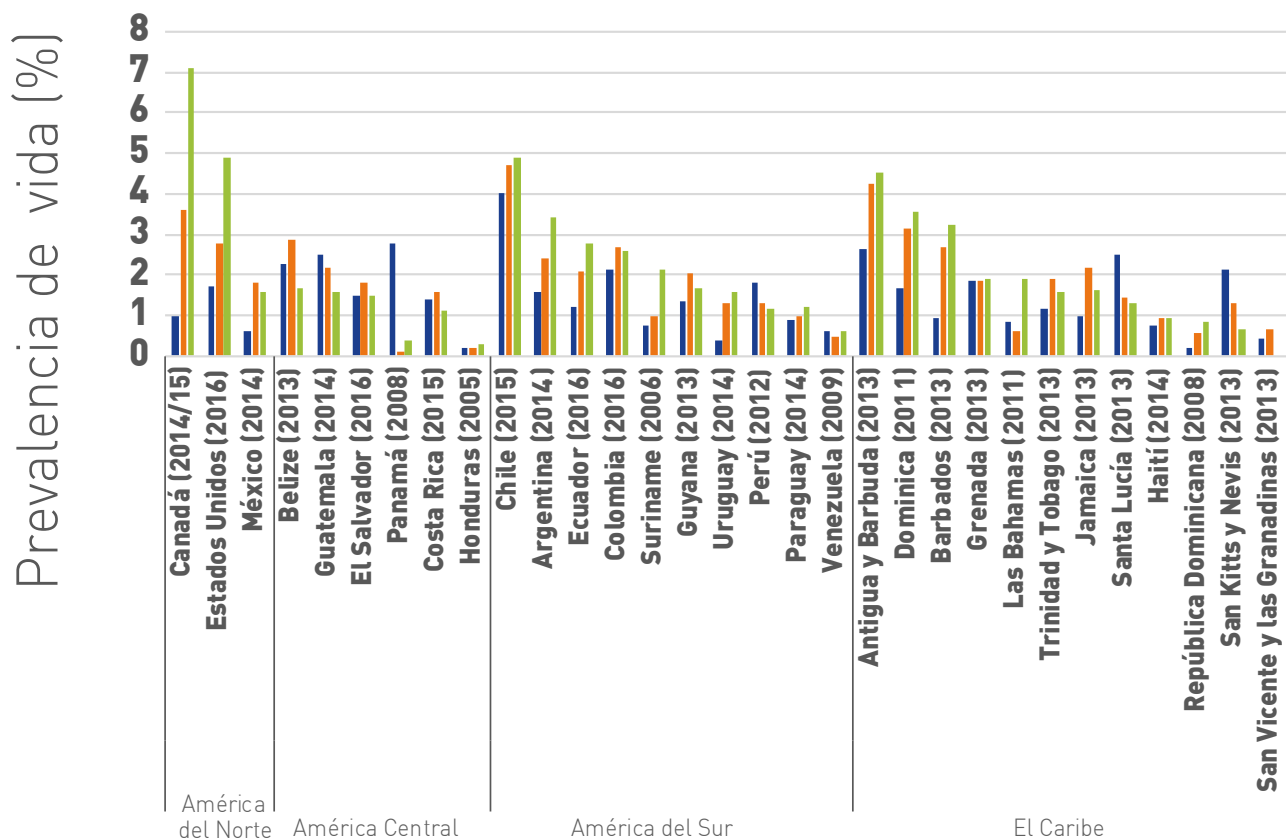
Dado que los países tienen poca información sobre la prevalencia del último año de consumo de éxtasis por grados, el gráfico 6.9 presenta esta información para la prevalencia de vida de consumo de éxtasis en 8°, 10° y 12° grados. En 15 de 31 países la prevalencia del consumo de éxtasis fue mayor entre los estudiantes de 12° grado con relación a los estudiantes de otros grados. Este fue el caso de Canadá y los Estados Unidos, en América del Norte; Honduras en América Central; Argentina, Chile, Ecuador, Paraguay, Suriname y Uruguay en América del Sur; Antigua y Barbuda, Las Bahamas, Barbados, Dominica, Haití y República Dominicana en el Caribe. En nueve países se observó mayor consumo de éxtasis entre los estudiantes de 10° grado con relación a otros grados: México en América del Norte; Belize, Costa Rica y El Salvador en América Central; Colombia y Guyana en América del Sur; Jamaica, San Vicente y las Granadinas y Trinidad y Tobago en el Caribe. En Guatemala, Panamá, Perú, San Kitts y Nevis y Santa Lucía la prevalencia fue mayor entre los estudiantes del 8° grado con relación a los grados superiores. En Grenada y Venezuela el consumo de éxtasis fue similar en todos los grados.

El gráfico 6.9 registra el consumo de éxtasis a una edad muy temprana. Los estudiantes del 8° grado de Chile presentan la prevalencia de vida más alta a nivel regional, con el 4%, seguido de los estudiantes de 8° grado de Panamá con el 2,8%, Antigua y Barbuda con el 2,7%, Guatemala y Santa Lucía, ambos con el 2,5%.

Gráfico 6.9

8° Grado | 10° Grado | 12° Grado

Prevalencia de vida de consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria de 8°, 10° y 12° grados, por país, ordenado por subregión



Tendencias del consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Los Estados Unidos es el único país del Hemisferio que cuenta con una larga serie de estudios periódicos sobre el consumo de drogas en la población de estudiantes de 8º, 10º y 12º grados. Conforme a los datos de la encuesta *Estudio de Observación del Futuro de 2016*,⁴⁹ la tendencia de la prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre los estudiantes registró un aumento persistente desde 1998 con el 2,9%, hasta llegar al nivel más alto de consumo de toda la serie en 2001 con el 6%. Desde entonces el consumo descendió cada año, hasta su nivel más bajo en 2005 con el 2,4%. Entre 2007 y 2014 se observa una serie de fluctuaciones con registros sobre el 2%, pero inferiores al 4%. En 2014, año en que se aplica una nueva metodología para medir el consumo de esta droga, los registros muestran un descenso, hasta llegar al nivel más bajo en 2016, con el 1,8% (gráfico 6.10).

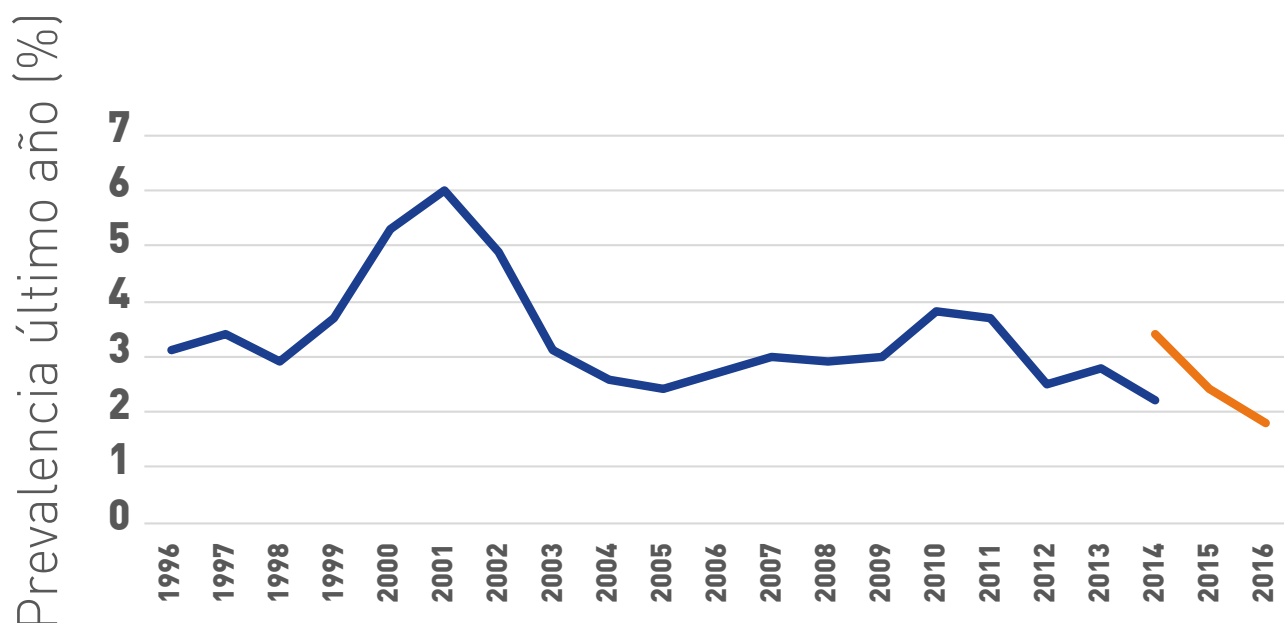
La experiencia de los Estados Unidos indica que las tasas de consumo de éxtasis han presentado importantes variaciones en sus 20 años de seguimiento, lo cual podría estar asociado a varios factores como fluctuaciones en el mercado, influencia de los programas de prevención y campañas específicas para abordar este problema entre los jóvenes estudiantes. Es importante mencionar también que el descenso de los últimos tres años puede verse afectado por revisiones en la metodología del estudio.⁵⁰

Gráfico 6.10

Éxtasis

Éxtasis (metodología revisada)

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre estudiantes de los Estados Unidos de 8º, 10º y 12º grados, combinados, 1996-2014 y 2014-2016



⁴⁹ *Monitoring the Future*, Op. cit.

⁵⁰ *Monitoring the Future*, Op. cit.

Pocos países de América Latina cuentan con información detallada sobre la prevalencia del último año de consumo de éxtasis, pero aún menos con una periodicidad tal que permita determinar la tendencia del consumo de esta sustancia psicoactiva. Los gráficos 6.11 al 6.14 dan cuenta de la tendencia del consumo de éxtasis en el último año, para el total de la población de estudiantes y por sexo, en cuatro países de América del Sur, además de los Estados Unidos.

La información de Argentina indica que el uso de éxtasis se mantuvo estable a través de los años, con registros del 1,4% en 2009, 1,2% en 2011 y el 1,4% en 2014. Mientras que en los hombres el consumo de éxtasis cambió ligeramente con registros de entre el 2,0% y el 1,7% en ese período, el consumo entre las mujeres varió sutilmente desde el 1,0% en 2009 al 1,2% en 2014.

Colombia informó sobre el consumo de éxtasis entre 2004 y 2016, observándose una importante variación desde el 3,1% en 2004 al 0,9% en 2011, para repuntar en 2016 con el 1,3%. Las amplias diferencias entre el consumo de hombres y mujeres de 2004 se estrecharon súbitamente en 2011, pero vuelven a diferenciarse en 2016, aunque no de la manera observada al inicio de la serie. En 2016 el consumo entre los hombres fue de 1,6% y el de mujeres 1,0%.

Perú presenta la segunda serie más larga de estudios entre los países de América del Sur. Al inicio de la serie en 2005, el registro para el consumo reciente de éxtasis fue del 0,6%, que alcanza su punto máximo en 2009 con el 1,4%. Desde entonces el consumo ha variado hasta marcar un 0,8% en 2017. Mientras que al inicio de la serie de estudios se observaba un mayor consumo entre los hombres, con 0,8% comparado con 0,3% entre las mujeres, en 2017 tales diferencias se han estrechado considerablemente, con tasas prácticamente iguales para ambos sexos.

Uruguay mantuvo un estable consumo de éxtasis entre 2003 y 2011, con registros del 0,3%, el cual cambió considerablemente en 2014 hasta llegar al 0,8%.

Gráfico 6.11

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Argentina, según el sexo y total, 2009-2014

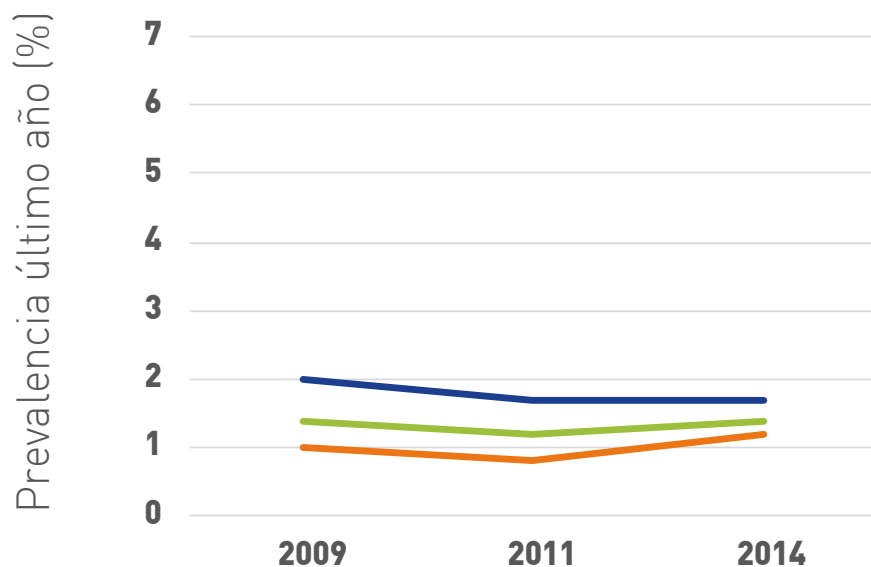


Gráfico 6.12

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Colombia, según sexo el y total, 2004-2016

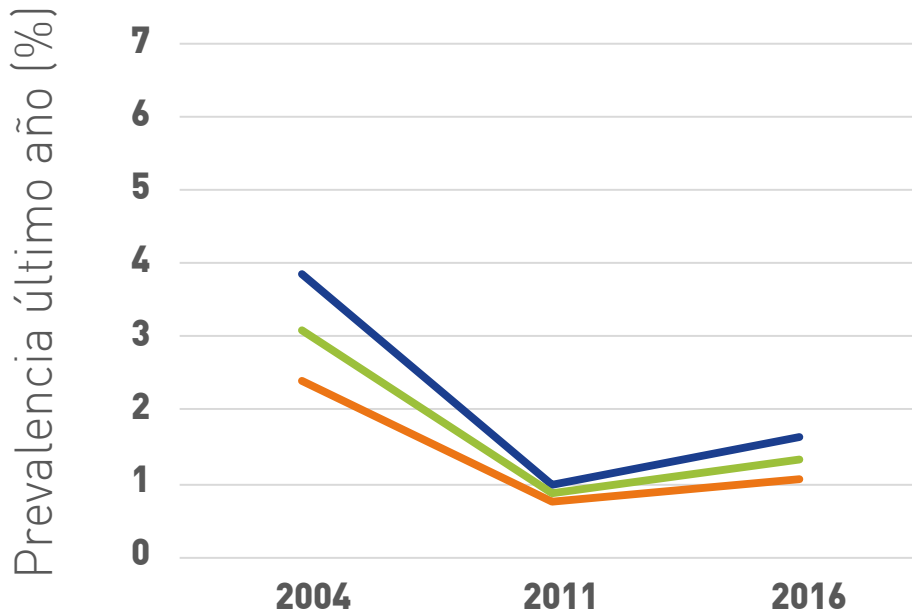


Gráfico 6.13

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Perú, según el sexo y total, 2005-2017

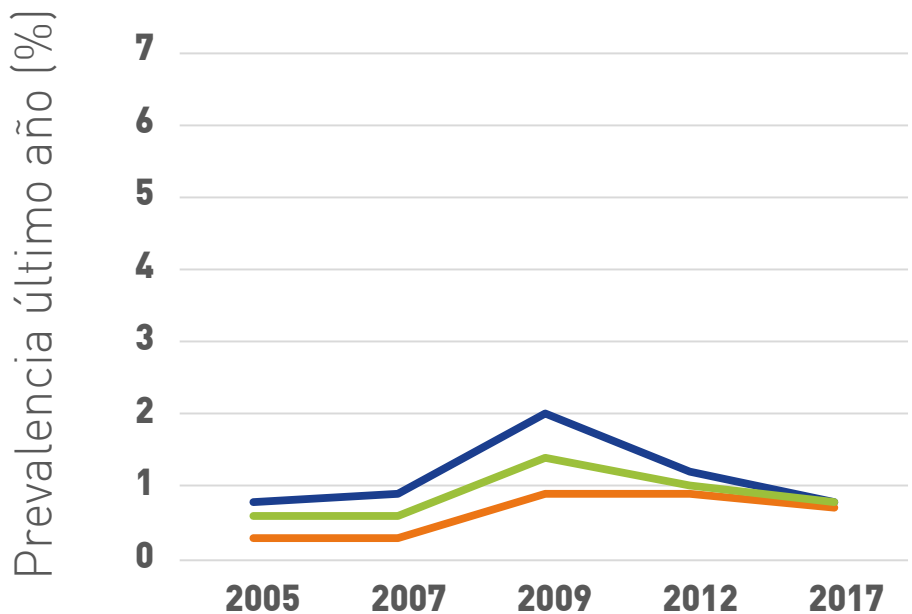
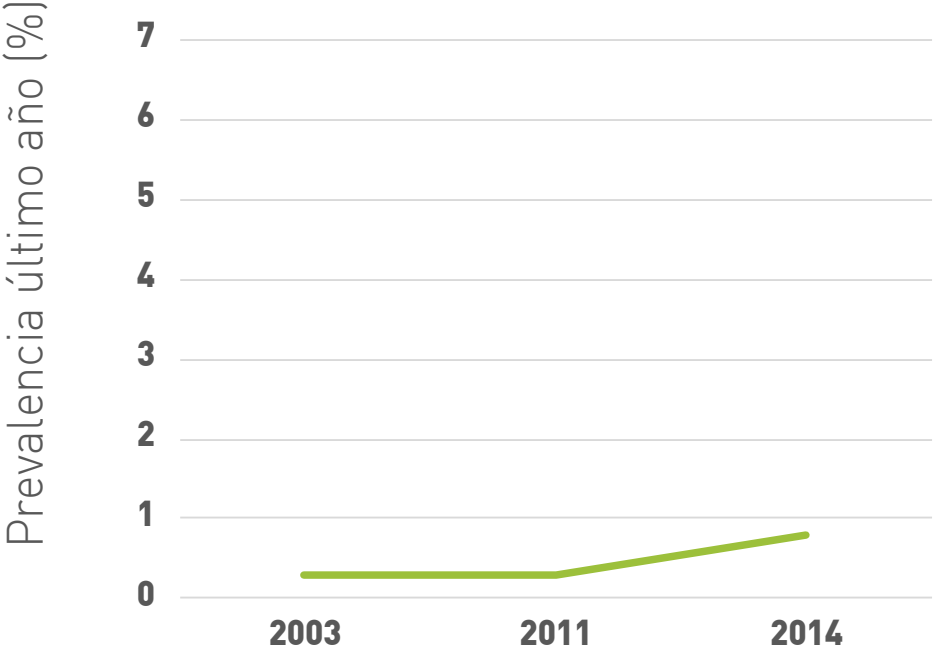


Gráfico 6.14

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria de Uruguay, 2003-2014



Percepción de gran riesgo del consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria

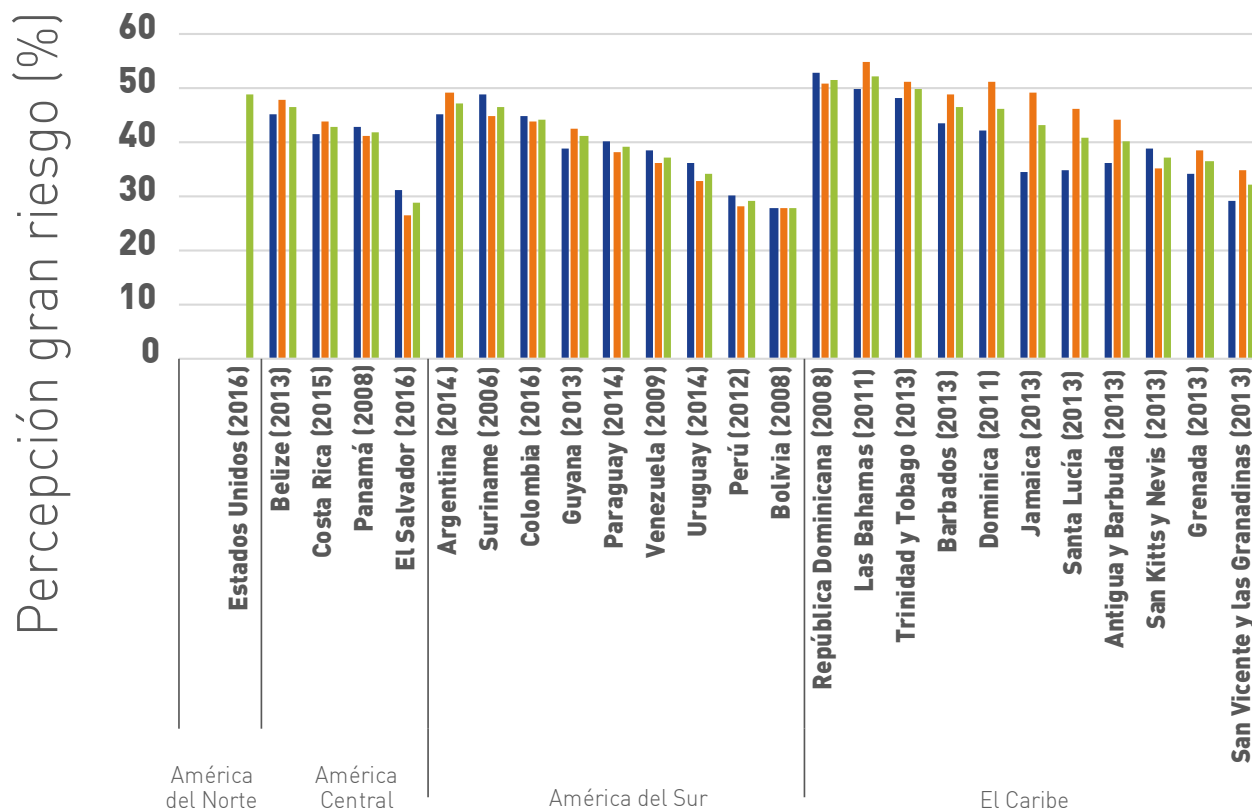
A diferencia de lo comúnmente observado en otras drogas controladas, donde las percepciones de riesgo sobre el consumo tienden a ser muy altas, la percepción de gran riesgo sobre el consumo de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria es más bien baja. En líneas generales, el porcentaje de percepción de gran riesgo con relación al consumo ocasional (alguna vez, una o dos veces) de éxtasis no sobrepasa el 50% en la mayoría de los países. En otras palabras, uno de cada dos estudiantes no percibe un riesgo alto en el consumo ocasional de éxtasis.

El gráfico 6.15 muestra la percepción de gran riesgo de uso ocasional de éxtasis en 25 países de las Américas. En 13 países el riesgo percibido es algo mayor entre las mujeres, que entre los hombres, lo cual podría explicar en cierta forma menores tasas de consumo entre las mujeres. Nueve de estos países corresponden al Caribe. En 10 países la percepción de gran riesgo es mayor en los hombres, nueve de ellos son países hispanoparlantes. En un país, Bolivia, prácticamente no se observan diferencias por sexo.

Gráfico 6.15

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



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

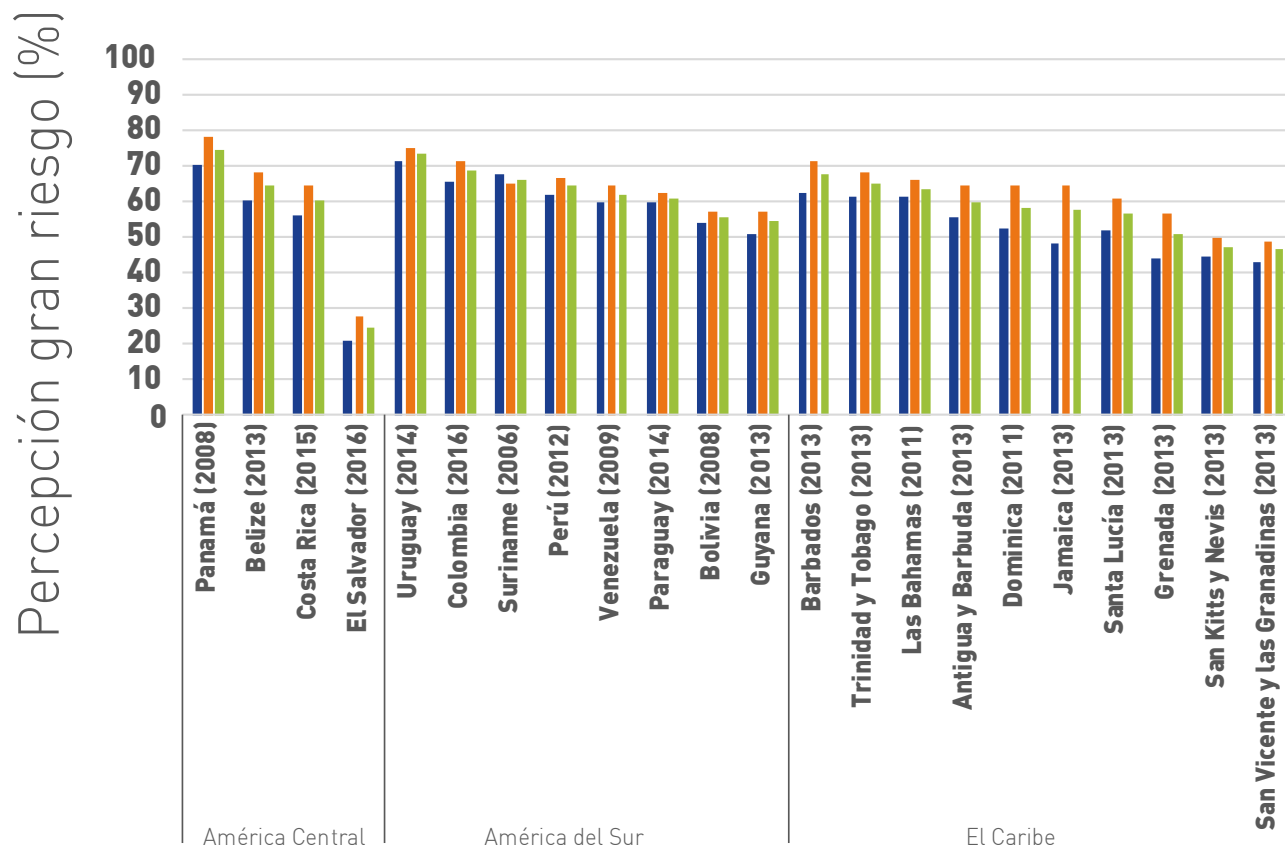
En cualquier droga el riesgo percibido en el uso frecuente de la misma es siempre mayor con relación a usos más ocasionales o esporádicos. Generalmente, dichas diferencias suelen ser considerables, lo cual no ocurre de igual modo en la percepción de gran riesgo del uso frecuente de éxtasis, como muestra el gráfico 6.16. Sólo en Panamá y Uruguay al menos el 70% de los estudiantes registra percepción de gran riesgo en el uso frecuente de éxtasis. De los 22 países restantes que reportaron esta información, en 12 de ellos al menos el 60% de los estudiantes considera de gran riesgo el uso frecuente de éxtasis. En El Salvador, San Kitts y Nevis y San Vicente y las Granadinas la percepción de gran riesgo del uso frecuente de éxtasis es inferior al 50%.

A diferencia de lo observado en la percepción de gran riesgo del uso ocasional de éxtasis entre los estudiantes, con la excepción de Suriname, en todos los demás países la percepción de gran riesgo del consumo frecuente de éxtasis es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Gráfico 6.16

Hombre Mujer Total

Percepción de gran riesgo del uso frecuente de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria

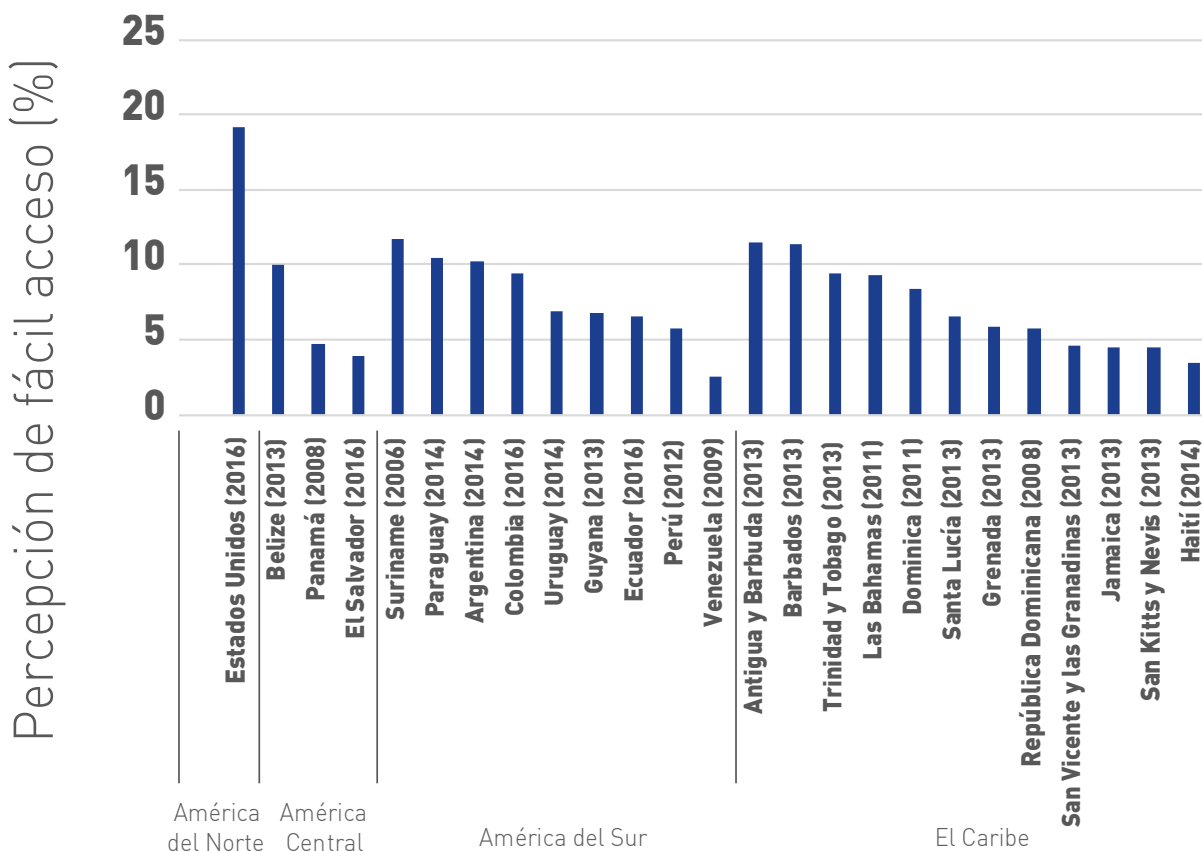
La percepción de facilidad de acceso es un indicador de tipo subjetivo que da cuenta de cuán fácil o difícil se hace para alguien obtener una determinada droga, ya sea para comprarla o conseguirla a través de amigos o conocidos. Una droga percibida como de fácil acceso, generalmente es más barata y está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

Comparativamente con otras sustancias, el éxtasis no suele ser una droga de fácil acceso entre los estudiantes de enseñanza secundaria, principalmente en aquellos de América Latina y el Caribe. La información disponible indica que la percepción de facilidad de acceso a éxtasis entre los estudiantes de los Estados Unidos, con el 19,2%, es mucho más alta que en el resto de países del Hemisferio.

En Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belize, Paraguay y Suriname al menos el 10% de los estudiantes considera que el éxtasis es de fácil acceso. En Las Bahamas, Colombia, Dominica, Ecuador, Grenada, Guyana, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Uruguay más del 5%, pero menos del 10% de los estudiantes considera que es fácil conseguir éxtasis. En los siete países restantes, menos del 5% de los estudiantes considera que acceder al éxtasis es fácil (gráfico 6.17).

Gráfico 6.17

Percepción de facilidad de acceso al éxtasis entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión

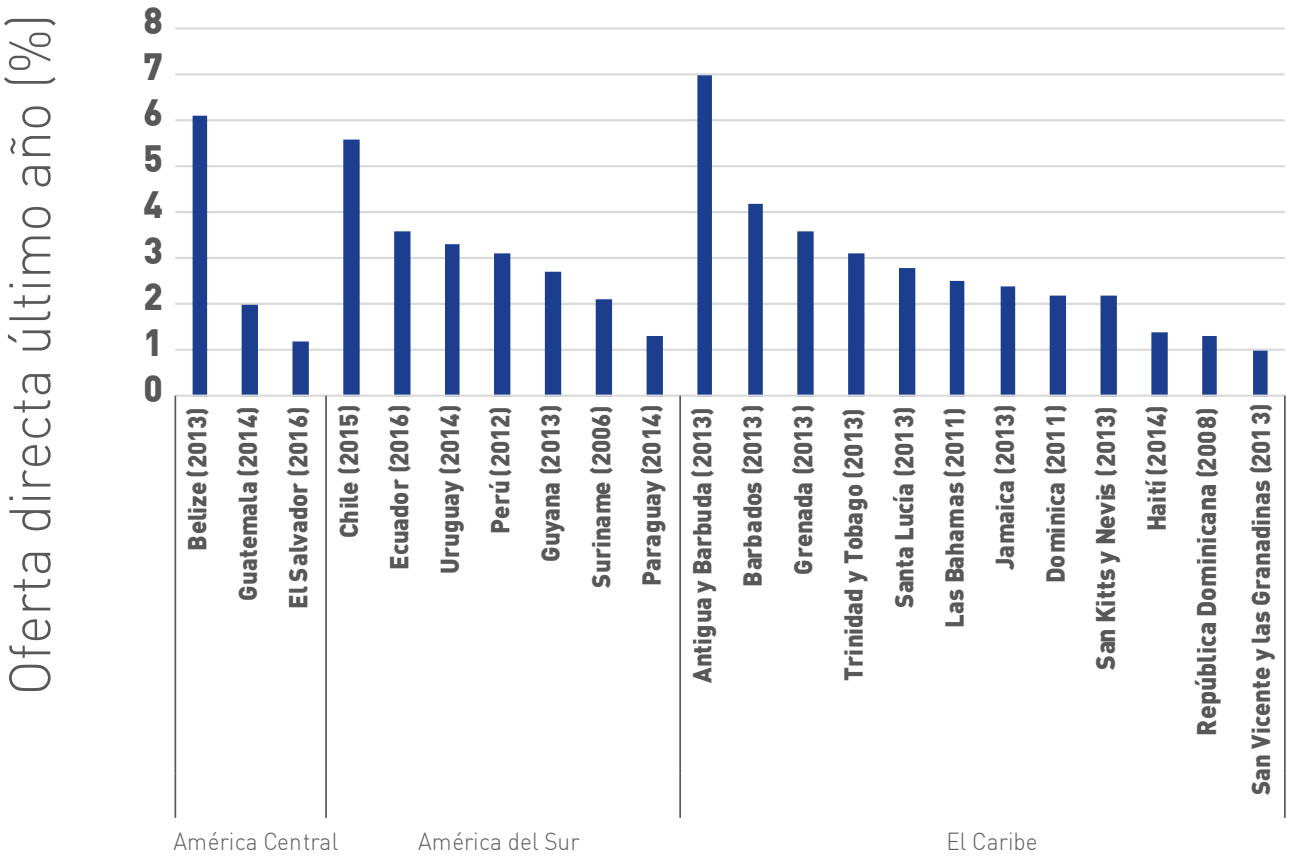


La oferta directa de drogas es un indicador de tipo objetivo que intenta dar cuenta del ofrecimiento de una determinada sustancia psicoactiva. Al igual que el indicador de facilidad de acceso, el de oferta directa permite determinar cuan disponible está una sustancia psicoactiva entre los usuarios. Este último indicador suele ser más preciso a la hora de establecer posibles asociaciones entre las tasas de consumo y la disponibilidad de drogas.

De los 22 países que reportaron esta información, Antigua y Barbuda destaca con la mayor oferta directa de éxtasis a los estudiantes de enseñanza secundaria, con el 7%. Le siguen Belize y Chile, con el 6,1% y 5,6%, respectivamente. En Barbados, Ecuador, Grenada, Perú, Trinidad y Tobago y Uruguay al menos el 3% de los estudiantes recibió una oferta directa para comprar o probar éxtasis en los últimos doce meses. La menor oferta directa de éxtasis se registró entre los estudiantes de El Salvador, Haití, Paraguay, República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, donde superó levemente o fue igual al 1% (gráfico 6.18).

Gráfico 6.18

Oferta directa de éxtasis en el último año a los estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión



6.1.3 Consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios

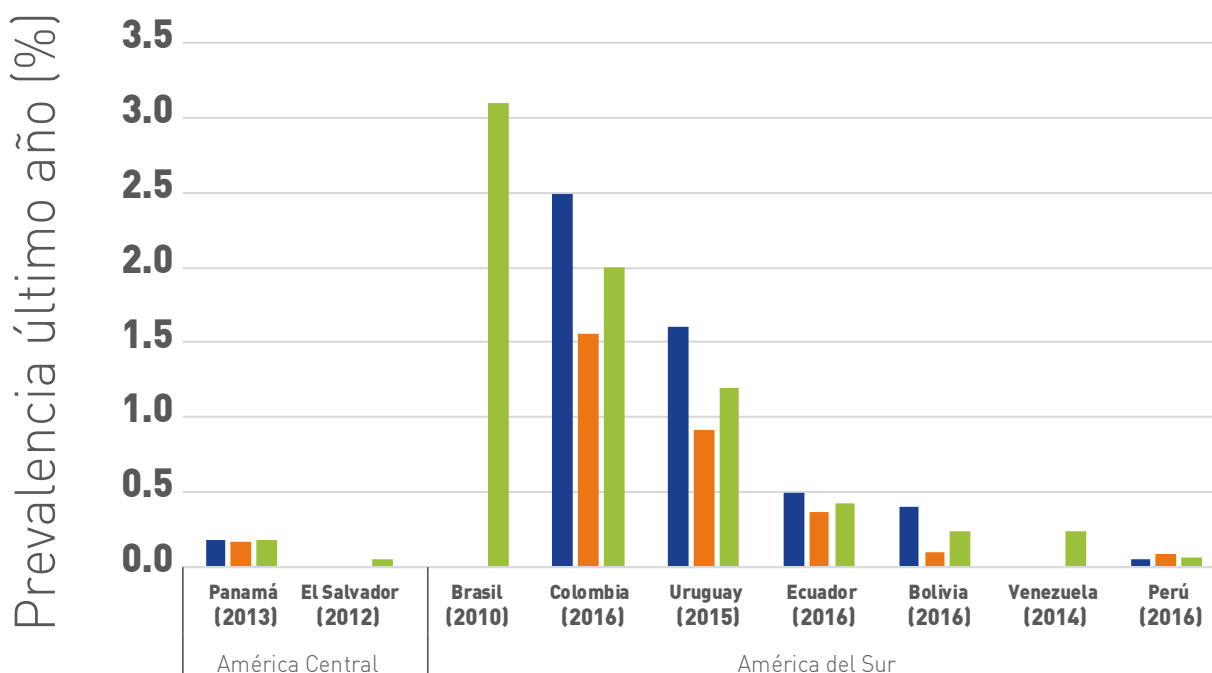
Muy pocos países han realizado encuestas sobre consumo de drogas en la población universitaria; sin embargo, entre aquellos donde la información está disponible, es posible observar importantes diferencias en las tasas de consumo. Atendiendo a la prevalencia del último año de consumo de éxtasis, los mayores registros se observan en Brasil con el 3,1%, Colombia con el 2% y Uruguay con el 1,2%. En el resto de países los registros son inferiores al 0,5% (gráfico 6.19).

En Panamá el registro del consumo del último año de éxtasis entre hombres y mujeres es prácticamente el mismo; sin embargo, en los demás países que reportaron información desglosada por sexo, el consumo es mayor entre los hombres. En Perú, donde se registran las tasas más bajas de consumo de éxtasis, se observa un ligero mayor consumo entre las mujeres.

Gráfico 6.19

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

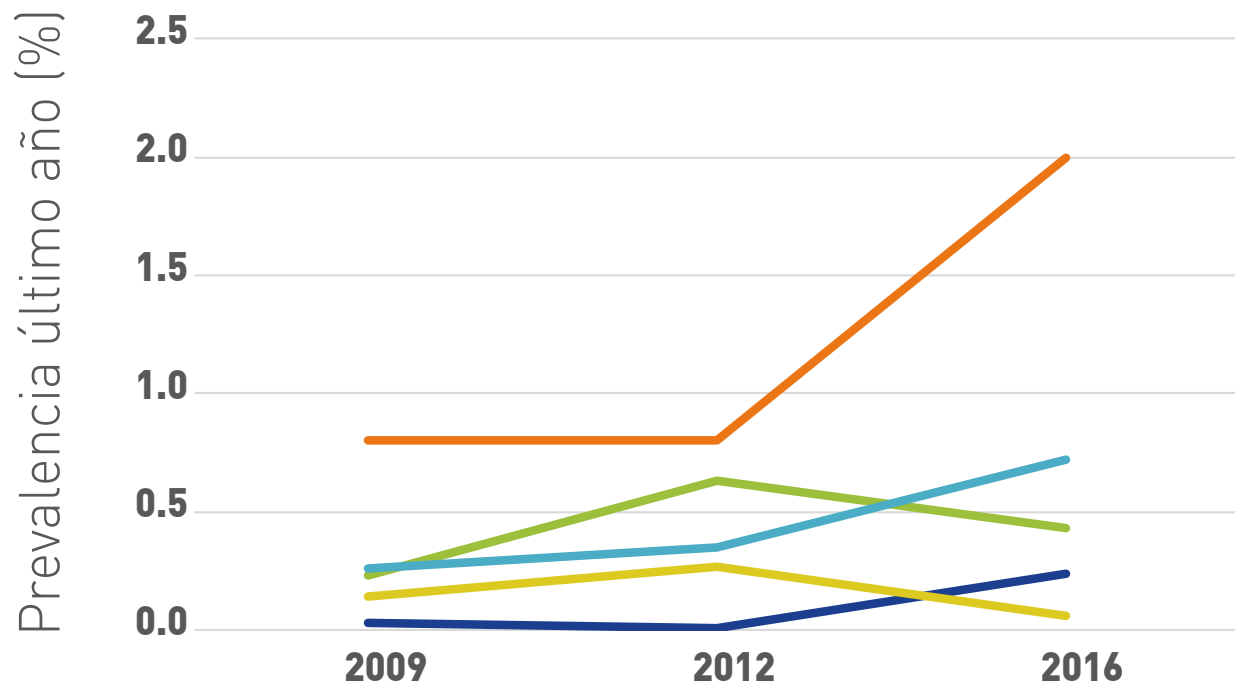


Tendencias de consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios

Las encuestas periódicas a estudiantes universitarios en países andinos proporcionaron información detallada sobre el consumo de éxtasis, así como sobre otras drogas sintéticas. Los datos muestran que la prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre los estudiantes universitarios andinos pasó de 0,3% en 2009 a 0,4% en 2012 y luego a 0,7% en 2016. El país con el mayor nivel de consumo fue Colombia, que se mantuvo en torno al 0,8% entre 2009 y 2012, el cual pasó a 2% en 2016. En 2012, el consumo de éxtasis entre los estudiantes universitarios en Ecuador fue de 0,6%, pero esa tasa pasó a 0,4% en 2016. También hubo una variación en el consumo en los estudiantes universitarios de Perú de 0,3% en 2012 a 0,06% en 2016. Las tasas más bajas en la región andina se registraron en Bolivia durante el período 2012-2016. Esta tasa pasó de 0,03% en 2009 a 0,24% en 2016 (gráfico 6.20).

Gráfico 6.20 | Bolivia | Colombia | Ecuador | Perú | Regional-CAN

Prevalencia del último año de consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios andinos, por país y total regional, 2009-2016



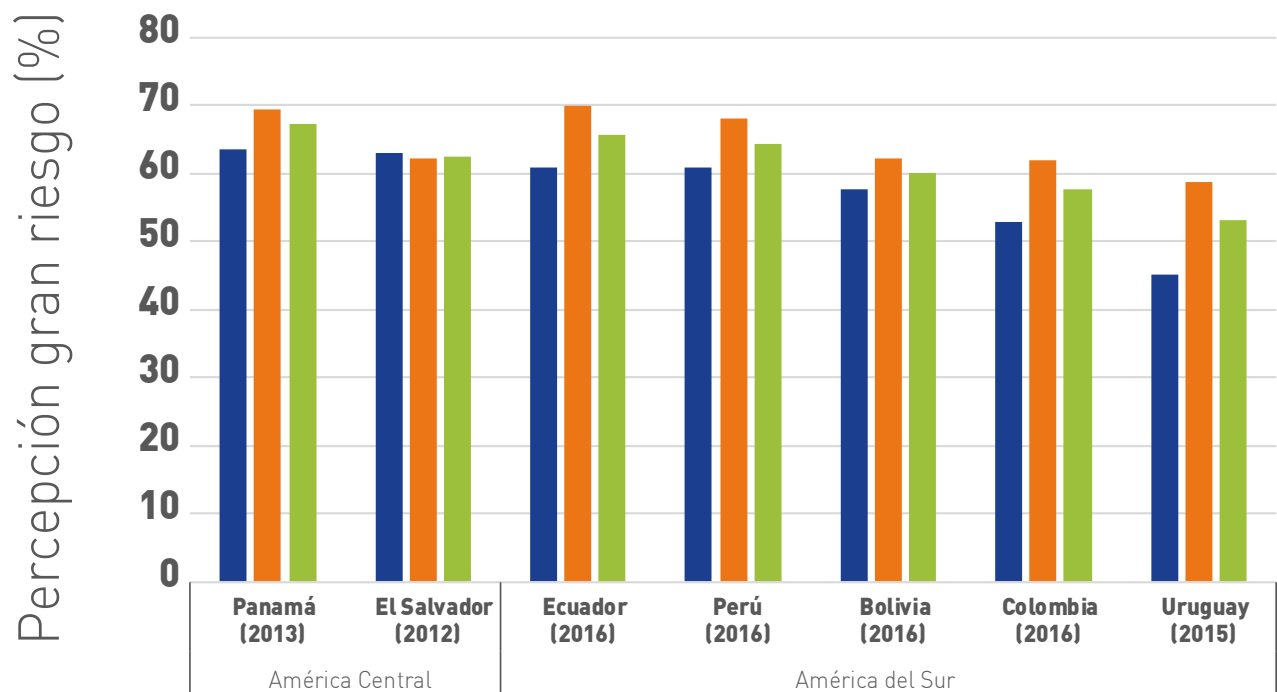
Percepción de gran riesgo del consumo de éxtasis entre estudiantes universitarios

La percepción de gran riesgo del consumo ocasional de éxtasis entre los estudiantes universitarios está por sobre el 50% en todos los países con información disponible, pero no alcanza al 70% en ninguno de ellos. En todos los países con información disponible, la percepción de gran riesgo es mayor entre las mujeres, con la excepción de El Salvador, donde es levemente mayor entre los hombres (gráfico 6.21).

Gráfico 6.21

■ Hombre ■ Mujer ■ Total

Percepción de gran riesgo del consumo ocasional de éxtasis entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

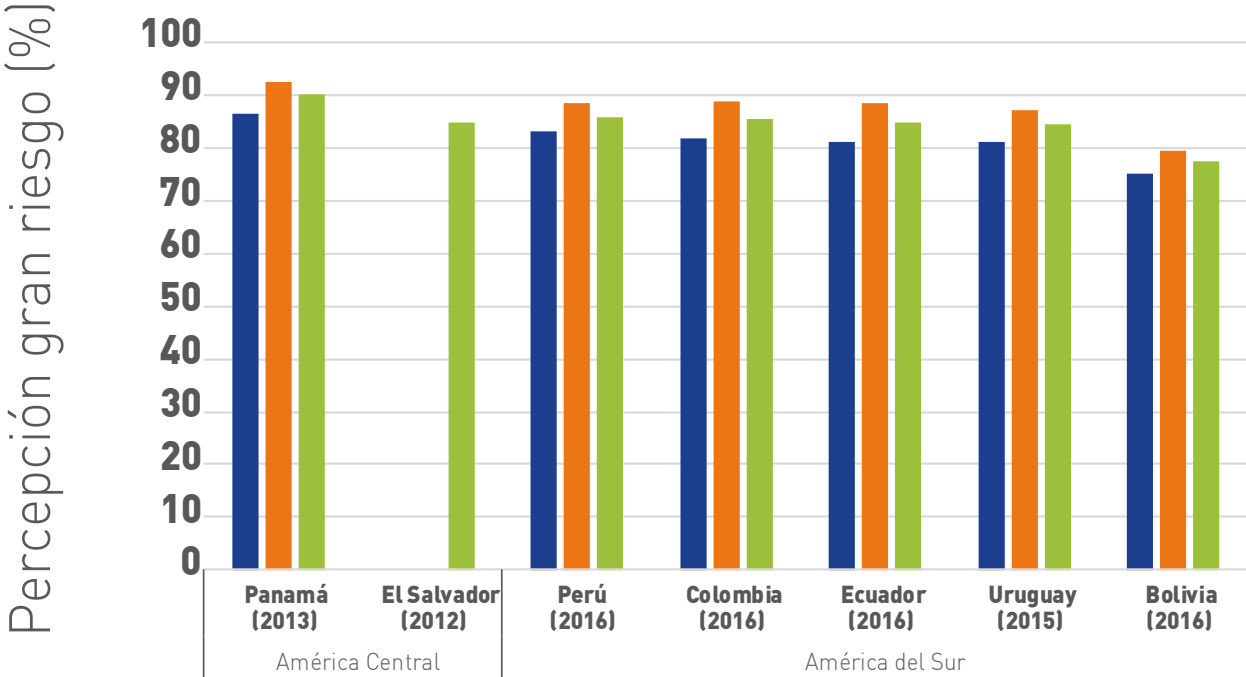


La percepción de gran riesgo con relación al consumo frecuente de éxtasis en los estudiantes universitarios tiende a parecerse más a lo observado en la población general, donde los porcentajes se acercan o superan el 85% en la mayoría de los países, con la excepción de los estudiantes de Bolivia con un registro del 77%. Una vez más el riesgo percibido en el uso de esta droga es mayor entre las mujeres con relación a los hombres (gráfico 6.22).

Gráfico 6.22

Hombre | Mujer | Total

Percepción de gran riesgo del consumo frecuente de éxtasis entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

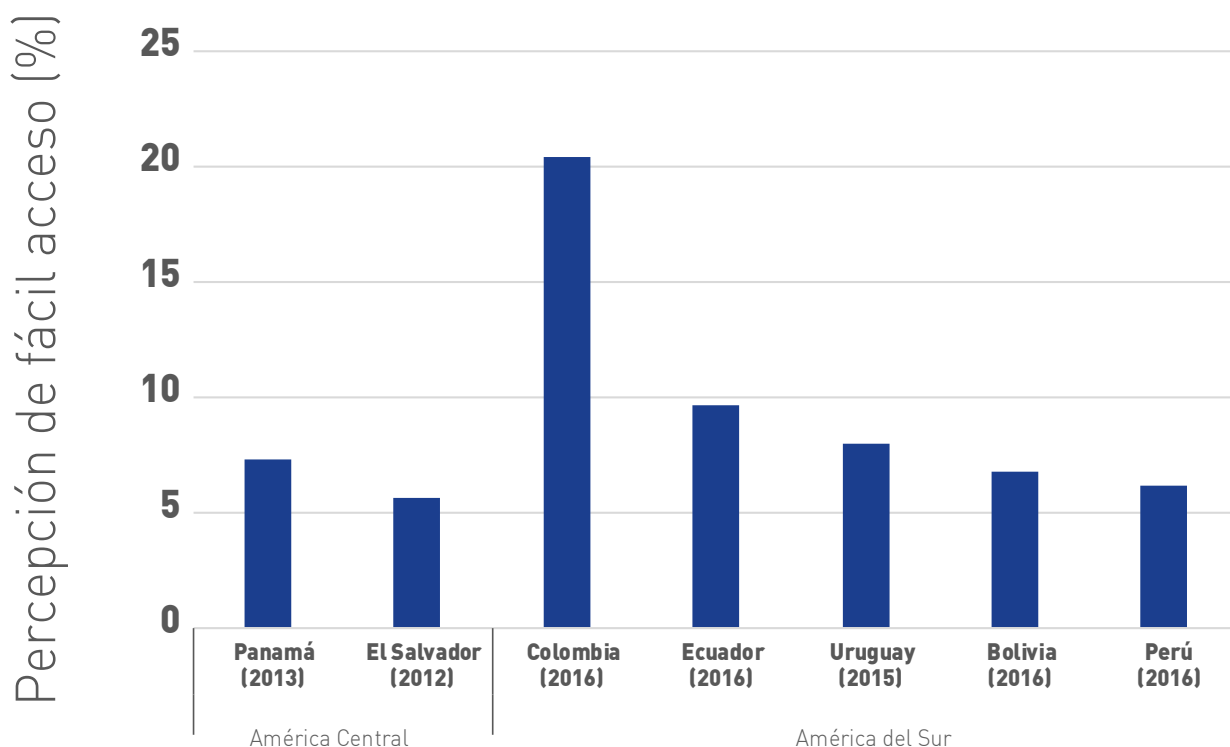


Percepción de facilidad de acceso y oferta directa de éxtasis entre estudiantes universitarios

La mayor percepción de facilidad de acceso para probar o comprar éxtasis se registra en los universitarios de Colombia con el 20,4%. En todos los demás países que reportaron esta información, los registros son superiores al 5%, pero inferiores al 10% (gráfico 6.23).

Gráfico 6.23

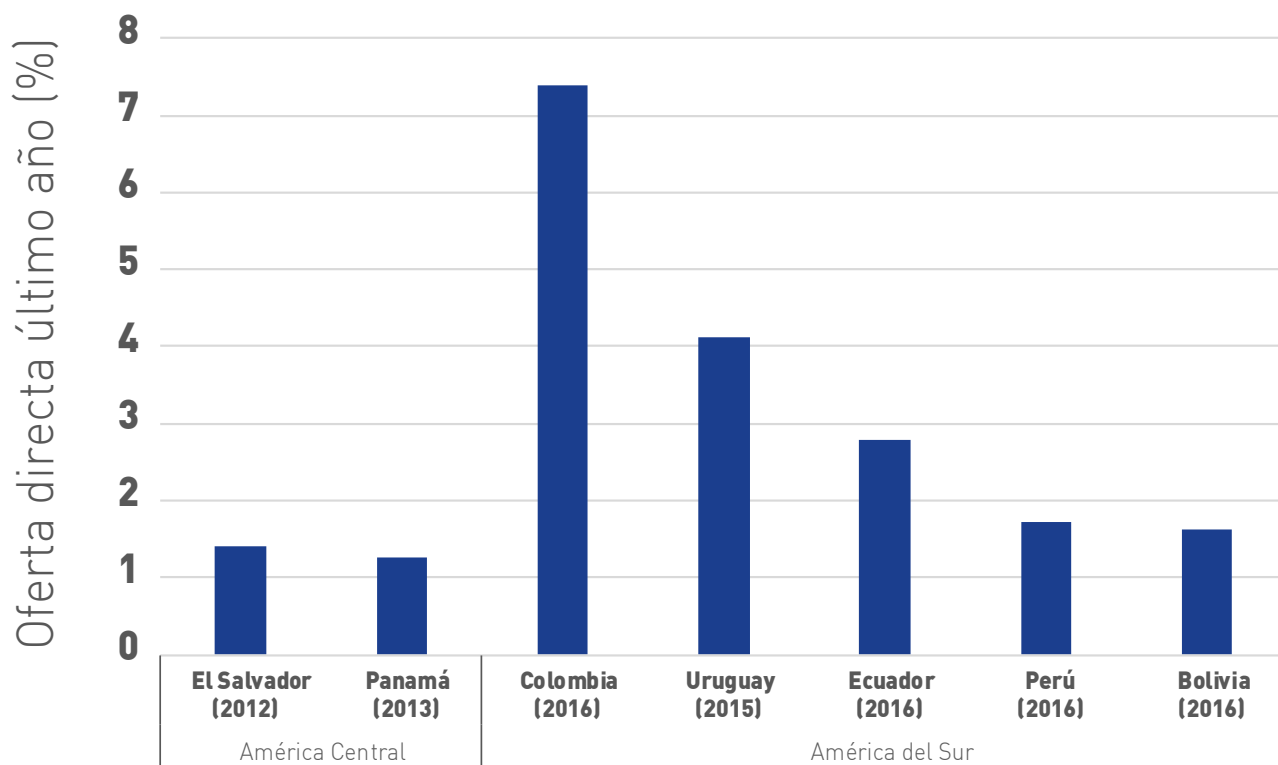
Percepción de facilidad de acceso al éxtasis entre estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión



Los mayores niveles de oferta directa de éxtasis en el último año reportados de las encuestas a universitarios, ocurren en aquellos países donde se registraron las más altas tasas de consumo de esta droga. La mayor oferta directa de éxtasis la reportan los estudiantes de Colombia con el 7,4%, seguido de Uruguay con el 4,1% y Ecuador con el 2,8%. En los restantes cuatro países con esta información, los registros son más bajos, con el 1,7% en Perú, 1,6% en Bolivia, 1,4% en El Salvador y 1,3% en Panamá (gráfico 6.24).

Gráfico 6.24

Oferta directa de éxtasis en el último año a estudiantes universitarios, por país, ordenado por subregión



6.2 Grupo de las Anfetaminas

Este grupo incluye tanto a la anfetamina como a la metanfetamina. Si bien algunas anfetaminas son elaboradas para fines médicos, la mayoría de ellas son producidas ilícitamente en laboratorios clandestinos y distribuidas ilegalmente. Las sustancias del grupo de las anfetaminas fueron originalmente compuestas a fines del Siglo XIX y comercializadas sin prescripción médica, como descongestionantes nasales. Cuando se utilizan en dosis similares, la metanfetamina llega al cerebro en cantidades mayores que la anfetamina, lo cual convierte a esta sustancia en un estimulante del sistema nervioso central más poderoso y su efecto es de mayor duración. Tanto la anfetamina como la metanfetamina están bajo control internacional y ambas han sido incluidas en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.⁵¹

A partir de 2013, América Central se ha convertido en un mercado emergente de anfetamina ilícita. Casi 13 toneladas de la droga fueron incautadas en la subregión en 2015. El aumento del mercado en América Central implicó una disminución del mercado de América del Norte, muy activo hasta antes de 2013. Guatemala es uno de los países más afectados por estos aumentos, donde entre 2013 y 2015 al menos cuatro laboratorios de anfetamina fueron desmantelados anualmente.⁵²

Por otra parte, grandes cantidades de metanfetamina continúan siendo incautadas en América del Norte. Los Estados Unidos y México representaron en 2015 la mayor parte de la metanfetamina incautada en la región, con 32,6 toneladas y 23,6 toneladas, respectivamente. Entre 2012 y 2015 se informó que la metanfetamina originaria de América del Norte fue traficada a otras subregiones, como América Central y América del Sur, pero también a regiones muy distantes como Asia, Oceanía y la Unión Europea. En México, el número de laboratorios de metanfetamina desmantelados aumentó de 131 en 2014 a 192 en 2015. También hubo desmantelamiento de laboratorios en los Estados Unidos en ese mismo período. Un número menor de laboratorios desmantelados fue reportado por Canadá y Guatemala.⁵³

La disponibilidad de metanfetamina aumentó en los Estados Unidos entre 2013 y 2016, convirtiéndose en la segunda mayor amenaza de drogas después de la epidemia de opioides.⁵⁴ La prevalencia del último año de consumo de metanfetamina en la población general, de 15 a 64 años, aumentó del 0,5% en 2012 al 0,8% en 2015.⁵⁵

Salvo algunas excepciones, como la metanfetamina, las drogas sintéticas usadas en la región son traficadas desde otras partes del mundo. El uso de drogas sintéticas se concentra en grupos de edad específicos y de específica configuración por lo que, con la excepción del éxtasis, no es posible pesquisar su consumo en encuestas tradicionales como las realizadas en la población general y en los estudiantes de enseñanza secundaria.

La prevalencia del último año de consumo de anfetaminas en la población general de América del Sur, incluyendo el consumo ilegal de estimulantes de prescripción controlada, se estima en 0,25%.⁵⁶

⁵¹ Naciones Unidas (ONU), *Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971*. (Viena: Naciones Unidas, 1971)

⁵² Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *2017 Informe Mundial sobre Drogas Sintéticas: Estimulantes de Tipo Anfetamínico y Nuevas Sustancias Psicoactivas*. (Nueva York: Naciones Unidas; 2017)

⁵³ Ibid.

⁵⁴ U.S. Drug Enforcement Administration (DEA), *2016 National Drug Threat Assessment*.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ *Informe Mundial de Drogas 2017*, Op. cit.

6.2.1 Anfetamina

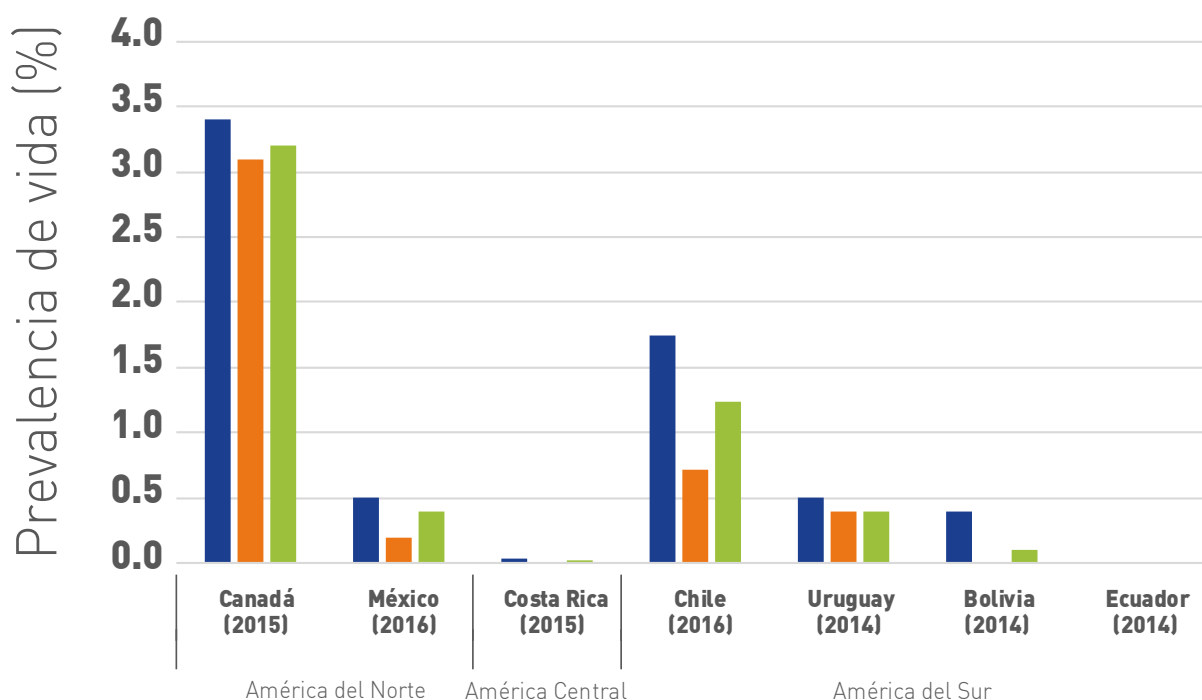
Consumo de anfetamina en la población general

Siete países informaron el consumo de anfetamina en la población general. En América del Norte se observa una prevalencia del consumo “alguna vez en la vida” del 3,2% en Canadá, seguido de México con el 0,4%. Costa Rica es el único país de América Central que reportó consumo de anfetamina en la población general, el registro es del 0,02%. En América del Sur Chile informó una prevalencia de vida del 1,2%, seguido de Uruguay con el 0,4%, Bolivia con el 0,1% y Ecuador que informó una gráficamente ilegible tasa de consumo solo entre los hombres. En todos los países los registros informados son más altos entre los hombres que entre las mujeres (gráfico 6.25).

Gráfico 6.25

Hombre Mujer Total

Prevalencia de vida del consumo de anfetamina en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



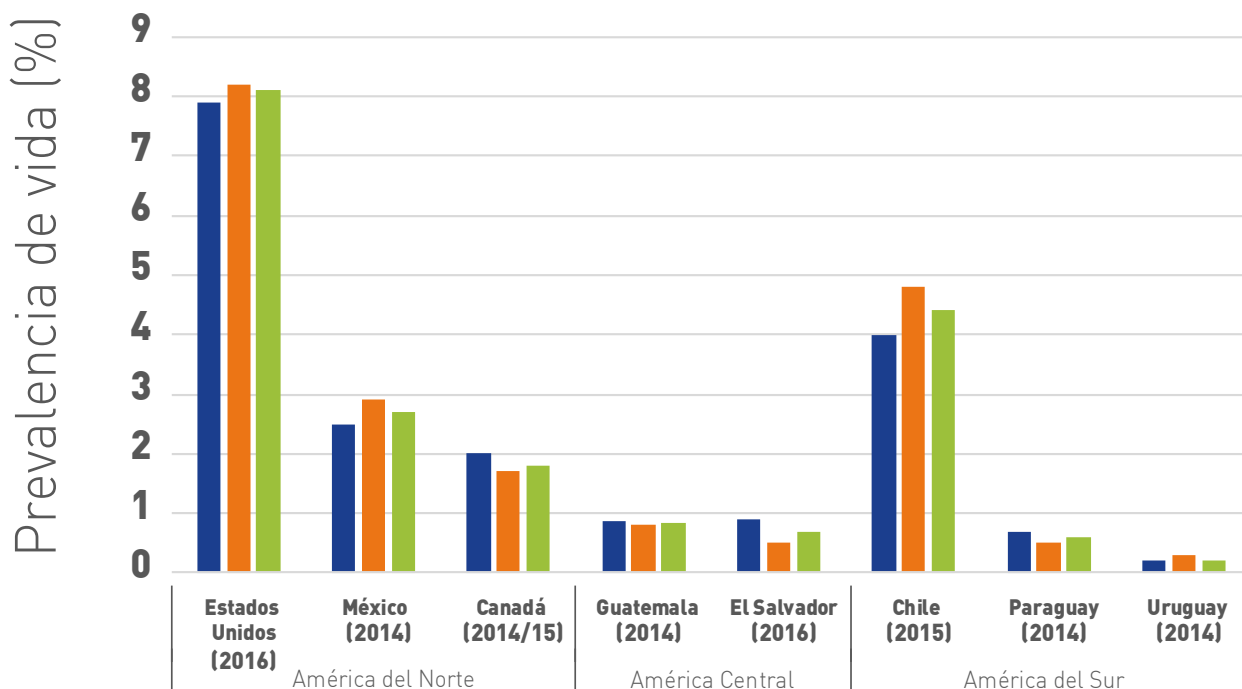
Consumo de anfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Pocos países en la región han informado sobre el consumo de anfetamina, como se muestra en el gráfico 6.26. Aquellos que reportaron tienen datos principalmente sobre el consumo alguna vez en la vida entre los estudiantes de enseñanza secundaria. El mayor consumo alguna vez en la vida, para América del Norte y el Hemisferio, se registra en los Estados Unidos con el 8,1%, seguido de México y Canadá con registros del 2,7% y el 1,8%, respectivamente. El Salvador y Guatemala son los únicos países de América Central que informaron sobre el consumo de anfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria, con registros de consumo del 0,7% y el 0,8%, respectivamente. En América del Sur, el consumo de anfetamina entre estudiantes de enseñanza secundaria fue reportado por Chile con el 4,4%, Paraguay con el 0,6% y Uruguay con el 0,2%. Llama la atención que entre los tres países con mayores tasas de consumo, los Estados Unidos, Chile y México, los registros son más altos entre las mujeres que entre los hombres. Para el resto de países las diferencias por sexo no suelen ser tan marcadas como se suele observar en otros tipos de drogas.

Gráfico 6.26

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia de vida del consumo de anfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

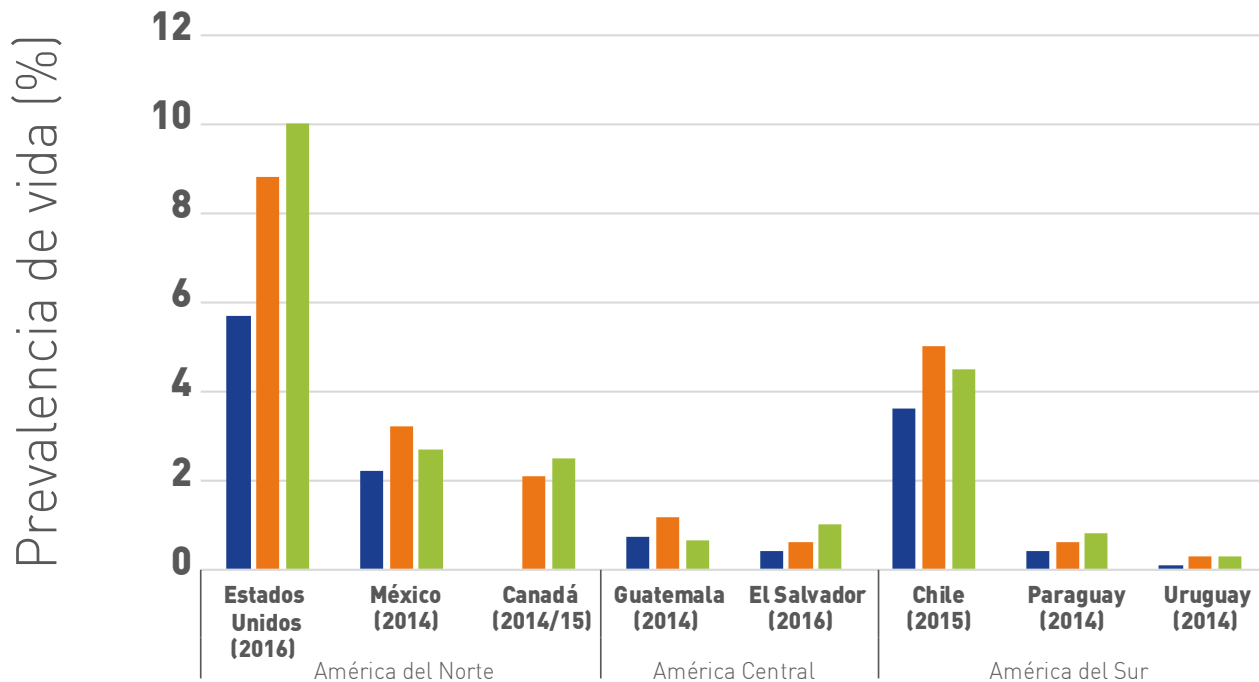


Mientras que en Canadá, El Salvador, los Estados Unidos y Paraguay el consumo de anfetamina, alguna vez en la vida, es más alto en el último año de la educación secundaria y aumenta conforme se pasa desde el 8° grado al 10° y 12° grados, esto no es así en el resto de los países, donde las mayores tasas de consumo se concentran en el 10° grado. Debe tenerse en cuenta; sin embargo, que Canadá no reportó información respecto del 8° grado (gráfico 6.27).

Gráfico 6.27

8° Grado | 10° Grado | 12° Grado

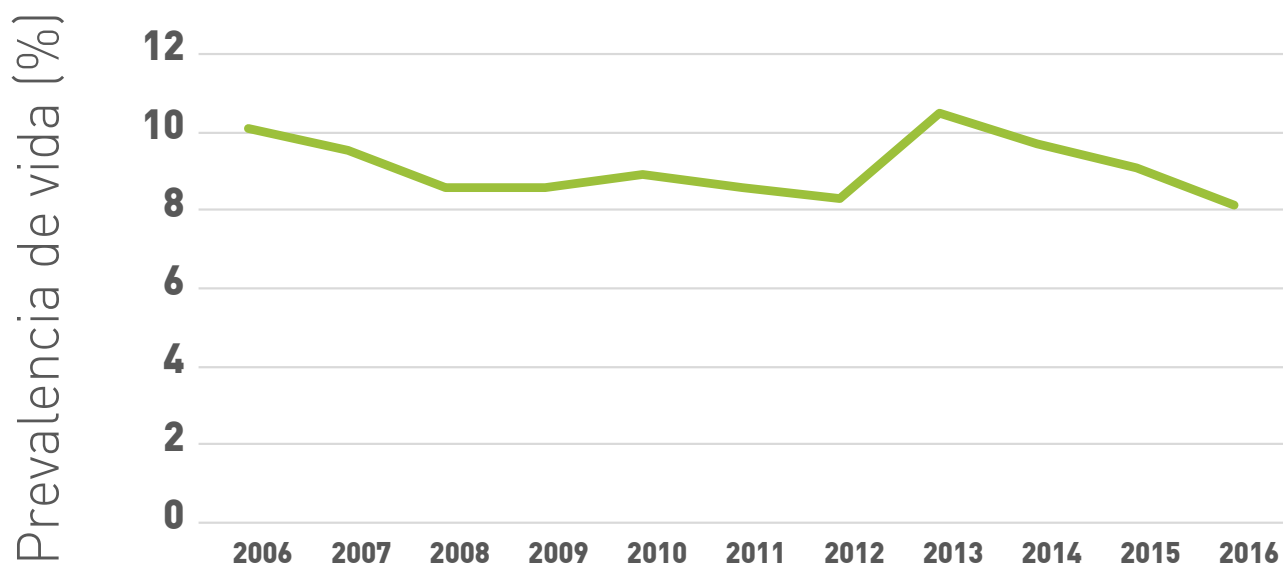
Prevalencia de vida del consumo de anfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria de 8°, 10° y 12° grados, por país, ordenado por subregión



La encuesta *Estudio de Observación del Futuro*⁵⁷ realizada anualmente entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, muestra la tendencia del consumo “alguna vez en la vida” de anfetamina, entre los años 2006 y 2016. En una década de seguimiento, el consumo de anfetamina ha disminuído en dos puntos porcentuales, con registros del 10,1% en 2006 y 8,1% en 2016. El registro más alto de consumo se observa en 2013 con el 10,5%. El registro más bajo de toda la serie es el de 2016 (gráfico 6.28).

Gráfico 6.28

Prevalencia de vida del consumo de anfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, de 8°, 10° y 12° grados combinados, 2006-2016



⁵⁷ *Monitoring the Future*, Op. cit

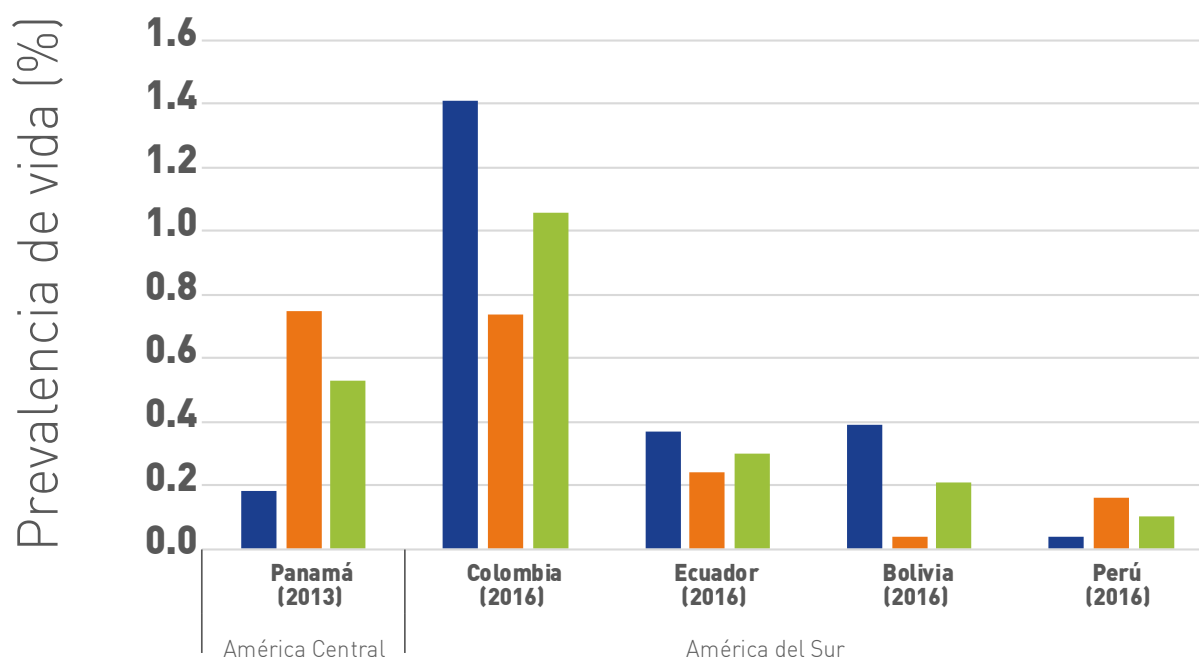
Consumo de anfetamina entre estudiantes universitarios

Panamá es el único país de América Central que reporta consumo de anfetamina “alguna vez en la vida” entre universitarios, con 0,5%. En América del Sur los registros son 1,1% en Colombia, 0,3% en Ecuador, 0,2% en Bolivia y 0,1% en Perú [gráfico 6.29].

Gráfico 6.29

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia de vida del consumo de anfetamina entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



6.2.2 Metanfetamina

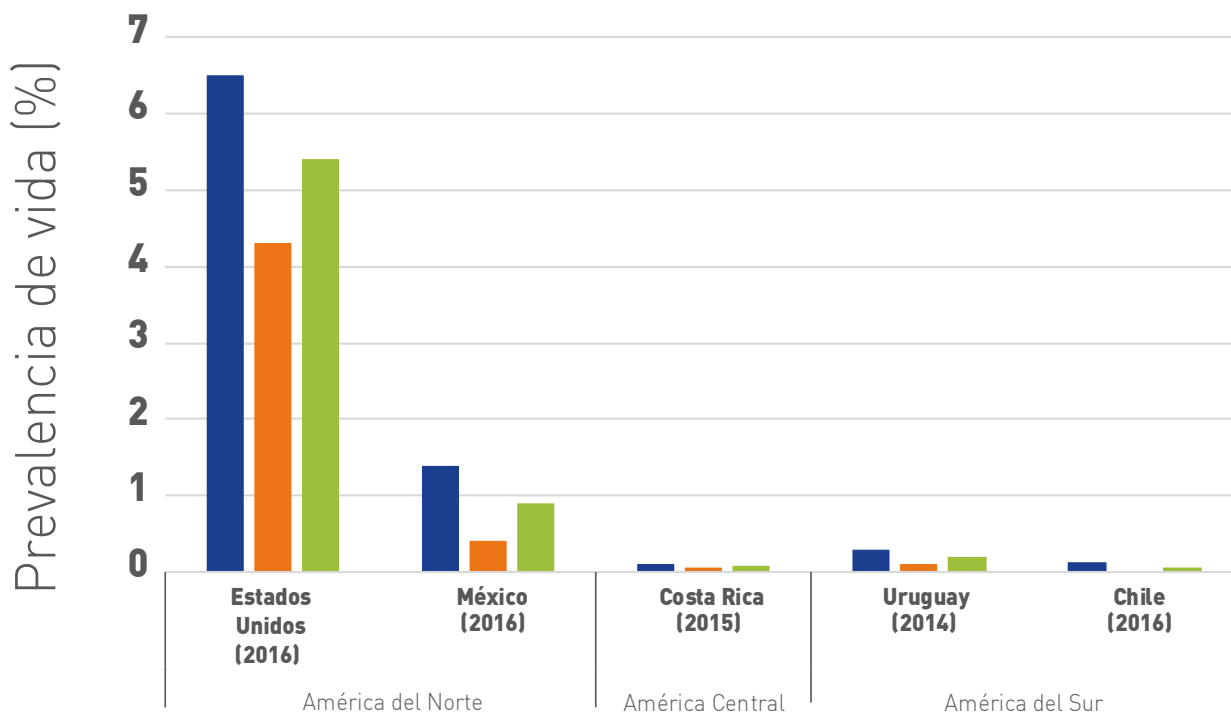
Consumo de metanfetamina en la población general

Los datos de las encuestas en la población general indican que el mayor consumo de metanfetamina en la región se observa en los Estados Unidos con una prevalencia de vida del 5,4%, seguido de México con el 0,9%. Los registros de los otros tres países que reportan información son considerablemente más bajos, con el 0,1% en Chile y Costa Rica y el 0,2% en Uruguay. En todos los países se observa mayor consumo entre los hombres (gráfico 6.30).

Gráfico 6.30

Hombre Mujer Total

Prevalencia de vida del consumo de metanfetamina en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



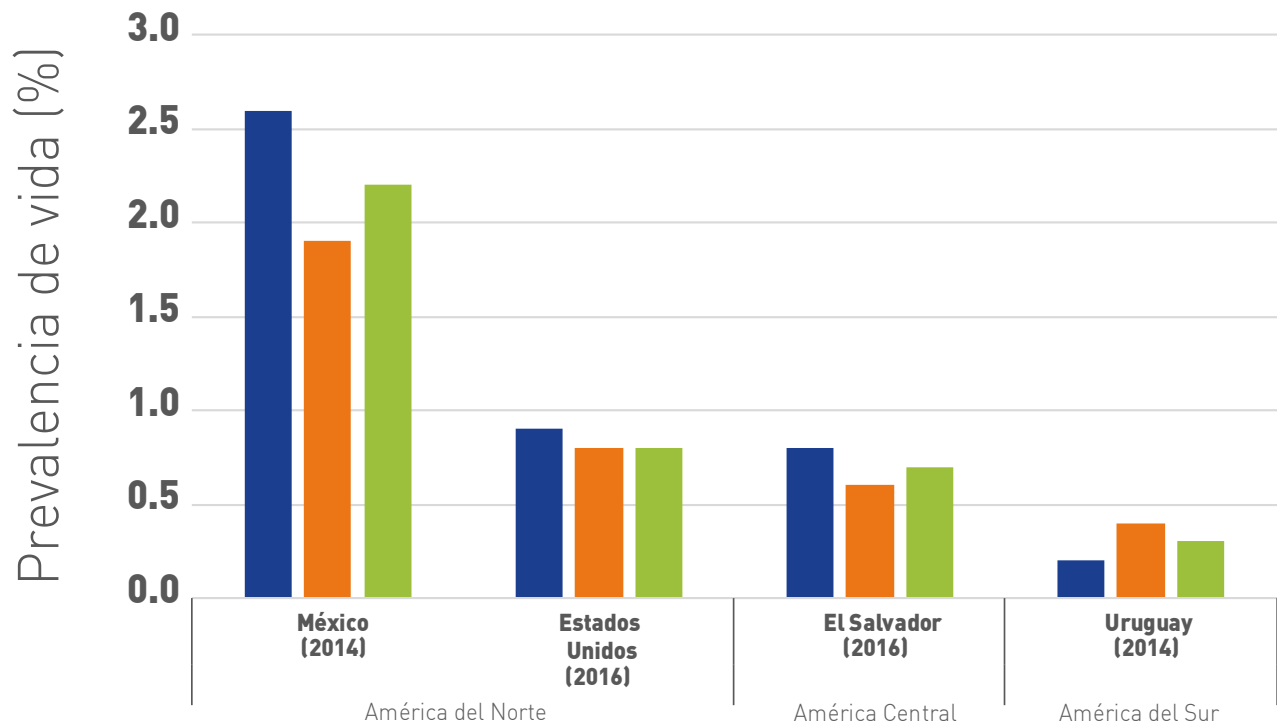
Consumo de metanfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria

Cuatro países de la región reportaron información sobre consumo de metanfetamina. Entre los estudiantes de enseñanza secundaria el registro más alto para la prevalencia de vida se observa en México con el 2,2%, seguido de los Estados Unidos con el 0,8%, El Salvador con el 0,7% y Uruguay con el 0,3%. En los tres primeros países el registro es mayor entre los hombres, mientras que en Uruguay es mayor en las mujeres (gráfico 6.31).

Gráfico 6.31

Hombre | Mujer | Total

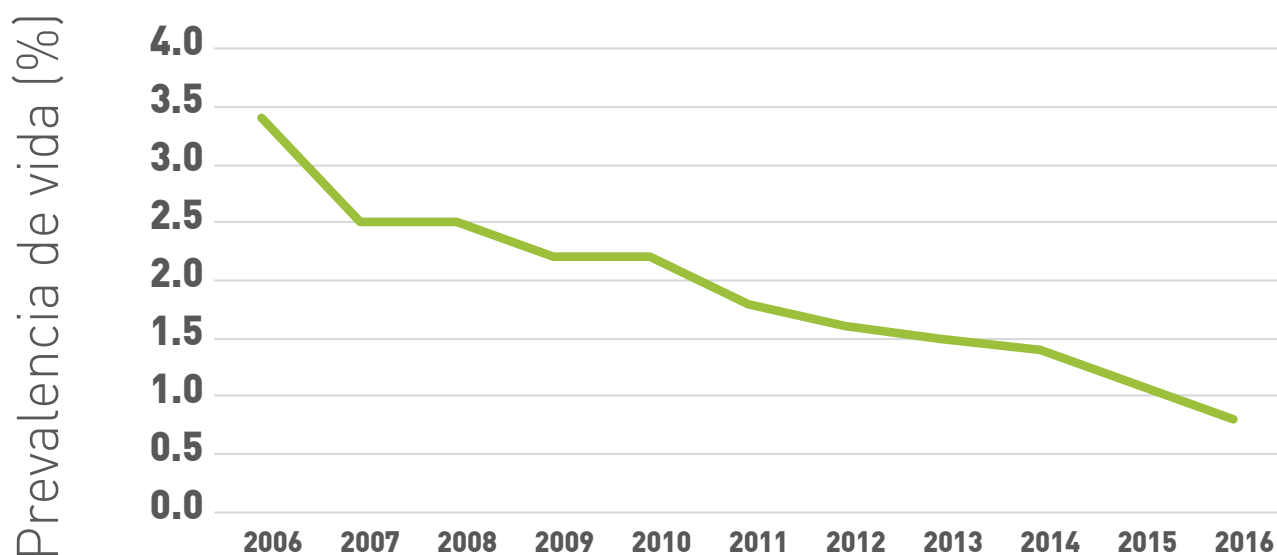
Prevalencia de vida del consumo de metanfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



De acuerdo a la encuesta *Estudio de Observación del Futuro*⁵⁸, la prevalencia de vida del consumo de metanfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos ha disminuído sostenidamente desde el inicio de la serie en 2006, con un registro del 3,4%, hasta el 0,8% en 2016 (gráfico 6.32).

Gráfico 6.32

Prevalencia de vida del consumo de metanfetamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, de 8°, 10° y 12° grados combinados, 2006-2016



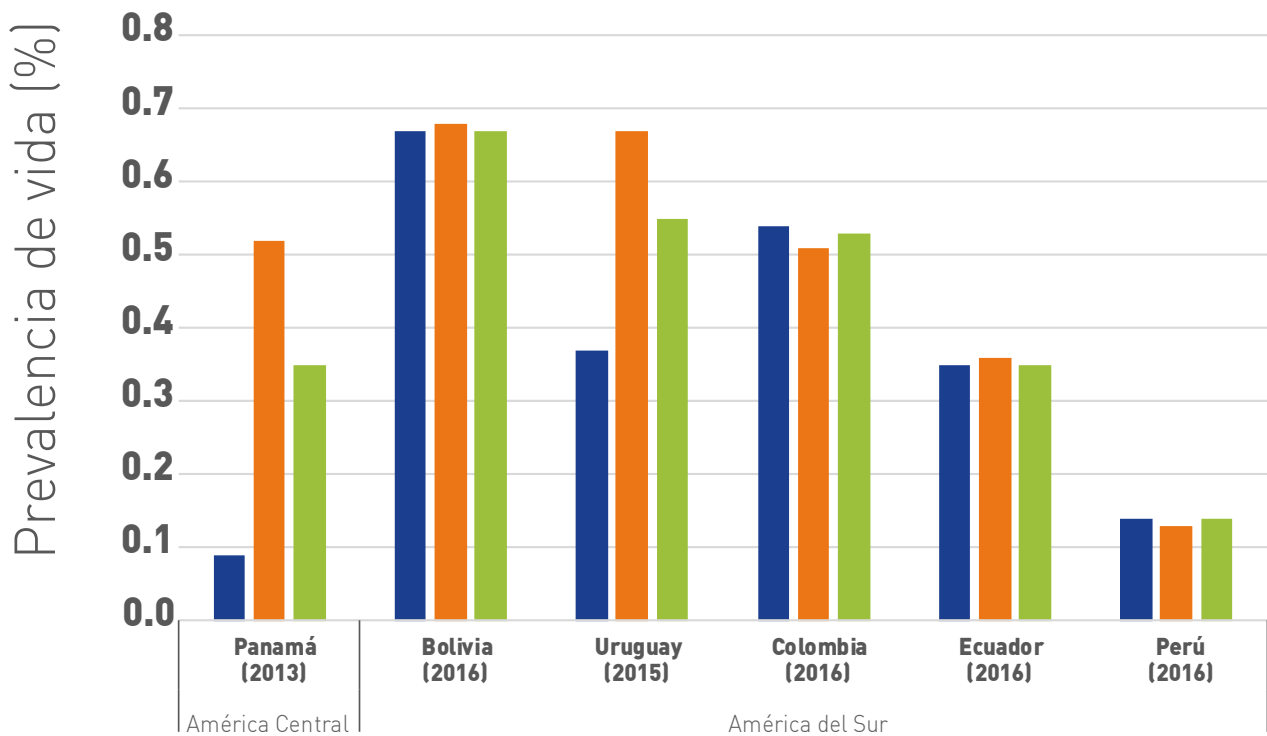
Consumo de metanfetamina entre estudiantes universitarios

Las encuestas a estudiantes universitarios reportaron información sobre el consumo de metanfetamina en seis países del Hemisferio. Panamá registró un 0,35%, donde el consumo entre las mujeres fue mayor y alcanzó al 0,52%, mientras que entre los hombres fue del 0,09%. Los universitarios de Bolivia presentaron el registro más alto entre los países de América del Sur con el 0,67%, con tasas similares en ambos sexos. En Uruguay el registro total fue del 0,55%, reportando que las diferencias por sexo no son estadísticamente significativas. En Colombia el registro total fue del 0,53%, el de Ecuador del 0,35% y el de Perú del 0,14%. En estos tres últimos países los registros por sexo son muy parecidos (gráfico 6.33).

Gráfico 6.33

Hombre Mujer Total

Prevalencia de vida del consumo de metanfetamina entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



CAPÍTULO 7

USO NO PRESCRITO DE MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN CONTROLADA (MPC)

INTRODUCCIÓN

Este capítulo trata sobre el consumo de medicamentos de prescripción controlada (MPC) usados sin una prescripción médica. El consumo de MPC, tanto con y sin prescripción, se está expandiendo. En un gran número de países de las Américas los MPC usados sin prescripción médica son las sustancias controladas que más utilizan los estudiantes de enseñanza secundaria, después del alcohol y la marihuana. Los estudios en poblaciones adultas han investigado los patrones de uso de estos medicamentos, especialmente los tranquilizantes, determinando que la prescripción profesional de medicamentos para el tratamiento es el punto de inicio del consumo, seguido a menudo por la automedicación. La amplia disponibilidad y la falta de control de muchos medicamentos fomentan la expansión de su consumo problemático. Este capítulo se centra en las tres categorías principales de MPC que se utilizan sin prescripción médica: tranquilizantes, estimulantes y analgésicos opioides.

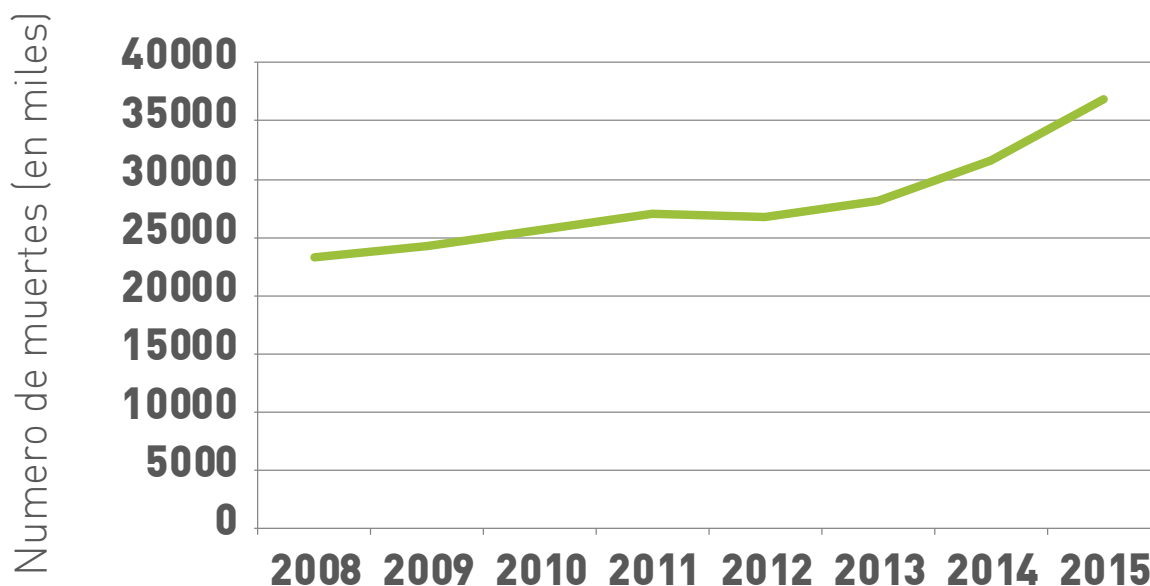
Aunque las muertes debidas a otras drogas han seguido aumentando, los MPC son responsables de más muertes en América del Norte que cualquier otra categoría de drogas.⁵⁹ Como ejemplo, el gráfico 7.1a muestra las muertes por intoxicación con MPC, desglosadas por medicamentos y psicoestimulantes con potencial de abuso.⁶⁰

⁵⁹ U.S. Drug Enforcement Administration (DEA), *2017 National Drug Threat Assessment*.

⁶⁰ Psicoestimulantes con potencial de abuso: incluyen medicamentos como metanfetamina, anfetamina, metilfenidato (Ritalin) y 3, 4-metilendioxi-metanfetamina (MDMA, éxtasis).

Gráfico 7.1a

Número de muertes por intoxicación con MPC en los Estados Unidos, 2008-2015



Fuente: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC), EE.UU.

Nota: Este gráfico combina las categorías de los CDC para “medicamentos” y “psicoestimulantes con potencial de abuso”.

7.1 Tranquilizantes

Los tranquilizantes abarcan diversos fármacos, tales como los barbitúricos, las benzodiazepinas y los medicamentos para dormir, que son conocidos bajo una amplia gama de nombres comerciales y de la calle. Los tranquilizantes producen un efecto calmante que disminuye la actividad cerebral y se utilizan a menudo para el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del sueño; sin embargo, pueden producir efectos secundarios para la salud, como somnolencia, dificultad para hablar, problemas de concentración y confusión, problemas de memoria y movimiento, disminución de la presión arterial y respiración lenta.

Entre los medicamentos tranquilizantes más usados en las Américas se encuentran las benzodiazepinas. Corresponden a un grupo de medicamentos para tratar problemas como la ansiedad, el insomnio y las convulsiones; sin embargo, el consumo crónico de benzodiazepinas puede llevar a desarrollar tolerancia y provocar adicción. Desde hace algunos años el consumo de benzodiazepinas con fines no médicos figura como uno de los factores involucrados en una cifra creciente de muertes e incidencias negativas en América del Norte y Europa.⁶¹

⁶¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Global SMART Update Vol. 18, septiembre, 2017: *El Uso de las Benzodiazepinas con Fines No Médicos ¿Una Amenaza para la Salud Pública?* (Viena: Naciones Unidas, 2017)

En los Estados Unidos el uso no médico de benzodiacepinas combinadas con opioides recetados está detrás de numerosas muertes por sobredosis. El alprazolam y diazepam estuvieron entre los diez medicamentos más frecuentemente involucrados en muertes por sobredosis relacionadas con medicamentos en los Estados Unidos, entre 2010 y 2014. En más del 95% de los casos también estuvieron involucrados otros dos medicamentos. El medicamento más frecuentemente utilizado, simultáneamente con alprazolam y diazepam, fue el opioide oxicodona.⁶²

Algunos países también han registrado la aparición de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) que pertenecen al grupo de las benzodiacepinas, vendidas bajo nombres como “benzodiacepinas legales”, “benzodiacepinas de diseño” y “productos químicos de investigación”. El uso de cualquiera de estas sustancias plantea una seria amenaza para la salud pública, especialmente debido a la falta de información sobre sus perfiles farmacológicos y toxicológicos, y al gran número de muertes por sobredosis.⁶³ Sobre la base de la información de los diferentes sistemas de alerta temprana, la mayoría de las benzodiacepinas distribuidas en el mercado de drogas ilícitas se han desviado del comercio legítimo de medicamentos (revisar el Capítulo 8, referido a las NSP).

En los estudios poblacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas realizados con la utilización de protocolos del SIDUC, se pregunta sobre el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica. Los nombres varían de acuerdo al país, incluyéndose alprazolam, diazepam (Valium), flunitracepam (Rohipnol), clordiazepóxico (Librium), rivotril, alplax y lexotanil (Bromazepam). Cada uno de estos medicamentos deben ser usados solo con una prescripción y bajo la supervisión de un médico, pero se usan con frecuencia sin prescripción y sin supervisión.

⁶² Warner, M., et al., *Drugs Most Frequently Involved in Drug Overdose Deaths: United States, 2010-2014*. (Atlanta: CDC, National Center for Health Statistics, 2016)

⁶³ Ibid.

7.1.1 Consumo de tranquilizantes en la población general

En 14 países se cuenta con información sobre el consumo de psicofármacos tranquilizantes sin prescripción médica. En seis de ellos la prevalencia oscila entre el 1,5% y el 2,2% y en cinco es inferior al 0,5% (gráfico 7.1). El análisis según el sexo indica un patrón de uso mayoritariamente en mujeres. La excepción la constituyen los dos únicos países del Caribe (Las Bahamas y Jamaica), donde no hay registro de prevalencia de consumo entre mujeres. En Bolivia, país de relativamente alta prevalencia, y en Colombia, el uso es mayor entre los hombres. En México se observa paridad por sexo, con prevalencias bajas (gráfico 7.2).

Gráfico 7.1

Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en la población general, por país, ordenado por subregión

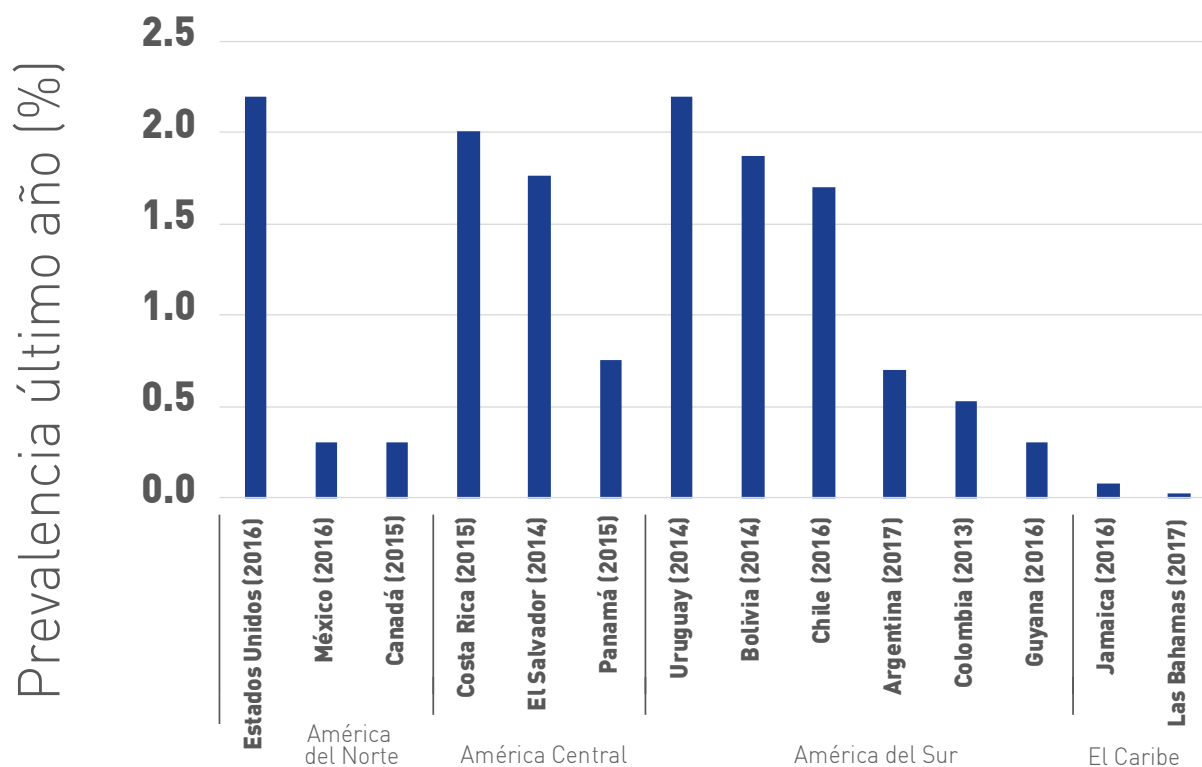
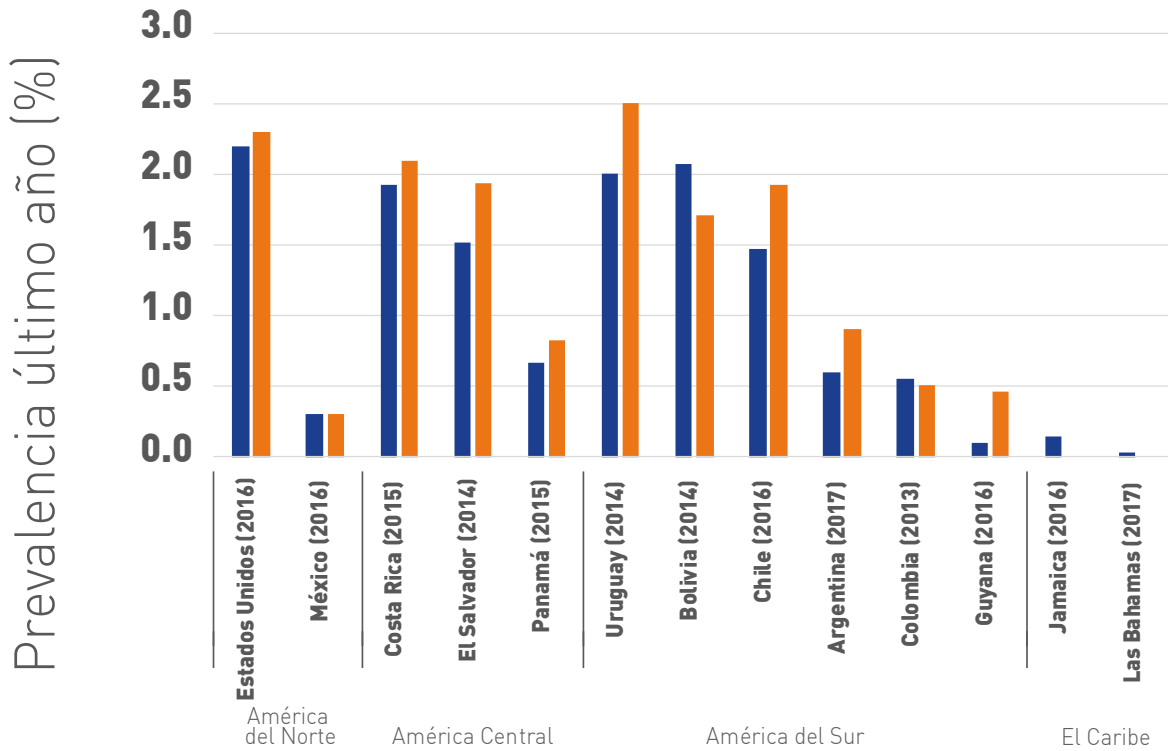


Gráfico 7.2

Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en la población general según el sexo, por país, ordenado por subregión

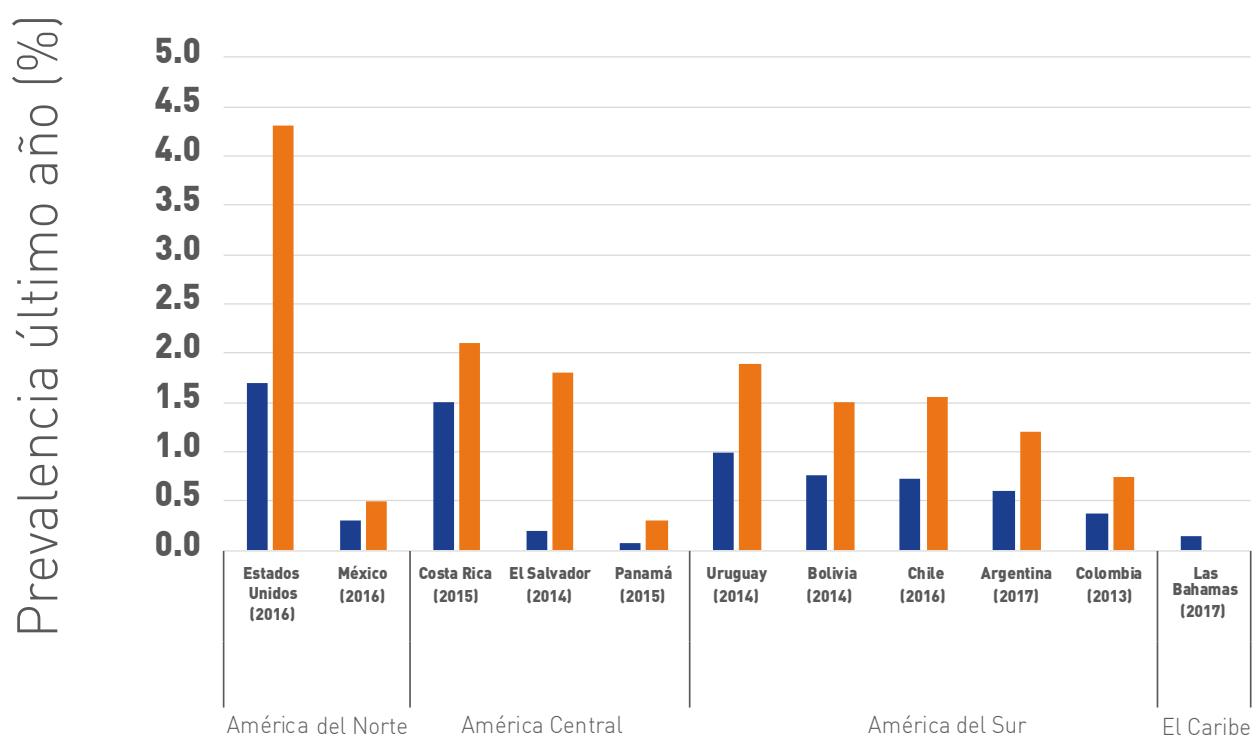


La prevalencia en dos grupos de edad, adolescentes de 12 a 17 y adultos jóvenes de 18 a 34 años, según resultados de las encuestas de hogares, se muestra en el gráfico 7.3. Los datos indican que el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica es mayor entre adultos jóvenes (18 a 34 años) que entre adolescentes (12 a 17 años).

Gráfico 7.3

12 a 17 | 18 a 34

Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en la población general, según grupo etario, por país, ordenado por subregión

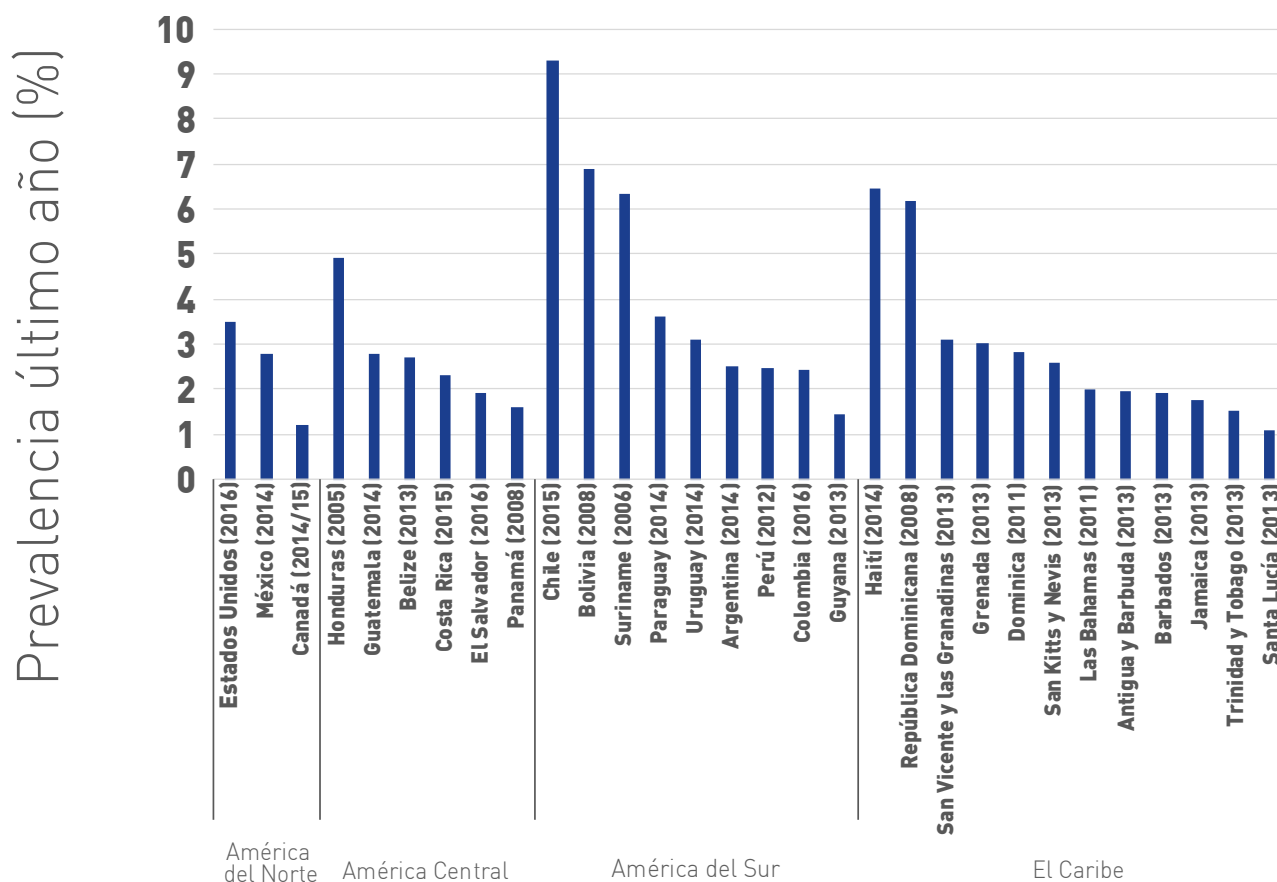


7.1.2 Consumo de tranquilizantes entre los estudiantes de enseñanza secundaria

El uso de medicamentos tranquilizantes, sin prescripción médica, está extendido en los países de las Américas. Los niveles de consumo varían del 1% a más del 9%. Tres países de América del Sur (Bolivia, Chile y Suriname) y dos países del Caribe (Haití y República Dominicana) tienen las mayores tasas, que superan el 6%. En seis países se observa una prevalencia intermedia, que oscila entre el 3% y el 6%: Honduras, los Estados Unidos, Grenada, Paraguay, San Vicente y las Granadinas y Uruguay (gráfico 7.4).

Gráfico 7.4

Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión

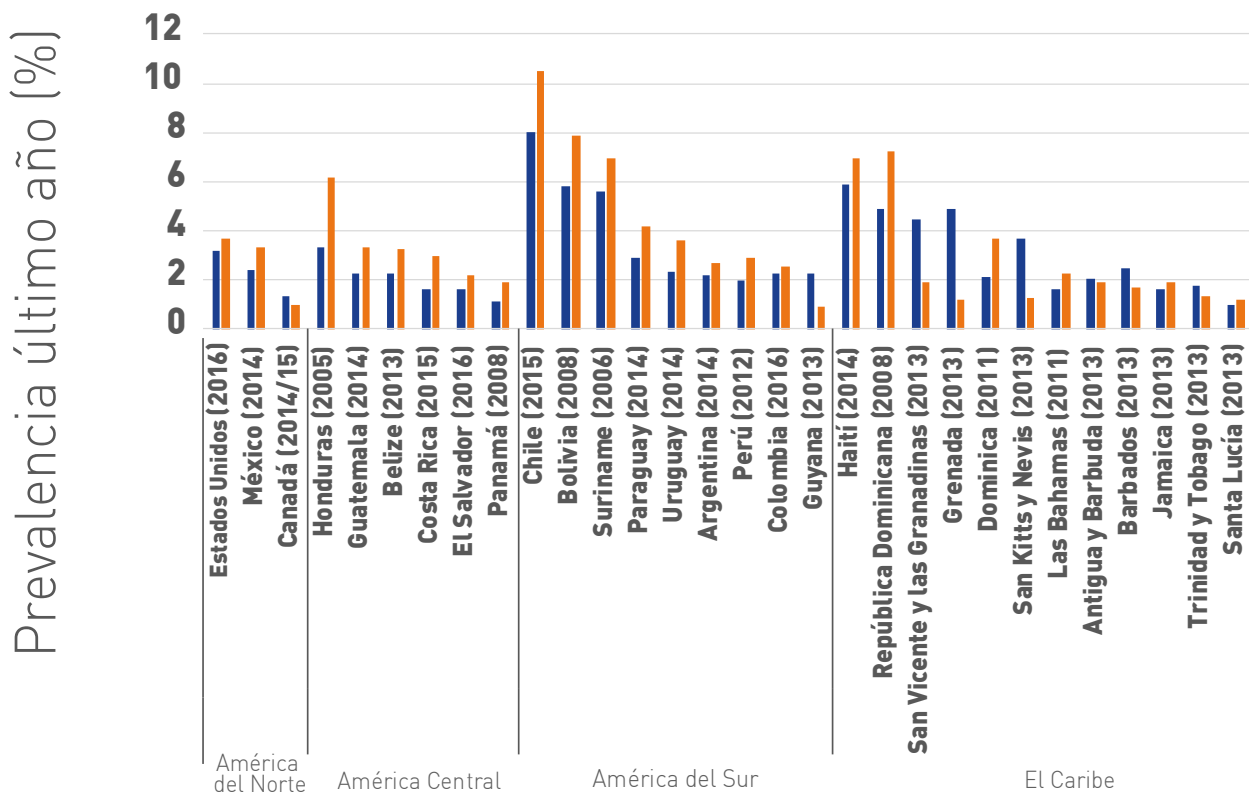


En el gráfico 7.5, sobre el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica por sexo, se concluye que es un patrón de consumo asociado a mujeres, sobre todo en los países de América Central y América del Sur. Por ejemplo, en países como Costa Rica y Honduras, el consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre mujeres es casi el doble que entre los hombres. En América del Norte, solamente en Canadá la prevalencia es mayor en los hombres. Guyana es la excepción en la subregión de América del Sur. En cambio en el Caribe, la mitad de los países tiene mayor prevalencia entre los hombres y la otra mitad entre las mujeres.

Gráfico 7.5

Hombre | Mujer

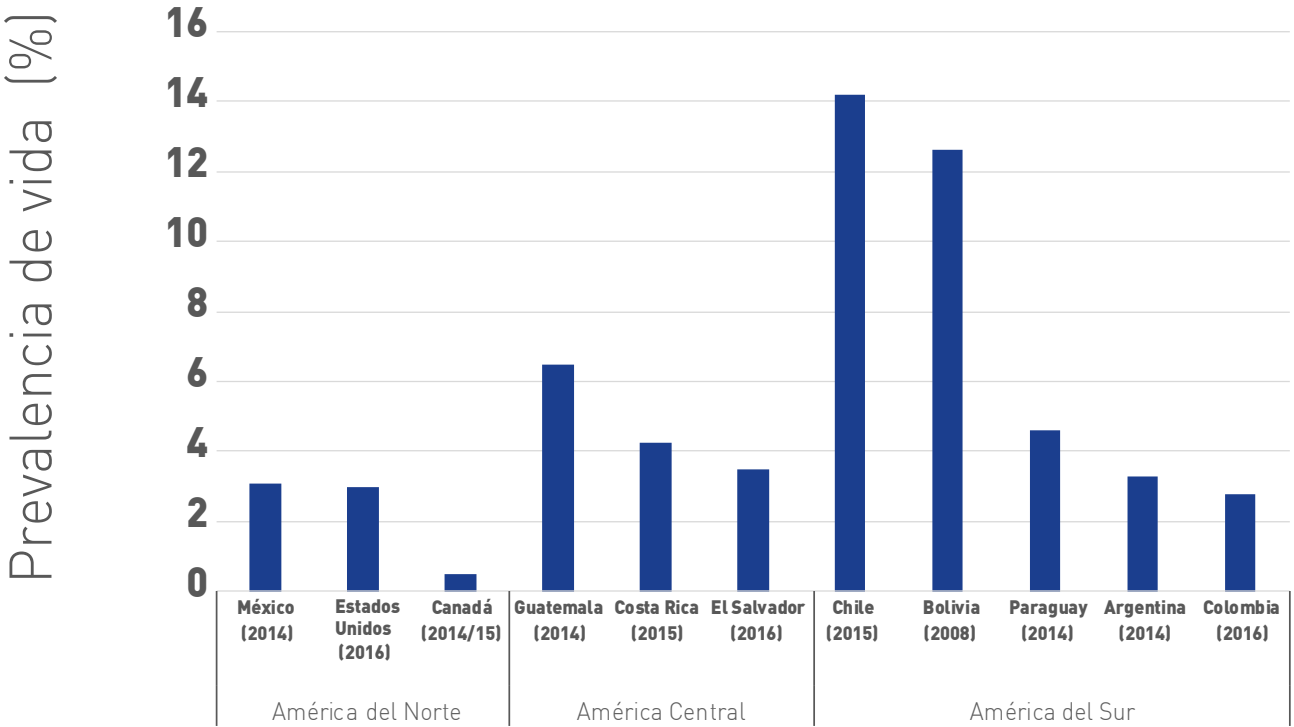
Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo, por país, ordenado por subregión



En el gráfico 7.6 se muestra la prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes de los estudiante de 8° grado, evidenciando un aspecto de mayor gravedad en esta población. Bolivia y Chile agudizan este problema al presentar tasas superiores al 12% entre estudiantes de 12 a 13 años de edad. No todos los países reportaron información sobre consumo de tranquilizantes en 8° grado.

Gráfico 7.6

Prevalencia de vida del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre los estudiantes de 8° grado o equivalente, por país, ordenado por subregión



El gráfico 7.7 muestra la prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes por grados. El consumo aumenta en los niveles de grado superior, como se muestra claramente en Canadá, El Salvador, Paraguay y los Estados Unidos. En el resto de los países, el mayor nivel de consumo se observa en los estudiantes de 10º grado, excepto en Argentina, donde la prevalencia del último año de 10º y 12º grados es la misma. No todos los países reportan el consumo de tranquilizantes por grados.

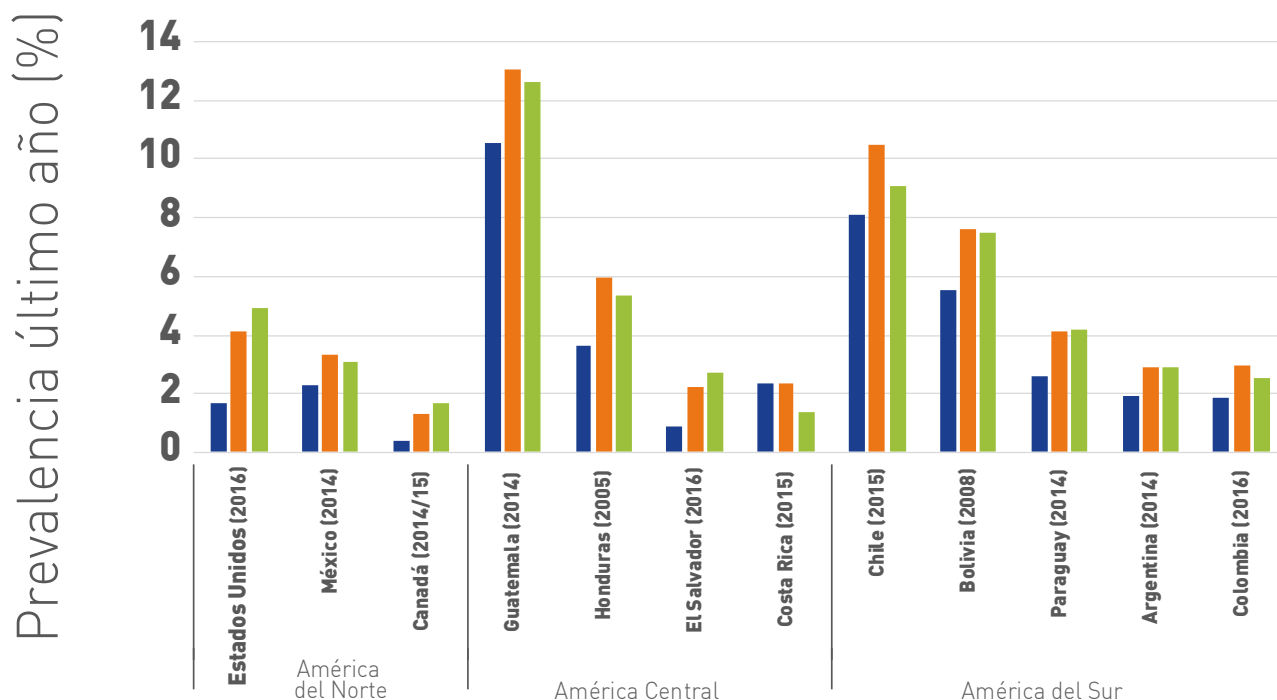
Gráfico 7.7

8º Grado

10º Grado

12º Grado

Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en la población general los estudiantes de enseñanza secundaria, según grados, por país, ordenado por subregión



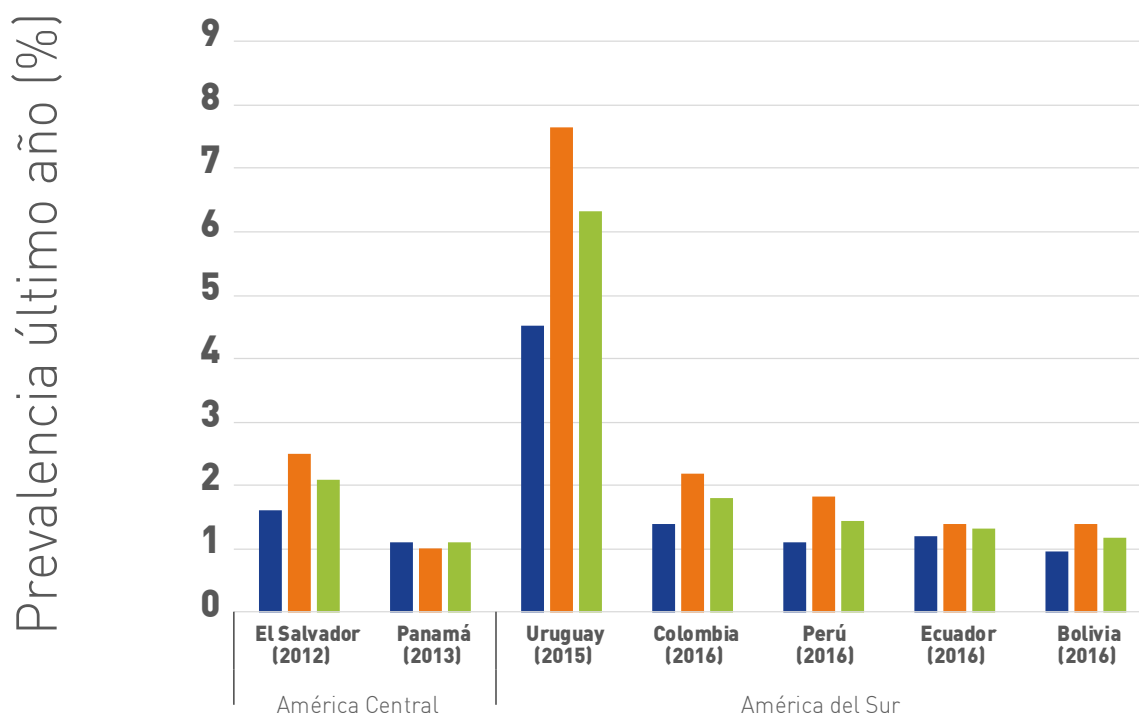
7.1.3 Consumo de tranquilizantes entre estudiantes universitarios

La prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre los estudiantes universitarios de Uruguay fue de 6,3%, llegando al 7,7% entre las mujeres. La prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre los estudiantes universitarios fue inferior al 2% en cinco de los siete países presentados en el gráfico 7.8. El uso de tranquilizantes sin prescripción médica es mayor entre las mujeres en todos los países para los cuales hay información disponible, con la excepción de Panamá.

Gráfico 7.8

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica entre estudiantes universitarios según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



7.2 Estimulantes

Los medicamentos estimulantes son sustancias que incrementan el estado de agudeza mental, la atención y la energía. Históricamente han sido prescritos para tratar el asma y otros problemas respiratorios, la obesidad, diversos trastornos neurológicos y una variedad de otras enfermedades. Suelen generar un aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la glucosa sanguínea, comprimiendo los vasos sanguíneos y abriendo las vías del sistema respiratorio. Entre los medicamentos estimulantes más usados están las anfetaminas (Adderall y Dexedrina) y el metilfenidato (Concerta y Ritalina).⁶⁴

Al hacerse evidente su potencial para el abuso y la adicción, los médicos han comenzado a disminuir la prescripción de estimulantes. En la actualidad los medicamentos estimulantes solamente se prescriben para tratar unas pocas enfermedades, en particular el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), la narcolepsia y, en algunos casos, la depresión cuando esta no responde a otros tratamientos.⁶⁵

Las dosis altas de medicamentos estimulantes pueden resultar en un latido irregular del corazón y una temperatura corporal peligrosamente alta, además de existir la posibilidad de que se produzca insuficiencia cardiovascular o convulsiones. Algunas personas pueden ponerse hostiles o tener paranoia cuando toman dosis altas de ciertos medicamentos estimulantes o los toman repetidamente.⁶⁶

7.2.1 Consumo de estimulantes en la población general

Muy pocos países de la región proporcionaron información sobre el consumo de medicamentos estimulantes usados sin prescripción médica, según las encuestas realizadas en la población general. En los Estados Unidos la prevalencia del último año del consumo de este tipo de fármacos registró un 2,1% y en Canadá un 0,3%, dando cuenta que en América del Norte el consumo de este tipo de medicamentos en la población general está mucho más generalizado en los Estados Unidos que en Canadá. Costa Rica, con una prevalencia del último año del 1,7% presenta registros mucho más altos que El Salvador con el 0,4% y Panamá con el 0,05%. En América del Sur Bolivia y Chile presentan una prevalencia del último año de consumo del 0,3%, seguido de Argentina con el 0,1%. En el Caribe sólo Jamaica con el 0,1% reportó información sobre la prevalencia del último año de consumo de medicamentos estimulantes. Las Bahamas recolectó esta información (no mostrada en el gráfico), pero se reportó una prevalencia de 0,0%. La información por sexo indica que con la excepción de Chile, donde el registro de consumo es más alto entre las mujeres, en el resto de países las tasas de consumo de los hombres son más altas (gráfico 7.9).

El gráfico 7.10 presenta la información de consumo de medicamentos estimulantes por grupo etario. En seis de los diez países con información disponible se observan tasas de consumo más altas en el grupo etario de 18 a 34 años. En el caso de Las Bahamas (no mostrada en el gráfico) se registró una prevalencia del 0,0% en todos los grupos etarios.

⁶⁴ U.S. National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Prescription Stimulants*. (Rockville: National Institutes of Health, 2018).

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ *Prescription Stimulants*, Op. cit.

Gráfico 7.9

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de estimulantes sin prescripción médica en la población general, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión

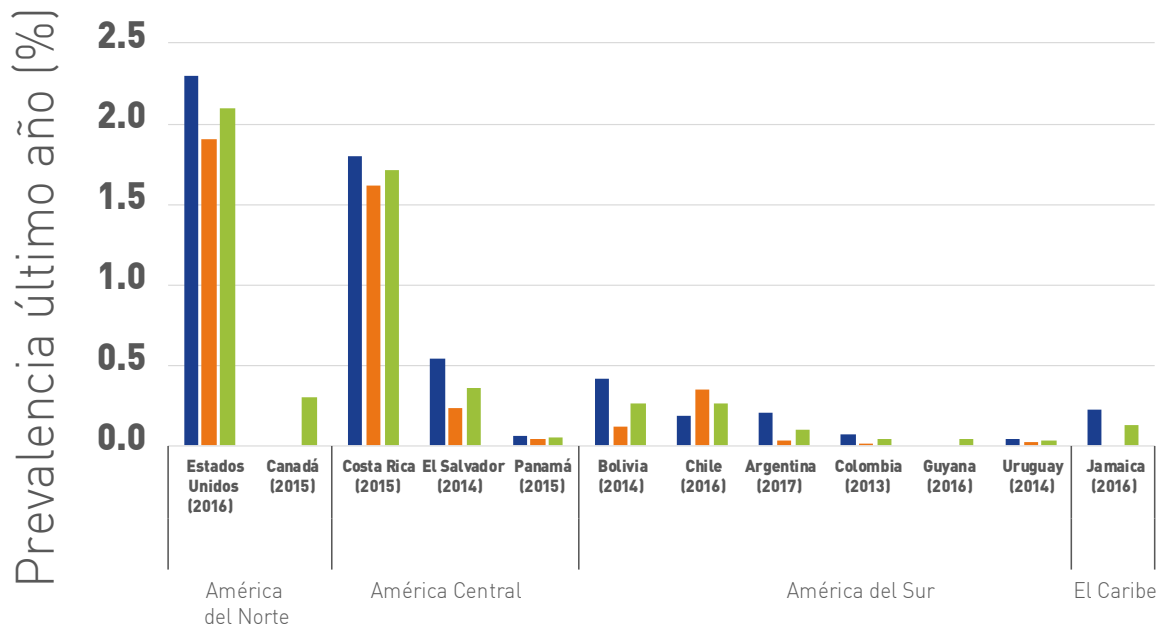
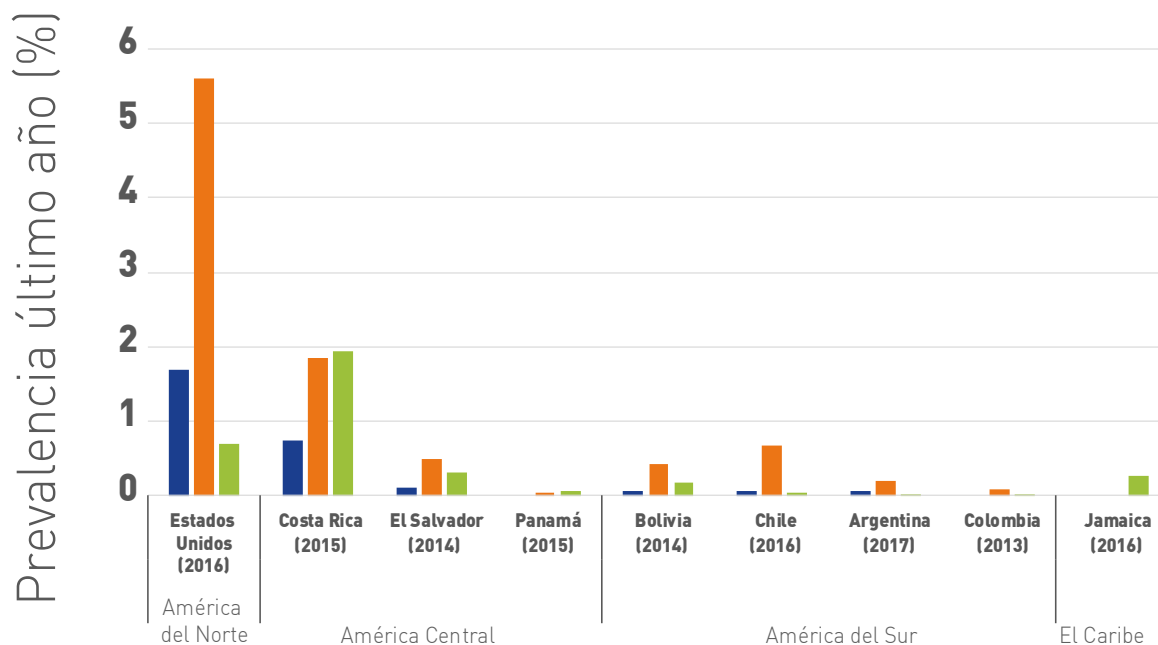


Gráfico 7.10

12 a 17 18 a 34 35 a 64

Prevalencia del último año de consumo de estimulantes sin prescripción médica en la población general, según grupo etario, por país, ordenado por subregión

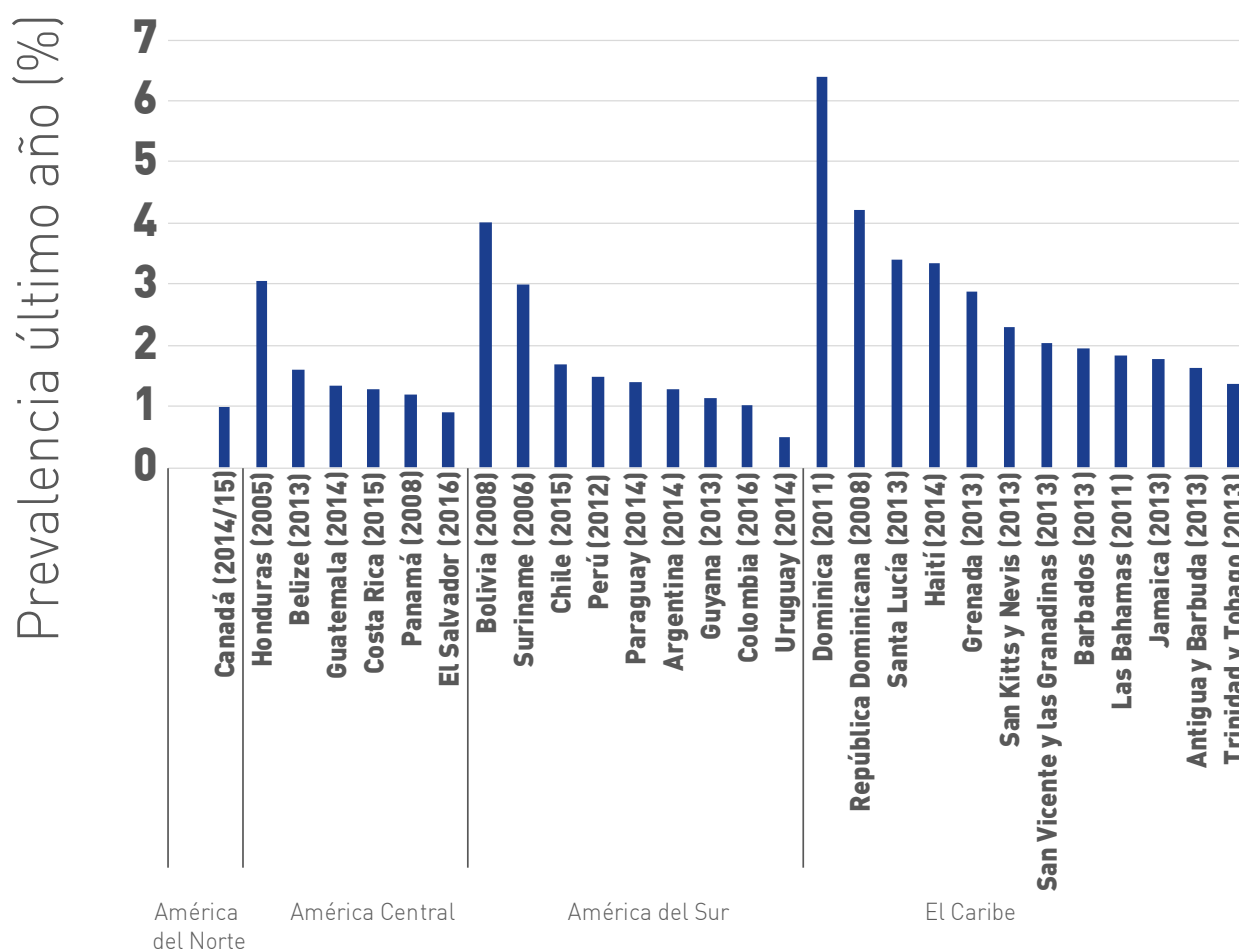


7.2.2 Consumo de estimulantes entre los estudiantes de enseñanza secundaria

El uso de medicamentos estimulantes, sin prescripción médica, está muy extendido y generalizado en los países de las Américas. El gráfico 7.11 muestra la prevalencia del último año de consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción médica entre los estudiantes de enseñanza secundaria. En América del Norte sólo se dispone de la información de Canadá, cuyo registro es del 1%. En América Central el mayor consumo se informó desde Honduras con el 3,1%, seguido de Belize con el 1,6%, mientras que la menor tasa de consumo se observa en El Salvador con el 0,9%. En América del Sur el mayor consumo fue informado por Bolivia con el 4%, seguido de Suriname con el 3%. En el resto de países las tasas de consumo se encuentran entre el 1% y el 2%, con la excepción de Uruguay con el 0,6%, que es además el registro más bajo de todo el Hemisferio. Dominica registra el mayor consumo a nivel del Caribe y del Hemisferio con el 6,4%, seguido por República Dominicana con el 4,2%. El menor registro en el Caribe es el de Trinidad y Tobago con el 1,4%.

Gráfico 7.11

Prevalencia del último año de consumo estimulantes sin prescripción médica entre los estudiantes de enseñanza secundaria, por país, ordenado por subregión

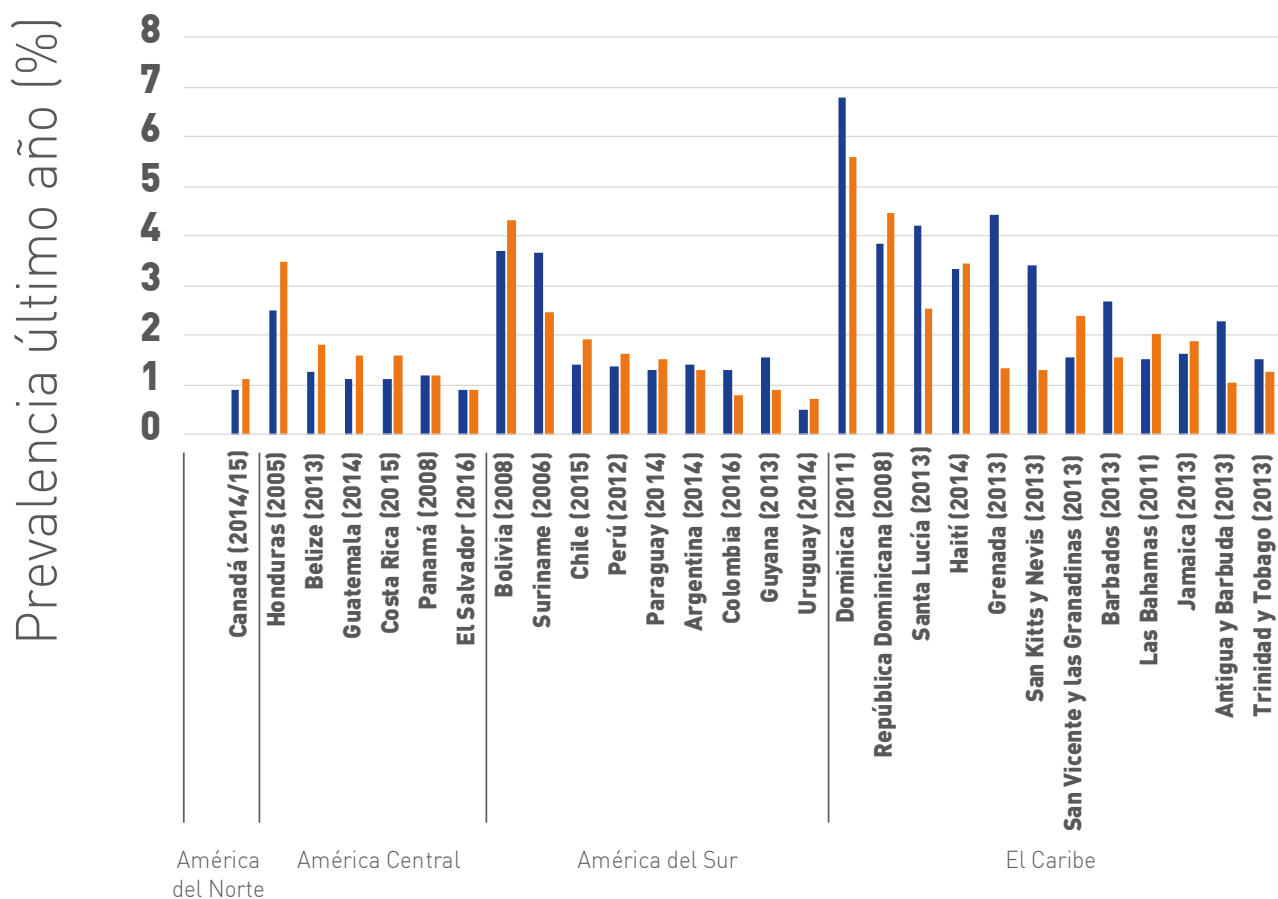


El gráfico 7.12 muestra la prevalencia del último año de consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción médica entre los estudiantes de enseñanza secundaria según el sexo. En 15 de los 28 países que proporcionaron información, el consumo es mayor entre las mujeres. En Panamá y El Salvador no existe diferencia entre el consumo de hombres y mujeres. En 11 países la prevalencia del último año del consumo de los hombres supera la de mujeres, siete de ellos en el Caribe.

Gráfico 7.12

Hombre Mujer

Prevalencia del último año de consumo de estimulantes sin prescripción médica entre los estudiantes de enseñanza secundaria, según el sexo, por país, ordenado por subregión



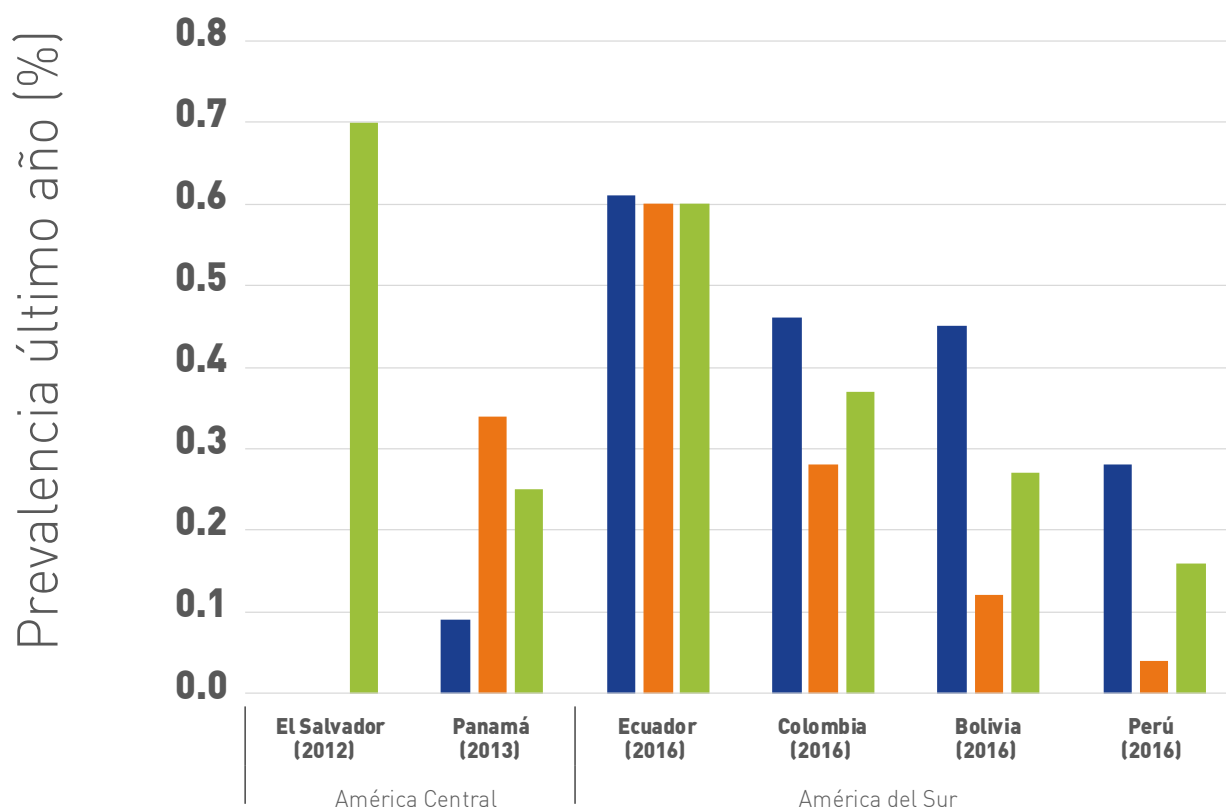
7.2.3 Consumo de estimulantes entre estudiantes universitarios

Sólo seis países reportaron información sobre la prevalencia del último año de consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción médica, de acuerdo a encuestas entre estudiantes universitarios. En América Central el registro más alto se observó en El Salvador, con el 0,7%, seguido de Panamá con el 0,3%. En los países de América del Sur el mayor registro fue de Ecuador con el 0,6%, seguido de Colombia con el 0,4%, Bolivia con el 0,3% y Perú con el 0,2%. Con la excepción de Ecuador, donde no se observan grandes diferencias por sexo, y en Panamá donde el consumo fue mayor entre las mujeres, el consumo de medicamentos estimulantes entre estudiantes universitarios es mayor en los hombres que entre las mujeres. El Salvador sólo reportó información para el total de los estudiantes (gráfico 7.13).

Gráfico 7.13

Hombre | Mujer | Total

Prevalencia del último año de consumo de medicamentos estimulantes sin prescripción médica entre estudiantes universitarios, según el sexo y total, por país, ordenado por subregión



7.3 Analgésicos opioides

De acuerdo con información reportada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, los opioides --que incluyen opioides recetados, heroína y fentanilo-- estuvieron involucradas en el 63% de las aproximadamente 52.000 muertes por sobredosis de drogas en los Estados Unidos en 2015. Esto equivale a 91 muertes por sobredosis de opioides cada día. Si bien los datos recientes sugieren que los abusos de opioides disminuyeron en algunas áreas, el número de individuos que informan sobre el consumo actual de estas drogas es aún más que aquellos que informan sobre el uso de cocaína, heroína, metanfetamina, MDMA y fenciclidina (PCP) combinados.⁶⁷

En los Estados Unidos los analgésicos opioides son la segunda causa más común para buscar tratamiento por problemas de drogas después de la marihuana. En 2014 se reportaron 128.175 admisiones a tratamiento sólo considerando los centros de tratamiento públicos. El fentanilo se ha convertido en una epidemia por sí mismo.⁶⁸ El fentanilo es un opioide sintético muy potente, usado en medicina como analgésico. Se considera que es 50 veces más potente que la heroína y 100 veces más potente que la morfina. Es un medicamento controlado de acuerdo con las Convenciones de las Naciones Unidas y se encuentra en la Lista II. Esto significa que está disponible, legalmente, sólo a través de una receta médica no reutilizable (receta retenida). Después de ser introducido hace más de 50 años como anestésico intravenoso, el fentanilo fue aprobado a principios de la década de 1990 para tratar el dolor severo (típicamente para pacientes con cáncer avanzado). A pesar de su utilidad como medicamento, el fentanilo producido ilícitamente está cada vez más disponible en los Estados Unidos.

La combinación de su extrema potencia y la facilidad de acceso a la droga han hecho que el fentanilo sea cada vez más común entre los consumidores de drogas de los Estados Unidos. Los distribuidores a menudo lo mezclan con heroína o cocaína, intencionalmente y/o al menos sin el conocimiento del usuario, para aumentar sus efectos eufóricos. De acuerdo con un informe del CDC, del año 2016, hubo 5.544 muertes por sobredosis de opioides sintéticos fabricados ilícitamente en los Estados Unidos en 2014, lo que significa un aumento del 79% con relación al año anterior.⁶⁹

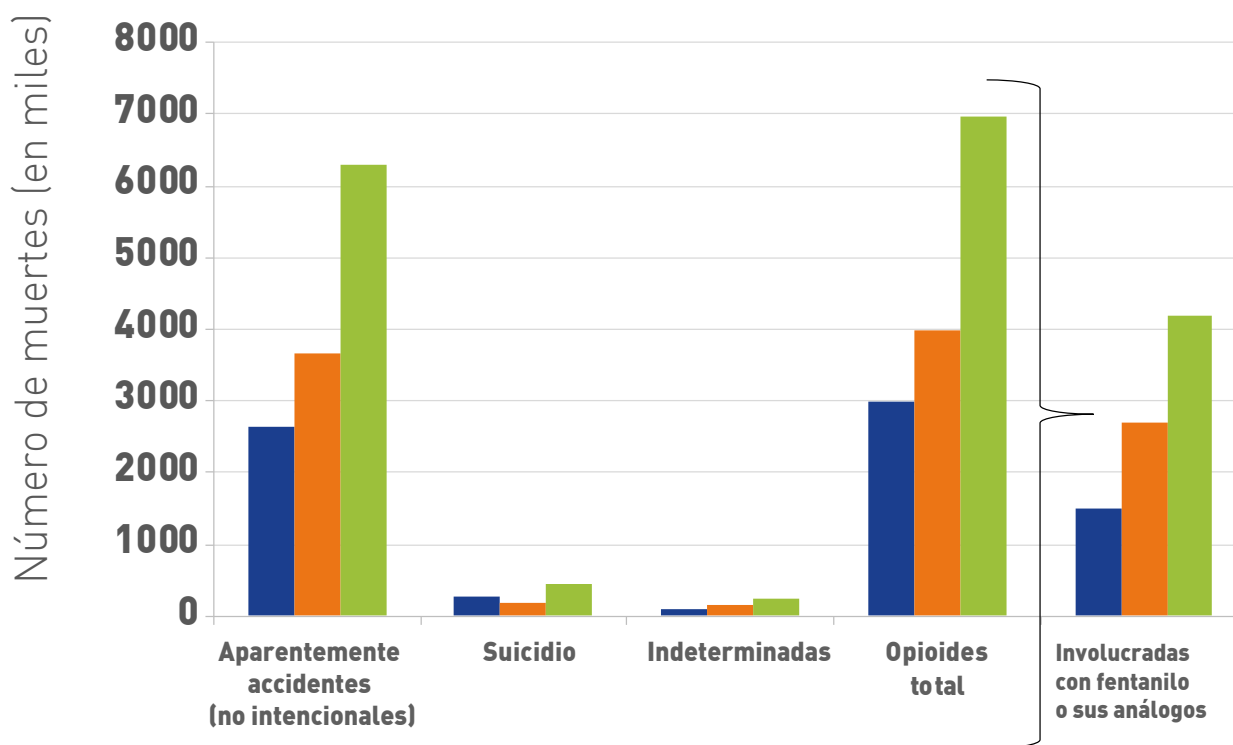
⁶⁷ U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics. *Underlying Cause of Death on CDC Wide-Ranging Online Data for Epidemiology for Research, 2015*. (Atlanta: National Center for Health Statistics, 2015)

⁶⁸ *Underlying Cause of Death on CDC Wide-Ranging Online Data for Epidemiology for Research, 2015*, Op. cit.

⁶⁹ 2017 National Drug Threat Assessment, Op. Cit.

Los datos de Canadá indican que entre 2016 y 2017 hubo un total de 6.965 vidas perdidas debido a claras sobredosis relacionada con los opioides. De ellas, 3.987 muertes claramente relacionadas con opioides ocurrieron en 2017 (alrededor de 11 muertes diarias). Esto representa un incremento del 34% con relación a las 2.978 muertes en 2016. Del total de muertes atribuibles a opioides, 92% fueron aparentemente accidentales (involuntarias), 4% por suicidio y el restante 4% no determinadas. El 68% de tales muertes accidentales, claramente relacionadas con opioides, involucraron análogos de fentanilo o fentanilo, en comparación con el 50% en 2016. La mayoría de estas muertes ocurrieron entre los hombres (76%) y en los individuos con edades entre 30 y 39 años (27%), seguido por el grupo etario de 40 a 49 años con el 22% y el de 20 a 29 años con el 20%. Este último grupo aumentó dos puntos porcentuales con relación al 18% en 2016.⁷⁰ La información del Gobierno de Canadá indica que en promedio 17 personas fueron hospitalizadas cada día debido a intoxicaciones por opioides en 2017, lo que implica un aumento con relación a las 16 personas por día en 2016. El número de muertes accidentales con análogos del fentanilo o fentanilo aumentó en un 81% entre 2016 y 2017.⁷¹

Gráfico 7.14 | 2016 | 2017 | Total de muertes 2016 - 2017
Muertes relacionadas con opioides en Canadá, 2016 y 2017



Fuente: Comité Asesor Especial sobre la Epidemia de Sobredosis de Opioides. Informe nacional: muertes claramente relacionadas con opioides en Canadá (enero de 2016 a diciembre de 2017). Informe publicado en sitio web. Ottawa: Agencia de Salud Pública de Canadá; junio de 2018.

⁷⁰ Special Advisory Committee on the Epidemic of Opioid Overdoses, *National report: Apparent Opioid-related Deaths in Canada (January 2016 to December 2017)*, [Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2018]

⁷¹ Ibid.

CAPÍTULO 8

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NSP)

INTRODUCCIÓN

El mercado de las drogas ilícitas se ha caracterizado por la aparición de varias nuevas sustancias que a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente. En un esfuerzo por promover una terminología común para identificarlas, UNODC utiliza únicamente el término “nuevas sustancias psicoactivas” (NSP), definidas como “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, ni por el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971,⁷² pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública”. El término “nuevas” no se refiere necesariamente a nuevas invenciones -- varias NSP fueron sintetizadas por primera vez hace 40 años -- sino que son sustancias que han aparecido recientemente en el mercado y que no han sido incorporadas en las convenciones mencionadas.

Como se mencionó, las NSP pueden ser categorizadas en términos de similitud en la estructura química y/o por sus principales efectos farmacológicos. Del mismo modo, es importante considerar que la semejanza en la estructura química no siempre genera los mismos efectos farmacológicos, así como un similar efecto farmacológico puede ser producido por NSP de estructura química diferente, provocando diferentes efectos toxicológicos en los usuarios.⁷³

Una de las principales características del mercado de NSP es la aparición de un gran número de nuevas sustancias de diferentes grupos químicos. Comercializadas de diferentes formas, las NSP a menudo surgen rápidamente y desaparecen de la misma manera, mientras que otras son utilizadas regularmente por pequeños grupos de consumidores.

Las nuevas, adulteradas y falsificadas sustancias complican aún más el mercado de NSP. Por ejemplo, los análisis químicos de muestras de drogas en Colombia indicaron que las sustancias reportadas como dietilamida del ácido lisérgico (LSD) son en realidad un tipo de NSP del grupo de las feniletilaminas llamada NBoMe.⁷⁴ El cannabis puede ser fácilmente contaminado o reemplazado con cannabinoides sintéticos, mientras que las drogas tradicionales como la cocaína también son fácilmente adulteradas con sustancias tóxicas. También hay frecuentes entrecruzamientos entre NSP y MPC (ver Capítulo 7). En América del Norte los opioides y las benzodiacepinas muchas veces se adulteran con fentanilo o NSP, con resultados nocivos. A menudo los usuarios no saben que están usando una droga falsificada o adulterada que produce reacciones tóxicas, sobredosis y muertes. Para ello la creación de sistemas de alerta temprana de drogas (EWS, por su sigla en inglés), específicamente para detectar NSP, es una de las herramientas más efectivas disponibles para abordar el aumento repentino de las mismas.

La mayoría de los Estados Miembros de la OEA no tienen datos sobre NSP o no han informado sobre ellos. Por lo tanto, la información para este capítulo se obtuvo a través de una revisión bibliográfica de informes sobre los hallazgos de las encuestas nacionales sobre drogas en diferentes países, publicaciones en línea de agencias gubernamentales oficiales y de organismos internacionales, del Sistema de Alerta Temprana de UNODC sobre NSP, entre otras fuentes.

⁷² 2017 *Global Synthetic Drugs Assessment*, Op. cit.

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Ibid.

8.1 NSP en América del Norte

El informe mundial de drogas de 2017 de UNODC indica que, en América del Norte, especialmente en los Estados Unidos y Canadá, están algunos de los mercados más grandes y diversificados de NSP en el mundo.⁷⁵ La prevalencia del último año de consumo de catinonas sintéticas con efectos estimulantes (informados como “sales de baño”) entre los estudiantes de enseñanza secundaria en los Estados Unidos ha sido bastante baja, con un 1,3% o menos en todos los grados, ya que esta categoría se incluyó por primera vez en la encuesta *Estudio de Observación del Futuro* de 2012. Los registros han fluctuado durante este período, aumentando del 0,8% al 1,0% entre 2012 y 2013, disminuyendo al 0,4% en 2015, y aumentando al 0,9% en 2016.⁷⁶ La prevalencia del último año de consumo de plantas o hierbas alucinógenas entre los estudiantes de enseñanza secundaria de México fue de 1,5%.

Los cannabinoides sintéticos se encuentran entre las NSP más utilizadas en América del Norte. En los últimos años se observó una fuerte reducción del consumo de cannabinoides sintéticos entre los estudiantes de enseñanza secundaria de los Estados Unidos, de 11,4% en 2011 a 3,5% en 2016, entre los estudiantes de 12º grado (gráfico 8.1).⁷⁷

Gráfico 8.1

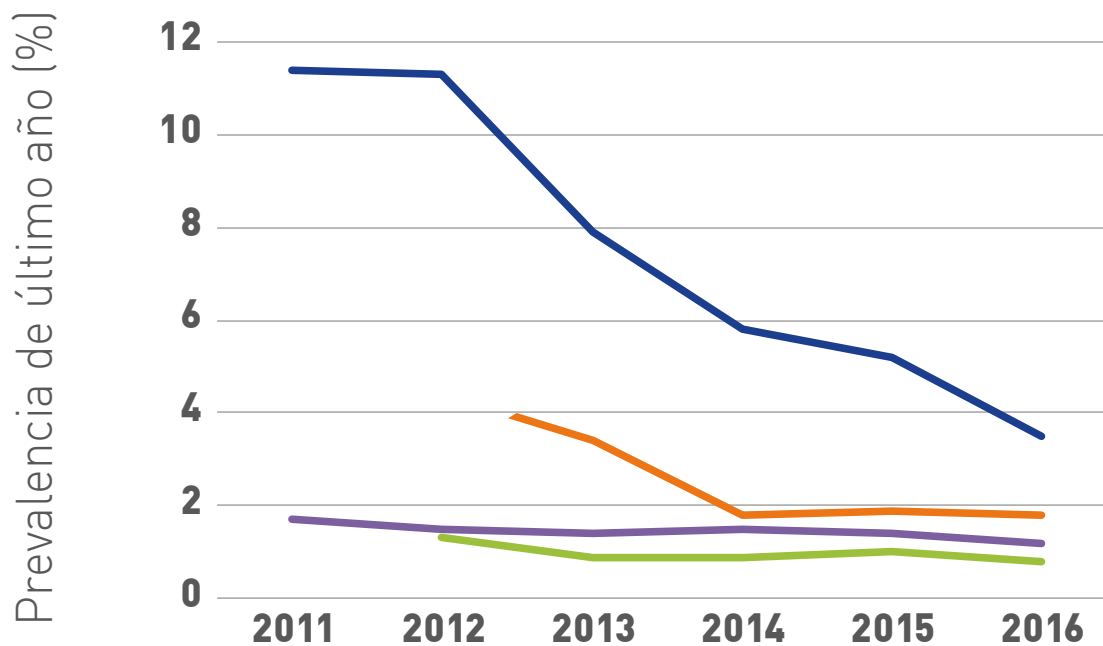
Cannabinoides sintéticos

Catinonas sintéticas (sales de baño)

Salvia divinorum

Ketamina

Prevalencia del último año de consumo de NSP entre estudiantes de enseñanza secundaria de 12º grado de los Estados Unidos, 2011-2016



⁷⁵ Informe Mundial de Drogas, Op. cit.

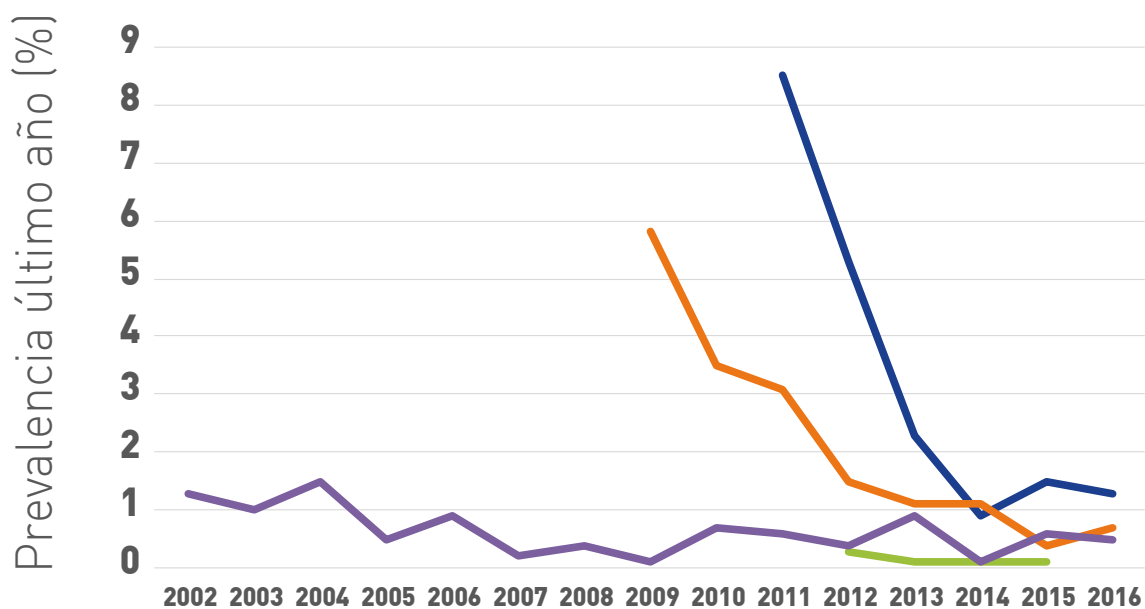
⁷⁶ *Monitoring the Future*, Op. cit.

⁷⁷ *Monitoring the Future*, Op. cit.

La prevalencia del último año de consumo de cannabinoides sintéticos entre los estudiantes universitarios de los Estados Unidos fue de 8,5% en 2011 y mostró un descenso casi continuo hasta 2016 con 1,3%, con el punto más bajo en 2014. La salvia divinorum, monitoreada por primera vez en 2009, mostró una prevalencia del último año del 5,8%, luego de lo cual su consumo disminuyó a 1,0% en 2013, 0,4% en 2015 y 0,7% en 2016. El consumo de sales de baño no superó el 0,3% entre 2012 y 2015. Los datos de tendencias más extensas disponibles son para la ketamina, que fue del 1,3% en 2002, del 1% en 2003 y del 1,5% en 2004 y, posteriormente, se mantuvo por debajo del 1% (gráfico 8.2).

Gráfico 8.2 | Cannabinoides sintéticos | Catinonas sintéticas (sales de baño) | Salvia divinorum | Ketamina

Prevalencia del último año de consumo de NSP entre estudiantes universitarios de los Estados Unidos, 2002-2016



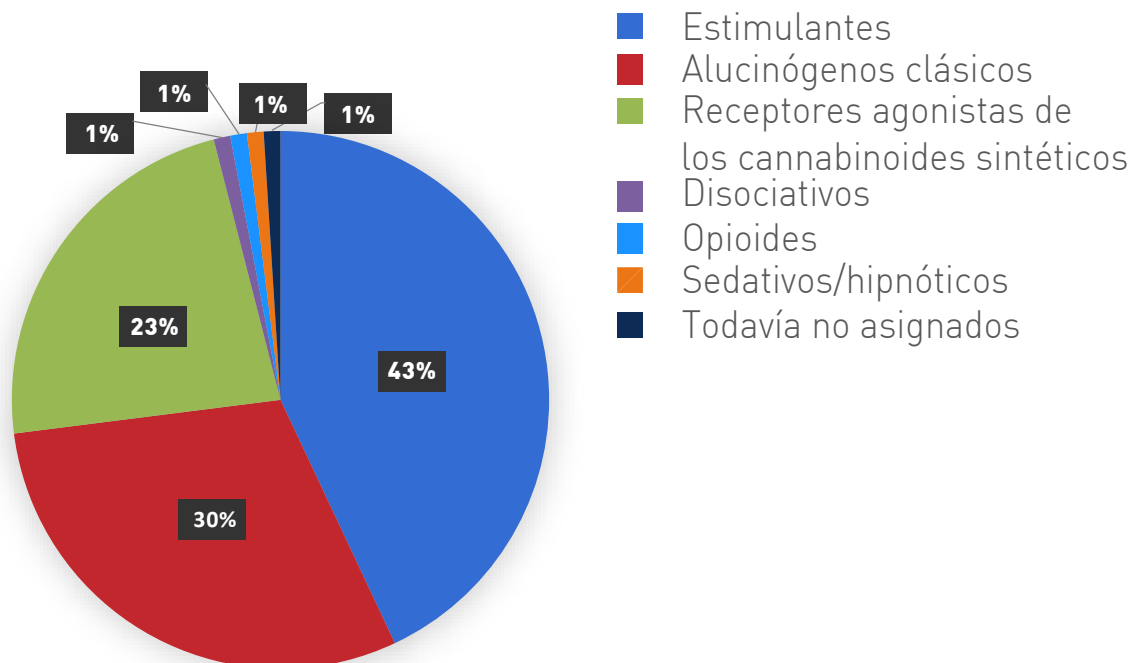
8.2 NSP en América del Sur

A inicios de 2011 se inició entre CICAD y UNODC un esfuerzo colaborativo para monitorear las drogas sintéticas en los países de América Latina, a través del Programa Global SMART. Posteriormente, también se incluyó a las NSP. De esta forma se obtuvieron las primeras informaciones sobre la presencia de NSP en América del Sur y la instalación de los primeros sistemas de alerta temprana para la vigilancia permanente de estas drogas.

Si bien el tiempo y los patrones de consumo de las sustancias emergentes son diferentes en América Latina que en América del Norte o Europa, se ha informado de una variedad de NSP en América del Sur. La aparición de NSP aumentó entre 2013 y 2016 y solo en 2016 se notificaron más de 60 sustancias diferentes. Una característica de las NSP en la subregión es la gran cantidad de sustancias con efectos estimulantes o alucinógenos. Ambos grupos son considerablemente más grandes que el grupo de cannabinoides sintéticos. Hasta agosto de 2017 se habían reportado un total de 130 NSP diferentes en América del Sur, según datos de siete países (gráfico 8.3).⁷⁸

Gráfico 8.3

NSP reportadas en América del Sur, según sus efectos farmacológicos



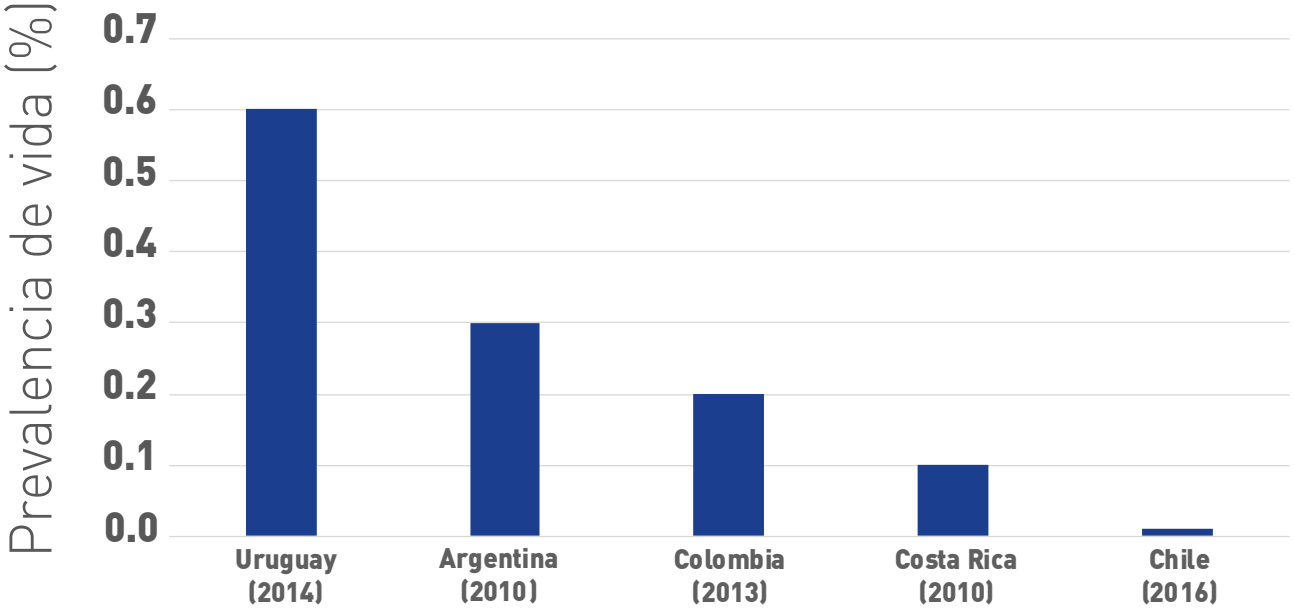
Fuente: UNODC

⁷⁸ 2017 Informe Mundial de Drogas Sintéticas: Estimulantes de Tipo Anfetamínico y Nuevas Sustancias Psicoactiva, Op. cit.

En cuanto a las NSP con efectos disociativos, aunque ha habido relativamente pocos casos de ketamina en la subregión, en algunas incautaciones de sustancias bajo control internacional se encontraron contenidos de esta. En algunos países la prevalencia de vida de consumo de ketamina, aunque es baja, supera el consumo de otras drogas. Por ejemplo, la encuesta realizada en 2014 en la población general de Uruguay mostró que la prevalencia de vida de consumo de ketamina fue del 0,6%. Otros países que han registrado prevalencia de vida de consumo de ketamina en sus encuestas en la población general son: Argentina en 2010 con el 0,3%, Colombia en 2013 con el 0,2%, Costa Rica en 2010 con el 0,1% y Chile en 2016 con el 0,01% (gráfico 8.4).⁷⁹

Gráfico 8.4

Prevalencia de vida del consumo de ketamina en la población general de cinco países de América Latina

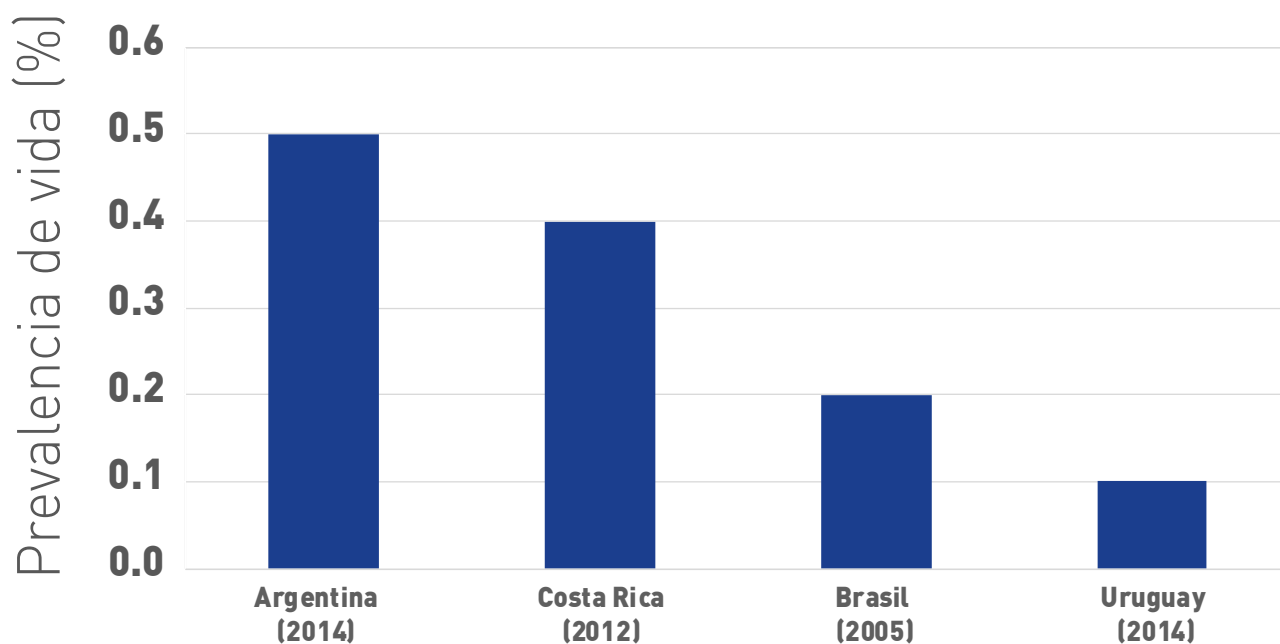


⁷⁹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *Informe Mundial de Drogas 2016*. (Nueva York: Naciones Unidas, 2016)

Los resultados de la Encuesta Nacional en Estudiantes de Enseñanza Secundaria de 2014 en Argentina mostraron que la ketamina tenía una prevalencia de vida del 0,5%, similar a la tasa de heroína, crack y opio. Otra encuesta sobre el uso de drogas realizada en 2005, esta vez entre los estudiantes de Brasil, registró una prevalencia de vida del consumo de ketamina del 0,2%. En Costa Rica la prevalencia de vida del consumo de ketamina registró un 0,4% en un estudio de 2012. En Uruguay la prevalencia de vida del consumo de ketamina en 2014 fue del 0,1% (gráfico 8.5).⁸⁰

Gráfico 8.5

Prevalencia de vida del consumo de ketamina entre los estudiantes de enseñanza secundaria de cuatro países de América Latina



⁸⁰ Informe Mundial de Drogas 2016, Op. cit.

El Sistema de Alerta Temprana (SAT)⁸¹ de Colombia informó que entre 2013 y 2016 se había identificado la presencia de 24 NSP en ese país. Muchas de estas sustancias se venden como si se tratara de éxtasis o de LSD, aprovechando el mercado ya existente de estas drogas, especialmente entre la población joven, como los estudiantes universitarios, cuyas encuestas en 2009, 2012 y 2016 han arrojado una tendencia ascendente de consumo de drogas sintéticas. La mayoría de las nuevas sustancias psicoactivas detectadas tienen efectos estimulantes o alucinógenos, que pueden tener consecuencias adversas para la salud de los consumidores e incluso la muerte.⁸² Otras NSP detectadas por el SAT de Colombia fueron las catinonas sintéticas, feneletilaminas, salvia divinorum y triptaminas (5-metoxi-N-metil-N-isopropilriptamina, también denominada 5-MeO-MIPT, conocida comúnmente como “Moxy”).⁸³

El Sistema de Alerta Temprana sobre drogas de Uruguay, si bien no se focaliza únicamente en la detección de NSP, ha dado cuenta desde sus inicios de la presencia de estas drogas en territorio uruguayo. Entre las NSP detectadas se encuentran análogos al fentanilo, catinonas sintéticas y NBoMe.⁸⁴

Los compuestos de la serie NBoMe son NSP frecuentemente reportadas en los países de América Latina. En 2013 y 2014 Brasil, Chile y Colombia informaron la aparición de una serie de compuestos NBoMe. Recientemente, los organismos policiales en algunos países de América del Sur han informado que la sustancia es vendida como “LSD” en el mercado de drogas ilícitas. Diversos estudios sobre consumo de drogas realizados en Colombia, han reportado tasas de consumo de LSD particularmente altas. La encuesta en la población general de Colombia, de 12 a 64 años, de 2013, indicó una prevalencia de vida del consumo de LSD del 0,7%, posicionándose como la cuarta droga ilícita de mayor consumo alguna vez en la vida después del cannabis, cocaína y bazuco, igualando al éxtasis, cuya prevalencia de vida fue también del 0,7%.⁸⁵ Esto genera preocupación, dado que se sospecha que gran parte del LSD en el mercado pueden ser NSP.

Los datos sobre el consumo de drogas entre los estudiantes universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú muestran el uso de cannabinoides sintéticos. Sólo una pequeña porción de aquellos que informaron sobre el consumo de cannabinoides sintéticos usaba estas sustancias en forma exclusiva, mientras que una proporción mucho mayor las había usado junto con el cannabis de hierbas e incluso con otro tipo de drogas. Entre 2012 y 2016, un número creciente de cannabinoides sintéticos han sido reportados cada año al sistema de alerta temprana sobre NSP de UNODC por países de América del Sur, lo que sugiere una presencia creciente de las sustancias que pertenecen a este grupo, en esta subregión.⁸⁶

⁸¹ República de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, *Sistemas de Alertas Tempranas, Informe Septiembre de 2017*. (Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia, 2017)

⁸² *Sistemas de Alertas Tempranas, Informe Septiembre de 2017, Op. cit.*

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ República Oriental del Uruguay, Junta Nacional de Drogas (JND), Observatorio Uruguayo de Drogas, *Sistema de Alerta Temprana. Boletín N° V, enero de 2018*. (Montevideo: JND, 2018)

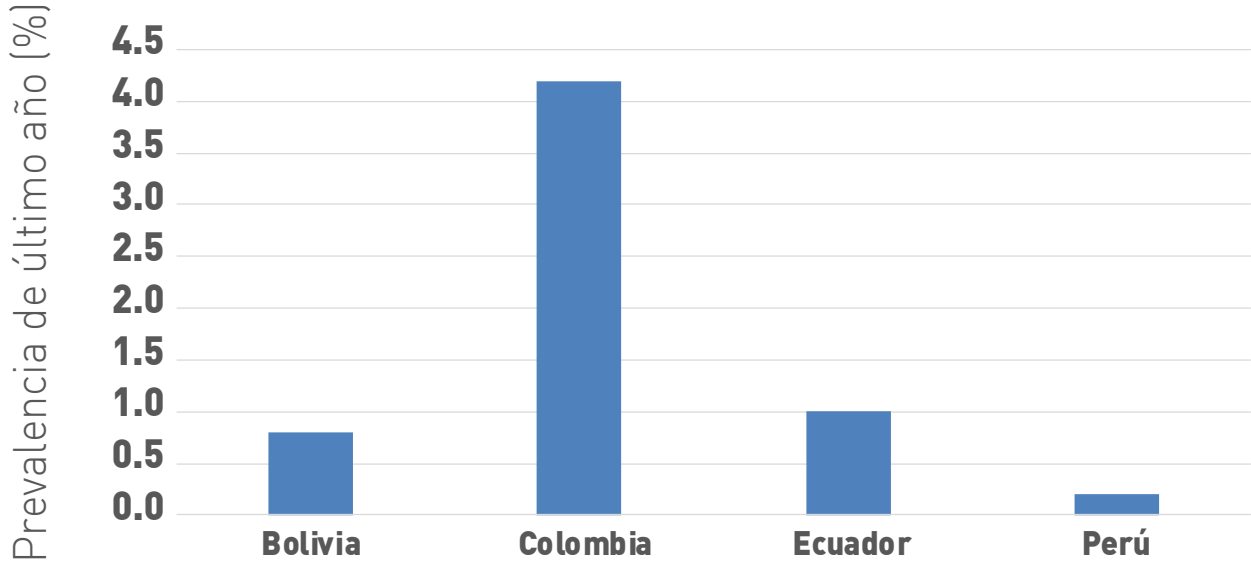
⁸⁵ República de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013: Informe Final*. (Bogotá: ALVI Impresores, 2014)

⁸⁶ *2017 Informe Mundial de Drogas Sintéticas, Op. cit.*

La misma encuesta citada sobre consumo de drogas entre estudiantes universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú en 2016, mostró un aumento en la prevalencia del último año de consumo de LSD en estos países. El consumo más alto de LSD se registró en los universitarios de Colombia, con el 4,2%, siendo la segunda droga más consumida en el país después del cannabis. Ecuador y Bolivia presentaron registros parecidos de LSD, 1% y 0,8%, respectivamente. Los universitarios de Perú registraron el consumo reciente más bajo de LSD, con 0,2% (gráfico 8.6).⁸⁷ Como los datos de Colombia sugieren, existe una alta probabilidad de que el LSD vendido en los cuatro países andinos sea o contenga una o más NSP.

Gráfico 8.6

Prevalencia del último año de consumo de LSD entre estudiantes universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2016



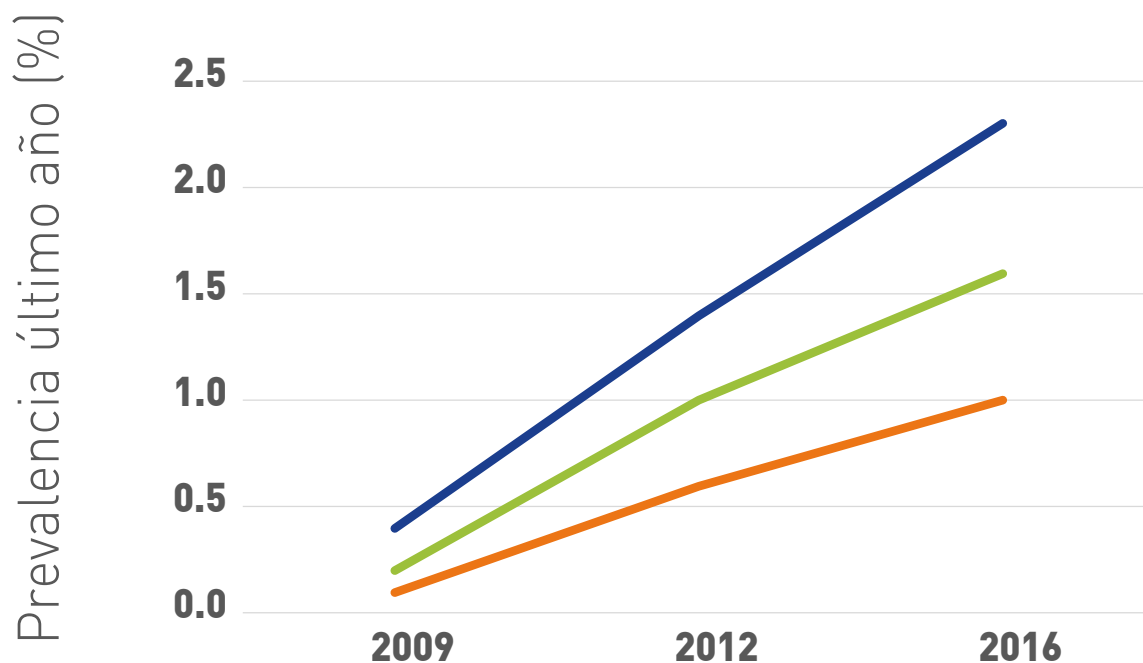
⁸⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional, 2016*. (Lima: Proyecto PREDEM, 2017)

A nivel regional la mayor variación del consumo reciente de drogas entre los estudiantes universitarios andinos fue del LSD, desde 0,2% en 2009 a 1,6% en 2016. El consumo en los hombres pasó de 0,4% en 2009 a 2,3% en 2016. El consumo en las mujeres pasó de 0,1% en 2009 a 1% en 2016 (gráfico 8.7).⁸⁸

Gráfico 8.7

Hombre Mujer Total

Prevalencia del último año de consumo de LSD en universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, según el sexo y total, años 2009, 2012 y 2016



88 III Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria: Informe Regional, 2016, Op. cit.

Este desarrollo coincide con la aparición de NSP con efectos alucinógenos en otros países de la subregión. Por ejemplo, en Chile, donde la policía decomisó varias NSP vendidas como “LSD” o identificadas como tales en las admisiones a salas de emergencia. Dada la presencia de NSP alucinógenas en América del Sur y la mayor prevalencia del uso de LSD, es posible que un creciente mercado de alucinógenos haya abierto oportunidades para que los traficantes vendan NSP con efectos alucinógenos.⁸⁹

A fines de julio de 2017, el grupo especial antinarcoóticos de Carabineros de Chile dismanteló un laboratorio clandestino de mezcla, que preparaba la feniletilamina 25I-NBoMe, donde se incautaron cerca de 1.500 sellos de papel impregnados con 25I-NBoMe.⁹⁰

8.3 Sustancias de origen vegetal

Si bien las NSP son mayoritariamente drogas sintéticas que no están controladas por las convenciones internacionales, ellas también incluyen una categoría de drogas de origen vegetal. Gran parte de estas plantas o sustancias de origen vegetal tienen propiedades psicoactivas. Se creía que muchas de ellas estaban destinadas única y exclusivamente a rituales religiosos propios de los pueblos originarios de América. Sin embargo, los datos pesquisados en las últimas encuestas dan cuenta de consumidores jóvenes, de estratos socioeconómicos altos y que utilizan estas drogas con fines exclusivamente recreativos.⁹¹

Los datos de estudiantes universitarios de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú mostraron una prevalencia del último año de consumo de hongos alucinógenos de 0,3% en Bolivia, 1,3% en Colombia, 0,7% en Ecuador y 0,2% en Perú. Por su parte, la encuesta en la población general de Colombia del año 2013 dio cuenta del consumo de sustancias de origen vegetal tales como Hongos (alucinógenos), Yagé (o ayahuasca) o Cacao sabanero (nombre dado a la Brugmansia o Floripondio). El consumo de estas sustancias de origen vegetal en Colombia fue superior al de drogas como LSD, éxtasis, ketamina y anfetaminas (gráfico 8.8).

⁸⁹ 2017 Informe Mundial de Drogas Sintética. Estimulantes de Tipo Anfetamínico y Nuevas Sustancias Psicoactivas. Op. cit.

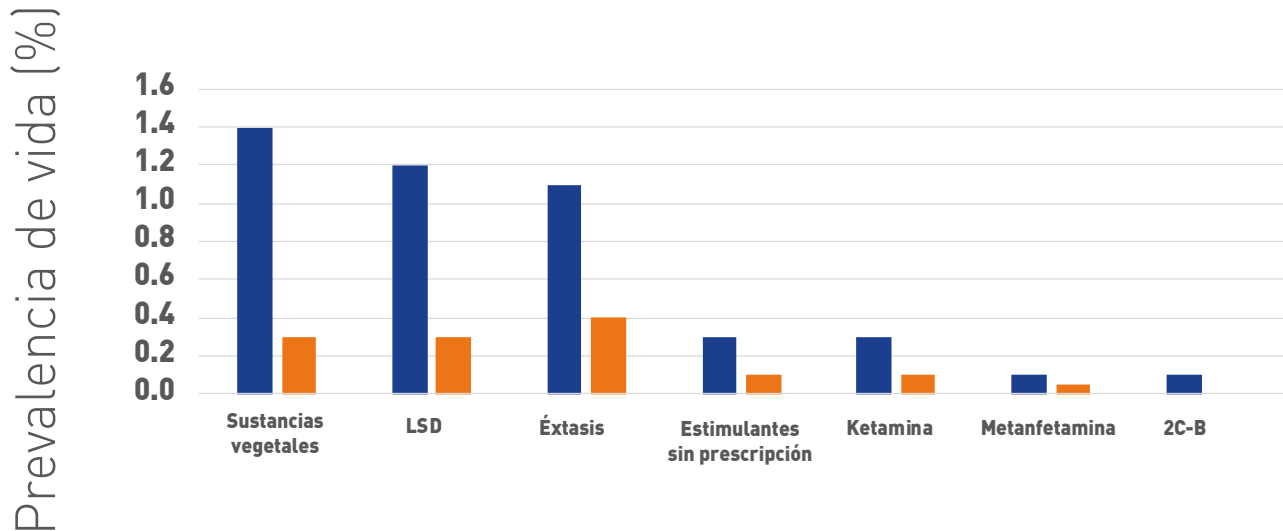
⁹⁰ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *Sistema de Alerta Temprana sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas*. (Viena: Naciones Unidas, 2017)

⁹¹ Ibid.

Gráfico 8.8

Hombre | Mujer

Prevalencia de vida del consumo de sustancias psicoactivas de origen vegetal y drogas sintéticas en la población general de Colombia, según el sexo, 2013



Nota: Las sustancias de origen vegetal excluyen las plantas tradicionalmente conocidas, como el cannabis.

En América Central la última encuesta sobre el consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza secundaria de Costa Rica, registró una prevalencia de vida del consumo de plantas/hierbas alucinógenas del 2,7%, siendo superada sólo por las tasas de consumo de marihuana, inhalables y fármacos. Los registros de tratamiento proporcionados por Costa Rica indican que, entre 2009 y 2012, al menos 300 personas solicitaron tratamiento por problemas derivados del consumo de plantas con efectos psicoactivos.⁹² Una vez más los sistemas de alerta temprana para detectar NSP, incluyendo las sustancias psicoactivas de origen vegetal, son herramientas efectivas para responder a este creciente problema.

**INFORME SOBRE EL
CONSUMO DE DROGAS
EN LAS AMÉRICAS
2019**



OEA | CICAD



**Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)
Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM)
Organización de los Estados Americanos (OEA)**

1889 F Street NW
Washington, D.C. 20006
www.cicad.oas.org

ISBN 978-0-8270-6794-3