



**JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN  
DE ESTUPEFACIENTES**

**2010**

**Informe de la Junta Internacional  
de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la  
Disponibilidad de sustancias  
sometidas a fiscalización internacional:  
Garantizar suficiente acceso a  
esas sustancias para fines  
médicos y científicos**



**NACIONES UNIDAS**

## **Informes publicados en 2010 por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes**

El *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010* (E/INCB/2010/1) se complementa con los siguientes informes:

*Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos* (E/INCB/2010/1/Supp.1)

*Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2011; Estadísticas de 2009* (E/INCB/2010/2)

*Sustancias Sicotrópicas: Estadísticas de 2009; Previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971* (E/INCB/2010/3)

*Precursores y productos químicos frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas: Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988* (E/INCB/2010/4)

Las listas actualizadas de las sustancias sometidas a fiscalización internacional, que comprenden estupefacientes, sustancias sicotrópicas y sustancias frecuentemente utilizadas para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, figuran en las ediciones más recientes de los anexos de los formularios estadísticos (“Lista Amarilla”, “Lista Verde” y “Lista Roja”), también publicados por la Junta.

## **Cómo ponerse en contacto con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes**

La dirección de la secretaría de la Junta es la siguiente:

Centro Internacional de Viena  
Despacho E 1339  
Apartado postal 500  
1400 Viena  
Austria

Además, para ponerse en contacto con la secretaría pueden utilizarse los medios siguientes:

Teléfono: (+43-1) 26060  
Télex: 135612  
Telefax: (+43-1) 26060 5867 ó 26060 5868  
Dirección cablegráfica: unations vienna  
Correo electrónico: secretariat@incb.org

El texto del presente informe también se puede consultar en el sitio web de la Junta ([www.incb.org](http://www.incb.org)).



JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES

Informe de la Junta Internacional  
de Fiscalización de Estupefacientes relativo a la  
**Disponibilidad de sustancias  
sometidas a fiscalización internacional:  
Garantizar suficiente acceso a  
esas sustancias para fines  
médicos y científicos**



NACIONES UNIDAS  
Nueva York, 2011

E/INCB/2010/1/Supp.1

PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS  
Número de venta: S.11.XI.7  
ISBN 978-92-1-348154-7

© Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes, febrero de 2011.  
Reservados todos los derechos.

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

Los nombres de los países y zonas son los que eran de uso oficial en el momento en que se reunieron los datos pertinentes.

Producción de la publicación: Sección de Servicios en Inglés, Publicaciones y Biblioteca, Oficina de las Naciones Unidas en Viena.

## Prefacio

El objetivo de los tratados de fiscalización internacional de drogas es garantizar la disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, asegurándose al mismo tiempo de que estas sustancias no son desviadas para fines ilícitos. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes tiene el mandato de vigilar el cumplimiento de este objetivo de los tratados y ha manifestado repetidas veces su preocupación ante las diferencias de acceso a sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos en todo el mundo, y la insuficiencia de ese acceso.

Hace muchos años que el consumo mundial de estupefacientes y sustancias sicotrópicas no llega al nivel necesario para satisfacer las necesidades de tratamiento más básicas. Gracias al creciente reconocimiento del valor terapéutico de las sustancias fiscalizadas, así como a los esfuerzos de la comunidad internacional, se han logrado aumentos importantes del consumo. Sin embargo, aunque se han registrado tales aumentos en varias regiones del mundo, en su mayor parte se han producido en un número limitado de países situados principalmente en tres regiones: América del Norte, Europa y Oceanía. En algunos países o regiones el nivel de consumo se ha estancado o incluso se ha reducido. Mientras estas sustancias sean inaccesibles para la gran mayoría de la población de todo el mundo, los pacientes no podrán disfrutar de los beneficios para la salud a que tienen derecho según la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Ante ello, la Junta ha decidido destacar esta cuestión fundamental en un suplemento independiente de su informe correspondiente a 2010. En este suplemento se ofrece un profundo análisis de la situación mundial y de las variaciones regionales en lo que respecta al consumo de sustancias fiscalizadas internacionalmente, se identifican los principales obstáculos a la disponibilidad adecuada de estas sustancias y se ofrecen algunas recomendaciones sobre la forma de abordar el problema.

La mayoría de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas que están sometidos a fiscalización en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas son indispensables en la práctica de la medicina. Los analgésicos opioides, como la codeína y la morfina, y los opioides semisintéticos y sintéticos, son medicinas fundamentales para el tratamiento del dolor. Sustancias sicotrópicas tales como los ansiolíticos y los sedantes e hipnóticos del tipo de la benzodiazepina, así como los barbitúricos, son medicamentos indispensables para el tratamiento de los desórdenes neurológicos y mentales. Los preparados farmacéuticos que contienen sustancias fiscalizadas internacionalmente tienen una importancia fundamental en el tratamiento médico del dolor y el sufrimiento.

Los tratados de fiscalización internacional de drogas siguen previniendo la desviación de sustancias de los mercados lícitos a los mercados ilícitos y protegiendo a la sociedad frente a las consecuencias de la dependencia con mucha eficacia. Sin embargo, en muchos países no se presta la misma atención al otro objetivo de los tratados: asegurar la disponibilidad adecuada de las sustancias fiscalizadas. Las medidas que adopten los gobiernos para prevenir el uso indebido y el tráfico de estupefacientes y sustancias sicotrópicas no deben dificultar su utilización para fines terapéuticos. Es preciso que los gobiernos cumplan el doble objetivo de los tratados de fiscalización internacional de drogas, a saber, prevenir la desviación y el abuso de sustancias fiscalizadas internacionalmente y asegurar al mismo

tiempo su disponibilidad para fines legítimos. Este equilibrio se debe reflejar en las leyes y reglamentos nacionales de fiscalización de drogas.

La primera medida para mejorar el acceso a estas sustancias fundamentales para fines médicos y científicos es identificar los obstáculos, que son múltiples. Si bien en el caso de los medicamentos muy costosos pueden influir las consideraciones económicas, existen preparados de bajo costo, y los ejemplos de los países que los utilizan demuestran que los obstáculos económicos se pueden superar. También puede atribuirse la disponibilidad insuficiente de sustancias fiscalizadas a problemas sistémicos y de regulación de su uso.

En el presente suplemento se incluye una amplia gama de recomendaciones prácticas que pueden adaptarse a cada situación nacional, para ayudar a los gobiernos a eliminar estos obstáculos. Espero firmemente que los gobiernos aprovechen al máximo este informe para evaluar la situación en sus países y aplicar las recomendaciones pertinentes. Si no se adoptan medidas correctivas con urgencia, la brecha entre los países con un consumo elevado y con un consumo bajo puede ampliarse, lo que hará que en muchos países se prolonguen de forma innecesaria el dolor y el sufrimiento.



**Hamid Ghodse**

Presidente

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

## Resumen

En marzo de 2010, en su 53º período de sesiones, la Comisión de Estupefacientes invitó a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes a incluir en su informe correspondiente a 2010 información sobre la disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente para usos médicos. La Junta también es consciente del interés cada vez mayor que prestan a este asunto la Organización Mundial de la Salud, otros organismos intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales. En respuesta a la importancia del tema, la Junta ha decidido dedicarle un suplemento de su informe anual. Este formato permite a la Junta ofrecer información adecuada sobre la situación actual, a escala mundial y regional, destacar los mayores obstáculos y formular recomendaciones para aumentar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente para fines médicos y científicos. En las publicaciones técnicas de la Junta dedicadas a los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas se incluye un análisis detallado del tema.



## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefacio . . . . .	iii
Capítulo I. Introducción . . . . .	1
Capítulo II. Medidas adoptadas por la Junta para garantizar una disponibilidad adecuada. . . . .	5
Capítulo III. Oferta de materias primas de opiáceos y de opioides. . . . .	9
A. Oferta de materias primas de opiáceos. . . . .	10
B. Oferta de opioides fiscalizados en virtud de la Convención de 1961. . . . .	11
C. Oferta de opioides fiscalizados actualmente en virtud del Convenio de 1971. . . . .	12
D. Oferta de estimulantes fiscalizados en virtud del Convenio de 1971. . . . .	13
E. Oferta de benzodiazepinas y barbitúricos fiscalizados en virtud del Convenio de 1971 . . . . .	13
Capítulo IV. Disponibilidad de medicamentos que contienen sustancias sujetas a fiscalización internacional . . . . .	15
A. Disponibilidad de analgésicos opioides fiscalizados en virtud de la Convención de 1961 . . . . .	18
B. Opioides fiscalizados en virtud del Convenio 1971 . . . . .	26
C. Antiepilépticos . . . . .	28
D. Estimulantes de la Lista II del Convenio de 1971 que se utilizan para el tratamiento del trastorno de la concentración . . . . .	29
E. Estimulantes de la Lista IV del Convenio de 1971 que se utilizan como anorexígenos . . . . .	30
F. Benzodiazepinas . . . . .	32
Capítulo V. Lograr un equilibrio entre garantizar la disponibilidad para fines médicos y científicos de sustancias fiscalizadas internacionalmente y prevenir su desviación y abuso . . . . .	43
A. Impedimentos a la disponibilidad de analgésicos opioides . . . . .	44
B. Disponibilidad de sustancias sujetas a control internacional por encima de los niveles necesarios para una práctica médica razonable . . . . .	47
C. Garantía de disponibilidad adecuada en situaciones de emergencia. . . . .	50
Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones . . . . .	53
<b>Anexos</b>	
I. Cuadros relativos al consumo de analgésicos opioides en las regiones . . . . .	61
II. Carta conjunta del Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y el Presidente del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo . . . . .	71
III. Carta conjunta de reiteración del Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y el Presidente del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo . . . . .	73
IV. Carta dirigida a todos los países por el Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes . . . . .	75





## Introducción

1. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes tiene el mandato de asegurar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente para fines terapéuticos en virtud del artículo 9 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (la Convención de 1961)<sup>1</sup>, enmendada por el Protocolo de 1972<sup>2</sup> y del Preámbulo del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (el Convenio de 1971)<sup>3</sup>.

2. Los gobiernos de los países que son parte en los tratados de fiscalización internacional de drogas han aceptado la obligación de incorporar sus disposiciones a la legislación nacional y aplicarlas. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes fue creada por la Convención de 1961 como órgano responsable de la vigilancia del cumplimiento por los gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas y de ofrecerles apoyo a ese respecto.

3. El régimen de fiscalización previsto en los tratados tiene un doble objetivo: asegurar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y prevenir al mismo tiempo la producción, el tráfico y el abuso de ellas. La Convención de 1961, tras reconocer que la adicción a estupefacientes constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad, afirma que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y el sufrimiento y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin. Igualmente, el Convenio de 1971 reconoce que las Partes están decididas a prevenir y combatir el uso indebido de tales sustancias y el tráfico ilícito a que da lugar pero que el uso de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos es indispensable y no debe restringirse indebidamente su disponibilidad para tales fines. La Junta vigila el cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas por las partes en virtud de las disposiciones del artículo 9 de la Convención de 1961, que incluye expresamente entre las responsabilidades de la Junta asegurar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos.

4. Los tratados de fiscalización internacional de drogas reconocen que hay estupefacientes y sustancias sicotrópicas que son indispensables para lograr determinados objetivos de carácter médico y científico. No obstante, y a pesar de los numerosos esfuerzos de la Junta y la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de organizaciones no gubernamentales, su disponibilidad en gran parte del mundo sigue siendo muy limitada, privando así a muchos pacientes de medicinas esenciales. La Junta sigue vigilando la disponibilidad mundial de estupefacientes y sustancias sicotrópicas

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, núm. 7515.

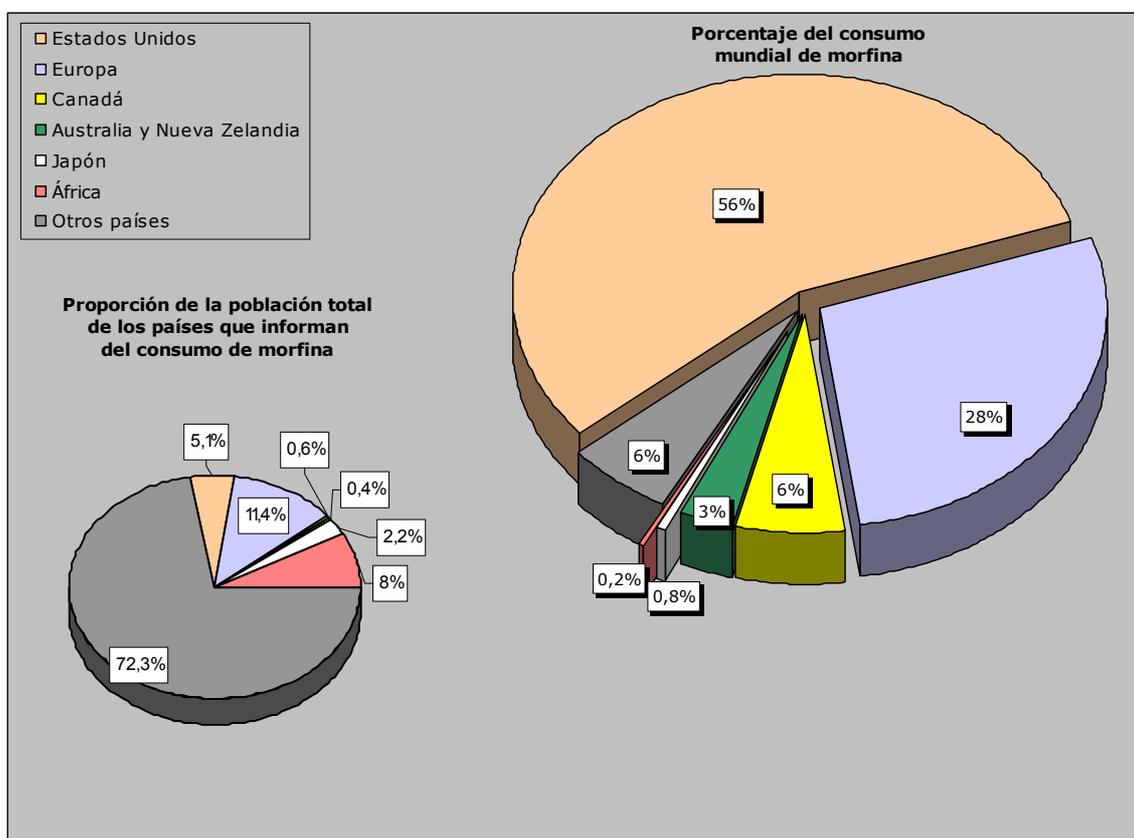
<sup>2</sup> *Ibíd.*, vol. 976, núm. 14152.

<sup>3</sup> *Ibíd.*, vol. 1019, núm. 14956.

y ha hecho de esa disponibilidad uno de los contenidos fundamentales de su diálogo con los gobiernos sobre la aplicación adecuada de los tratados.

5. Estupefacientes tales como la morfina, el fentanilo y la oxycodona son analgésicos opioides eficaces para el tratamiento de dolores moderados e intensos. Los datos correspondientes a 2009 muestran que más del 90% del consumo mundial de estos analgésicos opioides se produjo en Australia, el Canadá, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América, así como en algunos países europeos. Eso significaba que en muchos países y en regiones enteras la disponibilidad era muy limitada. Aunque las ciencias médicas tengan la capacidad de ofrecer alivio para la mayoría de las formas de dolores moderados a intensos, más del 80% de la población mundial, si padece un dolor de ese tipo, no dispondrá de analgésicos, o lo hará en cantidades insuficientes<sup>4</sup>.

Figura 1. Distribución del consumo de morfina, 2009



6. Las mismas diferencias muestran los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas, aunque sea más difícil identificarlas ya que el Convenio de 1971 no exige a los gobiernos que faciliten información a la Junta sobre su consumo.

7. Teniendo en cuenta que la oferta mundial de materias primas de opiáceos basta para satisfacer las necesidades de los fabricantes de analgésicos opioides tales como morfina, codeína y otros

<sup>4</sup> Hay varios métodos eficaces y seguros para tratar el dolor. Los analgésicos opioides siguen siendo los más utilizados para aliviar dolores moderados a intensos.

alcaloides, y no constituye un obstáculo para el abastecimiento de estupefacientes, la situación podría mejorar considerablemente si los gobiernos adoptaran las medidas adecuadas. Aun así, todavía quedarían otros muchos obstáculos a un abastecimiento adecuado, que ya han sido señalados por la Junta. En el presente suplemento del informe de la Junta correspondiente a 2010 la atención se centra en los esfuerzos desplegados para asegurar una disponibilidad adecuada, los acontecimientos que se han producido en los últimos años y los niveles de disponibilidad actuales de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y se ofrecen algunas recomendaciones de medidas a adoptar a escala internacional y nacional.



## Medidas adoptadas por la Junta para garantizar una disponibilidad adecuada

8. La Junta, en cumplimiento del mandato que le asignan los tratados, fue de los primeros en advertir de que la disponibilidad de estupefacientes no estaba asegurada en la mayoría de los países. La Junta, cuya posición singular le permite evaluar el consumo en varios países, tomó conciencia de este problema hace ya más de 20 años. La Convención de 1961 obliga a los gobiernos a facilitar a la Junta determinados datos estadísticos anuales, entre ellos datos sobre el consumo de estupefacientes. Los datos facilitados por los gobiernos sobre este consumo son analizados por la Junta y publicados anualmente en su informe técnico sobre las sustancias sicotrópicas. El Convenio de 1971 no obliga a informar sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, por lo que este se calcula a partir de otros datos estadísticos que se transmiten a la Junta<sup>5</sup> y los resultados se publican anualmente en su informe técnico sobre las sustancias sicotrópicas.

9. El análisis periódico de los datos sobre el consumo, en particular los del consumo de estupefacientes, convenció a la Junta de que el nivel de consumo de estupefacientes en algunos países era muy bajo. En consecuencia, la Junta, en cooperación con la OMS, hizo en 1989 una evaluación de las necesidades médicas de opiáceos a escala mundial. La conclusión fue que no se estaban satisfaciendo las necesidades médicas de opiáceos, en particular para el tratamiento de los dolores provocados por cánceres.

10. La Junta constató que solo unos pocos países habían establecido sistemas eficaces de evaluación de las necesidades médicas. Se identificaron algunos factores interrelacionados que representaban importantes obstáculos. Las leyes y los reglamentos, y su administración e interpretación, dificultaban indebidamente el abastecimiento de opiáceos. La escasez de recursos de los sistemas de atención de la salud impedía el abastecimiento y uso óptimo de opiáceos. El temor de los profesionales, y del público en general, a las adicciones también dificultaba la prescripción médica adecuada de opiáceos. Además, el uso adecuado de opioides para el tratamiento del dolor padecía las consecuencias de la falta de actualización profesional del personal.

11. Las conclusiones de este estudio fueron publicadas en el Informe Especial de la Junta de 1989, dedicado a la demanda y oferta de opiáceos para las necesidades médicas y científicas<sup>6</sup>. La Junta hacía algunas recomendaciones a los gobiernos para ayudarles a reducir o superar muchos de los impedimentos a la disponibilidad de opiáceos para fines médicos. Se pedía a los gobiernos que examinaran sus métodos de evaluación de las necesidades médicas de opiáceos, evaluaran sus sistemas de atención de la salud y sus leyes y reglamentos para identificar impedimentos a la disponibilidad de opiáceos, elaboraran planes de acción para facilitar la disponibilidad de opiáceos

<sup>5</sup> Datos sobre la fabricación, las importaciones, las exportaciones y las existencias de sustancias sicotrópicas.

<sup>6</sup> Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.89.XI.5.

en todas las condiciones precedentes y establecieran políticas y directrices nacionales y planes de educación de los profesionales que facilitarían el uso médico racional de opiáceos.

12. Cinco años más tarde, en 1994, la Junta examinó la eficacia de los tratados de fiscalización internacional de drogas en un suplemento de su informe anual titulado *Eficacia de los tratados de fiscalización internacional de drogas*<sup>7</sup>. La conclusión de esa evaluación de la Junta era que no se había logrado el cumplimiento universal del objetivo de los tratados de asegurar un suministro adecuado de estupefacientes, en especial de los opiáceos utilizados para fines médicos.

13. Por ello, la Junta publicó en 1995 otro Informe Especial titulado *Disponibilidad de opiáceos para las necesidades médicas y científicas*<sup>8</sup>, que incluía unas recomendaciones específicas para los gobiernos, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, la Comisión de Estupefacientes, la OMS, organizaciones internacionales y regionales humanitarias, sanitarias y de fiscalización de drogas, instituciones educativas y organizaciones sanitarias no gubernamentales, entre ellas la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, y otros representantes del sector de la atención sanitaria. Las recomendaciones de este Informe Especial siguen siendo válidas. Además, el capítulo I del informe de la Junta correspondiente a 1999<sup>9</sup> se dedicó a la cuestión de la disponibilidad de analgésicos estupefacientes. En ese capítulo, la Junta identificaba, entre otras cosas, las limitaciones y los impedimentos a la disponibilidad adecuada de opioides para el tratamiento del dolor, y hacía recomendaciones a los gobiernos para que adoptaran medidas correctoras. Por otro lado, y dado que en algunos países se hacía un uso excesivo de sustancias fiscalizadas internacionalmente, lo que generaba problemas de uso indebido de medicamentos de venta con receta y otros problemas, el capítulo I del informe de la Junta correspondiente a 2000<sup>10</sup> se dedicó al consumo excesivo de sustancias sometidas a fiscalización internacional, y en él se recomendaba un enfoque equilibrado de su uso.

14. Para evaluar si los países mejoran los niveles de disponibilidad, o al menos si son conscientes del problema y muestran su intención de mejorar, se pueden analizar las provisiones de las necesidades de estupefacientes que todos los países facilitan a la Junta. La Junta se pone en contacto ordinariamente con los países que no han facilitado provisiones o que las han facilitado muy bajas, a fin de garantizar la disponibilidad adecuada de opioides para el tratamiento del dolor. Esta práctica se formalizó en noviembre de 1999, cuando la Junta empezó a seleccionar grupos de países con un nivel bajo de consumo de analgésicos opioides (principalmente morfina) y con características comunes<sup>11</sup>. En 2004, la Junta se puso en contacto con cuatro países<sup>12</sup> en los que el consumo había aumentado considerablemente y les pidió información sobre las políticas y actividades que consideraban la causa principal de ese aumento, en particular del consumo de morfina, a fin de poner esa información a disposición de los países que necesitaran mejorar sus niveles de consumo.

<sup>7</sup> Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.95.XI.5.

<sup>8</sup> Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.96.XI.6.

<sup>9</sup> Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.00.XI.1.

<sup>10</sup> Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.01.XI.1.

<sup>11</sup> Las principales características que se tuvieron en cuenta para la selección fueron: no facilitar estimaciones de las necesidades de morfina; una población numerosa y un nivel de consumo de morfina muy bajo; unos niveles muy elevados de cánceres y un nivel de consumo de analgésicos bajo; existencia de una administración de la fiscalización, pero un nivel de disponibilidad bajo; países de renta elevada fuera de Europa y América del Norte en los que la disponibilidad es inadecuada.

<sup>12</sup> El Brasil, el Canadá, los Estados Unidos y Francia.

15. El asunto fue señalado repetidas veces a la atención de los gobiernos a través de cartas circulares a todos los países y cartas individuales a países concretos. En agosto de 2001 el Presidente de la Junta y la Presidencia del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo enviaron una carta conjunta a todos los coordinadores residentes del sistema de las Naciones Unidas a escala nacional, instándolos entre otras cosas a tener presente el consumo insuficiente y la falta de medicamentos disponibles para el tratamiento de los dolores agudos en muchos países en desarrollo (véase el anexo II). Esta petición fue reiterada en febrero de 2005, en una carta conjunta de seguimiento del Presidente de la Junta y de la Presidencia del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (véase el anexo III). En abril de 2006 el Presidente de la Junta puso de relieve en una carta a todos los países las dificultades que tenían los pacientes para acceder a los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas que necesitaban, e instó a todos los gobiernos a que adoptaran medidas para asegurar la inclusión del tema del uso racional de drogas en los planes de estudios de las facultades universitarias pertinentes (véase el anexo IV)<sup>13</sup>.

16. En el curso de todas las misiones de la Junta la cuestión de la disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor se debate con cada gobierno individualmente. En las cartas que se envían a los gobiernos con las recomendaciones que se les hacen después de las misiones, se incluyen, si procede, algunas centradas especialmente en la disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor. Además, las directrices de la OMS para lograr un equilibrio en las políticas nacionales de fiscalización de opioides siempre se incluyen entre el material informativo que se entrega a las autoridades competentes en el curso de las misiones de la Junta<sup>14</sup>.

17. La Junta incluye siempre la cuestión de la disponibilidad de estupefacientes en sus intervenciones ante los órganos intergubernamentales, por ejemplo, en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, en los períodos de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, el Consejo Económico y Social y la Asamblea Mundial de la Salud, así como en las reuniones regionales de las organizaciones internacionales. En marzo de 2010, el debate sobre la disponibilidad mantenido durante el 53° período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes tuvo por resultado la resolución 53/4 de la Comisión, titulada “Promoción de una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de drogas lícitas sometidas a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso”.

18. La OMS es el principal aliado de la Junta en sus esfuerzos por aumentar la disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor. Entre las actividades concretas que han llevado a cabo la Junta y la OMS en colaboración cabe mencionar la promoción por la Junta de las directrices de la OMS para lograr un equilibrio en las políticas nacionales de fiscalización de opioides; la creación, en 2003, de un grupo de trabajo que preparó una propuesta para intensificar las relaciones de trabajo entre la Junta y la OMS en la esfera de la disponibilidad de medicinas estupefacientes y la promoción del uso racional de medicinas sicotrópicas; y la cooperación en la estrategia mundial de la OMS contra el dolor, con el propósito de prestar asistencia a los países en sus esfuerzos por aumentar su capacidad y difundir información sobre la utilización de opioides para el tratamiento del dolor.

<sup>13</sup> Las cartas se pueden consultar también en la web de la Junta: [www.incb.org/incb/en/other-issues\\_correspondence.html](http://www.incb.org/incb/en/other-issues_correspondence.html).

<sup>14</sup> OMS, documento WHO/EDM/QSM/2000.4.

19. La Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA58.22, y el Consejo Económico y Social, en su resolución 2005/25, invitaron a la OMS y la Junta a que estudiaran la viabilidad de un posible mecanismo de asistencia que pudiera facilitar el tratamiento apropiado del dolor utilizando analgésicos opioides. La OMS y la Junta estudiaron distintos documentos y estudios sobre la disponibilidad de analgésicos opioides en los países y examinaron las actividades ya acabadas, y las previstas, de varios organismos para ayudar a los gobiernos a garantizar la disponibilidad de esas medicinas para su uso médico legítimo. Su conclusión fue que, aunque no hubiera escasez de materias primas de analgésicos opioides de producción lícita a escala mundial, y el consumo lícito mundial de opioides hubiese aumentado considerablemente en los últimos dos decenios, el acceso a analgésicos opioides seguía siendo difícil en muchos países debido a diversos problemas.

20. La OMS y la Junta concluyeron que era viable establecer un mecanismo de asistencia que facilitara el tratamiento apropiado del dolor utilizando analgésicos opioides. En consecuencia, la OMS inició la preparación del Programa de Acceso a los Medicamentos Fiscalizados y elaboró el marco de ese Programa en consulta con la Junta. La ejecución del Programa está a cargo de la OMS. La Junta promueve activamente el Programa en el curso de sus misiones y en sus intervenciones públicas sobre el tema de la disponibilidad, incluyendo referencias y recomendaciones específicas en sus informes anuales.

21. No obstante, aunque haya aumentado considerablemente en algunos países el consumo de estupefacientes para fines médicos gracias, entre otras cosas, a los esfuerzos de la Junta, el nivel de disponibilidad de sustancias fiscalizadas en virtud de los tratados internacionales sigue siendo bajo e inadecuado en la mayoría de los países. Por eso, la Junta ha llegado a la conclusión de que es preciso promover una mejor comprensión de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Un componente importante de este esfuerzo es la asistencia que se presta a los gobiernos para que se hagan unas estimaciones más realistas de las necesidades de medicamentos que contienen sustancias fiscalizadas. En la actualidad, la Junta y la OMS están elaborando conjuntamente unas directrices para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional. El objetivo de esta iniciativa es identificar los métodos que pueden utilizar los países para hacer unas previsiones y evaluaciones adecuadas de las necesidades de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y algunos precursores, para su uso con fines médicos.



## Oferta de materias primas de opiáceos y de opioides

22. “Opiáceo” es el término con que se designan habitualmente los fármacos derivados del opio y sus derivados químicos, por ejemplo, los alcaloides semisintéticos, en tanto que “opioides” es un término más genérico que abarca las drogas naturales y sintéticas con propiedades análogas a las de la morfina, aunque pueden tener una estructura química diferente de la de la morfina.

23. Los alcaloides naturales que están presentes en el opio o la paja de adormidera y que están sometidos a fiscalización internacional son la morfina, la codeína, la tebaína y la oripavina. La morfina y la codeína están sujetas a fiscalización internacional debido a los riesgos de abuso que conllevan y la tebaína y la oripavina porque se pueden transformar en opioides que son objeto de abuso. La morfina es el prototipo de los opiáceos naturales y de muchos opioides y, debido a su gran poder analgésico, se utiliza como parámetro de referencia para hacer comparaciones.

24. Los opioides se utilizan sobre todo por sus propiedades analgésicas, para el tratamiento de dolores intensos (fentanilo, hidromorfona, metadona, morfina y petidina), dolores moderados a intensos (buprenorfina<sup>15</sup> y oxicodona) y dolores leves a moderados (codeína, dihidrocodeína y dextropropoxifeno), y para inducir o complementar la anestesia (fentanilo y fármacos análogos al fentanilo como el alfentanilo y el remifentanilo). Se utilizan también como antitusígenos (codeína, dihidrocodeína y, en menor medida, folcodina y etilmorfina), y para el tratamiento de la adicción a los opioides (buprenorfina y metadona).

### Principales opioides fiscalizados en virtud de la Convención de 1961, y la buprenorfina<sup>a</sup>

<i>Alcaloides naturales</i>	<i>Opioides semisintéticos</i>	<i>Opioides sintéticos</i>
Morfina	Dihidrocodeína	Dextropropoxifeno
Codeína	Etilmorfina	Difenoxilato
Tebaína	Heroína	Fentanilo y análogos
Oripavina	Hidrocodona	Cetobemidona
	Hidromorfona	Metadona
	Oxicodona	Petidina
	Folcodina	Tilidina
	Buprenorfina	

<sup>a</sup> La buprenorfina está sujeta a fiscalización en virtud del Convenio de 1971.

25. Los opioides semisintéticos se obtienen mediante modificaciones químicas relativamente sencillas de opiáceos naturales como la morfina, la codeína y la tebaína. Algunos ejemplos de esos

<sup>15</sup> La buprenorfina está fiscalizada de conformidad con el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

derivados simples son la dihidrocodeína, la etilmorfina, la heroína, la oxycodona y la folcodina. Los opioides sintéticos son totalmente artificiales y no tienen relación con los opiáceos, aunque sus efectos son similares cuando se utilizan en tratamientos. Los opioides sintéticos más utilizados son el fentanilo y los fármacos análogos al fentanilo, la metadona y la petidina.

## A. Oferta de materias primas de opiáceos

26. Los opiáceos que consumen los pacientes bajo tratamiento médico se obtienen de ciertas materias primas (opio, paja de adormidera y concentrado de paja de adormidera). La disponibilidad adecuada de esas materias primas para la fabricación de opiáceos es, por consiguiente, condición previa para garantizar la disponibilidad adecuada de estos últimos con fines médicos y científicos.

27. En cumplimiento de lo dispuesto en la Convención de 1961 y las resoluciones pertinentes de la Comisión de Estupefacientes y del Consejo Económico y Social, la Junta examina periódicamente las novedades que afectan a la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos, cuyo equilibrio duradero procura mantener con la cooperación de los gobiernos. Al analizar la situación de la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos, la Junta utiliza información de los gobiernos de los países que las producen así como de los gobiernos de los países en donde se utilizan para la fabricación de opiáceos o sustancias no sometidas a fiscalización en virtud de la Convención de 1961. Un análisis detallado de la situación actual de la oferta de materias primas de opiáceos y de su demanda a nivel mundial figura en el informe de la Junta sobre los estupefacientes correspondiente a 2010<sup>16</sup>.

28. Para garantizar la disponibilidad de los opiáceos utilizados para fines médicos y científicos en caso de un descenso inesperado de la producción debido, por ejemplo, a condiciones meteorológicas adversas en los países productores, las existencias mundiales de materias primas de opiáceos deben bastar para satisfacer la demanda mundial durante cerca de un año<sup>17</sup>. A finales de 2009, las existencias mundiales de materias primas de opiáceos ricas en morfina bastaban para atender la demanda mundial durante 12 meses. Las existencias mundiales de materias primas de opiáceos ricas en tebaína bastaban para atender la demanda mundial durante un período ligeramente inferior a 12 meses; sin embargo, el déficit se veía compensado por el elevado volumen de existencias de tebaína y opiáceos derivados de la tebaína, que eran suficientes a finales de 2009 para atender la demanda mundial de esos opiáceos por aproximadamente 14 meses.

29. De acuerdo con la información de que dispone la Junta, la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina fue superior en 2010 a su utilización. La oferta mundial (existencias y producción) fue plenamente suficiente para atender la demanda mundial. Para 2011, los gobiernos de los países productores proyectan continuar ampliando la superficie cultivada de paja de adormidera rica en morfina.

---

<sup>16</sup> Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2011; Estadísticas de 2009 (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta T.11.XI.2).

<sup>17</sup> *Informe de la Junta Internacional de Estupefacientes correspondiente a 2005*, párr. 85 (Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.06.XI.2).

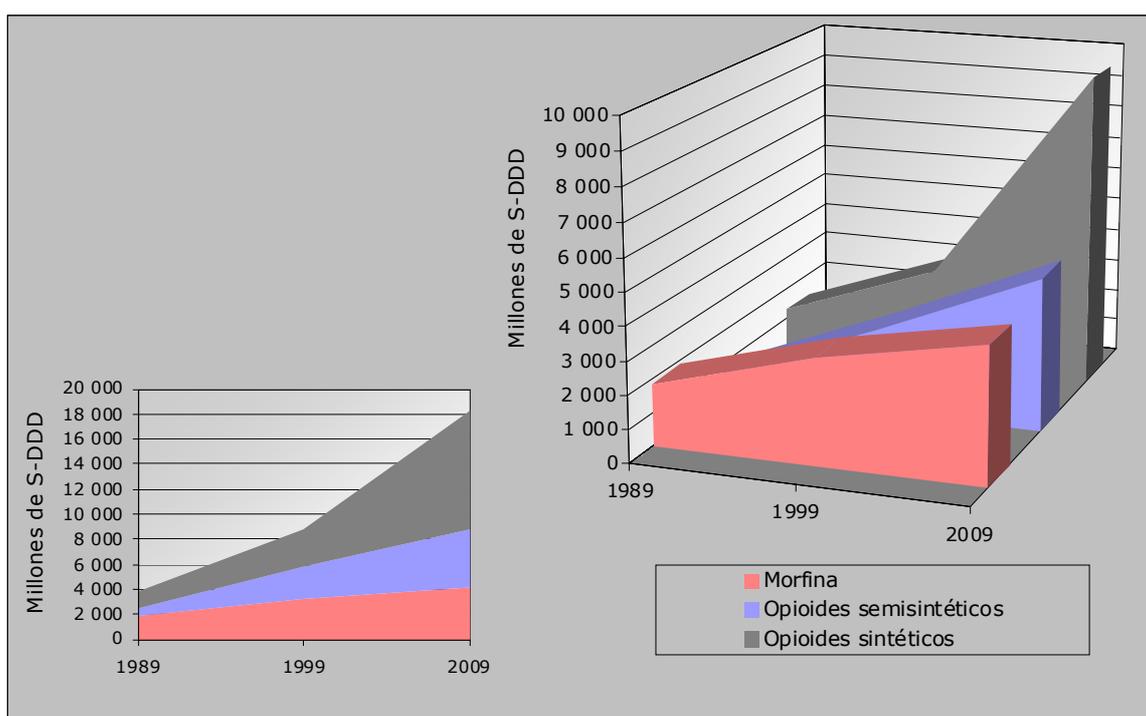
30. En cuanto a las materias primas de opiáceos ricas en tebaína, la información de que dispone la Junta indica que la producción mundial excedió a la demanda mundial en 2010. Las existencias totales bastaban para atender la demanda mundial durante menos de un año. Los planes de los países productores indican que la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína excederá asimismo a la demanda mundial en 2011. Por consiguiente, se prevé que las existencias totales continuarán aumentando hasta cubrir la demanda durante unos 14 meses. La oferta mundial (existencias y producción) de dichas materias primas continuará siendo suficiente para atender plenamente la demanda mundial.

31. Se espera que aumente asimismo en el futuro la demanda mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina y ricas en tebaína. Como resultado de las actividades de la Junta y la OMS para garantizar la disponibilidad adecuada de analgésicos opioides, se prevé que siga aumentando la demanda mundial de opiáceos y de materias primas de opiáceos.

## B. Oferta de opioides fiscalizados en virtud de la Convención de 1961

32. El aumento continuo de la producción de materias primas de opiáceos en los últimos 20 años se produjo en paralelo con un aumento progresivo también de la fabricación de opioides. La fabricación de morfina y de los principales opioides sintéticos y semisintéticos se quintuplicó en los últimos 20 años, registrando los opioides sintéticos y semisintéticos unas tasas de crecimiento mayores que la morfina. Esta evolución está estrechamente relacionada con la creciente demanda de determinados estupefacientes, así como con el desarrollo de nuevos productos.

Figura 2. Progresión de la fabricación de opioides, 1989-2009



33. En la figura 2 se muestra el crecimiento total de la fabricación de morfina y opioides sintéticos y semisintéticos a lo largo de un período de 20 años. La expresión “dosis diarias definidas con fines estadísticos” (S-DDD) representa una unidad técnica de medida utilizada a efectos del análisis estadístico, y no dosis de prescripción recomendadas. Esta unidad de medida se utiliza siempre que se suman estupefacientes o sustancias sicotrópicas con distinto nivel de potencia, y por consiguiente con un nivel distinto de dosis diarias en los tratamientos médicos, para obtener el volumen disponible de un grupo de sustancias, expresado en una unidad de medida que permite la comparación.

34. Las tasas de crecimiento de la producción de fentanilo, que se ha convertido en el opioide sintético más fabricado en términos de S-DDD, han sido particularmente altas. Cuando se emplea como analgésico, el fentanilo tiene una potencia 100 veces mayor que la morfina y, por consiguiente, se utiliza solo en dosis muy pequeñas (por ejemplo, 0,005 a 0,1 miligramos en forma inyectable). La utilización de parches de fentanilo de acción prolongada, con unas dosis mayores y activos hasta tres días, ha ido extendiéndose por todo el mundo, lo que ha hecho que se incrementara también la fabricación de esta sustancia. También se fabrica metadona en volúmenes muy superiores a los de hace 20 años, aunque la mayor parte se destina al tratamiento de adicciones por sustitución. También ha mostrado una tasa muy elevada de crecimiento la producción de drogas semisintéticas tales como la hidrocodona, la hidromorfona, la oxycodona y la oximorfona. El comercio internacional de estupefacientes creció también de forma comparable: se multiplicó por cinco en el caso de la morfina, casi por 300 en el del fentanilo y por más de 130 en el caso de la oxycodona.

35. Estas tasas de crecimiento de la fabricación de estupefacientes y de su comercio internacional son impresionantes. Sin embargo, su motivo principal es el aumento importante de las importaciones de algunos países con un consumo elevado, ya que la mayoría de los demás países o bien aumentó sus importaciones en medida mucho menor o bien partía de unos niveles tan bajos que unas tasas de crecimiento incluso muy altas no se traducen en volúmenes considerables en términos absolutos. Además, de 211 países y territorios, 17 no importaban morfina, 22 no importaban fentanilo y nueve no importaban ningún opioide.

36. Los datos de que dispone la Junta muestran que la fabricación de morfina y opioides sintéticos y semisintéticos basta actualmente para satisfacer la demanda mundial. Por otro lado, las investigaciones actuales sobre nuevas aplicaciones y preparados permiten la fabricación de nuevos medicamentos de uso más fácil y cómodo. Al mismo tiempo siguen fabricándose otros tipos de preparados más baratos. La industria farmacéutica puede atender a la creciente demanda de productos con distintas gamas de precios. Por consiguiente, no puede considerarse que existan obstáculos a la adecuada disponibilidad de estupefacientes desde el lado de la oferta.

### **C. Oferta de opioides fiscalizados actualmente en virtud del Convenio de 1971**

37. La fabricación mundial de buprenorfina se ha quintuplicado también en los últimos 20 años y ha llegado a unos niveles comparables a los de los principales opioides. La fabricación de esta sustancia aumentó rápidamente a finales de los años 90, cuando empezó a utilizarse en altas dosis para el tratamiento de la adicción a opioides, y desde 2006 es evidente otro aumento importante. También el comercio internacional de esta sustancia aumentó muy rápidamente, y 80 países

comunicaron importaciones de buprenorfina en el período 2007 a 2009. Sin embargo, el número de países que importan buprenorfina es muy inferior al número de países que importan al menos uno de los principales opioides. La fabricación y el comercio de pentazocina, otro analgésico sintético importante fiscalizado en virtud del Convenio de 1971, son muy inferiores y no han mostrado la misma tendencia que los de buprenorfina. Aunque la fabricación y el comercio muestren fluctuaciones, no se puede establecer una tendencia clara al crecimiento.

## **D. Oferta de estimulantes fiscalizados en virtud del Convenio de 1971**

38. Hay una docena de países que fabrican estimulantes incluidos en la Lista II, y otros 90 que los importan. En los últimos 20 años se han registrado tasas particularmente elevadas de crecimiento de la fabricación de metilfenidato (se multiplicó por 16) y de dexanfetamina (se multiplicó por 2,5), y al mismo tiempo la fabricación de anfetamina<sup>18</sup> llegaba a un nivel máximo en 1998, disminuyendo a partir de entonces. El comercio internacional de estimulantes incluidos en la Lista II también aumentó, más en el caso del metilfenidato que en el de las anfetaminas. En los últimos 10 años, la fabricación y el comercio de estimulantes incluidos en la Lista IV, que se utilizan principalmente como anorexígenos en tratamientos contra la obesidad, se mantuvieron aproximadamente al mismo nivel. El nivel de fabricación de las 14 sustancias incluidas en el grupo, expresado en S-DDD, es inferior al nivel de fabricación de los principales opioides.

## **E. Oferta de benzodiazepinas y barbitúricos fiscalizados en virtud del Convenio de 1971**

39. La fabricación y el comercio de ansiolíticos y sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina se han estabilizado (situándose entre 20.000 y 30.000 millones de S-DDD, en el caso de los ansiolíticos, y entre 5.000 y 9.000 millones de S-DDD, en el caso de los sedantes hipnóticos) tras haber registrado unas tasas elevadas de crecimiento 20 años antes. La fabricación de barbitúricos también se mantuvo estable en los últimos 10 años. Se han mantenido las considerables diferencias regionales en el comercio internacional de ansiolíticos y sedantes hipnóticos, y en algunas regiones que siempre habían comunicado unos niveles muy bajos de importaciones de este tipo, se produjeron nuevas reducciones (se trata principalmente de países africanos, pero también de algunas partes de Asia). Las dos sustancias sicotrópicas que más se mueven en el comercio internacional, en función del número de países que las importan, son el diazepam, un ansiolítico del tipo de la benzodiazepina, y el fenobarbital, un barbitúrico, que importan más de 160 países. La sustancia sicotrópica más fabricada, en términos de S-DDD, es el alprazolam, un ansiolítico del tipo de la benzodiazepina.

---

<sup>18</sup> En la versión inglesa, la mayoría de las sustancias incluidas en las listas del Convenio de 1971 están enumeradas con sus denominaciones comunes internacionales (DCI). El sistema de las DCI fue elaborado por la OMS para facilitar la identificación de las sustancias farmacéuticas o los ingredientes farmacéuticos activos. (Estas denominaciones son las que se utilizan en el informe técnico de la Junta sobre las sustancias sicotrópicas.) De no haber una DCI, las sustancias se inscriben en las listas bajo "Otras denominaciones comunes o vulgares".

Para la mayoría de las personas que hablan inglés como lengua materna, la DCI de muchas de las sustancias incluidas en la Lista II del Convenio de 1971 aparentemente tiene un error ortográfico: amfetamine, dexamfetamine, levamfetamine, metamfetamine, metamfetamine racemate. En el presente informe se utilizan las "Otras denominaciones comunes o vulgares" de esas sustancias, de uso más común: amphetamine, dexamphetamine, levamphetamine, methamphetamine, methamphetamine racemate.



# IV

## Disponibilidad de medicamentos que contienen sustancias sujetas a fiscalización internacional

40. La existencia de una oferta adecuada de materias primas de opiáceos producidas lícitamente y la de los productos finales fabricados utilizando esas materias primas no se traduce necesariamente en el abastecimiento adecuado de medicamentos que contienen esas sustancias en beneficio del usuario final, o sea, el paciente. El acceso a los medicamentos a base de opioides, así como a otros medicamentos que contienen sustancias sujetas a fiscalización internacional, es limitado o casi inexistente en muchos países. Esa discrepancia ha sido objeto de examen repetidas veces no solo por la Junta sino también por la Comisión de Estupefacientes.

41. Como antes se indicó, la Comisión de Estupefacientes recordó en su resolución 53/4, titulada “Promoción de una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de drogas lícitas sometidas a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso”, la Convención de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, así como el Convenio de 1971. En esa resolución se indicaba que en los dos tratados se reconocía que el uso de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos es indispensable, y que no debe restringirse indebidamente su disponibilidad para tales fines, y que deberían adoptarse las medidas necesarias para garantizar esa disponibilidad.

42. En la misma resolución, la Comisión invitaba a la Junta a que incluyera en su informe anual correspondiente a 2010 información sobre el consumo en todo el mundo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos y científicos, incluido un análisis de los impedimentos a su disponibilidad adecuada y de las medidas que deben adoptarse para superarlos y, cuando se disponga de ella, información específica sobre la situación en los países y los progresos realizados por estos. En cumplimiento de esa resolución, la Junta llevó a cabo un análisis de la evolución a nivel mundial, y de las pautas regionales de consumo de analgésicos opioides, basado en las estadísticas suministradas por los gobiernos. La Junta también analizó la evolución a nivel mundial, y las pautas regionales de consumo de sustancias sicotrópicas<sup>19</sup>.

43. A fin de mostrar las discrepancias entre regiones, y entre países dentro de las regiones, el informe técnico de la Junta sobre estupefacientes incluye cuadros regionales de los niveles de consumo de analgésicos opioides, además del cuadro mundial de los niveles de consumo medios de estupefacientes (cuadro XIV). Se pide a los gobiernos que, en sus estadísticas anuales sobre estupefacientes, suministren a la Junta datos sobre el consumo de analgésicos opioides. Los países han venido reuniendo esos datos desde hace muchos años, pero no todos ellos han establecido métodos adecuados para evaluar sus necesidades. La Junta ha creado el concepto de “dosis diarias

<sup>19</sup> Para los cálculos se utilizaron los datos estadísticos comunicados a la Junta sobre la fabricación, las importaciones, las exportaciones y las existencias.

definidas con fines estadísticos (S-DDD) consumidas por millón de habitantes por día”, que utiliza a la hora de compilar y comparar estadísticas sobre el consumo de sustancias con diferentes niveles de potencia, tales como los analgésicos opioides.

44. En ausencia de un acuerdo general entre los expertos sobre los niveles adecuados de consumo, la Junta ha fijado internamente, con fines administrativos, algunas normas mínimas que habrán de aplicarse al examinar las previsiones presentadas por los países de sus necesidades anuales de estupefacientes. La Junta ha determinado los niveles de consumo que considera inadecuados (consumo de analgésicos opioides en cantidades situadas entre 100 y 200 S-DDD por millón de habitantes por día) o muy inadecuados (consumo de analgésicos opioides en cantidades iguales o inferiores a 100 S-DDD). Si esos niveles se fueran a utilizar como patrón de referencia, 21 países tendrían niveles de consumo inadecuados y más de 100 países, la mayoría africanos, tendrían niveles de consumo muy inadecuados. En mayo de 2004, la Junta aprobó una modificación de las normas para la preparación de las previsiones que permite a la Junta elevar las correspondientes a determinados estupefacientes esenciales si se considera que son inadecuadamente bajas.

45. En su resolución 53/4, la Comisión de Estupefacientes invitó a la Junta a que le facilitara información sobre el consumo de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos en todo el mundo, con el fin de promover una disponibilidad adecuada de las mismas. Sin embargo, los gobiernos no están obligados a facilitar datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas. La Junta ha encontrado útil hasta ahora calcular los niveles aproximados de consumo de sustancias sicotrópicas basándose en la información estadística sobre esas sustancias que los gobiernos incluyen en sus estadísticas anuales sobre sustancias sicotrópicas, a fin de mostrar las tendencias y, cuando los datos parecen ser coherentes y fiables, para detectar patrones de consumo inusuales. Como se indicó en el informe técnico de la Junta sobre sustancias sicotrópicas, se debe proceder con cautela al deducir conclusiones sobre el nivel real de consumo de sustancias sicotrópicas a nivel mundial y a nivel de los distintos países, ya que los datos comunicados por los gobiernos sobre la fabricación y el comercio de sustancias sicotrópicas tal vez no sean completos o no abarquen todas las sustancias. Los niveles de consumo calculados tienden a ser particularmente inexactos en el caso de los países fabricantes. Los niveles de consumo calculados se publican en el cuadro IV del informe técnico sobre sustancias sicotrópicas.

46. En el pasado, el análisis de los niveles calculados de consumo de sustancias sicotrópicas a menudo se centraba en los niveles de consumo continuamente altos que pudieran no estar justificados desde el punto de vista médico y que podrían conducir a la desviación y el abuso de las sustancias en cuestión. Por otro lado, la Junta era consciente de que los niveles muy bajos de consumo de sustancias sicotrópicas observados en algunos países podían reflejar el hecho de que esas sustancias eran prácticamente inaccesibles para determinados sectores de la población y que esas sustancias, o los medicamentos falsificados que supuestamente las contenían, podían, por tanto, aparecer en los mercados no regulados para satisfacer la demanda no satisfecha. Es preciso también tomar en consideración el hecho de que los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas varían considerablemente entre países y regiones, debido a las diferencias en la práctica médica y las consiguientes diferencias en los patrones de las recetas. Al hacer comparaciones a nivel de países y a nivel de regiones se debe proceder con sumo cuidado, en especial debido a que, en el caso de ciertas sustancias sicotrópicas, otras sustancias, sicotrópicas o no, se pueden utilizar como sucedáneos, circunstancia que ha de tenerse en cuenta al examinar su disponibilidad.

47. La Junta toma nota de que en numerosas oportunidades los gobiernos han reforzado el régimen de fiscalización internacional aplicable a las sustancias sicotrópicas conviniendo en suministrar datos adicionales a la Junta, por ejemplo evaluaciones de las necesidades anuales de esas sustancias y detalles sobre el comercio de sustancias de las Listas III y IV del Convenio de 1971 y de las existencias que mantienen los fabricantes. Puesto que esos datos no se consideraban esenciales cuando se aprobó el Convenio, fue el Consejo Económico y Social el que, en diversas resoluciones<sup>20</sup>, introdujo el requisito de reunir y presentar a la Junta la información adicional anteriormente mencionada sobre las sustancias sicotrópicas. Aunque esta presentación adicional de información no tiene todavía carácter universal, la Junta agradece que la mayoría de los gobiernos presenten la información adicional solicitada en las resoluciones del Consejo Económico y Social, y ofrece capacitación a las autoridades nacionales encargadas de cumplimentar y devolver los formularios.

48. En opinión de la Junta, ha llegado de nuevo el momento de que los gobiernos acuerden presentarle voluntariamente información no prevista en el marco del Convenio de 1971 pero indispensable para la aplicación de la resolución 53/4 de la Comisión de Estupefacientes, de modo que la Junta esté en condiciones de analizar las tendencias del consumo de sustancias sicotrópicas. Datos fidedignos sobre el consumo de esas sustancias serán también necesarios para evaluar la eficacia de las medidas que se adopten de conformidad con la resolución 53/4 de la Comisión. La Junta, por consiguiente, recomienda encarecidamente a los gobiernos que estudien la posibilidad de presentarle datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, que permitan a la Junta cumplir lo dispuesto en la resolución 53/4 de la Comisión y, en definitiva, promover la disponibilidad adecuada de sustancias sicotrópicas utilizadas para fines médicos y científicos, al tiempo que se previene la desviación y el abuso de dichas sustancias.

49. Por las razones arriba mencionadas, la calidad de los datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas no es comparable con la de los datos sobre el consumo de estupefacientes. Resulta, por consiguiente, más difícil hacer un análisis significativo de los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas. Además, en la mayoría de los países se utilizan las sustancias sicotrópicas mucho más que los estupefacientes en los tratamientos médicos. Por eso, la Junta analiza las pautas de consumo de sustancias sicotrópicas utilizando el concepto de S-DDD por mil habitantes por día, que permite comparar y reunir estadísticas sobre sustancias de diferente potencia. Por eso, la información que figura más adelante se divide en información sobre los niveles de consumo de los analgésicos opioides e información sobre los analgésicos sujetos a fiscalización en virtud del Convenio de 1971, así como información sobre otros grupos de sustancias sicotrópicas.

50. Determinar la suficiencia de los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas plantea un problema similar al que planteaba la suficiencia de los niveles de consumo de estupefacientes: no hay acuerdo entre los expertos sobre el nivel de consumo per cápita de ninguno de los grupos de sustancias sicotrópicas que denota la calificación “disponibilidad adecuada”.

51. La Comisión de Estupefacientes, en su resolución 53/4, afirmó que los tratados de fiscalización internacional de drogas procuran lograr un equilibrio entre la garantía de disponibilidad para fines médicos y científicos de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional y la prevención de su desviación y abuso. En la misma resolución, la Comisión

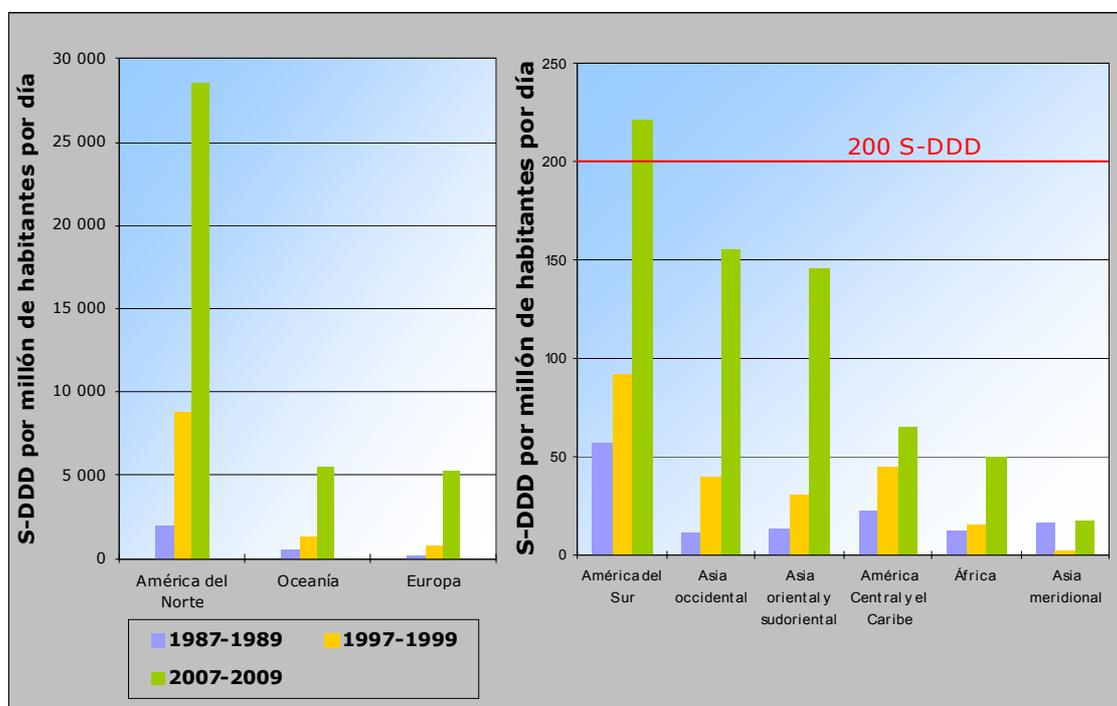
<sup>20</sup> Resoluciones 1981/7, 1985/15, 1987/30 y 1991/44.

reconoció que el aumento de la oferta lícita de sustancias sometidas a fiscalización internacional puede acrecentar el riesgo de desviación y abuso de esas sustancias. El presente suplemento incluye información sobre los niveles de consumo de determinados grupos de sustancias que pueden considerarse excesivamente elevados. Es evidente que, en algunos países que presentan niveles altos de consumo, el principal problema de abuso de drogas que se plantea son los analgésicos estupefacientes, y que va en aumento el abuso de medicamentos de venta con receta.

## A. Disponibilidad de analgésicos opioides fiscalizados en virtud de la Convención de 1961

52. En el período 1989-2009 aumentó considerablemente el consumo mundial de analgésicos opioides utilizados para el tratamiento del dolor moderado e intenso. Por ejemplo, el consumo mundial de morfina se multiplicó por siete. El aumento fue más drástico en el caso de determinados opioides sujetos a fiscalización internacional, como el fentanilo (se centuplicó) y la oxycodona (se multiplicó por 26). El aumento fue considerablemente mayor en algunas regiones que en otras<sup>21</sup> y, dentro de ellas, considerablemente más alto en algunos países que en otros, y continúa habiendo grandes diferencias en los niveles de consumo de los diferentes países. Los niveles de consumo de las regiones, países y territorios se indican en los cuadros del anexo I.

**Figura 3. Todas las regiones: consumo medio de analgésicos opioides, 1987-1989, 1997-1999 y 2007-2009**

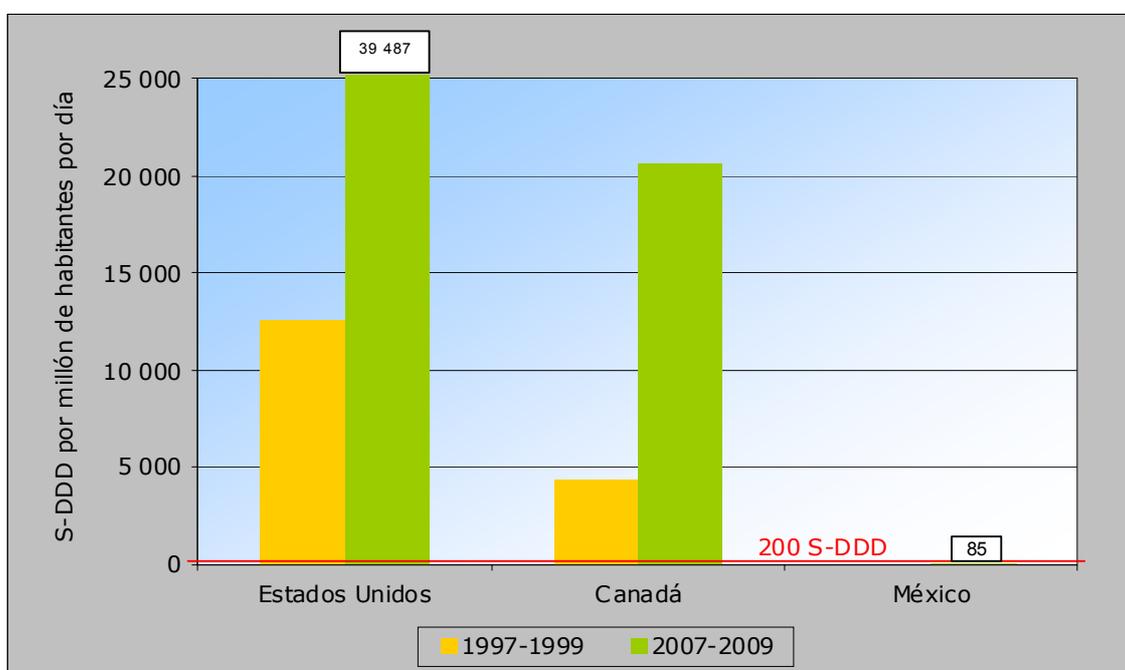


<sup>21</sup> En las figuras 3 a 13 se presenta información sobre la evolución de los niveles de consumo de analgésicos opioides a escala mundial y regional en los últimos 20 años. A causa de las considerables diferencias en los niveles de consumo, las escalas empleadas en los gráficos son diferentes.

53. Los niveles más altos de consumo de analgésicos opioides se han registrado en los países de América del Norte y Europa, además de Australia y Nueva Zelandia. En gran parte de los países de esas dos regiones los niveles de consumo de analgésicos opioides aumentaron sustancialmente en el período 2000-2009. El Canadá y los Estados Unidos han registrado los niveles más altos de consumo de analgésicos opioides del mundo. En esos dos países se registró un aumento constante del consumo de analgésicos opioides entre 1989 y 2009, cuando los niveles llegaron a casi 40.000 S-DDD por millón de habitantes por día en los Estados Unidos y a más de 20.000 S-DDD en el Canadá, en comparación con 85 S-DDD por millón de habitantes por día en México.

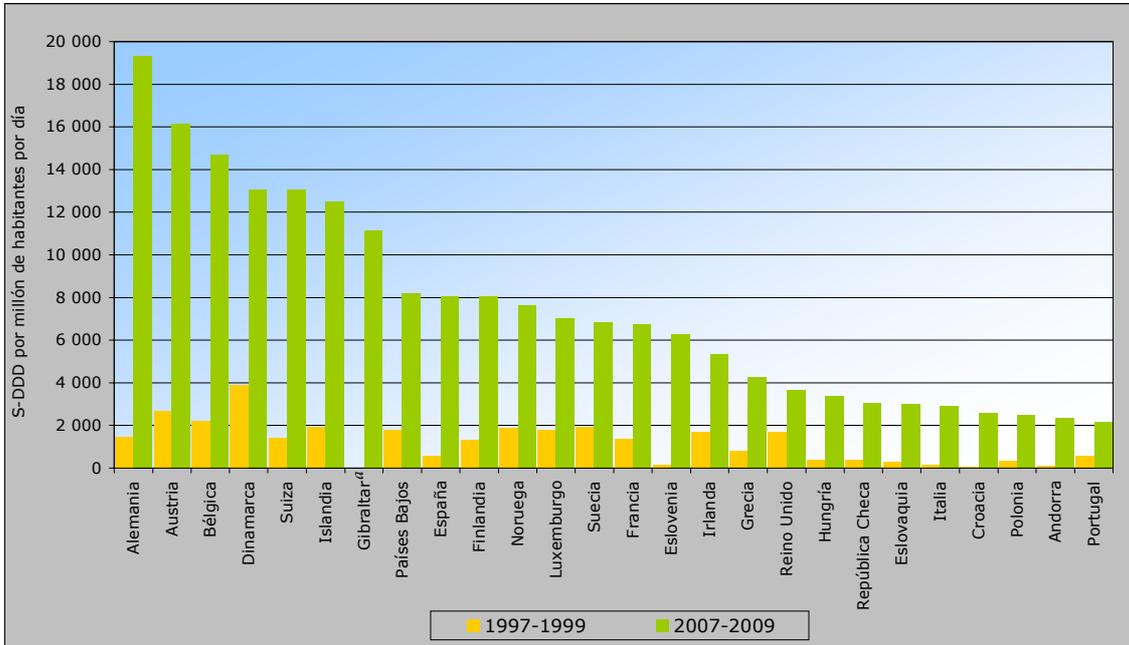
54. En Europa, los niveles de consumo de analgésicos opioides utilizados para el tratamiento del dolor aumentaron también drásticamente en el período 2000-2009. Sin embargo, continúa habiendo grandes disparidades en esos niveles de consumo entre los países europeos. Los dos países con los niveles más altos de consumo, Alemania y Austria, comunicaron un consumo de 20.000 y 16.000 S-DDD por millón de habitantes por día. Otros cinco países comunicaron niveles de consumo superiores a 10.000 S-DDD, y 21 países comunicaron niveles entre 1.000 y 10.000 S-DDD. En algunos países europeos, principalmente de Europa oriental y sudoriental, los niveles de consumo aumentaron solo ligeramente o incluso disminuyeron. El consumo en tres países (Belarús, la Federación de Rusia y Rumania) ascendió a menos de 200 S-DDD por millón de habitantes por día<sup>22</sup>. Cuatro países comunicaron un nivel de consumo inferior a 100 S-DDD (Albania, la ex República Yugoslava de Macedonia, la República de Moldova y Ucrania).

**Figura 4. América del Norte: consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



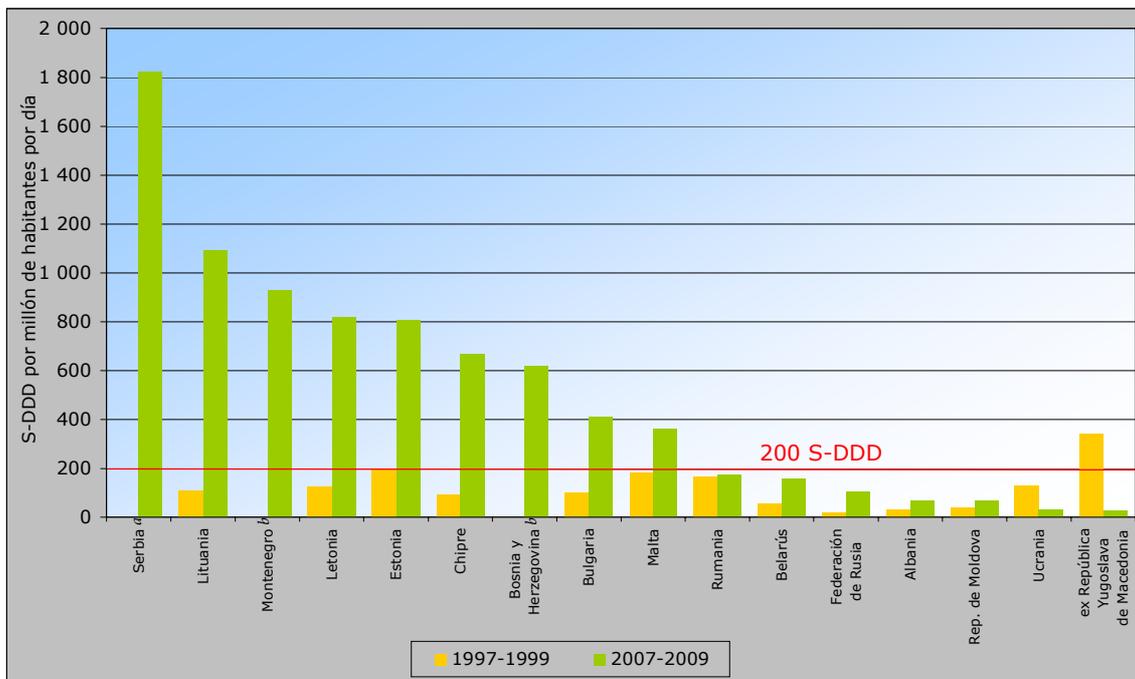
<sup>22</sup> Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2011 -- Estadísticas de 2009 (véase la nota 16), cuadro XIV.

**Figura 5a. Europa (países con mayor consumo): consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



<sup>a</sup> La primera columna está vacía porque el territorio no envió los formularios estadísticos durante esos tres años consecutivos, 1997-1999.

**Figura 5b. Europa (países con menor consumo): consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



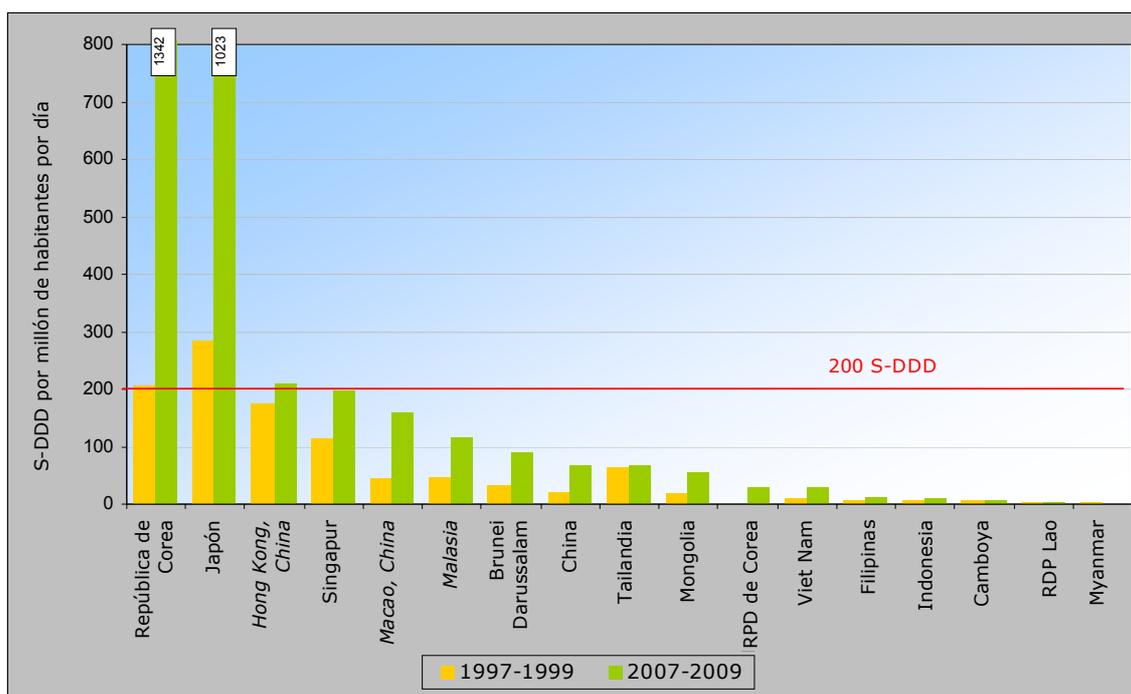
<sup>a</sup> No se dispone de datos sobre el período 1997-1999 porque el país no fue admitido como miembro de las Naciones Unidas hasta 2006.

<sup>b</sup> La primera columna está vacía porque el país no envió los formularios estadísticos durante esos tres años consecutivos, 1997-1999.

55. En algunos países de Asia oriental y sudoriental, Asia occidental, América del Sur y Oceanía también se produjeron aumentos importantes del consumo de analgésicos opioides en el período 2000-2009. Pese a esos aumentos, el consumo de analgésicos opioides se mantuvo relativamente bajo en todos los países de esas regiones.

56. En Asia oriental y sudoriental, los niveles de consumo de analgésicos opioides en el 65% de los países de la región ascendió a menos de 100 S-DDD por millón de habitantes por día en el período 2007-2009. El consumo más alto de analgésicos opioides tuvo lugar, según los informes, en el Japón y la República de Corea, los dos países de la región que registraron el aumento más extraordinario de ese tipo de consumo durante dicho decenio (a más de 1.000 S-DDD por millón de habitantes por día). Sin embargo, en la mayoría de los países de la región, los niveles de consumo de analgésicos opioides solo aumentaron ligeramente. Más del 80% de los países comunicaron un nivel de consumo inferior a 200 S-DDD. En Camboya, Indonesia, Myanmar y la República Democrática Popular Lao, esos niveles de consumo estuvieron por debajo de 10 S-DDD por millón de habitantes por día. No se comunicó ningún consumo de analgésicos opioides en Timor-Leste.

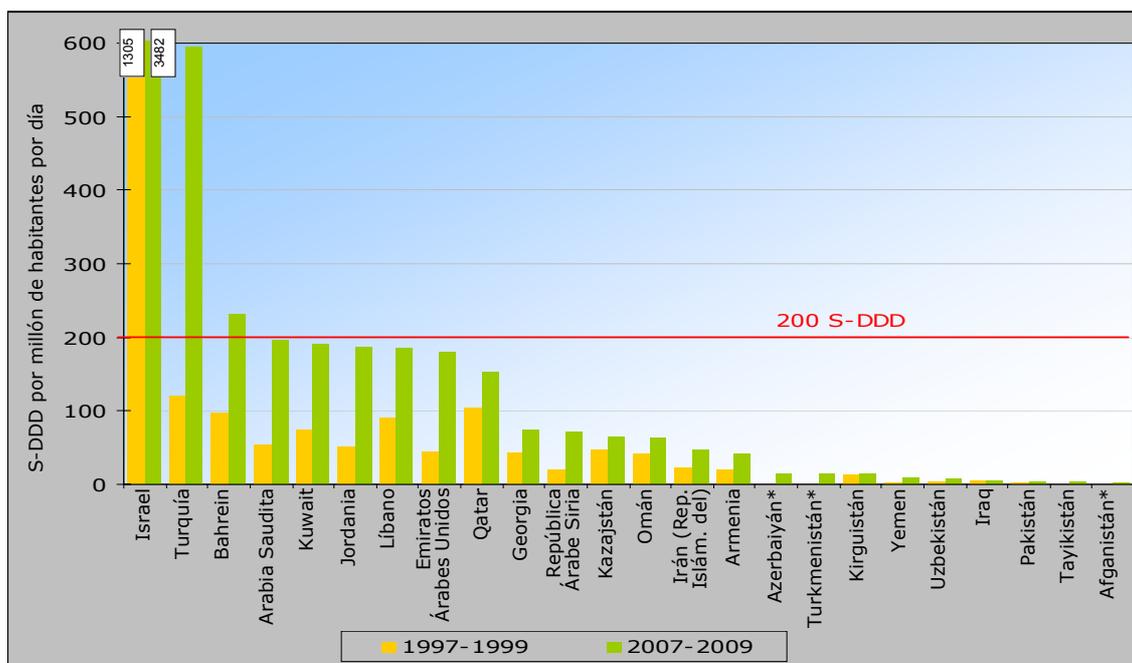
**Figura 6. Asia oriental y sudoriental: consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



57. En Asia occidental, los niveles de consumo de analgésicos opioides en más del 60% de los países de la región ascendió a menos de 100 S-DDD por millón de habitantes por día en el período 2007-2009. Los niveles de consumo de Israel han sido considerablemente más altos que los de otros países de la región y han aumentado constantemente a lo largo del último período de 20 años, llegando a más de 3.000 S-DDD por millón de habitantes por día en el período 2007-2009. Los niveles de consumo de analgésicos opioides utilizados para el tratamiento del dolor aumentaron considerablemente en el período 2000-2009 en Bahrein y Turquía. En Arabia Saudita, los Emiratos Árabes Unidos, Jordania, Kuwait, el Líbano y Qatar, el consumo aumentó, pero se

mantuvo por debajo de 200 S-DDD por millón de habitantes por día. En el Afganistán, el Iraq, el Pakistán, Tayikistán, Uzbekistán y el Yemen, esos niveles de consumo estuvieron por debajo de 10 S-DDD por millón de habitantes por día en 2009.

**Figura 7. Asia occidental: consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



\* La primera columna está vacía porque los países no enviaron los formularios estadísticos durante esos tres años consecutivos, 1997-1999.

58. En América del Sur, los niveles de consumo de analgésicos opioides en más del 50% de los países de la región ascendió a menos de 100 S-DDD por millón de habitantes por día en el período 2000-2009, aunque los niveles de consumo de la región en conjunto aumentaron considerablemente. En cerca de la mitad de los países de la región, el consumo de analgésicos opioides se duplicó con creces durante ese período. El nivel de consumo más alto en el período 2007-2009 fue el comunicado por las Islas Malvinas (Falkland), 4.283 S-DDD por millón de habitantes por día. La Argentina y Chile declararon unas 400 S-DDD por millón de habitantes por día. Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guyana declararon que el consumo de analgésicos opioides no era superior a 10 S-DDD por millón de habitantes por día.

59. En Oceanía, el consumo de analgésicos opioides es muy distinto según los países. De los 15 países informantes, seis (el 40%) tienen un nivel de consumo inferior a 100 S-DDD por millón de habitantes por día. Por otro lado, siete países (el 47% de los informantes) registraron un consumo superior a 1.000 S-DDD. Los niveles de consumo de analgésicos opioides en Australia durante el período 2007-2009 (más de 8.000 S-DDD) fueron considerablemente superiores a los de otros países de la región. Pese a los aumentos significativos de los niveles de consumo de analgésicos opioides en las Islas Marshall, Nauru, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tonga y Vanuatu, el consumo de la región en conjunto se ha mantenido bajo (menos de 100 S-DDD por millón de habitantes por día).

Figura 8. América del Sur: consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009

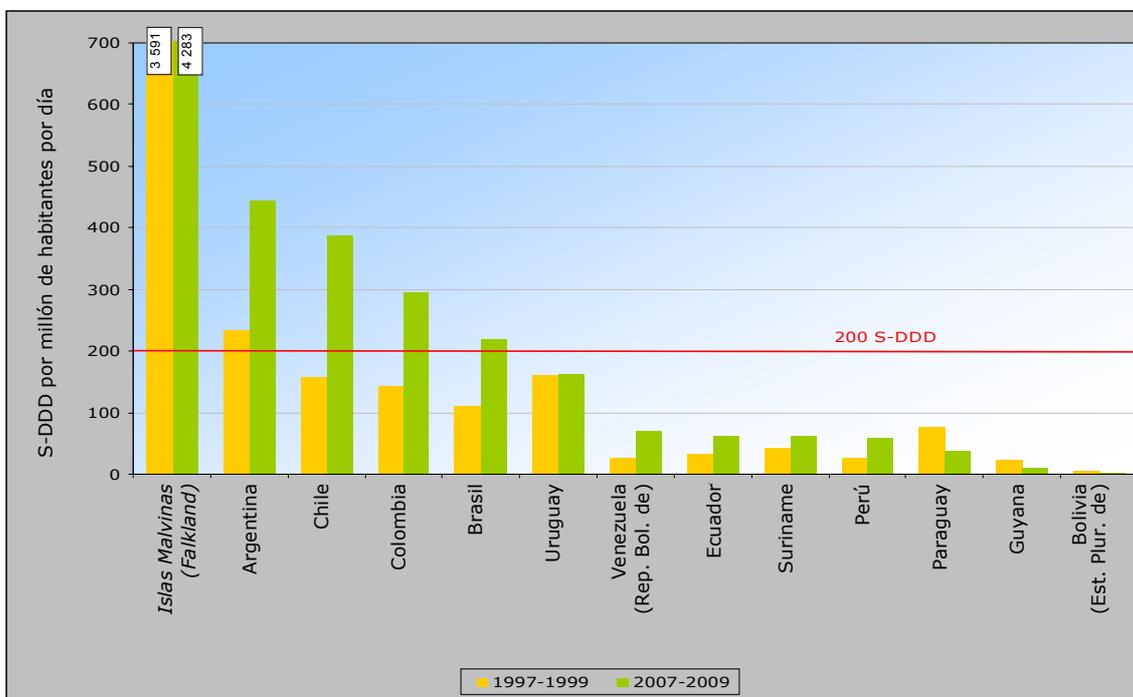
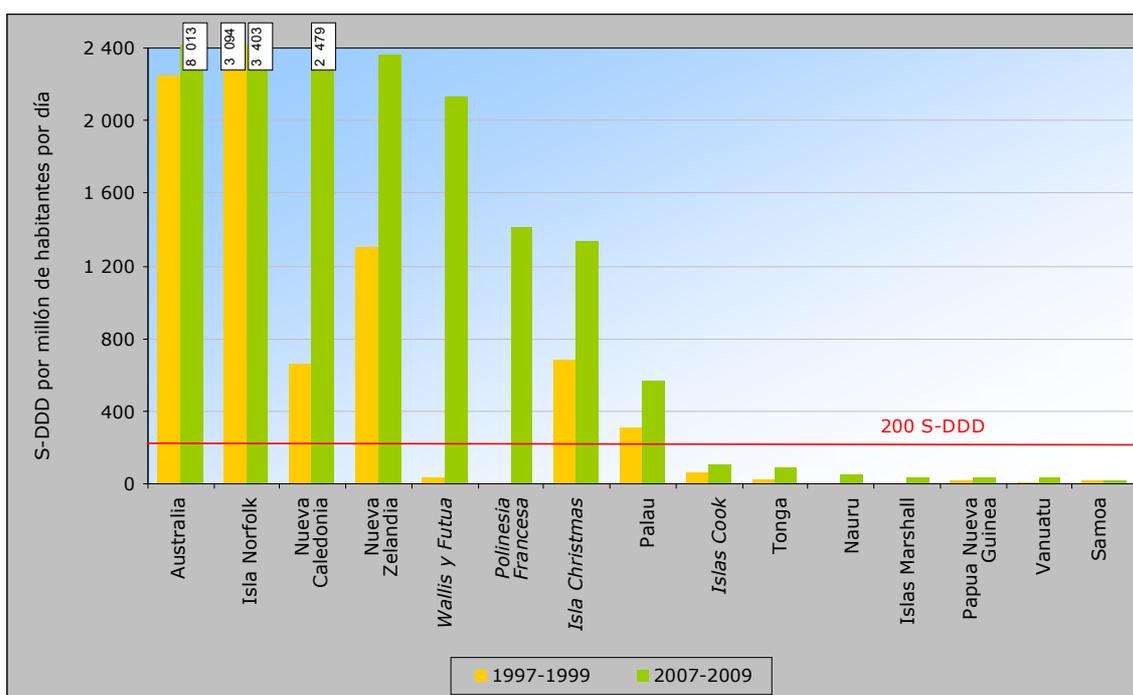


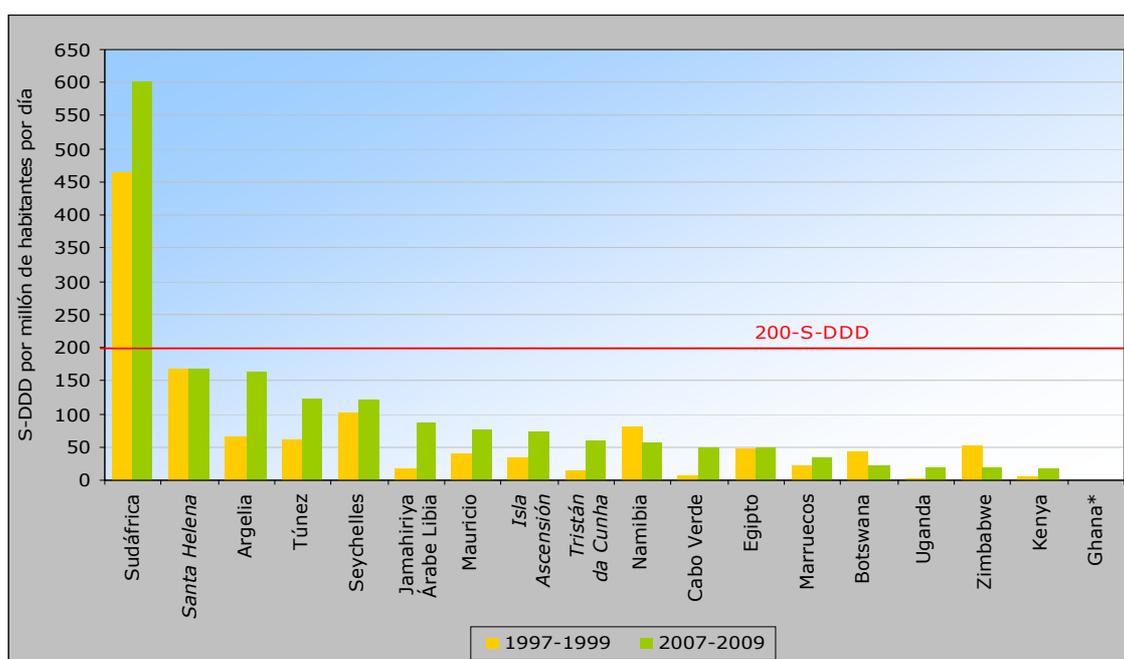
Figura 9. Oceanía: consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009



60. En contraste con la evolución en las demás regiones, los niveles de consumo de analgésicos opioides en África, América Central y el Caribe, y Asia meridional no aumentaron significativamente en el período 2000-2009. Se registraron aumentos modestos en unos pocos países de cada una de esas tres regiones. Como resultado, en la inmensa mayoría de los países de esas regiones el consumo de analgésicos opioides ha ascendido a menos de 100 S-DDD por millón de habitantes por día y en un gran número de esos países ha sido inferior a 10 S-DDD, o incluso nulo.

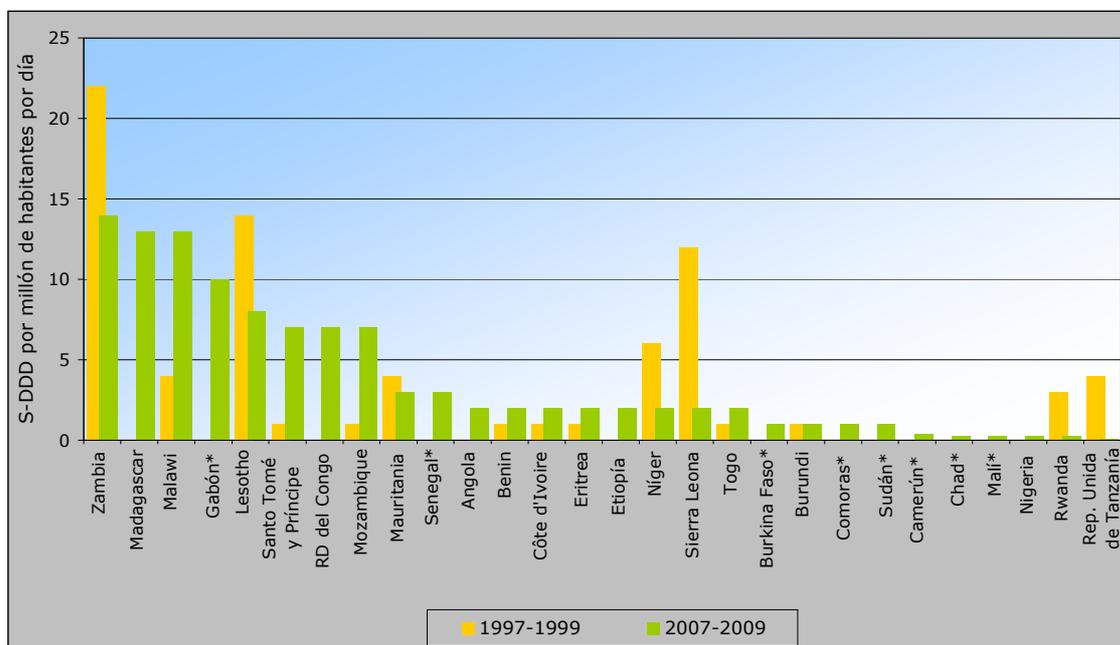
61. África sigue siendo la región con los niveles más bajos de consumo de analgésicos opioides. Solo un país comunicó un nivel de consumo superior a 200 S-DDD por millón de habitantes por día, y otros cuatro comunicaron un nivel superior a 100 S-DDD. En casi el 90% de los países de la región ese consumo ascendió a menos de 100 S-DDD por millón de habitantes por día, y en casi la mitad de los países de la región se consumieron menos de 5 S-DDD. El consumo de analgésicos opioides solo ha aumentado considerablemente en unos pocos países de la región, en tanto que ha disminuido en varios. Sudáfrica tiene actualmente los niveles de consumo más altos de analgésicos opioides de la región, un promedio de 600 S-DDD por millón de habitantes por día. En seis países de la región (el Camerún, el Chad, Malí, Nigeria, Rwanda y la República Unida de Tanzania), el consumo medio de analgésicos opioides ascendió a menos de 1 S-DDD por millón de habitantes por día. No comunicaron un consumo de analgésicos opioides: el Congo, Djibouti, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, la República Centroafricana, Somalia o Swazilandia.

**Figura 10a. África (países con mayor consumo): consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



\* La primera columna está vacía porque el país no envió los formularios estadísticos durante esos tres años consecutivos, 1997-1999.

**Figura 10b. África (países con menor consumo): consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



\* La primera columna está vacía porque el país no envió los formularios estadísticos durante esos tres años consecutivos, 1997-1999.

62. En América Central y el Caribe, los niveles de consumo de analgésicos opioides se mantuvieron relativamente bajos en el período 1989-2009. Más de la mitad de los países de la región comunicó haber consumido menos de 100 S-DDD de analgésicos opioides por millón de habitantes por día en el período 2007-2009. Solo las Islas Caimán y las Antillas Neerlandesas comunicaron un consumo superior a 1.000 S-DDD por millón de habitantes por día. Haití comunicó que el consumo medio de analgésicos opioides ascendía a 2 S-DDD por millón de habitantes por día. No comunicaron un consumo de analgésicos opioides: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Barbados, Belice, Honduras, las Islas Vírgenes Británicas o Saint Kitts y Nevis.

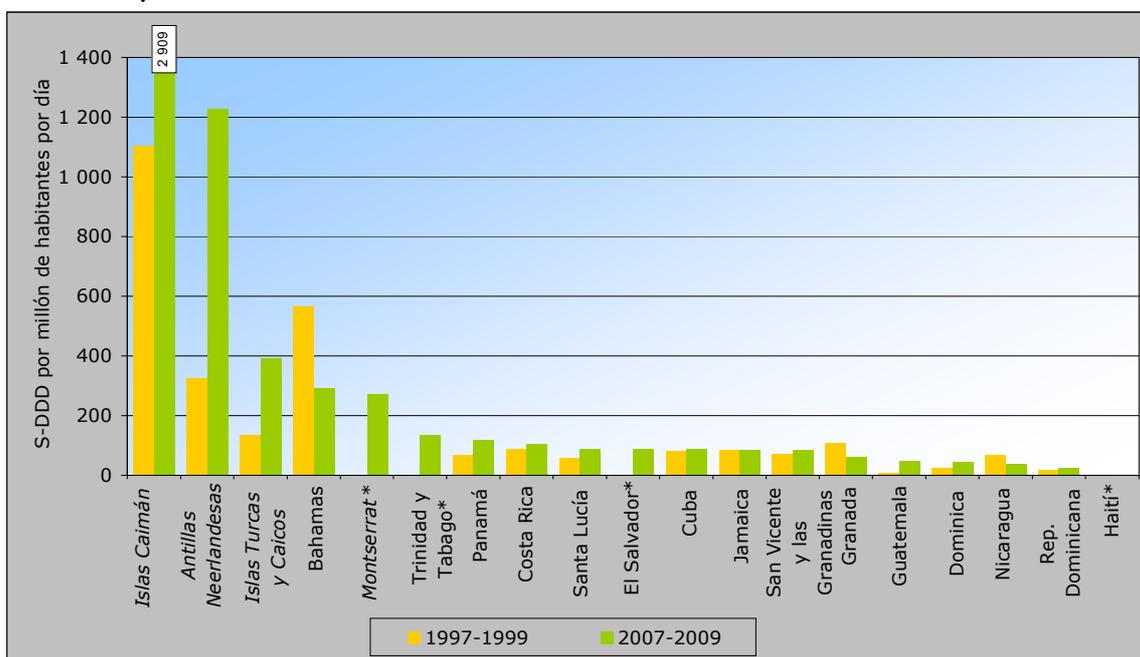
63. En Asia meridional, los niveles de consumo de analgésicos opioides comunicados por todos los países de la región se mantuvieron en niveles muy bajos durante el período 2007-2009. El nivel más alto de consumo fue el comunicado por Sri Lanka, 26 S-DDD por millón de habitantes por día. El segundo país con un nivel de consumo superior a 20 S-DDD fue Bhután. Bangladesh y Nepal comunicaron un consumo inferior a 10 S-DDD.

64. Como se indicó en los párrafos anteriores, continúa habiendo grandes disparidades entre los países en el consumo de opioides. La oferta de analgésicos opioides sujetos a fiscalización internacional aún no alcanza cantidades suficientes para atender las necesidades médicas de la población de muchos países de todo el mundo, comprendidos varios países con una población muy numerosa, como la India y Nigeria. En otros países, sin embargo, el exceso de recetas y la disponibilidad de analgésicos opioides en cantidades mayores a las necesarias para un tratamiento médico idóneo puede conducir a la desviación y el abuso de esas sustancias, lo que ya sucede en algunos países.

## B. Opioides fiscalizados en virtud del Convenio de 1971

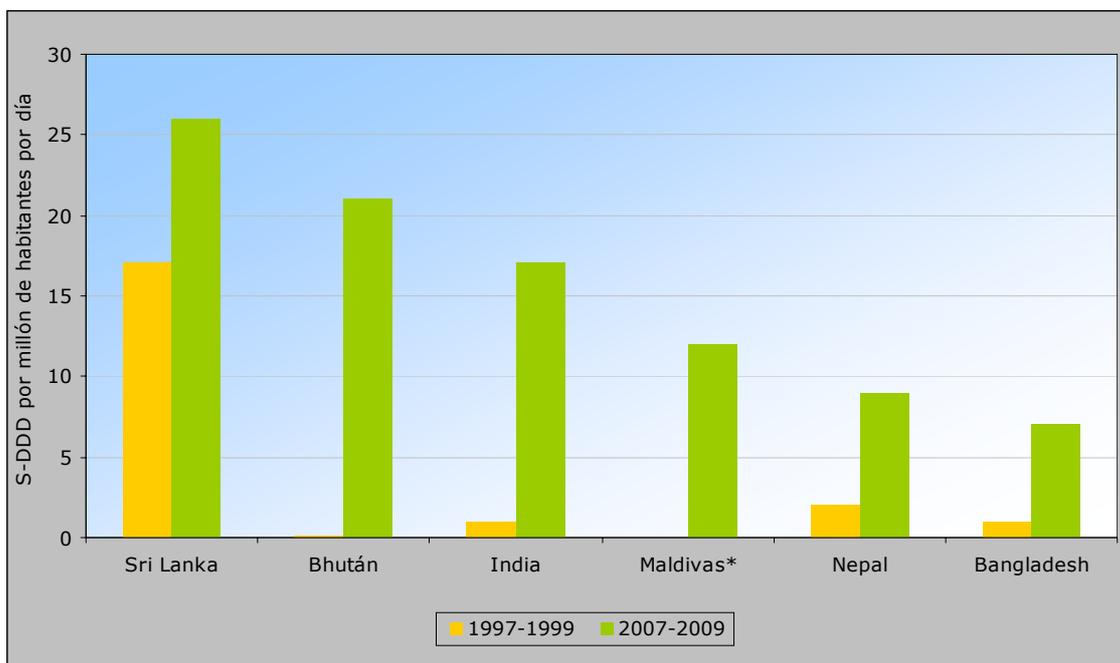
65. La buprenorfina, la lefetamina y la pentazocina son los analgésicos sujetos a fiscalización en virtud del Convenio de 1971. El consumo de buprenorfina, un analgésico opioide que figura en la Lista III del Convenio de 1971, representó más del 99% del consumo mundial de estos analgésicos en 2009. El consumo calculado de buprenorfina aumentó marcadamente en el período 1990-2009, aunque la información disponible no es lo suficientemente exacta para permitir calcular el nivel de consumo de cada uno de los principales países productores y consumidores. Hasta hace dos decenios, la buprenorfina se consumía solo en 12 países, ninguno de los cuales se encontraba en África u Oceanía. En el período 2007-2009 se consumió buprenorfina en alrededor de 75 países o territorios, entre los que estaban representadas todas las regiones, o sea en alrededor del 35% de todos los países y territorios. Ese cambio en el consumo de buprenorfina es atribuible a su creciente utilización en formulaciones de dosis más altas para el tratamiento del dolor y los tratamientos de sustitución. Alemania, Australia, Bélgica, los Estados Unidos, Francia, Noruega y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte son los países que tienen los niveles de consumo más altos de buprenorfina, en tanto que Europa ha sido continuamente la región con los niveles más altos de consumo.

**Figura 11. América Central y el Caribe: consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009**



\* La primera columna está vacía porque los países/territorios no enviaron los formularios estadísticos durante esos tres años consecutivos, 1997-1999.

Figura 12. Asia meridional: consumo medio de analgésicos opioides, 1997-1999 y 2007-2009



\* La primera columna está vacía porque el país no envió los formularios estadísticos durante esos tres años consecutivos, 1997-1999.

66. A partir de la información disponible, no es posible identificar los países que muestran pautas de consumo problemáticas (niveles de consumo que son demasiado bajos o demasiado altos), debido principalmente a los problemas de presentación de informes ya mencionados, aunque debido también a que determinados estupefacientes (por ejemplo, los analgésicos opioides para el tratamiento del dolor y el tratamiento de sustitución con metadona) podrían ser utilizados como sucedáneos de la buprenorfina por lo que su disponibilidad debe ser examinada en relación con la disponibilidad de esas sustancias. Siguen produciéndose desviaciones de buprenorfina de los canales de distribución internos, sobre todo de los programas de tratamiento de sustitución.

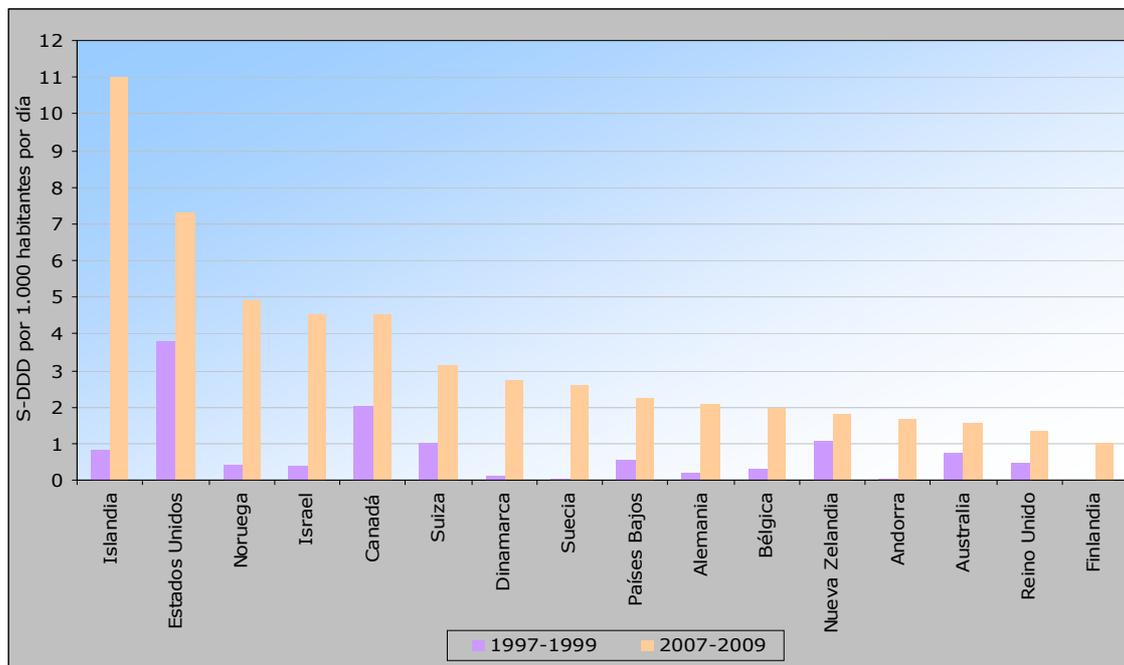
67. La pentazocina es un analgésico opioide que tiene propiedades y usos similares a los de la morfina y está incluida en la Lista III del Convenio de 1971. En el período 2005-2009, el consumo mundial calculado de pentazocina mostró un ligero incremento. El uso de pentazocina, a diferencia del de buprenorfina, no se está extendiendo a otros países; en el período 2007-2009 los mismos 50 países que utilizaron pentazocina durante el último decenio, entre los que se cuenta la India, el Pakistán y los Estados Unidos, representaron juntos el 80% del total mundial.

### C. Antiepilépticos

68. El clonazepam (una benzodiazepina), el metilfenobarbital y el fenobarbital son los antiepilépticos sujetos a fiscalización en virtud del Convenio de 1971. Estas tres sustancias figuran en la Lista IV del Convenio de 1971. Además de ser utilizadas para el tratamiento de la epilepsia, se utilizan para inducir el sueño. Basándose en los datos comunicados a la Junta, no es posible determinar en qué medida se utilizan esas sustancias para inducir el sueño y en qué medida se utilizan para tratar la epilepsia. El consumo de fenobarbital representó más del 99% del consumo mundial de antiepilépticos en 2009.

69. El consumo calculado de antiepilépticos aumentó en el período 1990-2009. En 1990, un total de 120 países de todo el mundo comunicó la utilización de esas sustancias. Desde entonces, el consumo de esas sustancias se ha extendido a prácticamente todos los países, y el fenobarbital es una de las sustancias sicotrópicas más ampliamente utilizadas. Como en el caso de todas las sustancias sicotrópicas, los niveles calculados de consumo de antiepilépticos se basan en los datos comunicados a la Junta y son de carácter muy provisional, ya que algunos fabricantes e importadores presentan datos inexactos o contradictorios. Los países con los niveles de consumo más altos de antiepilépticos son Bulgaria, Letonia y Ucrania. Europa ha sido constantemente la región con los niveles de consumo de esas sustancias más altos.

Figura 13. Selección de países: consumo medio<sup>a</sup> de metilfenidato, 1997-1999 y 2007-2009



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

70. En Benin, los niveles de consumo de antiepilépticos (7 S-DDD por millón de habitantes por día en 2008) son mucho más altos que la media correspondiente a África, lo cual podría indicar una disponibilidad excesiva relacionada con el incumplimiento de los requisitos de formulación de recetas

previstos en el Convenio de 1971 y la posibilidad de desviaciones y abusos conexos. La información de que dispone la Junta no permite deducir conclusiones acerca de si las sustancias están disponibles en todos los países en cantidades suficientes, en particular como antiepilépticos. El fenobarbital desviado se encuentra a veces en mercados ilícitos, posiblemente debido a que la sustancia no se puede obtener en mercados lícitos en las cantidades que se requieren. Se han realizado indagaciones en los hospitales que indican que en algunos países las cantidades de fenobarbital importadas para fines médicos no son suficientes.

#### **D. Estimulantes de la Lista II del Convenio de 1971 que se utilizan para el tratamiento del trastorno de la concentración**

71. El metilfenidato, la anfetamina y la dexanfetamina, sustancias que figuran en la Lista II del Convenio de 1971, se utilizan principalmente para el tratamiento del trastorno de la concentración (principalmente en los niños) y la narcolepsia. Por muchos años, el uso más extendido de esas sustancias con fines médicos ha sido en América. En años recientes, los niveles más altos de consumo de esos estimulantes se han registrado en el Canadá, los Estados Unidos, Israel y países de Europa septentrional.

72. El metilfenidato es el estimulante más ampliamente utilizado entre los que figuran en la Lista II del Convenio de 1971. Su fabricación y consumo continúan aumentando. En el período 2005-2009, el consumo mundial calculado de metilfenidato aumentó un 30%, llegando a 40 toneladas, la mayoría de las cuales correspondieron a los Estados Unidos. En ese país, el uso de metilfenidato para el tratamiento del trastorno de la concentración continúa siendo promovido con anuncios publicitarios dirigidos a posibles consumidores, en contravención de las disposiciones del Convenio de 1971. El uso del metilfenidato para el tratamiento del trastorno de la concentración ha venido aumentando asimismo en otros muchos países, aunque el uso de la sustancia continúa siendo mucho mayor en los Estados Unidos que en todos los demás países combinados. En tanto que a esos países distintos de los Estados Unidos considerados en conjunto correspondía menos del 20% del consumo mundial calculado de metilfenidato en 2000, esa proporción fue aumentando gradualmente hasta llegar al 30% en 2009.

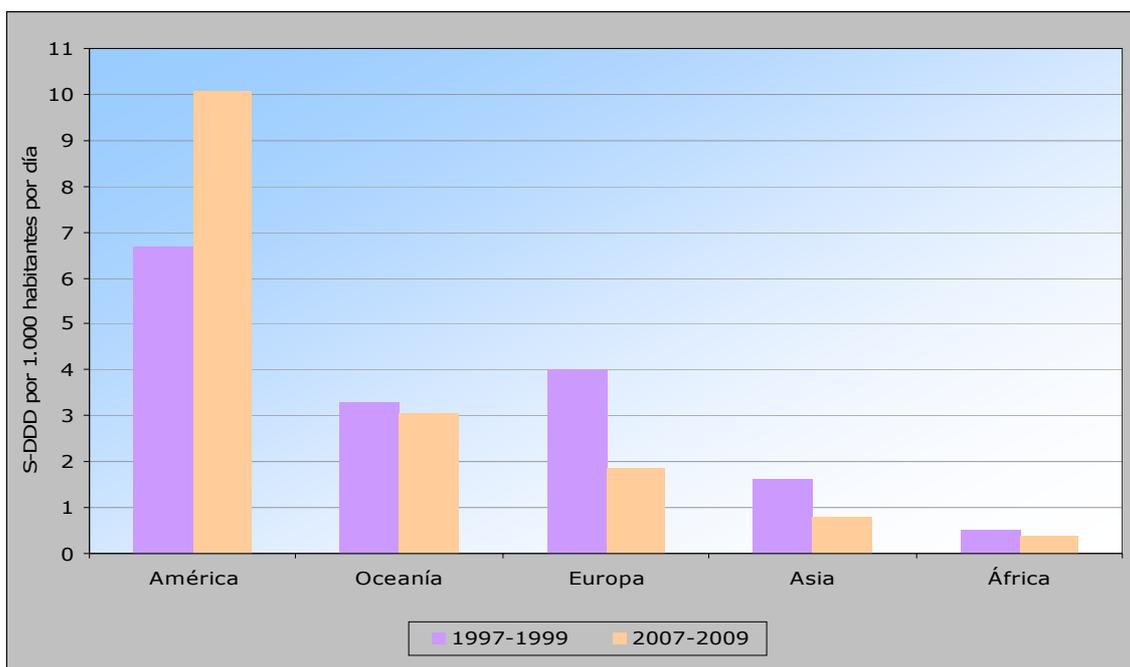
73. Durante el período 2007-2009, alrededor de 100 países o territorios comunicaron el uso de metilfenidato y alrededor de 70 comunicaron el uso de anfetaminas. Al parecer, los estimulantes de la Lista II del Convenio de 1971 no se pueden obtener en alrededor del 50% de todos los países y territorios. Desde 2007, Islandia, seguida por los Estados Unidos, ha tenido el consumo per cápita calculado más alto de metilfenidato. La figura 13 muestra los países que tienen unos niveles de consumo de metilfenidato superiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día, ordenados de acuerdo con la magnitud de ese consumo.

74. Como ya señaló anteriormente la Junta, la desviación y el uso indebido de estimulantes de la Lista II del Convenio de 1971 tiene lugar en países con niveles muy altos de consumo de esas sustancias. La Junta reitera su solicitud a todos los gobiernos de que velen por que las medidas de fiscalización previstas en el Convenio de 1971 se apliquen plenamente a los estimulantes de la Lista II.

## E. Estimulantes de la Lista IV del Convenio de 1971 que se utilizan como anorexígenos

75. Los estimulantes de la Lista IV del Convenio de 1971 se utilizan principalmente como anorexígenos. El estimulante de la Lista IV más frecuentemente utilizado es la fentermina, seguida del fenproporex, la anfepramona y el mazindol.

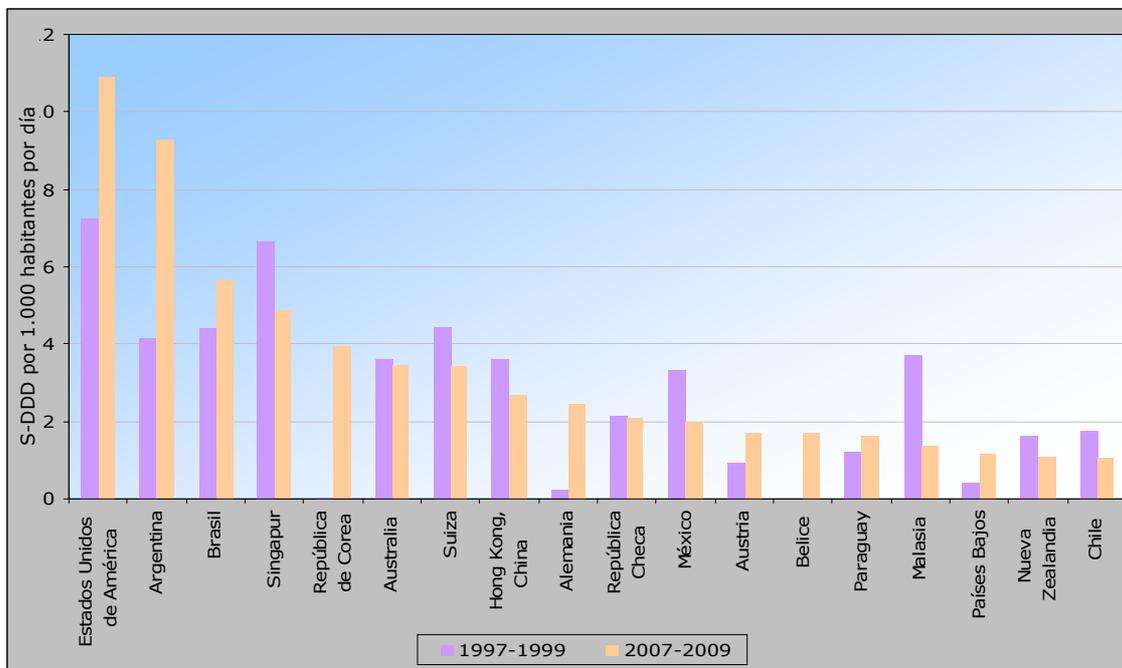
**Figura 14. Todas las regiones: consumo medio<sup>a</sup> de estimulantes del sistema nervioso central incluidos en la Lista IV, 1997-1999 y 2007-2009**



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

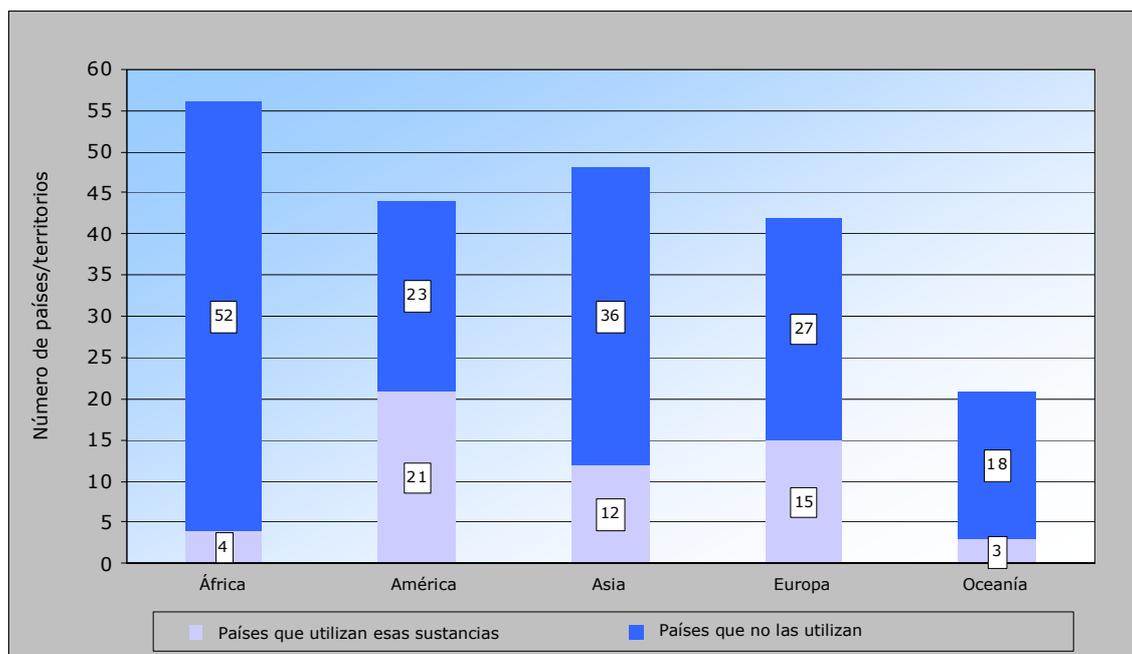
76. Los niveles más altos de consumo calculado de estimulantes de la Lista IV del Convenio de 1971 se han registrado tradicionalmente en países de América, en particular la Argentina, el Brasil y los Estados Unidos. En el período 2007-2009, el consumo calculado medio en América continuó aumentando y los Estados Unidos siguieron siendo el país con los niveles de consumo calculado per cápita más altos de esos estimulantes. Hasta 2006, el Brasil tenía niveles similares de consumo. Entre 2006 y 2009, el Brasil logró reducir el consumo per cápita de esos estimulantes en dos tercios aplicando estrictamente los requisitos de formulación de recetas y tomando medidas contra miembros de la profesión médica a los que se descubrieron actuaciones poco profesionales. La proporción del consumo calculado mundial de estimulantes de la Lista IV (expresada en S-DDD) que correspondió a los Estados Unidos aumentó del 58% en 2008 al 71% en 2009. La industria ha notado la demanda decreciente de estimulantes: la fabricación mundial en 2009 de este grupo de estimulantes disminuyó un 25% en comparación con años anteriores, debido principalmente a la caída de la fabricación de fenproporex en el Brasil.

Figura 15. Selección de países/territorios: consumo medio<sup>a</sup> de estimulantes del sistema nervioso central incluidos en la Lista IV, 1997-1999 y 2007-2009



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

Figura 16. Todas las regiones: número de países/territorios que utilizan estimulantes del sistema nervioso central incluidos en la Lista IV, 2007-2009



77. Unos 75 países y territorios comunican un consumo ordinario de estimulantes incluidos en la Lista IV del Convenio de 1971. La figura 15 refleja el hecho de que los niveles de consumo de estos estimulantes varían mucho entre los distintos países y regiones, y la figura 16 muestra el número de países y territorios de cada región que comunicaron un consumo. Al parecer, esos estimulantes no se podían obtener en cerca del 60% de todos los países y territorios; su disponibilidad es particularmente limitada en África, los países insulares de Oceanía y gran parte de Asia.

78. En varios países, los altos niveles de formulación de recetas de estimulantes de la Lista IV han conducido a la desviación y el abuso de esas sustancias. La Junta alienta a los gobiernos a que se mantengan vigilantes y determinen los niveles de consumo que sean inapropiados o no se requieran para la buena práctica médica y que dispongan lo necesario para aplicar plenamente las medidas de fiscalización previstas en el Convenio de 1971.

## F. Benzodiazepinas

79. El consumo calculado mundial de benzodiazepinas aumentó ligeramente en el último decenio. Durante ese período, prácticamente todos los países y territorios que han informado a la Junta declararon que habían fabricado benzodiazepinas o habían comerciado al menos una vez con esas sustancias en cantidades superiores a 1 kilogramo. El alprazolam y el diazepam, entre los ansiolíticos, y el triazolam, entre los hipnóticos sedantes, fueron las sustancias más frecuentemente utilizadas. Las obligaciones de presentación de información respecto de las sustancias de las Listas III y IV del Convenio de 1971, como las benzodiazepinas, son menos estrictas que las aplicables a las sustancias de la Lista II. Por eso, los niveles de consumo calculado de esas sustancias son más aproximados que los correspondientes a las sustancias de la Lista II<sup>23</sup>.

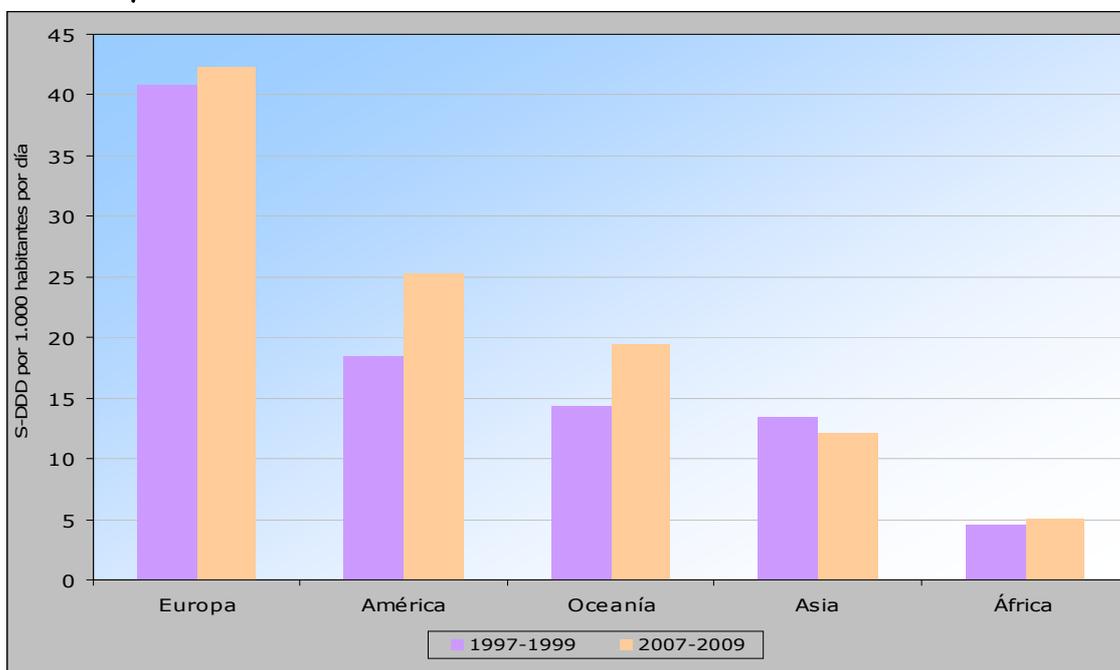
### *Ansiolíticos del tipo de la benzodiazepina*

80. Como puede verse en la figura 17, los niveles más altos de consumo de ansiolíticos del tipo de la benzodiazepina son los de los países de Europa, lo que refleja el hecho de que las benzodiazepinas tienden a recetarse con frecuencia a las personas de edad. Como se refleja en las figuras 19 a 22, los niveles de consumo de ansiolíticos del tipo de la benzodiazepina en los países fuera de Europa durante el período 2007-2009 tendieron a ser inferiores a 20 S-DDD por mil habitantes por día, aunque hubo algunas excepciones.

81. El consumo de ansiolíticos en muchos países de Europa durante el último decenio aumentó, aunque ya partían de un nivel alto. Entre 2007 y 2009 el consumo calculado medio en 12 países (un 27% de la región) fue superior a 40 S-DDD por mil habitantes, y en otros 14 países (31%) se situó entre 20 y 40 S-DDD por mil habitantes. Los países de Europa occidental y sudoriental tienen los niveles de consumo más elevados de la región.

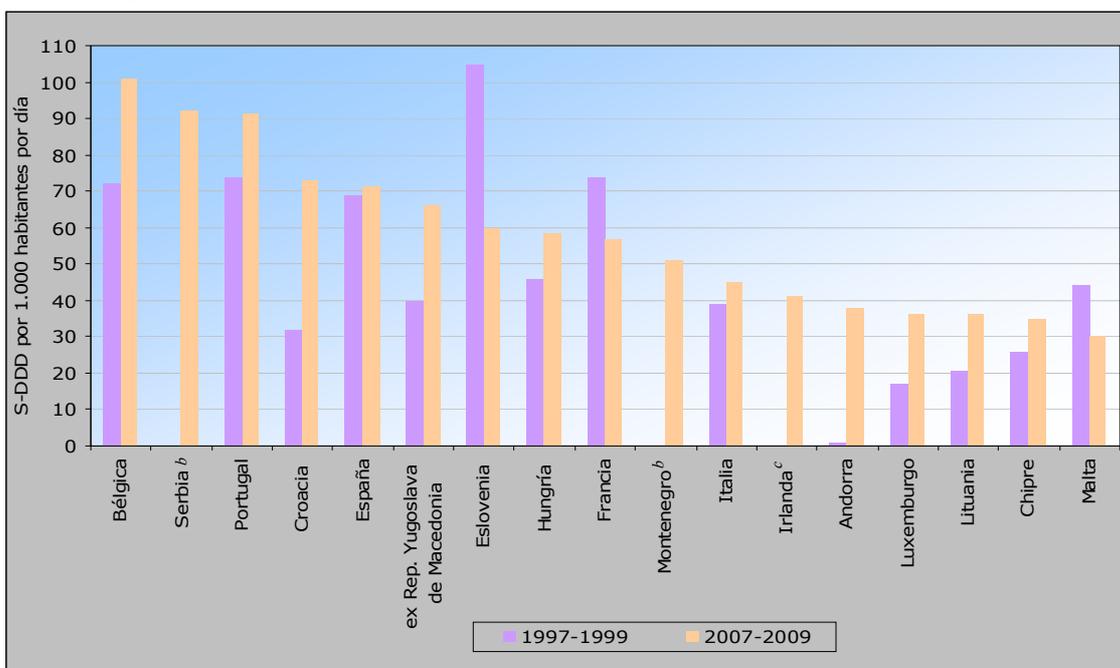
<sup>23</sup> Las figuras 17 a 28 ofrecen información sobre la evolución a escala mundial y regional de los niveles de consumo de benzodiazepinas durante los últimos 10 años. Las escalas que se utilizan en las figuras varían debido a las grandes diferencias entre los niveles de consumo.

**Figura 17. Todas las regiones: consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (ansiolíticos), 1997-1999 y 2007-2009**



<sup>a</sup> No se dispone de datos sobre el período 1997-1999 porque este país no fue admitido como miembro de las Naciones Unidas hasta 2006.

**Figura 18. Europa (selección de países): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (ansiolíticos), 1997-1999 y 2007-2009**



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

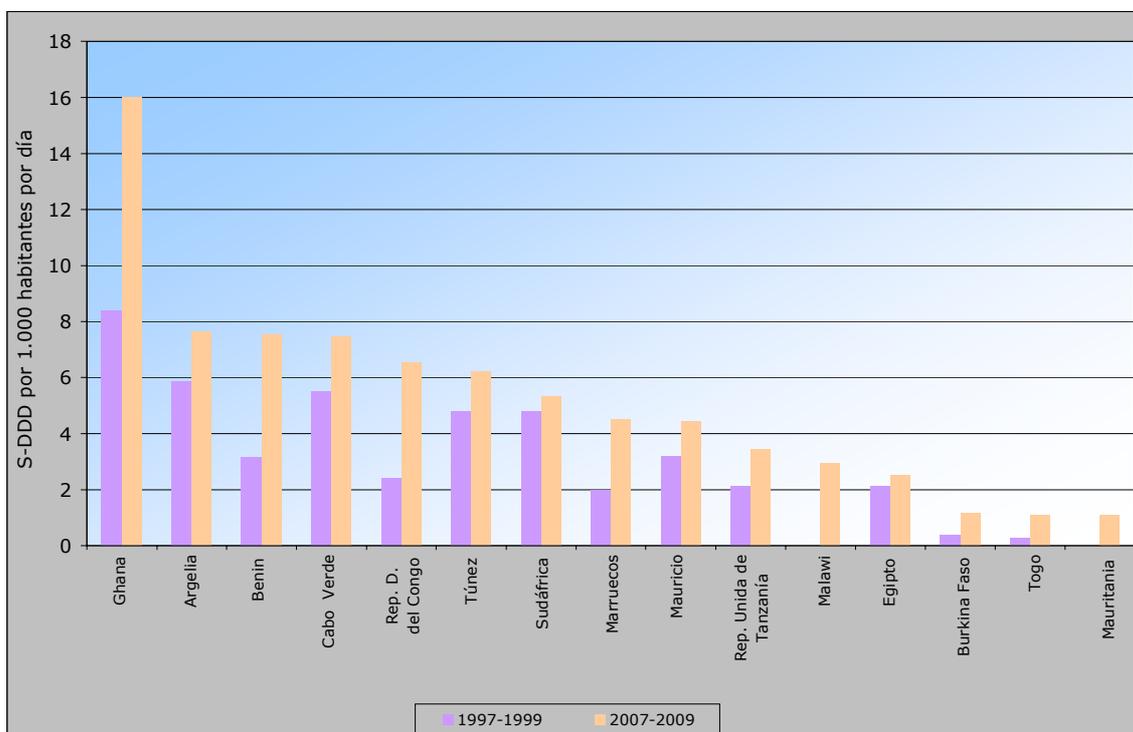
<sup>b</sup> No se dispone de datos sobre el período 1997-1999 porque este país no fue admitido como miembro de las Naciones Unidas hasta 2006.

<sup>c</sup> Los datos recibidos no permiten calcular el consumo aproximado durante esos tres años consecutivos (1997-1999).

82. En África, Ghana fue el país que mostró el consumo calculado medio de ansiolíticos (16 S-DDD por mil habitantes) más elevado durante el período 2007-2009. En seis países (Argelia, Benin, Cabo Verde, República Democrática del Congo, Túnez y Sudáfrica), el consumo se situó entre 5 y 10 S-DDD por mil habitantes por día. En ocho países, como muestra la figura 19, los niveles de consumo se situaron entre 1 y 5 S-DDD por mil habitantes por día, y en todos los demás países y territorios (73% de la región) se consumió menos de 1 S-DDD por mil habitantes por día.

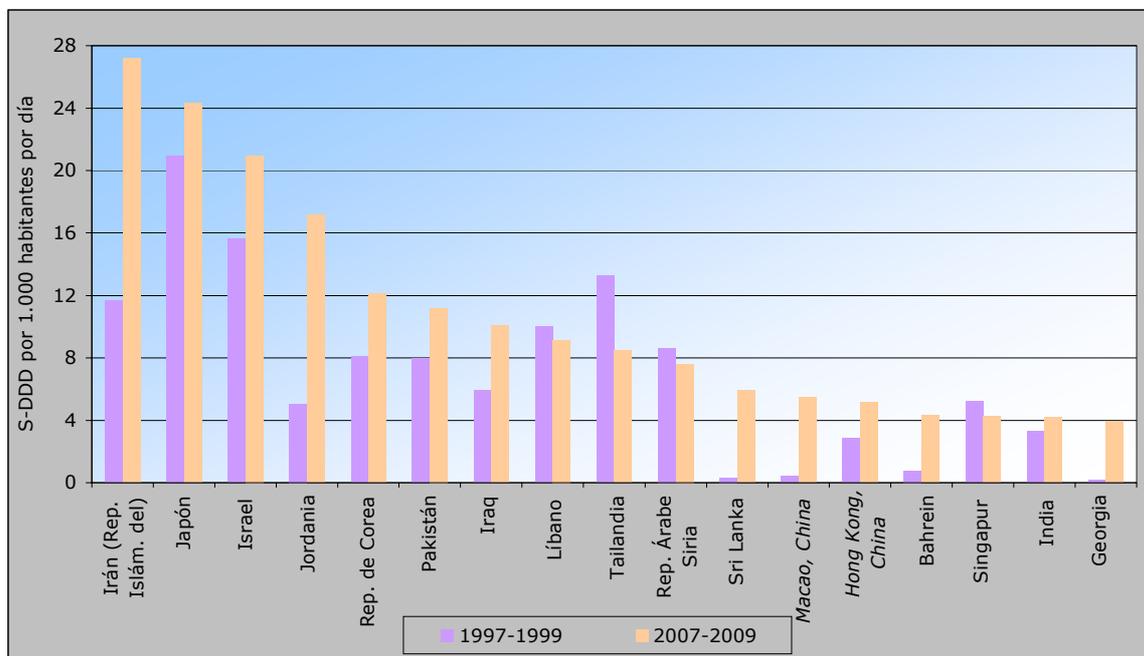
83. En Asia, siete países (la República Islámica del Irán, el Iraq, Israel, el Japón, Jordania, el Pakistán y la República de Corea) (15% de los países y territorios de la región) registraron un consumo calculado medio de ansiolíticos superior a 10 S-DDD por mil habitantes por día entre 2007 y 2009, y en cuatro países y dos territorios (Líbano, República Árabe Siria, Sri Lanka, Tailandia, Hong Kong, China, y Macao, China) los niveles de consumo se situaron entre 5 y 10 S-DDD por mil habitantes por día. En 10 países (Bahrein, Camboya, China, Georgia, India, Kuwait, República de Corea, Singapur, Turquía y Yemen) se consumieron entre 2 y 5 S-DDD por mil habitantes por día. El 44% restante de los países y territorios de Asia consumieron menos de 2 S-DDD por mil habitantes por día.

**Figura 19. África (selección de países): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (ansiolíticos), 1997-1999 y 2007-2009**



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

**Figura 20. Asia (selección de países/territorios): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (ansiolíticos), 1997-1999 y 2007-2009**

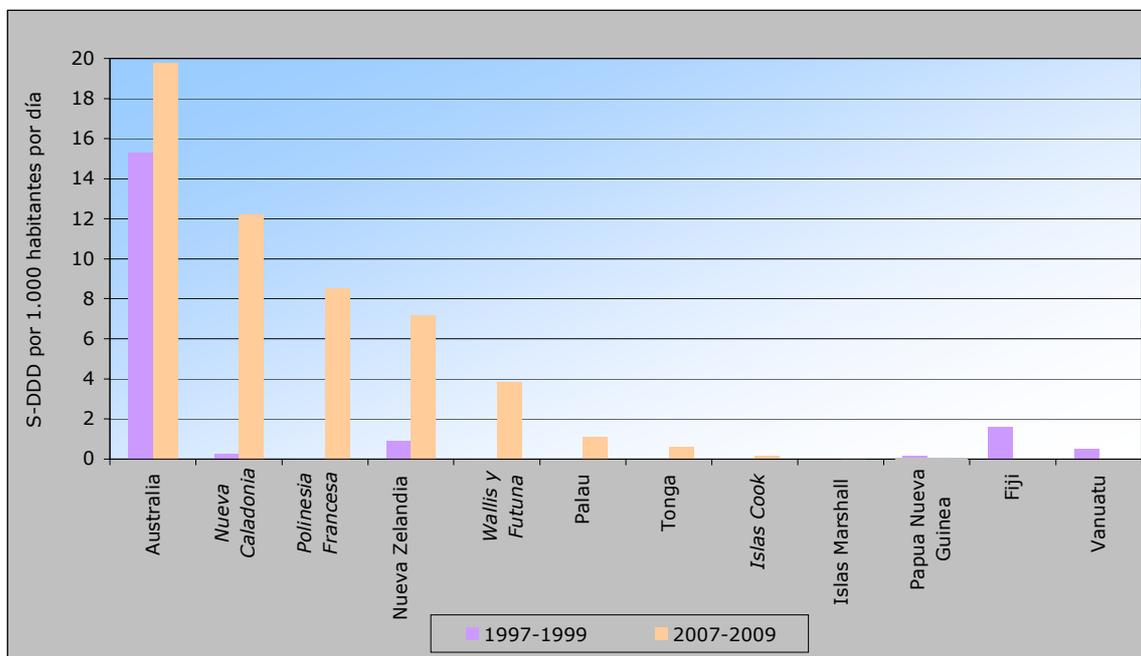


<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

84. En Oceanía, dos países y dos territorios (Australia, Nueva Zelanda, Polinesia Francesa y Nueva Caledonia) consumieron un promedio superior a 5 S-DDD de ansiolíticos por mil habitantes por día durante el período 2007-2009. Todos los demás países y territorios consumieron considerablemente menos.

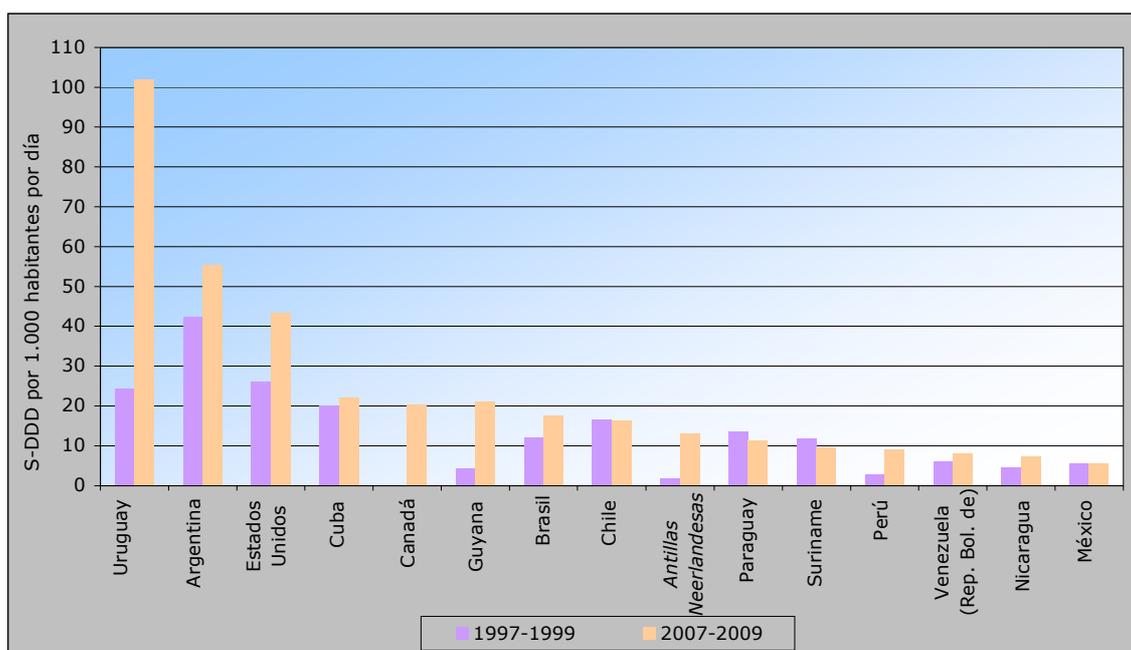
85. En América, como muestra la figura 22, las diferencias entre los niveles de consumo de ansiolíticos son importantes. Aparte de la Argentina, los Estados Unidos y el Uruguay, que entre 2007 y 2009 consumieron por término medio más de 20 S-DDD de ansiolíticos por mil habitantes por día, seis países (el Brasil, el Canadá, Chile, Cuba, Guyana y el Paraguay) consumieron entre 10 y 20 S-DDD por mil habitantes por día, y cinco consumieron entre 5 y 10 S-DDD por mil habitantes por día. La gran mayoría de los países y territorios de la región (70%) consumió menos de 5 S-DDD de ansiolíticos por mil habitantes por día. Los altos niveles de consumo observados en la Argentina y el Uruguay, que podrían indicar una disponibilidad excesiva y la no aplicación de las prescripciones para la formulación de recetas del Convenio de 1971, podrían relacionarse con el consumo muy elevado de anorexígenos en la subregión.

Figura 21. Oceanía (selección de países/territorios): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (ansiolíticos), 1997-1999 y 2007-2009



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

Figura 22. América (selección de países/territorios): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (ansiolíticos), 1997-1999 y 2007-2009

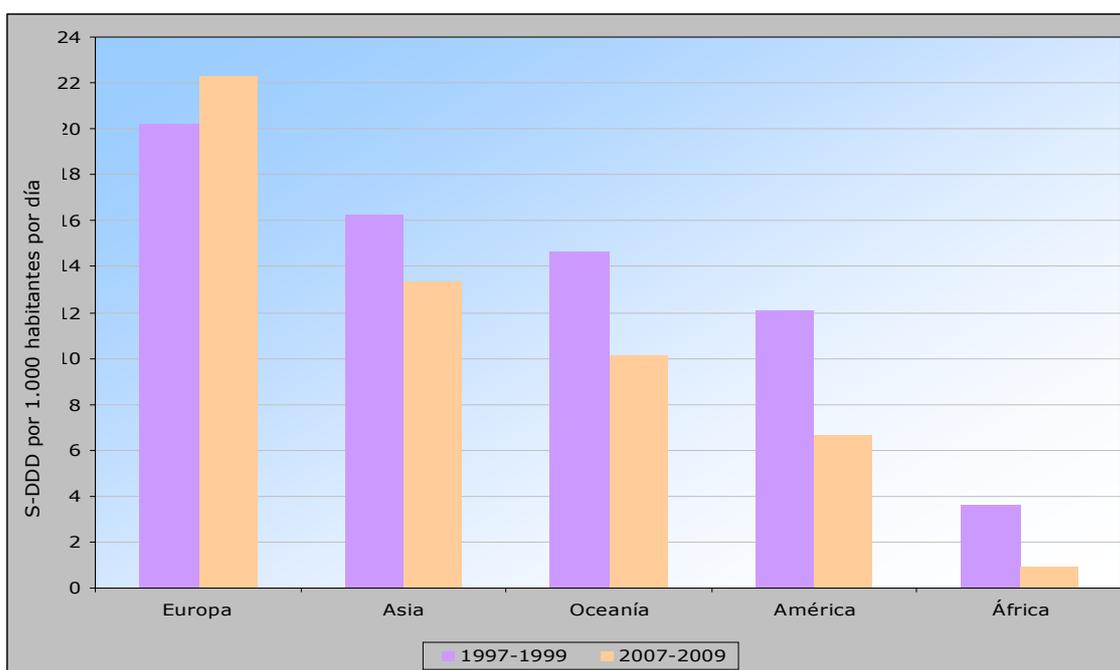


<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

### Sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina

86. Como muestra la figura 23, los niveles calculados más altos de consumo de sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina en todas las regiones, fueron los de Europa. Sin embargo, el consumo de sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina disminuyó en muchos países de Europa y de todo el mundo de forma mucho más pronunciada que el consumo de ansiolíticos, en comparación con los niveles observados un decenio antes, lo que refleja los cambios que se han producido en el tipo de benzodiazepinas que se recetan en la práctica médica.

**Figura 23. Todas las regiones: consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (sedantes hipnóticos), 1997-1999 y 2007-2009**

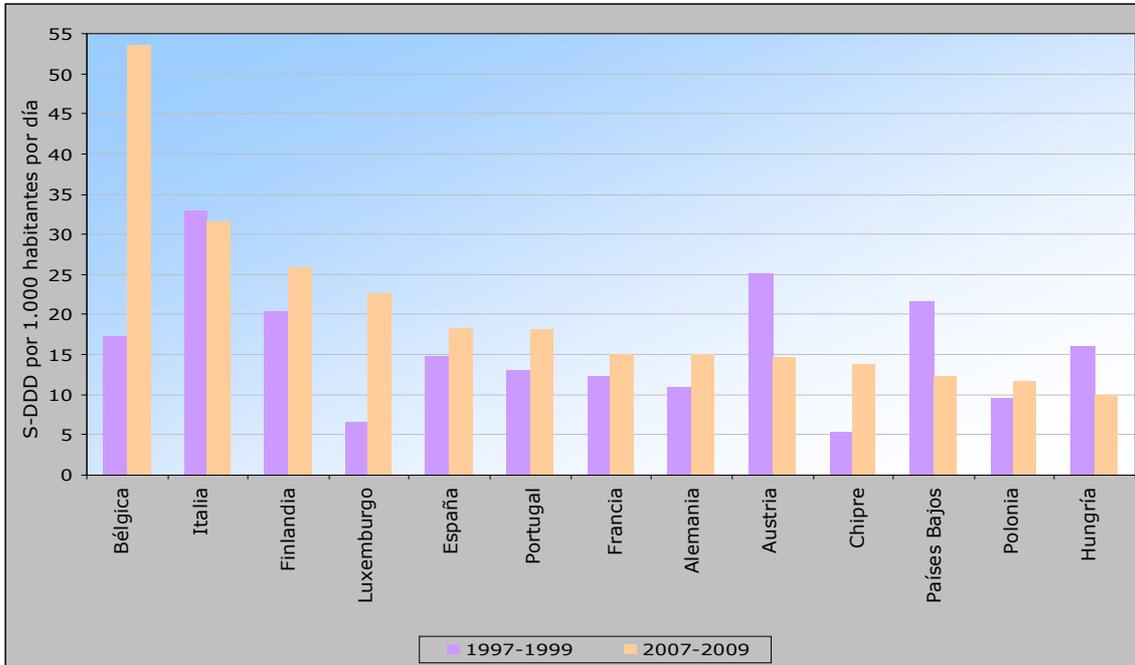


<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

87. En Europa, como muestra la figura 24, el consumo medio de sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina durante el período 2007-2009 fue superior a 10 S-DDD por mil habitantes en 13 países (un 30% de la región), y fue superior a 5 S-DDD por mil habitantes en otros 8 países (Andorra, Croacia, Grecia, Irlanda, Malta, Noruega, Reino Unido y Serbia, que representan sumados el 18% de la región). Los niveles más elevados de consumo de este grupo de benzodiazepinas dentro de la región fueron los registrados por los países de Europa occidental.

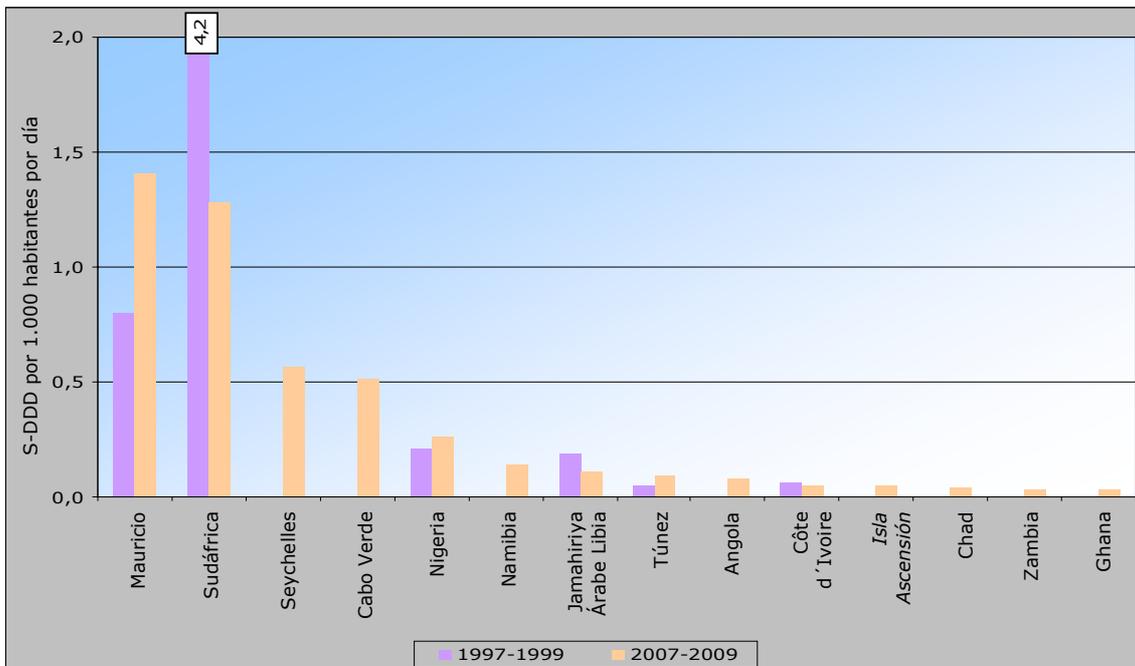
88. En África, solo Mauricio y Sudáfrica registraron durante el período 2007-2009 un consumo calculado medio de hipnóticos sedantes superior a 1 S-DDD por mil habitantes. El consumo de otros cinco países (Cabo Verde, Jamahiriya Árabe Libia, Namibia, Nigeria y Seychelles) se situó entre 0,1 y 1 S-DDD por mil habitantes por día. Los niveles de consumo de cinco países (Angola, el Chad, Côte d'Ivoire, Ghana y Zambia) se situaron entre 0,03 y 0,1 S-DDD por mil habitantes por día, mientras que el consumo de todos los demás países y territorios (el 82% de la región) fue inferior a 0,03 S-DDD por mil habitantes por día.

**Figura 24. Europa (selección de países): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (sedantes hipnóticos), 1997-1999 y 2007-2009**



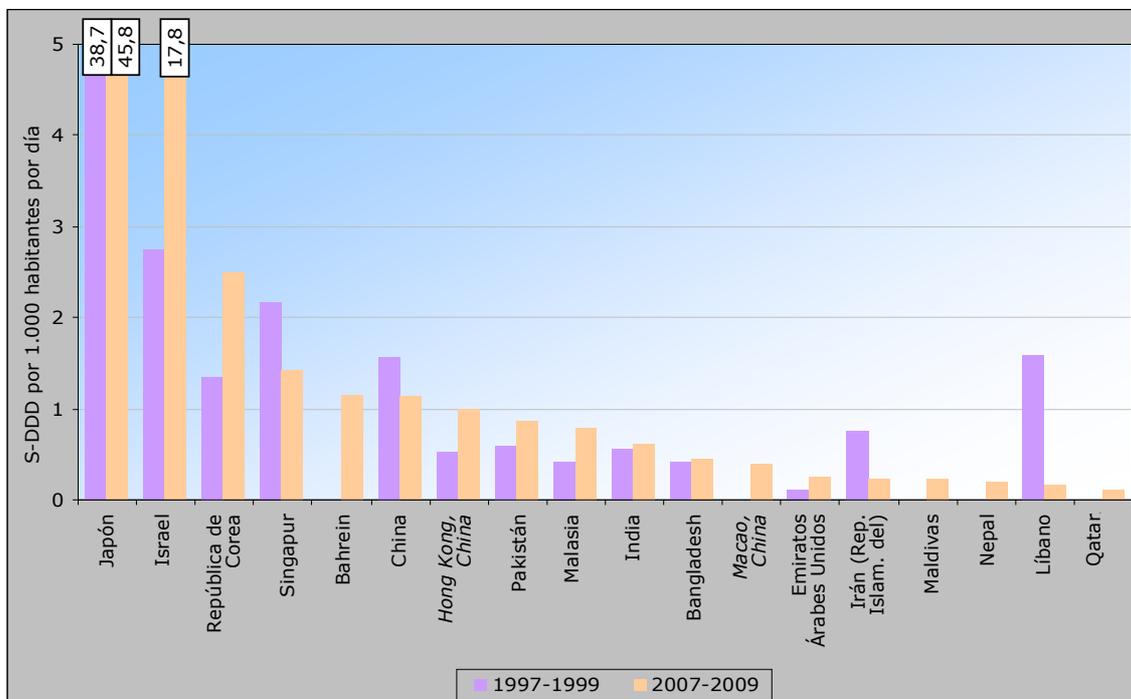
<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

**Figura 25. África (selección de países): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (sedantes hipnóticos), 1997-1999 y 2007-2009**



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

**Figura 26. Asia (selección de países/territorios): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (sedantes hipnóticos), 1997-1999 y 2007-2009**

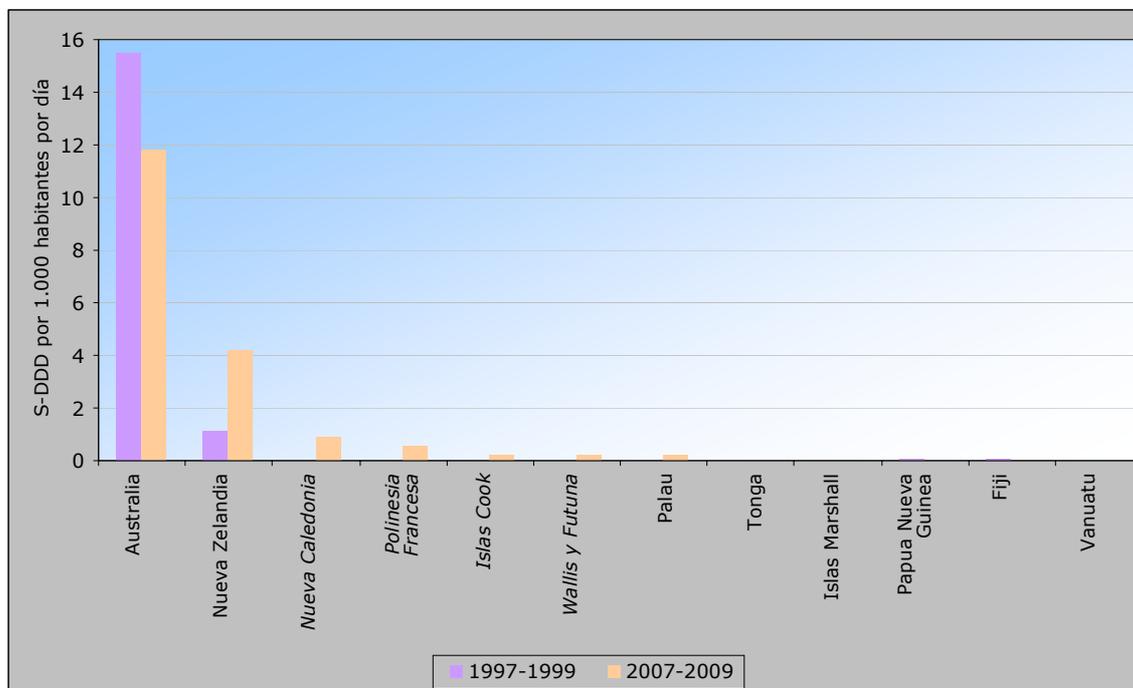


<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

89. En Asia, los niveles de consumo de hipnóticos sedantes del tipo de la benzodiazepina tienden a ser muy bajos, salvo en Israel y el Japón, que son los dos países asiáticos con mayor proporción de personas de edad avanzada. Los altos niveles de consumo observados en el Japón pueden reflejar también unos patrones inadecuados de formulación de recetas y el consiguiente abuso. En el período 2007-2009, aparte de Israel y el Japón, cuatro países (Bahrein, China, República de Corea y Singapur) registraron unos niveles de consumo de este grupo de benzodiazepinas superiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día, mientras que la mayoría de los países y territorios de la región (el 88%) registraban niveles inferiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día.

90. En Oceanía, solo Australia y Nueva Zelanda registraron en el período 2007-2009 un consumo calculado medio de sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina superior a 1 S-DDD por mil habitantes por día. Otros seis países y territorios registraban unos niveles de consumo de este grupo de benzodiazepinas de por lo menos 0,01 S-DDD por mil habitantes por día, como muestra la figura 27. Fiji, las Islas Marshall, Papua Nueva Guinea y Vanuatu importaron y consumieron sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina, pero su consumo calculado fue inferior a 0,01 S-DDD por mil habitantes por día.

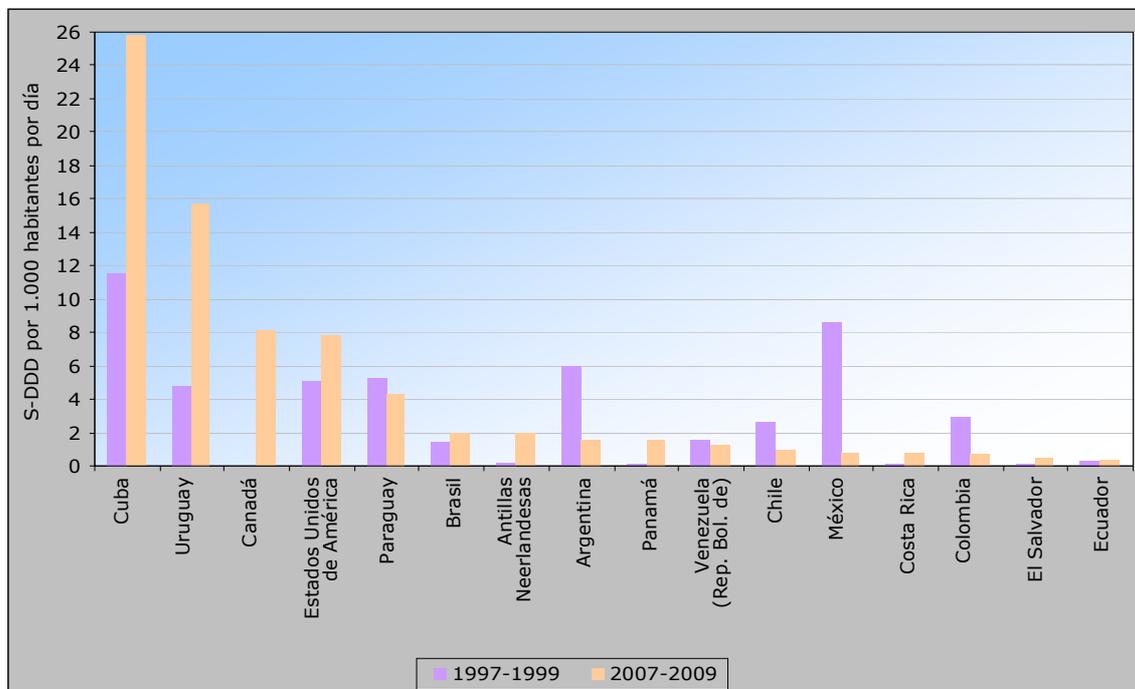
**Figura 27. Oceanía (selección de países/territorios): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (sedantes hipnóticos), 1997-1999 y 2007-2009**



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.

91. En América, Cuba y el Uruguay se registraron en el período 2007-2009 unos niveles de consumo superiores a 10 S-DDD de sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina por mil habitantes por día. Tres países (el Canadá, los Estados Unidos y el Paraguay) registraban niveles de 2 a 10 S-DDD por mil habitantes por día, y cinco países y un territorio (la Argentina, el Brasil, Chile, Panamá, Venezuela (República Bolivariana de) y las Antillas Neerlandesas) registraban niveles de 1 a 2 S-DDD por mil habitantes por día. La gran mayoría de países y territorios de la región (el 80%) registraban niveles de consumo inferiores a 1 S-DDD de sedantes hipnóticos del tipo de la benzodiazepina por mil habitantes por día.

Figura 28. América (selección de países/territorios): consumo medio<sup>a</sup> de benzodiazepinas (sedantes hipnóticos), 1997-1999 y 2007-2009



<sup>a</sup> Consumo aproximado calculado por la Junta.





## **Lograr un equilibrio entre garantizar la disponibilidad para fines médicos y científicos de sustancias fiscalizadas internacionalmente y prevenir su desviación y abuso**

92. Como se indica en la resolución 53/4 de la Comisión de Estupefacientes, relativa a la promoción de una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de drogas lícitas sometidas a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso, el equilibrio entre la disponibilidad adecuada de estas drogas y la prevención de su desviación y abuso es uno de los objetivos básicos de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Aunque actualmente no sea posible determinar cuáles son los niveles de consumo adecuados para un país individual, por no hablar de los niveles a escala mundial, dada la ausencia de indicadores de cuál es el consumo adecuado, es posible no obstante detectar qué niveles de consumo son aparentemente demasiado bajos o desproporcionadamente altos.

93. En el caso de los países con un nivel de consumo nulo o prácticamente nulo, no se necesitan tales indicadores del consumo adecuado ya que no cabe duda de que su disponibilidad es inadecuada. La Junta considera que un nivel de consumo de estupefacientes inferior a 200 S-DDD por millón de habitantes por día es inadecuado. Sin embargo, eso no implica que se puedan considerar adecuados los niveles superiores a 200 S-DDD ya que, para determinar si la disponibilidad de unas sustancias sometidas a fiscalización internacional necesarias para tratamientos médicos es suficiente, habrán de tenerse en cuenta los datos concretos de morbilidad.

94. Para comparar los niveles de consumo de países con un nivel de desarrollo socioeconómico similar puede ser útil determinar si el consumo per cápita de determinadas drogas es equiparable con el prevalente en otros países similares. Sin embargo, este método tiene dos defectos. La prevalencia de los niveles bajos de consumo de sustancias fiscalizadas internacionalmente es patente en algunas regiones concretas, pero el hecho de que la mayoría de los países de una región registre los mismos niveles de consumo inadecuadamente bajos no hace que esos niveles se conviertan en adecuados, pues solo indican que la mayoría de los países de la región se encuentran ante el mismo problema. Por otro lado, el hecho de que determinados países con un nivel de desarrollo socioeconómico comparable tengan unos niveles de consumo de estas sustancias desproporcionadamente altos no los hace adecuados. Cabría también señalar que es posible que en estos países se receten excesivamente, para lo que podrían aducirse varios motivos.

95. En la actualidad, por tanto, se utilizan unos indicadores circunstanciales que permiten utilizar otros indicadores de unos niveles de consumo excesivamente bajos o excesivamente altos. Los informes sobre pacientes que no reciben tratamiento y sobre dificultades para obtener medicamentos necesarios indican la existencia de graves impedimentos a la disponibilidad. Los informes sobre la desviación de canales de distribución internos de sustancias fiscalizadas internacionalmente, sobre el contrabando en gran escala de estas sustancias, sobre el tráfico y el abuso significativo pueden indicar que la disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente es superior al nivel necesario para una práctica médica razonable.

## A. Impedimentos a la disponibilidad de analgésicos opioides

96. El nivel de consumo de analgésicos opioides suele estar correlacionado con el nivel de desarrollo socioeconómico de un país. Los factores que determinan por qué se constata que un país tiene el nivel de consumo más elevado de analgésicos opioides de una región determinada son varios, entre ellos que cumpla bien sus obligaciones de presentar informes y su cooperación con la Junta.

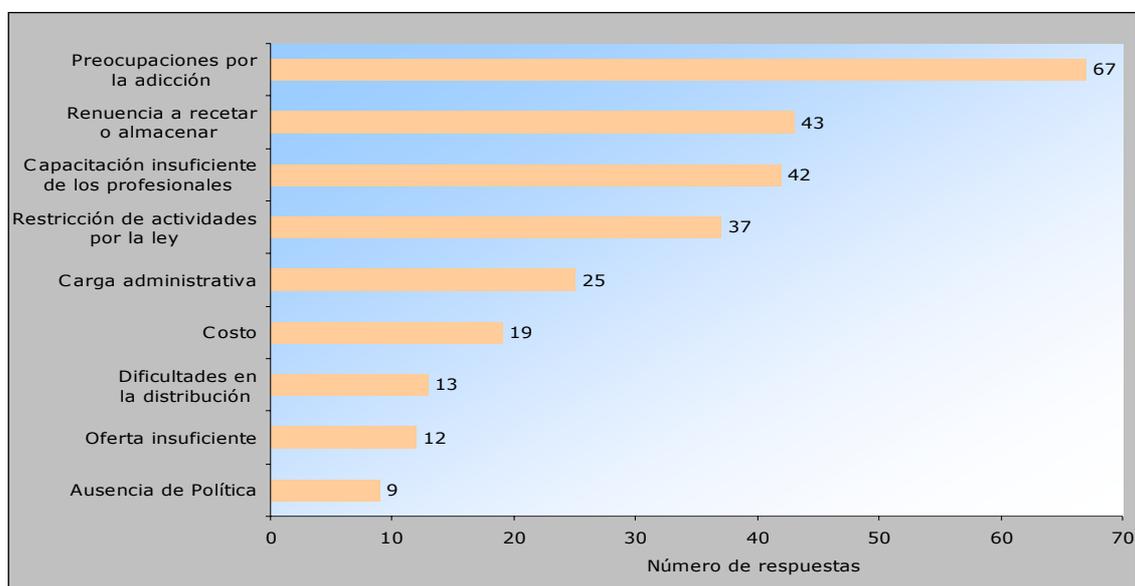
97. En varias oportunidades, la Junta ha señalado a la atención de los gobiernos las causas de la disponibilidad limitada de opioides sujetos a fiscalización internacional. Entre ellas cabe mencionar problemas de reglamentación, actitudes, conocimientos, situación económica y adquisición, que inciden de manera adversa en la disponibilidad. En una encuesta reciente realizada por la Junta<sup>24</sup> sobre los impedimentos a la disponibilidad de opioides para atender necesidades médicas<sup>25</sup>, la mayoría de los gobiernos comunicaron que los impedimentos relacionados con la actitud y los conocimientos, a saber, la preocupación de los profesionales de la salud y los pacientes por las adicciones y la insuficiente capacitación de los profesionales de la salud, continuaban siendo los principales factores que contribuían a la subutilización de opioides. Las leyes indebidamente restrictivas y las reglamentaciones onerosas también se veían comúnmente como factores que jugaban un papel importante en la limitación de la disponibilidad de opioides. Un número más reducido de gobiernos comunicó que las dificultades que entrañaba la distribución y el abastecimiento de opioides, y su elevado costo, eran impedimentos importantes para lograr su disponibilidad adecuada. Los impedimentos más citados por los países eran la preocupación por la adicción, la renuencia a recetar o almacenar y la capacitación insuficiente de los profesionales. La figura 29 muestra la clasificación de los impedimentos según el número de veces que los citaron los países.

---

<sup>24</sup> La encuesta se hizo con ayuda del cuestionario en que se basa la figura 29.

<sup>25</sup> Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre el seguimiento del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.7).

**Figura 29. Principales factores que influyen en la disponibilidad de opioides para satisfacer necesidades médicas**



*Nota:* Los resultados que se muestran en la figura se basan en las opciones elegidas por los países y territorios para responder a una pregunta con múltiples respuestas. Los países y territorios podían elegir uno o varios de los factores que figuraban en esa pregunta.

98. En muchos países de bajo nivel de consumo de opioides, la disponibilidad de esas sustancias se veía afectada por una combinación de factores que tenían que ver con las reglamentaciones, los conocimientos y la situación económica. Evidentemente, esos factores no son independientes uno de otro; por ejemplo, tal vez sea más difícil introducir reformas reglamentarias en un país en que las preocupaciones acerca de la drogadicción están muy difundidas entre los encargados de la formulación de las políticas y los profesionales de la salud. Por consiguiente, la tarea de superar esos impedimentos requiere un enfoque multifacético y la participación de una amplia diversidad de interesados de los órganos reglamentarios oficiales pertinentes, los profesionales de la salud y las organizaciones no gubernamentales activas en la esfera de la atención sanitaria.

99. Francia ha tenido éxito en la elaboración y ejecución de un programa multifacético para garantizar la disponibilidad adecuada de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor. Durante el último decenio, el consumo per cápita de analgésicos opioides utilizados en el tratamiento del dolor moderado e intenso ha aumentado más de cinco veces, lo que la convierte en uno de los países que tienen aparentemente un nivel adecuado y conveniente de consumo de analgésicos opioides sometidos a fiscalización internacional.

100. A partir de 1989, una vez que se reconoció que el consumo de analgésicos en el país era demasiado bajo y que el dolor no estaba recibiendo tratamiento adecuado en el sistema de atención de la salud, se introdujeron cambios legislativos y de políticas para promover la ejecución de sucesivos planes de acción nacionales para combatir el dolor. Un componente importante de cada plan de acción ha sido garantizar la educación de los profesionales de la salud en el tratamiento del dolor. Con ese fin, en los programas de estudio de las facultades de medicina y las escuelas de

enfermería se introdujeron módulos dedicados al tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, y se elaboraron programas para ofrecer capacitación permanente al personal de los servicios de atención sanitaria. Al mismo tiempo, una serie de reformas reglamentarias hizo menos difícil la adquisición, formulación y despacho de opioides. Como ejemplos de esas medidas de reforma que han tenido un efecto importante en el tratamiento eficaz del dolor cabe citar la prolongación de la validez de las recetas de analgésicos opioides de 7 a 28 días y la autorización a las enfermeras para administrar opioides en ausencia de un médico. El Gobierno de Francia, a la vez que promueve el consumo de opioides para el tratamiento del dolor, ha establecido mecanismos para vigilar y prevenir el abuso y la desviación de esas sustancias. Todas estas actividades se mantuvieron dentro del marco establecido por los tratados internacionales.

101. Aunque el aumento de los niveles de consumo de analgésicos opioides pueda ser más fácil de lograr en países que, como Francia, cuentan con recursos adecuados para la atención de la salud, esas mejoras son también posibles en países de recursos más limitados como Uganda. Durante los últimos diez años, el consumo de morfina en Uganda ha aumentado constantemente, como resultado de la expansión de un programa que ofrece atención paliativa en el hogar a los pacientes de todo el país. En Uganda, al igual que en Francia, los factores decisivos de la aplicación con éxito de este enfoque incluyen el compromiso del Gobierno de hacer del alivio del dolor una prioridad sanitaria y la educación de los profesionales de este sector en el uso de opioides y los cuidados paliativos. Otro paso importante para garantizar el acceso de los pacientes a la morfina en una diversidad de contextos de atención de salud ha sido la introducción de reformas legales que permiten a las enfermeras recetar morfina. Se trata de un ejemplo del tipo de redistribución de tareas recomendada por la OMS<sup>26</sup> para aumentar el acceso a los servicios de atención de salud en situaciones donde hay escasez de trabajadores sanitarios. La instauración de sistemas para la adquisición segura de morfina y su suministro para administración oral, a bajo costo, han sido también iniciativas esenciales para ampliar el acceso a esa droga. También en este caso todas las actividades se mantuvieron dentro del marco establecido por los tratados internacionales.

102. Los ejemplos de Francia y Uganda indican que se puede lograr un mayor consumo de analgésicos opioides mediante un apoyo gubernamental decidido que implique una estrategia múltiple de eliminación de los impedimentos a su disponibilidad. Aunque muchos países de Europa tengan niveles de consumo de opioides sujetos a fiscalización internacional comparables a los de Francia, varios países, incluidos muchos de Europa oriental, tienen actualmente unos niveles de consumo de opioides que son mucho más bajos que el nivel comunicado por Francia hace diez años. Para la mayoría de la población de muchos países de África, el acceso a la morfina oral de bajo costo es prácticamente inexistente. Desafortunadamente, el acceso inadecuado a los opioides sigue siendo una realidad en un gran número de países no solo de África y Europa oriental sino de todas las regiones. La Junta exhorta a los gobiernos de esos países a que tomen medidas para garantizar el acceso a los analgésicos opioides. Con ese fin, los gobiernos deben considerar las recomendaciones que contiene el informe especial de la Junta de 1995 sobre la disponibilidad de opiáceos para atender las necesidades médicas<sup>27</sup>, y el capítulo I del Informe de la Junta correspondiente a 1999.

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud, *Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams - Global Recommendations and Guidelines* (Ginebra, 2008).

<sup>27</sup> *Disponibilidad de opiáceos para las necesidades médicas y científicas* (véase la nota 8 supra).

103. La Junta toma nota con reconocimiento de que en los últimos años, los gobiernos de varios países, incluidos Georgia, Guatemala, Panamá, Serbia y Viet Nam, han introducido reformas en sus políticas encaminadas a garantizar el acceso adecuado a los analgésicos opioides. Los gobiernos de esos países, y de los que se encuentran en las etapas iniciales de la formulación de estrategias para mejorar la disponibilidad de opioides, deben prestar decidido apoyo a la aplicación de esas estrategias. Es preciso contar con mecanismos para vigilar la aplicación y la eficacia a largo plazo de esas políticas para mejorar el acceso a los opioides.

104. En opinión de la Junta, hay una urgente necesidad de que algunos gobiernos tomen medidas concretas para garantizar que su población tenga acceso adecuado a medicamentos a base de opioides de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas. En particular, los gobiernos de los países en los que el consumo de opioides está por debajo de 100 S-DDD por millón de habitantes por día y los gobiernos de los países en que no hay ningún consumo de opioides deben tomar de inmediato medidas apropiadas para garantizar el acceso a tales medicamentos. El factor clave es que haya un órgano regulador eficaz. No es admisible que en muchas partes del mundo continúe habiendo un grave subabastecimiento de medicamentos que son necesarios para aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes.

105. La Junta desea señalar a la atención de los gobiernos el hecho de que la previsión exacta de las necesidades de sustancias fiscalizadas internacionalmente es indispensable para garantizar la disponibilidad adecuada de esas sustancias para fines médicos y científicos. La previsión deficiente de esas necesidades puede dar lugar a muchos problemas en la utilización de sustancias fiscalizadas por el sistema de atención de la salud, tales como escasez, formulación irrazonable de recetas y distorsiones de la demanda; puede traducirse también en excedentes, desperdicios de recursos y aumento de los riesgos de desviación de sustancias fiscalizadas. La utilización adecuada del sistema de provisiones de las necesidades de estupefacientes y de sustancias sicotrópicas es importante para garantizar la disponibilidad adecuada de sustancias sujetas a fiscalización internacional. Para ello, es preciso que las autoridades nacionales competentes se aseguren de que los proveedores de servicios de salud pueden comunicarles con facilidad sus necesidades.

## **B. Disponibilidad de sustancias sujetas a control internacional por encima de los niveles necesarios para una práctica médica razonable**

106. La indisponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas puede privar a los pacientes de sus derechos fundamentales y de la posibilidad de obtener alivio para sus dolores físicos y para los sufrimientos derivados de enfermedades mentales. Por otro lado, la disponibilidad excesiva de estas sustancias puede dar lugar a su desviación y abuso, y por consiguiente a dependencias de drogas. En los últimos años, la Junta ha observado con creciente preocupación que en muchos países está extendido el abuso de sustancias sujetas a fiscalización internacional y desviadas hacia canales ilícitos en distintas etapas de su distribución, y que en algunos países este abuso se ha equiparado a los niveles de abuso de drogas ilícitas o los ha superado.

107. En algunos países, solo el uso indebido de cannabis supera el de los preparados farmacéuticos que contienen sustancias fiscalizadas. Los preparados farmacéuticos desviados y objeto de uso indebido contienen diversos opioides, benzodiazepinas y estimulantes de tipo anfetamínico. Entre los opioides, los preparados que contienen buprenorfina, codeína, dextropropoxifeno, fentanilo, hidrocodona, metadona, morfina, oxicodona y trimeperidina son los más desviados. Entre las sustancias sicotrópicas, las desviadas y consumidas indebidamente son el alprazolam, la buprenorfina, el diazepam, el flunitrazepam, el fenobarbital y la fentermina.

108. La información reunida por los gobiernos indica que las pautas de abuso se relacionan con la disponibilidad excesiva general de preparados farmacéuticos que contienen estas sustancias. En particular, los países que ya tienen unos niveles elevados de consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y que observen incrementos considerables deben mostrarse vigilantes y determinar si esos aumentos se relacionan con necesidades médicas reales o con el uso indebido o abuso de ellas. La modificación de los patrones de prescripción y consumo de drogas normalmente es un proceso lento, y se necesitan años para introducir nuevos hábitos de consumo. Por otro lado, el desarrollo de nuevas modas en el abuso de drogas es bastante rápido, en particular si las drogas de que se trate tienen los mismos efectos que las drogas ilícitas de las que antes se abusaba, pero son más fáciles de obtener. Si se instaura una cultura de disponibilidad generalizada y excesiva de productos farmacéuticos que tienen efectos similares a los generados por las drogas ilícitas se producirá una creciente sustitución de estas últimas por productos farmacéuticos. Invertir esta tendencia resulta difícil y exige medidas, ya que los productos farmacéuticos objeto de uso indebido seguirán disponibles. Así se explica que en algunos países con una disponibilidad excesiva, el consumo no medicinal de calmantes del dolor, tranquilizantes, estimulantes o sedantes se haya convertido en el problema de drogas que se extiende con mayor rapidez.

109. En la mayoría de los países, el problema del abuso de medicamentos de venta con receta ha recibido menos atención de los reguladores de la fiscalización de drogas que el abuso de drogas ilícitas. En la actualidad solo los Estados Unidos reúnen de forma sistemática datos sobre el abuso de medicamentos de venta con receta a través de encuestas a los hogares, lo que significa que los únicos datos fiables sobre el alcance de este abuso se limitan a los procedentes de este país. Sin embargo, el problema no se limita a los Estados Unidos. En todas las regiones del mundo se comunica el uso indebido de medicamentos de venta con receta.

110. El abuso de medicamentos de venta con receta puede ser tan peligroso como el abuso de drogas ilícitas. En particular, el porcentaje de muertes relacionadas con sobredosis de opioides de venta con receta ha aumentado considerablemente. Por desgracia, este hecho no ha atraído la atención del público en general durante largo tiempo. A lo largo del último decenio, el número de muertes relacionadas con el abuso de medicamentos de venta con receta ha aumentado considerablemente, superando en algunos países el número de muertes por sobredosis relacionadas con drogas ilícitas. No obstante, cuando la muerte de varios artistas prominentes se relacionó con el abuso de medicamentos de venta con receta, los medios de comunicación y el público en general tomaron nota de los peligros del abuso de estas drogas. No obstante, deben adoptarse medidas antes de que se llegue a niveles tan altos de abuso de medicamentos de venta con receta. Dado que la disponibilidad excesiva es frecuentemente el primer paso hacia un mayor abuso de los medicamentos de venta con

receta, los reguladores de la fiscalización tienen que estar vigilantes para detectar los niveles de consumo elevados de estupeficientes y sustancias sicotrópicas.

111. El creciente abuso de los medicamentos de venta con receta ha conducido a un aumento de los niveles de adicciones a varias drogas, combinándose medicinas fabricadas lícitamente con drogas ilícitas, o varias medicinas que contienen sustancias fiscalizadas internacionalmente. También está aumentando el abuso de combinaciones de productos preparados por la industria farmacéutica, o de fórmulas magistrales preparadas en farmacias que combinan varias sustancias fiscalizadas internacionalmente.

112. La Junta alienta a todos los gobiernos a que identifiquen las tendencias no habituales en los niveles de consumo de estupeficientes y sustancias sicotrópicas y a que adopten medidas reparadoras, en caso necesario. En ausencia de criterios aceptados sobre qué se entiende por consumo adecuado, quizá los gobiernos deseen analizar las tendencias del pasado y comparar sus niveles nacionales de consumo con los de otros países que tienen un nivel semejante de desarrollo socioeconómico.

113. Para hacer esas comparaciones se pueden utilizar como base los cuadros referentes al consumo de analgésicos opioides y de los distintos grupos de sustancias sicotrópicas que publica la Junta en sus informes técnicos sobre los estupeficientes y sobre las sustancias sicotrópicas. Los gobiernos de los países que tengan unos niveles particularmente altos, o en aumento, de consumo de estupeficientes y sustancias sicotrópicas deben vigilar la situación con atención, determinar si se están utilizando sus territorios para explotar ilegalmente farmacias en Internet, identificar posibles excesos en su prescripción médica o cualquier otra práctica indebida de los profesionales de la medicina y garantizar un control adecuado de los canales internos de distribución. Todos los gobiernos deben aplicar las recomendaciones de la OMS sobre la prescripción médica racional de drogas y adoptar medidas para promover unas prácticas médicas razonables<sup>28</sup>.

114. Para prevenir la desviación de sustancias sujetas a fiscalización internacional de un país y su contrabando posterior a otro, los gobiernos deben armonizar a escala regional y subregional las medidas que adopten para reducir los niveles de consumo excesivos, de forma que los esfuerzos que se hagan en un país no se traduzcan en el desplazamiento a los países vecinos de las pautas de consumo problemáticas.

115. Sin embargo, es posible que la utilización de ciertos grupos de sustancias no solo difiera entre países de regiones distintas que tienen un nivel comparable de desarrollo socioeconómico, sino también entre países de la misma región, debido a factores culturales y demográficos. Por ejemplo, algunas diferencias importantes entre países y dentro de un país específico pueden deberse a divergencias considerables de la práctica médica en países similares en otros aspectos, y a veces dentro de un mismo país.

116. Las preferencias regionales por los distintos grupos de sustancias sicotrópicas en Europa y en América del Norte, dos regiones que tienen un nivel semejante de desarrollo socioeconómico, muestran una continua diferencia en las pautas de consumo de sustancias fiscalizadas

---

<sup>28</sup> Promoting rational use of medicines: core components”, WHO Policy Perspectives on Medicines, núm. 5, septiembre de 2002. También en [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_2002.3.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.3.pdf).

internacionalmente. Europa tiene el récord mundial de utilización de benzodiazepinas y América del Norte el de consumo de estimulantes para potenciar artificialmente el rendimiento del organismo con fines competitivos. Ello puede deberse a diferencias culturales pero también puede relacionarse con la demografía ya que los consumidores de benzodiazepinas pertenecen en su mayoría a los segmentos de mayor edad de la población, mientras que el consumo de drogas para potenciar artificialmente el rendimiento del organismo o la forma física es atribuible principalmente a adolescentes y adultos jóvenes.

117. Los canales de abastecimiento de medicamentos de venta con receta de los que se hace un uso indebido varían pero, en principio, una vez que salen de los canales de abastecimiento fiscalizados oficialmente pasan a un “mercado paralelo” que a veces tiene unas dimensiones considerables. En muchos países operan en paralelo con las farmacias autorizadas, o supliendo muchas veces su ausencia, “mercados callejeros” no regulados de fármacos. Los motivos para comprar en estos mercados callejeros medicamentos se relacionan muchas veces con factores económicos o con un abastecimiento insuficiente a través de los canales oficiales. Las farmacias que operan ilegalmente en Internet son otro tipo de mercado paralelo. Lo mismo que en el caso de los mercados callejeros, los clientes pueden obtener drogas fiscalizadas internacionalmente, como benzodiazepinas, opioides, estimulantes y barbitúricos, sin receta. Los productos que se venden en estos mercados con frecuencia han sido desviados de los canales oficiales o robados, o se trata de medicamentos sin registro de sanidad, de baja calidad o falsificados.

118. Los motivos para utilizar los mercados no regulados varían según los países. Entre ellos cabe mencionar el acceso limitado a servicios de atención de la salud, el precio más bajo, que con frecuencia se relaciona con el hecho de que se trata de productos de mala calidad o falsificados, una regulación demasiado estricta de la prescripción médica de esas sustancias, el deseo de obtenerlas sin que quede registro médico, a fin de proteger la intimidad, o la demanda de medicamentos de venta con receta para hacer un uso abusivo de ellos.

119. Los gobiernos deben aplicar las directrices de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes para fiscalizar las farmacias de Internet<sup>29</sup>, porque en algunos países las farmacias de este tipo son el principal canal de distribución ilícita de sustancias fiscalizadas internacionalmente.

## **C. Garantía de disponibilidad adecuada en situaciones de emergencia**

120. Las situaciones de emergencia a raíz de desastres naturales o producidos por el ser humano pueden crear una necesidad aguda y súbita de medicinas que contengan sustancias fiscalizadas. Un ejemplo de ese tipo de situaciones fue la situación que se produjo a raíz del terremoto devastador que golpeó Haití en enero de 2010. Para prestar atención médica al gran número de personas que habían resultado heridas durante el terremoto se requerían urgentemente sustancias fiscalizadas, como morfina y pentazocina.

---

<sup>29</sup> Directrices dirigidas a los gobiernos para prevenir la venta ilegal por Internet de sustancias sometidas a fiscalización internacional (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.6).

121. Los organismos de socorro humanitario a menudo han tropezado con dificultades para obtener rápidamente medicinas que contienen sustancias fiscalizadas que les permitan prestar atención médica en situaciones de emergencia, debido en parte a las medidas de control ejercidas sobre el movimiento internacional de esas medicinas. Los requisitos administrativos que deben cumplirse en circunstancias normales para autorizar la importación y exportación de sustancias fiscalizadas retrasan el abastecimiento de medicinas que se necesitan urgentemente en zonas de desastre. El problema empeora cuando las autoridades nacionales competentes del país importador ya no están en condiciones de cumplir sus funciones.

122. Para hacer frente a esa cuestión, la OMS, en consulta con la Junta, preparó las directrices modelo sobre el abastecimiento internacional de medicamentos fiscalizados para la atención médica de emergencia<sup>30</sup>. Las directrices prevén un procedimiento simplificado para la exportación de medicinas que contienen sustancias fiscalizadas que serán manejadas por organismos de socorro humanitario reconocidos. Poco después del terremoto de Haití, la Junta envió cartas a todos los gobiernos y a algunos organismos de socorro humanitario para recordarles los procedimientos simplificados que prevén las directrices.

123. Debido a que las situaciones de emergencia ocurren inesperadamente, las autoridades competentes deberían estar preparadas para usar los procedimientos simplificados que figuran en las directrices y agilizar así el abastecimiento de medicamentos fiscalizados tan pronto como surja la necesidad. La Junta invita a los gobiernos y a los organismos de socorro humanitario a que señalen a la atención de la Junta todos los problemas con que tropiecen en la entrega de medicinas fiscalizadas en situaciones de emergencia. Los gobiernos tal vez deseen incluir en sus existencias especiales de estupefacientes y sustancias sicotrópicas cantidades para atender las necesidades de dichas sustancias en el caso de una situación de emergencia.

---

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud, documento WHO/PSA/96.17.



# VI

## Conclusiones y recomendaciones

124. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha reiterado frecuentemente que los principios subyacentes en los tratados de fiscalización internacional de drogas han de ser el fundamento de un mecanismo que garantice la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, previniendo al mismo tiempo su uso inadecuado y abuso. Garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y prevenir su desviación no son fines contradictorios; de hecho, las medidas para lograr el cumplimiento de estos dos objetivos pueden generar sinergias si se implementan de forma correcta y completa. Un número creciente de países de todo tipo aceptan hoy la interpretación adecuada de estos dos objetivos complementarios. Sin embargo, algunos países siguen necesitando progresos sustanciales.

125. La Junta toma nota de que, en respuesta a recomendaciones anteriores sobre la disponibilidad de estupefacientes, un número importante de gobiernos ha ampliado sus provisiones de la demanda para fines médicos, ha adoptado políticas nacionales para mejorar la utilización terapéutica de estupefacientes, ha apoyado programas educativos y ha examinado sus sistemas de atención de la salud, sus leyes y sus reglamentos para detectar impedimentos. Ha habido mejoras en la adecuación de la oferta de algunos estupefacientes y sustancias sicotrópicas en muchos países, pero en otros ha habido retrocesos. Las mejoras más importantes se han registrado en países muy desarrollados, mientras que los retrocesos, por desgracia, se han producido en su mayor parte en las regiones que hace 20 años mostraban los niveles de disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente más bajos.

126. Como pone de manifiesto el análisis de la Junta, un gran número de países de muchas regiones siguen registrando unos niveles inadecuados de disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente. África sigue siendo la región con el número mayor de países que registran una disponibilidad pequeña o nula. Otras regiones en que la situación no ha mejorado, y en algunos casos ha empeorado, son Centroamérica y el Caribe y Asia meridional. Sin embargo, aun en las regiones con mayores niveles generales de disponibilidad, los países que tienen un consumo de sustancias fiscalizadas que se mantiene en niveles bajos registran también unos niveles de disponibilidad inadecuadamente bajos.

127. Entre los países que registran unos niveles de disponibilidad particularmente bajos figuran algunos que tienen numerosa población, por lo que grandes partes de la población mundial no tienen acceso a estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Además, aunque algunos países hayan registrado mejoras, estas no siempre han conseguido que el nivel de consumo pueda considerarse adecuado, debido a que el punto de partida era muy bajo. A pesar de los progresos logrados en el cumplimiento

de los objetivos de los tratados, son relativamente escasos los países de todo el mundo que disponen de un sistema adecuado de gestión del abastecimiento de drogas, y de mecanismos de trabajo que garanticen una disponibilidad fiable, basada en evaluaciones de las necesidades y equitativa, y efectiva en función de sus costes.

128. Según el análisis de la Junta, las deficiencias en la gestión de la oferta de drogas siguen siendo atribuibles a la falta de recursos financieros, una infraestructura inadecuada, la escasa prioridad concedida a la atención de la salud, una autoridad gubernamental débil, una educación y una formación profesional inadecuadas y unos conocimientos atrasados, todo lo cual influye en la disponibilidad no solo de sustancias fiscalizadas sino también de medicinas de todo tipo.

129. El logro de una mejora sustancial de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas depende de los progresos que se logren en la disponibilidad de medicinas en general, en particular en los países que disponen de recursos limitados para la salud, y en los que las crecientes disparidades económicas, las acuciantes necesidades básicas y las malas infraestructuras son los principales obstáculos para lograr mejoras sostenidas. En los últimos años ha mejorado la conciencia internacional de la situación y las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales se han esforzado por facilitar la oferta de drogas lícitas en zonas subdesarrolladas. Sin embargo, a pesar de la creciente conciencia mundial de la poco satisfactoria situación en general, un número de países considerable sigue sin mostrar atención al problema en sí mismo o a la relativa facilidad con la que pueden ofrecerse tratamientos eficientes.

130. Aparentemente hay algunos países que no han reconocido todavía que la disponibilidad adecuada de medicamentos, entre ellos estupefacientes y sustancias sicotrópicas, es una parte esencial de su responsabilidad ante la población. Los países se mostrarán negligentes ante esa responsabilidad si ni siquiera hacen una estimación de sus necesidades y aparentemente no conocen qué cantidades de determinadas sustancias necesitará su población para tratamientos médicos. En otros países en los que no se ha observado tal negligencia, sigue habiendo otros impedimentos, entre ellos una reglamentación restrictiva atrasada y, con mayor frecuencia, unas interpretaciones poco informadas de unos reglamentos que en sí mismo serían correctos, temores infundados y prejuicios arraigados sobre la utilización de opioides para fines médicos.

131. La Junta ha subrayado siempre que los esfuerzos que se hagan por limitar la utilización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos no han de influir negativamente en su disponibilidad para tales fines. Por otro lado, si aumenta la utilización de determinadas drogas fiscalizadas para fines médicos legítimos será preciso ejercer una atenta vigilancia. Ha de prestarse cuidadosa atención a garantizar la satisfacción de la capacidad legítima de absorción de los países y el correcto funcionamiento de mecanismos de salvaguardia para reducir al mínimo el uso indebido y los fallos del sistema. La Junta considera que un requisito previo para garantizar la disponibilidad es que el sistema de fiscalización tenga una administración con una buena formación, y eficaz, ya que así podrá determinar qué cantidades se necesitan e identificar escaseces de suministro y problemas de distribución. Una administración eficaz del sistema de fiscalización será además un interlocutor responsable para la cooperación con asociaciones profesionales y de consumidores.

132. El objetivo general de un sistema nacional e internacional que funcione correctamente para gestionar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas debe ofrecer alivio al dolor y el sufrimiento garantizando el acceso seguro a los mejores medicamentos que puedan adquirirse a los pacientes que los necesiten y, al mismo tiempo, debe prevenir la desviación de medicamentos para hacer un uso indebido de ellos. Para ello, los gobiernos tienen que desempeñar las siguientes funciones fundamentales:

### **Recomendaciones relativas a la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas**

a) Los gobiernos deben evaluar las necesidades actuales de sustancias fiscalizadas internacionalmente de los sistemas nacionales de salud, calcular sus necesidades anuales de esas sustancias y facilitar a la Junta, cuando corresponda, estimaciones de las necesidades de estupefacientes y de sustancias sicotrópicas. En caso de que las necesidades nacionales se sitúen en el nivel inferior de las necesidades de la región, el gobierno quizá tenga que examinar con espíritu crítico sus métodos de evaluación de esas necesidades para fines médicos;

b) Los gobiernos deben identificar los impedimentos a la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas (derivados de las políticas, reglamentarios, administrativos) y adoptar medidas detalladas, paso a paso, para eliminar estos impedimentos;

c) Los gobiernos deben establecer un sistema que les permita obtener información de los servicios médicos que atienden a enfermos mentales, drogadictos y pacientes que han sufrido una operación quirúrgica, pacientes de cáncer y otros, de organizaciones que trabajan para mejorar el uso correcto de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y establecer grupos de individuos responsables que ayuden a obtener información sobre la evolución de las necesidades médicas; también deben utilizar las directrices disponibles para evaluar las necesidades reales de estupefacientes y sustancias sicotrópicas de su país;

d) Una vez que un país ha llegado a un nivel adecuado de consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, el gobierno debe añadir a sus previsiones anuales de sus necesidades de estupefacientes y sustancias sicotrópicas un margen que prevea la posibilidad de que aumente el consumo por causas generales tales como el crecimiento de la población, la evolución de los servicios de salud y las tendencias de la incidencia de enfermedades y de su tratamiento y, en caso necesario, debe añadir un margen todavía mayor si se trata de un país o territorio con un desarrollo económico y social rápido o con una rápida expansión de la utilización médica de drogas, lo que incluye la introducción de nuevas fórmulas o medicamentos;

e) Los gobiernos que sufran interrupciones en el abastecimiento de estupefacientes y sustancias sicotrópicas debido a retrasos en la importación o a otros motivos deben examinar la situación y desarrollar un sistema que permita ir dando los pasos necesarios sin retrasos, por ejemplo, emisión de las licencias, disposiciones para el pago, trámites administrativos, transporte de las sustancias, despacho de aduana y distribución de los medicamentos a los servicios médicos;

f) Los gobiernos deben determinar si su legislación nacional sobre estupefacientes recoge los elementos de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 que reflejan el hecho de que el uso médico de estupefacientes sigue siendo indispensable para mitigar el dolor y el sufrimiento, y el hecho de que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin y asegurarse de que se han establecido las responsabilidades administrativas correspondientes y se dispone de personal para aplicar esa legislación;

g) Los gobiernos deben determinar si las leyes, los reglamentos o las políticas administrativas nacionales con respecto a los estupefacientes establecen unas restricciones indebidas que impiden que se prescriban o dispensen estupefacientes o sustancias sicotrópicas o se ofrezca un tratamiento médico necesario a pacientes, o limiten su disponibilidad y distribución con tales fines y, de ser este el caso, deben hacer los ajustes necesarios;

h) Con el fin de promover una disponibilidad adecuada de sustancias sicotrópicas a escala mundial y en países concretos de conformidad con la resolución 53/4 de la Comisión de Estupefacientes, los gobiernos deben reunir la información estadística más fiable sobre el consumo de sustancias sicotrópicas y facilitar esa información a la Junta cuando corresponda;

i) Los gobiernos deben cooperar plenamente con la Junta para garantizar una disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas; deben examinar sus necesidades médicas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, así como los impedimentos para su disponibilidad, informar a la Junta sobre los resultados de estos esfuerzos y solicitarle asistencia; deben también informar a la Junta sobre los progresos en la aplicación de las presentes recomendaciones, y sobre sus necesidades;

### **Recomendaciones relativas a la utilización adecuada**

j) Los gobiernos deben garantizar la educación correcta y capacitación de los profesionales de la salud y deben informar a estos sobre el método analgésico de la OMS para aliviar los dolores de cánceres; deben mantener canales de comunicación con los profesionales de la salud en relación con los requisitos legales para recetar y dispensar estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y ofrecer la posibilidad de debatir preocupaciones mutuas;

k) Los gobiernos deben asegurarse de que en las facultades universitarias, en las escuelas de medicina, farmacia y enfermería y en otros institutos de atención de la salud se utilizan planes de estudios que abarquen el abuso de sustancias y la utilización racional de fármacos psicoactivos;

l) Los gobiernos deben estimular un comportamiento ético en la comercialización de fármacos mediante su regulación y vigilancia; deben garantizar el respeto de unas normas profesionales exigentes en la utilización de terapias (diagnóstico, decisión sobre la terapia, prescripción);

m) Los gobiernos deben instruir a la población sobre la utilización adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y el uso correcto de farmacoterapias con otras perspectivas terapéuticas, y deben lograr la participación activa de organizaciones profesionales y asociaciones de consumidores en este esfuerzo;

n) Los gobiernos deben establecer un sistema general de registro y de licencias, y elegir cuidadosamente y apoyar medicamentos más seguros y más rentables y modalidades de tratamiento alternativo fiables;

o) Los gobiernos deben alentar también el desarrollo y utilización de agentes terapéuticos mejores y más seguros (con escaso o nulo potencial de dependencia), en lugar de medicinas de eficacia y seguridad limitadas. Los países que experimentan problemas de abuso de combinaciones de productos o de fórmulas magistrales tienen la responsabilidad de asegurarse de que se adoptan medidas para prevenir ese abuso;

### **Recomendaciones relativas a los sistemas nacionales de fiscalización**

p) Los gobiernos deben esforzarse por mantener bajo estrecha supervisión la oferta y el consumo de sustancias fiscalizadas internacionalmente. La experiencia ha demostrado que es preciso prestar especial atención a la adecuación de la legislación y la corrección de las disposiciones administrativas, adaptándolas según proceda a las nuevas tendencias y acontecimientos;

q) Los gobiernos deben dotarse de un grado suficiente de autoridad administrativa y de control de la regulación de la oferta nacional de medicamentos, con inclusión de la fiscalización de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas;

r) Los gobiernos deben inspeccionar a los fabricantes, los exportadores, los importadores y los distribuidores mayoristas y minoristas, así como las existencias y los registros, y adoptar medidas adecuadas contra quienes incumplan las disposiciones legales aplicables o los códigos de conducta profesional. Las actividades de los intermediarios de los mercados, como los agentes, han de estar reguladas según proceda;

s) Los gobiernos tienen que garantizar unos recursos financieros y humanos adecuados a las autoridades reguladoras de los medicamentos y otros organismos, y fomentar la capacidad de su personal;

t) Los gobiernos tienen que implementar políticas eficaces para combatir los medicamentos falsificados y establecer un marco jurídico general que considere el comercio de productos falsificados un delito grave; los países exportadores han de regular ese proceso a fin de impedir la exportación de medicamentos falsificados o de mala calidad;

u) Los gobiernos deben conocer y hacer el mejor uso posible de las directrices modelo sobre el abastecimiento internacional de medicamentos fiscalizados para la atención médica de emergencia;

### **Recomendaciones relativas a la prevención de las desviaciones y el abuso**

v) Los gobiernos deben aplicar la legislación vigente para asegurarse de que no se fabrican, importan o exportan estupefacientes y sustancias sicotrópicas de forma ilegal y de que no se desvían hacia el mercado no regulado;

w) Los gobiernos deben reunir datos sobre el abuso de medicamentos de venta con receta de forma más sistemática e incluir en sus encuestas nacionales sobre el abuso de drogas, en la medida de lo posible, productos farmacéuticos que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas, bien incluyendo grupos específicos de sustancias o bien estupefacientes y sustancias sicotrópicas específicas, según proceda;

x) Teniendo en cuenta el carácter internacional del problema y con el fin de complementar los esfuerzos de vigilancia del cumplimiento de la ley en países individuales concretos en las áreas antes mencionadas, los gobiernos, y las organizaciones regionales e internacionales, deben establecer acuerdos intergubernamentales para realizar operaciones conjuntas y adoptar medidas y normas a aplicar a escala regional;

y) Los gobiernos deben adoptar con prontitud medidas eficaces para aplicar las recomendaciones anteriores de la Junta sobre el comercio en Internet y el uso indebido del correo para pasar de contrabando sustancias fiscalizadas internacionalmente.

133. Para conseguir el objetivo de una disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas a escala global se precisa el apoyo de la comunidad mundial. En los países con unos niveles bajos de consumo de esas sustancias, los progresos normalmente son graduales. Las condiciones imperantes en el mercado y el sistema actual de suministro no permiten garantizar la disponibilidad de las medicinas que necesitan los países de ingresos bajos. Estos países no pueden superar por sí solos su situación económica y financiera y su insuficiente infraestructura de atención de la salud. Solo podrán lograrse avances si se utiliza como base un enfoque más humanitario acorde con el sistema previsto en los tratados. En determinados países, ese enfoque puede incluir la prestación de asistencia para realizar unas estimaciones básicas y unas evaluaciones posteriores más fiables de las necesidades médicas, y el mantenimiento de consultas con posibles proveedores en condiciones preferenciales.

134. La Junta considera que si se ponen en práctica las recomendaciones anteriores se lograrán importantes progresos adicionales en la garantía de una disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos. La Junta proseguirá el examen de la situación y examinará las respuestas a sus recomendaciones. Para apoyar los progresos, la Junta:

a) Examinará las previsiones anuales de estupefacientes y sustancias sicotrópicas que presentan los gobiernos e iniciará un diálogo, cuando sea necesario, para identificar necesidades

insatisfechas y garantizar que las previsiones anuales de las necesidades de estupefacientes y sustancias sicotrópicas no están ni sobreestimadas ni subestimadas;

b) Garantizará una confirmación rápida de las previsiones suplementarias y el procesamiento de las previsiones modificadas de sustancias sicotrópicas que presenten los gobiernos con el fin de ayudarles a hacer frente a necesidades imprevisibles;

c) Examinará de forma periódica los acontecimientos nacionales e internacionales que influyan en la mayor disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos, incorporando en sus informes anuales información actualizada y observaciones;

d) Alentará a los gobiernos a elaborar sistemas de distribución de sustancias que estén bien vigilados y que garanticen la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas a los pacientes en los establecimientos médicos y en la comunidad;

e) Cooperará con la UNODC para incluir en la legislación modelo de fiscalización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas disposiciones que reconozcan la obligación de garantizar la disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos;

f) Responderá a la llamada de la Comisión de Estupefacientes en la esfera de la disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente, y la apoyará en sus esfuerzos por recordar a las partes en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 sus obligaciones al respecto;

g) Cooperará con la OMS para prestar asistencia a los gobiernos en el desarrollo de sistemas de distribución de fármacos adecuadamente fiscalizados que permitan abastecer de estupefacientes y sustancias sicotrópicas a los pacientes, en hospitales y en la comunidad;

h) Alertará a la comunidad internacional sobre las nuevas tendencias en el abuso de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas;

i) Alertará a la comunidad internacional sobre los métodos emergentes de tráfico de sustancias fiscalizadas internacionalmente;

j) Apoyará a los gobiernos en la aplicación de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas y las medidas adicionales de fiscalización que ha pedido el Consejo Económico y Social, así como en las directrices pertinentes de la propia Junta.



## Anexo I

### Cuadros relativos al consumo de analgésicos opioides en las regiones

Cuadro 1

**Niveles de consumo de estupefacientes: consumo medio de estupefacientes, 2007 a 2009, por región por día**

(Dosis diarias definidas con fines estadísticos por millón de habitantes por día)

Región	Codeína	Fentanilo	Hidro-codona	Hidro-morfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
<b>América</b>	31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	<b>14 320</b>
<i>América del Norte</i>	58	7 481	13 738	675	1 564	4 441	72	509	<b>28 536</b>
<i>América del Sur</i>	5	120	8	1	68	8	10	2	<b>221</b>
<i>América Central y el Caribe</i>	<<	32	4	<<	16	4	8	1	<b>65</b>
<b>Oceanía</b>	70	2 727	<<	42	1 050	1 590	28	3	<b>5 510</b>
<b>Europa</b>	32	3 707	6	104	398	288	11	689	<b>5 236</b>
<b>Asia</b>	2	72	1	<<	14	7	5	4	<b>105</b>
<i>Asia occidental</i>	2	123	-	<<	8	8	7	7	<b>155</b>
<i>Asia oriental y sudoriental</i>	3	102	<<	1	19	4	11	8	<b>146</b>
<i>Asia meridional</i>	<<	3	1	-	7	<<	1	4	<b>17</b>
<b>África</b>	4	22	<<	<<	10	<<	3	11	<b>50</b>

Nota: El símbolo "<<" indica una cantidad inferior a 1 dosis diaria definida con fines estadísticos por millón de habitantes por día.

Cuadro 2  
Niveles de consumo de estupefacientes

A. Consumo medio de estupefacientes en América del Norte, América del Sur y América Central y el Caribe, 2007 a 2009  
(Dosis diarias definidas con fines estadísticos por millón de habitantes por día)

Clasificación regional	Clasificación en América	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codeína	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
<b>América del Norte</b>												
1	1	1	Estados Unidos de América	<<	9 904	20 066	673	2 060	5 962	88	734	39 487
2	2	2	Canadá	783	9 432	253	2 909	2 080	4 932	151	92	20 632
3	21	91	México <sup>a</sup>	-	74	-	1	9	1	-	-	85
<b>Promedio regional: América del Norte</b>				<b>58</b>	<b>7 481</b>	<b>13 738</b>	<b>675</b>	<b>1 564</b>	<b>4 441</b>	<b>72</b>	<b>509</b>	<b>28 536</b>
<b>América del Sur</b>												
1	3	20	Islas Malvinas (Falkland) <sup>a</sup>	369	2 347	-	-	452	-	31	1 084	4 283
2	6	52	Argentina	14	103	42	-	250	12	2	20	443
3	8	55	Chile	69	198	-	-	108	5	7	1	388
4	9	57	Colombia	-	188	34	4	42	24	1	-	295
5	12	61	Brasil	<<	139	-	-	59	3	17	-	218
6	13	71	Uruguay	-	77	1	-	76	-	10	-	164
7	23	97	Venezuela (República Bolivariana de)	-	47	-	<<	9	14	1	-	71
8	25	105	Ecuador	-	50	-	-	7	5	-	-	62
9	26	106	Suriname	27	12	-	-	18	-	4	-	61
10	27	107	Perú	-	26	-	-	19	9	4	-	58
11	31	119	Paraguay	-	28	-	-	2	-	8	-	38
12	33	146	Guyana	2	4	-	-	3	-	1	-	10
13	34	159	Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	<<	-	-	1	2	-	-	3
<b>Promedio regional: América del Sur</b>				<b>5</b>	<b>120</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>68</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>221</b>
<b>América Central y el Caribe</b>												
1	4	29	Islas Caimán	18	1 465	181	32	89	714	408	2	2 909
2	5	41	Antillas Neerlandesas	-	1 080	-	-	82	2	20	45	1 229
3	7	54	Islas Turcas y Caicos	2	133	-	-	10	151	57	39	392
4	10	58	Bahamas	8	8	-	-	40	96	140	-	292
5	11	59	Montserrat	223	<<	-	-	14	-	35	-	272
6	14	76	Trinidad y Tabago <sup>a</sup>	-	17	-	-	42	-	78	-	137
7	15	79	Panamá	-	104	-	-	7	-	8	-	119
8	16	83	Costa Rica	-	41	-	-	61	-	2	-	104
9	17	84	Santa Lucía	29	1	4	-	21	-	36	-	91
10	18	85	El Salvador	-	48	3	-	4	19	16	-	90
11	19	87	Cuba	-	44	-	-	36	-	6	2	88
12	20	89	Jamaica	2	14	-	-	30	-	40	-	86

Clasificación regional	Clasificación en América	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codeína	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
13	21	91	San Vicente y las Granadinas	1	5	-	-	30	-	49	-	85
14	24	103	Granada	7	4	-	-	14	-	31	7	63
15	28	114	Guatemala	-	16	21	-	4	4	3	<<	48
16	29	115	Dominica	-	1	-	-	7	-	38	-	46
17	30	118	Nicaragua	-	30	-	-	7	2	<<	-	39
18	32	129	República Dominicana	-	15	-	-	8	1	<<	-	24
19	35	165	Haití	<<	1	-	-	1	-	<<	-	2
<b>Promedio regional: América Central y el Caribe</b>				<<	32	4	<<	16	4	8	1	65
<b>Promedio: América</b>				31	3 781	6 850	337	809	2 217	40	254	14 320

Notas: El símbolo "<<" indica una cantidad inferior a 1 dosis diaria definida con fines estadísticos por millón de habitantes por día.

Al 1 de noviembre de 2010, en América del Norte, el siguiente territorio no había presentado información alguna en los formularios estadísticos en relación con el citado trienio: *Bermuda*; en América Central y el Caribe, los siguientes ocho países y territorios no presentaron información alguna en los formularios estadísticos ni suministrado datos sobre el consumo en relación con el citado trienio: *Anguila*, *Antigua y Barbuda*; *Aruba*, *Barbados*, *Belize*, *Honduras*, *Islas Vírgenes Británicas* y *Saint Kitts y Nevis*.

<sup>a</sup> El cálculo se basa en datos que abarcan dos años solamente.

**B. Consumo medio de estupefacientes en Oceanía, 2007 a 2009**

(Dosis diarias definidas con fines estadísticos por millón de habitantes por día)

Clasificación regional	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codéina	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
1	13	Australia	108	4 058	<<	64	1 381	2 367	31	4	<b>8 013</b>
2	24	<i>Isla Norfolk</i>	42	2 740	-	-	393	213	15	-	<b>3 403</b>
3	32	<i>Nueva Caledonia</i>	-	2 187	-	17	266	9	-	-	<b>2 479</b>
4	33	Nueva Zelandia	-	637	-	<<	1 192	479	56	<<	<b>2 364</b>
5	36	<i>Islas Wallis y Futuna</i>	135	823	-	-	18	-	-	1 161	<b>2 137</b>
6	38	<i>Polinesia Francesa</i>	-	1 263	-	7	141	6	1	-	<b>1 418</b>
7	40	<i>Isla Christmas</i>	9	818	-	-	12	487	8	-	<b>1 334</b>
8	51	Palau	34	2	485	-	16	-	27	-	<b>564</b>
9	81	Islas Cook <sup>a</sup>	-	-	-	-	41	-	66	-	<b>107</b>
10	88	Tonga <sup>a</sup>	50	3	-	-	15	-	19	-	<b>87</b>
11	111	Nauru <sup>b</sup>	5	13	-	-	14	-	21	-	<b>53</b>
12	120	Islas Marshall <sup>b</sup>	-	7	-	-	15	-	11	-	<b>33</b>
13	123	Papua Nueva Guinea <sup>b</sup>	1	<<	-	-	15	-	15	-	<b>31</b>
		Vanuatu <sup>b</sup>	8	12	-	-	11	-	-	-	<b>31</b>
15	136	Samoa	-	1	-	-	7	-	7	-	<b>15</b>
<b>Promedio regional: Oceanía</b>			<b>70</b>	<b>2 727</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>42</b>	<b>1 050</b>	<b>1 590</b>	<b>28</b>	<b>3</b>	<b>5 510</b>

Notas: El símbolo "<<" indica una cantidad inferior a 1 dosis diaria definida con fines estadísticos por millón de habitantes por día.

Al 1 de noviembre de 2010, los siguientes seis países y territorios no habían presentado información alguna en los formularios estadísticos ni suministrado datos sobre el consumo en relación con el citado trienio: *Islas Cocos o Keeling*, Fiji, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de) y Tuvalu.

<sup>a</sup> El cálculo se basa en datos que abarcan dos años solamente.

<sup>b</sup> El cálculo se basa en datos que abarcan un año solamente.

### C. Consumo medio de estupefacientes en Europa, 2007 a 2009

(Dosis diarias definidas con fines estadísticos por millón de habitantes por día)

Clasificación regional	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codeína	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
1	3	Alemania	1	12 772	41	615	619	836	14	4 421	19 319
2	4	Austria	17	10 252	-	932	4 593	200	6	160	16 160
3	5	Bélgica	22	10 613	42	126	366	72	13	3 460	14 714
4	6	Dinamarca	-	8 078	6	74	1 523	2 298	75	992	13 046
5	7	Suiza	98	7 649	67	232	1 238	717	80	2 963	13 044
6	8	Islandia	4 818	5 607	-	48	919	249	8	841	12 490
7	9	Gibraltar	-	10 714	-	-	325	37	15	44	11 135
8	10	Países Bajos	-	6 460	-	31	377	470	9	839	8 186
9	11	España	-	7 702	-	53	180	107	22	8	8 072
10	12	Finlandia	35	6 861	-	17	107	1 023	3	12	8 058
11	14	Noruega	16	5 284	6	12	810	1 225	32	241	7 626
12	15	Luxemburgo	3	5 266	<<	120	197	2	4	1 431	7 023
13	16	Suecia	-	4 763	<<	200	584	1 074	3	192	6 816
14	17	Francia	129	5 055	-	43	1 024	328	1	184	6 764
15	18	Eslovenia	59	4 726	-	172	761	308	6	236	6 268
16	19	Irlanda	-	4 413	2	111	269	525	24	<<	5 344
17	21	Grecia	<<	4 217	-	<<	14	<<	18	21	4 270
18	22	Reino Unido	1	1 281	<<	36	1 114	914	33	276	3 655
19	25	Hungría	24	2 925	<<	57	36	19	5	300	3 366
20	26	República Checa	60	2 444	-	117	142	193	37	64	3 057
21	27	Eslovaquia	3	2 884	-	32	37	51	8	6	3 021
22	28	Italia	-	2 479	-	26	78	118	5	220	2 926
23	30	Croacia	397	2 121	-	9	51	30	4	<<	2 612
24	31	Polonia	221	2 055	-	<<	171	1	20	23	2 491
25	34	Andorra	-	2 203	-	-	74	71	13	-	2 361
26	35	Portugal	89	1 454	-	6	601	-	11	5	2 166
27	37	Serbia	<<	1 285	-	21	21	<<	2	494	1 823
28	42	Lituania	<<	999	-	-	75	<<	19	<<	1 093
29	44	Montenegro	-	919	-	-	3	-	2	3	927
30	45	Letonia	2	734	-	-	57	7	6	14	820
31	46	Estonia	<<	555	-	-	112	113	24	1	805
32	47	Chipre	-	474	-	-	72	81	39	-	666
33	48	Bosnia y Herzegovina	1	460	-	-	17	-	<<	140	618
34	53	Bulgaria	-	95	-	-	197	31	8	81	412
35	56	Malta	<<	67	-	<<	239	-	53	2	361
36	69	Rumania	-	93	-	1	34	40	5	-	173
37	74	Belarús	-	118	-	-	14	-	-	24	156
38	81	Federación de Rusia	<<	75	-	-	12	-	-	20	107

INFORME RELATIVO A LA DISPONIBILIDAD DE SUSTANCIAS SOMETIDAS A FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL

Clasificación regional	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codéina	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
39	98	Albania	-	28	-	-	20	-	3	18	69
40	101	República de Moldova	-	30	-	-	27	-	-	9	66
41	122	Ucrania	13	11	-	-	6	-	-	2	32
42	127	ex República Yugoslava de Macedonia	-	25	-	-	1	-	-	-	26
<b>Promedio regional: Europa</b>			<b>32</b>	<b>3 707</b>	<b>6</b>	<b>104</b>	<b>398</b>	<b>288</b>	<b>11</b>	<b>689</b>	<b>5 236</b>

Nota: El símbolo “<<” indica una cantidad inferior a 1 dosis diaria definida con fines estadísticos por millón de habitantes por día.

#### D. Consumo medio de estupefacientes en Asia oriental y sudoriental, Asia meridional y Asia occidental, 2007 a 2009

(Dosis diarias definidas con fines estadísticos por millón de habitantes por día)

Clasificación regional	Clasificación en Asia	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codéina	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
<b>Asia oriental y sudoriental</b>												
1	2	39	República de Corea	15	1 079	16	26	50	128	15	13	1 342
2	3	43	Japón	25	805	-	-	76	98	3	16	1 023
3	6	62	Hong Kong, China	<<	89	2	<<	86	<<	20	11	208
4	7	63	Singapur	<<	127	<<	-	31	20	19	<<	197
5	13	73	Macao, China	-	100	-	-	42	<<	16	<<	158
6	15	80	Malasia	-	60	-	-	33	5	18	<<	116
7	16	86	Brunei Darussalam	-	34	-	-	33	-	20	2	89
8	19	99	China	2	37	<<	<<	17	2	10	<<	68
9	20	100	Tailandia	<<	36	-	-	23	-	8	-	67
10	23	110	Mongolia	2	6	-	-	47	-	-	1	56
11	26	125	República Popular Democrática de Corea	7	-	-	-	23	-	-	-	30
12	27	126	Viet Nam	-	17	-	-	8	-	4	-	29
13	35	145	Filipinas	-	4	-	<<	4	2	1	-	11
14	36	148	Indonesia	-	6	-	-	1	-	2	-	9
15	41	157	Camboya	1	3	-	-	2	-	<<	-	6
16	43	159	República Democrática Popular Lao <sup>a</sup>	-	1	<<	-	<<	-	2	-	3
17	47	179	Myanmar	<<	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
<b>Promedio regional: Asia oriental y sudoriental</b>				<b>3</b>	<b>102</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>146</b>
<b>Asia meridional</b>												
1	28	127	Sri Lanka	-	3	-	-	16	-	7	-	26
2	29	130	Bhután <sup>b</sup>	7	1	-	-	3	-	10	-	21
3	30	134	India	-	4	1	-	8	<<	<<	4	17
4	34	144	Maldivas <sup>a</sup>	-	3	-	-	4	-	5	-	12
5	36	148	Nepal	-	1	-	-	6	-	2	-	9
6	40	153	Bangladesh <sup>a</sup>	-	1	-	-	1	-	5	-	7
<b>Promedio regional: Asia meridional</b>				<b>&lt;&lt;</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>17</b>
<b>Asia occidental</b>												
1	1	23	Israel	86	2 719	-	2	140	500	26	9	3 482
2	4	50	Turquía	-	513	-	-	23	-	15	44	595
3	5	60	Bahrein	2	131	-	-	47	-	51	-	231
4	8	64	Arabia Saudita <sup>a</sup>	22	132	-	1	16	2	22	<<	195

INFORME RELATIVO A LA DISPONIBILIDAD DE SUSTANCIAS SOMETIDAS A FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL

Clasificación regional	Clasificación en Asia	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codeína	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
5	9	65	Kuwait	6	126	-	<<	13	5	41	-	191
6	10	66	Jordania	-	111	-	<<	43	-	32	-	186
7	11	67	Líbano	-	125	-	-	35	-	24	1	185
8	12	68	Emiratos Árabes Unidos	<<	143	-	4	14	3	11	4	179
9	14	75	Qatar	1	100	-	-	27	1	22	2	153
10	17	94	Georgia	<<	33	-	-	39	-	-	2	74
11	18	96	República Árabe Siria	-	23	-	-	3	35	11	-	72
12	21	102	Kazajstán	<<	40	-	-	4	-	-	20	64
13	22	103	Omán	1	33	-	-	19	-	10	<<	63
14	24	115	Irán (República Islámica del)	-	28	-	-	-	-	18	-	46
15	25	117	Armenia	-	14	-	-	26	-	-	2	42
16	31	136	Azerbaiyán	-	11	-	-	2	-	-	2	15
			Turkmenistán	<<	3	-	-	6	-	-	6	15
18	33	140	Kirguistán	<<	9	-	-	2	-	-	3	14
19	36	148	Yemen	-	7	-	<<	1	-	1	-	9
20	39	151	Uzbekistán	<<	3	-	-	3	-	-	2	8
21	41	157	Iraq <sup>b</sup>	-	1	-	-	1	-	4	-	6
22	43	159	Pakistán	-	2	-	-	1	-	<<	-	3
			Tayikistán	<<	2	-	-	<<	-	-	1	3
24	46	174	Afganistán <sup>b</sup>	-	<<	-	-	1	-	<<	-	1
<b>Promedio regional: Asia occidental</b>				<b>2</b>	<b>123</b>	<b>-</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>155</b>
<b>Promedio: Asia</b>				<b>2</b>	<b>72</b>	<b>1</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>105</b>

Notas: El símbolo "<<" indica una cantidad inferior a 1 dosis diaria definida con fines estadísticos por millón de habitantes por día.

Al 1 de noviembre de 2010, en Asia oriental y sudoriental, el siguiente país no había presentado información alguna en los formularios estadísticos en relación con el citado trienio: Timor-Leste.

<sup>a</sup> El cálculo se basa en datos que abarcan dos años solamente.

<sup>b</sup> El cálculo se basa en datos que abarcan un año solamente.

**E. Consumo medio de estupefacientes en África, 2007 a 2009**  
(Dosis diarias definidas con fines estadísticos por millón de habitantes por día)

Clasificación regional	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codeína	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
1	49	Sudáfrica	63	274	-	-	125	<<	32	106	600
2	70	Santa Helena	77	26	-	-	38	-	26	-	167
3	72	Argelia	-	26	-	-	3	-	<<	133	162
4	77	Túnez	-	61	-	-	59	-	3	-	123
5	78	Seychelles	4	16	-	-	85	-	15	-	120
6	89	Jamahiriya Árabe Libia <sup>a</sup>	<<	62	-	-	1	-	23	-	86
7	93	Mauricio <sup>a</sup>	-	15	-	-	24	-	36	-	75
8	95	Isla Ascensión <sup>a</sup>	-	21	-	-	14	-	38	-	73
9	107	Tristán da Cunha <sup>a</sup>	-	-	-	-	55	-	3	-	58
10	109	Namibia	<<	22	-	-	27	-	7	1	57
11	112	Cabo Verde	-	37	-	-	9	-	3	-	49
		Egipto	-	41	<<	<<	4	<<	4	-	49
13	120	Marruecos	-	26	-	-	7	-	-	-	33
14	130	Botswana	-	1	-	-	15	-	5	<<	21
15	132	Uganda <sup>a</sup>	5	-	-	-	13	-	1	-	19
16	133	Zimbabwe <sup>a</sup>	-	1	-	-	6	-	8	3	18
17	135	Kenya	-	1	-	-	6	-	6	3	16
18	136	Ghana	-	<<	-	-	1	-	14	-	15
19	140	Zambia	-	<<	-	-	4	-	10	-	14
20	142	Madagascar	-	1	-	-	<<	-	-	12	13
		Malawi	<<	<<	-	-	5	-	8	-	13
22	146	Gabón <sup>b</sup>	-	10	-	-	<<	-	<<	-	10
23	151	Lesotho <sup>a</sup>	-	1	-	-	<<	-	7	-	8
24	153	República Democrática del Congo	4	<<	-	-	2	-	<<	-	7
		Mozambique	-	2	-	-	4	-	1	-	7
		Santo Tomé y Príncipe	-	7	-	-	<<	-	-	-	7
27	159	Mauritania <sup>a</sup>	-	3	-	-	<<	-	-	-	3
		Senegal <sup>a</sup>	-	1	-	-	2	-	-	-	3
29	165	Angola <sup>a</sup>	-	1	-	-	<<	-	<<	-	2
		Benin	-	1	-	-	<<	-	1	-	2
		Côte d'Ivoire	-	2	-	-	<<	-	-	-	2
		Eritrea	1	-	-	-	<<	-	1	-	2
		Etiopía <sup>a</sup>	<<	<<	-	-	1	-	1	-	2
		Níger	<<	2	-	-	<<	-	<<	-	2
		Sierra Leona <sup>b</sup>	2	<<	-	-	<<	-	<<	-	2
		Togo	-	1	-	-	<<	-	1	-	2

Clasificación regional	Clasificación mundial	País o territorio no metropolitano	Codeína	Fentanilo	Hidrocodona	Hidromorfona	Morfina	Oxicodona	Petidina	Otros	Total
37	174	Burkina Faso	-	1	-	-	<<	-	<<	-	1
		Burundi <sup>a</sup>	<<	<<	-	-	<<	-	1	-	1
		Comoras <sup>b</sup>	-	-	-	-	<<	-	1	-	1
		Sudán	-	<<	-	-	<<	-	1	-	1
41	179	Camerún <sup>a</sup>	-	<<	-	-	<<	-	<<	<<	<<
		Chad <sup>b</sup>	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		Malí <sup>a</sup>	-	<<	-	-	<<	-	-	-	<<
		Nigeria	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		Rwanda	-	<<	-	-	<<	-	<<	-	<<
		República Unida de Tanzania	-	-	-	-	<<	-	-	<<	<<
<b>Promedio regional: África</b>			<b>4</b>	<b>22</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>10</b>	<b>&lt;&lt;</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>50</b>

Notas: El símbolo "<<" indica una cantidad inferior a 1 dosis diaria definida con fines estadísticos por millón de habitantes por día.

Al 1 de noviembre de 2010, los 10 países siguientes no habían presentado información alguna en los formularios estadísticos ni suministrado datos sobre el consumo en relación con el citado trienio: Congo, Djibouti, Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, República Centroafricana, Somalia y Swazilandia.

<sup>a</sup> El cálculo se basa en datos que abarcan dos años solamente.

<sup>b</sup> El cálculo se basa en datos que abarcan un año solamente.

## Anexo II

# Carta conjunta del Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y el Presidente del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo



UNITED NATIONS

NATIONS UNIES

24 de agosto de 2001

Estimados colegas:

En su condición de Coordinadores Residentes del sistema de las Naciones Unidas en el plano nacional, se les exhorta periódicamente a apoyar la labor de los órganos y organizaciones de las Naciones Unidas y señalar los problemas conexos. En esta ocasión, nos dirigimos a ustedes para solicitarles su apoyo y asistencia en relación con algunas cuestiones y problemas de importancia para la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

La JIFE es el órgano independiente con facultades cuasi judiciales que vigila la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La Junta, que es un órgano creado en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, está integrada por 13 miembros elegidos por el ECOSOC que prestan servicios a título personal y no como representantes de sus respectivos gobiernos. Los miembros de la Junta proceden de diversos ámbitos de especialización relacionados con el problema de las drogas, y en la actualidad son oficiales superiores de la policía y de los órganos de represión, ex diplomáticos, médicos de larga carrera, prestigiosos investigadores y otras personas de renombre. En virtud de la Convención de 1961, el Secretario General de las Naciones Unidas debe dotar a la Junta de una secretaría y, por consiguiente, tanto el Secretario de la Junta como su personal forman parte administrativamente del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), con sede en Viena (Austria), y rinden cuentas a la Junta respecto de todas las cuestiones sustantivas. El mandato de la Junta en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas consiste en limitar la fabricación, el comercio y el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos. Por lo tanto, la Junta está dotada de facultades de regulación y cuasi judiciales respecto de la fabricación y el comercio de medicamentos que contengan sustancias incluidas en las listas de fiscalización internacional. Además, la Junta y su personal se ocupan de la vigilancia del comercio internacional de sustancias químicas que suelen utilizarse en la fabricación ilícita de drogas.

En el informe anual de la Junta correspondiente a 1999 se puso de relieve el consumo y la disponibilidad insuficientes de medicamentos para el tratamiento de dolores agudos en muchos países en desarrollo. Por ejemplo, varios países con una alta incidencia del cáncer y el SIDA se ven afectados de manera directa por la frecuente carencia de medicinas indispensables para el tratamiento de dolores agudos vinculados con esos padecimientos. Por consiguiente, los instamos a que tengan en cuenta esas cuestiones al fijar sus prioridades en los futuros programas de desarrollo del sector de la salud. Los instamos también a que planteen este asunto cuando analicen las cuestiones relativas a la salud y el desarrollo con el gobierno, la comunidad de donantes y las organizaciones no gubernamentales de sus países de servicio.

Asimismo, la JIFE realiza misiones periódicas en los países en que se ejecutan nuestros programas. Esas misiones, que por lo general están integradas por uno o dos miembros de la Junta y un miembro de la secretaría con sede en Viena, persiguen objetivos que varían de un país a otro y van desde el fomento de la adhesión a uno o varios de los tratados de fiscalización internacional de drogas hasta el examen minucioso de la aplicación de los tratados y la determinación de hechos. Instamos a cada uno de ustedes a que presten todo su apoyo a esas misiones y a que se reúnan con los miembros de estas para examinar cuestiones relacionadas con las drogas en sus países de servicio.

Por último, la Junta publica un informe anual, por lo general a finales de febrero, en el que evalúa la situación mundial de las drogas en relación con los tratados de fiscalización internacional de drogas e informa de las actividades realizadas durante el año que abarca el informe. Se agradecería mucho su apoyo a este respecto.

Esperamos contar con su cooperación y participación, en su calidad de Coordinadores Residentes del sistema de las Naciones Unidas en los países, en estas esferas, en las que nuestros conocimientos especializados comunes en la labor relativa a la promoción del desarrollo y los tratados de fiscalización internacional de drogas pueden contribuir a que cambie la situación.

Mark Malloch Brown  
Presidente

Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Hamid Ghodse  
Presidente

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes



## Anexo III

# Carta conjunta de reiteración del Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y el Presidente del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo

UNITED NATIONS



NATIONS UNIES

24 de febrero de 2005

Estimados Coordinadores Residentes,

En su calidad de Coordinadores Residentes del sistema de las Naciones Unidas en el plano nacional, se les exhorta a que apoyen la labor de los órganos y organizaciones de las Naciones Unidas y señalen los problemas conexos. Al igual que en 2001, nos complace dirigirnos a ustedes para proporcionarles información sobre la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y renovarles nuestro llamamiento a que presten su apoyo y asistencia en relación con las cuestiones y problemas tratados por la Junta.

La JIFE es un órgano creado en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes que vigila la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Se trata de un órgano independiente con facultades cuasi judiciales, integrada por 13 miembros elegidos por el ECOSOC que prestan servicios a título personal y no como representantes de sus respectivos gobiernos. Los miembros de la Junta son expertos de renombre en los diversos ámbitos de la fiscalización de drogas. En la actualidad, la Junta está integrada por oficiales superiores de los órganos de represión, ex diplomáticos y médicos y farmacéuticos de larga carrera, especialistas en reducción de la demanda y profesores universitarios e investigadores de prestigio.

En su labor, la Junta recibe la asistencia de una secretaría proporcionada por el Secretario General de las Naciones Unidas y encabezada por un Secretario. Desde el punto de vista administrativo, tanto la secretaría como el Secretario de la Junta y su personal forman parte de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), con sede en Viena. Sin embargo, el Secretario rinde cuentas a la Junta en lo que concierne a todas las cuestiones sustantivas.

En virtud de la Convención, el mandato de la Junta consiste en limitar la fabricación, el comercio y el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos. Por consiguiente, la Junta tiene facultades normativas y cuasi jurídicas respecto de la fabricación y el comercio de medicamentos que contengan sustancias incluidas en las listas de fiscalización internacional. Desde que entró en vigor la Convención de 1988, la Junta también se ocupa de la vigilancia del comercio internacional de sustancias químicas que suelen utilizarse en la fabricación ilícita de drogas.

Solicitamos su cooperación, en su condición de Coordinadores Residentes, respecto de las siguientes esferas concretas:

**Misiones sobre el terreno:** A fin de mantener el diálogo en el plano nacional, la Junta realiza todos los años alrededor de 20 misiones en distintas regiones del mundo. Las misiones, que por lo general están integradas por uno o dos miembros de la Junta y un miembro del personal de su secretaría con sede en Viena, persiguen objetivos que varían de un país a otro, pero que suelen ir desde el fomento de la adhesión de los Estados miembros a los tratados de fiscalización internacional de drogas hasta un examen pormenorizado de la aplicación de esos tratados por los gobiernos.

Por lo general, las misiones se preparan y organizan desde el punto de vista logístico en cooperación con los gobiernos y la UNODC. Sin embargo, en muchos lugares, se precisa la asistencia de los Coordinadores Residentes para organizar la misión o proporcionar información sustantiva a los miembros de la misión de la JIFE respecto de la situación de las drogas en sus respectivos países de servicio.

**Presentación de los informes anuales de la JIFE:** La Junta publica un informe anual sobre su labor, el cual normalmente se presenta en febrero. Aunque para ello se cuenta con la cooperación del Servicio de Información de las Naciones Unidas (SINU), cabría la posibilidad de que la JIFE o los gobiernos solicitaran la asistencia de los Coordinadores Residentes.

**Divulgación de las conclusiones formuladas por la Junta:** Las conclusiones formuladas por la Junta en sus informes se divulgan al público en general de todo el mundo usando medios nacionales e internacionales. Cabría la posibilidad de que la JIFE solicitara a los Coordinadores Residentes que prestaran asistencia en ese proceso.

**Programas orientados a la adopción de medidas:** Las cuestiones tratadas por la Junta sirven de base a la formulación de políticas y programas orientados a la adopción de medidas en el ámbito de la fiscalización de drogas y otros asuntos conexos. Por ejemplo, recientemente la Junta se ha ocupado de cuestiones como el acceso a las drogas y la disponibilidad de estas para fines médicos, especialmente en los países en desarrollo; las drogas ilícitas y el desarrollo económico, y la compleja relación existente entre el uso indebido de drogas, la delincuencia y la violencia a nivel de comunidad. Como se puede apreciar, se trata de cuestiones directamente relacionadas con el mandato del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En su calidad de Representantes Residentes del PNUD y Coordinadores Residentes de la Naciones Unidas, les pedimos que consideren la posibilidad de incluir esas cuestiones entre sus prioridades en futuros programas de desarrollo y plantearlas durante los análisis que celebren con el gobierno, la comunidad de donantes y las organizaciones no gubernamentales de sus respectivos países de servicio.

Esperamos contar con su cooperación y participación, en su calidad de Coordinadores Residentes del sistema de las Naciones Unidas en los países, en estas esferas, en las que nuestros conocimientos especializados comunes en la labor relativa a la promoción del desarrollo y la fiscalización internacional de drogas pueden contribuir a que cambie la situación.



Mark Malloch Brown  
Presidente  
Grupo de las Naciones Unidas  
para el Desarrollo



Hamid Ghodse  
Presidente  
Junta Internacional de Fiscalización  
de Estupefacientes

## Anexo IV

### Carta dirigida a todos los países por el Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

UNITED NATIONS  
INTERNATIONAL  
NARCOTICS  
CONTROL BOARD

INCB



OICS

NATIONS UNIES ORGANE  
INTERNATIONAL DE  
CONTRÔLE DES  
STUPÉFIANTS

Vienna International Centre, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria  
Telephone: +43-1-26060, Telefax: +43-1-26060-5867/5868, Telex: 135612 uno a  
E-Mail: [secretariat@incb.org](mailto:secretariat@incb.org) Internet Address: <http://www.incb.org/>

Referencia: INCB 114 (3) & 121 & 141  
Decisión: 84/53

24 de abril de 2006  
CU 2006/74

Excelencia,

En nombre de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de las Naciones Unidas tengo el honor de referirme a las responsabilidades de la Junta de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de estupefacientes, que son fomentar el cumplimiento de esos tratados por parte de los gobiernos y supervisar el funcionamiento del sistema internacional de control.

Con una historia de casi un siglo, los tratados de fiscalización internacional de estupefacientes se cuentan entre los tratados internacionales más antiguos ratificados por la mayoría de los países. Las legislaciones internas se guían por estas obligaciones internacionales. El propósito de esos tratados era equilibrar el uso adecuado de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas, contrarrestando sus efectos indeseables, como el uso indebido y la dependencia. Su pilar fundamental, por tanto, es limitar el uso de estas drogas y sustancias a los fines médicos y científicos. En los últimos años, la Junta ha venido señalando a los gobiernos que, para prevenir el uso indebido y la dependencia de las sustancias adictivas, es necesario, además de fiscalizar internacionalmente la producción, la fabricación y el comercio internacional, promover y potenciar otros aspectos relativos a la prevención, en especial la reducción de la demanda.

Los profesionales de la asistencia sanitaria pueden desempeñar un importante papel en este proceso trabajando para que se tenga presente el equilibrio entre los beneficios y los riesgos y se controle si el uso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas es adecuado y se ajusta a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el uso racional de estupefacientes. No obstante, existen pacientes necesitados que tienen problemas para obtener los fármacos muy eficaces a causa de diversos motivos que se analizaron en el Informe de la Junta correspondiente a 1999. El consumo excesivo de drogas en algunos países crea otros problemas, aspecto que se trató ampliamente en el Informe de la Junta correspondiente a 2000. Por ejemplo, el 80% de los analgésicos estupefacientes producidos legalmente es consumido por solo seis países, mientras que el 80% de la población mundial tiene un acceso muy limitado o nulo a estos fármacos.

Las universidades son instituciones en buena posición para entender los diferentes factores que afectan a la salud en relación con el desarrollo humano y para observar cómo ese desarrollo puede contribuir a mejorar la calidad de vida. Por ello, la Junta considera de suma importancia formar y capacitar a los profesionales de la asistencia y, cuando proceda, también a los profesionales de disciplinas jurídicas y normativas, así como a los de las ciencias sociales y de la conducta. Resulta evidente el papel de vanguardia que tienen las universidades en este cometido, no solo en la investigación y la promoción, sino también incluyendo estos temas en los planes de estudio de grado y posgrado.

La Junta me ha pedido que señale estas cuestiones a su Gobierno. En particular, la Junta desea alentar a su Gobierno a que adopte medidas para incluir el tema del uso racional de estupefacientes con fines médicos y el de los riesgos asociados al uso indebido de sustancias y a la adicción a las drogas como materia en los planes de estudios de las correspondientes facultades universitarias, respetando la coherencia necesaria entre los diversos campos de estudio. A fin de coordinar las actuaciones en este ámbito, también cabría impartir clases sobre el uso indebido y el abuso del alcohol y del tabaco, aunque la Junta no posee un mandato para ocuparse del consumo de esas sustancias. La Junta desea solicitarle respetuosamente que señale estas cuestiones a la atención de los ministros de enseñanza superior, de los rectores de universidades y de otros ministros, según proceda, para su estudio.

La Junta y su secretaría se complacen en proporcionar a su Gobierno y a sus universidades copias de los Informes Anuales y de otras publicaciones de la JIFE para facilitar la elaboración de dichos planes de estudios.

Para su información, le adjunto un folleto explicativo sobre la Junta y sus funciones.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a Vuestra Excelencia las seguridades de mi consideración más distinguida.



Hamid Ghodse  
Presidente  
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

## Información sobre la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) es un órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial, establecido por un tratado, encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Sus predecesores en virtud de los anteriores tratados de fiscalización de drogas se remontan a la época de la Sociedad de las Naciones.

### Composición

La JIFE está integrada por 13 miembros elegidos por el Consejo Económico y Social que prestan servicios a título personal, y no como representantes de los gobiernos (véase la composición actual de la Junta en el anexo II de la presente publicación). Tres miembros con experiencia en medicina, farmacología o farmacia son elegidos de una lista de personas presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y 10 miembros son elegidos de una lista de personas presentadas por gobiernos. Los miembros de la Junta son personas que, en razón de su competencia, imparcialidad y desinterés, son dignas de la confianza general. El Consejo, en consulta con la JIFE, dispone lo necesario para asegurar la completa independencia técnica de la Junta en el cumplimiento de sus funciones. La JIFE tiene una secretaría que le presta asistencia en el ejercicio de sus funciones relacionadas con los tratados. La secretaría de la JIFE es una entidad administrativa de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, pero responde solo ante la Junta en relación con cuestiones sustantivas. La JIFE colabora estrechamente con la Oficina en el marco de acuerdos aprobados por el Consejo en su resolución 1991/48. La JIFE coopera también con otros órganos internacionales interesados en la fiscalización de drogas, incluido no solo el Consejo y su Comisión de Estupefacientes, sino también los organismos especializados pertinentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular la OMS. También coopera con órganos ajenos al sistema de las Naciones Unidas, especialmente la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL) y la Organización Mundial de Aduanas.

### Funciones

Las funciones de la JIFE están consagradas en los siguientes tratados: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. En términos generales, la JIFE se ocupa de lo siguiente:

- a) En relación con la fabricación, el comercio y el uso lícitos de drogas, la JIFE, en cooperación con los gobiernos, procura asegurar que haya suministros de drogas adecuados para fines médicos y científicos y que no se produzcan desviaciones de drogas de fuentes lícitas a canales ilícitos. La JIFE también vigila la fiscalización que aplican los gobiernos a los productos químicos utilizados para la fabricación ilícita de drogas y les presta asistencia para prevenir la desviación de esos productos químicos hacia el tráfico ilícito;
- b) En relación con la fabricación, el tráfico y el uso ilícitos de drogas, la JIFE determina las deficiencias de los sistemas de fiscalización nacional e internacional y contribuye a corregir esas situaciones. La JIFE también tiene a su cargo la evaluación de las sustancias químicas utilizadas para la fabricación ilícita de drogas, a fin de determinar si deben ser sometidas a fiscalización internacional.

En cumplimiento de esas obligaciones, la JIFE:

- a) Administra un sistema de previsiones de las necesidades de estupefacientes y un sistema de presentación voluntaria de previsiones de las necesidades de sustancias sicotrópicas, y supervisa las actividades lícitas en materia de drogas mediante un sistema de información estadística, con miras a ayudar a los gobiernos a lograr, entre otras cosas, un equilibrio entre la oferta y la demanda;
- b) Vigila y promueve las medidas de los gobiernos para impedir la desviación de sustancias utilizadas frecuentemente para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y evalúa tales sustancias para determinar si es necesario modificar el ámbito de la fiscalización aplicada en virtud de los Cuadros I y II de la Convención de 1988;
- c) Analiza la información proporcionada por los gobiernos, los órganos de las Naciones Unidas, los organismos especializados u otras organizaciones internacionales competentes con miras a velar por que los gobiernos cumplan adecuadamente las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas y recomienda las medidas correctivas necesarias;
- d) Mantiene un diálogo permanente con los gobiernos para ayudarlos a cumplir las obligaciones que les imponen los tratados de fiscalización internacional de drogas y recomienda, cuando procede, que se proporcione asistencia técnica o financiera con esa finalidad.

La JIFE debe pedir explicaciones en casos de violaciones aparentes de los tratados a fin de proponer las medidas correctivas apropiadas a los gobiernos que no estén aplicando plenamente las disposiciones de los tratados, o que tropiecen con dificultades para aplicarlas y, cuando sea necesario, ayudar a los gobiernos a superar esas dificultades. Ahora bien, si la JIFE observa que no se han tomado las medidas necesarias para remediar una situación grave, puede señalar la cuestión a la atención de las partes interesadas, la Comisión de Estupefacientes y el Consejo Económico y Social. Los tratados facultan a la JIFE, como último recurso, a recomendar a las partes que dejen de importar drogas del país en falta, o que no exporten drogas a ese país, o ambas cosas. En todos los casos, la JIFE actúa en estrecha cooperación con los gobiernos.

La JIFE presta asistencia a las administraciones nacionales en el cumplimiento de las obligaciones que les incumben en virtud de los tratados. Con ese fin, propone la celebración de programas y seminarios de capacitación regionales para encargados de la fiscalización de drogas y participa en ellos.

## Informes

Los tratados de fiscalización internacional de drogas disponen que la JIFE prepare un informe anual sobre su labor. El informe anual contiene un análisis de la situación de la fiscalización de drogas en todo el mundo que tiene por objeto mantener informados a los gobiernos de situaciones existentes o potenciales que puedan poner en peligro los objetivos de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La JIFE señala a la atención de los gobiernos las lagunas y las deficiencias de la fiscalización nacional y del cumplimiento de los tratados; también hace sugerencias y recomendaciones para introducir mejoras en los planos nacional e internacional. El informe anual se basa en información proporcionada a la JIFE por los gobiernos, entidades de las Naciones Unidas y otras organizaciones. También se utiliza también información proporcionada por otras organizaciones internacionales, como la Interpol y la Organización Mundial de Aduanas, así como por las organizaciones regionales.

El informe anual de la JIFE se complementa con informes técnicos detallados. Estos contienen datos sobre el movimiento lícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas que se necesitan para fines médicos y científicos, junto con un análisis de esos datos preparado por la JIFE. Esos datos se necesitan para asegurar el funcionamiento adecuado del sistema de fiscalización del movimiento lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, incluida la prevención de su desviación hacia canales ilícitos. Además, en virtud de las disposiciones del artículo 12 de la Convención de 1988, la JIFE informa anualmente a la Comisión de Estupefacientes de la aplicación de ese artículo. Ese informe, en el que se da cuenta de los resultados de la vigilancia de los precursores y productos químicos comúnmente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, se publica también como suplemento del informe anual.

Desde 1992, el primer capítulo del informe anual se ha dedicado a una cuestión concreta de fiscalización de drogas, respecto de la cual la JIFE presenta sus conclusiones y recomendaciones a fin de contribuir a las deliberaciones sobre cuestiones de política y a la adopción de decisiones sobre la fiscalización nacional, regional e internacional de drogas. Los informes anuales anteriores abarcaron los siguientes temas:

- 1992: Legalización del uso de drogas con fines no médicos
- 1993: La importancia de la reducción de la demanda
- 1994: La evaluación de la eficacia de los tratados de fiscalización internacional de drogas
- 1995: Mayor prioridad a la lucha contra el blanqueo de dinero
- 1996: El uso indebido de drogas y el sistema de justicia penal
- 1997: La prevención del uso indebido de drogas en un entorno de promoción de las drogas ilícitas
- 1998: La fiscalización internacional de drogas: el pasado, el presente y el futuro
- 1999: El alivio del dolor y el sufrimiento
- 2000: Consumo excesivo de drogas sometidas a fiscalización internacional
- 2001: La mundialización y las nuevas tecnologías: problemas que plantean a los servicios de lucha contra las drogas en el siglo XXI
- 2002: Las drogas ilícitas y el desarrollo económico
- 2003: Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocia
- 2004: Integración de las estrategias de reducción de la oferta y la demanda: más allá de un enfoque equilibrado
- 2005: Desarrollo alternativo y medios de vida legítimos
- 2006: Las sustancias sometidas a fiscalización internacional y el mercado no reglamentado
- 2007: El principio de proporcionalidad y los delitos relacionados con drogas
- 2008: Los tratados de fiscalización internacional de drogas: historia, logros y dificultades
- 2009: Prevención primaria del uso indebido de drogas

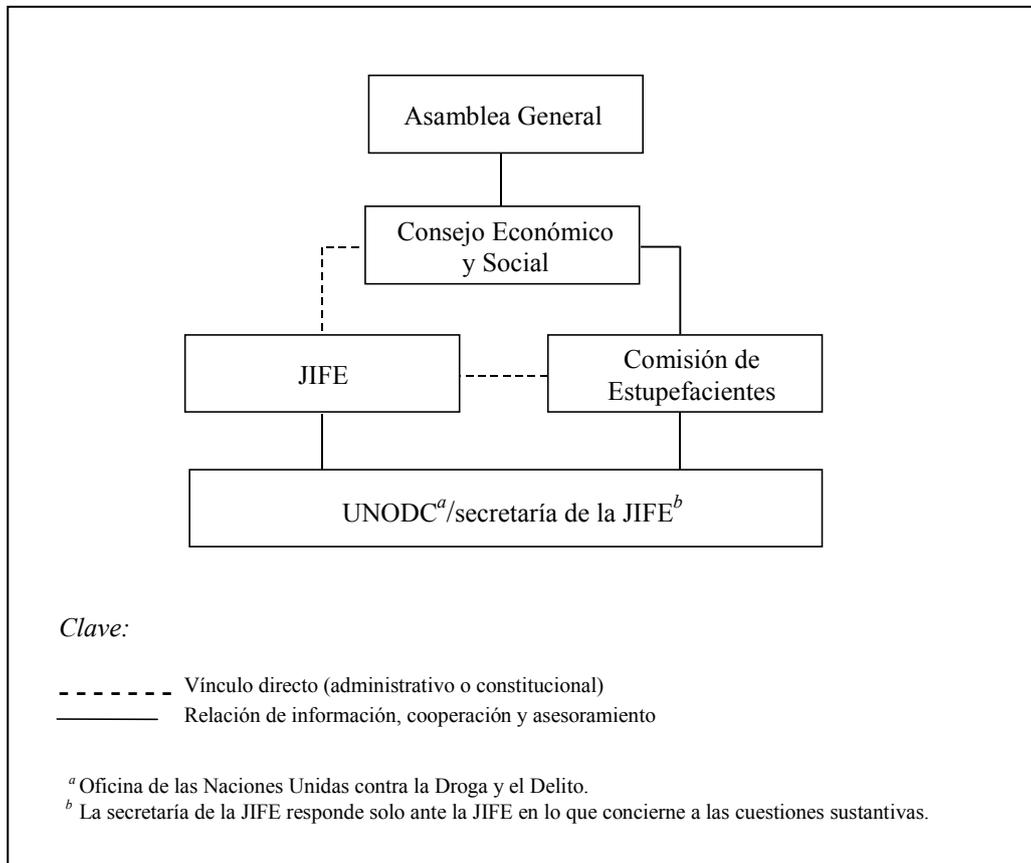
El capítulo I del informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010 se titula “Las drogas y la corrupción”.

En el capítulo II se presenta un análisis del funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas basado principalmente en información que los gobiernos deben presentar directamente a la JIFE de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas. Se hace hincapié en la fiscalización mundial de todas las actividades lícitas relacionadas con los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas, así como de los productos químicos utilizados para la fabricación ilícita de esas drogas.

En el capítulo III se presentan las principales novedades en materia de uso indebido y tráfico de drogas y las medidas adoptadas por los gobiernos para aplicar los tratados de fiscalización internacional de drogas a fin de resolver esos problemas.

En el capítulo IV se presentan las principales recomendaciones que la JIFE dirige a los gobiernos, a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, a la OMS y a otras organizaciones internacionales y regionales competentes.

## El sistema de las Naciones Unidas y los órganos de fiscalización de drogas y su secretaría



كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة  
يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم  
عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى: الأمم المتحدة، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف.

如何购取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经营处均有发售。 请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

**HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS**

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

**COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES**

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à: Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

**КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ**

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

**CÓMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS**

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o diríjase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Publicación de las Naciones Unidas  
Impreso en Austria

Número de venta: S.11.XI.7  
E/INCB/2010/1/Supp.1



V.10-58068—Febrero de 2011—1,180

USD 12  
ISBN 978-92-1-348154-7

