



JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES



Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional:
Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos

Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas



NACIONES UNIDAS

Informes publicados en 2015 por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

El *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2015* (E/INCB/2015/1) se complementa con los siguientes informes:

Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes sobre la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos (E/INCB/2015/1/Supp.1)

Estupefacientes: previsiones de las necesidades mundiales para 2016; estadísticas de 2014 (E/INCB/2015/2)

Sustancias sicotrópicas: estadísticas de 2014; 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/2015/3)

Precursores y sustancias químicas frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas: informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2015 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/2015/4)

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

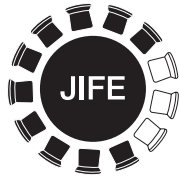
La dirección de la secretaría de la Junta es la siguiente:

Vienna International Centre
Room E-1339
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

Además, para contactar con la secretaría pueden utilizarse los medios siguientes:

Teléfono: (+43-1) 26060
Fax: (+43-1) 26060-5867 o 26060-5868
Correo electrónico: secretariat@incb.org

El presente informe también está disponible en el sitio web de la Junta (www.incb.org).



JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES

**Disponibilidad de sustancias sometidas
a fiscalización internacional:
Garantizar suficiente acceso a esas sustancias
para fines médicos y científicos**

*Indispensables, con disponibilidad adecuada y
sin restricciones indebidas*



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2016

E/INCB/2015/1/Supp. 1

PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
eISBN: 978-92-1-057767-0

Prefacio

Varios decenios atrás la comunidad internacional asumió un compromiso solemne con la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972¹, y con el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971²: adoptar medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de drogas que se consideraban indispensables para fines médicos y científicos y para no restringir indebidamente su suministro. En los últimos decenios esa promesa no se ha cumplido plenamente. Todavía hay demasiadas personas que sufren o que mueren con dolor, o que no tienen acceso a la medicación que necesitan. El sufrimiento innecesario por falta de medicación adecuada debido a la inacción y al exceso de requisitos administrativos es una situación que nos avergüenza a todos.

Alrededor de 5.500 millones de personas siguen teniendo un acceso limitado a medicamentos que contienen estupefacientes (como la codeína y la morfina) o ni siquiera tienen acceso a ellos. Ello significa que el 75% de la población mundial no tiene acceso a un tratamiento del dolor adecuado. Aproximadamente el 92% de la morfina utilizada en todo el mundo se consume en países en los que vive solo el 17% de la población mundial: se trata, principalmente, de los Estados Unidos de América, el Canadá, los países de Europa occidental, Australia y Nueva Zelanda. Un acceso insuficiente a medicamentos que contienen sustancias fiscalizadas contraviene el concepto expresado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos³, incluido el derecho a la asistencia médica, que también abarca los cuidados paliativos.

Preocupa en particular el desequilibrio en la disponibilidad de analgésicos opioides, ya que los datos más recientes indican que muchas de las afecciones que requieren tratamiento del dolor, sobre todo el cáncer, son prevalentes y cada vez más frecuentes en países de ingresos bajos y medianos⁴. Al mismo tiempo, en los países en que el consumo per cápita de analgésicos opioides es elevado se ha registrado en los últimos años un mayor uso indebido de medicamentos de venta con receta y un mayor número de muertes por sobredosis relacionadas con ese uso indebido.

Además de para atender a las necesidades relacionadas con el cáncer, el tratamiento del dolor es necesario para muchos otros problemas de salud. En varias regiones del mundo es poco frecuente recetar medicamentos para el alivio del dolor. Otras sustancias sometidas a fiscalización internacional, como la metadona y la buprenorfina, se utilizan en la gestión de la drogodependencia, pero su uso también es limitado en algunos países a pesar de la prevalencia considerable del uso indebido de heroína.

En el presente informe, además de la disponibilidad de estupefacientes, se examina también la disponibilidad de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización en virtud del Convenio de 1971. Es motivo de considerable preocupación la situación relativa al consumo y la disponibilidad de esas sustancias, que son necesarias para el tratamiento de diversos problemas graves de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos mentales afectan a cientos de millones de personas y sus familias, pero la mayoría de los países no disponen de recursos suficientes para tratar esas afecciones. La gran mayoría de los países asignan menos del 2% de sus presupuestos de salud a la salud mental, con lo que más del 75% de la población de muchos países de ingresos bajos y medianos no tiene acceso a tratamiento por problemas de salud mental. No se ha prestado atención suficiente a este problema. Los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas, que se utilizan para el tratamiento de trastornos mentales y neurológicos como la ansiedad, el insomnio y la epilepsia, siguen variando considerablemente entre países y regiones. Esto refleja, por un lado, la diversidad de la práctica médica y las consiguientes variaciones en las pautas de recetado, y por otro lado, la falta de datos precisos, tanto cuantitativos como cualitativos, sobre el consumo de esas sustancias.

¹ Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 976, núm. 14152.

² *Ibid.*, vol. 1019, núm. 14956.

³ Resolución 217 A (III) de la Asamblea General.

⁴ Organización Mundial de la Salud y Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

Hacer frente a las discrepancias entre las necesidades de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos y su disponibilidad es una de las obligaciones de los gobiernos en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas. En 1961 la comunidad internacional se comprometió a adoptar medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para el alivio del dolor y el sufrimiento, pero las partes en la Convención de 1961 reconocieron también el problema de la adicción a los estupefacientes. Ambos principios se enunciaron en el preámbulo de la Convención Única. Esa responsabilidad doble es el centro del debate actual entre los Estados Miembros acerca de los logros y las perspectivas futuras del sistema internacional de fiscalización de drogas.

Del mismo modo, las partes en el Convenio de 1971 expresaron su determinación de prevenir y combatir el uso indebido y el tráfico de sustancias sicotrópicas y, al mismo tiempo, reconocieron que el uso de esas sustancias para fines médicos y científicos era indispensable y no debía restringirse indebidamente su disponibilidad para tales fines.

La Junta ha planteado la cuestión de la disponibilidad en diversas ocasiones a lo largo de su historia. Dedicó informes especiales a ese tema en 1989, 1995 y 2010. El informe de 2010⁵ contenía una serie de recomendaciones basadas en la información proporcionada por los Estados Miembros. Esas recomendaciones se centraban en la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, en el uso adecuado, en los sistemas nacionales de fiscalización y en la prevención de las desviaciones y del uso indebido.

El uso desigual de analgésicos opioides no parece deberse a la falta de materias primas. La producción mundial de materias primas de opiáceos ha superado la demanda mundial durante muchos años. En consecuencia, las existencias han ido aumentando, aunque con algunas fluctuaciones. En los últimos 20 años el consumo mundial de opioides se ha triplicado con creces. Según los datos recabados, la cantidad de materias primas de opiáceos disponible para fabricar los estupefacientes que se utilizan en el alivio del dolor es más que suficiente para satisfacer el nivel actual de demanda previsto por los gobiernos. En el caso de las sustancias sicotrópicas, la cuestión de la oferta es más compleja. El tema se trata en detalle en el capítulo dedicado a esas sustancias.

Entre los obstáculos y las barreras que pueden afectar negativamente a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos se encuentran factores relacionados con las regulaciones, las actitudes, los conocimientos, la economía y las adquisiciones. En 2010 los impedimentos citados con más frecuencia por los países fueron la preocupación por la adicción, la renuencia a recetar o almacenar las sustancias en cuestión y la capacitación insuficiente de los profesionales de la salud. Unas leyes excesivamente restrictivas y unas regulaciones onerosas también se consideraron con frecuencia factores significativos de la limitada disponibilidad de opioides. Un número más reducido de gobiernos comunicó que las dificultades que entrañaban la distribución, el abastecimiento y el costo de los opioides eran impedimentos importantes para lograr una disponibilidad suficiente de esas sustancias.

Con el fin de ayudar a los gobiernos, la JIFE decidió preparar el presente informe sobre la disponibilidad cinco años después del publicado en 2010. Se ha elaborado con las aportaciones de diversos interesados. En 2014 los Estados Miembros recibieron un cuestionario, y más de 100 países lo completaron, con lo que se obtuvo una valiosa información sobre las políticas y las prácticas nacionales. Se consultó a organizaciones intergubernamentales como la OMS, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), que proporcionaron datos e información que complementaron aquellos de los que ya disponía la JIFE. Varias organizaciones de la sociedad civil que representan a pacientes, familias, profesionales de la salud y otras partes interesadas aportaron también datos e información y expresaron sus opiniones. Además, algunos investigadores facilitaron análisis y perspectivas.

⁵ 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).

Del examen de los datos más recientes sobre el consumo de estupefacientes se desprende que, pese a que siguen existiendo graves desigualdades, se ha registrado un progreso importante con respecto a la disponibilidad de analgésicos opioides para fines médicos. Los datos indican que entre 2011 y 2013 aumentó perceptiblemente la cantidad media de analgésicos opioides consumidos, en comparación con el período comprendido entre 2000 y 2003. Además, al comparar las respuestas proporcionadas por los Estados Miembros en las encuestas que se realizaron en 1995, 2010 y 2014, se observa que las preocupaciones sobre el riesgo de adicción y los impedimentos legislativos son cada vez menos importantes, y que los países creen que es necesario hacer frente a otros impedimentos fundamentales como la falta de formación y educación, la racionalización de la oferta, los costos y los limitados recursos económicos.

Esos datos confirman que es posible, en el marco de los tratados internacionales, mejorar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional. Para ello es importante contar con legislación nacional razonable y racional que garantice la disponibilidad de medicamentos para los pacientes y además proteja su salud, y disponer de profesionales de la salud capacitados en la prescripción responsable y racional y conscientes de los riesgos que conlleva la prescripción excesiva y el uso indebido.

En cuanto a los datos sobre sustancias sicotrópicas, se observan disparidades en los niveles de consumo entre los diversos países y regiones. La disponibilidad insuficiente de sustancias sicotrópicas y el acceso limitado a los tratamientos médicos necesarios conexos, al igual que su disponibilidad excesiva y su uso irracional desde el punto de vista médico, plantean problemas para su fiscalización y utilización.

La Junta presenta este informe especial a los Estados Miembros con la esperanza de que el análisis y las recomendaciones que contiene puedan ayudarlos en la formulación de políticas y sistemas de fiscalización nacionales que permitan alcanzar los objetivos de los tratados de fiscalización internacional de drogas relativos a garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Los Estados Miembros ya han subrayado la importancia de esta cuestión en varias resoluciones y declaraciones políticas aprobadas por la Comisión de Estupefacientes. También se refirieron a esa cuestión en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles⁶ y en la resolución WHA67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud, sobre el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida⁷. Además, el presente informe se ofrece a la comunidad internacional antes del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016, y la Junta espera que esta contribución ayude a los Estados Miembros en sus deliberaciones. En un momento en que los países deliberan acerca de los logros del sistema internacional de fiscalización de drogas, la Junta desea recordar a los gobiernos que el objetivo general de los tratados de fiscalización internacional de drogas es lograr el buen funcionamiento de un sistema nacional e internacional de gestión de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas garantizando el suministro seguro y racional de los mejores medicamentos que puedan adquirirse para los pacientes que los necesiten y, al mismo tiempo, previniendo la desviación de esos medicamentos para su uso indebido.



Werner Sipp
Presidente
Junta Internacional de Fiscalización
de Estupefacientes

⁶Resolución 66/2 de la Asamblea General.

⁷Disponible en: http://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html.

Índice

	<i>Página</i>
Prefacio	iii
Resumen	viii
Reconocimientos	xi
<i>Capítulo</i>	
I. Introducción	1
A. Función de los tratados de fiscalización internacional de drogas	1
B. Disponibilidad de las sustancias sometidas a fiscalización internacional y acceso a ellas como un derecho a la salud y humano	2
C. Medidas adoptadas por la Junta para garantizar una disponibilidad adecuada	4
D. Metodología	7
II. Estupefacientes	9
A. Oferta y demanda de materias primas de opiáceos y opioides	9
B. Disponibilidad de analgésicos opioides	11
C. Impedimentos a la disponibilidad de estupefacientes	28
III. Sustancias sicotrópicas	37
A. Oferta de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización con arreglo al Convenio de 1971	37
B. Disponibilidad de sustancias sicotrópicas	42
C. Factores que limitan la disponibilidad de sustancias sicotrópicas	63
IV. Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para el tratamiento de la dependencia de opioides	69
V. Garantía de la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional en situaciones de emergencia	75
VI. Conclusiones y recomendaciones	77
A. Legislación y sistemas de reglamentación	77
B. Sistema de salud	78
C. Asequibilidad	78
D. Capacitación de los profesionales de la salud	78
E. Educación y sensibilización	79
F. Previsiones y presentación de información	79
G. Marcos de referencia para el consumo de sustancias sometidas a fiscalización internacional	80
H. Comunidad internacional	80

*Anexo**

Cuestionario enviado en 2014 a las autoridades nacionales competentes de los Estados Miembros relativo a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos	81
---	----

* El anexo no figura en la versión impresa del presente informe, pero se puede consultar en el sitio web de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (www.incb.org).

Resumen

Indispensables y con una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos: esos dos principios fundamentales se establecieron en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972. Posteriormente se reconoció que también las sustancias sicotrópicas eran indispensables para fines médicos y científicos. En el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, las partes reconocieron, además, que la disponibilidad de esas sustancias no debía restringirse indebidamente.

En el presente suplemento del informe anual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) correspondiente a 2015 se analiza el acceso a estupefacientes y sustancias sicotrópicas a nivel mundial. También se examinan pautas y tendencias relacionadas con el consumo, así como información proporcionada por los Estados Miembros sobre las políticas y las prácticas a nivel nacional para garantizar la disponibilidad de esas sustancias sujetas a fiscalización, y los obstáculos hallados.

La Convención de 1961 y el Convenio de 1971 reflejan el interés primordial de la comunidad internacional por proteger la salud y el bienestar de la humanidad haciendo que esas sustancias indispensables estén disponibles para fines médicos y científicos y velando al mismo tiempo por que no haya desviación ni uso indebido. En los tratados se estableció un régimen de fiscalización concebido para alcanzar ese propósito doble. Varios decenios después de su entrada en vigor, ese elemento esencial de los tratados está lejos de alcanzarse a nivel mundial. La importancia de poner estupefacientes y sustancias sicotrópicas a disposición de quienes las necesitan también se destaca en instrumentos internacionales sobre derechos humanos y en una serie de resoluciones de la Comisión de Estupefacientes, la Asamblea Mundial de la Salud y algunas organizaciones intergubernamentales regionales.

A lo largo de los años, la JIFE ha señalado a los Estados Miembros la importancia de este aspecto significativo del sistema internacional de fiscalización de drogas. En 2010 la Junta publicó un informe titulado *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*, en el que se analizó la situación mundial del consumo de sustancias sometidas a fiscalización internacional. Ya se habían publicado informes similares en 1989 y 1995. En 2010 se amplió el alcance del informe para incluir en él también las sustancias sicotrópicas. Cinco años después, la Junta está examinando de nuevo la situación y presenta a los Estados Miembros y a la comunidad internacional una actualización y una serie de recomendaciones para hacer frente al problema de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

Estupefacientes

Los analgésicos opioides, como la morfina, son indispensables para el tratamiento del dolor causado por el cáncer, el VIH/SIDA, la enfermedad cardiovascular, la enfermedad crónica de las vías respiratorias, la diabetes, el parto, las operaciones quirúrgicas, las heridas y otras afecciones o situaciones. La JIFE calcula que el 92% de la morfina se consume en países en los que habita solo el 17% de la población mundial (los Estados Unidos, el Canadá, los países de Europa occidental, Australia y Nueva Zelandia). Al mismo tiempo, el 75% de la población mundial, principalmente en los países de ingresos bajos, tiene un acceso limitado o nulo a tratamientos adecuados de alivio del dolor. Al parecer, el aumento del consumo de analgésicos opioides a nivel mundial registrado desde 1991 estuvo impulsado principalmente por América del Norte, Europa, Australia y Nueva Zelandia, zonas donde ha habido una preocupación cada vez mayor por el uso indebido de medicamentos de venta con receta.

Los bajos niveles de consumo de analgésicos opioides en algunos países y regiones no parecen deberse a una oferta insuficiente de opioides ni de materias primas de opiáceos. Según los datos

de que dispone la JIFE, la demanda mundial se satisface plenamente (y según las previsiones presentadas, se prevé que siga satisfaciéndose) mediante la producción mundial de materias primas de opiáceos, la mayor fabricación de estupefacientes y el aumento de las existencias.

A pesar de algunos avances, los niveles de consumo de opioides siguen siendo bajos en África, Asia, Centroamérica y el Caribe, y en partes de América del Sur, Europa oriental, Europa sudoriental y algunos Estados insulares de Oceanía. Si se observa la prevalencia de los problemas de salud que requieren cuidados paliativos, resulta evidente que esas afecciones tan extendidas pocas veces van acompañadas de un tratamiento con opioides adecuado o de una infraestructura de cuidados paliativos adecuada. Si se comparan los niveles de consumo de analgésicos opioides con las tasas de cáncer se observa un consumo insuficiente en partes de África, Asia, Centroamérica y el Caribe, Europa oriental y sudoriental y algunos Estados insulares de Oceanía. La disponibilidad insuficiente de opioides para tratar el dolor relacionado con el sida parece ser pronunciada en África subsahariana y en países de Asia. Además, incluso cuando los niveles de consumo nacional son altos, el acceso para algunos sectores de la población (las comunidades rurales y pobres) puede verse afectado por los limitados servicios de cuidados paliativos que se les prestan.

Algunos de los obstáculos a la disponibilidad que los Estados Miembros señalaron con más frecuencia fueron: falta de capacitación/sensibilización entre los profesionales de la medicina, temor a la adicción, recursos económicos limitados, problemas para el abastecimiento, actitudes culturales y el temor a la desviación. Al comparar los datos con los de encuestas anteriores de la JIFE se observa que desde 1995 ha disminuido considerablemente el número de veces que se mencionan el temor a la adicción y unas regulaciones onerosas como obstáculos a la disponibilidad de opioides.

Una concienciación y capacitación insuficientes de los profesionales de la salud en lo que respecta al dolor y al alivio del dolor, a las prácticas racionales de prescripción y al uso seguro de analgésicos opioides puede dar lugar a que esas sustancias no se receten ni administren de manera suficiente. El temor a la adicción parece estar relacionado con una falta de concienciación y capacitación, y también con actitudes culturales. El acceso a los analgésicos opioides viene determinado no solo por la disponibilidad física y la accesibilidad práctica, sino también por su asequibilidad. Unos recursos limitados pueden reducir la capacidad de los gobiernos de proporcionar o subvencionar medicamentos, así como la capacidad de los pacientes de adquirirlos. Además, los medicamentos pueden ser caros debido a los costos derivados de la regulación, la concesión de licencias, los impuestos, la importación, unos sistemas de distribución deficientes, la falta de reembolso por parte de los organismos públicos y la insuficiencia de preparados de bajo costo. Tal vez los fabricantes no produzcan formulaciones asequibles de sustancias sometidas a fiscalización internacional y los importadores y exportadores no comercien con ellas si consideran que esas formulaciones no son suficientemente rentables. Por último, también pueden causar escasez unas previsiones inadecuadas, unos requisitos reglamentarios prolongados y onerosos y retrasos en la cadena de suministro.

El acceso a sustancias sometidas a fiscalización internacional también puede verse restringido indebidamente por temor a su desviación hacia canales ilícitos y por miedo a ser objeto de enjuiciamiento o sanciones. Esto último puede exacerbarse cuando la legislación es estigmatizadora y poco clara, cuando los profesionales de la salud no tienen suficientes conocimientos jurídicos, o cuando se imponen penas severas a infracciones no intencionales. Algunas de las regulaciones que van mucho más allá de las disposiciones de los tratados de fiscalización de drogas y que podrían desalentar la prescripción, la dispensación y el uso de estupefacientes son las siguientes: validez breve de las recetas, formularios de receta especiales con copias múltiples, requisitos de mantenimiento de registros onerosos, y el acceso excesivamente restringido a los formularios de receta, a los encargados de la prescripción y de la dispensación y a los estupefacientes (que a menudo son muy escasos en las zonas rurales). Además, casi ningún país o territorio permite a los profesionales de la enfermería recetar estupefacientes, ni permite renovar las recetas de medicamentos sin que se expida

una receta nueva. Esas regulaciones pueden impedir el acceso a los estupefacientes en aquellas zonas con una infraestructura de atención de la salud insuficiente.

Sustancias sicotrópicas

El acceso insuficiente o inadecuado a sustancias sicotrópicas parece ser particularmente pronunciado en países de ingresos bajos y medianos, donde se calcula que aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan tratamiento por trastornos mentales o neurológicos o por abuso de drogas no reciben ese tratamiento. Por lo que respecta a la oferta y el consumo de sustancias sometidas a fiscalización en virtud del Convenio de 1971 que la Organización Mundial de la Salud califica de medicamentos esenciales (buprenorfina, diazepam, lorazepam, midazolam y fenobarbital), se observan distintas pautas. La fabricación mundial comunicada y los niveles de consumo calculados de buprenorfina usada para el alivio del dolor y el tratamiento de la dependencia de opioides han aumentado considerablemente en el último decenio. Si bien algunos países (sobre todo en Europa) muestran niveles muy altos de consumo, el nivel calculado de consumo de la mayoría de los países y regiones sigue estando por debajo de 0,1 S-DDD⁸ por cada 1.000 habitantes por día, lo que indica un acceso insuficiente a ese medicamento.

Entre 2004 y 2013 la fabricación comunicada de benzodiazepinas fluctuó en el caso del sedante hipnótico midazolam y del ansiolítico diazepam, mientras que se mantuvo relativamente estable en el caso del ansiolítico lorazepam. Durante ese período la tasa media de consumo mundial de diazepam, lorazepam y midazolam disminuyó en un 20%, un 13,4% y un 0,4% respectivamente, y se registraron niveles inferiores a la media mundial en África y Asia (y en el caso del lorazepam y el midazolam, en Oceanía). La fabricación comunicada del antiepiléptico fenobarbital fluctuó entre 2004 y 2013, y hacia el fin de ese período disminuyó pronunciadamente. El consumo mundial de fenobarbital disminuyó un 12%; Europa y América siguieron siendo las regiones de mayor consumo medio, mientras que Asia, África y Oceanía mostraron niveles que estaban por debajo de la media mundial.

Al igual que en el caso de los estupefacientes, los Estados Miembros afirmaron que el principal obstáculo a la disponibilidad de sustancias sicotrópicas era la falta de sensibilización y de capacitación. Los problemas de abastecimiento, el temor a la desviación y el miedo a ser objeto de enjuiciamiento o sanciones se mencionaron como obstáculos relativamente con más frecuencia respecto a las sustancias sicotrópicas que respecto a los estupefacientes. Entre los encargados de la formulación de políticas, la atención a la salud mental tal vez no reciba la prioridad que merece, especialmente si los recursos son limitados y existe un estigma asociado a los problemas de salud mental y al correspondiente uso de sustancias sicotrópicas. Además, algunos países han mencionado problemas económicos como obstáculos a la disponibilidad de sustancias sicotrópicas. Asimismo, unas regulaciones demasiado estrictas pueden restringir indebidamente la disponibilidad de esas sustancias.

Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para el tratamiento de la dependencia de opioides

El análisis de los niveles de consumo de metadona y buprenorfina, así como el examen de los servicios de tratamiento de sustitución de opiáceos, indican que esos servicios no están disponibles, o no de manera suficiente, en ninguno de los países en que existe una prevalencia considerable de personas que se inyectan drogas. Esto puede deberse a que no se reconoce la eficacia de esos servicios, y a la resistencia cultural, la falta de capacidad económica o estructural, o la inacción política.

⁸ Dosis diarias definidas con fines estadísticos.

Garantizar una disponibilidad adecuada en situaciones de emergencia de sustancias sometidas a fiscalización internacional

La mayoría de los estupefacientes y un gran número de las sustancias sicotrópicas que son objeto de fiscalización en virtud de los tratados internacionales son indispensables en la práctica de la medicina. Existen medidas de fiscalización simplificadas para el suministro de medicamentos fiscalizados internacionalmente que se requieran para la atención médica de emergencia. Las autoridades nacionales competentes pueden permitir la exportación de sustancias sometidas a fiscalización internacional a los países afectados, incluso sin autorizaciones de importación ni previsiones de las necesidades de esas sustancias.

Recomendaciones

El acceso inadecuado e insuficiente a sustancias sometidas a fiscalización internacional parece ser el resultado de una capacitación y concienciación limitadas por parte de los profesionales de la salud, los encargados de formular políticas y el público en general (lo que se refleja en la infrautilización de esas sustancias, el miedo y la regulación excesiva), así como de problemas de abastecimiento, escasez de recursos e infraestructuras inadecuadas. Garantizar el acceso a esas sustancias no significa que vayan a aumentar el uso indebido y la desviación, pero sí es necesario mantener un equilibrio entre las medidas de fiscalización, por un lado, y la disponibilidad y accesibilidad, por otro.

A tal fin, son necesarios la cooperación y la asistencia internacionales, la participación de toda la comunidad, y el compromiso de gobiernos y organizaciones. La JIFE recomienda revisar la legislación y los sistemas de regulación con el fin de eliminar las disposiciones excesivamente restrictivas, y al mismo tiempo prevenir la desviación y facilitar el acceso, por ejemplo, permitiendo a una mayor base de profesionales de la salud que receten medicamentos que contienen sustancias sometidas a fiscalización internacional, según sea necesario. Una infraestructura adecuada y con recursos suficientes debe garantizar el suministro y la distribución de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, incluso en las zonas rurales. Los sistemas de financiación y reembolso públicos, además del abastecimiento de preparados asequibles por parte de las empresas farmacéuticas, pueden contribuir a superar los obstáculos económicos. Una mejor capacitación y una mayor concienciación de los profesionales de la salud pueden reducir el miedo, las percepciones erróneas, el estigma y los prejuicios que dificultan el acceso a sustancias sometidas a fiscalización internacional y su uso, y al mismo tiempo pueden limitar su desviación y abuso. Por último, se debe seguir desarrollando y fortaleciendo la capacidad de las autoridades nacionales competentes para prever y evaluar adecuadamente las necesidades de esas sustancias.

Reconocimientos

Muchas personas contribuyeron a la preparación del presente informe. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes expresa su profundo agradecimiento a todos los que de diversas maneras presentaron aportaciones, sugerencias, ideas, información y datos que permitieron a la Junta tener una mejor idea de la situación.

La Junta desea reconocer la contribución de las siguientes personas y organizaciones:

Stefano Berterame, Beate Hammond, Juliana Erthal, Levent Canturk, Nabil Katkhouda, Francis Chazhoor, Johny Thomas, Janna Shrestha y Mina Balooch, de la Sección de Previsiones y Fiscalización de la secretaría de la JIFE. Vera Skruzny y Sarah Fellner, pasantes en esa Sección.

Eva Fernandez-Santis, Hanifa Rebbani, Ha Fung Cilla Ng, Darmen Zhumadil, Paramita Doubek y Lilian Sandouk, de la Sección de Fiscalización de Sustancias Sicotrópicas de la secretaría de la JIFE. Daniela Ettehad y Stefano Ricci, pasantes en esa Sección.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: Sección de Lucha contra el VIH/SIDA, de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas; Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas; y Sección de Estadísticas y Encuestas, de la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias.

Organización Mundial de la Salud: grupo orgánico de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental; Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; Medicamentos y Productos Sanitarios Esenciales y Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

Unión Internacional para el Control del Cáncer, Worldwide Palliative Care Alliance, International Association for Hospice and Palliative Care, McCabe Centre for Law and Cancer, Pain and Policy Studies Group y Human Rights Watch.

La Junta también desea reconocer la contribución de antiguos miembros de la Junta que dedicaron tiempo y energía a la elaboración del presente informe: la Dra. Galina Korchagina, el Dr. Lochan Naidoo y el Dr. Rajat Ray.

Actualmente la Junta está compuesta por:

Werner Sipp, Presidente

Sri Suryawati, Primera Vicepresidenta

Jagjit Pavadia, Segundo Vicepresidente y Presidente del Comité Permanente de Previsiones

Bernard Leroy, Relator

Alejandro Mohar Betancourt, Vicepresidente del Comité Permanente de Previsiones

Raymond Yans, Presidente del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas

Wei Hao, Miembro del Comité Permanente de Previsiones y del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas

Richard P. Mattick, Miembro del Comité Permanente de Previsiones

Ahmed Kamal Eldin Samak, Miembro del Comité Permanente de Previsiones

Viroj Sumyai, Miembro del Comité Permanente de Previsiones

Jallal Toufiq, Miembro del Comité Permanente de Previsiones

David T. Johnson, Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas

Francisco E. Thoumi, Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas

Capítulo I.

Introducción

1. En griego antiguo “pharmakon” significa medicamento. Con frecuencia el término se ha traducido como “remedio” o “veneno”, a pesar de que tiene otras acepciones que no corresponden exactamente a las dos principales.

2. Ese doble sentido refleja muy bien el problema al que se han enfrentado muchas culturas y sociedades a lo largo de la historia en lo que se refiere a las drogas. Varias sustancias que se encuentran en la naturaleza o que, más recientemente, se han sintetizado a partir de sustancias naturales o producido artificialmente, tienen la capacidad de tratar o aliviar determinadas enfermedades y, por esa razón, su uso está extendido. No obstante, si su consumo supera ciertos límites, pueden tener efectos nocivos y dañar la salud de quienes las consumen. Además, ese consumo excesivo puede tener consecuencias negativas para sus familiares y para la comunidad en general.

3. Encontrar el difícil equilibrio entre “remedio” y “veneno” ha supuesto un problema para muchas sociedades desde tiempos inmemoriales y fue un elemento esencial del desarrollo del sistema internacional de fiscalización de drogas que se describió en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972¹⁰, y en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971¹¹. En los preámbulos de esos tratados, las partes expresaron el interés primordial de la comunidad internacional por proteger la salud y el bienestar de la humanidad haciendo que esas sustancias indispensables estuvieran disponibles para fines médicos y científicos y asegurándose al mismo tiempo de que no

hubiera desviación ni uso indebido. Esos tratados establecieron un régimen de fiscalización que persigue esos dos propósitos.

A. Función de los tratados de fiscalización internacional de drogas

4. Las partes en la Convención de 1961, tras reconocer que la adicción a los estupefacientes constituía un mal grave para el individuo y entrañaba un peligro social y económico para la humanidad, reconocieron también que el uso médico de los estupefacientes continuaría “siendo indispensable para mitigar el dolor” y que debían “adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin”.

5. Del mismo modo, las partes en el Convenio de 1971, tras advertir con inquietud los problemas sanitarios y sociales que origina el uso indebido de ciertas sustancias sicotrópicas y expresar su determinación de prevenir y combatir el uso indebido y el tráfico de sustancias sicotrópicas, reconocieron que “el uso de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos es indispensable y que no debe restringirse indebidamente su disponibilidad para tales fines”.

6. Desde la entrada en vigor de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas¹², esos principios se

⁹Michael Rinella Platón, *Pharmakon: Plato, Drug Culture, and Identity in Ancient Athens* (Lexington Books, 2010).

¹⁰Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 976, núm. 14152.

¹¹*Ibid.*, vol. 1019, núm. 14956.

¹²Incluida la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1582, núm. 27627), centrada en medidas relacionadas con el tráfico de esas sustancias.

han reiterado en una serie de resoluciones aprobadas por la Comisión de Estupefacientes y posteriormente por el Consejo Económico y Social. Más recientemente, la Comisión aprobó las resoluciones 53/4 y 54/6¹³, con miras a promover una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de sustancias sometidas a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso. En su resolución 53/4, la Comisión decidió, entre otras cosas, dedicar un tema específico del programa a esa cuestión, para examinar los impedimentos a la disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y las iniciativas destinadas a impedir su desviación y su uso indebido.

7. La importancia de hacer que las sustancias sometidas a fiscalización internacional estén disponibles para fines médicos y científicos se menciona también en la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de 2009¹⁴ y en la Declaración Ministerial Conjunta del Examen de Alto Nivel de 2014 por la Comisión de Estupefacientes de la Aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas¹⁵.

B. Disponibilidad de las sustancias sometidas a fiscalización internacional y acceso a ellas como un derecho a la salud y humano

8. La necesidad de tener acceso a medicamentos esenciales ocupa también un lugar destacado en otros instrumentos jurídicos internacionales¹⁶ como parte del concepto del derecho a la salud establecido en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁷:

¹³ Véanse E/2010/28-E/CN.7/2018, cap. I, secc. C; y E/2011/28-E/CN.7/2011/15, cap. I, secc. C, respectivamente.

¹⁴ Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, Suplemento núm. 8* (E/2009/28), cap. I, secc. C.

¹⁵ *Ibid.*, 2014, Suplemento núm. 8 (E/2014/28), cap. I, secc. C.

¹⁶ Christopher Hallam, “El régimen internacional de control de drogas y el acceso a medicamentos fiscalizados”, Serie *Reforma Legislativa en Materia de Drogas*, núm. 26, Transnational Institute y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (diciembre de 2014).

¹⁷ Resolución 217 A (III) de la Asamblea General.

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

9. El preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos se refiere también al “reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”. Una formulación anterior del derecho a la salud como parte fundamental de los derechos humanos se articuló por primera vez en la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuyo preámbulo se define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El preámbulo afirma también que:

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

10. Además, el derecho a la salud fue reconocido como un derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966¹⁸.

11. En el informe que presentó al Consejo de Derechos Humanos en su séptimo período de sesiones, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes señaló que:

La denegación de hecho del acceso al alivio del dolor, si provoca dolor y sufrimiento graves, constituye trato o pena cruel, inhumano o degradante.

Además, añadió que:

Dado que la falta de acceso al tratamiento del dolor y los analgésicos opioides para los pacientes que los necesitan podría constituir trato cruel, inhumano o degradante, se han de adoptar todas las medidas para que exista acceso pleno, y superar los obstáculos existentes en materia de regulación, educación y actitudes de forma que haya acceso pleno a atención paliativa¹⁹.

¹⁸ Resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General, anexo.

¹⁹ A/HRC/10/44, párrs. 72 y 74 e).

12. Del mismo modo, en un informe publicado en 2011²⁰, Human Rights Watch afirmó que conforme al derecho internacional de los derechos humanos, los gobiernos tienen la obligación de hacer frente al sufrimiento extendido e innecesario causado por la escasa disponibilidad de cuidados paliativos en todo el mundo.

13. Además de los tratados de fiscalización internacional de drogas y los instrumentos internacionales de derechos humanos, la comunidad internacional ha elaborado una serie de instrumentos jurídicos en el contexto de la Asamblea Mundial de la Salud.

14. Por otro lado, la OMS ha elaborado una lista de los medicamentos esenciales que tienen por objeto satisfacer las necesidades prioritarias de salud de la población y se seleccionan teniendo debidamente en cuenta la prevalencia de las enfermedades, las pruebas de su eficacia e inocuidad y su eficacia comparativa en función de los costos²¹. En la lista figuran varios estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional que, por consiguiente, se consideran esenciales para satisfacer las necesidades prioritarias de salud de la población.

15. La Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA55.14 de 2002, sobre la garantía de la accesibilidad a los medicamentos esenciales, instó a los Estados Miembros:

[...] a que reafirmen su compromiso de mejorar el acceso a los medicamentos y plasmen ese compromiso en una reglamentación específica en el ámbito de los países, especialmente mediante la promulgación de políticas farmacéuticas nacionales, el establecimiento de listas de medicamentos esenciales basadas en pruebas científicas y referidas a la Lista Modelo de la OMS, y en medidas que promuevan la política farmacéutica y el acceso, la calidad y el uso racional de los medicamentos en el marco de los sistemas nacionales de salud [y] a que reafirmen, en el marco de las políticas farmacéuticas nacionales, el concepto de medicamentos esenciales de la OMS, referido a los que satisfacen las necesidades prioritarias de atención de salud de la población, teniendo en cuenta al mismo tiempo la disponibilidad, la calidad, el precio y la viabilidad del abastecimiento, y poniendo de relieve las bases científicas necesarias para un debate a nivel nacional.

²⁰Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right* (2011).

²¹Organización Mundial de la Salud, definición de “medicamentos esenciales”. Se puede consultar en www.who.int/medicines/services/ess-medicines_def (fecha de acceso: 22/09/2014).

16. También en esa resolución, la Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General de la OMS que aprovechara “todas las oportunidades diplomáticas y políticas para salvar las barreras que impiden el acceso a los medicamentos esenciales, colaborando con los Estados Miembros para que esos medicamentos estén al alcance de las personas que los necesitan, a un precio asequible”.

17. En su resolución WHA58.22 de 2005, sobre la prevención y el control del cáncer, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a que velaran “por que en la práctica médica se disponga de analgésicos opioides, de conformidad con los tratados internacionales y las recomendaciones de la OMS y de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y con sujeción a un sistema eficaz de vigilancia y control”. Además, pidió a la Directora General de la OMS que examinara “con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes la viabilidad de un posible mecanismo de asistencia que facilitase el tratamiento apropiado del dolor utilizando analgésicos opioides”.

18. Más recientemente, el 24 de mayo de 2014, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA67.19, sobre el fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida²². En esa resolución se puso de relieve que la necesidad de los servicios de cuidados paliativos seguiría aumentando, debido en parte a la prevalencia cada vez mayor de enfermedades no transmisibles y al envejecimiento de la población en todas las regiones del mundo.

19. En relación con los servicios de cuidados paliativos, Human Rights Watch, en su informe sobre la situación mundial del tratamiento del dolor (*Global State of Pain Treatment*), sostuvo que, de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, los gobiernos deben velar por el ejercicio del derecho a la salud en condiciones de igualdad y adoptar medidas razonables de protección para todas las personas contra los tratos inhumanos y degradantes. Esto debería traducirse en unas políticas sanitarias que respondan a las necesidades de las personas que necesitan cuidados paliativos; en trabajadores sanitarios con conocimientos y competencias al menos básicos sobre cuidados paliativos; en unos medicamentos, como la morfina, disponibles en todo el país; y en

²²La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan a problemas relacionados con enfermedades amenazantes para la vida, al prevenir y mitigar el dolor mediante el diagnóstico precoz y la evaluación y el tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Se puede consultar en www.who.int/cancer/palliative/definition (fecha de acceso: 22/09/2014).

una reglamentación en materia de drogas que no merme la capacidad de los pacientes que padecen un dolor grave de recibir el tratamiento adecuado. El hecho de no adoptar tales medidas probablemente conllevará una vulneración del derecho a la salud.

20. Además, el Plan de Acción Mundial 2013-2020 para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que la Asamblea Mundial de la Salud hizo suyo en mayo de 2013, incluye los cuidados paliativos entre las opciones de política propuestas a los Estados Miembros como un medio para reducir el sufrimiento causado por las enfermedades no transmisibles.

21. La comunidad mundial elaboró en 2013 una declaración mundial contra el cáncer bajo la dirección de la Unión Internacional para el Control del Cáncer que se fundamenta en el Plan de Acción Mundial y que tiene por objeto lograr una reducción importante de las muertes prematuras a causa del cáncer, así como mejorar la calidad de vida y las tasas de supervivencia del cáncer. La declaración contiene nueve metas que deben alcanzarse antes de 2025. Una de ellas consiste en universalizar el acceso a unos servicios efectivos de control del dolor y tratamiento del sufrimiento.

22. En la declaración se determinan también una serie de medidas para que todas las partes interesadas, en particular los gobiernos, avancen en la consecución de las metas, y se las insta a:

- adoptar medidas para eliminar los numerosos obstáculos al control óptimo del dolor;
- trabajar con todas las partes interesadas, incluidos los gobiernos, la sociedad civil y los actores pertinentes del sector privado, para tratar de resolver el exceso de regulación de los medicamentos contra el dolor; y
- cooperar con los organismos internacionales, como la OMS, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, para que la aplicación mundial de los tratados de fiscalización internacional de sustancias encuentre el equilibrio adecuado entre asegurar la disponibilidad de los medicamentos contra el dolor para los pacientes de cáncer y prevenir su uso indebido.

23. Algunas organizaciones regionales también han puesto de relieve la importancia de la disponibilidad de las sustancias sometidas a fiscalización internacional para

finés médicos. La Estrategia de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga para el período 2013-2020 señaló la necesidad de asegurar y mejorar el acceso a los medicamentos fiscalizados sujetos a prescripción médica como uno de los problemas detectados en los últimos años²³. En 2012, la Conferencia de Ministros de la Unión Africana sobre Fiscalización de Drogas aprobó una Posición Común Africana sobre las Sustancias Sujetas a Fiscalización y el Acceso a los Medicamentos para el Tratamiento del Dolor. Esa posición se tradujo en el Plan de Acción de la Unión Africana sobre Fiscalización de Drogas (2013-2017), que establece entre sus objetivos principales la creación de capacidad para facilitar el movimiento lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos. En él se describen también algunos resultados relacionados con ese objetivo, como la eliminación de los obstáculos que limiten la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos²⁴. La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos, en su 47º período de sesiones, aprobó una estrategia hemisférica sobre drogas que dispone lo siguiente:

Al aplicarse medidas de control para limitar el uso de los estupefacientes exclusivamente para propósitos médicos y científicos, debe asegurarse su adecuada disponibilidad. Existe disponibilidad cuando cantidades suficientes están al alcance y son accesibles, de acuerdo con los tratados internacionales²⁵.

C. Medidas adoptadas por la Junta para garantizar una disponibilidad adecuada

24. Garantizar una disponibilidad adecuada, que no esté limitada indebidamente, de las sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos ha sido un objetivo perseguido durante más de 50 años. En su aplicación interna de las disposiciones de los tratados de 1961 y 1971, es justo decir que no todos los países han logrado

²³ Estrategia de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga (2013-20), *Diario Oficial de la Unión Europea*, C 402/1, 29 de diciembre de 2012.

²⁴ Plan de Acción de la Unión Africana sobre Fiscalización de Drogas (2013-2017), presentado para su examen a la Conferencia de Ministros de la Unión Africana sobre Fiscalización de Drogas en su quinto período de sesiones.

²⁵ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos, *Estrategia Hemisférica sobre Drogas* (aprobada el 3 de mayo de 2009), párr. 37.

garantizar que ese objetivo fundamental haya informado la elaboración de políticas y procedimientos administrativos para la distribución de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

25. Los gobiernos de los países que han pasado a ser parte en los tratados de fiscalización internacional de drogas han aceptado la obligación de incorporar las disposiciones de esos tratados a su legislación nacional y aplicarlas. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes se creó en virtud de la Convención de 1961 como órgano responsable de vigilar el cumplimiento por los gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas y de ofrecerles apoyo a ese respecto.

26. La Junta, en virtud del artículo 9 de la Convención de 1961, tiene la responsabilidad de asegurar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos. Ostenta una posición única para vigilar el cultivo, la producción, la fabricación, la importación, la exportación y el consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

27. A lo largo de los años, la Junta ha recordado a los gobiernos sus obligaciones a ese respecto. Ha manifestado repetidas veces su preocupación por los niveles dispares e insuficientes de acceso a sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos en todo el mundo. Ha planteado en repetidas ocasiones ese problema en sus informes anuales y ha dedicado una serie de informes especiales a esa cuestión.

28. El Consejo Económico y Social, en su resolución 1989/15, de 22 de mayo de 1989, pidió a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes que evaluase “las necesidades legítimas de opiáceos en diversas regiones del mundo, todavía no atendidas debido a una atención sanitaria insuficiente, a situaciones económicas difíciles o a otras circunstancias”. De conformidad con esa resolución, la JIFE elaboró un informe especial titulado *Demanda y oferta de opiáceos para las necesidades médicas y científicas*²⁶.

29. En ese informe, la Junta llegó a la conclusión de que las necesidades médicas de opiáceos, en particular las relacionadas con el tratamiento del dolor producido por el cáncer, no se estaban satisfaciendo plenamente. Además, en el informe se recomendó a los gobiernos que:

- examinaran críticamente sus métodos de evaluar las necesidades nacionales de opiáceos con fines médicos y de acopiar y analizar los datos para

que las estimaciones reflejaran las necesidades reales;

- examinaran la medida en que sus sistemas de sanidad y sus leyes y regulaciones permitían usar opiáceos con fines médicos;
- detectaran los obstáculos a ese uso; y
- elaboraran planes de acción para facilitar el suministro y la disponibilidad de opiáceos para todas las indicaciones apropiadas.

30. El Consejo Económico y Social, en sus resoluciones 1990/31 y 1991/43, pidió a la Junta que diese prioridad a la vigilancia de la aplicación de esas recomendaciones. 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*²⁷. En su evaluación, la Junta llegó a la conclusión de que el objetivo de los tratados de lograr un suministro suficiente de estupefacientes, en particular opiáceos para finalidades terapéuticas, no se había alcanzado universalmente.

31. En 1995, la Junta preparó otro informe especial titulado *Disponibilidad de opiáceos para las necesidades médicas y científicas*²⁸. En ese informe, la Junta observó que la mayoría de los gobiernos no había respondido a su cuestionario destinado a constatar los progresos realizados en la aplicación de las recomendaciones, pero llegó a la conclusión de que las recomendaciones contenidas en su informe de 1989 distaban mucho de haberse aplicado, si bien algunos gobiernos habían hecho esfuerzos al respecto. La Junta formuló una nueva serie de recomendaciones para su examen por los gobiernos, el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, la Comisión de Estupefacientes, la OMS, las organizaciones internacionales y regionales humanitarias, sanitarias y de fiscalización de drogas, las instituciones educativas, así como las organizaciones sanitarias no gubernamentales, entre ellas la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, y otros representantes del sector de la atención sanitaria.

32. Además, el capítulo I del informe anual de la Junta correspondiente a 1999 se dedicó a la cuestión de la disponibilidad de analgésicos estupefacientes. 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

²⁶ E/INCB/1989/1/Supp.

²⁷ E/INCB/1994/1/Supp. 1.

²⁸ E/INCB/1995/Supp. 1.

de venta con receta y otros problemas, el capítulo I del informe anual de la Junta correspondiente a 2000 se dedicó al consumo excesivo de sustancias sometidas a fiscalización internacional, y en él se recomendaba un enfoque equilibrado de su uso.

33. Un instrumento para determinar si los países mejoran los niveles de disponibilidad, o al menos si son conscientes del problema y muestran su intención de mejorar, es el análisis de las previsiones de las necesidades anuales de estupefacientes que todos los países deben presentar a la Junta. Frecuentemente la Junta se pone en contacto con los países que no han facilitado sus previsiones o que, en sus previsiones, han afirmado tener unas necesidades de estupefacientes 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. El asunto se señaló repetidas veces a la atención de los gobiernos a través de cartas circulares enviadas a todos los países y de cartas individuales enviadas 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 del dolor intenso en muchos países en desarrollo.

34. 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. 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 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.

35. En 2010, la JIFE publicó su informe titulado *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*, en el que analizaba la situación mundial del consumo de sustancias fiscalizadas internacionalmente, y cuyo alcance amplió para que abarcara también las sustancias sicotrópicas.

36. En el informe de 2010 se volvieron a definir los principales impedimentos a la disponibilidad adecuada y

se formularon recomendaciones detalladas a diversas partes interesadas. La Junta tomó nota de que, en respuesta a recomendaciones anteriores sobre la disponibilidad de estupefacientes, un número importante de gobiernos había ampliado sus previsiones anuales de las necesidades para fines médicos, adoptado políticas nacionales para mejorar el uso terapéutico de estupefacientes, apoyado programas educativos y examinado sus sistemas de atención de la salud, sus leyes y sus regulaciones para ver si obstaculizaban la disponibilidad.

37. La Junta observó mejoras en la adecuación de la oferta de algunos estupefacientes y sustancias sicotrópicas en muchos países, pero expresó su inquietud por los retrocesos en otros. Las mejoras más importantes se registraron en países muy desarrollados, mientras que los retrocesos se habían producido en su mayor parte en las regiones que mostraban los niveles más bajos de disponibilidad de sustancias fiscalizadas internacionalmente. El informe llegó a la conclusión de que, a pesar de los progresos logrados en el cumplimiento de los objetivos de los tratados, eran relativamente escasos los países de todo el mundo que disponían de un sistema adecuado de gestión del abastecimiento de drogas y de mecanismos de trabajo que garantizaran unas previsiones fiables y basadas en las necesidades, una disponibilidad equitativa y la eficacia en función de los costos.

38. En el informe se indicó que las deficiencias en la gestión de la oferta de drogas seguían 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 obsoletos, todo lo cual afectaba a la disponibilidad no solo de sustancias fiscalizadas sino también de medicinas de todo tipo.

39. En 2012 se publicó la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*²⁹ con el fin de proporcionar a los organismos nacionales competentes instrumentos concretos para mejorar la previsión de sus necesidades nacionales.

40. La Junta, en su 108º período de sesiones, celebrado en noviembre de 2013, decidió elaborar un informe especial que se publicaría en 2016 como suplemento del informe anual de la JIFE correspondiente a 2015. La Junta decidió que el informe debería centrarse en la aplicación por los gobiernos de las recomendaciones que figuraban

²⁹Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y Organización Mundial de la Salud, *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional* (Nueva York, 2012).

en su informe de 2010 titulado *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*.

41. De conformidad con esa decisión, el presente informe tiene por objeto proporcionar un panorama actualizado de la situación de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos en comparación con la situación descrita en 2010.

D. Metodología

1. Datos sobre el consumo

42. Los datos proporcionados a la JIFE por los países muestran un aspecto de la cuestión de la disponibilidad, a saber, las cantidades que las autoridades nacionales competentes calculan y comunican como consumidas. Se dispone de esa información para un gran número de países y respecto de varios años. Sin embargo, dado que la calidad de la información presentada varía de un país a otro, esta no es siempre fiable; en todo caso, la JIFE puede verificar el consumo comunicado examinando los datos de las notificaciones de exportación e importación. La Junta evalúa esos datos sobre consumo en términos de “dosis diarias definidas con fines estadísticos” para determinar el grado de prescripción excesiva o insuficiente.

43. La expresión “dosis diarias definidas con fines estadísticos” (S-DDD) ha sustituido a la de “dosis diarias definidas”, que la Junta utilizaba anteriormente. La JIFE utiliza las dosis diarias definidas con fines estadísticos como una unidad técnica de medida utilizada a los efectos del análisis estadístico; no se trata de la posología recomendada de una sustancia. Esta definición, no exenta de un cierto grado de arbitrariedad, reconoce que no existen unas dosificaciones estándar convenidas internacionalmente para los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas, que en determinados países se utilizan para tratamientos diferentes o de acuerdo con prácticas médicas diferentes y que, por lo tanto, las S-DDD deberían considerarse una medida aproximada para evaluar el consumo en diferentes países. Para los estupefacientes, los niveles de consumo, expresados en S-DDD por cada millón de habitantes por día, se calculan utilizando la fórmula siguiente: el consumo anual, con exclusión de la fabricación de preparados de la Lista III de la Convención de 1961, dividido por 365 días. El resultado obtenido se

divide a continuación por la población (en millones) del país o territorio en el año de que se trate, y luego, por la dosis diaria definida de cada sustancia³⁰.

44. Puesto que en el Convenio de 1971 no se prevé la presentación a la Junta de información sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, la Junta calcula las tasas de consumo cada año sobre la base de las estadísticas comunicadas por los gobiernos en relación con la fabricación, el uso industrial, las existencias y el comercio internacional de sustancias sicotrópicas. La tasa de consumo de sustancias sicotrópicas se mide en S-DDD por cada 1.000 habitantes por día. Además, a los efectos del presente informe, se utilizaron los promedios de tres años, a fin de tomar en consideración que ocasionalmente algunos gobiernos no presentan las estadísticas anuales, y en vista de la práctica de algunos gobiernos de fabricar e importar sustancias sicotrópicas de manera intermitente cuando disponen de existencias suficientes para satisfacer las necesidades internas de varios años.

45. El análisis de la disponibilidad de sustancias sicotrópicas que figura en el presente informe se basa en los niveles de consumo de los grupos de sustancias sicotrópicas. Los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas expresados en S-DDD se calculan utilizando la siguiente fórmula: las cantidades fabricadas más las importaciones, más las existencias al final del año anterior, menos las exportaciones, menos las cantidades utilizadas con fines industriales, menos las existencias al final del año en curso, dividido por 365 días. El resultado obtenido se divide por la población (expresada en millares) del país o territorio en el año de que se trate y por la dosis diaria definida. Algunos casos de alto consumo calculado de sustancias sicotrópicas podrían deberse al aumento de la fabricación para la exportación, a que tal vez no se hayan notificado exportaciones o existencias de los fabricantes, o a unas existencias elevadas en poder de los mayoristas.

46. La Junta ha determinado los niveles de consumo que considera insuficientes (consumo de analgésicos opioides en cantidades situadas entre 100 y 200 S-DDD por millón de habitantes por día) o muy insuficientes (consumo de analgésicos opioides en cantidades iguales o inferiores a 100 S-DDD). No obstante, la Junta todavía no ha definido niveles comparables de consumo suficiente o insuficiente de sustancias sicotrópicas.

³⁰ Para algunos países, las S-DDD estimadas para el período 2001-2003 podrían ser superiores a las de los períodos siguientes debido a que en aquel entonces era difícil distinguir entre las cantidades de opioides consumidas para el alivio del dolor y las utilizadas para la fabricación de preparados que figuraban en la Lista III de la Convención de 1961.

47. En el análisis del consumo de analgésicos opioides expresado en S-DDD, la Junta no incluyó la metadona ni la buprenorfina debido a la imposibilidad de distinguir su uso para aliviar el dolor de su uso para el tratamiento de la drogodependencia.

2. Encuesta a los Estados Miembros

48. En el tercer trimestre de 2014 la Junta envió cuestionarios a los organismos nacionales competentes para pedirles información sobre la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización para fines médicos y científicos. Un cuestionario estaba dedicado a los estupefacientes y otro a las sustancias sicotrópicas. Un total de 107 países y territorios³¹, que representaban el 75% de la población mundial, respondieron al cuestionario y proporcionaron importante información que se examina en el presente informe.

3. Otras fuentes de información

49. Si bien los datos de la JIFE son importantes para medir (mediante la S-DDD) el desempeño de los países para asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos, es importante tener en cuenta también otras fuentes de

información para evaluar la situación. Para ello, la Junta también analizó información sobre las afecciones para las que se necesitan sustancias sometidas a fiscalización internacional con el fin de comparar el consumo notificado con la prevalencia de afecciones específicas.

50. La Organización Mundial de la Salud y la Worldwide Palliative Care Alliance proporcionaron información sobre las afecciones que requieren cuidados paliativos y el nivel de desarrollo de estos. El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la OMS proporcionó información fundamental sobre la prevalencia del cáncer a través de su base de datos GLOBOCAN. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) presentó información sobre la prevalencia del sida. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito proporcionó información sobre el número de personas que se inyectan drogas, que luego se utilizó para medir la disponibilidad específica de las sustancias sometidas a fiscalización internacional (metadona y buprenorfina) que se utilizan en el tratamiento de la dependencia de los opioides en relación con la prevalencia de personas que necesitarían dicho tratamiento.

51. Asimismo, diversas organizaciones de la sociedad civil que representan a pacientes, familias, profesionales de la salud y otras partes interesadas aportaron datos e información y ofrecieron sus opiniones. Varios investigadores proporcionaron análisis y observaciones.

³¹ Alemania, Argelia, Armenia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bahrein, Belarús, Bélgica, Belice, Benin, Bhután, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, el Brasil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burundi, Cabo Verde, el Canadá, Chile, China, Chipre, Colombia, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croacia, Dinamarca, Dominica, el Ecuador, Egipto, El Salvador, Eslovaquia, España, los Estados Unidos de América, Estonia, la Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Francia, Georgia, Ghana, Guatemala, Guinea-Bissau, Haití, Honduras, Hungría, la India, Indonesia, el Irán (República Islámica del), el Iraq, Irlanda, Jamaica, Jordania, Kazajstán, Kirguistán, Kuwait, Letonia, el Líbano, Liberia, Lituania, Malasia, Malta, Marruecos, México, Micronesia (Estados Federados de), Myanmar, Namibia, Nicaragua, Nueva Zelandia, Omán, los Países Bajos, Palau, el Perú, Polonia, Qatar, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Árabe Siria, la República Checa, la República de Corea, la República de Moldova, Santa Lucía, el Senegal, Serbia, Sierra Leona, Sudáfrica, Suecia, Suiza, Swazilandia, Tayikistán, Togo, Túnez, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uganda, Uzbekistán, Vanuatu, Venezuela (República Bolivariana de), Zimbabwe, junto con las Bermudas, Hong Kong (China), Macao (China), Montserrat, Nueva Caledonia y Santa Helena.

Capítulo II.

Estupefacientes

A. Oferta y demanda de materias primas de opiáceos y opioides

52. La distribución inadecuada del consumo de analgésicos opioides no se debe a la falta de oferta de materias primas y opioides. Por el contrario, la Junta ha expresado preocupación por el aumento de la producción de esas sustancias sin el correspondiente aumento del consumo, lo que ha dado lugar al consiguiente crecimiento de las existencias.

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

54. 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. La Junta, con la cooperación de los gobiernos, procura mantener un equilibrio duradero entre oferta y demanda. 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 año³².

55. A finales de 2013, las existencias mundiales de materias primas de opiáceos ricos en morfina bastaban para atender la demanda mundial durante 14 meses. Las existencias mundiales de materias primas de opiáceos ricos en tebaína bastaban para atender la demanda mundial durante 12 meses. En 2014, la producción mundial de materias primas de opiáceos ricos en morfina fue superior a su utilización, y la oferta mundial (existencias y producción) de esas materias primas de opiáceos fue plenamente suficiente para atender la demanda mundial.

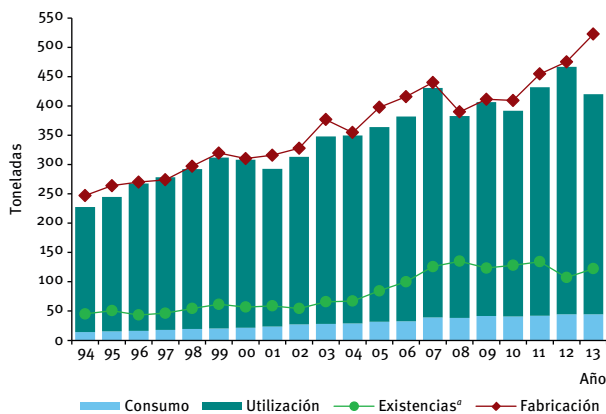
56. En el gráfico 1 se presentan datos acerca de la fabricación, las existencias, el consumo y la utilización³³ de morfina en el período 1994-2013. La fabricación mundial de morfina se duplicó durante esos 20 años, ya que pasó de unas 247,1 toneladas en 1994 a 522,6 toneladas en 2013, cifra esta última que también entrañó un aumento con respecto a la de 475,3 toneladas registrada en 2012. Casi el 70% de la morfina que se fabrica en todo el mundo se utiliza para obtener otros estupefacientes u otras sustancias no fiscalizadas con arreglo a la Convención de 1961. El resto se utiliza directamente con fines médicos.

57. Hasta el decenio de 1990, la tebaína, el otro alcaloide principal que se obtiene a partir de la adormidera,

³² Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014 (E/INCB/2014/1), párr. 90.

³³ Por “consumo” se entiende la cantidad de droga destinada directamente al consumo con fines médicos y científicos en el país, mientras que “utilización” se refiere a la cantidad de droga destinada a la fabricación de otras drogas, de preparados que figuran en la Lista III de la Convención de 1961 o de sustancias no fiscalizadas con arreglo a dicha Convención.

Gráfico 1. Morfina: fabricación, existencias, consumo y utilización a nivel mundial, 1994-2013



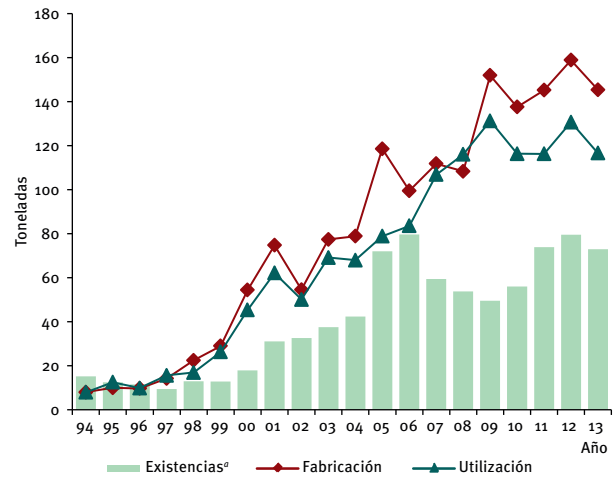
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
 °Existencias al 31 de diciembre de cada año.

se obtenía principalmente a partir del opio; desde 1999 se viene obteniendo mayormente a partir de la paja de adormidera. La tebaína también se puede obtener por transformación de la oripavina o a partir de opioides semisintéticos como la hidrocodona. Si bien la tebaína no se emplea directamente con fines terapéuticos, es una importante materia prima para la fabricación de varios opioides, principalmente codeína, dihidrocodeína, etorfina, hidrocodona, oxicodona y oximorфона (todas ellas sujetas a fiscalización en virtud de la Convención de 1961), así como buprenorfina (que está sujeta a fiscalización en virtud del Convenio de 1971). La fabricación mundial de tebaína ha aumentado de manera pronunciada desde fines del decenio de 1990 de resultados de la demanda cada vez mayor de oxicodona y de otras drogas y sustancias que pueden obtenerse de ella (véase el gráfico 2).

58. La información de la que dispone la Junta indica que la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína excedió a la demanda mundial en 2014. Las existencias totales de esas materias primas bastaban para atender la demanda mundial durante aproximadamente un año. Los planes de los países productores indican que la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína será ligeramente inferior a la demanda mundial en 2015. Por lo tanto, se prevé una disminución de las existencias totales de materias primas de opiáceos ricas en tebaína. La oferta mundial (existencias y producción) de dichas materias primas continuará siendo suficiente para atender plenamente la demanda mundial.

59. La codeína es un alcaloide natural de la planta de adormidera, aunque la mayor parte de la que se fabrica en la actualidad se obtiene de la morfina mediante un

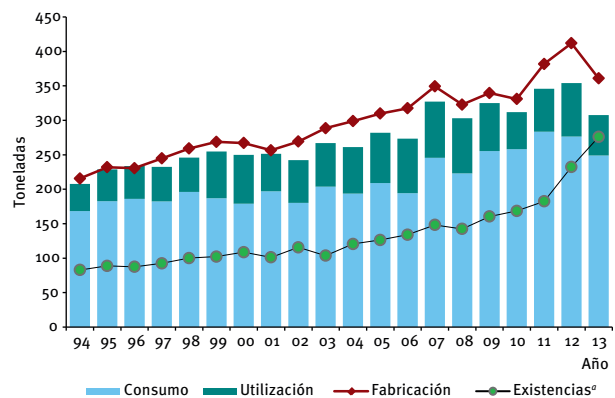
Gráfico 2. Tebaína: fabricación, utilización y existencias a nivel mundial, 1994-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
 °Existencias al 31 de diciembre de cada año.

proceso semisintético. Se ha registrado un aumento del cultivo de la variedad de adormidera rica en codeína y de la fabricación de concentrado de paja de adormidera rico en codeína, que se utiliza para la extracción de esta sustancia. En 2013 la utilización mundial de concentrado de paja de adormidera rico en codeína ascendió a 24,6 toneladas, lo que constituye una fracción de la cantidad de morfina consumida. La codeína se utiliza principalmente para la fabricación de preparados de la Lista III de la Convención de 1961, si bien una cantidad más pequeña se utiliza para fabricar otros estupefacientes, por ejemplo, dihidrocodeína e hidrocodona. En el gráfico 3 se muestran las tendencias mundiales de la fabricación, el consumo, la utilización y las existencias de codeína durante el período 1994-2013.

Gráfico 3. Codeína: fabricación, existencias, consumo y utilización a nivel mundial, 1994-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
 °Existencias al 31 de diciembre de cada año.

60. Se calcula que en el futuro aumentará la demanda mundial de materias primas de opiáceos ricos en morfina y ricos en tebaína. Según las previsiones, seguirá aumentando también la demanda mundial de opiáceos y materias primas de opiáceos. El gráfico 4 presenta el nivel de consumo mundial de opiáceos y opioides sintéticos, incluidas la buprenorfina y la pentazocina (opioides sujetos a fiscalización en virtud del Convenio de 1971), durante el período de 20 años comprendido entre 1994 y 2013. Para poder consolidar los datos relativos al consumo de sustancias de distinta potencia, los niveles se expresan en miles de millones de S-DDD.

61. En los últimos 20 años el consumo mundial de opioides se ha triplicado con creces. El consumo de opiáceos como un porcentaje del consumo total de opioides fluctuó entre el 62% de 1994 y el 52% de 2006, y en 2013 volvió a aumentar hasta el 61%. En consecuencia, el porcentaje del consumo de opioides sintéticos, que tienen las mismas indicaciones de uso que los opiáceos, aumentó del 38% en 1994 al 48% en 2008, pero disminuyó al 39% en 2013. Entre 2010 y 2013, la relación entre el consumo de opiáceos y el de opioides sintéticos se estabilizó en torno a un 60% de opiáceos y un 40% de opioides sintéticos. Durante todo ese período la oferta de materias primas utilizadas para obtener opiáceos fue suficiente para satisfacer la creciente demanda. Se prevé que la demanda de opiáceos volverá a aumentar en el futuro, si bien es posible que disminuya el porcentaje que representan del consumo total de opioides, ya que está previsto que aumente el consumo de opioides sintéticos.

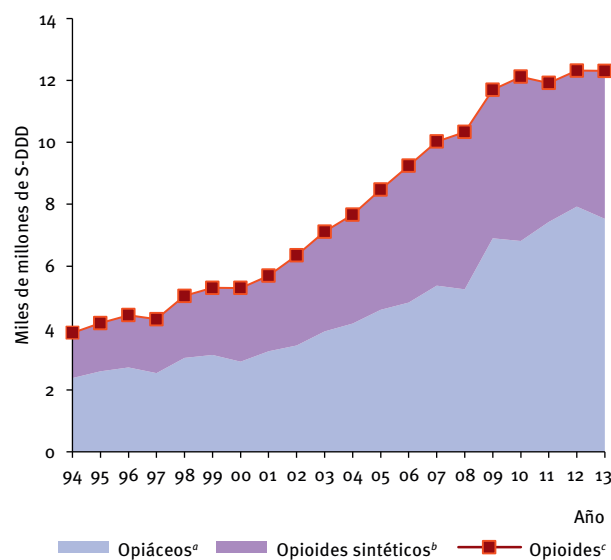
62. En general, los datos obtenidos indican que el volumen de materias primas de opiáceos de que se dispone para fabricar estupefacientes analgésicos es más que suficiente para atender a la demanda actual prevista por los gobiernos. Además, tanto la producción como las existencias siguen aumentando.

B. Disponibilidad de analgésicos opioides

63. Los analgésicos opioides son medicamentos esenciales para los tratamientos paliativos³⁴. Se recetan principalmente en relación con el cáncer, pero los tratamientos paliativos se necesitan también para otras situaciones sanitarias que requieren el alivio del dolor (como las intervenciones quirúrgicas y los partos) y para

³⁴ Organización Mundial de la Salud, Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, 19ª lista (abril de 2015, modificada en junio de 2015). Puede consultarse en www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines.

Gráfico 4. Consumo mundial de opiáceos, 1994-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

^aIncluida la buprenorfina, opiáceo sujeto a fiscalización con arreglo al Convenio de 1971.

^bIncluida la pentazocina, opioide sintético sujeto a fiscalización con arreglo al Convenio de 1971.

^cIncluidos los opiáceos y los opioides sintéticos.

enfermedades crónicas como las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el VIH/SIDA y la diabetes.

64. Cada año, alrededor de 5,5 millones de pacientes terminales de cáncer, 1 millón de pacientes que se encuentran en las etapas finales del VIH/SIDA y 800.000 pacientes con lesiones mortales causadas por accidentes o actos de violencia, además de pacientes con enfermedades crónicas, pacientes que se recuperan de intervenciones quirúrgicas, parturientas y pacientes pediátricos, sufren dolores de moderados a intensos que no se tratan o que se tratan de manera insuficiente. En total, la OMS calcula que cada año decenas de millones de personas sufren sin el tratamiento adecuado³⁵.

65. Se calcula que, de los 20 millones de personas que necesitan cuidados paliativos al final de sus vidas, aproximadamente el 80% vive en países de ingresos medianos o bajos³⁶. Según la Worldwide Palliative Care Alliance, cada año por lo menos 100 millones de personas en todo el mundo se beneficiarían de cuidados paliativos, pero menos del 8% tienen acceso a ellos. Según la Comisión

³⁵ Organización Mundial de la Salud, *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados* (Ginebra, 2011).

³⁶ Informe de la secretaria de la Organización Mundial de la Salud titulado "Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida".

sobre el Acceso Mundial al Tratamiento del Dolor y los Cuidados Paliativos, de la Iniciativa de la Universidad de Harvard en Favor de la Igualdad en el Mundo y la revista *The Lancet*, la falta de cuidados paliativos socava las iniciativas para mejorar el bienestar humano y debilita numerosas intervenciones destinadas a reducir el sufrimiento humano y fortalecer los sistemas sanitarios³⁷.

66. En muchos países, especialmente en las regiones menos desarrolladas, las posibilidades de prevenir, tratar y curar el cáncer en etapas tempranas son muy limitadas por varios factores, como la falta de diagnóstico precoz y de políticas de prevención, así como por los límites de los sistemas de salud. En muchas situaciones, los cuidados paliativos pueden ser la única opción disponible para tratar un número de casos creciente.

67. Otras sustancias sometidas a fiscalización internacional, como la metadona y la buprenorfina (un analgésico opiáceo que está sujeto a fiscalización en virtud del Convenio de 1971 y cuya utilización en las terapias de sustitución sigue aumentando), pueden ser utilizadas en el tratamiento del dolor, pero se utilizan principalmente en el tratamiento de la drogodependencia. No obstante, en algunos países su uso también es limitado, a pesar de existir una prevalencia considerable del uso indebido de heroína.

68. A pesar de la prevalencia común en todas las regiones de las afecciones mencionadas, los medicamentos para el alivio del dolor no están disponibles en cantidades suficientes, son difíciles de conseguir debido a unos procedimientos indebidamente restrictivos, y no se recetan por la falta de formación y de capacidad de los profesionales sanitarios y por el temor a la adicción, que les disuade de recetarlos.

69. En consecuencia, el dolor intenso a menudo no recibe tratamiento, si bien los profesionales médicos tienen la capacidad de aliviar ese dolor en gran medida. El dolor sin tratamiento disminuye la calidad de vida de los pacientes, sus familiares, amigos y comunidades, y puede acarrear pérdidas mayores para la sociedad³⁸.

1. Pautas mundiales de consumo de analgésicos opiáceos

³⁷F. Knaul y otros, "Closing the divide: the Harvard Global Equity Initiative-Lancet Commission on Global Access to Pain Control and Palliative Care", *The Lancet* (8 de marzo de 2015).

³⁸N.I. Cherny y otros, "The Global Opioid Policy Initiative (GOPI) project to evaluate the availability and accessibility of opioids for the management of cancer pain in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean, and the Middle East: introduction and methodology", *Annals of Oncology*, vol. 24, supl. núm. 11 (2013), págs. xi7-xi13.

a) Acceso insuficiente

70. Los datos de los que dispone la JIFE reflejan que en el período de 2011 a 2013 aumentó el nivel de consumo comunicado (en S-DDD) en comparación con el período de 2001 a 2003 (véanse los mapas 1 y 2). Más concretamente, en cuanto a la disponibilidad, se constataron progresos en América Latina y Oriente Medio. En América Latina el consumo de analgésicos opiáceos podría ser incluso mayor de lo comunicado porque la metadona (que no se incluye en el cálculo mundial de S-DDD debido a su uso prevalente en el tratamiento de sustitución de los opiáceos) se utiliza en esa región para el alivio del dolor con más frecuencia que en otras regiones. Para el tratamiento de la drogodependencia, su uso es muy reducido, ya que la prevalencia del uso indebido de heroína es relativamente baja y, por lo tanto, no son comunes los servicios de tratamiento de sustitución de opiáceos.

71. En la Federación de Rusia y en algunos países de Asia central ha habido algunas pequeñas mejoras. No obstante, la situación sigue siendo problemática en la mayor parte de África y en algunas zonas de Asia.

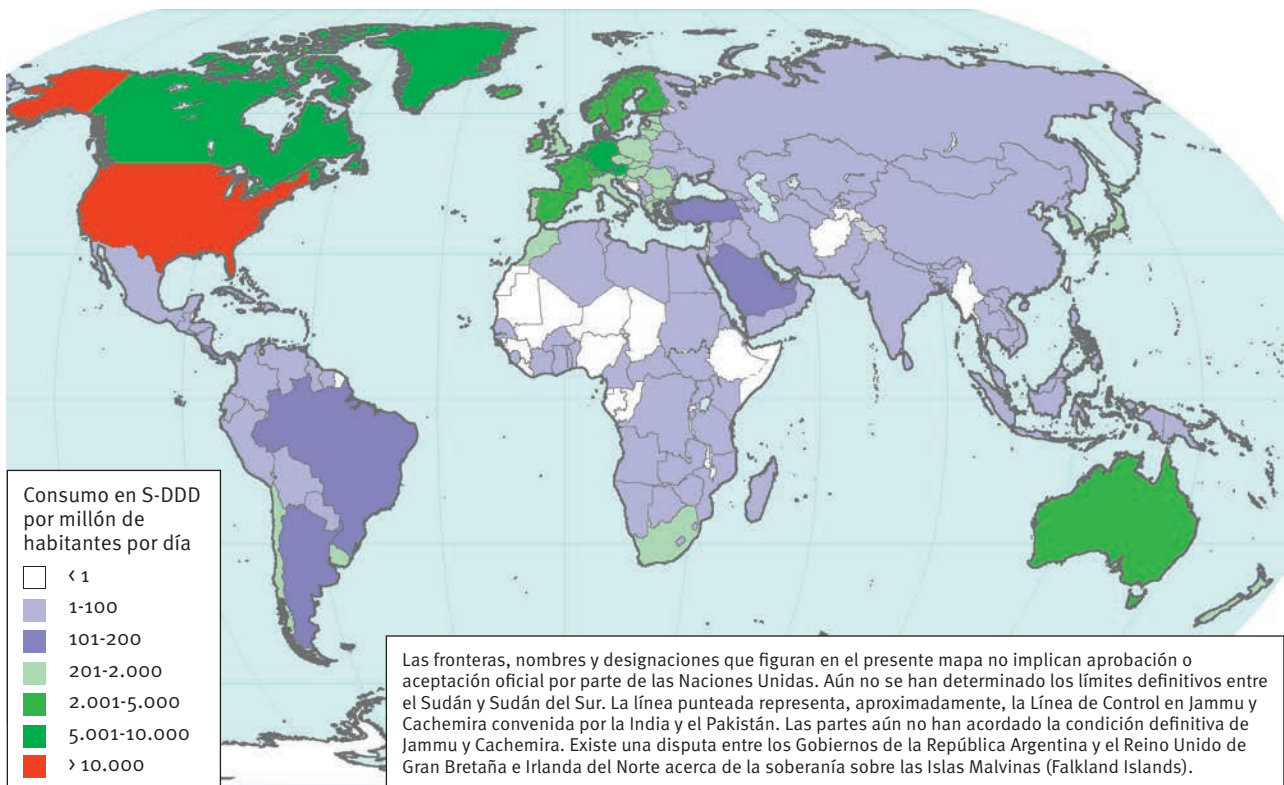
72. Los Estados Unidos, el Canadá, Australia y algunos países de Europa occidental han aumentado sus niveles de consumo a más de 10.000 S-DDD por millón de habitantes por día. En algunos de esos países se ha producido un aumento considerable del uso indebido de medicamentos de venta con receta. Los gobiernos han adoptado medidas para reducir ese abuso sin limitar el acceso a medicamentos para el alivio del dolor de las personas que los necesitan.

73. En general, se ha progresado de manera alentadora en cuanto a asegurar la disponibilidad y mejorar el acceso a los analgésicos opiáceos, pero ese objetivo sigue siendo remoto para un número considerable de países.

b) Evolución del consumo de analgésicos opiáceos a lo largo del tiempo

74. En los últimos dos decenios, el consumo mundial de analgésicos opiáceos expresado en S-DDD ha aumentado considerablemente. La tendencia a largo plazo muestra un aumento general del 618% entre el período comprendido entre 1991 y 1993 y el período comprendido entre 2011 y 2013 (véase el gráfico 5). Esa tendencia fue especialmente acusada durante los primeros años: entre el período 1991-1993 y el período 2001-2003 hubo un aumento del 240%, mientras que entre el período 2001-2003 y el período 2007-2009 el aumento fue del 84%. La tasa de crecimiento se redujo aún más, hasta el 14%, entre el período 2007-2009 y el período 2011-2013.

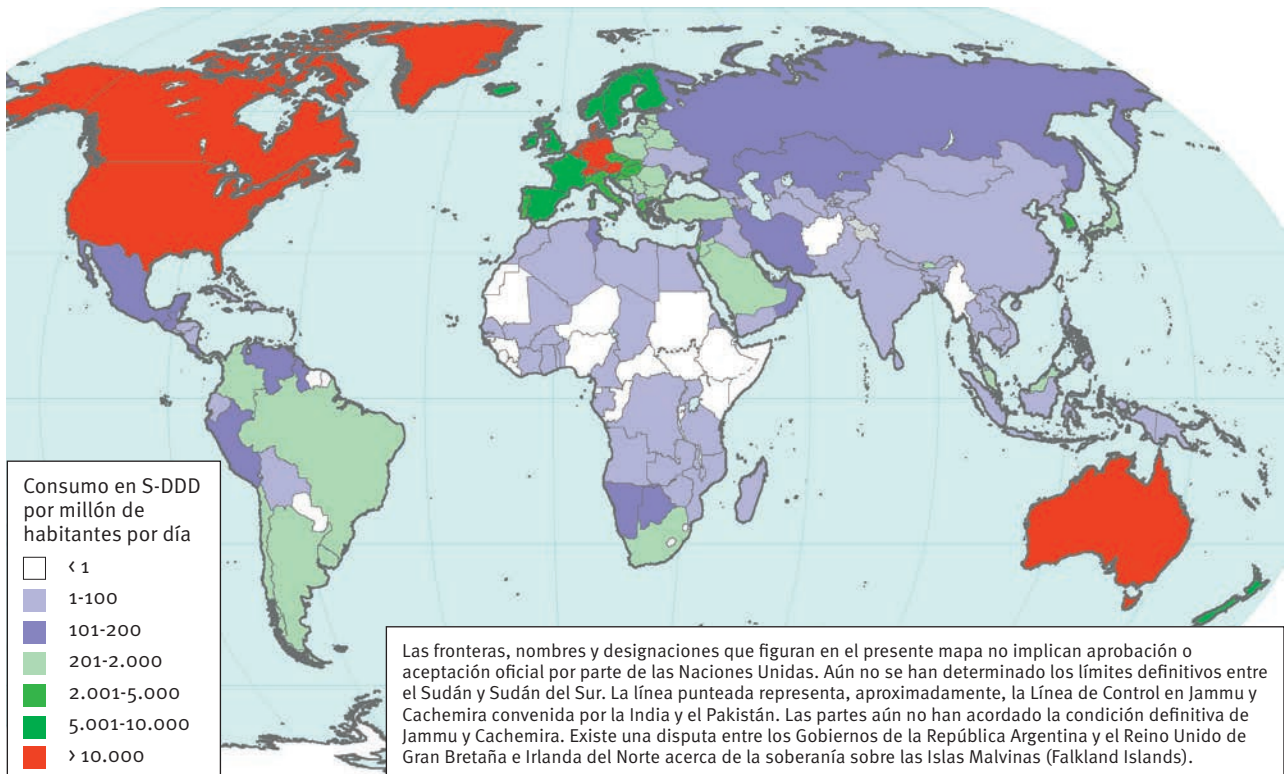
Mapa 1. Disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor (promedio del período 2001-2003)



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

Nota: Por "opioides" se entiende las siguientes sustancias: cetobemidona, codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, fentanilo, hidrocodona, hidromorfona, morfina, oxicodona, petidina, tilidina y trimeperidina.

Mapa 2. Disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor (promedio del período 2011-2013)

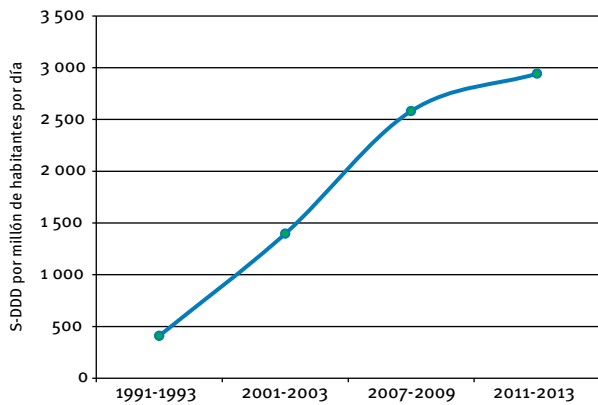


Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

Nota: Por "opioides" se entiende las siguientes sustancias: cetobemidona, codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, fentanilo, hidrocodona, hidromorfona, morfina, oxicodona, petidina, tilidina y trimeperidina.

El aumento del consumo se debe principalmente a un mayor consumo de fentanilo y, en menor medida, de morfina. El consumo mundial de codeína y petidina para el tratamiento del dolor ha disminuido.

Gráfico 5. Tendencia mundial del consumo de analgésicos opioides, promedios de 1991-1993, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

75. El crecimiento del consumo de analgésicos opioides observado desde 1991 ha sido desigual en las diferentes regiones y ha estado impulsado fundamentalmente por América del Norte, pero también por Europa y Oceanía, las tres principales regiones consumidoras (véanse los gráficos 6 a 17).

76. En Asia, la situación es variada. La mayoría de los países registró un aumento del consumo de esas sustancias durante el último decenio, aunque con tendencias diferentes en el plano subregional. En Asia oriental, sudoriental y occidental se observó un aumento moderado, mientras que en Asia meridional, cuyo nivel de consumo siguió siendo el más bajo del mundo, hubo una disminución. Esa disminución se debe probablemente al descenso considerable del consumo de analgésicos opioides en la India como consecuencia de las restricciones legislativas que se aprobaron en el pasado. Tales restricciones se han suprimido recientemente, pero hará falta algún tiempo antes de que se reduzca la brecha de consumo.

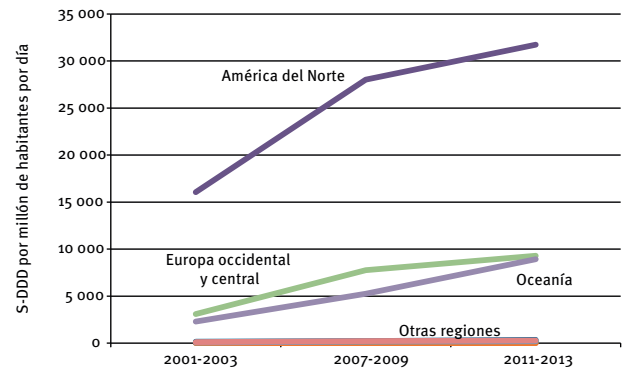
77. En África, la situación es problemática y el consumo sigue siendo muy bajo a pesar de los progresos logrados en unos pocos países. Las pautas de consumo fluctuaron considerablemente en los países con mayores niveles de consumo y en aquellos con niveles inferiores. Esto se debe probablemente a que los organismos nacionales competentes carecen de la capacidad para calcular correctamente sus necesidades nacionales.

78. En Centroamérica y el Caribe, la tendencia general muestra un aumento del consumo, pero hubo variaciones considerables entre los países. El consumo en esa subregión estaba aún por debajo del nivel considerado adecuado. En América del Sur, la mayoría de los países había aumentado su consumo entre 2011 y 2013, aunque algunos de ellos habían experimentado descensos del consumo en períodos anteriores. Los datos de esas dos subregiones, sobre todo los correspondientes a América del Sur, tienen algunas limitaciones, porque la metadona, si bien se usa en algunos países de la región como medicamento analgésico y no en tratamientos de sustitución (puesto que no es frecuente el uso indebido de la heroína en la región), está excluida del cálculo de S-DDD a nivel mundial.

79. En Europa, la tendencia general mostró un aumento, con cierta estabilización en algunos países.

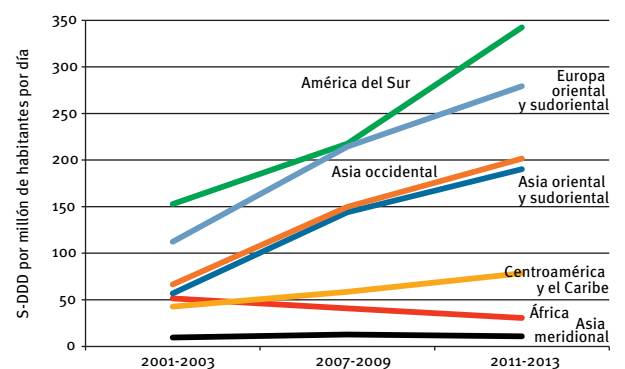
80. En Australia y Nueva Zelanda el consumo aumentó, lo que influyó en la tendencia de toda la región.

Gráfico 6. Tendencias de consumo, por región, 2001-2013



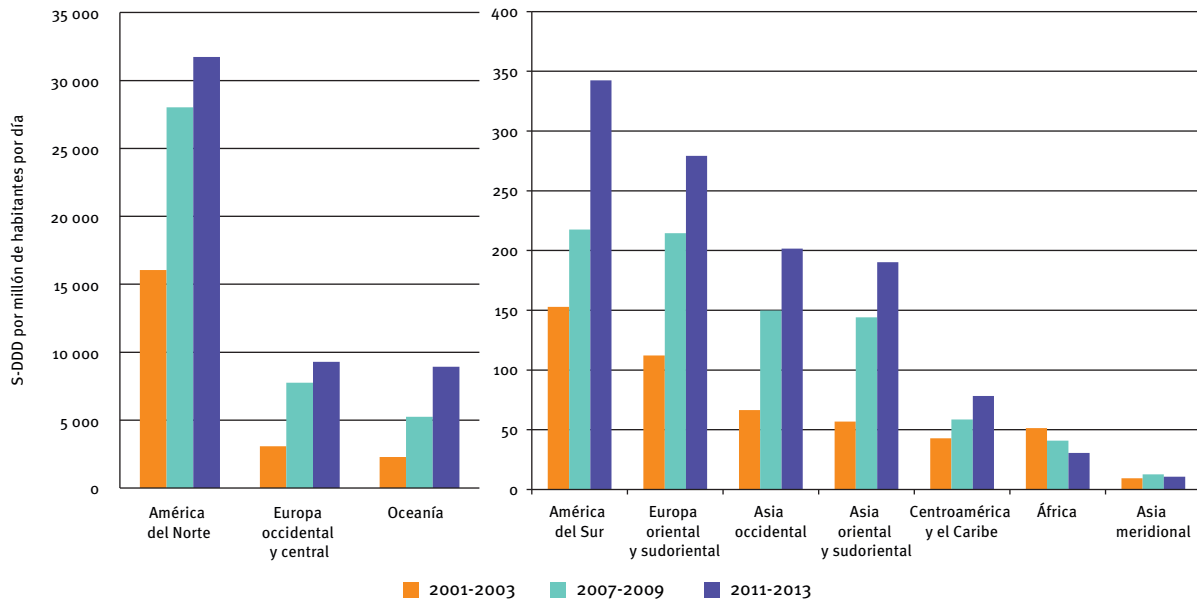
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 7. Tendencias de consumo de determinadas subregiones, 2001-2013



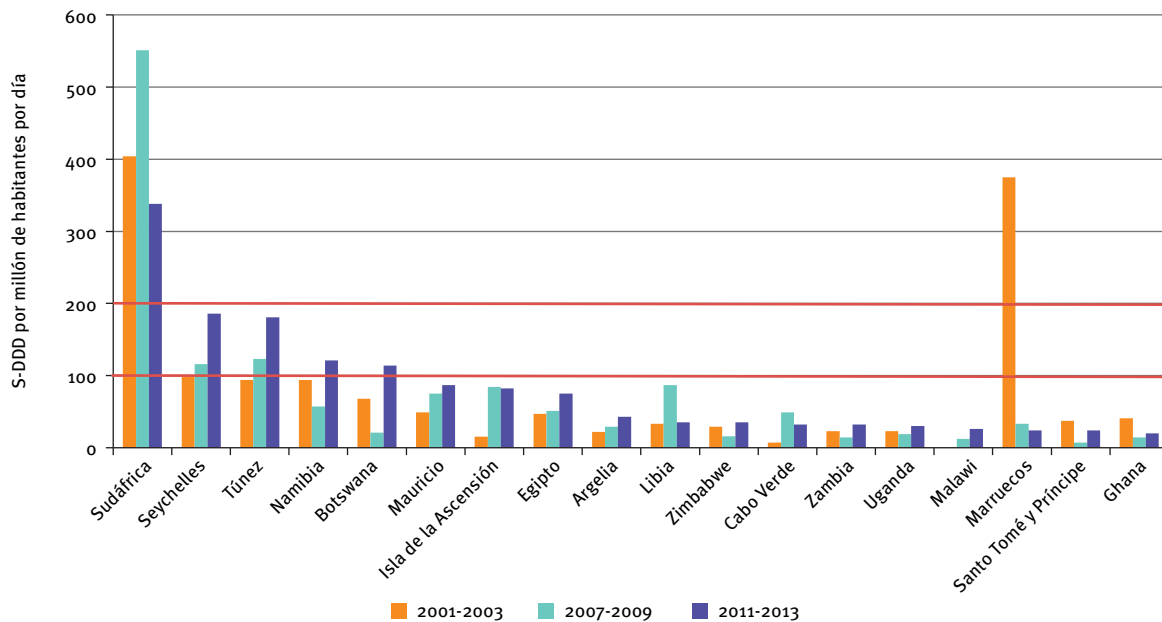
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 8. Consumo medio de analgésicos opioides, todas las regiones, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

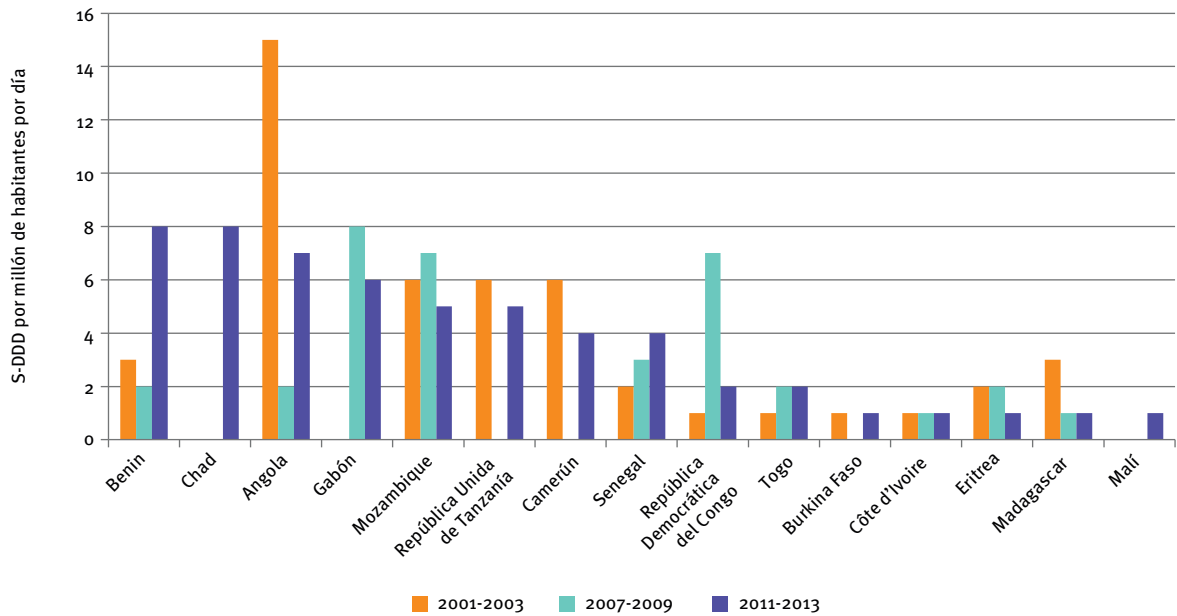
Gráfico 9. Consumo medio de analgésicos opioides en países y territorios de África con mayores niveles de consumo, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

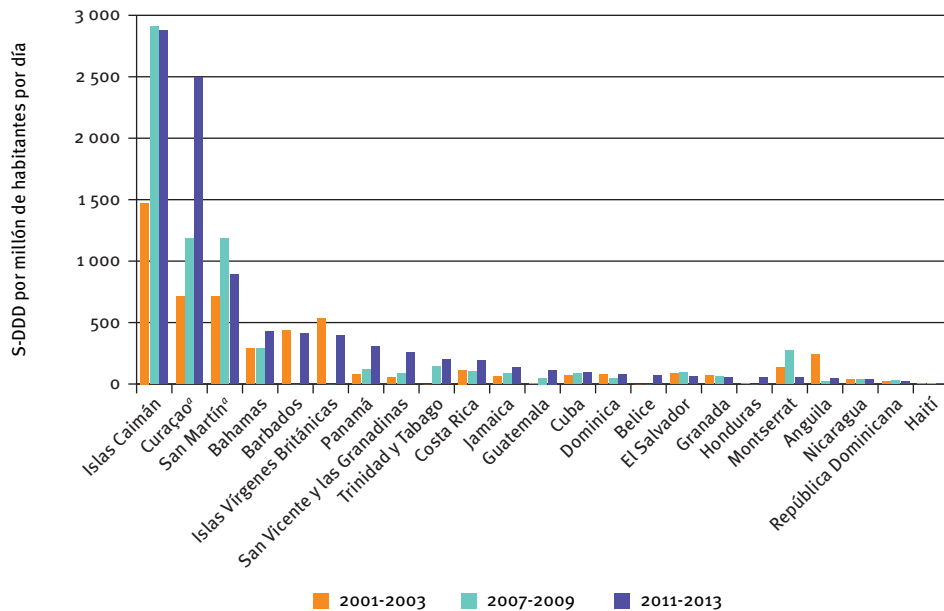
Nota: Líneas rojas: los niveles inferiores a 200 S-DDD se consideran insuficientes; los niveles inferiores a 100 S-DDD se consideran muy insuficientes. En el párrafo 46 figura más información sobre los niveles de consumo insuficientes y muy insuficientes determinados por la Junta.

Gráfico 10. Consumo medio de analgésicos opioides en países y territorios de África con menores niveles de consumo, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

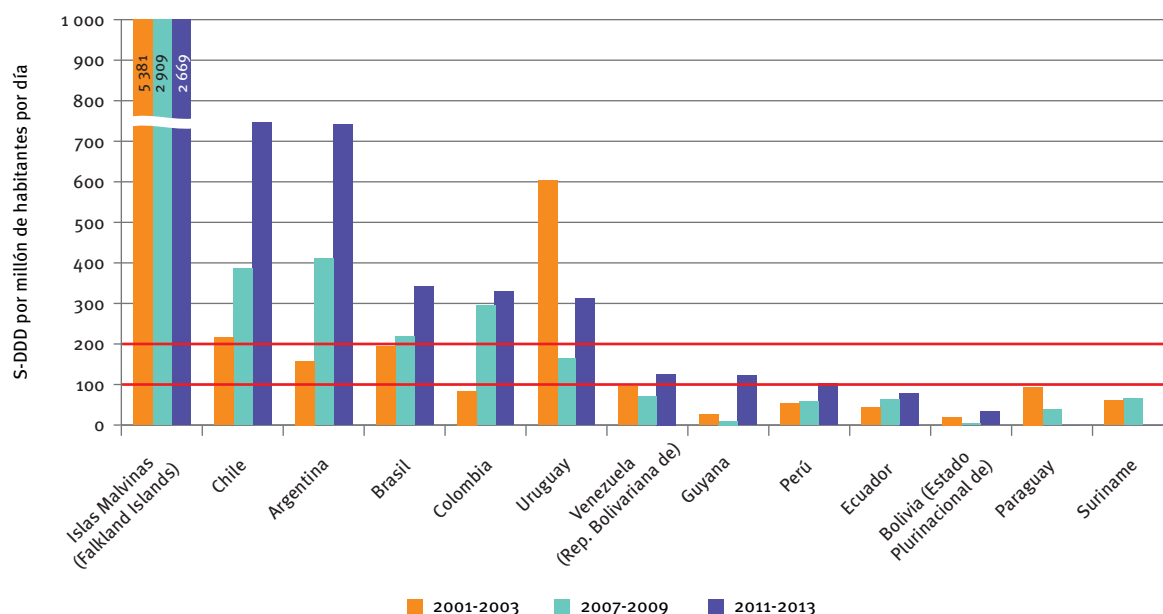
Gráfico 11. Consumo medio de analgésicos opioides en Centroamérica y el Caribe, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

^aLas Antillas Neerlandesas se disolvieron el 10 de octubre de 2010 y dieron lugar a dos entidades constitutivas nuevas, Curaçao y San Martín.

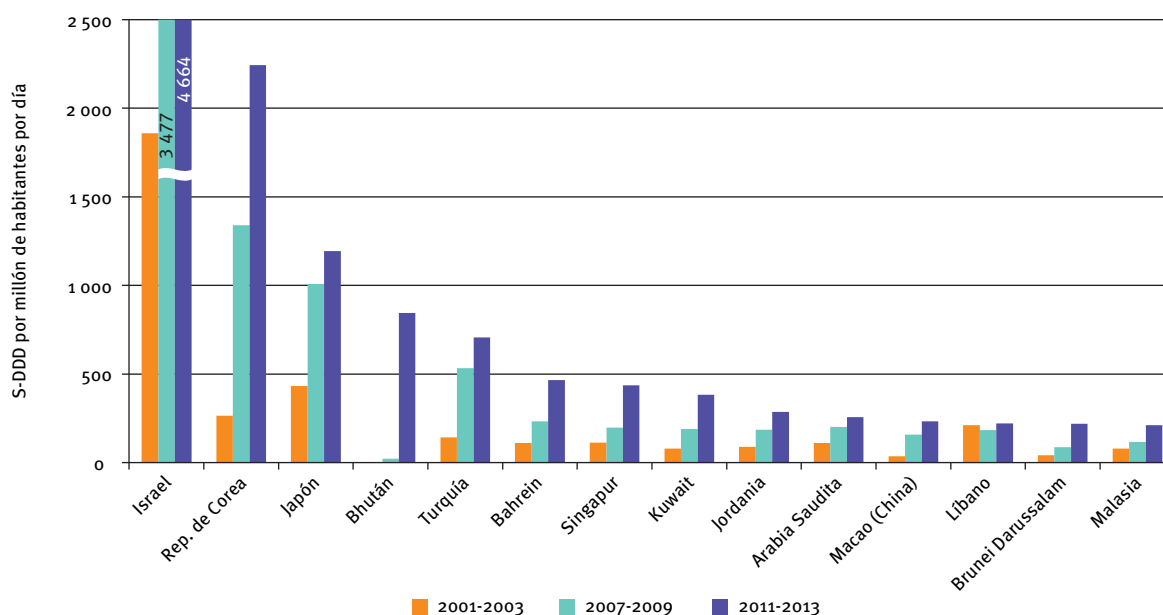
Gráfico 12. Consumo medio de analgésicos opioides en América del Sur, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

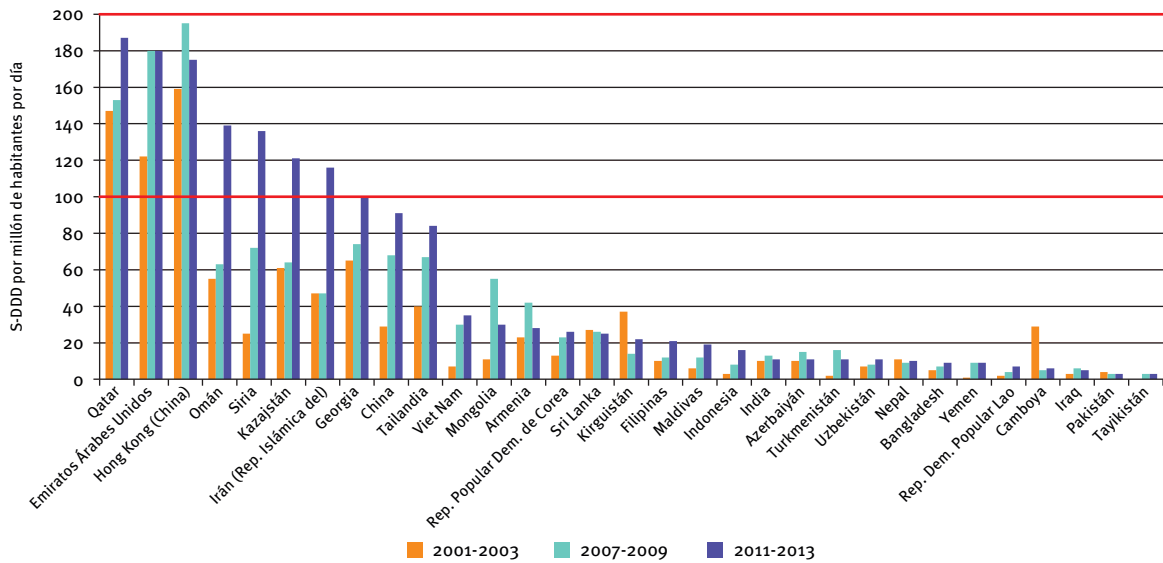
Nota: Líneas rojas: los niveles inferiores a 200 S-DDD se consideran insuficientes; los niveles inferiores a 100 S-DDD se consideran muy insuficientes. En el párrafo 46 figura más información sobre los niveles de consumo insuficientes y muy insuficientes determinados por la Junta.

Gráfico 13. Consumo medio de analgésicos opioides en países y territorios de Asia con mayores niveles de consumo, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

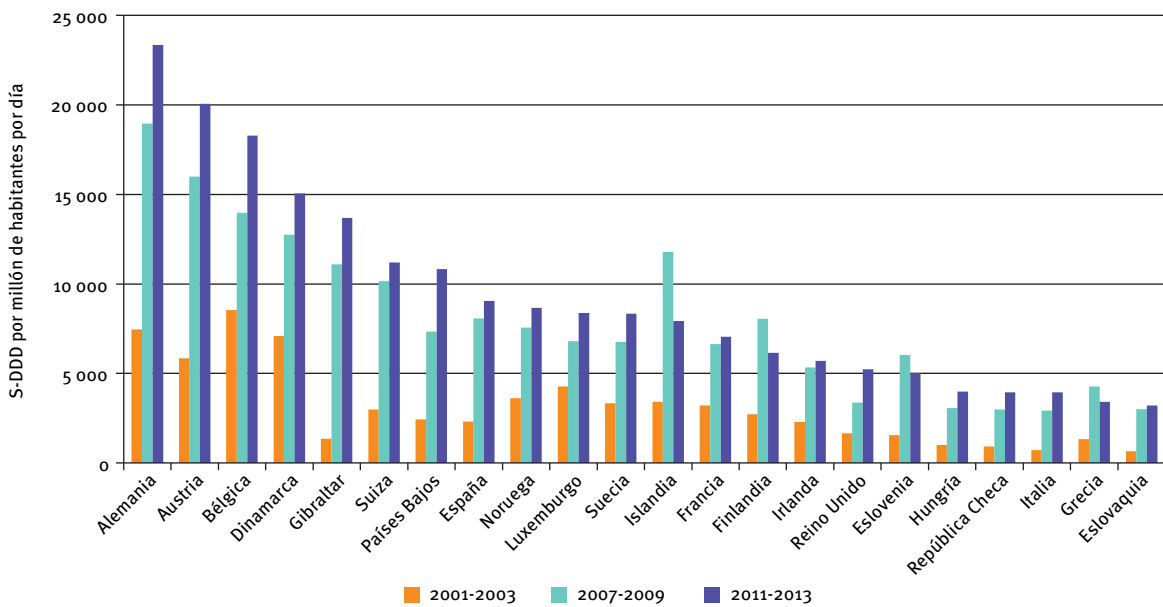
Gráfico 14. Consumo medio de analgésicos opioides en países y territorios de Asia con menores niveles de consumo, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

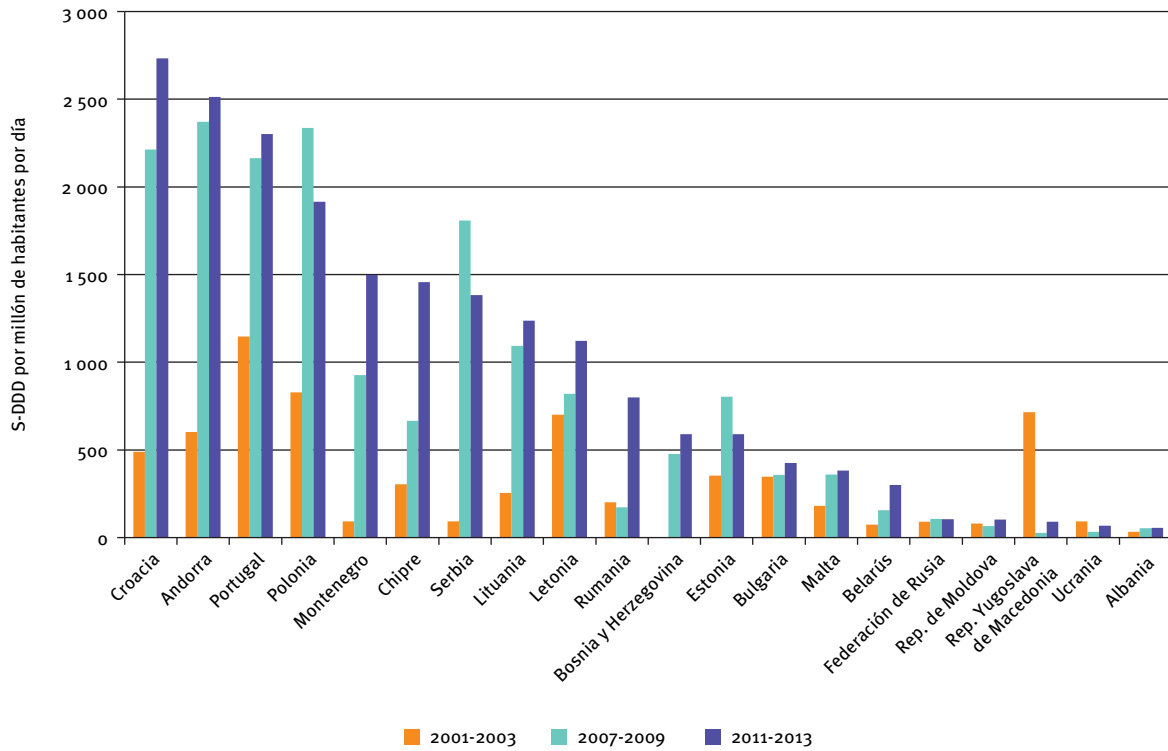
Nota: Líneas rojas: los niveles inferiores a 200 S-DDD se consideran insuficientes; los niveles inferiores a 100 S-DDD se consideran muy insuficientes. En el párrafo 46 figura más información sobre los niveles de consumo insuficientes y muy insuficientes determinados por la Junta.

Gráfico 15. Consumo medio de analgésicos opioides en países y territorios de Europa con mayores niveles de consumo, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



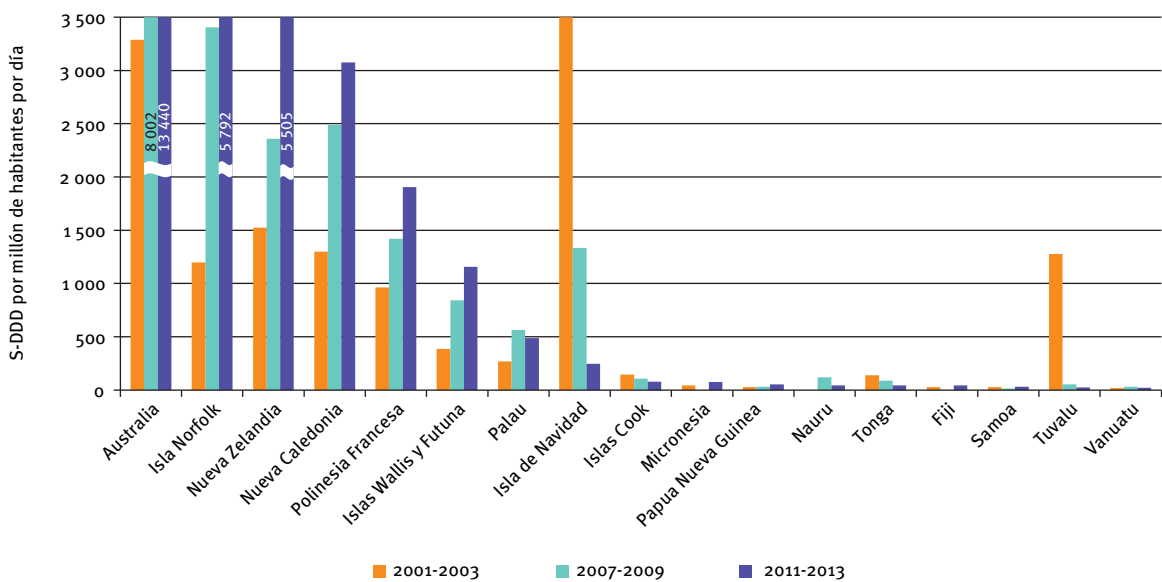
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 16. Consumo medio de analgésicos opioides en países y territorios de Europa con menores niveles de consumo, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 17. Consumo medio de analgésicos opioides en Oceanía, 2001-2003, 2007-2009 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

c) Consumo excesivo y uso indebido de medicamentos de venta con receta

81. Si bien el acceso insuficiente a los analgésicos opioides en algunas regiones es motivo de preocupación, es importante también tener en cuenta que en las regiones con niveles de consumo elevados existen cada vez más problemas de salud pública relacionados con el abuso de medicamentos de venta con receta, que en algunos países han superado a los relacionados con el abuso de drogas ilegales.

82. Muchos son los factores que contribuyen a esta tendencia, pero los principales son la disponibilidad generalizada de medicamentos de venta con receta y la percepción errónea de que son menos susceptibles de usarse indebidamente que las drogas ilícitas. El consumo de esas sustancias sin que se hayan recetado, con fines de automedicación, ha contribuido a exacerbar el problema.

83. Un análisis comparativo realizado por la UNODC³⁹ sobre el consumo de analgésicos opioides y la prevalencia de su uso indebido muestra que esta última es elevada en algunos países. Así lo han notificado países de ingresos altos⁴⁰, como Australia, el Canadá y los Estados Unidos, y países de ingresos medios-bajos, como Nigeria y el Pakistán, que tienen el consumo per cápita más bajo de opioides para fines médicos (véanse los gráficos 18 y 19)⁴¹. Según la UNODC, ello sugiere que el uso indebido de opioides de venta con receta no es necesariamente una consecuencia de hacer que los opioides sean accesibles o estén disponibles para fines médicos⁴².

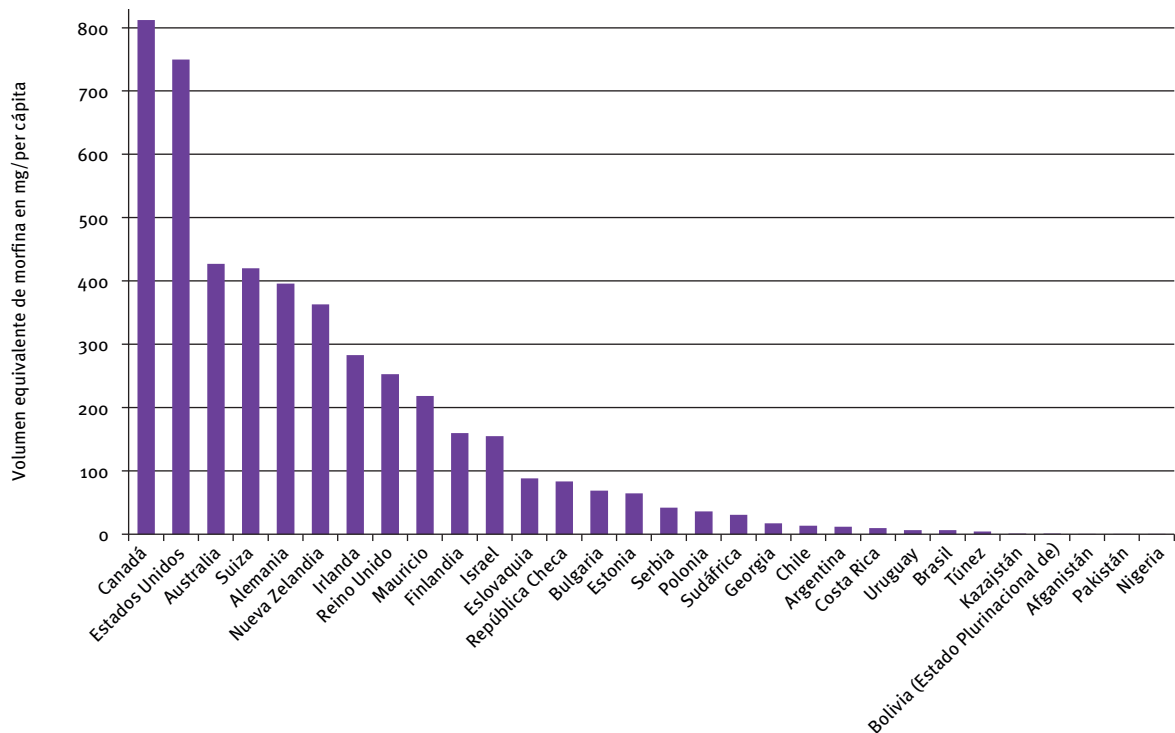
³⁹Informe Mundial sobre las Drogas 2014, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.14.XI.7.

⁴⁰Dato basado en la clasificación del Banco Mundial de niveles de ingresos y desarrollo.

⁴¹La prevalencia anual del uso indebido de opioides de venta con receta es la siguiente: Australia, el 3,1%; el Canadá, el 1%; Nigeria, el 3,6%; el Pakistán, el 1,5%; y los Estados Unidos, el 5,2%.

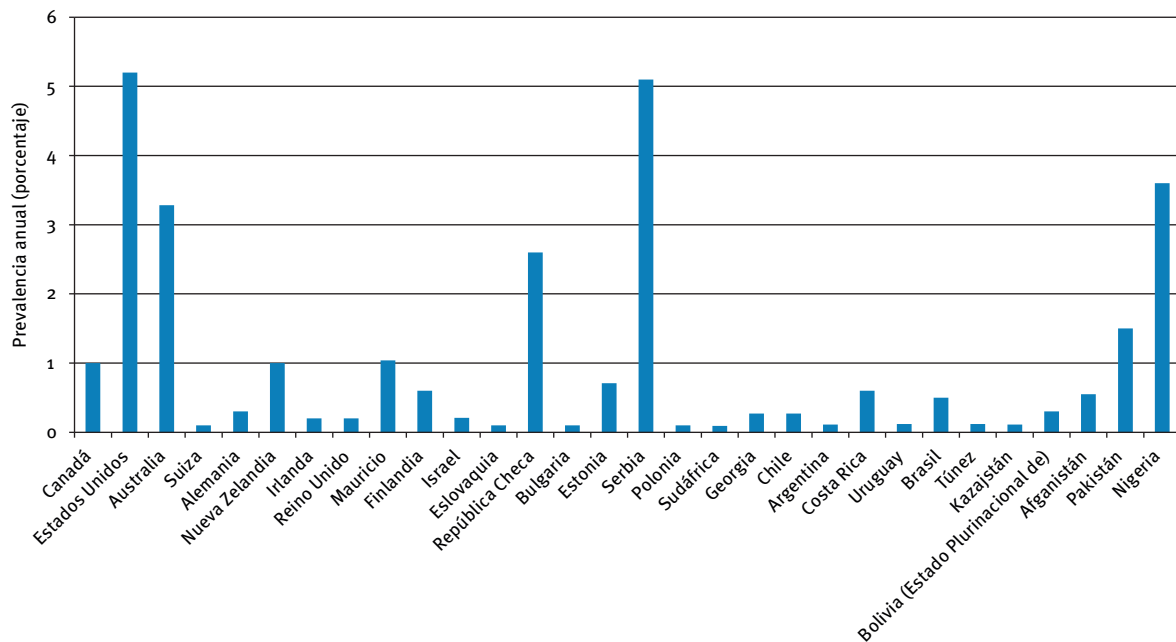
⁴²Informe Mundial sobre las Drogas 2014.

Gráfico 18. Consumo per cápita de analgésicos opioides, 2011



Fuente: UNODC.

Gráfico 19. Prevalencia del uso indebido de opioides con receta médica en la población general, 2013 o datos disponibles más recientes



Fuente: UNODC.

84. Para abordar este problema, los países deben elaborar una estrategia amplia que haga frente a las causas fundamentales del exceso de oferta de medicamentos de venta con receta, entre ellas, la prescripción excesiva por parte de los profesionales de la medicina, la obtención de recetas de varios médicos y las medidas insuficientes de control de la cumplimentación y expedición de recetas. Además, una de las principales fuentes de los medicamentos de venta con receta que se desvían de los canales lícitos con fines de uso indebido descubiertos por los funcionarios de salud pública es la presencia en los hogares de medicamentos de venta con receta que ya no se necesitan ni se utilizan con fines médicos. Los estudios sobre la prevalencia del uso indebido de medicamentos de venta con receta realizados en varios países han puesto de manifiesto que un porcentaje considerable de las personas que los usan indebidamente por primera vez los obtiene de un amigo o familiar que los había adquirido legalmente.

85. Entre las medidas que se utilizan cada vez más para abordar este problema figuran los mecanismos para garantizar la devolución y eliminación seguras de los medicamentos que poseen propiedades psicoactivas (en particular los que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas), como por ejemplo, el establecimiento de días de devolución de medicamentos de venta con receta. La puesta en marcha de esas iniciativas en muchas jurisdicciones ha tenido notables resultados y el gasto efectuado ha sido relativamente bajo.

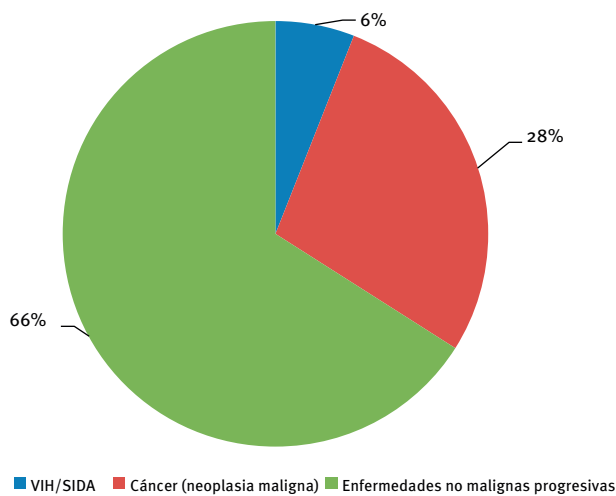
86. La importancia de esas medidas ha sido reconocida por la comunidad internacional, incluso por la Comisión de Estupefacientes. Por consiguiente, en marzo de 2013, la Comisión aprobó su resolución 56/8, sobre la promoción de iniciativas de devolución segura y adecuada de medicamentos de venta con receta para su eliminación, en particular de los que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional.

87. En esa resolución, la Comisión alentó a los Estados a que consideraran la posibilidad de adoptar distintas medidas para hacer frente al uso indebido de medicamentos de venta con receta, en cooperación con diversos interesados, como los funcionarios de salud pública, los farmacéuticos, los fabricantes y distribuidores de productos farmacéuticos, los médicos, las asociaciones de protección del consumidor y los organismos encargados de hacer cumplir la ley, para promover una mayor conciencia respecto de los riesgos vinculados al consumo no terapéutico de medicamentos de venta con receta, en particular de los que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

d) El consumo de analgésicos opioides y la necesidad de cuidados paliativos

88. Las pautas de consumo de analgésicos opioides expresadas en S-DDD o en miligramos per cápita muestran únicamente ciertos aspectos del problema. A fin de determinar si el nivel de consumo es apropiado, es

Gráfico 20. Fallecimientos por enfermedades cuyo tratamiento requiere cuidados paliativos, por clase de enfermedad, 2011



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

importante medirlo en relación con la prevalencia de las afecciones que requieren cuidados paliativos, entre las que se encuentra no solo el cáncer, sino también otras dolencias. Hay que señalar, además, que si bien el consumo se concentra en unos pocos países, la prevalencia de las afecciones cuyo tratamiento requiere el consumo de analgésicos opioides es mucho más generalizada.

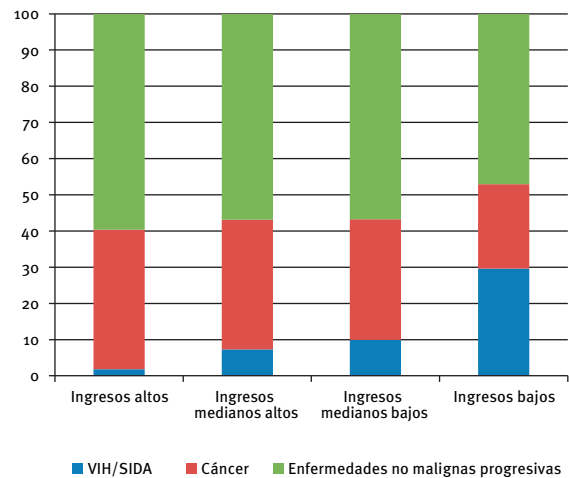
89. La información reunida en el atlas mundial de los cuidados paliativos al final de la vida (*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*)⁴³, preparado por la OMS y la Worldwide Palliative Care Alliance, indica que puede atribuirse al cáncer el 28% de los fallecimientos de adultos por enfermedades cuyo tratamiento requiere cuidados paliativos. La mayoría de los fallecimientos de esta índole (el 66%) se deben a enfermedades no malignas progresivas⁴⁴. El 6% restante se debe al sida (véase el gráfico 20).

90. En todos los países, excepto en los de bajos ingresos, la proporción de adultos que necesitan cuidados paliativos para el tratamiento del cáncer se mantiene relativamente constante y oscila entre un 33% y un 38%; esa proporción disminuye a cerca de un 23% en los países de

⁴³ Organización Mundial de la Salud y Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

⁴⁴ Se consideran enfermedades no malignas progresivas de adultos la enfermedad de Alzheimer y otras clases de demencia, las enfermedades cardiovasculares (excluidos los fallecimientos repentinos), las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, la cirrosis hepática, la *Diabetes mellitus*, la esclerosis múltiple, las enfermedades renales, la enfermedad de Parkinson, la artritis reumatoide y la tuberculosis (solo la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis ultrarresistente).

Gráfico 21. Distribución de adultos que necesitan cuidados paliativos al final de la vida por grupo de ingresos y por categoría de enfermedad, 2011



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

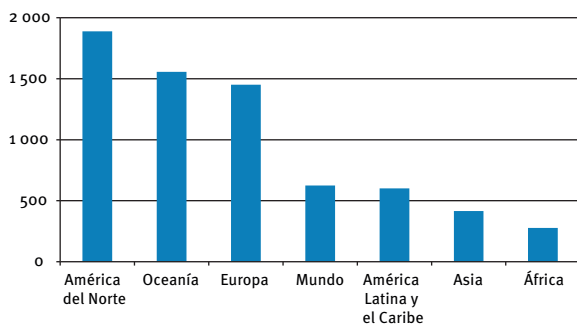
bajos ingresos (véase el gráfico 21). En todas las regiones las enfermedades no malignas progresivas siguen representando la mayoría de los casos. Los cuidados paliativos para el tratamiento del sida representan una tercera parte de los casos que requieren esos cuidados en los países de bajos ingresos, pero siguen suponiendo menos del 10% en los países de ingresos más altos.

91. La información más reciente facilitada por el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, el organismo especializado de la OMS de investigaciones sobre el cáncer, muestra que en 2012 la carga mundial que supuso el cáncer ascendió a 14,1 millones de casos nuevos y 8,2 millones de fallecimientos, en comparación con los 12,7 millones de casos nuevos y los 7,6 millones de fallecimientos registrados en 2008. Las estimaciones de la prevalencia para 2012 indican que había 32,6 millones de personas vivas de más de 15 años de edad a las que se había diagnosticado cáncer en los cinco años anteriores (véase el gráfico 22). Según las proyecciones basadas en las estimaciones que presentó el proyecto GLOBOCAN para 2012, se producirá un aumento importante de los casos de cáncer nuevos, que alcanzarán los 19,3 millones por año hasta el año 2025, debido al crecimiento y envejecimiento previstos de la población mundial.

92. En 2012 más de la mitad de todos los casos de cáncer (el 56,8%) y de los fallecimientos causados por el cáncer (el 64,9%) tuvieron lugar en regiones menos desarrolladas del mundo. Esas proporciones seguirán aumentando hasta el año 2025. El cáncer se presenta a menudo como una enfermedad de poblaciones acaudaladas o desarrolladas. En

realidad, más del 70% de los fallecimientos por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medianos. De no adoptarse medidas sostenidas, se prevé que la incidencia del cáncer seguirá aumentando en los países de ingresos bajos y medianos hasta el año 2030. El cáncer afecta a países de todo el mundo, pero se ven particularmente afectados los países que carecen de una infraestructura sanitaria que les permita hacer frente al número cada vez mayor de personas que padecen la enfermedad.

Gráfico 22. Prevalencia de los diagnósticos de cáncer durante los cinco años anteriores, por 100.000 habitantes, 2012



Fuente: Base de datos de GLOBOCAN.

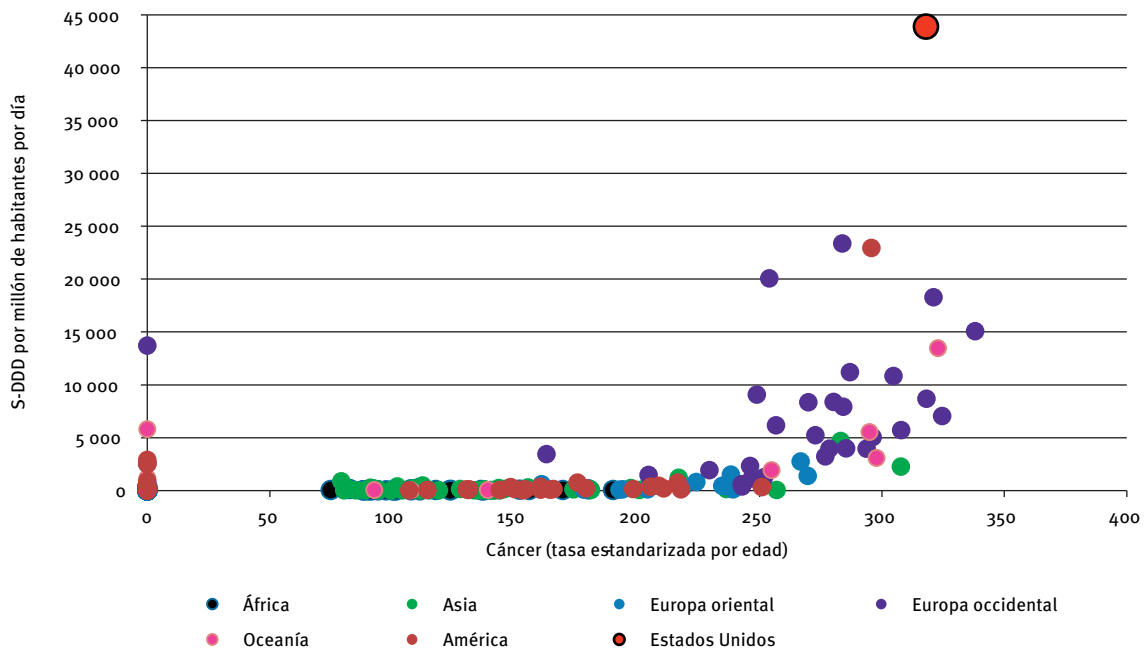
93. En los países de ingresos bajos y medianos con capacidades limitadas de prevención y detección temprana del cáncer, la enfermedad suele descubrirse cuando se encuentra en un estado avanzado. Llegado ese momento, no son muchas las opciones de tratamiento de que se dispone y se requieren cuidados paliativos. Por

ello, los analgésicos opioides para el tratamiento del cáncer son indispensables en esos países.

94. Si se sitúa en un gráfico el nivel de consumo de analgésicos opioides y se contraponen a la tasa de cáncer estandarizada por edad⁴⁵, se confirma el desequilibrio mundial del consumo de esas sustancias, con unos niveles elevados de consumo en los Estados Unidos, el Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Europa occidental y la correspondiente tasa alta de cáncer estandarizada por edad. Resulta difícil establecer una comparación mundial debido a que la mayoría de los países aparecen agrupados en los niveles inferiores como consecuencia del elevado nivel de consumo en unos pocos países (véase el gráfico 23). Examinando detalladamente las pautas de cada región es posible formarse una idea más acertada de las variaciones mundiales.

⁴⁵ En el proyecto GLOBOCAN se presentan los datos sobre el cáncer utilizando una tasa estandarizada por edad. La tasa estandarizada por edad es una medición resumida de la tasa que tendría una determinada población si tuviera una estructura de edad estándar. La estandarización es necesaria cuando se comparan varias poblaciones que difieren en cuanto a edad, porque la edad influye notablemente en el riesgo de padecer cáncer. La tasa estandarizada por edad es una media ponderada de las tasas que corresponden a cada edad; la ponderación se obtiene de la distribución de la población estándar. La población estándar que se utiliza más frecuentemente es la Población Estándar Mundial. La incidencia estimada o la tasa de mortalidad pasa entonces a denominarse incidencia o tasa de mortalidad estandarizada por edad (a nivel mundial) y se expresa por 100.000 personas. La tasa estandarizada por edad se calcula empleando diez grupos de edad (de 0 a 14; de 15 a 39; de 40 a 44; de 45 a 49; de 50 a 54; de 55 a 59; de 60 a 64; de 65 a 69; de 70 a 74 y de más de 75). El resultado puede ser ligeramente diferente al que se hubiera obtenido si los mismos datos se hubieran agrupado en los tramos de edad tradicionales de cinco años.

Gráfico 23. Relación entre la incidencia del cáncer (2012) y el consumo de estupeficientes (2011-2013)



Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

95. Hay una importante brecha en la región de América del Norte entre México, por una parte, y los Estados Unidos y el Canadá, por otra (véase el gráfico 24).

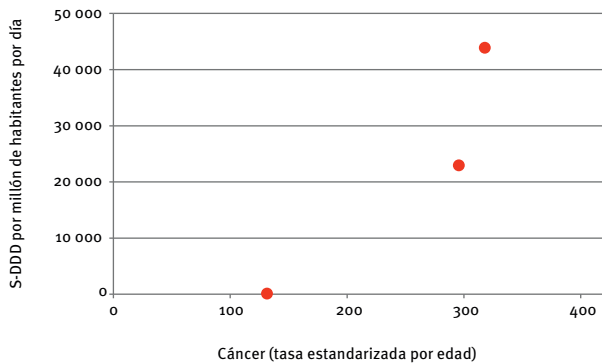
96. En Centroamérica, América del Sur y el Caribe, la distribución de los países parece indicar que el consumo de analgésicos opioides ha aumentado en los países sudamericanos y que ello es consecuencia de una tasa creciente de cáncer (véase el gráfico 25). En Centroamérica y el Caribe hay países con tasas relativamente altas de cáncer, pese a lo cual su consumo de estupefacientes con fines de cuidados paliativos está por debajo del nivel adecuado.

97. En África parece haber una concentración de países con una tasa de cáncer estandarizada por edad de 100, y un número de países que la superan, mientras que el

consumo de analgésicos opioides se mantiene muy por debajo del nivel de 200 S-DDD por millón de habitantes por día (véase el gráfico 26).

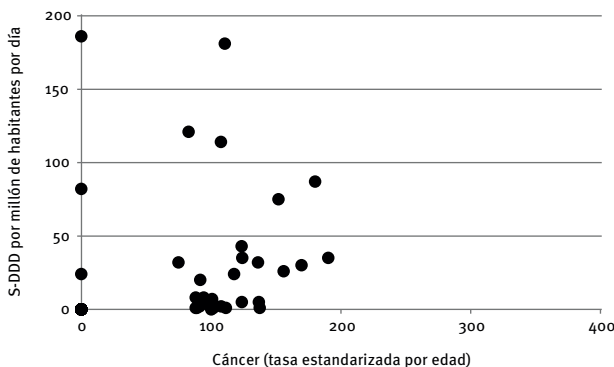
98. En Asia el nivel de consumo en S-DDD por millón de habitantes por día es más elevado, pero ello corresponde a unas tasas de cáncer más elevadas. En Europa occidental el consumo es elevado y parece concordar con el nivel de prevalencia del cáncer. En Europa oriental y sudoriental las tasas de cáncer son similares a las de Europa occidental, pero el nivel de consumo de medicamentos para el alivio del dolor es considerablemente inferior. En Australia y Nueva Zelandia se registran niveles muy elevados de consumo, mientras que en otros países más pequeños de Oceanía se registran niveles mucho más bajos (véanse los gráficos 27 a 30).

Gráfico 24. Relación entre la tasa de cáncer estandarizada por edad (2012) y el consumo de estupefacientes (2011-2013), América del Norte



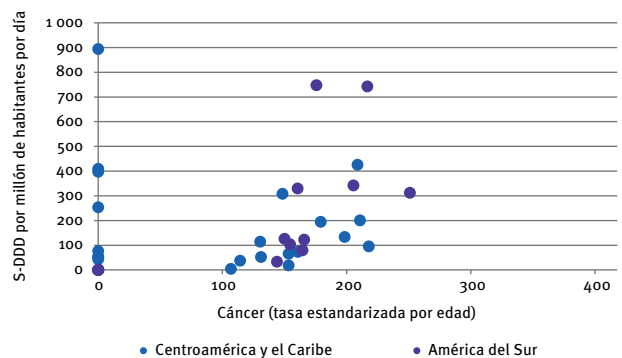
Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 26. Relación entre la incidencia del cáncer (2012) y el consumo de estupefacientes (2011-2013), África



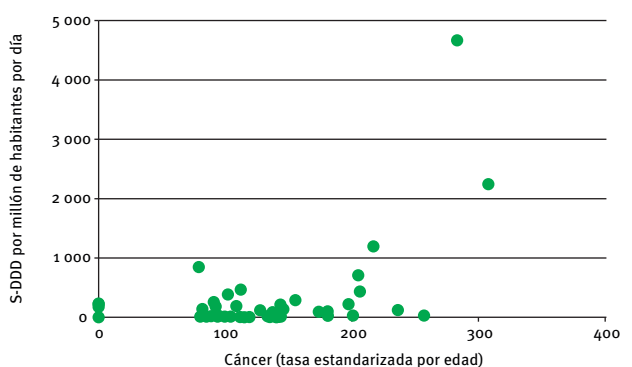
Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 25. Relación entre la tasa de cáncer estandarizada por edad (2012) y el consumo de estupefacientes (2011-2013), Centroamérica, América del Sur y el Caribe



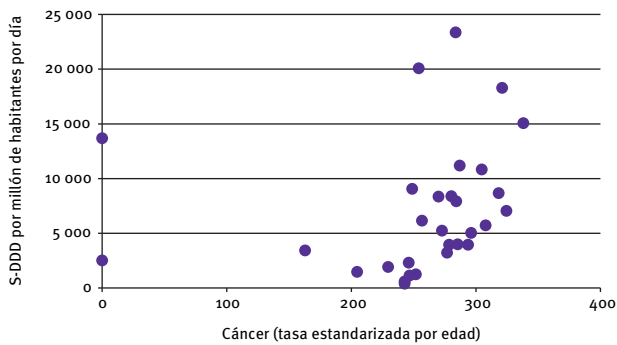
Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 27. Relación entre la incidencia del cáncer (2012) y el consumo de estupefacientes (2011-2013), Asia



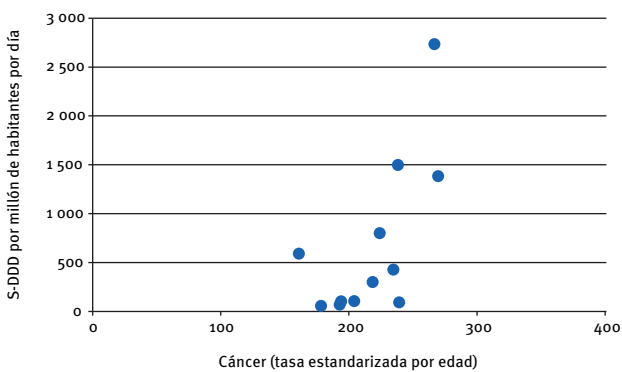
Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 28. Relación entre la incidencia del cáncer (2012) y el consumo de estupeficientes (2011-2013), Europa occidental



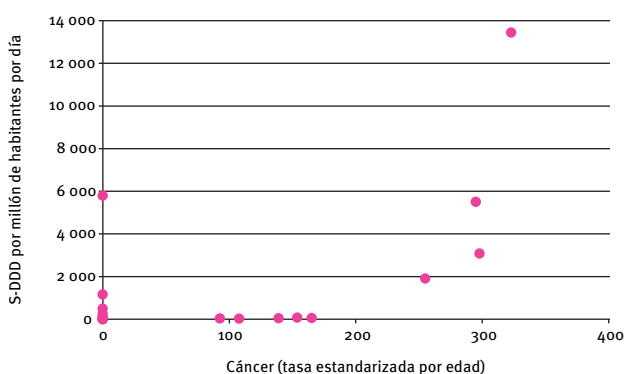
Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

Gráfico 29. Relación entre la incidencia del cáncer (2012) y el consumo de estupeficientes (2011-2013), Europa oriental y sudoriental



Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

Gráfico 30. Relación entre la incidencia del cáncer (2012) y el consumo de estupeficientes (2011-2013), Oceanía



Fuente: Base de datos de GLOBOCAN y Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

99. También en el caso del sida se requieren cuidados paliativos. Una comparación entre las diversas regiones de la OMS que aparecen en el *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* muestra que el porcentaje de adultos que necesitan cuidados paliativos en relación con el sida es mayor en los países de bajos ingresos (particularmente en África) que en países de otros grupos de ingresos. El mayor acceso a la terapia con medicamentos antirretrovirales y la incidencia menor de la infección por el VIH han llevado a un pronunciado descenso mundial del número de adultos y niños que fallecen por causas relacionadas con el VIH. El descenso de la mortalidad relacionada con el VIH es especialmente evidente en las regiones con la mayor carga de infecciones por VIH, incluida la región de África, que albergó a cerca de tres de cada cuatro personas que fallecieron por causas relacionadas con el VIH en 2013. Sin embargo, la prevalencia del VIH y el sida sigue siendo elevada en países de bajos ingresos, y la disponibilidad de la terapia con medicamentos antirretrovirales es aún limitada, pese a los esfuerzos realizados por el ONUSIDA y la comunidad internacional más amplia. La disponibilidad inadecuada de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor relacionado con el sida es un problema importante para un porcentaje incluso mayor de la población de países de bajos ingresos.

100. Al comparar la cifra estimada de fallecimientos causados por el sida en 2013⁴⁶ con el nivel de consumo de analgésicos opioides, expresado en S-DDD por millón de habitantes por día, se observa que los países con el número más elevado de fallecimientos y los niveles más bajos de consumo fueron los de África subsahariana y Asia (véase el cuadro 1). Nigeria, país en que se estimó en 210.000 el número de fallecimientos por sida en 2013, no comunicó a la JIFE consumo alguno de analgésicos opioides. En la India se estimó en 130.000 el número de fallecimientos por sida y solo se registraron 11 S-DDD por millón de habitantes por día. En Mozambique, con solo 5 S-DDD por millón de habitantes por día, se estimó en 82.000 el número de fallecimientos en 2013. En la República Unida de Tanzania se registró el mismo nivel de S-DDD y se estimó en 78.000 el número de fallecimientos. En Zimbabwe se estimó en 64.000 el número de fallecimientos y solo se llegó a 35 S-DDD. En Uganda se registraron únicamente 30 S-DDD y se estimó en 63.000 el número de fallecimientos relacionados con el sida. En Sudáfrica se registraron 338 S-DDD, pero se estimó en 200.000 el número de fallecimientos relacionados con el sida.

⁴⁶Organización Mundial de la Salud, Observatorio Mundial de la Salud.

Cuadro 1. Número estimado de fallecimientos por sida (2013) comparado con el nivel de consumo de analgésicos opioides (2011-2013)

País	Número estimado de fallecimientos por sida en 2013	S-DDD por millón de habitantes por día (2011-2013)
Nigeria	210 000	0
Sudáfrica	200 000	338
India	130 000	11
Mozambique	82 000	5
República Unida de Tanzania	78 000	5
Zimbabwe	64 000	35
Uganda	63 000	30
Kenya	58 000	0
Malawi	48 000	26
Etiopía	45 000	0
Camerún	44 000	4
República Democrática del Congo	30 000	2
Indonesia	29 000	16
Côte d'Ivoire	28 000	1
Zambia	27 000	32

Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

101. Aun cuando el cuadro que figura más arriba confirma que el sida es la principal afección que requiere cuidados paliativos, las enfermedades clasificadas como no malignas progresivas son las principales razones a las que obedece la demanda de cuidados paliativos en todas las regiones. Sin embargo, no se dispone de tasas de prevalencia fidedignas para estas enfermedades a nivel mundial, lo que impide compararlas con los niveles de consumo de analgésicos opioides.

e) El consumo de analgésicos opioides y el nivel de desarrollo de los cuidados paliativos

102. Un importante aspecto de la disponibilidad de analgésicos opioides es la capacidad de los sistemas sanitarios de recetar y distribuir esas sustancias mediante

servicios de cuidados paliativos apropiados. En el *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, la OMS y la Worldwide Palliative Care Alliance han clasificado a los países en seis categorías atendiendo al desarrollo del nivel de servicios de cuidados paliativos, a saber:

- nivel 1: no se conoce actividad;
- nivel 2: actividad de creación de capacidad;
- nivel 3a: se prestan servicios de manera aislada;
- nivel 3b: se prestan servicios de manera generalizada;
- nivel 4a: integración preliminar en el sistema de salud;
- nivel 4b: integración avanzada en el sistema de salud.

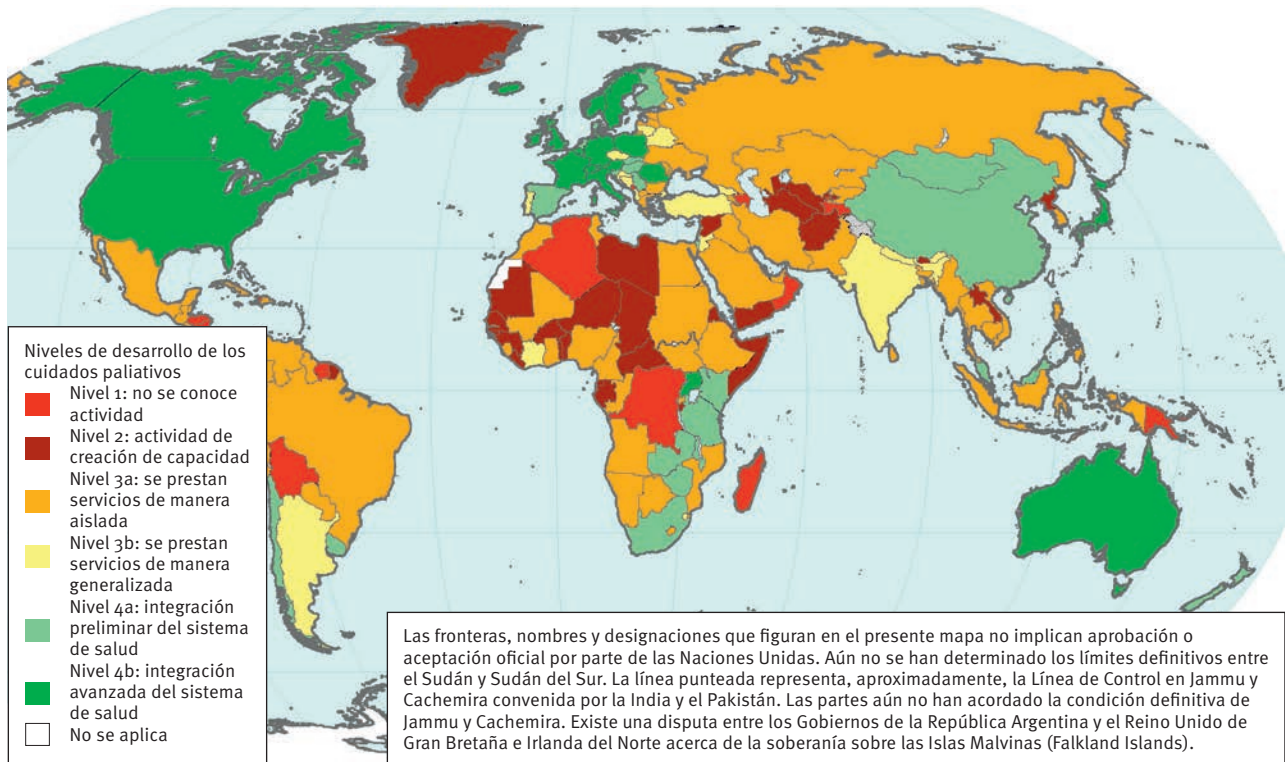
103. Si se examina el mapa en el que se ilustran los diferentes niveles de servicios de cuidados paliativos (mapa 3) y se compara con el mapa en el que se ilustran los niveles de consumo de analgésicos expresado en S-DDD (véase el mapa 4), puede advertirse que, aun cuando generalmente existe una correlación directa positiva entre niveles elevados de consumo y niveles elevados de desarrollo de los servicios de cuidados paliativos, hay algunas incongruencias.

104. En África oriental y meridional, por ejemplo, hay un número de países que se encuentran en el nivel 4a (Kenya, Malawi, República Unida de Tanzania, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe) o en el nivel 4b (Uganda), pero en todos esos países (excepto Sudáfrica) el consumo comunicado de analgésicos opioides es bastante bajo.

105. En América del Sur, con excepción de Chile y el Uruguay (que se considera que están en el nivel 4a) y de la Argentina (clasificada en el nivel 3b) la mayoría de los países se encuentran en el nivel 3a (el Brasil, Colombia, el Ecuador, Guyana, el Paraguay y el Perú) o en el nivel 2 (Bolivia (Estado Plurinacional de) y Suriname). Sin embargo, los niveles de consumo son relativamente elevados en la región. La incongruencia aparente con el nivel de servicios de cuidados paliativos puede ser una indicación de que el consumo es elevado pero se concentra en áreas limitadas o privilegiadas.

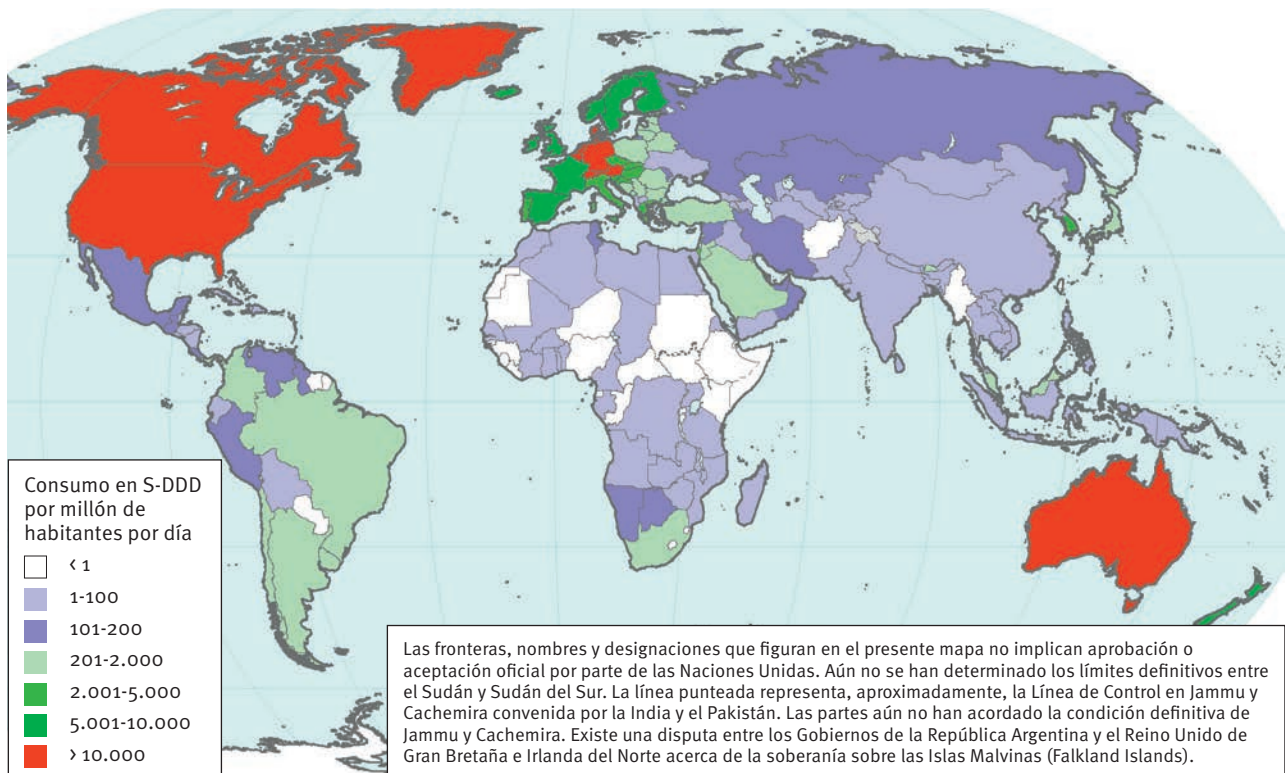
106. El desarrollo de los servicios de cuidados paliativos es importante para garantizar que, cuando se disponga de analgésicos opioides, estos puedan recetarse de manera eficiente y racional.

Mapa 3. Niveles mundiales de cuidados paliativos, 2014



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

Mapa 4. Consumo de opiáceos para el tratamiento del dolor, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Nota: Por "opiáceos" se entiende las siguientes sustancias: cetobemidona, codeína, dextropropoxifeno, dihidrocodeína, fentanilo, hidrocodona, hidromorфона, morfina, oxicodona, petidina, tilidina y trimeperidina.

C. Impedimentos a la disponibilidad de estupefacientes

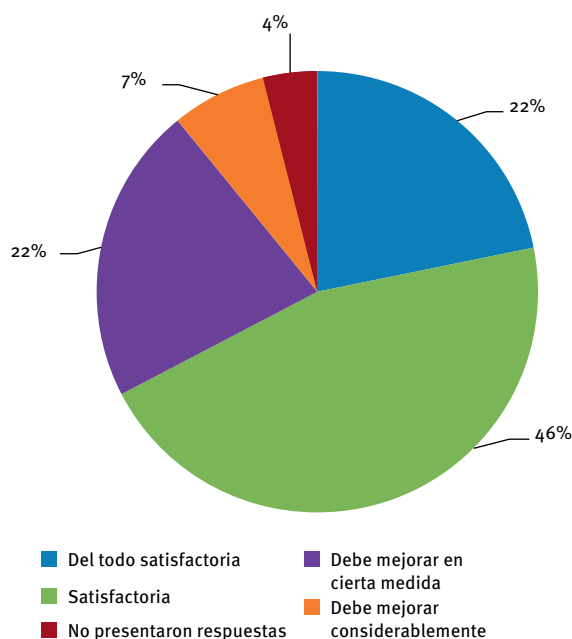
107. En 2014 la JIFE llevó a cabo un estudio en el que solicitó a los países que proporcionaran información sobre políticas y prácticas a nivel nacional para aplicar las disposiciones de la Convención de 1961 con miras a garantizar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos. La Junta recibió respuestas de 107 países. En los párrafos que figuran a continuación se analizan esas respuestas, con particular hincapié en los impedimentos a la disponibilidad de estupefacientes que detectaron las autoridades nacionales competentes⁴⁷.

108. El análisis de las respuestas indica que en años recientes los Estados Miembros han adoptado medidas encaminadas a mejorar la disponibilidad de estupefacientes. Es probable que ello haya contribuido al aumento del consumo de analgésicos opioides, expresado en S-DDD por millón de habitantes por día, que se comunicó anteriormente. Las respuestas al estudio muestran que en un gran número de países en los que se está prestando atención a la cuestión de la disponibilidad y se han adoptado medidas para superar impedimentos legislativos, administrativos y de otra índole ha aumentado el acceso a los estupefacientes para fines médicos y ha mejorado la calidad de vida de las personas que necesitan cuidados paliativos.

109. Esta conclusión se desprende de un análisis de las pautas de consumo examinadas en capítulos anteriores, pero también se deriva de la autoevaluación realizada por algunos países de su actuación en lo que respecta a la disponibilidad de estupefacientes. Como se muestra en el gráfico 31, dos terceras partes de los países consideran que su situación es satisfactoria o del todo satisfactoria (el 46% y el 22%, respectivamente), mientras que otros países indicaron que su situación debía mejorar en cierta medida (el 22%) o debía mejorar considerablemente (el 7%) o debía mejorar considerablemente (el 4%).

(el 7%). Resulta evidente que hay que cotejar esas autoevaluaciones con la situación real, pero, con todo, arrojan luz sobre la percepción que los países tienen de su propia actuación y, por consiguiente, sobre si están estudiando o no la posibilidad de adoptar medidas.

Gráfico 31. Disponibilidad de estupefacientes, evaluada por los propios países, 2014

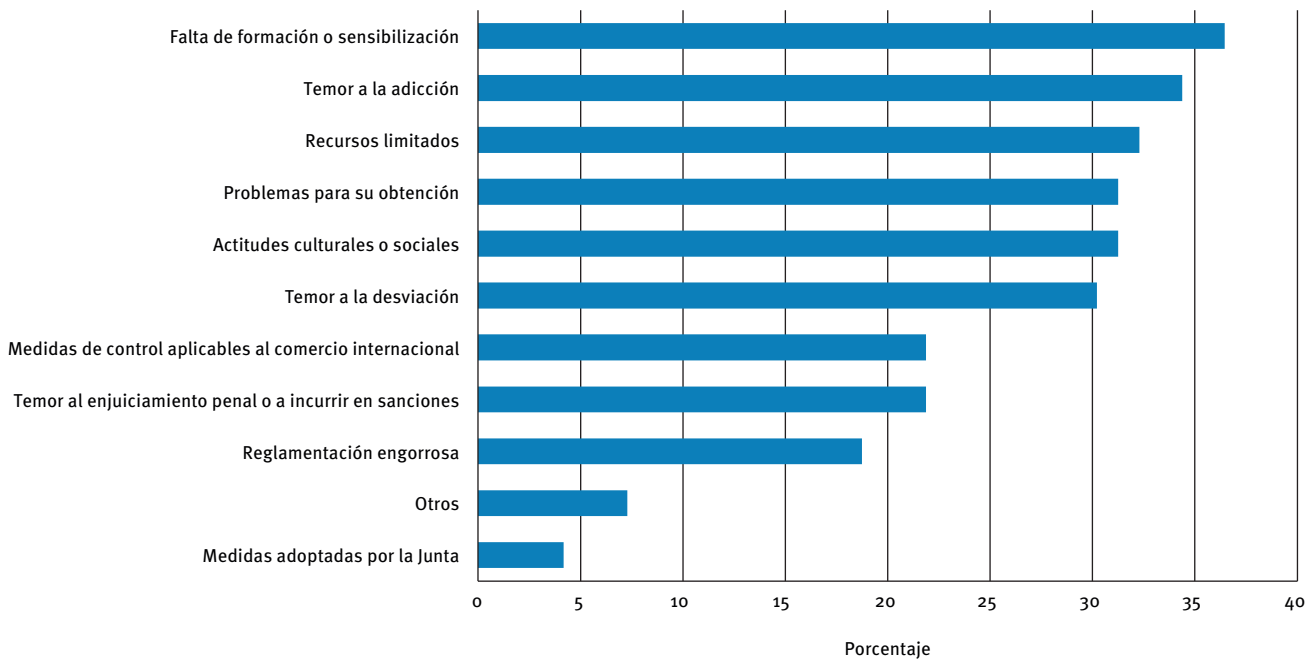


Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

110. Los Estados Miembros comunicaron a la Junta los principales factores que limitan indebidamente la disponibilidad de estupefacientes necesarios para fines médicos y científicos (véase el gráfico 32). De las 96 respuestas válidas a esa pregunta concreta, un 36% de los países indicaron que un importante factor que limitaba la disponibilidad era la falta de formación o sensibilización de los profesionales médicos sobre el uso de los estupefacientes. Siguieron a ese factor el temor a la adicción (el 34%) y los recursos financieros limitados (el 32%).

⁴⁷Los resultados indicados en los gráficos se basan en las respuestas presentadas por los Estados Miembros al cuestionario de la JIFE sobre disponibilidad. El número de respuestas que se toma en consideración para el cálculo de los porcentajes es el número total de respuestas válidas para cada una de las preguntas, y por consiguiente varía. La suma de todos los porcentajes puede no ser igual a 100 en algunos gráficos, puesto que los países tuvieron la posibilidad de marcar una o más opciones en las preguntas de opciones múltiples.

Gráfico 32. Factores que limitan la disponibilidad de estupefacientes



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

111. La Junta también examinó los obstáculos que habían determinado los investigadores y las organizaciones de la sociedad civil que trabajaban en el ámbito de la atención de la salud y los cuidados paliativos. En algunas ocasiones, los obstáculos y el grado de prioridad que les otorgaban esos interesados no se correspondían con los obstáculos que habían mencionado las autoridades nacionales competentes. Los representantes de la sociedad civil y de círculos académicos a menudo consideran que una reglamentación engorrosa, unas medidas estrictas de control del comercio y los problemas de obtención figuran entre las causas que limitan el acceso a los medicamentos para el alivio del dolor. Sin embargo, en las respuestas presentadas al cuestionario, los países destacaron que los principales problemas eran la falta de formación o sensibilización y el temor a la adicción.

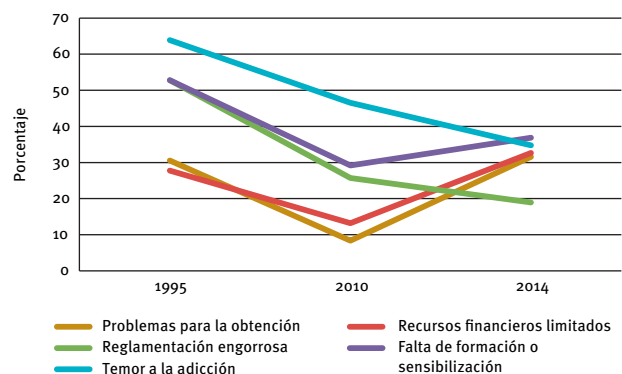
112. En lo que respecta a algunos de estos factores, se puede establecer una comparación con la información reunida en los estudios realizados por la Junta en 1995 y 2010. Por ejemplo, en 1995 el 64% de los países determinaron que el temor a la adicción constituía un obstáculo, pero el porcentaje bajó al 47% en 2010; en el estudio más reciente, ese factor disminuyó aún más, a un 34%. De manera análoga, las menciones a una reglamentación engorrosa y a restricciones legislativas disminuyeron notablemente, como se muestra en el gráfico 33.

113. Las menciones a la falta de formación o sensibilización de los profesionales médicos como factor que limitaba la disponibilidad disminuyeron entre 1995 y 2010,

pero desde entonces han aumentado. Fue el obstáculo más mencionado en el estudio de 2014, y lo señaló el 36% de los países. Los problemas de obtención o el suministro insuficiente siguieron una trayectoria análoga. Tras haber representado el 31% de los obstáculos en 1995, descendieron al 8% en 2010 y volvieron a representar el 31% en 2014.

114. Pueden apreciarse fluctuaciones similares en las respuestas que indican como obstáculos el costo de los medicamentos o la falta de recursos financieros: representaron el 28% en 1995, el 13% en 2010, y el 32% en 2014.

Gráfico 33. Factores que limitan la disponibilidad, 1995-2014



Fuente: Estudios de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondientes a 1995, 2010 y 2014.

115. En los párrafos que figuran a continuación se analizan las respuestas presentadas por los países al estudio correspondiente a 2014. Los obstáculos que determinaron los países se examinan en orden descendente atendiendo al número de menciones.

1. Falta de formación o sensibilización de los profesionales de la salud

116. La falta de formación y de sensibilización de los profesionales de la salud fue el obstáculo mencionado con mayor frecuencia en las respuestas recibidas de los Estados Miembros. Varios estudios y análisis del problema confirman lo anterior. En varios países, los profesionales de la salud pueden no tener conocimientos suficientes a nivel profesional sobre el dolor y el tratamiento del dolor. Puede haber preocupaciones excesivas por los efectos secundarios de los opioides y por la posibilidad de que los pacientes se vuelvan dependientes. Tal vez los médicos no se fíen de la información que les comunican los pacientes sobre su dolor o den poca prioridad al tratamiento del dolor. Una razón que puede explicar esa situación es la poca atención que se dedica a los cuidados paliativos en los planes de estudios de las facultades de medicina. En otros casos, los médicos pueden mostrarse reticentes a recetar analgésicos opioides porque desconfían de la capacidad de los pacientes y sus familias de administrar los medicamentos de forma segura.

117. Debido a la educación y formación insuficientes en materia de tratamiento de cuidados paliativos, los médicos a veces subestiman el grado de alivio que puede alcanzarse con un tratamiento adecuado, y la medida en que se medica insuficientemente el dolor. Es posible que los médicos también subestimen la necesidad de usar opioides potentes, como la morfina, para el dolor intenso, y en su lugar receten medicamentos de menor eficacia. Puede ocurrir también que algunos médicos sean incapaces de establecer una relación interpersonal (o no estén acostumbrados a ello) que ayudaría a determinar la terapia farmacológica adecuada y permitiría extender recetas personalizadas que tuvieran en cuenta las necesidades y el estado de salud actual del paciente.

118. Además, es posible que el personal de enfermería en algunos países no esté capacitado adecuadamente para tratar el dolor y dar apoyo a los pacientes, y tal vez tenga concepciones erróneas y prejuicios sobre los medicamentos opioides parecidos a los descritos en el caso de los médicos. En algunos casos, el personal de enfermería puede administrar dosis inferiores a las requeridas o no administrarlas, o puede intentar convencer al paciente de

que espere y soporte el dolor sin recurrir a los medicamentos adecuados para aliviarlo.

119. En el estudio correspondiente a 2014, 70 países comunicaron que en los planes de estudios de los profesionales médicos figuraban los temas de la prescripción y el uso racionales de estupefacientes. En 51 de esos países (el 73%) se había registrado un aumento del consumo per cápita entre el período 2007-2009 y el período 2011-2013.

120. De los 61 países que comunicaron haber adoptado medidas de sensibilización encaminadas a que los profesionales de la salud conozcan más a fondo las prácticas responsables de prescripción de estupefacientes, 45 países (el 74%) habían observado un aumento de las S-DDD por millón de habitantes por día. Entre esas medidas figuraban la celebración de cursos prácticos y seminarios, la formación especial y la supervisión, y la distribución de material informativo, así como grupos de trabajo con farmacéuticos, representantes de la industria farmacéutica y asociaciones médicas.

2. Temor a la adicción

121. En total 33 países (el 34%) comunicaron que el temor a la adicción constituía un factor que limitaba la disponibilidad, el segundo obstáculo más mencionado en el estudio correspondiente a 2014. De esos países, 18 (el 55%) se mantenían por debajo de los niveles mínimos de consumo.

122. Según Human Rights Watch, la reticencia de los profesionales de la salud a recetar analgésicos opioides puede deberse más al temor de provocar adicción o dificultades respiratorias a los pacientes que al temor a ser objeto de enjuiciamiento o a incurrir en sanciones⁴⁸. Ello se desprende también del estudio correspondiente a 2014, en el que 33 países señalaron como factor que limitaba la disponibilidad de estupefacientes el temor a la adicción, y un 21%, temor al enjuiciamiento o a incurrir en sanciones.

123. Parece que el temor a la adicción está relacionado con la falta de sensibilización y formación, y con actitudes culturales. Tanto los pacientes como los médicos pueden ser reticentes a la prescripción y el uso de estupefacientes porque desconocen sus propiedades, y la forma segura de recetarlos, y por prejuicios contra el uso de esas sustancias.

⁴⁸ Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right* (2011), cap. II.

3. Recursos financieros limitados

124. En total 31 países (el 32%) respondieron que los problemas financieros constituían un factor que limitaba la disponibilidad de estupefacientes. La falta de recursos puede ser un obstáculo insuperable si los precios de los estupefacientes son elevados. Si bien algunos preparados, como la morfina oral, pueden producirse de manera bastante barata, los precios de los estupefacientes pueden elevarse, entre otras cosas, debido a reglamentaciones gubernamentales, a expedición de licencias y a los impuestos, así como a unos sistemas de distribución deficientes (por ejemplo, que exigen realizar desplazamientos costosos y prolongados para recoger medicamentos)⁴⁹. Por ejemplo, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos comunicó que en un país de Centroamérica el precio de un tratamiento con morfina inyectable de un mes de duración duplicaba con creces el sueldo mínimo mensual nacional. En ese contexto, la disponibilidad depende de la capacidad de los pacientes de adquirir los estupefacientes que se les recetan. Por consiguiente, es importante examinar si se espera que los pacientes cubran todo el costo o la mayor parte del costo de esos medicamentos, o si se dispone de apoyo financiero a través de la seguridad social o de los planes nacionales de seguro médico. En las respuestas presentadas a la pregunta sobre quién abona el precio de los estupefacientes recetados (véase el gráfico 34), ocuparon el primer lugar los pacientes (un 83%), seguidos por el gobierno (un 72%) y los planes de seguro médico (un 63%).

125. Los resultados de un estudio transversal realizado en 2014 sugieren que, particularmente en los países con recursos limitados para planes de subvención y reembolso de analgésicos opioides, los costos adicionales dimanantes de los requisitos normativos podrían transferirse, por ende, directamente a los pacientes. El estudio reveló también que el precio de la morfina sólida oral de liberación inmediata en los países de ingresos bajos y medianos era 5,8 veces más alto que en los países de ingresos altos. Esta diferencia en los precios de expendio puede estar relacionada con la reducción artificial del precio de otros preparados más costosos (el fentanilo) debido a elevadas subvenciones que provocan, a su vez, una situación de desventaja económica para la morfina sólida oral de liberación inmediata⁵⁰.

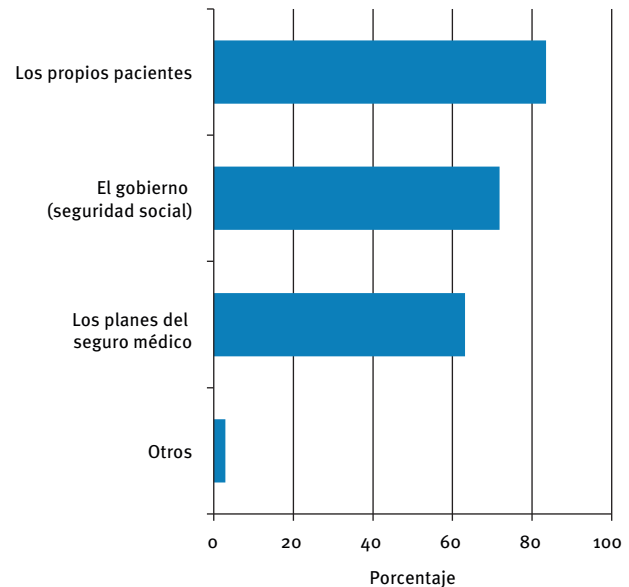
126. Así, la falta de asequibilidad de los estupefacientes puede deberse a la falta de recursos, a los elevados

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Liliana De Lima y otros, "Cross-sectional pilot study to monitor the availability, dispensed prices, and affordability of opioids around the globe", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 48, núm. 4 (octubre de 2014).

precios creados por reglamentaciones nacionales restrictivas y por medidas de control aplicables al comercio internacional, y a unas políticas no propicias, incluida la falta de planes de reembolso del sistema de salud pública.

Gráfico 34. ¿Quién abona el precio de los estupefacientes recetados? 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

4. Problemas para la obtención de estupefacientes de la industria o para su importación

127. En muchas respuestas se indicaron problemas para la obtención de estupefacientes. Tal vez no se disponga de algunos preparados de estupefacientes, como la morfina oral, en cantidades suficientes, puesto que los fabricantes y los importadores y exportadores, especialmente en el caso de poblaciones reducidas o de poca demanda de mercado, quizá prefieran producir y comercializar únicamente preparados más costosos. La comercialización de esos preparados, a la que van aparejadas subvenciones otorgadas a productos específicos (por ejemplo, para el fentanilo), pueden explicar por qué el análisis de los datos de consumo muestra un aumento mucho más pronunciado del consumo de fentanilo que del de morfina.

128. En varios países, las empresas farmacéuticas locales carecen de interés en fabricar morfina oral, en parte porque la prescripción de opioides por los médicos es demasiado escasa y porque la demanda de los hospitales no basta para justificar la producción. En algunos países en desarrollo, la morfina solo puede obtenerse de importación

mediante empresas farmacéuticas internacionales, y los precios son inasequibles tanto para el gobierno como para la población. Finalmente, algunas empresas farmacéuticas locales no están interesadas en producir medicamentos con opioides debido a los costos de seguridad y a los riesgos legales vinculados con esa clase de productos.

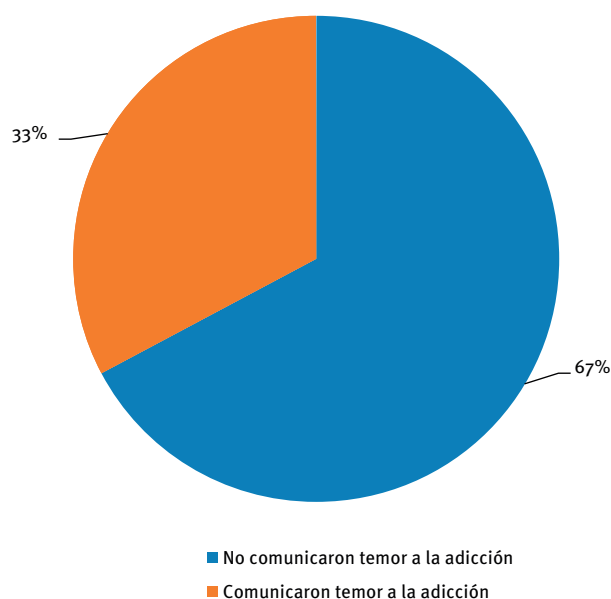
129. Además de la falta de producción local, otro obstáculo a la disponibilidad de estupefacientes es la dificultad que supone obtenerlos mediante la importación. Varios países indicaron que se había producido una escasez de medicamentos como consecuencia de las demoras en la cadena de suministro debidas a unos requisitos normativos engorrosos y que alargaban el proceso (por ejemplo, las licencias de importación y exportación). Según se ha descubierto, el suministro de estupefacientes también se ve restringido por unas previsiones nacionales inadecuadas, por requisitos de presentación de información que exigen mucho tiempo y por dificultades en la gestión de los estupefacientes.

5. Actitudes culturales y sociales hacia el tratamiento del dolor

130. Entre los factores que impiden la disponibilidad relacionados con las actitudes y los conocimientos (que mencionaron el 31% de los países) figuran las creencias de los médicos, los pacientes y sus familias, así como de los encargados de la formulación de políticas. A veces son los pacientes los que impiden que se les alivie el dolor debido a su reticencia a informar sobre el dolor o a aceptar la idea de consumir opioides. Es posible que algunos pacientes o sus familiares se preocupen por los efectos secundarios de los opioides e intenten reducir las dosis. Tal vez les preocupe el estigma también relacionado con el uso de opiáceos o medicamentos para el alivio del dolor. Algunos pacientes quizá eviten consumir opiáceos debido a sus efectos sedantes, porque desean permanecer conscientes, en especial los pacientes en las etapas terminales de una enfermedad que tal vez teman perder el vínculo que los une a sus familias.

131. De los 61 países que habían adoptado medidas de sensibilización para los profesionales de la salud, una elevada proporción (el 67%) no comunicó que el temor a la adicción fuera un obstáculo para la disponibilidad (véase el gráfico 35). Ello tal vez indique que invertir en fomentar que los profesionales de la salud conozcan más a fondo las prácticas responsables de prescripción de estupefacientes puede contribuir a superar los obstáculos creados por el temor a la adicción y otras concepciones erróneas sobre los analgésicos opioides y el tratamiento del dolor.

Gráfico 35. Comunicación del temor a la adicción en países y territorios que han adoptado medidas de sensibilización, 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

6. Temor a la desviación hacia canales ilícitos

132. De los 96 países que presentaron respuestas, 29 de ellos (el 30%) comunicaron que el temor a la desviación constituía un factor que impedía la disponibilidad. De esos países, 20 (el 69%) tenían niveles de consumo inferiores a 200 S-DDD por millón de habitantes por día, nivel que la Junta no considera adecuado.

133. El temor a la desviación que comunicaron los países puede ser resultado de las experiencias de aquellos países en los que han surgido mercados paralelos no regulados de estupefacientes. Entre los países que comunicaron que el temor a la desviación constituía un obstáculo, el 41% también comunicó que se habían registrado problemas con mercados paralelos. Un país señaló que la disponibilidad limitada había sido consecuencia de unas medidas de reglamentación más estrictas promulgadas en respuesta al uso de Internet para la compra y venta de analgésicos opioides sin receta.

7. Temor al enjuiciamiento o a incurrir en sanciones

134. De los 99 países que presentaron respuestas, 81 (el 82%) comunicaron que había sanciones vigentes por cometer irregularidades en el registro de

información. Las sanciones comunicadas abarcaban las multas, la revocación de licencias y sentencias que conllevaban pena de cárcel. Los informes del proyecto *Access to Opioid Medication in Europe*⁵¹ y de *Human Rights Watch*⁵² sugieren que el temor a incurrir en sanciones puede originarse cuando hay una legislación poco clara (a menudo estigmatizadora), faltan conocimientos legales de los profesionales de la salud y las sanciones son severas, incluso por cometer infracciones no intencionales. En el estudio, de los 21 países que comunicaron el temor al enjuiciamiento o a incurrir en sanciones como factor que impedía la disponibilidad de estupefacientes, casi todos indicaron la existencia de sanciones, y tres cuartas partes de ellos presentaban niveles insuficientes de S-DDD, esto es, inferiores a 200 por millón de habitantes por día.

8. Medidas de control aplicables al comercio internacional

135. Se han establecido políticas, normas y reglamentaciones encaminadas a controlar la producción, importación y exportación de sustancias sujetas a fiscalización cuyo cumplimiento la JIFE vigila a nivel internacional. La tarea de prever la cantidad de medicamentos sujetos a fiscalización que se necesitan puede superar la capacidad y los recursos de algunos países, por lo que tal vez se requiera apoyo técnico y logístico.

136. Algunos países han comunicado problemas con la expedición de autorizaciones de importación y exportación, y con otras medidas de fiscalización internacional de drogas que exigen trámites prolongados y pueden provocar, por consiguiente, demoras y escasez.

9. Reglamentaciones onerosas

137. De los 53 países que comunicaron haber adoptado medidas legislativas o reglamentarias en los últimos diez años a fin de aumentar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos, 37 (el 70%) habían observado un aumento en la cantidad de S-DDD con respecto al período 2007-2009. Algunas de las medidas que señalaron los países fueron: facilitar la prescripción y el despacho de estupefacientes (lo que podía comprender

eliminar la obligación de que los médicos utilizaran talonarios de recetas y prorrogar la validez de esas recetas); autorizar a los profesionales de la enfermería y la partería para recetar y administrar estupefacientes; facilitar a los pacientes el acceso al tratamiento; simplificar el mantenimiento de registros, y publicar folletos informativos sobre la finalidad, los efectos secundarios y los riesgos de los medicamentos que contienen estupefacientes, así como las precauciones necesarias para consumirlos.

138. En el plano nacional, algunos países, por temor a la desviación y al riesgo de adicción, han establecido regímenes reglamentarios que exceden los requisitos previstos en los tratados de fiscalización de drogas, creando así obstáculos innecesarios que no tienen del todo en cuenta las recomendaciones de la OMS y la JIFE.

139. Entre las normas que entorpecen los mecanismos de prescripción de opioides figuran las siguientes: exigir permisos especiales a los pacientes; reducir las facultades de los médicos para recetar opioides, incluso a los enfermos de cáncer con dolores intensos; imponer límites a las dosis, lo que restringe la posibilidad de ajustar las dosis a las necesidades individuales del paciente; limitar estrictamente el período de validez de las recetas; restringir el despacho de opioides, lo que dificulta el acceso de los pacientes a esos medicamentos; aumentar las trabas burocráticas mediante el uso de formularios de receta complicados o de difícil obtención o la fijación de requisitos complejos en materia de notificación; e imponer sanciones legales desproporcionadas, cuyo efecto es intimidar al personal sanitario y a los farmacéuticos.

140. En algunos países, la reglamentación impide a los médicos recetar las sustancias adecuadas y las dosis suficientes, lo que obliga a los pacientes a visitarlos con mucha frecuencia, por ejemplo, porque no se les permite obtener una receta de morfina suficiente para más de 7 o 10 días. De los países que respondieron, solo el 21% señaló que autorizaba, en ciertos casos, la renovación de la dosis sin necesidad de una nueva receta.

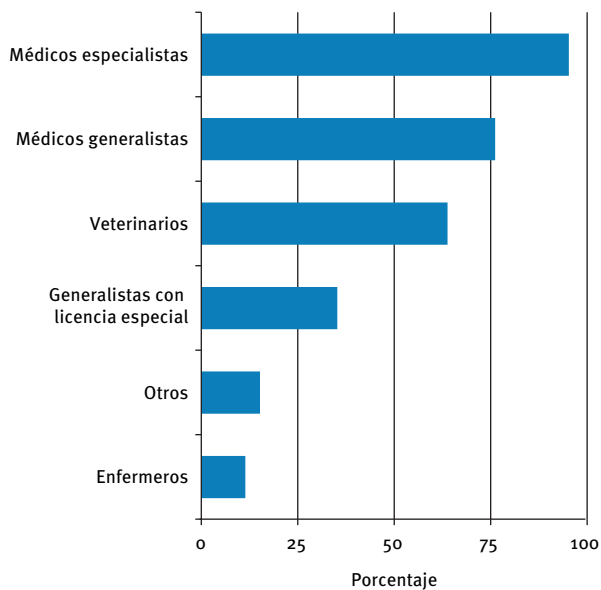
141. Especialmente en los países de bajos ingresos, pocos médicos pueden recetar morfina y otros opioides potentes, y para hacerlo deben someterse a un procedimiento de registro especial. En algunos casos, ni siquiera los especialistas en enfermedades que requieren cuidados paliativos tienen autonomía para expedir recetas.

142. Otro obstáculo normativo son los formularios especiales por triplicado de uso obligado para los médicos, que pueden resultar difíciles de obtener y por los que, con frecuencia, los médicos deben pagar. Según la OMS, los requisitos de utilizar formularios especiales de

⁵¹ *Access to Opioid Medication in Europe, Final Report and Recommendations to the Ministries of Health*, Lukas Radbruch y otros, editores (Bonn, Alemania, Pallia Med Verlag, noviembre de 2014).

⁵² *Global State of Pain Treatment*, cap. II.

Gráfico 36. Prescriptores de estupefacientes, 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

receta con varias copias suelen reducir la prescripción de los medicamentos a que se aplican en un 50% o más⁵³.

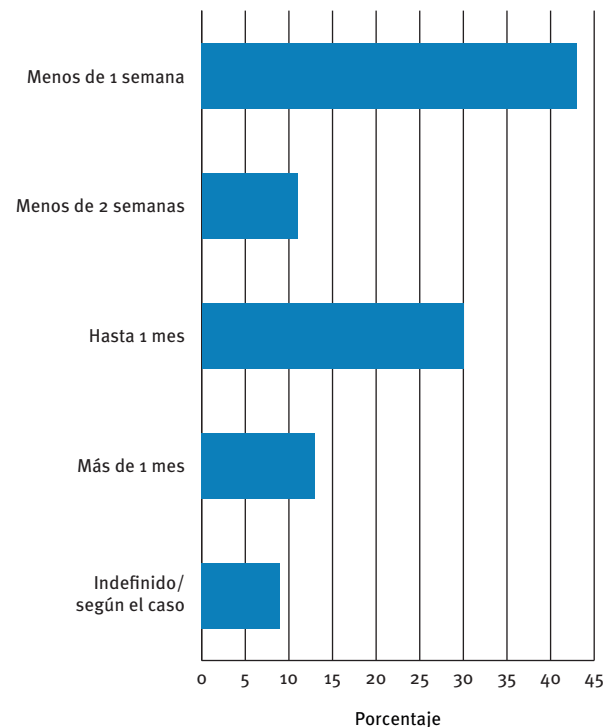
143. De los 102 países que respondieron, el 75% exigía por ley a quienes expedían recetas que llevaran registros de los estupefacientes que recetaban. Ello puede disuadir de mantener reservas de analgésicos opioides, debido al costo y a la lentitud de los procedimientos, así como, tal vez, por el temor a ser objeto de enjuiciamiento y sanciones. Ciertamente, es posible buscar formas de garantizar que se lleven registros sin que ese requisito básico se haga demasiado oneroso para quienes expiden las recetas.

144. Como se ilustra en el gráfico 36, rara vez se autoriza a los profesionales de la enfermería para prescribir estupefacientes. Ello también puede ser un obstáculo a su disponibilidad, especialmente en los países cuyos sistemas e infraestructuras de salud tengan dificultades.

145. Algunos países que en los últimos dos decenios han logrado aumentar considerablemente sus niveles de consumo de S-DDD por millón de habitantes por día comunicaron que los profesionales de la partería también estaban autorizados para recetar estupefacientes. El problema del dolor durante el parto suele soslayarse en el examen de estas cuestiones, pese a su ubicuidad, y por

⁵³Organización Mundial de la Salud, *Cancer Pain Relief. With a Guide to Opioid Availability*, segunda edición (1996), segunda parte.

Gráfico 37. Período máximo de validez de las recetas de medicamentos que contienen estupefacientes, 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

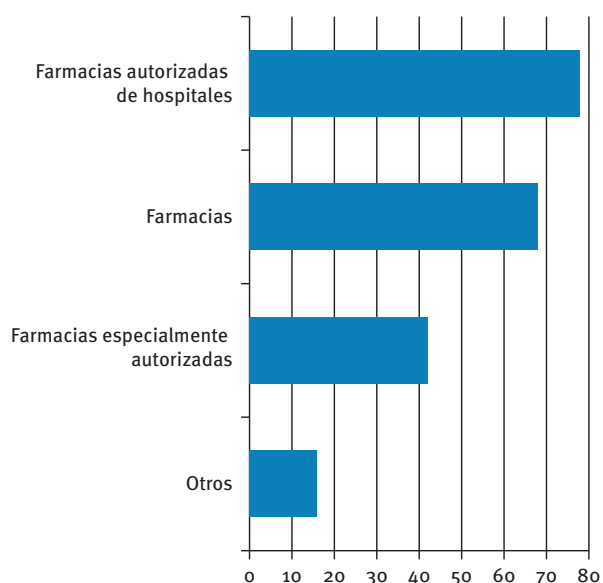
ello requiere una gestión adecuada, como la administración de estupefacientes.

146. El período de validez de las recetas variaba mucho de un país a otro (véase el gráfico 37). En el 43% de los países era de siete días como máximo. El segundo período de validez que los países comunicaron con más frecuencia (en un 30% de los casos) era de entre dos semanas y un mes.

147. Además, los sistemas centralizados pueden dificultar la distribución adecuada, porque a menudo solo pueden obtenerse opioides en las ciudades más importantes y no se envían a las zonas rurales. A veces los médicos tienen que viajar a esas ciudades para obtener medicamentos e incluso formularios de receta, y a veces son los pacientes quienes deben hacerlo. En algunos países, el envío de medicamentos a base de opioides de los centros urbanos a las provincias o las zonas rurales puede tardar más de un mes.

148. Algunos Estados Miembros (el 75%) señalaron que los estupefacientes se despachaban principalmente en farmacias autorizadas ubicadas en los hospitales. Poco más de la mitad de los países que respondieron (el 54%) comunicó que esas sustancias podían despacharse en farmacias ordinarias (véase el gráfico 38).

Gráfico 38. Establecimientos en que pueden despacharse recetas de medicamentos que contienen estupefacientes, 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

149. La limitación del número de farmacias autorizadas para dispensar sustancias fiscalizadas también puede reducir la disponibilidad. Otro factor es la carga administrativa de esos establecimientos. En algunos países, los farmacéuticos deben reunir un conjunto normalizado de datos: el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento del paciente; el medicamento que se dispensa, así como la fecha, la cantidad, la dosis, para cuántos días bastará la cantidad despachada y el número de ocasiones en que se renueva la receta; y el nombre del servicio sanitario que atiende al paciente. Además, se exige a las farmacias que conserven esa información durante varios años en una base de datos centralizada. Para ello se requiere personal, tiempo y acceso a tecnología específica de vigilancia y reunión de datos. De los 103 países que respondieron, 101 (el 98%) señalaron que los dispensadores estaban sujetos a la obligación legal de llevar registros.

150. En muchos países se permite mantener reservas de medicamentos que contienen opioides a una sola institución, o bien a unas pocas farmacias que deben realizar un largo trámite para obtener el permiso correspondiente de los organismos de reglamentación farmacéutica. Incluso en los hospitales con servicios de atención aguda es posible que la morfina no figure en la lista de medicamentos para casos de emergencia. Además, algunas farmacias ubicadas en zonas poco seguras temen vender opioides, por el riesgo de sufrir atracos.

10. Otros obstáculos

151. Un número menor de países (siete) mencionó otro tipo de obstáculos: la insuficiencia de las reservas por la falta de algunas formulaciones de opioides, el aumento imprevisto de la demanda de un medicamento determinado, o decisiones comerciales de la industria y los importadores de estupefacientes. También se señaló la falta de conocimientos de algunos pacientes, la inexactitud de las previsiones y de la información presentada, y la existencia de mercados ilegales.

11. Medidas adoptadas por la Junta

152. Los países también podían indicar en el cuestionario que entre los obstáculos figuraban algunas medidas adoptadas por la Junta. Solo cuatro de ellos lo hicieron.

153. Además, se pidió a los países que sugirieran medidas que pudiese adoptar la Junta con objeto de aumentar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos. La mayoría mencionó actividades de capacitación y suministro de información para las autoridades y otros interesados, sobre cuestiones como las siguientes: los efectos positivos, la prescripción racional y la utilidad de los medicamentos a base de estupefacientes; la gestión, la distribución y el control de esos medicamentos; las estimaciones y previsiones, y los programas de sensibilización para hacer frente al temor a recetar o dispensar estupefacientes.

154. Otros países señalaron la necesidad de facilitar la obtención de estupefacientes mediante la aprobación rápida y flexible por la Junta de las previsiones y de las previsiones suplementarias, así como mediante la introducción de *software* para tramitar en línea licencias de importación y exportación. Además, se pidió a la JIFE que asumiera una función más activa, instando a los fabricantes a entregar puntualmente los medicamentos necesarios, solicitando a los gobiernos que aportaran los recursos humanos y financieros requeridos y facilitando la disponibilidad de cantidades limitadas para fines de ensayo y creación de patrones de referencia. Algunos países indicaron la necesidad de efectuar más investigaciones sobre la disponibilidad, formular recomendaciones para aumentar el acceso y crear un laboratorio de control de la calidad de los estupefacientes.

155. Entre los países que respondieron se observó que muchos conocían los procedimientos para presentar previsiones y previsiones suplementarias (el 97%), así como los materiales didácticos de la JIFE (el 82%) y las directrices conjuntas de la JIFE y la OMS sobre la preparación de previsiones (el 87%).

Capítulo III.

Sustancias sicotrópicas

156. Actualmente hay 125 sustancias sicotrópicas⁵⁴ sujetas a fiscalización internacional con arreglo al Convenio de 1971. La mayoría se utiliza en preparados farmacéuticos de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central, entre ellos, estimulantes, depresores, analgésicos y antidepresivos.

157. Las sustancias sicotrópicas se agrupan en cuatro listas, en función de su utilidad terapéutica, su potencial de crear dependencia, el peligro de su uso indebido y el riesgo que supongan para la salud pública. En el Convenio de 1971 se prevé un régimen de fiscalización distinto para cada lista. El alcance de la fiscalización que se ejerce sobre las sustancias de las cuatro listas varía según el nivel de riesgo que representen.

158. En la última versión de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS⁵⁵ figuran cinco sustancias sicotrópicas actualmente sujetas a fiscalización internacional⁵⁶. Esa publicación consta de una lista básica y otra complementaria.

159. La Organización Mundial de la Salud define la lista básica como una lista que consta de los mínimos medicamentos necesarios para un sistema básico de atención de salud. La lista incluye los medicamentos más eficaces, seguros y económicos para afecciones prioritarias. Las afecciones prioritarias se seleccionan en función de la

importancia que tienen para la salud pública en la actualidad y de la que se prevé que tendrán en el futuro, y en función de las posibilidades de aplicar un tratamiento seguro y económico. El diazepam, el fenobarbital, el lorazepam y el midazolam figuran en la lista básica. La lista complementaria contiene medicamentos esenciales para las enfermedades prioritarias que requieren medios especializados de diagnóstico o de vigilancia o formación especializada. La buprenorfina figura en la lista complementaria.

160. El marco de fiscalización que los gobiernos deben establecer en virtud del Convenio de 1971 tiene por objeto proteger la salud y el bienestar públicos. La comunidad internacional, al promulgar el Convenio, reconoció que el uso indebido de sustancias sicotrópicas suponía graves riesgos para la salud y amenazaba la estructura económica y social de la vida normal. Solo mediante medidas coordinadas a escala nacional e internacional podían eliminarse los peligros de la drogadicción y el tráfico ilícito. Todavía se observaban disparidades entre países y regiones en cuanto a los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas. La disponibilidad insuficiente de sustancias sicotrópicas y el difícil acceso a tratamientos médicos necesarios, así como la excesiva disponibilidad y el uso médicamente imprudente de sustancias sicotrópicas, son las amenazas relacionadas con la fiscalización y el consumo de esas sustancias.

A. Oferta de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización con arreglo al Convenio de 1971

161. En su definición del uso racional de los medicamentos, la Organización Mundial de la Salud subraya que los pacientes deben recibir “la medicación adecuada a sus

⁵⁴ Durante el 58° período de sesiones de la Comisión de Estupeficientes, celebrado en marzo de 2015, se sometieron a fiscalización internacional 9 sustancias (que se incluyeron en las Listas I y II del Convenio de 1971).

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud, Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, 19ª lista (abril de 2015, modificada en junio de 2015). Puede consultarse en el sitio www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines.

⁵⁶ Buprenorfina, diazepam, fenobarbital, lorazepam y midazolam.

necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”. Conforme a esa definición, el uso no racional de los medicamentos puede referirse a la falta de acceso a medicamentos esenciales o al uso inadecuado de medicamentos que son accesibles y se encuentran disponibles. La prestación de servicios de salud en todo el mundo depende mucho de los sistemas nacionales de salud y de la existencia de recursos suficientes. Según la OMS, el 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, y cerca del 75% de esa carga la soportan países de ingresos bajos y medianos. En esos países, aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan servicios no los reciben. No se dispone de recursos suficientes.

162. Al mismo tiempo, el riesgo de oferta y disponibilidad excesivas de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional, unido a unas medidas reglamentarias de control débiles o inadecuadas, puede conducir a su uso indebido y abuso. La disponibilidad excesiva de sustancias sicotrópicas resultante de un suministro no regulado y del uso inadecuado o con fines no terapéuticos de medicamentos sujetos a fiscalización preocupa tanto a la Junta como su oferta insuficiente.

163. Las estrategias de comercialización especialmente bien orientadas y las intensas campañas publicitarias a que recurren determinadas empresas y la industria farmacéutica en general, unidas a la introducción de productos más competitivos en el mercado (medicamentos genéricos) pueden contribuir a la oferta y disponibilidad excesivas de sustancias sicotrópicas. Ello se observa principalmente en los países desarrollados, pero también en los países en desarrollo. La disponibilidad excesiva suele causar un consumo excesivo, lo que a la vez conduce a la dependencia y al tráfico de sustancias.

164. La insuficiencia de los recursos y de la especialización necesarios para determinar las necesidades y ajustar el suministro de medicamentos a esas necesidades pone en peligro el equilibrio entre la disponibilidad y el consumo. Además, la experiencia demuestra que en muchos países desarrollados la disponibilidad real de drogas tiende a ser mayor que las necesidades. En esos países los factores sociales, culturales y de actitud que influyen en el consumo distorsionan la percepción y la estimación de las verdaderas necesidades médicas.

1. Oferta de analgésicos

165. Los analgésicos fiscalizados en virtud del Convenio de 1971 son la buprenorfina, la lefetamina y la pentazocina. La fabricación mundial de buprenorfina, analgésico opioide

incluido en la Lista III del Convenio de 1971, comenzó a aumentar gradualmente a finales de la década de 1990, cuando se empezó a utilizar en dosis mayores para el tratamiento del dolor y la adicción a los opioides. Alcanzó un nuevo récord en 2013, año en que nueve países comunicaron haber fabricado cerca de 9 toneladas (1.100 millones de S-DDD). También ha aumentado el volumen de su comercio internacional: en 2013 más de 60 países informaron de que habían importado esa sustancia.

166. La fabricación y el comercio de pentazocina fueron menores. En el decenio anterior la fabricación mundial de esa sustancia fluctuó entre un máximo de 8 toneladas y un mínimo de 1 tonelada anuales. No se observó un aumento sostenido de su fabricación y comercio.

167. La lefetamina es a la vez un estimulante y un analgésico, y sus efectos son similares a los de la codeína. En la década de 1990 se comprobó que la lefetamina era menos eficaz que la buprenorfina en la desintoxicación de los pacientes que tomaban metadona. En consecuencia, en esa década se dejó de fabricar y consumir lefetamina.

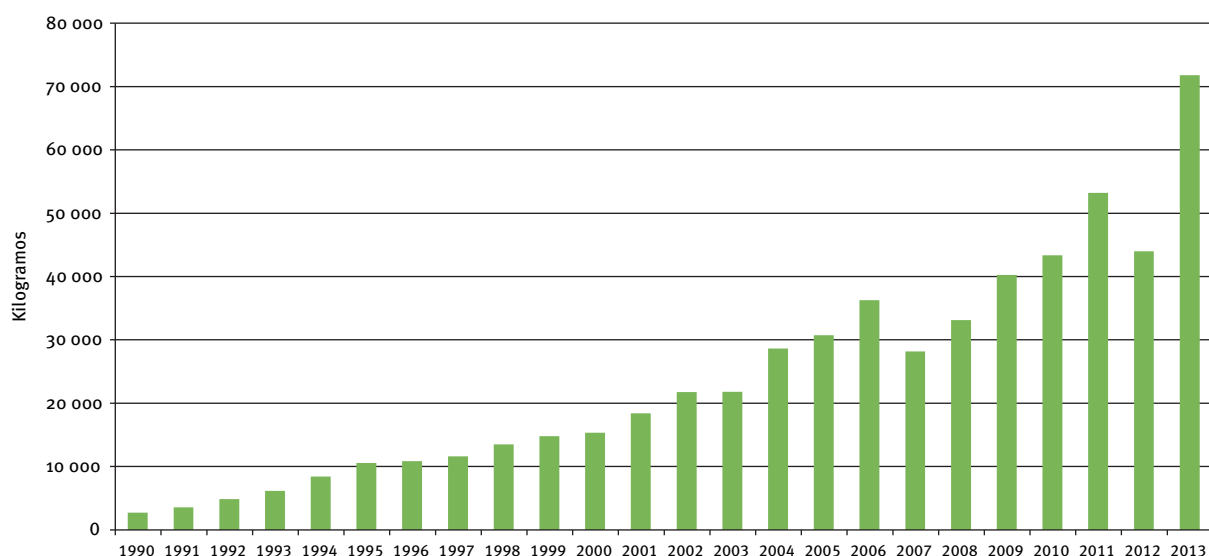
2. Oferta de estimulantes

168. A diferencia de lo que ocurre con algunas otras sustancias sicotrópicas, la OMS no reconoce ninguno de los estimulantes del sistema nervioso central fiscalizados con arreglo al Convenio de 1971 como parte de los requisitos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud; por ello ninguno aparece en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. Ello explicaría en gran medida la ausencia casi total de esas sustancias en los mercados de los países de bajos ingresos y de los países en desarrollo.

169. Las anfetaminas y el metilfenidato son los únicos estimulantes de la Lista II que se fabrican y comercian en grandes cantidades. En particular, se fabrican grandes cantidades en los Estados Unidos y en unos pocos países europeos. Esas sustancias se utilizan principalmente para tratar el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y, en el caso de las anfetaminas, también en procesos industriales. En los últimos 20 años se han observado aumentos sostenidos y considerables en la fabricación de tres sustancias importantes de ese grupo: la anfetamina, la dexanfetamina y el metilfenidato.

170. Aunque los Estados Unidos siempre han sido el fabricante principal de las sustancias de ese grupo, también las fabrican algunos países europeos, como Alemania, Francia, Hungría y el Reino Unido, para satisfacer las crecientes necesidades nacionales. En 2013 se fabricaron 47

Gráfico 39. Fabricación mundial de metilfenidato, 1990-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

toneladas de anfetaminas, y correspondió a tres países (los Estados Unidos, el Canadá y Australia) el 88% de las importaciones mundiales.

171. Como se observa en el gráfico 39, la fabricación mundial de metilfenidato ha aumentado gradualmente en los últimos 20 años. En 2013, la producción mundial de esa sustancia alcanzó un récord de aproximadamente 72 toneladas. El número de países que importaron metilfenidato en el decenio anterior permaneció estable, y alrededor de 100 países señalaron haberla importado en cantidades comprendidas entre pocos gramos y varias toneladas. En 2013 correspondió a siete países⁵⁷ de Europa y América más del 70% de las importaciones mundiales.

172. En los últimos diez años la producción mundial de estimulantes de la Lista IV, que se emplean principalmente como anorexígenos en el tratamiento de la obesidad, permaneció estable en una media de 90 toneladas anuales. En el mismo período el total de las importaciones registró un promedio anual de 21 toneladas. En 2013, más del 80% de las importaciones mundiales correspondió a cinco países de tres regiones (América, Europa y Oceanía).

3. Oferta de benzodiazepinas

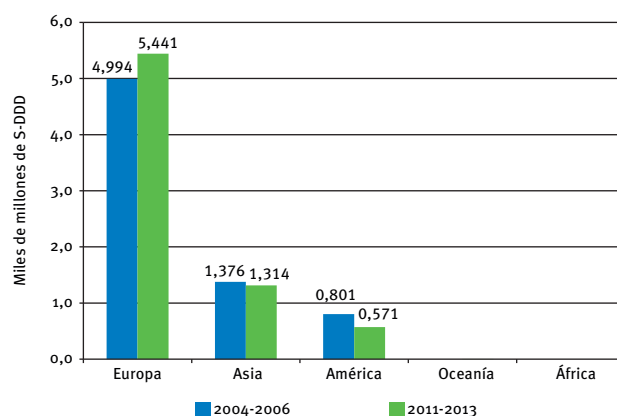
173. Las 35 benzodiazepinas sometidas actualmente a fiscalización internacional se clasifican como ansiolíticos y sedantes hipnóticos, y se utilizan en la práctica médica para la gestión a corto plazo del insomnio y como medicación para preparar la administración de anestesia general.

⁵⁷ Suiza, Alemania, España, el Canadá, el Brasil, los Países Bajos y el Reino Unido (en orden descendente de las cantidades importadas).

a) Oferta de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico

174. En los últimos diez años, entre 11 y 16 países, principalmente de Europa (Alemania, Italia y Suiza, que en 2013 poseían las dos terceras partes de las existencias mundiales), comunicaron haber fabricado sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, y la cuarta parte de la producción mundial correspondió en conjunto a algunos países asiáticos (China, la India y el Japón) y de América (los Estados Unidos, el Brasil y el Canadá). El gráfico 40 demuestra que en los últimos diez años ha aumentado la proporción de ese grupo de sustancias que fabricó Europa y ha disminuido la de Asia y la de América. Durante ese período los países de África y Oceanía no produjeron sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico (excepto Nueva Zelandia, que en 2012 fabricó 6 kg de nitrazepam).

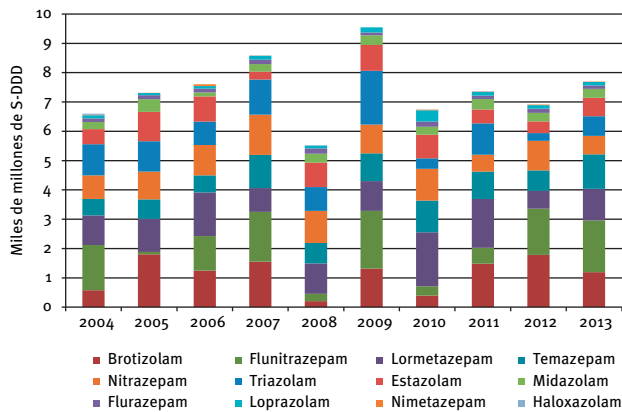
Gráfico 40. Fabricación total comunicada de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, por región, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

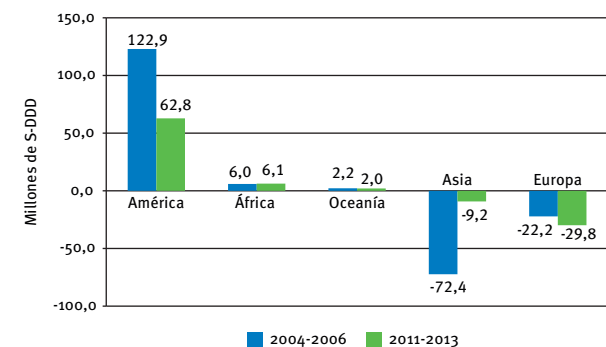
175. En los últimos diez años, la fabricación mundial comunicada de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico fluctuó en torno a un promedio anual de 7.400 millones de S-DDD (véase el gráfico 41). De las 12 sustancias de ese grupo (brotizolam, estazolam, flunitrazepam, flurazepam, haloxazolam, loprazolam, lormetazepam, midazolam, nimetazepam, nitrazepam, temazepam y triazolam), solo el midazolam figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. Aunque en 2013 el midazolam representó apenas el 4% de la oferta total de ese grupo de sustancias (véase el gráfico 42), fue la sustancia más comercializada y la que estuvo disponible en una mayor área geográfica, puesto que notificaron su importación 134 países. Como se ilustra en el gráfico 43, Europa y Asia siguen siendo los proveedores netos de midazolam.

Gráfico 41. Fabricación total comunicada de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, por sustancia, 2004-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 43. Promedio anual de las importaciones netas de midazolam, por región, 2004-2006 y 2011-2013



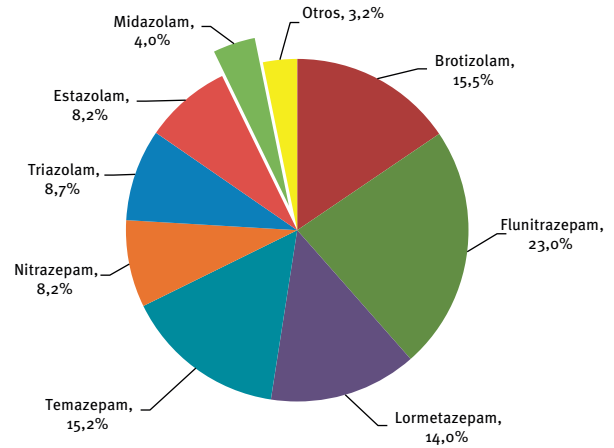
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

b) Oferta de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico

176. En los últimos diez años, entre 16 y 20 países indicaron haber fabricado ansiolíticos de tipo benzodiazepínico. El suministro de ese grupo de sustancias, al igual que en el caso de los sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, procedía de Europa, Asia y América (véase el gráfico 44), y el principal fabricante fue Italia, a la que correspondió en 2013 el 44% de la producción mundial.

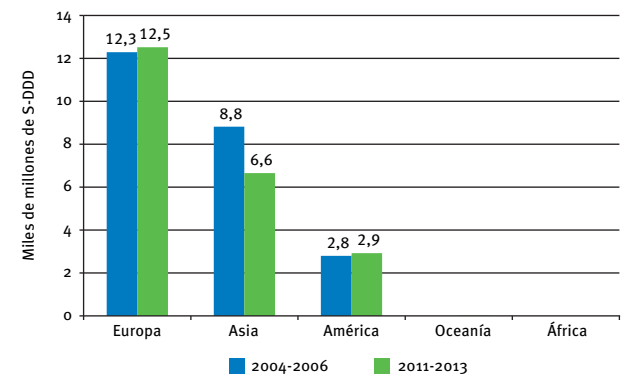
177. En los últimos diez años la fabricación total comunicada de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico fluctuó entre 18.300 millones y 29.900 millones de S-DDD, con una media anual de 22.000 millones (véase el gráfico 45). Se clasifica en general como ansiolíticos a 22

Gráfico 42. Porcentajes de la fabricación total comunicada de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, por sustancia, 2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 44. Fabricación total comunicada de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, por región, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

benzodiazepinas; dos de ellas, el diazepam y el lorazepam, figuran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. En el período 2004-2013 correspondió al diazepam y al lorazepam el 26% y el 18%, respectivamente, de la oferta mundial de ese grupo de sustancias. Los porcentajes de la fabricación total comunicada en 2013 se presentan en el gráfico 46. En ese grupo, el diazepam, el alprazolam y el lorazepam son las sustancias de más amplia disponibilidad: comunicaron haber importado esas sustancias 137, 118 y 102 países respectivamente. En los gráficos 47 y 48 se presentan las tendencias de las importaciones netas (las importaciones menos las exportaciones) de diazepam y lorazepam. Los principales proveedores de ambas sustancias siguen siendo países europeos y asiáticos. Las variaciones principales que se observaron durante el decenio anterior fueron el aumento notable de las

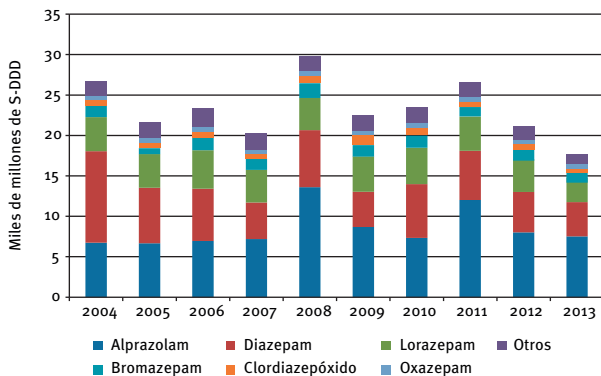
importaciones netas de diazepam por países africanos y el aumento de las de lorazepam por países de América.

4. Oferta de antiepilépticos

178. En los últimos diez años se han observado pautas divergentes en la fabricación y el comercio de los antiepilépticos de tipo barbitúrico (fenobarbital y metilfenobarbital) y de tipo benzodiazepínico (clonazepam) incluidos en la Lista IV. El fenobarbital figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.

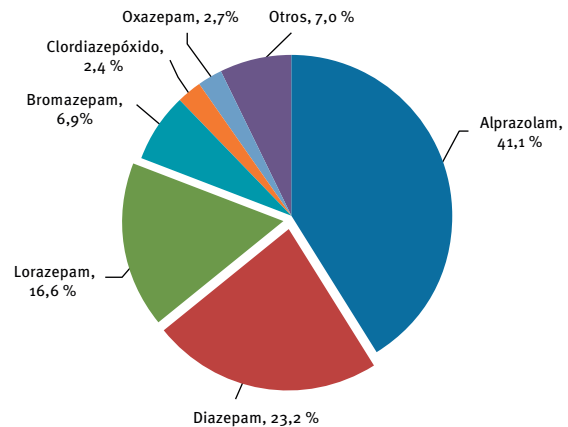
179. La fabricación mundial de fenobarbital, que en el período 2004-2012 había oscilado entre los 7.100 millones y los 9.700 millones de S-DDD, disminuyó en 2013 a un

Gráfico 45. Fabricación total comunicada de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, por sustancia, 2004-2013



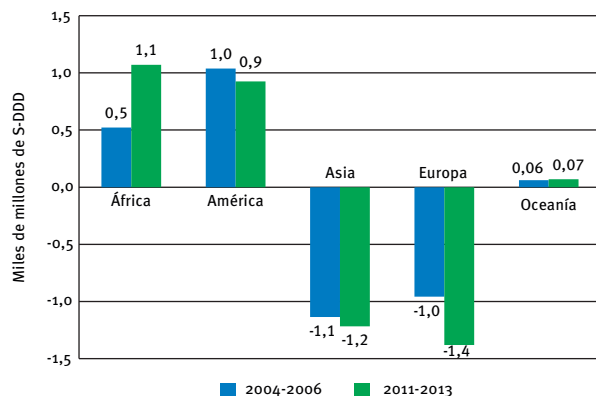
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 46. Porcentajes de la fabricación total comunicada de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, por sustancia, 2013



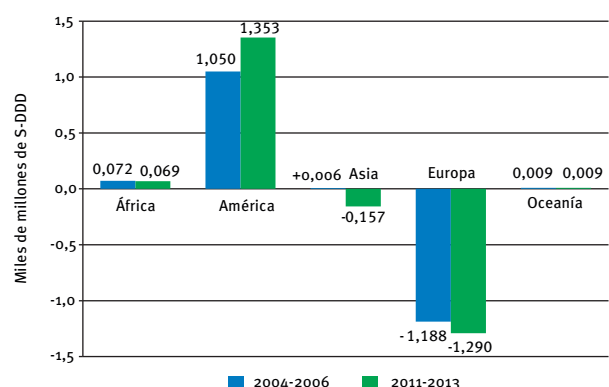
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 47. Promedio anual de las importaciones netas de diazepam, por región, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 48. Promedio anual de las importaciones netas de lorazepam, por región, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

mínimo sin precedentes de 3.000 millones de S-DDD. Esa reducción se puede atribuir principalmente a un descenso considerable de la producción de China, principal fabricante mundial de esa sustancia. Además, la falta de producción y de datos sobre la producción correspondientes a 2013 respecto de Hungría y la India (otros dos grandes fabricantes) contribuyó a reforzar esa tendencia descendente de la oferta mundial comunicada. El fenobarbital, una de las sustancias sicotrópicas de comercialización más extendida, se comercializa anualmente en una media de 140 países. En 2013 correspondió conjuntamente a China, Hungría, la India y Suiza (en orden decreciente) el 89% de las exportaciones totales, en tanto que más de 120 países comunicaron haber importado la sustancia. Los principales importadores fueron, entre otros, los Estados Unidos, la Federación de Rusia y Ucrania.

180. La fabricación de metilfenobarbital sigue siendo muy limitada en comparación con la de fenobarbital. En el período 2004-2012 la fabricación mundial de metilfenobarbital fluctuó considerablemente, entre los 0,2 millones y los 438 millones de S-DDD, debido principalmente a cambios importantes en la producción comunicada por los Estados Unidos, la India y Suiza. En 2013 no se comunicó fabricación alguna de esa sustancia, y el volumen total del comercio internacional se mantuvo estable (28,2 millones de S-DDD).

181. La fabricación y el comercio de clonazepam, una benzodiazepina utilizada principalmente como antiepiléptico, ha mostrado en los últimos diez años una tendencia ascendente similar. Su fabricación mundial comunicada aumentó gradualmente, de 1.300 millones de S-DDD en 2004 a un nuevo récord de 3.400 millones de S-DDD en 2012, pero en 2013 disminuyó a 2.200 millones de S-DDD. Ese descenso se atribuye principalmente a que ese año la India, tradicionalmente un fabricante de importancia, no comunicó datos sobre su fabricación. Mientras que en los dos decenios anteriores a 2010 Suiza fue el principal fabricante mundial de clonazepam, en 2011 y 2012 ocupó ese lugar Italia. En 2013 el mayor fabricante pasó a ser el Brasil, seguido por Italia y Suiza. Ese mismo año, 120 países comunicaron haber importado clonazepam.

B. Disponibilidad de sustancias sicotrópicas

182. Se debe actuar con cautela al deducir conclusiones basadas en el consumo calculado de sustancias sicotrópicas, porque los datos comunicados por los gobiernos sobre la fabricación, el uso industrial, las existencias y el

comercio tal vez no sean completos o no abarquen todas las sustancias. Sin embargo, los niveles elevados de consumo pueden indicar una prescripción excesiva o una desviación hacia canales ilícitos. El sistema de fiscalización previsto en el Convenio de 1971 se basa en gran medida en el concebido para los estupefacientes con arreglo a la Convención de 1961. Las medidas de fiscalización y las obligaciones establecidas en el Convenio de 1971 son los requisitos mínimos de fiscalización que los gobiernos deben aplicar y mantener.

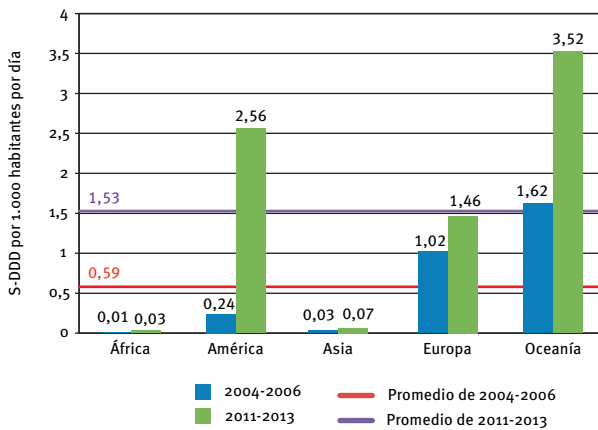
183. En el presente informe, el grado de disponibilidad de las sustancias sicotrópicas se obtiene por aproximación utilizando mediciones del consumo calculado de sustancias y de grupos de sustancias. En el Convenio de 1971 no se establece la obligación de presentar a la Junta datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas. Por ello, la Junta calcula anualmente las tasas de consumo expresadas en S-DDD por mil habitantes por día a partir de las estadísticas presentadas por los gobiernos sobre la fabricación, el uso industrial, las existencias y el comercio internacional. Para elaborar el presente informe se utilizaron promedios trienales, a fin de tener en cuenta la no presentación ocasional de estadísticas anuales, y dada la práctica de algunos gobiernos de fabricar e importar sustancias sicotrópicas en forma intermitente cuando sus existencias satisfacen las necesidades internas de varios años.

184. Además, los casos en que el consumo calculado de sustancias sicotrópicas es elevado pueden deberse al aumento de la fabricación con fines de exportación, unido a la posible falta de información sobre las exportaciones, la no presentación de datos sobre las existencias de los fabricantes y el gran volumen de existencias que mantienen los mayoristas.

185. Con arreglo a las resoluciones 53/4 y 54/6 de la Comisión de Estupefacientes, sobre la promoción de una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso, se alienta encarecidamente a los Estados Miembros a que comuniquen voluntariamente a la Junta datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, de la misma manera que lo hacen respecto de los estupefacientes. Esos datos serían indispensables para que la Junta pudiera analizar mejor las tendencias del consumo de sustancias sicotrópicas y, en definitiva, para promover la disponibilidad suficiente de esas sustancias para fines médicos y científicos, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso.

186. Tras la aprobación de las resoluciones señaladas, cada vez más gobiernos han comenzado a presentar a la

Gráfico 49. Consumo medio de analgésicos opioides, por región, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Junta datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas. Sin embargo, el número total de gobiernos que suministran la información solicitada todavía es demasiado bajo para que pueda utilizarse en lugar de los datos sobre el consumo que calcula la Junta.

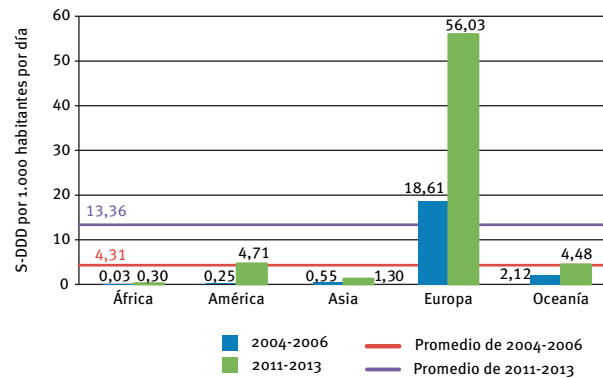
1. Disponibilidad de opioides fiscalizados con arreglo al Convenio de 1971

187. El número de países y territorios en que se consumen uno o más analgésicos fiscalizados con arreglo al Convenio de 1971 (buprenorfina, lefetamina⁵⁸ y pentazocina) se mantiene estable en alrededor de 100 países desde 2004. En cambio, entre 2004 y 2013 aumentó en todas las regiones del mundo el consumo de esos opioides (véase el gráfico 49). En el período 2004-2006, los mayores niveles de consumo se registraron en Europa y Oceanía (en Oceanía, debido a la fabricación y al consumo calculado de Australia). Mientras que entre 2011 y 2013 el consumo siguió aumentando marcadamente en Europa, en América se multiplicó por más de 10, y en África fue casi 6 veces mayor, aunque se partió de un nivel bajo.

188. En los mapas 5 y 6 se ilustra el consumo nacional per cápita de opioides fiscalizados con arreglo al Convenio de 1971 en los períodos 2004-2006 y 2011-2013. Como se observa, la mayoría de los países y territorios sigue registrando un consumo inferior a 0,1 S-DDD por mil habitantes por día. Sin embargo, el nivel más elevado de consumo, superior a 1 S-DDD por mil habitantes por día, ha aumentado marcadamente en los últimos diez años. Mientras que en el período 2004-2006 solo 4 países tenían un nivel de consumo per cápita mayor de 1 S-DDD por

⁵⁸Desde la década de 1990 no se fabrica ni consume lefetamina (véase el párr. 167).

Gráfico 50. Consumo medio de buprenorfina, por región, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

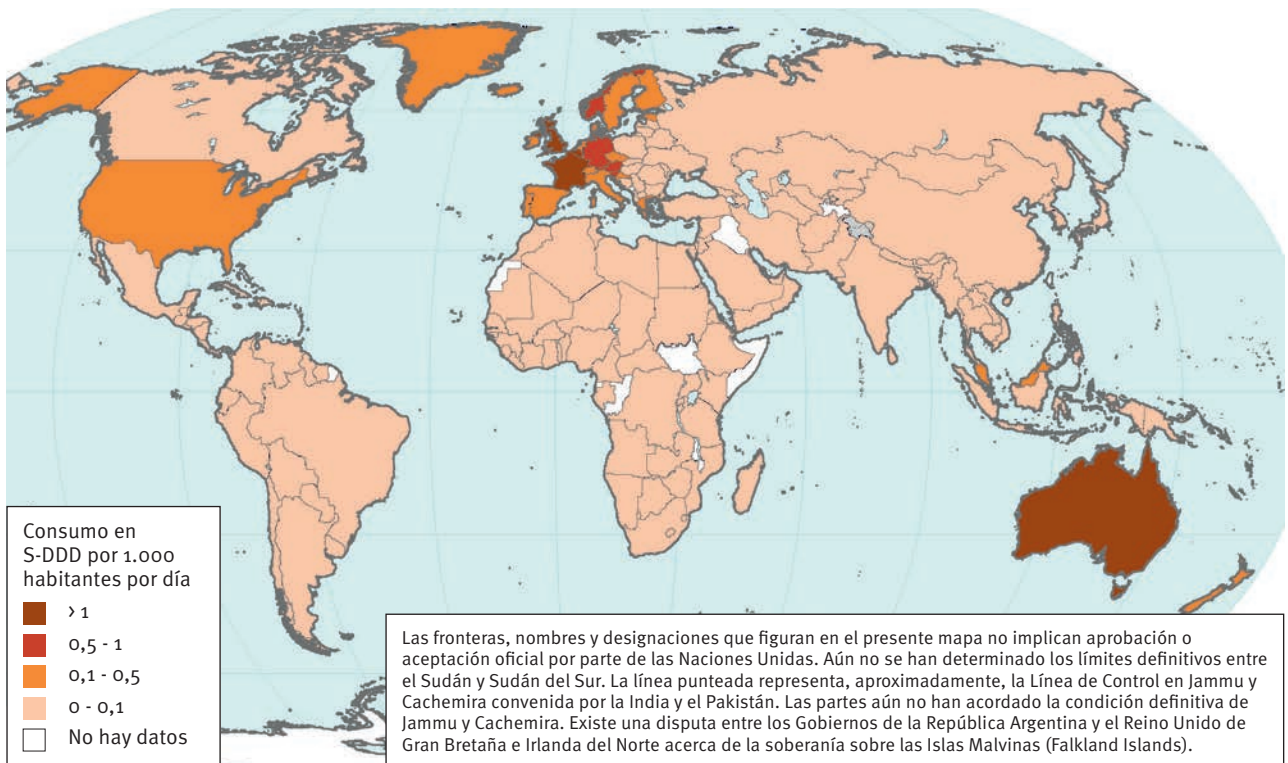
1.000 habitantes por día, en el período 2011-2013 habían alcanzado ese nivel 16 países.

189. En el período 2009-2013 el consumo de buprenorfina, que figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (concretamente, en la lista complementaria) representó en promedio el 97% del consumo mundial de analgésicos opioides fiscalizados con arreglo al Convenio de 1971. El resto correspondió a la pentazocina, que tiene propiedades y usos similares a los de la morfina.

190. El consumo mundial calculado de buprenorfina ha aumentado sostenidamente desde 2000, y pasó de menos de 1 tonelada (100 millones de S-DDD) a un nuevo récord cercano a las 10 toneladas (1.200 millones de S-DDD) en 2013. En la década de 1990 se consumía buprenorfina en no más de 20 países de todo el mundo, pero en el período 2011-2013 se consumió en alrededor de 90 países y territorios de todas las regiones, es decir, en alrededor del 40% de todos los países y territorios. Ese mayor consumo se debe principalmente a su uso cada vez mayor en formulaciones de dosis más altas para el tratamiento del dolor, así como para los tratamientos de desintoxicación y de sustitución en casos de dependencia de opioides. Los países con los niveles más altos de consumo de buprenorfina en el período 2011-2013 fueron Islandia, Bélgica, Suiza, los Estados Unidos y el Reino Unido, en orden decreciente (véanse el gráfico 50 y los mapas 7 y 8).

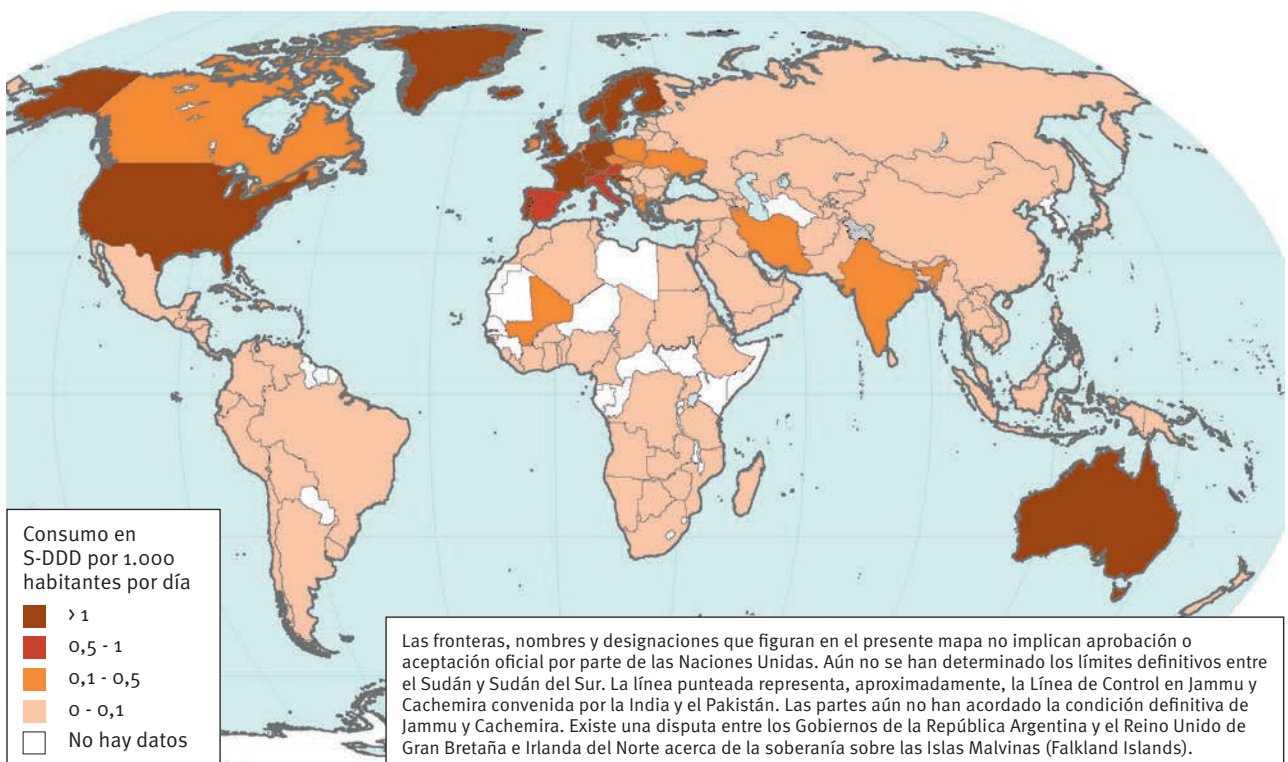
191. Durante el decenio anterior el consumo mundial de pentazocina registró una media aproximada de 5 toneladas anuales. Esa sustancia se usa en unos 50 países. Su uso, a diferencia de lo que ocurre en el caso de la buprenorfina, no se está extendiendo a otros países. Desde 2004 usan pentazocina los mismos 50 países, y en el período 2011-2013 correspondió a los Estados Unidos, la India, Nigeria y el Pakistán el 87% del total mundial.

Mapa 5. Consumo nacional medio de analgésicos opioides, 2004-2006



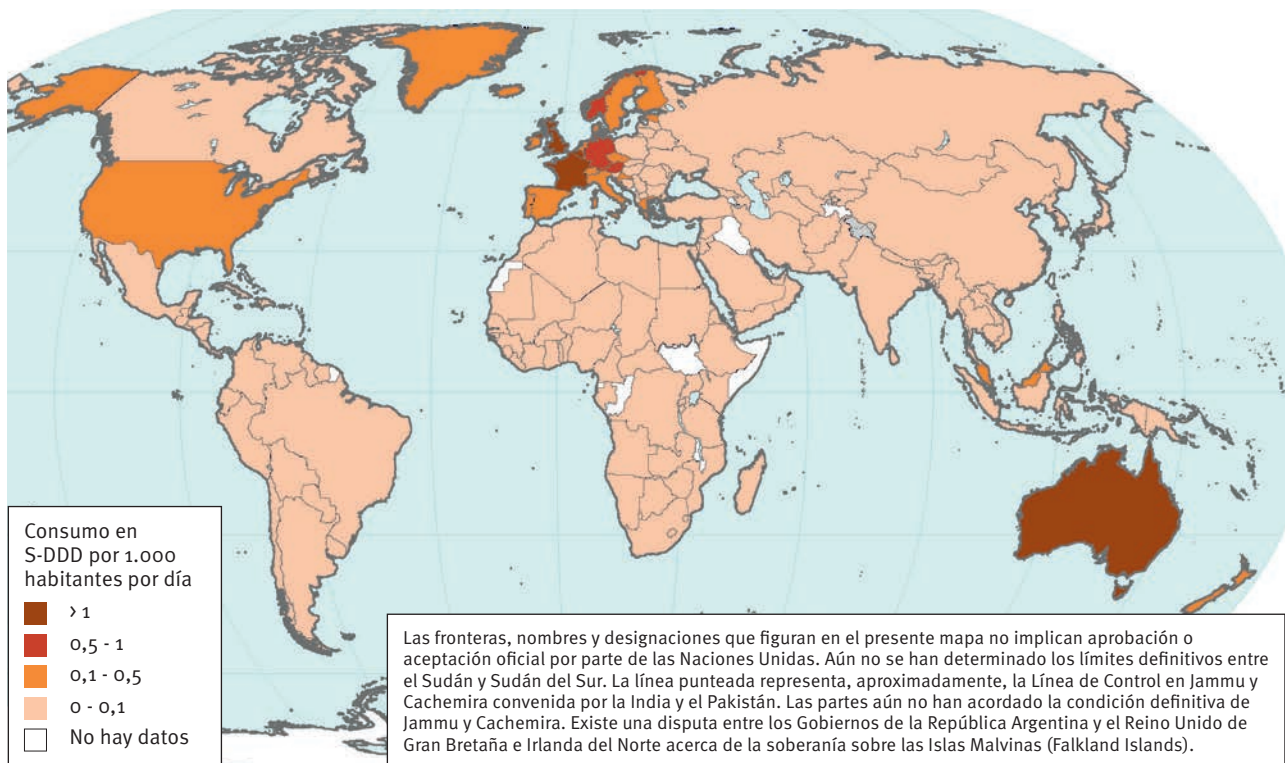
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 6. Consumo nacional medio de analgésicos opioides, 2011-2013



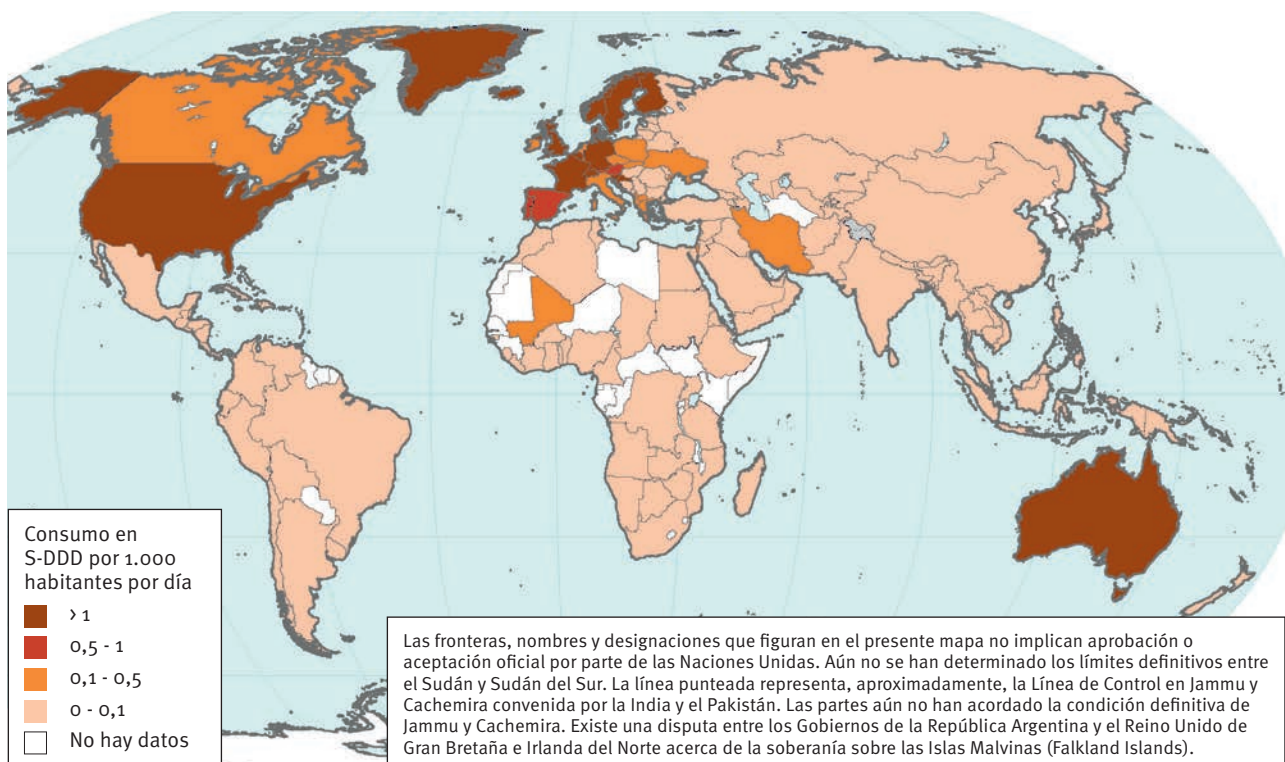
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 7. Consumo nacional medio de buprenorfina, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 8. Consumo nacional medio de buprenorfina, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

2. Disponibilidad de estimulantes del sistema nervioso central

192. Como se señala en el párrafo 168, ninguno de los estimulantes del sistema nervioso central fiscalizados con arreglo al Convenio de 1971 figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. Ello explicaría en gran medida la ausencia casi total de esas sustancias de los mercados de los países de bajos ingresos y los países en desarrollo.

193. Desde comienzos de la década de 1990, las cifras más elevadas del consumo per cápita calculado de anfetaminas suelen corresponder a América. Los Estados Unidos siguen siendo el principal consumidor de esas sustancias, que se utilizan principalmente para el tratamiento del TDAH y la narcolepsia. Esos niveles ya elevados de consumo han aumentado sostenidamente, y a finales de la década de 2000 eran siete veces mayores que en la década anterior.

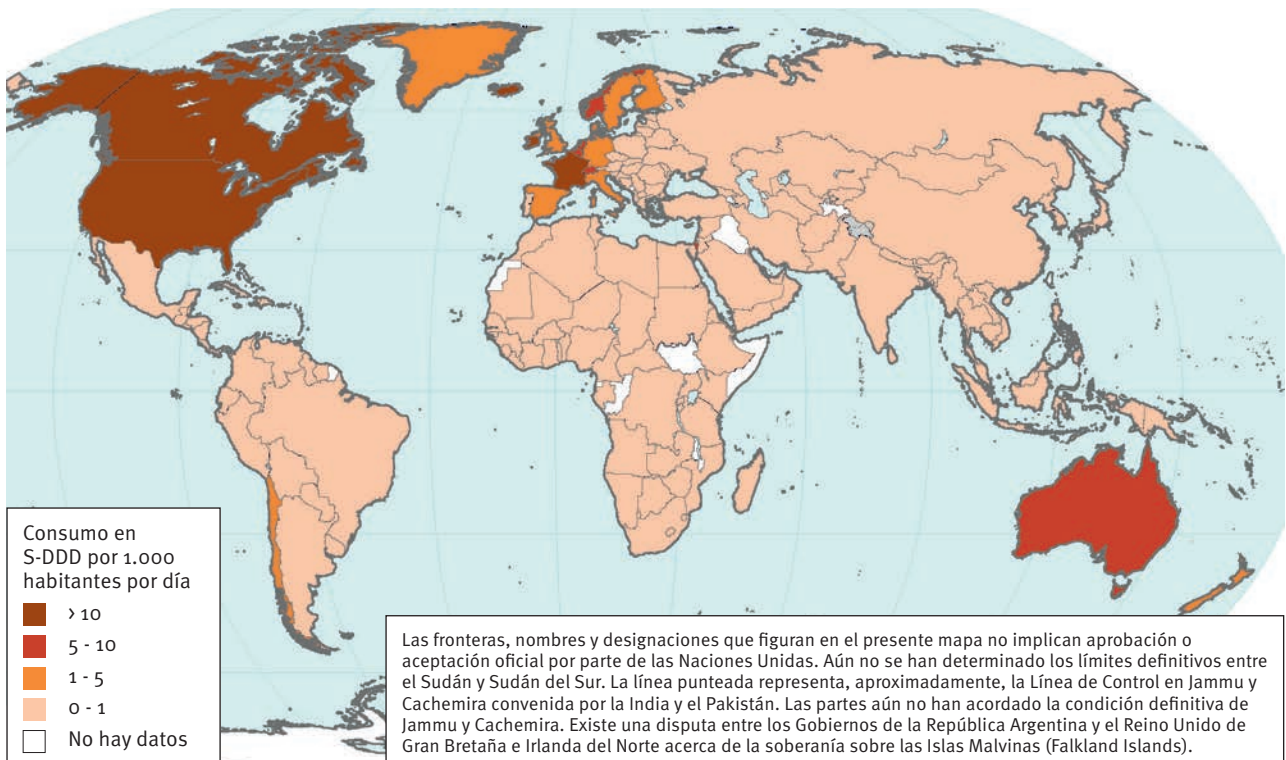
194. El uso de ese grupo de sustancias era sumamente inusual en Asia⁵⁹ y prácticamente nulo en África.

En Oceanía, las tasas de consumo se elevaron de una media de 0,03 S-DDD por mil habitantes por día en el período 1988-1990 a 1,31 S-DDD en el período 2011-2013, debido principalmente al aumento sostenido del consumo de dexanfetamina en Australia.

195. En Europa, los niveles de consumo han sido muy irregulares. Durante el decenio anterior los principales consumidores fueron Alemania, Hungría y Suiza, entre otros. Hungría fue un consumidor importante de esas sustancias hasta 2002, año en que su consumo se redujo marcadamente.

196. Los principales países consumidores de estimulantes de la Lista II en el período 2004-2006 siguieron registrando los niveles de consumo más elevados en el período 2011-2013. En el caso de algunos países (principalmente de Europa y América) se observó un aumento marcado, mientras que en la gran mayoría de los países y territorios siguieron observándose niveles de consumo inferiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día (véanse los mapas 9 y 10).

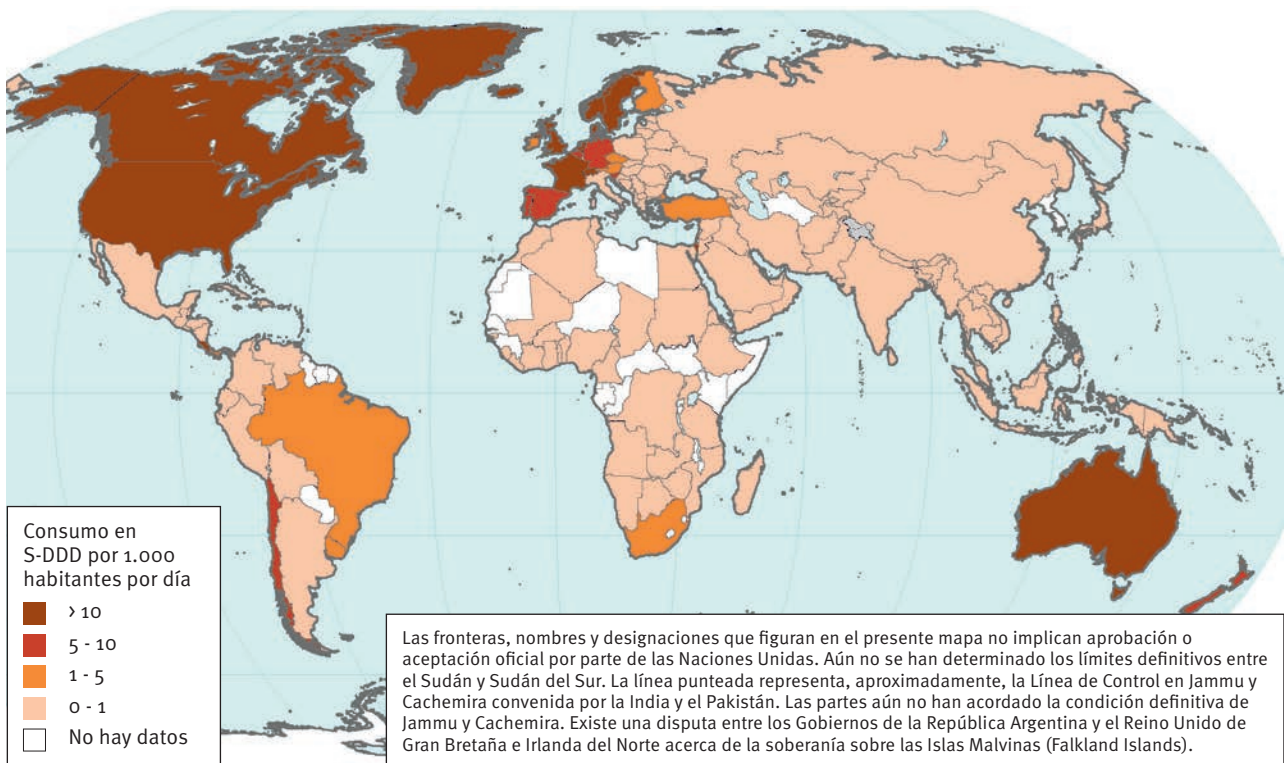
Mapa 9. Consumo nacional medio de estimulantes de la Lista II, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

⁵⁹ El Japón es el único país de la región de Asia y el Pacífico en que se ha registrado una tasa perceptible de consumo de esas sustancias.

Mapa 10. Consumo nacional medio de estimulantes de la Lista II, 2011-2013

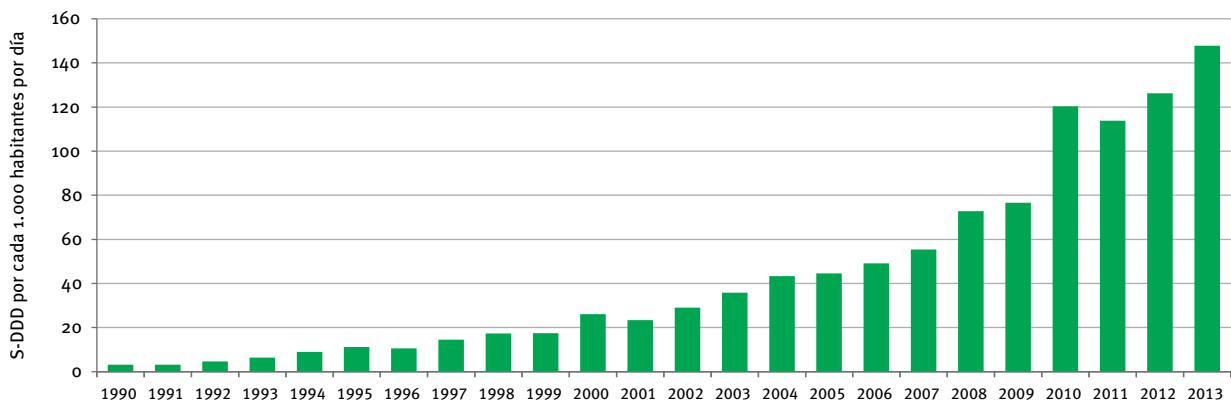


Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

197. El metilfenidato se emplea para el tratamiento de varios trastornos mentales y del comportamiento, en particular el TDAH (sobre todo en niños) y la narcolepsia, que es un trastorno del sueño. El uso de metilfenidato comenzó a aumentar perceptiblemente a comienzos de la década de 1990 (véase el gráfico 51). En 1994, por

ejemplo, el uso a nivel mundial fue más de cinco veces mayor que a principios de los años ochenta. Ello se debió principalmente al aumento del consumo en los Estados Unidos, aunque también se observaron unos mayores niveles de consumo en algunos otros países y zonas del mundo.

Gráfico 51. Consumo mundial de metilfenidato por cada 1.000 habitantes por día, 1990-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

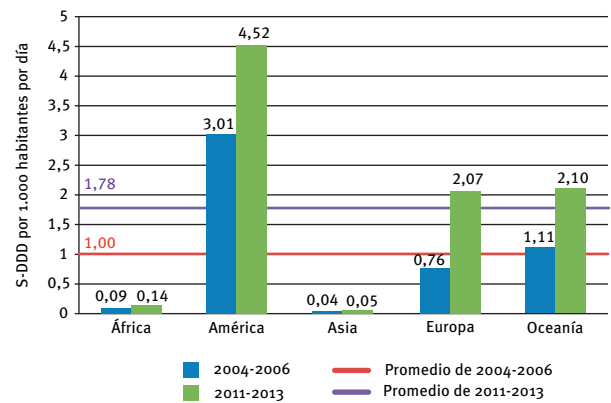
198. Aunque los Estados Unidos siguen dando cuenta de más del 80% del consumo mundial calculado de metilfenidato, el uso de esa sustancia para el tratamiento del TDAH también ha aumentado bruscamente en muchos otros países, en particular los de Oceanía y Europa (véase el gráfico 52). Con todo, en la mayoría de esos países los

niveles de prescripción siguen siendo bajos frente a los de los Estados Unidos. El consumo mundial de metilfenidato ha seguido creciendo constantemente. En 2013 se alcanzó una nueva cifra sin precedentes de 2.400 millones de S-DDD, y menos de 20 países representaron casi el 85% del total. Entre los países que notificaron un incremento

importante del consumo de metilfenidato figuraban Islandia, que registró el mayor consumo per cápita de la sustancia en el mundo durante los últimos años, así como el Reino Unido, el Canadá, Alemania, Australia, España, Noruega, Suecia e Israel. Al mismo tiempo, también preocupa a la Junta la prescripción insuficiente y el bajo uso resultante de metilfenidato en otros países.

199. En los mapas 11 y 12 figuran los niveles nacionales de consumo per cápita de metilfenidato durante los períodos 2004-2006 y 2011-2013, que se han aproximado midiendo el consumo medio anual calculado (en S-DDD por mil habitantes por día). Como puede observarse, la mayoría de los países y territorios siguieron registrando un nivel de consumo inferior a 1 S-DDD por mil habitantes por día, mientras que unos pocos países siguieron siendo los principales consumidores de la sustancia, con un marcado aumento observado en algunos países de América, Europa y Oceanía en el período 2011-2013. Aunque durante el período 2004-2006 solo 5 países tenían un consumo per cápita mayor de 5 S-DDD por mil habitantes por día, en el período 2011-2013 habían alcanzado ese umbral de alto consumo 17 países, y en 9 de ellos se superó la cifra de 10 S-DDD por mil habitantes por día.

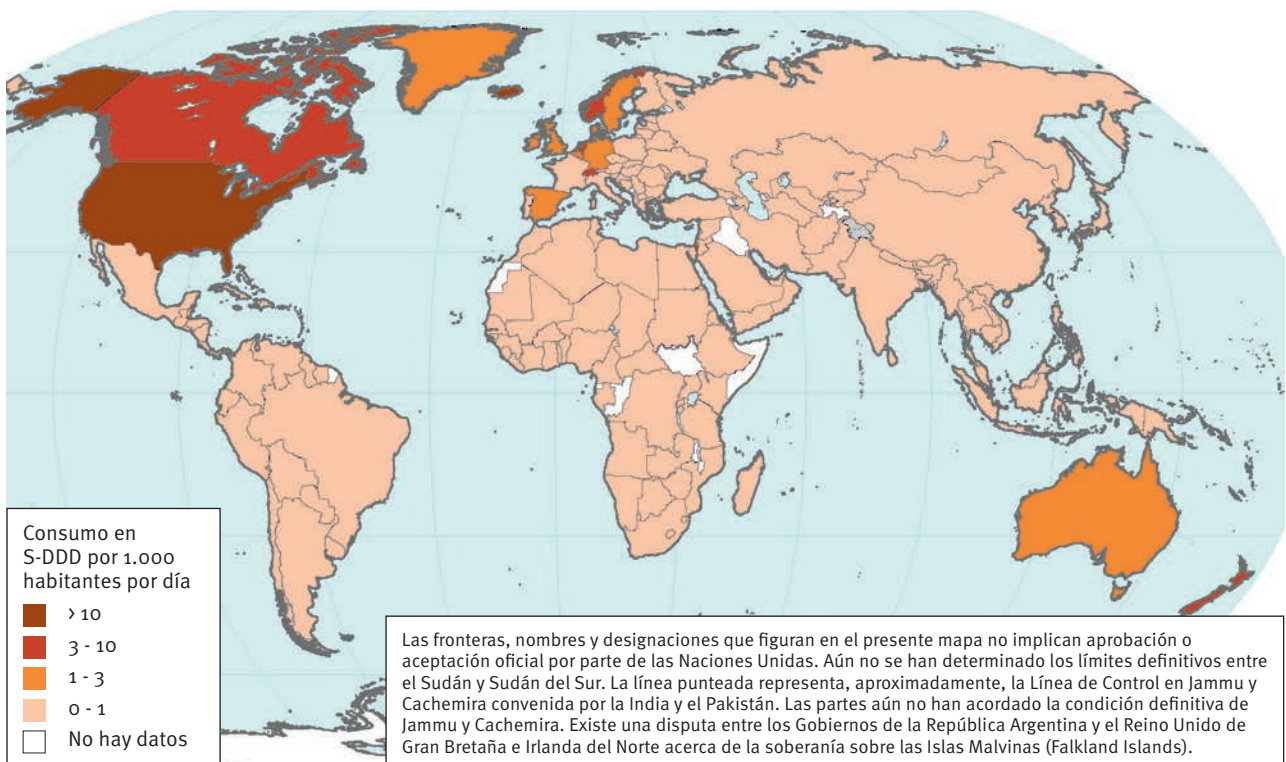
Gráfico 52. Consumo de metilfenidato, todas las regiones, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

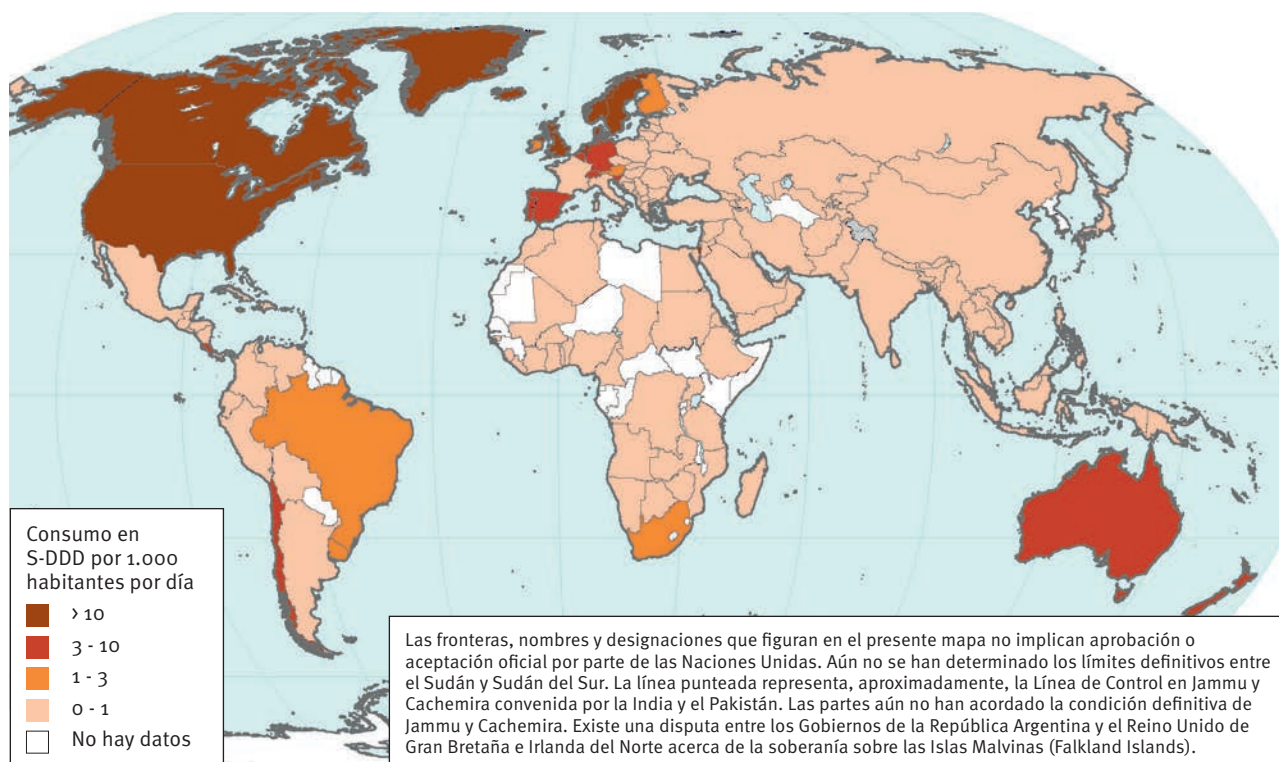
200. La Junta ha expresado frecuentemente su preocupación por el posible diagnóstico excesivo del TDAH y por la prescripción excesiva de metilfenidato. En 2009 la Junta también advirtió contra las campañas de promoción de la sustancia por medios como los anuncios dirigidos a posibles consumidores. Más recientemente, en su informe anual correspondiente a 2014, la Junta consideró como tema especial el uso del metilfenidato.

Mapa 11. Consumo nacional medio de metilfenidato, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 12. Consumo nacional medio de metilfenidato, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

201. Los estimulantes incluidos en la Lista IV del Convenio de 1971 se utilizan como anoréxicos y, en menor medida, para el tratamiento del TDAH. Su uso mundial ha aumentado constantemente desde fines de los años ochenta. Este aumento se debió en parte a su alto consumo en algunos países latinoamericanos (la Argentina, el Brasil y Chile), en los Estados Unidos y en algunos países y territorios asiáticos (Singapur, la República de Corea y Hong Kong (China)).

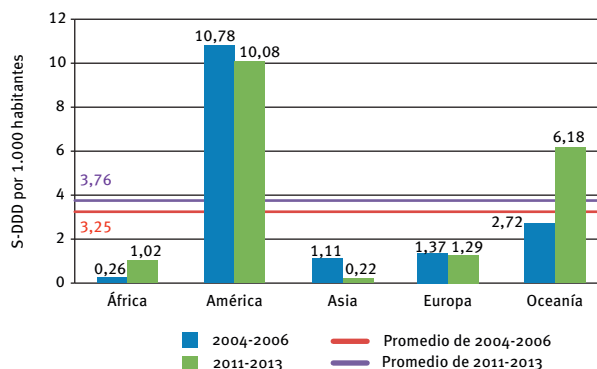
202. Desde principios de los años noventa el consumo per cápita más alto de estimulantes de la Lista IV se ha registrado siempre en América. La reducción del consumo de fentermina luego de un máximo observado en 1996 en los Estados Unidos y la adopción de medidas contra el uso inapropiado de determinados estimulantes en algunos países de América Latina, como el Brasil, provocaron cierto descenso del consumo. No obstante, los niveles de consumo en esa región siguieron siendo altos en relación con otras regiones, salvo en relación con algunos países de Asia.

203. Entre los estimulantes incluidos en la Lista IV del Convenio de 1971, la fentermina siempre ha sido la sustancia que ha conformado la mayor parte de la fabricación y el consumo, que han fluctuado entre un cuarto y dos tercios. En 2013 la parte que le correspondió del consumo mundial ascendió a casi el 86%. Se han comunicado casos de uso indebido de anoréxicos en varios países de todas las regiones del mundo. En los últimos años se ha

observado un aumento de los niveles de consumo en África y Oceanía debido al incremento del consumo calculado en Sudáfrica y Australia (véase el gráfico 53).

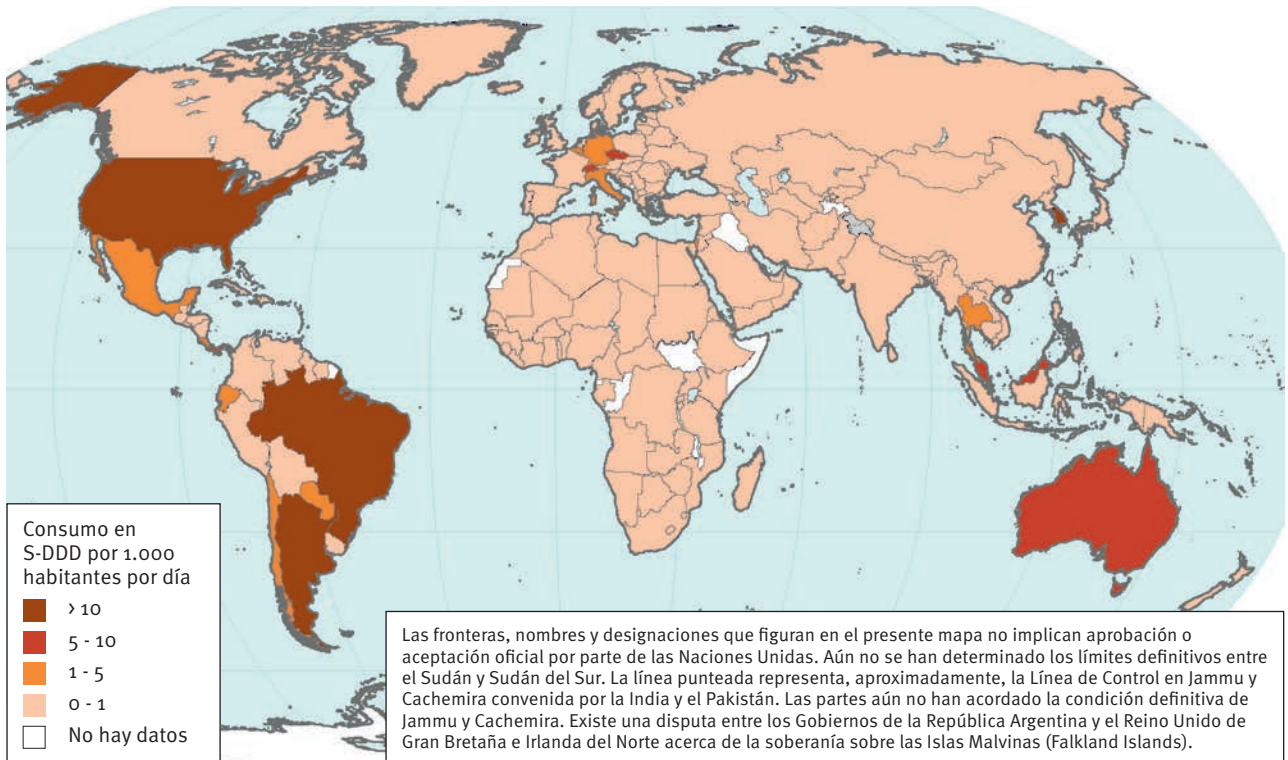
204. En varios países se implantaron estrictas restricciones con respecto al consumo de anoréxicos y políticas más rigurosas en relación con su uso médico, que lograron reducir su uso inapropiado e impidieron su uso irracional y su abuso. En los mapas 13 y 14 se presentan las variaciones del consumo de los estimulantes de la Lista IV por países, que se han aproximado midiendo el consumo medio anual calculado (en S-DDD por mil habitantes por día) entre 2004-2006 y 2011-2013.

Gráfico 53. Consumo de estimulantes de la Lista IV, todas las regiones, 2004-2006 y 2011-2013



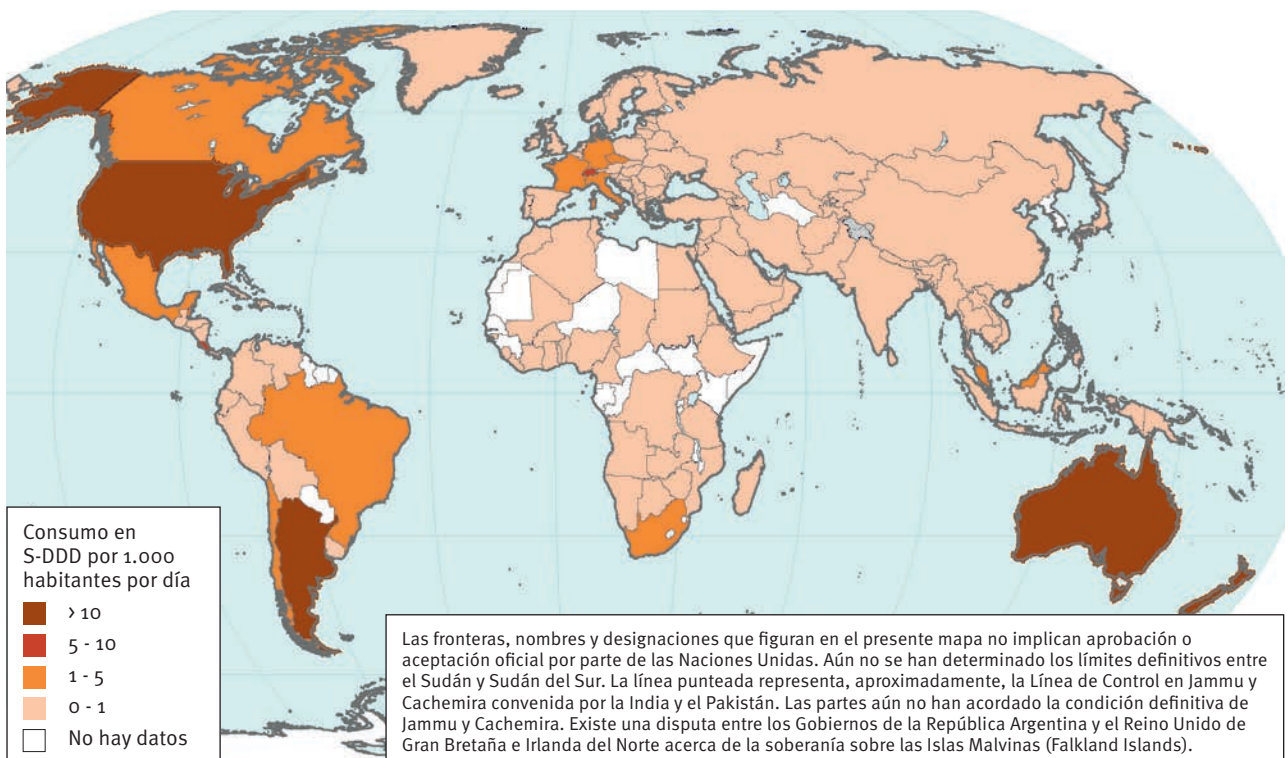
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 13. Consumo nacional medio de estimulantes de la Lista IV, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 14. Consumo nacional medio de estimulantes de la Lista IV, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

3. Disponibilidad de benzodiazepinas

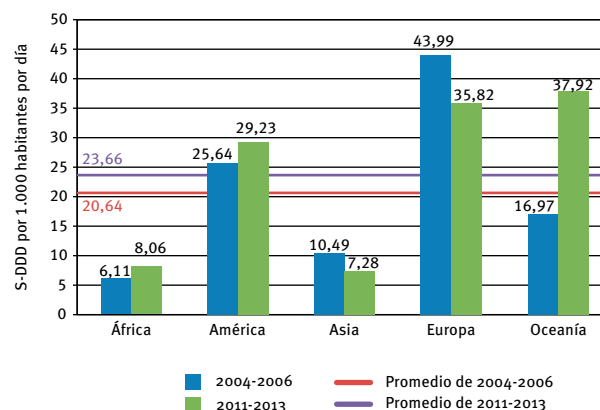
205. En los dos grupos de benzodiazepinas (los ansiolíticos y los sedantes hipnóticos) la tasa mundial de consumo medio anual calculado mostró pautas diferentes durante el período 2004-2013. Aunque la tasa de consumo medio anual per cápita de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico indicó una tendencia ascendente, disminuyó la tasa mundial de consumo medio anual calculado de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico. Durante ese período, prácticamente todos los países y territorios que presentaron información a la JIFE fabricaron o comercializaron benzodiazepinas; las estadísticas comunicadas posibilitaron que la Junta calculara las tasas de consumo de más de 190 países y territorios. En 2013 el alprazolam y el diazepam siguieron siendo las sustancias de mayor uso entre los ansiolíticos (9.200 y 4.400 millones de S-DDD, respectivamente), mientras que el lormetazepam y el brotizolam fueron los sedantes hipnóticos que más se usaron (1.400 y 1.300 millones de S-DDD, respectivamente).

a) Ansiolíticos de tipo benzodiazepínico

206. La tasa mundial de consumo medio anual per cápita de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico aumentó ligeramente durante el período 2004-2013, de 20,6 a 23,7 S-DDD por mil habitantes por día. Como puede observarse en el gráfico 54, a principios del período la tasa más alta de consumo medio anual de este grupo de sustancias correspondió a los países de Europa y América, lo que denota el hecho de que las benzodiazepinas suelen recetarse frecuentemente para la amplia población de personas mayores de esas regiones. Hacia el final de esa década, los mayores aumentos de la tasa de consumo medio anual se observaron en Oceanía (el 123%) y África (el 32%). Las tasas de consumo de África y Asia se mantuvieron por debajo de la media mundial.

207. Durante la última década el nivel de consumo medio anual de Europa se redujo de 43,99 a 35,82 S-DDD por mil habitantes por día, aunque se observó un incremento del consumo en 23 de los 41 países de esa región que presentaron datos, en particular en Finlandia, donde hubo un aumento del 51%. El mayor descenso del consumo tuvo lugar en Dinamarca (el 84%, de 77 a 13 S-DDD por mil habitantes por día) y Suiza (el 73%, de 266 a 72 S-DDD por mil habitantes por día). Durante el período 2011-2013 las tasas de consumo calculado superaron la media regional en 15 países, y en 6 países los niveles estuvieron por encima de la media mundial de 23,7 S-DDD por mil habitantes por día. Los países europeos con niveles medios de consumo inferiores a la media mundial fueron Islandia, la República Checa, los Países Bajos, Letonia, Noruega, Estonia, Alemania, Suecia, Dinamarca, Polonia, Albania,

Gráfico 54. Consumo medio anual de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

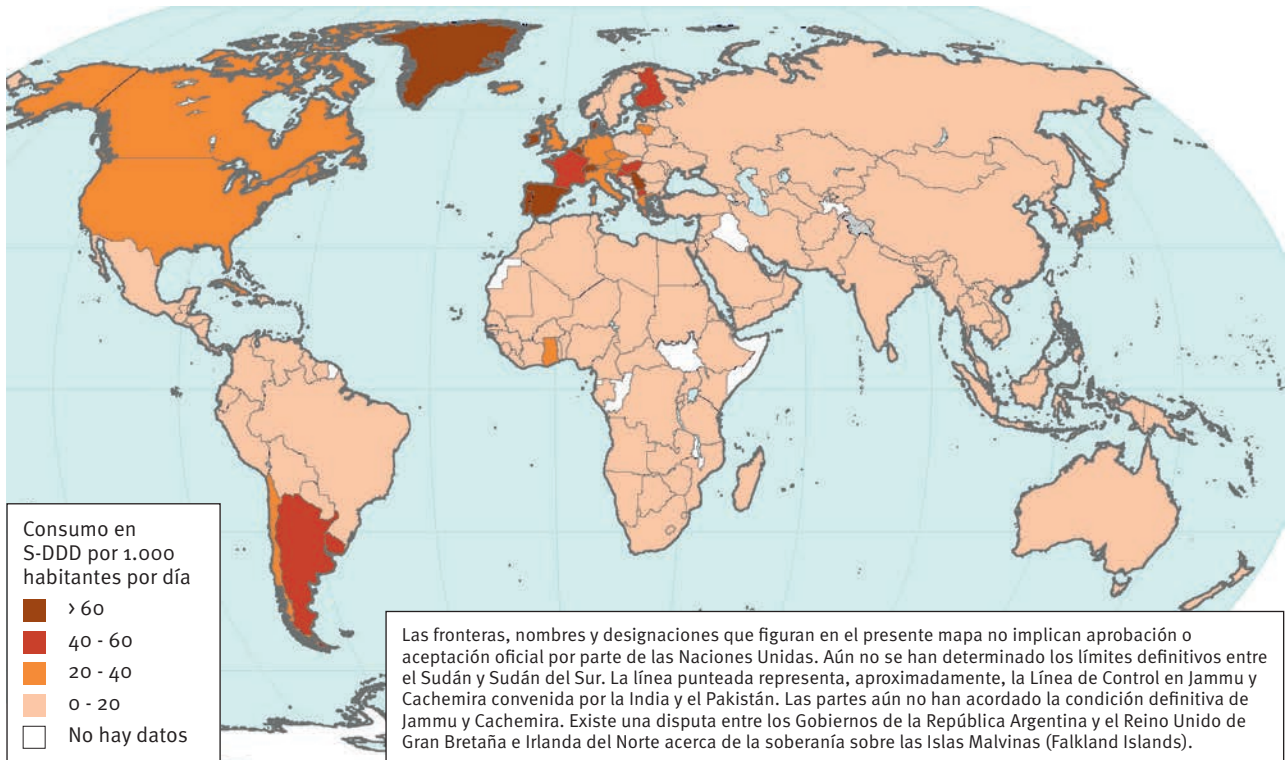
Grecia, Rumania, el Reino Unido, Bulgaria, la República de Moldova, la Federación de Rusia, Belarús, Ucrania y Chipre, en orden descendente.

208. En América el consumo de este grupo de ansiolíticos fue por término medio de 29,2 S-DDD por mil habitantes por día durante el período 2011-2013. Solo cuatro países tuvieron tasas de consumo superiores a la media regional: el Uruguay (67,9 S-DDD), la Argentina (60,1 S-DDD), el Canadá (55,8 S-DDD) y los Estados Unidos (42,2 S-DDD). Además, en América se observaron importantes disparidades en los niveles de consumo de ansiolíticos entre las subregiones: América del Norte tuvo la mayor tasa de consumo per cápita durante el período 2011-2013, seguida por América del Sur y Centroamérica y el Caribe (véanse los mapas 15 y 16).

209. La media regional de Oceanía (37,9 S-DDD por mil habitantes por día), aunque mucho más alta que la media mundial (23,7 S-DDD por mil habitantes por día), estuvo impulsada sobre todo por Australia, el único país de la región que tuvo un consumo calculado superior a la media mundial durante el período 2011-2013. Las tasas de consumo aumentaron en todos los países de la región, salvo en Nueva Zelanda, en que se registró una reducción del 8%, de 5,1 a 4,6 S-DDD por mil habitantes por día.

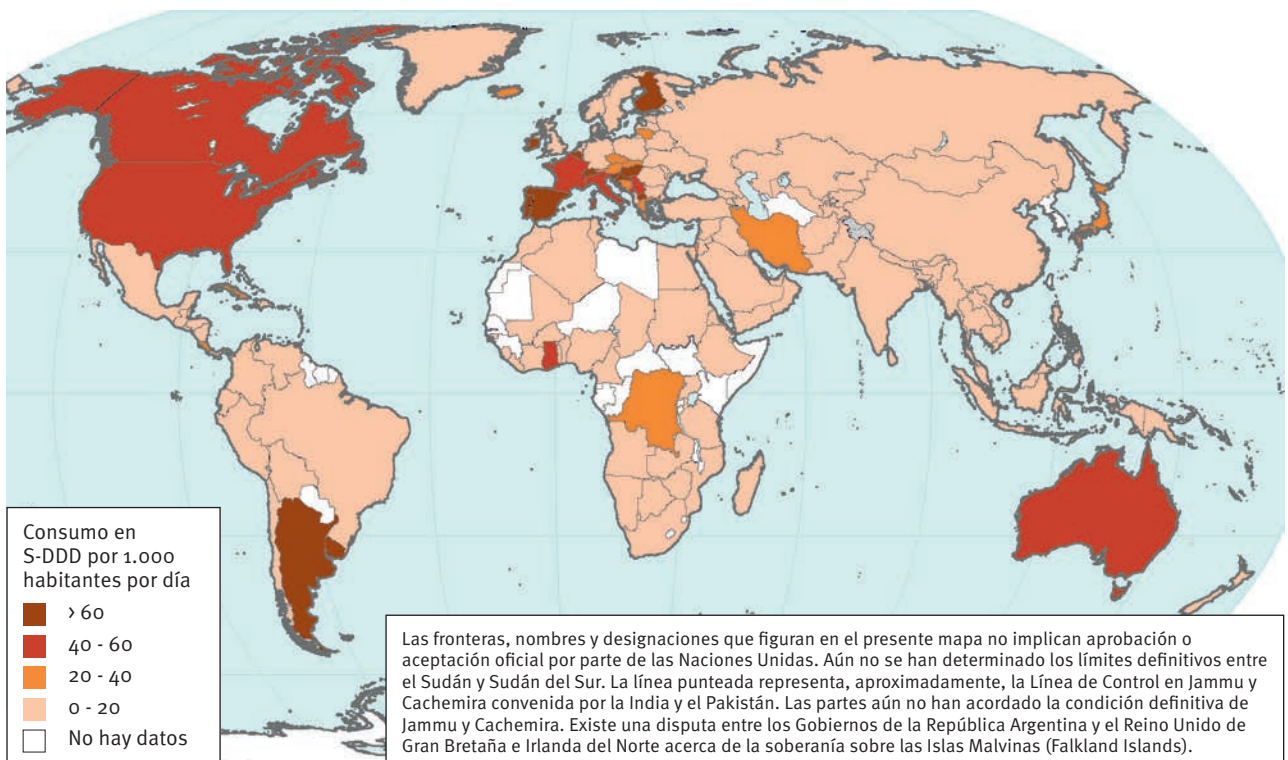
210. En Asia, de los 48 países que presentaron datos, todos excepto 1 tuvieron tasas de consumo inferiores a la media mundial. Israel (27,9 S-DDD por mil habitantes por día), el Irán (República Islámica del) (22,3 S-DDD), el Japón (21,1 S-DDD) y otros tres países (el Líbano, Tailandia y Jordania) tuvieron tasas de consumo calculado superiores a la media regional de 7,3 S-DDD por mil habitantes por día durante el período 2011-2013.

Mapa 15. Consumo nacional medio de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 16. Consumo nacional medio de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

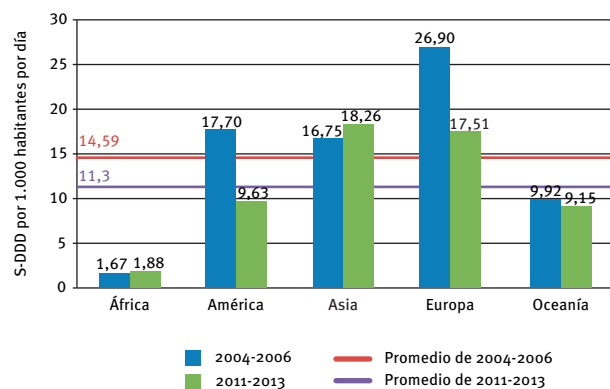
211. En África la tasa de consumo medio anual de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico aumentó de 6,1 S-DDD a 8,6 S-DDD por mil habitantes por día entre los períodos 2004-2006 y 2011-2013. La tasa media de consumo calculado aumentó en 19 países o territorios africanos, sobre todo en Santa Elena (en un factor de casi 7, de 1,3 a 9 S-DDD por mil habitantes por día) y en Namibia y la República Democrática del Congo (en ambos casos en un factor de más de 4,5, de 4,9 a 22,5 S-DDD). Ghana siguió siendo el país con la tasa de consumo más alta de la región (la 17ª más alta del mundo), con un aumento del 146% entre los períodos 2004-2006 y 2011-2013 (de 21,3 a 52,3 S-DDD). Le siguió la República Democrática del Congo, con 22,5 S-DDD por mil habitantes por día, que se mantuvo algo por debajo de la media mundial de 23,7 S-DDD. Al mismo tiempo, más de 16 países consumieron menos de 1 S-DDD por mil habitantes por día en el período 2011-2013, y en más de 10 países disminuyó la tasa de consumo. El mayor descenso de la tasa de consumo medio anual calculado se registró en Cabo Verde (de 6,5 a 0,7 S-DDD), Sierra Leona (de 0,6 a 0,1 S-DDD), Eritrea (de 0,1 a 0,02 S-DDD), la República Unida de Tanzania (de 2 a 0,7 S-DDD) y Botswana (de 1,4 a 0,7 S-DDD).

b) Sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico

212. La tasa mundial de consumo medio anual calculado de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, medida en S-DDD por mil habitantes por día, disminuyó en más del 22% entre los períodos 2004-2006 y 2011-2013, de 14,6 S-DDD a 11,3 S-DDD por mil habitantes por día. El consumo más alto fue sistemáticamente el de Europa, y se observaron reducciones en América, Europa y Oceanía, y aumentos en África y Asia (véase el gráfico 55).

213. En Europa la tasa de consumo medio anual calculado disminuyó en un 35% entre los períodos 2004-2006 y 2011-2013, de 26,9 S-DDD a 17,5 S-DDD por mil habitantes por día. Se observó un descenso de las tasas de consumo en 29 países de esa región, entre ellos Chipre (de 20,5 S-DDD por mil habitantes por día a casi 0), la República de Moldova (de 0,15 a 0,003 S-DDD), el Reino Unido (de 47,3 a 4 S-DDD) y Suiza (de 42,6 a 11,4 S-DDD), lo que indica un posible cambio en los tipos de benzodiazepina recetados en la práctica médica. Se observó un incremento en 12 países, principalmente en Andorra (el 365%), Croacia (el 300%) y Eslovaquia (el 244%). Durante el período 2011-2013 hubo cinco países que tuvieron tasas de consumo medio anual superiores a la media regional de 17,5 S-DDD por mil habitantes por día, y otros seis países mostraron tasas de consumo superiores a la media mundial de 11,3 S-DDD.

Gráfico 55. Consumo anual medio de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

214. La tasa de consumo medio anual de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico en Oceanía también disminuyó entre los períodos 2004-2006 y 2011-2013, de 9,9 S-DDD a 9,1 S-DDD por mil habitantes por día. Aunque sus tasas de consumo se redujeron un 20% y un 22%, respectivamente, Australia y Nueva Zelandia siguieron siendo los dos países de la región con las tasas más altas de consumo medio calculado. Micronesia (Estados Federados de), Nueva Caledonia y las islas Wallis y Futuna mostraron incrementos de las tasas de consumo medio anual, aunque a partir de niveles bajos. Salvo Australia, Nueva Zelandia, Nueva Caledonia y la Polinesia Francesa, el resto de los países y territorios de esa región registró tasas de consumo medio anual respecto de este grupo de sustancias inferiores a 0,1 S-DDD por mil habitantes por día.

215. En América la tasa de consumo medio anual calculado disminuyó en un 45% entre el período 2004-2006 y el período 2011-2013, de 17,7 S-DDD a 9,8 S-DDD por mil habitantes por día. Sin embargo, hubo una gran disparidad entre las subregiones. A medida que las tasas de consumo aumentaron en los países de América del Norte y Centroamérica y el Caribe, disminuyeron en América del Sur. Solo tres países de América registraron tasas de consumo superiores a la media regional de 9,8 S-DDD por mil habitantes por día: Cuba (30,1 S-DDD), el Uruguay (23,3 S-DDD) y el Canadá (14,6 S-DDD). Las tasas de consumo de 33 países y territorios fueron inferiores a la media mundial, incluidos 24 países con tasas inferiores a 1 S-DDD y 11 países con tasas inferiores a 0,1 S-DDD por mil habitantes por día.

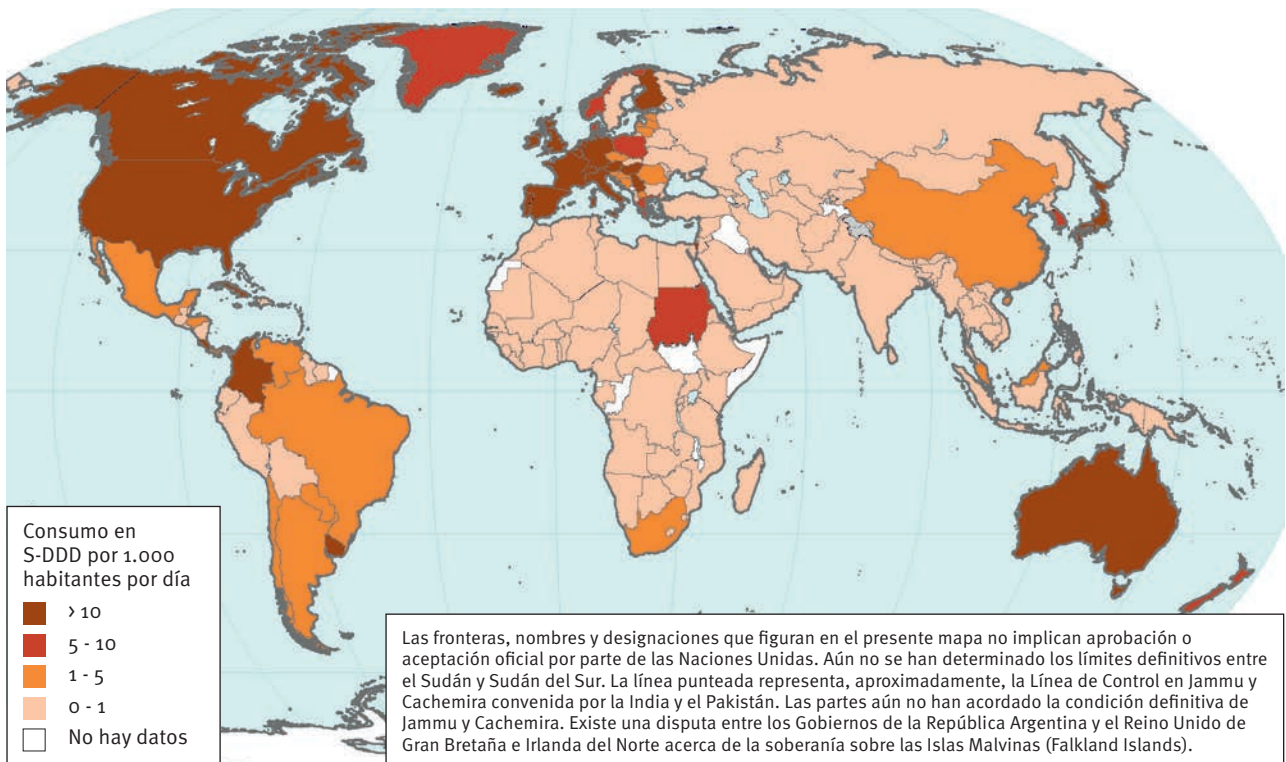
216. En Asia aumentó la tasa de consumo de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico de una tasa media anual de 16,8 S-DDD por mil habitantes por día durante el período 2004-2006 a 18,3 S-DDD por mil habitantes

por día durante el período 2011-2013. Durante ese último período, el Japón (54,2 S-DDD), Israel (9,5 S-DDD), Macao (China) (2,6 S-DDD), Hong Kong (China) (1,3 S-DDD) y Bangladesh (1,2 S-DDD) fueron los únicos países o territorios que tuvieron tasas de consumo medio anual calculado superiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día. Las altas tasas del Japón e Israel se han atribuido tradicionalmente a su amplia población de personas mayores. Durante el período 2011-2013, 37 países de Asia tuvieron tasas de consumo medio anual de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico inferiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día, entre ellos 22 países con tasas de consumo inferiores a 0,1 S-DDD.

217. En África, durante el período 2011-2013, solo Sudáfrica (2 S-DDD) tuvo una tasa de consumo medio anual calculado superior a la media regional de 1,9 S-DDD por mil habitantes por día. Siguió a ese país Nigeria (1,1 S-DDD) y Namibia (0,6 S-DDD). Veintiún países registraron tasas de consumo inferiores a 0,1 S-DDD, incluidos 14 países con tasas inferiores a 0,01 S-DDD.

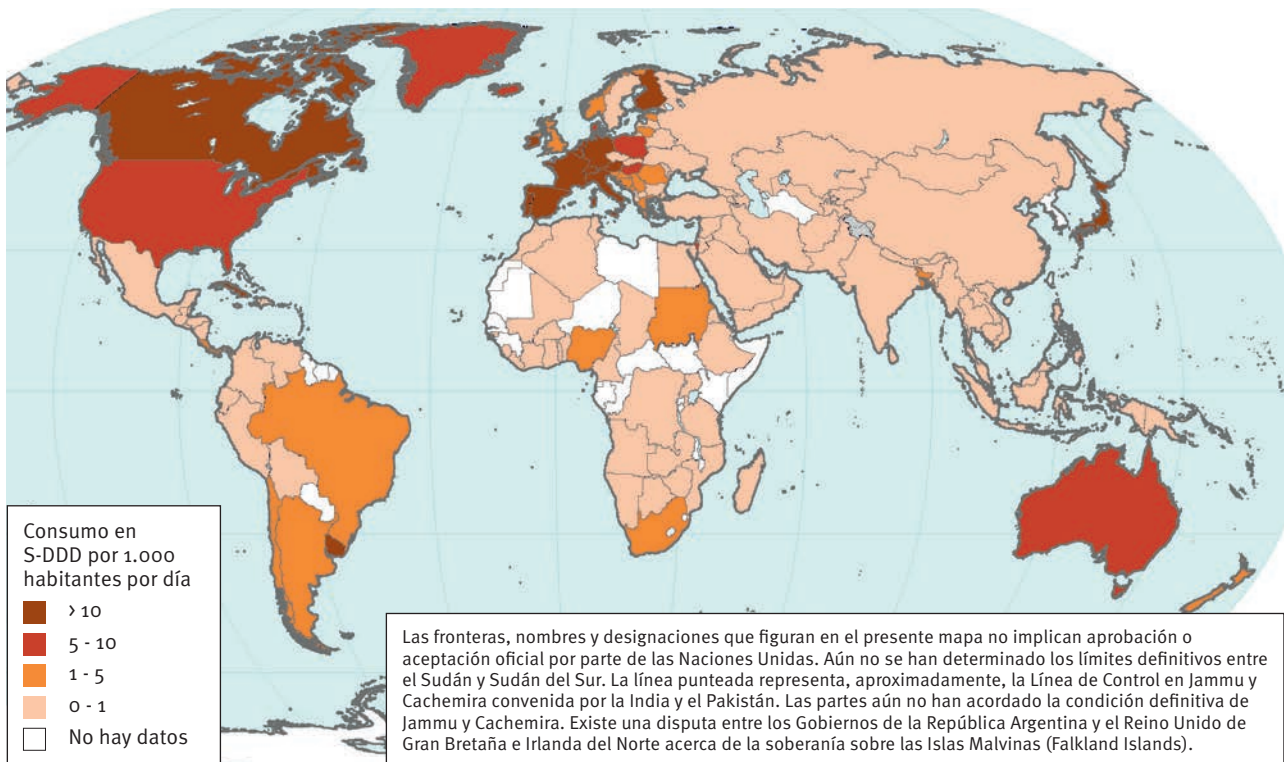
218. En los mapas 17 y 18 se presentan las variaciones del consumo de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico por países, entre 2004-2006 y 2011-2013, que se han aproximado midiendo el consumo medio anual calculado (en S-DDD por mil habitantes por día).

Mapa 17. Consumo nacional medio de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 18. Consumo nacional medio de sedantes hipnóticos de tipo benzodiazepínico, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

c) Medicamentos esenciales que contienen benzodiazepinas

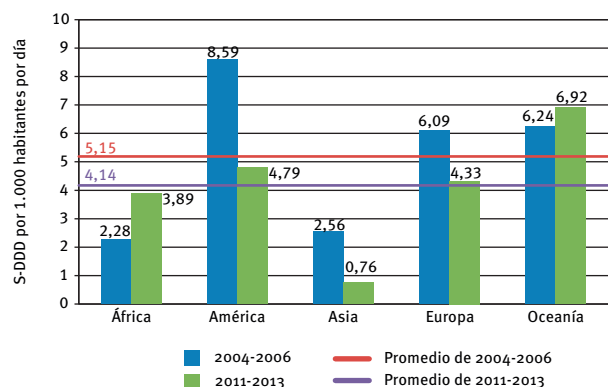
219. En la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS se incluyen tres sustancias de tipo benzodiazepínico: el diazepam y el lorazepam (ansiolíticos) y el midazolam (sedante hipnótico).

Diazepam

220. La tasa mundial de consumo medio anual de diazepam disminuyó en un 20% entre los períodos 2004-2006 y 2011-2013, de 5,2 S-DDD a 4,1 S-DDD por mil habitantes por día (véase el gráfico 56). Los mayores descensos del consumo medio se observaron en Asia (70%) y América (44%). África y Oceanía por el contrario, fueron las regiones en que aumentó la tasa de consumo medio anual (en un 70% y un 11%, respectivamente). Los incrementos importantes registrados en África se debieron sobre todo a los aumentos del consumo calculado de la República Democrática del Congo y Ghana. A nivel mundial, durante el período 2011-2013, de los 164 países registrados, las tasas de consumo de 37 de ellos fueron superiores a la media mundial, y Ghana

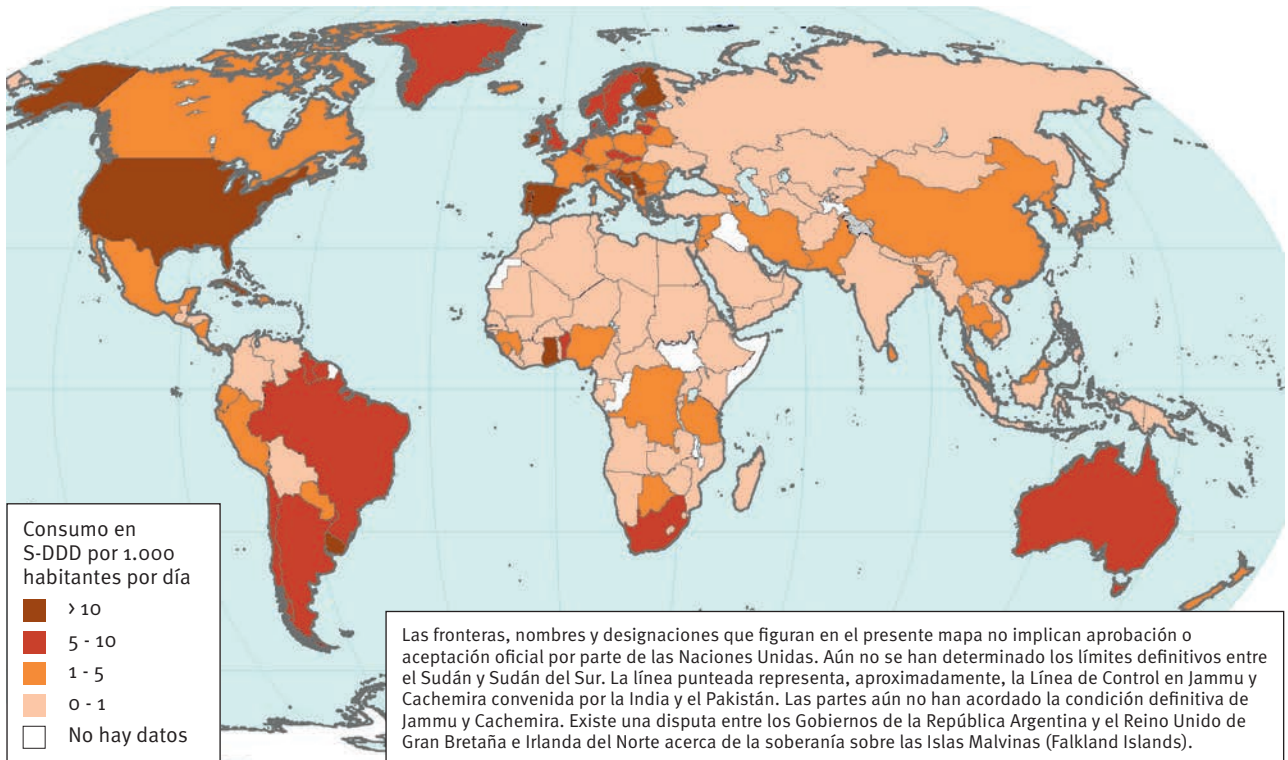
(50,5 S-DDD), la ex República Yugoslava de Macedonia (26,1 S-DDD) y Croacia (25,9 S-DDD) presentaron las tasas más altas. En el límite inferior se encontraban 90 países que mostraron tasas de consumo inferiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día, 22 de los cuales tenían una tasa de consumo inferior a 0,1 S-DDD (véanse los mapas 19 y 20).

Gráfico 56. Consumo medio anual de diazepam, 2004-2006 y 2011-2013



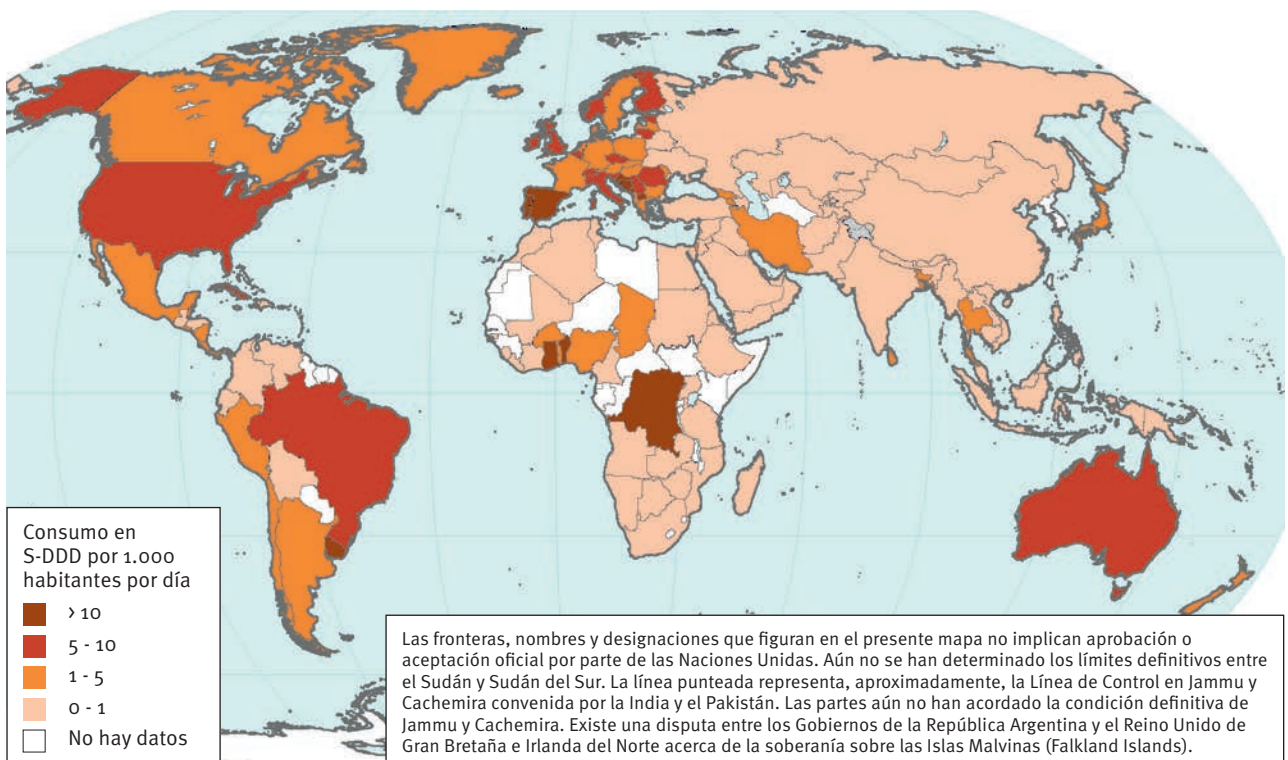
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 19. Consumo nacional medio de diazepam, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 20. Consumo nacional medio de diazepam, 2011-2013



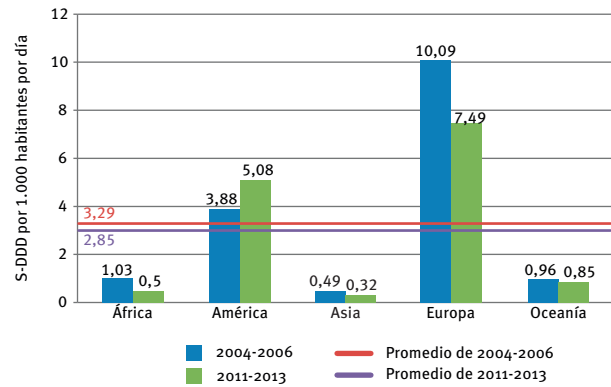
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Lorazepam

221. Como se presenta en el gráfico 57, la tasa mundial de consumo medio anual de lorazepam también se redujo entre 2004-2006 y 2011-2013, de 3,3 S-DDD a 2,8 S-DDD por mil habitantes por día. No obstante, esa disminución relativamente pequeña (el 13,4%) se debió a la importante inestabilidad observada en las distintas regiones. Durante ese período, las tasas de consumo medio anual aumentaron en América en un 31% y disminuyeron en todas las demás regiones; el mayor descenso se observó en África (el 51,4%), Asia (el 34,5%) y Europa (el 25,8%). De los 134 países que presentaron estadísticas durante el período 2011-2013, 31 tenían tasas de consumo medio anual calculado superiores a la media mundial. Las tasas más altas se observaron en Europa, encabezada por Irlanda (85,9 S-DDD), Portugal (27,7 S-DDD) y España (27,2 S-DDD). Ochenta y tres países comunicaron tasas de consumo medio anual inferiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día, incluidos 44 países con tasas

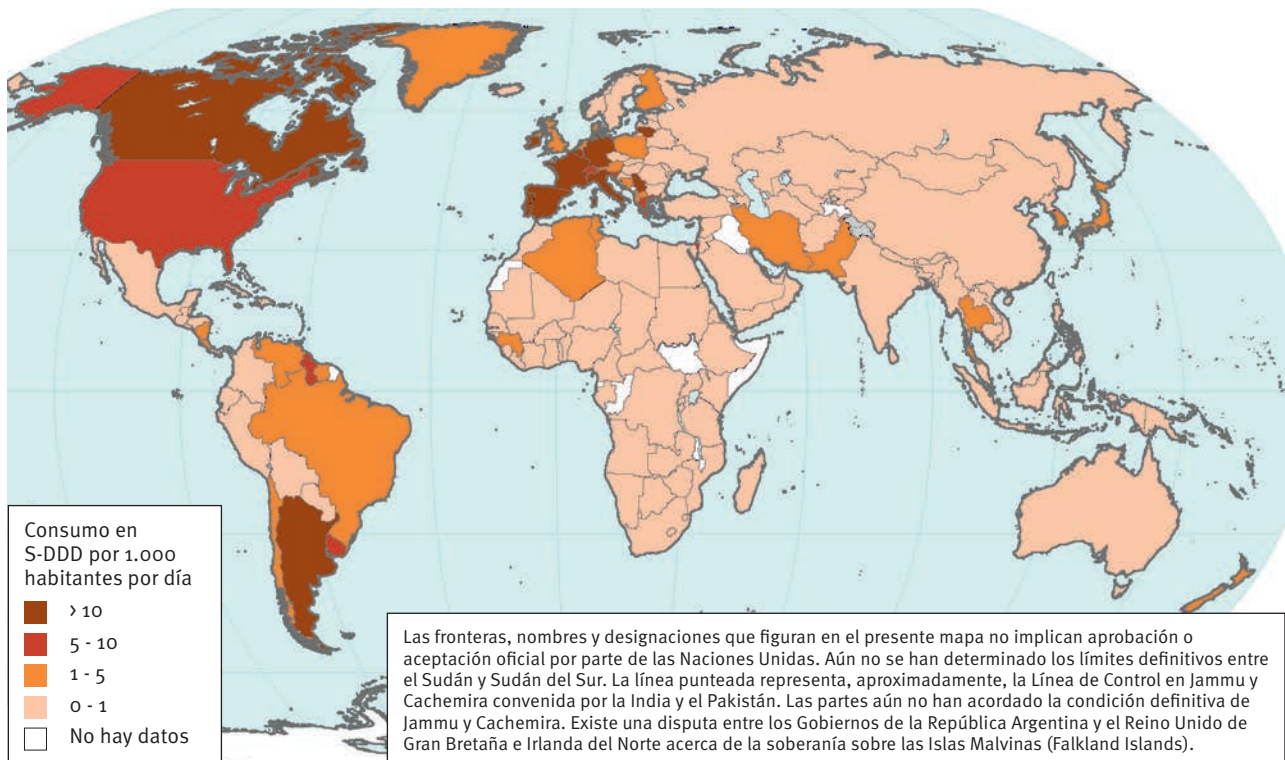
inferiores a 0,1 S-DDD, principalmente Bhután, el Chad y Papua Nueva Guinea, que registraron tasas inferiores a 0,02 S-DDD. En los mapas 21 y 22 se presentan las variaciones del consumo del lorazepam por países.

Gráfico 57. Consumo medio anual de lorazepam, 2004-2006 y 2011-2013



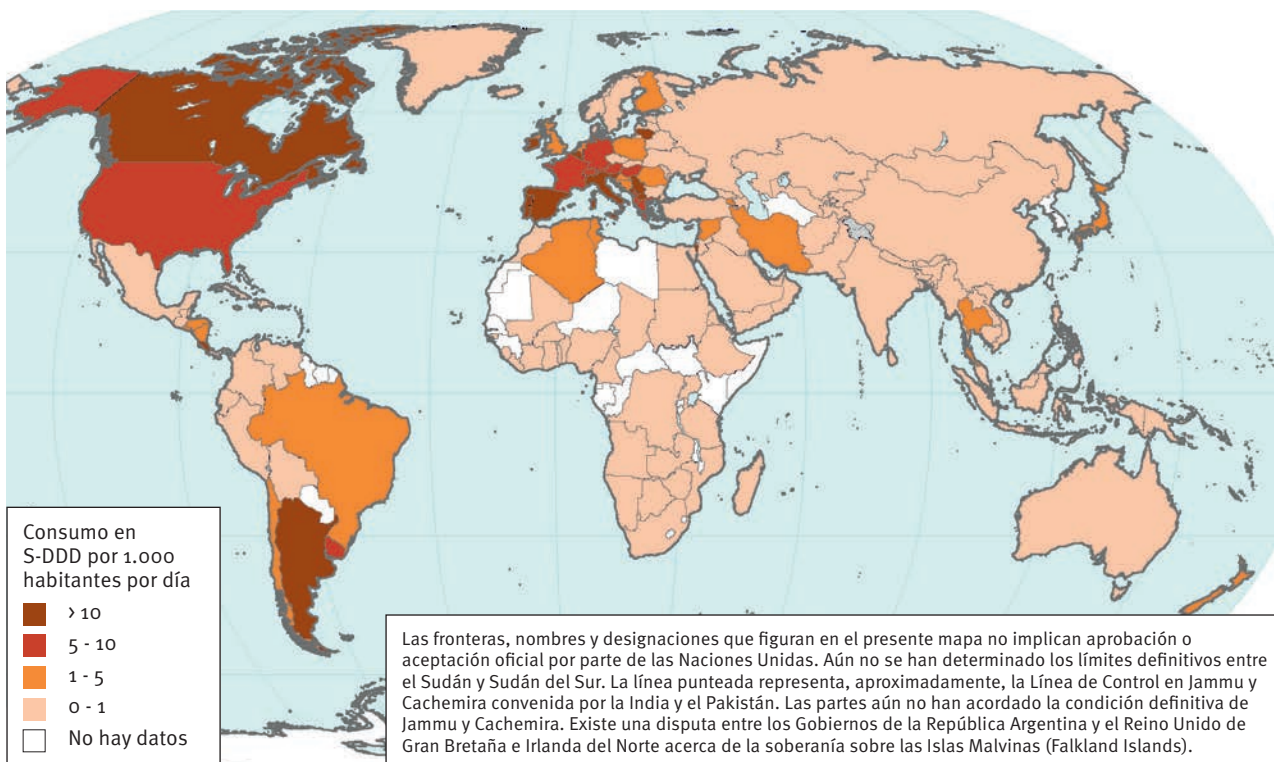
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 21. Consumo nacional medio de lorazepam, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 22. Consumo nacional medio de lorazepam, 2011-2013



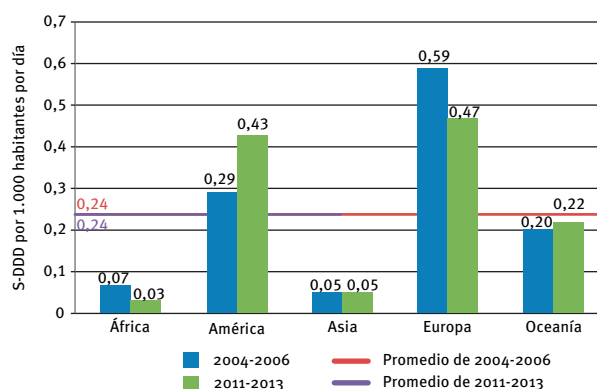
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

Midazolam

222. La tasa mundial de consumo medio anual calculado de midazolam disminuyó en un 0,4% entre el período 2004-2006 y el período 2011-2013, de 0,238 S-DDD a 0,237 S-DDD por mil habitantes por día (véase el gráfico 58). Europa y América han registrado tradicionalmente las tasas más altas de consumo de midazolam. En el último decenio los aumentos más importantes de las tasas de consumo medio se observaron en América (el 47,2%). Al mismo tiempo, las tasas de consumo descendieron en África (en un 56%), Europa (el 20%) y Asia (el 10%). Durante el período 2011-2013 solo 8 países y territorios tenían tasas de consumo medio anual calculado superiores a 1 S-DDD por mil habitantes por día: Suiza (5 S-DDD), San Martín (2,7), Portugal (1,9), Curaçao (1,6), el Uruguay (1,5), Hungría (1,4), Costa Rica (1,1) y el Reino Unido (1), mientras que 37 países y territorios mostraban tasas de consumo superiores a la media mundial de 0,237 S-DDD. Entre los países y territorios que tenían tasas de consumo inferiores a la media

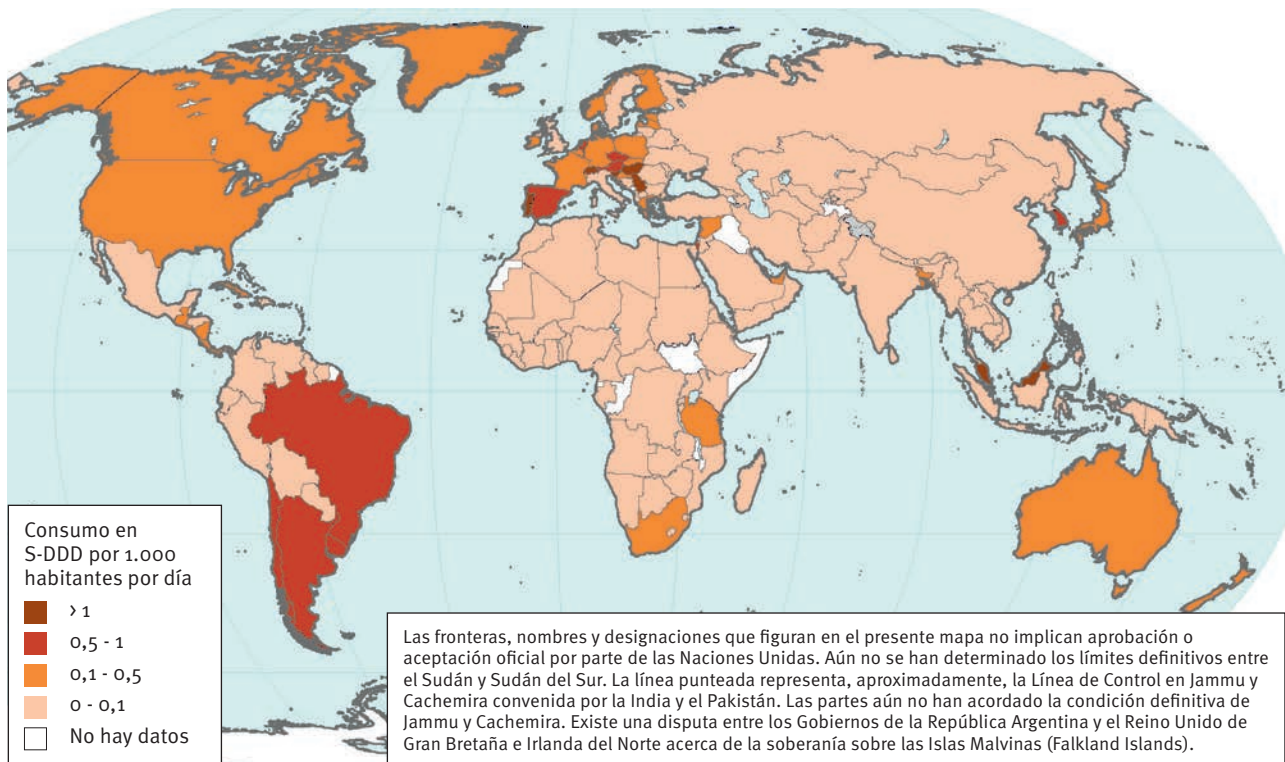
mundial, 89 registraron tasas inferiores a 0,1 S-DDD, incluidos 51 con tasas inferiores a 0,01 S-DDD. En los mapas 23 y 24 se presentan las variaciones del consumo del midazolam por países entre 2004-2006 y 2011-2013.

Gráfico 58. Consumo medio anual de midazolam, 2004-2006 y 2011-2013



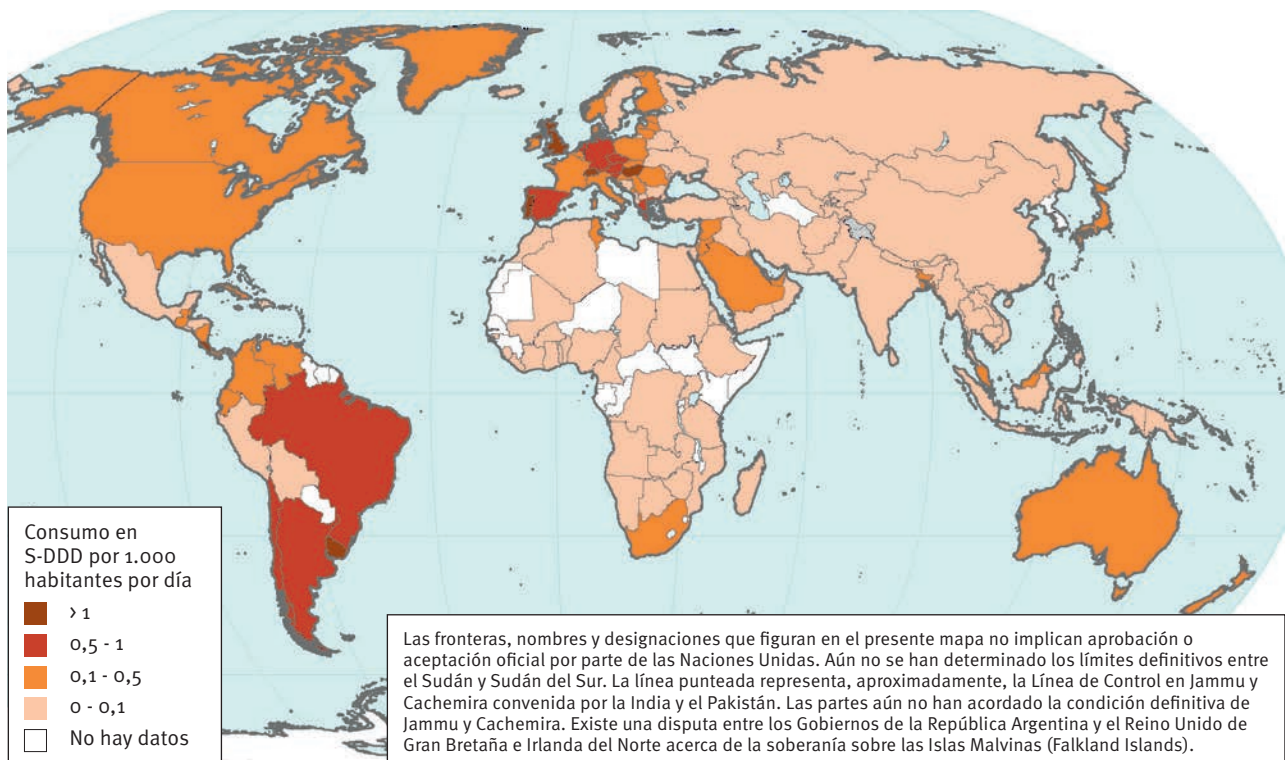
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

Mapa 23. Consumo nacional medio de midazolam, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 24. Consumo nacional medio de midazolam, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

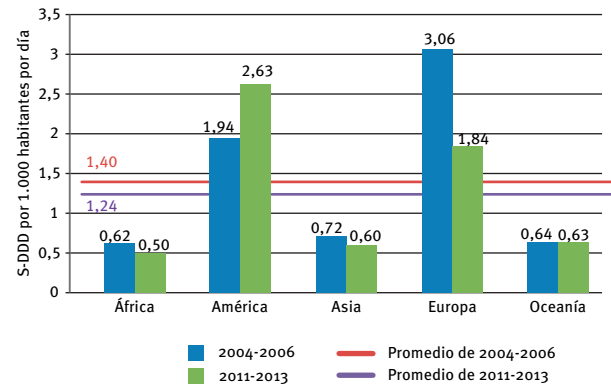
d) Disponibilidad de antiepilépticos

223. Los antiepilépticos de tipo barbitúrico (fenobarbital y metilfenobarbital) y de tipo benzodiazepínico (clonazepam) están incluidos en la Lista IV del Convenio de 1971. Además de utilizarse para el tratamiento de la epilepsia, estas sustancias también se emplean para inducir el sueño. El fenobarbital, sustancia incluida en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, representó casi la totalidad del consumo mundial de antiepilépticos durante el período 2004-2013.

224. Durante ese tiempo, el consumo mundial de antiepilépticos disminuyó en todas las regiones, salvo en América. Las mayores reducciones tuvieron lugar, en particular, en Europa (el 40%), África (el 20%) y Asia (el 16%). Al mismo tiempo, la tasa de consumo de antiepilépticos en Oceanía siguió siendo casi la misma, pero en América aumentó en un 35% (véase el gráfico 59). En los

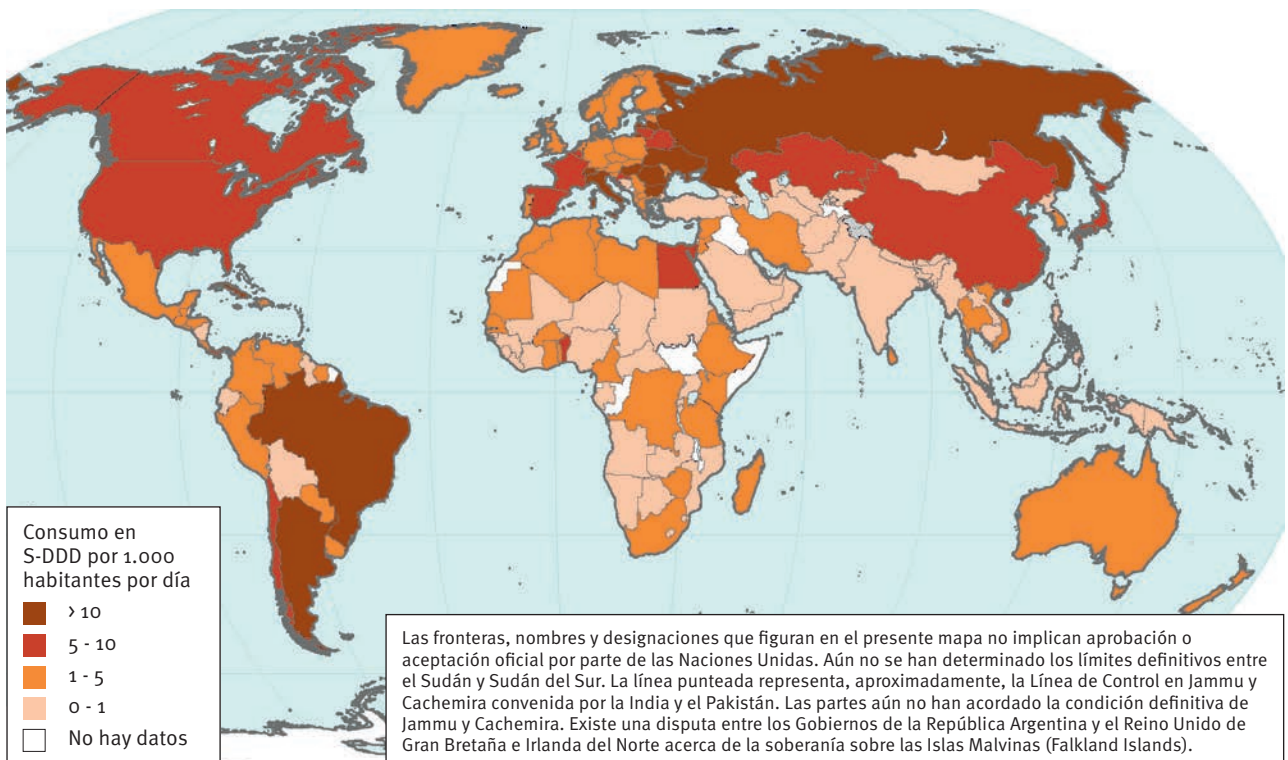
mapas 25 y 26 se presentan las variaciones del consumo de antiepilépticos por países.

Gráfico 59. Consumo de antiepilépticos, todas las regiones, 2004-2006 y 2011-2013



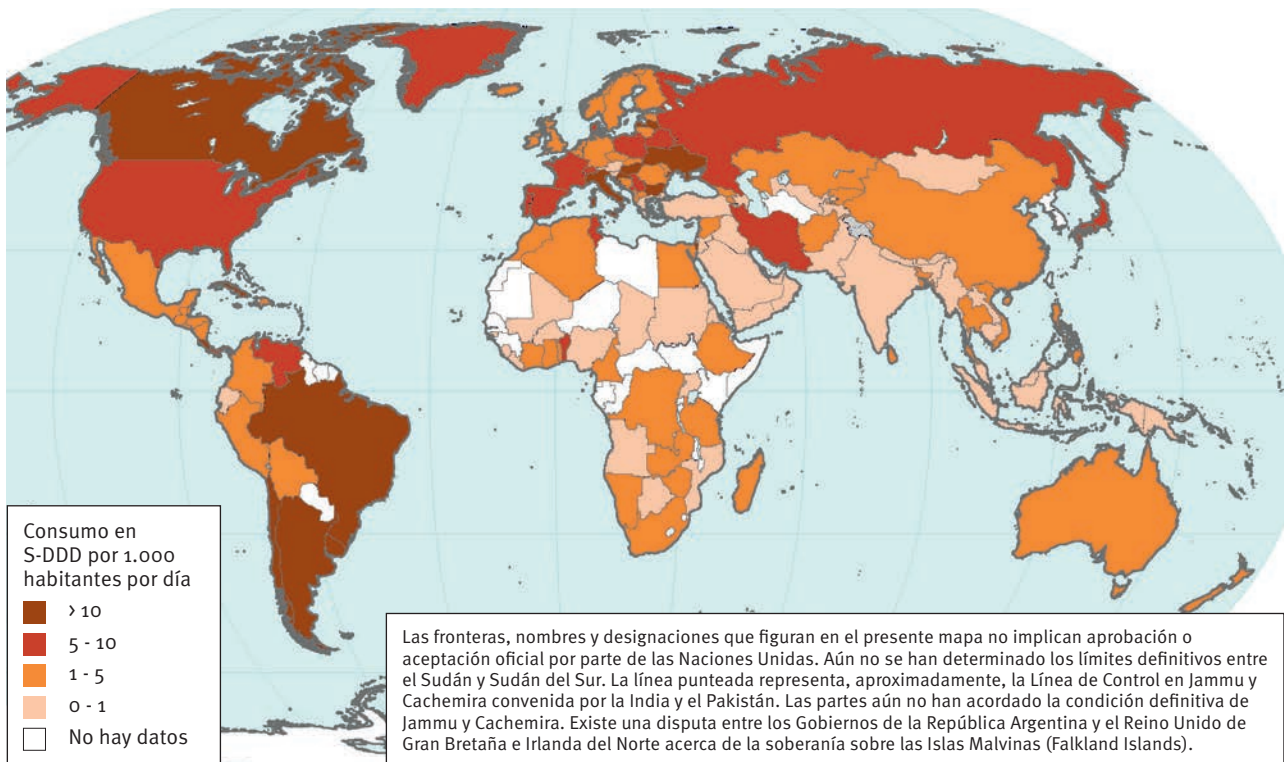
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 25. Consumo nacional medio de antiepilépticos, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 26. Consumo nacional medio de antiepilépticos, 2011-2013

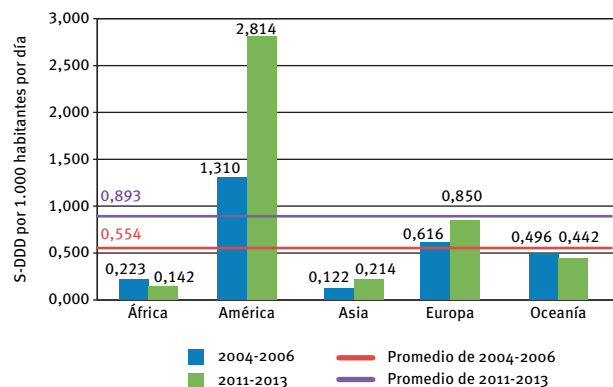


Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

e) Antiepilépticos de tipo benzodiazepínico (clonazepam)

225. Los notables aumentos del consumo de antiepilépticos en América obedecieron principalmente al mayor consumo de antiepilépticos de tipo benzodiazepínico (clonazepam) en Costa Rica, el Brasil, Nicaragua y Panamá. A diferencia de la tendencia general del consumo de antiepilépticos, el consumo de antiepilépticos de tipo benzodiazepínico (clonazepam) se elevó en la mayor parte del mundo durante el período 2004-2013 (véase el gráfico 60). El aumento fue mayor en América (el 115%), Asia (el 75%) y Europa (el 38%). Entre tanto, el consumo de clonazepam en África y Oceanía se redujo moderadamente, en un 36% y un 11%, respectivamente. Independientemente de los cambios observados en distintas regiones, la distribución regional del consumo de clonazepam ha permanecido invariable y los niveles más altos de consumo se registraron en América, seguida por Europa, Oceanía, Asia y África.

Gráfico 60. Consumo de clonazepam, todas las regiones, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

f) Antiepilépticos de tipo barbitúrico

226. El consumo mundial de antiepilépticos de tipo barbitúrico (fenobarbital y metilfenobarbital) se redujo

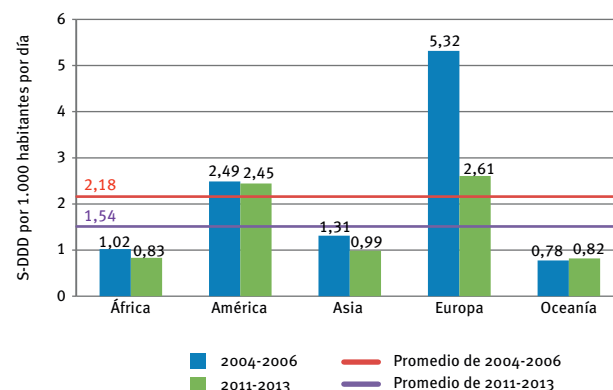
considerablemente durante el período 2004-2013. Descendió en un 95% en Europa, y también disminuyó en Asia y África, en un 33% y un 20%, respectivamente. La pauta regional de consumo de antiepilépticos de tipo barbitúrico siguió siendo la misma: Europa y América tuvieron los mayores niveles de consumo, seguidas por Asia, África y Oceanía. Dado que el consumo de fenobarbital representó casi la totalidad del consumo mundial de antiepilépticos de tipo barbitúrico, la tendencia del consumo relativa a ese tipo de antiepilépticos ha sido muy similar a la del fenobarbital.

Fenobarbital

227. Entre 2004 y 2013 el consumo mundial de fenobarbital, calculado en S-DDD por mil habitantes por día, se redujo en casi el 30%⁶⁰, con diferencias regionales bastante importantes (véase el gráfico 61). Aunque Europa y América presentaron niveles más altos de consumo que el resto del mundo, el consumo de fenobarbital en Europa descendió en un 51%, mientras que en América solo disminuyó en un 2%. Entre todos los países europeos, las mayores reducciones tuvieron lugar en Lituania, Hungría y Grecia, en ese orden. Mientras tanto, el consumo de fenobarbital en Asia y África descendió también, en un 25% y un 18% respectivamente, en tanto que en Oceanía

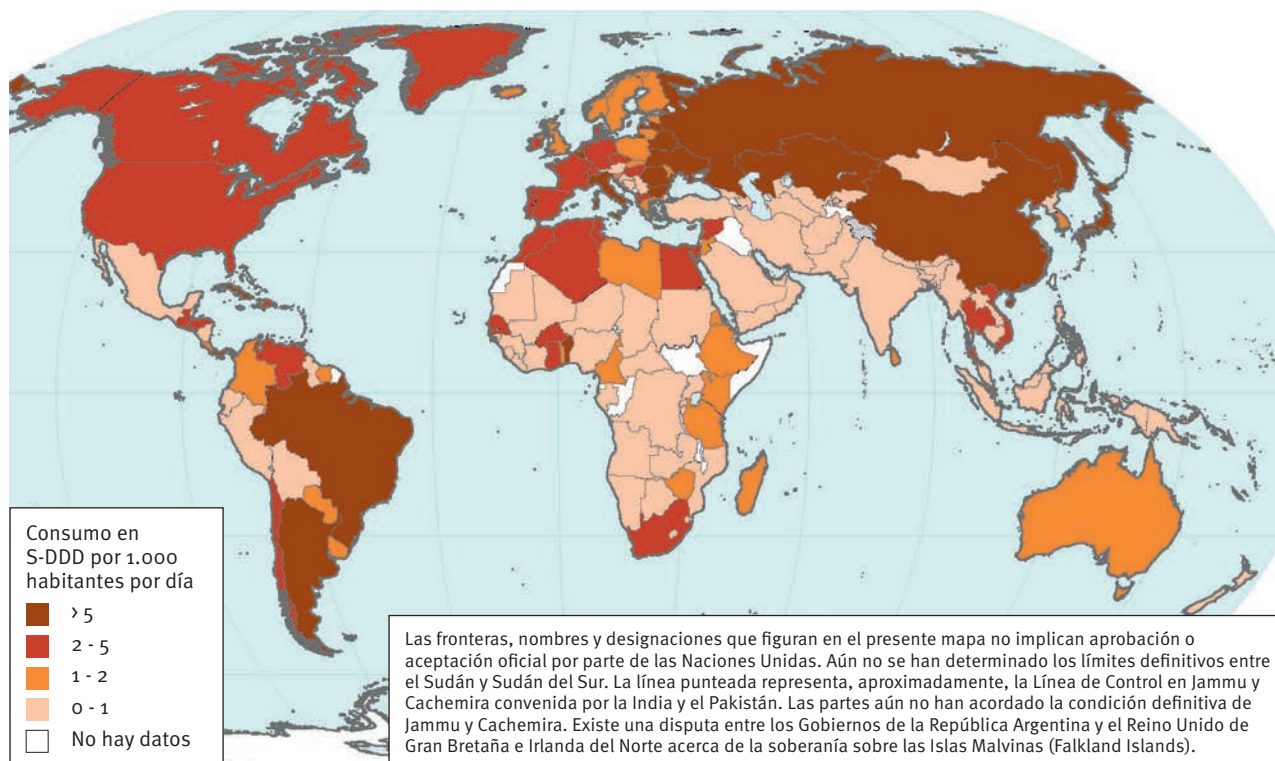
se elevó en un 6%. Pese a estas diferentes tendencias, la distribución regional del consumo mundial de fenobarbital siguió siendo la misma durante todo el período 2004-2013, en que Europa y América fueron las dos regiones con los niveles medios de consumo más altos, seguidas por Asia, África y Oceanía. En los mapas 27 y 28 se presentan las variaciones del consumo del fenobarbital por países, que se han aproximado midiendo el consumo medio anual calculado (en S-DDD por mil habitantes por día) entre 2004-2006 y 2011-2013.

Gráfico 61. Consumo de fenobarbital, todas las regiones, 2004-2006 y 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

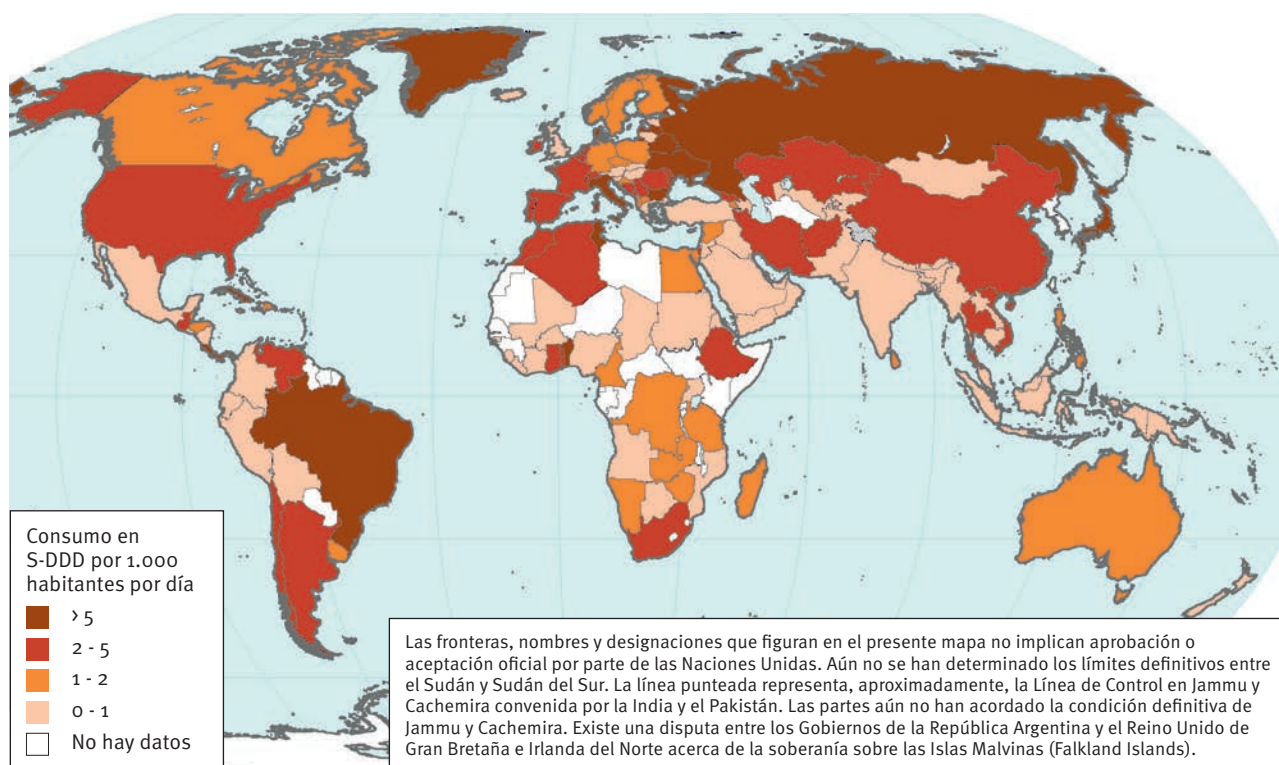
Mapa 27. Consumo nacional medio de fenobarbital, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

⁶⁰El cálculo se basa en una comparación entre las medias trianuales de 2004-2006 y de 2011-2013.

Mapa 28. Consumo nacional medio de fenobarbital, 2011-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

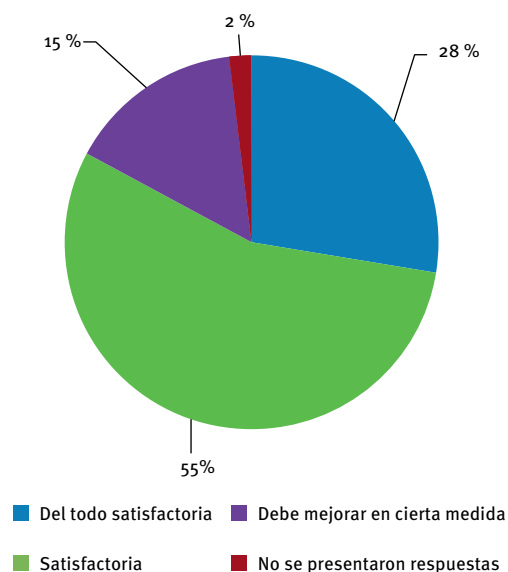
C. Factores que limitan la disponibilidad de sustancias sicotrópicas

228. Diversos factores sociales y económicos influyen en la disponibilidad de sustancias sicotrópicas, entre ellos: *a)* la estructura y capacidad de los sistemas de atención de la salud; *b)* el grado de prioridad otorgado por las autoridades al alivio del dolor y el sufrimiento; y *c)* las actitudes sociales hacia la atención de la salud y las terapias médicas, así como las leyes y las regulaciones conexas. De hecho, la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización no implica forzosamente que estas sean accesibles a todos los pacientes que las necesitan. En realidad, otros criterios y condiciones determinan la accesibilidad de los medicamentos y repercuten en el alivio de los pacientes.

229. Según la segunda encuesta sobre la disponibilidad de sustancias fiscalizadas que llevó a cabo la Junta en 2014, a la que respondieron 107 países, la amplia mayoría de los gobiernos evaluaron la situación de sus países como satisfactoria. Como se señala en el gráfico 62, más de tres cuartas partes de los países consideraban su situación satisfactoria o del todo satisfactoria (el 55% y el 28%, respectivamente), mientras que otros (el 15%) indicaron

que la disponibilidad de esas sustancias en sus países debía mejorar en cierta medida. No obstante, la Junta desea interpretar esa evaluación con cierta cautela.

Gráfico 62. Disponibilidad de sustancias sicotrópicas, según las evaluaciones de los propios países, 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

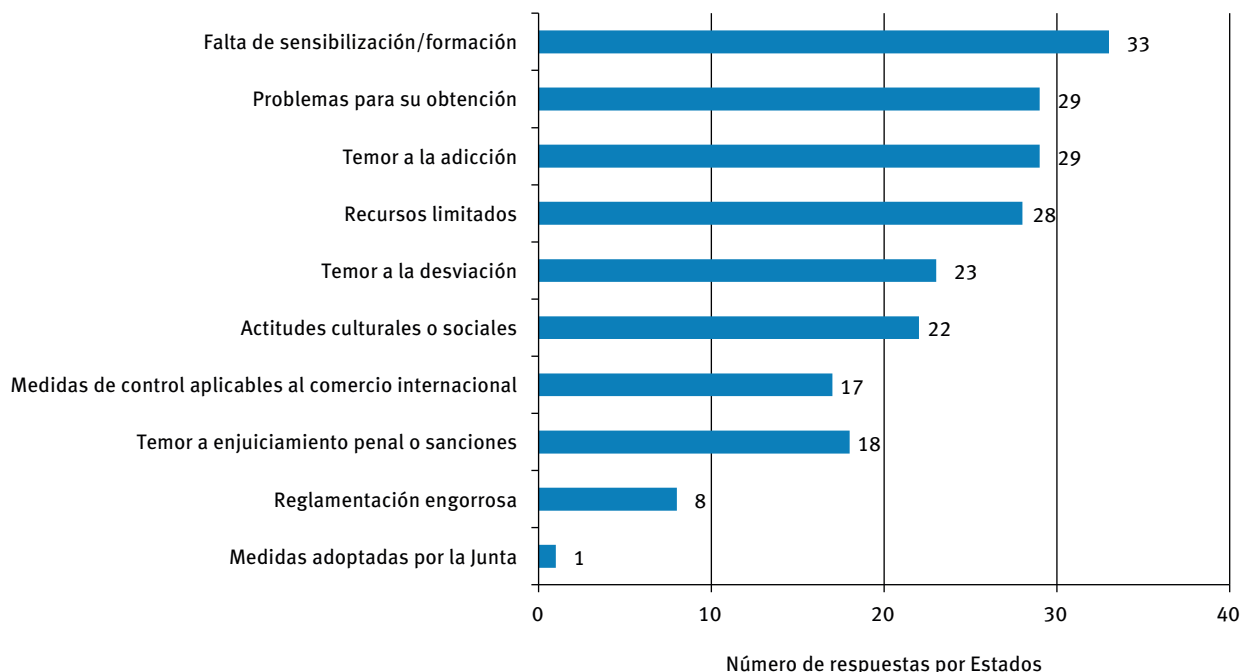
230. Además, la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización en un país no siempre es un factor pertinente para determinar la accesibilidad de esas sustancias. Hay que tomar en cuenta y examinar muchos aspectos para lograr una distribución justa y equilibrada en toda la zona geográfica de un país y entre toda su población.

231. El grado de uso de las drogas para fines médicos depende de muchos factores. Por ejemplo, los médicos seleccionarán los tratamientos con arreglo a su eficacia terapéutica establecida, su disponibilidad y, lo que es muy importante, la estabilidad de su suministro, lo que entrañaría una adecuada concienciación y un amplio conocimiento de la situación del mercado. Aunque la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias sicotrópicas tienen un efecto directo en el nivel de consumo de esas sustancias, no implican automáticamente la existencia de tal nivel de consumo, ya que los profesionales que recetan pueden seleccionar distintos protocolos de tratamiento que lleven a la prescripción de otras sustancias (por ejemplo, sustancias no fiscalizadas o más baratas). En tales casos, el acceso de los pacientes al tratamiento se garantiza, pero no supone el consumo de sustancias fiscalizadas, y puede originar una disponibilidad artificialmente escasa de este tipo de sustancias.

232. Como muestra el gráfico 63, el estudio que realizó la Junta en 2014 sobre la disponibilidad de sustancias fiscalizadas reveló los principales impedimentos que, a juicio de los gobiernos, afectaban a la disponibilidad de las sustancias sometidas a fiscalización internacional.

233. Salvo por el temor a la desviación, que se citó con más frecuencia en relación con los estupefacientes que respecto a las sustancias sicotrópicas, el principal factor que limitaba la disponibilidad de sustancias sicotrópicas, del mismo modo que en el caso de los estupefacientes, era el conocimiento inadecuado y la falta de sensibilización entre los profesionales de la salud con respecto al uso racional de esas sustancias. Por otra parte, el estudio también indicó que la adopción de medidas por parte de la Junta fue el impedimento que los países citaron con menos frecuencia con respecto a la disponibilidad tanto de estupefacientes como de sustancias sicotrópicas. Esta es una constatación positiva y alentadora que demuestra que la Junta no se percibe como un factor que contribuya a limitar indebidamente la disponibilidad de las sustancias fiscalizadas, sino más bien lo contrario.

Gráfico 63. Factores que limitan la disponibilidad de sustancias sicotrópicas, 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

234. El entorno de un paciente puede entorpecer el acceso al tratamiento, por ejemplo, si no existen las estructuras de salud necesarias (hospitales, clínicas o farmacias) en determinadas zonas de un país o, como lamentablemente suele suceder en las comunidades

rurales de algunos países en desarrollo, si las instalaciones de salud más próximas se encuentran demasiado lejos. La capacidad de los sistemas de salud para llegar a los pacientes afecta a la accesibilidad de las sustancias fiscalizadas pero no influye en su disponibilidad (si se

cuenta con suficientes existencias en las regiones distantes). La falta de acceso adecuado y oportuno a medicamentos seguros da por resultado la aparición de mercados paralelos y productos falsificados, con el peligro para la salud que representan.

235. En los países en desarrollo donde la disponibilidad de medicamentos está determinada por factores económicos más que por necesidades médicas reales, la atención de la salud mental tal vez no reciba la prioridad que merece. Por otra parte también se indicaron como impedimentos al consumo de sustancias sicotrópicas las actitudes culturales ante los trastornos y enfermedades mentales y el temor a la adicción. Un bajo nivel de prescripción por parte de los profesionales de la salud constituye un factor disuasorio para la fabricación y la importación de esas sustancias.

236. En algunos casos la desinformación y conceptos erróneos relacionados con las sustancias fiscalizadas, además del temor a ser objeto de enjuiciamiento por el almacenamiento de estas sustancias, obligan a menudo a los distribuidores a abstenerse de mantener grandes reservas.

237. El factor citado con más frecuencia como obstáculo a la disponibilidad fue la falta de sensibilización entre los profesionales de la salud sobre el concepto del uso racional de las sustancias sicotrópicas. Tal impedimento puede deberse a la falta de capacitación y conocimiento sobre el asunto y contribuirá considerablemente a reducir los niveles de prescripción de esas sustancias.

238. En varios países la falta de conocimiento entre los profesionales de la salud puede generar preocupaciones injustificadas sobre la prescripción, el uso y el potencial adictivo de esas sustancias. Al igual que en el caso de los estupefacientes, la insuficiente atención a la prescripción y el uso racionales de las sustancias sicotrópicas en los planes de estudio de las facultades de medicina también puede ser un factor importante que contribuya a que los médicos tal vez receten sustancias con las que estén más familiarizados, en particular, sustancias no sometidas a fiscalización internacional.

239. Según las respuestas recibidas al cuestionario de la Junta, el plan de estudios para facultativos de 66 países incluye la prescripción y el uso racionales de sustancias sicotrópicas. Además, 58 países comunicaron que se aplicaban medidas de sensibilización entre los profesionales de la salud respecto de las mejores prácticas de prescripción de las sustancias sicotrópicas.

240. Asimismo, de los países que respondieron, el 39% (29 países) señaló el temor a la adicción como factor que

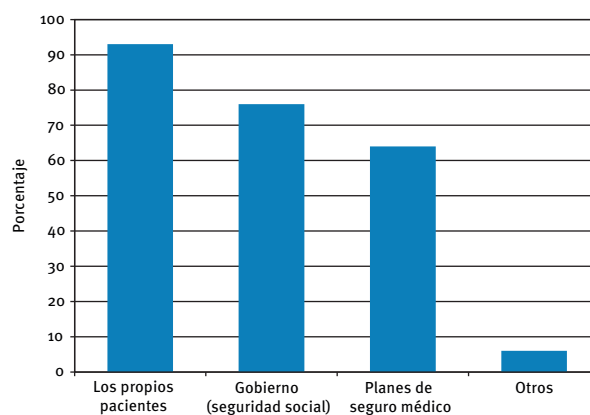
limitaba la disponibilidad de sustancias sicotrópicas, lo que lo convirtió en uno de los factores más mencionados en el cuestionario de 2014.

241. Como se observó en el caso de los estupefacientes, el temor a la adicción a las sustancias sicotrópicas parece estar relacionado con una falta de sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud, así como también con actitudes culturales y conceptos erróneos.

242. Evidentemente, uno de los principales factores que limitan el acceso a un tratamiento médico determinado es su costo; de ahí que, aunque exista ese tratamiento, tal vez no esté al alcance de quienes más lo necesiten. Más aún, el acceso a los medicamentos, siempre que se disponga de ellos, puede depender de otros factores, como la propia estructura de atención de la salud. Veintiocho países (el 37%) mencionaron aspectos económicos como un posible factor que limitaba la disponibilidad de sustancias sicotrópicas. De hecho, la escasez de recursos económicos puede repercutir en la elección de los medicamentos que se compran y tal vez se dé prioridad a las sustancias que se consideren fundamentales (como los antibióticos).

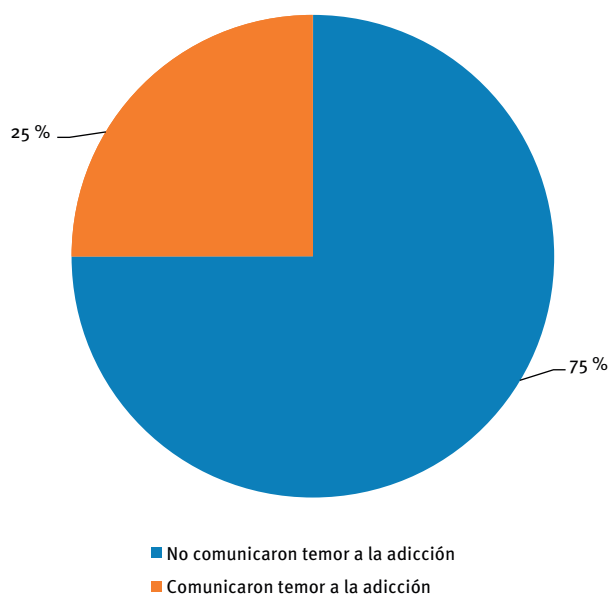
243. Además, la disponibilidad de sustancias sicotrópicas también depende de su asequibilidad para los pacientes. En ese contexto, la existencia de planes nacionales de sistemas de seguridad social o de seguro médico desempeña un papel fundamental. En las respuestas a la pregunta sobre quién paga los tratamientos médicos con sustancias sicotrópicas prescritas se mencionó a los pacientes con mayor frecuencia (el 89%), seguidos por el gobierno (el 73%) y los planes de seguro médico (el 62%) (véase el gráfico 64).

Gráfico 64. ¿Quién paga los costos de las sustancias sicotrópicas prescritas? 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

Gráfico 65. Menciones del temor a la adicción en países que han adoptado medidas de sensibilización, 2014



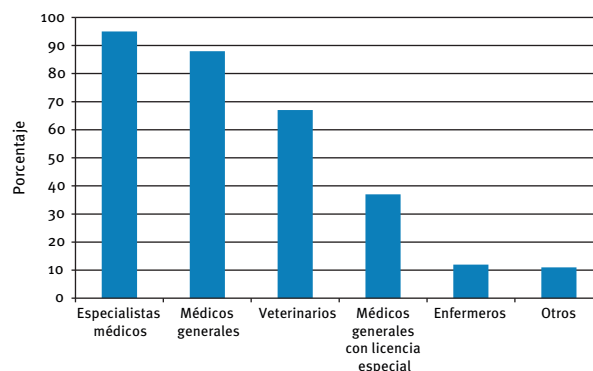
Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

244. También se reconoció que las actitudes culturales y sociales relacionadas con el uso de sustancias sicotrópicas contribuían considerablemente a que se impusieran restricciones al uso de esas sustancias.

245. Una mayor sensibilización respecto del uso y la prescripción racionales de sustancias sicotrópicas entre los profesionales de la salud puede contribuir de manera importante a superar las restricciones de su uso derivadas del temor a la adicción. El estudio de la Junta indica que, de 58 países que habían aplicado medidas de sensibilización entre los profesionales de la salud, una gran parte (el 75%) no comunicó el temor a la adicción como factor que limitaba la disponibilidad de sustancias sicotrópicas (véase el gráfico 65).

246. Es posible que ciertos países se abstengan de fabricar o importar sustancias fiscalizadas para evitar su desviación hacia el tráfico ilícito de drogas y las redes de abuso. De 75 países que respondieron, 26 comunicaron que un factor que limitaba la disponibilidad de sustancias sicotrópicas era el temor a la desviación de esas sustancias. Además, la aparición de mercados paralelos no regulados de sustancias sicotrópicas también puede contribuir notablemente al temor a la desviación. Los pacientes a veces pueden negarse a recibir tratamientos con sustancias sicotrópicas por preocuparles sus posibles efectos secundarios y también el estigma asociado con el uso de esas sustancias.

Gráfico 66. Profesionales que recetan sustancias sicotrópicas, 2014



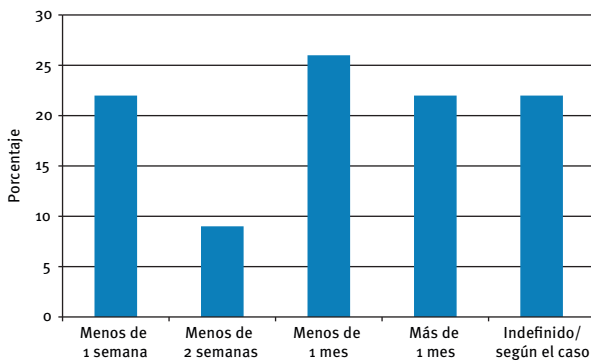
Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

247. Otros impedimentos importantes que percibían los países que respondieron eran la carga que imponían algunos marcos administrativos internos para la reglamentación del consumo de sustancias fiscalizadas y las diversas normas y regulaciones relativas al comercio internacional de esas sustancias, así como el temor a ser objeto de enjuiciamiento o sanciones asociadas al manejo de sustancias fiscalizadas. Esas medidas pueden afectar al comercio internacional de sustancias sicotrópicas y a las redes de distribución interna (prescripción y dispensación). La encuesta determinó que, de 37 países que notificaron que habían adoptado medidas legislativas o reglamentarias en los diez años anteriores para aumentar la disponibilidad de sustancias sicotrópicas con fines médicos, 35 países habían observado un incremento del consumo expresado en S-DDD a partir del período 2007-2009. Sin embargo, de 83 países que respondieron, 75 comunicaron la imposición de sanciones por cometer irregularidades en el mantenimiento de registros.

248. De 102 países que respondieron, el 66% obligaba por ley a quienes expendían sustancias sicotrópicas a mantener un registro de recetas de sustancias sicotrópicas, lo que puede desalentar la acumulación de existencias de tales sustancias debido a los costos y procedimientos engorrosos implícitos y, posiblemente, por el temor a ser objeto de enjuiciamiento o sanciones.

249. Como se observa en el gráfico 66, los médicos generales y los especialistas tienen un grado de autoridad

Gráfico 67. Período máximo de validez de las recetas de medicamentos que contienen sustancias sicotrópicas, 2014



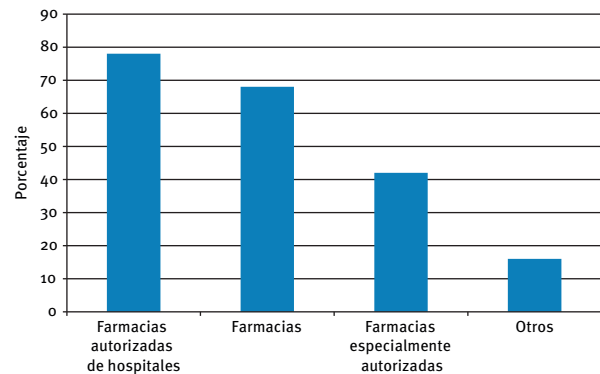
Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

prácticamente idéntico en lo que respecta a la prescripción de sustancias sicotrópicas. En gran parte de los países que respondieron no se permitía a los profesionales de la enfermería recetar sustancias sicotrópicas, lo que puede ser un impedimento a su disponibilidad, sobre todo en las zonas rurales con sistemas e infraestructuras básicos de atención de la salud.

250. También podrá reducir los niveles de acceso a las sustancias sicotrópicas la aplicación de normas demasiado restrictivas a las redes de distribución y dispensación. El período de validez de una receta médica de sustancias sicotrópicas, así como las restricciones o la falta de flexibilidad con respecto a la renovación de una receta, también podrían desempeñar un papel importante, sobre todo porque el tratamiento con sustancias sicotrópicas a menudo puede durar años. En este contexto, el 26% de los países notificaron que las recetas tenían una validez de un mes o menos. El segundo período de validez mencionado con más frecuencia fue de hasta una semana (el 22%) (véase el gráfico 67).

251. Los Estados Miembros comunicaron que las sustancias sicotrópicas se dispensaban principalmente en las farmacias autorizadas de hospitales o en farmacias ordinarias. Menos de la mitad de los países que

Gráfico 68. Establecimientos en que pueden despacharse recetas de medicamentos que contienen sustancias sicotrópicas, 2014



Fuente: Estudio de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014.

respondieron comunicaron que las sustancias sicotrópicas podían dispensarse en farmacias especialmente autorizadas (véase el gráfico 68).

252. Las restricciones relativas al número de farmacias que están autorizadas para dispensar sustancias sicotrópicas, aunque no tan rigurosas como las que se observan para dispensar estupefacientes, pueden también reducir la disponibilidad de esos medicamentos.

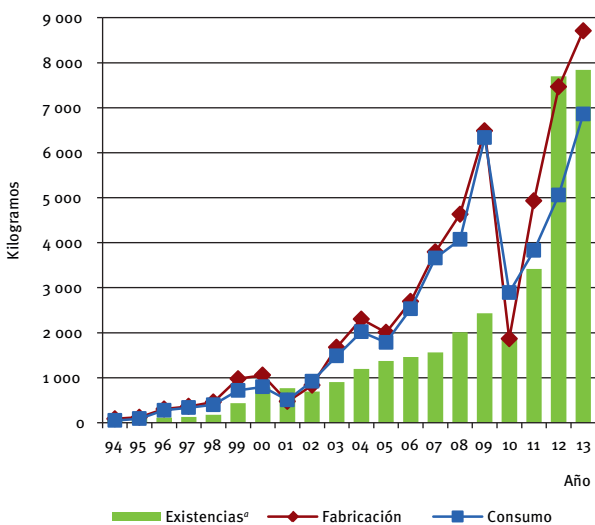
253. Por último, solo en un país se mencionó la adopción de medidas por parte de la Junta como un obstáculo a la disponibilidad de sustancias sicotrópicas. A pesar de que la gran mayoría de los países están familiarizados con los procedimientos para establecer, presentar y modificar las previsiones de sus necesidades de sustancias sicotrópicas para fines médicos (el 98%), y de que más del 80% de los países que respondieron estaban utilizando los materiales de capacitación de la JIFE, así como las directrices conjuntas de la JIFE y la OMS sobre la preparación de previsiones, algunas autoridades que respondieron propusieron medidas que la Junta podría adoptar para contribuir a aumentar la disponibilidad de sustancias sicotrópicas, como por ejemplo, la capacitación de las autoridades nacionales competentes y el suministro de información a esas autoridades.

Capítulo IV.

Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para el tratamiento de la dependencia de opioides

254. La metadona y la buprenorfina se utilizan para el control del dolor, pero también se emplean mucho para el tratamiento de la dependencia de los opioides. En algunos países otras sustancias fiscalizadas, como el opio, la tintura de opio, la heroína y la morfina se utilizan para el tratamiento de la dependencia de opioides. Los datos comunicados a la JIFE por los países no indican la finalidad del uso; no obstante, las estimaciones respecto de la metadona y la buprenorfina se presentan principalmente en relación con programas para el tratamiento de la dependencia de opioides.

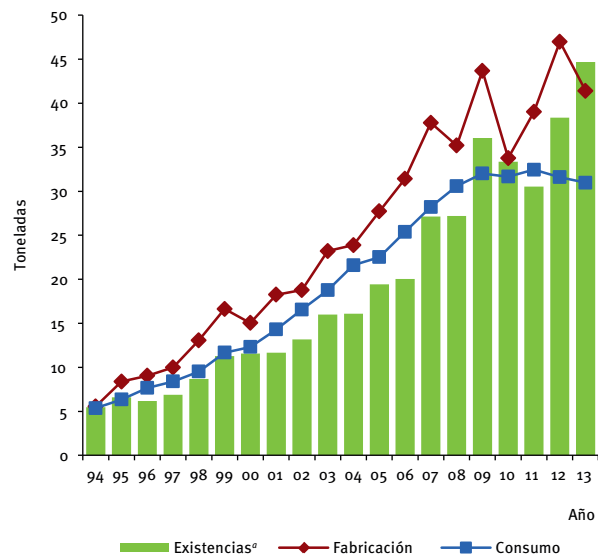
Gráfico 69. Fabricación y existencias comunicadas de buprenorfina, 1994-2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
Nota: Consumo mundial aproximado calculado, determinado en función de los datos estadísticos presentados por los gobiernos.
°Existencias al 31 de diciembre de cada año; los datos se facilitan con carácter voluntario, por lo que pueden estar incompletos.

255. El análisis de las tendencias del consumo, la fabricación y las existencias de ambas sustancias indica que se ha producido un incremento constante en los últimos 20 años. La fabricación mundial de buprenorfina ha aumentado sostenidamente (con excepción de 2010, en que se registró una brusca disminución), y alcanzó una cifra máxima de 8,7 toneladas en 2013. Asimismo, la fabricación mundial de metadona también aumentó de manera constante durante el mismo período, con algunas fluctuaciones, y se redujo ligeramente en 2013 a 41,4 toneladas (5,5 toneladas menos que en 2012) (véanse los gráficos 69 y 70). Como se indicó en relación con otros analgésicos opioides, no parece plantearse ningún problema en relación con el suministro de estas sustancias.

Gráfico 70. Fabricación, consumo y existencias de metadona a nivel mundial, 1994-2013

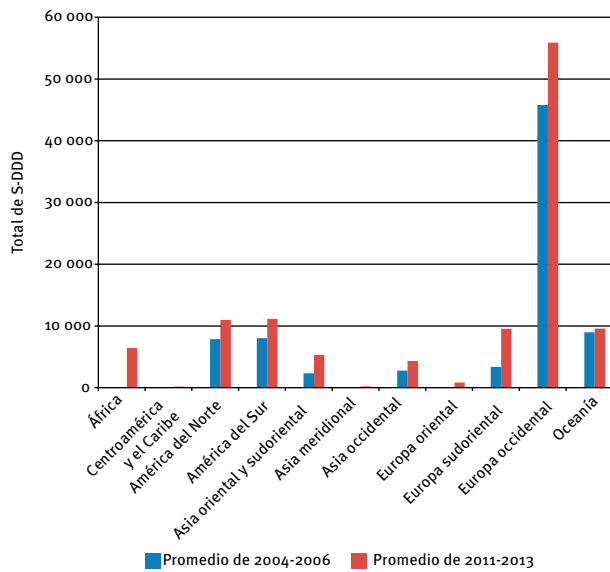


Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.
°Existencias al 31 de diciembre de cada año.

256. Con todo, hay grandes diferencias en las pautas de consumo a nivel mundial, como se observa en los mapas 29 a 33. En algunos casos, el nivel de consumo diferente (expresado en S-DDD, véanse los gráficos 71 y 72) se debe a la presencia o ausencia de personas que se inyectan drogas. En otros casos, a pesar de la existencia (más o menos prevalente) de ese fenómeno, parece ser que el consumo de metadona y buprenorfina, y también la presencia de servicios de tratamiento de sustitución de opiáceos, son

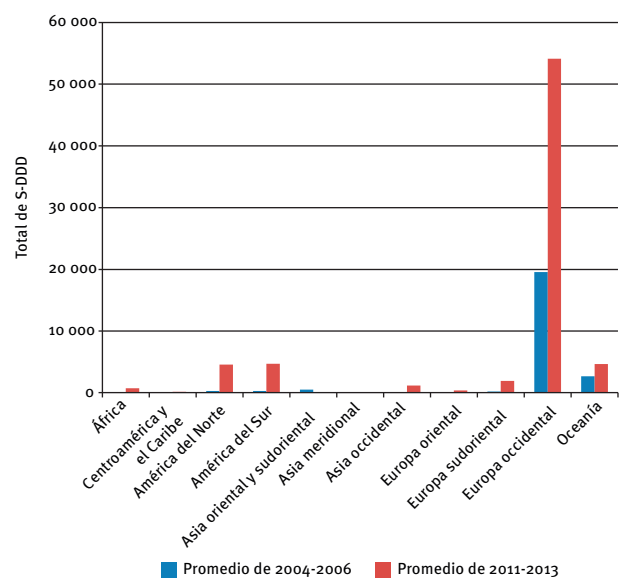
limitados o no existen. Ello se debe a veces a políticas gubernamentales que no reconocen la eficacia de esos tipos de servicios para el tratamiento de la dependencia de opioides, a cierta resistencia política y cultural, o simplemente a la inacción de las autoridades responsables o a la incapacidad para reconocer el problema. En el estudio que llevó a cabo la Junta en 2014, el 67% de los países indicaron que utilizaban estupefacientes para el tratamiento de la drogodependencia con terapia de sustitución.

Gráfico 71. Variaciones en el consumo de metadona entre 2004-2006 y 2011-2013



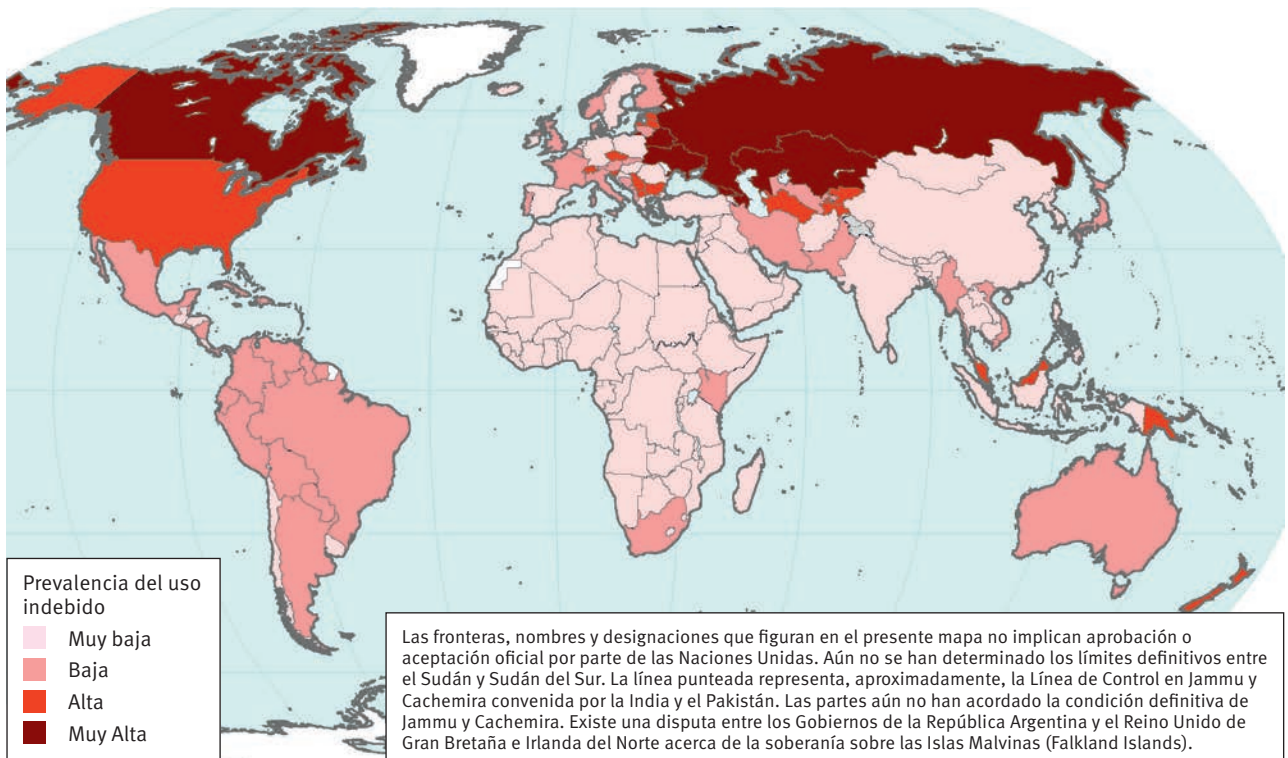
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Gráfico 72. Variaciones en el consumo de buprenorfina entre 2004-2006 y 2011-2013



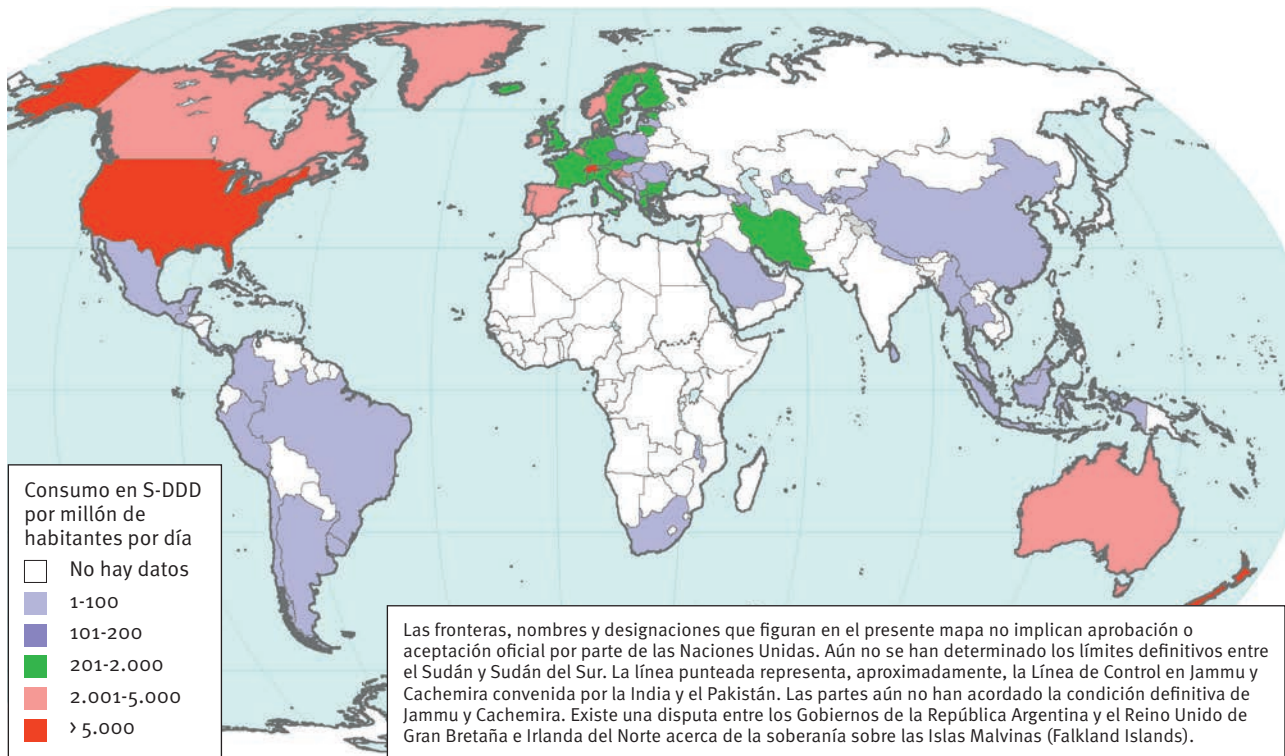
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 29. Prevalencia de personas que se inyectan drogas, 2013



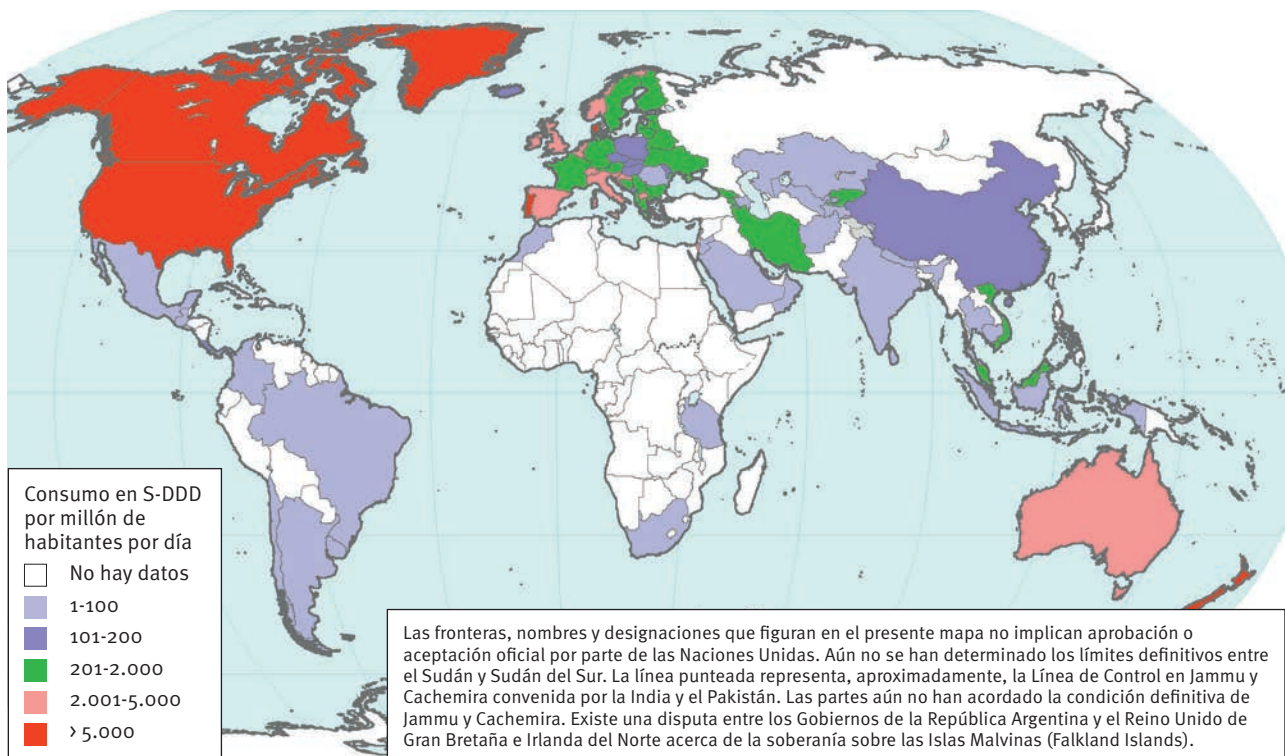
Fuente: UNODC.

Mapa 30. Consumo de metadona, 2004-2006



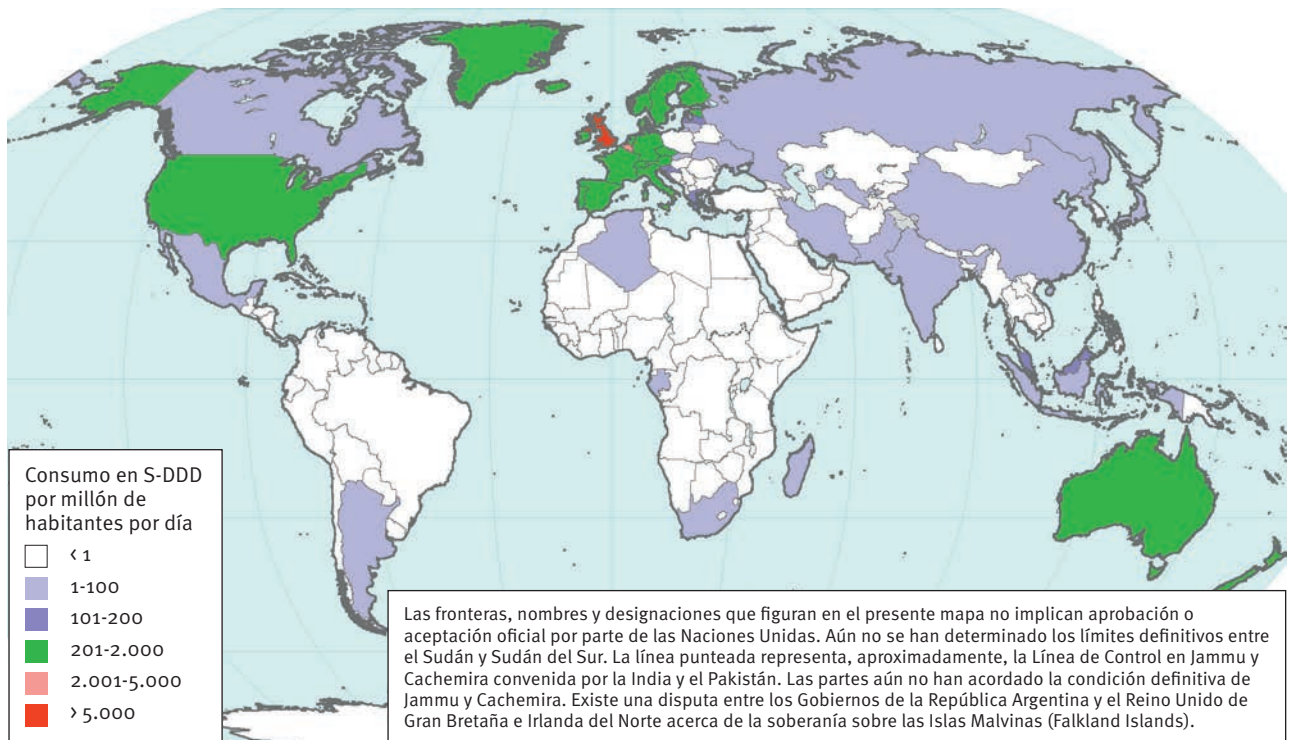
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 31. Consumo de metadona, 2011-2013



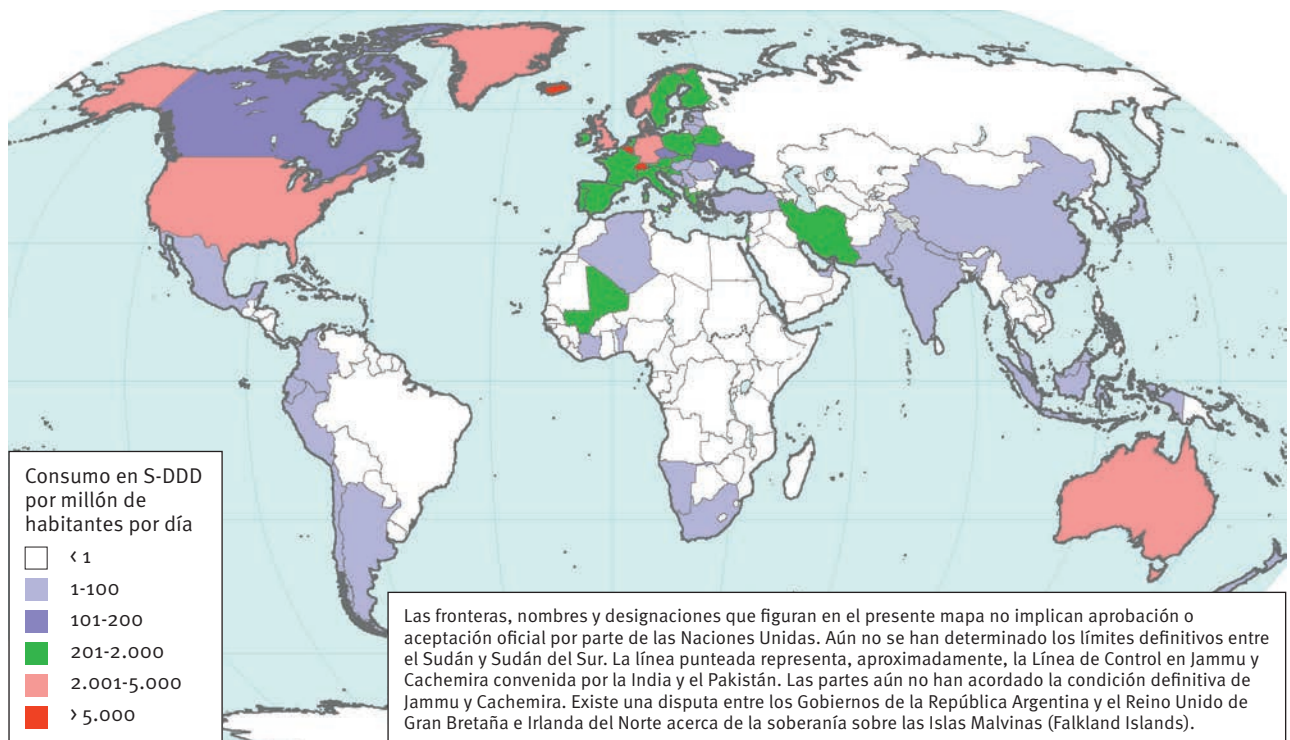
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes.

Mapa 32. Consumo de buprenorfina, 2004-2006



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

Mapa 33. Consumo de buprenorfina, 2011-2013



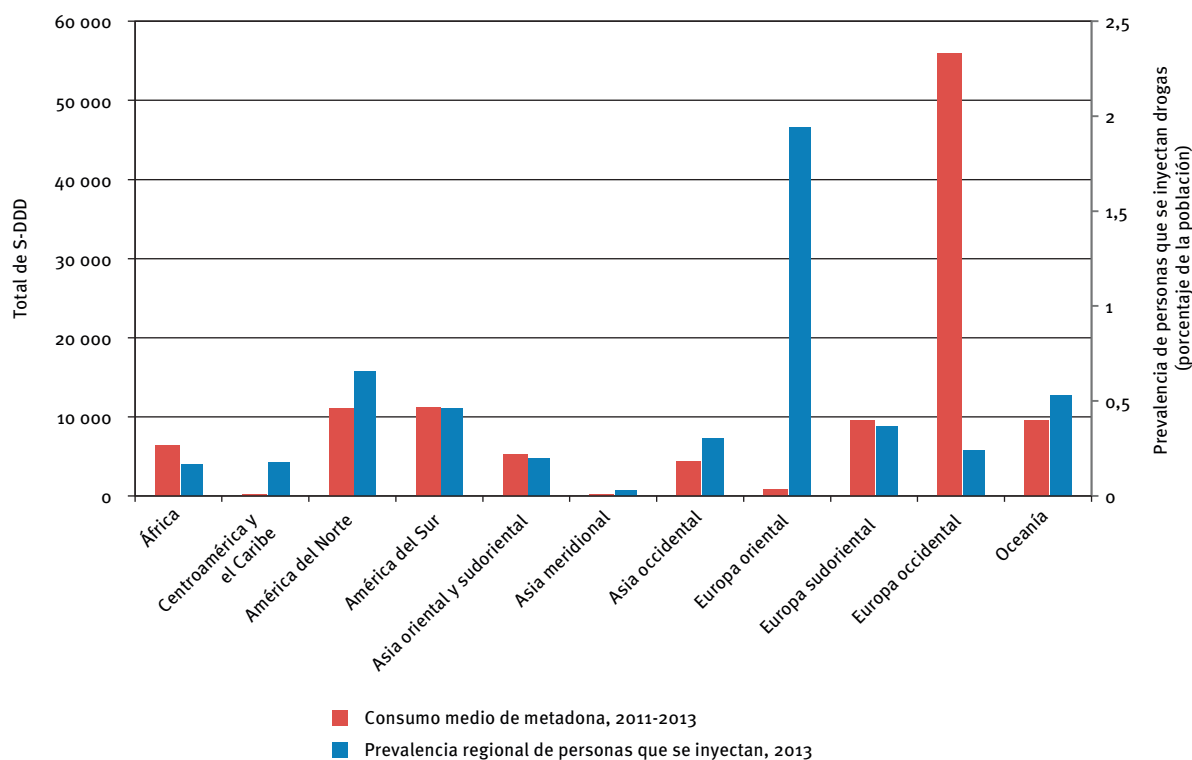
Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes.

257. Es importante observar el aumento del consumo de metadona registrado en África y Europa sudoriental, que se atribuye a la expansión de los servicios de tratamiento de sustitución de opioides en algunos países de esas regiones. En Europa occidental hubo un gran incremento del consumo de buprenorfina. El aumento del consumo de estas sustancias en algunas regiones puede deberse a diversos factores: una activa comercialización por parte de las empresas productoras; mayor accesibilidad gracias al régimen de fiscalización que se establece en el Convenio de 1971, menos estricto que el de la Convención de 1961 (en que está fiscalizada la metadona); y al uso cada vez más frecuente de la sustancia para el alivio del dolor. En Centroamérica y América del Sur la metadona se utiliza para el control del dolor y no para el tratamiento de sustitución de opioides, porque es

relativamente baja la prevalencia de personas que se inyectan drogas en la región.

258. Al comparar el nivel de consumo de la metadona y la prevalencia de las personas que se inyectan drogas en diversas regiones se observa un desequilibrio en Europa oriental (véase el gráfico 73). Como ya se señaló, el consumo de metadona no se reconoce en algunos de los países de esa región. En Europa occidental parece haber un nivel muy alto de consumo de metadona a pesar de una prevalencia más baja de personas que se inyectan drogas. Esto puede deberse a que los servicios de tratamiento de sustitución de opioides que se prestan en la región llegan a un gran número de personas que se inyectan drogas.

Gráfico 73. Comparación entre el consumo de metadona, 2011-2013, y la prevalencia de personas que se inyectan drogas, 2013



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y UNODC.

Capítulo V.

Garantía de la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional en situaciones de emergencia

259. La mayoría de los estupefacientes y un gran número de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización en virtud de los tratados internacionales son indispensables para la práctica médica. Se han establecido medidas de control simplificadas para el suministro de medicamentos sometidos a fiscalización internacional que se requieran para la atención médica de emergencia. Por “emergencias” se entiende:

Toda situación grave (por ejemplo, terremotos, inundaciones, huracanes, epidemias, conflictos y desplazamientos de población) en que las condiciones sanitarias de un grupo de personas se ven gravemente amenazadas si no se actúa de inmediato y en forma adecuada, y que exige una reacción extraordinaria y medidas de excepción⁶¹.

260. En 1996 la Junta y la OMS, elaboraron procedimientos simplificados de fiscalización para la exportación, el transporte y la importación de medicamentos fiscalizados para fines de atención médica de emergencia. Las reglamentaciones simplificadas eliminan la necesidad de las autorizaciones de importación siempre que la importación y la entrega se tramiten por organizaciones internacionales, gubernamentales o no gubernamentales establecidas, dedicadas a prestar asistencia humanitaria en asuntos de salud y reconocidas por las autoridades de fiscalización de los países exportadores. Esos procedimientos simplificados están a disposición de todos los Estados en las directrices modelo sobre el suministro internacional de medicamentos fiscalizados para la atención médica de emergencia (*Model Guidelines for the*

International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care).

261. Las situaciones de emergencia se presentan a raíz de catástrofes naturales o provocadas por el hombre en que la necesidad de administrar tratamiento a numerosas víctimas origina una necesidad súbita y una grave escasez de medicamentos. Muchos de esos medicamentos necesarios contienen estupefacientes, como la morfina, o sustancias sicotrópicas, como la pentazocina, ambas sometidas a fiscalización internacional. En circunstancias normales la importación y el transporte de esos medicamentos están sujetos a estrictas disposiciones reglamentarias. No obstante, en situaciones catastróficas su observancia puede demorar la entrega urgente de medicamentos para ayuda humanitaria de emergencia, ya que tal vez las autoridades nacionales no se encuentren en condiciones de adoptar las medidas administrativas necesarias.

262. Para dar respuesta a las crisis humanitarias la Junta adopta medidas dinámicas destinadas a agilizar el suministro de medicamentos fiscalizados, y recuerda a todos los países exportadores que existen directrices claras para el suministro internacional de medicamentos fiscalizados con fines de atención médica de emergencia y que los países pueden aplicar esos procedimientos de control simplificados para acelerar la provisión de los medicamentos que se requieren con urgencia. La Junta también informa a los proveedores de asistencia humanitaria sobre las reglamentaciones simplificadas.

263. Las autoridades nacionales competentes pueden permitir la exportación de sustancias sometidas a fiscalización internacional a los países afectados incluso a falta

⁶¹ Organización Mundial de la Salud, *Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care*.

de autorizaciones de importación o de provisiones de las necesidades. No es preciso incluir las entregas de emergencia en las provisiones del país destinatario, y los gobiernos exportadores tal vez deseen utilizar parte de sus existencias especiales de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para esos fines.

264. Esta solución existe desde hace varios años. La Junta invita a los gobiernos y los organismos de ayuda humanitaria a que pongan en su conocimiento los

problemas con que tropiecen en la entrega de medicamentos fiscalizados en situaciones de emergencia.

265. Además, la Junta recuerda a todos los Estados que, en el marco del derecho humanitario internacional, las partes en conflictos armados están obligadas a no impedir la prestación de atención médica a las poblaciones civiles situadas en los territorios sometidos a su control efectivo. Ello incluye el acceso a los estupefacientes y sustancias sicotrópicas necesarios.

Capítulo VI.

Conclusiones y recomendaciones

266. Garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos y, al mismo tiempo, prevenir su tráfico y uso indebido es la función del sistema de fiscalización establecido por los tratados de fiscalización internacional de drogas. Para que un sistema de reglamentación de drogas eficiente y satisfactorio mantenga ese equilibrio se requiere la participación de toda la comunidad, así como el compromiso de los gobiernos.

267. La cuestión de garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos es compleja. En los capítulos anteriores se ha examinado la distribución desigual de esas sustancias, así como los obstáculos e impedimentos que causan esa desigualdad. Además de los datos sobre el consumo y la prevalencia de las afecciones que requieren cuidados paliativos, y de la información presentada por los Estados Miembros, la Junta también ha examinado la información presentada por organizaciones internacionales (OMS, UNODC y ONUSIDA), círculos académicos, centros de investigación y organizaciones de la sociedad civil. El análisis de ese conjunto completo de información indica que hay algunos aspectos fundamentales que exigen la adopción de medidas en el plano nacional e internacional.

A. Legislación y sistemas de reglamentación

268. Se deben revisar los mecanismos de reglamentación que los países han establecido para aplicar las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La mayoría de los estudios y análisis indican

que algunos países, al elaborar legislación y regulaciones, se preocupaban sobre todo por la necesidad de evitar la desviación y el uso indebido más que por la necesidad de garantizar la disponibilidad y adoptar disposiciones adecuadas a tal fin. De hecho, los países todavía informan de que las preocupaciones por el riesgo de adicción son un impedimento importante. No obstante, en los tres estudios que llevó a cabo la Junta en los últimos 20 años el porcentaje de países que indicaron esto como un impedimento descendió de más del 70% en 1995 al 34% en 2014. Esa visión poco equilibrada o asimétrica de los tratados ha generado en varios países sistemas de reglamentación que dificultan o hacen casi imposible que las personas necesitadas obtengan analgésicos opioides.

269. La Junta ha expresado su preocupación por ello con anterioridad, y ha formulado recomendaciones. Todo parece indicar que algunos países han tomado medidas, pero todavía hay otros que deben abordar esta cuestión. La Junta recomienda que emprendan las siguientes acciones:

- Revisar la legislación nacional, así como los mecanismos y procedimientos reglamentarios y administrativos, incluso los canales internos de distribución, con el fin de simplificar y racionalizar esos procesos y eliminar regulaciones indebidamente restrictivas e impedimentos, para asegurar la accesibilidad y mantener a la vez unos sistemas de fiscalización adecuados.
- Permitir a una base más amplia de profesionales de la salud (entre ellos médicos generales, enfermeros y otros, según proceda) que receten opioides, con objeto de aumentar su disponibilidad, sobre todo en zonas distantes o rurales.

- Adoptar medidas para impedir la aparición de mercados no regulados y la fabricación ilícita o fraudulenta de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.
- Garantizar que las políticas de prescripción sean adecuadas, incluso, según proceda, prolongando el período de validez de las recetas para que los pacientes puedan adquirir los medicamentos cuando los necesiten.
- Eliminar las sanciones legales por errores no intencionados en el manejo de opioides.
- Mejorar la cooperación y la coordinación interinstitucionales e interministeriales a nivel nacional, en particular entre los organismos de salud y los de fiscalización de drogas.
- Proporcionar a la comunidad médica y farmacéutica información actualizada sobre todas las nuevas medidas legislativas y administrativas promulgadas en relación con las sustancias fiscalizadas y sobre las modalidades de distribución y prescripción de sustancias sicotrópicas, para garantizar y sostener la disponibilidad necesaria que satisfaga las necesidades tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

B. Sistema de salud

270. La disponibilidad de drogas para el alivio del dolor o sustancias sicotrópicas no resolverá por sí sola el problema del control del dolor o el tratamiento de la salud mental. Existe un amplio consenso en el sentido de que es importante que los países presten la debida atención a la mejora del sistema de salud. A esos efectos, la Junta formula las siguientes recomendaciones a los países:

- Aplicar las recomendaciones que figuran en la resolución WHA67.19, aprobada por la 67ª Asamblea Mundial de la Salud el 24 de mayo de 2014, titulada “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida”.
- Establecer una infraestructura de salud apropiada y dotada de suficientes recursos que no solo garantice la disponibilidad de analgésicos opioides sino que también prevea su disponibilidad en el contexto de la administración más amplia de los cuidados paliativos.
- Considerar, cuando proceda, la posibilidad de que se presten servicios de cuidados paliativos de bajo costo en el hogar.
- Mejorar la distribución de analgésicos opioides y sustancias sicotrópicas a todas las zonas del país, incluidas las zonas rurales.

C. Asequibilidad

271. Otro aspecto importante para mejorar la disponibilidad es garantizar que los analgésicos opioides sean asequibles. A este respecto, la Junta recomienda a los países:

- Mejorar el acceso a los medicamentos esenciales en general y a los analgésicos opioides en particular.
- Asegurar los fondos necesarios para la compra de analgésicos opioides.
- Elaborar y mejorar planes de seguro médico y reembolso que garanticen el acceso a los medicamentos.

272. Con respecto a la asequibilidad, las empresas farmacéuticas tienen un papel importante que desempeñar. La Junta, como parte de la labor que lleva a cabo para mejorar la situación, comenzará a celebrar consultas con grupos de la industria farmacéutica sobre la falta de medicamentos fiscalizados en muchas regiones, en las que intervinieran las organizaciones internacionales competentes (por ejemplo, la OMS) y los grupos profesionales internacionales competentes y gobiernos interesados en ese tipo de exámenes, que se centrarán en la disponibilidad y accesibilidad en los países en desarrollo de monoterapias eficaces asequibles, como las que utilizan morfina para el dolor, en especial para el dolor causado por el cáncer. La Junta recomienda a la industria farmacéutica:

- Fabricar preparados de alta calidad con opioides que sean más asequibles.
- Fabricar preparados farmacéuticos genéricos que sean bioequivalentes y eficaces en función de los costos.

D. Capacitación de los profesionales de la salud

273. Los pacientes tienen derecho a ser tratados y recibir medicamentos recetados racionalmente. La falta de

capacitación y sensibilización entre los proveedores de servicios de salud en relación con el uso racional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y la consiguiente reducción de los niveles de prescripción, limitará el uso de esas sustancias. Además, algunas actitudes culturales hacia la gestión y el alivio de los trastornos mentales están actuando como un impedimento al uso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. A esos efectos, los profesionales de la salud deben recibir educación y capacitación adecuadas. Se recomienda a los países:

- Incluir los cuidados paliativos en los planes de estudio de las facultades de medicina y en la capacitación obligatoria de todos los profesionales de la salud.
- Proporcionar de manera continua educación, capacitación e información a los profesionales de la salud sobre los cuidados paliativos, incluso sobre el uso racional de estupefacientes y sobre la importancia de reducir el uso indebido de medicamentos de venta con receta.
- Proporcionar educación y capacitación a los médicos y otros profesionales de la salud sobre el uso racional de medicamentos psicoactivos, ya que ello reviste suma importancia para la prevención del uso indebido de esas sustancias. El personal de la salud debe mantenerse vigilante para prevenir posibles diagnósticos erróneos y la prescripción inadecuada de medicamentos.
- Asegurar que las sustancias sicotrópicas se receten de conformidad con las exigencias de la buena práctica médica, en virtud de lo dispuesto en el Convenio de 1971 (artículo 9, párrafo 2), promover el uso racional de esas sustancias y adoptar las medidas necesarias para limitar su uso a las necesidades médicas reales.

E. Educación y sensibilización

274. En algunos países las normas sociales y culturales también limitan el uso de analgésicos opioides y los cuidados paliativos en general. En algunas sociedades y culturas hay resistencia a tratar asuntos relacionados con el final de la vida o asociados con el temor a la adicción. De igual manera, el uso de sustancias sicotrópicas encuentra mucha resistencia por el estigma asociado a las enfermedades mentales que pueden requerir su uso. La Junta reconoce que es necesario que los gobiernos, en cooperación con la sociedad civil:

- Establezcan y apliquen programas educativos para el público general y la comunidad farmacéutica en que participen autoridades nacionales competentes, grupos de interés (por ejemplo, de profesionales y consumidores) y los medios de comunicación.
- Organicen cursos prácticos para difundir información sobre los cuidados paliativos a fin de superar la resistencia cultural a este recurso.
- Soliciten a las instituciones docentes que incluyan la educación sobre cuidados paliativos en sus planes de estudio.
- Capten la atención de organizaciones de la sociedad civil que representen a pacientes, familiares y otros grupos de interés para que aboguen por los cuidados paliativos y por que se acepte el uso médico de los analgésicos opioides.
- Eduquen al público para reducir el estigma de la adicción y el temor irrazonable asociado a ella.
- Reduzcan el *marketing* excesivo por parte de la industria y fomenten la concienciación de los consumidores.
- Promuevan actitudes éticas entre los médicos y las empresas farmacéuticas y, al mismo tiempo, proporcionen información apropiada al público general y educación y capacitación continuas a los profesionales de la salud para alentar un uso mejor justificado y más racional de las sustancias sicotrópicas.
- Apoyen campañas y actividades encaminadas a prevenir el consumo no médico de sustancias sicotrópicas y alienten la participación activa de la comunidad médica y farmacéutica en todas las medidas relacionadas con el uso racional de medicamentos fiscalizados.

F. Previsiones y presentación de información

275. Uno de los problemas que ha observado la Junta en los últimos años es la imposibilidad de algunos países de prever debidamente sus necesidades de analgésicos opioides y vigilar el consumo de esas sustancias. Además, muchos países todavía siguen teniendo dificultades para determinar con exactitud sus necesidades de sustancias sicotrópicas, lo que les impide establecer provisiones adecuadas para su uso legítimo y facilitarlas a la Junta. Además, en sus resoluciones 53/4 y 54/6, la Comisión de Estupefacientes alentó a los gobiernos a que

comunicaran a la Junta datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, de la misma manera que lo hacían en relación con los estupefacientes. Por último, la puntualidad en la presentación de informes y su exhaustividad y fiabilidad son aspectos importantes de la cooperación de los gobiernos con la JIFE. La Junta recomienda a los países:

- Mejorar su método para prever sus necesidades utilizando la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional* preparada en 2012 por la JIFE y la OMS para su uso por las autoridades nacionales competentes.
- Presentar previsiones apropiadas y realistas que tengan en cuenta posibles variaciones de la demanda.
- Establecer mecanismos de examen adecuados y viables a nivel nacional y aplicar mejores sistemas técnicos, como el Sistema Internacional de Autorización de Importaciones y Exportaciones (I2ES), para los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas, sistema electrónico que elaboró la JIFE en estrecha cooperación con la UNODC.
- Determinar un procedimiento y formular mecanismos que posibiliten a sus autoridades nacionales competentes prever con mayor exactitud las necesidades reales de sustancias sicotrópicas y presentar esos datos a la Junta.
- Elaborar sistemas adecuados que permitan la reunión de datos fiables que serían fundamentales para que la Junta pudiera analizar mejor las tendencias del consumo de sustancias sicotrópicas y, en definitiva, pudiera promover su disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos y a la vez prevenir su desviación y uso indebido.

G. Marcos de referencia para el consumo de sustancias sometidas a fiscalización internacional

276. Los resultados del análisis de los datos sobre la disponibilidad y el consumo comunicados a la JIFE y las respuestas al cuestionario sobre la disponibilidad

presentadas por los gobiernos ponen de manifiesto la complejidad de este análisis. En particular, los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas calculados por la Junta basándose en las estadísticas sobre la fabricación y el comercio facilitadas a la Junta por los gobiernos no pueden reflejar con exactitud los niveles de consumo de esas sustancias.

277. Además, la falta de umbrales de consumo per cápita en S-DDD impide a la Junta evaluar y determinar los niveles de consumo de las sustancias sicotrópicas y, por tanto, estimar si en algunos países o regiones el nivel de consumo de esas sustancias es adecuado, demasiado alto o demasiado bajo. La Junta recomienda a la OMS que colabore con la JIFE para:

- Establecer marcos de referencia para el consumo de sustancias sicotrópicas.

Ello facilitaría considerablemente la labor de la JIFE y de los gobiernos nacionales, ya que las normas establecidas servirían de indicadores para evaluar la disponibilidad de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos legítimos. Esto solo puede lograrse utilizando datos fiables sobre morbilidad y tasas de prevalencia que tengan en cuenta la distribución geográfica y la práctica médica relativa a las sustancias sicotrópicas específicas utilizadas para una afección determinada.

H. Comunidad internacional

278. Algunos gobiernos no están en condiciones de aplicar por sí solos las recomendaciones anteriores. Necesitan asesoramiento, capacitación y recursos para superar las limitaciones de sus sistemas. Por ese motivo la comunidad internacional debe desempeñar una función importante. La Junta considera que la comunidad internacional debería:

- Mejorar la cooperación entre los gobiernos, las organizaciones internacionales (JIFE, OMS, UNODC, ONUSIDA y PNUD, entre otras), la comunidad de donantes y las organizaciones de la sociedad civil para garantizar el intercambio de conocimientos especializados, la entrega coordinada de recursos y la prestación de apoyo técnico a los países que necesitan ayuda.

Anexo.

Cuestionario enviado en 2014 a las autoridades nacionales competentes de los Estados Miembros relativo a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos

Cuestionario para las autoridades nacionales competentes relativo a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos

Primera de dos partes: estupefacientes

Se ruega remitir el presente cuestionario cumplimentado a más tardar el 31 de octubre de 2014 a la dirección siguiente:

INCB Secretariat
Vienna International Centre
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

Fax: (+43-1) 26060-5867
Tel.: (+43-1) 26060-4933
Correo electrónico: secretariat@incb.org

Indíquese qué autoridad presenta el cuestionario:

País:.....

Autoridad:.....

Persona de contacto:

Tel.: Fax: Correo electrónico:

Indíquese qué autoridades y qué personas de contacto podrían proporcionar más información si se necesitara:

Autoridad:.....

Persona de contacto:

Tel.: Fax: Correo electrónico:

Instrucciones para rellenar este cuestionario.

Este cuestionario consta de dos partes:

Primera parte: disponibilidad de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

Segunda parte: disponibilidad de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional en virtud del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

De conformidad con el marco normativo nacional vigente en cada Estado, puede encargarse de la fiscalización de esas sustancias una misma autoridad competente o dos entidades diferentes. En ambos casos, deberá cumplimentar debidamente cada parte el interesado que corresponda y el cuestionario completo, que contenga las dos partes, deberá remitirse a la Secretaría de la JIFE, en el plazo indicado utilizando la información de contacto que aparece en la portada.

Para agilizar la tramitación, se recomienda presentar electrónicamente el cuestionario cumplimentado.

Primera parte: estupefacientes

A. Disponibilidad de estupefacientes

1. ¿Cómo calificaría la situación en su país con respecto a la disponibilidad de analgésicos opioides para fines médicos y científicos?
 - Del todo satisfactoria
 - Satisfactoria
 - Debe mejorar en cierta medida
 - Debe mejorar considerablemente

2. ¿Qué factores toma en consideración la autoridad nacional competente al cuantificar las necesidades de estupefacientes en su país? (Puede marcar más de una respuesta, según corresponda.)
 - Modalidades de consumo en el año o años anteriores
 - Existencia de servicios de tratamiento especializado (por ejemplo, oncología, cuidados paliativos, sustitución de opioides o terapia)
 - Información sobre la fabricación prevista presentada por la industria química y farmacéutica
 - Datos epidemiológicos, incluidas las tasas de prevalencia de enfermedades comunes
 - Otros (especifique):

3. Describa brevemente la metodología empleada por las autoridades competentes de su país para elaborar las previsiones del consumo de estupefacientes para fines médicos y científicos:

4. ¿Conoce usted el procedimiento de presentación de previsiones suplementarias de estupefacientes a la JIFE cuando las necesidades son mayores que las previstas o debido a circunstancias imprevistas? (por ejemplo, desastres naturales, epidemias)
 - Sí
 - No

5. ¿Conoce usted el material de capacitación publicado por la JIFE para ayudar a los Estados a elaborar y presentar a la Junta las previsiones de las necesidades de estupefacientes, que puede consultarse en la siguiente dirección: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/Spanish/NAR_2_Spanish_2005.pdf?
- Sí
- No
6. ¿Conoce usted la publicación conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la JIFE titulada *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, que puede consultarse en la dirección: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_SP_Ebook.pdf?
- Sí
- No

B. Utilización adecuada de estupefacientes

7. ¿Se limita la utilización de estupefacientes en su país a la atención de dolencias específicas, como el tratamiento de cuidados paliativos?
- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, especifique los tipos de dolencias para cuyo tratamiento se autoriza la utilización de estupefacientes:

8. ¿Se utilizan en su país estupefacientes para el tratamiento de la drogodependencia? (por ejemplo, la terapia de sustitución)
- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

C. Marco normativo que rige la prescripción de estupefacientes

9. Con arreglo al marco legislativo y reglamentario nacional, ¿los profesionales de cuáles de las categorías siguientes están facultados para recetar estupefacientes en los tratamientos médicos?

- Médicos generales
- Médicos generales facultados para recetar estupefacientes
- Especialistas médicos (por ejemplo, psiquiatras, oncólogos, cirujanos o dentistas)
- Personal de enfermería (incluidos los enfermeros que proporcionan atención integral)
- Veterinarios
- Otros (especifique):

10. ¿Existe la obligación de solicitar una segunda opinión antes de prescribir estupefacientes?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

11. ¿Qué período de validez tiene una receta de estupefacientes desde la fecha de expedición?

¿Está sujeta la prescripción de estupefacientes a trámites legales o reglamentarios específicos frente a otros medicamentos de venta con receta? (por ejemplo, requisito de obtención de autorizaciones adicionales, período de validez más breve de la receta)

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

12. ¿Puede una receta única de estupefacientes abarcar la duración íntegra del tratamiento o se limita a un período más breve?

- Sí
- No

Si ha respondido negativamente, proporcione más detalles:

13. ¿Existen circunstancias en que se puedan utilizar recetas renovables para prescribir estupefacientes^a?

- Sí
- No

En caso afirmativo, sírvase proporcionar detalles:

D. Marco normativo que rige el expendio de estupefacientes

14. Se expenden estupefacientes en:

- Farmacias autorizadas de hospitales
- Farmacias especialmente autorizadas
- Farmacias
- Otros (especifique):

^aPor "receta renovable" se entiende la que autoriza a expender un mismo medicamento más de una vez.

E. Registro y vigilancia de los medicamentos de venta con receta

15. ¿Están las personas facultadas para prescribir estupefacientes obligadas por ley a llevar un registro de las recetas de estupefacientes que hayan expedido?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles, en particular sobre el plazo durante el cual deba mantenerse el registro:

16. ¿Están las entidades que expenden estupefacientes (véase la pregunta 14) obligadas por ley a llevar un registro de las recetas de estupefacientes expedidas?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles, en particular sobre el plazo durante el cual deba mantenerse el registro:

17. ¿Se prevén en el marco legislativo y reglamentario vigente en su país sanciones en caso de que se cometan irregularidades en el registro de información?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

F. Medidas para asegurar la disponibilidad adecuada de estupefacientes y promover un uso racional de esas sustancias

18. ¿Quién abona el precio de los estupefacientes recetados?

- El Gobierno (seguridad social)
- Los propios pacientes
- Los planes de seguro médico
- Otros

19. ¿Se abordan en el plan de estudios de los profesionales médicos en su país aspectos relacionados con la prescripción y el uso racionales de estupefacientes de venta con receta?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

20. ¿Han adoptado las autoridades de su país medidas de sensibilización encaminadas a que los profesionales de la salud conozcan más a fondo las prácticas responsables de prescripción de estupefacientes?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

21. ¿Ha adoptado su Gobierno en los diez últimos años medidas legislativas o normativas para aumentar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

G. Factores que limitan la disponibilidad

22. En el contexto de su país, ¿ha tenido alguno de los factores enumerados a continuación el efecto de limitar indebidamente la disponibilidad de estupefacientes necesarios para fines médicos o científicos? (marque lo que corresponda)

- Recursos financieros limitados
- Problemas para su obtención de la industria química y farmacéutica o su importación
- Temor a la desviación por canales ilícitos
- Temor al enjuiciamiento penal o a incurrir en sanciones
- Falta de sensibilización o formación de los profesionales médicos sobre el uso racional de los estupefacientes
- Normativa engorrosa en materia de prescripción de estupefacientes para uso médico
- Temor a la adicción
- Actitudes culturales hacia el tratamiento del dolor
- Medidas de control aplicables al comercio internacional, como los requisitos de autorizaciones de importación y exportación
- Medidas adoptadas por la Junta
- Otros:

Amplíese la información según proceda:

23. ¿Cuál es, a su juicio, el obstáculo más importante que impide que haya suficientes estupefacientes disponibles en su país para satisfacer las necesidades médicas y científicas?

24. ¿Se han adoptado en su país medidas específicas para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos en zonas rurales o apartadas?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

25. ¿Qué otras medidas podría adoptar la JIFE a fin de contribuir a una mayor disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos en su país?

H. Prescripción excesiva de estupefacientes

26. ¿Se han advertido en su país las siguientes prácticas en relación con los estupefacientes?

- Prescripción excesiva
- “Recorrido de consultorios”^b
- Automedicación
- Mercados paralelos no reglamentados
- Falsificación de estupefacientes de venta con receta

Proporcione más detalles, según proceda:

Información adicional (si se requiere):

^bEl “recorrido de consultorios” se refiere a la práctica de un paciente que acude a varios médicos, a menudo al mismo tiempo, sin coordinar la atención que recibe ni informar a los médicos de los múltiples profesionales que lo atienden.

Cuestionario para las autoridades nacionales competentes relativo a la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos

Segunda de dos partes: sustancias sicotrópicas

Se ruega remitir el presente cuestionario cumplimentado a más tardar el 31 de octubre de 2014 a la dirección siguiente:

INCB Secretariat
Vienna International Centre
P.O. Box 500
1400 Vienna
Austria

Fax: (+43-1) 26060-5867

Tel.: (+43-1) 26060-4933

Correo electrónico: secretariat@incb.org

Indíquese qué autoridad presenta el cuestionario:

País:.....

Autoridad:.....

Persona de contacto:

Tel.: Fax: Correo electrónico:

Indíquese qué autoridades y qué personas de contacto podrían proporcionar más información si se necesitara:

Autoridad:.....

Persona de contacto:

Tel.: Fax: Correo electrónico:

Instrucciones para rellenar este cuestionario.

Este cuestionario consta de dos partes:

Primera parte: disponibilidad de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

Segunda parte: disponibilidad de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional en virtud del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

De conformidad con el marco normativo nacional vigente en cada Estado, puede encargarse de la fiscalización de esas sustancias una misma autoridad competente o dos entidades diferentes. En ambos casos, deberá cumplimentar debidamente cada parte el interesado que corresponda y el cuestionario completo, que contenga las dos partes, deberá remitirse a la Secretaría de la JIFE, en el plazo indicado utilizando la información de contacto que aparece en la portada.

Para agilizar la tramitación, se recomienda presentar electrónicamente el cuestionario cumplimentado.

Segunda parte: sustancias sicotrópicas

A. Disponibilidad de sustancias sicotrópicas

27. ¿Cómo calificaría la situación en su país con respecto a la disponibilidad de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos?
- Del todo satisfactoria
 - Satisfactoria
 - Debe mejorar en cierta medida
 - Debe mejorar considerablemente
28. ¿Qué factores toma en consideración la autoridad nacional competente al cuantificar las necesidades de sustancias sicotrópicas en su país? (Puede marcar más de una respuesta, según corresponda.)
- Modalidades de consumo en el año o años anteriores
 - Existencia de servicios de tratamiento especializado (por ejemplo, servicios especializados de salud mental, cuidados paliativos, terapia de sustitución de opioides)
 - Información sobre la fabricación prevista presentada por la industria química y farmacéutica
 - Datos epidemiológicos, incluidas las tasas de prevalencia de trastornos de la salud mental
 - Otros (especifique):
29. Describa brevemente la metodología empleada por las autoridades nacionales para elaborar las previsiones anuales de las necesidades de sustancias sicotrópicas.
30. ¿Conoce usted el procedimiento de presentación de previsiones suplementarias de sustancias sicotrópicas a la JIFE cuando las necesidades son mayores que las previstas o debido a circunstancias imprevistas (por ejemplo, desastres naturales, conflictos armados)?
- Sí
 - No

31. ¿Conoce usted el material de capacitación publicado por la JIFE para ayudar a los Estados a elaborar y presentar a la Junta las previsiones de las necesidades de sustancias sicotrópicas, que puede consultarse en la siguiente dirección: <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/training-materials/training-material-eng-2013-86360.pdf>?

Sí

No

32. ¿Conoce usted la publicación conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la JIFE titulada *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, que puede consultarse en la dirección: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_SP_Ebook.pdf?

Sí

No

B. Utilización adecuada de sustancias sicotrópicas

33. ¿Se limita la utilización de sustancias sicotrópicas en su país a la atención de trastornos de la salud mental específicos, como el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el insomnio, la ansiedad o los cuidados paliativos?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

34. ¿Se utilizan en su país sustancias sicotrópicas para el tratamiento de la drogodependencia (por ejemplo, la terapia de sustitución)?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

C. Marco normativo que rige la prescripción de sustancias sicotrópicas

35. Con arreglo al marco legislativo y reglamentario nacional, ¿los profesionales de cuáles de las categorías siguientes están facultados para recetar sustancias sicotrópicas en los tratamientos médicos?

- Médicos generales
- Médicos generales facultados para prescribir sustancias sicotrópicas
- Especialistas médicos (por ejemplo, psiquiatras, oncólogos, cirujanos y dentistas)
- Personal de enfermería (incluidos los enfermeros que proporcionan atención integral)
- Veterinarios
- Otros (especifique):

36. ¿Existe la obligación de solicitar una segunda opinión antes de prescribir sustancias sicotrópicas?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

37. ¿Qué período de validez tiene una receta de sustancias sicotrópicas desde la fecha de expedición?

¿Está sujeta la prescripción de sustancias sicotrópicas a trámites legales o reglamentarios específicos frente a otros medicamentos de venta con receta? (Por ejemplo, requisito de obtención de autorizaciones adicionales, período de validez más breve de la receta.)

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

38. ¿Puede una receta única de sustancias sicotrópicas abarcar la duración íntegra del tratamiento o se limita a un período más breve?

- Sí
- No

Si ha respondido negativamente, proporcione más detalles:

39. ¿Hay circunstancias en que se puedan utilizar recetas renovables para prescribir sustancias sicotrópicas?^c

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

D. Marco normativo que rige el expendio de sustancias sicotrópicas

40. Se expenden sustancias sicotrópicas en:

- Farmacias autorizadas de hospitales
- Farmacias especialmente autorizadas
- Farmacias
- Otros (especifique):

^cPor “receta renovable” se entiende la que autoriza a expender un mismo medicamento más de una vez.

E. Registro y vigilancia de los medicamentos de venta con receta

41. ¿Están las personas facultadas para prescribir sustancias sicotrópicas obligadas por ley a llevar un registro de las recetas de sustancias sicotrópicas que hayan expedido?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles, en particular sobre el plazo durante el cual deba mantenerse el registro:

42. ¿Están las entidades que expenden sustancias sicotrópicas (véase la pregunta 40) obligadas por ley a llevar un registro de recetas de sustancias sicotrópicas expedidas?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles, en particular sobre el plazo durante el cual deba mantenerse el registro:

43. ¿Se prevén en el marco legislativo y reglamentario vigente en su país sanciones en caso de que se cometan irregularidades en el registro de información?

Sí

No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

F. Medidas para asegurar la disponibilidad adecuada de sustancias sicotrópicas y promover un uso racional de dichas sustancias

44. ¿Quién abona el precio de las sustancias sicotrópicas recetadas?

- El Gobierno (seguridad social)
- Los propios pacientes
- Los planes de seguro médico
- Otros

45. ¿Se abordan en el plan de estudios de los profesionales médicos en su país los aspectos relacionados con la prescripción y el uso racionales de sustancias sicotrópicas de venta con receta?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

46. ¿Han adoptado las autoridades de su país medidas de sensibilización encaminadas a que los profesionales de la salud conozcan más a fondo las prácticas responsables de prescripción de sustancias sicotrópicas?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

47. ¿Ha adoptado su Gobierno en los últimos diez años medidas legislativas o normativas para aumentar la disponibilidad de sustancias sicotrópicas para fines médicos?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

G. Factores que limitan la disponibilidad

48. En el contexto de su país, ¿ha tenido alguno de los factores enumerados a continuación el efecto de limitar indebidamente la disponibilidad de sustancias sicotrópicas necesarias para fines médicos o científicos? (Marque lo que corresponda.)

- Recursos financieros limitados
- Problemas para su obtención de la industria química y farmacéutica o su importación
- Temor a la desviación por canales ilícitos
- Temor al enjuiciamiento penal o a incurrir en sanciones
- Falta de sensibilización o formación de los profesionales médicos sobre el uso racional de las sustancias sicotrópicas
- Normativa engorrosa en materia de prescripción de sustancias sicotrópicas para uso médico
- Temor a la adicción
- Actitudes culturales hacia el tratamiento de los trastornos de la salud mental
- Medidas de control aplicables al comercio internacional, como los requisitos para las autorizaciones de importación y exportación
- Medidas adoptadas por la Junta
- Otros:

Amplíese la información según proceda:

49. ¿Cuál es, a su juicio, el obstáculo más importante que impide que haya suficientes sustancias sicotrópicas disponibles en su país para satisfacer las necesidades médicas y científicas?

50. ¿Se han adoptado en su país medidas específicas para garantizar la disponibilidad de sustancias sicotrópicas para fines médicos en zonas rurales o apartadas?

- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

51. ¿Qué otras medidas podría adoptar la JIFE a fin de contribuir a una mayor disponibilidad de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos en su país?

H. Prescripción excesiva de sustancias sicotrópicas

52. ¿Se han advertido en su país las siguientes prácticas en relación con las sustancias sicotrópicas?

- Prescripción excesiva
- “Recorrido de consultorios”^d
- Automedicación
- Mercados paralelos no reglamentados
- Falsificación de medicamentos de venta con receta que contienen sustancias sicotrópicas

Proporcione más detalles, según corresponda:

53. ¿Está permitida en su país la publicidad de sustancias sicotrópicas dirigida al público en general?

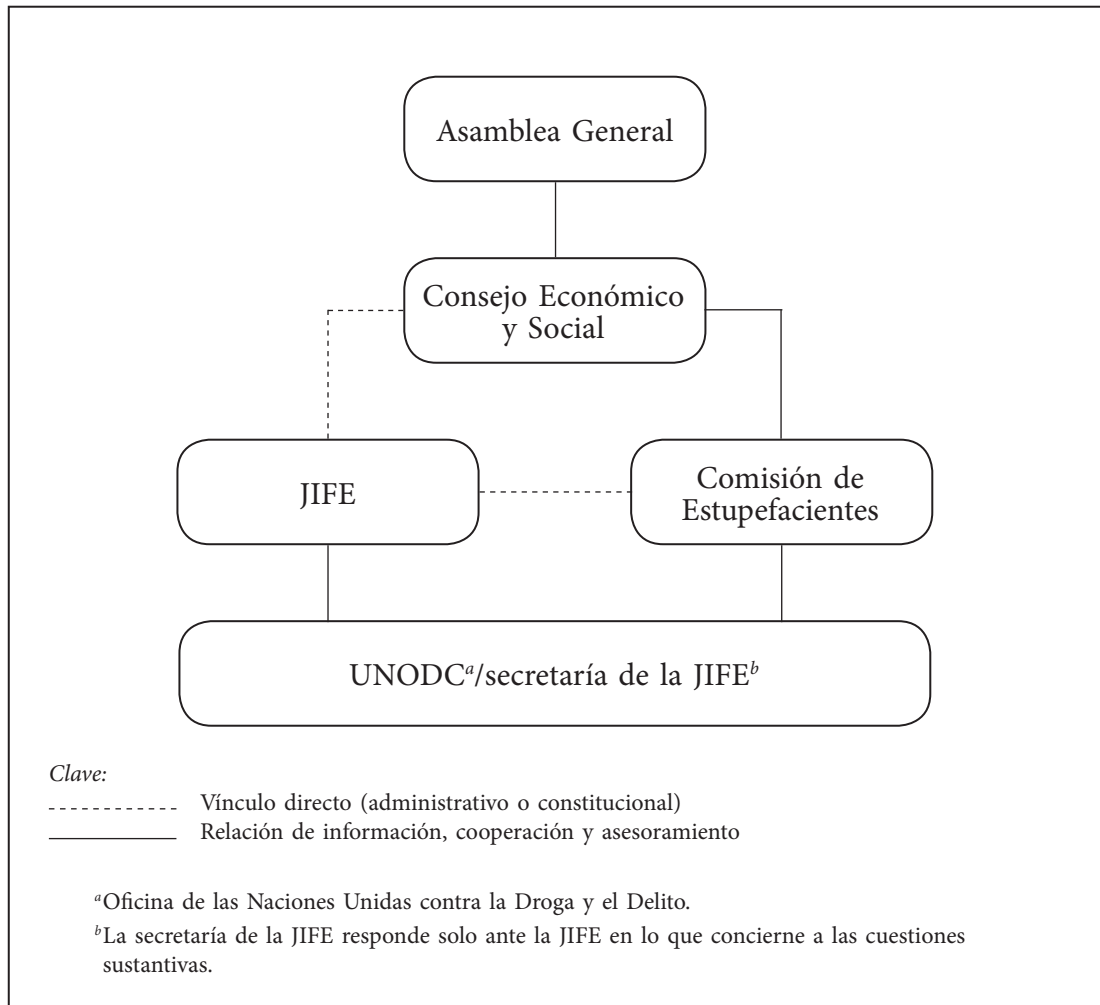
- Sí
- No

Si ha respondido afirmativamente, proporcione más detalles:

Información adicional (si se requiere):

^dEl “recorrido de consultorios” se refiere a la práctica de un paciente que acude a varios médicos, a menudo al mismo tiempo, sin coordinar la atención que recibe ni informar a los médicos de los múltiples profesionales que lo atienden.

Órganos del sistema de las Naciones Unidas y de fiscalización de drogas y su secretaría





JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) es un órgano independiente encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas de las Naciones Unidas. La JIFE se estableció en 1968 de conformidad con la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes; sus predecesores en virtud de los anteriores tratados de fiscalización de drogas se remontan a la época de la Sociedad de las Naciones.

La JIFE publica un informe anual sobre sus actividades que se presenta al Consejo Económico y Social por conducto de la Comisión de Estupefacientes. El informe contiene un examen exhaustivo de la situación en materia de fiscalización de drogas en varias partes del mundo. En su calidad de órgano imparcial, la JIFE trata de detectar y prevenir tendencias peligrosas y sugiere medidas que pudiera ser necesario adoptar.