

GUÍA BÁSICA CRITERIOS Y SUGERENCIAS PARA LA ADECUACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

AÑO 2014



Dirección Nacional de
SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

GUÍA BÁSICA
Criterios y Sugerencias para la adecuación y el
desarrollo de la Red de Servicios de Salud Mental

AÑO 2014

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud

Dr. Juan MANZUR

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. María Matilde MASSA

ÍNDICE

I. Introducción	P 8
II. Modelo de gestión de Red de Servicios de Salud Mental (RDSSM) para jurisdicciones.....	P 10
III. Sugerencias para la adecuación a la RDSSM	P 11
IV. Componentes estratégicos para la adecuación de los hospitales monovalentes a la red de servicios de salud mental	P 22
V. Herramientas de Planificación	P 31
Glosario	P 37
Bibliografía	P 38
VI. Anexos: CD	
a- Encuesta red de servicios.	
b- Encuesta para enfermería.	
c- Guía básica para la planificación de la adecuación de monovalentes a la red de servicios.	
d- Apuntes para la adecuación de monovalentes a la red de servicios, con eje en el recurso humano.	
e- Ley Nacional de Salud Mental.	
f- Plan Nacional de Salud Mental.	

I. INTRODUCCIÓN

El presente texto está basado principalmente en el documento preliminar que elaboró la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (en adelante DNSMyA) "directrices en salud mental" cuyo objetivo es explicitar recomendaciones de organización y estructura de establecimientos de salud mental que integran la red de servicios para su habilitación, que comprende a efectores tanto del ámbito público, privado, como de la seguridad social, bajo el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, su decreto reglamentario 603/2013 y el Plan Nacional de Salud Mental. Dicho documento preliminar se trabajará en una comisión de expertos convocados por el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación durante el presente año, que contará también con participación de representantes de la DNSMyA.

El presente documento pretende acercar sugerencias para la adecuación y desarrollo de los efectores de la red de servicios de salud mental y recomendaciones técnicas para la construcción del proyecto de adecuación de los hospitales monovalentes a la red de servicios, en base al modelo de atención comunitario.

Como es de público conocimiento la República Argentina cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental, aprobado mediante Resolución Ministerial 2177/2013, cuyo lanzamiento se realizó el pasado 8 de octubre de 2013 en el marco de celebrarse el día mundial de la Salud Mental el 10 de octubre, promovido por la OMS/OPS. Para la formulación del Plan Nacional de Salud Mental, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, como Autoridad de Aplicación, se ha basado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, su Decreto reglamentario N° 603/2013 y en los aportes de diferentes sectores y actores sociales representativos, a través de su participación en jornadas abiertas de reflexión y consulta.

Dicho Plan Nacional consta de un conjunto de pautas generales que permitirán hacer efectiva la función de rectoría del Estado en los distintos niveles jurisdiccionales, la gestión de las áreas competentes en la implementación de las acciones y la integración del componente de Salud Mental y Adicciones en las políticas públicas de salud. Las líneas de acción que se desprenden de los problemas priorizados y los objetivos formulados en el Plan, adoptan los principios éticos, los componentes estratégicos y programáticos que se hallan enmarcados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Respecto del modelo de atención a ser impulsado y/o fortalecido en cada una de las jurisdicciones para la implementación del presente Plan se destaca lo siguiente:

a) Los efectores y organismos públicos de salud deberán coordinar sus acciones a través de redes locales, regionales y nacionales ordenadas según criterios de compleji-

dad creciente que permitan articular los diferentes niveles de atención, aseguren el empleo apropiado y oportuno de los recursos y su disponibilidad para toda la población.

b) La adopción de buenas prácticas institucionales que eviten y/o mitiguen toda forma de discriminación, segregación, negligencia, abandono y medicalización innecesaria de las personas en el proceso de atención.

c) La implementación de estrategias de base comunitaria que sustituyan y/o reviertan los efectos iatrogénicos del proceso de cronificación que acontece en las instituciones asilares.

Los Principales aportes de las Jornadas de Consulta Multiactorial e Intersectorial fueron:

- Inclusión de las adicciones en la órbita de los Ministerios de Salud.
- Guardias interdisciplinarias de salud mental en los hospitales generales.
- Revisión de las sentencias de incapacidad.
- Residencias interdisciplinarias en hospitales generales.
- Dispositivos permanentes de participación ciudadana.
- Apertura de admisiones y camas en los hospitales polivalentes y cierre de camas en los monovalentes.
- Epidemiología basada en el paradigma de la Ley 26.657.
- Agenda prioritaria de temáticas de investigación en salud mental.
- Apertura de dispositivos laborales y habitacionales.
- Incorporación de familiares y usuarios como recurso no convencional.

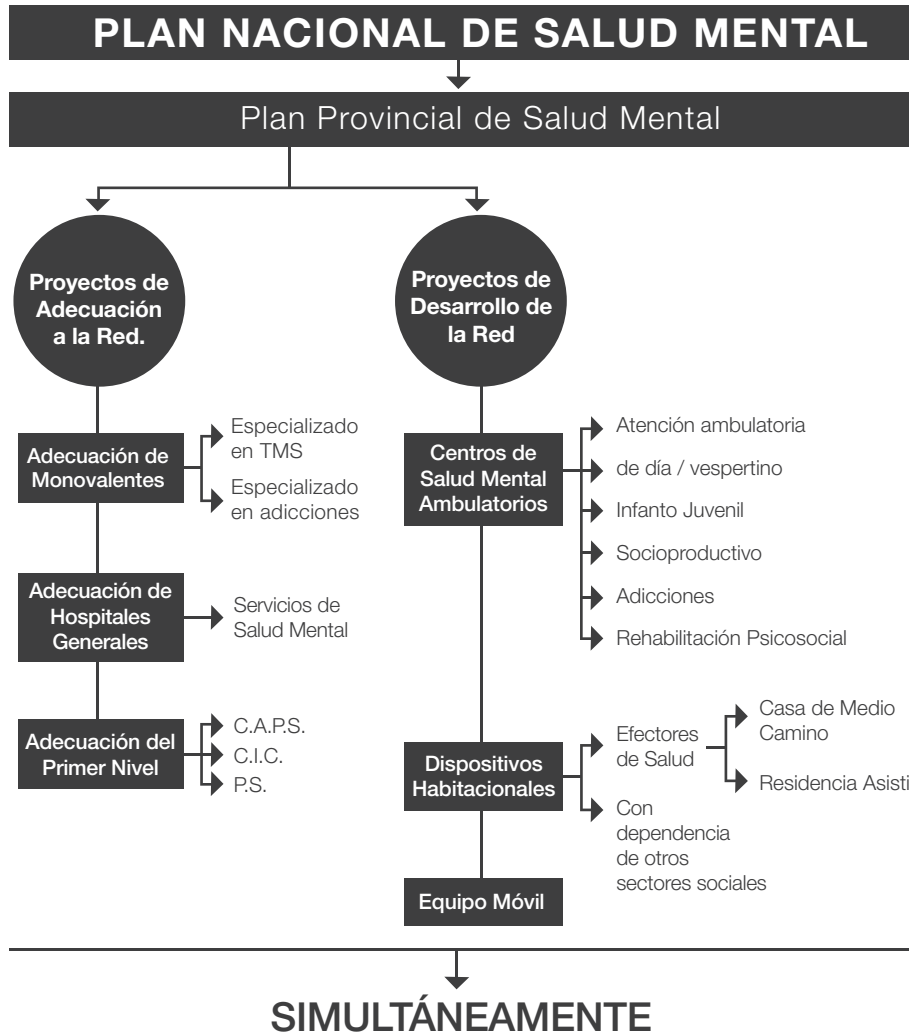
El presente documento hace eje en el Problema N° 2 del Plan Nacional y el conjunto de objetivos planteados para su resolución: ***“La red de Salud/Salud Mental es inadecuada, cuando no inexistente, a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013.***

Esperamos que estas sugerencias sirvan y orienten el diseño de planes, programas y proyectos de salud mental; contribuyan a la definición de lineamientos sobre el proceso de adecuación y/o desarrollo de los efectores comprendidos en la red de servicios de salud mental, y abran nuevas discusiones territoriales que aporten a la implementación de políticas públicas de salud/salud mental a la altura de las normativas vigentes en el país, la región y el mundo.



Lic. María Matilde Massa
 Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones
 Secretaría de Determinantes de la Salud y
 Relaciones Sanitarias
 Ministerio de Salud de la Nación

II. MODELO DE GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA JURISDICCIONES



INTERSECTORIALIDAD INTERDISCIPLINA INTERCULTURALIDAD

III. SUGERENCIAS PARA LA ADECUACIÓN A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

EJE ADECUACIÓN

3.1.1-Monovalentes con eje en la atención del Trastorno Mental Severo:

- Comprende Neuropsiquiátrico, Clínica Psiquiátrica, Hospital Psiquiátrico, Colonia de Salud Mental, entre otros.

- Analizar las fortalezas y debilidades teniendo en cuenta los siguientes componentes estratégicos del proyecto de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657:

- ✓ Compromiso Político.
- ✓ Administración/Gestión de RRHH.
- ✓ Modelo de atención.
- ✓ Presupuestos: costos y financiamiento.
- ✓ La apertura de dispositivos intermedios.

- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:

- Adecuar la estructura y los procedimientos de las Instituciones Monovalentes (IM) a fin de lograr la sustitución de un sistema de atención manicomial a la constitución de una red de servicios de base comunitaria. Se considera necesaria la transformación de las IM a fin de adecuarse a los requerimientos actuales en salud mental, acorde a las legislaciones vigente.

- Reducir la población de personas internadas de manera involuntaria o voluntaria, a no más de un año de internación, asociado a la reducción de camas disponibles.

- Poner el eje en la Externación con inclusión social de los pacientes cronicados en la institución.

- Aumentar el número de usuarios alojados en dispositivos habitacionales del ámbito de influencia del hospital psiquiátrico, dependen administrativamente de éste o no.

- Contar con equipo de Rehabilitación.
- Abrir y/o fortalecer servicios de salud mental y de salud general a la comunidad (atención psiquiátrica, psicológica, laboratorio, rx, consultorios de clínica médica, odontología, obstetricia, pediatría, etc.).
- Cumplir con las indicaciones del protocolo de la OMS en caso de práctica del TEC. "Manual de Recursos de la OMS sobre Salud mental, DDHH y Legislación del 2006".
- Eliminar las salas/celdas de aislamiento o castigo, y promover la disponibilidad de habitaciones individuales si lo requiere la estrategia terapéutica.
- No deben habilitarse Servicios Penitenciarios dentro del Hospital Monovalente. En el caso de que funcione en el ámbito de IM, proponer un proyecto de transferencia del mismo al Servicio Penitenciario.

3.1.2 Monovalentes con eje en Adicciones:

- Comprende Comunidades Terapéuticas, Clínica de Adicciones (IMEA).
- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657:
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Como centro de Salud Mental de atención ambulatoria, con eje en adicciones; y/o como Casa de Medio Camino.

Importante: en el caso de adecuarse como Casa de Medio Camino, a los fines de su habilitación como establecimiento sanitario deberá disponer de un Centro de Salud Mental, propio o conveniado con terceros, para la atención de la Salud Mental de los usuarios del Servicio. En el caso de efectuarse convenio con terceros podrían realizarse con efectores del primer nivel de atención que cuenten con unidades de atención en Salud Mental y/o Hospitales Generales.

- El número de alojados no debe superar los 30 usuarios.
- Las prácticas de restricción de la movilidad del paciente deben estar sujetas a un acuerdo terapéutico entre el usuario del dispositivo y el equipo técnico.

Importante: En caso de riesgo cierto e inminente debe derivarse a fin de ser internado en un hospital general.

- No deben existir las salas/celdas de aislamiento o castigo. Podrían habilitar habitaciones individuales si así lo requiera la estrategia terapéutica.

- El consentimiento informado en estos dispositivos corresponde a la aceptación del tratamiento propuesto y acordado, de las normas institucionales y convivenciales.
- Tener acceso al legajo y/o historia clínica, e informes institucionales, de acuerdo a la legislación vigente.
- La I.M.E.A debe contar con uno o más programas de atención, en el marco del cual se deberá definir un plan individual de rehabilitación y tratamiento.
- Deberá contar con personal de salud permanente y garantizar la continuidad del tratamiento.
- La dirección técnica del efector debe estar a cargo de un profesional de disciplina afín al campo de la salud mental.

3.2 Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales.

- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657:
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:
 - Se considera Servicio de salud mental a aquel que atiende la demanda interna y externa vinculadas a las problemáticas de salud mental a través de la consulta ambulatoria, la atención de las urgencias, la interconsulta y de manera obligatoria la internación para aquellos casos que lo requieran.
 - Las camas o salas destinadas a la internación de Salud Mental deberán estar integradas a la estructura edilicia del establecimiento, al igual que las otras clínicas básicas (clínica médica, cirugía, pediatría y toco ginecología). Se establecerá un porcentaje mínimo de camas disponibles para internación por salud mental, calculado en un 5% de las camas totales del hospital. En caso de contar con sala propia, la misma no deberá exceder el porcentaje del 10% de las camas totales del hospital. Se debe contemplar siempre la accesibilidad y espacio para un acompañante como mínimo. Las habitaciones de la sala no deben superar las 4 camas.
 - La cantidad de prestaciones señaladas deben hallarse de acuerdo con la estructura, recursos y nivel de complejidad del Hospital General. Como así también de los recursos de la jurisdicción a la que pertenece.
 - Incluye servicios especializados para determinadas problemáticas de salud mental y adicciones o específicos para grupos etarios de alta vulnerabilidad (Infanto juvenil y tercera edad). Funcionan como efectores de referencia para una región específica del país.

- El equipo de salud mental deberá ser interdisciplinario.
- Contar con personal de enfermería capacitado para la atención en salud mental.
- Para situaciones específicas, por ejemplo manejo de la excitación psicomotriz, manejo y monitoreo de la sujeción física, consentimiento informado, registros en la historia clínica adecuarse a los protocolos de actuación y normativas vigentes.
- Inter consulta, tanto del equipo de salud mental por demanda de otras áreas del hospital como requerimiento de asistencia integral para pacientes internados en el servicio de salud mental.
- Registro en la oficina de estadística y epidemiología de variables propias de salud mental, tanto de condiciones mentales como de prácticas.

• **Estructura y recursos sugeridos:**

- ✓ Consultorios externos.
- ✓ Internación: camas propias en sala específica, o disponibles en el establecimiento, acorde a la complejidad del efector.
- ✓ Tener en cuenta las medidas de seguridad estructurales de acuerdo a las normativas vigentes.
- ✓ Sala de observación.
- ✓ Espacio/Salón de usos múltiples.

• **Equipo Interdisciplinario en SM:**

- ✓ Médico/a psiquiatra.
- ✓ Psicólogo/a.
- ✓ Trabajador/a Social.
- ✓ Enfermera/o con capacitación en SM.
- ✓ Personal no convencional.

• **RRHH Guardia:**

- ✓ Médico/a con capacitación en SM.
- ✓ Médico/a psiquiatra.
- ✓ Psicólogo/a.
- ✓ Trabajador/a Social.
- ✓ Enfermero/a.
- ✓ Servicio Legal disponible en el hospital.

• **Tipo de Guardia:**

- ✓ 24 horas de lunes a domingo.

• **Prestaciones sugeridas:**

- ✓ Urgencias.
- ✓ Admisión.
- ✓ Desintoxicación.

- ✓ Evaluación diagnóstica.
- ✓ Consejería en salud mental.
- ✓ Atención clínica / tratamiento de salud mental (ambulatoria espontánea/ programada, intervención en crisis/ grupal).
- ✓ Cuidados de enfermería.
- ✓ Interconsulta.
- ✓ Internación.
- ✓ Atención y/o seguimiento domiciliario y control del tratamiento en general y psico-farmacológico en circunstancia de alta hasta articular con efectores de la red de salud según cada caso en particular.
- ✓ Acompañamiento terapéutico.
- ✓ Capacitación, formación y/o supervisión para equipos de salud.

• **Padecimientos que atiende:**

- ✓ Adicciones /TMS /Intento Suicidio / Trastornos alimentarios/ Otros Padecimientos de SM.

• **Pautas Ingreso:**

- ✓ Personas que atraviesan una situación de crisis con riesgo cierto e inminente,
- ✓ Sin límite de edad, con excepción de los Hospital Generales Pediátricos cuya cobertura será hasta los 18 años.

• **Egreso:**

- ✓ Cuando se han alcanzado los objetivos propuestos del tratamiento según la prestación de que se trate. Los mismos serán elaborados por el equipo interdisciplinario. En conjunto con la persona y su entorno significativo. El equipo interdisciplinario decide el alta hospitalaria en función de una estrategia territorial de externación e inclusión en la red de servicios que corresponda.
- ✓ Procurar la vinculación con otros efectores de la red de servicios para dar respuesta a la complejidad de las problemáticas.

3.3 Efectores del Primer Nivel de Atención con Unidad de Salud Mental:

- Comprende los Centros de salud, tales como: Centro de Atención Primaria de la Salud, Centros de Salud y Acción Comunitaria, Unidad Primaria de Atención, Centros de Integración Comunitaria, Postas sanitarias y otros similares acorde a cada jurisdicción.
- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657.
- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:

- En cuanto a la frecuencia de atención, se recomienda cubrir horarios de Lunes a Viernes en turno mañana, tarde y vespertino y sábado turno mañana para mejorar el acceso de los usuarios a los servicios de salud mental. Pudiendo considerar la extensión a turno noche y fin de semana. Todo esto acorde a las necesidades y posibilidades de cada jurisdicción.

Importante:

- ✓ El primer nivel debe brindar atención.
- ✓ Sostener los tratamientos y asegurar continuidad de cuidados.
- ✓ Promover prestaciones de tipo grupal y/o comunitarias.
- ✓ Coordinar con el equipo tratante para los procesos de externación de los usuarios de Salud Mental en situación de internación.
- ✓ Participar en la identificación de los sistemas de apoyo comunitarios.
- ✓ Sostener actividades en dispositivos habitacionales, en especial de medio camino y Centros de Salud Mental.

EJE DESARROLLO

3.4 Centros de Salud Mental:

- Analizar las fortalezas y debilidades en el proceso de adecuación al modelo de atención de la ley 26.657.

- Elaborar un proyecto de adecuación considerando las siguientes sugerencias:

- Establecimiento de atención ambulatoria, para el abordaje del padecimiento mental. Dispone de un equipo de profesionales, técnicos y administrativos, que brinda diversas prestaciones como atención ambulatoria, centro de día, centro infante juvenil, centro de rehabilitación psico social, centro socio productivo. La cantidad de prestaciones que brinde el centro dependerá de la estructura, los recursos y los programas de cada efector, como así también de los recursos disponibles en la jurisdicción.

- Podrán integrar el equipo otras profesiones (Psiquiatra infante juvenil, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, musicoterapeutas) o recursos humanos no convencionales como agentes sanitarios, operadores de salud mental u otros que se encuentren acreditados en cada jurisdicción.

- Para la admisión de usuarios de salud mental, el equipo interdisciplinario evaluará la necesidad de ingreso y la estrategia terapéutica caso a caso. Sin restricciones de edad, de tiempo, ni de diagnósticos. En caso de niños/as y adolescentes su ingreso a este dispositivo contemplará además la inclusión en el ámbito escolar.

Se incluirán entre otras actividades, las siguientes:

- ✓ Educación en habilidades para la vida diaria (cuidado personal, administración del dinero, movilidad, alimentación, vestimenta e higiene, entre otros).

- ✓ Emprendimiento laboral y productivo: capacitación, producción y comercialización.
- ✓ Alfabetización.
- ✓ Arte y recreación.
- ✓ Tratamiento individual, grupal y/ o socio familiar.
- ✓ Control farmacológico.

SUBTIPOS: según ejes/especificidades de los programas.

3.4.1 Centro de día / Vespertino:

- Se define como un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad, dedicado a la promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación psicosocial de los usuarios del sistema. El equipo de salud propiciará la participación de la comunidad en general en las actividades de este efector, dado que ésta se considera fundamental para una efectiva rehabilitación psicosocial.

- Tiene por propósito fortalecer las capacidades de los usuarios y generar mayores grados de autonomía en las actividades significativas para la vida de la persona. Se trata de un espacio terapéutico para que las personas puedan incluirse con mayor grado de autonomía en otros ámbitos de la comunidad.

- En caso de que el centro de día/vesperino funcione incluido en un establecimiento de internación o en un Centro de Salud Mental, su estructura edilicia deberá ser independiente y de uso exclusivo de los pacientes ambulatorios.

3.4.2 Centro Infante Juvenil :

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad, atiende población con problemas de salud mental y adicciones de 0 a 18 años, su grupo familiar y/o referentes vinculares. Realiza acciones de promoción de la salud, prevención, la atención clínica y la rehabilitación.

- Pautas de ingreso: de 0 a 18 años.

- Egreso al dispositivo: inclusión en otros dispositivos o cumplimiento de los objetivos terapéuticos. Cumplimiento de mayoría de edad.

- Prestaciones específicas:

- ✓ Atención clínica a población infante juvenil.
- ✓ Apoyo psicopedagógico para sostén e inclusión en el sistema educativo.
- ✓ Estimulación temprana.
- ✓ Musicoterapia.
- ✓ Psicomotricidad.
- ✓ Promoción de la salud a través del arte, recreación y deporte.

3.4.3 Centro de Rehabilitación Psicosocial:

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad. Atiende a población con problemáticas de salud mental y/o adicciones que requieran rehabilitación en su autonomía y en la interacción socio familiar. Puede especializarse en niños, adolescentes, adultos y tercera edad.

3.4.4 Centro Socioproductivo:

- Es un dispositivo diurno y/o vespertino ambulatorio inserto en la comunidad. Atiende a población con problemáticas de salud mental y/o adicciones que requieran en su estrategia terapéutica el fomento de la socialización, actividad laboral en el marco de la economía social y solidaria vinculado a experiencias de cooperativismo y autogestión. Puede especializarse en adolescentes, adultos o tercera edad.

- Pautas de ingreso: personas a partir de los 16 años

• Prestaciones específicas:

- ✓ Capacitación en oficios.
- ✓ Entrenamiento en habilidades socio productivas.
- ✓ Gestión de emprendimientos laborales.
- ✓ Acompañamiento en la producción y comercialización de productos.

3.5 Dispositivos Habitacionales Efectores de Salud (DHES).

- El efector deberá estar integrado a la red de servicios de salud. Una condición de funcionamiento es el establecimiento de acuerdos y/o convenios para la coordinación de acciones con el/los Hospitales Generales y Centros de Salud Mental de la zona.

- Supone la elaboración por parte del equipo interdisciplinario de estrategias terapéuticas personalizadas vinculadas a los diversos servicios de la red de servicios de salud. Las mismas deberán ser actualizadas periódicamente.

- En cada dispositivo, se sugiere un máximo de cuatro (4) plazas por habitación, y un máximo de 30 plazas en total. Se considera de importancia la existencia de un espacio de uso común que permita el intercambio, esparcimiento y el establecimiento de acuerdos y reglas que favorezcan la convivencia.

- En cada casa pueden convivir personas que requieran diferente grado de apoyo para su desenvolvimiento en la vida cotidiana y que necesiten por ello permanecer diferente tiempo de alojamiento.

- El equipo de salud tratante debe tener dependencia administrativa en el Hospital General o Centro de Salud / Salud Mental. Entre las funciones del equipo se encuentran la de mediar, facilitar y contribuir en la integración al DHES, así como responder a las

necesidades de aquellas personas con menor grado de autonomía.

- En el caso de las viviendas para personas declaradas inimputables, debe contarse con personal de seguridad permanente y guardia de equipo de salud mental las 24 hs.

- Podrán integrar el equipo otros profesiones y/o RRHH no convencional que puedan integrar el sistema de apoyo.

- Deberá contar con programas orientados a la reahabilitación y la inclusión social.

- Para el Criterio de agrupabilidad tener en cuenta grupos etéreos y las características clínicas del padecimiento a los fines de promover el mejor grado de autonomía de los usuarios y garantizar la convivencia en el DHES.

- El egreso estará a cargo del equipo interdisciplinario, evaluando la estrategia terapéutica caso a caso, promoviendo continuidad de cuidados y seguimiento en la comunidad.

- Prestaciones comunes:

- ✓ Provisión de alojamiento con distintos niveles de supervisión y apoyo.
- ✓ Establecimiento de un programa individualizado de cobertura de necesidades cotidianas, en coordinación con los servicios de la comunidad.
- ✓ Acompañamiento terapéutico.
- ✓ Actividades ocupacionales, educativas, recreativas en la comunidad y/o en el DHES acorde al nivel de autonomía del paciente.
- ✓ Servicio de enfermería.
- ✓ Facilitar y contribuir en la integración a DHES.
- ✓ Seguimiento de la estrategia terapéutica en coordinación con equipo de salud referente.

SUBTIPOS, según ejes/especificidades de los programas.

3.5.1 Casa de medio camino:

- Servicio de alojamiento destinado a personas con padecimiento mental, y que, por su problemática psico- social, requieran de un espacio de residencia transitoria.

- Brinda acompañamiento terapéutico transitorio en el proceso de inclusión de los usuarios del servicio en un dispositivo ambulatorio por fuera del espacio de residencia.

- La pauta de Egreso será cuando el usuario del servicio haya alcanzado la mayor autonomía posible, la posibilidad de reinsertarse en el ámbito familiar y/o comunitario y disponga de un espacio habitacional y espacio terapéutico ambulatorio o de internación sustitutivo. Considerándose un tiempo máximo de 2 años para la estadía de cada usuario.

• **Prestaciones específicas:**

- ✓ Provisión de alojamiento temporario.
- ✓ Asistencia específica de acuerdo al grupo etareo y/o tipo de padecimiento (TMS, Adicciones, Infanto Juvenil, personas con padecimiento mental declaradas inimputables).
- ✓ Programas orientados a la inclusión social.

3.5.2 Residencia Asistida:

- Atiende población que por su padecimiento de salud mental y/o adicciones presenta una autonomía limitada temporal o permanente y que, por su problemática psico social requiere la provisión de alojamiento y la promoción del mayor grado de autonomía posible del usuario.
- Debe ofrecer cuidados mínimos, intermedios o permanentes de acuerdo a padecimiento mental y del grado de autonomía del usuario de servicio, es decir acorde a la evaluación diagnóstica situacional.
- Como pauta de ingreso considerar a la persona con padecimiento mental que requiera del dispositivo habitacional asistido como parte de la estrategia terapéutica ambulatoria.
- Como pauta de egreso, los usuario del servicio que hayan logrado un nivel de autonomía que le permita insertarse en alguna forma de vivienda independiente del sistema de salud. En la medida en que la estrategia terapéutica lo requiera, continuar con su tratamiento ambulatorio.

3.6 Dispositivos Habitacionales con Dependencia de Otros Sectores Sociales (DHOSS).

- Comprende: Unidad convivencial / vivienda asistida / departamento asistido / hogar sustituto / casas amigables / alojamiento supervisado / vivienda autogestionada / vivienda de co-gestión (Estado/usuarios de salud mental), entre otros.
- Si bien no son efectores de salud, deben formar parte de la red de salud mental.
- El equipo de salud mental que presta servicio en estos dispositivos deben pertenecer a efectores de salud, preferentemente a través de programas de rehabilitación.
- El tratamiento y las actividades terapéuticas deben realizarse en efectores integrados a la red de servicios de salud mental.

- Los criterios de ingreso son:

- a) imposibilidad de procurarse vivienda propia asociado a su padecimiento mental.
- b) no cuenta con la autonomía suficiente para vivir en soledad.

- Pueden ser Transitorias y/o permanentes.

- Son para usuarios de salud mental con mayor grado de autonomía que los usuarios de los servicios habitacionales efectores de salud.

3.7 Equipos Comunitarios Móviles (ECM):

- Se destaca la condición de "móvil" que permite el trabajo extramuro de equipos interdisciplinrios de Salud Mental con diferentes tareas y funciones, acorde al funcionamiento de la red de servicios de salud local.

- Es una figura importante para el funcionamiento de la red de servicios de salud mental con el modelo comunitario de atención, ya que permite el sostenimiento de los dispositivos intermedios y pueden ser enlaces entre los mismos con los centros de salud y los hospitales.

• **Subtipos:**

- ✓ Apoyo domiciliario: supervisión, monitoreo, apoyo de rehabilitación.
- ✓ Atención domiciliaria: prestación de atención clínica de salud mental.
- ✓ De rehabilitación psicosocial.
- ✓ Emergencia.

IV. COMPONENTES ESTRATÉGICOS PARA LA ADECUACIÓN DE LOS HOSPITALES MONOVALENTES A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Algunos COMPONENTES estratégicos del proyecto de adecuación:

- 1) Compromiso Político: viabilidad y conducción.
- 2) Modelo de Atención.
- 3) Presupuesto.
- 4) Administración/Gestión de RRHH.

1) Compromiso Político

Al hablar de Compromiso Político, estamos hablando, fundamentalmente, de conducción y de viabilidad institucional. Estos son aspectos determinantes de la programación para que las propuestas no acaben una mera expresión de deseo.

Destacamos especialmente la voluntad política y administrativa así como de quienes ejercen cargos de conducción en el ámbito sanitario gubernamental y de otros sectores del estado, y de la unidad sanitaria funcional y administrativa de la cual dependa cada hospital en cuestión, con apoyos sectoriales y gremiales. Siendo de especial importancia el grado de adhesión de la persona a cargo de la institución a adecuar, es decir, el director/a del hospital.

El proceso desinstitucionalizador constituirá un componente fundamental en el Diseño global de la red asistencial, de rehabilitación y residencial que sustituirá parcial o totalmente al hospital psiquiátrico.

Es crucial tener en cuenta todos los actores involucrados: decisores políticos, financiadores, técnicos, población beneficiaria, que representan intereses diferentes ya que todos estos se verán afectados de una u otra forma por las acciones del proyecto que se pretende ejecutar.

Importante: El Estado Nacional y los Estados Provinciales como garantes de la Salud/ Salud Mental de la Población deberán liderar y conducir este Proceso de Adecuación.

El Proceso de Adecuación debe ser un proceso permanente y con la suficiente flexibilidad para ir modificando lo construido por los diferentes avances, tecnológicos, del conocimiento, demandas comunitarias, legislativas, de cada ámbito Jurisdiccional.

Debe quedar muy claro que debe desarrollarse este Proceso con una búsqueda permanente de consenso, activando los canales de participación más adecuados, que involucren a todos los actores que participan en esta instancia de Adecuación de los Hospitales Monovalentes a la Red de Salud Mental.

Todo **COMPROMISO POLÍTICO** implica el análisis de la **VIABILIDAD** política, social, técnica y de financiación.

✓ Viabilidad Política:

- Básicamente implica considerar la correlación de las fuerzas entre los actores y el compromiso político que se expresa en el apoyo u oposición a la propuesta. Por ello, la construcción de esta propuesta se verá dificultada en su concreción si no se realizan esfuerzos para construir una Red de Alianzas y Acuerdos y, lograr apoyos con actores significativos para esta propuesta.

- Para que la Viabilidad Política de la propuesta sea alta, todos los actores involucrados, desde las autoridades directivas con mayor responsabilidad hasta los propios actores hacia quienes se dirigen las acciones, deben estar convencidos de ésta para adherir a las mismas.

- Tales propuestas y cambios, claramente, no pueden surgir de una tarea de escritorio. Por el contrario, se deben construir a través de discusiones y búsquedas de alternativas y acuerdo con los actores involucrados en la temática que se intenta solucionar, como así también con todas las autoridades y actores locales involucrados.

Importante: Se sugiere la construcción de una Estrategia que procure su propia VIABILIDAD POLITICA, AVALADA POR UN PLAN/PROGRAMA O PROYECTO.

✓ Viabilidad Social:

- Nos referimos a Viabilidad Social en términos de lograr la adhesión general de los actores, siendo por ello necesario trabajar los mitos, costumbres, actitudes y expectativas de los actores que intervendrán en el desarrollo de estos PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS, disminuyendo las posibilidades (esperadas) de resistencia en el Proceso de Adecuación.

- Básicamente se podrá lograr esto, promoviendo la participación interdisciplinaria e intersectorial en todas sus formas posibles y, en todas las etapas de este proceso, bajo

diferentes formas, por ejemplo consultas, asesoramientos, cooperación técnica, Foros, Mesas de Gestión, que se constituirán en oportunidades para promover distintas formas de involucramiento directo o indirecto de todos los actores.

Importante: Debemos dejar en claro que la concreción final de un plan, programa o proyecto, no dependerá exclusivamente de la voluntad de los técnicos sino integralmente de todos los actores involucrados.

✓ **Vialidad Técnica:**

Está basada en la pertinencia y coherencia técnica de la propuesta, tomando en consideración:

- La identificación correcta del problema.
- Las líneas de acción adoptados.
- La idoneidad de los profesionales y técnicos responsables para llevar a cabo las actividades y/o acciones pertinentes.
- La infraestructura física, materiales, insumo, equipos y otros.
- Las características políticas, socioculturales y económicas del territorio donde se implementará la Adecuación (por ejemplo: La legislación vigente relacionada con el proyecto; el desarrollo de las sociedades civiles y su vínculo con el gobierno; la estructura administrativa del sector público Nacional y Provincial); los Recursos Humanos existentes y debidamente formados. El presupuesto asignado, costos y financiamiento. La Calidad de la Gestión de los Servicios de la Red de Salud Mental en su organización y funcionamiento. El cumplimiento de derechos y deberes de los actores intervinientes.

✓ **Viabilidad de financiación.**

- Tiene que ver con la previsión presupuestaria, relacionada con el grado de descentralización de la gestión administrativa de cada Jurisdicción, los fondos asignados por esa jurisdicción como así también de otros financiamientos (Públicos: Ministerios de Salud, de Desarrollo, de Trabajo de la Nación; Obras Sociales y Privados y/o de Organismos Internacionales).
- La viabilidad de financiación implica la posibilidad de que cada resultado del proyecto deje capacidad instalada lo que contribuirá a la sustentabilidad del mismo.

2) Modelo de Atención: algunos aspectos.

- El Modelo de Atención Comunitario se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo

de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de servicios comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos.

✓ **Intervenciones y abordajes múltiples:**

- **La integridad del enfoque** implica enfoques amplios de la problemática de Salud/ Salud Mental/Social y/u otras, lejos de abordajes específicos de forma parcializada o fragmentada. Si hablamos de Salud Mental, debemos entender la integralidad como la inclusión permanente de acciones de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación e inclusión, pensado a partir de los aportes que cada institución puede realizar al desempeño de la Red, sin importar en qué Nivel del Sistema de Salud se esté desarrollando este PLAN, PROGRAMA O PROYECTO.

- **Carácter participativo.** La gestión deberá pensar y entender las formas y metodologías, incluyendo protagónicamente a todos los actores, especialmente a los beneficiarios, en todas y cada una de las etapas en la medida que corresponda (léase: consejerías en salud mental con eje en usuarios y familiares.).

- **Carácter Asociativo.** Hacemos referencia a la articulación formal e informal para el logro de objetivos comunes entre áreas de los Gobiernos Locales (Interdisciplina e Intersectorialidad): Salud, Educación, Justicia, Desarrollo Social, etc., ONGs, Organizaciones Religiosas, Organizaciones de Pueblos Originarios, Inmigración interna y externa, Asociaciones y Colegios de Profesionales y/o Técnicos. El "Carácter Asociativo favorece ampliamente la formación de escenarios de gestión mixta, intersectorial e interdisciplinaria donde se va construyendo una cultura de lo político, lo público, lo privado y en general, lo social más transparente y democrático". (Poggiuese, 2000). El Carácter Asociativo está íntimamente vinculado a EL TRABAJO EN RED. Es una estrategia de Articulación e Intercambio entre Organizaciones y sus PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS y/o personas que deciden "asociar" sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

- **La Red** es definitivamente el resultado de esta estrategia y es una modalidad organizativa y de gestión de los sistemas y servicios de Salud que deciden esta vinculación. El concepto de "REDES" es muy próximo al de "gestión asociada" porque ambos conceptos se refieren al trabajo intersectorial y/o multisectoriales articulados, basados en discusiones, acuerdos, alianzas y/u otros. El trabajo en Red como estrategia, es necesaria y fundamental para promover el acercamiento de los niveles decisorios a donde se encuentra el Ciudadano – Usuario – Interesado siendo primordial para una gestión eficaz.

Importante: Pensar en **REDES**, es pensar en **REDES** para, **REDES** como medio, como forma de dar una mejor respuesta a los problemas de la gente de forma más integral, más integrada, menos excluyente, más articuladamente.

- Este es un tiempo de REDES para la Salud/Salud Mental, es tiempo de cambiar la lógica de las pirámides jerárquicas y burocratizadas de organizaciones ya obsoletas y CONCÉNTRICAS, las REDES, son conceptualmente MULTRICÉNTRICAS. Tienen múltiple nodos de articulación cada uno de estos con mayor densidad que otros, algunos principales y otros secundarios.
- El concepto de REDES es un concepto básicamente vincular que permite pensar la conexión de personas, grupos e instituciones.
- Se sostiene en los principios de solidaridad, reciprocidad y un mayor grado de horizontalidad en los intercambios.

✓ **Sustentabilidad o Institucionalización de las acciones.**

- La sustentabilidad comprende la posibilidad de la continuidad y el arraigo de los PLANES, PROGRAMAS O PROYECTOS, más allá del periodo de financiamiento (sea o no subsidiado).
- Es un resultado a alcanzar como producto de la Eficacia de las líneas de acción desplegadas, las articulaciones institucionales, la consolidación de formas organizativas, el impacto de la capacitación, en las concepciones y prácticas de los recursos humanos involucrados y, de la población beneficiaria, de las adhesiones logradas y fundamentalmente de la instalación de la temática en cuestión en la agenda política o publica en el espacio local.
- Para que la sustentabilidad sea posible, todo plan, programa o proyecto debe:
 - a) diseñar estrategias eficaces para lograr adhesiones y legitimidad;
 - b) incluir capacitaciones y apoyos que se orienten a dejar capacidades instaladas en los escenarios locales;
 - c) prever la diversificación de fuentes financieras;
 - d) influir en la orientación de las políticas mediante el proceso de Institucionalización del plan, programa o proyecto en cuestión, léase cuando los cambios incorporados en este proceso pasan a ser prácticas o modos regulares de actuación de los actores y áreas involucradas. Esto tiene clara connotación política que nos indica el grado de involucramiento de las autoridades gubernamentales con la planificación.

3) Presupuestos: costos y financiamientos.

- El Plan, Programa, Proyecto de Salud Mental Jurisdiccional deberá tener en cuenta cómo se financiarán los recursos para la adecuación de los Hospitales Monovalentes a la Red de servicios de Salud Mental.

- Generalmente hay una combinación de financiación estatal, provincial, nacional, municipal, obras sociales y otras.
- Aún en los casos, en que al pertenecer a organismos públicos, se cuente con actividades y presupuestos regulares que por lo general se repiten anualmente, actualizando valores monetarios, como ocurre en los sistemas de salud, se deberá programar y en especial presupuestar las acciones o actividades operativamente con los proyectos correspondientes, adecuando sus contenidos a las actuales demandas, necesidades y situaciones concretas como así también a las nuevas legislaciones vigentes.
- Se debe tener muy en claro que la adecuación, solidez, claridad, coherencia y pertinencia que se exprese en el/los proyecto/s que se presenten, favorecerá el apoyo político y financiero que se obtenga de las instancias decisorias, ya sean políticas, financieras o técnicas.
- En Salud Mental, las características de cada población, sus necesidades específicas y la intensidad y características particulares de los problemas deberán ser introducidas como criterios de asignación de los Recursos Humanos y Financieros.
- La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, recomienda revisar, desde la óptica de la Equidad, los modos actuales de Financiamiento, así como también la dinámica de esta asignación para cada Servicio, en los tres Niveles de Complejidad del Sistema, de modo de sostener un equilibrio en la organización y funcionamiento con calidad de la red de servicios de salud mental.
- El Presupuesto y el Financiamiento deben contemplar claramente los costos para la Promoción y Prevención y la Inclusión Social, además de los diferentes tipos de Atención.
- Para pensar en el presupuesto relacionado con la Adecuación de los Hospitales Monovalentes a la Red de Salud Mental y los Costos y Financiamiento que debemos adecuar, vale recordar que :
 - a) El presupuesto es la formalización de un Plan de Gobierno, de una Política Pública, determinada por la administración general u organismo de gobierno correspondiente. Es un Instrumento para la Planificación.
 - b) Desde el punto de vista microeconómico es muy importante como mecanismo clave para la asignación de recursos. Es un Proceso que comprende: Formulación. Sanción o Aprobación; Ejecución y Control. Permite traducir las Metas y Objetivos de las Políticas Públicas de un Gobierno en Planes/Programas/Proyectos.
 - c) El presupuesto son los costos estimados agrupados según rubros. Se debe calcular el costo de cada estrategia prioritaria y el costo total por año de implantación.
- Los Gastos de salud incluyen habitualmente:

✓ **1.- Inversiones de Capital**, llamadas **Costos Indirectos**.

El capital en bienes inmuebles incluye edificios, equipo y vehículos, electricidad, agua etc., que son habitualmente gastos discontinuos y no necesitan incluirse todos los años en el plan sobre salud mental.

La pérdida de productividad y de salario del paciente como resultado de la enfermedad, también son considerados como costos indirectos. No obstante, el capital en bienes inmuebles se deteriora con rapidez y es obligatorio planificar un gasto regular de este tipo.

✓ **2.- Gastos Regulares** llamados **Costos Directos** (Gastos en Servicios de Salud/Salud Mental).

Tales como los recursos humanos y el material fungible (Ej. medicamentos e investigaciones de laboratorio). Incluyen también cualquier gasto relacionado con los efectos adversos del tratamiento

- La Carga de Trabajo es otro término usado cuando hablamos de costos. Esto se refiere al número de personas que deben ser atendidas, en cualquier marco: comunidad, hospital y clínica, domicilio y/u otros dispositivos y la cantidad de atención requerida.

- El cálculo de COSTOS de los Servicios, ya sean estos hospitalarios o comunitarios. Se refiere al proceso de estimación del valor monetario de la prestación del Servicio X, a los pacientes, (pueden ser estimados por paciente, por día, por hora y/u otros según sea necesario). De esta forma se visibiliza mucho más la entrega del costo de los cuidados cualquiera sean: de enfermería, médicos etc., entonces podemos hablar que estos Costos, son una fuente de ingresos y ganancias en vez de una carga para las instituciones y la comunidad. Esto es conocido como Centro de Ingresos.

- Análisis de la Rentabilidad, costo-Eficacia, generalmente los que toman decisiones sobre las políticas, tratan de obtener el mayor valor por el Gasto de Salud /Salud Mental, de un País, Provincia Municipio, Institución, Organización etc. utilizando instrumentos analíticos (fórmulas matemáticas) para obtener los costos en comparación de los resultados.

- Es muy importante saber que no sólo se deben prever los fondos a solicitar a la instancia financiera, sino también lo de distintas fuentes, en especial los denominados Aportes Locales o de Contraparte. Estos pueden ser efectivos o en especies, y deberán valorizarse según criterios explícitos.

Ejemplos:

- Voluntariado profesional o no.
- Insumos aportados por los gobiernos locales o por donaciones de particulares y empresas (ladrillos, medicamentos, semillas, libros etc.).

- Acciones que otros Servicios de Salud brindaran a los beneficiarios del Plan / Programa / Proyecto, ya sean estos Nacionales, Provinciales o Municipales.

- Uso de Espacios y Locales, propios o alquilados o cedidos en comodato o préstamo para usar en actividades del Plan / Programa / Proyecto.

- Los Recursos Genuinos son aquellos aportes locales monetarios, provienen de diferentes fuentes tales como: cuotas de asociados, donaciones de dinero por parte de particulares, empresas o particulares, ingresos por venta de bienes y servicios arancelados por el propio Plan / Programa / Proyecto, por ferias, festivales etc.

- Las Fuentes de Financiamiento, si son varias, los informes de su ejecución deben permitir diferenciarlas claramente. Suele haber resistencia a detallar esto claramente pero, se debe tener en cuenta que esto ayuda a la transparencia organizacional y, ayuda a calcular con más exactitud los costos Reales.

4. Administración y gestión de RRHH

- El proceso de adecuación institucional requiere de la redistribución de la planta de profesionales y trabajadores del hospital monovalente hacia la red jurisdiccional, fortaleciendo los dispositivos y efectores existentes, y simultáneamente creando los nuevos que se consideren necesarios.

- La reasignación del recurso humano es un proceso gradual que debe realizarse de forma paralela a la transferencia de recursos materiales. Así como el plan de reducción de camas monovalentes tiene que acompañarse de apertura de servicios de salud mental con base comunitaria, la transferencia de los profesionales constituye un requisito para tener un proyecto de adecuación eficaz. Esto debe plantearse en etapas, con objetivos claros y cercanos para poder cumplir las metas en un plazo dado y así ingresar en la nueva etapa. Por ejemplo, en un primer momento es importante que la reasignación de puestos de trabajo se haga de modo progresivo y que cada profesional pueda hacerlo con cargas horarias distribuidas adecuadamente con actividad extramural creciente a través de todo el Proceso de Adecuación.

- Es necesario lograr un consenso con los profesionales de salud mental para el nuevo papel que les tocara desempeñar para la desconcentración de recursos. (la idea de que trabajar en atención primaria o en efectores de otros niveles de atención constituye un ámbito para no especialistas). Asimismo se buscará su participación en deliberaciones sobre políticas y programas de salud, para promover el nuevo sistema, obtener apoyo público, aconsejar a las autoridades y a los jefes de otros sectores y persuadir a los medios de información.

- Los profesionales tendrán entonces un espacio de capacitación mutua: no sólo se debe pensar en formar para la APS a quien no participó de dicha modalidad de abordaje, sino que se debe participar también a los profesionales del monovalente para que capaciten aportando contenidos, aprovechando sus conocimientos y habilidades profesionales.

- Asimismo, los profesionales del monovalente en proceso de adecuación seguirán teniendo un rol clínico de especialista de referencia, incluyendo la modalidad de rotar por los distintos equipos de salud mental menos especializados de la red jurisdiccional. Por lo tanto deberán realizar los seguimientos de los casos que ya atendían, y a la vez brindar una atención a los nuevos casos que se refieran desde efectores del primer nivel que ameriten una interconsulta. Participarán entonces de la coordinación de estrategias terapéuticas y a nivel de la red jurisdiccional ampliarán su participación en la supervisión y entrenamiento práctico de los profesionales no especializados.

- La participación de los profesionales del monovalente no será entonces sólo clínica sino que se estimulará a que aporten sobre políticas y programas de salud, aconsejando a nivel de gestión y a los representantes de otros sectores sociales, como por ejemplo los medios de comunicación.

- Resulta importante destacar que la formación tendrá la modalidad de capacitaciones en servicio, con el fin de fomentar el trabajo en equipo entre los distintos miembros de la red sanitaria.

V. HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN

LA PLANIFICACIÓN:

- La planificación se orienta hacia el deber ser (normativa), introduce la racionalidad (implica fundamentar, orientar y ordenar nuestro propio accionar) y previsión relativa al futuro. Planificar no es otra cosa que Pensar antes de Actuar para estar más seguros de alcanzar los resultados esperados y hacer transparentes las conductas y actos de Gestión y, rendir cuentas a los ciudadanos. La planificación puede ser:

A) PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA:

- “Es el Instrumento de Gobierno del que disponen las sociedades civilizadas para definir el Proyecto de Nación que quieren”.

- “Permite alimentar la interfase de negociación entre el nivel Político de formulación de Políticas y el organismo público que implementará las mismas para lograr eficacia y eficiencia de las mismas”, (Sánchez Alvavera, 2003).

- Tiene que ver con los grandes objetivos Nacionales de mediano y largo plazo. Esos varían en función de las transformaciones sociales, económicas y tecnológicas y de la configuración de los poderes públicos, sus interrelaciones y la interacción con los ciudadanos y sus organizaciones.

- Implica análisis situacional y reconocer la existencia de otros actores que actúen como obstaculizadores o favorecedores con los que hay que negociar y hacer alianzas.

- Es anticipatoria ya que los actores ya no pueden ser meros observadores ni receptores pasivos de los efectos cruzados de las acciones de otros actores.

- Es una herramienta, que permite a las organizaciones alcanzar la visión de éxito gracias a la aplicación sistemática de definición de acciones en el marco de un consenso sobre la participación, el compromiso y la priorización de las mismas, en el proceso de gestión estratégica.

- Es un proceso continuo y dinámico que requiere un esfuerzo constante y sistemático para obtener información, elaborar alternativas y establecer prioridades de acción para alcanzar los objetivos.

- Un plan estratégico participativo, debe traducirse en programas y/o proyectos, con su correlato presupuestario.

- Una Planificación Estratégica Participativo es el “Plan Nacional de Salud Mental” actual, como así también el “Plan Federal de Salud” de Argentina.

B) Planificación por proyectos: (Marco lógico herramienta analítica metodológica recomendada en el Plan Federal de Salud para la planificación y gestión de proyectos orientada por objetivos):

- Está orientada a objetivos fijados a través de la identificación de problemas y oportunidades. Es una de las formas de resolver problemas específicos de forma participativa.

- Es un proceso para lograr el cambio cualitativo o cuantitativo de una situación, está orientado según el grupo meta.

- Es un conjunto planificado de actividades tendientes a resolver con éxito una problemática o una demanda planteada.

- Está centrado en el impacto o cambio sea en los objetivos y no en las actividades que vamos a desarrollar.

- Nos permite definir indicadores para medir los efectos o impacto.

- Facilita la comunicación entre las partes involucradas para la construcción de la Red de Servicios de Salud Mental.

PLAN

- Se plasma en un documento marco. Un plan comprende un conjunto de programas y/o proyectos.

- Las diferencias con planes / programas / proyectos aluden a distintos niveles de complejidad y gestión.

- Es un documento técnico/político rector de la intervención estatal social y privada que viabilizan las políticas de Gobierno en Salud/Salud Mental.

- PLAN es el término de carácter más global por su carácter general. siendo el eje rector del cual se originan y enmarcan los programas y proyectos.

- Se lo define también como el conjunto de decisiones explícitas y coherentes para asignar recursos a propósitos determinados.

- Tiene por finalidad trazar el curso deseable y probable del desarrollo nacional o de un sector en nuestro caso el sector de la Salud/Salud Mental, nos permite crear un futuro, adelantarnos a los hechos.

PROGRAMA

- Es un proceso continuo que permite prever y determinar acciones a seguir para modificar una situación actual y arribar a una situación deseable en el futuro.

- Es una herramienta muy importante para introducir mayor racionalidad a la gestión social, por cuanto implica fundamentar, orientar y ordenar nuestro propio accionar.

- Permite identificación de problemas (Diagnóstico de la Situación Inicial), poner en claro Propósitos y Objetivos y Actividades y tomar en cuenta lo efectivamente posible en cada situación (pragmática).

- Es un conjunto coordinado y ordenado de propuestas que persiguen los mismos objetivos y tienden a la atención de problemas específicos relacionados con algunos de los aspectos señalados en el PLAN.

- Comprende a un conjunto de PROYECTOS, todos orientados hacia un objetivo mayor, a ser alcanzado.

- Presenta un mayor grado de detalle en la formulación de las actividades y los recursos, y de este modo se facilita la acción.

PROYECTO

- Es un instrumento de cambio que se inserta en procesos preexistentes y en contextos más amplios.

- Brinda un marco compartido para la acción y que unifica lo más posible los diversos criterios y visiones nacidos de las instancias interdisciplinaria e intersectorial.

- Facilita la gestión ante las instancias políticas y/o financieras cuyos apoyos condicionarán la concreción del Proyecto.

- Contribuye a la transparencia de la gestión ya que la información circulará más allá del o los equipos involucrados, a los destinatarios y a todos aquellos que están interesados por los resultados del Proyecto.

ADEMÁS UN PROYECTO:

- Es una intervención planificada con tiempo y recursos acotados.
- Es un conjunto de actividades independientes, orientadas hacia un objetivo específico con una duración determinada.
- Debe tener indefectiblemente carácter anticipatorio y preventivo no solamente actuar sobre las consecuencias manifiestas.
- Todo Proyecto tiende a resolver o contribuir a resolver algún problema socialmente significativo.
- Al describir un problema se debe tener en cuenta que no es la ausencia de una solución sino un estado negativo que se debe transformar en objetivo enunciados y positivos, medibles e indicar claramente la relación medio-fin.
- Es necesario caracterizar las variables socioculturales, económicas, de Salud/Salud Mental y/u otras que resulten importantes para la instancia del diagnóstico del Proyecto.
- Los problemas se deben identificar, jerarquizar, analizar y visualizar, en un diagrama, las relaciones causa /efecto. Hay que poder identificar claramente el problema focal, y tener en cuenta los antecedentes del problema.
- Los objetivos deben implicar resultados observables y posibles de evaluar (medibles).
- Son las futuras soluciones de los problemas y, siempre deben poder identificarse las relaciones medio (actividades) / fin (objetivos).
- Los objetivos deberán poder ser cuantificados a través de las metas.
- Metas de cobertura: es decir el cociente entre los beneficiarios directos y la población objetivo, esto es lo que se propone alcanzar el Proyecto en sus acciones o actividades.
 - Metas beneficiarios: se debe tener en cuenta que, por lo general, no se llega a cubrir toda la población objetivo, por lo que es aconsejable hacer cortes en función de los recursos disponibles y establecer prioridades con base en el criterio de daños riesgos o grado de vulnerabilidad de la población escogida o sea el grupo donde la prevalencia del problema es mayor.
- Beneficiarios Directos son aquellos a quienes se dirigen las actividades programadas en el Proyecto, y beneficiarios Indirectos son los que se beneficiarán porque repercutirá en ellos la mejora de los beneficiarios directos.
- Las actividades / acciones: una vez detallados los objetivos, las metas y la cobertura, se puede detallar las actividades y/o acciones que se llevarán a cabo para alcanzar esos logros.

- Producto son los resultados que pueden ser alcanzados por un proyecto como consecuencia de sus actividades.
- Por cada producto habrá una o más actividades.
- Las actividades que no están destinadas a generar uno de los producto no deberán aparecer en el listado de estas (ejemplo, las tareas administrativas).
- Cada actividad deberá ser numerada de acuerdo a su producto (objetivo) deseable, es necesario que estén muy bien detalladas por cada objetivo. Esto que es tan meticuloso, nos va a permitir identificar con más facilidad los insumos y los recursos necesarios para llevarlas a cabo adecuadamente.
- En algunos casos, como en el nuestro, en los de Salud/Salud Mental estas actividades pueden estar normatizadas.
- La desagregación nos debe permitir la identificación de los recursos necesarios para la adjudicación de los costos por actividad. Esta nunca debe ser una lista interminable que dificulte la lectura de la autoridad competente y decisoria para su aprobación y/o financiamiento.
- Los insumos son bienes y servicios para llevar a cabo las actividades, son la materia prima de un Proyecto.
- Los factores externos son eventos, dediciones y/o condiciones que son necesarias para el éxito de un Proyecto, pero están en gran medida o totalmente más allá del control de la Gerencia del Proyecto. Es necesario identificarlos lo más temprano posible para determinar y evitar los riesgos. Cuando hay que rediseñar un Proyecto, estos factores externos se llaman asesinos.
- Los indicadores son los que especifican el desempeño estándar a ser alcanzado para lograr el propósito y los objetivos y los productos.
- Los medios de Verificación para medir los INDICADORES deben elegirse por su relevancia, accesibilidad, costo y confiabilidad, ser económicos y no deben consumir mucho tiempo.
- Cuando se habla de IMPACTO se habla de los cambios positivos o negativos que se produjeron, directos o indirectos como resultado de un Programa o Proyecto.

IMPORTANTE



6.- La evaluación de planes, programas y proyectos.

- Es una combinación de control, guía y aprendizaje, basados en una opinión de valor dada por colaboradores externos.
- Permite determinar la relevancia y logro de los objetivos, la eficiencia, efectividad, impacto, relevancia y sustentabilidad del desarrollo. Debe proveernos de información útil confiable y oportuna.
- El equipo de evaluación debe evaluar el impacto, y la relevancia del Proyecto en relación con sus objetivos y grupo meta y otras partes afectadas en relación a los insumos.
- No es un fin en sí mismo, el valor de esta reside en la transmisión de los resultados a la gerencia, a fin de ser usados para mejorar la calidad de las prestaciones. Brinda también herramientas para las decisiones Políticas a funcionarios gubernamentales para la continuación de un Plan, Programa o Proyecto o las formulaciones futuras.
- Permite documentar los resultados para las autoridades competentes y para el público en general.
- Se lleva a cabo casi al final del Plan Programa o Proyecto (Ex post) o después que éstos se hayan completado, sin embargo se pueden realizar evaluaciones en una etapa más temprana, por ejemplo al final de la fase de implementación, estas ayudan al gerenciamiento, al aprendizaje y al control. La evaluación final pone el énfasis en los resultados.
- En la evaluación final el foco está puesto en la Eficacia o en la Efectividad global, es decir en su capacidad de alcanzar sus objetivos en término, de las soluciones a los problemas planteados, o el mejoramiento de la situación del grupo humano al que van dirigidos.
- Se puede evaluar:
 - El Proceso durante la implementación del proyecto.
 - Las Metas, en base a la existencia de los indicadores de gestión para valorar objetivos y metas. Se suelen hacer encuestas de satisfacción del receptor de los bienes o usuarios de los servicios. También se Evalúa la veracidad a través de registros, flujos e informes.

GLOSARIO

Calidad de la Atención

EQUIDAD: distribuir servicios de acuerdo a las necesidades objetivas o percibidas de la población. Garantía de accesibilidad.

EFICACIA: capacidad de producir el efecto deseado. Cobertura e Impacto.

EFFECTIVIDAD: grado en el cual las mejoras posibles son obtenidas en los hechos: Impacto actual/Impacto potencial. Calidad de Proceso. Relación con los resultados.

EFICIENCIA: capacidad de disminuir los costos sin disminuir las mejoras: Producción / Rendimiento / Costos. Producción / Rendimiento/costos.

Modelo comunitario de atención:

Se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio-sanitarias con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutos del modelo asilar, la coordinación con recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social, y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los Derechos Humanos.

Red de servicios con base en la comunidad:

Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social. De acuerdo a lo señalado en el Artículo 11 del Decreto reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional N° 26.657, “debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social”.

BIBLIOGRAFÍA:

- Olga, Nirenverg; Josette, Brawerman; Violeta, Ruiz, "Programación y Evaluación de Proyectos Sociales, Aportes para la Racionalidad y la Transparencia", Editorial Paidós. Año 2002.
- Olga, Nirenverg; Josette, Brawerman, "Programación Evaluación de Proyectos Sociales", Editorial Paidós. Año 2002.
- Mario R., Rovere; "Redes de Salud: los Grupos, Las Instituciones, La Comunidad", .Año 2009.
- Compilador: Mario Krieger, "Estado, Políticas y Gestión Pública, en Tiempos del Bicentenario", Fundación UNION, Cámara argentina del Libro. Año 2009.
- Mario R., Rovere; "Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud", OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96. Año 1993.
- Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Organización Panamericana de la Salud Washington, DC: OPS, © 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 601) Editores JM Caldas de Almeida y Francisco Torres González.
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/714/9275316015.pdf?sequence=1>
- Plan Nacional de Salud Mental - Resolución 2177/2013

SISTEMATIZADORES

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Lic. María Matilde Massa.

Equipo Redes de Servicios.

Lic. María Inés Torres.

Lic. Daniela Moreno.

Dr. Julian Zapatel.

Dra. Analía Pena.

Equipo de Capacitación y Contenido.

Lic. Martin De Lellis.

Lic. Lucia Pomares.

Equipo de Comunicación Social.

Lic. Andrea Demasi.

Lic. Jorge Daniel Barros.



JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES



Informe

2014



NACIONES UNIDAS

PROHIBICIÓN

Respétese la siguiente prohibición:
No publicar ni difundir el presente documento antes de
las 12.00 horas (CET) del martes 3 de marzo de 2015

ATENCIÓN

Informes publicados en 2014 por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

El *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014* (E/INCB/2014/1) se complementa con los siguientes informes:

Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2015 — Estadísticas de 2013 (E/INCB/2014/2)

Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2013 — 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/2014/3)

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 2014 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/2014/4)

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



JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES

Informe

de la Junta Internacional
de Fiscalización de Estupefacientes
correspondiente a 2014



NACIONES UNIDAS
Nueva York, 2015

E/INCB/2014/1

PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Núm. de venta S.15.XI.1

ISBN: 978-92-1-348159-2

eISBN: 978-92-1-057167-8

ISSN 0257-3733

© Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, enero de 2015. Reservados todos los derechos en todo el mundo.

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

Prefacio

Frente al problema mundial de las drogas, los destinos de todos los países están entrelazados. Desde hace más de un siglo la comunidad internacional reconoce que este problema no puede resolverse eficazmente si no es de forma colectiva. Los tratados de las Naciones Unidas en materia de fiscalización de drogas fueron elaborados de forma concertada por la comunidad de naciones. Son fruto de debates y concesiones mutuas y reflejan un amplio consenso entre los Estados, evidente hoy en día por el hecho de que casi todos los países del mundo son partes en ellos.

Los tratados de fiscalización internacional de drogas suelen ser calificados por sus detractores como instrumentos de prohibición y castigo, pero basta una lectura somera de estos importantes documentos para comprender que esa interpretación es errónea. Como se refleja en el preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes¹, el objetivo del marco jurídico de las Naciones Unidas en materia de drogas es salvaguardar la salud y el bienestar de la humanidad. En aras de ese importante objetivo, los tratados regulan el comercio lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y están concebidos para asegurar que esas sustancias estén disponibles para su uso en el tratamiento médico de quienes las necesiten, independientemente de dónde vivan esas personas. En los tratados se encarece a los Estados a que adopten medidas para fomentar la prevención del uso indebido de drogas y el tratamiento y la reinserción social de los drogodependientes, incluso como alternativas a la acción punitiva. Los tratados también proporcionan un marco para la extradición, la asistencia judicial recíproca y la cooperación entre los Estados para luchar contra la lacra del tráfico de drogas y la violencia y el sufrimiento que conlleva.

Al igual que los demás tratados internacionales, los tratados de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas establecen un conjunto de normas jurídicas vinculantes y otorgan a los Estados el mandato de adoptar medidas jurídicas, administrativas y de política para el cumplimiento de sus correspondientes obligaciones. Si bien los Estados tienen la prerrogativa de elegir qué medidas adoptar, estas deben respetar los límites que la comunidad internacional se ha fijado dentro del ordenamiento jurídico internacional. Uno de los principios fundamentales sobre el que se basa el marco de fiscalización internacional de drogas, principio consagrado tanto en la Convención de 1961 como en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971², es el de la limitación del uso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas a los fines médicos y científicos. Esta obligación jurídica es absoluta y no deja margen para la interpretación.

Por otra parte, como ha reiterado a menudo la Junta, las medidas de fiscalización de drogas no existen en el vacío; al aplicar estas medidas, los Estados deben cumplir con sus obligaciones internacionales en lo que respecta a los derechos humanos. La Junta observa con esperanza los progresos realizados por los miembros de la comunidad internacional en la adopción de medidas de fiscalización de drogas compatibles con las normas de derechos humanos reconocidas a nivel internacional, si bien señala que aún queda mucho por hacer. Esto incluye, por ejemplo, la labor que ha de seguirse con miras a la plena aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño³, cuyos Estados partes acordaron adoptar todas las medidas apropiadas para proteger a los niños contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas e impedir que se utilizara a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias. Si bien el establecimiento de sanciones específicas por delitos relacionados con drogas sigue siendo prerrogativa de los Estados, la Junta vuelve a alentar a los que mantienen y siguen aplicando la pena de muerte con respecto a delitos relacionados con drogas a que consideren la posibilidad de abolir la pena de muerte para esos delitos.

¹Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, núm. 7515.

²Ibíd., vol. 1019, núm. 14956.

³Ibíd., vol. 1577, núm. 27531.

Desde hace años la Junta viene destacando constantemente la necesidad de adoptar un enfoque amplio, integral y equilibrado de la aplicación de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas a fin de responder de forma concertada al problema mundial de las drogas. De cara al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016, vale la pena volver a reflexionar sobre este principio, que es el tema del capítulo I del presente informe.

Un elemento importante de la adopción de medidas equilibradas y proporcionadas consiste en asegurar la disponibilidad de drogas para fines médicos y científicos. La Junta, actuando conforme a su mandato de evaluar el uso lícito de las drogas sometidas a fiscalización internacional, fue de los primeros órganos internacionales en señalar las grandes discrepancias existentes entre las diversas regiones en cuanto a la disponibilidad de drogas para esos fines. Durante las dos últimas décadas, la Junta ha prestado particular atención a este problema y ha instado a los gobiernos a que adopten medidas para solucionarlo. No obstante, aún hoy, pese a los progresos realizados en algunas regiones, lo cierto es que aproximadamente las tres cuartas partes de la población mundial no tienen acceso suficiente a medicamentos que contengan estupefacientes y sustancias sicotrópicas, o carecen totalmente de acceso a dichos medicamentos, lo que se traduce en dolor y sufrimiento innecesarios.

La Junta no puede actuar sola frente a este problema, y aprecia especialmente la infatigable labor que desempeñan las organizaciones de la sociedad civil, que han contribuido a mejorar el acceso de los pacientes a esas drogas para fines médicos en algunos países. Los gobiernos deben esforzarse por lograr un sistema nacional e internacional de gestión de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas que funcione correctamente y proporcione alivio del dolor y el sufrimiento, asegurando el suministro seguro de medicamentos asequibles a los pacientes que los necesiten y, al mismo tiempo, evitando la prescripción excesiva y el desvío de drogas para su uso indebido.

A fin de lograr un enfoque equilibrado, también es preciso que se incorporen intervenciones para la reducción de la demanda en las estrategias y planes de acción de los gobiernos. El agotamiento de la oferta y la reducción de la demanda de drogas producen efectos que se refuerzan mutuamente. Entre las principales prioridades de los gobiernos debería figurar un conjunto amplio de medidas de reducción de la demanda, incluidas estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria. Sin una reducción de la demanda, no podrá lograrse una reducción efectiva de la oferta a largo plazo.

En algunos países se dan factores socioeconómicos que pueden contribuir al fenómeno de las drogas ilícitas. Esos factores deben tenerse en cuenta como elementos pertinentes de un enfoque amplio, integral y equilibrado. El cultivo ilícito para la producción de drogas suele estar vinculado con factores socioeconómicos como la inexistencia de medios de vida alternativos, la falta de acceso a servicios de salud y educación, la privación de derechos y la precariedad de la gobernanza. Por consiguiente, la reducción y eliminación de los cultivos ilícitos también deben abordarse en el contexto más amplio del desarrollo sostenible.

En el último año se han producido varias crisis humanitarias debidas a desastres naturales y conflictos armados, que han generado una necesidad repentina y grave de medicamentos, entre cuyos componentes figuran sustancias sometidas a fiscalización internacional. La Junta vuelve a señalar esta dramática situación y reitera la obligación que, en virtud del derecho internacional humanitario, tienen las partes en conflictos armados de no impedir la prestación de atención médica a la población civil de los territorios que se encuentren bajo su control efectivo ni el acceso de esa población a los medicamentos que necesiten, y recuerda a los gobiernos los procedimientos simplificados establecidos para ese fin con la Organización Mundial de la Salud.

De cara al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016, la comunidad internacional debería comprometerse a

entablar un diálogo internacional constructivo que sea franco, inclusivo y amplio y esté orientado al futuro. Ese diálogo debería ser equilibrado, basándose en el reconocimiento de los importantes logros obtenidos pero también de los aspectos en que se debe mejorar. La Junta contribuirá a este esfuerzo mediante su labor de supervisión de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

Ante el problema mundial de las drogas, todos los países se enfrentan a dificultades compartidas y tienen el propósito común de promover la salud y el bienestar de sus pueblos y, juntos, de la humanidad. Para este fin, la comunidad internacional seguirá contando con los tratados de fiscalización internacional de drogas, instrumentos internacionales que han resistido el paso del tiempo y continúan siendo pertinentes para afrontar los problemas que puedan surgir en el futuro. Solo se necesita que todos los Estados sigan comprometidos a actuar de forma concertada para aplicar eficazmente esos instrumentos.



Lochan Naidoo
Presidente

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

Índice

Página

Prefacio	iii
Notas explicativas	viii

Capítulo

I. Aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas	1
A. Principio y objetivos	2
B. Orígenes y desarrollo	2
C. Elementos de un enfoque amplio, integral y equilibrado	3
D. El respeto de las normas de derechos humanos como elemento esencial de un enfoque amplio, integral y equilibrado	9
II. Funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas	13
A. Promoción de la aplicación sistemática de los tratados de fiscalización internacional de drogas ..	13
B. Medidas para garantizar la aplicación de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas	14
C. Cooperación de los gobiernos con la Junta	23
D. Evaluación del cumplimiento general de los tratados	27
E. Medidas adoptadas por la Junta para garantizar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas	37
F. Temas especiales	39
III. Análisis de la situación mundial	49
A. África	50
B. América	55
Centroamérica y el Caribe	55
América del Norte	60
América del Sur	69
C. Asia	76
Asia oriental y sudoriental	76
Asia meridional	81
Asia occidental	86
D. Europa	94
E. Oceanía	105
IV. Recomendaciones dirigidas a los gobiernos, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y regionales competentes	111

Anexos

I. Agrupaciones regionales y subregionales utilizadas en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014	115
II. Composición actual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	119

Notas explicativas

Los datos comunicados después del 1 de noviembre de 2014 no se pudieron tener en cuenta al preparar este informe.

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

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

Salvo indicación en contrario, las menciones relativas a dólares se refieren a dólares de los Estados Unidos.

3,4-MDP-2-P	3,4-metilendioxfenil-2-propanona
4-MEC	4-metilecatinona
5-MeO-DALT	<i>N,N</i> -dialil-5-metoxitriptamina
AIRCOP	Proyecto de Comunicación Aeroportuaria
<i>alfa</i> -PVP	<i>alfa</i> -pirrolidinopentiofenona
AMT	<i>alfa</i> -metiltriptamina
APAAN	<i>alfa</i> -fenilacetoacetónitrilo
ASEAN	Asociación de Naciones de Asia Sudoriental
BZP	<i>N</i> -bencilpiperazina
CARICOM	Comunidad del Caribe
CCG	Consejo de Cooperación de los Estados Árabes del Golfo
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CEDEAO	Comunidad Económica de los Estados de África Occidental
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
Europol	Oficina Europea de Policía
g	gramo
GHB	ácido <i>gamma</i> -hidroxibutírico
ha	hectárea
I2ES	Sistema Internacional de Importaciones y Exportaciones
INTERPOL	Organización Internacional de Policía Criminal
ISAF	Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
kg	kilogramo
LSD	dietilamida del ácido lisérgico
MDMA	metilendioximetanfetamina
MDPV	metilendioxiptirovalerona
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMA	Organización Mundial de Aduanas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEN Online	sistema electrónico de intercambio de notificaciones previas a la exportación
PICS	Sistema de Comunicación de Incidentes relacionados con Precursores
S-DDD	dosis diarias definidas con fines estadísticos
t	tonelada
TDAA	trastorno de déficit de atención con hiperactividad
TFMPP	1-(3-trifluorometilfenil)piperazina
THC	tetrahidrocannabinol
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Capítulo I.

Aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas

1. El problema mundial de las drogas, debido a su naturaleza multifacética y dinámica, es uno de los desafíos más complejos a que se enfrenta el mundo contemporáneo. Afecta directa o indirectamente a todos y representa una grave amenaza para la salud, tanto como resultado del cultivo, la producción, la fabricación, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, como a consecuencia del uso indebido de medicamentos de venta con receta. El problema mundial de las drogas afecta a la dignidad, la seguridad y el bienestar de toda la humanidad, en particular de los niños y jóvenes, las familias y las comunidades. El fenómeno de las drogas tiene un efecto perjudicial sobre la cohesión social, la atención sanitaria, el medio ambiente, la seguridad nacional, la estabilidad regional e internacional, la paz internacional y la soberanía de los Estados. Socava el respeto a los derechos humanos y el estado de derecho, la estabilidad socioeconómica y política, las instituciones democráticas y el desarrollo sostenible. Al mismo tiempo, el propio problema mundial de las drogas es resultado de la debilidad del estado de derecho, la inestabilidad socioeconómica y política, la pobreza, la marginación y la corrupción de las instituciones políticas, jurídicas y económicas. El hecho de que el problema mundial de las drogas pueda ser al mismo tiempo motivo y resultado de condiciones económicas, sociales y políticas difíciles es lo que hace que sea tan complicado buscarle solución. La rápida proliferación y la extensión del uso de nuevas sustancias psicoactivas ilustran la naturaleza dinámica del problema de las drogas.

2. Desde la década de 1990, en todas las declaraciones, planes de acción y resoluciones que se han aprobado bajo los auspicios de las Naciones Unidas con miras a hacer frente al problema mundial de las drogas en general se han indicado los siguientes requisitos indispensables para

obtener resultados favorables en la lucha contra el fenómeno de las drogas: el pleno cumplimiento y la aplicación universal de las disposiciones de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, y la aplicación de dos principios fundamentales, a saber, la responsabilidad común y compartida de hacer frente al problema mundial de las drogas, y un enfoque amplio, integral y equilibrado para tratar ese problema. Ninguno de esos elementos representa una incitación a librar una “guerra” indefinida contra las drogas, ni impone un régimen puramente prohibicionista, ni admite la represión de los derechos humanos. Los tratados de fiscalización internacional de drogas, cuyo fin último es garantizar la salud y el bienestar de la humanidad, son la respuesta concertada de la comunidad internacional ante el problema mundial de las drogas y constituyen el marco jurídico fundamental de la fiscalización de drogas. El principio de la responsabilidad común y compartida establece un marco para la cooperación entre los Estados partes sobre la base de una comprensión común del problema de las drogas, una meta común y la necesidad de medidas comunes y coordinadas. El principio de un enfoque amplio, integral y equilibrado proporciona la orientación y visión estratégicas para alcanzar el objetivo mutuamente convenido, tomando en consideración todos los aspectos mutuamente interdependientes del problema mundial de las drogas y dándoles la importancia que les corresponde.

3. Los preparativos del período extraordinario de sesiones que la Asamblea General celebrará en 2016 para tratar el problema mundial de las drogas sirven a la comunidad internacional de oportunidad para evaluar los progresos realizados en la aplicación de la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009 sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las

Drogas⁴, analizar los logros, deficiencias y dificultades en la lucha contra el problema mundial de las drogas y establecer prioridades para la acción futura. Ese proceso se basa en los resultados del examen de alto nivel realizado en 2014 por la Comisión de Estupefacientes de la aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009. El proceso preparatorio y el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General que se celebrará en 2016 representan buenas oportunidades para examinar las mejores prácticas e intercambiar opiniones sobre los modelos y métodos para analizar diversos aspectos del problema mundial de las drogas.

4. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha señalado, y sigue señalando, en sus comunicaciones e informes anuales varias lagunas y problemas en la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La Junta también ha puesto de relieve el carácter central de los dos principios fundamentales mencionados más arriba en el párrafo 2. En su informe anual correspondiente a 2012, la Junta abordó el principio de la responsabilidad compartida en la fiscalización internacional de drogas. La necesidad de adoptar un enfoque amplio, integral y equilibrado respecto del problema mundial de las drogas ha sido un tema que la Junta ha resaltado constantemente en sus actividades, comunicaciones e informes anuales, en relación con diversos aspectos del problema de las drogas que constituyen los elementos de ese enfoque (por ejemplo, la cohesión social, la desintegración social y las drogas ilícitas y la necesidad de aplicar un enfoque multidisciplinario a esas cuestiones)⁵, o como tema principal de su informe anual, como hizo en 2004. A la luz del próximo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, la Junta considera que volver a analizar el principio de un enfoque equilibrado, integral y amplio es sumamente pertinente en el contexto actual, en que las distintas dimensiones del problema mundial de las drogas tienen efectos diferentes según el país de que se trate, hasta el punto de que el problema no solo se percibe de diversas maneras, sino que puede repercutir de forma distinta en cada país.

A. Principio y objetivos

5. El principio de un enfoque amplio, integral y equilibrado del problema mundial de las drogas es de carácter

⁴Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, Suplemento núm. 8 (E/2009/28)*, cap. I, secc. C.

⁵*Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2011*, cap. I.

estratégico. Exige a los Estados Miembros que garanticen la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización para fines médicos y científicos. Los Estados Miembros deberían hacer el mismo hincapié en las estrategias de reducción de la oferta que en las de reducción de la demanda, así como en cuestiones relacionadas con la formulación de una respuesta conjunta al problema mundial de las drogas mediante la cooperación internacional de forma integrada y con reforzamiento mutuo, al mismo tiempo que se toman en consideración y se abordan todos sus aspectos de forma amplia. La observación y plena aplicación de ese principio potenciará la capacidad de los Estados Miembros de responder en forma coherente y eficiente ante las dificultades actuales, y las que surjan en el futuro, y de formular políticas y programas en los que se tenga en cuenta el fenómeno en todas sus formas y manifestaciones.

6. La aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas no constituye un fin en sí mismo, sino un medio para lograr un fin. El objetivo último de tal enfoque ha de ser cumplir el propósito general de los tratados de fiscalización de drogas, que consiste en garantizar la salud mental y física y el bienestar de la humanidad. Un elemento clave en ese sentido, que ha sido objeto de acuerdo político y se ha plasmado en el derecho internacional, consiste en limitar exclusivamente a fines médicos y científicos la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y, al mismo tiempo, prevenir y reducir en forma significativa y mensurable, o eliminar, la producción, el tráfico y el consumo ilícitos de esas sustancias.

7. La aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado exige el pleno compromiso de los Estados Miembros de que cumplirán de buena fe lo estipulado en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, así como la disposición y capacidad de los gobiernos para adoptar medidas prácticas a todos los niveles y asignar recursos suficientes a todos los elementos que correspondan, incluso en un contexto de restricciones económicas y financieras.

B. Orígenes y desarrollo

8. El principio de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas fue tomando forma con el paso del tiempo. Los primeros tratados de fiscalización de drogas anteriores a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes⁶ se

⁶Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, núm. 7515.

centraban principalmente en la dimensión del problema relacionada con la oferta. La versión enmendada del artículo 38 contenida en el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes⁷ reflejaba la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinario en relación con el problema de los estupefacientes. En el artículo 38 se estipula que los Estados están obligados jurídicamente a adoptar todas las medidas posibles para la prevención del uso indebido de estupefacientes y la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas. En la misma disposición se destaca la importancia de fomentar la formación de personal y las campañas de sensibilización. En los Comentarios al Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes se explica que el artículo 38 refleja la aceptación general de la opinión de que un sistema de controles administrativos y de sanciones penales para impedir a las víctimas efectivas o posibles el acceso a los estupefacientes no es suficiente y no debe ser el sujeto exclusivo de la cooperación internacional. En el artículo 38 se indica que la drogodependencia es un problema complejo y que el tratamiento, el postratamiento, la rehabilitación y la readaptación social representan las cuatro fases de medidas correctivas que se considera en general que son necesarias a fin de restablecer el bienestar y la utilidad social de las personas afectadas por la drogodependencia⁸. El artículo 20 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971⁹ refleja el mismo enfoque en relación con las sustancias sicotrópicas¹⁰.

9. La formulación explícita y el desarrollo de ese enfoque pueden encontrarse en la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones¹¹, en 1998; la Declaración sobre los Principios Rectores de la Reducción de la Demanda de Drogas¹², y otros documentos aprobados en ese período de sesiones, y en la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009, así como en diversas resoluciones de la Asamblea General, del Consejo Económico y Social y

de la Comisión de Estupefacientes y en las declaraciones ministeriales aprobadas en las sesiones de examen de mitad de período. La Declaración Política de 1998 elevó la cuestión de la aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado y la convirtió en un principio fundamental en la lucha contra el problema mundial de las drogas. Dicho principio siguió siendo un elemento esencial en la estrategia adoptada en la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009. Su carácter central fue reiterado 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 Acción¹³.

C. Elementos de un enfoque amplio, integral y equilibrado

Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para utilizarlas con fines médicos y científicos

10. El resultado de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas ha de ser no solo prevenir (o al menos reducir considerablemente) la producción, el tráfico y el consumo ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, sino también facilitar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización para utilizarlas con fines médicos y científicos. Si se aplica de la manera adecuada, ese enfoque debe contribuir al logro de un equilibrio óptimo entre las medidas restrictivas y de facilitación a fin de garantizar la salud y el bienestar de la humanidad y aliviar el sufrimiento humano.

11. Garantizar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para su utilización con fines médicos y científicos es un objetivo fundamental del sistema de fiscalización de drogas y una obligación asumida por los Estados partes en el marco de los tratados de fiscalización internacional de drogas. En la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 y en el Convenio de 1971 se destaca que la utilización de estupefacientes y de sustancias sicotrópicas con fines médicos es indispensable para aliviar el dolor y el sufrimiento y que han de adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional con fines médicos y científicos. En el artículo 9 de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 se estipula

⁷Ibid., vol. 976, núm. 14152.

⁸Comentarios al Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (E/CN.7/588), comentario sobre el artículo 38.

⁹Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1019, núm. 14956.

¹⁰En la versión enmendada del artículo 38 se incorporó, con pequeños cambios de redacción y *mutatis mutandis*, el texto del artículo 20 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

¹¹Resolución S-20/2 de la Asamblea General, anexo.

¹²Resolución S-20/3 de la Asamblea General, anexo. En la Declaración, la Asamblea destacó que “la forma más eficaz de abordar el problema de la droga radica en la adopción de un enfoque global, equilibrado y coordinado, que abarque el control de la oferta y la reducción de la demanda de modo que se refuercen mutuamente, junto con la aplicación adecuada del principio de la responsabilidad compartida”.

¹³Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2014, Suplemento núm. 8 (E/2014/28)*, cap. I, secc. C.

expresamente que los Estados partes son responsables de asegurar la disponibilidad de estupefacientes con fines lícitos y se confiere a la Junta el mandato de supervisar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización con fines legítimos.

12. En el marco de su mandato de evaluar el consumo lícito de sustancias fiscalizadas en los Estados Miembros, la Junta fue una de las primeras en señalar que había grandes discrepancias entre las distintas regiones en lo que se refería a la disponibilidad de estupefacientes y que el acceso insuficiente a las sustancias fiscalizadas afectaba a un gran número de países. Durante las dos últimas décadas la Junta ha prestado particular atención a esa preocupación en sus relaciones con los gobiernos y otras partes interesadas pertinentes y ha recomendado medidas para hacer frente a la situación¹⁴. Los datos sobre la disponibilidad de analgésicos opioides indican que, pese a los progresos realizados en algunas regiones, concretamente América Latina y Asia occidental, oriental y sudo-oriental, unos 5.500 millones de personas, o sea las tres cuartas partes de la población mundial, viven en países donde el acceso a medicamentos que contienen estupefacientes es escaso o inexistente y tienen un acceso insuficiente al tratamiento de dolores moderados o intensos, en tanto que el 92% de la morfina que se produce en el mundo lo consume el 17% de la población mundial, principalmente en América del Norte, Oceanía y Europa occidental. La Junta indicó además en varias ocasiones que existían discrepancias comparables en relación con el acceso a cantidades adecuadas de sustancias sicotrópicas con fines lícitos¹⁵.

13. El análisis de los datos facilitados por los Estados Miembros indica que la cantidad de materias primas de opiáceos disponibles para la producción de analgésicos opioides destinados a aliviar el dolor es más que suficiente para satisfacer las necesidades y el consumo previstos por los gobiernos, y que las existencias mundiales van en aumento. Es evidente que la exigua demanda de analgésicos opioides para el tratamiento del dolor en muchos países no se debe a que escaseen las materias primas producidas lícitamente. Como ha subrayado la Junta en reiteradas ocasiones, la situación se podría mejorar sustancialmente mediante la adopción de medidas correctivas por los Estados partes a fin de solucionar los problemas relacionados con las normativas, las actitudes, los conocimientos, la economía y las adquisiciones, que se han señalado como las causas principales de la insuficiente

disponibilidad de opioides. La Junta alienta a los Estados a que cooperen en esta cuestión con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras partes interesadas pertinentes, y reitera su disposición a seguir prestando asistencia a los países con miras a lograr mejores resultados en esa esfera. Con ese fin, y como contribución al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas que se celebrará en 2016, la Junta publicará una versión actualizada de su informe especial de 2010, titulado *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*, en la que se proporcionarán datos y análisis actualizados del consumo y la disponibilidad para fines médicos y científicos de las sustancias sometidas a fiscalización internacional.

14. La correcta aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas y la adopción de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas contribuirían a facilitar el acceso a cantidades adecuadas de sustancias fiscalizadas para utilizarlas con fines médicos y científicos e impediría el uso ilegítimo y excesivo de esas sustancias¹⁶.

Reducción de la demanda y medidas conexas

15. El origen y el desarrollo del principio de aplicar un enfoque amplio, integral y equilibrado al problema mundial de las drogas están firmemente vinculados con la necesidad de hacer mayor hincapié en la reducción de la demanda e integrar ese objetivo en la labor general.

16. La Junta ha destacado en repetidas ocasiones la importancia de la reducción de la demanda de drogas como elemento indispensable de ese enfoque, y también ha insistido en que la reducción de la oferta ilícita y la reducción de la demanda se refuerzan mutuamente. La Junta ha alentado continuamente a los Estados Miembros a que adopten un conjunto amplio de medidas de reducción de la demanda como una de las prioridades principales de sus políticas de fiscalización de drogas. Además, ha aclarado que se precisan distintos enfoques en relación

¹⁴Véase el *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/2010/1/Supp.1).

¹⁵Véase, por ejemplo, E/INCB/2010/1/Supp.1, párr. 6.

¹⁶La Junta ha examinado en la mayoría de sus informes anuales la cuestión de la disponibilidad con fines médicos y científicos de sustancias sometidas a fiscalización internacional y ha publicado recomendaciones al respecto. Además, en muchas de sus publicaciones se ha referido reiteradamente al problema del uso indebido de medicamentos de venta con receta, por ejemplo resaltando la cuestión como tema especial en sus informes correspondientes a 2009, 2012 y 2013. En 2000 la Junta dedicó su capítulo temático al examen del consumo excesivo de sustancias sometidas a fiscalización internacional; en 2013 se examinaron las iniciativas de eliminación de medicamentos de venta con receta dentro de la sección de temas especiales.

con los dos objetivos. El marco jurídico para las medidas encaminadas a combatir la fabricación, la producción, el transporte, el tráfico y la desviación ilícitos de drogas debe establecerse a nivel internacional. La prevención del consumo ilícito y el uso indebido de drogas entraña la aplicación de estrategias de comunicación en las que se deberían tener en cuenta los antecedentes sociales, culturales y económicos de los grupos de población destinatarios. Además, la administración de tratamiento y rehabilitación a las personas drogodependientes solo puede tener lugar en el contexto sociocultural de cada país. Las políticas y los programas de reducción de la demanda, con inclusión del correspondiente marco jurídico, se deberían diseñar y aplicar ante todo a nivel nacional y local para ser eficaces y eficientes en la consecución de los objetivos establecidos en los tratados de fiscalización internacional de drogas y los instrumentos conexos¹⁷.

17. Los tratados de fiscalización internacional de drogas estipulan obligaciones claras y proporcionan directrices sobre las políticas que deben adoptar los Estados partes en la esfera de la reducción de la demanda. En el artículo 38 de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 y en el artículo 20 del Convenio de 1971 se estipula que los Estados partes adoptarán todas las medidas posibles para prevenir el uso indebido de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y asegurar la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas. En esos dos artículos también se alienta a la formación del personal relacionado con todas las fases de las actividades de reducción de la demanda y se exhorta a la promoción de las campañas de sensibilización del público. En el artículo 14, párrafo 4, de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988¹⁸ se exige a los Estados partes que adopten medidas adecuadas tendientes a eliminar o reducir la demanda ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con miras a reducir el sufrimiento humano y acabar con los incentivos financieros del tráfico ilícito.

18. La evaluación de los progresos realizados en la esfera de la reducción de la demanda desde el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, contenida en el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, indicó que solamente se habían obtenido resultados

parciales debido, en gran medida, a la falta de aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado. En el Plan de Acción se subraya que los Estados Miembros deberían “aplicar un enfoque equilibrado y de refuerzo mutuo con respecto a la reducción de la oferta y la demanda, redoblando su esfuerzo a fin de alcanzar la reducción de la demanda con miras a lograr la proporcionalidad de esfuerzos, recursos y cooperación internacional dedicados a combatir el uso indebido de drogas como problema social y sanitario y, al mismo tiempo, garantizar el respeto y cumplimiento de la ley”¹⁹.

19. La reducción de la demanda como objetivo de política implica comprender la drogodependencia como un trastorno de salud que depende de muchos factores, requiere un enfoque de carácter empírico y entraña la aplicación de una gran variedad de medidas complejas que ofrezcan servicios concatenados de educación, prevención y atención en las instituciones de salud y asistencia social, desde la prevención primaria mediante la intervención precoz hasta el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social, y servicios de apoyo conexos, tomando en consideración las características específicas de distintos grupos de destinatarios. El acceso a esos programas se debe ofrecer en forma no discriminatoria. Esos programas e intervenciones deberían basarse en una adecuada evaluación y valoración de la situación de las drogas y deberían utilizar plenamente los conocimientos científicos disponibles. El enfoque de carácter empírico tiene la misma pertinencia en relación con todos los aspectos de la reducción de la demanda. También habría que considerar los factores sociales, las amenazas a la cohesión social y los factores que conducen a la desorganización social. Un enfoque amplio del aspecto del problema de las drogas relativo a la demanda entraña la participación y cooperación de diversos actores, como las instituciones educativas y religiosas; los organismos de atención de salud, asistencia social, justicia y empleo y los organismos encargados de hacer cumplir la ley; las organizaciones no gubernamentales, y las entidades pertinentes de la sociedad civil. También implica la coordinación de todos esos actores, y debería aprovechar al máximo los conocimientos especializados y las actividades de las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil. Tal enfoque también debería reflejar la voluntad de los Estados partes de reorganizar sus prioridades en materia de política de fiscalización de drogas y asignar recursos a las actividades de reducción de la demanda.

¹⁷Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007, párr. 278.

¹⁸Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1582, núm. 27627.

¹⁹Véase E/2009/28, cap. I, secc. C, Plan de Acción, párr. 2 a).

Reducción de la oferta

20. La reducción de la oferta es otro elemento esencial de un enfoque amplio, integral y equilibrado. Las estrategias y medidas de reducción de la oferta están dirigidas a eliminar o reducir considerablemente la cantidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas disponibles para el uso ilícito y garantizar al mismo tiempo su disponibilidad con fines médicos y científicos. Las medidas de reducción de la oferta en las que se utilizan programas de represión, cooperación judicial y desarrollo alternativo sostenible se conciben con el fin de combatir los cultivos ilícitos y desarticular los grupos delictivos organizados que intervienen en la producción y el tráfico ilícitos de sustancias sometidas a fiscalización. Teniendo en cuenta el largo historial de los esfuerzos dirigidos a la reducción de la oferta y la experiencia adquirida en ese ámbito, se ha llegado a la conclusión de que no es posible obtener buenos resultados en la reducción de la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para el uso ilícito sin hacer el mismo hincapié y los mismos esfuerzos en la reducción de la demanda y sin superar otras causas fundamentales del problema mundial de las drogas.

21. Los progresos en el ámbito de la reducción de la oferta dependen de diversos factores. Revisten importancia esencial la formulación y la aplicación eficaz de políticas de reducción de la oferta de drogas basadas en leyes nacionales apropiadas que cumplan plenamente lo dispuesto en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, así como el establecimiento del marco legislativo adecuado para la cooperación internacional y la asistencia técnica. En el Plan de Acción de 2009 también se señalaron otros factores que era necesario abordar a fin de mejorar los resultados en la esfera de la reducción de la oferta, por ejemplo, el intercambio insuficiente de información y unos mecanismos inadecuados de vigilancia y fiscalización, así como la falta de operaciones policiales coordinadas y la asignación insuficiente y variable de recursos²⁰.

22. La aplicación adecuada de un enfoque amplio, integral y equilibrado con respecto a los esfuerzos de los Estados Miembros para combatir los cultivos ilícitos y la producción, la fabricación, la distribución y el tráfico ilícitos de drogas, así como otros delitos relacionados con drogas, también debería facilitar los esfuerzos encaminados a responder eficazmente ante nuevos problemas de ese tipo, como la rápida proliferación de nuevas sustancias psicoactivas, las amenazas emergentes que plantean las rutas cambiantes del narcotráfico, las nuevas tendencias del tráfico de drogas y el uso de nuevas tecnologías

de comunicaciones en la actividad delictiva organizada relacionada con las drogas. Deberían hacerse esfuerzos específicos en lo que respecta a medidas de amplio alcance para restar atractivo comercial a la economía de las drogas ilícitas y dismantelar su base socioeconómica. En ese contexto, se debería formular y aplicar un amplio conjunto de medidas con miras a interrumpir las corrientes financieras ilícitas relacionadas con el tráfico de drogas, socavar los vínculos entre las drogas ilícitas y otras formas de actividad delictiva, impedir que los narcotraficantes recluten a más personas mediante la atención a las condiciones socioeconómicas que las hacen involucrarse en la economía de las drogas ilícitas, y fortalecer los vínculos con las industrias pertinentes a fin de garantizar que los precursores solo se utilicen con fines lícitos.

23. El blanqueo de dinero es un fenómeno mundial que tiene efectos debilitadores sobre la estabilidad y el desarrollo en los planos social, político y económico y que incita a la delincuencia organizada y la corrupción. Son notorios los vínculos entre la economía de las drogas ilícitas y el blanqueo de dinero. El primer instrumento jurídico internacional que incluyó disposiciones para tener en cuenta y penalizar el blanqueo de dinero derivado del tráfico ilícito de drogas fue la Convención de 1988 en su artículo 3, párrafo 1, y su artículo 5. La capacidad de prevenir y detectar el blanqueo de dinero representa un medio eficaz de identificar a los delincuentes e impedir sus actividades. Los Estados partes, en sus esfuerzos por combatir este fenómeno, deberían establecer legislación nacional, o actualizar su legislación, reforzar su cooperación y aplicar los instrumentos internacionales pertinentes, como la Convención de 1988, la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional²¹, la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción²² y el Convenio Internacional para la Represión de la Financiación del Terrorismo²³, así como las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional sobre el Blanqueo de Capitales. La aplicación de estas normas ha hecho posible mejorar la situación en cuanto al levantamiento del secreto financiero en algunos casos, pero sigue habiendo motivos de preocupación, en particular en lo que respecta a los centros bancarios extraterritoriales, o los llamados refugios financieros, que dificultan la investigación de actividades criminales, y al uso de Internet y las nuevas técnicas de blanqueo de dinero que impiden la detección.

24. En años recientes ha surgido un número cada vez mayor de nuevas sustancias psicoactivas no sometidas a

²⁰Ibíd., párr. 21.

²¹Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 2225, núm. 39574.

²²Ibíd., vol. 2349, núm. 42146.

²³Ibíd., vol. 2178, núm. 38349.

fiscalización, lo que se ha convertido en una gran amenaza para la salud pública y en un fenómeno verdaderamente mundial. Esas sustancias a menudo se presentan como alternativas “legales” o “naturales” a las sustancias fiscalizadas, con lo que se crea la idea errada de que son seguras por el hecho de no estar incluidas en los tratados de fiscalización internacional de drogas. Si bien resulta imposible estimar con precisión el número de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) ha indicado que el número de sustancias de ese tipo en uso se ha duplicado con creces durante el período 2009-2013 y supera el número de sustancias sometidas a fiscalización internacional²⁴. Un reto particular para los gobiernos en sus esfuerzos por responder ante el surgimiento de nuevas sustancias psicoactivas es lo difícil que resulta descubrir esas sustancias oportunamente, debido a la rapidez y las distintas maneras con que van llegando al mercado, la diversidad de su composición química, la falta de información técnica y farmacológica y de material de referencia, y la insuficiente capacidad forense y toxicológica de algunos Estados. El marco jurídico establecido por los tratados de fiscalización internacional de drogas ofrece la posibilidad de que los Estados adopten medidas de fiscalización nacional además de las encomendadas a nivel internacional. La vigilancia y el análisis de las tendencias también permitirán acumular información y sentarán las bases para unas respuestas de política eficaces con base empírica. Una cooperación más estrecha entre los gobiernos a nivel nacional e internacional, así como la colaboración con la UNODC y otras organizaciones internacionales pertinentes en el intercambio de información y mejores prácticas y la elaboración de estrategias comunes, serán decisivas para hacer frente al problema del uso indebido de sustancias a nivel mundial.

Aspectos socioeconómicos

25. La pobreza, la inseguridad alimentaria, la desigualdad económica, la exclusión social, las privaciones debidas a la migración y el desplazamiento, la escasez de centros con servicios amplios de enseñanza y recreo, la falta de perspectivas de empleo, la escasa participación y orientación de los padres durante los primeros años de vida de los niños, y la exposición a la violencia y el abuso son algunos de los factores socioeconómicos que

²⁴Hay 234 sustancias sometidas a fiscalización internacional: 119 de ellas están fiscalizadas con arreglo a la Convención de 1961, y 115 con arreglo al Convenio de 1971. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) indica que, hasta diciembre de 2013, se habían notificado 348 nuevas sustancias psicoactivas (UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*, cap. 1, secc. H).

repercuten tanto en la dimensión del problema de las drogas relacionada con la oferta como en la relacionada con la demanda y en la interacción entre ambas. No existe ninguna causalidad directa entre estos factores y el consumo ilícito y uso indebido de drogas o la participación en actividades relacionadas con la oferta, en el sentido de que no todas las personas afectadas por esos factores están involucradas necesariamente de una manera u otra en el problema de las drogas. Sin embargo, los factores mencionados son motores importantes del fenómeno de las drogas ilícitas y es necesario considerarlos como elementos pertinentes que han de tenerse en cuenta dentro de un enfoque amplio, integral y equilibrado del problema mundial de las drogas.

26. En lo que respecta a la fiscalización de drogas, los aspectos socioeconómicos se han examinado principalmente en el contexto del desarrollo alternativo y se han tratado como una cuestión relacionada con la reducción de la oferta. En el Plan de Acción de 2009 se observó que se carecía de información fiable y actualizada sobre los cultivos ilícitos y que no había aumentado la utilización de información sobre el desarrollo humano y los aspectos socioeconómicos y, cuando se había utilizado, no se había hecho de forma eficaz²⁵. En el informe de la Junta correspondiente a 2005 se indicó que, hasta esa fecha, ningún país había ejecutado ningún programa de desarrollo alternativo de carácter preventivo y que se habían puesto en marcha programas reactivos en las condiciones más difíciles. Se ha extraído la enseñanza de que esos programas deben contener una combinación de incentivos y desincentivos (medidas para hacer cumplir la ley, erradicación de cultivos y medios de subsistencia alternativos legítimos) y orientarse no solo a las comunidades que mantienen cultivos ilícitos, sino a todas las comunidades afectadas por la economía de las drogas ilícitas. Se observó que las distinciones entre los países consumidores y los países productores ya no eran importantes y que sería contraproducente recurrir al desarrollo alternativo para reducir la oferta de drogas ilícitas sin establecer programas de prevención y tratamiento de los drogodependientes. Desde entonces, en la mayoría de las resoluciones de la Asamblea General y de la Comisión de Estupefacientes sobre desarrollo alternativo se ha señalado la necesidad de que los Estados Miembros aseguren la sostenibilidad de las estrategias de control de cultivos, incluido el desarrollo alternativo preventivo, en coordinación con otras medidas de desarrollo a fin de contribuir a la erradicación de la pobreza y a la sostenibilidad del desarrollo social y económico. En la ejecución de programas de desarrollo alternativo sostenible, los Estados partes deberían tomar en consideración la Declaración

²⁵Véase E/2009/28, cap. I, secc. C, Plan de Acción, párr. 42.

de Lima sobre el Desarrollo Alternativo y los Principios Rectores Internacionales sobre el Desarrollo Alternativo, aprobados en la Conferencia Internacional de Alto Nivel sobre Desarrollo Alternativo en noviembre de 2012²⁶, en los que se destaca, entre otras cosas, que “es fundamental adoptar un enfoque integrado y complementario con respecto a los programas y las estrategias de desarrollo alternativo, que se debe aplicar junto con las políticas generales de fiscalización de drogas, entre otras, las referentes a la reducción de la demanda, el cumplimiento de la ley, la eliminación de cultivos ilícitos y la sensibilización sobre el tema, teniendo presentes los factores demográficos, culturales, sociales y geográficos, según proceda, y de conformidad con lo dispuesto en los tres tratados de fiscalización de drogas”²⁷.

27. Se debería potenciar la cooperación internacional y el compromiso de los gobiernos, las organizaciones de desarrollo y las instituciones financieras internacionales a fin de asegurar la sostenibilidad de los programas de desarrollo y la incorporación de la fiscalización de drogas en el programa de desarrollo en general. Hay que poner el acento en las poblaciones afectadas y en la prestación de servicios médicos, educativos y sociales, el fortalecimiento del estado de derecho y el desarrollo de infraestructuras físicas concebidas para reducir el aislamiento de determinadas zonas. Esas medidas de desarrollo deberían aplicarse de forma no discriminatoria. A fin de alcanzar resultados óptimos y reflejar las necesidades de las poblaciones destinatarias, los programas de desarrollo deben asegurar la plena participación de las comunidades afectadas, así como de las autoridades nacionales, regionales y locales, las organizaciones de la sociedad civil y todas las demás partes interesadas pertinentes, en todas las etapas, desde la planificación hasta la aplicación, la vigilancia y la evaluación. El objetivo principal de esos programas y estrategias ha de ser crear un entorno en el que se pueda vivir sin que parezca inevitable ni normal involucrarse en la cadena de suministro ilícito de drogas o el consumo ilícito de drogas.

Aspectos socioculturales

28. Las actitudes culturales tienen importantes repercusiones en el problema mundial de las drogas. Se asocia cierto significado simbólico con el uso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas o con la abstinencia de su consumo. Tales actitudes y significados influyen además en las probabilidades de que una persona participe o no en actividades ilegales.

²⁶Resolución 68/196 de la Asamblea General, anexo.

²⁷Ibíd., apéndice, párr. 8.

29. Se considera que la posibilidad de influir en las percepciones de las personas respecto de las drogas ilícitas, o de cambiar dichas percepciones, es sobre todo cuestión de prevención, pero esa posibilidad también se ve afectada hasta cierto punto por la estructura general de la política de fiscalización de drogas y por la imagen que proyecta. Los enfoques desequilibrados de distintos aspectos del problema de las drogas podrían tener un efecto negativo sobre las políticas de fiscalización de drogas y hacer que reciban menos apoyo público.

30. Como sucede con otros fenómenos, por ejemplo la lucha contra la corrupción, el elemento principal de la sostenibilidad de los resultados en lo que respecta a hacer frente al problema mundial de las drogas no consiste en aplicar únicamente enfoques de carácter reactivo, sino más bien en promover una cultura preventiva. En su informe correspondiente a 1997, la Junta ya había abordado la cuestión de la prevención del uso indebido de drogas en un entorno en que se promueven las drogas ilícitas. En ese informe, la Junta resaltó la necesidad de un debate ponderado y de hallar el equilibrio adecuado entre influir en las actitudes y restringir la disponibilidad de drogas ilícitas. Los problemas que se señalaron en esa ocasión, como la promoción del consumo de drogas en la cultura popular y la importancia de la educación, siguen siendo pertinentes en la actualidad. De hecho, esos aspectos se han vuelto mucho más problemáticos, por lo que deberían considerarse elementos que habría que abordar como parte intrínseca de un enfoque amplio, integral y equilibrado.

Seguridad y estabilidad

31. La seguridad y la estabilidad son requisitos fundamentales para resolver problemas nacionales e internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario y promover y alentar el respeto a los derechos humanos.

32. La violencia y la corrupción socavan la estabilidad y legitimidad de los Estados, incluido el estado de derecho, y, en casos extremos, pueden desembocar en conflictos. La violencia no es una característica inherente de los mercados de drogas ilícitas, pero puede sobrevenir ocasionalmente si se dan ciertas condiciones. La mayor parte de la violencia relacionada con la economía de las drogas ilícitas se encuentra en regiones o países donde la presencia del Estado o su control sobre el territorio es débil, las instituciones nacionales carecen de la capacidad necesaria para garantizar la protección de los ciudadanos del Estado y hacer cumplir la ley, y no hay un gran respeto a las normas jurídicas porque las leyes parecen

beneficiar solamente a determinados grupos y la población no confía en las instituciones que tienen el mandato de aplicarlas debido a la corrupción, impunidad y parcialidad que imperan en ellas. Al igual que sucede con la existencia de grupos delictivos organizados, las condiciones que facilitan la violencia y la corrupción suelen preceder al surgimiento del problema de las drogas. En su informe correspondiente a 2010, la Junta se refirió a la relación existente entre el fenómeno de las drogas ilícitas y la corrupción y resaltó el efecto altamente debilitador de la corrupción sobre los esfuerzos internacionales y nacionales para hacer frente al problema de las drogas y refrenar otras formas de delincuencia organizada transnacional. La compleja relación entre muchos aspectos sociales negativos y las drogas se añade al complejo conjunto de obstáculos a que se enfrentan todos los esfuerzos en materia de políticas sobre drogas.

33. Las preocupaciones relacionadas con los grandes desafíos que plantean los vínculos cada vez mayores entre el tráfico de drogas, la corrupción y otras formas de delincuencia organizada transnacional, incluidos la trata de seres humanos, el tráfico de armas de fuego, los delitos cibernéticos y, en algunos casos, el terrorismo y el blanqueo de dinero, incluido el blanqueo de dinero en relación con la financiación del terrorismo, se han formulado en las dos Declaraciones Políticas y han sido reiteradas por la Asamblea General en sus resoluciones anuales sobre la cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas. Ese nexo también es motivo de preocupación para el Consejo de Seguridad desde hace varios años. El Consejo ha destacado la importancia, como cuestión relativa al mantenimiento de la paz y la estabilidad internacionales, de contrarrestar la producción, la demanda y el tráfico ilícito de drogas y determinar las tendencias emergentes del tráfico de drogas.

34. La reducción o la eliminación de la violencia y la corrupción relacionadas con la economía de las drogas ilícitas debe lograrse mediante la aplicación adecuada y plena de los tratados de fiscalización internacional de drogas en el marco estratégico de un enfoque amplio, integral y equilibrado y el fortalecimiento institucional necesario para hacer que los países sean menos vulnerables a las conmociones externas, como el aumento de la demanda de drogas ilícitas extranjeras. Los tratados de fiscalización internacional de drogas desempeñan un papel importante en los aspectos relacionados con la seguridad y la estabilidad y, conjuntamente con otros tratados internacionales pertinentes, como la Convención contra la Delincuencia Organizada y sus Protocolos²⁸, la

Convención contra la Corrupción y los tratados y protocolos internacionales relacionados con el terrorismo, conforman un marco jurídico global para el fortalecimiento de la paz, la estabilidad y la seguridad internacionales.

D. El respeto de las normas de derechos humanos como elemento esencial de un enfoque amplio, integral y equilibrado

35. Uno de los elementos comunes de todas las declaraciones, planes de acción y resoluciones que resaltan el principio de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas es el compromiso de garantizar el cumplimiento de las normas de derechos humanos. Se ha insistido en que los derechos humanos son una cuestión transversal para las políticas internacionales en materia de drogas, sobre todo en lo que respecta a la reducción de la oferta, la reducción de la demanda y la cooperación internacional. Incluso sin esas referencias, está claro que las convenciones internacionales de derechos humanos forman un conjunto importante de legislación internacional vinculante que se debe tomar en consideración al aplicar cualquier tratado internacional, sea en relación con las drogas, la corrupción o el medio ambiente, entre otras cosas.

36. Cabe señalar que, desde 2004, muchos actores que critican el régimen existente de fiscalización de drogas han basado al menos una parte de sus argumentos en la premisa de que los tratados de fiscalización de drogas se contradicen con las normas de derechos humanos. Este discurso de derechos humanos debe analizarse y validarse desde el prisma de las normas jurídicas existentes en materia de derechos humanos y de la interpretación autorizada de dichas normas que hagan los órganos pertinentes creados en virtud de tratados de derechos humanos.

37. El uso del término “derechos humanos” tiene que hacer referencia concreta a los derechos legales estipulados en los instrumentos jurídicos internacionales vigentes, particularmente las nueve convenciones básicas de derechos humanos²⁹. Además, los tratados de derechos

²⁸Naciones Unidas, *Treaty Series*, vols. 2225, 2237, 2241 y 2326, núm. 39574.

²⁹Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1465, núm. 24841); Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 1249, núm. 20378); Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 2515, núm. 44910); Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, *Treaty Series*,

humanos emplean la misma formulación y los mismos fundamentos que se utilizan en los preámbulos de los tratados de fiscalización de drogas. Esto no da a entender que haya divergencia, sino más bien convergencia, entre las normas de derechos humanos y los tratados de fiscalización internacional de drogas.

38. El sistema internacional de fiscalización de drogas se estableció debido a la preocupación por la salud y el bienestar de la humanidad y con el objetivo de satisfacer las necesidades médicas y científicas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas evitando al mismo tiempo el uso ilícito de sustancias fiscalizadas. Ese objetivo básico respalda plenamente los elementos fundamentales (los niños, los jóvenes, la salud y el bienestar) a que se hace referencia en la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones y en la Declaración Política sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas. También tiene un vínculo directo con los tratados de derechos humanos³⁰. Los Estados Miembros deberían tener debidamente en cuenta las normas de derechos humanos pertinentes en el contexto de cada elemento de un enfoque amplio, integral y equilibrado, de conformidad con sus obligaciones jurídicas. De ser necesario, también deberían solicitar asesoramiento a los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos respecto de la aplicación de esas normas.

E. Recomendaciones

39. El período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, que se celebrará en 2016, es de vital importancia para volver a reflexionar sobre el carácter central del principio de un enfoque equilibrado y amplio de la lucha contra el

problema mundial de las drogas. También constituye una buena oportunidad para examinar las medidas prácticas que han de adoptar los Estados Miembros a fin de garantizar que ese enfoque vaya más allá de la retórica y se convierta en el principio rector de sus estrategias, políticas y programas de fiscalización de drogas. Ese debería ser uno de los criterios principales para juzgar el éxito o el fracaso de las políticas nacionales e internacionales en materia de drogas y establecer el camino a seguir.

40. A fin de ayudar a los Estados Miembros en la aplicación del principio de un enfoque equilibrado y amplio en el marco jurídico de los tratados de fiscalización internacional de drogas, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes formula las siguientes recomendaciones:

a) Dado que el enfoque amplio, integral y equilibrado no constituye un fin en sí mismo, sino un principio estratégico aplicable en el marco jurídico de los tratados de fiscalización internacional de drogas, la Junta invita a los gobiernos a que tengan debidamente en cuenta los principios universalmente reconocidos del derecho internacional al respetar sus obligaciones asumidas mediante la ratificación de los tratados de fiscalización de drogas e interpretar las disposiciones de dichos tratados;

b) Todos los elementos de ese enfoque deberían abordarse de una forma equilibrada, multidisciplinaria e integral, que incluya esfuerzos de cooperación entre diversas partes interesadas a nivel nacional, regional e internacional, y podrían beneficiarse de la experiencia y las actividades de las instituciones religiosas, los líderes religiosos y las organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil pertinentes. Con ese fin, la Junta invita a los gobiernos a que garanticen y promuevan la participación y la cooperación de todos los interesados pertinentes en la planificación, aplicación y seguimiento estratégicos de sus políticas de fiscalización de drogas;

c) La Junta invita a los gobiernos a que tengan debidamente en cuenta su obligación de seguir garantizando la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización para fines médicos y científicos. Se recomienda que los Estados Miembros continúen e intensifiquen su cooperación con la Junta, la OMS y otras partes interesadas pertinentes en esa esfera y utilicen plenamente el informe especial presentado por la Junta en 2010, titulado *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*, y la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, de 2012, elaborada por la Junta y la OMS, que

vol. 1577, núm. 27531); Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas (resolución 61/177 de la Asamblea General, anexo); Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 660, núm. 9464); Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 2220, núm. 39481); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General, anexo), y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General, anexo).

³⁰Véanse, por ejemplo, el artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se estipula la obligación jurídica de proteger a los niños contra el uso ilícito de estupefacientes e impedir que se utilice a niños en la producción ilícita y el tráfico de esas sustancias; el artículo 24 de esa misma Convención, sobre el derecho del niño a la salud, y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

tiene por objeto ayudar a las autoridades nacionales competentes a calcular las cantidades de sustancias sometidas a fiscalización que han de utilizarse con fines médicos y científicos y preparar las previsiones de las necesidades anuales de sustancias fiscalizadas;

d) La Junta alienta a los gobiernos a que se aseguren de que la reducción de la demanda sea una de las prioridades principales de sus políticas de fiscalización de drogas y de que todos los aspectos del problema de las drogas se aborden de forma equilibrada e integral, tomando en consideración las particularidades nacionales y locales del problema de las drogas, y a que utilicen plenamente los conocimientos científicos disponibles. La Junta recomienda que los Estados Miembros hagan mayor hincapié en los esfuerzos relacionados con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, les presten apoyo político y les dediquen recursos suficientes, a fin de lograr un equilibrio entre esos esfuerzos;

e) Las medidas para reducir la demanda y la oferta de drogas ilícitas podrían resultar inútiles si no se atienden de forma eficaz y sostenible los correspondientes factores socioeconómicos que funcionan como causantes del problema de las drogas. La Junta recomienda que los gobiernos aborden esos factores como parte de un enfoque amplio, integral y equilibrado y que incorporen la fiscalización de drogas en el programa general de desarrollo socioeconómico;

f) La Junta alienta a los gobiernos a que observen todas las normas pertinentes de derechos humanos al formular las estrategias y políticas relacionadas con las drogas, utilicen plenamente el complejo marco jurídico internacional para proteger a los niños contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, impidan que se utilice a niños en la producción ilícita y el tráfico de esas sustancias, y se aseguren de que las estrategias y

políticas nacionales e internacionales en materia de fiscalización de drogas tomen en consideración el principio del interés superior del niño;

g) La forma más eficaz de tratar el problema mundial de las drogas es mediante un enfoque amplio, integral y equilibrado que preste atención por igual a las estrategias de reducción de la oferta y las de reducción de la demanda de forma integrada y con reforzamiento mutuo, teniendo en cuenta otros elementos, como los factores socioeconómicos, socioculturales y de seguridad y estabilidad que promueven la demanda y oferta ilícitas de drogas. Ese enfoque requiere una gran variedad de medidas complejas. En vista de que algunas de esas medidas no son competencia inmediata ni parte del mandato esencial de las distintas organizaciones e instituciones relacionadas con la fiscalización de drogas, la Junta invita a otras organizaciones y órganos de las Naciones Unidas a que participen en este esfuerzo de conformidad con sus mandatos, utilicen sus conocimientos especializados y apoyen a los gobiernos en la aplicación de ese enfoque. La Junta invita además a esas entidades a que aprovechen su capacidad para promover el doble objetivo del sistema de fiscalización de drogas, a saber, asegurar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y al mismo tiempo prevenir, reducir considerablemente o eliminar la producción, el tráfico y el consumo ilícitos de esas sustancias;

h) La Junta invita a los gobiernos a que aprovechen la oportunidad que representa el próximo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, que se celebrará en 2016, para hacer una valoración crítica de sus políticas de fiscalización de drogas y de la medida en que el principio de un enfoque equilibrado, integral y amplio se refleja en la práctica en sus políticas nacionales y su asignación de recursos.

Capítulo II.

Funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas

A. Promoción de la aplicación sistemática de los tratados de fiscalización internacional de drogas

41. La Junta mantiene un diálogo constante con los gobiernos, en cumplimiento del mandato que le encomendó la comunidad internacional, a fin de ayudarles a cumplir las obligaciones que les incumben en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

42. La cooperación entre la Junta y los gobiernos adopta muchas formas, como consultas periódicas, intercambios frecuentes de correspondencia, respuestas a preguntas de autoridades nacionales competentes sobre asuntos técnicos, actividades de capacitación y misiones a los países.

43. Ese diálogo sostenido ha sido determinante en la labor que la Junta lleva a cabo para ayudar a los gobiernos a reforzar las iniciativas concertadas de la comunidad internacional en ámbitos como la vigilancia del comercio lícito de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores; las medidas para garantizar la disponibilidad suficiente y el uso racional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos; la prevención de la desviación y el tráfico, y la promoción de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de las personas afectadas por la drogodependencia.

Situación de la adhesión a los tratados de fiscalización internacional de drogas

44. Al 1 de noviembre de 2014 el número de Estados partes en la Convención de 1961 o en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 ascendía a 186. De ellos, 184 eran partes en la Convención de 1961

enmendada por el Protocolo de 1972, y dos (el Afganistán y el Chad) todavía no se habían adherido al Protocolo de 1972, pero eran partes en la Convención en su forma no enmendada. Un total de 11 Estados no se habían adherido todavía a la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972: dos de África (Guinea Ecuatorial y Sudán del Sur), dos de Asia (Estado de Palestina³¹ y Timor-Leste) y siete de Oceanía (Islas Cook, Kiribati, Nauru, Niue, Samoa, Tuvalu y Vanuatu).

45. El número de Estados partes en el Convenio de 1971 se mantuvo en 183, con un total de 14 Estados que todavía no eran partes en ese instrumento: tres de África (Guinea Ecuatorial, Liberia y Sudán del Sur), uno de América (Haití), dos de Asia (Estado de Palestina y Timor-Leste) y ocho de Oceanía (Islas Cook, Islas Salomón, Kiribati, Nauru, Niue, Samoa, Tuvalu y Vanuatu).

46. Con la adhesión de Timor-Leste a la Convención de 1988, el número de Estados partes en esa Convención ascendía a 188. En total, nueve Estados todavía no eran partes en ese instrumento: tres de África (Guinea Ecuatorial, Somalia y Sudán del Sur), uno de Asia (Estado de Palestina) y cinco de Oceanía (Islas Salomón, Kiribati, Palau, Papua Nueva Guinea y Tuvalu).

47. La Junta acoge con agrado la ratificación casi universal de los tratados de fiscalización de drogas por los Estados, lo que refleja el amplio apoyo al marco de fiscalización de drogas creado por la comunidad internacional mediante esos instrumentos. La Junta recuerda a los Estados que aún no se hayan hecho partes en uno o más de esos tratados la importancia de hacerlo, y los

³¹En virtud de la resolución 67/19 de la Asamblea General, de 29 de noviembre de 2012, se concedió a Palestina la condición de Estado observador no miembro. Se utiliza ahora el nombre "Estado de Palestina" en todos los documentos de las Naciones Unidas.

invita a adoptar todas las medidas necesarias para adherirse a ellos sin más demora.

B. Medidas para garantizar la aplicación de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas

48. A fin de vigilar el cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas, la Junta examina las medidas adoptadas por los gobiernos para aplicar las disposiciones de los tratados destinadas a prevenir la desviación hacia canales ilícitos de las sustancias sometidas a fiscalización o, en el caso de los precursores, la utilización en la fabricación ilícita de estupeficientes y sustancias sicotrópicas, así como a garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines legítimos. A lo largo de los años, las disposiciones de los tratados se han complementado con medidas de fiscalización adicionales adoptadas por el Consejo Económico y Social y la Comisión de Estupeficientes para reforzar su eficacia. En la presente sección, la Junta pone de relieve las medidas que es necesario adoptar para aplicar el sistema de fiscalización internacional de drogas, describe los problemas que se han presentado en ese ámbito y formula recomendaciones concretas para hacer frente a esos problemas.

1. Prevención de la desviación de sustancias fiscalizadas

a) Base legislativa y administrativa

49. Los gobiernos deben asegurar que su legislación nacional se ajuste a las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Además, tienen la obligación de modificar las listas de sustancias sometidas a fiscalización nacional cuando se incluye una sustancia en una Lista o un Cuadro de un tratado de fiscalización internacional de drogas o cuando se la traslada de una Lista a otra o de un Cuadro a otro. Las deficiencias de la legislación o de los mecanismos de aplicación a nivel nacional, o los retrasos en la armonización de las listas de las sustancias sometidas a fiscalización nacional con las Listas y los Cuadros de los tratados de fiscalización internacional de drogas, redundarán en la aplicación de medidas de fiscalización nacional insuficientes a las sustancias sometidas a fiscalización internacional, y podrían

conducir a la desviación de sustancias hacia canales ilícitos. Por lo tanto, la Junta se complace en observar que, al igual que en años anteriores, los gobiernos han seguido presentándole información sobre las medidas legislativas y administrativas que han adoptado para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

50. En lo relativo al zolpidem, sustancia que se añadió en 2001 a la Lista IV del Convenio de 1971, los gobiernos tienen la obligación de instituir el requisito de obtener una autorización de importación para esa sustancia conforme a lo dispuesto en las resoluciones del Consejo Económico y Social 1985/15, 1987/30 y 1993/38. En respuesta a la solicitud que la Junta formuló en su informe anual correspondiente a 2012, varios gobiernos más han presentado la información requerida. Así, al 1 de noviembre de 2014, se disponía de información al respecto sobre 123 países y territorios. De ellos, 113 países y territorios han establecido como requisito la obtención de una autorización de importación y dos países (los Estados Unidos de América e Indonesia) exigen la presentación de una declaración previa a la importación. Un total de seis países y territorios no exigen una autorización de importación para el zolpidem (Cabo Verde, Irlanda, Nueva Zelanda, Singapur, Vanuatu y Gibraltar). Además, está prohibido importar zolpidem a Azerbaiyán, y Etiopía no importa esa sustancia. Por otra parte, sigue sin disponerse de información sobre la fiscalización del zolpidem en 91 países y territorios. Por lo tanto, la Junta invita a los gobiernos de esos países y territorios a que le presenten lo antes posible información sobre la situación de la fiscalización del zolpidem.

51. La Junta recuerda a los gobiernos que el ácido *gamma*-hidroxibutírico (GHB) ha sido transferido de la Lista IV a la Lista II del Convenio de 1971 en virtud de la decisión 56/1 de la Comisión de Estupeficientes, de 13 de marzo de 2013. La decisión de la Comisión surtió pleno efecto respecto de cada una de las partes el 4 de diciembre de 2013. Por lo tanto, la Junta solicita a todos los gobiernos que aún no lo hayan hecho que modifiquen, según proceda, la lista de sustancias sujetas a fiscalización nacional y que apliquen al GHB todas las medidas de fiscalización previstas para las sustancias que figuran en la Lista II del Convenio de 1971, incluida la institución del requisito de obtener una autorización de importación y exportación.

52. En lo que respecta a los precursores, el 19 de marzo de 2014 la Comisión de Estupeficientes adoptó la decisión 57/1, por la que decidió incluir el *alfa*-fenilacetoneitrilo (APAAN) y sus isómeros ópticos en el Cuadro I de la Convención de 1988. La Junta observa

que es probable que en varios países no exista aún la legislación necesaria respecto de dichos precursores. No obstante, en la mayoría de los casos las deficiencias se deben a que no se aplica eficazmente la legislación existente. Dado que la existencia de un sistema gubernamental de reglamentación nacional también es un requisito indispensable para poder notificar a los países importadores las exportaciones de precursores con anterioridad a la expedición, se solicita a los gobiernos que, para vigilar eficazmente el movimiento de esas sustancias, adopten y apliquen medidas nacionales de fiscalización. Además, también se solicita a los gobiernos que sigan reforzando las medidas existentes de fiscalización de precursores si detectan alguna fisura. Al aplicar esas medidas los países limitarán el riesgo de convertirse en blanco de los traficantes de drogas.

b) Prevención de la desviación del comercio internacional

Previsiones de las necesidades anuales de sustancias sometidas a fiscalización

53. El sistema de provisiones de las necesidades anuales legítimas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas es la piedra angular del sistema de fiscalización internacional de drogas. Permite por igual a los países exportadores y a los importadores mantener el comercio de esas sustancias dentro de los límites determinados por los gobiernos de estos últimos y evitar desviaciones del comercio internacional de sustancias sujetas a fiscalización. En el caso de los estupefacientes, ese sistema es obligatorio en virtud de la Convención de 1961, y las provisiones facilitadas por los gobiernos tienen que ser confirmadas por la Junta a efectos de que puedan servir de base para calcular los límites de fabricación o importación. El sistema de provisiones de las necesidades anuales de sustancias sicotrópicas fue aprobado por el Consejo Económico y Social, y el de provisiones de las necesidades anuales de determinados precursores, por la Comisión de Estupefacientes en su resolución 49/3, con objeto de ayudar a los gobiernos a prevenir intentos por parte de los traficantes de desviar a canales ilícitos sustancias sujetas a fiscalización. Las provisiones de las necesidades anuales de sustancias sicotrópicas y de las necesidades anuales de determinados precursores ayudan a los gobiernos a detectar operaciones inusuales. En muchos casos, se ha impedido la desviación de una sustancia sometida a fiscalización al haberse negado el país exportador a autorizar la exportación de la sustancia porque la cantidad por exportar habría excedido la que necesitaba el país importador.

54. La Junta investiga habitualmente casos de posible incumplimiento del sistema de provisiones por los gobiernos, dado que ese incumplimiento podría facilitar la desviación de sustancias fiscalizadas del comercio internacional lícito hacia canales ilícitos. En este sentido, la Junta asesora a los gobiernos, cuando es necesario, acerca de los detalles del sistema de provisiones.

55. Los gobiernos están obligados a respetar los límites de las importaciones y exportaciones de estupefacientes previstos en los artículos 21 y 31 de la Convención de 1961. En el artículo 21 se establece, entre otras cosas, que la cantidad total de cada estupefaciente fabricada o importada por un país o territorio en un año determinado no excederá de la suma de la cantidad consumida con fines médicos y científicos; la cantidad utilizada, dentro de los límites de las provisiones correspondientes, para la fabricación de otras drogas, preparados o sustancias; la cantidad exportada; la cantidad añadida a las existencias con objeto de llevarlas al nivel fijado en las provisiones correspondientes, y la cantidad adquirida, dentro de los límites de las provisiones correspondientes, con fines especiales. En el artículo 31 se exige que todos los países exportadores limiten la exportación de estupefacientes a cualquier país o territorio de manera que las cantidades importadas no superen los límites de las provisiones totales del país o territorio importador, más las cantidades destinadas a la reexportación.

56. Como en años anteriores, la Junta ha constatado que, en general, el sistema de importaciones y exportaciones sigue respetándose y funciona bien. En 2014 la Junta se puso en contacto con un total de 15 países en relación con volúmenes de importación o exportación posiblemente excesivos que se habían detectado en el comercio internacional de estupefacientes en 2013. Se aclararon cuatro casos ocasionados por errores en la declaración de la información relativa a la importación o exportación y dos casos debidos a una equivocación al especificar la sustancia o el socio comercial de que se trataba. Empero, tres países confirmaron que, en efecto, los volúmenes de importación o exportación habían sido excesivos. La Junta se dirigió a los gobiernos en cuestión y les solicitó que velaran por el pleno cumplimiento de las disposiciones pertinentes de los tratados.

57. Con respecto a las sustancias sicotrópicas, de conformidad con las resoluciones 1981/7 y 1991/44 del Consejo Económico y Social, se solicita a los gobiernos que comuniquen a la Junta sus provisiones de las necesidades anuales con fines médicos y científicos de las sustancias incluidas en las Listas II, III y IV del Convenio de 1971. Las provisiones recibidas se comunican a todos los Estados y territorios para que sirvan de ayuda a las

autoridades competentes de los países exportadores a la hora de aprobar la exportación de sustancias sicotrópicas. Al 1 de noviembre de 2014 los gobiernos de todos los países y territorios, salvo el de Sudán del Sur, habían presentado al menos una vez previsiones de sus necesidades anuales de sustancias sicotrópicas para fines médicos.

58. La Junta recomienda a los gobiernos que, al menos una vez cada tres años, revisen y actualicen las previsiones de sus necesidades anuales de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos. Sin embargo, hay 25 gobiernos que llevan más de tres años sin presentar ni una revisión completa de las previsiones de sus necesidades legítimas de sustancias sicotrópicas ni modificaciones de las previsiones de una o más sustancias sicotrópicas. Por consiguiente, es posible que las previsiones correspondientes a esos países y territorios hayan quedado obsoletas y ya no reflejen sus necesidades reales de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos.

59. Si las previsiones son inferiores a las necesidades legítimas reales, puede demorarse la importación de sustancias sicotrópicas necesarias para fines médicos o científicos. Si, en cambio, son considerablemente superiores, es posible que aumente el riesgo de que las sustancias se desvíen a canales ilícitos. La Junta exhorta a todos los gobiernos a que revisen y actualicen regularmente sus previsiones y la informen de toda modificación, a fin de evitar las importaciones ilícitas y la acumulación excesiva de existencias y, al mismo tiempo, prevenir retrasos indebidos en el comercio lícito de las sustancias sicotrópicas necesarias para fines médicos.

60. Como en años anteriores, el sistema de previsiones de las necesidades anuales de sustancias sicotrópicas sigue funcionando bien y es respetado por la mayoría de los países. En 2013 las autoridades de tan solo 13 países y un territorio expidieron autorizaciones de importación de sustancias respecto de las cuales no habían establecido previsiones o lo habían hecho en cantidades que superaban considerablemente las necesidades previstas. En la mayoría de los casos se trataba de importaciones destinadas a la reexportación. Además, la mayoría de los países exportadores prestó atención a las necesidades previstas en los países importadores y no exportó de forma consciente sustancias sicotrópicas en cantidades que sobrepasaran esas necesidades. La Junta desea recordar a los gobiernos que, desde 2013, ya no tienen la obligación de incluir en las previsiones anuales de sus necesidades de sustancias sicotrópicas las cantidades destinadas a la exportación o reexportación.

61. En su resolución 49/3, la Comisión de Estupefacientes solicitó a los gobiernos que presentasen a la Junta

previsiones de sus necesidades legítimas anuales relativas a la importación de cuatro sustancias frecuentemente utilizadas para la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico. Actualmente los gobiernos de 155 países comunican sus previsiones relativas al menos a una de esas sustancias, de manera que las autoridades competentes de los países exportadores tengan al menos una indicación de las necesidades legítimas de los países importadores y que puedan prevenirse los intentos de desviación.

Requisito de autorizaciones de importación y exportación

62. Uno de los pilares del sistema de fiscalización internacional de drogas es la aplicación universal del requisito relativo a las autorizaciones de importación y exportación. Dichas autorizaciones se requieren para toda operación que incluya cualquiera de las sustancias sometidas a fiscalización con arreglo a la Convención de 1961 o que figure en las Listas I y II del Convenio de 1971. En virtud de esos tratados, las autoridades nacionales competentes deben emitir autorizaciones de importación para todas las operaciones que entrañen la importación de esas sustancias a su país. Las autoridades nacionales competentes de los países exportadores deben verificar la autenticidad de las autorizaciones de importación antes de emitir las autorizaciones de exportación necesarias para permitir que las remesas que contienen las sustancias salgan de su país.

63. En el Convenio de 1971 no se exige la concesión de autorizaciones de importación y exportación para el comercio de las sustancias sicotrópicas incluidas en las Listas III y IV del Convenio. No obstante, habida cuenta de la extendida desviación de esas sustancias del comercio internacional lícito en las décadas de 1970 y 1980, el Consejo Económico y Social, en sus resoluciones 1985/15, 1987/30 y 1993/38, solicitó a los gobiernos que hicieran extensivo el sistema de autorizaciones de importación y exportación a esas sustancias sicotrópicas.

64. La mayoría de los países y territorios ya ha introducido el requisito de autorizaciones de importación y exportación para las sustancias sicotrópicas incluidas en las Listas III y IV del Convenio de 1971, con arreglo a las citadas resoluciones del Consejo Económico y Social. Al 1 de noviembre de 2014, eran 204 los países y territorios que habían puesto a disposición de la Junta información específica, de la que se desprende que todos los principales países importadores y exportadores exigen actualmente autorizaciones de importación y exportación

en relación con todas las sustancias sicotrópicas de las Listas III y IV del Convenio de 1971.

65. A fin de ayudar a los gobiernos e impedir que los traficantes pongan la mira en los países donde los controles son menos estrictos, la Junta ha distribuido a todas las autoridades nacionales competentes un cuadro en el que se especifican los requisitos relativos a las autorizaciones de importación de las sustancias incluidas en las Listas III y IV aplicados de conformidad con las resoluciones pertinentes del Consejo Económico y Social. El cuadro figura en el área segura del sitio web de la Junta, a la que solo tienen acceso funcionarios gubernamentales autorizados específicamente, para que las autoridades nacionales competentes de los países exportadores puedan ser informadas lo antes posible de las modificaciones en los requisitos relativos a las autorizaciones de importación de los países importadores.

66. De los datos sobre casos de desviación se desprende que los traficantes actúan rápidamente en los países en que la fiscalización es menos estricta. Por ello, la Junta insta a los gobiernos de los pocos Estados en que la legislación nacional no incluye aún el requisito de las autorizaciones de importación y exportación respecto de todas las sustancias sicotrópicas, independientemente de que esos Estados sean o no partes en el Convenio de 1971, a que amplíen el alcance de esas medidas de fiscalización de modo que se apliquen a todas las sustancias incluidas en las Listas III y IV del Convenio de 1971 lo antes posible, e informen a la Junta al respecto.

67. En la Convención de 1988 no se exige el requisito de las autorizaciones de importación y exportación para el comercio de precursores. No obstante, los gobiernos que no aplican algún sistema de fiscalización de importaciones y exportaciones de precursores no están en condiciones de cumplir con la obligación establecida en el tratado de contribuir a la prevención de la desviación. Esto concierne en particular a los gobiernos que solo expiden permisos generales, o que directamente no exigen ningún tipo de permiso, ya que se exponen a que los traficantes se aprovechen de la laxitud de sus medidas de control.

Verificación de la legitimidad de operaciones concretas, en particular las que requieren autorizaciones de importación

68. Para que el sistema de fiscalización internacional del comercio internacional lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas funcione adecuadamente, es indispensable que las autoridades públicas verifiquen la autenticidad de todas las autorizaciones de importación que

consideren sospechosas. Esta medida resulta particularmente necesaria en los casos en que las autorizaciones utilicen formatos nuevos o desconocidos, lleven sellos o firmas desconocidos, no hayan sido expedidas por la autoridad nacional competente reconocida, o se refieran a sustancias que se sabe que con frecuencia son objeto de uso indebido en la región a la que pertenece el país importador. La Junta observa con aprecio que los gobiernos de los principales países exportadores han establecido la práctica de verificar con las autoridades nacionales competentes de los países importadores la legitimidad de las autorizaciones de importación o de señalar a su atención los documentos que no cumplen plenamente los requisitos en cuanto a esas autorizaciones establecidos en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

69. La mayoría de los países importadores sigue aplicando de forma diligente el sistema de autorizaciones de importación. Muchos gobiernos de países importadores informan a la Junta con regularidad de los cambios en el formato de sus autorizaciones de importación y le proporcionan ejemplares de los certificados y autorizaciones revisados para estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores. La Junta dispone de un conjunto de muestras de certificados y autorizaciones oficiales que pueden ser comparados con los documentos de importación dudosos, lo que permite a la Junta prestar una asistencia más idónea a los gobiernos de los países exportadores para verificar la legitimidad de las autorizaciones de importación.

70. Cuando una muestra del conjunto de autorizaciones oficiales de la Junta difiere de una autorización de importación recién presentada, o cuando se carece de la muestra correspondiente, la Junta, en nombre de las autoridades competentes del país exportador, se pone en contacto con el país importador para verificar la legitimidad de la operación. La Junta desea recordar a los gobiernos de los países importadores que la falta de respuesta a su debido tiempo a todas las consultas que reciban de las autoridades competentes o de la Junta en relación con la legitimidad de las operaciones puede impedir que se detecten a tiempo los posibles intentos de desviación o retrasar de forma indebida el comercio legítimo de sustancias fiscalizadas.

Notificaciones previas a la exportación de precursores

71. La Convención de 1988, y en concreto su artículo 12, contribuye a prevenir el desvío de precursores del comercio internacional. Los países importadores, invocando el

artículo 12, párrafo 10 a), de la Convención, pueden obligar a los países exportadores a que les informen de toda exportación de precursores prevista a su territorio. El país importador puede utilizar la notificación previa a la exportación para verificar la legitimidad del envío. En la actualidad, 107 Estados y territorios han solicitado formalmente notificaciones previas a la exportación. Si bien esto representa un aumento con respecto al año anterior, siguen siendo muchos los gobiernos y regiones que aún desconocen la situación de la importación de precursores a su territorio, lo que los hace vulnerables. La Junta exhorta a todos los gobiernos que aún no lo hacen a que invoquen sin demora el artículo 12, párrafo 10 a), de la Convención de 1988.

72. El sistema electrónico de intercambio de notificaciones previas a la exportación (PEN Online) de la Junta permite a los Estados Miembros intercambiar fácilmente información sobre exportaciones previstas de precursores y generar alertas cuando se dude de la legitimidad de un envío concreto. Desde la puesta en marcha del sistema PEN Online en 2006, se han inscrito como usuarios un total de 150 países y territorios. Dada la creciente utilización del sistema, se ha alcanzado un promedio que supera las 2.100 notificaciones previas a la exportación comunicadas mensualmente. La Junta es consciente de que algunos países siguen exportando sustancias incluidas en los Cuadros sin enviar notificaciones previas por conducto del sistema PEN Online, en algunos casos incluso aunque el país importador las exija. La Junta insta a los gobiernos a que utilicen activa y sistemáticamente ese sistema, y a los países que aún no lo hayan hecho, a que se inscriban en él cuanto antes.

c) Eficacia de las medidas de fiscalización encaminadas a prevenir la desviación del comercio internacional de sustancias fiscalizadas

73. El régimen de medidas de fiscalización establecido en la Convención de 1961 protege eficazmente el comercio internacional de estupefacientes contra los intentos de desviación de esas drogas hacia canales ilícitos. Asimismo, como resultado de la aplicación prácticamente universal de las medidas de fiscalización establecidas en el Convenio de 1971 y las resoluciones conexas del Consejo Económico y Social, en los últimos años no se han detectado casos de desviación de sustancias sicotrópicas del comercio internacional hacia canales ilícitos.

74. Las discrepancias en los informes de los gobiernos sobre el comercio internacional de estupefacientes y

sustancias sicotrópicas se investigan regularmente con las autoridades competentes de los países en cuestión a fin de asegurar que no haya desviación alguna del comercio internacional lícito. Esas investigaciones pueden revelar deficiencias en la aplicación de las medidas de fiscalización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, como en los casos en que las empresas no respetan las disposiciones nacionales relativas a la fiscalización de drogas.

75. Desde mayo de 2014 se han iniciado investigaciones con 30 países respecto de las discrepancias constatadas en la información sobre el comercio de estupefacientes correspondiente a 2013. En las respuestas de esos países se señaló que las discrepancias obedecieron a errores administrativos y técnicos al preparar las notificaciones, al hecho de que no se consignó expresamente en el formulario correspondiente que se trataba de una exportación o importación de preparados que figuraban en la Lista III de la Convención de 1961, y a la categorización errónea de países de tránsito como partes en la operación comercial. En algunos casos los países confirmaron las cantidades que habían notificado, lo que dio lugar a investigaciones de seguimiento con sus respectivos socios comerciales. No se detectaron casos que indicaran posibles desviaciones de estupefacientes hacia canales ilícitos.

76. De un modo similar, se iniciaron investigaciones con 57 países respecto de 234 discrepancias constatadas en datos correspondientes a 2012 relativos al comercio internacional de sustancias sicotrópicas. Al 1 de noviembre de 2014, 40 países habían aportado respuestas en relación con 178 casos que entrañaban discrepancias, lo que permitió resolver 104 de esos casos. En todos los casos en que los países confirmaron en sus respuestas los datos aportados, se emprendieron medidas de seguimiento con los correspondientes socios comerciales. En todas las respuestas recibidas hasta la fecha se indicó que las discrepancias obedecieron a errores administrativos o técnicos; en la mayoría de los casos no se convirtieron las cantidades a una base anhidra o hubo "solapamientos", es decir, que una exportación de un año determinado no llegó al país importador hasta principios del año siguiente. No se detectó en las investigaciones ningún caso de posible desviación de sustancias sicotrópicas del comercio internacional.

77. La Junta exhorta a los gobiernos a que sigan vigilando el comercio internacional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas utilizando para ello los instrumentos mencionados más arriba. Se alienta a las autoridades nacionales competentes a que soliciten a la Junta que las ayude a verificar la legitimidad de las operaciones sospechosas.

78. Con arreglo a la resolución 50/11 de la Comisión de Estupefacientes, se alienta a los gobiernos a que notifiquen a la Junta la incautación de sustancias sujetas a fiscalización internacional encargadas por Internet y recibidas por correo, a fin de determinar la magnitud y las tendencias de ese fenómeno. En 2014 solo los Gobiernos de Estonia y Finlandia informaron de tales incautaciones, concretamente de buprenorfina, clordiazepóxido, fenobarbital, metilfenidato, pentobarbital y zolpidem. Además, el Gobierno de la India informó de la incautación de sustancias sicotrópicas recibidas por correo: 1,9 kg de metacualona con destino a Australia, 1,78 kg de metacualona dirigida a Malasia y 38 g de estimulantes de tipo anfetamínico destinados también a Malasia. La India también notificó la incautación de 240 g de ketamina, sustancia que no está sujeta a fiscalización internacional.

79. Por otra parte, en 2014 tres países comunicaron a la Junta otras incautaciones de sustancias sicotrópicas. El Gobierno del Chad notificó que se habían incautado 282 cápsulas de diazepam introducidas de contrabando en el país procedentes del Camerún. Marruecos informó de la incautación de 450.357 unidades de sustancias sicotrópicas, sin especificar el tipo de sustancias, que se habían encontrado en vehículos a motor. En el caso más reciente, el Gobierno de Malasia informó a la Junta de dos grandes operaciones, realizadas en mayo y junio de 2014, en las que se incautaron 536.050 comprimidos y 391.900 comprimidos, respectivamente, que contenían alprazolam, clobazam, diazepam, lorazepam, metilfenidato, midazolam, pentazocina o zolpidem. Las remesas, que se interceptaron en la zona franca del aeropuerto internacional de Kuala Lumpur, procedían del Pakistán y habían sido declaradas como productos exentos de restricciones.

80. La Junta desea felicitar a los Gobiernos mencionados por su vigilancia y confía en que las autoridades competentes investigarán todos los intentos de desviar sustancias sujetas a fiscalización con el fin de que se pueda identificar y enjuiciar a los responsables.

81. La aplicación de medidas de fiscalización ha contribuido a la supervisión eficaz del movimiento de precursores en el comercio internacional y ha dado lugar, al menos en parte, a que los traficantes traten de aprovecharse de las deficiencias a escala nacional y utilicen sustancias químicas no fiscalizadas para la fabricación ilícita de drogas. Estos cambios en las tendencias dificultarán la aplicación de las medidas de fiscalización existentes, y tal vez resultarán necesarios nuevos enfoques. Con todo, algunas sustancias utilizadas para la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico, particularmente los preparados que contienen los precursores

efedrina y seudofedrina, siguen desviándose del comercio internacional.

d) Prevención de la desviación de los canales de distribución internos

82. Debido a que a los traficantes les resulta hoy más difícil obtener estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores del comercio internacional, la desviación de esas sustancias de los canales de distribución lícitos internos se ha convertido en una importante fuente de abastecimiento de los mercados ilícitos. Los estupefacientes y sustancias sicotrópicas que se desvían con más frecuencia suelen ser aquellos más utilizados para fines legítimos. Suelen desviarse principalmente en forma de preparados farmacéuticos, por lo general para hacerlos después objeto de uso indebido.

83. En el caso de muchas sustancias sobre las que consta que han sido desviadas de canales de distribución internos, poco se sabe de los métodos empleados para su obtención. Como los gobiernos no están obligados a poner en conocimiento de la Junta cada uno de los casos de desviación de los canales de distribución internos, hay poca información sobre el momento en que se produce la desviación o los métodos específicos utilizados por los traficantes o los consumidores para obtener esas sustancias. Si bien los datos sobre incautaciones a menudo indican la existencia de problemas de desviación, otras fuentes, como los datos sobre uso indebido de sustancias obtenidos por medio de encuestas o proporcionados por los centros de tratamiento y asistencia psicológica a drogodependientes, también pueden ser indicio de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas en los mercados ilícitos. La falta de legislación nacional que se ajuste a los tratados, la aplicación inadecuada de esa legislación o la vigilancia insuficiente de aplicación suelen ser las causas que subyacen a la desviación.

84. La Junta recomienda a los gobiernos que la informen regularmente de los principales casos de desviación de sustancias fiscalizadas de los canales de distribución internos ocurridos en sus países, de modo que las enseñanzas resultantes puedan comunicarse a los demás gobiernos.

85. La desviación de los canales de distribución internos se ha convertido en una de las fuentes principales de los precursores que se utilizan en la fabricación ilícita de drogas. Para hacer frente a los *modus operandi* más utilizados por los traficantes de anhídrido acético en los últimos años, el Grupo de Tareas Precursores del Proyecto Cohesión puso en marcha en 2013 una operación

internacional centrada en la verificación de la legitimidad del comercio interno y el uso final de dicha sustancia. La operación sirvió para confirmar que las medidas de fiscalización aplicadas al comercio y la distribución internos de anhídrido acético están a la zaga respecto de las que se utilizan en el comercio internacional, y que el alcance de esas medidas internas varía considerablemente de un país a otro. El informe de la Junta sobre precursores correspondiente a 2014 contiene más información al respecto. La Junta alienta a los gobiernos a participar activamente en las actividades del Proyecto Prisma y el Proyecto Cohesión, las dos iniciativas internacionales que se centran en los precursores utilizados para la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico y de cocaína y heroína, respectivamente.

86. La desviación de los canales de distribución internos sigue alimentando también la fabricación ilícita de metanfetamina, a menudo en forma de preparados farmacéuticos que contienen efedrina y pseudoefedrina. Esto implica una desviación tanto en el país donde tiene lugar la fabricación ilícita como de los canales internos de otros países, con el consiguiente contrabando transfronterizo. La preocupación planteada en numerosas ocasiones por la Junta en relación con las previsiones relativamente elevadas de las necesidades anuales legítimas de importación de efedrina y pseudoefedrina de algunos países de Asia occidental ha llevado a que algunos de los gobiernos en cuestión reduzcan dichas previsiones. La Junta felicita a esos gobiernos y alienta a todos los gobiernos a que examinen con regularidad las necesidades en materia de importación que tienen publicadas³², las modifiquen según proceda en función de los datos más recientes del mercado e informen a la Junta según corresponda.

2. Medidas para garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos

87. Conforme a su mandato de garantizar la disponibilidad de sustancias sujetas a fiscalización internacional para su utilización con fines médicos y científicos, la Junta lleva a cabo diversas actividades relacionadas con los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas. La Junta sigue de cerca las medidas adoptadas por los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras entidades en apoyo de la disponibilidad y el uso racional de las sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos.

a) Oferta y demanda de materias primas de opiáceos

88. La Junta tiene otorgado un papel importante en la vigilancia del cultivo, la producción, el comercio y el consumo de opiáceos. En cumplimiento de lo dispuesto en la Convención de 1961 y las resoluciones pertinentes del Consejo Económico y Social y de la Comisión de Estupefacientes, la Junta examina periódicamente cuestiones relativas a la oferta y la demanda de opiáceos para atender las necesidades lícitas y, en colaboración con los gobiernos, procura que se mantenga un equilibrio duradero entre la oferta y la demanda.

89. Con el fin de evaluar la situación de la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos, la Junta analiza los datos que le proporcionan los gobiernos sobre esas materias primas y los opiáceos fabricados a partir de ellas. Además, la Junta examina información sobre la utilización de esas materias primas, la previsión de su consumo para fines lícitos y las existencias a escala mundial. En el informe técnico de la Junta sobre estupefacientes correspondiente a 2014 figura un análisis detallado de la situación actual de la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos. Dicho análisis se resume en los párrafos que siguen.

90. La Junta recomienda que las existencias mundiales de materias primas de opiáceos se mantengan en un nivel suficiente para satisfacer la demanda mundial durante aproximadamente un año, con el fin de garantizar que se disponga de opiáceos para atender las necesidades médicas en caso de que disminuya inesperadamente la producción (por ejemplo, a causa de condiciones meteorológicas adversas en los países productores), pero, al mismo tiempo, reducir el riesgo de desviaciones asociado a unas existencias excesivas.

91. En 2013 la superficie sembrada de adormidera rica en morfina en los principales países productores aumentó respecto de la del año anterior, a pesar del elevado nivel de las existencias. La India, único país que produce opio para su exportación, redujo su producción en un 75%. Australia siguió siendo el mayor productor en 2013, con 190 t, y le siguieron Francia, España y Turquía. Australia produjo el 37% del total mundial en equivalente de morfina. La paja de adormidera es la principal fuente de la que se extrae el alcaloide (95%); el opio representa el 5% restante. De acuerdo con la información suministrada por los gobiernos de los principales países productores, se calcula que la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina aumentará en 2015 a 715 t en equivalente de morfina. Las existencias de materias primas de opiáceos ricas en morfina (paja de adormidera,

³²Véase www.incb.org/documents/PRECURSORS/ANNUAL-LICIT-REQUIREMENTS/INCB_ALR_WEB.xlsx.

concentrado de paja de adormidera y opio) ascendían a finales de 2013 a unas 546 t en equivalente de morfina, y se consideró que bastaban para satisfacer durante 14 meses el volumen de la demanda mundial prevista para 2014. La demanda mundial de materias primas de opiáceos ricos en morfina por parte de los fabricantes ha aumentado, con fluctuaciones, desde 2000, y en 2012 alcanzó las 456 t en equivalente de morfina. En 2013 la demanda mundial de esas sustancias descendió a 432 t en equivalente de morfina. Se prevé que en 2014 y 2015 la demanda volverá a aumentar, a unas 460 t y unas 480 t, respectivamente.

92. En 2013 el cultivo de adormidera rica en tebaína aumentó en Australia y Hungría (un 33% y un 43%, respectivamente, de la superficie real cosechada) y disminuyó en Francia (un 11%). España se mantuvo en el mismo nivel que el año anterior, con 3.574 hectáreas de cultivo. La producción mundial de materias primas de opiáceos ricos en tebaína aumentó año a año entre 2010 y 2013, hasta alcanzar las 364 t³³ en equivalente de tebaína. Sin embargo, se prevé que en 2014 aumentará solo ligeramente, a 368 t, y que disminuirá considerablemente en 2015, hasta las 325 t. En 2013 Australia produjo el 86% del total mundial; España, el 9%, y Francia, la India y Hungría, el resto. La demanda mundial de materias primas de opiáceos ricos en tebaína por parte de los fabricantes también ha aumentado en los últimos años, aunque igualmente con fluctuaciones. En 2013 la demanda total se redujo a 232 t en equivalente de tebaína, frente a las 261 t de 2012. Se prevé que la demanda mundial de materias primas de opiáceos ricos en tebaína aumentará a unas 260 t en equivalente de tebaína en 2014 y alcanzará las 270 t en 2015. La demanda de opiáceos derivados de la tebaína se concentra sobre todo en los Estados Unidos y ha aumentado enormemente desde finales del decenio de 1990, si bien disminuyó a 108 t en 2013. Es probable que vuelva a aumentar en los próximos años, debido en parte a que se prevé un mayor consumo de esos opiáceos en otros países. Se calcula que la demanda mundial llegará en 2014 a unas 130 t en equivalente de tebaína y en 2015 a 140 t. Las existencias de materias primas de opiáceos ricos en tebaína (paja de adormidera, concentrado de paja de adormidera y opio) bastan para satisfacer la demanda mundial prevista para 2014 durante aproximadamente 12 meses. Las existencias mundiales de opiáceos derivados de materias primas ricas en tebaína (oxicodona, tebaína y una pequeña cantidad de oximorfona) son suficientes para cubrir la demanda mundial de esos opiáceos durante unos 22 meses.

³³El análisis se basa principalmente en las materias primas obtenidas de adormidera rica en tebaína, pero comprende también, cuando corresponde, el alcaloide tebaína contenido en la adormidera rica en morfina.

93. El cultivo de adormidera rica en codeína ha aumentado. Francia se ha sumado a Australia (único productor hasta 2013) y ha comenzado a cultivar esta variedad. Se calcula que en 2014 la superficie de cultivo de adormidera rica en codeína en Australia y Francia era de 2.142 y 2.050 hectáreas, respectivamente. Se prevé que en 2015 siga aumentando el cultivo en ambos países.

94. En los últimos 20 años el consumo mundial de opioides se ha triplicado con creces. El porcentaje del consumo de opiáceos con respecto al del consumo de opioides también fluctuó durante ese período. No obstante, entre 2010 y 2013, la relación entre el consumo de opiáceos y el de opioides sintéticos se estabilizó en torno al 60% y el 40%, respectivamente. 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.

95. Según los datos recabados, la cantidad de materias primas de opiáceos disponibles para fabricar los estupefacientes que se utilizan para aliviar el dolor es más que suficiente para satisfacer la demanda actual prevista por los gobiernos. Además, tanto la producción como las existencias van en aumento. Sin embargo, los datos recopilados y analizados por la Junta indican que el consumo de drogas para aliviar el dolor y con otros fines médicos es aún reducido en la mayoría de los países. El acceso a esas drogas es muy desigual y el consumo se concentra principalmente en países de América del Norte, Europa occidental y Oceanía. Ese desequilibrio es especialmente problemático puesto que los últimos datos señalan que muchas de las afecciones que requieren tratamiento del dolor están aumentando en los países de ingresos bajos y medios. Al mismo tiempo, es importante reconocer que, en los países donde el consumo de analgésicos opioides por habitante es elevado, han aumentado en los últimos años el uso indebido de medicamentos de venta con receta y las muertes por sobredosis asociadas a ellos.

96. 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 para el alivio del dolor y el sufrimiento, que garantice el acceso seguro a los mejores medicamentos que puedan adquirirse para los pacientes que los necesiten y, al mismo tiempo, prevenga la desviación de medicamentos para su uso indebido.

b) Consumo de sustancias sicotrópicas

97. En el Convenio de 1971 no se prevé la presentación a la Junta de datos estadísticos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas. En consecuencia, la Junta sigue calculando los niveles de consumo de esas sustancias basándose en los datos que le proporcionan los gobiernos sobre la fabricación, el comercio internacional, las cantidades utilizadas con fines industriales y las existencias de los fabricantes. Ello hace que resulte más difícil sacar conclusiones fiables que en el caso de los estupefacientes, sobre cuyo consumo es obligatorio presentar datos en virtud de la Convención de 1961.

98. Para hacer frente a esa situación, la Comisión de Estupefacientes, en su resolución 54/6, alentó a todos los Estados Miembros a que comunicaran a la Junta datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas. El número de gobiernos que presentan tales datos viene aumentando de forma constante desde 2010.

99. La Junta observa con beneplácito que en lo relativo a 2013 un total de 55 gobiernos (de 52 Estados y tres territorios) han presentado información sobre el consumo de algunas o todas las sustancias sicotrópicas con arreglo a la resolución 54/6 de la Comisión. Ello representa un aumento del 6% con respecto a 2012. Además, entre esos gobiernos figuran los de países que son grandes fabricantes y consumidores de sustancias sicotrópicas, como Alemania, Bélgica, el Canadá, Dinamarca, los Estados Unidos de América, Francia, los Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Sudáfrica. Esto permitirá a la Junta analizar con más exactitud los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas en los respectivos países y territorios y vigilar más adecuadamente las tendencias en países y regiones con miras a detectar hechos poco corrientes o negativos.

100. Por otra parte, al analizar los datos sobre el consumo recibidos se ha constatado que, en lo que respecta a la mayoría de los países fabricantes, los datos presentados difieren en muchos casos de las estimaciones de la Junta. Esto podría deberse a que los gobiernos tal vez hayan comunicado de forma incompleta otros datos, por ejemplo los referentes a las existencias de los fabricantes o a las cantidades que se dedican a fines industriales, que son elementos clave para el cálculo que la Junta realiza de los datos de consumo.

101. La Junta confía en que todos los gobiernos que aún no pueden recopilar y transmitirle datos fidedignos sobre los niveles de consumo de sustancias sicotrópicas en su territorio adopten las medidas necesarias para poder hacerlo. Con ello ayudarían enormemente a la

Junta en su labor de detección de tendencias inusuales en el consumo de sustancias sicotrópicas en los distintos países con miras a recomendar las medidas correctivas que puedan ser necesarias para asegurar una disponibilidad suficiente de esas sustancias.

c) Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre el Examen y la Evaluación Generales de los Progresos Realizados en la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

102. En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre el Examen y la Evaluación Generales de los Progresos Realizados en la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, celebrada en Nueva York los días 10 y 11 de julio de 2014, el Presidente de la Junta hizo referencia a la importancia de hacer un uso adecuado de las drogas sujetas a fiscalización internacional, pues tanto el consumo excesivo como el consumo insuficiente de esas drogas creaban problemas de salud pública. El Presidente pidió a los gobiernos que adoptaran medidas concretas para asegurar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles, incluido el uso indebido de drogas, y recaló el compromiso de la Junta de seguir colaborando con los gobiernos para aumentar la disponibilidad de los medicamentos esenciales que se necesitaban para tratar el dolor y los trastornos mentales y neurológicos.

d) Información sobre las necesidades especiales de los viajeros que llevan consigo, para su uso personal, preparados farmacéuticos que contienen sustancias sometidas a fiscalización

103. La Comisión de Estupefacientes, en sus resoluciones 45/5, 46/6 y 50/2, alentó a los Estados partes en la Convención de 1961 y en el Convenio de 1971 a que notificaran a la Junta las restricciones aplicables en esos momentos en su territorio nacional a los viajeros que estuvieran en tratamiento médico con preparados que contuviesen sustancias sometidas a fiscalización internacional, y solicitó a la Junta que publicara dicha información de manera unificada a fin de darle amplia difusión y facilitar la tarea de los organismos gubernamentales.

104. Desde la publicación del informe de la Junta correspondiente a 2013, más de 20 gobiernos adicionales

han entregado la información solicitada. Así, al 1 de noviembre de 2014, la Junta había recibido información de más de 100 gobiernos sobre las disposiciones jurídicas o las medidas administrativas aplicables en esos momentos en los respectivos países a los viajeros que llevarán consigo para su uso personal preparados farmacéuticos que contuviesen estupefacientes o sustancias sicotrópicas. Por otra parte, en muchos casos esa información se ha presentado en formatos diversos, debido a lo cual los viajeros tienen más dificultad para entender los requisitos específicos de su país de destino. Por lo tanto, la Junta ha organizado la información recibida en un formato estandarizado y ha solicitado a los gobiernos en cuestión que examinen la información estandarizada sobre los requisitos aplicables en sus respectivos países y le transmitan su aprobación. Una vez aprobada, la información estandarizada se publicará en el sitio web de la Junta, junto con el texto completo de la disposición legislativa nacional pertinente.

105. En ese sentido, la Junta desea señalar a la atención de los gobiernos las directrices internacionales para la elaboración de reglamentaciones nacionales relativas a los viajeros bajo tratamiento con sustancias sometidas a fiscalización internacional, que la Junta elaboró conforme a la resolución 46/6 de la Comisión. El objetivo principal de esas directrices, que están disponibles en el sitio web de la Junta, es ayudar a las autoridades nacionales a implantar un marco normativo a fin de regular los casos en que los pacientes que estén en tratamiento médico con preparados que contengan sustancias sometidas a fiscalización internacional viajen al extranjero y lleven consigo para su uso personal pequeñas cantidades de esos preparados. Las directrices presentan elementos de procedimientos uniformes que podrían aplicar las autoridades nacionales encargadas de la fiscalización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas que se ocupan de cuestiones relacionadas con los preparados farmacéuticos que contienen sustancias sometidas a fiscalización autorizadas en el país de salida del viajero.

106. La Junta exhorta a todos los gobiernos que aún no lo hayan hecho a que, en cumplimiento de las resoluciones 45/5, 46/6 y 50/2 de la Comisión de Estupefacientes, le notifiquen las reglamentaciones y restricciones nacionales vigentes aplicables a los viajeros que viajen al extranjero y lleven consigo para su uso personal preparados farmacéuticos que contengan sustancias sometidas a fiscalización internacional, así como todo cambio que se realice en la legislación nacional en cuanto al alcance de la fiscalización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas que sea de interés para los viajeros bajo tratamiento médico con sustancias sometidas a fiscalización internacional.

C. Cooperación de los gobiernos con la Junta

1. Presentación de información a la Junta por los gobiernos

107. Todos los años la Junta debe publicar dos informes: su informe anual y su informe sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988. La Junta también publica informes técnicos basados en la información que deben comunicarle las partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas. Esas publicaciones contienen análisis detallados de las previsiones de las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional y de la fabricación, el comercio, el consumo, la utilización y las existencias de esas sustancias.

108. La presentación de información por los gobiernos y el análisis de esa información por la Junta es un elemento decisivo de la capacidad de la Junta para vigilar y evaluar el cumplimiento de los tratados y el funcionamiento general del sistema de fiscalización internacional de drogas. La presentación de información ayuda a prevenir el uso legítimo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos y científicos y a detectar los *modus operandi* empleados para desviar las drogas o los precursores de canales lícitos a canales ilícitos y las sustancias químicas no fiscalizadas que se utilizan para la fabricación ilícita de drogas. La Junta puede recomendar medidas para ayudar a tratar las cuestiones relacionadas con el uso legítimo de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores e impedir la desviación de esas sustancias hacia los mercados ilícitos.

2. Presentación de información estadística

109. Los gobiernos están obligados a proporcionar a la Junta en forma oportuna, todos los años, informes estadísticos que contengan la información exigida por los tratados de fiscalización internacional de drogas.

110. Hasta el 1 de noviembre de 2014 habían presentado informes estadísticos anuales sobre estupefacientes (en el formulario C) con respecto a 2013 un total de 149 Estados y territorios (lo que equivale al 70% de los Estados y territorios que debían hacerlo), si bien se espera que otros gobiernos también presenten sus informes correspondientes a 2013 a su debido tiempo. Esa tendencia está en consonancia con las cifras registradas el año pasado. En total, 180 Estados y territorios presentaron estadísticas trimestrales sobre sus importaciones y exportaciones de

estupefacientes en 2013, lo que representó el 84% de los Estados y territorios que debían facilitar tales estadísticas. Esas cifras también están en consonancia con las registradas el año pasado. Los niveles más bajos de cumplimiento con la obligación de presentar periódicamente información estadística siguen correspondiendo a África, Oceanía y el Caribe. La Junta recordó varias veces a los países de esas regiones y de esa subregión la importancia de proporcionar información con respecto al funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas.

111. Hasta el 1 de noviembre de 2014 un total 150 Estados y territorios habían presentado a la Junta informes estadísticos anuales sobre sustancias sicotrópicas (en el formulario P) en relación con 2013, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 16 del Convenio de 1971, lo que equivale al 69% de los Estados y territorios que tenían obligación de presentarlos. La Junta se complace en observar que la tasa de presentación de esos informes ha sido considerablemente más alta para 2013 que para 2012. Por otra parte, como cada año, cabe esperar que algunos gobiernos presenten el formulario P en relación con 2013 en fecha posterior. Además, 116 gobiernos presentaron voluntariamente los cuatro informes estadísticos trimestrales sobre la importación y exportación de sustancias de la Lista II del Convenio, de conformidad con la resolución 1981/7 del Consejo Económico y Social, y otros 48 gobiernos presentaron algunos informes trimestrales.

112. Se ha observado que el número de países y territorios que no han presentado el formulario P a la Junta ha vuelto a ser más alto en África, Oceanía y el Caribe. Un total de 30 países y territorios de África (el 52%) no presentaron a la Junta el formulario P correspondiente a 2013. Asimismo, el 50% de los países y territorios de Oceanía y el 38% de los del Caribe tampoco presentaron el formulario P correspondiente a 2013. En cambio, todos los países de Europa, excepto dos (Grecia y Luxemburgo), y la mayoría de los países de América presentaron el formulario P correspondiente a 2013.

113. La Junta observa con preocupación que algunos de los países que no presentaron el formulario P antes de la fecha límite del 30 de junio de 2014 eran importantes países fabricantes, importadores y exportadores, como Alemania, Australia, el Brasil, China, Francia, la India, Irlanda, el Japón, los Países Bajos, el Pakistán y el Reino Unido. La República de Corea y Singapur, que son importantes importadores o exportadores de sustancias sicotrópicas, no presentaron el formulario P correspondiente a 2013. El hecho de presentar con retraso los informes estadísticos o de no presentarlos dificulta la tarea de la Junta

de vigilar las actividades lícitas relacionadas con las sustancias sometidas a fiscalización y retrasa su análisis de la disponibilidad mundial de esas sustancias para fines legítimos. La Junta desea, por consiguiente, invitar a los gobiernos a que adopten medidas para mejorar, según proceda, sus estructuras encargadas de presentar informes a la Junta, con miras a asegurar la recopilación y notificación oportunas de la información estadística. Esto se aplica a los informes estadísticos previstos en los tres tratados, concretamente a la información relativa a los estupefacientes, las sustancias sicotrópicas y los precursores.

114. El Consejo Económico y Social, en sus resoluciones 1985/15 y 1987/30, solicitó a los gobiernos que proporcionaran a la Junta datos detallados (desglosados por países de origen y de destino) sobre el comercio de sustancias de las Listas III y IV del Convenio de 1971 en sus informes estadísticos anuales sobre sustancias sicotrópicas. En relación con 2013, en total 134 gobiernos (el 89% de todos los que presentaron el formulario P) suministraron información detallada completa sobre ese comercio, cifra aproximadamente igual a la de 2012. Solo ocho países (Angola, Bahamas, Botswana, El Salvador, Guinea Ecuatorial, Haití, Namibia y Tonga) no presentaron información detallada sobre el comercio de esas sustancias en relación con 2013.

115. La Junta observa con reconocimiento que ha seguido aumentando el número de países que proporcionan datos de manera voluntaria sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, de conformidad con la resolución 54/6 de la Comisión de Estupefacientes. Así pues, en 2013 un total de 55 países y territorios proporcionaron datos sobre el consumo de algunas sustancias sicotrópicas o de todas ellas, frente a 52 países y territorios en 2012. La Junta aprecia la cooperación de los gobiernos en cuestión y exhorta a los demás gobiernos a que presenten información sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, ya que esos datos son de importancia fundamental para evaluar mejor la disponibilidad de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos.

116. Con respecto a los precursores, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención de 1988 las partes tienen la obligación de presentar información sobre las sustancias utilizadas frecuentemente para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Al proporcionar esa información anualmente en el formulario D, los gobiernos permiten que la Junta determine y analice con mayor eficacia las nuevas tendencias del tráfico de precursores y la fabricación ilícita de drogas. Hasta el 1 de noviembre de 2014, un total de 136 Estados y territorios habían presentado el formulario D

correspondiente a 2013. Sin embargo, 85 países no presentaron el formulario antes de la fecha límite del 30 de junio de 2014 e incumplieron, por tanto, sus obligaciones.

117. De los Estados y territorios que proporcionaron información relativa a 2013, 65 comunicaron la incautación de sustancias incluidas en los Cuadros y 36 notificaron la incautación de sustancias no incluidas en los Cuadros, cifras algo inferiores a las de 2012. Al igual que en años anteriores, la mayoría de esos gobiernos no proporcionó información detallada sobre los métodos de desviación y fabricación ilícita ni sobre los envíos detenidos. En algunos casos, la Junta tiene conocimiento de otras fuentes oficiales, como los informes nacionales sobre la situación relativa a las drogas publicados anualmente y las exposiciones presentadas por funcionarios de los gobiernos en diversos foros sobre fiscalización de drogas, que a veces incluyen detalles o datos adicionales relativos a años respecto de los cuales los gobiernos no presentaron información sobre la incautación en el formulario D. La Junta insta a los gobiernos a que establezcan los mecanismos correspondientes para garantizar la exhaustividad de los datos presentados.

118. El Consejo Económico y Social, en su resolución 1995/20, instó a los gobiernos a que, con sujeción a las disposiciones de la legislación nacional sobre confidencialidad y protección de datos, proporcionaran a la Junta información sobre el comercio lícito de precursores. Al tener acceso a información relativa al comercio de precursores, la Junta está en condiciones de vigilar las corrientes del comercio internacional legítimo a fin de detectar indicios de actividades ilícitas, lo que puede ayudar a prevenir la desviación de precursores. Hasta el 1 de noviembre de 2014, 125 Estados y territorios habían presentado a la Junta información pertinente sobre el comercio lícito correspondiente a 2013 y 123 Estados y territorios la habían informado de los usos legítimos y las necesidades de algunas de esas sustancias o de todas ellas en el período que se examina.

119. Durante 2013 la comunidad internacional ha utilizado una diversidad de instrumentos innovadores para fortalecer y consolidar el régimen de fiscalización de precursores. El Afganistán, Belice, China, Filipinas, Liberia y la República Checa emplearon instrumentos legislativos internos para endurecer las medidas de fiscalización de la fabricación, importación y venta de precursores. En diciembre de 2013 la Unión Europea también fortaleció su legislación sobre precursores.

120. El Sistema de Comunicación de Incidentes relacionados con Precursores (PICS), instrumento seguro en línea para mejorar la comunicación y el intercambio de

información en tiempo real en todo el mundo entre autoridades nacionales sobre incidentes relacionados con precursores (incautaciones, remesas detenidas en tránsito, desviación e intentos de desviación, laboratorios ilícitos y equipo conexo), ha seguido creciendo tanto en usuarios como en incidentes comunicados. El PICS ha pasado a ser un instrumento clave del régimen de fiscalización internacional de precursores, que ayuda cada vez más a los gobiernos a comunicar rápidamente las nuevas tendencias, como la aparición de sustancias químicas no incluidas en los Cuadros. Hasta el 1 de noviembre de 2014 se habían registrado casi 400 usuarios en el PICS, de 90 países, en representación de casi 200 organismos nacionales y ocho organismos internacionales y regionales, que habían utilizado el sistema para comunicar más de 250 incidentes desde el 1 de noviembre de 2013.

3. Presentación de previsiones

121. En cumplimiento de lo dispuesto en la Convención de 1961, todos los años los Estados partes tienen la obligación de presentar a la Junta las previsiones de sus necesidades de estupefacientes para el año siguiente. Hasta el 1 de noviembre de 2014 se habían recibido las previsiones de las necesidades de estupefacientes para 2015 de un total de 154 Estados y territorios, cifra que representaba el 72% de los Estados y territorios que debían presentar esas previsiones anuales para que la Junta las confirmara. Esas cifras estaban en consonancia con las del año anterior. La Junta tuvo que establecer previsiones respecto de los Estados y territorios que no las habían presentado a tiempo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención de 1961.

122. Hasta el 1 de noviembre de 2014 los gobiernos de todos los países y territorios, con excepción de Sudán del Sur, habían presentado a la Junta por lo menos una previsión de sus necesidades anuales de sustancias sicotrópicas con fines médicos y científicos. De conformidad con la resolución 1996/30 del Consejo Económico y Social, la Junta estableció en 2011 las previsiones de las necesidades de sustancias sicotrópicas correspondientes a Sudán del Sur para que ese país pudiera importar dichas sustancias con fines médicos sin retrasos indebidos.

123. De conformidad con las resoluciones 1981/7 y 1991/44 del Consejo Económico y Social, se solicita a los gobiernos que presenten a la Junta previsiones de sus necesidades anuales de sustancias sicotrópicas con fines médicos y científicos enumeradas en las Listas II, III y IV del Convenio de 1971. Las previsiones relativas a las sustancias sicotrópicas siguen estando en vigor hasta que los

gobiernos las modifican para reflejar los cambios de las necesidades de los países. La Junta recomienda a los gobiernos que, al menos una vez cada tres años, revisen y actualicen las previsiones de sus necesidades anuales de las sustancias sicotrópicas que utilizarán con fines médicos y científicos.

124. En los 12 meses siguientes al 1 de noviembre de 2013, un total de 78 países y ocho territorios presentaron previsiones completamente revisadas de sus necesidades de sustancias sicotrópicas, y otros 94 gobiernos presentaron modificaciones de las previsiones relativas a una o más sustancias. No han presentado ninguna revisión de sus necesidades legítimas de sustancias sicotrópicas desde hace más de tres años los gobiernos de 24 países y un territorio.

125. El hecho de no presentar previsiones adecuadas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas puede debilitar la labor de fiscalización de drogas. Si las previsiones son inferiores a las necesidades legítimas, puede haber obstáculos o demoras para importar o usar los estupefacientes o sustancias sicotrópicas que se necesitan para fines médicos o científicos. Si se presentan previsiones considerablemente superiores a las necesidades legítimas, aumenta el riesgo de que las sustancias importadas se desvíen hacia canales ilícitos. La Junta exhorta a todos los gobiernos a que velen por que sus previsiones sean lo suficientemente altas pero no excesivas. Cuando sea necesario, los gobiernos deberían presentar a la Junta previsiones complementarias de estupefacientes o informarla de las modificaciones introducidas en sus previsiones de sustancias sicotrópicas. La Junta invita a todos los gobiernos, en particular a los de los países y territorios en que se registran bajos niveles de consumo de sustancias fiscalizadas, a que consulten la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, preparada por la Junta y la OMS para las autoridades nacionales competentes, que se publicó en febrero de 2012.

126. La Comisión de Estupefacientes, en su resolución 49/3, pidió a los Estados Miembros que proporcionaran a la Junta las previsiones anuales de sus necesidades legítimas de las cuatro sustancias que se utilizaban frecuentemente para la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico, a saber, 3,4-metilendioxiifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P), seudofedrina, efedrina y 1-fenil-2-propanona (P-2-P), y de los preparados que contuvieran esas sustancias. Se esperaba que, con esos datos, las autoridades competentes de los países exportadores tuvieran al menos una indicación de las necesidades legítimas de los países importadores, para prevenir así los intentos de desviación. Hasta el 1 de noviembre de 2014, 157 gobiernos

habían presentado las previsiones respecto de al menos una de las sustancias mencionadas; la Arabia Saudita, Nepal y Turkmenistán presentaron previsiones por primera vez. En 2014 la Junta examinó las necesidades legítimas anuales de los países de Asia occidental con previsiones relativamente altas de importaciones de efedrina y seudofedrina y pidió a los gobiernos correspondientes que actualizaran sus previsiones con carácter urgente.

127. La Junta recuerda a todos los gobiernos que las cifras totales de las previsiones de las necesidades anuales de los estupefacientes que se utilizarán con fines médicos y científicos, así como las previsiones relativas a las necesidades de sustancias sicotrópicas, se consignan en sus publicaciones anuales y trimestrales, y que en su sitio web (www.incb.org) se pueden consultar las actualizaciones mensuales. También hay en el sitio web información actualizada sobre las previsiones de las necesidades anuales legítimas de precursores de los estimulantes de tipo anfetamínico.

4. Examen de los datos y deficiencias constatadas en la presentación de información

128. Como se ha señalado en informes anteriores de la Junta, la presentación de información estadística por parte de los gobiernos permite a la JIFE vigilar el funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas, lo que, a su vez, ayuda a los gobiernos a luchar contra posibles desviaciones y usos ilícitos de sustancias sometidas a fiscalización internacional. La Junta observa nuevamente con preocupación en el presente informe que algunos gobiernos, entre ellos los principales países fabricantes, no le han presentado información sobre producción, fabricación, utilización, exportación, importación, consumo y existencias de sustancias sujetas a fiscalización, ni sobre la incautación de precursores.

129. El sistema de fiscalización internacional de drogas se basa en la participación activa de todos los gobiernos, y la Junta sigue preocupada por el grado en que se presenta con retraso la información y en que se suministran datos incompletos o inexactos. El análisis y examen oportunos de los datos por la Junta se hacen extraordinariamente difíciles cuando los gobiernos no presentan estadísticas exactas a su debido tiempo. A fin de asistir a los gobiernos, la Junta ha elaborado instrumentos y material para uso de las autoridades nacionales competentes, que pueden obtenerse gratuitamente en su sitio web. Se solicita a los gobiernos que adopten todas las medidas

necesarias para remediar las actuales deficiencias en la presentación de informes a fin de que se apliquen debidamente los tratados de fiscalización internacional de drogas.

D. Evaluación del cumplimiento general de los tratados

1. Evaluación del cumplimiento general de los tratados en determinados países

130. La Junta examina periódicamente la situación en materia de fiscalización de drogas en distintos países y el cumplimiento general por los gobiernos de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. El análisis de la Junta abarca diversos aspectos de la fiscalización, entre ellos el funcionamiento de los organismos nacionales de fiscalización de drogas, la idoneidad de la legislación y las políticas nacionales correspondientes, las medidas adoptadas por los gobiernos para combatir el tráfico y el uso indebido de drogas y garantizar la disponibilidad de las cantidades necesarias de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos, y el cumplimiento por los gobiernos de sus obligaciones de presentación de informes en virtud de los tratados.

131. Las conclusiones del examen y las recomendaciones de la Junta sobre medidas correctivas se comunican a los gobiernos interesados en el contexto del diálogo permanente que la Junta sostiene con los gobiernos para mejorar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

132. En 2014 la Junta examinó la situación en materia de fiscalización de drogas en los Estados Unidos, Papua Nueva Guinea, el Uruguay y Uzbekistán, así como las medidas adoptadas por los Gobiernos de esos países para aplicar los tratados de fiscalización internacional de drogas. En su examen tuvo en cuenta toda la información disponible y prestó particular atención a las novedades registradas en el contexto de la fiscalización de drogas en esos países.

a) Papua Nueva Guinea

133. La Junta sigue preocupada por la situación de la fiscalización de drogas en Papua Nueva Guinea, entre otras cosas por la falta de legislación adecuada para afrontar los problemas relacionados con las drogas en el

país y de mecanismos adecuados de coordinación entre los organismos oficiales en el ámbito de la fiscalización de drogas. La Junta observa que recientemente ha mejorado la información que le presenta el Gobierno sobre las sustancias sicotrópicas en cumplimiento de lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas, pero le sigue preocupando la limitada información de que dispone sobre la situación general de la lucha contra las drogas en el país y el cumplimiento por el Gobierno de su obligación, establecida en los tratados de fiscalización internacional de drogas, de presentar informes sobre los estupefacientes y los precursores.

134. Papua Nueva Guinea ha creado algunos mecanismos institucionales para afrontar los problemas relacionados con el uso ilícito de drogas. El Gobierno creó la Junta Nacional de Estupefacientes para que impulsara campañas destinadas a educar y sensibilizar a la población, prestara servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo psicológico relacionados con el consumo de drogas, reuniera información conexa y asesorara al Gobierno sobre cuestiones relativas a las políticas en materia de drogas. Conforme a la ley sobre drogas peligrosas, las autoridades aduaneras y la policía tienen el mandato de hacer cumplir en el país la legislación sobre las drogas. El Departamento Nacional de Salud controla todos los fármacos, de conformidad con la ley de la Junta Farmacéutica y la ley de medicamentos y cosméticos.

135. Al no disponer de información oficial del Gobierno, la Junta debe recurrir a fuentes secundarias para determinar los problemas del país relacionados con las drogas y evaluar la labor del Gobierno para afrontarlos. En diversos informes se indica que existen graves deficiencias en la distribución de medicamentos y una continua escasez de fármacos en los centros médicos. La prensa ha indicado que el cultivo ilícito y el tráfico de cannabis siguen muy extendidos en el país, en particular en las tierras altas. Según otras informaciones de la prensa, en el país operan bandas de narcotraficantes cuyos miembros son nacionales y extranjeros. Además, los medios de comunicación internacionales han señalado que en Papua Nueva Guinea se fabrica metanfetamina.

136. De acuerdo con lo que declaró en marzo de 2014 la Junta Nacional de Estupefacientes, el consumo de drogas y alcohol casero es un problema grave en el país, y los dirigentes de las comunidades deberían colaborar con los jóvenes para eliminarlo. En esa declaración se indicaba que un equipo formado por funcionarios de la Junta y miembros de la brigada antidrogas de la policía nacional había dirigido en el país una campaña de sensibilización y un programa de educación exhaustivos sobre las drogas.

137. Papua Nueva Guinea es parte en la Convención Única de 1961 y el Convenio de 1971. Sin embargo, aún no se ha adherido a la Convención de 1988. En ese contexto, la Junta recuerda a los gobiernos que aún no se han adherido a ninguno de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas que la Asamblea General, en su resolución 53/115, que se aprobó tras su período extraordinario de sesiones sobre la lucha en común contra el problema mundial de las drogas, instó a todos los Estados a que ratificaran los tratados de fiscalización internacional de drogas o se adhirieran a ellos y a que aplicaran todas sus disposiciones. En ese período extraordinario de sesiones también se hizo particular referencia a la importancia de la fiscalización adecuada de los precursores, que se correspondía al ámbito de aplicación de la Convención de 1988. La Junta reitera su disposición a prestar asistencia al Gobierno de Papua Nueva Guinea para que se adhiera a la Convención de 1988 y mejore su cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

b) Estados Unidos de América

138. La Junta sigue manteniendo un diálogo constructivo con el Gobierno de los Estados Unidos sobre las novedades relacionadas con las drogas en el país, incluso con respecto al cannabis, para alentar al Gobierno a que cumpla las obligaciones que le incumben en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

139. La Junta observa que, como se examina más a fondo en el capítulo III del presente informe, en varios estados del país siguen implantándose programas de uso de cannabis con fines médicos. La Junta observa que, conforme a la legislación federal de los Estados Unidos, el cannabis sigue siendo una sustancia sometida a fiscalización en el plano federal y hasta la fecha no tiene uso médico en los tratamientos.

140. Durante el período que se examina, en los estados de Colorado y Washington se siguieron elaborando y aplicando medidas reglamentarias con objeto de establecer mercados para el consumo recreativo de cannabis dentro de sus respectivos territorios. El 1 de enero de 2014 comenzó a comercializarse cannabis con fines no médicos en puntos de venta al por menor autorizados del estado de Colorado. En julio de 2014 también se empezó a vender cannabis con fines no médicos en el estado de Washington. En noviembre de 2014 los votantes de los estados de Alaska y Oregón y del Distrito de Columbia aprobaron iniciativas legislativas populares para legalizar el consumo de cannabis con fines no médicos en sus respectivas jurisdicciones. La Junta observa, sin embargo, que

el cannabis sigue siendo una sustancia fiscalizada conforme a la legislación federal de los Estados Unidos.

141. El Gobierno de los Estados Unidos ha adoptado algunas medidas para responder en parte a las novedades relacionadas con el cannabis en numerosos estados del país. El 29 de agosto de 2013 y el 14 de febrero de 2014, el Departamento de Justicia envió memorandos a los fiscales de todos los estados con objeto de impartirles orientación sobre todas las actividades de aplicación de la legislación federal relativa al cannabis, inclusive en el ámbito civil y en el de la investigación y el enjuiciamiento penales, en todos los estados. También el 14 de febrero de 2014, el Departamento del Tesoro publicó una guía sobre las disposiciones de la ley del secreto bancario relativas a las entidades mercantiles relacionadas con la marihuana, para ofrecer orientación a las instituciones financieras sobre la prestación de servicios a las entidades mercantiles relacionadas con el cannabis.

142. La Junta observa que el Gobierno ha adoptado y planeado diversas medidas para hacer un seguimiento de la aplicación de la reglamentación relacionada con el cannabis en algunos estados del país y velar por que esta se ajuste a las prioridades federales en materia de represión del delito, así como para examinar los efectos para la salud pública de esa nueva reglamentación. La Junta reitera su preocupación por el hecho de que las medidas adoptadas hasta la fecha por el Gobierno en lo que respecta a la legalización de la producción, venta y distribución de cannabis con fines no médicos ni científicos en los estados de Alaska, Colorado, Oregón y Washington no cumplen los requisitos establecidos en los tratados de fiscalización internacional de drogas. En particular, en la versión enmendada de la Convención de 1961 se dispone que las partes adoptarán todas las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias “para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos”. Esa disposición es estrictamente vinculante y no está sujeta a interpretación flexible. Además, la Convención dispone que los Estados partes deberán “dar cumplimiento a las disposiciones de la presente Convención en sus respectivos territorios”. Esa disposición se aplica también a los Estados que tienen una estructura federal.

143. En abril de 2014 la Comisión de Armonización de Penas de los Estados Unidos aprobó por unanimidad la propuesta de modificación de las directrices para la imposición de penas, a fin de reservar las penas más duras a los autores de los delitos relacionados con drogas más graves. Las directrices modificadas, que se hicieron públicas en enero de 2014, reducen en dos niveles la gravedad

del delito básico asociado a diversas cantidades de droga en lo que respecta a los delitos federales de tráfico de drogas. Según la Comisión, esa modificación afectaría a casi el 70% de los autores de delitos de tráfico de drogas, reduciría la pena media en 11 meses (casi el 18%) y mermaría la población penitenciaria en 6.550 personas en un plazo de cinco años.

c) Uruguay

144. El 20 de diciembre de 2013, el Poder Legislativo del Uruguay aprobó la Ley núm. 19.172 por la que se establecía el marco jurídico aplicable dirigido al control y regulación, por parte del Estado, de la importación, la exportación, la plantación, el cultivo, la cosecha, la producción, la adquisición, el almacenamiento, la comercialización, la distribución y el uso del cannabis y sus derivados.

145. En mayo de 2014 se aprobó el decreto reglamentario de aplicación de la ley. El Uruguay se ha convertido en el primer Estado parte en la Convención de 1961 que ha legalizado la producción, la distribución, la venta y el consumo de cannabis y sus derivados con fines que no sean ni médicos ni científicos. Ello no solo repercutirá en la fiscalización de drogas en el Uruguay, sino que también afectará negativamente a las labores de lucha contra la droga, en particular a la fiscalización del cannabis, en otros países, sean o no vecinos.

146. La ley que se ha aprobado es incompatible con lo dispuesto en la Convención de 1961, en su forma enmendada, en particular el artículo 4, párrafo c), y en la Convención de 1988, en particular el artículo 3, párrafo 1) a). En virtud del artículo 4, párrafo c), de la Convención de 1961, los Estados partes están obligados a “limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos”. Conforme al artículo 3, párrafo 1) a), de la Convención de 1988, los Estados partes están obligados a adoptar “las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales en su derecho interno [...] la producción, la fabricación, la extracción, la preparación, la oferta, la oferta para la venta, la distribución, la venta, la entrega en cualesquiera condiciones, el corretaje, el envío, el envío en tránsito, el transporte, la importación o la exportación de cualquier estupefaciente [...] en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961”.

147. La Junta toma nota de los anuncios públicos de las autoridades del Uruguay en que se informaba de que la aplicación de la legislación, que en principio estaba

prevista para abril de 2014, se había aplazado hasta comienzos de 2015.

148. En el plano internacional, el cannabis se considera una droga especialmente peligrosa que repercute gravemente en la salud de las personas y, como tal, figura en las Listas I y IV de la Convención de 1961 y está sujeta a estrictas medidas de fiscalización. En los tratados de fiscalización internacional de drogas se tienen presentes los aspectos del consumo de drogas relacionados con la salud. Según el artículo 38 de la Convención de 1961, las partes “prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación y postratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas [y] adoptarán todas las medidas posibles al efecto”. En consecuencia, la Junta insta al Gobierno del Uruguay a que elabore medidas eficaces y exhaustivas de fiscalización de drogas, por las que se establezca un enfoque equilibrado cuyo objeto sea reducir la demanda ilícita de drogas mediante programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, y al mismo tiempo aplique medidas eficaces de interceptación del tráfico de drogas.

149. La Junta desea reiterar su honda preocupación por los efectos negativos que la legislación de fiscalización del cannabis del Uruguay podría tener en el funcionamiento del sistema internacional de fiscalización de drogas. La Junta subraya la importancia que reviste la aplicación universal de los tratados de fiscalización internacional de drogas por todos los Estados partes e insta al Gobierno del Uruguay a que adopte las medidas necesarias para garantizar el pleno cumplimiento de esos tratados.

150. En el marco de su diálogo permanente con el Gobierno del Uruguay, la Junta recibió a una delegación del Gobierno en su 109º período de sesiones, celebrado en febrero de 2014. Los representantes del Gobierno del Uruguay informaron de las medidas recientes que se habían adoptado en materia de fiscalización de drogas en el país y dieron a la Junta seguridades del compromiso contraído por el Gobierno en relación con la fiscalización de drogas y la cooperación plena e incondicional con la Junta. La Junta proseguirá su diálogo con el Gobierno del Uruguay con miras a promover el cumplimiento por el país de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas, entre otras cosas mediante el envío de una misión de alto nivel de la Junta al país.

d) Uzbekistán

151. El principal factor que repercute negativamente en la situación en materia de fiscalización de drogas en

Uzbekistán sigue siendo la producción ilícita de drogas en el Afganistán y el tráfico de heroína y opio afganos por la “ruta septentrional”, que atraviesa el territorio de Uzbekistán. Los opiáceos de origen afgano entran en Uzbekistán por la larga, accidentada y porosa frontera con Tayikistán y directamente desde el Afganistán por el río Amu Darya. Se han registrado incautaciones de drogas transportadas en trenes y vehículos de motor y por viajeros provenientes de Tayikistán. Para afrontar la amenaza del tráfico de drogas, Uzbekistán, que es parte en los tres tratados de fiscalización de drogas, ha creado dependencias antidroga en prácticamente todos los organismos encargados de hacer cumplir la ley, que siguen efectuando operaciones específicas para detectar los canales del tráfico de drogas, prevenir e impedir esa actividad y erradicar los cultivos para la producción de drogas del país.

152. Aunque Uzbekistán no es un productor ilícito de estupeficientes importante, las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley del país realizan operaciones anuales denominadas “adormidera negra”, que consisten en campañas nacionales de erradicación de los cultivos ilícitos para la producción de drogas.

153. La situación de Uzbekistán en lo que respecta al uso indebido de drogas se ve impulsada principalmente por el tráfico de opiáceos del Afganistán. Las personas que consumen opiáceos, especialmente heroína, constituyen la gran mayoría del número total de las que se someten a tratamiento en el país. Aunque en el marco del Programa Nacional de Medidas Globales contra el Uso Indebido y el Tráfico de Drogas para el período de 2011 a 2015 estaba previsto que se realizara una investigación amplia de la prevalencia del uso indebido de drogas en el país, Uzbekistán aún no ha llevado a cabo esa investigación. En el país se ha creado una red de servicios de tratamiento del abuso de drogas para ofrecer asistencia médica especializada a los drogodependientes. Las personas que consumen sustancias psicoactivas con fines no médicos pueden presentar una solicitud voluntariamente o ser transferidas por las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley o por los centros médicos a los centros de tratamiento del abuso de drogas, donde se someten a un reconocimiento médico y se sigue administrándoles tratamiento, en caso necesario.

154. Uzbekistán ha puesto en práctica varias medidas e iniciativas para prevenir el uso indebido de drogas. Las iniciativas de educación sanitaria, incluidas las relativas a la prevención del uso indebido de drogas, se organizan en el marco del programa “Vida sana”, del Ministerio de Educación, y se adaptan a los diversos grupos de edad. En todas las regiones del país se dispone de servicios de

asesoramiento las 24 horas del día mediante líneas de atención telefónica. No obstante, deben seguir reforzándose los programas nacionales de educación, tratamiento y rehabilitación en materia de drogas, en particular mediante la provisión del equipo necesario y de más formación.

155. La Junta observa con aprecio la cooperación permanente que ha recibido del Gobierno de Uzbekistán, que ha cumplido eficazmente sus obligaciones de presentación de informes de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas y ha presentado informes sobre la situación de la lucha contra la droga en el país.

2. Misiones enviadas a los países

156. La Junta, en el marco de su responsabilidad de fomentar el cumplimiento por los gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas y supervisar el funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas, envía cada año misiones a determinados países para mantener un diálogo directo con los respectivos gobiernos sobre asuntos relacionados con la aplicación de las disposiciones de los tratados.

157. El objetivo de las misiones es obtener información detallada de primera mano sobre las políticas de lucha contra la droga en vigor en los países visitados y analizar con las autoridades nacionales competentes su experiencia práctica en la aplicación de los tratados, incluidos los problemas surgidos, las buenas prácticas observadas y las medidas adicionales que deban considerarse para optimizar el cumplimiento de los tratados.

158. Las misiones de la Junta tienen el propósito de evaluar la situación predominante en los países visitados respecto de una amplia variedad de cuestiones relacionadas con la lucha contra la droga en el ámbito de los tratados de fiscalización de drogas, entre ellas la legislación nacional de lucha contra la droga; las medidas de reducción de la oferta en vigor; los aspectos reglamentarios relacionados con la provisión a la Junta de estimaciones, evaluaciones, estadísticas y datos comerciales; la disponibilidad de estupeficientes y sustancias sicotrópicas para atender necesidades médicas; la fiscalización de precursores, y las estructuras disponibles para la prevención del uso indebido de drogas y para el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de las personas que padecen drogodependencia y enfermedades conexas.

159. A fin de tener una visión general lo más completa posible, la Junta se reúne con altos funcionarios a nivel

político y de reglamentación de diversas instituciones interesadas del país de que se trate. Además, la Junta solicita que el programa de la misión incluya visitas a centros de tratamiento del abuso de drogas e iniciativas de reinserción social. La Junta, reconociendo la importante labor de las organizaciones no gubernamentales y de otros grupos de la sociedad civil, celebra reuniones con esas entidades, individualizadas en consulta con el Comité de Estupefacientes de las Organizaciones No Gubernamentales en Viena, en el marco de sus misiones a los países.

160. En función del resultado de las reuniones celebradas y de la información reunida, la Junta formula una serie de recomendaciones confidenciales sobre medidas que podrían adoptarse para reforzar el cumplimiento por el gobierno interesado de las obligaciones contraídas en virtud de los tratados de fiscalización de drogas. La Junta alienta a todos los gobiernos a que respondan con prontitud y eficacia a las solicitudes de envío de una misión al país, que constituyen un pilar de la vigilancia de la aplicación de los tratados.

161. Durante el período que se examina, la Junta envió misiones a Islandia, Nicaragua, Panamá y la República Unida de Tanzania.

a) Islandia

162. La Junta envió una misión a Islandia en marzo de 2014. Islandia es parte en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas. Durante la misión, las conversaciones se centraron en las medidas adoptadas por el Gobierno para la fiscalización eficaz de los estupefacientes, las sustancias sicotrópicas y las sustancias químicas necesarias para su fabricación ilícita. Se trató de la primera misión de la Junta a Islandia.

163. Cabe señalar que, en 2012, Islandia tenía el nivel calculado de consumo de metilfenidato más elevado del mundo, en dosis diarias definidas con fines estadísticos (S-DDD) por cada 1.000 habitantes por día. El Gobierno ha adoptado varias medidas para afrontar ese problema, pero no ha logrado reducir el nivel de consumo. Por lo tanto, la Junta le recomienda que, con miras a afrontar eficazmente ese problema tan complejo, reexamine la cuestión y haga lo posible por determinar los motivos de que el consumo de metilfenidato sea tan extraordinariamente alto, entre otras cosas, mediante la vigilancia y el análisis de las prácticas de prescripción de medicamentos.

164. Se informó a la Junta de que el consumo de drogas por estudiantes de enseñanza secundaria y superior

en Islandia había disminuido durante varios años consecutivos. Los niveles de consumo de drogas eran más elevados en el caso de los jóvenes que estaban fuera del sistema educativo; la Junta invita al Gobierno de Islandia a que continúe con sus esfuerzos por atender las necesidades de ese grupo, que es especialmente vulnerable al consumo de drogas, mediante la ejecución de programas que ayuden a los jóvenes a llevar una vida sana y a desarrollar la resiliencia necesaria para no caer en el consumo de drogas.

b) Nicaragua

165. La Junta envió una misión a Nicaragua en diciembre de 2013. Nicaragua es parte en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas. La Junta observa que, desde la misión anterior que envió al país, en 1993, el Gobierno ha adoptado medidas importantes para reforzar su labor de fiscalización de drogas, por ejemplo promulgando una legislación nacional antidrogas de amplio alcance, creando un comité nacional de coordinación de la labor de fiscalización de drogas y prevención del delito y elaborando una estrategia nacional contra las drogas y la delincuencia. La política nacional de lucha contra las drogas se centra fundamentalmente en la prevención del uso indebido, y los servicios de salud se prestan gratuitamente a toda la población. Asimismo, el Gobierno ha implantado un eficaz mecanismo administrativo de fiscalización de drogas lícitas, de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas. Al mismo tiempo, por lo que demuestran las grandes incautaciones recientes de precursores introducidos de contrabando en el país, así como las de estimulantes de tipo anfetamínico fabricadas en laboratorios ilícitos, es necesario seguir intensificando la cooperación internacional para evitar la desviación de precursores por canales ilícitos.

166. Nicaragua se sigue utilizando como país de tránsito de remesas ilícitas de drogas, en particular de cocaína procedente de América del Sur y destinada a América del Norte. El Gobierno es consciente del problema que plantea el tráfico de drogas y ha adoptado medidas para hacerle frente. No obstante, la labor de interceptación del tráfico de drogas se ve gravemente afectada por la limitada presencia del Estado en las zonas autónomas de la costa atlántica del país y por la falta del equipo y el personal necesarios para patrullar eficazmente las aguas territoriales.

167. La misión examinó con el Gobierno, entre otras cosas, la disponibilidad de estupefacientes para el tratamiento del dolor, que en Nicaragua es menor que en

algunos otros países de Centroamérica. La misión observó que las autoridades desconocían en gran medida el alcance actual del uso indebido de drogas en el país y que se disponía de escasos datos fiables al respecto. Por tanto, la misión dialogó con el Gobierno acerca de la necesidad de realizar un estudio epidemiológico sobre la prevalencia del uso indebido de drogas para efectuar una evaluación fiable de las consecuencias de las iniciativas de prevención en vigor.

c) Panamá

168. Una misión enviada por la Junta a Panamá en diciembre de 2013 examinó la evolución de la situación respecto de la lucha contra la droga en el país desde la última misión de la Junta, realizada en 2003. Otro de los objetivos de la misión fue examinar el cumplimiento de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas en que Panamá es parte. La Junta observa que Panamá ha adoptado medidas legislativas y de política para cumplir con los compromisos contraídos en virtud de los tratados. La misión enviada por la Junta observó que se habían producido avances importantes en lo que respectaba al desarrollo institucional y a la aprobación de una estrategia nacional contra las drogas para el período de 2012 a 2017.

169. Hay indicios de que quizá Panamá deba mejorar la disponibilidad de analgésicos opioides y de programas de atención paliativa, habida cuenta de la reticencia generalizada de los profesionales sanitarios del país a recetar sustancias sometidas a fiscalización internacional. Se alentó al Gobierno a que fomentase el uso racional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos.

170. Es posible que los estudios nacionales más recientes, realizados en 2003 y 2008, no reflejen plenamente la magnitud actual del uso indebido de drogas en Panamá. La Junta alentó al Gobierno a que realizase nuevos estudios nacionales sobre el uso indebido de drogas por la población en general y por los jóvenes. Un mejor análisis de las tendencias ayudará al país a proporcionar suficientes recursos humanos y financieros. Asimismo, la Junta alentó a Panamá a que aumentase el apoyo que prestaba a las políticas y los programas de reducción de la demanda y oferta de drogas.

d) República Unida de Tanzania

171. Una misión de la Junta visitó del 14 al 18 de octubre de 2014 la República Unida de Tanzania. El país es

parte en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas. El objetivo de la misión fue examinar la disponibilidad de medicamentos a base de opioides para la atención paliativa, reanudar el diálogo con el Gobierno y hacer un seguimiento de los avances logrados por el país desde la misión anterior de la Junta, realizada en 2000.

172. La Junta observa que el Gobierno de la República Unida de Tanzania ha aplicado varias de las recomendaciones que le formuló tras su misión anterior. El país pasó a ser parte en el Convenio de 1971 en diciembre de 2000, designó a la Comisión de Fiscalización de Drogas como autoridad responsable de coordinar la mayoría de los aspectos de la política gubernamental en materia de drogas y aprobó un plan general de lucha contra la droga para el período 2002-2006, así como un programa de acción para aplicar el plan nacional de fiscalización de drogas en el período 2005-2010.

173. La misión observó que seguía siendo sumamente reducido el acceso a medicamentos a base de opioides para el tratamiento del dolor y la atención paliativa. Por ello, la Junta alienta al Gobierno a que elabore y aplique una estrategia amplia y equilibrada de lucha contra las drogas, en que se debería abordar también el asunto de la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos. En particular, se invita al Gobierno a que determine los obstáculos y adopte las medidas necesarias para garantizar una disponibilidad suficiente de opioides. Además, la Junta le recomienda que adopte medidas concretas para mejorar la coordinación de las iniciativas nacionales de lucha contra las drogas.

3. Evaluación de la aplicación por los gobiernos de las recomendaciones formuladas por la Junta tras las misiones enviadas a los países

174. Como parte de su diálogo permanente con los gobiernos, la Junta también evalúa anualmente la aplicación por estos de las recomendaciones formuladas en sus misiones a los países. En 2014 la Junta invitó a los Gobiernos de los cinco países siguientes, a los que había enviado misiones en 2011, a que la informaran de los progresos realizados en la aplicación de sus recomendaciones: Costa Rica, El Salvador, México, Serbia y Zimbabue.

175. La Junta desea expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Costa Rica, El Salvador, México y Zimbabue por haber presentado la información solicitada. Su

cooperación facilitó la evaluación por la Junta de la situación de la fiscalización de drogas en dichos países y del cumplimiento por esos Gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

176. Además, la Junta examinó la aplicación por Myanmar de las recomendaciones que le había formulado tras su misión de 2010, ya que el Gobierno de ese país no había proporcionado la información solicitada a tiempo para su examen y su inclusión en el informe anual de la Junta correspondiente a 2013.

a) Costa Rica

177. El Gobierno de Costa Rica ha puesto en práctica las recomendaciones que la Junta formuló tras su misión al país en 2011, y se han registrado progresos en varias esferas de la lucha contra las drogas. La Junta acoge con beneplácito las medidas adoptadas para aumentar la coordinación entre los ministerios y las instituciones que se ocupan de la lucha contra la droga, que se reflejan en el Plan Nacional sobre Drogas, Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo para el período de 2013 a 2017. Se han asignado recursos adicionales para fortalecer la vigilancia de las farmacias minoristas y el almacenamiento de sustancias objeto de fiscalización.

178. En 2012 Costa Rica introdujo cambios importantes en su marco jurídico de fiscalización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Se aprobaron reglamentos para mejorar la vigilancia del cumplimiento de los requisitos de presentación de informes sobre estupefacientes y sustancias sicotrópicas por las farmacias, las droguerías y los laboratorios farmacéuticos. Asimismo, se adoptaron medidas para aumentar la seguridad de las materias primas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas almacenadas por las farmacias minoristas, así como medidas concretas para aumentar la seguridad respecto del transporte de sustancias sometidas a fiscalización, entre otras cosas mediante el acortamiento del período permitido para el transporte de esas sustancias entre los almacenes y los establecimientos de venta al por menor.

179. La Junta acoge con beneplácito esas medidas y observa que se debe seguir poniendo empeño en la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas. La Junta alienta al Gobierno a que redoble sus esfuerzos relativos a la prevención primaria del uso indebido de drogas por los jóvenes, y a que garantice que, en las actividades que se realicen en ese ámbito, se tengan en cuenta todas las sustancias sometidas a fiscalización que son habitualmente objeto de uso indebido, incluidos los preparados farmacéuticos que contienen esas sustancias.

180. Por otra parte, la Junta observa que se han logrado escasos progresos para asegurar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos en Costa Rica. El nivel de disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor en las instituciones médicas sigue siendo inferior al que la Junta considera adecuado. La Junta solicita al Gobierno que examine la situación actual y adopte las medidas necesarias para garantizar que los estupefacientes, en particular los opioides, y las sustancias sicotrópicas se usen de forma racional y que se disponga de cantidades suficientes de esas sustancias para fines médicos. La Junta alienta a las autoridades a que detecten y subsanen los obstáculos en ese ámbito, especialmente en lo que respecta al fomento de la capacidad y al aumento de los conocimientos técnicos de los profesionales de la salud, según proceda.

181. En octubre de 2012 Costa Rica participó en la Operación Rompehielos, operación regional de vigilancia de la desviación de precursores utilizados para la fabricación ilícita de metanfetamina. La Junta invita al Gobierno a que siga estrechando su cooperación con ella en la fiscalización de precursores y a que responda con prontitud a sus preguntas acerca de la legitimidad de los pedidos de exportación de precursores a Costa Rica, en particular mediante el sistema PEN Online.

b) El Salvador

182. La Junta observa que el Gobierno de El Salvador ha adoptado medidas para aplicar las recomendaciones formuladas por ella tras la misión que realizó al país en junio de 2011. El Gobierno ha aprobado legislación para fortalecer el marco nacional de lucha contra las drogas, incluso leyes para combatir el blanqueo de dinero, en tanto que las medidas contra las redes internacionales de tráfico de drogas siguen siendo una prioridad de la estrategia nacional de lucha contra las drogas en el período de 2011 a 2015. En lo que respecta a la reducción de la demanda, en 2012 se llevó a cabo, en el marco de la estrategia nacional antidrogas, el primer estudio nacional sobre el consumo de drogas por estudiantes universitarios.

183. También se han registrado progresos en relación con el uso racional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos. En virtud de las modificaciones legislativas aprobadas en febrero de 2011 se estableció la Dirección Nacional de Medicamentos, que se encarga de simplificar los mecanismos de fiscalización de los productos médicos que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Además, se han reforzado las normas relativas al control de las farmacias minoristas y

el almacenamiento de sustancias sometidas a fiscalización por los servicios de salud, y han entrado en vigor nuevos reglamentos con respecto a la prescripción de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos. La Junta confía en que el Gobierno de El Salvador siga redoblando sus esfuerzos por garantizar la disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos mediante el fomento de la capacidad y la mejora de los conocimientos técnicos de los profesionales de la salud, en particular en lo que respecta al uso racional de las sustancias sometidas a fiscalización, al tiempo que impide la desviación de estupefacientes y sustancias sicotrópicas hacia canales ilícitos.

184. Aunque acoge con beneplácito esas medidas, la Junta observa que se debe seguir poniendo empeño en la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas. La Junta alienta al Gobierno de El Salvador a que prosiga su labor para realizar más progresos en esas esferas, especialmente con respecto a la disponibilidad de establecimientos para el tratamiento de la drogodependencia y a la reunión de datos fiables sobre la situación en el país en materia de uso indebido de drogas.

c) México

185. La Junta observa que, tras la misión que envió a México en 2011, el Gobierno de ese país ha adoptado medidas importantes para aplicar sus recomendaciones en varios ámbitos. Con objeto de combatir la desviación de precursores y su utilización en la fabricación de drogas de síntesis, el Gobierno ha sometido a fiscalización nacional el nitroetano y la monometilamina. Asimismo, el Gobierno ha adoptado medidas legislativas para combatir el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas mediante un decreto por el que se modifica la Ley General de Salud, de modo de incluir como sustancias sicotrópicas objeto de reglamentación la mefedrona, la 1-(3-trifluorometilfenil)piperazina (TFMPP) y los cannabinoides sintéticos. De conformidad con dicha modificación, las autoridades de México han sometido a vigilancia esas sustancias, han realizado investigaciones y, en caso necesario, han enjuiciado las conductas ilegales. La Junta encomia al Gobierno de México por mantener una función de liderazgo en América Latina en el ámbito de la fiscalización de precursores y en la investigación de los delitos relativos a la fabricación y la venta de drogas de síntesis, el decomiso y la eliminación de las sustancias químicas empleadas en la fabricación de esas drogas y el desmantelamiento de laboratorios clandestinos.

186. La Junta observa que el Gobierno de México ha adoptado medidas en la esfera de la reducción de la

demanda, y señala en particular las actividades de los Centros de Integración Juvenil, que complementan las de los centros de tratamiento de la drogodependencia, denominados “Centros Nueva Vida”, mediante la prestación de servicios de tratamiento, orientación e intervención, y la organización de cursos prácticos, orientados a los jóvenes. Asimismo, la Junta reconoce las medidas adoptadas por el Gobierno de México para normalizar los formularios (como los de entrevista exploratoria e historial clínico, ingreso, egreso y consentimiento) en sus centros de tratamiento de la drogodependencia a fin de facilitar el cumplimiento de los procedimientos de presentación de informes en todas las etapas de registro de los pacientes. Como consecuencia de ello, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud ha reunido datos y los ha empleado para evaluar la productividad de los centros de tratamiento de la drogodependencia y detectar los ámbitos en que deben realizarse mejoras. Actualmente han aplicado los criterios normalizados de presentación de informes 236 de los 335 centros de tratamiento de la drogodependencia de todo el país.

187. La Junta observa que el Gobierno de México ha informado de que ha realizado progresos en varias esferas de la lucha contra las drogas. El Gobierno viene colaborando con la UNODC en lo que respecta al Sistema Integrado de Monitoreo de Cultivos Ilícitos con objeto de elaborar y aplicar una metodología científica para la detección y localización de cultivos ilícitos de cannabis y opio mediante imágenes de satélite y fotografía aérea, en coordinación con actividades complementarias sobre el terreno. El proceso ha facilitado la realización de tareas de análisis, investigación y obtención de información para estimar la magnitud de la producción de drogas, mediante la medición de la superficie dedicada a los cultivos ilícitos en el país. Asimismo, la Junta observa las medidas adoptadas por el Gobierno para impedir la fabricación y el tráfico ilícitos de drogas en el país, entre las que se encuentran la erradicación de grandes cantidades de cultivos ilícitos de cannabis y adormidera, el desmantelamiento de laboratorios donde se fabricaba heroína y la realización de investigaciones para detectar a personas y grupos delictivos implicados en la desviación de sustancias químicas y la fabricación ilícita de heroína. El objetivo de esas actividades era impedir que se cometiesen delitos, prestar asistencia en las investigaciones penales, contribuir a la disolución de los grupos delictivos organizados y reducir la violencia conexas.

188. La Junta encomia al Gobierno de México por utilizar su Grupo Técnico de Control de Drogas Sintéticas como órgano coordinador para facilitar el intercambio de información y la adopción concertada de medidas por los organismos encargados de hacer cumplir la ley y otros

organismos oficiales que intervengan en la labor de reducción de la demanda y de fiscalización de las drogas lícitas. La Junta observa los progresos realizados a nivel reglamentario por el Grupo Técnico, en particular el hecho de que haya actualizado su lista de precursores sujetos a fiscalización nacional para incluir el ácido fenilacético, sus sales y derivados, y la metilamina, además de haber clasificado el ácido hidriódico y el fósforo rojo como sustancias químicas esenciales. Asimismo, encomia al Gobierno por su participación permanente en las actividades de la Junta, como el Proyecto Cohesión, que tiene el fin de vigilar y someter a fiscalización los precursores que se utilizan en la fabricación ilícita de heroína y cocaína.

189. La Junta celebra esos logros, pero observa con preocupación que los progresos siguen siendo limitados en otros ámbitos respecto de los cuales formuló recomendaciones, en particular en lo que respecta a la disponibilidad de estupefacientes y de sustancias psicoactivas para fines médicos. El nivel de consumo de opioides y analgésicos en México sigue siendo muy bajo. Como los procedimientos administrativos para obtener acceso a esos medicamentos siguen siendo costosos, su disponibilidad aún es limitada, muchos profesionales de la salud siguen sin tener acceso a formación sobre prácticas de prescripción responsables y los farmacéuticos suelen ser reacios a almacenar y dispensar estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Aunque la Junta es consciente de que el Gobierno de México ha adoptado algunas medidas para hacer frente al problema, alienta al Gobierno a que adopte otras para asegurar que se logren progresos en esa esfera.

d) Myanmar

190. La Junta observa que, tras la misión que envió a Myanmar en 2010, el Gobierno de ese país ha adoptado medidas para aplicar algunas de las recomendaciones que le formuló en relación con varias esferas. En 2013 Myanmar anunció que tenía planes de ampliar en cinco años su plan de 15 años para la eliminación de las drogas (para el período de 1999 a 2014), que consistía en una estrategia nacional de lucha contra la droga para eliminar los estupefacientes y mejorar las condiciones de vida de los ex productores de adormidera con una combinación de medidas de reducción de la oferta y de la demanda y de aplicación de la ley. El Gobierno de Myanmar ha recibido a las delegaciones de varios países donantes para dar a conocer mejor sus necesidades de asistencia técnica y las posibles oportunidades de expansión de los proyectos de desarrollo alternativo en la región. En 2013 el Gobierno suscribió un acuerdo con el Gobierno de los Estados Unidos para realizar un nuevo estudio conjunto sobre el

rendimiento del opio en la región. La Junta observa que el cultivo de adormidera sigue siendo un gran motivo de inquietud, por lo que exhorta a la comunidad internacional a que preste apoyo suficiente a las iniciativas de Myanmar para hacer frente a ese problema.

191. De conformidad con la recomendación de la Junta, el Gobierno ha comenzado a utilizar el sistema PEN Online para vigilar las operaciones de importación y exportación de precursores, así como para verificar que las importaciones y las exportaciones de esas sustancias se hagan con fines lícitos y se destinen a empresas legítimas cuya dirección se haya verificado. Además, los organismos encargados de hacer cumplir la ley se han incautado de grandes cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico y sus precursores, así como de otras sustancias como el opio y la heroína. Al mismo tiempo, han logrado avances en la detección de las fuentes de las que provienen las drogas y los precursores que entran en el país y que salen de él de forma ilícita y de las rutas que siguen.

192. La Junta desea encomiar a Myanmar por las medidas que ha adoptado en materia de prevención y reducción de la demanda, en particular por la ejecución generalizada de programas de educación preventiva en escuelas e instituciones de educación superior, así como por haber establecido varios centros nuevos de tratamiento de la drogodependencia y de rehabilitación en todo el país.

193. Aunque toma conocimiento de estos logros, la Junta observa con preocupación que siguen sin producirse avances en muchas de las esferas respecto de las cuales formuló recomendaciones, en particular la adopción de medidas para garantizar la disponibilidad de las cantidades necesarias de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos y para fomentar la educación y la formación de los estudiantes de Medicina y los profesionales de la salud acerca del uso indebido de sustancias y del uso racional de medicamentos psicoactivos. La Junta desea reiterar la necesidad de que el Gobierno de Myanmar adopte medidas para modificar las leyes y los reglamentos en vigor que puedan restringir de forma innecesaria la fabricación, importación, distribución, prescripción o dispensación lícitas de opioides y suscitar reticencia a prescribir o almacenar productos médicos que contengan opioides por temor a las sanciones legales, y promueva la educación sobre el uso racional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos.

194. Además, la Junta desea recordar al Gobierno de Myanmar la importancia de llevar a cabo una evaluación

nacional exhaustiva para determinar el alcance y las características del uso indebido de drogas en el país y para adaptar sus políticas nacionales de fiscalización de drogas a fin de afrontar esas realidades.

e) Zimbabwe

195. La Junta observa que, tras la misión que envió a Zimbabwe en 2011, el Gobierno de ese país ha adoptado algunas medidas para aplicar las recomendaciones formuladas por la Junta. Zimbabwe ha elaborado un plan general contra las drogas con objeto de combatir el tráfico de drogas, reducir la oferta, prevenir el uso indebido y rehabilitar a los drogodependientes. Sin embargo, ese plan todavía no ha comenzado a ejecutarse a nivel nacional por falta de financiación; el Gobierno prevé ponerlo en marcha a finales de 2014. El Comité de Fiscalización de Drogas, un órgano de coordinación interministerial, se ha creado con el mandato de coordinar las actividades de los organismos nacionales para afrontar el uso indebido y el tráfico de drogas. El comité ya funcionaba a nivel de expertos, y el Gobierno esperaba que empezara a hacerlo a nivel de la formulación de políticas a finales de 2014. La Junta acoge con beneplácito las medidas adoptadas por el Gobierno y lo alienta a que ponga en marcha el plan general contra las drogas y a que establezca un comité nacional de coordinación interministerial a nivel de la formulación de políticas.

196. Se ha producido un aumento sustancial de los recursos asignados a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Como consecuencia de ello, el Departamento de Investigaciones Criminológicas de la Policía de la República de Zimbabwe, una sección especial de la policía que se ocupa de los delitos más graves, incluidos los relacionados con las drogas, ha desplegado agentes en todos los aeropuertos y puestos fronterizos. Los agentes vigilan esos puntos de entrada las 24 horas del día, lo que ha tenido como resultado varias incautaciones de drogas en distintas localidades fronterizas. Durante el año pasado, la Autoridad Fiscal de Zimbabwe, en coordinación con la División de Drogas del Departamento de Investigaciones Criminológicas, desplegó perros sabuesos en cuatro puestos fronterizos. Su objetivo es desplegarlos en todos los puertos de entrada antes de 2015. Asimismo, la Autoridad ha participado en un programa amplio, en colaboración con organismos asociados extranjeros, para formar a sus oficiales en detección de drogas. Se han llevado a cabo campañas de concienciación en la mayoría de los puertos de entrada para informar al público de las consecuencias del tráfico y el uso indebido de drogas en general.

197. Los servicios de tratamiento del uso indebido de drogas y rehabilitación se prestan en los hospitales psiquiátricos. En el país no existen centros especializados de rehabilitación, principalmente por falta de financiación. Varios organismos y departamentos estaban colaborando para establecer al menos un centro de ese tipo antes de finales de 2014. El Ministerio de Salud y Atención de la Infancia ha realizado varias encuestas en pequeña escala sobre el alcance del uso indebido de drogas, pero el Gobierno aún no ha efectuado ningún estudio a escala nacional, principalmente por falta de apoyo financiero. El Ministerio de Salud y Atención de la Infancia, junto con la policía, ha puesto en marcha varios programas para educar al público sobre los problemas del uso indebido de drogas. Se han llevado a cabo campañas de concienciación en las emisoras nacionales de radio y de televisión y en la prensa. Se han ejecutado varios programas nacionales a fin de brindar una plataforma para debatir las cuestiones relativas al uso indebido de drogas y sus efectos en la comunidad, y con ello dar a los ciudadanos la posibilidad de interactuar con el personal de la policía y del Ministerio de Salud y Atención de la Infancia, que se ocupa de los asuntos relacionados con las drogas.

198. Zimbabwe sigue teniendo un nivel muy bajo de consumo de sustancias fiscalizadas, como los analgésicos opioides, con fines médicos, pese al aumento del consumo de petidina, que en 2013 elevó las previsiones del país respecto de las necesidades de esa sustancia. El Gobierno ha celebrado varias reuniones de consulta con los profesionales médicos para concienciarlos acerca del uso racional de los analgésicos opioides con fines médicos. La Junta reitera su solicitud al Gobierno de que evalúe adecuadamente las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización, mejore su disponibilidad con fines médicos y promueva prácticas racionales de prescripción de medicamentos, de conformidad con las recomendaciones pertinentes formuladas por la OMS y la Junta, entre las que se encuentran las que figuran en el *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*³⁴.

199. Zimbabwe sigue dependiendo del apoyo internacional para promover la prevención y el tratamiento de la drogodependencia. El país sigue participando activamente en la labor de organizaciones internacionales y regionales cuyo objetivo es combatir el tráfico y el uso indebido de drogas. En particular, el Comité de Fiscalización de Drogas de Zimbabwe facilitó la organización

³⁴E/INCB/2010/1/Supp.1.

de la Consulta Continental de Expertos de la Unión Africana sobre la preparación y el mejoramiento de respuestas frente al tráfico de drogas y a los problemas conexos para la seguridad humana, que se celebró en Harare del 15 al 17 de octubre de 2013.

200. La Junta observa que, pese a algunos avances, no ha habido progresos en varios de los ámbitos respecto de los cuales formuló recomendaciones, entre otras cosas en lo relativo a la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y al tratamiento y la rehabilitación de los drogodependientes. La Junta alienta al Gobierno de Zimbabwe a que adopte las medidas necesarias para lograr avances en esos ámbitos y exhorta a la comunidad internacional a que aumente el apoyo que presta al Gobierno para afrontar esos problemas.

E. Medidas adoptadas por la Junta para garantizar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas

1. Medidas adoptadas por la Junta con arreglo al artículo 14 de la Convención de 1961 y al artículo 19 del Convenio de 1971

201. En el artículo 14 de la Convención de 1961 (y de esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972) y en el artículo 19 del Convenio de 1971 se enuncian las medidas que la Junta puede adoptar para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de esos tratados. La Junta considera la posibilidad de aplicar dichas medidas, cuyo rigor va aumentando progresivamente, cuando tiene razones para creer que los objetivos de los tratados están en grave peligro debido al incumplimiento de lo dispuesto en ellos por parte de un Estado.

202. La Junta ha invocado el artículo 14 de la Convención de 1961 o el artículo 19 del Convenio de 1971 con respecto a un número limitado de Estados. Su objetivo al hacerlo ha sido alentar el cumplimiento de esos tratados cuando otros medios no han surtido efecto. El nombre del Estado en cuestión no se divulga hasta que la Junta decide señalar la situación a la atención de las partes, el Consejo Económico y Social y la Comisión de Estupefacientes (como hizo en el caso del Afganistán). Tras un diálogo continuo con la Junta, conforme a lo dispuesto en los artículos señalados, la mayoría de los

Estados afectados ha adoptado medidas correctivas, en cuyo caso la Junta ha decidido suspender toda acción que hubiese emprendido respecto de esos Estados en virtud de dichos artículos.

203. El Afganistán es actualmente el único Estado con respecto al cual se están adoptando medidas con arreglo al artículo 14 de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972.

2. Consulta con el Gobierno del Afganistán en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 14 de la Convención de 1961

204. En 2014 prosiguieron las consultas celebradas entre la Junta y el Gobierno del Afganistán en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 14 de la Convención de 1961. El 16 de enero de 2014, el Secretario de la Junta se reunió con Mobarez Rashidi, recién designado ministro de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán, que esbozó sus prioridades inmediatas para encarar las amenazas relacionadas con las drogas en su país. Entre esas prioridades figuraban las siguientes: *a)* ampliar las alianzas para hacer frente a los problemas relacionados con las drogas; *b)* estrechar la colaboración con los países vecinos, especialmente en el ámbito de la fiscalización de precursores, y *c)* intensificar la labor del Afganistán para combatir el uso indebido de drogas y los problemas de adicción en el país mediante la habilitación eficaz de los albergues necesarios y la remisión a centros de tratamiento en el Afganistán.

205. El ministro se comprometió a seguir colaborando estrechamente con la Junta e informarla lo antes posible de los avances logrados respecto de los asuntos pertinentes al artículo 14 de la Convención de 1961. El Secretario de la Junta hizo notar el diálogo franco y constructivo que la Junta venía sosteniendo en los últimos años con el Gobierno del Afganistán y reiteró la necesidad de realizar progresos tangibles en la aplicación del artículo 14 de la Convención de 1961 y, en particular, respecto de cuestiones que suscitaban preocupación, como los alarmantes niveles de cultivo ilícito de adormidera, así como de tráfico y uso indebido de drogas en el Afganistán.

206. En marzo de 2014, en forma paralela al 57º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, celebrado en Viena, el Presidente de la Junta se reunió con la delegación del Afganistán, encabezada por el ministro de Lucha contra los Estupefacientes. El ministro informó de las medidas adoptadas por el Gobierno del Afganistán en

la esfera de la lucha contra las drogas en el país, incluso en lo tocante a la elaboración de programas para crear medios de vida alternativos, la lucha contra el cultivo de adormidera y planta de cannabis, el fortalecimiento de las medidas coercitivas para combatir el tráfico de precursores y la creación de mecanismos para hacer frente al uso indebido de drogas en el país.

207. Durante el año se celebraron varias consultas entre la secretaría de la Junta y la Misión Permanente del Afganistán ante las Naciones Unidas en Viena, a fin de hacer un seguimiento de la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas por el Gobierno. Las consultas se centraron también en la planificación y organización de una misión de alto nivel de la Junta al Afganistán, que, según lo previsto, se realizaría tras la conclusión del proceso electoral en ese país.

Cooperación con la Junta

208. En los últimos años el Gobierno ha seguido colaborando eficazmente con la Junta. En febrero de 2014, el Gobierno presentó a la Junta su informe correspondiente a 2013, en el que exponía la labor que había llevado a cabo para aplicar los tratados de fiscalización internacional de drogas.

209. El Gobierno del Afganistán informó a la Junta de que la ley de adhesión al Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes había sido aprobada por ambas cámaras del Parlamento y por el poder judicial, y firmada por el Presidente. El país no ha formulado ni declaraciones ni reservas en relación con ese instrumento. Al momento de redactarse el presente informe, el Ministerio de Relaciones Exteriores estaba ultimando el instrumento de adhesión.

210. Desde 2009 el Gobierno ha venido mejorando considerablemente la presentación de los informes previstos en los tratados y ha suministrado con regularidad a la Junta datos estadísticos sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores, conforme a lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

211. En la política del Gobierno no se ha fijado como prioritaria la lucha contra el cultivo de planta de cannabis en el país, lo que se refleja en la ausencia de asignaciones presupuestarias destinadas a esa labor. La Junta insta al Gobierno del Afganistán a que intensifique sus actividades de prevención y represión del cultivo de planta de cannabis y la producción de cannabis en el país, incluso solicitando apoyo a la comunidad internacional con ese fin.

Cooperación de la comunidad internacional

212. El Afganistán siguió participando activamente en iniciativas de cooperación regional e internacional para hacer frente a las amenazas relacionadas con las drogas en su territorio.

213. El 27 de marzo de 2014 celebraron una cumbre los presidentes del Afganistán, Irán (República Islámica del), el Pakistán y Tayikistán. En una declaración conjunta, los dirigentes reafirmaron la importancia de una cooperación regional constructiva, incluso mediante su apoyo a las iniciativas regionales en curso encabezadas por el Afganistán en el marco del Proceso de Estambul sobre Seguridad y Cooperación Regionales para un Afganistán Seguro y Estable, entre cuyos objetivos figuraban prevenir y eliminar el cultivo ilícito para la producción de drogas, así como su fabricación, comercio y tráfico.

214. En marzo de 2014, paralelamente al 57º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, se celebró en Viena la tercera reunión del comité directivo del programa regional para el Afganistán y los países de la región. Asistieron a la reunión los ocho países interesados (Afganistán, Irán (República Islámica del), Kazajstán, Kirguistán, Pakistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán), además de los donantes. Se señaló que en 2013 se habían realizado progresos en los cuatro subprogramas (cooperación regional en materia de aplicación de la ley, justicia penal, reducción de la demanda y promoción de las actividades de investigación). Al mismo tiempo se celebraron reuniones de examen ministerial en el marco de la Iniciativa Tripartita, que reúne al Afganistán, Kirguistán y Tayikistán, y de la Iniciativa Triangular, en que participan el Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán, con el fin de seguir fortaleciendo la colaboración sobre el terreno en toda la región. La reunión de la Iniciativa Triangular concluyó con la firma de una declaración ministerial conjunta que se centró en el aumento de la cooperación en las esferas de la fiscalización de drogas y la gestión de las fronteras. El 29 de mayo de 2014 se celebró en Dushanbe la cuarta reunión de altos funcionarios de la Iniciativa Tripartita, y al día siguiente tuvo lugar una reunión ministerial. Tras las deliberaciones se aprobó una declaración sobre la cooperación en la lucha contra los estupefacientes, en la que se puso de relieve la necesidad de estrechar la cooperación entre los órganos policiales y los judiciales.

215. Se puso en marcha el programa Zona de Producción de Alimentos de Kandahar, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, que se ejecutará en los próximos dos años en siete distritos de la provincia de Kandahar. Sin embargo, el Gobierno

tiene dificultades para ejecutar programas orientados a crear medios de vida alternativos en las provincias en que actualmente se cultiva adormidera debido a la insuficiencia de fondos, la pobreza y la baja producción agrícola. El Gobierno informó a la Junta de que el cultivo ilícito de adormidera se desplazaba de zonas que habían recibido apoyo gubernamental a otras sobre las que el Gobierno ejercía un control escaso o nulo. Según el Gobierno, los anteriores proyectos de creación de medios de vida alternativos no habían sido muy eficaces porque muchos de ellos se ejecutaban en las zonas más accesibles, mientras que el cultivo tenía lugar principalmente en distritos remotos. Por ello, el Gobierno y la comunidad de donantes firmaron un memorando de entendimiento para revisar los proyectos a fin de subsanar esas deficiencias. Pese a ello, según el Gobierno, el nivel actual de financiación y el número de proyectos no eran suficientes para sostener las iniciativas orientadas a crear medios de vida alternativos.

Conclusiones

216. El Afganistán siguió encarando varias cuestiones importantes en el período objeto de examen, entre las que figuraron las elecciones presidenciales y sus consecuencias, el traspaso de las funciones de seguridad de las fuerzas internacionales de asistencia militar al ejército y la policía nacionales, el proceso de reconciliación nacional en curso y el aumento del tráfico y el uso indebido de drogas en el país. Pese a las dificultades con que se encontró, el Gobierno expresó su compromiso de combatir el cultivo ilícito de adormidera y planta de cannabis en su territorio, así como el tráfico y el uso indebido de drogas, mediante campañas de erradicación, medidas de aplicación de la ley, iniciativas para crear medios de vida alternativos y actividades de reducción de la demanda. El Gobierno ha adoptado medidas para ratificar el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única. Además, ha cooperado plenamente con la Junta, entre otras cosas mediante la disposición a facilitar una misión de alto nivel de la Junta al Afganistán y la presentación de un informe sobre la situación de las drogas en el país.

217. La Junta toma nota del compromiso expresado por el Gobierno, pero sigue preocupada por el deterioro de la situación de la fiscalización de drogas en el Afganistán, que constituye un problema importante para el país y para la lucha contra las drogas en toda la región. La Junta recomienda al Gobierno del Afganistán que siga reforzando su capacidad en el ámbito de la lucha contra los estupefacientes en consonancia con lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas. La

Junta también alienta al Gobierno a que siga solicitando asistencia internacional para hacer frente al problema de las drogas y a que intensifique su cooperación en los planos regional e internacional para combatir el tráfico y el uso indebido de drogas. La Junta seguirá vigilando atentamente la situación de la lucha contra las drogas en el Afganistán, en cooperación con las autoridades, así como las medidas adoptadas y los progresos realizados por el Gobierno del Afganistán en todos los aspectos de la lucha contra las drogas.

F. Temas especiales

1. Medidas de fiscalización aplicables a los programas de uso del cannabis con fines médicos en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

218. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 limita el uso de estupefacientes, incluido el cannabis, a los fines médicos y científicos. Como otros estupefacientes sometidos a fiscalización internacional, el cannabis está sujeto a una diversidad de medidas de fiscalización destinadas a prevenir su desviación hacia canales ilícitos y su uso indebido. En reconocimiento de los riesgos de uso indebido del cannabis, la sustancia ha sido sometida a los máximos niveles de fiscalización con arreglo a la Convención Única, mediante su inclusión en las Listas I y IV, en la última de las cuales figuran las sustancias que se consideran especialmente susceptibles de ser objeto de uso indebido y de producir efectos nocivos.

219. La Convención Única permite a los Estados partes el uso del cannabis con fines médicos. Reflejando las preocupaciones que suscitan el uso indebido y la desviación de esa sustancia, la Convención Única establece un conjunto adicional de medidas de fiscalización, que deberían aplicarse para que los programas de uso del cannabis con fines médicos sean conformes a ella.

220. La Junta recuerda a todos los gobiernos de los Estados que han creado programas de uso del cannabis con fines médicos o contemplan la posibilidad de hacerlo que, además de las obligaciones de presentación de informes y expedición de licencias que se aplican a todos los estupefacientes, en la Convención Única se exige que los Estados que adopten tales programas cumplan varios requisitos concretos.

221. En virtud de los artículos 23 y 28 de la Convención Única, los Estados que deseen crear programas de uso del cannabis con fines médicos que se ciñan a los requisitos de la Convención Única deben establecer un organismo nacional del cannabis encargado de fiscalizar y supervisar el cultivo de planta de cannabis y de expedir licencias con ese fin. Figuran entre las obligaciones que incumben a los organismos nacionales del cannabis la designación de las zonas en que se permite el cultivo, la expedición de licencias a los cultivadores, la compra y la toma de posesión material de las cosechas, y el derecho exclusivo de comerciar al por mayor y mantener las existencias.

222. Además, los gobiernos deben adoptar medidas para prohibir el cultivo no autorizado de plantas de cannabis e incautarse de cultivos ilícitos y destruirlos, cuando las condiciones existentes en sus territorios sean tales que esas medidas resulten las más adecuadas para proteger la salud pública y prevenir el tráfico ilícito, de conformidad con los artículos 2 y 22 de la Convención Única.

223. Finalmente, los gobiernos deben adoptar las medidas necesarias para impedir el uso indebido o tráfico ilícito de hojas de la planta de cannabis, de conformidad con el artículo 28 de la Convención Única.

224. La Junta ha examinado la cuestión del cultivo de cannabis para uso médico personal y ha determinado que, a la luz del riesgo más elevado de desviación que representa, ese cultivo no cumple los requisitos mínimos de fiscalización establecidos en la Convención Única. Por consiguiente, la Junta ha mantenido y mantiene la posición de que el Estado que permite a los particulares cultivar cannabis para uso personal incumple las obligaciones jurídicas que le incumben con arreglo a la Convención Única.

225. Además del riesgo de desviación citado anteriormente, permitir a los particulares que produzcan cannabis para uso médico personal puede constituir un riesgo para la salud, puesto que las dosis y los niveles de tetrahidrocannabinol (THC) consumidos pueden diferir de las dosis y niveles prescritos con fines médicos.

226. La Junta recuerda a todos los gobiernos de los Estados que han creado programas de uso del cannabis con fines médicos, o están contemplando la posibilidad de hacerlo, los requisitos anteriormente mencionados que se establecen en la Convención Única. La Junta observa que las medidas de fiscalización en vigor con arreglo a muchos programas existentes en diferentes países no alcanzan a satisfacer esos requisitos, y alienta a todos los gobiernos de los Estados que han aprobado o tienen

previsto poner en práctica esos programas a que adopten medidas para garantizar que en ellos se contemple la aplicación plena de las medidas previstas en la Convención Única, encaminadas a garantizar que las existencias de cannabis producido con fines médicos se destinen exclusivamente a los pacientes para los que se han recetado y no se desvíen hacia canales ilícitos.

227. La Junta insta a todos los gobiernos de los Estados que han creado programas de uso del cannabis con fines médicos a que velen por que se recete cannabis para tales fines con conocimientos y supervisión médicos adecuados y por que la práctica de la prescripción de cannabis se base en los datos científicos disponibles y en la consideración de los posibles efectos secundarios. La Junta reitera su invitación a la OMS en el sentido de que evalúe la posible utilidad médica del cannabis y el grado en que representa un peligro para la salud humana, en consonancia con el mandato que le confiere la Convención Única.

2. Disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas en situaciones de emergencia

228. El objetivo de los tratados de fiscalización internacional de drogas es garantizar la disponibilidad suficiente de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, garantizando al mismo tiempo que no se desvíen para fines ilícitos. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) tiene el mandato de vigilar el cumplimiento de ese objetivo de los tratados, y ha expresado reiteradamente su inquietud por la desigualdad e insuficiencia del acceso a sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos en todo el mundo.

229. El régimen de fiscalización previsto en los tratados tiene un doble objetivo: garantizar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y prevenir la producción ilícita, el tráfico y el abuso de esas sustancias. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, aun reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad, afirma que el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y el sufrimiento y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin. Igualmente, en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 las partes expresaron su determinación de prevenir y combatir el uso indebido de ciertas sustancias sicotrópicas y el tráfico ilícito a que daba lugar, reconociendo al mismo

tiempo que el uso de tales sustancias para fines médicos y científicos era indispensable y que no debía restringirse indebidamente su disponibilidad para tales fines.

230. La mayoría de los estupefacientes y un gran número de las sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización en virtud de los tratados internacionales son indispensables en la práctica de la medicina. Los analgésicos opioides, como la codeína y la morfina, y los opioides semisintéticos y sintéticos son esenciales para el tratamiento del dolor. De manera análoga, algunas sustancias sicotrópicas, como los sedantes hipnóticos, los barbitúricos, y los ansiolíticos del tipo de la benzodiazepina, son imprescindibles para el tratamiento de trastornos neurológicos y mentales. Los preparados farmacéuticos que contienen sustancias sometidas a fiscalización internacional desempeñan un papel indispensable en la mitigación del dolor y el sufrimiento.

231. En las misiones que lleva a cabo, la Junta examina con cada gobierno la disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor y entrega a las autoridades nacionales competentes material informativo que siempre incluye la publicación de la OMS titulada *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados*. Después de cada misión, envía a los gobiernos una carta con recomendaciones en las que pueden figurar, si procede, menciones concretas sobre la necesidad de garantizar la disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor. La Junta suele tratar la cuestión de la disponibilidad de estupefacientes en sus intervenciones ante los órganos intergubernamentales, por ejemplo, en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, en los períodos de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, el Consejo Económico y Social y la Asamblea Mundial de la Salud, y en las reuniones regionales de diversas organizaciones internacionales.

232. Existen medidas de fiscalización simplificadas para el suministro de medicamentos sometidos a fiscalización internacional que se requieran para atención médica de emergencia. Por “emergencia” se entiende toda situación peligrosa (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 excepción³⁵. Esas situa-

ciones se presentan después de desastres naturales o causados por el ser humano que pueden crear una necesidad grave e imprevista de medicamentos que contengan sustancias fiscalizadas. En 1996 la Junta, en cooperación con la OMS, elaboró procedimientos simplificados de control de la exportación, el transporte y la importación de medicamentos fiscalizados para la atención médica de urgencia. Esa reglamentación simplificada eliminaría la necesidad de autorizaciones de importación siempre que la importación y la entrega estuviesen a cargo de organizaciones internacionales, gubernamentales o no gubernamentales establecidas, dedicadas a prestar asistencia humanitaria en cuestiones de salud y reconocidas por las autoridades de fiscalización de los países exportadores. Todos los Estados pueden consultar esos procedimientos simplificados en las directrices modelo para el suministro internacional de medicamentos controlados para la atención médica de emergencia (*Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care*).

233. Una de esas situaciones de emergencia fue la que se produjo tras el devastador tifón ocurrido en noviembre de 2013 en Filipinas. La necesidad de administrar tratamiento a las numerosas víctimas causó una grave escasez de medicamentos. Muchos de los que se precisaban contenían estupefacientes como morfina, y sustancias sicotrópicas como pentazocina, ambas sujetas a fiscalización internacional. En circunstancias normales, la importación y el transporte de esos medicamentos están sometidos a una reglamentación estricta. Sin embargo, en casos de catástrofe el cumplimiento de las normas puede retrasar la entrega urgente de medicamentos para el socorro humanitario de emergencia, puesto que las autoridades nacionales podrían no estar en condiciones de adoptar las medidas administrativas necesarias.

234. En su respuesta a la crisis humanitaria causada por el tifón, la Junta adoptó medidas para acelerar el suministro de medicamentos fiscalizados. Como en emergencias anteriores, la Junta recordó a todos los países exportadores que existían directrices claras sobre el suministro internacional de medicamentos fiscalizados que se requiriesen para atención médica de emergencia. Poco después de que el tifón azotara Filipinas, la Junta envió una carta a todos los países para recordarles que podían aplicar esos procedimientos de fiscalización simplificados a fin de acelerar el suministro de medicamentos que se requiriesen con urgencia. Además, la Junta informó sobre esa reglamentación simplificada a los proveedores de asistencia humanitaria, incluidos la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Médicos Sin Fronteras, Merlin/Save the Children y Oxfam Internacional.

³⁵Organización Mundial de la Salud, *Model Guidelines for the International Provision of Controlled Medicines for Emergency Medical Care* (documento WHO/PSA/96.17).

235. Esa solución existe desde hace varios años. La Junta invita a los gobiernos y a los organismos de socorro humanitario a que señalen a su atención todos los problemas con que tropiecen para entregar medicamentos fiscalizados en situaciones de emergencia.

236. La Junta recuerda a todos los gobiernos que, en emergencias graves, como la situación posterior al devastador tifón de Filipinas, pueden aplicar procedimientos simplificados de control de la exportación, el transporte y la entrega de medicamentos que contengan estupefacientes o sustancias sicotrópicas fiscalizados, y que las autoridades competentes pueden permitir su exportación al país afectado incluso sin autorización de importación ni previsiones de las necesidades de sustancias sujetas a fiscalización internacional. Las entregas de emergencia no tienen que incluirse en las previsiones del país receptor, y los gobiernos exportadores tal vez deseen utilizar parte de sus existencias especiales de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con ese fin.

237. La Junta recuerda también a todos los Estados que, conforme a las obligaciones que les impone el derecho internacional humanitario, las partes en un conflicto armado no deben impedir que se preste atención médica a la población civil que se encuentre en territorio bajo su control efectivo, lo que incluye el acceso a los estupefacientes y sustancias sicotrópicas necesarios.

238. Las directrices modelo pueden consultarse en los sitios web de la JIFE (www.incb.org) y la OMS (www.who.int).

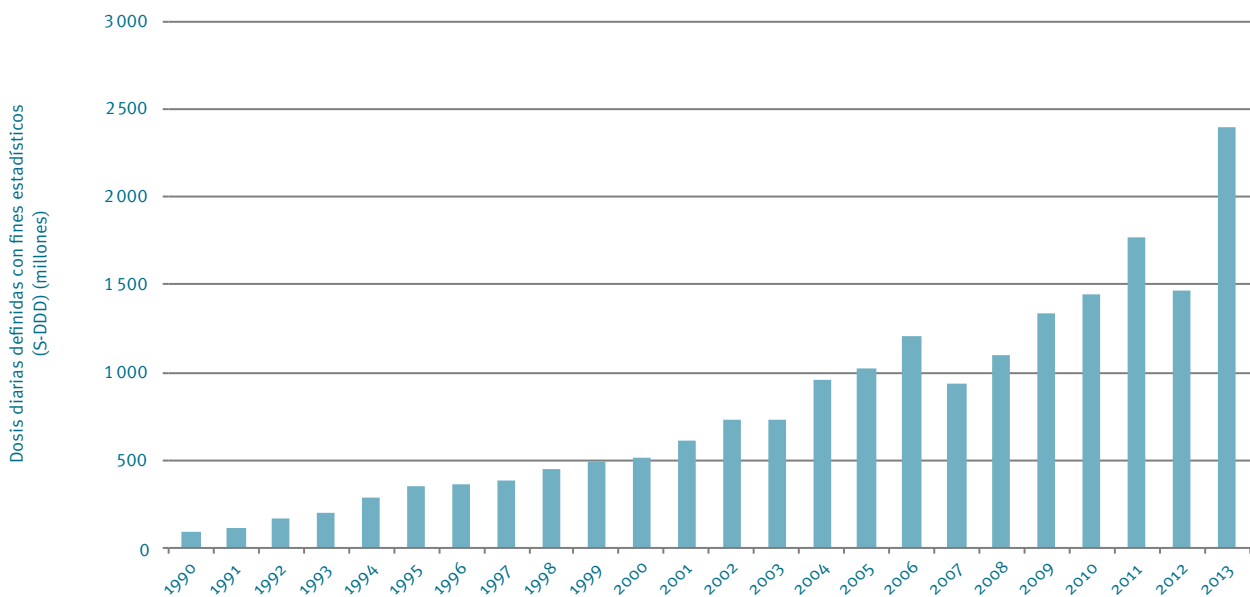
3. Uso de metilfenidato

239. El metilfenidato, un estimulante del sistema nervioso central incluido en la Lista II del Convenio de 1971, se utiliza para tratar diferentes trastornos mentales y del comportamiento, en particular el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la narcolepsia³⁶.

240. En la década de 1980 el uso de metilfenidato era limitado y se mantenía en niveles estables, pero a principios de la década de 1990 comenzó a aumentar de manera notoria. Por ejemplo, en 1994 el uso mundial de esa sustancia superó en más de cinco veces el nivel de consumo registrado a principios de la década anterior. Esa evolución se debió principalmente al incremento del consumo en los Estados Unidos, aunque también se observaron niveles de consumo crecientes en otros países y partes del mundo. Desde entonces, el consumo mundial de metilfenidato ha seguido aumentando de manera constante. En 2013 se alcanzó un nuevo récord, de 71,8 t (2.400 millones de S-DDD), como se observa en el gráfico I, que figura a continuación. El aumento del consumo de metilfenidato con fines médicos se puede atribuir principalmente al mayor número de diagnósticos de TDAH.

³⁶Véanse Organización Mundial de la Salud, *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (Ginebra, 1992; versión de 2010), y American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quinta edición (Arlington, Virginia, 2013).

Gráfico I. Consumo mundial de metilfenidato, 1990-2013



Fuente: Datos estadísticos presentados por los gobiernos en el formulario P.

241. Desde mediados de la década de 1990, la Junta, en sus informes anuales, ha señalado frecuentemente a la atención de los gobiernos el aumento de los niveles de consumo de metilfenidato y ha expresado preocupación por la desviación y el uso indebido de esa sustancia. En su informe correspondiente a 2009, la Junta desaconsejó las campañas de promoción que se realizaban mediante varios canales de comunicación, incluidos los anuncios publicitarios dirigidos a consumidores potenciales que predominaban en los Estados Unidos, principal consumidor de metilfenidato. Ese mismo año, la Junta exhortó a los gobiernos afectados a que velaran por que las medidas de fiscalización previstas en el Convenio de 1971 se aplicaran plenamente al metilfenidato y a que adoptaran otras medidas para prevenir tanto la desviación de los canales de distribución lícitos como el abuso de preparados que contuvieran dicha sustancia. La Junta también alentó a todos los gobiernos a que promovieran el uso racional de las sustancias sometidas a fiscalización internacional, de conformidad con las recomendaciones pertinentes de la OMS.

242. Tradicionalmente, el metilfenidato se recetaba a personas de entre 6 y 14 años de edad, principalmente a niños varones. Desde 2011, en los Estados Unidos se había diagnosticado el TDAH a alrededor del 11% de las personas de entre 4 y 17 años, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Además, el número de niños de menor edad (de 2 y 3 años) a los que se prescribía metilfenidato también había aumentado. En Australia se recetan medicamentos que contienen metilfenidato a un número cada vez mayor de niños de 2 años de edad, con lo que más de 2.000 niños menores de 6 años están recibiendo ese tratamiento. Aparte de aumentar el número de niños que reciben tratamiento, también se ha ampliado el período de tratamiento, en muchos casos a varios años. Además, no solo se ha elevado el número de pacientes jóvenes sino también el de adultos. En Islandia la mayoría de los afectados por el TDAH que consumen metilfenidato son mayores de 20 años. En Alemania el número de niños y adolescentes menores de 19 años a los que se diagnosticó el TDAH aumentó en un 42% entre 2006 y 2011.

243. Aunque los Estados Unidos siguen representando más del 80% del consumo mundial calculado de metilfenidato, en los últimos diez años el uso de esa sustancia también ha aumentado considerablemente en otros países. Entre los que han comunicado tal aumento figura Islandia, que ha registrado el mayor consumo *per capita* de metilfenidato del mundo en los últimos años, así como Noruega, Suecia, Australia, Bélgica, Alemania y el Canadá (en orden descendente según el consumo *per capita*).

244. El aumento del consumo se puede atribuir a varias razones, entre ellas: *a)* el aumento del número de pacientes a quienes se diagnostica el TDAH; *b)* la ampliación del tramo de edad de los pacientes a quienes es probable que se recete metilfenidato; *c)* el aumento del uso en los adultos; *d)* los diagnósticos erróneos de TDAH y la prescripción injustificada de metilfenidato; *e)* la falta de directrices médicas adecuadas relativas a la prescripción de metilfenidato; *f)* la oferta del mercado cada vez mayor en muchos países; *g)* las prácticas comerciales influyentes o de marketing agresivo por parte de los fabricantes de preparados farmacéuticos que contienen metilfenidato, y *h)* la presión pública, como la ejercida por las asociaciones de padres a favor del derecho de sus hijos a acceder a medicación para el tratamiento del TDAH.

245. El consumo y la prescripción excesivos de medicamentos que contienen metilfenidato pueden estimular actividades ilícitas como el “recorrido de consultorios” y el tráfico y el uso indebido de esa sustancia, particularmente en el entorno escolar. Se incita de manera engañosa a los estudiantes, especialmente en épocas de exámenes, a consumir metilfenidato para aumentar su capacidad de concentrarse y estudiar durante períodos más largos y así mejorar sus resultados. De ahí que un número cada vez mayor de adolescentes y adultos jóvenes usen indebidamente esa sustancia. También se obtienen medicamentos de venta con receta que contienen metilfenidato de estudiantes que reciben tratamiento para el TDAH.

246. La Junta observa que algunos gobiernos ya han adoptado medidas para limitar el uso de metilfenidato a las necesidades médicas reales de conformidad con las exigencias de la buena práctica médica. Las autoridades de Islandia, preocupadas por los altos niveles de consumo de metilfenidato en el país, han adoptado medidas específicas dirigidas a frenar el aumento del consumo de esa sustancia, particularmente en los adultos. Algunas de esas medidas son la actualización de las directrices clínicas existentes para el tratamiento del TDAH y la limitación de la autorización para recetar la sustancia a los especialistas en psiquiatría. Se instó a los profesionales médicos a que, como primera opción, recetasen preparados farmacéuticos con metilfenidato “más seguros” (es decir, que se prestaran menos al consumo indebido). Además, se introdujeron normas nuevas y más restrictivas para el reembolso de los costos del metilfenidato, en virtud de las cuales únicamente los especialistas en psiquiatría pueden iniciar el tratamiento con metilfenidato y solicitar a los planes de seguro médico el reembolso de los costos, presentando para ello observaciones basadas en el historial médico pormenorizado del paciente, así como en investigaciones y diagnósticos, junto con un programa de seguimiento. En Tailandia, donde la prescripción excesiva

de metilfenidato también había sido motivo de preocupación, se adoptaron las siguientes medidas preventivas: a) prohibición de la venta de metilfenidato en farmacias; b) limitación de la autorización para prescribir metilfenidato únicamente a psiquiatras, incluidos psiquiatras de niños; c) limitaciones en las fórmulas de preparados farmacéuticos que contuvieran metilfenidato para que no contuvieran más de dos dosis; d) restricciones a la adquisición de metilfenidato por hospitales y consultorios, a fin de que solo se pudiera obtener de una oficina central del gobierno, y e) inclusión de un folleto estándar de información sobre drogas en todas las cajas.

247. La Junta alienta a los gobiernos de todos los países con niveles elevados de consumo de metilfenidato a que determinen las causas del alto consumo y tomen medidas para limitarlo a las necesidades médicas reales. Dichas medidas podrían consistir, por ejemplo, en impartir educación adecuada a médicos y otros profesionales de la salud en lo que respecta al uso racional de sustancias psicoactivas. En particular, los gobiernos deben mantenerse vigilantes a fin de evitar que se diagnostique el TDAH de manera errónea y se recete metilfenidato incorrectamente. Se alienta a los gobiernos a que sigan de cerca las novedades relativas al diagnóstico del TDAH y de otros trastornos del comportamiento, y la frecuencia con que se receta metilfenidato para su tratamiento. La Junta solicita a los gobiernos que velen por que el metilfenidato se recete de conformidad con las exigencias de la buena práctica médica, como se dispone en el Convenio de 1971 (artículo 9, párrafo 2). La Junta seguirá vigilando atentamente la evolución de los países con niveles de consumo de metilfenidato elevados y alienta a los gobiernos afectados a que compartan información con ella y con la OMS acerca del uso de metilfenidato, las prácticas de prescripción y la prescripción indebida, así como el tráfico y el uso indebido de esa sustancia en sus respectivos países.

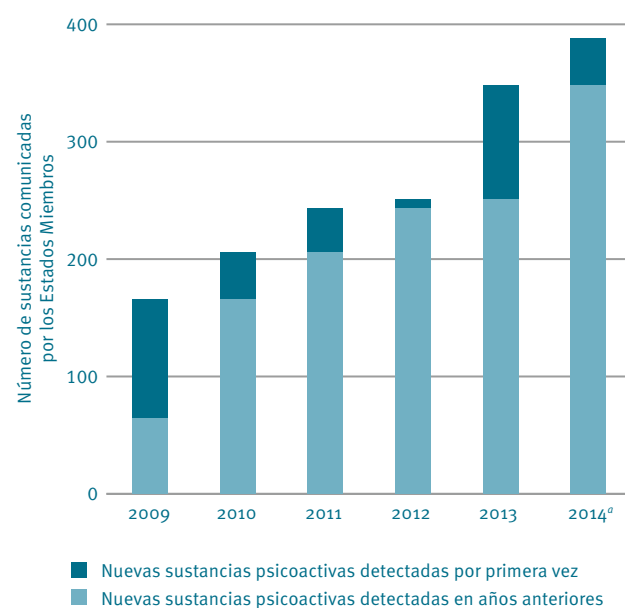
4. Nuevas sustancias psicoactivas

248. Desde la publicación de su informe anual correspondiente a 2010, la Junta viene advirtiendo a la comunidad internacional sobre el creciente problema del tráfico y abuso de nuevas sustancias psicoactivas. Las nuevas sustancias psicoactivas son sustancias objeto de uso indebido, ya sea en su estado puro o en preparados, que no están sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 ni con arreglo al Convenio de 1971, pero que pueden entrañar un peligro para la salud pública³⁷. Pueden ser

materias naturales o sustancias sintéticas, a menudo sometidas deliberadamente a procesos químicos con el fin de burlar las medidas existentes, nacionales e internacionales, de fiscalización de drogas. Las nuevas sustancias psicoactivas suelen abarcar diversos grupos de sustancias, como los cannabinoides sintéticos, las catinonas sintéticas, las fenetilaminas, las piperazinas, las triptaminas y las sustancias de origen vegetal.

249. Los Estados Miembros siguen comunicando cada vez más la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, que se encuentran actualmente en todas las regiones del mundo. El sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas, que sirve para hacer un seguimiento de la aparición de esas sustancias sobre la base de la información proporcionada por los Estados Miembros, determinó que hasta el 1 de octubre de 2014 había 388 sustancias únicas, un incremento del 11% con respecto a las 348 sustancias notificadas en 2013 (véase el gráfico II más abajo). Las sustancias mencionadas con más frecuencia por los Estados Miembros son los cannabinoides sintéticos, las catinonas y las fenetilaminas, que en conjunto representan más de dos tercios del total de las sustancias de que se informó. La información suministrada puede referirse a sustancias que se han encontrado solo una vez o a sustancias que se encuentran con mayor frecuencia.

Gráfico II. Nuevas sustancias psicoactivas comunicadas por los Estados Miembros, 2009-2014



Fuente: Sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas.

^gSustancias comunicadas hasta el 1 de octubre de 2014.

³⁷Ocasionalmente se pueden usar también otras definiciones de nuevas sustancias psicoactivas.

250. Desde el anterior informe de la Junta se han producido varias novedades importantes en respuesta al creciente problema de las nuevas sustancias psicoactivas. En diciembre de 2013 la Junta presentó su iniciativa operacional sobre las nuevas sustancias psicoactivas, conocida como Proyecto Ion (operaciones internacionales sobre las nuevas sustancias psicoactivas). Esa iniciativa internacional apoya la labor de las autoridades nacionales encaminada a impedir que lleguen a los mercados de consumo nuevas sustancias psicoactivas no sometidas a fiscalización. Las actividades del Proyecto Ion se basan en la experiencia acumulada en fiscalización de precursores y están dirigidas por el Grupo de Tareas sobre las Nuevas Sustancias Psicoactivas.

251. En los informes recibidos se suele citar a China como uno de los principales lugares de origen de las nuevas sustancias psicoactivas. El Gobierno de China ha adoptado medidas para fiscalizar esas sustancias, entre ellas la de someter 12 nuevas sustancias psicoactivas³⁸ a fiscalización nacional a partir del 1 de enero de 2014. Además, la Junta convocó en Viena en febrero de 2014 una reunión operacional bajo los auspicios del Proyecto Ion. Los participantes, procedentes de 18 organismos policiales e internacionales, analizaron la información detallada que proporcionaron las autoridades de China sobre una empresa de ese país que estaba siendo investigada por el presunto transporte de miles de pedidos de nuevas sustancias psicoactivas y precursores no sometidos a fiscalización a países de todo el mundo.

252. El tema de las nuevas sustancias psicoactivas se volvió a examinar exhaustivamente en el 57º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, celebrado en marzo de 2014. El Reino Unido, que el 23 de enero de 2014 presentó al Secretario General su notificación sobre el examen del alcance de la fiscalización de la 4-metilmecatínona (mefedrona), presentó un documento de antecedentes en el que se planteaba la posibilidad de fiscalizar provisionalmente esa sustancia, con arreglo al artículo 2, párrafo 3, del Convenio de 1971. Las deliberaciones de ese período de sesiones de la Comisión tuvieron como resultado la aprobación por los Estados Miembros de la resolución 57/9, titulada “Mejoramiento de la cooperación internacional en el reconocimiento y la notificación de nuevas sustancias psicoactivas y de sucesos relativos a esas sustancias”, en la que se invitaba a los Estados Miembros a que apoyaran las actividades del Grupo de Tareas sobre las Nuevas Sustancias Psicoactivas, a las que la Comisión se refirió como Proyecto Ion, y participaran en ellas.

³⁸AM-694, AM-2201, JWH-018, JWH-073, JWH-250, metilendioxi-pirovalerona (MDPV), 4-metilecatínona (4-MEC), metilona, 2C-H, 2C-I, N-bencilpiperazina (BZP) y materia de la planta de khat (*Catha edulis*).

253. En marzo de 2014 se celebró en Viena la primera reunión del Grupo de Tareas sobre las Nuevas Sustancias Psicoactivas, con el fin de intercambiar información relacionada con las remesas sospechosas o el tráfico de nuevas sustancias psicoactivas. El Grupo de Tareas se volvió a reunir en octubre para examinar las novedades ocurridas durante los seis meses anteriores. La Junta emitió numerosas alertas especiales en 2014, mediante las cuales ofreció a los centros de coordinación del Proyecto Ion información pertinente para un posible seguimiento operacional. Hasta el 1 de noviembre de 2014, más de 100 gobiernos y organismos internacionales habían establecido centros de coordinación para recibir y difundir dichas comunicaciones y, cuando procediera, adoptar medidas en relación con ellas.

254. Los Estados Unidos, un mercado importante de nuevas sustancias psicoactivas, han actuado con decisión para someter sustancias a fiscalización con carácter de urgencia y prestar apoyo a las iniciativas internacionales encaminadas a poner fin al tráfico de esas sustancias. En mayo de 2014 la Dirección de Lucha contra las Drogas y numerosos organismos federales e internacionales anunciaron los resultados de la segunda fase del Proyecto Synergy, operación especial aún en curso dirigida al mercado mundial de nuevas sustancias psicoactivas. La segunda fase, de cinco meses de duración, llevó a la detención de 150 personas y a la incautación de cientos de miles de envases destinados a la venta al por menor que contenían nuevas sustancias psicoactivas, cientos de kilogramos de sustancias sintéticas crudas y más de 20 millones de dólares de los Estados Unidos en efectivo y en bienes. Aunque muchas de las sustancias incautadas no estaban prohibidas expresamente con arreglo a la legislación nacional, la ley de fiscalización de sustancias análogas a las fiscalizadas permitió someter muchas de esas sustancias análogas a fiscalización si se demostraba que, desde el punto de vista químico o farmacológico, eran similares a las sustancias fiscalizadas.

255. En junio de 2014 la OMS convocó la 36ª reunión de su Comité de Expertos en Farmacodependencia a fin de que le impartiera asesoramiento en materia de la evaluación científica de sustancias para su posible fiscalización internacional. El Comité examinó 26 sustancias no fiscalizadas, incluidas la 4-metilmecatínona (mefedrona) y otras nuevas sustancias psicoactivas. Para hacer más eficiente el proceso de examen, en la reunión también se estudiaron estrategias para evaluar sustancias químicamente similares con propiedades semejantes.

256. De conformidad con las disposiciones pertinentes de los tratados de fiscalización internacional de drogas, las recomendaciones de la OMS en el sentido de someter

a fiscalización determinadas sustancias, analizadas por su Comité de Expertos en 2014, se transmitirán a la Comisión de Estupefacientes para que las examine en su 58° período de sesiones, que se celebrará en marzo de 2015³⁹.

5. Sistema electrónico internacional de autorizaciones de importación y exportación de estupefacientes y sustancias sicotrópicas

257. En cumplimiento de lo dispuesto en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971, para importar y exportar la mayoría de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas se requiere autorización. Por ello, es indispensable contar con un sistema de autorizaciones de importación y exportación que funcione de manera adecuada, para que las autoridades encargadas de la fiscalización de drogas puedan vigilar el comercio internacional de esas sustancias y prevenir su desviación.

258. En su afán por aprovechar los avances tecnológicos para aplicar de manera efectiva y eficaz el régimen de autorización de importaciones y exportaciones al comercio internacional lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, la Junta ha liderado la iniciativa orientada a elaborar un instrumento electrónico para facilitar y agilizar la labor de las autoridades nacionales competentes y reducir el riesgo de desviación de esas sustancias. El nuevo instrumento, llamado Sistema Internacional de Importaciones y Exportaciones (I2ES), es un mecanismo electrónico basado en la web creado por la Junta, en cooperación con la UNODC y con el apoyo de los Estados Miembros. El funcionamiento del I2ES ayudará a las autoridades nacionales de fiscalización de drogas en su labor cotidiana, garantizando que se cumplan plenamente los requisitos de los tratados de fiscalización internacional de drogas y protegiendo los datos que se introduzcan en el sistema.

259. La Comisión de Estupefacientes, en su resolución 55/6, de 16 de marzo de 2012, alentó a los Estados Miembros a que prestaran el más firme apoyo financiero y político posible para la creación, el mantenimiento y la administración de un sistema electrónico internacional de autorizaciones de importación y exportación, e invitó a los Estados Miembros y otros donantes a aportar contribuciones extrapresupuestarias con esos fines. Posteriormente, en su resolución 56/7, de 15 de marzo de 2013, la Comisión acogió con beneplácito las contribuciones

financieras voluntarias aportadas por varios Estados Miembros en apoyo de la fase inicial de desarrollo del sistema, invitó a la secretaría de la Junta a que, en consonancia con su mandato, administrara el sistema, y alentó a los Estados Miembros a que prestaran el máximo apoyo financiero posible para su administración, desarrollo posterior y mantenimiento.

260. En su informe correspondiente a 2013, la Junta informó a los gobiernos sobre los avances en la preparación del I2ES⁴⁰, e hizo notar con reconocimiento el inestimable apoyo político y financiero prestado con ese fin por la comunidad internacional.

261. El primer prototipo del I2ES se presentó a los Estados Miembros en forma paralela al 56° período de sesiones de la Comisión, celebrado en marzo de 2013. La primera versión operativa del sistema se presentó a los Estados Miembros en marzo de 2014, durante el 57° período de sesiones de la Comisión.

262. En el período de noviembre de 2014 a enero de 2015 tendrá lugar una segunda fase experimental, en la que participarán autoridades nacionales competentes de todas las regiones del mundo. La evaluación de esa fase se presentará a los Estados Miembros durante el 58° período de sesiones de la Comisión. En marzo de 2015, el I2ES se presentará para su utilización por las autoridades nacionales competentes.

263. El I2ES se concibió para complementar los sistemas electrónicos nacionales existentes, no para sustituirlos. Concretamente, servirá de plataforma a los países importadores y exportadores para cargar y transmitir autorizaciones de importación y exportación, y podrá conectarse con otros sistemas electrónicos nacionales, de manera que los gobiernos no tengan que modificar sus propios sistemas. En el caso de los países que carezcan de sistemas electrónicos nacionales, la nueva herramienta les permitirá también generar y transmitir electrónicamente autorizaciones de importación y exportación, así como descargarlas e imprimirlas, según proceda.

264. Una función clave del I2ES consiste en el cotejo automático de la cantidad de la sustancia que se desea importar o exportar con las previsiones más recientes del país importador de sus necesidades del estupefaciente o la sustancia sicotrópica en cuestión, y el despliegue automático en pantalla de mensajes de advertencia si la cantidad importada o exportada es excesiva. Además, el sistema tiene una función de endoso en línea, que permitirá a las autoridades de los países importadores verificar

³⁹Véase www.unodc.org/unodc/commissions/CND/Mandate_Functions/Mandate-and-Functions_Scheduling.html.

⁴⁰Véase E/INCB/2013/1, párrs. 198 a 203.

la cantidad recibida en su territorio, remitir a las autoridades del país exportador un endoso que confirme el recibo, como se exige en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971, y alertar en tiempo real a las autoridades competentes del país exportador de todos los casos en que la cantidad de la sustancia recibida en el país importador sea inferior a la cantidad cuya exportación se autorizó. Todas esas importantes funciones tienen por objeto ayudar a los gobiernos a cumplir las obligaciones que les incumben en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas, reforzarán la vigilancia del comercio internacional de sustancias sujetas a fiscalización internacional y contribuirán a prevenir su desviación.

265. Al elaborar el I2ES, la Junta ha velado por que las normas comerciales en que se basa el sistema se ajusten plenamente a las disposiciones pertinentes de la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 sobre las autorizaciones de importación y exportación y, en particular, que el formato y el contenido de esas autorizaciones cumplan los requisitos previstos en los tratados. Al mismo tiempo, el sistema se ajusta a las necesidades de los países que aún no disponen de sistemas electrónicos nacionales para expedir autorizaciones de importación y exportación. Por su concepto, es de fácil utilización y compatible con los sistemas nacionales, a fin de garantizar el intercambio fluido de datos.

266. En su etapa inicial de implantación, el I2ES permitirá a los gobiernos satisfacer sus necesidades de administración de los sistemas de autorización de la importación y exportación de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. La estructura modular del I2ES debería hacer posible que se elaboren módulos adicionales

en el futuro, siempre que se disponga de financiación suficiente. Sería prioritario crear un módulo que permitiera establecer comunicaciones automáticas seguras entre los sistemas electrónicos nacionales y el I2ES para poder cargar y descargar automáticamente del I2ES datos correspondientes a operaciones comerciales de gran volumen. El software del I2ES se facilitará sin costo a los gobiernos que lo soliciten.

267. Aunque ha terminado satisfactoriamente la fase de desarrollo del I2ES, financiada íntegramente con recursos extrapresupuestarios, se requieren más fondos para que la secretaría de la JIFE pueda administrar el sistema conforme a su mandato y a lo dispuesto en las resoluciones 55/6 y 56/7 de la Comisión, así como para su mantenimiento y la posible elaboración de nuevos módulos en el futuro.

268. La Junta desea expresar su agradecimiento a todos los gobiernos que formularon sugerencias y recomendaciones en relación con el sistema. La Junta está convencida de que el I2ES solamente resultará fructífero y eficaz mediante la colaboración en el plano internacional. Una vez que esté en funcionamiento, debería reportar beneficios a largo plazo a todos los gobiernos y al sistema de fiscalización internacional de drogas en general. Por ello, la Junta invita a todos los gobiernos a que apoyen política y financieramente esta importante iniciativa. Ante todo, la Junta alienta a todas las autoridades nacionales competentes a que estudien la posibilidad de utilizar el I2ES cuanto antes. Únicamente si lo utilizan desde un principio y de manera generalizada podrán los gobiernos aprovechar plenamente las ventajas que el sistema reporta.

Capítulo III.

Análisis de la situación mundial

ASPECTOS MÁS DESTACADOS

- Algunas regiones de África siguen experimentando dificultades considerables para hacer frente al aumento del uso indebido y la producción de las principales drogas, que son motivo de preocupación. En algunas subregiones del continente se ha registrado un aumento tanto de las incautaciones de resina de cannabis como del tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico.

- Los grupos delictivos organizados locales e internacionales siguen utilizando Centroamérica y el Caribe como ruta de reexpedición de drogas ilícitas procedentes de América del Sur y destinadas a América del Norte y Europa. El uso indebido de drogas parece ir en aumento en muchos países de la región.

- En los Estados Unidos los resultados de las iniciativas legislativas populares sobre la utilización del cannabis con fines no médicos aprobadas en los estados de Alaska y Oregón y en Washington D.C. representan nuevos desafíos al cumplimiento por el Gobierno de los Estados Unidos de las obligaciones que le incumben en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

- La oferta mundial de cocaína procedente de América del Sur se ha reducido en medida tal que podría tener un efecto palpable en los principales mercados de consumo, donde la disponibilidad de esa sustancia se mantiene por debajo de la registrada cuando se alcanzaron las cotas más altas, alrededor de 2006.

- La expansión de los mercados ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico sigue siendo la mayor preocupación en Asia oriental y sudoriental.

- En Asia meridional el aumento de la fabricación, el tráfico y el uso indebido de metanfetamina, así como la desviación y el uso indebido de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas, siguen figurando entre los mayores retos relacionados con las drogas en la región.

- En Asia occidental la inestabilidad política y los conflictos han llevado a un deterioro de la capacidad de varios Estados de ejercer un control eficaz sobre sus fronteras y territorio, lo que ha permitido que los traficantes de drogas se sigan beneficiando de esas situaciones. El aumento sostenido del uso indebido de opiáceos y del cultivo ilícito de opio en el Afganistán plantea grandes retos para la región.

- En Europa la disponibilidad y el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas siguen siendo un importante problema de salud pública y se ha identificado una cifra sin precedentes de sustancias de esa clase. Se ha

descubierto también que los grupos delictivos organizados están implicados en la fabricación y tráfico de nuevas sustancias psicoactivas. En Europa oriental y sudoriental se registran tasas de prevalencia considerablemente superiores a la media mundial tanto en lo que respecta a los consumidores de drogas por inyección como a los consumidores de drogas por inyección que además viven con el VIH.

- En Oceanía persisten las preocupaciones acerca de la expansión de los mercados de nuevas sustancias psicoactivas y los índices comparativamente elevados de uso indebido de drogas.

A. África

1. Novedades principales

269. En algunas partes del continente africano se sigue luchando por superar las secuelas del conflicto armado, los prolongados períodos de inestabilidad y las persistentes amenazas contra la paz y la seguridad. El deterioro de la situación política en algunas subregiones africanas ha llevado al aumento del tráfico de drogas, lo que ha hecho que empeoren los problemas de salud pública relacionados con el consumo de drogas. En África occidental, por ejemplo, se ha registrado un aumento de la fabricación y el tráfico de metanfetamina, y la visible intensificación del tráfico de drogas con origen y destino en Liberia ha agravado la preocupación por la seguridad nacional en ese país.

270. El cannabis sigue siendo una droga ilícita que suscita gran preocupación en África, y su producción, tráfico y uso indebido siguen planteando problemas considerables. A pesar de los esfuerzos realizados por erradicarlo, el cannabis se cultiva ilícitamente en todo el continente. La producción ilícita de resina de cannabis se limita a unos pocos países de África septentrional. Marruecos ha seguido siendo el mayor productor de resina de cannabis del continente y uno de los mayores productores del mundo, a pesar de que, según las informaciones recibidas, la producción en ese país disminuye. África septentrional ha experimentado un incremento de la incautación de resina de cannabis y sigue siendo la subregión africana en que se registran los mayores volúmenes de incautación de esa sustancia. La resina de cannabis se exporta de contrabando, principalmente a Europa, además de usarse indebidamente a escala local.

271. El tráfico de opiáceos ha proseguido en toda África, debido a la escasa capacidad que tienen los organismos encargados de hacer cumplir las leyes en la región. África oriental se usa cada vez más como ruta de tránsito para la heroína procedente de Asia y destinada a los mercados de Sudáfrica y África occidental. África meridional

sigue siendo un eslabón esencial del transporte mundial de heroína y cocaína. La infraestructura de transporte de África meridional, que está bien desarrollada, facilitó el transporte de cocaína y heroína en 2013, como lo demuestran los grandes volúmenes de heroína incautados en Sudáfrica.

272. Las nuevas tendencias del tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico indican que hay un mercado local creciente en toda África y que se introducen de contrabando estimulantes anfetamínicos en Asia oriental y sudoriental, así como en Oceanía. Las recientes incautaciones efectuadas en Sudáfrica indican que ha habido un incremento de la fabricación de metanfetamina y que se ha comenzado a fabricar metacatinona en pequeña escala. La fabricación clandestina de metacualona ha proseguido en la región, como cabe deducir de la incautación en gran escala de precursores de esa sustancia en Mozambique y Sudáfrica.

2. Cooperación regional

273. La Unión Africana ha estado ejecutando su Plan de Acción sobre Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito para el período 2013-2017, que ofrece un marco estratégico para elaborar una política en materia de drogas. Las esferas de interés prioritarias del período 2013-2014 son las siguientes: *a)* puesta en práctica de la postura común africana sobre las sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a las drogas para el tratamiento del dolor; *b)* aplicación de las normas continentales mínimas de calidad para el tratamiento de la drogodependencia; *c)* adopción de políticas para destinar el producto decomisado del tráfico de drogas y delitos conexos a apoyar la reducción de la demanda y los programas de tratamiento; *d)* reforzamiento de la investigación en materia de fiscalización de drogas y de seguimiento y evaluación del uso indebido de drogas y de las tendencias del tráfico, y *e)* provisión de capacitación en todo el continente para tratar la drogodependencia.

274. La Unión Africana, con el apoyo de la UNODC, ha celebrado reuniones de grupos de expertos para hablar

del Plan de Acción sobre Fiscalización de Drogas en África Meridional. A finales de 2013 se organizó en Harare una conferencia sobre la formulación y el perfeccionamiento de respuestas para combatir el tráfico de drogas. Entre los resultados de la conferencia se cuentan la propuesta de crear un centro de inteligencia regional en África y mejorar la recopilación y el análisis de datos en los países africanos.

275. La UNODC, reconociendo la gravedad de los problemas relacionados con las drogas en África, ha seguido ejecutando programas adaptados a las necesidades de la región, como el Programa Mundial de Fiscalización de Contenedores, que lleva a cabo junto con la Organización Mundial de Aduanas (OMA); los programas regionales contra la droga y el delito para África oriental correspondientes al período 2009-2015, y el Proyecto de Comunicación Aeroportuaria (AIRCOP). La Comunidad de África Meridional para el Desarrollo ejecuta, con la ayuda de la UNODC, un programa regional para el período 2013-2016 cuya finalidad es lograr que la región se vea más libre del delito y de las drogas (“Making the SADC Region Safer from Crime and Drugs”). Ese programa, que abarca los 15 Estados miembros de la Comunidad, se ha diseñado para atender las inquietudes que suscita la intensificación de la delincuencia tanto a nivel nacional como transnacional, habida cuenta en particular de que la región está elaborando fórmulas para facilitar la circulación transfronteriza.

276. La Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO) ha seguido ejecutando su Plan de Acción Regional para Hacer Frente al Creciente Problema del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada y el Uso Indebido de Drogas en África Occidental, que se prorrogó hasta 2015 en 2013. Dentro de esa labor, la Iniciativa de la Costa de África Occidental, que se ejecuta junto con la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL), se concentra en Côte d’Ivoire, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia y Sierra Leona. Desde 2013 el Comité de Políticas de la Iniciativa viene aplicando un nuevo enfoque regional que insiste más en la cooperación regional entre las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, los cuerpos de policía de Liberia y Sierra Leona han llevado a cabo operaciones conjuntas.

277. La Comisión de África Occidental sobre las Drogas, iniciativa no gubernamental privada que aglutina a personalidades de África occidental por conducto de la Fundación Kofi Annan, publicó en junio de 2014 un informe sobre las consecuencias que entrañaba para África occidental su condición de nuevo centro del tráfico de drogas a escala mundial. La Comisión ha recalcado que

el consumo de drogas es un asunto de salud pública y no de justicia penal, pero ha recomendado que se integren con más eficacia las actividades de lucha contra los estupefacientes en la labor de prevención de la corrupción y el blanqueo de dinero en la región.

278. En el sexto período de sesiones de la Conferencia de Ministros de la Unión Africana sobre Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito, celebrada en Addis Abeba del 6 al 10 de octubre de 2014, los ministros evaluaron los progresos realizados en la aplicación del Plan de Acción sobre Fiscalización de Drogas de la Unión Africana (2013-2017). El presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes pronunció una declaración principal en la que puso de relieve la necesidad de: *a)* aumentar la capacidad de prevención y tratamiento de la drogodependencia, y de rehabilitación de las personas afectadas por el uso indebido de drogas; *b)* asegurar la suficiente disponibilidad de sustancias sujetas a fiscalización con fines médicos, y *c)* seguir impartiendo formación a los profesionales de la salud y las autoridades competentes para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por el uso indebido de drogas.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

279. Un elemento importante de la investigación en materia de drogas ilícitas y de la lucha contra ellas es el reforzamiento de la legislación y de la capacidad nacional de ejecución. Sin embargo, la normativa jurídica existente en gran parte de África no está en consonancia con la urgencia del problema que entraña el aumento del uso de drogas en el continente y la condición que este sigue teniendo de territorio importante de tránsito y tráfico. El año pasado se registraron muy pocas novedades en cuanto a progresos en materia de legislación y adopción de medidas a nivel nacional.

280. Sudáfrica aprobó un plan maestro nacional sobre las drogas para el período 2013-2017, con objeto de reducir las secuelas del uso indebido de sustancias y de armonizar las leyes y políticas y velar por su cumplimiento. Además, en abril de 2014 se modificó la ley sobre las drogas y el tráfico de drogas de 1992 para tipificar como ilegales las mezclas de drogas de venta callejera conocidas localmente como “nyaope” o “woonga” (que constan de diversas mezclas de ingredientes, en la mayoría de los casos heroína y cannabis). Anteriormente, en marzo de 2013, se había promulgado la ley de prevención y tratamiento del uso indebido de sustancias de 2008, en la que se promovían la prevención, la intervención temprana,

las intervenciones de ámbito comunitario, los servicios de postratamiento y la reinserción social en la totalidad de las nueve provincias sudafricanas.

281. El Gobierno de Ghana aprobó una modificación de la lista de sustancias de la ley de estupefacientes (fiscalización, represión y sanciones) de 1990, para fiscalizar unas sustancias psicoactivas nuevas y otras sustancias sicotrópicas como la metanfetamina y sus derivados.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

282. La información relativa al cultivo, el consumo, la producción, la fabricación y el tráfico de estupefacientes en África sigue siendo muy escasa.

283. África septentrional sigue siendo la subregión en que se incauta más resina de cannabis, y, según la UNODC, las cantidades incautadas han seguido aumentando. Los mayores volúmenes de incautación de la subregión se registraron en Argelia, donde aumentaron de 53 t en 2011 a más de 211 t en 2013, y Marruecos, donde aumentaron de 126 t en 2011 a 137 t en 2012. En 2012 le correspondió a Marruecos el 11% de la incautación de resina de cannabis en todo el mundo; en 2013, el 12%, según las cifras preliminares. También se han registrado volúmenes de incautación considerables de esa sustancia en otros países de África septentrional. Por ejemplo, en 2013 las autoridades egipcias se incautaron de más de 84 t de resina de cannabis, de las cuales 80 t se habían introducido ilícitamente desde Marruecos en buques pesqueros.

284. Al mismo tiempo, hay indicios de que la popularidad de la resina de cannabis ha seguido disminuyendo en Europa. Según la UNODC, la cantidad de resina de cannabis incautada es comparable actualmente a la de hierba de cannabis, lo que indica que en los mercados europeos ha aumentado la preferencia por la hierba, que es cada vez más de producción local, en detrimento de la resina importada, principalmente de Marruecos, país del que sigue proviniendo la mayoría de la resina de cannabis incautada en Europa.

285. Marruecos sigue siendo el mayor productor de resina de cannabis del continente, y la hierba de cannabis se sigue cultivando en la mayoría de los países africanos. Los mayores productores de África septentrional y oriental son Egipto, Etiopía, Kenya, Marruecos y la

República Unida de Tanzania. En 2013 las autoridades egipcias se incautaron de más de 212 t de hierba de cannabis.

286. En la mayoría de los países de África meridional, el cannabis también se sigue produciendo y consumiendo localmente y pasando de forma clandestina a Europa en pequeña escala. El cuerpo de policía de Sudáfrica calcula que el volumen total de hierba de cannabis que fue objeto de incautación en ese país en 2013 fue de 196 t. La mayoría de las incauciones se produjeron durante el transporte de la hierba por carretera, y la policía de los puestos fronterizos se incautó de una cantidad mensual aproximada de 100 kg de hierba de cannabis destinada a la exportación, principalmente al Reino Unido. Los grupos delictivos de África meridional también se dedican, cada vez más, a la venta de hierba de cannabis por Internet.

287. Sierra Leona registró 17 casos de incautación en 2013, con casi 2 t de hierba de cannabis incautada, lo que refleja la creciente preocupación que hay en ese país con respecto al cultivo de cannabis. La producción de hierba de cannabis también sigue siendo un problema en Nigeria, donde se incautaron 205 t de hierba empaquetada y se descubrieron y destruyeron 847 hectáreas de plantaciones de cannabis.

288. El tráfico de heroína que tiene como territorio de destino y de tránsito África oriental se ha incrementado, como lo demuestra el gran volumen de incautación de que han informado los países de la subregión. Rara vez hay patrullas de vigilancia en las costas de África oriental, lo que hace que la subregión resulte atractiva para las bandas de traficantes y vulnerable como territorio de tránsito para las remesas de heroína. El tráfico de heroína procedente de Asia occidental pasa a través de la subregión, de camino a Sudáfrica y los países de África occidental. Aunque el tráfico de heroína se sigue realizando por correo aéreo, parece que el transporte marítimo se está convirtiendo en el método preferido para el contrabando de esa droga. Entre 2010 y 2013, los Gobiernos de Kenya y la República Unida de Tanzania comunicaron que se habían incautado de grandes volúmenes de heroína, que sumaban un total de casi 2 t, contando las incauciones realizadas frente a las costas y en el interior. En abril de 2014 las autoridades de Kenya se incautaron de una tonelada adicional de heroína.

289. Los países de África septentrional también informaron de que se habían incautado de un volumen considerable de heroína. Según los datos nacionales facilitados, el volumen de incautación de heroína en Egipto había aumentado de casi 75 kg en 2012 a 260 kg en 2013. Ha

seguido aumentando la cantidad de heroína que pasa por África occidental, sobre todo por medio del transporte aéreo comercial. En general, Ghana y Nigeria han sido los países en que con más frecuencia se han descubierto e incautado remesas de tamaño mediano. También se ha intensificado el tráfico de heroína que tiene a Liberia como país de destino y de tránsito, y una cifra considerable de las personas implicadas en ese tráfico prestan servicio actualmente dentro de las fuerzas armadas y de la policía. A ello se añade la existencia de un mercado de consumo nacional creciente en el país.

290. En África meridional ha habido un incremento del tráfico de heroína que se realiza por medio de los servicios postales y de mensajería internacionales. En el último año se han diversificado y refinado los métodos de ocultación. Los traficantes siguen probando los nuevos puertos construidos, como el de Port Ngqura, en Sudáfrica, y los puertos antiguos pero ampliados, como el de Durban, también en Sudáfrica, como posibles puntos de entrada de drogas en África meridional. Se sigue deteniendo a nacionales de países de África meridional como sospechosos de ser correos de drogas en Asia meridional y oriental y en América del Sur. Las mujeres, sobre todo en entornos de bajos ingresos, siguen siendo vulnerables al reclutamiento como correos de drogas.

291. Los países de África oriental han informado de un aumento del volumen de incautación de cocaína, sobre todo en la República Unida de Tanzania. Según los cálculos de la UNODC, el consumo anual de cocaína asciende a 160 millones de dólares de los Estados Unidos en Kenya y la República Unida de Tanzania. Entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de agosto de 2014 las autoridades de este último país se incautaron de más de 459 kg de cocaína y detuvieron a más de 2.000 personas. En diciembre de 2013, el Secretario General de las Naciones Unidas citó unas cifras de la UNODC que mostraban que el valor estimado de la cocaína que era objeto de tráfico a través de África occidental y el Sahel había llegado a ser de unos 1.250 millones de dólares anuales.

b) Sustancias sicotrópicas

292. Hay indicios de que aumenta el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico en África, si bien no se dispone de datos exhaustivos y actualizados de todos los países de la región.

293. En lo que constituye una tendencia preocupante, ha proseguido el tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico a través de África oriental (por ejemplo, Etiopía

y Kenya), desde donde se expiden, por transporte aéreo, a Asia oriental y sudoriental. En 2012 y 2013, por ejemplo, las autoridades de Kenya informaron de que se habían realizado numerosas incautaciones de estimulantes anfetamínicos, destinados principalmente al Japón y a Malasia, en el aeropuerto internacional de Nairobi.

294. Se siguen realizando incautaciones en gran escala de metacualona y sus precursores en Mozambique y Sudáfrica. En marzo de 2014 se incautaron más de 3 t de metacualona en Johannesburgo (Sudáfrica). Además, entre las recientes incautaciones realizadas en la zona septentrional de Mozambique se cuentan 605 kg de ácido *N*-acetilnitrilo, precursor empleado en la fabricación ilícita de metacualona. Se cree que esta droga se fabrica para el consumo local en África meridional, predominantemente en Sudáfrica.

c) Precursores

295. En 2013 los Gobiernos de Kenya, Libia, Sierra Leona y Zimbabwe invocaron el derecho que les asistía en virtud del artículo 12, párrafo 10 *a*), de la Convención de 1988, y actualmente exigen una notificación previa a la exportación para todas las sustancias que figuran en los Cuadros I y II de dicha Convención, incluidos los preparados farmacéuticos que contengan efedrina y pseudoefedrina y los aceites ricos en safrol. Al 1 de julio de 2014, 14 de 54 países africanos habían invocado el artículo 12, párrafo 10 *a*).

296. África sigue viéndose afectada por el tráfico de precursores que se emplean en la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico, sobre todo la efedrina y la pseudoefedrina. Según la información facilitada por medio del PICS, los siguientes países africanos han estado relacionados con diversos incidentes comunicados desde diciembre de 2013: Etiopía, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica y Zimbabwe. En el 63% de los casos registrados durante el período que se examina se mencionó a varios países africanos, a saber, Etiopía, Malawi y Sudáfrica, como países de destino de remesas de efedrina y pseudoefedrina procedentes de la India. También ha habido un aumento pronunciado de la desviación a África occidental de precursores para la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico. Solo nueve países de África se han inscrito en el PICS hasta la fecha. La Junta exhorta a todos los gobiernos de la región a que se inscriban, a fin de incrementar y facilitar el intercambio de información relacionada con la desviación y el tráfico de precursores.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

297. El uso indebido de tramadol, opioide que se vende con receta médica y no está sometido a fiscalización internacional, sigue suscitando preocupación en una serie de países africanos, sobre todo de África septentrional. En 2013 el tramadol se sometió a fiscalización nacional en Egipto, donde su uso indebido estaba muy extendido. Según los datos facilitados por las autoridades del país, la incautación de tramadol disminuyó de 650 millones de comprimidos en 2012 a 27 millones en 2013. Esa tendencia descendente se atribuye al rigor de las nuevas medidas que se han adoptado en relación con esa sustancia. Según la información recibida, el uso indebido y el tráfico de tramadol también han aumentado recientemente en Libia. Además, Nigeria ha informado de casos de uso indebido de tramadol y ya lo ha incluido en su lista de fármacos fiscalizados.

298. La información sobre el tráfico y el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas en África septentrional y oriental es escasa. Sin embargo, la prevalencia de esas sustancias en África parece ser inferior a la que se registra en otras regiones. Solo 11 países africanos han informado de la aparición de nuevas sustancias psicoactivas entre 2008 y 2013.

299. El consumo de khat (*Catha edulis*), una sustancia de origen vegetal que no está sometida a fiscalización internacional, sigue teniendo una prevalencia alta en algunos países africanos y en las colonias de expatriados de esos países. El khat se cultiva en África oriental, principalmente en Etiopía y Kenya, donde su uso indebido también está generalizado. A pesar del riesgo que entraña la masticación de sus hojas psicoestimulantes y levemente alucinógenas, el khat se consume extensamente en la región, sobre todo en Djibouti, Etiopía y Somalia y, en menor medida, en Madagascar. Además, la sustancia se exporta o pasa de contrabando, cada vez más, a otros países y regiones para proveer a las colonias de expatriados, principalmente las de Etiopía, Kenya, Somalia y el Yemen.

300. La preocupación por los daños que causa el consumo de khat, solo o mezclado con otras sustancias, ha hecho que se lo someta a fiscalización en Eritrea, Madagascar, la República Unida de Tanzania, Rwanda y el Sudán. No obstante, el volumen de incautación de khat en África ha seguido siendo bastante bajo, lo que podría atribuirse al hecho de que esa sustancia sigue siendo legal en países como Djibouti, Etiopía, Kenya y Somalia. Según la UNODC, el volumen de incautación de khat en África comunicado desde 2004 ha oscilado entre una tonelada y 10 t anuales.

301. Burkina Faso ha informado del uso indebido de la datura, una planta que contiene una combinación de sustancias anticolinérgicas. Los jóvenes del país ingieren comúnmente la datura en infusión.

5. Uso indebido y tratamiento

302. Muchos países de África carecen de la capacidad y los sistemas para vigilar el uso indebido de drogas y reunir y analizar datos relacionados con las drogas. Por lo tanto, la evaluación del alcance y las características del uso indebido de drogas en la región, y la obtención de datos precisos sobre la prevalencia, sigue siendo un problema para las autoridades nacionales competentes. Por otra parte, los servicios nacionales de atención de la salud suelen ser insuficientes y no satisfacen las necesidades de la población local en lo que respecta al tratamiento y la rehabilitación de los drogodependientes. En algunos casos, esos servicios son inexistentes o dependen de la asistencia de organizaciones internacionales o no gubernamentales.

303. Algunos países de la región han tomado medidas concretas para mejorar los servicios nacionales de tratamiento de la drogodependencia. Por ejemplo, dicho tratamiento ha mejorado en Etiopía, Kenya, Mauricio, la República Unida de Tanzania, el Senegal y Seychelles, debido en gran medida a las iniciativas de fomento de la capacidad y de los conocimientos prácticos. Burundi, Eritrea y Madagascar también han informado de que ha aumentado su capacidad de tratamiento de la drogodependencia. En África la prevalencia del VIH entre quienes consumen drogas por inyección es del 12,1%.

304. Eritrea ha impartido su primer curso práctico sobre asesoramiento en materia de drogas, y el Observatorio Nacional sobre Drogas de Kenya, que reúne y analiza datos sobre salud y cumplimiento de la ley, ha publicado dos informes sobre el tema. Se ha efectuado un estudio de viabilidad para instituir un observatorio nacional sobre drogas análogo en la República Unida de Tanzania.

305. El Gobierno de Kenya prevé poner en marcha antes de que termine 2014 un programa nacional de tratamiento con metadona para los consumidores de opiáceos. La finalidad de esa iniciativa es aumentar la calidad de vida de los consumidores de heroína y evitar que se produzcan nuevas infecciones de VIH y hepatitis entre quienes se inyectan esa droga. En Kenya, el Ministerio de Salud ha elaborado y publicado una política nacional de prevención del VIH y tratamiento y atención de las personas seropositivas que se inyectan drogas. Según la

información que ha podido consultar la Junta, hay casi 50.000 personas que hacen uso indebido de drogas por inyección en Kenya, y la droga principal que se inyectan es la heroína.

306. La prevalencia anual del consumo de cannabis sigue siendo alta en muchos países de África. Según la información recibida, alrededor de dos tercios de las personas que se han inscrito para recibir tratamiento por drogodependencia en África han indicado que el cannabis es la droga que más consumen. La prevalencia más elevada del consumo de cannabis en la población adulta se da en África occidental y central, donde alcanza aproximadamente el 12,4%.

307. Aunque no se hayan realizado encuestas nacionales amplias o fiables sobre el grado de consumo de drogas en ningún país de la subregión de África meridional, hay indicios procedentes de Sudáfrica de que ha aumentado el uso indebido de heroína, metanfetamina y metcatinona. Los datos proporcionados por los centros de tratamiento de la drogodependencia de Sudáfrica indican que ha habido un resurgimiento del consumo de metacualona y una disminución del de cocaína.

308. En África oriental y septentrional solo han informado del uso indebido de anfetamina Argelia, Egipto y Kenya. En Kenya, la prevalencia de vida del uso indebido de anfetamina en los estudiantes de enseñanza secundaria de Nairobi es del 2,6%. En cuanto a los demás países de la región, no se han publicado datos recientes.

309. Nigeria experimentó un incremento del uso indebido de cocaína y heroína en 2013. Ese año el país emprendió los preparativos de una encuesta nacional sobre el consumo de drogas, así como el diseño de un sistema nacional de vigilancia farmacéutica. Los organismos encargados de combatir el tráfico de drogas del Togo han comunicado que hay una tendencia general de incremento del uso indebido de fármacos que contienen sustancias sicotrópicas, así como de tramadol.

310. Las informaciones procedentes de toda África han puesto de relieve, con mayor fuerza, que los jóvenes representan una proporción considerable de los consumidores de drogas. En Benin, por ejemplo, el 45% de los consumidores son jóvenes con un promedio de edad de 22 años. En 2014 el Camerún comunicó que un promedio anual de 5.000 a 6.000 pacientes habían sido tratados en la capital por enfermedades relacionadas con el uso indebido de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y que entre el 75% y el 80% de los ingresados en hospitales por uso indebido de drogas habían sido personas de entre 15 y 39 años de edad. Asimismo, un número

considerable de países de toda África carecen de servicios de tratamiento especializado de la drogodependencia, incluidos servicios de rehabilitación, o no cuentan con instituciones o con capacidad logística de tratamiento a escala nacional.

B. América

Centroamérica y el Caribe

1. Novedades principales

311. La región de Centroamérica y el Caribe, debido a su ubicación geográfica y a la debilidad de sus instituciones de gobierno, sigue siendo explotada por bandas locales y grupos delictivos organizados internacionales como ruta de tránsito y reexpedición de drogas ilícitas procedentes de América del Sur y destinadas a los mercados de consumidores de América del Norte y Europa. Asimismo, parece que el consumo local de drogas ilegales aumenta en muchos países de la región. Además, los problemas de seguridad relacionados con el negocio de las drogas, como los altos niveles de violencia, el blanqueo de dinero, la corrupción y otras actividades ilícitas, son cuestiones acuciantes para los países de Centroamérica y el Caribe.

312. Costa Rica y Honduras siguen siendo puntos principales de reexpedición. La cantidad de cocaína que pasa clandestinamente por Centroamérica ha aumentado, sobre todo en la frontera entre Guatemala y Honduras, a raíz de la intensificación de la lucha contra la droga en México.

313. Se calcula que más del 80% del total de la cocaína que se introduce clandestinamente en los Estados Unidos pasa por la región. Asimismo, aumenta la tendencia a producir drogas ilícitas en la región. El cannabis se produce principalmente en pequeñas cantidades para consumo local. La producción actual de adormidera en Guatemala es pequeña pero tiende a aumentar. A nivel regional, aumenta la tendencia a producir nuevas sustancias psicoactivas y traficar con ellas. Los traficantes de la región se están orientando a la importación de precursores que no figuran en los Cuadros para fabricar metanfetamina con métodos alternativos y evitar, así, las medidas más estrictas de fiscalización regional que entraron en vigor en 2011.

314. Dado que el tráfico de cocaína sigue siendo la fuente de ingresos más lucrativa de los grupos delictivos

organizados de Centroamérica, la intensificación de la competencia en ese tráfico ha elevado el nivel de violencia en la región. La oleada de violencia más reciente afecta, en particular, a la parte septentrional de Centroamérica: Belice, El Salvador, Guatemala y Honduras. El índice de homicidios de Honduras sigue siendo uno de los más elevados de que se tiene constancia. Las zonas más preocupantes en lo que respecta a la violencia se encuentran en el litoral de Honduras, en ambos lados de la frontera entre Guatemala y Honduras, y en Guatemala, a lo largo de las fronteras con Belice y México.

315. Los países con un índice de homicidios extremadamente elevado, como El Salvador, Guatemala y Honduras, también se ven muy afectados, de diversas maneras, por el tráfico de drogas que se da en su territorio. Según parece, el problema de la droga ha contribuido a elevar los niveles de violencia callejera y de corrupción relacionada con las drogas, lo que ha sobrecargado aún más el sistema de justicia penal. Se calcula que en Centroamérica hay más de 900 bandas en activo, conocidas como “maras”, que suman un total de más de 70.000 miembros. En El Salvador, Guatemala y Honduras el 15% de los homicidios guardan relación con esas bandas, que tienen vínculos importantes con actividades de tráfico de drogas.

316. La Junta toma nota de las deliberaciones y debates que se han celebrado recientemente en la región para decidir cómo afrontar los problemas y consecuencias de la fabricación ilícita, el tráfico y el uso indebido de drogas. Es significativo que esas deliberaciones y debates se hayan celebrado bajo los auspicios de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y hayan tenido por objeto determinar métodos alternativos para tratar el problema de la fabricación ilícita, el tráfico y el uso indebido de drogas. Un factor importante que ha impulsado esos debates es la aspiración de hallar políticas que contribuyan a reducir la delincuencia, la violencia y la corrupción en la región. La Junta desea subrayar que todas esas propuestas también deberán sopesarse atendiendo a su coherencia con los tratados de fiscalización internacional de drogas en los que son partes todos los Estados de la región.

2. Cooperación regional

317. En abril de 2014 se puso en marcha el programa regional de la UNODC de apoyo a la estrategia sobre delincuencia y seguridad de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para el período 2014-2016. El programa se preparó en colaboración estrecha con la secretaria de la CARICOM, el Organismo de Represión de la Delincuencia y Garantía de la Seguridad de la CARICOM, el Sistema Regional de Seguridad, el Sistema de Seguridad y

Supervisión de la Aviación en el Caribe y los Estados miembros de la región. Abarca los siguientes ámbitos: *a)* la lucha contra la delincuencia organizada transnacional, el tráfico ilícito y el terrorismo; *b)* la lucha contra la corrupción y el blanqueo de dinero; *c)* la prevención del delito y la reforma de los sistemas de justicia penal; *d)* el consumo de drogas, su prevención y tratamiento, y el VIH/SIDA, y *e)* la investigación general, el análisis de tendencias y la investigación forense.

318. En abril de 2014 tuvo lugar en Dominica la Conferencia sobre el Producto del Delito, a la que asistieron investigadores financieros y fiscales de 17 jurisdicciones del Caribe oriental.

319. Las maniobras militares Trade Winds 2014 se celebraron en Antigua y Barbuda en junio de 2014. La Cumbre sobre Interceptación y Enjuiciamiento del Tráfico Marítimo de Drogas tuvo lugar en agosto de 2014 y congregó a agentes encargados de reprimir el tráfico marítimo de drogas, investigadores de los cuerpos policiales terrestres, fiscales y jueces, a fin de mejorar la coordinación regional y la cooperación nacional para normalizar los procedimientos de recopilación de pruebas y documentar las técnicas de investigación.

320. En julio de 2014 tuvo lugar en Antigua y Barbuda la 35ª reunión de la Conferencia de Jefes de Gobierno de la Comunidad del Caribe. Los Jefes de Gobierno convinieron en constituir una comisión regional sobre el cannabis que se encargaría de estudiar las cuestiones sociales, económicas, sanitarias y jurídicas relacionadas con el consumo de cannabis en Centroamérica y el Caribe y de recomendar posibles modificaciones de la clasificación actual del cannabis como droga.

321. En septiembre de 2014 se reunieron en la Ciudad de Guatemala, en el 46º período extraordinario de sesiones de la OEA, funcionarios de los 35 Estados miembros de esa organización para examinar las políticas de lucha contra los estupefacientes. Durante ese período de sesiones la Asamblea General de la OEA aprobó la resolución titulada “Reflexiones y lineamientos para formular y dar seguimiento a las políticas integrales frente al problema mundial de las drogas en las Américas”, en la que reconoció la importancia de la aplicación efectiva de los tres tratados sobre drogas de las Naciones Unidas que constituían el marco del sistema internacional de fiscalización de drogas, así como la necesidad de que los Estados revisaran periódicamente las políticas sobre drogas adoptadas con el objeto de que estas fueran integrales y estuvieran centradas en el bienestar de la persona para hacer frente a sus retos nacionales y evaluar su impacto y efectividad.

322. Durante 2014 el Programa de Recuperación de Activos relacionados con Actividades Delictivas del Caribe ofreció apoyo mediante la prestación de servicios de asesoramiento sobre “casos reales” para aumentar la capacidad que tenían las unidades de inteligencia financiera, los investigadores financieros, los fiscales y los jueces o magistrados de ocuparse de casos de recuperación de activos, incautación de dinero en efectivo y blanqueo de dinero. El objetivo de ese programa era mejorar la capacidad de combatir la delincuencia organizada grave, sobre todo el tráfico de drogas, aplicando íntegramente la legislación relativa al producto de la delincuencia y al lavado de dinero.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

323. En noviembre de 2013 tuvo lugar un seminario sobre la prevención del desvío de precursores de drogas en la región de América Latina y el Caribe, organizado por el Ministerio de Seguridad Pública de Costa Rica. Entre los participantes se contaron la Policía de Control de Drogas, la Policía de Control Fiscal, la Sección de Química Analítica, el Departamento de Ciencias Forenses, el Organismo de Investigación Judicial, la Unidad de Control Conjunto del Programa de Contenedores Sospechosos, la Unidad Canina de la Policía Penitenciaria, la Policía Aeroportuaria, el Servicio de Vigilancia Aérea, la Unidad Canina del Ministerio de Justicia y personal de la Unidad de Control y Fiscalización de Precursores.

324. En febrero de 2014 Costa Rica comunicó que había aprobado en 2013 la Ley núm. 9161, que era una reforma de la Ley núm. 8204 sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo. La reforma aporta instrumentos y mecanismos jurídicos que facilitan la administración y la enajenación de los activos incautados en casos relacionados con el tráfico de drogas y la delincuencia organizada.

325. En 2013 se elaboró en Barbados el Plan Nacional de Lucha contra la Droga para 2014-2018, cuya aprobación estaba prevista para finales de 2014. También se crearon la Red de Barbados de Información sobre Drogas y un observatorio sobre drogas, con la ayuda de la OEA, para seguir mejorando la recopilación de datos y la evaluación de la información y las estadísticas sobre drogas.

326. En 2013 se aprobó en Granada la ley de integridad en la vida pública. En esa nueva ley se exige a todos los funcionarios públicos que informen de sus ingresos y

bienes personales. Asimismo, Granada aprobó en 2014 la ley de protección de testigos, además de una ley por la que se reconocía a la Corte Penal Internacional y un nuevo código para los fiscales.

327. Jamaica ha estudiado la posibilidad de introducir reformas en su legislación vigente a fin de permitir la posesión de hasta 57 g de cannabis para consumo personal distinto del consumo con fines terapéuticos. A la aprobación de las enmiendas le seguiría la promulgación de un marco legislativo y reglamentario que garantizaría que dichas reformas se ajustaran a las obligaciones contraídas por el país en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La posesión de dos onzas (57 g) o menos de cannabis pasaría a ser una infracción que no podría dar lugar a detención sin orden judicial, pero que se sancionaría con una multa, lo cual no constaría como antecedente penal. Además se remitiría al infractor a un programa de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes.

328. El Salvador sigue ejecutando su estrategia nacional de lucha contra la droga para el período 2011-2015. El objetivo principal de esa estrategia es reducir el uso indebido de drogas y combatir el tráfico ilícito y la delincuencia relacionados con las drogas. La estrategia comprende un plan de acción que se basa en los instrumentos nacionales e internacionales de fiscalización de drogas, como la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA.

329. En El Salvador, el Centro de Inteligencia Policial y la Unidad de Cibercrimen de la Subdirección de Investigaciones de la Policía Nacional colaboraban estrechamente con la UNODC en la preparación de cursos de capacitación en análisis criminológico. Además, el Pacto de Santo Domingo y Mecanismo del Sistema de la Integración Centroamericana y la UNODC prestan asistencia a la Policía Nacional Civil de El Salvador y al Organismo de Investigación Judicial de Costa Rica para fortalecer su capacidad de lucha contra la delincuencia organizada.

330. En Panamá las instituciones nacionales continuaron el proceso de fortalecimiento o reestructuración de sus sistemas nacionales de inteligencia. La Dirección Nacional de Información Policial, con el apoyo de la UNODC, ha venido reforzando su plan de desarrollo institucional, denominado Plan Orión, cuyo objetivo principal es optimizar la capacidad de la Dirección para la elaboración de datos de inteligencia sobre elementos delictivos que representan una amenaza para la seguridad pública.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

331. Jamaica sigue siendo el principal productor y exportador ilícito de hierba de cannabis de la región de Centroamérica y el Caribe, ya que le corresponde aproximadamente la tercera parte de la hierba de cannabis que se produce en el Caribe. En otros países, como Dominica y San Vicente y las Granadinas, se ha observado un aumento de la producción de esa droga. Jamaica también ha pasado a ser un centro de tráfico de cocaína, debido al desplazamiento de las rutas de tráfico a causa del reforzamiento de las medidas contra el tráfico de drogas en América Latina. El problema se ve agravado por el hecho de que los grupos delictivos jamaicanos utilizan las complejas redes creadas originalmente para el tráfico de cannabis para traficar también con cocaína.

332. En Jamaica el tráfico de drogas tiene lugar en los aeropuertos (mediante correos de droga, equipajes y envíos de correo aéreo) y en los puertos marítimos (mediante contenedores, buques mercantes, latas sumergidas sujetas al casco de los buques, buques pesqueros y lanchas rápidas). Las drogas ilícitas se intercambian por dinero, armas y otros bienes, y gran parte del producto obtenido se destina a promover actividades delictivas. Los puertos de Kingston y Montego Bay, que se usan para trasladar en contenedores los cargamentos de hierba de cannabis y cocaína a granel con destino a Europa y América del Norte, siguen experimentando graves problemas de corrupción, violencia, intimidación y elusión de los controles legales. Además, a menudo se transportan drogas ilícitas sujetas al casco de los buques mercantes que van rumbo a Guyana, Suriname y Trinidad y Tabago. En 2013 Jamaica registró el segundo índice de homicidios más elevado del Caribe (por detrás de Saint Kitts y Nevis, que es un país mucho más pequeño), con 1.197 homicidios, lo que constituyó un aumento del 9% en comparación con los 1.099 homicidios de 2012.

333. En 2013 el Gobierno de Jamaica erradicó cultivos de planta de cannabis en 247 hectáreas, frente a 711 hectáreas en 2012. Se calcula que, de un total aproximado de tierras cultivables de 120.000 hectáreas, la superficie total de cultivos de la planta de cannabis en el país era de 15.000 hectáreas. Las estadísticas indican que en 2013 se incautaron 30.900 kg de cannabis, frente a 66.832 kg en 2012. Las organizaciones que trafican con cannabis en Jamaica se dedican al tráfico directo con el Canadá y el Reino Unido, así como con las Bahamas, Haití, las Islas Caimán y la República Dominicana, países desde los

cuales la droga se reexpide a Europa y América del Norte. También ha habido un aumento considerable de los envíos de hierba de cannabis a Barbados, Guyana, Suriname, Trinidad y Tabago y Curazao, que en ocasiones se han intercambiado por cocaína que se ha introducido clandestinamente en Jamaica. La heroína y el “éxtasis” se introducen en el mercado nacional jamaicano en pequeñas cantidades desde hace apenas unos años.

334. Por lo que respecta a la cocaína, las estadísticas oficiales indican que en 2013 se incautaron 1.230 kg de esa droga en Jamaica, frente a 338 kg en 2012. Los grupos delictivos organizados procedentes de América del Sur y Centroamérica y los grupos locales se siguen aprovechando de la debilidad de las estructuras estatales y policiales. La corrupción, la permeabilidad de las fronteras marítimas, con playas y pueblos costeros aislados, y la condición de Jamaica como destino turístico popular y principal punto de reexpedición de contenedores facilitan aún más el tráfico de drogas ilícitas entre este país y América del Norte, Europa y otros países del Caribe.

335. Barbados no es un productor importante de drogas ilícitas; sin embargo, se han descubierto cultivos de cannabis en plantaciones de caña de azúcar, hondonadas y patios cerrados cercanos a viviendas particulares. El tráfico de cocaína se sigue realizando mediante embarcaciones particulares, buques mercantes, yates, buques pesqueros y lanchas rápidas. En ocasiones la transferencia de remesas de drogas ilícitas tiene lugar en el mar, en una ubicación fijada previamente mediante coordenadas del Sistema Mundial de Posicionamiento (GPS), donde buques locales recogen la droga. Posteriormente, las remesas se descargan en playas desiertas de Barbados. Se cree que la mayor parte de la cocaína proviene de Colombia y pasa por la República Bolivariana de Venezuela, Trinidad y Tabago o Guyana antes de entrar en Barbados y de reexpedirse después a Europa o América del Norte. No hay informes sobre la producción, el tráfico o el consumo de metanfetamina u otras drogas de diseño.

336. Según el *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Barbados es, junto con Suriname, uno de dos de los siete países estudiados⁴¹ cuyo índice de homicidios, incluidos los homicidios relacionados con las bandas, no han aumentado sustancialmente en los últimos 12 años.

337. Belice es un país de reexpedición de cocaína y precursores empleados en la producción de drogas ilegales,

⁴¹Los otros cinco países estudiados eran Antigua y Barbuda, Guyana, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tabago.

incluidas las drogas sintéticas. En 2012 las autoridades del país incautaron y destruyeron 19,1 t de cannabis, 156 t de precursores, 114,9 kg de cocaína, 1,4 kg de crack y 4,9 kg de metanfetamina cristalina.

338. La República Dominicana sigue siendo un punto de tránsito importante de la cocaína procedente de América del Sur, en particular de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, con destino al territorio continental de los Estados Unidos, Puerto Rico, el Canadá y Europa. En 2013 las autoridades dominicanas se incautaron de 10 t de cocaína, 60 kg de heroína y 1,3 t de cannabis; también desmantelaron un laboratorio de distribución de droga.

339. Nicaragua es parte de una ruta importante para el tráfico de cocaína procedente de América del Sur con destino a los Estados Unidos. La pobreza económica de Nicaragua, su limitada capacidad para luchar contra la droga y garantizar la seguridad fronteriza y la escasa población de sus regiones crean condiciones propicias para que las organizaciones de traficantes de drogas transporten drogas, armas y dinero en efectivo y establezcan laboratorios e instalaciones de almacenamiento clandestinos.

340. Entre enero y septiembre de 2013 las instituciones encargadas de la lucha contra la droga de Trinidad y Tabago se incautaron de 110 kg de cocaína y 3,7 t de cannabis. En el mismo período se destruyó un total de 328.600 plantas maduras de cannabis.

341. El cultivo ilícito de adormidera en Centroamérica preocupa cada vez más a los gobiernos. Los informes sobre la erradicación de la planta indican que su cultivo aumenta, sobre todo en Guatemala, lo que podría compensar por la disminución de la producción de opio en Colombia. También ha aumentado la incautación de heroína a lo largo de las rutas de tráfico de Centroamérica, lo que indica la probabilidad de que haya aumentado la producción de opio y la oferta de heroína.

b) Sustancias sicotrópicas

342. Las autoridades de Centroamérica informan cada vez más de la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico. La fabricación ilícita de esos estimulantes ha comenzado recientemente en Belice, Guatemala y Nicaragua, países con escaso o ningún historial de fabricación de esas sustancias.

343. El consumo sin fines médicos de preparados farmacéuticos que contienen estimulantes está muy extendido

en la región. El uso indebido de sedantes en forma de medicamentos de venta con receta es un problema en Costa Rica y El Salvador. Las sustancias se suelen obtener sin receta en las farmacias o por Internet. Hay indicios de posible contrabando de dichos preparados farmacéuticos entre los países de la región.

c) Precursores

344. A pesar de que se han reforzado los controles sobre los precursores de los estimulantes de tipo anfetamínico en la región, Centroamérica se sigue viendo afectada por el tráfico de precursores, sobre todo de sustancias químicas no fiscalizadas, como preprecursores y sustancias químicas fabricadas a medida, que no están sujetos a fiscalización en virtud de la Convención de 1988. Ello plantea nuevas dificultades a las autoridades reguladoras encargadas de hacer cumplir la ley, que tienen que determinar qué sustancias químicas se emplean en los procesos de producción. Por ejemplo, las autoridades de México se han incautado de grandes cantidades de metilamina, una sustancia no sujeta a fiscalización internacional que se emplea en la fabricación ilícita de metanfetamina, con destino a Guatemala. En 2013 se informó por primera vez de un intento de pasar metilamina clandestinamente de México a Nicaragua.

345. Según parece, grandes cantidades de precursores empleados en la producción de metanfetamina y otras drogas ilícitas pasan por Belice de camino a México. Solo en junio de 2012 se incautaron y destruyeron más de 156 t de precursores en Belice. En octubre de 2012 la policía de ese país se incautó de 5 kg de metanfetamina cristalina cerca de la frontera con Guatemala.

346. En 2013 se desmantelaron 15 laboratorios clandestinos en Guatemala. En 2014 la Subdirección General de Análisis e Información Antinarcótica, perteneciente al cuerpo nacional de policía, cerró un laboratorio. Además, las autoridades descubrieron 92 toneles y 176 latas de precursores, sacos de soda cáustica, gas propano, bombonas de oxígeno, sacos de metanfetamina y accesorios y materiales diversos.

5. Uso indebido y tratamiento

347. La preparación y la aplicación eficaz de iniciativas de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas en Centroamérica y el Caribe se han visto obstaculizadas en gran medida por la falta de recursos y de capacidad institucional en los países de la región. Debido a esas

limitaciones, los gobiernos han tenido que buscar un equilibrio entre las distintas prioridades del desarrollo y la necesidad de adoptar medidas de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas.

348. En Centroamérica y el Caribe, el consumo de cannabis y cocaína sigue siendo elevado; con la excepción de los estimulantes de tipo anfetamínico, el consumo de otras sustancias ilícitas sigue siendo bajo. El promedio estimado de la prevalencia del uso indebido de cocaína en Centroamérica y en el Caribe, del 0,6% y del 0,7%, respectivamente, es superior al promedio mundial. Por lo que respecta al consumo de opioides y “éxtasis” en la región, la UNODC ha calculado que la prevalencia anual es del 0,2% y el 0,1%, respectivamente, valores que son muy inferiores al promedio mundial.

349. La educación dirigida a reducir la demanda en las escuelas de Barbados cuenta con el apoyo del programa de educación sobre el uso indebido de drogas de los Estados Unidos. El Consejo Nacional sobre el Uso Indebido de Sustancias patrocina un programa de “Decisión en materia de drogas” en 45 escuelas de enseñanza primaria. En febrero de 2014 el Gobierno de Barbados puso en funcionamiento un tribunal especializado en el tratamiento de la drogodependencia. Sin embargo, el principal problema sigue siendo la limitada disponibilidad de opciones de tratamiento de la drogodependencia. Hay dos centros que prestan servicios de tratamiento y rehabilitación, aunque no existen criterios mínimos para la atención de personas con problemas relacionados con el uso indebido de drogas.

350. En 2012 se llevó a cabo en Costa Rica una encuesta nacional sobre el consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza secundaria. En total se entrevistó a 5.508 estudiantes de siete provincias. Según la encuesta, el promedio de la edad de iniciación en el consumo de cannabis era de 14,3 años. Los resultados de la encuesta indican que ha habido un incremento considerable del consumo de esa droga en los últimos tres años.

351. La Junta reconoce que un problema fundamental en la elaboración de programas eficaces de prevención y tratamiento es la falta de capacidad en toda la región de Centroamérica y el Caribe para recopilar datos sobre drogas y la falta de organismos centralizados que se encarguen de evaluar esa información. Si bien la cantidad y la calidad de la información relativa a las características del uso indebido de drogas en la región han mejorado en gran medida, se requiere más investigación sobre las características y las tendencias de consumo para ajustar las iniciativas de tratamiento a las necesidades locales. La Junta reitera la necesidad de fomentar la capacidad en el

ámbito del tratamiento y la rehabilitación de los drogodependientes de la región.

América del Norte

1. Novedades principales

352. En América del Norte los costos sociales y humanos del uso indebido de drogas siguen siendo considerables. La región sigue teniendo la tasa de mortalidad por consumo de drogas más alta de todas las subregiones del mundo (142,1 por millón de habitantes de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años). Solo en los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades han señalado que las muertes por sobredosis de drogas, relacionadas sobre todo con opioides de venta con receta médica, superan actualmente a las muertes por homicidio y accidente de tráfico. En 2011 un promedio diario de 110 personas murieron en los Estados Unidos por sobredosis de drogas.

353. Se cree que el endurecimiento de los controles reglamentarios de la dispensación de opioides de venta con receta, junto con los esfuerzos de las empresas farmacéuticas por elaborar formulaciones indeformables de los medicamentos que suelen ser objeto de uso indebido, ha contribuido a que el uso indebido de heroína haya resurgido con fuerza en América del Norte tras varios años de prevalencia descendente.

354. El 1 de enero de 2014 los minoristas que vendían cannabis con licencia estatal en el estado de Colorado empezaron a venderlo con fines no médicos. En julio también se empezó a vender cannabis con fines no médicos en el estado de Washington. En noviembre de 2014 los votantes de los estados de Oregón y Alaska, así como del Distrito de Columbia, aprobaron iniciativas legislativas populares sobre la utilización del cannabis con fines no médicos en sus respectivas jurisdicciones. Esos hechos se han producido pese a que son incompatibles con la ley de sustancias fiscalizadas, ley federal en la que se prohíben la producción, el tráfico y la posesión de cannabis y se clasifica esta sustancia como sustancia sumamente susceptible de uso indebido y cuyo valor médico no se ha demostrado científicamente.

355. En los Estados Unidos, 23 estados y el Distrito de Columbia han promulgado leyes en virtud de las cuales se permite la creación de programas de cannabis con fines médicos y se establecen marcos normativos que difieren enormemente en cuanto a los requisitos que deben

cumplir los pacientes, las afecciones de la salud para las que se permite el uso de cannabis con fines médicos, las prácticas de prescripción y dispensación por los profesionales de la salud y la producción comercial de cannabis por proveedores autorizados.

2. Cooperación regional

356. La cooperación regional entre los tres países de la región es amplia y se considera, en general, eficaz. Comprende reuniones políticas de alto nivel, planes de acción conjuntos, intercambio de información de inteligencia, actividades conjuntas de los organismos encargados de hacer cumplir la ley e iniciativas de control fronterizo. La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas continúa siendo el principal mecanismo de cooperación.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

357. En julio de 2014 el Gobierno de los Estados Unidos puso en marcha su Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas de 2014, que hace hincapié en la adopción de medidas de salud pública para afrontar el problema que tiene el país con las drogas. En la Estrategia se considera que el uso indebido de los medicamentos de venta con receta y la heroína es un problema grave que exige atención particular y se prevén medidas encaminadas a limitar las consecuencias de ese problema para la salud pública. La Estrategia es reflejo de la importancia que el Gobierno atribuye a la prevención y el tratamiento, el fomento de la incorporación del tratamiento de los trastornos relacionados con el uso indebido de sustancias a los servicios de atención de la salud, la reforma de la política de justicia penal, las iniciativas de reducción de la oferta, el fortalecimiento de las alianzas internacionales y la mejora de la recopilación y el análisis de datos. La Estrategia contiene recomendaciones dirigidas a mantener el énfasis del Gobierno en la reducción del manejo de vehículos bajo los efectos de las drogas y la prevención del uso indebido de medicamentos de venta con receta y la lucha contra ese problema. Habida cuenta de los problemas nuevos e incipientes, en la Estrategia se incluyen, por primera vez, medidas nuevas para afrontar la amenaza creciente que entrañan las nuevas sustancias psicoactivas, como los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas, y medidas más rigurosas para combatir la delincuencia organizada transnacional.

358. Para afrontar el problema creciente del uso indebido de medicamentos de venta con receta, la aplicación

de la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas del Canadá se reforzó mediante la asignación de casi 45 millones de dólares canadienses, para un período de cinco años, en el presupuesto federal correspondiente a 2014. Los fondos se destinarán a idear medidas de sensibilización de carácter público para educar a los consumidores canadienses en el consumo, almacenamiento y eliminación seguros de los fármacos de venta con receta, mejorar los servicios de prevención y tratamiento de las comunidades de las Primeras Naciones, incrementar las inspecciones para reducir al máximo la desviación de medicamentos de venta con receta de las farmacias a la venta ilegal y mejorar los datos sobre la vigilancia del uso indebido de medicamentos de venta con receta en el Canadá.

359. A fin de retirar de la circulación los medicamentos de venta con receta que no se usan, no se necesitan o han caducado y de rebajar las posibilidades de que se los destine a usos no médicos, los gobiernos de la región han seguido poniendo en marcha iniciativas de “recuperación” de medicamentos. Otras iniciativas que se han emprendido en los Estados Unidos y en el Canadá han sido la creación de programas de vigilancia de los medicamentos de venta con receta y la adopción de medidas para promover la interoperabilidad de esos programas entre jurisdicciones subnacionales. Según la información divulgada por el Gobierno de los Estados Unidos, 29 estados ya han tomado medidas para intercambiar la información sobre la prescripción y dispensación de medicamentos de venta con receta que figura en sus programas de vigilancia de ese tipo de medicamentos.

360. En México la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos sigue siendo baja, lo que limita el acceso que tienen a esas drogas los pacientes con necesidades terapéuticas legítimas. El Consejo Nacional contra las Adicciones, en colaboración con la Asociación Mexicana para el Estudio y el Tratamiento del Dolor, ha determinado cuáles son los obstáculos que reducen la disponibilidad de esos estupefacientes y sustancias sicotrópicas, entre los que figuran los siguientes: la lentitud y complejidad de los procedimientos administrativos para la obtención de esas drogas, la insuficiente formación de los profesionales de la salud pública, que los hace renuentes a prescribir y dispensar esas sustancias, y la negativa de muchos médicos a admitir el uso de opiáceos como opción de tratamiento. A fin de afrontar esas dificultades, el Gobierno de México examina actualmente la posibilidad de introducir cambios en su estructura reguladora para retirar los impedimentos que pesan indebidamente sobre la prescripción y dispensación de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos y cuenta con la colaboración de los médicos para

organizar una campaña de sensibilización de los profesionales de la medicina que tratan los dolores crónicos y las enfermedades que requieren cuidados paliativos.

361. En julio de 2014 la Cámara de Representantes de los Estados Unidos aprobó la ley de garantía del acceso de los pacientes a los fármacos y de represión del tráfico de drogas de 2014, en virtud de la cual se modificaría la ley de sustancias fiscalizadas a fin de mejorar las medidas represivas de prevención de la desviación y el uso indebido de medicamentos de venta con receta y garantizar que los pacientes tuvieran acceso a los medicamentos que necesitaran, promoviendo para ello la colaboración entre los organismos gubernamentales, los pacientes y las partes interesadas de la industria farmacéutica. En particular, y a fin de limitar los perjuicios que pudiera ocasionar a los pacientes la revocación o suspensión del registro de un medicamento por el Secretario de Justicia, la ley dispondría que se informara a quien hubiera solicitado el registro de los motivos de la revocación o suspensión prevista y se le concediera la oportunidad de tomar medidas correctivas antes de proceder a dicha revocación o suspensión.

362. En junio de 2013 el Gobierno del Canadá presentó el proyecto de ley C-65, titulado “Ley de respeto a las comunidades”, que tenía por objeto crear un marco jurídico aplicable a las solicitudes de exención previstas en la ley de medicamentos y sustancias sujetas a fiscalización que permitiría el establecimiento y funcionamiento de centros de inyección supervisada de drogas. En el proyecto de ley se enunciaba un conjunto de requisitos mínimos para que esas solicitudes fueran atendidas por la ministra de Salud, entre ellos aportar pruebas de la celebración de consultas amplias entre todas las partes interesadas, como los grupos comunitarios y las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Dado que la actividad del Parlamento se interrumpió en agosto de 2013, antes de que se pudiera votar el proyecto de ley de respeto a las comunidades, este se ha vuelto a elevar al Parlamento (como proyecto de ley C2), que ha reanudado las deliberaciones sobre él. Estas deliberaciones se llevan a cabo en un momento en que las autoridades encargadas de la salud pública de varias ciudades canadienses estudian la posibilidad de presentar solicitudes de apertura de “salas de inyección de drogas” a la ministra de Salud. La Junta confía en mantener un diálogo continuo con los gobiernos que han permitido el establecimiento de “salas de consumo de drogas” y reitera su preocupación por la posibilidad de que esos locales incumplan lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

363. El Secretario de Justicia de los Estados Unidos, mencionando el acusado aumento de las muertes por

sobredosis de heroína en los Estados Unidos desde 2006, aumento que calificó de crisis urgente de salud pública, anunció que el Departamento de Justicia procuraría afrontar el problema mediante una combinación de represión y tratamiento. En su declaración recalcó que la aplicación de medidas represivas contra los traficantes de heroína por parte de la Dirección de Lucha contra la Droga había dado lugar a un aumento de más del 320% de las incautaciones en la frontera de los Estados Unidos y México entre 2008 y 2013. El Secretario de Justicia subrayó la importancia de la educación, la prevención y el tratamiento, pero también exhortó a los estados a incrementar el acceso de los encargados de responder a las emergencias en primera instancia a las drogas para el tratamiento de sobredosis, como la naloxona.

364. En mayo de 2014 el gobernador del estado de Minnesota sancionó un proyecto de ley por el que se instituía un programa de cannabis con fines médicos, se enunciaban los deberes de los pacientes, los profesionales de la salud y los fabricantes de cannabis con fines médicos y se definían las dolencias que justificarían la admisión de una persona en el programa, entre las que se contaban el cáncer, los dolores muy fuertes o crónicos, el glaucoma, el VIH, el síndrome de Tourette, las convulsiones y los espasmos musculares. En dicha ley se restringe el consumo de cannabis con fines médicos a los comprimidos, el vapor y la solución oleosa o a cualquier otro método, con excepción del de fumar, aprobado por el comisionado de salud. El consumo de cannabis en forma de hoja seguirá estando prohibido en dicho estado. En julio de 2014 el gobernador del estado de Nueva York sancionó un proyecto de ley que permitía a los médicos recetar cannabis con fines médicos, en forma no fumable, a pacientes con enfermedades graves, como el cáncer, el VIH/SIDA, la esclerosis lateral amiotrófica y la enfermedad de Parkinson, o con lesiones medulares. Para acogerse al programa de cannabis con fines médicos, los pacientes que padecen alguna de las enfermedades enumeradas deben, o bien residir en el estado de Nueva York, o bien estar recibiendo tratamiento médico en ese estado. En noviembre los votantes del estado de Florida rechazaron una enmienda constitucional que hubiera permitido establecer un programa de cannabis con fines médicos en ese estado.

365. En el estado de California, el primero en haber creado un programa de cannabis con fines médicos, se está estudiando un proyecto de ley que reforzaría la endeble normativa que reglamenta ese consumo en dicho estado. El proyecto de ley tiene por objeto promover una mayor certidumbre y definir unos criterios estatales mínimos sobre las obligaciones de los centros en que se consuma cannabis con fines médicos, y lo hará implantando

reglamentos para evitar el cultivo ilegal de cannabis y su desviación con fines no médicos y velando por que se apliquen esos reglamentos. Entre las medidas específicas que se están estudiando figuran la creación de una oficina de regulación del consumo de cannabis con fines médicos, que se encargaría de expedir las licencias oportunas a quienes cultivaran, elaboraran, transportaran y vendieran la droga. Según el proyecto de ley, sería ilegal que los médicos recetaran cannabis a pacientes que no hubieran examinado en persona, y los médicos que tuvieran intereses económicos en un dispensario de cannabis tendrían prohibido recetar la droga.

366. En junio de 2014, el Gobierno del Canadá propuso nuevas modificaciones del reglamento sobre el uso del cannabis con fines médicos y el reglamento sobre estupefacientes, en virtud de las cuales se exigiría a los productores autorizados de cannabis con fines médicos que informaran periódicamente a los órganos provinciales y territoriales encargados de expedir las licencias para el ejercicio profesional acerca de los médicos y enfermeros que autorizaran el uso de cannabis y de las cantidades que autorizaran. La presentación de dicha información tiene por objeto mejorar la supervisión que ejercen las instituciones reguladoras y otorgarles facultades investigadoras y disciplinarias. El Gobierno del Canadá ha seguido reformando las leyes y los reglamentos del país que rigen el uso de cannabis con fines médicos; entre esas modificaciones figura el paso de la producción destinada al consumo personal a un marco de producción y distribución abastecido exclusivamente por productores comerciales autorizados. Estaba previsto que los nuevos reglamentos entrarán en vigor el 31 de marzo de 2014; no obstante, a finales de marzo de 2014, la Corte Federal del Canadá emitió un interdicto cautelar en virtud del cual se suspendía la aplicación de ciertas medidas que figuraban en ellos, entre ellas la de erradicar gradualmente el cultivo destinado al consumo personal, hasta que se dictara una resolución firme respecto de un recurso que se había interpuesto para impugnar la constitucionalidad de las nuevas normas.

367. La Junta recuerda a los gobiernos de todas las jurisdicciones que hayan creado programas de cannabis con fines médicos o estén estudiando la posibilidad de crearlos que, en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, se prevén unos requisitos concretos para la creación, administración y supervisión de esos programas. Esos requisitos se examinan con más detalle en el capítulo II del presente informe. La Junta exhorta a los gobiernos a que tomen medidas para garantizar que, en sus programas de cannabis con fines médicos se apliquen íntegramente las medidas previstas en dicha Convención, cuya finalidad

es garantizar que las existencias de cannabis producidas con fines médicos se reserven para los pacientes a quienes se recete su consumo y no sean desviadas por canales ilícitos.

368. En marzo de 2014 el Consejo del Distrito de Columbia promulgó una ley, que entró en vigor en julio, por la que se modificaba la ley sobre la despenalización de la posesión de marihuana. En la nueva ley se retipifica la posesión de una onza (28,35 g) o menos de cannabis como “infracción civil”, que dará lugar a la imposición de una multa y a la incautación de todo el cannabis y todo accesorio o material que sea visible para el agente de policía en el momento de producirse la infracción. La posesión de cantidades de cannabis superiores a una onza, la venta de cualquier cantidad de esa droga a otra persona, el manejo de un vehículo bajo los efectos del cannabis y el consumo de cannabis en público siguen estando tipificados como delitos y serán objeto de sanciones penales. Además, dado que en el ordenamiento federal se mantiene la prohibición de poseer cualquier cantidad de cannabis, la policía federal podrá detener a cualquier persona en el Distrito de Columbia por posesión o consumo de cualquier cantidad de dicha droga, ya que constituyen infracciones de dicho ordenamiento. En noviembre de 2014, los votantes del Distrito de Columbia aprobaron la medida núm. 71, en virtud de la cual, conforme a la legislación del Distrito, se permite a las personas mayores de 21 años poseer hasta dos onzas (56,7 g) de cannabis para consumo personal, cultivar hasta seis plantas de cannabis y transferir sin mediación de pago hasta una onza de cannabis a otra persona mayor de 21 años.

369. Una de las principales formaciones políticas de México —un partido de la oposición— ha propuesto iniciativas a nivel estatal y federal que afectarían a la condición jurídica del cannabis en el país. A nivel federal, en febrero de 2014 se presentó un proyecto de ley que tenía por objeto implantar un programa nacional de cannabis con fines médicos. Otro proyecto de ley, presentado ante la cámara baja del poder legislativo en mayo de 2014, proponía la legalización y regulación de un mercado del cannabis con fines no médicos. En el Distrito Federal de México se presentó un proyecto de ley en febrero de 2014 que habría legalizado la venta comercial de cannabis con fines no médicos. Ninguna de esas medidas prosperó.

370. En febrero de 2014 el Secretario de Justicia Adjunto de los Estados Unidos remitió a todos los secretarios de justicia estatales un memorando que versaba sobre los delitos económicos relacionados con las ventas de cannabis y en el que se ofrecían directrices sobre el ejercicio de las facultades discrecionales de enjuiciamiento y la

asignación de recursos. Ese memorando se inspiraba en otro publicado por el Departamento de Justicia en agosto de 2013, en el que se enunciaban ocho prioridades en materia de represión del cannabis, entre ellas evitar la distribución de cannabis a menores, evitar que los ingresos procedentes de la venta de cannabis fueran a parar a organizaciones delictivas y evitar que las actividades que contaran con licencia estatal se usaran como tapadera de actividades ilegales. En el memorando de febrero de 2014 se ponía en conocimiento de los secretarios de justicia estatales que las instituciones financieras que a sabiendas prestaran servicios que afectaran a las ocho prioridades enunciadas en el memorando de agosto de 2013 serían susceptibles de enjuiciamiento. En febrero de 2014, asimismo, el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos publicó una guía sobre la aplicación de la ley de secreto bancario en lo tocante a las entidades comerciales relacionadas con la marihuana, a fin de establecer condiciones y proporcionar directrices a las instituciones financieras que desearan prestar servicios bancarios a esas entidades. En el documento se exponen varias medidas que deberían adoptar las instituciones financieras respecto de esas entidades para cumplir las obligaciones que les incumben en virtud de la ley del secreto bancario, sobre todo las relativas a la adopción de medidas de diligencia debida. Esta medida federal permite a los empresarios del cannabis utilizar los servicios bancarios.

371. En México los estados de Morelos y México inauguraron los primeros tribunales de tratamiento de adicciones en mayo y agosto de 2014, respectivamente. Esos tribunales llevan funcionando en el estado de Nuevo León desde 2009. Su finalidad es promover el tratamiento y la rehabilitación de los infractores sin antecedentes que estén acusados de delitos leves, para facilitar su reintegración social. Otros dos estados, Chihuahua y Durango, tienen previsto implantar un sistema parecido en el futuro próximo.

372. En julio de 2014 un gran jurado federal de los Estados Unidos decidió que había motivos suficientes para inculpar a una importante empresa de mensajería estadounidense por diversas infracciones del ordenamiento federal, incluida la ley de sustancias fiscalizadas, relacionadas con numerosos envíos y entregas de drogas ilegales y de distribución ilegal vendidas por traficantes de drogas y farmacias ilegales en Internet. Entre los cargos presentados figuraban los de confabulación para distribuir sustancias fiscalizadas, distribución de sustancias fiscalizadas y confabulación para distribuir drogas con marca falsificada.

373. En abril de 2014 la Comisión Permanente de Salud del Parlamento del Canadá publicó un informe sobre el

papel que le correspondía al Gobierno en la lucha contra el uso indebido de medicamentos de venta con receta, en el que se dirigían varias recomendaciones al servicio nacional de salud (Health Canada) y al Gobierno federal para tratar el problema del uso indebido de esos medicamentos en el país. Entre las recomendaciones formuladas figuraban la revisión de la ley de drogas y sustancias sometidas a fiscalización, en consulta con las partes interesadas, para que el Gobierno pudiera combatir con más eficacia el uso indebido de medicamentos de venta con receta; la revisión de las normas de etiquetado de los medicamentos de venta con receta que tuvieran un potencial adictivo para informar mejor de sus propiedades adictivas; la elaboración de unas directrices nacionales de eliminación segura de los medicamentos de venta con receta que contuvieran sustancias fiscalizadas; la organización de campañas de sensibilización acerca de los riesgos que entrañaba el uso indebido de esos medicamentos para la salud pública, y el examen de las ventajas de las formulaciones indeformables para atajar el uso indebido de los medicamentos de venta con receta. En junio de 2014 la ministra de Salud del Canadá anunció que estaba previsto abrir un proceso de consultas públicas sobre las propuestas de reglamentación de formulaciones indeformables de los medicamentos de venta con receta que comportan un riesgo elevado de uso indebido.

374. A fin de facilitar la capacitación en cuidados paliativos de los proveedores directos de servicios de atención sanitaria, el Gobierno del Canadá anunció en marzo de 2014 que invertiría 3 millones de dólares canadienses en una iniciativa denominada “Construyamos juntos el futuro de los cuidados paliativos”, que tiene por objeto impartir a más proveedores directos de servicios de atención sanitaria los conocimientos teóricos y prácticos que necesitaban para cuidar a los pacientes con enfermedades potencialmente mortales. La iniciativa también tenía por objeto ampliar la extensión de los servicios de cuidados paliativos para atender mejor las necesidades de los canadienses que vivían en zonas rurales o remotas del país, incluidos los pueblos indígenas.

375. En 2014 los gobiernos de la región han seguido adoptando medidas normativas para atajar la proliferación de nuevas sustancias psicoactivas. En enero de 2014 entró en vigor en México un decreto de modificación de la Ley General de Salud en virtud del cual se clasificaron la mefedrona, la piperazina, el K2 (un cannabinoide sintético) y el midazolam como sustancias sicotrópicas y se los sometió a las medidas de fiscalización nacionales aplicables a esa categoría de sustancias. En virtud de ese decreto, el ministerio público federal puede investigar y enjuiciar las actividades ilegales relacionadas con esas sustancias. En los Estados Unidos la Dirección de Lucha

contra la Droga anunció la inclusión de cuatro cannabinoides sintéticos en el cuadro I de la ley de sustancias fiscalizadas y la inclusión definitiva de 10 catinonas sintéticas en ese mismo cuadro. Esa medida obedeció a la conclusión a que había llegado el administrador adjunto de la Dirección de que la incorporación de esas sustancias y de sus isómeros ópticos, posicionales y geométricos, sus sales y las sales de sus isómeros en el cuadro I de dicha ley era necesaria para evitar un peligro inminente para la salud pública.

376. En julio de 2014 el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos anunció que estaba elaborando un sistema nacional de alerta temprana contra las drogas a fin de determinar las nuevas tendencias en materia de drogas y de facilitar la adopción de medidas de salud pública más oportunas y eficaces. La finalidad del proyecto será detectar las nuevas drogas a medida que surjan y vigilar las nuevas tendencias de uso indebido de sustancias ya conocidas, lo que favorecerá la adopción oportuna de medidas contra las posibles amenazas. A tal fin, se constituirá una junta consultiva compuesta por científicos destacados, profesionales de la salud y funcionarios públicos; se creará una red de contactos para favorecer el intercambio de información entre esos grupos; se divulgará información extraída de publicaciones y se hará un seguimiento de los medios de difusión para calibrar la extensión y la naturaleza de las tendencias que surjan.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

377. Según las cifras de incautación de drogas que figuran en el informe sobre comercio ilícito (*Illicit Trade Report*) de la OMA correspondiente a 2013, las autoridades aduaneras de América del Norte notificaron el mayor número de incautaciones de drogas de todas las regiones del mundo, con 35.943 incautaciones notificadas a la OMA, mediante su Red de Aplicación de las Medidas Aduaneras, lo que constituyó un aumento respecto de las 29.712 incautaciones notificadas en 2012.

a) Estupefacientes

378. A raíz de la implantación de unas reglamentaciones más estrictas de control de la prescripción y distribución de opioides sintéticos, así como de la introducción, a fin de dificultar su inhalación o inyección, de formulaciones indeformables de varios opiáceos de venta con receta que suelen ser objeto de uso indebido, se ha producido un rebrote del uso indebido de heroína en los

Estados Unidos. Los consumidores de drogas adictos a los opiáceos recurren cada vez más a la heroína, que normalmente es más fácil de obtener y más barata que los opioides de venta con receta. Las autoridades encargadas de la lucha contra la droga en la región también han observado un incremento considerable de la pureza de la heroína. El aumento de la demanda de esa droga se ha visto acompañado también por un aumento de su disponibilidad en la región, sobre todo en los Estados Unidos.

379. De acuerdo con la información proporcionada por el Gobierno del Canadá a la UNODC, en 2013 el Canadá se incautó de más de 39 t de cannabis, 144 kg de heroína, 135 kg de opio (crudo y elaborado), 994 kg de cocaína, 34 kg de anfetamina, 220 kg de metanfetamina, 123 kg de sustancias de tipo éxtasis y más de 10 t de khat.

380. Se determinó que más del 81% del opio incautado en el Canadá en 2013 se había producido en la India y que el 68,6% del opio incautado había pasado en tránsito por los Emiratos Árabes Unidos antes de entrar en el país. Se determinó asimismo que el 33,6% de la heroína incautada había pasado por los Emiratos Árabes Unidos inmediatamente antes de llegar al Canadá. La carga aérea, los pasajeros de líneas aéreas y el correo postal eran los métodos que se habían empleado para introducir la mayor parte de la heroína incautada. Las remesas de opio y heroína se ocultaban en diversos objetos, como piezas de maquinaria industrial, remesas de alimentos, marcos de fotografías, alfombras y toallas.

381. El volumen de incautación de cocaína en América del Norte disminuyó en un 44%, a 109 t, entre 2007 y 2012; no obstante, siguió siendo el mayor fuera de la región andina, superando al de Europa occidental y central (71 t). Los Estados Unidos siguen notificando las mayores incautaciones de cocaína del mundo fuera de la región andina (104 t en 2012). La disponibilidad de cocaína en los Estados Unidos viene experimentando un descenso desde 2007 debido a una suma de factores, como el éxito de las medidas de reducción de la oferta, los enfrentamientos entre las redes de tráfico mexicanas y dentro de ellas y la reducción de la fabricación de cocaína en Colombia.

382. En cambio, la disponibilidad de cannabis en la región ha seguido aumentando, estimulada por el incremento de la producción en los tres países y la tolerancia de las políticas de muchos estados de los Estados Unidos. El cannabis sigue siendo la droga ilícita más disponible y más consumida de la región y también es la droga ilícita con la que más se trafica entre los países de América del Norte. Según la Dirección de Lucha contra la

Droga, se decomisa más de un millón de kilogramos de cannabis anualmente en la frontera de los Estados Unidos y México. Según la OMA, las incautaciones de cannabis realizadas en las aduanas de los Estados Unidos en 2013 representaron el 94% de la totalidad de las incautaciones de dicha droga notificadas por las autoridades aduaneras de todo el mundo. Asimismo, el análisis científico de la hierba de cannabis incautada en la región ha revelado un aumento de la potencia del cannabis: el porcentaje de THC ha aumentado en un 37% en los Estados Unidos entre 2007 y 2012.

383. El contenido medio en THC del cannabis importado incautado por las autoridades federales de los Estados Unidos aumentó en un 75% entre 2003 y 2013 (del 7,2% al 12,6%). El aumento general del contenido en THC del cannabis analizado obedeció mayormente al aumento de la proporción de incautaciones de cannabis sin semilla, de alto contenido en THC, y a la disminución de la proporción de cannabis menos potente. El aumento de la potencia del cannabis sin semilla y el cannabis “normal” fue menos pronunciado (sin semilla: 14,5% en 2013, frente a un 14,0% en 2003; cannabis “normal”: 6,7% en 2013, frente a un 5,6% en 2003).

384. El Gobierno del Canadá informó de una fuerte disminución del tráfico de resina de cannabis y del número de plantas de cannabis incautadas en 2013. Si bien en años anteriores se realizaron numerosas incautaciones de gran volumen de resina de cannabis en los principales puertos marítimos del este del Canadá, en 2013 el número de incautaciones fue reducido y estas sumaron un total de 110,4 kg, lo que representa una disminución con respecto a las más de 1,6 t incautadas en 2012 y las 4,8 t incautadas en 2011. Los funcionarios de los organismos encargados de hacer cumplir la ley atribuyen esa disminución al aumento de las incautaciones marítimas y a las actividades policiales encaminadas a desbaratar las operaciones de las organizaciones delictivas.

385. En 2013, en el marco del programa nacional de erradicación (Proyecto SABOT) del Canadá, dirigido por la Real Policía Montada del Canadá, se incautaron más de 42.000 plantas procedentes de plantaciones de cannabis al aire libre de todo el país, lo que supuso una disminución con respecto a las 63.000 incautadas en 2012, 95.000 en 2011 y 171.000 en 2010. Las autoridades atribuyen esa disminución al éxito de las actividades nacionales de represión y al hecho de que los grupos delictivos organizados del Canadá están trasladando sus operaciones a otros mercados más lucrativos, como los Estados Unidos, en particular a los estados de ese país que cuentan con leyes sobre cannabis más permisivas y con un mercado inmobiliario más asequible.

b) Sustancias sicotrópicas

386. En 2013 los Estados Unidos siguieron siendo el país que había notificado a la OMA la mayor cifra de incautaciones de anfetamina en aduanas y el mayor volumen de incautación. Aunque la cifra de incautaciones aumentó de 220 en 2012 a 311 en 2013, el volumen de incautación disminuyó de manera considerable, de 22,7 t en 2012 a 1,9 t aproximadamente en 2013.

387. Según las autoridades encargadas de la lucha contra la droga en la región, la fabricación de metanfetamina ha ido en aumento, como lo muestra el incremento de las cifras de incautación. Según la UNODC, las incautaciones de metanfetamina realizadas en América del Norte en 2012 constituyeron el 64% del volumen total de incautación de todo el mundo; en ese mismo año se desmantelaron casi 13.000 laboratorios de metanfetamina en los Estados Unidos. La fabricación de metanfetamina en México ha aumentado, y los Estados Unidos siguen siendo el mercado más grande de esa sustancia. Las incautaciones de metanfetamina en la frontera de los Estados Unidos y México han aumentado notablemente, de poco más de 2 t en 2008 a más de 10 t en 2012. Según la Dirección de Lucha contra la Droga, el incremento de la disponibilidad de metanfetamina en los Estados Unidos ha hecho que los precios se hayan reducido en un 70% desde 2007 y que la pureza haya aumentado en un 130% en ese mismo período.

388. De las últimas cifras publicadas por los gobiernos de la región se desprende que el uso indebido de la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como “éxtasis”) está disminuyendo en la región, aunque la prevalencia del consumo de éxtasis sigue siendo de más del doble del promedio mundial (0,9% en América del Norte, frente al 0,4% mundial).

389. Según la información correspondiente a 2013 proporcionada por el Canadá a la UNODC, los organismos de represión del narcotráfico observaron una disminución de la cantidad de cocaína introducida en el Canadá con respecto a años anteriores. La mayor parte de la cocaína incautada procedía principalmente del Caribe, Centroamérica y América del Sur y se introdujo en el país mediante carga aérea, pasajeros de líneas aéreas y correo postal. Los organismos de represión del narcotráfico creían también que la cocaína se introducía en el país desde los Estados Unidos, a través de los puertos de entrada terrestres de Ontario, Quebec y Columbia Británica.

390. En 2013 se descubrió que el 40% de la metanfetamina incautada había transitado por los Estados Unidos, mientras que, según la información proporcionada por

los funcionarios canadienses, los 34,7 kg de anfetamina incautados habían pasado por China.

c) Precursores

391. La fabricación de metanfetamina en los Estados Unidos está dominada por los laboratorios callejeros de pequeña escala que utilizan efedrinas y sus preparados. No obstante, más del 95% de la metanfetamina incautada en los Estados Unidos se ha fabricado con el método de la 1-fenil-2-propanona (P-2-P). Ese tipo de metanfetamina también se fabrica ilícitamente en México en instalaciones de tipo industrial a partir de derivados del ácido fenilacético.

392. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2014 se expone detalladamente la situación de América del Norte en lo que respecta a la fiscalización de los precursores⁴².

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

393. Al igual que en otras regiones, el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas ha seguido cobrando impulso. Solo en los Estados Unidos se cursaron, por medio del Sistema de Información de los Laboratorios Forenses Nacionales, 29.467 notificaciones relativas a cannabinoides sintéticos en 2012, cifra que multiplicaba por 14 la de 2009.

5. Uso indebido y tratamiento

394. Un informe publicado en julio de 2014 por la Administración de Servicios de Salud Mental y de Prevención del Uso Indebido de Sustancias de los Estados Unidos confirmó que la iniciación en el uso indebido de sustancias en la adolescencia o en la adolescencia temprana aumentaba en gran medida el riesgo de drogodependencia. Según los datos presentados en el informe, de las personas de edades comprendidas entre los 18 y los 30 años a las que se había administrado tratamiento por uso indebido de sustancias en los Estados Unidos en 2011, el 74% había empezado a consumir sustancias a la edad de 17 años o una edad menor y el 10,2% había empezado a consumirlas a la edad de 11 años o una edad menor. En el informe también se reveló que el índice de policonsumo en las personas que se habían iniciado en

el uso indebido de sustancias a la edad de 11 años o una edad menor (78%) era sensiblemente superior al de las personas que se habían iniciado a edades comprendidas entre los 25 y los 30 años (30,4%). De las personas que se habían iniciado en el uso indebido a la edad de 11 años o una edad menor, el 38,6% sufrían trastornos mentales concomitantes.

395. Según los datos publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, la prevalencia del consumo de drogas en el último año en las personas mayores de 12 años en los Estados Unidos alcanzó en 2012 la cifra más alta en 10 años, debido principalmente al aumento del uso indebido de cannabis, que pasó del 11,5% en 2011 al 12,1% en 2012. Como en años anteriores, el aumento del uso indebido de cannabis, en particular entre los jóvenes, se ha vinculado a una menor percepción del riesgo, especialmente a raíz de la legalización del uso del cannabis con fines no médicos en algunos estados. El índice de consumo de drogas psicoterapéuticas con fines no médicos, incluidos opioides de venta con receta, aumentó del 5,7% al 6,4%.

396. Las cifras publicadas en los Estados Unidos por la Red de Alarma del Uso Indebido de Drogas en junio de 2014 en relación con las visitas realizadas al servicio médico de urgencias por consumo de metanfetamina entre 2007 y 2011 revelaron que había habido un incremento sustancial, de 67.954 visitas en 2007 a 102.961 en 2011, sin diferencias apreciables entre hombres y mujeres. Según el informe, el 62% de las personas que en 2011 acudieron a los servicios de urgencias en relación con el consumo de metanfetamina también habían consumido otras drogas: el 29% había consumido una combinación de metanfetamina con otra droga, y el 33% una combinación de metanfetamina con dos o más drogas.

397. Según un estudio de los datos del Sistema de Información sobre el Análisis de Accidentes Mortales de la Administración Nacional de Seguridad del Tráfico Vial correspondientes al período comprendido entre 1994 y 2011 que realizaron unos investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado, la proporción de conductores que se habían visto envueltos en accidentes de tráfico mortales en el estado de Colorado y habían dado resultados positivos en la prueba de consumo de cannabis había aumentado considerablemente desde que se había comercializado el cannabis con fines médicos en 2009. Los resultados del análisis muestran un aumento considerable del porcentaje de accidentes de tráfico mortales ocurridos en Colorado en los cuales al menos uno de los conductores había dado resultados positivos en la prueba de consumo de cannabis, del 4,5% en 1994 al 10% a finales de 2011.

⁴²E/INBC/2014/4.

398. Varias jurisdicciones de América del Norte han informado del aumento de las muertes por sobredosis relacionadas con la variación de la composición química y la potencia de los estupefacientes obtenidos en el mercado ilegal y del rebrote del uso indebido de heroína. En el estado de Vermont el desmesurado aumento del uso indebido de drogas opioides y heroína, de las muertes por sobredosis y de los delitos relacionados con las drogas han sido calificados de “crisis” por el gobernador. Las sobredosis de heroína se duplicaron en dicho estado entre 2012 y 2013, y los ingresos de personas para recibir tratamiento por uso indebido de opioides han aumentado un 770% desde 2000, porcentaje que incluye un aumento del 250% solamente del número de personas que han recibido tratamiento por su adicción a la heroína. Asimismo, las acusaciones presentadas por las autoridades federales contra presuntos traficantes de heroína en dicho estado en 2013 fueron cinco veces más numerosas que las de 2010.

399. En el Canadá el Director de los Servicios de Salud Pública de Montreal emitió una alerta dirigida a los profesionales de la salud pública para advertirles que en la ciudad se habían triplicado las muertes por sobredosis de heroína, cocaína y opioides falsificados provocadas por la alteración de la composición química de dichas drogas. Las autoridades de salud pública también han atribuido numerosas muertes por sobredosis ocurridas en la región a los comprimidos falsificados de oxycodona que contienen fentanilo, estupefaciente de gran potencia.

400. Según la información publicada por el estudio de Health Canada sobre el consumo de tabaco entre los jóvenes correspondiente a 2012-2013, estudio bial que reúne datos proporcionados por estudiantes canadienses de 6° a 12° grado (de 11 a 18 años de edad, aproximadamente) sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas, las principales sustancias objeto de abuso, después del alcohol y el tabaco, son el cannabis y los fármacos de venta con receta. Uno de cada cinco estudiantes dijo haber consumido cannabis en los 12 meses anteriores, lo que convierte el cannabis en la sustancia con mayor prevalencia de consumo anual después del alcohol.

401. El 4% de los estudiantes que participaron en el estudio dijeron haber consumido al menos un fármaco de venta con receta con fines no médicos en los 12 meses anteriores. De los fármacos de venta con receta incluidos en el estudio, los analgésicos opioides eran los que tenían la prevalencia de consumo anual más alta, del 3%, si bien esa cifra supone una disminución con respecto al 4% observado en el estudio correspondiente a 2010-2011.

402. El estudio correspondiente a 2012-2013 muestra una tendencia a la baja en la prevalencia anual del

consumo de algunas sustancias. La prevalencia del consumo de éxtasis había disminuido del 5% en 2010-2011 al 3% en 2012-2013. En cuanto a los estimulantes sintéticos derivados de las piperazinas y a los estimulantes sintéticos relacionados con las catinonas, la prevalencia anual del consumo en 2012-2013 fue del 1%.

403. En lo que respecta a la percepción de la accesibilidad de las drogas, alrededor del 45% de los estudiantes de 7° a 12° grado (de 12 a 18 años de edad, aproximadamente) dijo que sería “bastante fácil” o “muy fácil” obtener cannabis, mientras que el 33% y el 15% dijeron que sería “bastante fácil” o “muy fácil” obtener opioides y éxtasis y alucinógenos, respectivamente.

404. Health Canada ha determinado tres grupos de alto riesgo en cuanto al uso indebido de drogas: las personas sin hogar, los jóvenes consumidores de drogas que viven en la calle y las personas que consumen drogas con fines recreativos (es decir, los asistentes a clubes nocturnos, fiestas *rave* y bares). En 2013 Health Canada llevó a cabo un estudio en el que se calculaba la prevalencia anual de las tres drogas más consumidas por cada grupo de alto riesgo y se determinó que el cannabis era la droga con mayor prevalencia anual de consumo en todos ellos: el 77% en el grupo de las personas sin hogar y el 89% en los otros dos grupos.

405. México ha seguido ofreciendo tratamiento de la drogodependencia mediante su red de centros de tratamiento de adicciones, conocidos como “Centros Nueva Vida”, cuya plantilla cuenta con psicólogos, médicos y asistentes sociales. El Gobierno de México ha hecho inversiones considerables para impartir capacitación al personal de los centros de tratamiento y contratar a más profesionales de la salud especializados en el tratamiento de adicciones. El Gobierno también ha adoptado medidas de control de calidad, como la revisión del procedimiento de acreditación de dichos centros y las visitas de evaluación para juzgar el tratamiento que se administra y la calidad de los servicios e instalaciones. Tomando como base los resultados de un análisis del funcionamiento y el rendimiento de dichos centros, el Gobierno ha elaborado un plan de trabajo para 2014 destinado a fortalecer las estructuras administrativas existentes, mejorar los procesos de administración de cuidados y fijar unas normas nacionales para mejorar la calidad y la eficacia del tratamiento.

406. El uso indebido de cocaína aumentó ligeramente en la población adulta de los Estados Unidos en 2012, pero se mantuvo relativamente estable en los jóvenes y descendió muy levemente en 2013. En comparación con 2006, la prevalencia anual del consumo de cocaína en la

población general disminuyó en un 28% (del 2,5% de la población de 12 años o mayor en 2006 al 1,8% en 2012), pero la prevalencia en el mes anterior disminuyó en un 40% (del 1,0% al 0,6%). La prevalencia anual del consumo de cocaína en los estudiantes del último curso de enseñanza secundaria de los Estados Unidos registró un descenso del 54% entre 2006 y 2013 (del 5,7% al 2,6%). Los resultados de las pruebas realizadas a la población activa mostraron una reducción del consumo de cocaína del 70% entre 2006 y 2012 (del 0,72% en 2006 al 0,21% en 2012). Esos descensos se debieron principalmente a la disminución de la disponibilidad de cocaína. Aunque la percepción de la nocividad del consumo de cocaína se había mantenido invariable en general, la percepción de disponibilidad de esa droga había disminuido⁴³. Ese fenómeno se debía a la disminución de la producción de cocaína en Colombia y a la intensificación de la actuación de los organismos encargados de hacer cumplir la ley en México, lo que había dado lugar a un aumento de los precios en los Estados Unidos para ajustarse al grado de pureza; por consiguiente, los precios al por menor aumentaron un 54% entre 2006 y 2012 (de 121 dólares a 186 dólares por g). La disminución de la disponibilidad y del consumo de cocaína también había ocasionado un fuerte descenso (del 56%) de los ingresos para recibir tratamiento por uso indebido de esa droga en los Estados Unidos entre 2006 y 2012 (de 277.900 ingresos de pacientes en 2006 a 121.000 en 2012).

407. A pesar de que la prevalencia del uso indebido de drogas en la población general de los Estados Unidos de 12 años o mayor había aumentado en general, la prevalencia del consumo en los 12 meses anteriores de cualquier droga ilícita en la población de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años había sido la más baja de los últimos 10 años, pues había descendido del 19% en 2011 al 17,9% en 2012, aunque seguía siendo alta.

América del Sur

1. Novedades principales

408. América del Sur sigue viéndose afectada por el cultivo ilícito de arbusto de coca, planta de cannabis y, en

⁴³Según la encuesta "Monitoring the Future", realizada por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas en los Estados Unidos, en 2006 el 46,5% de los estudiantes del último curso de enseñanza secundaria contestó que era fácil o bastante fácil obtener cocaína; esa cifra había disminuido al 30,5% en 2013. El porcentaje de estudiantes del último curso de enseñanza secundaria que consideraban que el consumo habitual de cocaína era nocivo fue del 84,6% en 2006 y del 83,3% en 2013, y el porcentaje de los que consideraban que consumir cocaína una o dos veces era nocivo fue del 52,5% en 2006 y del 54,4% en 2013.

algunos países, adormidera; todos ellos se procesan, normalmente en el país de cultivo, para obtener las correspondientes drogas de origen vegetal. La región, aparte de ser el lugar de origen de prácticamente toda la oferta mundial de cocaína, también concentra en la actualidad una proporción considerable del consumo mundial de esa droga, que incluye el consumo de cocaína crack para fumar y otras formas de base que reciben diferentes nombres según el país. El consumo ilícito de cannabis y, en menor medida, de estimulantes de tipo anfetamínico también afecta a sectores considerables de la población de América del Sur. La información de que se dispone actualmente indica que la demanda ilícita de estimulantes anfetamínicos se satisface, sobre todo, mediante la introducción clandestina de esos estimulantes desde fuera de la región y la desviación de los estimulantes de venta con receta de su mercado lícito.

409. Diversos indicadores, sobre todo el de la superficie de cultivo ilícito de arbusto de coca, apuntan a que en los últimos años la oferta mundial de cocaína procedente de América del Sur se ha reducido en tal medida que puede tener un efecto tangible en los principales mercados de consumo. Según los datos de la UNODC, el cultivo de arbusto de coca llegó a su apogeo en 2007 en Colombia, en 2010 en el Estado Plurinacional de Bolivia y en 2011 en el Perú. Durante el período 2007-2013, la superficie total cultivada de arbusto de coca de esos tres países disminuyó aproximadamente en un tercio. Aunque hay cuestiones metodológicas que limitan las posibilidades de cuantificar la producción de hoja de coca y la fabricación de cocaína a nivel mundial, es de prever que una reducción de la superficie de cultivo de tal magnitud repercute en la disponibilidad de la cocaína en el eslabón final de la cadena de oferta. De hecho, los indicadores de América del Norte y, si bien con menos claridad, los de Europa occidental apuntan a que la disponibilidad sigue siendo considerablemente inferior a la que había cuando se alcanzó la cota más alta, alrededor de 2006.

410. Los intensos debates sobre política de drogas que han tenido lugar últimamente en América, incluida América del Sur, prosiguieron en 2014. En junio de 2013 la OEA aprobó la Declaración de Antigua (Guatemala), "Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas", con lo que se inició un proceso de consultas en diversos ámbitos nacionales y regionales y se alentó el estudio de nuevos enfoques del problema mundial de las drogas. En junio de 2014, en el 44º período ordinario de sesiones de su Asamblea General, la OEA reafirmó los compromisos que había contraído en la Declaración y recalzó que las políticas de drogas se debían aplicar respetando plenamente el derecho nacional e internacional. Con arreglo a lo dispuesto

en la Declaración, en septiembre de 2014 se celebró en Ciudad de Guatemala un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA sobre el problema mundial de las drogas.

2. Cooperación regional

411. América del Sur se caracteriza por su alto nivel de concienciación acerca de la oferta y la demanda ilícitas de sustancias fiscalizadas, además de por contar con una infraestructura bien desarrollada, a nivel nacional y regional, para vigilar ese fenómeno y combatirlo. El alto grado de interés político que hay en esas cuestiones se pone de manifiesto en el gran número de actividades que congregan a autoridades, expertos e instituciones de la región para mejorar la cooperación e intercambiar opiniones y experiencia sobre las actividades de los encargados de hacer cumplir la ley y sobre los aspectos de la fiscalización de drogas relacionados con la salud. La Junta se muestra satisfecha, en particular, del número de actividades de cooperación regional, incluidas actividades de capacitación y asistencia jurídica, organizadas por los gobiernos de los países de la región en cooperación con la CICAD y la UNODC.

412. En 2013 y 2014 varias de esas actividades hicieron hincapié en los aspectos de la reducción de la oferta de drogas relacionados con la recuperación de activos, entre ellos el decomiso no basado en una condena, la inteligencia financiera y el blanqueo de dinero. En 2013 se celebraron, bajo los auspicios de la CICAD, un total de 19 cursos teóricos y prácticos sobre el manejo y la enajenación de activos incautados y decomisados, técnicas especiales de investigación, inteligencia estratégica, investigaciones y simulacros de juicios, en los que participaron unos 800 funcionarios de países de América. Durante 2013 la UNODC y el Grupo de Acción Financiera de Sudamérica⁴⁴ organizaron las reuniones séptima y octava de la red regional de recuperación de activos, a las que asistieron representantes de países de América Latina y de diversas entidades internacionales. Las reuniones se celebraron en Colombia y Panamá.

413. Otros aspectos que recibieron redoblada atención fueron los relacionados con las medidas para combatir el tráfico y la desviación de precursores, el tráfico marítimo y el uso indebido de variedades de cocaína para fumar.

414. En mayo de 2014 los representantes de alto nivel de varios países de América del Sur participaron en los

debates sobre la política de drogas de la primera reunión ministerial de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños sobre el problema mundial de las drogas, celebrada en Antigua (Guatemala).

415. En septiembre de 2014, en un período extraordinario de sesiones celebrado en Ciudad de Guatemala, la Asamblea General de la OEA aprobó una resolución titulada “Reflexiones y lineamientos para formular y dar seguimiento a las políticas integrales frente al problema mundial de las drogas en las Américas”. En esa resolución la Asamblea reconoció la importancia de la implementación efectiva de los tres tratados de las Naciones Unidas sobre fiscalización de drogas, que constituían el marco del sistema internacional de fiscalización de drogas, así como la necesidad de que los Estados considerasen “revisar periódicamente las políticas sobre drogas adoptadas con el objeto de que estas sean integrales y centradas en el bienestar de la persona para poder hacer frente a sus retos nacionales y evaluar su impacto y efectividad”.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

416. En marzo de 2013 el Gobierno del Perú aprobó un nuevo reglamento sobre los productos químicos, maquinarias y equipos utilizados para la elaboración de drogas ilícitas, que ya se había publicado en un decreto-ley de noviembre de 2012. En el decreto se disponían medidas de registro, control e inspección de dichos bienes.

417. Dentro de la estrategia nacional de lucha contra la droga que aplica el Perú para el período 2012-2016, la erradicación del arbusto de coca se ha intensificado en las principales regiones donde se cultiva, Huánuco y Ucayali. Las autoridades peruanas han propuesto una nueva estrategia en la que cobra importancia la promoción de cultivos alternativos, manteniendo al mismo tiempo el componente de erradicación, a fin de reducir la extensión del cultivo en la tercera zona más importante, la de los valles de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro.

418. Con efecto a partir de agosto de 2014, el Ecuador estableció un nuevo sistema de categorización por cantidades máximas y mínimas para clasificar los delitos relacionados con el tráfico de estupefacientes y sustancias sicotrópicas en cuatro categorías, según el grado de gravedad, y prescribir las penas de reclusión mínima y máxima por cada categoría. Aunque la posesión de droga se pueda calificar como delito comprendido en la categoría de actividades relacionadas con el tráfico, las cantidades objeto de posesión, de por sí, no siempre determinan

⁴⁴Con efecto a partir de julio de 2014, el nombre del Grupo pasó a ser “Grupo de Acción Financiera de Latinoamérica”.

si se trata de tráfico o de posesión para uso y consumo personales. De hecho, si bien en el nuevo reglamento se penalizan delitos de tráfico relacionados con cantidades arbitrariamente pequeñas (sin que se fije un umbral mínimo), se sigue diferenciando entre esos delitos y la posesión para uso y consumo personales, que sigue sin ser punible y que se sigue restringiendo a ciertas cantidades máximas fijadas independientemente, con arreglo a un reglamento anterior.

419. En diciembre de 2013 el Senado del Uruguay ratificó una nueva ley, que había sido aprobada previamente por la Cámara de Diputados, en la que se autorizaba al Estado a asumir el control y la regulación de las actividades relativas a la importación, la producción, el almacenamiento, la comercialización o la distribución del cannabis o sus derivados, o la adquisición a cualquier título, con fines no terapéuticos, bajo ciertos supuestos y condiciones. El reglamento de aplicación de esa ley se desarrolló en un decreto de mayo de 2014. Las ventas de cannabis a los consumidores se demoraron, no obstante, debido a dificultades en la aplicación de la ley. Está previsto que esas ventas comiencen en 2015. La Junta señala que esas normas son contrarias a lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas, concretamente en el artículo 4, párrafo c), y el artículo 36 de la Convención de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, y en el artículo 3, párrafo 1 a), de la Convención de 1988.

420. En noviembre de 2013 el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia publicó los resultados de un estudio sobre la demanda de hoja de coca en ese país, según los cuales la demanda nacional lícita de ese producto requería el cultivo de 14.700 hectáreas. Actualmente la legislación boliviana permite el cultivo de arbusto de coca en una superficie máxima de 12.000 hectáreas en determinadas zonas del país, para la masticación de hoja de coca y el consumo y el uso de ese producto en su estado natural para “fines culturales y medicinales”, de conformidad con la reserva formulada por el país en 2013 cuando se adhirió de nuevo a la Convención de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972.

421. En su Plan Estratégico Institucional 2013-2017, la Secretaría Nacional Antidrogas del Paraguay se fijó seis objetivos principales, entre ellos el de implementar acciones de desarrollo alternativo integral y sostenible. Una estrategia que se ha propuesto para lograr ese objetivo trata específicamente del cultivo de cannabis dentro de la coyuntura social y económica del Paraguay. Además, la Secretaría Nacional Antidrogas ha hecho de la supresión del tráfico de pasta de cocaína una de sus prioridades nacionales.

422. Como respuesta a la reintensificación del tráfico de drogas mediante vuelos no comerciales que atraviesan el espacio aéreo peruano, la Fuerza Aérea del Perú aplica un programa de interceptación no letal del tráfico aéreo con miras a disuadir a los pilotos que trafican con drogas de entrar en territorio peruano. En abril de 2014 el Estado Plurinacional de Bolivia promulgó una ley en la que se preveía la interceptación de los vuelos no autorizados y el uso de la fuerza contra ellos. Hay en vigor leyes análogas en el Brasil, Chile y Venezuela (República Bolivariana de). La Junta señala que esas normas jurídicas pueden contravenir el Convenio sobre Aviación Civil Internacional⁴⁵ y otras obligaciones internacionales en materia de aviación civil.

423. En 2014 el Brasil promulgó una nueva ley para garantizar la destrucción expeditiva de los cultivos ilícitos y las drogas incautadas, con la excepción de las pequeñas muestras que se utilizarían para análisis forenses y en procedimientos penales. Se están celebrando deliberaciones sobre otras posibles leyes que podrían repercutir en la política de drogas.

424. En 2014 el Gobierno de la Argentina creó dentro del Ministerio de Seguridad una nueva dependencia dedicada expresamente a la lucha contra el tráfico de drogas y transfirió al citado Ministerio, y a la dependencia recién creada, algunas competencias estatales en cuanto a la adopción de medidas de reducción de la demanda de drogas que tenía la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

425. A diferencia de lo que ocurre con otros cultivos ilícitos, no se dispone de cálculos fiables sobre la extensión total del cultivo ilícito de cannabis en América del Sur. Sin embargo, las incautaciones de planta de cannabis y de hierba de cannabis indican que el cultivo de esa planta y la producción de esa hierba tienen una magnitud considerable en la región.

426. Con arreglo a las respuestas oficiales al cuestionario para los informes anuales, Colombia y el Paraguay parecerían ser los países de origen de hierba de cannabis

⁴⁵Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 15, núm. 102.

más prominentes de América del Sur en lo que respecta al tráfico transfronterizo. La hierba del Paraguay se pasa clandestinamente a los países vecinos, mientras que la de Colombia parecería llegar a los países de Centroamérica y el Caribe, además de a los países vecinos de América del Sur.

427. Durante varios años a Colombia le ha correspondido el mayor volumen agregado anual de incautación de hierba de cannabis de América del Sur. El volumen de incautación de ese país ha mantenido una tendencia general creciente desde 2002 y alcanzó las 408 t en 2013 (frente a 77 t en 2002), volumen que equivale aproximadamente a la mitad del total de América del Sur en 2012. Asimismo, ha habido indicios de que los métodos de cultivo y producción están cambiando. Según la UNODC, en 2012 se descubrieron 115 invernaderos donde se producía hierba de cannabis, pero en 2013 solo se descubrieron cuatro. El incremento de las incautaciones y las interceptaciones podría obedecer a medidas de represión más efectivas, al aumento del cultivo o a ambos factores.

428. Las medidas adoptadas en el Paraguay para reducir la disponibilidad de drogas objeto de uso indebido, incluido el cannabis, se intensificaron en 2013. Las incautaciones de hierba de cannabis en el país, así como la erradicación del cultivo de cannabis, se duplicaron con creces en 2013. Al contrario de la tendencia prevalente en muchos países, en los que la hierba de cannabis se obtiene en el territorio nacional, la demanda de hierba de cannabis en algunos países vecinos del Paraguay, sobre todo el Brasil y la Argentina (países ambos en los que el número de consumidores es relativamente alto en razón de la magnitud de su población), se satisface en gran medida mediante hierba de procedencia paraguaya.

429. Durante el período 2000-2011 el volumen de incautación de hierba de cannabis en el Brasil, aun siendo uno de los mayores de América del Sur, estuvo en consonancia con un mercado estable impulsado por la demanda interior y fluctuó entre 130 t y 200 t anuales, según los datos de la UNODC. En 2012 las incautaciones de hierba, plantas y plántulas de cannabis, así como las plantaciones de cannabis detectadas, registraron descensos considerables. Sin embargo, en 2013 el volumen de incautación de hierba de cannabis aumentó a 222 t. Los gobiernos del Brasil y el Paraguay siguen cooperando en la erradicación del cultivo de cannabis en este segundo país. Una operación conjunta realizada por la Secretaría Nacional Antidrogas del Paraguay y la Policía Federal del Brasil en febrero de 2014 dio como resultado la erradicación de 400 hectáreas de cultivos de cannabis en el departamento paraguayo de Amambay.

430. Algunas de las mayores cantidades de plantas de cannabis incautadas o destruidas en América del Sur han correspondido al Estado Plurinacional de Bolivia y el Perú. Sin embargo, en 2013 el volumen agregado de las incautaciones de hierba y de planta de cannabis del Estado Plurinacional de Bolivia descendió a 76 t (frente a las 403 t de 2012). En el Perú la incautación de plantas de cannabis aumentó drásticamente, a 980 t, en 2012; la cifra de incautaciones correspondiente a 2013 (3,4 millones de plantas), aunque no sea directamente comparable, apunta a una intensificación sostenida de las actividades de erradicación.

431. De las drogas y sustancias sicotrópicas cuyo uso indebido es más frecuente a escala mundial, la cocaína es el único caso en que los procesos ilícitos que dan lugar al producto final consumible (cultivo, producción y fabricación) se circunscriben en gran medida a una región concreta, a saber, América del Sur. En particular, el cultivo ilícito de arbusto de coca se concentra en tres países: Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú.

432. En el Estado Plurinacional de Bolivia el cultivo de arbusto de coca disminuyó a 23.000 hectáreas en 2013, la menor superficie desde 2002. En su Estrategia de Lucha contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca 2011-2015, el Gobierno boliviano se fijó el objetivo de reducir el cultivo de ese arbusto a 20.000 hectáreas. Esta superficie sigue siendo excesiva para satisfacer las necesidades estimadas de masticación, consumo y uso de la hoja de coca que se permiten con ciertos fines en el territorio nacional, en virtud de la reserva formulada por este país a la Convención de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972. En 2013 la erradicación manual del arbusto de coca, incluida la erradicación voluntaria, siguió aumentando y alcanzó una superficie de 11.407 hectáreas, mientras que la incautación de hoja de coca, sal de cocaína y cocaína base descendió considerablemente con respecto a 2012. El volumen agregado de incautación de cocaína (sal de cocaína y cocaína base) sumó 22 t, la cifra más baja desde 2007, pero la cifra de laboratorios clandestinos de fabricación de clorhidrato de cocaína destruidos siguió aumentando marcadamente hasta llegar a los 67 en 2013. Además, el número de instalaciones de transformación de extractos de hoja de coca en cocaína base que se destruyeron (con excepción de las pozas de maceración) llegó a 5.930, cifra ligeramente superior a la de los últimos años y la más alta de cuantas se tiene constancia.

433. En Colombia la disminución del cultivo de arbusto de coca (a 48.000 hectáreas) lograda en 2012 se mantuvo en 2013. Sin embargo, la distribución del cultivo no

permaneció estática, ya que las medidas del Gobierno pueden haber contribuido a que la actividad se concentre en determinadas regiones. De los 27 departamentos que tienen un historial de cultivo, cinco de los seis que tenían un historial más nutrido en 2012 registraron un aumento del cultivo, que representó las tres cuartas partes del total en 2013 (frente a un 61% en 2012). La erradicación manual del arbusto de coca disminuyó en una cuarta parte en 2013, con una superficie erradicada de 22.056 hectáreas, y en ese mismo año la erradicación mediante aspersión disminuyó de manera más pronunciada, con una superficie erradicada de 47.053 hectáreas, la mitad que en el año anterior. El volumen agregado de incautación de cocaína en Colombia, incluidas diversas formas de cocaína base, ascendió a 243 t en 2012 y a 230 t en 2013, y siguió siendo el más alto de América del Sur.

434. En el Perú los incrementos del cultivo de arbusto de coca que habían tenido lugar en el período 2005-2011 se neutralizaron casi por completo en 2013, año en el que la superficie neta de cultivo se redujo a 49.800 hectáreas (frente a las 60.400 hectáreas de 2012). El gran volumen de arbusto de coca erradicado en el marco del Programa de Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible del Gobierno del Perú contribuyó considerablemente a esa reducción. La superficie erradicada llegó a ser de 23.947 hectáreas en 2013, una cifra considerablemente superior a las alcanzadas durante todo el período 2000-2012. Las medidas de erradicación y poserradicación repercutieron sustancialmente en dos de las tres zonas más afectadas por el comercio de drogas, a saber, Monzón-Tingo María-Aucayacu y Palcazú-Pichis-Pachitea. A finales de octubre de 2014 se habían erradicado los cultivos en una superficie de 26.000 hectáreas, si bien el objetivo de erradicación de 2014 sigue siendo de 30.000 hectáreas. La incautación de pasta de cocaína en el Perú llegó a su apogeo en 2012, con 19,7 t, pero retrocedió a 10,8 t en 2013, y el volumen de incautación de sal de cocaína subió ligeramente a 13,3 t en 2013, con lo que se mantuvo por debajo de los niveles registrados en 2008 y 2010.

435. El marco de desarrollo alternativo del Gobierno del Perú (Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible) podría estar contribuyendo a reducir el cultivo de coca. Los programas comprendidos en dicho marco se implementan en 13 zonas, situadas en siete departamentos del Perú, y llegan a unas 800.000 personas. En esas zonas la extensión media de los cultivos de arbusto de coca por familia disminuyó poco más de un tercio entre 2010 y 2013 (de 0,289 hectáreas a 0,188 hectáreas por familia). En 2012 el nivel de implicación de las familias beneficiarias era mayor en Huallaga Central, Alto Mayo y Bajo Mayo, Juanjui, Bajo Huallaga y Tocache, y había mejorado de forma apreciable con respecto a 2010.

436. El Ecuador y Venezuela (República Bolivariana de) siguen siendo importantes lugares de tránsito de la cocaína destinada tanto a América del Norte como a Europa occidental. Asimismo, algunos países situados fuera de esos mercados arraigados de cocaína, concretamente países de Europa central y Asia occidental, han catalogado a la República Bolivariana de Venezuela como país de origen de cocaína. La República Bolivariana de Venezuela informó de que la cocaína que pasaba por su territorio tenía su origen en Colombia, país con el que comparte una extensa frontera terrestre. Las autoridades ecuatorianas catalogaron también a Oceanía como uno de los destinos de la cocaína que pasaba por el Ecuador, y señalaron que el tráfico marítimo, que explotaba el litoral ecuatoriano del Pacífico, seguía siendo el método de transporte más importante, si bien no era el único. El Brasil, con sus vastas fronteras terrestres con los tres principales países productores de cocaína y su extensa costa atlántica, sigue siendo un importante país de tránsito para el tráfico de cocaína hacia África occidental y central, Europa y Sudáfrica, además de ser un importante país de destino de grandes cantidades de cocaína.

437. Aunque la fabricación de cocaína tiene lugar principalmente en Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú, también se elaboran derivados de la hoja de coca en pequeña escala fuera de esos tres países. Si bien el producto final principal destinado a la exportación a los lucrativos mercados de América del Norte y Europa es el clorhidrato de cocaína, la demanda de cocaína en América del Sur se satisface parcialmente mediante cantidades considerables de formas intermedias de cocaína base, que en ocasiones contienen un alto grado de impureza. La presencia de esos productos en el mercado ilícito da lugar ocasionalmente a una elaboración ulterior. Además, algunas instalaciones no sirven sino para rebajar la pureza antes de colocar el producto en el mercado minorista. Según los datos de la UNODC, en 2012 la Argentina descubrió un total de 31 establecimientos de elaboración de derivados de la hoja de coca⁴⁶; Chile, un total de ocho; el Ecuador, un total de cuatro, y Venezuela (República Bolivariana de), un total de 24.

438. Se tienen noticias e indicios indirectos de la existencia de un cultivo de adormidera en pequeña escala en América del Sur. Colombia calculó que la superficie de ese cultivo en 2013 era de 298 hectáreas y erradicó otras 514 hectáreas. En el Perú se incautaron 68,5 kg de opio de procedencia nacional en 2013.

⁴⁶Entre ellos cabe contar los establecimientos dedicados a adulterar la droga y empaquetarla en pequeñas cantidades, así como los establecimientos donde se realizan las últimas etapas de la síntesis del clorhidrato de cocaína.

439. Parte del opio que se produce en América del Sur se transforma en heroína, que se destina al tráfico fuera de la región, además de satisfacer la escasa demanda de esa droga en la región. Colombia registra sistemáticamente el mayor volumen de incautación de heroína de América del Sur, seguida por el Ecuador. Sin embargo, el volumen de incautación en Colombia siguió menguando en 2013, año en que fue de 403 kg (muy por debajo del máximo de 1,7 t registrado en 2010), también de procedencia nacional. La incautación de heroína en el Ecuador fue de 123 kg en 2013. Colombia también dismanteló un laboratorio de heroína por año en 2011, 2012 y 2013.

b) Sustancias sicotrópicas

440. Varios países de América del Sur se ven afectados por el tráfico de éxtasis, pero la región es principalmente un mercado de consumo de esa sustancia. Según los datos oficiales más recientes de que se dispone, el éxtasis de América del Sur sigue teniendo su origen principal en Europa. Los volúmenes de incautación de éxtasis más cuantiosos de la región —los de la Argentina, el Brasil y Colombia— denotan un consumo considerable de esa sustancia en esos países.

441. La Argentina, el Brasil, Chile y Colombia informan periódicamente de la incautación de otros alucinógenos, aparte del éxtasis, sobre todo de dietilamida del ácido lisérgico (LSD). Sin embargo, según la UNODC, el análisis forense de unas muestras de sustancias vendidas como LSD que se habían obtenido en tres grandes ciudades colombianas en 2013 reveló la presencia de fenetilaminas sintéticas en lugar de LSD. En 2012 los mayores volúmenes de incautación de LSD de América del Sur correspondieron a la Argentina (87.605 dosis) y el Brasil (65.033 dosis, que disminuyeron a 56.680 dosis en 2013).

442. En los últimos años se han decomisado cantidades no despreciables de anfetamina o metanfetamina en algunos países de América del Sur, sobre todo la Argentina y el Brasil. Colombia también informa periódicamente de la incautación de cantidades considerables de sedantes y tranquilizantes. En 2013 la incautación de esa clase de sustancias aumentó en Colombia por cuarto año consecutivo y se situó en 63.641 comprimidos.

c) Precursores

443. En 2012 a América del Sur le correspondieron aproximadamente las dos terceras partes del total de las incautaciones notificadas en todo el mundo de permanganato potásico, sustancia que figura en el Cuadro I, y

más de la mitad del total de las incautaciones mundiales de ácido clorhídrico, éter etílico, acetona y ácido sulfúrico, sustancias que figuran en el Cuadro II.

444. En el caso de la mayoría de los precursores, y al igual que en años anteriores, los tres países productores de coca registraron los mayores volúmenes de incautación de América del Sur. Sin embargo, en lo que constituyó una desviación con respecto a esa tendencia, en 2012 se incautó en el Brasil el mayor volumen de ácido clorhídrico (91.697 litros) de la región y el mayor volumen de metiletilcetona (3.308 litros) del mundo.

445. En los últimos años el permanganato potásico que se emplea en la fabricación de cocaína en América del Sur procede, en cierta medida, de la fabricación ilícita, así como de la desviación de los canales lícitos. En 2013 Colombia dismanteló tres laboratorios ilícitos de fabricación de permanganato potásico en pequeña escala.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

446. En junio de 2013 el tapentadol, analgésico opiode, se sometió a fiscalización nacional en Colombia, concretamente incluyéndoselo en el listado de medicamentos y sustancias de control especial, junto con sustancias como la buprenorfina, el fentanilo y la oxicodona.

447. La ketamina ha hecho su aparición como droga objeto de uso indebido en América del Sur. En 2012 se incautaron pequeñas cantidades de esa sustancia en la Argentina y también se confirmó que la población del país la consumía. En 2013 Colombia calculó que la prevalencia de vida del consumo de ketamina en la generalidad de su población era del 0,18%.

448. Según la UNODC, Colombia también ha informado del consumo de productos derivados de plantas con propiedades psicoactivas, como la *Salvia divinorum* y la ayahuasca, desde mediados de 2012, así como del consumo de al menos una fenetilamina sintética (25B-NBOMe o 25C-NBOMe) que, al parecer, tiene efectos alucinógenos parecidos a los del LSD. En 2013 Chile se incautó de una remesa de una sustancia química afín (25I-NBOMe) que provenía de España.

5. Uso indebido y tratamiento

449. Según las estimaciones de la prevalencia anual del uso indebido de drogas realizadas por la UNODC en 2012, las sustancias cuyo uso indebido está más extendido

en América del Sur son el cannabis y la cocaína. Las cifras estimadas de la prevalencia del consumo de cannabis (el 5,7% de la población general de entre 15 y 64 años de edad) y de cocaína (el 1,2%) en los 12 meses anteriores eran superiores en América del Sur a la prevalencia del consumo mundial de esas drogas en los 12 meses anteriores, pero inferiores a los promedios correspondientes del conjunto de América. Por lo que respecta al número de consumidores, se calcula que en 2012 América del Sur representaba casi la quinta parte del total de los consumidores mundiales de cocaína en los 12 meses anteriores, y algo menos de la décima parte de los consumidores de cannabis. Una cuestión que suscita inquietud particular en América del Sur es la del consumo de variedades de cocaína para fumar.

450. Según los datos sobre tratamiento correspondientes al período 2010-2012 publicados por la UNODC, la cocaína aparece, con diferencia, como la droga que más consumen las personas que han recibido tratamiento por drogodependencia en los países de América del Sur, con la notable excepción de Colombia. Los datos de tratamiento correspondientes a 2012 proporcionados por Colombia muestran la complejidad del panorama del uso indebido: aproximadamente una tercera parte de la demanda de tratamiento corresponde al cannabis y la misma proporción corresponde a la cocaína; el 10%, a los estimulantes de tipo anfetamínico, y el 6,6%, a la heroína.

451. En julio de 2014 Colombia publicó los resultados de su estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas de 2013, entre cuyos objetivos se contaba determinar las tendencias del uso de drogas comparando los resultados con los de un estudio similar realizado en 2008. Una variación estadísticamente significativa que se observó fue el incremento de la prevalencia anual del consumo de cannabis, que pasó del 2,1% del segmento de la población general de edades comprendidas entre los 12 y los 65 años en 2008 al 3,3% en 2013, debido principalmente a los incrementos registrados en los tramos de edad inferiores (12 a 17 y 18 a 24 años). El uso indebido de sal de cocaína y de basuco (una variedad de cocaína para fumar) no mostró grandes variaciones. En cambio, el uso indebido de LSD sí aumentó considerablemente, y la prevalencia de vida del consumo de opiáceos de venta con receta rebasó el 1% en 2013.

452. Asimismo, los últimos datos indican que ha habido un aumento del consumo de cannabis en Chile. En 2013 casi una tercera parte (el 30,6%) de los estudiantes comprendidos entre el octavo curso de la enseñanza primaria y el cuarto de la secundaria declararon que habían consumido cannabis durante el año anterior, frente al 19,5% en 2011. En el mismo estudio se indicaba también

que había disminuido considerablemente la percepción del riesgo que entrañaba el consumo frecuente de cannabis. La tendencia creciente del consumo de esa droga en Chile también se deduce de datos algo más antiguos (de 2012) correspondientes a la población general.

453. Los resultados de la última Encuesta Mundial de Salud a Escolares⁴⁷ correspondientes al Uruguay indican que en 2012 la prevalencia de vida del consumo de hierba de cannabis en los estudiantes de educación secundaria de segundo y tercer año del ciclo básico y primer año del bachillerato era del 13%. También se realizan regularmente estudios específicos sobre el uso indebido de drogas, centrados en distintos grupos de población. Dichos estudios indican que la prevalencia de vida del consumo de hierba de cannabis entre los estudiantes⁴⁸ alcanzó su nivel máximo en 2007 y parecía haberse estabilizado en torno al 16% en 2011, mientras que la prevalencia anual del consumo de hierba de cannabis en la población general (de entre 15 y 65 años de edad) aumentó del 1,4% en 2001 al 8,3% en 2011.

454. En una encuesta reciente realizada entre los estudiantes universitarios de las capitales de los estados y el distrito federal del Brasil se calculó que la prevalencia anual del uso indebido de cocaína en polvo en los estudiantes universitarios (de todas las edades) había sido del 3% en 2009. En otro estudio, basado en el método de ampliación de las redes sociales, se empleó el concepto de consumo "habitual" (que se define como el consumo de la sustancia 25 días o más durante los seis meses anteriores) y se calculó que la cifra de consumidores habituales de crack y otras variedades análogas de cocaína para fumar (con lo que se excluía las sales de cocaína) en 2012, solo en las capitales de los estados y el distrito federal, era de 370.000, aproximadamente, lo que equivalía al 0,81% de la población general (de todas las edades). De esos consumidores, 50.000 eran menores de 18 años. En otro estudio, realizado en paralelo y recurriendo al muestreo basado en lugares y horarios específicos de una población de referencia más amplia, en el que se traza el perfil de los consumidores habituales de esas variedades de cocaína para fumar, se indica que la población de consumidores habituales adultos tiende a concentrarse claramente en los tramos de edades más jóvenes, una tendencia que es más pronunciada aún fuera de las capitales de los estados. Además, se ha calculado que la proporción de

⁴⁷La Encuesta Mundial de Salud a Escolares es un proyecto dirigido por la OMS en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y ejecutado por las autoridades de los países participantes.

⁴⁸Concretamente, los estudiantes de educación secundaria en el segundo año del primer ciclo y en el primer y tercer año del bachillerato que asistían a escuelas en localidades de 10.000 o más habitantes.

varones entre los consumidores de esas sustancias en el Brasil oscila entre el 76% y el 81%.

455. El Gobierno del Brasil ha invertido enormemente en la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas y la rehabilitación de los drogodependientes. Según la información más reciente de que se dispone, la prevalencia del VIH en las personas que se inyectan drogas era del 5,9% en 2009. El Ministerio de Salud ha establecido un programa para la prevención del VIH/SIDA, la hepatitis C y otras enfermedades asociadas al uso indebido de drogas. En el marco de sus esfuerzos por ampliar la cobertura de los servicios de salud mental en las comunidades locales, el Gobierno del Brasil ha aumentado el número de centros de atención de 424 en 2002 a 2.067 en 2012. Entre los objetivos declarados de esos centros figuran la prevención del uso indebido de drogas y la rehabilitación y reinserción social de los drogodependientes.

456. América del Sur también se ve afectada por el consumo ilícito de estimulantes de tipo anfetamínico. Algunos de los datos más recientes que apuntan a la continuación o la reciente aparición del consumo de esos estimulantes en la región se refieren a Colombia (cuyas cifras estimadas de prevalencia en el grupo de la población general de edades comprendidas entre los 12 y los 65 años en 2013 fueron del 0,19% de prevalencia del uso indebido de éxtasis en los 12 meses anteriores y del 0,09% de prevalencia de vida del consumo de metanfetamina)⁴⁹, al Ecuador (cuya cifra estimada de prevalencia del uso ilícito de éxtasis en los 12 meses anteriores en los estudiantes de 12 a 17 años en 2012 fue del 0,5%) y al Estado Plurinacional de Bolivia (cuya cifra estimada de prevalencia de vida del uso ilícito de anfetamina y metanfetamina en la población estudiantil de los cursos segundo a cuarto de la enseñanza secundaria en 2012 fue del 1,7%)⁵⁰.

457. Algunos países de América del Sur también han registrado niveles notables de uso ilícito de estimulantes de venta con receta (como los anorexígenos), entre ellos el Brasil (cuya prevalencia de consumo durante los 12 meses anteriores en los estudiantes de los últimos cuatro cursos de la enseñanza primaria y los tres primeros de la secundaria de las 26 capitales de los estados y del distrito federal brasileños fue del 1,7% en 2010) y la Argentina (cuya prevalencia de consumo durante los 12

meses anteriores en los estudiantes de 15 y 16 años fue del 1,4% en 2011).

C. Asia

Asia oriental y sudoriental

1. Novedades principales

458. En Asia oriental y sudoriental se encuentran algunos de los mercados ilícitos más grandes y arraigados de estimulantes de tipo anfetamínico del mundo. Los nuevos aumentos registrados en el tráfico y la fabricación de esas sustancias constituyen la principal fuente de actividad relacionada con las drogas en la región. Varios países han determinado ya que los estimulantes anfetamínicos son las drogas que más se consumen, y los expertos de la región han indicado que la demanda de esas sustancias, en particular la de metanfetamina, ha seguido creciendo y diversificándose.

459. El aumento sostenido del cultivo y la producción ilícitos de adormidera en Asia sudoriental apunta hacia otra esfera de preocupación: desde mediados del decenio de 2000 se ha duplicado con creces el cultivo ilícito de adormidera en la región, lo que contrarresta los considerables logros que se habían alcanzado gracias a la labor de erradicación del decenio anterior. En 2013 se registró una superficie de cultivo de adormidera de más de 62.000 hectáreas, principalmente en Myanmar y la República Democrática Popular Lao. En 2006 se había registrado, en cambio, una superficie de cultivo ilícito de adormidera de 24.000 hectáreas. Myanmar siguió siendo el segundo productor de adormidera del mundo, después del Afganistán, con una superficie total comunicada de cultivo de 57.800 hectáreas en 2013, lo que representa un aumento de más de 7.000 hectáreas con respecto al año anterior. Al mismo tiempo, la superficie de cultivo de adormidera estimada en la República Democrática Popular Lao ascendía a 3.900 hectáreas.

460. En una región en que la enorme demanda de estimulantes de tipo anfetamínico genera invariablemente una demanda sostenida de precursores, las bandas de traficantes de drogas han intentado eludir las medidas legislativas de fiscalización sustituyendo los precursores tradicionales por preparados farmacéuticos que contienen esos precursores u otros precursores no sujetos a fiscalización. Habida cuenta de la duración de los procesos de modificación del alcance de la fiscalización aplicable a los precursores, se ha hecho mucho más importante

⁴⁹Según el *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2013* (Bogotá, junio de 2014).

⁵⁰Según la *Encuesta Global de Salud Escolar: Bolivia, 2012* (La Paz, noviembre de 2013).

estrechar la colaboración entre el sector industrial y las autoridades competentes en los esfuerzos por detener esa tendencia regional.

2. Cooperación regional

461. A la luz del objetivo de lograr en 2015 una región sin drogas, la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN) celebró una serie de reuniones para intercambiar información sobre la situación actual, reiterar el compromiso político de la Asociación y hacer un llamamiento para que se redoblaran los esfuerzos de colaboración. Esa voluntad política se puso de manifiesto en la declaración de la Presidencia formulada con ocasión de la última Reunión Ministerial de la ASEAN sobre cuestiones relacionadas con las drogas, celebrada en Bandar Seri Begawan en septiembre de 2013, y la declaración formulada por el Grupo de los Estados de Asia en la serie de sesiones de alto nivel del 57º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, celebrada en Viena en marzo de 2014. Además, los organismos encargados de hacer cumplir la ley de la región examinaron la última evaluación de la situación nacional en materia de drogas y los progresos nacionales en la lucha contra las drogas durante la 11ª reunión del Comité de Investigación Encargado de la Lucha Contra la Amenaza de las Drogas de la Asamblea Interparlamentaria de la ASEAN, celebrada en Vientiane en mayo de 2014; la 14ª Reunión de Altos Funcionarios de la ASEAN Encargados de la Delincuencia Transnacional, celebrada en Bandar Seri Begawan en junio de 2014, y la 35ª Reunión de Altos Funcionarios de la ASEAN sobre Cuestiones Relacionadas con las Drogas, celebrada en Makati (Filipinas), en julio de 2014.

462. Además de las reuniones de la ASEAN, otras reuniones regionales que se celebran periódicamente, como la Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico y la Reunión sobre Cooperación Internacional de los Funcionarios de Enlace Antidrogas, así como diversas plataformas de cooperación subregional, han facilitado el intercambio de información y la colaboración multilateral. Por ejemplo, los participantes en la última reunión de altos funcionarios de China y los seis países de la subregión del Gran Mekong, celebrada en Beijing en mayo de 2014, expresaron la necesidad de adoptar un enfoque más coordinado en la lucha contra las drogas. En la Conferencia Internacional sobre la Fiscalización de Precursores en Asia, organizada conjuntamente por la JIFE y la UNODC, que se celebró en Bangkok en diciembre de 2013, se abordaron los problemas que planteaba la gran cantidad de precursores no sujetos a fiscalización y de nuevas sustancias psicoactivas en la región. Asimismo, en el seminario

regional del Programa Mundial de Vigilancia de las Drogas Sintéticas: Análisis, Informes y Tendencias (SMART) de la UNODC, celebrado en Yangón (Myanmar) en agosto de 2014, se examinaron los problemas que planteaban las drogas sintéticas.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

463. Para lograr en 2015 el objetivo regional de una ASEAN sin drogas se han puesto en marcha o se han ampliado a nivel nacional diversas políticas y estrategias. En febrero de 2013 el Gobierno de Camboya aprobó un nuevo plan estratégico nacional de lucha contra la droga para 2013-2015, en el que se esbozaba el plan del Gobierno para reforzar la aplicación de la legislación del país en materia de drogas. Análogamente, en la República Democrática Popular Lao, se prorrogó hasta 2015 el documento rector de la estrategia antidroga del Gobierno, a saber, el plan maestro nacional de lucha contra la droga para el período 2009-2013. En Myanmar, finalizado el plan de 15 años de eliminación de la droga, se aprobó un nuevo plan quinquenal de eliminación de la droga (de 2014/15 a 2018/19), así como programas orientados a reducir la oferta y la demanda y a promover la cooperación de los organismos de aplicación de la ley, a nivel nacional y en colaboración con organizaciones internacionales. El Gobierno de Indonesia, por su parte, declaró 2014 Año para Salvar a los Drogodependientes, y en el marco de esa iniciativa se fortalecieron las medidas de reducción de la demanda mediante el fomento del tratamiento y la rehabilitación.

464. En algunos países de la región se han aprobado modificaciones de la legislación vigente en materia de fiscalización de drogas, si bien estas difieren en cuanto a énfasis y enfoque. Por ejemplo, en 2012 se introdujeron modificaciones relativas a algunas sustancias en Brunei Darussalam. Se aprobaron nuevas definiciones de “cannabis”, “mezcla de cannabis” y “resina de cannabis” y se incorporó una nueva lista de drogas en la modificación de 2012 de la ley de uso indebido de drogas del país. La antigua definición de “cannabis” como “toda planta del género *Cannabis* de la que no se haya extraído la resina”, fue sustituida por la de “toda planta del género *Cannabis*, o cualquier parte de esa planta”. En Singapur se adoptaron medidas legislativas que se centraron en modificar las disposiciones del derecho penal relacionadas con las drogas mediante la aprobación de sanciones más severas para los traficantes de drogas reincidentes y para quienes vendieran drogas a jóvenes o personas vulnerables. Se creó un nuevo delito para penalizar la organización de reuniones en las que se consumieran drogas e imponer

sanciones más rigurosas a quienes involucraran a personas jóvenes o vulnerables en esas reuniones. Las modificaciones entraron en vigor en mayo de 2013.

465. Ante la inexistencia de un marco unificado de fiscalización a nivel internacional, se procuró someter las nuevas sustancias psicoactivas a medidas más estrictas de fiscalización a nivel nacional. En Indonesia se aprobó, en virtud del reglamento ministerial número 13 de 2014, la vigilancia y fiscalización de 18 nuevas sustancias psicoactivas. A fines de 2013 Tailandia incluyó dos nuevas sustancias psicoactivas en la lista de sustancias sometidas a fiscalización de la lista I de la ley de estupefacientes de ese país, en virtud de lo cual quedó prohibida su producción, importación, exportación, eliminación y posesión. Asimismo, en enero de 2014 China añadió varias nuevas sustancias psicoactivas (incluido el khat) al anexo 2 de la lista de sustancias sometidas a fiscalización de ese país, con lo que reforzó su control de la fabricación, utilización, almacenamiento y transporte de esas sustancias. En Singapur, tras haberse aprobado en 2013 una lista provisional (la quinta lista) que permitió a las autoridades incluir en ella nuevas sustancias psicoactivas por un período máximo de 24 meses, el Gobierno decidió incluir en su primera lista todas las sustancias enumeradas en la quinta. Como resultado de ello, desde mayo de 2014 el tráfico, la fabricación, la venta, la posesión y el consumo de cualquiera de esas sustancias son constitutivas de delito.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

466. El cultivo ilícito de adormidera ha aumentado en la región en general, impulsado por el constante incremento registrado en Myanmar desde 2006. Pese a la erradicación de un total de aproximadamente 13.000 hectáreas de cultivos de adormidera comunicada por los Gobiernos de la República Democrática Popular Lao, Myanmar y Tailandia en 2013, el cultivo ilícito de adormidera ha seguido aumentando. La superficie de cultivo en Myanmar aumentó de 21.600 hectáreas en 2006 a 57.800 hectáreas en 2013, mientras que en la República Democrática Popular Lao se estimó en 3.900 hectáreas en 2013. Cabe prever que en el futuro próximo persista el riesgo de un mayor cultivo ilícito de adormidera en el Triángulo de Oro mientras no se encuentren soluciones sostenibles a la pobreza crónica que afecta al estado de Shan (Myanmar).

467. Contrariamente a la tendencia mundial de disminución de las incautaciones de heroína, en la región de Asia y el Pacífico (Oceanía, Asia meridional y Asia oriental y sudoriental) se registró un ligero aumento de la incautación de 10,5 t en 2011 a 11,3 t en 2012, y un importante porcentaje de ese volumen fue comunicado por China. Esta tendencia pareció persistir en 2013, año en que se incautaron más de 8,5 t de heroína en China, la mayor parte procedente de Myanmar. En ese mismo año comunicaron incautaciones importantes Viet Nam (940 kg) y Malasia (763 kg). Después de un período de incautaciones de heroína limitadas, la República Democrática Popular Lao comunicó un considerable aumento de las incautaciones (de 45 kg en 2012 a casi 290 kg en 2013). En Singapur la situación se mantuvo estable tras haberse alcanzado en 2012 una cifra sin precedentes de detenciones relacionadas con la heroína (principalmente con su uso indebido).

468. A fines de 2013 China tenía más de 1,3 millones de heroínómanos registrados. El mencionado aumento de la producción de opio en el Triángulo de Oro también dio lugar a que la proporción de la heroína incautada en China procedente de Myanmar volviera a aumentar en los últimos años. Como consecuencia de ello, la proporción de heroína procedente del Afganistán disminuyó de aproximadamente el 30% del total incautado en China en 2009 a aproximadamente el 10% en 2013.

469. Filipinas e Indonesia vienen comunicando desde hace tiempo que el cannabis es una de las principales drogas que se consumen en esos países. También han comunicado incautaciones de hierba de cannabis Brunei Darussalam, Camboya, Malasia, la República Democrática Popular Lao y, recientemente, Tailandia. Se observó una tendencia estable en China y Viet Nam, países en que se incautaron alrededor de 4,5 t y 900 kg de hierba de cannabis, respectivamente. Por su parte, Indonesia y Hong Kong (China) comunicaron incautaciones de resina de cannabis, apreciándose un ligero aumento en Hong Kong (China) debido al considerable volumen de las incautaciones realizadas en el aeropuerto.

470. Camboya, China (incluidos Hong Kong (China) y Macao (China)), Indonesia, el Japón, Malasia y Tailandia se vieron mucho menos afectados por el tráfico de cocaína que otras regiones del mundo. No obstante, esos países comunicaron incautaciones de cocaína en 2013. Se observaron aumentos en Malasia (de 7,0 kg en 2012 a 73,9 kg en 2013) y Tailandia (de 17,9 kg en 2012 a 47,5 kg en 2013), mientras que Hong Kong (China) comunicó una reducción importante (de 733,6 kg en 2012 a 453,8 kg en 2013) debido a que no se realizaron grandes incautaciones.

b) Sustancias sicotrópicas

471. Después de que las incautaciones de metanfetamina en la región alcanzaran su cifra más alta en 2012, no surgió ninguna tendencia clara en 2013. En Camboya, Filipinas, el Japón, Malasia y Hong Kong (China) aumentó la cifra total de incautaciones de metanfetamina, mientras que en China esa cifra disminuyó considerablemente. En Filipinas se decomisó en 2013 un total de 837 kg de metanfetamina, lo que supone un marcado contraste con la cantidad relativamente pequeña incautada en 2012 (aproximadamente 113 kg). La cantidad de metanfetamina incautada en el Japón (847 kg en 2013) prácticamente se duplicó con respecto al año anterior, y se observaron en el país importantes índices de delincuencia relacionada con la metanfetamina. En Hong Kong (China) el volumen de metanfetamina incautada también aumentó de forma pronunciada, de 50 kg en 2012 a 258 kg en 2013, debido al mayor número de descubrimientos e incautaciones en el aeropuerto. Después de que casi la mitad de la cifra total de incautaciones de metanfetamina realizadas en la región en 2012 correspondiera a China, ese país no comunicó ninguna incautación de dicha sustancia en 2013 y sí comunicó, en cambio, incautaciones importantes de estimulantes de tipo anfetamínico. El total del volumen de incautación en China de todos los estimulantes anfetamínicos aumentó de casi 16,3 t en 2012 a más de 19,5 t en 2013.

472. La mayor parte de la metanfetamina que se consume en Asia oriental y sudoriental se fabrica en laboratorios clandestinos de la región. Además, se ha observado que la metanfetamina incautada en la región proviene de varios otros países de todo el mundo. Por ejemplo, durante los últimos cinco años gran parte de la metanfetamina incautada en Filipinas, el Japón, Malasia y Tailandia procedía de África occidental. Por otra parte, gracias a la información proporcionada por las autoridades de Turquía y los datos sobre incautaciones facilitados por Indonesia, Malasia y Tailandia, se confirmó que parte de la metanfetamina introducida de contrabando en Turquía, procedente de la República Islámica del Irán, iba destinada a Asia oriental y sudoriental. Los expertos de Tailandia consideraban que su país era principalmente un punto central de tránsito de la metanfetamina procedente de la República Islámica del Irán destinada a los países vecinos de Tailandia. Según los últimos informes de las autoridades japonesas, la influencia de los carteles mexicanos en el tráfico de metanfetamina en el Japón era cada vez mayor.

473. Una proporción considerable de los estimulantes de tipo anfetamínico fabricados en la región se destinaba al consumo interno, como lo refleja el aumento del

número de laboratorios clandestinos desmantelados. En China entre 2009 y 2011 se desmantelaron cada año, en promedio, 375 laboratorios de fabricación de drogas, aunque no se dispone de información desglosada según el tipo de sustancia fabricada. En 2013 ascendió a 397 el número total de laboratorios clandestinos de fabricación de metanfetamina desmantelados, cifra que representa un aumento con respecto a los 228 laboratorios desmantelados el año anterior. En Tailandia se elevó también, a seis, el número de laboratorios de metanfetamina en pequeña escala descubiertos, frente al promedio anual de dos registrado en los últimos años. El hecho de que la mayor parte de esos seis laboratorios estuvieran situados cerca de Bangkok parecería indicar que estos satisfacían únicamente la demanda interna.

474. Los datos relativos a las incautaciones de MDMA (sustancia comúnmente conocida como "éxtasis") en los últimos años parecen indicar que esta ha resurgido en la región, si bien su repercusión parece ser mucho mayor en algunos países. El número de comprimidos de éxtasis incautados en Asia oriental y sudoriental, que ascendió a un total de 5,4 millones, triplicó con creces en 2012 la cifra anterior. Esta novedad obedeció sobre todo al importante aumento de la incautación de comprimidos registrado en Indonesia (de 1,1 millones en 2011 a 4,3 millones en 2012). En efecto, en 2012 Indonesia comunicó por primera vez las mayores incautaciones de éxtasis de todo el mundo. Se registró asimismo un aumento de las incautaciones de éxtasis en Camboya, China, Tailandia y Viet Nam. Singapur y Hong Kong (China) también siguieron comunicando más incautaciones de éxtasis que en 2012. En Viet Nam se fabricaban también pequeñas cantidades de éxtasis a nivel interno. En Indonesia, habida cuenta de la concentración relativamente alta de incautaciones de éxtasis y de su popularidad como sustancia objeto de uso indebido en el país, es necesario vigilar de cerca el mercado interno del éxtasis antes de formular declaraciones más definitivas sobre la tendencia regional.

c) Precursores

475. El tráfico de precursores utilizados en la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico sigue siendo uno de los mayores retos para la fiscalización de precursores. En particular, varios países siguieron comunicando la incautación de grandes cantidades de preparados farmacéuticos que contenían seudofedrina. A medida que aumentaba la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico en la región, se fueron desviando cantidades importantes de preparados farmacéuticos que contenían seudofedrina de los canales de distribución interna para abastecer los laboratorios clandestinos.

476. Para eludir las medidas legislativas de fiscalización nacionales, se han utilizado también en las operaciones ilícitas de fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico otros precursores no sujetos a fiscalización. Si bien varios países han adoptado reglas legislativas y administrativas más rigurosas, el intercambio de información pertinente entre las industrias del sector y las autoridades competentes es de primordial importancia para prevenir la desviación de precursores no sujetos a fiscalización. Habida cuenta de la naturaleza más bien dinámica y adaptable de esos intentos de desviación, es necesaria una mayor colaboración entre los gobiernos y el sector privado, a nivel nacional y regional, a fin de ejercer una fiscalización más eficaz.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

477. Se ha comunicado en los últimos años la existencia en la región de una diversidad de nuevas sustancias psicoactivas (entre ellas las piperazinas, las catinonas sintéticas y los cannabinoides sintéticos), que se comercializan como “sales de baño”, “alimento para plantas” e “incienso” para eludir las medidas reglamentarias y legislativas nacionales. La tendencia de comercializar falsamente como éxtasis las nuevas sustancias psicoactivas ha cobrado popularidad en Oceanía y se ha descubierto también en Asia oriental y sudoriental, donde Indonesia, Singapur y Hong Kong (China) comunicaron incautaciones de comprimidos que llevaban el nombre de “éxtasis” aunque en realidad contenían ketamina y otras nuevas sustancias psicoactivas. En Singapur, debido a que entre los jóvenes se ha extendido el uso indebido de catinonas sintéticas y cannabinoides sintéticos, se han adoptado medidas legislativas más rigurosas para restringir la circulación y el consumo de esas sustancias.

478. A los países de Asia oriental y sudoriental les correspondió más de la mitad del volumen mundial de incautación de ketamina. Sin embargo, las incautaciones se concentraron en un número limitado de países, en tanto que el uso indebido de la ketamina se ha generalizado en la región. Entre 2008 y 2011 la cantidad total de ketamina incautada en China y Hong Kong (China) representó casi el 60% de la cifra mundial de incautaciones. En 2013 se decomisaron en China casi 9,7 t de ketamina, cifra que prácticamente duplicó la registrada el año anterior. Al mismo tiempo, se dismantelaron 118 laboratorios de fabricación de ketamina, cuando en el año anterior no se había comunicado el dismantelamiento de ningún laboratorio. Debido a que no se practicaron grandes incautaciones, la cantidad de ketamina incautada en Hong Kong (China) se redujo a menos de 300 kg en 2013.

Pese a la concentración geográfica de las incautaciones de ketamina, se ha comunicado el uso indebido de la sustancia en Brunei Darussalam, China, el Japón, Myanmar y Singapur, lo que ha aumentado la preocupación de las autoridades competentes y la atención que dedican a ese problema. Los gobiernos de la región apoyaron enérgicamente la aprobación de la resolución relativa a la ketamina en el 57º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes y procuraron que la ketamina estuviera sujeta a medidas de fiscalización más rigurosas a fin de prevenir su uso indebido.

479. Algunos países siguieron comunicando la incautación de khat y kratom, sustancias psicoactivas de origen vegetal. El khat procedía en gran medida de plantas autóctonas del Cuerno de África y la Península Arábiga, aunque Indonesia también comunicó ese cultivo. Entre 2008 y 2012, en China y Hong Kong (China) se incautó un total de 6,4 t de khat. En 2013 se incautaron en Hong Kong (China) otros 300 kg de khat procedentes de la India y Etiopía. A diferencia del khat, el kratom se produce localmente en Asia sudoriental, en particular en Malasia, Myanmar y Tailandia. Los agricultores de la región lo utilizan tradicionalmente para mejorar su productividad, y su consumo persiste en Malasia, Myanmar y Tailandia, según los datos comunicados por esos países.

5. Uso indebido y tratamiento

480. Como se mencionó en informes anteriores, la falta de encuestas por hogares representativas sobre el consumo de drogas o de evaluaciones nacionales periódicas sobre la naturaleza y el alcance del uso indebido de drogas ha sido un obstáculo para estar al corriente de las últimas tendencias en la región. Las sustancias objeto de uso indebido tienen ciclos de producción más cortos, y el mercado se ha vuelto más complejo, debido a la diversidad creciente de las drogas ilícitas ofrecidas. Por consiguiente, el diseño y la aplicación de programas de tratamiento y rehabilitación eficaces dependen aún más de la disponibilidad de información actualizada. Pese a ello, la mayoría de los países de Asia oriental y sudoriental carecen aún de encuestas de la población en general y encuestas escolares. La Junta insta a todos los gobiernos interesados a que establezcan sistemas de vigilancia periódica y, especialmente, a que realicen encuestas sobre el consumo de drogas para mantenerse informados de la situación sobre el terreno y facilitar la aplicación de programas de prevención y tratamiento.

481. La principal preocupación en la mayoría de los países sigue siendo el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico, en particular de metanfetamina. En la

subregión del Gran Mekong (concretamente, la República Democrática Popular Lao, Camboya y Tailandia) la metanfetamina en comprimidos sigue siendo la droga que más se consume. La forma más potente de esta sustancia, que es la metanfetamina cristalina, se consume incluso más en algunos otros países, entre ellos Brunei Darussalam, Filipinas, el Japón y la República de Corea.

482. Tanto las opiniones de los expertos como los datos sobre el tratamiento apuntan a un aumento del uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico en la región, en particular en países en los que antes se consumían principalmente otras drogas. Por ejemplo, en Indonesia, donde el cannabis había sido durante largo tiempo la principal droga que se consumía, se ha comunicado recientemente el uso indebido de metanfetamina cristalina. En China se ha comunicado una situación similar, aunque los opiáceos siguen siendo las drogas que más se consumen. Según los expertos de China, se produjo un gran aumento del uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico, así como un aumento del número de personas que reciben tratamiento por ese motivo. En 2013 siguió aumentando en el país el número de consumidores de estimulantes anfetamínicos, que representaban más del 35% de las personas que recibían tratamiento. En Singapur los consumidores de metanfetamina conformaban en 2013 el segundo grupo en tamaño que recibía tratamiento contra la drogodependencia.

483. El cannabis sigue siendo una de las principales drogas que se consumen en Indonesia, mientras que la heroína sigue siendo la principal droga que se consume en China, Malasia, Myanmar, Singapur y Vietnam. En Myanmar más del 98% de las personas sometidas a tratamiento había consumido heroína y una proporción significativa de ellas también había consumido drogas por inyección. Según las últimas estimaciones de la UNODC y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, en 2012 consumían drogas por inyección 3.260.000 personas en Asia oriental y sudoriental. De esas personas, aproximadamente 312.000 vivían con el SIDA. En vista de la prevalencia más alta del VIH en los consumidores de drogas por inyección, se han ofrecido y ampliado los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH. También en Camboya ha mejorado el tratamiento dirigido a este grupo de personas.

484. El uso indebido de drogas por los jóvenes preocupa cada vez más, debido a la creciente diversidad de tipos de drogas objeto de uso indebido y al aumento del uso indebido de la metanfetamina. En Myanmar se sigue observando el uso indebido de inhalantes, en particular la inhalación de vapores de pegamento, especialmente por los niños de la calle. Además, un estudio realizado

en Myanmar sobre el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico por estudiantes de secundaria indicó que la metanfetamina era la principal droga que se consumía, con una prevalencia de vida del 1,5% y una prevalencia anual del 0,8%. Análogamente, los expertos de Tailandia observaron un aumento del uso indebido de metanfetamina en estudiantes de secundaria y universitarios. También se comunicó el aumento del uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico en jóvenes en Camboya y la República Democrática Popular Lao.

485. Han seguido cobrando popularidad los enfoques del tratamiento basados en la comunidad. El Gobierno de Camboya favoreció ese enfoque y ofreció tratamiento continuo de la drogodependencia a unas 1.300 personas en 2012 (el 87% de las cuales eran consumidores de estimulantes anfetamínicos). China ha promovido los enfoques del tratamiento basados en la comunidad mediante la designación de 38 unidades modelo nacionales y 51 centros experimentales, en tanto que el Gobierno de la República Democrática Popular Lao ha ampliado el tratamiento basado en la comunidad a fin de que abarque el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico. En 2012 Brunei Darussalam aprobó un plan de alta provisional para los pacientes de un centro de tratamiento antes de que se les diera el alta definitiva, con el objetivo de facilitarles su reintegración en la sociedad.

Asia meridional

1. Novedades principales

486. Los gobiernos de la subregión de Asia meridional siguen haciendo esfuerzos notables por afrontar la amenaza que suponen las drogas ilícitas en los planos nacional y regional. Los principales problemas relacionados con las drogas que afectaron a esa región en 2013 siguieron siendo el tráfico de heroína procedente del Afganistán; el aumento de la fabricación y el tráfico de metanfetamina en forma de comprimidos y de cristales; la desviación de sustancias fiscalizadas de los canales lícitos a los ilícitos; el uso indebido de preparados farmacéuticos que contenían estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y el contrabando de esos preparados desde la India hacia países vecinos.

2. Cooperación regional

487. Todos los países de la subregión participan en el Plan de Colombo para la Cooperación en el Desarrollo

Económico y Social de Asia y el Pacífico, por cuyo conducto han seguido manteniendo una estrecha asociación, entre sí y con los 21 miembros restantes del Plan de Colombo que no están en la subregión, para abordar cuestiones relativas a la prevención del abuso de drogas y la fiscalización.

488. El Centro Asiático de Certificación y Educación de Profesionales de la Adicción, establecido en el marco del Plan de Colombo, organizó varias actividades de capacitación para instructores nacionales sobre el plan de formación universal para el tratamiento de los trastornos causados por el consumo de sustancias en la región, con resultados satisfactorios. En mayo de 2014 el Centro puso en marcha el nuevo plan de formación universal para la prevención del consumo de sustancias. Se firmó un memorando de entendimiento a efectos de asociación entre la secretaría del Plan de Colombo, la Junta de Drogas Peligrosas de Filipinas y el Centro de Formación de la ASEAN para la Prevención del Consumo de Drogas, adscrito a la Escuela Superior de Educación de la Universidad de Filipinas.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

489. En la India había en 2014 más de dos millones de enfermos de cáncer e igual número de pacientes infectados por el VIH/SIDA, y alrededor de un millón de personas de cada uno de esos grupos sufrían dolores de mediana a gran intensidad. Sin embargo, las existencias de opioides y el acceso a ellos para el alivio del dolor siguen siendo reducidos, pese a que el país es desde hace tiempo productor y exportador lícito de materias primas de opiáceos, concretamente de opio, que es uno de los compuestos base de los analgésicos. En marzo de 2014 el Parlamento de la India aprobó modificaciones de la legislación sobre fiscalización de drogas, a fin de que el Gobierno central pudiera fijar normas simplificadas y uniformes para eliminar los obstáculos reglamentarios que reducían la disponibilidad de esos medicamentos analgésicos.

490. El Gobierno de la India promulgó el reglamento sobre estupefacientes y sustancias sicotrópicas (reglamento sobre sustancias fiscalizadas) de 2013, por el cual se derogó el reglamento sobre sustancias fiscalizadas anterior, de 1993. En el reglamento de 2013 se enumera un total de 17 precursores como sustancias fiscalizadas, distribuidos en tres listas: A, B y C. Cinco de esas sustancias figuran en la lista A (sustancias que requieren la más estricta fiscalización), y las personas que se dedican a la

fabricación, distribución, transporte, venta, adquisición, almacenamiento, consumo y destrucción de esas sustancias deben solicitar certificados de registro a la Oficina de Fiscalización de Estupefacientes. En las listas B y C están comprendidos los 17 precursores, y los importadores y exportadores de esas sustancias deben obtener previamente un certificado de conformidad expedido por el Comisionado de Estupefacientes de la Oficina Central de Estupefacientes. Mediante el reglamento sobre sustancias fiscalizadas de 2013 el Gobierno confía en poder rastrear esas sustancias desde su origen hasta su consumidor final y lograr un equilibrio entre las necesidades legítimas del comercio lícito y un régimen apropiado de fiscalización que impida la desviación de sustancias fiscalizadas.

491. El Gobierno de la India puso en marcha un sistema en línea de registro y presentación de declaraciones para los fabricantes y comerciantes mayoristas de sustancias sicotrópicas. Asimismo, puso en marcha un proceso de modificación de los artículos de la ley de estupefacientes y sustancias sicotrópicas de 1985 a fin de incorporar disposiciones obligatorias sobre el registro y la presentación de declaraciones en línea por los fabricantes y comerciantes mayoristas de sustancias sicotrópicas.

492. La Junta de Fiscalización de Estupefacientes organizó programas de sensibilización para reducir la amenaza del uso indebido de drogas en la sociedad, especialmente entre los estudiantes jóvenes. La Junta se dirigió directamente a los estudiantes para concienciarlos respecto del abuso de drogas, procurando también la participación de sus padres, maestros y orientadores.

493. El Grupo de Acción Financiera reconoció que Bangladesh y Nepal habían avanzado considerablemente en la lucha contra el blanqueo de dinero y la financiación del terrorismo, por lo que en febrero y junio de 2014, respectivamente, retiró a ambos Estados de su proceso de seguimiento periódico.

494. Las autoridades de Bangladesh prosiguieron su labor de sensibilización y educación sobre los peligros del uso indebido de drogas. Con ese fin se distribuyeron en 2013 alrededor de 4.200 carteles, 49.310 folletos y 14.400 adhesivos y se organizaron 5.851 debates y 268 discursos en escuelas y universidades. Según las cifras publicadas en 2014, el número de causas tramitadas por los tribunales de drogas en Bangladesh aumentó de 4.800 en 2012 a 5.200 en 2013.

495. El Servicio de Aduanas de Maldivas estableció en el Aeropuerto Internacional Ibrahim Nasir una dependencia de interceptación para prevenir el tráfico de drogas ilícitas y otros artículos prohibidos mediante la vigilancia

del movimiento de los pasajeros de vuelos con destino y origen en Maldivas.

496. Los organismos encargados de hacer cumplir la ley de la región necesitan concienciarse y recibir capacitación sobre la cuestión del tráfico de precursores y preparados farmacéuticos; la capacitación de los agentes encargados de hacer cumplir la ley en esta materia ayudaría a los correspondientes organismos a comprender mejor el problema. La labor de capacitación debe combinarse con el fortalecimiento de los mecanismos existentes para la coordinación de las actividades de los organismos encargados de hacer cumplir la ley en los planos normativo y operacional.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

497. La región de Asia meridional, por estar ubicada entre la Media Luna de Oro (el Afganistán y el Pakistán) y el Triángulo de Oro (Myanmar, la República Democrática Popular Lao y Tailandia), siguió siendo especialmente vulnerable al tráfico de opiáceos y heroína. Además, en 2013 persistió el tráfico generalizado de cannabis, drogas sintéticas y nuevas sustancias sicotrópicas.

498. Durante el período en examen se mantuvo la tendencia, observada en los últimos años, a la desviación de la industria farmacéutica de la India de preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas, así como el tráfico de esos preparados, inclusive por conducto de farmacias ilegales en Internet. El Gobierno de la India siguió adoptando medidas sustanciales para hacer frente a ese problema, por ejemplo mediante la reforma legislativa y la creación de sistemas en línea.

499. En 2013 la Oficina de Fiscalización de Estupefacientes de la India informó de 12.818 incautaciones de drogas, que representaron un aumento considerable, del 18,7%, respecto de los 10.796 casos registrados en 2012. Las cantidades de heroína, cocaína y resina de cannabis que se incautaron en 2013 fueron las mayores del último quinquenio.

500. Los datos comunicados por la Junta de Fiscalización de Estupefacientes indican que la mayoría de las incautaciones efectuadas en 2013 en la India correspondió a tres drogas: heroína (4.609 casos, es decir, el 36%), cannabis (4.592 casos, es decir, el 36%) y resina de

cannabis (2.430 casos, es decir, el 19%). Las incautaciones de esas sustancias reflejan, en número y cantidad, una tendencia ascendente de 2012 a 2013.

501. El número de incautaciones de heroína en la India registró un considerable aumento, del 46%, y pasó de 3.155 casos comunicados en 2012 a 4.609 en 2013. La cantidad de esa droga incautada en 2013 fue la más elevada de los últimos cinco años. En 2013 se incautaron 1.450 kg, frente a 1.033 kg en 2012, lo que representó un aumento del 38%. Ello podría indicar que ha aumentado la cantidad de heroína afgana que se introduce ilícitamente en la India. Cerca del 50% de las incautaciones se realizaron en el estado de Punjab, que limita con el Pakistán. Las grandes remesas de heroína afgana se introducen primero en la India a través del Pakistán, y luego se envían clandestinamente, en pequeñas cantidades, a los grandes mercados de consumo de Australia, el Canadá y Europa.

502. El cannabis es, cuantitativamente, la principal droga ilícita que se incauta en la India. El número de incautaciones aumentó ligeramente (en un 2,8%), de 4.468 casos en 2012 a 4.592 en 2013. Ese año los organismos indios se incautaron de 91.792 kg de cannabis, frente a los 77.149 kg incautados en 2012. Sin embargo, la cantidad incautada en 2013 fue considerablemente inferior a la de 173.128 kg registrada en 2010. Desde Nepal se introducen en la India cantidades considerables de cannabis. Una tendencia conexas es el tráfico de esa droga desde los estados nororientales de la India hacia los estados orientales y otras zonas del país.

503. En 2013 el número de incautaciones de resina de cannabis aumentó en un 19,6%, a 2.430 casos, frente a los 2.013 casos notificados en 2012. La cantidad de resina de cannabis incautada en 2013 fue la mayor en cinco años. Ese año se incautaron 4.407 kg, en comparación con 3.385 kg en 2012. Además de producir resina de cannabis para consumo interno, Nepal es uno de los principales países desde los cuales se introduce esa sustancia en la India. La extensa frontera abierta entre ambos países ofrece facilidades a los traficantes. También se envía resina de cannabis desde la India hacia otros destinos de Europa y América en paquetes transportados por servicios de mensajería.

504. En la India se notificó en 2013 un total de 78 incautaciones relacionadas con cocaína, lo que supuso un aumento del 8% respecto de los 72 casos comunicados en 2012. La cantidad de cocaína incautada aumentó de 44 kg en 2012 a 47 kg en 2013. Como en el caso de la heroína y la resina de cannabis, el número de incautaciones de cocaína fue el mayor de los últimos cinco años.

En Asia meridional la cocaína se incauta habitualmente en cantidades pequeñas y su tráfico ha sido tradicionalmente muy limitado, aunque parece que la situación está cambiando. Durante 2013 el 89% (41,6 kg) del total de incautaciones de cocaína registradas en la India correspondió a Maharashtra y Delhi, lo cual podría indicar que está surgiendo un nuevo mercado interno de esa sustancia, a la que se relaciona generalmente con zonas acomodadas.

505. Las incautaciones de opio disminuyeron un 35,6%, de 3.625 kg en 2012 a 2.333 kg en 2013. Se sospecha que el opio incautado en la India se desvía de cultivos lícitos de adormidera, aunque una parte podría provenir también de cultivos ilícitos de esa planta. Las incautaciones de morfina disminuyeron considerablemente en 2013: apenas llegaron a 7 kg, en comparación con 263 kg en 2012. La Oficina de Fiscalización de Estupeficientes siguió utilizando imágenes de satélite, reconocimientos sobre el terreno y mecanismos de reunión de información para rastrear y erradicar los cultivos ilícitos de adormidera. Los organismos de represión antidroga realizaron campañas de erradicación. En 2013 se detectaron y eliminaron alrededor de 2.139 hectáreas de adormidera ilícita y 2.524 hectáreas de cannabis. La labor concertada de erradicación de la adormidera ilícita ha arrojado resultados alentadores, y desde 2011 ha venido reduciéndose la superficie de cultivos ilícitos por erradicar.

506. La vulnerabilidad de Bangladesh al tráfico de drogas siguió agravándose debido a la extensión y porosidad de sus fronteras con la India y Myanmar. En algunas zonas limítrofes con esos dos países hay cultivo ilícito de cannabis y adormidera. Según información de carácter circunstancial, la adormidera se cultiva ilícitamente en algunas zonas inaccesibles del distrito de Bandarban, fronterizo con Myanmar. En 2013 se incautaron 11,62 kg de opio, frente a 4,84 kg en 2012 y 8,07 kg en 2011.

507. Se siguió informando de tráfico de jarabes antitusivos con codeína (por ejemplo, Fensedil, Recorex y Corex) de la India a Bangladesh. Aunque, en virtud de la orden sobre drogas de 1982, el Gobierno de Bangladesh había prohibido el Fensedil, en la India se permite su uso médico si se produce en cantidad inferior a un mínimo prescrito. En 2013 se incautaron en Bangladesh cerca de un millón de frascos de preparados con codeína, cifra inferior a la de 1,3 millones de frascos registrada en 2012. La cantidad de codeína en bruto incautada ha disminuido sostenidamente desde 2010.

508. La incautación de heroína registrada en Bangladesh en 2013 se mantuvo al mismo nivel que el año anterior (124 kg). La heroína siguió introduciéndose de

contrabando en el país desde la India y, en cierta medida, desde los países del Triángulo de Oro.

509. La incautación de cannabis procedente de la India (estados de Tripura, Meghalaya y Bengala Occidental) en Bangladesh disminuyó de 38 t en 2012 a 35 t en 2013. Por la naturaleza del terreno, no se observó en Bangladesh cultivo ilícito ni proliferación silvestre de esa planta.

510. Siguen introduciéndose en Bangladesh opiáceos sintéticos como buprenorfina y petidina en forma inyectable. El consumo ilícito de esas sustancias va en aumento y se considera una nueva amenaza en el país. La incautación de buprenorfina aumentó de 118.872 ampollas en 2011 a 131.114 ampollas en 2012.

511. Se observa una tendencia reciente al aumento del tráfico de heroína afgana a través de Sri Lanka en remesas de volumen considerable. El promedio anual de las incautaciones, que era de aproximadamente 35 kg en 2011 y 2012, aumentó a 350 kg en 2013. La mayor cantidad de heroína incautada pesó 260 kg y fue hallada por los servicios de aduana de Sri Lanka en el interior de un contenedor procedente de Karachi (Pakistán). En julio de 2014 la unidad de control portuario del proyecto de fiscalización de contenedores de Colombo se incautó de 93,76 kg de heroína ocultos en un contenedor procedente del Pakistán. Durante el período en examen se incautaron cerca de 82 t de cannabis originario de la India. Entre 2012 y 2013 la incautación de cannabis disminuyó en un 9,8%. Sin embargo, la cantidad de heroína incautada en 2013 aumentó en un 90,5% respecto al año anterior.

512. El primer caso de tráfico de cocaína en Nepal se descubrió en 2012, y en 2014 se han registrado otros casos de tráfico de cocaína con destino a ese país, transportada por correos procedentes de Namibia, el Pakistán y Tailandia y originada en el Brasil y el Perú.

b) Sustancias sicotrópicas

513. En la región de Asia meridional van en aumento la fabricación y el consumo ilícitos de estimulantes de tipo anfetamínico. En la zona nororiental de la India, fronteriza con Myanmar, se registraron importantes incautaciones de esas sustancias. Actualmente se introducen de contrabando y se fabrican ilícitamente estimulantes anfetamínicos en polvo en la India, que se perfila como el principal país de origen de las sustancias ilícitas de ese tipo que se fabrican y que son objeto de tráfico en la región. Sin embargo, la mayor parte de los comprimidos que contienen estimulantes anfetamínicos objeto de tráfico en la India se introducen de

contrabando en ese país desde Myanmar. A excepción de 2011, la cantidad de estimulantes anfetamínicos incautados y el número de incautaciones han aumentado en la India en los últimos cinco años. Aunque los 85 kg incautados en 2013 duplicaron con creces la cantidad incautada en 2012 (41 kg), el volumen de incautación siguió siendo considerablemente menor que los 474 kg incautados en 2011. Con respecto a ese año, cabe señalar que se incautaron en una sola operación 469 kg del señalado total de 474 kg de estimulantes anfetamínicos. En 2013 se notificaron 23 incautaciones de esas sustancias, la cifra más elevada de los últimos cinco años. Ese año la Oficina de Fiscalización de Estupefacientes de la India comunicó que había desmantelado cuatro instalaciones de fabricación ilícita, en las que se incautaron 28 kg de metanfetaminas.

514. La incautación de metacualona aumentó marcadamente, de 216 kg en 2012 a 3.205 kg en 2013, la mayor cantidad registrada durante los últimos cinco años en la India. La metacualona se oculta habitualmente en paquetes transportados por servicios de mensajería a Australia, el Canadá, Etiopía, el Reino Unido, Sudáfrica y Asia sudoriental.

515. En Bangladesh siguió introduciéndose de contrabando “yaba” (metanfetamina) procedente de Myanmar, a través de la frontera sudoriental. Las cantidades incautadas por los organismos de represión de drogas de Bangladesh han aumentado rápidamente en los últimos cinco años. En 2013 se incautaron 2,8 millones de comprimidos de “yaba”, en comparación con 1,95 millones en 2012. La incautación ha aumentado drásticamente desde 2011.

516. El Servicio de Aduanas de Maldivas se incautó por primera vez de metanfetamina (3,1 kg), en un aeropuerto. Al ser Maldivas un destino turístico importante, es muy probable que se agrave el problema de las drogas sintéticas en el país.

517. Se ha informado de la introducción de contrabando en Nepal de ampollas de diazepam y buprenorfina procedentes de la India. En 2013 se incautaron en ese país 43.000 ampollas de diazepam y 31.000 ampollas de buprenorfina, cantidades inferiores a las 72.000 y 58.000 ampollas de esas dos sustancias incautadas, respectivamente, en 2012.

c) Precursores

518. En la India el número de incautaciones de efedrina aumentó marcadamente, de 17 casos comunicados en 2012 a 61 en 2013. También aumentó la cantidad de

efedrina incautada, de 4.393 kg en 2012 a 6.655 kg en 2013.

519. La desviación por canales ilícitos de efedrina legítimamente producida en la India sigue siendo un gran problema para los organismos de represión antidroga. Estos comunican con frecuencia incautaciones de preparados farmacéuticos a base de efedrina y pseudoefedrina que se envían de la India a Myanmar para extraer los precursores. En 2013 también se notificaron casos de tráfico de efedrina y pseudoefedrina con destino a Asia sudoriental. Los traficantes de drogas de la India parecen ir dedicándose gradualmente al tráfico de efedrina, cuyos márgenes de beneficio son mayores.

520. En la India el número de incautaciones de anhídrido acético aumentó de tres casos en 2012 a ocho en 2013. Sin embargo, la cantidad incautada de esa sustancia siguió siendo muy pequeña.

521. Bangladesh tiene una pujante industria química y farmacéutica y se ha perfilado recientemente como país de origen y tránsito de precursores de la metanfetamina como la efedrina y la pseudoefedrina. Los problemas relacionados con las drogas que afrontaron las autoridades de Bangladesh en 2013 siguieron siendo la desviación del mercado lícito de preparados farmacéuticos que contienen precursores y el envío ilegal de remesas al exterior.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

522. La India sigue siendo uno de los países de origen del tráfico de ketamina con destino a Asia sudoriental. La ketamina se fabrica legalmente en el país y desde febrero de 2011 está sujeta a fiscalización en virtud de la ley de estupefacientes y sustancias sicotrópicas de 1985. En 2013 los organismos de represión de la India se incautaron de 1.353 kg de ketamina, lo que representó un aumento considerable respecto de los 407 kg incautados el año anterior. Las incautaciones indican que la ketamina sale del país por vía aérea, mediante servicios de carga y de pasajeros. Se han notificado también casos de tráfico de esa sustancia hacia los Estados Unidos, Myanmar y África. Las incautaciones apuntan igualmente a la posibilidad de desviación clandestina desde empresas farmacéuticas.

5. Uso indebido y tratamiento

523. En Asia meridional la prevalencia del consumo de drogas por inyección en 2012 en las personas de 15 a 64

años fue del 0,03%, proporción muy inferior al promedio mundial, que fue del 0,27%, según la UNODC⁵¹.

524. En Bangladesh, como no ha habido estudios sobre las drogas, no se dispone de cálculos reales de la magnitud del mercado de las drogas ilícitas. La prevalencia del VIH en ese país aumentó hasta 2010, pero los informes indican que posteriormente ha disminuido. Los funcionarios del Departamento de Fiscalización de Estupefacientes señalaron que esa evaluación se basaba en gran medida en sus comunicaciones con organizaciones no gubernamentales.

525. En años recientes, el uso indebido de drogas en Bangladesh se ha extendido tanto en las zonas urbanas como en las rurales. El uso indebido de cannabis ha aumentado gradualmente en los sectores pobres y marginados, por ejemplo entre los jornaleros y la población de las zonas desfavorecidas del país. El abuso de “yaba” (metanfetamina) y de preparados que contienen codeína sigue siendo generalizado y continúa aumentando. Entre los niños de la calle es habitual el uso indebido de pegamentos y disolventes por inhalación. Según un informe basado en el sistema de vigilancia de los clientes de Bangladesh, cerca del 31% de las personas hospitalizadas en 2013 por problemas de drogas recibió tratamiento por adicción a la heroína, el 27% por adicción al cannabis, el 20% por adicción a la buprenorfina y el 1% por adicción a los sedantes hipnóticos o los tranquilizantes. El 4% de los toxicómanos hospitalizados para recibir tratamiento en 2013 indicó que consumía jarabes antitusivos con codeína. Las mujeres siguieron representando, al parecer, un porcentaje muy reducido del total de quienes recibían tratamiento por drogas en Bangladesh.

526. Para determinar las características del consumo de estimulantes anfetamínicos en la India, la UNODC realizó un estudio en los estados de Manipur, Mizoram, Punjab, Tamil Nadu y Bengala Occidental. En él se evaluaron las consecuencias adversas para la salud del consumo de esas sustancias. Se demostró que los estimulantes anfetamínicos se consumían más comúnmente en forma de comprimidos y de polvo. La mayoría de los participantes tenía entre 20 y 25 años, y se determinó que aproximadamente la mitad de ellos eran adictos a esas sustancias. La cuarta parte comunicó que tras consumir estimulantes anfetamínicos había tenido problemas psiquiátricos, como paranoia, alucinaciones, depresión y ataques de pánico. El 18% de ellos confirmó que había sido detenido por la policía tras consumir estimulantes anfetamínicos, lo que indica un nexo entre el consumo de esas

sustancias y la delincuencia. Tras ese estudio se elaboraron planes para crear, con asistencia de la UNODC, dos centros regionales, uno en Chennai (India meridional), en colaboración con el Hospital de Psymed, y otro en Mizoram (India nororiental), en colaboración con el Hospital Presbiteriano de Durtlang. Esos centros tendrían por objeto elaborar modelos amplios de tratamiento, así como procedimientos operativos estándar y directrices para el personal de los servicios de salud.

527. Según la Organización Nacional de Control del SIDA de la India, en 2013 había en ese país cerca de 180.000 personas que consumían drogas por inyección. La prevalencia del VIH en esas personas era del 7,2%.

528. En 2013 se inició en el Centro Nacional de Tratamiento de la Toxicomanía del Instituto Panindio de Ciencias Médicas un proyecto experimental para administrar terapia de mantenimiento con metadona a los consumidores de drogas de la India. El objetivo de dicho proyecto era ensayar la eficacia y viabilidad de dicho tratamiento en el contexto de la India y elaborar un plan de acción para poner en marcha el programa. El proyecto, que registró una tasa de retención del 36% en todos los centros participantes, fue bien recibido como opción de tratamiento por los consumidores de drogas y sus familiares.

529. En Sri Lanka había aproximadamente 245.000 usuarios de drogas registrados, de los cuales 200.000 consumían cannabis y 45.000, opioides. En 2013 recibió tratamiento un total de 1.364 personas en el país, 1.141 de ellas por adicción a los opioides y 223 por adicción al cannabis.

530. La UNODC, en colaboración con la organización no gubernamental Dristi Nepal, con sede en Katmandú, inauguró la Asociación de Prevención para las Consumidoras de Drogas de Nepal, primera red en la historia del país integrada por consumidoras de drogas y adaptada a sus necesidades.

Asia occidental

1. Novedades principales

531. La inestabilidad política debida a las situaciones de conflicto armado y enfrentamiento político en Asia occidental, especialmente en el Iraq, el Líbano, la República Árabe Siria y Palestina, ha seguido debilitando las estructuras de gobernanza, entorpeciendo la actual labor de

⁵¹ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014* (Naciones Unidas, 2014), cuadro 3.

fiscalización de drogas en la región y planteando nuevas dificultades en esa labor.

532. El deterioro de la capacidad de varios Estados de la región para ejercer un control efectivo de sus fronteras y territorios ha sido explotado por traficantes que tratan de sacar provecho de los lucrativos mercados de drogas ilícitas de los países afectados. Por otra parte, la situación humanitaria de la región causada por los grandes contingentes de refugiados, desplazados internos y civiles heridos ha ejercido una enorme presión sobre los recursos de los Estados directamente afectados por los conflictos, así como de los Estados vecinos que acogen a grandes números de refugiados. La situación de crisis de la República Árabe Siria crea ciertamente condiciones favorables para la fabricación y el tráfico ilícitos de comprimidos vendidos como Captagon (a menudo contienen anfetamina), que tienen como destino a los mercados regionales.

533. El Afganistán volvió a alcanzar cifras sin precedentes en el cultivo de adormidera en 2014, llegando a 224.000 hectáreas, o sea, un 7% más que el año anterior. La producción de opio también aumentó en un 17% en relación con el año anterior y llegó a 6.400 t, debido al aumento del cultivo ilícito de adormidera ocurrido en la mayoría de las provincias que cultivan adormidera. También se observó un incremento de la producción de resina de cannabis en el Afganistán en 2012, a pesar de la merma del cultivo de la planta de cannabis. En una encuesta realizada en 2013, la mayoría de los agricultores citaron como principal razón para cultivar ilícitamente adormidera los elevados ingresos que obtenían de la venta de los cultivos ilícitos.

534. El número de incautaciones de drogas ilícitas (estupefacientes y sustancias sicotrópicas) en la subregión del Oriente Medio aumentó notablemente de 2012 a 2013. El cannabis se ha cultivado siempre y se sigue cultivando y consumiendo en la subregión, donde se viene informando de un número cada vez mayor de incautaciones de resina de cannabis.

535. Hay indicios de que las rutas de salida de la heroína del Afganistán se han diversificado, y ahora se informa de un mayor tráfico a través de Irán (República Islámica del), el Pakistán, el Oriente Medio y África, y de un tráfico creciente a través de las rutas marítimas. Asimismo, la heroína afgana se encuentra cada vez con más frecuencia en nuevos mercados tan distantes como Asia sudoriental y Oceanía; es posible que se esté enviando a esos mercados para compensar la reducción del consumo de heroína en los mercados de Europa occidental y central.

536. Varios países de Asia occidental, cuya situación geográfica y extensos litorales y fronteras los han hecho lugares propicios como zonas de tránsito, ahora también se han convertido en países de uso indebido y tráfico. En algunos países de la región se ha constatado particularmente el tráfico y uso indebido de cocaína y heroína.

537. El uso indebido de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína es cada vez más problemático en partes de Asia occidental. La anfetamina domina el mercado y en la región se siguen notificando grandes incautaciones. En 2012 se incautaron más de 12 t, que representaron más de la mitad del volumen de incautación mundial. Se ha informado de incautaciones de metanfetamina en toda la región, desde el Afganistán hasta Turquía, y se ha comunicado su uso indebido en Irán (República Islámica del), Israel y, en menor grado, el Pakistán. La incautación de cocaína continúa en aumento, aunque la prevalencia de su consumo todavía parece ser relativamente baja.

538. La creciente inestabilidad política, los conflictos civiles y las situaciones de insurrección en muchos países de la región, así como los efectos indirectos en los países vecinos, amenazan con invertir los limitados progresos que se habían realizado en la consecución de los objetivos trazados 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 2009.

2. Cooperación regional

539. La cooperación regional es fundamental en Asia occidental, ya que en la región se cruza el tráfico mundial de opiáceos, cannabis y precursores. La estabilidad sigue siendo una preocupación primordial en muchos países de la región, así como una cuestión de interés para el Consejo de Seguridad, y gran parte de la cooperación se centra cada vez más en el aumento de la estabilidad política en varios países, sobre todo en el Afganistán, tras la conclusión de la misión de la Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad.

540. La Liga de los Estados Árabes y el Consejo de Cooperación de los Estados Árabes del Golfo (CCG) desempeñan un papel fundamental en el fomento de la cooperación entre los países de la región. En el último año se celebraron varias reuniones con miras a facilitar la cooperación eficaz entre los Estados Miembros en la fiscalización de drogas.

541. La coordinación bilateral efectiva en el ámbito de la seguridad, en particular entre la Arabia Saudita,

Bahrein y el Centro de Información Criminal para la Lucha Antidrogas del CCG, propició la prevención de varios intentos de contrabando de comprimidos vendidos como Captagon y la detención de narcotraficantes de la región.

542. La UNODC se esforzó por promover los vínculos y la cooperación entre grupos regionales de intercambio de información análogos, como el Centro de Información Criminal para la Lucha Antidrogas del CCG, el Centro Regional de Información y Coordinación de Asia Central, la Célula de Planificación Conjunta y el Centro de Aplicación de la Ley de Europa Sudoriental, con la finalidad de contrarrestar con más eficacia las corrientes internacionales de tráfico de drogas. En diciembre de 2013 se celebró en Estambul (Turquía) una reunión interinstitucional sobre la interconexión de redes como iniciativa interregional para la fiscalización de drogas con miras a contener el tráfico de drogas (“Networking the networks: an interregional drug control approach to stem drug trafficking”), que tuvo por objeto determinar prioridades y cauces para ampliar la cooperación en ese ámbito.

543. En febrero de 2014 la Junta participó en la primera reunión de jefes de dependencias antidrogas del Oriente Medio y África septentrional de la INTERPOL, que centró su atención en las drogas de mayor consumo, entre ellas el tramadol, los estimulantes de tipo anfetamínico y los comprimidos vendidos como Captagon, y en las interceptaciones de heroína en gran escala.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

544. El Afganistán aprobó en diciembre de 2013 la Política Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas correspondiente al período 2012-2016. Sus principales objetivos consisten en prevenir que grupos vulnerables, como los niños y adolescentes, se conviertan en drogodependientes, reducir los efectos sociales y en la salud del uso indebido de drogas en las comunidades afectadas, brindar acceso a todos los drogodependientes a servicios terapéuticos y de rehabilitación de alta calidad normalizados y autorizados, y establecer centros epidemiológicos y de coordinación de políticas con el fin de acopiar, analizar, difundir y utilizar los datos sobre la demanda de drogas.

545. El Gobierno de Turquía aplicó su nuevo documento nacional sobre políticas y estrategias relativas a las drogas correspondiente al período 2013-2018, que abarca las actividades de diversos ministerios, instituciones públicas y organizaciones relacionadas con la reducción

de la oferta y la demanda, la cooperación internacional, el acopio de datos, la investigación, la evaluación y la coordinación en el plano nacional. El nuevo enfoque de reducción de la demanda trata la drogodependencia como una cuestión de salud pública importante y promueve las actividades de prevención, el apoyo para el tratamiento médico de la drogodependencia y el otorgamiento de prioridad a las actividades de reinserción social. Además, en 2013 y 2014 se sometieron a fiscalización nacional en Turquía un gran número de nuevas sustancias psicoactivas no incluidas en las listas, entre ellas cannabinoides sintéticos, catinonas y piperazinas.

546. Varios otros países han modificado la legislación en respuesta a la creciente amenaza que plantean las nuevas sustancias psicoactivas. En 2013 el Gobierno de Israel añadió a su legislación vigente en materia de fiscalización de drogas facultades excepcionales para someter sustancias a fiscalización. En virtud de esas facultades las nuevas sustancias psicoactivas pueden añadirse rápidamente a las declaraciones urgentes de sustancias de distribución prohibida y someterse provisionalmente a fiscalización durante un año, mientras se examina la posibilidad de incluirlas permanentemente en las listas de sustancias fiscalizadas con arreglo a la Orden sobre Sustancias Peligrosas. En 2014 se sometieron provisionalmente a fiscalización muchas nuevas sustancias psicoactivas, mientras que las añadidas en 2013 se sometieron permanentemente a fiscalización de conformidad con la legislación de fiscalización de drogas del país. Las modificaciones legislativas facultan a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley de Israel para incautarse de sustancias consideradas peligrosas y destruirlas y atribuyen al poseedor de esas sustancias la responsabilidad de demostrar su inocuidad. En diciembre de 2013 la legislación de Georgia sobre estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores y ayuda narcológica se modificó para que incluyera varios cannabinoides sintéticos, y se fijó como umbral mínimo de posesión ilícita la cantidad de 0,05 g.

547. La Junta observa con preocupación los informes de que el Consejo de Estado de Omán propuso aplicar la pena de muerte a los delitos relacionados con el tráfico de drogas destinado a su territorio. La Junta desea señalar su declaración de 4 de marzo de 2014, en la que alienta a los Estados que mantienen y siguen aplicando la pena de muerte con respecto a los delitos relacionados con drogas a considerar la posibilidad de abolir la pena de muerte para esos delitos.

548. El Gobierno de Kuwait ha comenzado el proceso de incorporación a su legislación nacional de disposiciones para la aplicación de técnicas especiales de investigación, incluidas las entregas vigiladas, de conformidad con

lo estipulado en el artículo 1 de la Convención de 1988, a fin de reforzar las operaciones transfronterizas.

549. En un esfuerzo por afrontar mejor las crecientes actividades ilícitas y el tráfico de drogas, en el Estado de Palestina se aprobaron varias leyes sobre la fiscalización de drogas, el blanqueo de dinero y la ciberdelincuencia. Además, con la asistencia de la UNODC, se elaboró un plan nacional para la fiscalización de drogas, la prevención del delito y la reforma de la justicia penal para el período 2014-2017.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

550. En 2014 el cultivo ilícito de adormidera en el Afganistán alcanzó nuevamente una cifra sin precedentes, esta vez de 224.000 hectáreas, lo que representó un incremento del 7% en relación con el año anterior y formó parte de una tendencia prolongada y constante al aumento del cultivo ilícito. En más de la mitad de las 34 provincias del país se cultiva adormidera en una superficie superior a 100 hectáreas, y en el cultivo ilícito intervienen cientos de miles de hogares.

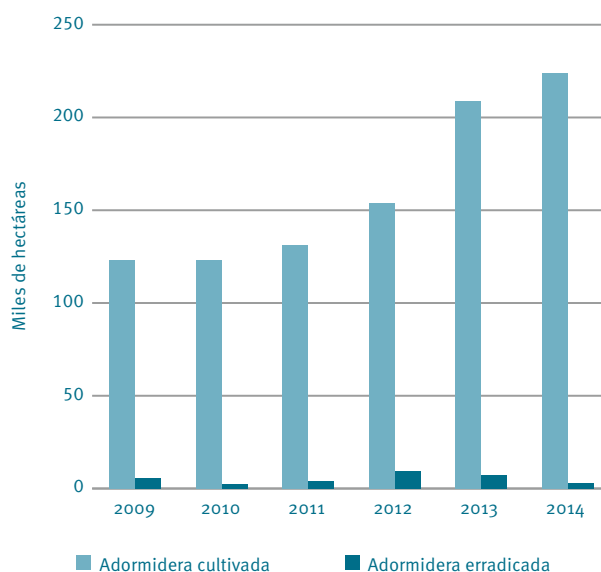
551. La gran mayoría (89%) del cultivo ilícito de adormidera del Afganistán tuvo lugar en nueve provincias de las zonas meridional y occidental, entre las que se encuentran las provincias menos seguras del país. El cultivo de adormidera en el Afganistán está inversamente relacionado con la seguridad: a medida que se deteriora la seguridad, aumenta el cultivo ilícito. Ahora que la misión de la Fuerza Internacional de Asistencia para la Seguridad se acerca a su fin en 2014, preocupa a la Junta que el deterioro de la situación de seguridad pueda traducirse en nuevos aumentos del cultivo ilícito.

552. La erradicación de los campos de cultivo de adormidera, uno de los instrumentos del Gobierno del Afganistán para reducir la cantidad de opio disponible para la fabricación de heroína, ha tenido unos efectos tangibles escasos o nulos en la producción de opio. Entre 2009 y 2014 menos del 4% de la superficie de cultivo anual en el Afganistán fue erradicada de manera demostrable (véase el gráfico III en la columna de la derecha). La superficie total de cultivo de adormidera erradicada disminuyó en un 63% entre 2013 y 2014, hasta 2.692 hectáreas, es decir, solamente el 1,2% de la superficie total de cultivo. En 2014 se redujo nuevamente la superficie total en que se verificó la erradicación de adormidera,

debido en parte al deterioro de la situación de seguridad en las principales provincias en que se cultiva la planta, lo que se traducía en unas condiciones poco seguras para la labor manual de erradicación dirigida por los gobernadores de las provincias.

553. Los agricultores dependen de los ingresos más altos que obtienen de la venta de cultivos ilícitos. Además, no todos ellos, en todas las zonas del país en que existen cultivos ilícitos, disponen de asistencia para conseguir medios de vida alternativos. Ante las escasas posibilidades de que se erradiquen los cultivos ilícitos y las pocas alternativas disponibles, los beneficios de los cultivos ilícitos superan con mucho los riesgos para la inversión de los agricultores. La Junta insta encarecidamente al Gobierno del Afganistán a que, en asociación con la comunidad internacional, redoble sus esfuerzos para reducir el cultivo de adormidera.

Gráfico III. Cultivo ilícito y erradicación de adormidera en el Afganistán, 2009-2014

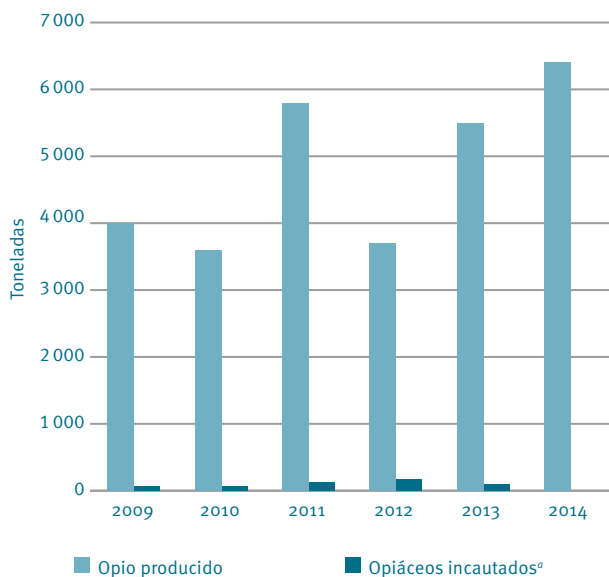


Fuentes: UNODC y Afganistán, Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes, y UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*.

554. El Afganistán fue el origen del 80% de la producción ilícita mundial estimada de opio, según los cálculos de la UNODC para 2013. La producción de opio, que tiene como resultado, entre otras cosas, la fabricación ilícita de morfina y heroína, se elevó a 6.400 t en 2014, lo que equivale a un aumento del 17% con respecto al total del año anterior. Pese a algún incremento, el rendimiento de opio en 2014 (29 kg/ha) siguió siendo algo inferior a la media de los cinco años anteriores (31 kg/ha), principalmente debido a las malas condiciones meteorológicas en algunas zonas del Afganistán.

555. Aunque en la última década las autoridades afganas han realizado un número creciente de incautaciones de drogas, solo se incauta en el país una pequeña cantidad de opio y opiáceos (es decir, heroína y morfina), y el promedio de incautaciones no llegó al 3% de la producción anual de opio estimada entre 2009 y 2013 (véase el gráfico IV más abajo). Esto significa que la incautación representa solo un riesgo menor para los traficantes en comparación con los ingresos ilícitos que genera el tráfico de drogas afgano, que la UNODC calcula que asciende a 2.200 millones de dólares anuales y cuyas ganancias fomentan una cultura arraigada de corrupción en el Afganistán, así como en otros países de la región.

Gráfico IV. Producción ilícita de opio, 2009-2014, e incautación de opiáceos en el Afganistán, 2009-2013



Fuentes: UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*; UNODC y Afganistán, Ministerio de Lucha contra la Estupefacientes, *Afghanistan Opium Survey 2014*, y Afganistán, Ministerio del Interior y Policía de Lucha contra la Droga del Afganistán, *Annual Achievement Report for 2013*.

^aCuando se publicó el presente informe no se disponían de datos sobre la incautación correspondientes a 2014.

556. La modesta tasa de incautación del Afganistán traslada la carga a los países vecinos, en particular a medida que aumentan los niveles de cultivo y producción. Por ejemplo, la Sede Nacional de la Lucha contra las Drogas de la República Islámica del Irán notificó un incremento considerable de la incautación de opio, heroína y morfina en 2013, que aumentó en un 14%, un 53% y un 49%, respectivamente, desde 2012. La corriente de salida de opiáceos del Afganistán cada vez mayor crea un efecto dominó según se avanza en la cadena de suministro, como en Armenia, donde en enero de 2014 los funcionarios de

aduanas descubrieron 928 kg de heroína oculta en un camión procedente de la República Islámica del Irán que se dirigía a Turquía a través de Georgia.

557. Cada vez se utilizan más las rutas marítimas que salen de puertos de Irán (República Islámica del Irán) y el Pakistán para introducir de contrabando heroína afgana, ya que el uso de barreras físicas y puestos de vigilancia a lo largo de la frontera terrestre oriental de la República Islámica del Irán ha dificultado cada vez más el tráfico por vía terrestre. Las autoridades iraníes comunicaron la incautación de 7,5 t de estupefacientes como resultado del intercambio de inteligencia con sus vecinos marítimos en los primeros 10 meses de 2013. La incautación de heroína en puertos marítimos por las autoridades pakistaníes se duplicó con creces en el año anterior y alcanzó la cifra de 1,2 t en 2013.

558. El volumen de incautación de heroína comunicado por las autoridades jordanas se ha duplicado con creces en los últimos tres años y ascendió en total a 244 kg en 2013, frente a 92 kg en 2011. El 80% de la heroína incautada en Jordania iba destinado a Israel. En junio de 2014 la aduana de Dubai se incautó en el aeropuerto internacional de Dubai de 24 kg de heroína pura, la mayor cantidad que se intentaba introducir de contrabando en el país en 10 años.

559. Con respecto a la incautación de heroína en Bahrein, luego de un nivel de incautación excepcional registrado en 2012 (más de 8 kg), la cantidad total incautada en 2013 descendió a 1,7 kg.

560. El Afganistán sigue siendo uno de los mayores productores que se conoce de resina de cannabis, y se estima que el cultivo total de planta de cannabis ascendió a 10.000 hectáreas en 2012, con una producción aproximada de 1.400 t de resina, cifra un 8% superior a la estimada respecto del año anterior. El precio de la resina de cannabis disminuyó en el Afganistán en 2012, incluso a medida que las incautaciones en el país llegaron casi a triplicar la cantidad del año anterior y alcanzaron la cifra de 160 t. Según la UNODC, no se comunicaron bajas de precios en los países vecinos de Kazajstán, Kirguistán y el Pakistán, probablemente debido al aumento de las incautaciones notificadas en esos países. El Pakistán, por ejemplo, dio a conocer la incautación de 105 t de resina de cannabis, lo que equivalió a un aumento del 80% en la incautación de resina con respecto a 2012.

561. En 2013, aunque el número de incautaciones de opiáceos en la región del Oriente Medio descendió con respecto a 2012, la cantidad incautada se duplicó. El cultivo ilícito de planta de cannabis continúa en algunas

zonas del Oriente Medio, en particular en el valle de la Bekaa en el Líbano oriental, donde la erradicación sigue resultando difícil. En la subregión se incautan con frecuencia plantas, semillas y aceite de cannabis.

562. En 2013 se incautaron más de 5 t de cannabis en Jordania, un aumento considerable comparado con el total de 1,9 t incautado en 2011. Según los datos suministrados a la Junta por las autoridades kuwaitíes, la incautación de cannabis se duplicó con creces en los últimos tres años. En 2013 la cantidad total incautada ascendió a 1,1 t, frente a menos de 500 kg en 2011. En cambio, la incautación de estupefacientes comunicada por Bahrein muestra una importante tendencia a la baja.

563. En 2013 aumentó considerablemente la incautación de resina de cannabis en la subregión del Oriente Medio. Israel notificó la incautación de 1.594 kg de resina de cannabis. En Jordania se incautaron casi 500 kg de resina de cannabis, y el total de incautaciones comunicado por la República Árabe Siria se elevó a 267 kg, lo que representó más del doble de la cantidad incautada en 2012. Además, en el Líbano se incautaron 12,5 kg, lo que constituyó un repunte en relación con 2011, cuando se incautaron 700 g. Por el contrario, la información facilitada a la Junta indica que la incautación de resina de cannabis en Bahrein descendió de más de 2 kg en 2011 a 5 g en 2013.

564. La resina de cannabis incautada en Jordania en 2014 provenía del Líbano y el Afganistán. Aproximadamente el 10% iba destinado al mercado ilícito interno, y el resto a la Arabia Saudita e Israel.

565. El aumento del uso de rutas de tráfico alternativas, incluidas las rutas marítimas, puede estar repercutiendo en la incautación de opiáceos y cannabis comunicada en toda Asia central. En 2013, si bien hubo diferencias entre los países, la incautación de opiáceos y sustancias del cannabis se mantuvo estable comparada con 2012, al incautarse poco más de 90 t, según el Centro Regional de Información y Coordinación de Asia Central.

566. Como ha observado con preocupación la Junta, en los últimos dos años ha habido una corriente cada vez mayor de cocaína hacia Asia occidental. Esto se manifestó en el aumento de las incautaciones, tanto en número como en volumen, en toda Asia occidental, a medida que los grupos de traficantes posiblemente descubren nuevos mercados en que expandirse para contrarrestar la declinación de grandes mercados establecidos de cocaína, como América del Norte y Europa occidental.

567. Los Emiratos Árabes Unidos e Israel figuraron entre los cuatro países asiáticos que informaron de las

mayores incautaciones de cocaína en 2012. Los Emiratos Árabes Unidos, tradicionalmente un país de tránsito de grandes números de pasajeros, impulsan nuevos mercados en África y Asia. Asimismo Jordania y la República Árabe Siria sirven de países de tránsito, mientras que otros, entre ellos Israel y el Líbano, han surgido como países de destino de la cocaína. En 2012 se incautaron 570 kg de cocaína en la Arabia Saudita, 204 kg en los Emiratos Árabes Unidos, 171 kg en Israel y 66 kg en la República Árabe Siria.

568. La Dirección de Lucha contra las Drogas de Israel calcula que anualmente se introducen de contrabando en el país unas 3 t de cocaína, cada vez más en forma líquida, a menudo en botellas de vino o absorbida en prendas de vestir. En Turquía la incautación de cocaína se ha multiplicado por cinco en los últimos cinco años y en 2013 se notificó la incautación de 450 kg, a medida que grupos delictivos de África occidental suministran cada vez más cocaína a los mercados turcos. La Brigada de Estupefacientes del Pakistán también notificó la incautación de cocaína en 2013 y proporcionó inteligencia que ayudó a efectuar importantes incautaciones de cocaína en el extranjero.

b) Sustancias sicotrópicas

569. El tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico, como la anfetamina en comprimidos (Captagon), la metanfetamina (“yaba”) y la metanfetamina en forma cristalina, sigue causando preocupación en toda Asia occidental. Varios países de la subregión del Oriente Medio, incluidos los Emiratos Árabes Unidos, Jordania, Kuwait y Qatar, han comunicado un uso creciente de drogas sintéticas. Las operaciones que realizan los Estados de la región llevan regularmente a grandes incautaciones de estimulantes de tipo anfetamínico, incluidos los que se venden como Captagon. En ese contexto, la Junta alienta a los gobiernos de la subregión a seguir redoblando sus esfuerzos para vigilar la situación con respecto a los estimulantes de tipo anfetamínico, incluso en cooperación con el programa SMART de la UNODC.

570. Los países del Oriente Medio siguieron informando periódicamente del tráfico y uso indebido de anfetamina. Sin embargo, aunque el número de incautaciones de esa sustancia se mantuvo estable, las cantidades incautadas disminuyeron apreciablemente. La incautación de anfetamina en la Arabia Saudita se redujo a 977 kg en 2013, frente a las 5,2 t del año anterior.

571. Casi todos los países del Oriente Medio informaron de la incautación de comprimidos que se vendían

como Captagon en 2013, en particular la Arabia Saudita, Jordania, el Líbano y el Yemen (por orden de mayores incautaciones totales). Las incautaciones totales aumentaron de manera notoria tanto en volumen como en número. La Arabia Saudita sigue siendo el destino de preferencia. La OMA comunicó que las autoridades aduaneras del Oriente Medio se incautaron de 11 t de Captagon en 2013 y que esta droga se introducía de contrabando sobre todo en vehículos o por mar. La Arabia Saudita notificó la incautación de casi 8 t de Captagon, y a dicho país le siguieron el Líbano y Jordania, donde se incautaron más de 22 millones de comprimidos de Captagon.

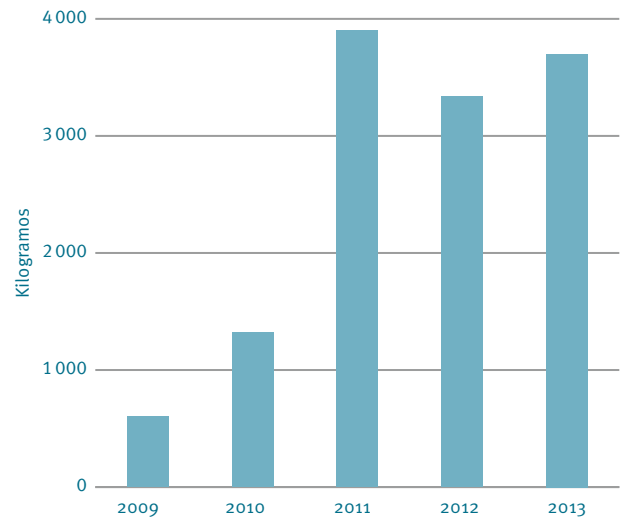
572. La mayoría de las remesas de comprimidos de Captagon se transportan de contrabando a través de cruces no oficiales de la frontera terrestre entre la República Árabe Siria y Jordania, y luego transitan por este último país con rumbo a la Arabia Saudita, principal destino final.

573. Turquía informó de la incautación de 105 kg de metanfetamina en 2013, que suponía un importante descenso en relación con los más de 500 kg incautados en 2012. La metanfetamina suele enviarse a través de Turquía a Asia oriental (Indonesia, el Japón, Malasia, Singapur, Tailandia y Viet Nam). Turquía y varios otros países de la región siguen afirmando que la República Islámica del Irán es la fuente principal de la metanfetamina incautada. Con todo, las medidas de prohibición más estrictas establecidas en la República Islámica del Irán pueden ser en parte la causa del marcado descenso de las incautaciones notificadas en Turquía.

574. El número de laboratorios ilícitos de metanfetamina desmantelados en la República Islámica del Irán aumentó bruscamente en 2013, a 445, más del doble que la cifra registrada el año anterior. También fueron importantes en ese país las incautaciones de metanfetamina, que se contaron entre las incautaciones totales más altas notificadas en todo el mundo; en 2013 el país comunicó que se habían incautado 3,7 t de metanfetamina, un 10% más que en 2012 (véase el gráfico V en la columna de la derecha). Además, al parecer la fabricación ilícita de metanfetamina se ha extendido al vecino Afganistán, donde en 2013 se confirmó por primera vez el desmantelamiento de un laboratorio clandestino. El laboratorio fue descubierto en la provincia sudoccidental de Nimroz, limítrofe con la República Islámica del Irán.

575. En Israel la cantidad de metanfetamina interceptada en 2013 se elevó a 88 kg, más del doble de la notificada en 2012; el número de incautaciones siguió una tendencia al alza similar.

Gráfico V. Incautación de metanfetamina en la República Islámica del Irán, 2009-2013



Fuentes: República Islámica del Irán, *Drug Control in 2013* y Sede Nacional de la Lucha contra las Drogas (2014), y datos de la UNODC correspondientes al período 2009-2012.

576. El uso indebido de fármacos que contienen sustancias sicotrópicas, en particular benzodiazepinas, sigue causando grave preocupación en partes de Asia occidental. Se comunicaron periódicamente incautaciones de diazepam, alprazolam y clonazepam.

577. La habilidad de muchos gobiernos de la región de detectar con exactitud y notificar las numerosas, y a menudo confusas, sustancias sicotrópicas y nuevas sustancias psicoactivas que se pueden encontrar, como el metilfenidato, la anfetamina y la metanfetamina, se ve entorpecida por la limitada capacidad técnica de sus laboratorios forenses. El programa de ejercicios internacionales de colaboración de la UNODC posibilita que los laboratorios forenses verifiquen continuamente su trabajo relacionado con el análisis de drogas a escala mundial, elemento indispensable para los sistemas de gestión de la calidad de los laboratorios y, en última instancia, para la acreditación de estos. Actualmente, empero, solo nueve de los 24 países de Asia occidental participan en el programa. La Junta alienta a todos los Estados Miembros de la región a participar en el programa de ejercicios internacionales de colaboración y otros programas de asistencia técnica de la UNODC destinados a reforzar la capacidad de los laboratorios forenses.

c) Precursores

578. El Afganistán no fabrica anhídrido acético, sustancia química necesaria para la fabricación de heroína, y el ingreso de este precursor en el país no está permitido.

Sin embargo, el anhídrido acético se sigue introduciendo de contrabando después que se desvía internamente en otros países. Por ejemplo, en junio de 2013 las autoridades aduaneras de la República Islámica del Irán interceptaron aproximadamente 18 t de anhídrido acético que se habían enviado desde China con destino al Afganistán. Esa cantidad representó el 54% del total de anhídrido acético incautado en la República Islámica del Irán en 2013. La inteligencia relacionada con esa incautación se comunicó a través del PICS. Sin embargo, no todos los países de la región recibieron alertas automatizadas del PICS, al no estar inscritos en el sistema. La Junta insta a los restantes países de Asia occidental que todavía no se han inscrito en el PICS, a saber, la Arabia Saudita, Armenia, Kuwait, Omán, la República Árabe Siria, Turkmenistán, Uzbekistán y el Yemen, a que se inscriban en el sistema.

579. La Junta señaló en su informe anual correspondiente a 2013 que ocho países de Asia occidental, a saber, Bahrein, Georgia, Irán (República Islámica del), Israel, Kuwait, Turkmenistán, Uzbekistán y el Yemen, no habían solicitado que se les informara con antelación de las remesas de precursores que estuvieran a punto de ser expedidas desde un país exportador, en virtud del artículo 12, párrafo 10 a), de la Convención de 1988. Desde mayo de 2014 el Gobierno del Yemen exige notificación previa a la exportación para las importaciones de todas las sustancias que figuran en los Cuadros I y II. Independientemente de la medida adoptada por el Yemen, la inacción de los demás países de la región no solo aumenta el riesgo de desviación para cada uno de ellos, sino también para los países vecinos. La Junta insta nuevamente a los países que no han invocado su derecho a exigir notificación previa a las exportaciones respecto de todas las sustancias incluidas en los Cuadros I y II de la Convención de 1988 a que lo hagan sin mayor dilación.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

580. El tráfico y uso indebido de medicamentos conocidos y sustancias de origen vegetal con propiedades psicoactivas, como el khat (*Catha edulis*), que no están sometidos a fiscalización internacional continúan planteando un problema más importante en la región que las nuevas sustancias psicoactivas con base sintética, si bien en partes de Asia occidental está aumentando el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas. Se continuó informando de tráfico y uso indebido de tramadol, un opioide sintético, en la mayoría de los países del Oriente Medio, y de uso indebido de khat en la Península Arábiga.

581. La Junta observa que el tramadol, opioide sintético no sometido a fiscalización internacional, ha sido sometido a fiscalización nacional en la mayoría de los países del Oriente Medio. El tramadol es un medicamento que solo se vende con receta médica y ya está fiscalizado en virtud de la legislación nacional sobre sustancias sicotrópicas y estupefacientes en la Arabia Saudita, Bahrein, Jordania y Qatar. Muchos países de la subregión de Asia occidental informaron de que existía consumo de tramadol.

582. Turquía ha comunicado importantes aumentos del tráfico de cannabinoides sintéticos, conocidos localmente como “bonsai”, y las incautaciones de esas sustancias, sobre todo a vendedores de drogas callejeros, se multiplicaron por 22 entre 2011 y 2013. Los cannabinoides sintéticos suelen introducirse de contrabando en Turquía desde China, Europa y los Estados Unidos. No obstante, el Gobierno también informó de que en 2013 había dismantelado instalaciones de producción de cannabinoides sintéticos.

583. Es preciso que los gobiernos interesados intercambien oportunamente información sobre las remesas sospechosas de nuevas sustancias psicoactivas y el tráfico de esas sustancias con objeto de apoyar las investigaciones sobre los lugares de fabricación, producción y envase, exportación y distribución. La iniciativa internacional de la Junta sobre las nuevas sustancias psicoactivas (Proyecto Ion) coordina las actividades prácticas de recopilación e intercambio de información para apoyar a los organismos de aplicación de la ley y reglamentación, en consonancia con la recomendación de la Comisión de Estupefacientes que figura en su resolución 57/9. La Junta insta a los 11 gobiernos restantes de Asia occidental que todavía no han propuesto coordinadores en materia de aplicación de la ley y reglamentación en el marco del Proyecto Ion a que lo hagan sin demora.

5. Uso indebido y tratamiento

584. Casi el 20% de los consumidores de opiáceos en el mundo viven en Asia occidental, dado que el incremento de la producción de opio en el Afganistán ha propiciado un mayor consumo de opio y heroína, principalmente en dicho país y en los países vecinos situados a lo largo de rutas de tráfico cada vez más extensas. Por ejemplo, la prevalencia anual del consumo de opiáceos en los adultos pakistaníes de 15 a 64 años de edad se elevó del 0,7% en 2006 al 1,0% en 2013, de manera coincidente con los aumentos del tráfico de opiáceos a través del país. La UNODC estima que, al igual que en

el Pakistán, la actual prevalencia anual del consumo de opiáceos en la población adulta es más alta en el Afganistán (2,3% a 3%), Azerbaiyán (1,3% a 1,7%) y la República Islámica del Irán (2,3%).

585. En el Afganistán el uso indebido de drogas, en particular de opiáceos, parece ir en aumento. Según la encuesta nacional del Afganistán sobre el consumo de drogas en zonas urbanas correspondiente a 2012, en uno de cada 10 hogares urbanos había una persona que había dado positivo en análisis de drogas, sobre todo de opiáceos. El estudio estimó una prevalencia actual del consumo de drogas del 7,5% en la población general de 16 o más años, cifra notablemente superior a las estimaciones anteriores. En 2013 funcionaban en el país 109 centros de tratamiento de la drogodependencia que prestaban servicios de pretratamiento, tratamiento, postratamiento y atención posterior, y la capacidad había aumentado en los últimos dos años, aunque los centros todavía poseían capacidad para prestar servicios a menos del 6% del número estimado de adictos a opiáceos.

586. La capacidad de tratamiento de la drogodependencia también ha aumentado considerablemente en la República Islámica del Irán, donde en 2013 recibieron tratamiento 755.394 personas, lo que supone un aumento del 18% desde 2009. En 2013 funcionaban en el país 5.223 centros de tratamiento de la drogodependencia, incluidos los que administraban terapia de sustitución con metadona y con buprenorfina a 267.844 y 24.029 personas, respectivamente.

587. La Junta observa que varios países del Oriente Medio están dedicando especial atención y esfuerzos al tratamiento y la rehabilitación de la drogodependencia. En ese contexto la Junta observa que el programa de tratamiento de sustitución de opioides que se puso en marcha en el Líbano en 2012 está ahora en pleno funcionamiento y que en diciembre de 2013 había 949 pacientes inscritos. De la misma manera, en 2013 la UNODC prestó asesoramiento de carácter normativo y asistencia técnica en el Estado de Palestina, por conducto del Ministerio de Salud, para la implantación de la terapia de sustitución de opioides.

588. Dada la falta de datos fiables sobre el alcance del consumo indebido de drogas en la región en general, las entidades gubernamentales y no gubernamentales de Jordania especializadas en el tratamiento de la drogodependencia están colaborando para crear una base de datos nacional sobre el uso indebido de drogas. La estimación exacta de la magnitud del fenómeno del consumo de drogas ayudará a elaborar estrategias más adecuadas y mejor adaptadas.

589. La propagación de enfermedades mediante prácticas de inyección inseguras, como el intercambio de equipo de inyección usado, sigue siendo un problema importante en varios países de Asia occidental. La prevalencia del consumo de opiáceos por inyección en la población general del Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán es de las más altas del mundo y se calcula que representa el 1,5% de la población adulta de esos tres países. Los países con una alta prevalencia del consumo de opiáceos suelen tener una prevalencia elevada de personas que se inyectan drogas y viven con el VIH. Por ejemplo, se estimó que el 28,8% de los consumidores de drogas por inyección de Asia sudoccidental eran seropositivos, es decir, más del doble de la prevalencia mundial en las personas que se inyectan drogas, que se estimó que era del 13,1% en 2012. La prevalencia en Asia sudoccidental denota en gran medida la alta prevalencia de seropositivos entre los consumidores de drogas por inyección en el Pakistán, que se calcula que es del 37%.

590. Todavía se carece de datos suficientes y fiables para determinar los niveles de infección y transmisión del VIH y evaluar el alcance de los nuevos casos de epidemia que se han comunicado entre las personas que se inyectan drogas en la mayoría de los países del Oriente Medio. Según los resultados de un estudio médico realizado en Bahrein y Omán, del 10% al 15% de las personas que se inyectan drogas son seropositivas. Aunque la epidemia del VIH entre los consumidores de drogas por inyección se mantiene en sus fases iniciales, se calcula que hay 626.000 personas que se inyectan drogas en el Oriente Medio. En otros países, entre ellos Jordania, el Líbano, la República Árabe Siria y el Estado de Palestina, se comprobó que la transmisión del VIH en esa población de riesgo era limitada.

D. Europa

1. Novedades principales

591. La mayoría de los países de Europa occidental y central han comunicado que ha descendido la prevalencia del consumo de heroína y del número de personas que se someten a tratamiento por abuso de heroína por primera vez, al tiempo que ha disminuido de forma generalizada la cantidad de heroína incautada. Sin embargo, se teme que la heroína se esté reemplazando en parte como sustancia objeto de uso indebido por opioides sintéticos como el fentanilo, la buprenorfina y la metadona. En algunos países esas sustancias constituyen hoy la causa de la mayoría de los casos de tratamiento por abuso de

opioides. Están disminuyendo en la subregión las muertes asociadas al consumo de heroína, mientras que las muertes relacionadas con los opioides sintéticos van en aumento. En algunos países de la subregión también se han observado cambios en el consumo de drogas por inyección, con una posible tendencia a la sustitución de la inyección de heroína por la inyección de opioides sintéticos, estimulantes de tipo anfetamínico o nuevas sustancias psicoactivas.

592. La prevalencia del consumo de drogas por inyección, así como del VIH en los consumidores de drogas por inyección, en Europa oriental y sudoriental es considerablemente superior al promedio mundial. En esas subregiones se observaron tasas de consumo de drogas por inyección relativamente altas en las poblaciones de Belarús, la Federación de Rusia, la República de Moldova y Ucrania.

593. El índice de consumo de opiáceos en Europa oriental, reforzado por el suministro de heroína procedente del Afganistán, es notablemente superior a la media mundial. Del total de personas ingresadas para recibir tratamiento en Europa oriental y sudoriental, la proporción de casos de tratamiento por consumo de cannabis registró un aumento (del 8% al 15%) entre 2003 y 2012.

594. En 2013 se observó un mayor uso de la ruta de los Balcanes para el tráfico de drogas ilícitas, si bien las cantidades incautadas no alcanzaron el mismo nivel que en 2007, cuando se registraron los valores máximos. El volumen de incautación de heroína aumentó en la ruta de los Balcanes, y esta sustancia siguió redistribuyéndose desde los Países Bajos y, en menor medida, desde Bélgica a los mercados ilícitos de Europa occidental.

595. En 2013 el tráfico de hierba de cannabis procedente de Albania se siguió extendiendo en Europa sudoriental. Al mismo tiempo, muchos países de la subregión siguieron experimentando un aumento de la producción local de hierba de cannabis, y en particular de una forma sumamente potente de esta sustancia.

596. La disponibilidad y el consumo de nuevas sustancias psicoactivas siguen constituyendo un enorme reto para la salud pública en Europa, donde se identificó en 2013 una cantidad sin precedentes de nuevas sustancias y una implicación cada vez mayor de los grupos delictivos organizados en ese mercado. Los gobiernos siguen tomando medidas para abordar el problema, tanto a escala nacional como regional, por ejemplo, sometiendo sustancias concretas o grupos de sustancias a fiscalización nacional o introduciendo prohibiciones temporales de sustancias potencialmente dañinas.

2. Cooperación regional

597. La 73ª reunión de los Corresponsales Permanentes del Grupo Pompidou del Consejo de Europa, que se celebró en noviembre de 2013, culminó con la aprobación de una declaración sobre la protección de la salud pública mediante la prestación de servicios esenciales en el marco de las políticas en materia de drogas en un contexto de austeridad. En la declaración, los representantes de los Estados que participaron en la reunión observaron con preocupación los cambios en las tendencias del consumo de drogas en un contexto de estrictas medidas de austeridad y sus repercusiones en la salud pública. Entre los cambios potenciales se encontraban el riesgo de que se adelantase el comienzo del consumo de drogas, el aumento de la prevalencia del consumo de drogas por inyección, las recaídas, las conductas de riesgo y las sobredosis, en especial en los grupos vulnerables, y una incidencia creciente del policonsumo. Los representantes se comprometieron en nombre del Grupo Pompidou a seguir trabajando en esa cuestión e instaron a otras organizaciones internacionales y Estados no miembros a respaldar las iniciativas del Grupo para mitigar dichas consecuencias de la crisis económica y las medidas de austeridad conexas, en particular sumándose a los esfuerzos del Grupo por crear salvaguardias contra la estigmatización y discriminación de las personas que consumen drogas.

598. Los países y zonas de los Balcanes occidentales, incluidos Albania, Bosnia y Herzegovina, la ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Serbia y Kosovo⁵², siguieron reforzando la cooperación con los Estados miembros de la Unión Europea en el ámbito de la lucha contra la droga durante el período de que se informa. En mayo de 2014 los representantes de los Estados miembros de la Unión Europea y de los países de los Balcanes occidentales se reunieron en Bruselas para entablar un diálogo sobre drogas. En esa reunión, que fue la primera desde la aprobación de la declaración conjunta de la Unión Europea y los Balcanes occidentales sobre el refuerzo de la cooperación en el ámbito de la lucha antidroga y la actualización del plan de acción 2009-2013 de la Unión Europea y los Balcanes occidentales en materia de drogas, los participantes examinaron los logros anteriores fruto de la cooperación entre ambas regiones, así como las novedades más recientes relativas a la vigilancia y las políticas en materia de drogas. La declaración mencionada fue aprobada por los ministros de Interior de los Estados miembros de la Unión Europea y de los Estados

⁵²Toda referencia a Kosovo en la presente publicación debe entenderse en conformidad con la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad.

de los Balcanes occidentales el 20 de diciembre de 2013 en Montenegro, en un acto con el que demostraron que todas las partes se comprometían a reforzar los sistemas nacionales de información sobre las drogas.

599. En abril de 2014 entró en vigor un acuerdo entre la Unión Europea y la Federación de Rusia sobre precursores, cuya finalidad era fomentar la cooperación para prevenir la desviación de precursores del mercado legítimo mediante la supervisión del comercio de estas sustancias entre las partes y la asistencia recíproca en tareas de prevención.

600. La cooperación bilateral entre los países de Europa oriental y sudoriental para luchar contra el tráfico de drogas en la región siguió reforzándose. En 2013 el ministro de Seguridad de Bosnia y Herzegovina y los ministros de Interior de Montenegro y Serbia firmaron un protocolo sobre la creación de un centro común para la cooperación policial en Trebinje (Bosnia y Herzegovina). Bosnia y Herzegovina y Serbia firmaron en noviembre de 2013 un acuerdo de seguridad por el que establecieron procedimientos para el intercambio de información y la cooperación policial y medidas para combatir la delincuencia.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

601. En noviembre de 2013 el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea aprobaron un reglamento para introducir medidas de fiscalización más estrictas sobre el anhídrido acético y someter a fiscalización el *alfa*-fenilacetoacetoneitrilo (APAAN) y productos médicos y veterinarios que contuviesen efedrina y pseudoefedrina. Ese reglamento surtirá efecto 18 meses después de su aprobación, es decir, en 2015. En julio de 2014 entró en vigor en la República Checa un nuevo sistema de control de la venta de las llamadas “sustancias de iniciación y auxiliares”. Entre las sustancias de iniciación que se contemplan figuran el fósforo rojo, que se usa en la fabricación ilícita de metanfetamina, y la *gamma*-butirolactona y el 1,4-butanodiol, que se emplean para la fabricación ilícita de ácido *gamma*-hidroxibutírico.

602. En enero de 2014 el ministro de Salud de Francia autorizó la venta de Sativex, un medicamento a base de cannabis, para el tratamiento de pacientes afectados de esclerosis múltiple. En junio de 2014 el Gobierno de Eslovenia aprobó una modificación del decreto sobre clasificación de drogas ilícitas por la que se permitiría a los médicos prescribir productos medicinales registrados que

contuviesen cannabinoides. En julio de 2014 se firmó en Irlanda un reglamento para legalizar la prescripción facultativa y el uso por los pacientes de medicamentos derivados del cannabis. En 2013 se introdujeron en Islandia criterios más estrictos para la prescripción de determinadas sustancias, como el metilfenidato.

603. En octubre de 2013 la Organización de Lucha contra las Drogas de Grecia creó en Atenas, a título experimental, un “centro de consumo de drogas” bajo supervisión. La Junta espera que prosiga el diálogo con los gobiernos que han permitido la creación de esas “salas de consumo” y reitera su preocupación por el hecho de que esas instalaciones puedan no ser conformes a lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

604. En mayo de 2013 el Consejo de Ministros de Ucrania aprobó una nueva reglamentación sobre el uso de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores en los centros médicos, en virtud de la cual se redujeron considerablemente los obstáculos administrativos al uso de esas sustancias con fines médicos. El Gobierno, por medio de un decreto que aprobó en septiembre de 2013, redujo la lista de documentos que se requieren para solicitar licencias para realizar actividades relacionadas con sustancias fiscalizadas. En agosto de 2013 el Gobierno aprobó su estrategia política estatal sobre estupefacientes para el período que finalizaría en 2020, que se centra en el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes con arreglo a las mejores prácticas internacionales.

605. En julio de 2013 se modificó el código administrativo de la Federación de Rusia para aumentar las penas con las que se castiga la conducción bajo los efectos de sustancias fiscalizadas. En virtud de una ley aprobada en octubre de 2013, los jueces recibieron potestad para considerar como agravante la comisión de un delito bajo los efectos del alcohol o de una sustancia fiscalizada, lo que da lugar a la imposición de un castigo más severo. En noviembre de 2013 se aprobó una ley que permite a los tribunales obligar a los infractores reconocidos como drogodependientes a someterse a tratamiento médico o a rehabilitación social, además de cumplir la pena que se les haya impuesto por el delito en sí. En julio de 2013 se modificó la legislación nacional para incorporar medidas destinadas a deportar y prohibir la entrada en la Federación de Rusia a ciudadanos extranjeros que hubieran cometido delitos relacionados con drogas.

606. En enero de 2014 se aprobó en Belarús un decreto presidencial sobre la regulación estatal de la circulación de semillas de adormidera, que redujo considerablemente el suministro de esas semillas como materia prima a los mercados ilícitos del país.

607. En 2013 el Gobierno de Albania aprobó una nueva estrategia y un nuevo plan de acción contra la delincuencia organizada. El Gobierno emprendió medidas para garantizar un control más eficaz de las fronteras del país, modernizando el material utilizado por la policía y mejorando la formación de la policía fronteriza albanesa. En 2013 el Ministerio de Educación y Deportes de Albania siguió ejecutando proyectos de sensibilización en materia de drogas y reducción de la demanda.

608. En octubre de 2013 el Gobierno de Rumania aprobó su estrategia nacional antidrogas para 2013-2020 y su plan de acción para 2013-2016. La estrategia nacional refleja un enfoque equilibrado y está estructurada en torno a dos pilares: la reducción de la demanda de drogas y la reducción de la oferta de drogas. Asimismo se abordan tres temas interrelacionados: *a)* la coordinación; *b)* la cooperación internacional, y *c)* la investigación, evaluación e información.

609. Durante el período que se examina, el Gobierno de Montenegro aprobó varios documentos estratégicos nuevos, incluidos documentos relativos a una estrategia integrada de gestión fronteriza para el período 2014-2018, un plan de acción general para la ejecución de dicha estrategia, un marco para las negociaciones previas a un acuerdo sobre cooperación operacional y estratégica entre Montenegro y la Oficina Europea de Policía (Europol), una estrategia antidrogas para 2013-2020 y un plan de acción para 2013-2016.

610. En 2013 el Gobierno de la República de Moldova transfirió el Departamento Antidrogas a la Inspección General de Policía, de reciente creación, y estableció dos unidades regionales para el norte y el sur del país. También revisó el Código Administrativo nacional para aumentar las sanciones por conducir bajo la influencia del alcohol, los estupefacientes, las sustancias sicotrópicas u otras sustancias con efectos similares.

611. Actualmente Kosovo cuenta con seis instituciones para el tratamiento de la drogodependencia. Durante 2013 y a principios de 2014, la policía kosovar, centrándose en las escuelas, organizó varios debates y editó folletos para sensibilizar a los jóvenes sobre los peligros del consumo de drogas y alcohol.

612. Los países de Europa siguen tomando medidas legislativas para enfrentarse al reto que plantean las nuevas sustancias psicoactivas. En abril de 2014 el Parlamento Europeo respaldó una propuesta legislativa de la Comisión Europea, formulada en septiembre de 2013 y mencionada por la Junta en su informe anual de 2013. Una vez aprobada por los Estados miembros en el Consejo de

la Unión Europea, la ley dispondría un menor tiempo de respuesta por parte de la Unión Europea, de 10 meses en lugar de dos años, para impedir la venta de nuevas sustancias psicoactivas consideradas dañinas, y la rápida retirada de dichas sustancias del mercado de consumo por un año.

613. La Comisión Europea, tras la evaluación de riesgos realizada por el Comité Científico del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en junio de 2014, ha recomendado al Consejo de la Unión Europea que se sometan a medidas de fiscalización en toda la Unión Europea las sustancias 25I-NBOMe, AH-7921, metilendioxipirovalerona (MDPV) y metoxetamina. Mientras tanto, los gobiernos han seguido imponiendo medidas de fiscalización nacional a numerosas sustancias y grupos de sustancias. Así, en 2013 se sometieron a fiscalización 58 sustancias en Lituania, 35 en la República Checa, 26 en Alemania, 24 en Suiza, 21 en Suecia, nueve en Dinamarca, cinco en Estonia, cuatro en Finlandia y en Italia y dos en Francia.

614. En enero de 2014 se modificó el Código Penal de Hungría para aumentar la duración de las penas de prisión por suministro de nuevas sustancias psicoactivas. La oferta o distribución de una cantidad pequeña (que se definió como de un máximo de 10 g) puede castigarse con hasta un año de prisión, y la posesión de una cantidad superior a 10 g puede penalizarse con hasta tres años de prisión. En Eslovaquia se añadió un nuevo capítulo a la legislación nacional en materia de fiscalización de drogas con el fin de someter a fiscalización las nuevas sustancias psicoactivas, para lo cual se estableció una categoría de “sustancias peligrosas”, que podrá incluir, por un período de hasta tres años, sustancias de las que se sospeche que se está haciendo un uso indebido y que tienen efectos nocivos. Las sanciones por la oferta de dichas sustancias se registrarán más bien por la legislación sobre protección del consumidor y de la salud que por el derecho penal, y no habrá sanciones por posesión para consumo personal. La primera lista de dichas sustancias se publicó en octubre de 2013. En Letonia, después de que se aprobase una modificación legislativa en noviembre de 2013 que preveía la prohibición temporal de las nuevas sustancias psicoactivas durante un período de hasta 12 meses, se prohibieron temporalmente ocho sustancias. Las sanciones penales correspondientes se introdujeron en abril de 2014.

615. En el Reino Unido entró en vigor en junio de 2014 un mandato de reclasificación de la ketamina como droga de clase B; el Gobierno deberá tomar una decisión final al respecto después de realizar consultas públicas. En junio de 2014 el tramadol, la lisdexanfetamina, la zopiclona y el

zaleplón se sometieron a fiscalización en el Reino Unido, al igual que el NBOMe y el benzofurano, después de una prohibición temporal de 12 meses. El mismo mes entró en vigor la decisión de someter a fiscalización el khat. En julio de 2014 el Gobierno del Reino Unido aceptó la recomendación de su Consejo Consultivo sobre el Uso Indebido de Drogas de someter a fiscalización la sustancia AH-7921 y ampliar la definición genérica de la triptamina que figuraba en la ley sobre el uso indebido de drogas de 1971, de modo que abarcara otros compuestos de la triptamina, como la *alfa*-metiltriptamina (AMT) y la 5-MeO-DALT (*N,N*-dialil-5-metoxitriptamina). El Parlamento estaba examinando la legislación pertinente.

616. En 2013 la Federación de Rusia amplió su lista nacional de sustancias fiscalizadas para añadir 43 nuevas sustancias psicoactivas.

617. A raíz de la aparición de nuevas sustancias psicoactivas en la ex República Yugoslava de Macedonia, en 2013 se sometieron a fiscalización nacional en el país 15 de esas sustancias.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

618. En 2013 se observó un mayor uso de la ruta de los Balcanes para el tráfico de drogas ilícitas, si bien no en el mismo grado que en 2007, cuando se registró su uso más intenso. La ruta, que se usa principalmente como corredor para el transporte de heroína procedente del Afganistán, atraviesa la República Islámica del Irán (a menudo pasando por el Pakistán), Turquía, Grecia, Bulgaria y Europa sudoriental para llegar al mercado de Europa occidental. Según los últimos cálculos de la UNODC, entran en Europa sudoriental entre 60 y 65 t de heroína al año. En 2013 y en los primeros meses de 2014 se registró un aumento del número de operaciones y el volumen de incautación de heroína en algunas zonas fronterizas de los países situados en la ruta de los Balcanes. Entre enero y marzo de 2014 aumentaron las incauciones de heroína en la ex República Yugoslava de Macedonia a lo largo de la ruta de los Balcanes, y el volumen de la incautación durante el primer trimestre de 2014 se acercó a la cantidad total incautada en 2013. Se observó cierto aumento de la incautación de heroína en Bulgaria en 2013. En Rumania en 2013 se registró un incremento notable, de casi un 150%, de la incautación de heroína con respecto a 2012; las autoridades del país informaron de que la

heroína entraba en su territorio desde Bulgaria. Las autoridades de Montenegro realizaron en 2013 las mayores incauciones de heroína de los últimos dos años en las fronteras del país con Bosnia y Herzegovina y Serbia. Las autoridades serbias también observaron un mayor tráfico de heroína a través del país en 2013.

619. Está aumentando el tráfico de heroína con destino a la Unión Europea a lo largo de la llamada “ruta meridional”, por la que se transporta la heroína hacia el sur desde el Afganistán, por el Cercano Oriente, el Oriente Medio y África, así como directamente desde el Pakistán. Bélgica y los Países Bajos siguen usándose como países de tránsito de los opiáceos que se transportan tanto por la ruta de los Balcanes como por la ruta meridional. Por ejemplo, los opiáceos procedentes del Afganistán llegan al Reino Unido, principalmente desde el Pakistán, pero también a través de Bélgica (donde el volumen de incautación de heroína aumentó notablemente en 2013) y los Países Bajos. Toda la heroína que se introdujo en Bélgica en aeronaves de pasajeros en 2013 procedía de África oriental.

620. La producción a gran escala de opiáceos en el Afganistán sigue representando un componente relativamente importante de la amenaza que constituye la droga en la Federación de Rusia. La ruta principal que siguen los opiáceos del Afganistán destinados a mercados ilícitos de la Federación de Rusia recorre la llamada “ruta septentrional” a través de los países de Asia central. La mayoría de estas drogas (prácticamente el 95%) se transportan cruzando la frontera entre la Federación de Rusia y Kazajstán. En 2013 se observó en la Federación de Rusia un aumento del volumen de incautación de heroína (que ascendió a 2,4 t, es decir a un 12, 5% más que en 2012).

621. El desmantelamiento de varios canales de distribución de opiáceos afganos en la Federación de Rusia dio lugar a un aumento de la demanda de alternativas caseiras en el mercado de consumo interno. Así, la Federación de Rusia se enfrenta a la sustitución de la heroína por drogas ilícitas más baratas, como el opio acetilado y el extracto de paja de adormidera. Son grupos delictivos organizados los que llevan a cabo el tráfico y la distribución ilícita de paja de adormidera, sobre todo haciéndola pasar por adormidera que se importa para fines alimentarios. En 2013 los organismos encargados de hacer cumplir la ley de la Federación de Rusia se incautaron de 2,2 t de paja de adormidera.

622. En Belarús el extracto de paja de adormidera se siguió introduciendo ilícitamente desde la Federación de Rusia y se siguió fabricando a partir de paja de adormidera de producción local. También se observó un aumento

del tráfico de heroína afgana desde la Federación de Rusia en grandes envíos a lo largo de la llamada ruta septentrional con destino a los mercados ilícitos de Belarús y Europa occidental, los Estados del Báltico y Ucrania. Asimismo, en Belarús se continuó observando tráfico de metadona desde la Federación de Rusia.

623. En Rumania el volumen de incautación de heroína aumentó casi un 150% en 2013, al pasar de 45 kg en 2012 a 112 kg en 2013.

624. El cultivo ilícito de cannabis sigue extendiéndose en Europa occidental y central, esencialmente para consumo nacional, y en algunos países se registran una profesionalización y una escala de cultivo cada vez mayores, mientras que en otros se observa una tendencia a recurrir a lugares de producción de menor escala, como propiedades residenciales. Hay grupos delictivos implicados en el cultivo ilícito de cannabis en la mayoría de los países de la subregión, y se ha informado de que estos están comenzando a utilizar múltiples lugares de cultivo más reducidos para evitar ser detectados.

625. El aumento del cultivo de cannabis se refleja en el número creciente de incautaciones de hierba de cannabis en Europa occidental y central (que actualmente excede al número de incautaciones de resina de cannabis) y de planta de cannabis. Según el EMCDDA, también aumentó la cantidad de plantas de cannabis incautadas, en más de un tercio, de 2011 a 2012. En términos de volumen total, la incautación de resina de cannabis siguió superando a la de hierba de cannabis. Así, el EMCDDA informó en 2012 de un volumen de incautación de 457 t de resina, lo que contrasta con la cifra de 105 t correspondiente a la hierba de cannabis. Tras el descenso que se venía experimentando desde 2008, el volumen de resina de cannabis incautado parece haberse estabilizado. La incautación de resina de cannabis por los servicios de aduanas en España, que representa aproximadamente las tres cuartas partes de la cantidad total incautada por los servicios de aduanas en todo el mundo, aumentó de 105,6 t en 2012 a 125,9 t en 2013; la incautación de resina de cannabis también aumentó en Francia, donde pasó de 11 t a 16,6 t. Durante el mismo período, la incautación en aduanas de hierba de cannabis en España pasó de poco más de una tonelada a 17,5 t, lo que constituyó el mayor aumento de ese tipo de incautaciones registrado en Europa por la OMA. En Italia, donde todavía se detecta el cultivo ilícito de cannabis a gran escala en el sur del país, el volumen de incautación de resina de cannabis (36,4 t) y de hierba de cannabis (28,8 t) en 2013 aumentó en un 66% y un 34%, respectivamente. Sin embargo, la incautación de plantas de cannabis disminuyó prácticamente en un 80%.

626. En el Reino Unido, que alberga cerca de una cuarta parte del mercado de hierba de cannabis de Europa, se incrementó la incautación en aduanas de resina y hierba de cannabis, mientras que disminuyó el volumen de incautación de planta de cannabis de cultivo nacional. No obstante, en general, se produjo un descenso del 43% de la cantidad total de resina de cannabis y hierba de cannabis en el Reino Unido entre 2011/12 (41,7 t) y 2012/13 (23,6 t), y un descenso del 19% del volumen de incautación de plantas de cannabis.

627. La entrada de cannabis en Europa occidental y central sigue estando caracterizada por el transporte de resina de cannabis por mar o aire, principalmente desde Marruecos, y el tráfico de hierba de cannabis en cantidades de más de una tonelada, sobre todo desde Albania, pero también desde otros países de Europa sudoriental. Existen indicios de que se está usando Europa sudoriental, en particular los Balcanes orientales, como ruta secundaria para el transporte de resina de cannabis de Marruecos a Europa occidental. La UNODC indica que, si bien no existen pruebas de que se esté transportando resina de cannabis del Afganistán por la ruta de los Balcanes, se han recibido informes sobre el transporte por mar de varias toneladas de resina de cannabis directamente desde el Pakistán hasta Europa occidental y central. El volumen de incautación de hierba de cannabis aumentó en dos tercios en Grecia de 2011 a 2012, y se cree que el país puede estar convirtiéndose en un centro de tráfico de esta sustancia; en 2013 se observó un gran descenso del cultivo de cannabis en ese país.

628. La producción y el consumo ilícitos de cannabis, y en especial de una forma altamente potente de esta sustancia, siguieron constituyendo los principales retos en materia de drogas ilícitas a los que se enfrentó Europa sudoriental. En 2013 la subregión siguió experimentando una expansión del tráfico de cannabis de origen albanés. Según la información sobre incautaciones comunicada por los servicios de aduanas por conducto de la base de datos de la Red de Aplicación de las Medidas Aduaneras de la OMA, Albania fue el país de origen de la mayor parte del cannabis que se introducía de contrabando en Europa, y unas 9 t de cannabis incautadas en otros lugares procedían presuntamente de Albania. La hierba de cannabis de Albania se transporta mediante envíos, que pueden llegar a pesar más de una tonelada, desde puertos del noroeste de Grecia o a través del mar Adriático con destino a los mercados de Italia, el Reino Unido y otros países de Europa occidental y central. La otra ruta que sigue la hierba de cannabis albanesa parece dirigirse hacia el norte a través de Montenegro, Bosnia y Herzegovina, Croacia y Eslovenia, y desde allí hasta Europa occidental.

629. En Bosnia y Herzegovina se registró un aumento del cultivo en interiores de una forma sumamente potente de cannabis. En Montenegro el volumen de incautación de cannabis siguió creciendo (1,3 t incautadas en 2013, frente a una tonelada en 2012). En Serbia se observó un aumento de la producción de cannabis en 2013; las autoridades serbias prevén que esa tendencia prosiga en 2014. En 2013 la policía serbia desmanteló varios laboratorios donde se producía una forma altamente potente de cannabis. Se informó de que el cannabis producido en Serbia se vendía en muchos países de Europa occidental. La hierba de cannabis siguió representando la mayor proporción del volumen de incautación de drogas ilícitas en Rumania (1.799 casos, es decir, un 59% del número total de incautaciones de drogas en 2013). No obstante, el volumen de hierba de cannabis incautado en el país en 2013 (165 kg) fue aproximadamente un 50% inferior al del año anterior y un 92% inferior al de 2007.

630. El cultivo de cannabis en las proximidades de Lazarat, localidad del sur de Albania, prosiguió a gran escala, lo que posiblemente convierte a esta localidad en una de las mayores zonas de producción de cannabis de Europa. No existen datos oficiales sobre la cantidad de cannabis que se cultiva en Lazarat, pero, según cálculos recientes, la producción anual podría haber alcanzado las 800 t, mientras que la incautación total de cannabis en Albania fue de 21 t en 2013. Según los informes, entre 4.000 y 5.000 personas trabajan a diario en plantaciones de cannabis de Lazarat. El nuevo Gobierno de Albania se ha comprometido a adoptar medidas estrictas para poner fin a la situación en esa localidad. Después de la temporada de la cosecha, la policía siguió incautándose de cantidades considerables de cannabis procedente de Lazarat. En una gran operación policial llevada a cabo en junio de 2014, en la que participaron más de 800 agentes, la policía albanesa detuvo a 30 presuntos traficantes de drogas y destruyó aproximadamente 55 t de *Cannabis sativa* en Lazarat.

631. En 2012 el volumen de incautación de cocaína en Europa occidental y central aumentó a 71 t, lo que constituyó aproximadamente el 99% de la incautación total de esa sustancia en Europa. Ese aumento se observó en los países de tránsito habituales, como Bélgica, España y Portugal, mientras que en los países conocidos por constituir importantes mercados de consumo, como Alemania, Francia e Italia, se registró una disminución. El volumen de incautación en Bélgica, España, Francia, Italia y los Países Bajos representó el 85% de la cantidad incautada en la Unión Europea en 2012. Bélgica, España, los Países Bajos y Portugal son los principales puntos de entrada de la cocaína destinada a los mercados de Europa occidental, y en 2012 se incautaron entre 10 t y 20 t en cada uno de esos países. La cantidad de cocaína incautada por

las autoridades aduaneras en Europa occidental aumentó notablemente, de 19,4 t en 2012 a 34,6 t en 2013, en especial en España y los Países Bajos.

632. Todo indica que la mayor parte de la cocaína se sigue transportando directamente desde América del Sur hasta Europa, si bien una proporción más reducida continúa transportándose a través de África occidental y parte de la cocaína que llega a África occidental en realidad atraviesa Europa. España comunicó que el 11% de la cocaína de que se había incautado en 2012 estaba destinada a Nigeria, probablemente para su reexportación a Europa. En 2012 los países de los cuales procedían las mayores cantidades de la cocaína incautada en Europa (en los casos en que se conocía el origen de la sustancia) fueron el Brasil (16%, del cual una gran parte era cocaína procedente de Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú) y Venezuela (República Bolivariana de) (16%, del cual una parte era cocaína fabricada en Colombia), seguidos de la República Dominicana (14%, sobre todo cocaína de Colombia), la Argentina (14%, principalmente cocaína de Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú), Colombia (11%), el Perú (9%) y el Ecuador (5%). La ruta de los Balcanes está perdiendo relevancia para el tráfico de cocaína con destino a Europa occidental y central, y la incautación en Europa sudoriental disminuyó de 2,2 t en 2009 a 350 kg en 2012. En 2013 se incautaron en Dinamarca grandes cantidades de cocaína que habían llegado directamente de Centroamérica, y no a través de otros países o regiones de tránsito como en épocas anteriores. En menor medida, puede que se estén usando los países de Europa occidental y central como puntos de tránsito para el tráfico de cocaína con destino a Oceanía.

633. Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*, el volumen de incautación de cocaína en Europa oriental sigue siendo reducido, y constituye solamente el 0,2% del total incautado en Europa. Al margen de América Latina, los países de Europa oriental citaron solo otros países europeos como países de tránsito de la cocaína que entró en su territorio en 2010-2012. La región del mar Báltico es el punto de entrada más probable de la cocaína que llega a la Federación de Rusia. Además, el puerto de Constanza (Rumania) sigue siendo una ruta alternativa que utilizan los grupos delictivos organizados para transportar cocaína procedente de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y Venezuela (República Bolivariana de) a Europa.

b) Sustancias sicotrópicas

634. La fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico ha continuado en Europa occidental y central,

principalmente para su consumo en la subregión, pero también, en menor medida, para proveer a otras zonas de Europa y más lejanas, como Asia occidental. La anfetamina sigue siendo el estimulante sintético más ampliamente disponible para fines ilícitos en Europa, seguido del éxtasis y la metanfetamina. En 2012 el volumen de incautación de anfetamina en la Unión Europea descendió a 5,5 t, frente a las 5,9 t incautadas en 2011, y la incautación en Alemania, los Países Bajos y el Reino Unido representó más de la mitad del total. Según los informes, esta sustancia se fabrica ilícitamente en Bélgica y los Países Bajos, así como en Polonia y los Estados del Báltico. En 2013 hubo un aumento en Bélgica de la cantidad de estimulantes de tipo anfetamínico incautados y del número de laboratorios ilícitos descubiertos donde se fabricaba anfetamina y éxtasis.

635. A pesar de que en los últimos años se han tenido indicios de la disponibilidad creciente de la metanfetamina en algunas zonas de la región, en particular en los países escandinavos, la incautación de metanfetamina en la Unión Europea se redujo a la mitad, de 0,7 t en 2011 a 0,34 t en 2012, nivel similar al observado en 2009 y 2010. Mientras que los laboratorios ilícitos de fabricación de anfetamina desmantelados en Europa occidental y central han sido en general de escala media a industrial, los laboratorios ilícitos de metanfetamina, más numerosos y ubicados mayormente en la República Checa, tienden a ser de pequeña escala. En 2013 se detectaron 261 laboratorios ilícitos de metanfetamina en la República Checa, lo que denota que se ha producido un aumento después del descenso observado desde 2011. Se ha comunicado que el creciente volumen de incautación de metanfetamina en ese país obedece a la mayor comercialización de la producción y distribución ilícitas de metanfetamina. Se ha observado que está resurgiendo el tráfico de metanfetamina de Asia occidental a Europa occidental y central, para su posterior reenvío a Asia sudoriental y, en menor medida, para consumo local.

636. En 2012 la incautación de comprimidos de éxtasis (4 millones de comprimidos) en la Unión Europea se mantuvo a un nivel similar al del año anterior, aunque inferior a un quinto del volumen de incautación máximo, que correspondió a 2002. Más de la mitad de los comprimidos que se incautaron en 2012 (2,4 millones) se encontraron en los Países Bajos (desde donde se transporta el éxtasis a otros países europeos), seguidos del Reino Unido y Alemania. Alemania e Irlanda registraron un aumento de la cantidad de éxtasis incautada en 2013, mientras que en el Reino Unido se observó un descenso de aproximadamente un tercio del volumen de incautación en Inglaterra y Gales entre 2011/12 y 2012/13. En 2013 se desmantelaron grandes locales de fabricación ilícita de

éxtasis en Bélgica y los Países Bajos, donde parece concentrarse la producción de éxtasis europeo, lo que indica una posible recuperación del mercado ilícito de esa sustancia tras el fuerte descenso del número de laboratorios descubiertos que se registró entre 2002 y 2010. De forma análoga, el contenido en MDMA de los comprimidos de éxtasis, que había disminuido hasta 2009, ha aumentado en los últimos años. En febrero de 2014 la Europol y el EMCDDA emitieron una advertencia conjunta sobre los comprimidos de éxtasis con alto contenido en MDMA, tras haber recibido noticias de varios fallecimientos asociados a dichos comprimidos en los Países Bajos y el Reino Unido.

637. Según la información disponible sobre incautaciones, en Rumania se experimentó un marcado aumento del tráfico de estimulantes de tipo anfetamínico en 2013 y se incautaron 27.596 comprimidos de esta sustancia, frente a los 12.903 comprimidos incautados en 2012. La mayoría de los comprimidos incautados eran de éxtasis que procedía de los Países Bajos.

638. Belarús comunicó que la anfetamina, la metanfetamina y el éxtasis que se consumen de forma ilícita en el mercado nacional seguían llegando al país desde los Estados del Báltico, la Federación de Rusia y Polonia. Una cantidad considerable de esas sustancias provenía de la ciudad rusa de San Petersburgo. Por otra parte, la Federación de Rusia comunicó que en 2013 se habían descubierto y desmantelado en su territorio 26 laboratorios ilícitos en los que se fabricaban estimulantes de tipo anfetamínico. Asimismo, se sabe que en Belarús existen pequeños laboratorios ilícitos que fabrican esas sustancias en pequeñas cantidades.

c) Precursores

639. La fabricación ilícita de metanfetamina en Europa occidental y central se concentra en dos zonas. En los Estados del Báltico la fabricación, esencialmente utilizando 1-fenil-2-propanona (P-2-P), tiene lugar sobre todo en Lituania, desde donde se transporta a Noruega, el Reino Unido y Suecia. En Alemania, Eslovaquia y la República Checa se produce metanfetamina de forma ilícita principalmente a partir de los precursores efedrina y seudofedrina, sobre todo con miras a abastecer el consumo interno. En 2013 se siguieron enviando grandes cantidades de APAAN desde Asia a través de Alemania, sobre todo con destino a los Países Bajos, y se detectaron en Polonia nuevos métodos y rutas para el envío de precursores de P-2-P de Asia para su uso en la fabricación ilícita.

640. En 2013 en la Federación de Rusia se incautaron 248 kg de precursores, lo que representa un descenso considerable con respecto a la cantidad incautada en 2012, año en que se incautaron 59 t de precursores en una sola operación.

641. En 2013 se observaron en Rumania varios intentos de contrabando de sustancias químicas no fiscalizadas que podían convertirse en precursores, protagonizados principalmente por ciudadanos de países donde se sabe que se fabrican ilícitamente grandes cantidades de drogas sintéticas, en concreto Bélgica y los Países Bajos.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

642. La creciente variedad y disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas sigue constituyendo un desafío en Europa. En 2013 el sistema de alerta temprana de la Unión Europea identificó por primera vez la cifra sin precedentes de 81 nuevas sustancias, frente a las 74 sustancias identificadas en 2012 y las 49 identificadas en 2011. De esas sustancias, 29 eran cannabinoides sintéticos, 14 eran fenetilaminas y siete eran catinonas sintéticas. Nueve de esas sustancias eran componentes farmacéuticos activos de medicamentos. En mayo de 2014 ya se habían comunicado al sistema 37 nuevas sustancias psicoactivas. Preocupa cada vez más en Europa la reciente aparición de “nuevos” opioides sintéticos, como el AH-7921, el MT-45, el carfentanilo y el ocfentanilo, algunos de los cuales se están comercializando como alternativas a la heroína.

643. Se ha observado con mucha inquietud la implicación cada vez mayor de grupos delictivos organizados en el mercado de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa. Si bien esas sustancias se fabrican clandestinamente en cierta medida en Europa, lo más habitual es que se importen a granel por medios legítimos desde Asia y luego se vuelvan a envasar y se comercialicen en Europa como “euforizantes legales” o “productos químicos de investigación”, o incluso se vendan en el mercado ilícito de drogas. Internet sigue usándose para vender nuevas sustancias psicoactivas, y en 2013 se identificaron 651 sitios web que vendían esas sustancias en la Unión Europea, frente a 693 identificados en 2012, 314 en 2011 y 170 en 2010. Se ha informado de que la venta de sustancias como la kava (*Piper methysticum*) y el ácido *beta*-fenil-*gamma*-aminobutírico (fenibuto) como “complementos alimenticios” aumenta la complejidad de este mercado en línea. Varios países comunicaron que había disminuido el número de tiendas de Internet y físicas en las que se vendían nuevas sustancias psicoactivas tras la aprobación de medidas legislativas nacionales.

644. La incautación en aduanas de khat aumentó notablemente de 2012 a 2013 en Francia (de 2,6 t a 34,2 t) y Noruega (de 6,4 t a 12 t), mientras que descendió en Alemania (de 27,7 t a 14,7 t) y Suecia (de 9,5 t a 5,7 t). En los Países Bajos, donde el khat se sometió a fiscalización en 2013, las autoridades aduaneras se incautaron de 8,9 t de esa sustancia. En Alemania la incautación total de khat realizada por los organismos encargados de hacer cumplir la ley descendió de 45,3 t en 2012 a 22,8 t en 2013.

645. Si bien el 80% del volumen de drogas incautadas en Belarús en 2013 eran alcaloides del opio extraídos de las semillas de adormidera, en enero de 2014 se aprobó legislación que restringió seriamente la circulación de semillas de adormidera como materia prima para la producción ilícita de drogas. Por consiguiente, las nuevas sustancias psicoactivas pasaron a ser las drogas predominantes en el mercado ilícito de Belarús. Las nuevas sustancias psicoactivas, como los cannabinoides sintéticos, las catinonas, como la *alfa*-pirrolidinopentiofenona (*alfa*-PVP) y la MDPV, y las fenetilaminas, como la 4-metil-anfetamina, cuya incautación fue aumentando en Belarús en 2013, llegaban al país desde China, Estonia y la Federación de Rusia.

646. La Federación de Rusia también se enfrenta a un reto cada vez más grave en lo que respecta a las nuevas sustancias psicoactivas. Entre 2012 y 2013 el volumen de incautación de esas sustancias en el país aumentó en un 50% y ascendió a 1.967 kg. La mayoría de esas sustancias proceden de Asia.

647. En 2013 la cantidad total de nuevas sustancias psicoactivas incautada en Rumania aumentó considerablemente con respecto a 2012, de 1,5 kg a 16,4 kg. Las trip-taminas fueron las nuevas sustancias psicoactivas de las cuales se incautó un mayor volumen (14,2 kg). En 2013 se realizó en Rumania una incautación importante de 12 kg de 5-MeO-DALT procedente de España. Además, se incautaron 1,48 kg de dimetocaína, anestésico local con propiedades estimulantes, que había llegado desde España por servicios aéreos comerciales. Durante 2013 las autoridades rumanas descubrieron y desmantelaron cuatro laboratorios clandestinos, dos de los cuales se dedicaban a refinar nuevas sustancias psicoactivas y los otros dos a fabricar esas sustancias para consumo personal.

5. Uso indebido y tratamiento

648. El cannabis sigue siendo la droga que más se consume en la Unión Europea, y el EMCDDA calcula que la prevalencia anual es del 5,3% en los adultos, del 11,2% en las personas de entre 15 y 34 años y del 13,9% en las

personas de entre 15 y 24 años. Se estima que casi el 1% de los adultos de Europa consumen cannabis a diario o casi a diario. Actualmente, el cannabis es la droga que citan con más frecuencia las personas que se someten a programas de tratamiento por primera vez como la droga que más consumen, y el número de esos casos se estabilizó en 2012 tras el aumento experimentado en el período 2006-2011. Las urgencias médicas relacionadas con el cannabis son un problema creciente en algunos países donde la prevalencia es más alta.

649. Si bien la prevalencia del consumo de cannabis en Europa occidental y central sigue siendo alta, hay indicios de que en general tiende a estabilizarse. Sin embargo, en algunos países con índices de prevalencia menores se ha registrado recientemente un aumento del nivel de consumo de cannabis, mientras que en algunos países en que el consumo es más elevado existen pruebas de que este está disminuyendo. Las encuestas a jóvenes de entre 15 y 24 años de edad realizadas en la Unión Europea revelaron que el consumo de cannabis había disminuido en general entre 2004 y 2011, si bien en 2011 y 2014 habían vuelto a aumentar tanto la prevalencia de vida como la del consumo en el último año y en el último mes. En la población de entre 15 y 24 años, la prevalencia del consumo de cannabis en el último año era del 17% en junio de 2014, lo que suponía un aumento con respecto al 14% registrado en 2011. El panorama general de las tendencias del consumo de cannabis en la subregión resulta más complejo por la creciente diversidad de los tipos de “productos” disponibles, como la hierba de cannabis de gran potencia y los productos sintéticos de efectos análogos a los del cannabis.

650. De acuerdo con el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*, del número total de personas ingresadas para recibir tratamiento en Europa oriental y sudoriental, la proporción de las que ingresaron por consumo de cannabis aumentó del 8% en 2003 al 15% en 2012, mientras que los opioides siguieron siendo la primera causa de tratamiento en esas subregiones.

651. Asimismo, en el *Informe Mundial sobre las Drogas 2014* se señala que el índice de consumo de opiáceos en Europa oriental, que se abastece de la heroína procedente del Afganistán, es considerablemente más elevado que el promedio mundial. La Federación de Rusia siguió albergando uno de los principales mercados de consumo de opiáceos ilícitos, y se transportaron hacia el norte desde el Afganistán, a través de Asia central, grandes cantidades de heroína.

652. Se calculó que la prevalencia anual del consumo de opioides, principalmente heroína, ascendía al 0,4% en

la población adulta en Europa occidental y central, y que el número de personas que habían consumido opiáceos el año precedente había descendido casi en un tercio de 2003 a 2012. Los opioides son la causa de un cuarto de los nuevos casos de tratamiento en la Unión Europea. En la mayoría de los países de la subregión se registraron tendencias a la baja del consumo de heroína; del mismo modo, el número de personas que se sometieron a tratamiento por primera vez por consumo de heroína descendió de un máximo de 59.000 en 2007 a 31.000 en 2012. Esto también se vio acompañado de un descenso prolongado de las muertes por sobredosis y de la infección por el VIH relacionada con las drogas (que habitualmente se relaciona con el consumo de heroína por inyección), que también ha disminuido a pesar de los últimos brotes de infección por VIH en drogodependientes que se han producido en Grecia y Rumania.

653. Entre 2009 y 2012 se registró en Europa una disminución de las muertes por sobredosis, especialmente de las relacionadas con el uso indebido de opioides; no obstante, dicho número sigue siendo alto y está aumentando en algunos países. En general, las muertes relacionadas con el consumo de heroína están disminuyendo, mientras que las asociadas a los opioides sintéticos están aumentando y ya exceden el número de muertes relacionadas con la heroína en algunos países. En Estonia, entre 2011 y 2012, se produjo un aumento del 38% en las muertes por sobredosis, de las cuales un 80% estaba relacionado con el fentanilo y sus derivados.

654. En Europa occidental y central la heroína está siendo reemplazada en parte por opioides sintéticos, que se fabrican de forma ilícita o se desvían del uso médico, entre los cuales se encuentran el fentanilo, la buprenorfina y la metadona. El problema es motivo de especial preocupación en Estonia y Finlandia, donde la mayoría de las personas que reciben tratamiento por consumo de opioides indican que la droga que más consumen es el fentanilo y la buprenorfina, respectivamente. En algunos países también se ha registrado un aumento del consumo de opioides farmacéuticos por inyección.

655. La escasa disponibilidad de heroína en Belarús y la Federación de Rusia dio lugar a un aumento del consumo de sustancias de producción local fácilmente accesibles, como el opio acetilado y el extracto de paja de adormidera. En 2013 el 53% de los consumidores de drogas que figuraban en el registro estatal relativo al uso indebido de drogas de Belarús habían consumido opio casero producido o bien a partir de paja de adormidera, o bien de semillas de plantas *Papaver somniferum L.* Asimismo, el número de personas que consumían metadona obtenida de forma ilícita aumentó en Belarús en un 12,6%.

656. En Belarús y Ucrania ha aumentado considerablemente el acceso a la terapia de sustitución de opioides, mientras que en la República de Moldova se ha seguido ofreciendo esta terapia a escala reducida y la Federación de Rusia ha continuado prohibiéndola.

657. Se calcula que la prevalencia anual del consumo de anfetaminas en Europa occidental y central es de un 0,4% en los adultos y un 0,9% en los jóvenes (de 15 a 34 años), y que la prevalencia oscila entre el 0% y el 2,5% y se mantiene relativamente estable en la mayoría de los países de la subregión. La anfetamina se sigue consumiendo más que la metanfetamina en la subregión y sigue constituyendo un gran problema en amplias zonas de Europa, especialmente en Europa septentrional. En la mayor parte de los países donde se han realizado encuestas recientemente se ha observado una disminución de la prevalencia del consumo de anfetamina. Hay indicios de que sigue habiendo cada vez más disponibilidad de metanfetamina y de que su consumo, que anteriormente se observaba principalmente en Eslovaquia y la República Checa, se sigue expandiendo a otros países de Europa occidental y central, en particular de Europa septentrional. Sin embargo, se ha informado de que el índice de consumo de metanfetamina en Eslovaquia y la República Checa se mantiene estable o está descendiendo y, por ejemplo, la prevalencia anual en los jóvenes de 15 a 34 años en la República Checa es del 1%. No obstante, en ambos países se ha registrado en los últimos años un aumento del número de personas que reciben tratamiento por primera vez por consumo de metanfetamina, que en 2012 representaban el 44,5% de los casos de tratamiento por consumo de drogas en Eslovaquia y el 68,2% en la República Checa. En un análisis de las aguas residuales que se realizó en diversas ciudades europeas se detectaron mayores concentraciones de anfetamina en ciudades de Bélgica y los Países Bajos, mientras que los niveles de metanfetamina más altos se midieron en ciudades de la República Checa y Noruega, país donde se observó una estabilización del consumo de esa droga. Se calculó que la prevalencia anual del consumo de éxtasis en Europa occidental y central era del 0,5% en la población adulta y del 1% en los jóvenes de entre 15 y 34 años, y que oscilaba entre el 0,1% y el 3,1%, dependiendo del país. La mayoría de los países de la subregión, incluidos todos los países en que se habían efectuado encuestas recientemente, comunicaron tendencias a la baja en lo que atañe al consumo de éxtasis.

658. El consumo de éxtasis en Europa oriental y sudoriental se ha mantenido por encima del promedio mundial, con una prevalencia anual del 0,6%. En la Federación de Rusia se registró un aumento considerable del consumo de anfetamina, metanfetamina y éxtasis en 2013.

En Belarús se observó también un ascenso notable del consumo de estimulantes anfetamínicos durante el mismo período, excepto en el caso del éxtasis, cuyo consumo permaneció al mismo nivel. También se registró cierto aumento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en Bosnia y Herzegovina. Una encuesta que se llevó a cabo en la República de Moldova en 2012 y 2013 reveló un aumento del consumo de metanfetamina en ese país.

659. La cocaína sigue siendo el estimulante que más se consume en Europa, aunque su prevalencia ha disminuido en los jóvenes (de 15 a 34 años) en la mayoría de los países donde se llevaron a cabo encuestas entre 2012 y 2014, y en general en los países con mayor prevalencia del consumo. Se calculó que la prevalencia anual del consumo de cocaína en Europa occidental y central era de aproximadamente el 1% en adultos en 2012, frente al 1,3% en 2010, y del 1,7% en los jóvenes de entre 15 y 34 años en 2012, frente al 2,1% en 2010. Sin embargo, en algunos países se ha registrado un aumento del nivel de consumo de cocaína. La cocaína fue citada como la droga más consumida por el 18% de las personas que se sometieron a tratamiento por primera vez, cuyo número disminuyó de un máximo de 38.000 en 2008 a 26.000 en 2012. Alrededor del 90% de todos los casos de tratamiento por consumo de cocaína como principal sustancia objeto de uso indebido se concentraron en Alemania, España, Italia, los Países Bajos y el Reino Unido.

660. Habida cuenta de la cifra récord de nuevas sustancias psicoactivas que se identificaron en Europa en 2013, ese problema de salud pública sigue siendo motivo de preocupación. Una encuesta realizada en la Unión Europea en junio de 2014 a jóvenes de 15 a 24 años reveló que la prevalencia de vida del consumo de esas sustancias había aumentado del 5% en 2011 al 8% en 2014 y que los aumentos más notables, incluso hasta superar porcentajes de dos cifras, se habían dado en Irlanda (de 16% al 22%), España (del 5% al 13%), Eslovenia (del 7% al 13%), Francia (del 5% al 12%), Eslovaquia (del 3% al 10%) y el Reino Unido (del 8% al 10%). Se han comunicado casos de muertes relacionadas con el consumo de diversas nuevas sustancias psicoactivas en Europa, como el 4,4'-DMAR (derivado parametil del 4-metilaminorex), el AH-7921 (opioides sintético), la MDPV (derivado sintético de la catinona), el MT-45 (opioides) y la metoxetamina (comercializada como alternativa a la ketamina), a las que se han dedicado sendos informes publicados recientemente por Europol y el EMCDDA. En el Reino Unido han aumentado en los últimos años los nuevos casos de tratamiento asociados a la ketamina y la mefedrona, que eran las sustancias que consumían el 10% de los jóvenes que se sometieron a tratamiento y el 2% de los adultos.

661. De acuerdo con las estimaciones conjuntas realizadas por la UNODC, el ONUSIDA, el Banco Mundial y la OMS a partir de los datos disponibles más recientes (2012), el problema del consumo de drogas por inyección es especialmente acuciante en Europa oriental y sudoriental, donde la prevalencia (1,26%) es 4,6 veces mayor que el promedio mundial (0,27%). En estas subregiones se han observado índices de consumo de drogas por inyección relativamente altos en la Federación de Rusia (2,29%), la República de Moldova (1,23%), Belarús (1,11%) y Ucrania (0,88% a 1,22%), todos ellos muy superiores al promedio mundial.

662. El número de consumidores de drogas por inyección que vivían con el VIH era especialmente elevado en Europa oriental y sudoriental, donde se calculaba que la prevalencia del VIH en esas personas era del 23,0% (frente a un promedio mundial del 13,1%) y que más de la mitad de las personas que consumían drogas por inyección vivían con la hepatitis C. En ambas subregiones se observó que en las personas que consumían drogas por inyección había una prevalencia relativamente alta del VIH en la Federación de Rusia (entre el 18,4% y el 30,7%) y Ucrania (21,5%). Además, el número anual de personas que consumen drogas por inyección a las que se diagnostica el VIH sigue siendo más elevado en esos dos países que en otros países de Europa oriental y sudoriental. Conforme a los resultados de un estudio de vigilancia centinela que se llevó a cabo en Belarús en 2013, la prevalencia del VIH en las personas que consumían drogas por inyección era del 14,2% y en algunas zonas del país superaba el 40%.

663. En la Unión Europea, el 38% de las personas que se someten a tratamiento por consumo de opioides y el 23% de las personas que lo hacen por consumo de anfetamina declararon haberse inyectado las sustancias. No obstante, durante el período comprendido entre 2006 y 2012 se redujo la proporción de nuevos casos de tratamiento en que los pacientes dijeron haberse inyectado drogas el mes precedente. En algunos países se han registrado cambios en el consumo de drogas por inyección que reflejan, por ejemplo, una posible sustitución de la inyección de heroína por la inyección de opioides farmacéuticos o sintéticos, estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas. El número de nuevos casos de infección por el VIH de personas que consumen drogas por inyección en la Unión Europea y Noruega disminuyó entre 2006 y 2010; no obstante, desde 2010 se viene observando un aumento, principalmente como resultado de la infección por el VIH en los jóvenes que consumen drogas por inyección en Grecia y Rumania. En 2010 en estos dos países se había producido poco más del 2% del total de nuevos casos diagnosticados en los

consumidores de drogas por inyección en la Unión Europea, mientras que en 2012 la cifra había aumentado al 37%. En otros países de la región está descendiendo el índice de nuevos casos de VIH diagnosticados en las personas que se inyectan drogas. El consumo de drogas por inyección sigue siendo el principal vector de transmisión de la hepatitis C en Europa, si bien se ha observado un descenso del índice de infección entre las personas que consumen drogas por inyección.

E. Oceanía

1. Novedades principales

664. En Oceanía las incautaciones y detenciones han alcanzado máximos históricos en el caso de muchos tipos de drogas y el número de consumidores de drogas va en aumento. En comparación con otras regiones del mundo, Oceanía ofrece un mercado en expansión para algunas drogas, como la cocaína, y los niveles de consumo de la mayoría de las sustancias en la población de la región son elevados. El incremento del volumen de drogas incautadas, en particular en Australia, se ha atribuido no solo al celo de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, sino también al aumento de las actividades de los grupos delictivos organizados transnacionales.

665. Debido a que el valor monetario de las drogas y los precursores sigue siendo relativamente alto en toda Oceanía, la región ha despertado interés a efectos de la fabricación ilícita y el tráfico. El crecimiento de los mercados de estimulantes de tipo anfetamínico y la proximidad de las rutas de tráfico de distintos productos ilícitos han provocado un aumento de la prevalencia del consumo de esas drogas en la mayoría de los países de Oceanía. La disponibilidad y el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas, que actualmente pueden encontrarse fácilmente en la mayor parte de Oceanía, se han convertido en una de las principales preocupaciones de la región. El floreciente mercado de esas sustancias sigue estando en rápida expansión, lo que plantea dificultades para hacer cumplir la ley en la región. La incapacidad de la legislación vigente para impedir que tales sustancias estén disponibles para su uso indebido ha influido especialmente en el incremento de la demanda.

2. Cooperación regional

666. En abril de 2014 la Organización Aduanera de Oceanía celebró en Suva su 16ª conferencia anual, sobre

el tema de la comunicación y el intercambio de información para mejorar la cooperación. Los delegados de los países miembros de la Organización examinaron la necesidad de reforzar la seguridad fronteriza. En abril de 2014 la secretaría de la Organización hizo una visita de evaluación a fin de ayudar al Gobierno de Palau con los procesos y productos relacionados con el intercambio de información e inteligencia. La visita fue efectuada por el grupo de trabajo encargado del fortalecimiento de la gestión de la información.

667. Los días 4 y 5 de junio de 2014 el Comité de Seguridad Regional del Foro de las Islas del Pacífico celebró su reunión anual en Suva. A la reunión asistieron representantes de los Estados miembros del Foro de las Islas del Pacífico y de las secretarías de los organismos regionales encargados de hacer cumplir la ley, como la Conferencia de Directores de Inmigración del Pacífico. Los debates celebrados durante la reunión se centraron en las tendencias relacionadas con las actividades ilícitas y las continuas amenazas a la seguridad en la región. Se señaló que una de esas amenazas pendientes era la participación de nacionales de países de la región en actividades delictivas transnacionales.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

668. En 2013 Nueva Zelandia aprobó la ley de sustancias psicoactivas, en virtud de la cual se aprobaron provisionalmente 47 productos que contenían nuevas sustancias psicoactivas y se otorgaron licencias a 150 minoristas para la comercialización de esos productos. No obstante, en vista de que tanto el Centro Nacional de Toxicología, como las salas de urgencias y los proveedores de tratamientos notificaban un número de problemas cada vez mayor en relación con el consumo de esas sustancias, y de que las protestas públicas organizadas contra la aprobación provisional de productos cobraban impulso, el 8 de mayo de 2014 se aprobó y entró en vigor en el país la ley de modificación de la ley de sustancias psicoactivas. La ley de modificación de 2014 revocó las aprobaciones provisionales de productos y las licencias provisionales concedidas a minoristas y mayoristas en virtud de la ley de 2013. Ahora está prohibida la venta de todas las sustancias psicoactivas, salvo que reciban la aprobación del organismo regulador nacional una vez efectuados los ensayos clínicos pertinentes. Para vender productos que contienen esas sustancias, las empresas deben demostrar a un comité de expertos que el producto en cuestión solo representa un “riesgo leve”. No obstante, de conformidad con la ley de modificación ya no se

permite utilizar animales en los ensayos clínicos para demostrar que existe un riesgo leve.

669. En julio de 2014 el Comité Intergubernamental Antidrogas de Australia creó un marco para responder a las nuevas sustancias psicoactivas a nivel nacional. El Comité gestiona la labor que se está llevando a cabo como parte de la estrategia nacional de lucha contra las drogas para 2010-2015, y el nuevo marco prestará asistencia para el intercambio de información y la comunicación en lo que respecta a las nuevas sustancias psicoactivas, la evaluación del daño y las disposiciones relativas a la clasificación. El marco también tiene por objeto fomentar la coherencia a nivel nacional y el trato uniforme de las sustancias análogas a las drogas. En 2012 y 2013 varios estados y territorios de Australia aprobaron reformas legislativas y normativas. En 2013 Nueva Gales del Sur aprobó la nueva ley sobre sustancias psicoactivas y Queensland modificó la ley sobre el uso indebido de drogas de 1986 a fin de crear un nuevo delito de tráfico de precursores utilizados en la producción de sustancias peligrosas.

670. En lo que respecta a los centros forenses y de datos, en 2013 la policía federal australiana puso oficialmente en marcha la iniciativa nacional de laboratorios de análisis rápidos a fin de agilizar la clasificación de casos por orden de prioridad y su examen, en particular en lo que respecta a los casos relacionados con la entrada de drogas ilícitas en Australia a través del sistema postal. Este programa contribuye a combatir el tráfico de drogas mediante el fortalecimiento de la capacidad nacional para determinar el origen de los paquetes de fármacos expedidos, que a menudo contienen metanfetamina o seudofedrina.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

671. En lo que respecta al uso indebido y las incautaciones, el cannabis sigue siendo la droga más consumida en Oceanía y domina el mercado de las drogas ilícitas. Existen indicios de que en Australia ha proseguido la tendencia general al aumento del consumo. También está aumentando el acceso de los consumidores al cannabis en toda la región. En el período 2012-2013 Australia registró niveles históricos en la incautación de cannabis en su frontera, normalmente en forma de semillas enviadas a través del sistema postal. Por peso, el volumen de incautación de cannabis en 2012-2013 fue el segundo más alto registrado en Australia en el último decenio.

672. El cannabis es también la droga que más se consume en Nueva Zelanda, país en que se registra una prevalencia en general estable. En toda la región, el cannabis se produce predominantemente a nivel local y no hay pruebas de tráfico a otras regiones. Los datos más recientes de Nueva Zelanda ponen de manifiesto que coexisten dos tendencias: la estabilidad de la prevalencia y la disminución del número de incautaciones de hierba de cannabis entre 2012 y 2013 (de 5.877 en 2012 a 4.872 en 2013). En Nueva Zelanda todos los años se lleva a cabo una operación nacional contra los delitos relacionados con el cannabis durante la época de recolección en verano, operación que suele saldarse con el mayor volumen de incautación de cannabis cada año.

673. Si bien existen en Oceanía fluctuaciones anuales en la incautación de cocaína, la demanda ilícita de esta droga tiene visos de crecer a largo plazo. En Australia la demanda ilícita de cocaína y su consumo en general parecen estar expandiéndose; en 2012-2013 aumentó el número y el volumen de incautaciones a nivel nacional. Las tendencias registradas en Australia también ponen de relieve un aumento en el número de remesas de cocaína incautadas en los puntos de acceso al país. En 2012-2013 más del 94% de las incautaciones en la frontera se produjeron en el sistema postal y los lugares de embarque para el tráfico de esa droga se localizaron en 56 países diferentes. En el informe de Nueva Zelanda correspondiente a 2013 también se indica que hubo un ligero aumento de las incautaciones de cocaína.

674. En Australia la incautación de heroína en los puntos de acceso al país, en particular a través de los servicios postales, aumentó en 2012-2013. El número de países en que se localizaron puntos de embarque para el tráfico de heroína pasó de 19 en 2011-2012 a 25 en 2012-2013. La mayor parte de la heroína que llega a Australia parece proceder de Asia sudoriental, al tiempo que sigue registrándose un aumento de la entrada de heroína afgana en la región de Oceanía. Cabe señalar que Australia experimentó una disminución en el número de incautaciones de heroína, pero que, así y todo, registró su tercera cifra más alta del último decenio. Ello significa que, en 2013, Australia dejó de encontrarse entre los diez países donde se incauta el mayor volumen de heroína, pese a haber ocupado el octavo puesto en 2012. Nueva Zelanda también registró cierto aumento en el uso indebido de heroína y opioides farmacéuticos en 2013.

b) Sustancias sicotrópicas

675. El mercado de los estimulantes de tipo anfetamínico parece estar creciendo en Oceanía, donde la droga

de preferencia sigue siendo la metanfetamina. Australia ha informado de un aumento en el número y el volumen de incautaciones nacionales de esas sustancias. Así, por ejemplo, el volumen de incautación aumentó en un 310,4% entre los períodos 2011-2012 y 2012-2013. Las detenciones en Australia por delitos relacionados con los estimulantes de tipo anfetamínico también han aumentado, en un 131,3%, durante el último decenio, y en 2012-2013 fueron detenidas 22.189 personas. El número de remesas de estimulantes anfetamínicos incautadas en la frontera australiana (excluido el éxtasis) aumentó en 2012-2013 en un 85,6% respecto del año al que se refería el informe anterior, hasta alcanzar un máximo histórico. El volumen total en peso de los estimulantes anfetamínicos (excluido el éxtasis) incautados en los puntos de acceso al país aumentó en un 515,8% en 2012-2013.

676. Si bien el mercado de la metanfetamina en Nueva Zelanda se nutre principalmente de la fabricación interna, los informes indican que, al igual que en el año anterior, se está importando más metanfetamina elaborada en el exterior. Ello puede responder a que las importaciones de precursores están siendo objeto de medidas represivas más duras, o al hecho de que los grupos delictivos internacionales ven la oportunidad de obtener ganancias considerables debido al elevado precio que la gente está dispuesta a pagar por la metanfetamina en el país. La diversidad y procedencia de los grupos delictivos organizados y de los delincuentes que intervienen en la fabricación de metanfetamina en Nueva Zelanda parece ir en aumento. La demanda de éxtasis sigue siendo muy elevada en toda Oceanía, donde la prevalencia a nivel regional se acerca al 3%.

c) Precursores

677. El constante contrabando de efedrina y pseudoefedrina permite seguir fabricando cantidades considerables de metanfetamina de forma ilícita en Oceanía. En junio de 2014 la efedrina representaba el 74,3% del volumen total de precursores incautado en la frontera de Nueva Zelanda. Según las autoridades neozelandesas, la cantidad de pseudoefedrina que se desvía es muy pequeña. El Gobierno ha informado también de que está colaborando con el Gobierno de China para reducir el suministro de metanfetamina y precursores a Nueva Zelanda.

678. En Australia el número de remesas de precursores de estimulantes de tipo anfetamínico (excluido el éxtasis) incautadas en la frontera se incrementó en un 11,3%, y pasó de 937 en 2011-2012 a 1.043 en 2012-2013. Esa fue la mayor cantidad de remesas de precursores

incautada en el último decenio. Prácticamente el 100% del volumen en peso de precursores de éxtasis incautado en 2012-2013 estaba compuesto por safrol. Australia señaló que en el año a que se refería el informe anterior se había producido una disminución en el número de laboratorios clandestinos, si bien los 757 laboratorios detectados en 2012-2013 seguían representando la segunda cifra más elevada registrada en los últimos 10 años. La mayoría de esos laboratorios seguían encontrándose en zonas residenciales. El número de laboratorios de fabricación de éxtasis, aunque reducido, aumentó en un 250% y se situó en siete. Las autoridades neozelandesas detectaron en 2013 un total de 53 laboratorios clandestinos que fabricaban metanfetamina; tres de ellos también producían éxtasis y *gamma*-butirolactona. Además, Nueva Zelanda ha explicado cómo colaboran los minoristas con la policía en el país para limitar las ventas de tolueno, sustancia que suele utilizarse en los procesos de fabricación.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

679. Aunque los datos de que se dispone proceden fundamentalmente de Nueva Zelanda y Australia, en la mayor parte de Oceanía pueden encontrarse nuevas sustancias psicoactivas. Los cannabinoides sintéticos son las nuevas sustancias psicoactivas más frecuentes en esos dos países, si bien la expansión del mercado de nuevas sustancias es una de las principales preocupaciones para los gobiernos de la región. Las nuevas sustancias psicoactivas se están empleando de forma habitual como sucedáneos de la MDMA en comprimidos de tipo éxtasis. En los análisis forenses se sigue detectando poca o ninguna cantidad de MDMA en esos comprimidos, y se ha comprobado que principalmente consisten en una mezcla de otras drogas ilícitas o de sustancias no sometidas a fiscalización, entre ellas las piperazinas, la ketamina, la metanfetamina, la mefedrona, la 4-metilecatinona (la sustancia más habitual encontrada en los comprimidos de tipo éxtasis) y la cafeína. Australia también ha señalado que la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas es un problema cada vez mayor de salud pública y dificulta la labor de los organismos encargados de hacer cumplir la ley. Asimismo, ha informado de que en 2012-2013, si bien disminuyó el número de incautaciones en las fronteras de sustancias que contenían análogos de drogas y nuevas sustancias psicoactivas, el peso de las incautaciones había aumentado a más del doble. El mayor número de incautaciones correspondió a las nuevas sustancias de tipo catinona. Australia ha indicado que, en general, la vigilancia de las tendencias relativas a las nuevas sustancias psicoactivas y la información disponible al respecto

son más bien reducidas, debido a lo difícil que resulta registrar datos de forma precisa sobre esas drogas.

5. Uso indebido y tratamiento

680. El cannabis sigue siendo la droga que más se consume en la región de Oceanía, con una prevalencia anual permanentemente por encima del 10%. La Junta observa que la falta de estadísticas completas sobre el uso indebido de drogas en los países insulares del Pacífico no permite evaluar de forma exhaustiva ni la situación general de Oceanía en materia de fiscalización de drogas, ni la capacidad de los gobiernos de la región para combatir el uso indebido de drogas como problema de salud pública y administrar el tratamiento necesario.

681. Según los resultados de la última encuesta por hogares realizada en relación con la estrategia nacional de lucha contra las drogas de Australia, durante el período 2010-2013 los niveles de consumo de cannabis (con una prevalencia anual del 10,2% en la población mayor de 14 años) y cocaína (2,1%) se mantuvieron estables, pero disminuyó la prevalencia del uso indebido de algunas drogas, como la heroína (del 0,2% al 0,1%), el éxtasis (del 3,0% al 2,5%) y el GHB, aunque el uso indebido de preparados farmacéuticos pasó del 4,2% en 2010 al 4,7% en 2013⁵³. Si bien la prevalencia general de uso indebido de anfetaminas (metanfetamina y anfetamina) se mantuvo estable (en un 2,1%), el porcentaje de consumidores de anfetamina que usaba metanfetamina en polvo disminuyó, del 51% al 20%, mientras que el porcentaje de consumidores que optaba por la metanfetamina cristalina aumentó a más del doble, pasando del 22% en 2010 al 50% en 2013.

682. En Australia la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas nuevas y emergentes por personas de 14 años de edad y mayores en el último año fue del 0,4% en 2013, mientras que la prevalencia del consumo de cannabinoides sintéticos por el mismo grupo de edad en el último año fue del 1,2%. La prevalencia del consumo de éxtasis en el último año disminuyó del 3,0% registrado en 2010 al 2,5% en 2013, mientras que la del consumo de cocaína siguió siendo del 2,1% durante todo el período.

683. En Nueva Zelanda se registraron 75 muertes en 2013 atribuidas, al menos indirectamente, al consumo de drogas. El número de personas que entró en contacto oficial con la policía y el sistema de justicia penal de Nueva

⁵³No se indica ningún grupo de edad medio con relación a esta estadística, ni se aclara si se refiere a la prevalencia anual o a la prevalencia de vida, aunque es probable que se refiera a la anual.

Zelandia por delitos relacionados con la tenencia de drogas para el consumo propio ascendió a 6.597, y en 5.525 de esos casos se trataba de delitos relacionados con el cannabis. Las últimas cifras correspondientes a 2012 indican que 41.806 personas recibieron tratamiento por consumo de drogas, de las que más del 37% se sometía a tratamiento por primera vez. Según el Gobierno de Nueva Zelandia, también hay aproximadamente 15.000 personas en el país que tienen un problema grave de consumo de opioides.

684. El consumo de sustancias relacionadas con la anfetamina ha sido desde hace tiempo un motivo importante de preocupación en la región de Oceanía. Para responder a ese problema, Nueva Zelandia instituyó en 2009 un plan

de acción nacional contra la metanfetamina, con objeto de promover medidas de control de la oferta y clasificar los principales precursores en sus listas de sustancias fiscalizadas. Gracias a ese plan de acción, la prevalencia del consumo de metanfetamina registrada en el último año en Nueva Zelandia pasó del 2,2% de la población adulta en 2009 al 0,9% en 2013; ese descenso se ha notado en particular en el número de personas que se inician en el consumo. Australia facilita periódicamente información relativa a los métodos de tratamiento disponibles en el país contra las sustancias relacionadas con la anfetamina, que incluyen servicios de orientación, comunidades terapéuticas y grupos de autoayuda; además, las encuestas indican que el tratamiento y la rehabilitación gozan de gran apoyo a nivel nacional.

Capítulo IV.

Recomendaciones dirigidas a los gobiernos, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y regionales competentes

685. El presente capítulo se basa en las principales conclusiones que figuran en los capítulos anteriores. Como siempre, la Junta agradecería que los gobiernos le transmitieran información sobre sus experiencias en la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas y las dificultades que hayan podido tener a ese respecto.

Un enfoque amplio, integral y equilibrado del problema mundial de las drogas

686. Un enfoque amplio, integral y equilibrado sigue siendo el elemento esencial de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Se invita a los gobiernos a que, al aplicar los tratados, pongan en práctica las recomendaciones que figuran a continuación.

Recomendación 1: La Junta invita a los gobiernos a que fomenten la cooperación entre todas las instancias interesadas en los planos nacional, regional e internacional. A esos efectos, los gobiernos deberían velar por que todas las instancias pertinentes participen en la planificación estratégica, la aplicación y el seguimiento de las políticas de fiscalización de drogas.

Recomendación 2: La Junta invita a los gobiernos a que otorguen la misma importancia a la reducción de la oferta y de la demanda, teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos, socioculturales y de seguridad y estabilidad que repercuten en el problema de las drogas. Para poner en práctica un enfoque de esa índole se precisarían medidas de amplio alcance, algunas de las cuales no

son competencia inmediata ni parte del mandato esencial de ninguna de las diversas instituciones de las Naciones Unidas que se ocupan de la fiscalización de drogas. Por tanto, la Junta invita a todas las demás organizaciones internacionales competentes a que, de conformidad con sus respectivos mandatos, aporten a ese empeño sus conocimientos especializados y den su apoyo a los gobiernos en la aplicación de ese enfoque.

Recomendación 3: La Junta invita a los gobiernos a que velen por que todos los aspectos del problema de las drogas se traten de una manera equilibrada y amplia. Deben tenerse en cuenta las particularidades nacionales y locales que revista el problema de la fiscalización de drogas y, al mismo tiempo, se debe recurrir a las pruebas científicas más recientes. En especial, los Estados Miembros deberían prestar su apoyo político y proporcionar recursos suficientes a las actividades relacionadas con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, la aplicación de la ley y la lucha contra el blanqueo de dinero.

Recomendación 4: La Junta invita a los gobiernos a que hagan frente de manera eficaz y sostenible a todos los factores que exacerban el problema mundial de las drogas, incluyendo para ello los temas relacionados con las drogas en los programas más amplios de desarrollo socioeconómico, e incorporen todas las normas pertinentes de derechos humanos en las políticas relacionadas con las drogas, también en sus aspectos relativos a los grupos de población especialmente vulnerables, como los niños.

Recomendación 5: La Junta invita a los gobiernos a que aprovechen la oportunidad que representa el próximo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, que se

celebrará en 2016, para hacer una valoración crítica de sus políticas de fiscalización de drogas y de la medida en que el principio de un enfoque amplio, integral y equilibrado se refleja en la práctica, entre otras cosas en lo que respecta a su apoyo político y sus modalidades de financiación.

Disponibilidad

687. El doble objetivo del sistema de fiscalización internacional de drogas es asegurar la disponibilidad y el uso racional de las sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y, al mismo tiempo, prevenir el tráfico de esas sustancias y su uso indebido. No obstante, sigue existiendo un grave desequilibrio a escala mundial en el consumo de drogas para mitigar el dolor y tratar otros problemas de salud, ya que el consumo se concentra principalmente en los países industrializados.

Recomendación 6: La Junta recuerda a los gobiernos su obligación de asegurar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos. Los Estados Miembros deberían intensificar su cooperación con la Junta, la OMS y otras partes interesadas pertinentes en esa esfera y utilizar plenamente el informe especial presentado por la Junta en 2010, titulado *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos*, y la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, elaborada por la Junta y la OMS, que se publicó en 2012.

Recomendación 7: La Junta invita a los países a que adopten todas las medidas necesarias para facilitar el acceso a analgésicos opioides y sustancias sicotrópicas a las personas que los necesiten, incluso mediante la capacitación de los profesionales de la salud y la agilización de los procedimientos administrativos que rigen la prescripción de medicamentos, así como unas prácticas adecuadas de distribución nacional y de importación.

Cannabis

688. La Convención de 1961 permite a los Estados partes el uso del cannabis con fines médicos. En atención a las preocupaciones que suscitan el uso indebido y la desviación de esa sustancia, en la Convención de 1961 se establece un conjunto adicional de medidas de fiscalización que deberían aplicarse para que los programas para el uso de cannabis con fines médicos sean conformes a ella. A ese respecto, la Junta reitera su invitación a la OMS

para que evalúe la posible utilidad médica del cannabis y el grado en el cual esa sustancia representa un riesgo para la salud humana.

Recomendación 8: Se recuerda a todos los gobiernos que hayan creado programas para el uso de cannabis con fines médicos, o que estén estudiando la posibilidad de poner en marcha iniciativas de esa índole, las obligaciones de presentación de informes y concesión de licencias que han contraído en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Es importante que en esos programas se vele por que se recete cannabis para tales fines con conocimientos y supervisión médicos adecuados, y que la prescripción de cannabis se base en prácticas médicas racionales. Se invita a los Estados partes en la Convención de 1961 en los que se lleven a cabo investigaciones de esa índole a que comuniquen a la OMS, la JIFE y demás organizaciones internacionales competentes los resultados de sus investigaciones y demás datos obtenidos sobre la utilidad médica del cannabis.

Cultivo de adormidera

689. El examen llevado a cabo por la Junta de la demanda y la oferta de materias primas de opiáceos para fines médicos y científicos indica que la cantidad de esas materias primas disponible para la fabricación de estupefacientes con fines médicos, incluido el alivio del dolor, es más que suficiente para atender el nivel actual de demanda estimado por los gobiernos, y que tanto la producción como las existencias siguen aumentando.

Recomendación 9: Se insta a los países cultivadores y productores a que tengan debidamente en cuenta el artículo 29, párrafo 3, y el artículo 30, párrafo 2, de la Convención de 1961, en los que se exige a las partes que impidan que se acumulen cantidades de paja de adormidera superiores a las necesarias para el funcionamiento normal de las empresas, teniendo en cuenta las condiciones que prevalezcan en el mercado.

Sustancias sicotrópicas

690. Se pide la presentación con carácter voluntario de datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas de conformidad con la resolución 54/6 de la Comisión de Estupefacientes, titulada "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". La presentación de esos datos es una condición indispensable para poder realizar un análisis preciso de los niveles de consumo en todo el mundo y determinar la existencia de indicadores poco comunes lo antes posible.

Recomendación 10: Todos los gobiernos que no lo hayan hecho aún deberían establecer los mecanismos legislativos y administrativos necesarios que les permitan reunir datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas con fines médicos y científicos y transmitir esos datos a la Junta, como en el caso de los estupefacientes. De esa manera se promoverá también la disponibilidad suficiente de tales sustancias.

Comercio internacional lícito

691. Durante los últimos años, la Junta ha encabezado las iniciativas orientadas a crear un instrumento electrónico que facilite y agilice la labor de las autoridades nacionales competentes y permita reducir el riesgo de desviación de esas sustancias. El nuevo instrumento, llamado Sistema Internacional de Importaciones y Exportaciones (I2ES), ayudará a las autoridades nacionales competentes, ya que su funcionamiento garantizará que se cumplan íntegramente las prescripciones establecidas en los tratados de fiscalización internacional de drogas y se protejan los datos contenidos en el sistema.

Recomendación 11: La Junta invita a todos los gobiernos a que apoyen política y financieramente el sistema I2ES y estudien la posibilidad de utilizarlo cuanto antes. Únicamente si lo utilizan desde un principio y de manera generalizada podrán los gobiernos aprovechar plenamente los beneficios que el sistema reporta.

Precursores

692. Durante los últimos 25 años, la cooperación internacional en el ámbito de la fiscalización de precursores ha dado importantes resultados para prevenir la desviación del comercio internacional de sustancias químicas fiscalizadas, pero también es necesario perfeccionar el sistema para adaptarlo al futuro. En el informe de la Junta correspondiente a 2014 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 figuran más detalles sobre ese tema.

Recomendación 12: Se invita a los gobiernos y a las organizaciones regionales e internacionales competentes a que aprovechen el próximo período extraordinario de

sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, que se celebrará en 2016, para colaborar entre sí y con la JIFE a fin de hacer frente a las dificultades señaladas en el informe de la Junta correspondiente a 2014 sobre los precursores. A juicio de la Junta, las siguientes medidas revisten una importancia fundamental: prevenir la desviación; intensificar los lazos de colaboración entre el sector público y el sector privado para hacer frente también a las sustancias químicas no sometidas a fiscalización y los precursores de diseño, y la aplicación general y sistemática de todos los medios disponibles, como el sistema PEN Online, el sistema PICS, la lista de vigilancia internacional especial de sustancias no incluidas en los Cuadros y las directrices y modelos de memorandos de cooperación con las industrias químicas.

Recomendación 13: Los gobiernos deberían cooperar estrechamente entre sí y con la Junta en operaciones con objetivos concretos en el marco del Proyecto Prisma y el Proyecto Cohesión, a fin de determinar y hacer frente a las tendencias del abastecimiento y el tráfico ilícitos de precursores. En ese tipo de actividades, no cabe considerar que las incautaciones de precursores sean el fin último de las investigaciones dirigidas a prevenir incidentes similares en el futuro, sino el principio.

Sustancias no sometidas a fiscalización

693. Muchos gobiernos han comunicado la detección de un número en rápida progresión de nuevas sustancias psicoactivas no sometidas a fiscalización, y el uso indebido y el tráfico de esas sustancias aumentan en todo el mundo. Sin embargo, la información fidedigna de que se dispone sobre esas sustancias es escasa.

Recomendación 14: En cumplimiento de lo dispuesto en la resolución 57/9 de la Comisión de Estupefacientes, la Junta exhorta a los Estados Miembros a que apoyen activamente a la OMS en su evaluación crítica de nuevas sustancias psicoactivas y a que presenten recomendaciones sobre su clasificación a la Comisión; a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, de manera que pueda reunir datos completos por medio de su sistema de alerta temprana, y a la JIFE para que su grupo de tareas sobre las nuevas sustancias psicoactivas pueda recibir, coordinar y transmitir información e inteligencia operacionales a los coordinadores del Proyecto Ion para apoyar la identificación y el desmantelamiento y la desarticulación de los principales abastecedores y redes de distribución de nuevas sustancias psicoactivas.

Promoción de la aplicación sistemática de los tratados de fiscalización internacional de drogas

694. En marzo de 2014, en la serie de sesiones de alto nivel del 57° período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, los representantes gubernamentales aprobaron por consenso una declaración ministerial conjunta en la que recalcaron que los tres tratados de fiscalización internacional de drogas constituían la piedra angular del sistema de fiscalización internacional de drogas. A la Junta le preocupan las iniciativas, incompatibles con esos tratados, por las que se ha legalizado el cannabis para fines no médicos en el Uruguay y algunos estados de los Estados Unidos.

Recomendación 15: La Junta reitera su posición con respecto a la legalización del uso con fines no médicos de sustancias incluidas en las Listas y Cuadros e insta una vez más a todos los Estados a que garanticen el pleno cumplimiento de los tratados en los que son partes y se abstengan de adoptar políticas y medidas que podrían

(Firmado)
Lochan Naidoo
Presidente

(Firmado)
Andrés Finguerut
Secretario

menoscabar la integridad del sistema de fiscalización internacional de drogas y que pueden suponer un mayor riesgo para la salud de sus ciudadanos.

695. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes observa la cooperación brindada por el Gobierno del Afganistán, así como las medidas adoptadas y el compromiso expresado por ese Gobierno para aplicar una fiscalización de drogas eficaz. No obstante, el deterioro de la situación de la fiscalización de drogas en el país, en particular el reciente aumento de la superficie dedicada al cultivo de la adormidera, representa un considerable problema a escala nacional y mundial.

Recomendación 16: El Gobierno del Afganistán debería seguir reforzando su capacidad en los ámbitos de la represión del tráfico de drogas, la promoción de medios de vida alternativos y la prevención y el tratamiento del uso indebido de drogas en el país. La Junta alienta al Gobierno a que siga solicitando asistencia internacional para hacer frente al problema de las drogas y a que intensifique su cooperación tanto en el plano regional como en el internacional.

(Firmado)
Sri Suryawati
Relatora

Viena, 14 de noviembre de 2014

Anexo I.

Agrupaciones regionales y subregionales utilizadas en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014

A continuación se indican las agrupaciones regionales y subregionales utilizadas en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014, junto con los Estados de cada una de esas agrupaciones.

África

Angola	Guinea Ecuatorial
Argelia	Kenya
Benin	Lesotho
Botswana	Liberia
Burkina Faso	Libia
Burundi	Madagascar
Cabo Verde ^a	Malawi
Camerún	Malí
Chad	Marruecos
Comoras	Mauricio
Congo	Mauritania
Côte d'Ivoire	Mozambique
Djibouti	Namibia
Egipto	Níger
Eritrea	Nigeria
Etiopía	República Centroafricana
Gabón	República Democrática del Congo
Gambia	República Unida de Tanzania
Ghana	Rwanda
Guinea	Santo Tomé y Príncipe
Guinea-Bissau	Senegal

Seychelles
Sierra Leona
Somalia
Sudáfrica
Sudán
Sudán del Sur

Swazilandia
Togo
Túnez
Uganda
Zambia
Zimbabwe

Centroamérica y el Caribe

Antigua y Barbuda
Bahamas
Barbados
Belice
Costa Rica
Cuba
Dominica
El Salvador
Granada
Guatemala

Haití
Honduras
Jamaica
Nicaragua
Panamá
República Dominicana
Saint Kitts y Nevis
San Vicente y las Granadinas
Santa Lucía
Trinidad y Tabago

América del Norte

Canadá
Estados Unidos de América

México

América del Sur

Argentina
Bolivia (Estado Plurinacional de)
Brasil
Chile
Colombia
Ecuador

Guyana
Paraguay
Perú
Suriname
Uruguay
Venezuela (República Bolivariana de)

Asia oriental y sudoriental

Brunei Darussalam
Camboya
China
Filipinas
Indonesia
Japón
Malasia
Mongolia

Myanmar
República de Corea
República Democrática Popular Lao
República Popular Democrática de Corea
Singapur
Tailandia
Timor-Leste
Viet Nam

Asia meridional

Bangladesh	Maldivas
Bhután	Nepal
India	Sri Lanka

Asia occidental

Afganistán	Kirguistán
Arabia Saudita	Kuwait
Armenia	Líbano
Azerbaiyán	Omán
Bahrein	Pakistán
Emiratos Árabes Unidos	Qatar
Estado de Palestina ^a	República Árabe Siria
Georgia	Tayikistán
Irán (República Islámica del)	Turkmenistán
Iraq	Turquía
Israel	Uzbekistán
Jordania	Yemen
Kazajstán	

Europa

Europa oriental

Belarús	República de Moldova
Federación de Rusia	Ucrania

Europa sudoriental

Albania	ex República Yugoslava de Macedonia
Bosnia y Herzegovina	Montenegro
Bulgaria	Rumania
Croacia	Serbia

Europa occidental y central

Alemania	Eslovaquia
Andorra	Eslovenia
Austria	España
Bélgica	Estonia
Chipre	Finlandia
Dinamarca	Francia

^aEn virtud de la resolución 67/19 de la Asamblea General, de 29 de noviembre de 2012, se ha concedido al Estado de Palestina la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas. El nombre "Estado de Palestina" se utiliza ahora en todos los documentos de las Naciones Unidas.

Grecia
Hungría
Irlanda
Islandia
Italia
Letonia
Liechtenstein
Lituania
Luxemburgo
Malta
Mónaco

Noruega
Países Bajos
Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
República Checa
San Marino
Santa Sede
Suecia
Suiza

Oceanía

Australia
Fiji
Islas Cook
Islas Marshall
Islas Salomón
Kiribati
Micronesia (Estados Federados de)
Nauru

Niue
Nueva Zelandia
Palau
Papua Nueva Guinea
Samoa
Tonga
Tuvalu
Vanuatu

Anexo II.

Composición actual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

Wayne Hall

Nacido en 1951 en Australia. Se formó como psicólogo investigador y trabajó como epidemiólogo. Actualmente es director del Centro de Investigación sobre el Uso Indebido de Sustancias por Jóvenes de la Universidad de Queensland y catedrático de Políticas de Adicciones en el King's College de Londres. Anteriormente fue catedrático y miembro del Consejo Nacional de Investigaciones Sanitarias y Médicas de Australia, Centro de Investigaciones Clínicas de la Universidad de Queensland (2010 a 2013).

Catedrático de Políticas de Salud Pública de la Escuela de Salud de la Población de la Universidad de Queensland (2006 a 2010); catedrático y director de la Oficina de Políticas Públicas y Ética del Instituto de Biociencia Molecular de la Universidad de Queensland (2001 a 2005); catedrático y director del Centro Nacional de Investigación sobre las Drogas y el Alcohol de la Universidad de Nueva Gales del Sur (1994 a 2001). Autor y coautor de más de 800 artículos, capítulos e informes sobre adicción, epidemiología del consumo de drogas y salud mental. Miembro del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (1996) y del Consejo Nacional sobre las Drogas de Australia (1998 a 2001).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2012 a 2014)^a. Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2012 a 2014). Vicepresidente del Comité Permanente de Previsiones (2013) y miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2013).

^aPresentó su dimisión con efecto a partir del 24 de julio de 2014.

David T. Johnson

Nacido en 1954. Es nacional de los Estados Unidos de América. Vicepresidente de Sterling Global Operations; diplomático jubilado. Licenciado en Economía por la Universidad de Emory; graduado del Colegio de Defensa Nacional del Canadá.

Funcionario del Servicio Exterior de los Estados Unidos (1977 a 2011). Subsecretario de la Oficina de Asuntos Internacionales en Materia de Estupefacientes y Aplicación de la Ley del Departamento de Estado de los Estados Unidos (2007 a 2011). Jefe adjunto de misión (2005 a 2007) y encargado de negocios interino (2003 a 2005), Embajada de los Estados Unidos en Londres. Coordinador del Afganistán para los Estados Unidos (2002 a 2003). Embajador de los Estados Unidos ante la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (1998 a 2001). Secretario adjunto de prensa de la Casa Blanca y portavoz del Consejo de Seguridad Nacional (1995 a 1997). Portavoz adjunto del Departamento de Estado (1995) y director de la Oficina de Prensa del Departamento de Estado (1993 a 1995). Cónsul general de los Estados Unidos en Vancouver (1990 a 1993).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2012). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (desde 2012). Presidente del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2014).

Galina Korchagina

Nacida en 1953. Es nacional de la Federación de Rusia. Directora adjunta de investigación en el Centro Nacional

de Investigación sobre Drogadicción, Ministerio de Salud de la Federación de Rusia (desde 2010).

Instituto de Pediatría de Leningrado, Federación de Rusia (1976); doctora en Medicina (2001). Médica, internado de Gatchina, región de Leningrado (1976 a 1979). Jefa de la División de Organización y Política, Clínica Regional para las Drogas de Leningrado (1981 a 1989); profesora, Academia Médica Regional de Leningrado (1981 a 1989); médica jefa, Clínica Municipal para las Drogas, San Petersburgo (1989 a 1994); profesora adjunta (1991 a 1996) y catedrática (2000 a 2001), Departamento de Tecnologías Sociales, Instituto Estatal de Servicios y Economía; profesora adjunta (1994 a 2000), catedrática asociada (2001 a 2002) y catedrática (2002 a 2008), Departamento de Investigación sobre Drogadicción, Academia Médica de Estudios de Posgrado de San Petersburgo; catedrática principal y jefa, Departamento de Investigación Médica y Estilos de Vida Saludables, Universidad Pedagógica Estatal Herzen de Rusia (2000 a 2008); catedrática, Departamento de Estudios de Conflictos, Facultad de Filosofía, Universidad Estatal de San Petersburgo (2004 a 2008); miembro de numerosas asociaciones y sociedades, entre ellas las siguientes: la Asociación de Psiquiatras y Especialistas en Drogadicción de la Federación de Rusia y San Petersburgo, la Sociedad Kettil Bruun para la Investigación Social y Epidemiológica del Alcoholismo, el Consejo Internacional sobre el Problema del Alcoholismo y las Adicciones y la Sociedad Internacional de Medicina de las Adicciones; jefa de la Sección de Aspectos de Sociología de la Ciencia en la Investigación Médica y Biológica del Consejo de Investigación sobre la Sociología de la Ciencia y la Organización de la Investigación Científica, Centro Científico de San Petersburgo de la Academia de Ciencias de Rusia (2002 a 2008). Autora de más de 100 publicaciones, incluidas más de 70 obras publicadas en la Federación de Rusia, capítulos en monografías y varias guías prácticas. Premio a la Excelencia en la Protección de la Salud, concedido por el Ministerio de Salud de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (1987). Consultora de la Coalición Mundial de Empresas contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo (desde 2006); constructora, programa "Skills for change", de la OMS (desde 1995); participante en reuniones de la Comisión de Estupefacientes (2002 a 2008); experta en la epidemiología de la drogadicción, Grupo Pompidou del Consejo de Europa (1994 a 2003); representante temporal en la OMS (1992 a 2008).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2010). Vicepresidenta del Comité Permanente de Previsiones (2011 a 2012). Primera vicepresidenta de la Junta (2013).

Alejandro Mohar Betancourt

Nacido en 1956. Es nacional de México. Director general del Instituto Nacional de Cancerología de México (2003 a 2013) y miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México, la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Ciencias y la Sociedad Americana de Oncología Clínica.

Título de médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (1980); estudios de posgrado en Anatomía Patológica, Instituto Nacional de la Nutrición (1985); maestría (1986) y doctorado en Epidemiología (1990), Facultad de Salud Pública de Harvard.

Obtuvo becas académicas y de investigación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y la Fundación Mexicana para la Salud. Jefe del Departamento de Epidemiología (1988 a 1989), subdirector de Investigación Clínica (1993 a 1999) y director de Investigación (1999 a 2003), Instituto Nacional de Cancerología de México. Profesor e investigador asociado, Facultad de Salud Pública de Harvard (1988 a 1990). Profesor y director de tesis de maestría y doctorado de la Facultad de Medicina de la UNAM (desde 1991). Coordinador de la Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM (1998). Autor de más de 110 trabajos científicos y de divulgación, 70 de ellos publicados en revistas indexadas, entre los que cabe mencionar: "Intratypic changes of the E1 gene and the long control region affect ori function of human papillomavirus type 18 variants", "Screening breast cancer: a commitment to Mexico (informe preliminar)", "Impact of diabetes and hyperglycemia on survival in advanced breast cancer patients", "Ovarian cancer: the new challenge in gynaecological oncology?" y "Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C15-PAL questionnaire for the evaluation of health-related quality of life in patients on palliative care".

Entre las distinciones recibidas cabe mencionar las siguientes: Premio Miguel Otero a la Investigación Clínica, Consejo de Salubridad General (2012); mejor trabajo de investigación en farmacoeconomía (tercer lugar), Colegio Mexicano de Farmacoeconomía e International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, sección de México (2010); miembro del Grupo de los 300 Líderes más Influyentes de México; reconocimiento por su participación en la reunión del Grupo Asesor de Operaciones Estratégicas Mundiales sobre Salud de la Sociedad Americana contra el Cáncer (2009); miembro de la Junta de Gobierno de la Universidad Nacional Autónoma de México (2008); profesor visitante de la Cátedra Edward Laroque Tinker, Universidad de Stanford (2000);

integrante del Grupo Consultivo Externo del Informe México sobre los Determinantes Sociales de la Salud (2010); miembro del jurado del Premio Anual de Investigación Pediátrica Aarón Sáenz, Hospital Infantil de México Federico Gómez y Asociación “General y Lic. Aarón Sáenz Garza, A.C.” (2010); miembro del Grupo Asesor de Operaciones Estratégicas Mundiales sobre Salud de la Sociedad Americana contra el Cáncer (2010); reconocimiento a su compromiso y dedicación a la instauración de un plan nacional sobre el cáncer para México, Sociedad Americana contra el Cáncer (2006); miembro del Comité Científico de la Asociación Mexicana de Patólogos (1993 a 1995).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2013). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2014).

Marc Moinard

Nacido en 1942. Es nacional de Francia. Funcionario jubilado de la Administración de Justicia. Escuela de Ciencias Políticas, París; Facultad de Derecho, París; Facultad de Letras, Poitiers. Fiscal, Beauvais (1982 a 1983); fiscal, Pontoise (1990); fiscal, Lyon (1990 a 1991); fiscal, Bobigny (1992 a 1995); fiscal del Tribunal de Apelación, Burdeos (1999 a 2005). En ese último cargo fue autor de grandes reformas del sistema judicial, como la creación de centros de asesoramiento jurídico y mediación; la prestación de asesoramiento jurídico en zonas desfavorecidas; el establecimiento de un nuevo sistema de cooperación entre los tribunales y los servicios policiales que permite ocuparse inmediatamente de las infracciones penales, y la creación de una nueva categoría de personal judicial, a saber, los fiscales adjuntos.

Ha desempeñado altos cargos administrativos en el Ministerio de Justicia: director de las Oficinas de Expedientes (1983 a 1986); presidente del Consejo Pedagógico de la Escuela Nacional de Secretarios de Tribunales; director de Servicios Jurídicos; miembro del Consejo de Administración, Escuela Nacional de la Magistratura de Francia; representante del ministro de Justicia en el Consejo Superior de la Magistratura (1995 a 1996); director de Asuntos Penales e Indultos (1996 a 1998); presidente del Observatorio Francés de las Drogas y las Toxicomanías; secretario general del Ministerio de Justicia (2005 a 2008); presidente de la misión “Derecho y Justicia”; encargado de la reforma del mapa judicial; presidente de la Comisión de Tecnología de la Información y la Comunicación; jefe del Servicio de Asuntos Internacionales del Ministerio de Justicia. Profesor, Instituto

de Criminología de París (1995 a 2005); presidente, Fundación d’Aguesseau (entidad benéfica). Ha recibido los siguientes galardones: Comendador de la Orden Nacional del Mérito; Comendador de la Legión de Honor.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2010). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2011 a 2013). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2010 a 2012 y 2014).

Lochan Naidoo

Nacido en 1961. Es nacional de Sudáfrica. Médico de familia, Durban (Sudáfrica) (desde 1985).

Licenciatura en Medicina y Cirugía (MBCbB), Universidad de Natal, Sudáfrica (1983). Programa de Profesional Residente Hanley Hazelden (1995); miembro de la Asociación Médica de Sudáfrica (desde 1995); miembro y vicepresidente de la Asociación de Médicos Independientes de Bayport (1995 a 2000). Asesor certificado en Dependencia de Sustancias Químicas, Junta Nacional de Examinadores de las Adicciones (NBAE) (1996); miembro de la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (1996 a 1999). Diplomado en Gestión Empresarial, Instituto Sudafricano de Gestión (1997). Miembro fundador de la Sociedad Internacional de Medicina de las Adicciones (1999); diseñador de programas y terapeuta principal de las adicciones del Programa Jullo, modelo multidisciplinario de tratamiento para la prevención primaria, secundaria y terciaria de trastornos de las adicciones y diagnósticos dobles (desde 1994); director clínico del Servicio de Tratamiento de las Adicciones Serenity, Merebank, Durban (Sudáfrica) (desde 1995). Miembro de la Coalición de Gestión de Atenciones de Salud de KwaZulu-Natal (desde 1995); miembro del Gremio de Médicos del Sur de Durban (desde 2000); profesor honorario, Facultad de Medicina Nelson R. Mandela, Universidad de KwaZulu-Natal (Sudáfrica) (2005 a 2011). Miembro del Comité del Programa de Estudios de Pregrado de Medicina de los Estilos de Vida, Universidad de KwaZulu-Natal (2005 a 2011). Redactor del manual sobre políticas y procedimientos nacionales de desintoxicación del Departamento de Salud de Sudáfrica (2006); diseñador del programa informático Roots Connect, sistema didáctico de psicoeducación en materia emocional y de adicciones por Internet (2007); miembro del Consejo Asesor sobre Opiáceos de Sudáfrica (2006 a 2008); miembro de la Junta, Autoridad Central de Drogas de Sudáfrica (2006 a 2010); miembro del Comité de Gobierno, Autoridad Central de Drogas de Sudáfrica

(2006 a 2010). Miembro del Comité de Expertos en Tratamiento de Opiáceos (2007 a 2008); representante de la Autoridad Central de Drogas en la provincia del Cabo Occidental (Sudáfrica) (2007 a 2010); creador de los puntos de ayuda Roots HelpPoints para la intervención temprana y la prevención primaria en el caso de personas de alto riesgo (2008). Coautor de “Guidelines for opiate treatment in South Africa”, *South African Medical Journal* (2008). Miembro del Consejo Asesor sobre la Suboxona (2009). Coautor de “Opiate treatment update”, *South African Medical Journal* (2010); diseñador del programa informático en la nube RehabFlow para la gestión de la adicción y la comorbilidad (2010); miembro del Comité de Gestión del Foro de Salud Mental y Uso Indebido de Sustancias del distrito de eThekweni (2010). Instructor de rehabilitación y adicciones para profesionales de la salud. Educador médico para estudiantes y profesionales de posgrado médicos (desde 1995); patrocinador de Andhra Maha Sabha de Sudáfrica; fundador de la Merebank West Community Coalition (1995). Miembro de la Sociedad Fiduciaria de la Comunidad de Merebank (2000 a 2005).

Director general del Hospital Psiquiátrico Especializado Healing Hills (Sudáfrica). Diseñador del programa informático Roots Online de prevención y postratamiento de los trastornos relacionados con el uso indebido de sustancias. Director de la Fundación Jullo, organización sin fines de lucro que suministra atención médica a los drogodependientes de la región de África meridional y defiende sus derechos.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2010). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2011). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2011). Primer vicepresidente de la Junta (2012). Presidente de la Junta (2014).

Rajat Ray

Nacido en 1948. Es nacional de la India. Catedrático jubilado y jefe del Departamento de Psiquiatría y jefe del Centro Nacional de Tratamiento de la Drogadicción (NDDTC), Instituto Panindio de Ciencias Médicas (AIIMS), Nueva Delhi. Licenciado en Medicina (MBBS), Facultad de Medicina, Calcuta (1971). Doctor en Medicina, especialización en Psiquiatría, AIIMS (1977). Miembro del claustro de profesores, Departamento de Psiquiatría, Instituto Nacional de Salud Mental y Ciencias Neurológicas de Bangalore (1979 a 1988). Autor de varios informes técnicos y artículos en revistas nacionales e internacionales

examinadas por comités de expertos. Redactor adjunto, *Addiction Biology*. Miembro del Consejo Asesor Internacional, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, y de la Junta Editorial de la revista científica *International Drug Sciences and Drug Policy*.

Ha recibido apoyo para sus investigaciones de varios órganos a nivel nacional (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Consejo Indio de Investigaciones Médicas, y otros) e internacionales (como la UNODC y la OMS). Ha participado en un estudio sobre el VIH/SIDA, un proyecto en régimen de colaboración entre el NDDTC, el AIIMS y el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Inmunología y Enfermedades, Universidad de California, Los Ángeles (Estados Unidos de América). Miembro del Cuadro de Expertos en Farmacodependencia y Problemas del Alcoholismo de la OMS. Miembro del grupo de expertos encargado de examinar la salud mental y los trastornos derivados del consumo de sustancias a nivel de atención primaria, actividad desarrollada por la Oficina Regional de Asia Sudoriental de la OMS. Miembro del grupo de expertos de la OMS sobre consultas técnicas regionales para reducir el consumo perjudicial del alcohol. Coordinador de diversas actividades en la India sobre los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, patrocinadas por la OMS (desde 2004). Miembro del Programa Nacional de Control del Uso Indebido de Drogas de la India y del Grupo de Elaboración de Directrices Técnicas sobre Farmacoterapia de la Dependencia de Opioides, proyecto conjunto de la UNODC y la OMS. Miembro y presidente del Grupo de Recursos Técnicos sobre el Consumo de Drogas por Inyección, proyecto de la Organización Nacional de Control del SIDA. Miembro del comité asesor de proyectos sobre prevención de la transmisión del VIH entre consumidores de drogas en los Estados miembros de la Asociación de Asia Meridional para la Cooperación Regional, proyecto de la Oficina Regional de Asia Meridional de la UNODC. Miembro del Subcomité de Educación Médica de Posgrado, Consejo Médico de la India. Presidente, Grupo de Trabajo sobre la Clasificación de Trastornos Adictivos y Relacionados con el Consumo de Sustancias, Grupo Asesor Internacional para la Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) (desde 2011); investigador principal, proyecto del portal web de intervenciones relacionadas con el alcoholismo y la salud de la OMS, Ginebra (2010 a 2013); investigador principal, NDDTC, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, Ronda 9, Centro Nodal Regional de Recursos y Capacitación; coordinador principal, política nacional y 12º plan quinquenal de la India, período 2012-2017, ámbitos del control de los problemas de alcoholismo y drogas, Ministerio

de Justicia Social y Empoderamiento, Gobierno de la India; investigador principal, terapia de sustitución de opioides en la India: cuestiones y enseñanzas extraídas, proyecto conjunto del NDDTC, el AIIMS, la Organización Nacional de Control del SIDA, el Gobierno de Punjab y el Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido), Equipo de Apoyo para la Asistencia Técnica, intervención específica (2010 a 2013); miembro del Comité de Expertos sobre Sustancias Sicotrópicas y Drogas Nuevas, jefe del Servicio de Fiscalización de Drogas de la India (2011). Crítico y colaborador del *Indian Journal of Medical Research*, publicación oficial del Consejo Indio de Investigación Médica (desde 2010).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2010). Miembro (desde 2010), presidente (2011) y vicepresidente (2014) del Comité Permanente de Previsiones. Segundo vicepresidente de la Junta (2011).

Ahmed Kamal Eldin Samak

Nacido en 1950. Es nacional de Egipto. Se licenció en Derecho y Estudios de Policía en 1971. Trabajó más de 35 años en el ámbito de la lucha contra los estupefacientes, hasta ser nombrado ministro adjunto de Policía y jefe de la Dirección General de Lucha contra los Estupefacientes de Egipto, fundada en 1929 y considerada la primera organización de lucha contra los estupefacientes del mundo. Asesor independiente en el ámbito de la lucha contra los estupefacientes y la delincuencia. Medalla de honor de primera clase con ocasión del festival de la Policía (1992). Participó en las siguientes misiones: Jordania, capacitación en la lucha contra los estupefacientes (1988); India, firma de un acuerdo entre la India y Egipto a fin de fortalecer la lucha contra los estupefacientes y la cooperación en materia de seguridad para combatir la delincuencia y el terrorismo (1995); Francia, cooperación entre Egipto e INTERPOL en materia de drogas y blanqueo de dinero (1996); Palestina^b, participación en un curso práctico regional de lucha contra los estupefacientes (1999); Arabia Saudita, participación en un programa de capacitación relacionado con casos de drogas (2001); Emiratos Árabes Unidos, representante del Ministerio del Interior en el 36º período de sesiones del comité de lucha contra el tráfico ilícito de drogas

^bEn virtud de la resolución 67/19 de la Asamblea General, de 29 de noviembre de 2012, se ha concedido al Estado de Palestina la condición de Estado observador no miembro de las Naciones Unidas. El nombre "Estado de Palestina" se utiliza ahora en todos los documentos de las Naciones Unidas.

(2001); Jamahiriya Árabe Libia^c, participante en la celebración del Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (2002); Kenya, participante en las conferencias 12ª y 17ª de jefes de los organismos nacionales encargados de combatir el tráfico ilícito de drogas, África (2002 y 2007); Mauricio, participante en la segunda reunión ministerial de lucha contra los estupefacientes (2004); Líbano, participante en la conferencia "Las drogas son una epidemia social", organizada por entidades libanesas de defensa de los derechos humanos (2004); Túnez, participante en las conferencias 17ª a 21ª de jefes de los organismos de lucha contra los estupefacientes de los países árabes (2003 a 2007); Estados Unidos (2004); Austria, representante del Ministerio en los períodos de sesiones de la Comisión de Estupefacientes 45º, 46º y 48º a 50º (2002 a 2007); Arabia Saudita, miembro de una organización científica para preparar un artículo sobre procedimientos de detención e investigación (2007); Emiratos Árabes Unidos, participante en el Seminario Regional de Planificación Estratégica y Cooperativa en el Ámbito de la Lucha contra los Estupefacientes (2007). Miembro del Fondo Fiduciario General Nacional para la Lucha contra los Estupefacientes y la Drogadicción y del Comité de Planificación Estratégica Nacional de la Lucha contra los Estupefacientes.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2012). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2012 y 2014).

Werner Sipp

Nacido en 1943. Es nacional de Alemania. Abogado (Universidades de Heidelberg (Alemania) y Lausana (Suiza), Instituto Universitario de Estudios Europeos, Turín (Italia)).

Profesor adjunto de Derecho Público, Universidad de Ratisbona (1971 a 1977). Altos cargos administrativos en varios ministerios federales (1977 a 2008). Jefe de la División de Derecho de Estupefacientes y Asuntos Internacionales de Estupefacientes del Ministerio Federal de Salud (2001 a 2008); corresponsal permanente de Alemania en el Grupo Pompidou del Consejo de Europa (2001 a 2008); corresponsal jurídico de Alemania en la Base de Datos Jurídica Europea sobre Drogas, Lisboa (2002 a 2008); presidente del Grupo Horizontal sobre Drogas del

^cDesde el 16 de septiembre de 2011, "Libia" sustituye a la "Jamahiriya Árabe Libia" como forma abreviada del nombre del país en las Naciones Unidas.

Consejo de la Unión Europea (2007); coordinador de la delegación alemana ante la Comisión de Estupefacientes (2001 a 2009).

Consultor experto del Ministerio Federal de Salud de Alemania y del Comisionado para las Drogas del Gobierno Federal sobre asuntos internacionales relacionados con las drogas (2008 a 2009); consultor experto sobre cuestiones relacionadas con las drogas de la Agencia Alemana de Cooperación Internacional (2008 a 2011); experto en varios proyectos de la Unión Europea sobre drogas, entre ellos la ejecución de la estrategia nacional de lucha contra el uso indebido de drogas en Serbia y el Programa de Asistencia contra la Droga en Asia Central.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2012). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (desde 2012). Relator (2013). Primer vicepresidente de la Junta (2014).

Viroj Sumyai

Nacido en 1953. Es nacional de Tailandia. Subsecretario general jubilado de la Administración de Alimentos y Medicamentos, Ministerio de Salud Pública de Tailandia, y farmacólogo clínico especializado en epidemiología de drogas. Catedrático, Universidad de Mahidol (desde 2001).

Licenciatura en Química (1976), Universidad de Chiang Mai. Licenciatura en Farmacia (1979), Universidad Central de Manila. Maestría en Farmacología Clínica (1983), Universidad de Chulalongkorn. Seguidamente cursó un aprendizaje en epidemiología de estupefacientes en la Universidad St. George de Londres en 1989. Doctorado en Filosofía, Políticas de Salud y Administración (2009), Instituto Nacional de Administración. Miembro de la Asociación Farmacéutica de Tailandia. Miembro de la Sociedad Farmacológica y Terapéutica de Tailandia. Miembro de la Sociedad Tailandesa de Toxicología. Autor de nueve libros en la esfera de la prevención y la fiscalización de drogas, entre ellos *Drugging Drinks: Handbook for Predatory Drugs Prevention* y *Déjà vu: A Complete Handbook for Clandestine Chemistry, Pharmacology and Epidemiology of LSD*. Escribe una columna para la revista *Food and Drug Administration Journal*. Galardonado con el Premio del Primer Ministro a la Educación y Prevención en materia de Drogas (2005).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2010). Miembro (desde 2010) y presidente (2012 y 2014) del Comité Permanente de Previsiones. Segundo vicepresidente de la Junta (2012 y

2014). Presidente del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2011 y 2013).

Sri Suryawati

Nacida en 1955. Es nacional de Indonesia. Catedrática y jefa de la División de Políticas y Gestión de Medicamentos. Directora del Centro de Estudios sobre Políticas de Farmacología Clínica y Medicamentos, Universidad Gadjah Mada, Yogyakarta. Formación académica: licenciada en Farmacia (1979); especialidad en Farmacología (1985); doctorado en Farmacocinética (1994); certificado en Políticas de Medicamentos (1997). Profesora de Farmacología y Farmacología Clínica (desde 1980); supervisora de más de 130 tesis de maestría y doctorado en ámbitos como las políticas de medicamentos, los medicamentos esenciales, la farmacología clínica, la farmacoeconomía y la gestión farmacéutica.

Miembro del Cuadro de Expertos en Políticas y Gestión de Medicamentos de la OMS. Miembro de la Junta Ejecutiva de la Red Internacional para el Uso Racional de los Medicamentos. Miembro del Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales de la OMS (2002, 2003, 2005 y 2007). Miembro del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS (2002 y 2006). Miembro del Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el Paludismo, la Tuberculosis y el Acceso a los Medicamentos Esenciales (Equipo de Tareas 5) (2001 a 2005). Consultora en programas sobre medicamentos esenciales y el fomento del uso racional de los medicamentos en Bangladesh (2006 y 2007), Camboya (2001 a 2008), China (2006 a 2008), Fiji (2009), Filipinas (2006 y 2007), Mongolia (2006 a 2008) y la República Democrática Popular Lao (2001 a 2003). Consultora en políticas y evaluación de medicamentos en Camboya (2003, 2005 y 2007), China (2003), Indonesia (2005 a 2006) y Viet Nam (2003). Facilitadora en varios cursos internacionales de capacitación en políticas de medicamentos y fomento del uso racional de los medicamentos, entre ellos: cursos de la OMS y la Red Internacional para el Uso Racional de los Medicamentos sobre fomento del uso racional de los medicamentos (1994 a 2007), cursos de capacitación para comités de medicamentos y terapias en hospitales (2001 a 2007) y cursos internacionales sobre políticas de medicamentos (2002 a 2003).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2007 a 2012 y desde 2013). Miembro (2008 a 2011 y desde 2013), vicepresidenta (2009) y presidenta (2010 y 2013) del Comité Permanente de Previsiones. Segunda vicepresidenta de la Junta (2010 y 2013). Relatora (2011 y 2014).

Francisco E. Thoumi

Nacido en 1943. Es nacional de Colombia y los Estados Unidos. Licenciatura y doctorado en Ciencias Económicas. Académico de número de la Academia Colombiana de Ciencias Económicas y académico correspondiente de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas (España).

Ha sido catedrático de la Universidad de Texas, la Universidad del Rosario (Bogotá) y la Universidad Estatal de California, Chico. Trabajó durante 15 años en los departamentos de investigación del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo. Fundador y director del Centro de Estudios y Observatorio de Drogas y Delito, Universidad del Rosario (agosto de 2004 a diciembre de 2007); coordinador de investigación, Programa Mundial contra el Blanqueo de Dinero, la Ocultación del Producto del Delito y la Financiación del Terrorismo; coordinador del *Informe Mundial sobre las Drogas*, UNODC (agosto de 1999 a septiembre de 2000); investigador del estudio comparativo de las drogas ilícitas en seis países, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, Ginebra (junio de 1991 a diciembre de 1992); colaborador, Woodrow Wilson International Center for Scholars (agosto de 1996 a julio de 1997); coordinador de investigación, Programa de Investigación sobre las Repercusiones Económicas de las Drogas Ilícitas en los Países Andinos, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Bogotá (noviembre de 1993 a enero de 1996).

Autor de dos libros y coautor de otro sobre las drogas ilícitas en Colombia y la región andina. También ha coordinado tres volúmenes y escrito más de 60 artículos para revistas académicas y capítulos de libros sobre esos temas.

Miembro del Observatorio de la Delincuencia Organizada en América Latina y el Caribe de la Fundación Friedrich Ebert (desde 2008) y del Consejo del Programa Mundial sobre la Delincuencia Organizada del Foro Económico Mundial (2012 a 2014).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2012). Relator (2012). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2013). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2014).

Raymond Yans

Nacido en 1948. Es nacional de Bélgica. Licenciado en Filología Germánica y en Filosofía (1972).

Servicio Exterior de Bélgica: agregado, Yakarta (1978 a 1981); vicealcalde de Lieja (1982 a 1989); cónsul, Tokio (1989 a 1994); cónsul, encargado de negocios, Luxemburgo (1999 a 2003); jefe de la Unidad de Drogas, Ministerio de Relaciones Exteriores (1995 a 1999 y 2003 a 2007); presidente del Grupo de Dublín (2002 a 2006); presidente del Grupo de Trabajo de Cooperación en Política de Drogas de la Unión Europea durante la presidencia belga de la Unión Europea; encargado de la coordinación nacional del proceso de ratificación y aplicación del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 (1995 a 1998); enlace entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y la Policía Nacional para los asuntos relativos a los oficiales de enlace sobre estupefacientes en las embajadas de Bélgica (2003 a 2005); participación en la puesta en marcha de un sistema de alerta temprana para alertar a los gobiernos de la aparición de nuevas drogas sintéticas de la Acción Común de la Unión Europea relativa a las Nuevas Drogas Sintéticas (1999); participación en la creación del Mecanismo de Coordinación entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe en Materia de Drogas (1997 a 1999). Autor de numerosos artículos y discursos, entre ellos: “The future of the Dublin Group” (2004) y “Is there anything such as a European Union Common Drug Policy” (2005). Miembro de la delegación de Bélgica en la Comisión de Estupefacientes (1995 a 2007); asistente a todas las sesiones preparatorias (sobre estimulantes de tipo anfetamínico, precursores, cooperación judicial, blanqueo de dinero, reducción de la demanda de drogas y desarrollo alternativo) del vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General; Seminario de la Unión Europea sobre Mejores Prácticas de las Autoridades Policiales para Asegurar el Cumplimiento de la Legislación sobre Drogas, Helsinki (1999); conferencias conjuntas de la Unión Europea y la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo sobre cooperación en materia de fiscalización de drogas, Mmabatho (Sudáfrica) (1995) y Gaborone (1998); mesas redondas de la UNODC y el Pacto de París, celebradas en Bruselas (2003), Teherán y Estambul (2005); reuniones del Diálogo de Alto Nivel sobre Drogas entre la Comunidad Andina y la Unión Europea, Lima (2005) y Viena (2006).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2007). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2007 a 2010). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2007 a 2009). Relator (2010). Primer vicepresidente de la Junta (2011). Presidente de la Junta (2012 y 2013).

Información sobre la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

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

Composición

La JIFE está integrada por 13 miembros elegidos por el Consejo Económico y Social que prestan servicios a título personal, y no como representantes de los gobiernos. Se elige a 3 miembros con experiencia en medicina, farmacología o farmacia de una lista de candidatos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se elige a 10 miembros de una lista de candidatos propuestos por los gobiernos. Los miembros de la Junta son personas que, en razón de su competencia, imparcialidad y desinterés, son dignas de la confianza general. El Consejo, en consulta con la JIFE, dispone lo necesario para asegurar la completa independencia técnica de la Junta en el cumplimiento de sus funciones. La JIFE tiene una secretaría que le presta asistencia en el ejercicio de sus funciones relacionadas con los tratados. La secretaría de la JIFE es una entidad administrativa de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, pero responde solo ante la Junta en relación con cuestiones sustantivas. La JIFE colabora estrechamente con la Oficina en el marco de los acuerdos aprobados por el Consejo en su resolución 1991/48. La JIFE colabora también con otros órganos internacionales dedicados a la fiscalización de drogas, incluidos no solo el Consejo y su Comisión de Estupefacientes, sino también los organismos especializados competentes del sistema de las Naciones Unidas, en particular la OMS. Además, colabora con órganos ajenos al sistema de las Naciones Unidas, especialmente la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL) y la Organización Mundial de Aduanas.

Funciones

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

a) En relación con la fabricación, el comercio y el uso lícitos de drogas, la JIFE, en cooperación con los gobiernos, procura asegurar que haya suministros de drogas adecuados para fines médicos y científicos y que no se produzcan desviaciones de drogas de fuentes lícitas hacia canales ilícitos. La JIFE también vigila la fiscalización que aplican los gobiernos a las sustancias químicas utilizadas para la fabricación ilícita de drogas y les presta asistencia para prevenir la desviación de esas sustancias químicas hacia el tráfico ilícito;

b) En relación con la fabricación, el tráfico y el uso ilícitos de drogas, la JIFE determina las deficiencias de los sistemas de fiscalización nacional e internacional y contribuye a subsanar esas situaciones. La JIFE también tiene a su cargo la evaluación de las sustancias químicas utilizadas para la fabricación ilícita de drogas, a fin de determinar si deben ser sometidas a fiscalización internacional.

En cumplimiento de esas obligaciones, la JIFE:

a) Administra un sistema de previsiones de las necesidades de estupefacientes y un sistema de presentación voluntaria de previsiones de las necesidades de sustancias sicotrópicas, y supervisa las actividades lícitas en materia de drogas mediante un sistema de información estadística, con miras a ayudar a los gobiernos a lograr, entre otras cosas, un equilibrio entre la oferta y la demanda;

b) Vigila y promueve las medidas de los gobiernos para impedir la desviación de sustancias utilizadas frecuentemente para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y evalúa tales sustancias para determinar si es necesario modificar el ámbito de la fiscalización aplicada en virtud de los Cuadros I y II de la Convención de 1988;

c) Analiza la información proporcionada por los gobiernos, los órganos de las Naciones Unidas, los organismos especializados u otras organizaciones internacionales competentes, con miras a velar por que los gobiernos cumplan adecuadamente las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas, y recomienda las medidas correctivas necesarias;

d) Mantiene un diálogo permanente con los gobiernos para ayudarlos a cumplir las obligaciones que les corresponden en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas y recomienda, cuando procede,

que se proporcione asistencia técnica o financiera con esa finalidad.

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

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

Informes

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

El informe anual de la JIFE se complementa con informes técnicos detallados. Estos contienen datos sobre el movimiento lícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas que se necesitan para fines médicos y

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

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

Los informes anuales anteriores versaron sobre los temas siguientes:

1992: Legalización del uso de drogas con fines no médicos

1993: La importancia de la reducción de la demanda

1994: La evaluación de la eficacia de los tratados de fiscalización internacional de drogas

1995: Mayor prioridad a la lucha contra el blanqueo de dinero

1996: El uso indebido de drogas y el sistema de justicia penal

1997: La prevención del uso indebido de drogas en un entorno de promoción de las drogas ilícitas

1998: La fiscalización internacional de drogas: el pasado, el presente y el futuro

1999: El alivio del dolor y el sufrimiento

2000: Consumo excesivo de drogas sometidas a fiscalización internacional

2001: La mundialización y las nuevas tecnologías: problemas que plantean a los servicios de lucha contra las drogas en el siglo XXI

2002: Las drogas ilícitas y el desarrollo económico

2003: Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocioal

2004: Integración de las estrategias de reducción de la oferta y la demanda: más allá de un enfoque equilibrado

2005: Desarrollo alternativo y medios de vida legítimos

2006: Las sustancias sometidas a fiscalización internacional y el mercado no reglamentado

2007: El principio de proporcionalidad y los delitos relacionados con drogas

2008: Los tratados de fiscalización internacional de drogas: historia, logros y dificultades

2009: Prevención primaria del uso indebido de drogas

2010: Las drogas y la corrupción

2011: Cohesión social, desorganización social y drogas ilegales

2012: Responsabilidad compartida en la lucha contra las drogas a escala internacional

2013: Consecuencias económicas del uso indebido de drogas

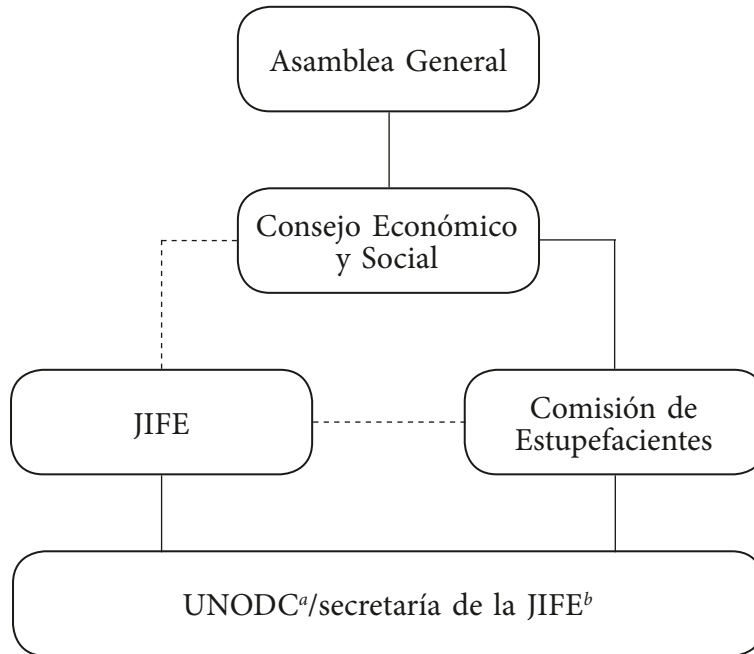
El capítulo I del informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2014 se titula “Aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas”.

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

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

En el capítulo IV se presentan las principales recomendaciones que la JIFE dirige a los gobiernos, a la UNODC, a la OMS y a otras organizaciones internacionales y regionales competentes.

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



Clave:

- - - - - Vínculo directo (administrativo o constitucional)
- _____ Relación de información, cooperación y asesoramiento

^aOficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

^bLa secretaría de la JIFE responde solo ante la JIFE en lo que concierne a las cuestiones sustantivas.





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 prever tendencias peligrosas y sugiere medidas que pudiera ser necesario adoptar.

