



JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES



Informe

2017



NACIONES UNIDAS

PROHIBICIÓN

Respétese la siguiente prohibición:
No publicar ni difundir el presente documento antes de
las 11.00 horas (CET) del jueves 1 de marzo de 2018

ATENCIÓN

Informes publicados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes en 2017

El *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017* (E/INCB/2017/1) se complementa con los siguientes informes:

Estupefacientes: Previsiones de las necesidades mundiales para 2018 — Estadísticas de 2016 (E/INCB/2017/2)

Sustancias sicotrópicas: Estadísticas de 2016 — 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/2017/3)

Precusores 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 2017 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/2017/4)

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 contactar con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

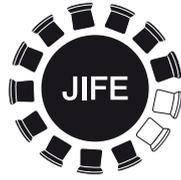
La dirección de la secretaría de la Junta es la siguiente:

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 2017



NACIONES UNIDAS
Viena, 2018

E/INCB/2017/1

PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS
eISBN: 978-92-1-363141-6
ISSN 0257-3733

Prefacio

Cada año, la situación mundial de las drogas se vuelve más compleja. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) se encarga de verificar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas por los Estados y ayudar a los Gobiernos a garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos y evitar al mismo tiempo su desviación y uso indebido. Basándose en los resultados de investigaciones y de una revisión bibliográfica basadas en datos científicos, la JIFE insta encarecidamente a los Gobiernos a que adopten políticas humanas y equilibradas en materia de drogas que reflejen un enfoque basado en los derechos humanos, aplicando los tratados de fiscalización internacional de drogas y los principios de proporcionalidad y adhesión al estado de derecho consagrados en los tratados. Si no se tienen debidamente en cuenta los derechos humanos, las consecuencias pueden ser nefastas.

Con motivo de la celebración del 70º aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, la JIFE recuerda que los derechos humanos son los cimientos que sustentan la misión y la labor de las Naciones Unidas. Este aniversario brinda la oportunidad de explorar los vínculos entre los derechos humanos y la política en materia de drogas y examinar cómo estos inciden en las respuestas nacionales al problema de las drogas. El documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”¹, sitúa el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, la rehabilitación y la reinserción social entre los principales objetivos operacionales previstos en sus recomendaciones. Teniendo presente que el próximo año varios instrumentos de derechos humanos celebrarán destacados aniversarios, la JIFE ha dedicado especial atención a los derechos humanos, que se incluyen como tema especial del informe anual de este año.

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece el derecho a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. El capítulo temático del presente informe se centra en el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas como componentes esenciales de la reducción de la demanda de drogas. En él ponemos de relieve la protección de los derechos de las personas afectadas por los trastornos relacionados con el consumo de drogas y destacamos la importancia del acceso no discriminatorio a los servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Asimismo, formulamos varias recomendaciones que, de seguirse de manera generalizada, contribuirían al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3, relativo a la salud y el bienestar. Entre esas recomendaciones figuran la de crear estructuras de múltiples niveles para prestar servicios de tratamiento e invertir en ellas y la de asegurar la coordinación intersectorial de las actividades destinadas a reducir la oferta y la demanda. La JIFE está convencida de que si los líderes, los encargados de formular políticas y la sociedad en general siguen los principios que se enuncian en ese capítulo y prestan especial atención a las necesidades de tratamiento los efectos en la salud de algunos grupos de población a menudo desatendidos serán considerables.

En el capítulo II del informe anual, la JIFE examina el cumplimiento de los tratados por los Estados y pone de relieve varias cuestiones de política sustantivas. En la sección F (“Temas especiales”) de ese capítulo destacamos algunas cuestiones a las que deberían dedicar su atención los encargados de formular políticas.

En lo que respecta al tema especial sobre el uso de los cannabinoides con fines terapéuticos, la Junta reexamina detenidamente la terminología y, basándose en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, llega a la conclusión de que es necesario emplearla con precisión. Así pues, hablamos

¹Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo.

del uso terapéutico de los cannabinoides y descartamos la noción de “cannabis medicinal”. En consecuencia, cuando se haga referencia a productos medicinales se entenderá que se trata de productos que han sido debidamente probados, que han sido sometidos a una evaluación científica y a ensayos clínicos en toda regla y a los que se ha expedido una licencia que permite su comercialización como medicamentos. La JIFE ha tenido conocimiento de la existencia de informes aislados en los que se afirma que algunos cannabinoides tienen efectos terapéuticos y que en algunas jurisdicciones se ha autorizado la comercialización de estos productos, pese a que las pruebas de su valor terapéutico siguen siendo escasas y aún no han concluido los ensayos clínicos. Por consiguiente, la Junta señala que cuando se considere la posibilidad de utilizar derivados del cannabis para tratar determinadas afecciones lo más adecuado será hablar del uso terapéutico de los cannabinoides. Insistimos en que, al adoptar la decisión de expedir licencias de comercialización de medicamentos, los Gobiernos deberían examinar los resultados de los estudios científicos y los ensayos clínicos para asegurarse de que esos medicamentos se receten con los debidos conocimientos médicos y bajo supervisión facultativa.

Como se expresó en el informe anual correspondiente a 2016² y en el informe especial titulado *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos. Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas*³, miles de millones de personas de todo el mundo tienen acceso limitado, cuando no inexistente, a medicamentos que contienen estupefacientes. El desequilibrio en la disponibilidad de analgésicos opioides afecta de manera desproporcionada a los países de ingresos bajos y medianos. Como ya he hecho en ocasiones anteriores, exhorto a los Estados a colmar lo que he denominado “la brecha mundial del dolor”.

Además de la infrautilización de los opioides, exploramos también la epidemia de sobredosis de opioides que sufre América del Norte. Nuestro informe pone de relieve los riesgos que conlleva el consumo prolongado de opioides y aconseja a los Gobiernos que tengan presentes los riesgos que conlleva el abuso de medicamentos sujetos a receta médica. Si bien la situación reviste especial gravedad en solo una parte del mundo, la Junta le ha dedicado su atención y recomienda que los demás Gobiernos aprendan de esta crisis.

Como mencionábamos anteriormente, nos encontramos ante una oposición binaria: la infrautilización frente al uso excesivo de los opioides. Ambas epidemias causan mucho sufrimiento en todo el mundo. No obstante, los opioides no deben suscitar temor; si se administran y supervisan adecuadamente, son un instrumento indispensable para el tratamiento del dolor y la atención paliativa. En el informe anual de este año exhortamos a que se imparta capacitación a los profesionales de la atención de la salud y a las autoridades responsables, a que se sigan unas prácticas de prescripción racionales y a que se cumplan las recomendaciones operacionales que a este respecto se aprobaron en el trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Estamos convencidos de que los esfuerzos de los Estados son esenciales para afrontar este doble reto.

La persistencia de la violencia y las medidas extrajudiciales contra las personas sospechosas de estar implicadas en actividades relacionadas con las drogas, sea simplemente su consumo o sean actos delictivos, socavan el estado de derecho y las garantías procesales reconocidas internacionalmente. La JIFE recuerda a los Estados que las medidas extrajudiciales, sean del tipo que sean, contravienen los tratados de fiscalización internacional de drogas, cuestión que trataremos en mayor detalle en el informe.

Según la Organización Mundial del Turismo, en 2016 tuvieron lugar más de 1.200 millones de visitas turísticas internacionales, cifra que aumenta considerablemente cuando incluye a quienes viajan por negocios o asisten a conferencias. Muchas de las personas que viajan al extranjero están

² E/INCB/2016/1.

³ E/INCB/2015/1/Supp.1.

recibiendo tratamiento médico, lo que las obliga, en algunos casos, a llevar consigo medicamentos que contienen sustancias sometidas a fiscalización internacional. La JIFE pone de relieve esta cuestión y exhorta a los Gobiernos a que informen debidamente a sus posibles visitantes y a las autoridades pertinentes de los requisitos en vigor a este respecto, de modo que quienes visiten sus países no sufran demoras ni molestias innecesarias. En este sentido, pedimos a los Gobiernos que hagan lo posible por que los viajeros que llevan consigo preparados médicos puedan continuar su tratamiento médico durante su estancia en el extranjero.

El *Afghanistan Opium Survey 2017*, publicado por el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ha puesto de manifiesto que la superficie dedicada al cultivo de adormidera se ha incrementado en un 63% desde 2016 hasta alcanzar un nuevo máximo histórico. Esta cuestión también se examina en el presente informe. La economía de las drogas ilícitas asentada en ese país exacerba aún más el clima de inestabilidad y favorece la financiación de los grupos terroristas que operan en el Afganistán y más allá de sus fronteras. Consciente de los retos y dificultades a que se enfrentan el Gobierno y el pueblo del Afganistán para afrontar de forma efectiva la extraordinaria situación que vive el país, la Junta hace nuevamente un llamamiento al Gobierno para que, en colaboración con los asociados locales, regionales e internacionales, elabore y ponga en marcha iniciativas equilibradas, efectivas y exhaustivas para abordar esa cuestión. La JIFE se pone a disposición de la comunidad internacional y el Afganistán y los exhorta a colaborar para corregir esta situación y a que hagan de ello una de sus principales prioridades.

El informe anual dirige también su atención a otros importantes acontecimientos cuyos efectos se han hecho sentir más allá de las fronteras nacionales. Así pues, señalamos el nivel sin precedentes alcanzado por el cultivo ilícito de arbusto de coca en Colombia en 2016 y la firma del acuerdo de paz entre el Gobierno de ese país y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo en noviembre de 2016. El acuerdo de paz contiene compromisos en materia de lucha contra las drogas y cabe esperar que tenga un efecto positivo en lo que concierne a la erradicación de los cultivos ilícitos y el tráfico de cocaína. La Junta continuará observando atentamente lo que suceda en la región andina.

La JIFE también pone de relieve varias herramientas e iniciativas disponibles para ayudar a los Gobiernos a aplicar los tratados y el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Entre ellas se encuentra INCB Learning, iniciativa de aprendizaje que tiene por objeto fortalecer la capacidad de las autoridades nacionales para vigilar el comercio de sustancias sujetas a fiscalización y promover su disponibilidad para fines médicos. Asimismo, se ha establecido un nuevo sistema para facilitar el comercio internacional lícito de sustancias fiscalizadas, el Sistema Internacional de Autorización de Importaciones y Exportaciones (I2ES). Este se suma a una serie de herramientas elaboradas por la Junta, como el Sistema Electrónico de Intercambio de Notificaciones Previas a la Exportación (PEN Online), el Sistema de Comunicación de Incidentes relacionados con Precursores (PICS) y otras iniciativas más recientes para hacer frente al problema de las nuevas sustancias psicoactivas. La Junta utiliza además el Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas (IDS), consistente en una plataforma de base de datos que vertebra la información proporcionada por los Gobiernos en cumplimiento de sus obligaciones con arreglo a los tratados. El IDS sirve de base para analizar el funcionamiento del sistema de comercio internacional lícito de sustancias fiscalizadas y proporciona a la Junta la información necesaria para prestar asistencia a los Gobiernos. Hoy en día, el IDS necesita urgentemente una modernización.

Nuestro objetivo es seguir ampliando nuestras capacidades de análisis y apoyo para prestar asistencia a los Gobiernos de todo el mundo. La JIFE se propone contribuir activamente al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los objetivos fijados por la Asamblea General en su trigésimo período extraordinario de sesiones en los ámbitos pertinentes a su mandato. Para ello, seguiremos confiando en mantener un diálogo activo con todos los Estados y en contar con su apoyo.

Las políticas en materia de drogas deben adoptar un enfoque orientado a promover la salud y el bienestar de la humanidad. Los tres tratados de fiscalización internacional de drogas ofrecen a la comunidad internacional un amplio margen para lograr ese objetivo.

Confío en que el presente informe anual seguirá surtiendo un efecto positivo en la cooperación, las estrategias multidimensionales, las iniciativas multisectoriales y las medidas que emprendan los Estados y la comunidad internacional. Juntos lograremos estar cada vez más cerca de mejorar el bienestar de las personas de todo el mundo y contribuir a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. Sumyai', with a long horizontal stroke extending to the right.

Viroj Sumyai
Presidente
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

Índice

	<i>Página</i>
Prefacio	iii
Notas explicativas.....	ix
<i>Capítulo</i>	
I. Tratamiento, rehabilitación y reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas: componentes esenciales de la reducción de la demanda.....	1
A. Antecedentes.....	1
B. El tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social como componentes esenciales de la reducción de la demanda.....	2
C. Conceptos básicos referentes a los trastornos relacionados con el consumo de drogas.....	3
D. Factores asociados a los trastornos relacionados con el consumo de drogas.....	4
E. Curso y trayectoria de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y la recuperación.....	5
F. Principios de las intervenciones de tratamiento.....	6
G. Enfoques y modalidades de tratamiento.....	7
H. Relación costo-eficacia del tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas.....	9
I. Organización y gestión del servicio de tratamiento.....	10
J. Tratamiento de poblaciones especiales.....	11
K. El tratamiento de la drogodependencia como derecho humano.....	12
L. Vigilancia y garantía de calidad de los programas de tratamiento.....	14
M. Recomendaciones.....	14
II. Funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas.....	19
A. Promoción de la aplicación sistemática de los tratados de fiscalización internacional de drogas.....	19
B. Medidas para garantizar la aplicación de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas.....	20
C. Cooperación de los Gobiernos con la Junta.....	29
D. Evaluación del cumplimiento general de los tratados.....	33
E. Medidas adoptadas por la Junta para garantizar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas.....	45
F. Temas especiales.....	48
III. Análisis de la situación mundial.....	67
A. África.....	69
B. América.....	75
Centroamérica y el Caribe.....	75
América del Norte.....	81
América del Sur.....	89

	<i>Página</i>
C. Asia	96
Asia oriental y sudoriental.....	96
Asia meridional	102
Asia occidental.....	107
D. Europa	115
E. Oceanía	123
IV. Recomendaciones dirigidas a los Gobiernos, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y nacionales competentes	131

Anexos

I. Agrupaciones regionales y subregionales utilizadas en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017	137
II. Composición actual de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	141

Notas explicativas

Los datos comunicados después del 1 de noviembre de 2017 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.

En el presente informe se han utilizado las siguientes siglas y abreviaturas:

AIRCOP	Proyecto de Comunicación Aeroportuaria
APAAN	<i>alfa</i> -fenilacetoacetónitrilo
CARICC	Centro Regional de Información y Coordinación de Asia Central
CEDEAO	Comunidad Económica de los Estados de África Occidental
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
Europol	Oficina Europea de Policía
GHB	ácido <i>gamma</i> -hidroxibutírico
ha	hectáreas
I2ES	Sistema Internacional de Autorización de Importaciones y Exportaciones
IDS	Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas
INTERPOL	Organización Internacional de Policía Criminal
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
IONICS	Sistema de Comunicación de Incidentes del Proyecto Ion
LSD	dietilamida del ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilendioximetanfetamina
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMA	Organización Mundial de Aduanas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSCE	Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa
P-2-P	1-fenil-2-propanona
Pen Online	Sistema Electrónico de Intercambio de Notificaciones Previas a la Exportación
PICS	Sistema de Comunicación de Incidentes relacionados con Precursores
PMMA	<i>para</i> -metoximetilanfetamina

SMART	Programa Mundial de Vigilancia de las Drogas Sintéticas: Análisis, Informes y Tendencias
t	toneladas
THC	tetrahidrocannabinol
UNAMA	Misión de Asistencia de las Naciones Unidas en el Afganistán
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Capítulo I.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas: componentes esenciales de la reducción de la demanda de drogas

A. Antecedentes

1. La preocupación por la salud y el bienestar de la humanidad es la piedra angular del marco de fiscalización internacional de drogas. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972⁴, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971⁵ y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988⁶, conocidos en conjunto como los tratados de fiscalización internacional de drogas, hacen mención de esa preocupación. Para asegurar la salud y el bienestar de la humanidad, los tratados obligan a los Estados partes a adoptar medidas con miras al tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de las personas afectadas por problemas de drogas (artículo 38 de la Convención de 1961 y artículo 20 del Convenio de 1971). La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) también puso de relieve esta cuestión en su informe anual correspondiente a 2015⁷.

2. El tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, la rehabilitación y la reinserción social son algunos de los objetivos operacionales fundamentales previstos en las recomendaciones sobre la reducción de la demanda de drogas que figuran en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de

la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”⁸. En el documento final, la Asamblea General reconoció que la drogodependencia era un trastorno de la salud complejo, que se caracterizaba por su naturaleza crónica y recurrente y que se podía tratar mediante programas de tratamiento basados en datos científicos y de carácter voluntario, y exhortó a aumentar la cooperación internacional para formular e implantar iniciativas de tratamiento.

3. El consumo de sustancias psicoactivas que afectan al estado de ánimo ha estado siempre presente en las civilizaciones humanas. En ciertos contextos, o en lo que respecta a ciertas sustancias, puede llegar a adquirir un carácter patológico que debe abordarse. A lo largo de la historia de la humanidad, las sociedades han mostrado diversos grados de tolerancia, permisividad y control con respecto al uso de sustancias psicoactivas. Algunas de esas sustancias, como el tabaco y el alcohol, han sido reguladas de manera más o menos estricta en la mayoría de las sociedades. Otras sustancias se han considerado perjudiciales y, por tanto, se han sometido a un estricto control. Este es el caso de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas que son objeto de fiscalización en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

4. Independientemente del grado de control, regulación y aprobación o desaprobación social, un factor común a todas las sustancias psicoactivas, mencionadas en el

⁴Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 976, núm. 14152.

⁵*Ibid.*, vol. 1019, núm. 14956.

⁶*Ibid.*, vol. 1582, núm. 27627.

⁷E/INCB/2015/1, párr. 1.

⁸Resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo.

presente capítulo como “drogas” para mayor brevedad, es su propensión a desembocar en trastornos derivados de su consumo, ya sea frecuente o esporádico. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas están asociados a importantes niveles de enfermedad (morbilidad) y discapacidad, suponen una carga para los recursos nacionales y causan un sufrimiento humano inmensurable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que la carga mundial de morbilidad atribuible al consumo de alcohol y drogas ilícitas asciende al 5,4% de la carga total de morbilidad⁹. Concretamente, la drogodependencia representa el 0,9% de la carga mundial de morbilidad por todas las causas, que se expresa en años de vida ajustados en función de la discapacidad, y la dependencia de los opioides supone la mayor parte de esa carga¹⁰. Los vínculos entre el consumo de drogas y algunos riesgos para la salud pública, como la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea, han añadido otra dimensión al impacto en la salud. Así pues, es preciso que todos los países y jurisdicciones establezcan mecanismos y sistemas para ayudar y socorrer a las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas.

B. El tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social como componentes esenciales de la reducción de la demanda

5. En la reducción de la demanda de drogas intervienen dos enfoques superpuestos pero diferentes: la prevención de la iniciación en el consumo de drogas (o prevención primaria) y el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social.

6. Las intervenciones destinadas a reducir la demanda suelen centrarse más en las actividades de prevención primaria. La intervención primaria con frecuencia recibe más apoyo y, por tanto, ocupa un lugar más destacado en los marcos y programas nacionales de reducción de la demanda de drogas. No obstante, se considera que muchas actividades de prevención primaria están basadas en pruebas limitadas, tienen escasa cobertura y son de

calidad desconocida¹¹. La importancia del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de los afectados por trastornos relacionados con el consumo de drogas (que se examinará más adelante en el presente capítulo) necesita un mayor reconocimiento. Hay razones imperiosas por las que los Gobiernos deberían invertir en los servicios de tratamiento y rehabilitación:

a) Los afectados por trastornos relacionados con el consumo de drogas sufren un importante menoscabo de su salud física y mental y bienestar, además de reducirse su calidad de vida y productividad;

b) Algunos afectados por trastornos relacionados con el consumo de drogas pueden recurrir a actos ilícitos o delictivos para costear ese consumo, lo que perpetúa un círculo vicioso de adicción y sufrimiento y contribuye a aumentar la carga de la delincuencia en la sociedad;

c) Las investigaciones indican que la presión del grupo es un factor importante de la iniciación al consumo. Así, el tratamiento de los drogodependientes reduce el riesgo de que otros empiecen a consumir drogas bajo su influencia. Dicho de otro modo, los servicios de tratamiento y rehabilitación de los afectados pueden servir para prevenir el consumo de drogas entre otras personas de su entorno;

d) En su condición de partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas, los Gobiernos deben prestar servicios de tratamiento a quienes sufren adicción. Tanto el artículo 38 de la Convención de 1961 como el artículo 20 del Convenio de 1971 disponen que los Gobiernos han de prestar atención especial a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la readaptación social de los afectados por la drogodependencia, y adoptar todas las medidas posibles al efecto, coordinar sus esfuerzos en ese sentido y promover la formación de personal en esos ámbitos;

e) El respeto del derecho a los servicios de salud y tratamiento de las personas afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas contribuiría a reducir el estigma y la discriminación asociados a esos trastornos;

f) Las investigaciones demuestran constantemente que invertir en el tratamiento genera ahorros a los Gobiernos. El costo económico del tratamiento es muy inferior al que ocasionan los trastornos relacionados con el consumo de drogas y los problemas conexos, entre ellos

⁹OMS, Datos del Observatorio Mundial de la Salud, “Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders”. Puede consultarse en http://www.who.int/gho/substance_abuse/en/.

¹⁰Louisa Degenhardt y otros, “Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the *Global Burden of Disease Study 2010*”. *The Lancet*, vol. 382, núm. 9904 (9 de noviembre de 2013), págs. 1564 a 1574.

¹¹*Informe Mundial sobre las Drogas 2015* (publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.15.XI.6), cap. I, secc. D (“¿Cuáles son los medios más eficaces para prevenir el consumo de drogas?”).

el desempleo, el absentismo, la delincuencia (incluido el costo de la justicia penal y la represión del delito), la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad;

g) Un elemento indispensable para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) es la medida que figura en la meta 3.5 (Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas).

7. En el mundo entero se ha observado un importante déficit de recursos destinados a servicios de tratamiento y rehabilitación. La OMS ha calculado que en todo el mundo solo hay 1,7 camas disponibles por cada 100.000 personas para el tratamiento de la drogodependencia y el alcoholismo y que el número de camas disponibles en los países de ingresos medianos altos es diez veces mayor que el de las disponibles en los países de ingresos medianos bajos (7,1 frente a 0,7 camas por 100.000 personas)¹². La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) comunica que, a nivel mundial, solo una de cada seis personas que necesitan tratamiento de la drogodependencia tiene acceso a programas de tratamiento. En América Latina, la proporción es una de cada 11, y en África, una de cada 18, lo que demuestra que la escasez de recursos es más pronunciada en los países de ingresos bajos y medianos. Mientras los países de ingresos altos gastan unos 50 dólares por persona anualmente en salud mental, los países de ingresos bajos y medianos gastan solo 2 dólares. Además, el acceso a los servicios de tratamiento y rehabilitación suele ser desigual dentro de los propios países. Por ejemplo, a menudo los sistemas de salud están dotados de equipo para prestar servicios por trastornos relacionados con el consumo de alcohol, pero no de drogas. Los servicios de tratamiento de la drogodependencia suelen prestarse solo en las grandes ciudades. Asimismo, si bien la drogodependencia prevalece más en los hombres que en las mujeres, las mujeres que sufren problemas de drogodependencia tienen en proporción mucho menos acceso a los servicios de tratamiento y rehabilitación de resultas de la estigmatización y la falta de servicios de tratamiento con perspectiva de género¹³. Otra faceta importante de la brecha terapéutica son las diferencias en el tipo de tratamiento disponible y accesible: más de una tercera parte de todos los países del mundo informan de la disponibilidad de intervenciones psicosociales, mientras que menos de una cuarta parte comunica la disponibilidad de intervenciones farmacológicas, pese a que existen pruebas

¹²OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Ginebra, 2010).

¹³Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), "A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes", documento de políticas (julio de 2014).

concluyentes de que las intervenciones farmacológicas son eficaces para tratar muchos tipos de trastornos relacionados con el consumo de drogas. Además, en los casos en que los servicios de tratamiento están disponibles y son accesibles, su calidad puede ser deficiente y las intervenciones tal vez no se basen en datos científicos ni se sustenten en normas o directrices internacionales.

C. Conceptos básicos referentes a los trastornos relacionados con el consumo de drogas

8. Es importante diferenciar términos como consumo de drogas, abuso de drogas, consumo nocivo de drogas, drogodependencia y drogadicción, ya que el uso inapropiado de la terminología puede contribuir a la estigmatización y la discriminación. Desde la perspectiva de la justicia penal, en algunos países puede sancionarse incluso el consumo por una sola vez de una sustancia psicoactiva clasificada en la legislación nacional como estupefaciente o sustancia sicotrópica¹⁴. Sin embargo, desde la perspectiva de las ciencias de la adicción y del comportamiento, un único caso de consumo de drogas puede no ser necesariamente patológico. Son los hábitos de consumo y las consecuencias resultantes lo que distingue el comportamiento patológico del no patológico, aunque con frecuencia peligroso.

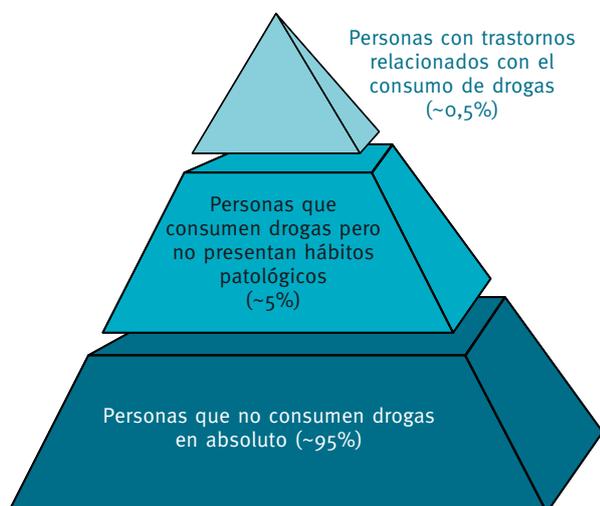
9. La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) hace referencia a dos entidades diagnósticas principales debidas al consumo de drogas que son pertinentes para este examen: el consumo nocivo y el síndrome de dependencia. Por consumo nocivo de drogas se entiende un hábito de consumo que produce daños en la salud física o mental de la persona. La drogodependencia es una afección que se caracteriza por que el consumo de drogas llega a ser una de las máximas prioridades en la vida del consumidor y conlleva diversos comportamientos conexos. El término más antiguo de "adicción", cuyo significado se asemeja en gran medida al de "dependencia", está arraigado en las publicaciones científicas y en el habla popular, y por ese motivo se sigue empleando. El término "abuso de drogas" se utilizó como entidad diagnóstica en el pasado, pero ha sido reemplazado en general por los términos "consumo nocivo de drogas" y "trastornos relacionados con el consumo de drogas". En vista de ello, los términos que más

¹⁴La Junta ha aclarado en muchas ocasiones que los tratados de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas no obligan a las partes a imponer sanciones penales a las personas que consumen drogas.

se emplean en este capítulo son “consumo de drogas” y “trastorno relacionado con el consumo de drogas”.

10. Las personas que comienzan a consumir drogas pueden llegar a alcanzar la fase de consumo nocivo y, a la larga, de dependencia, a medida que se intensifica el consumo y se agravan sus consecuencias perjudiciales. El consumo de drogas, el consumo nocivo de drogas y la drogodependencia forman una progresión continua de gravedad y frecuencia de consumo cada vez mayores. En toda sociedad, los hábitos de consumo de drogas pueden representarse en forma de pirámide. Como se observa en la figura siguiente, la base de esa pirámide está compuesta por las personas que no consumen drogas en absoluto. La sección intermedia representa un grupo menor de personas que consumen drogas, pero cuyos hábitos de consumo no son patológicos. Por último, en la sección más pequeña, la parte superior de la pirámide, se sitúan las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas. Aunque esas personas ocupan la parte más estrecha de la pirámide, es importante señalar que en ellas incide la mayor parte de los daños y consecuencias perjudiciales y que representan la mayor carga de morbilidad conexas para la sociedad en su conjunto. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*, la UNODC observa que en todo el mundo se perdieron 28 millones de años de vida sana en 2015 de resultados del consumo de drogas. De ese número, 17 millones de años de vida sana se perdieron por trastornos relacionados con el consumo de drogas, aun cuando solo alrededor del 10% de las personas que consumían drogas padecían trastornos relacionados con su consumo. Lamentablemente, en todo el mundo solo una de cada seis personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas tiene acceso a servicios de tratamiento. Así pues, es absolutamente

Pirámide de los hábitos de consumo de drogas (representación)



prioritario que se presten servicios de tratamiento y rehabilitación a las personas que sufren esos trastornos. Con todo, quienes consumen drogas pero no sufren trastornos tal vez necesiten también ayuda para evitar que se agraven aún más sus problemas de consumo de drogas.

D. Factores asociados a los trastornos relacionados con el consumo de drogas

11. Es más acertado considerar los trastornos relacionados con el consumo de drogas en razón de su origen biopsicosocial. No hay ningún factor que por sí solo haga que una persona consuma drogas. Existen diversos factores de riesgo y factores de protección que interactúan entre sí y pueden desembocar en el consumo y posterior dependencia de las drogas, como, por ejemplo, la personalidad preexistente y factores genéticos y biológicos que tienen su origen en las disfunciones neurobiológicas del cerebro de las personas que consumen drogas. También hay factores ambientales. Entre ellos cabe señalar varios factores sociales, culturales y jurídicos que incrementan el riesgo de que una persona consuma una droga y posteriormente desarrolle drogodependencia. La permisividad social y cultural asociada al consumo de una droga puede aumentar su disponibilidad e influir en el riesgo de que las personas la consuman. Asimismo, se ha constatado que las privaciones socioeconómicas están asociadas al riesgo del consumo de drogas, y que las drogas pueden utilizarse como automedicación para enfrentar problemas personales que a veces se derivan de experiencias negativas de la niñez, como abusos, abandono y otras formas de disfunción familiar. Por último, hay factores vinculados a las drogas que también pueden determinar el riesgo, ya que algunas drogas tienen mayor probabilidad que otras de causar trastornos relacionados con su consumo. Algunas drogas, como los opioides, se consideran más adictivas que otras, como el cannabis. Varios factores causantes de la drogodependencia escapan al control de quienes consumen drogas por el hecho de que las personas no determinan su propia vulnerabilidad genética o biológica, no tienen poder para influir en las prácticas culturales de su vecindad y no ejercen control alguno sobre las propias leyes y políticas nacionales que determinan la disponibilidad de las drogas. Hasta qué punto las personas pueden controlar el riesgo de desarrollar drogodependencia, o qué otra alternativa tienen frente a ese riesgo, es una cuestión controvertida¹⁵. Por todo lo anterior, las personas

¹⁵ Allison Kurti y Jesse Dallery, “Review of Heyman’s addiction: a disorder of choice”, *Journal of Applied Behaviour Analysis*, vol. 45, núm. 1 (2012), págs. 229 a 240.

afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas no deben ser consideradas víctimas, sino pacientes, y no deben ser tratadas como si mantuvieran deliberadamente un comportamiento indeseable o ilícito. El tratamiento y la rehabilitación son el marco ideal para prestarles ayuda.

E. Curso y trayectoria de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y la recuperación

12. Una vez que se han manifestado, los trastornos relacionados con el consumo de drogas siguen su curso al igual que otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes o la hipertensión. Los tratamientos de todas esas enfermedades crónicas no transmisibles comparten ciertas características:

- a) El tratamiento reduce los síntomas, sin eliminar forzosamente la causa principal de la enfermedad;
- b) La adopción de cambios de conducta y estilo de vida forma parte importante del tratamiento;
- c) Las recaídas son habituales, a pesar del tratamiento.

13. Recuperarse de trastornos relacionados con el consumo de drogas es posible, pero a menudo entraña múltiples intentos y una participación prolongada en programas de tratamiento. Para la mayor parte de las personas que sufren esos trastornos, la recuperación es un proceso más que un hecho puntual. La mayoría de las personas que padecen esos trastornos suelen volver a consumir drogas después de un episodio de tratamiento. La caída (consumo de drogas tras un período de abstinencia) y la recaída (consumo de drogas que adquiere carácter de dependencia tras un período de abstinencia) se consideran etapas previsible e inherentes al proceso de recuperación. No es realista esperar que alguien logre una abstinencia duradera después de un episodio de tratamiento breve, como tampoco lo es esperar que un paciente con hipertensión tenga una presión sanguínea normal al final de un período de un año si solo toma medicamentos antihipertensivos durante unos días y luego se interrumpe el tratamiento progresivamente. De igual modo, los programas de tratamiento y rehabilitación deberían concebirse como intervenciones a largo plazo que incluyan estrategias para la prevención de la recaída. Es importante que las leyes y políticas nacionales no sancionen a los consumidores por sufrir recaídas después del tratamiento. También es importante señalar

que el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas funciona. En otras palabras, la ciencia moderna de atención de la salud proporciona estrategias de tratamiento eficaces para los trastornos relacionados con el consumo de drogas. El indicador más importante para predecir si un tratamiento tendrá buen resultado es la retención del paciente en el programa de tratamiento durante el tiempo que sea necesario.

14. Un mito muy extendido es que las personas que padecen drogodependencia no desean abandonar las drogas. Los intentos infructuosos por dejar de consumir drogas son una nota distintiva y una característica del diagnóstico asociado a la drogodependencia. Lo que priva a las personas afectadas de la oportunidad de reducir o abandonar el consumo de drogas es la escasa disponibilidad y accesibilidad de servicios de tratamiento apropiados y aceptables. En una encuesta realizada recientemente en Punjab (India) se observó que de las más de 232.000 personas que, según las estimaciones, dependían de los opioides, más del 80% habían tratado de dejar de consumir drogas. Sin embargo, solo alrededor del 15% habían recibido ayuda del sector organizado, lo que indica una demanda generalizada pero una escasa disponibilidad de servicios de tratamiento¹⁶.

15. Incluso después de lograr la abstinencia, muchas personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas tienen dificultades para recuperar su lugar y condición en su familia y en la sociedad. El estigma asociado al consumo de drogas plantea un grave obstáculo en el camino hacia la recuperación. En un estudio realizado por encargo de la OMS en 14 países de todo el mundo se constató que, de 18 afecciones, la drogadicción mostraba el grado más alto de estigmatización o rechazo social¹⁷. Los programas nacionales de reducción de la demanda deben combatir la estigmatización y discriminación y prestar asistencia para la rehabilitación y la reinserción social de modo que las personas afectadas por trastornos relacionados con el consumo de drogas tengan la oportunidad de reclamar su lugar en la sociedad como ciudadanos responsables y productivos.

16. El resultado del tratamiento de la drogodependencia no debe definirse solamente en términos binarios de consumo continuado de drogas frente a abstinencia total.

¹⁶India, Ministerio de Justicia Social y Empoderamiento, y Gobierno de Punjab, Departamento de Salud y Bienestar Familiar, "Punjab opioid dependence survey: brief report". Puede consultarse en <http://pbhealth.gov.in/>.

¹⁷Robin Room y otros, "Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal attitudes towards disability", en *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, T. Bedirhan Üstün y otros, eds. (Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001).

Se ha demostrado que, incluso sin lograr la abstinencia total, algunas personas consiguen reducir las consecuencias perjudiciales del consumo de drogas y llevar una vida relativamente estable y productiva. Además de la reducción del consumo, la mejora de la salud personal y el funcionamiento social (empleo, familia y relaciones sociales) y la aminoración de conductas de riesgo o delictivas son resultados igualmente válidos y deseables del tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas. Por tanto, los servicios de tratamiento y rehabilitación no deberían centrarse exclusivamente en el objetivo final del abandono del consumo de drogas, sino también tomar en consideración los objetivos intermedios de la reducción del consumo de drogas y sus consecuencias nocivas como parte integrante del proceso encaminado a la total rehabilitación y reinserción social.

F. Principios de las intervenciones de tratamiento

17. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas son afecciones que pueden tratarse y para las cuales existen intervenciones eficaces de tratamiento y rehabilitación. Se consideran afecciones biopsicosociales complejas y su tratamiento es igualmente complejo y polifacético. La eficacia del tratamiento depende por lo general de múltiples componentes orientados a diversos aspectos de la drogodependencia y sus consecuencias. La OMS y la UNODC han establecido nueve principios para el tratamiento de la drogodependencia¹⁸:

Principio 1. Disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, atractivo e idoneidad del tratamiento de la drogodependencia. Los afectados por la drogadicción deben tener acceso a una amplia gama de servicios de tratamiento que respondan a diversas necesidades. Factores como la asequibilidad, la proximidad geográfica, la oportunidad y la flexibilidad de horarios de atención, la facilidad de uso y la capacidad de adaptación a las necesidades de las personas contribuyen a la accesibilidad del tratamiento de la drogodependencia.

Principio 2. Reconocimiento inicial, evaluación, diagnóstico y planificación del tratamiento. La base de un método de tratamiento eficaz e individualizado es un procedimiento de evaluación diagnóstica amplio. Sus componentes son, entre otros, el reconocimiento inicial (por ejemplo,

consumo de drogas y conductas de riesgo conexas), la evaluación y el diagnóstico (por ejemplo, drogodependencia y otras enfermedades psiquiátricas concomitantes), la evaluación integral (etapa y gravedad de la enfermedad, temperamento, personalidad, situación laboral, etc.) y un plan de tratamiento individualizado.

Principio 3. Tratamiento de la drogodependencia basado en datos científicos. Las normas estrictas que se aplican para aprobar el tratamiento de otras afecciones deben aplicarse asimismo al tratamiento de la drogodependencia. Por tanto, todos los tratamientos de la drogodependencia aprobados en un país determinado deben fundamentarse en las buenas prácticas más recientes avaladas por datos científicos y en los conocimientos científicos acumulados, teniendo en cuenta que la ciencia de la salud está en permanente evolución.

Principio 4. Tratamiento de la drogodependencia, derechos humanos y dignidad del paciente. Las personas que padecen drogodependencia no deberían ser discriminadas por su historial de consumo de drogas. Las normas de tratamiento ético que se aplican a otras afecciones deben también aplicarse al tratamiento de la drogodependencia. Ello incluye el derecho a la autonomía y autodeterminación de los pacientes y los principios de beneficencia, no maleficencia y confidencialidad exigibles a los proveedores de servicios de salud. En ese contexto, la Junta acoge con beneplácito la reciente declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud¹⁹.

Principio 5. Atención a subgrupos y afecciones especiales. Algunos subgrupos de población, como los adolescentes, las mujeres, las mujeres embarazadas, las personas con afecciones comórbidas físicas y psíquicas, los trabajadores del sexo, las minorías étnicas y las personas socialmente marginadas, entre ellas los migrantes y refugiados, pueden tener necesidades especiales. En su tratamiento por drogodependencia deben tenerse en cuenta esas necesidades.

Principio 6. El tratamiento de la adicción y el sistema de justicia penal. En algunas jurisdicciones, el consumo de drogas se trata como un delito en sí mismo. No obstante, dado que los trastornos relacionados con el consumo de drogas son afecciones de salud, el contexto ideal para el tratamiento es el sistema de atención de la salud y no el sistema de justicia penal. El sistema de atención de la salud debe ser el medio preferido para gestionar esos problemas,

¹⁸Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y OMS, "Principles of drug dependence treatment", documento de debate (marzo de 2008).

¹⁹Naciones Unidas y OMS, "Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud", 2017. Puede consultarse en www.who.int/.

y debe crearse la capacidad de tratamiento necesaria cuando esta no exista. El tratamiento como medida sustitutiva del encarcelamiento tiene el doble beneficio de paliar el sufrimiento y la discapacidad y reducir la delincuencia. Esto conlleva una importante disminución de los costos que contribuye a que este enfoque sea más rentable.

Principio 7. Apoyo y participación de la comunidad y orientación al paciente. Es necesario un cambio de paradigma en la administración del tratamiento que, en lugar de basarse en la aplicación de directrices, favorezca una prestación de servicios basada en la comunidad y más cooperativa que cuente con la participación de las personas que consumen drogas y sus familias, las comunidades y los interesados locales en el proceso de planificación, aplicación y vigilancia de los servicios de tratamiento.

Principio 8. Gobernanza clínica de los servicios de tratamiento de la drogodependencia. Se pueden lograr sistemas de gobernanza clínica responsables y eficientes mediante políticas y protocolos plasmados por escrito y mecanismos de vigilancia y supervisión a cargo de personal calificado. Además, deben establecerse sistemas de acreditación, homologación y garantía de calidad para los servicios de tratamiento.

Principio 9. Sistemas de tratamiento: formulación de políticas, planificación estratégica y coordinación de servicios. Se recomienda un enfoque lógico gradual que comprenda la formulación de políticas de tratamiento, la evaluación de la situación, el fomento de la capacidad de los proveedores de cuidados y sistemas de garantía de calidad.

G. Enfoques y modalidades de tratamiento

18. No todas las actividades que coadyuvan a reducir el consumo de drogas pueden calificarse justificadamente de tratamiento. El tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y los problemas de salud física y mental conexos se ha definido como una actividad (o actividades) directamente orientada a las personas que tienen problemas relacionados con el consumo de drogas y destinada a conseguir resultados definidos para aliviar o eliminar esos problemas, llevada a cabo por profesionales experimentados o acreditados en el marco de una práctica médica, psicológica o de asistencia social reconocida²⁰.

²⁰Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *EMCDDA Treatment Strategy*, Work programmes and strategies series (Lisboa, abril de 2010).

19. Aunque los principios generales del tratamiento de la drogodependencia que se aplican a todas las poblaciones y todos los tipos de drogas pueden parecer semejantes, lo ideal sería que cada paciente recibiera un tratamiento individualizado y personalizado, cuya índole puede variar según el tipo de droga consumida, la gravedad de la dependencia, el grado de motivación y la disponibilidad o no de apoyo social. Por ser la drogodependencia una enfermedad crónica con remisiones y recaídas, el tratamiento único a corto plazo no suele ser suficiente para la mayoría de las personas; de ahí que pueda ser provechoso mantener un contacto constante con el usuario con el apoyo de la familia y la comunidad.

20. La UNODC y la OMS han elaborado conjuntamente un cuerpo de normas internacionales para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas a fin de ayudar a los Estados Miembros a crear servicios de tratamiento eficaces y éticos²¹. Se han evaluado diversas modalidades y enfoques de tratamiento en función de la medida en que su eficacia se basa en datos científicos. Esas modalidades y enfoques incluyen lo siguiente:

a) *Divulgación comunitaria.* Estas actividades se orientan fundamentalmente a quienes consumen drogas pero no reciben tratamiento. Los programas de divulgación ofrecen servicios esenciales como apoyo básico, educación relacionada con las drogas, reconocimiento inicial y breves intervenciones, remisión a tratamiento de la drogodependencia y servicios de intercambio de agujas;

b) *Detección, intervenciones breves y remisión a tratamiento.* Estas intervenciones están destinadas mayormente a las personas con problemas de drogas en contextos no especializados, como la atención primaria, la atención de emergencia, los servicios sociales y los establecimientos penitenciarios. Para estas intervenciones psicosociales breves se dispone de métodos de detección normalizados y válidos, así como de manuales que pueden adaptarse a distintas culturas. Este tipo de programas logran reducir eficazmente el consumo de drogas, sobre todo entre quienes se encuentran en las primeras etapas de consumo;

c) *Tratamiento en régimen de internamiento o residencial a corto plazo.* Esta clase de tratamiento, conocido también como desintoxicación, tiene por objeto en buena parte aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia y facilitar la estabilización del estado físico y emocional del paciente en un contexto seguro y protegido. En lo que respecta a las benzodiazepinas, los opioides y

²¹UNODC y OMS. "International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (Draft for Field Testing)" (marzo de 2017).

muchas otras categorías de drogas, el elemento fundamental de la desintoxicación es el tratamiento farmacológico de los síntomas del síndrome de abstinencia. En lo que atañe a los opioides, hay pruebas de peso que indican que los síntomas se tratan mejor con medicamentos agonistas como la buprenorfina y la metadona²². En el caso de sedantes hipnóticos como las benzodiazepinas, se ha recomendado emplear benzodiazepinas de efecto prolongado en dosis suficientes e ir disminuyendo su consumo gradualmente en el curso de varios días. Con mucha frecuencia la desintoxicación se considera erróneamente un tratamiento completo en sí mismo. Sin embargo, el control del síndrome de abstinencia es solo la primera fase del tratamiento a largo plazo de la drogodependencia. El riesgo de recaída y sobredosis es alto después de cualquier forma de desintoxicación. Para prevenir la recaída, los preparativos de las actividades encaminadas a asegurar la participación prolongada y sostenida del paciente en el proceso de tratamiento se deben iniciar en esta fase;

d) *Tratamiento ambulatorio*. El tratamiento ambulatorio está destinado sobre todo a las personas que cuentan con apoyo social y recursos suficientes en su hogar, pero que requieren intervenciones farmacológicas o psicosociales a largo plazo. La mayoría de las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas no requieren atención en régimen de internamiento y pueden tratarse como pacientes externos. Existen pruebas sólidas de la eficacia de diversas intervenciones farmacológicas que se ofrecen como parte del tratamiento prolongado de la drogodependencia. La OMS recomienda como tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides el uso de la buprenorfina o la metadona en dosis adecuadas²³. Otra forma de tratamiento farmacológico ambulatorio de la dependencia de opioides es emplear el antagonista de opioides naltrexona, que se recomienda para pacientes muy motivados. Con todo, no se dispone de muchas pruebas de su eficacia²⁴. Para el tratamiento de la dependencia del cannabis y los psicoestimulantes (es decir, anfetaminas o cocaína) actualmente no existen pruebas de que haya una farmacoterapia que sea sistemáticamente eficaz. Por tanto, el tratamiento psicosocial sigue siendo el enfoque fundamental que se aplica a esas categorías de drogas. Además de la farmacoterapia, existen numerosas intervenciones psicosociales eficaces para prevenir la recaída y rehabilitar a los pacientes, como la

gestión de contingencias²⁵, las entrevistas motivacionales²⁶, la terapia cognitiva conductual²⁷ o la terapia de prevención de la recaída. Estas intervenciones en su mayoría producen los mejores resultados cuando se combinan con farmacoterapia;

e) *Tratamiento residencial a largo plazo*. La forma más frecuente de tratamiento residencial a largo plazo es la comunidad terapéutica, donde se espera que los pacientes permanezcan durante un tiempo prolongado de entre 6 y 24 meses. Anteriormente, el tratamiento residencial a largo plazo solía consistir solamente en un tratamiento psicosocial, pero en los enfoques modernos a veces se utilizan medicamentos. Se han realizado estudios a gran escala que han encontrado escasas pruebas de que las comunidades terapéuticas aporten beneficios importantes, salvo en entornos penitenciarios²⁸;

f) *Gestión de la recuperación*. La gestión de la recuperación, conocida también como postratamiento o apoyo social, es un modelo de atención a largo plazo orientado a la recuperación de quienes han logrado la abstinencia mediante otras formas de tratamiento. La atención se centra en prevenir la recaída apoyando los cambios en el funcionamiento social y bienestar de la persona y ayudándola a recobrar su lugar en la comunidad. La recaída es una parte casi inevitable de la recuperación. Por tanto, en lugar de dejar que los pacientes atraviesen múltiples episodios de tratamiento a corto plazo, el método de gestión de la recuperación ofrece servicios de apoyo durante un período más prolongado pero a una intensidad y un costo mucho menores, dedicando atención prioritaria a la autonomía de los pacientes y asegurando la participación de sus comunidades;

g) *Intervenciones encaminadas a reducir las consecuencias nocivas del consumo de drogas*. Algunos enfoques se utilizan para paliar las consecuencias nocivas del consumo de drogas, en lugar de reducir directamente el consumo *per se*. Estos enfoques se emplean ampliamente, en particular para reducir el riesgo de propagación del VIH y otras infecciones virales de transmisión sanguínea entre los consumidores de drogas por inyección. La OMS,

²²L. Gowing, R. Ali y J. White, "Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, núm. 2 (2002).

²³OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (Ginebra, 2009).

²⁴S. Minozzi y otros, "Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 4 (2011).

²⁵M. Prendergast y otros, "Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta analysis", *Addiction*, vol. 101 núm. 11 (noviembre de 2006), págs. 1546 a 1560.

²⁶G. Smedslund y otros, "Motivational interviewing for substance abuse", *The Cochrane Library* (11 de mayo de 2011).

²⁷M. Magilland y L. A. Ray, "Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, núm. 4 (2009), págs. 516 a 527.

²⁸L. A. Smith, S. Gates y D. Foxcroft, "Therapeutic communities for substance-related disorder", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 1 (2006).

la UNODC y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) han refrendado un conjunto integral de nueve intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre las personas que se inyectan drogas²⁹. La Junta constata que este conjunto integral ha sido ampliamente avalado, entre otros por la Asamblea General³⁰, el Consejo Económico y Social³¹ y la Comisión de Estupefacientes³². Las nueve intervenciones mencionadas han sido objeto de una evaluación científica. Su eficacia es mayor cuando se llevan a cabo de manera conjunta, en un solo paquete. Son las siguientes: *a)* programas de intercambio de agujas y jeringuillas; *b)* terapia de sustitución con opioides y otros tratamientos de la drogodependencia; *c)* pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH; *d)* tratamiento antirretroviral; *e)* prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual; *f)* distribución de preservativos; *g)* información, educación y comunicación especializadas; *h)* prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral; e *i)* prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis³³;

h) Otros enfoques. Desde hace muchos años se viene celebrando un debate sobre actividades no incluidas en el conjunto integral que algunos consideran intervenciones destinadas a reducir las consecuencias nocivas del consumo de drogas. Algunos Gobiernos han venido efectuando pruebas con programas de mantenimiento con heroína sujeta a prescripción médica para pacientes que no reciben otras formas de tratamiento, aunque ello no constituye una forma de tratamiento de primera línea³⁴. Las investigaciones indican que el tratamiento de mantenimiento con heroína sujeta a prescripción médica puede ayudar a las personas dependientes de la heroína a seguir su tratamiento, limitar el consumo de drogas de venta callejera y reducir las actividades ilícitas³⁵. No obstante, debido al riesgo de los efectos nocivos y a varios factores

²⁹OMS, UNODC y UNUSIDA, *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users: 2012 Revision* (Ginebra, OMS, 2012).

³⁰“Declaración política sobre el VIH y el sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el sida” (resolución 65/277 de la Asamblea General, anexo).

³¹Resolución 2009/6 del Consejo Económico y Social.

³²Resolución 53/9 de la Comisión de Estupefacientes.

³³OMS, Datos probatorios para la adopción de medidas, documentos de información y técnicos sobre políticas en relación con el VIH/sida y el consumo de drogas inyectables. Pueden consultarse en www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicybriefs/en/index.html.

³⁴Ambros A. Uchtenhagen, “Heroin maintenance treatment: From idea to research to practice”, *Drug Alcohol Review*, vol. 30, núm. 2 (2011), págs. 130 a 137.

³⁵M. Ferri, M. Davoli y C. A. Perucci, “Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 12 (2011).

operacionales, este tratamiento no ha sido recomendado ni por la OMS ni por otros organismos de las Naciones Unidas. Otro tipo de intervención que suele generar debate y discusión son los centros de inyección supervisada, o salas de consumo de drogas, que tienen por objeto proporcionar a los consumidores de drogas equipo de inyección seguro y un entorno seguro para inyectarse las drogas. Los centros de inyección supervisada no suelen suministrar la droga. Para determinar su eficacia se examinaron 75 estudios publicados y se llegó a la conclusión de que los centros de inyección seguros lograban atraer a poblaciones a las que era difícil tener acceso, promover inyecciones más seguras, reducir el riesgo de sobredosis y restringir las inyecciones de drogas en la vía pública y la presencia de jeringuillas abandonadas en espacios comunitarios³⁶. Así, los datos científicos sobre su eficacia evolucionan con rapidez. En su informe anual correspondiente a 2016, la Junta declaró que el objetivo final de esos centros debía ser reducir las consecuencias negativas del uso indebido de drogas sin que ello implique aprobar tácitamente o alentar el tráfico de drogas, y que la remisión a los programas de tratamiento y rehabilitación debía formar parte integrante de esas intervenciones³⁷.

H. Relación costo-eficacia del tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas

21. Un importante aspecto que debe tenerse en cuenta al invertir en el tratamiento de la drogodependencia son los costos. Lamentablemente, menos de la mitad de todos los países del mundo cuentan con una partida presupuestaria dedicada exclusivamente al tratamiento de la drogodependencia, y entre ellos no figura ningún país de ingresos bajos y medianos. Los tres métodos más importantes para financiar los servicios de tratamiento son la financiación de base tributaria, los pagos directos y las organizaciones no gubernamentales, en este orden. Los países de ingresos bajos y medianos parecen depender principalmente de los pagos directos³⁸.

22. En general, los estudios realizados en diferentes contextos y países han demostrado sin excepciones que

³⁶Chloé Potier y otros, “Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 145, núm. 1 (2014), págs. 48 a 68.

³⁷E/INCB/2016/1, párr. 720.

³⁸OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Ginebra, 2010), cap. 2, págs. 26 y 27.

la relación costo-eficacia del tratamiento de la drogodependencia es excelente. Cada dólar invertido en el tratamiento produce un rédito de 4 a 7 dólares por cuanto reduce las tasas de delincuencia y los costos del sistema de justicia penal. Si se incluyen también las economías logradas para el sistema de atención de la salud, los ahorros totales superan la relación 12:1. En un examen de 11 estudios en los que se hacía una evaluación económica de diversos tratamientos se analizaron los beneficios económicos logrados en distintos ámbitos (actividad delictiva, utilización de los servicios de salud, empleo remunerado y gasto en drogas ilícitas) y se llegó a la conclusión de que la reducción de la actividad delictiva y la utilización de los servicios de salud eran los mayores beneficios económicos que aportaba el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas³⁹. Además, el tratamiento de la drogodependencia es mucho menos costoso que las intervenciones de justicia penal. Por ejemplo, el costo de mantenimiento con metadona en los Estados Unidos de América se ha calculado aproximadamente en 4.700 dólares por paciente y año, mientras que la encarcelación se calcula en 24.000 dólares por recluso y año⁴⁰. Se ha calculado que si se ofreciera tratamiento únicamente al 10% de los delincuentes que lo necesitan, el sistema de justicia penal podría ahorrarse aproximadamente 4.800 millones de dólares⁴¹. En un amplio examen de publicaciones científicas se ha llegado a la conclusión de que, desde el punto de vista de la eficacia en función de los costos, los tratamientos de mantenimiento con agonistas como la metadona y la buprenorfina deben considerarse opciones de tratamiento de primera línea de la dependencia de opioides⁴².

³⁹Kathryn McCollister y Michael French, "The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings", *Addiction*, vol. 98, núm. 12 (2003), págs. 1647 a 1659.

⁴⁰Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3ª ed., NIH Publication No. 12-4180 (2012).

⁴¹Gary Zarkin y otros, "Lifetime benefits and costs of diverting substance-abusing offenders from State prison", *Crime & Delinquency*, vol. 61, núm. 6 (2012), págs. 829 a 850.

⁴²Chris Doran, "Economic evaluation of interventions for illicit opioid dependence: a review of evidence", documento de antecedentes preparado para la tercera reunión del grupo de desarrollo técnico encargado de las directrices de la OMS para el tratamiento farmacológico con asistencia psicosocial de las personas dependientes de opioides, celebrada en Ginebra del 17 al 21 de septiembre de 2007.

I. Organización y gestión del servicio de tratamiento

23. Pese a que se reconoce ampliamente que la drogodependencia es una afección de la salud, en muchos países su tratamiento se mantiene separado de los servicios de atención de la salud. Esta separación afecta negativamente a la calidad de la atención de que disponen los afectados y aumenta gastos que son evitables e innecesarios. La integración del tratamiento de la drogodependencia en los servicios generales de atención de la salud es importante por lo siguiente:

- a) El consumo de drogas está estrechamente relacionado con las enfermedades mentales y otras afecciones;
- b) La integración de los servicios mejora la coordinación de la atención y, en definitiva, los resultados sanitarios;
- c) El tratamiento del consumo de drogas en el marco del sistema general de atención de la salud es eficaz en función de los costos;
- d) La integración puede reducir las desigualdades en el ámbito de los servicios de salud y el tiempo de espera en los centros de tratamiento de la drogodependencia.

24. La integración de los servicios de tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas en los servicios de atención de la salud hace posible que el sistema de atención de la salud preste servicios a las personas con problemas de consumo de drogas leves a moderados, que constituyen la mayoría de los consumidores de drogas. Ello reduce la necesidad de un tratamiento más intensivo y costoso y evita que los problemas de drogas se agraven. Se han descrito diversos modelos de atención en progresión continua: los servicios de tratamiento del consumo de drogas y de atención de la salud pueden coordinarse o, lo que es igual, mantenerse separados pero con cierto grado de colaboración y comunicación; pueden estar ubicados en un mismo lugar, es decir, en estrecha proximidad física, pero continuar funcionando de manera independiente; y pueden estar integrados, o sea, colaborar estrechamente sobre la base de su plena integración o fusión. Cada uno de estos modelos tiene sus propias ventajas e inconvenientes, pero siempre que sea posible, su máxima integración parece ser la forma más eficiente de prestar los servicios, sobre todo en contextos de escasos recursos. Por esa razón, tanto si las sustancias están o no fiscalizadas, es conveniente que los servicios por trastornos relacionados con el consumo de sustancias se presten en el mismo contexto,

independientemente del tipo de sustancia. Tales servicios deben integrarse con el sistema general de atención de la salud, aunque sin dejar de prestar atención al tratamiento de la drogodependencia.

J. Tratamiento de poblaciones especiales

1. Niños y adolescentes

25. Los adolescentes tienen hábitos de consumo y necesidades de tratamiento singulares. Entre los adolescentes, todo uso de drogas es causa de preocupación, aun cuando simplemente estén experimentando, ya que los expone a un mayor comportamiento de riesgo y aumenta el peligro de que en un futuro padezcan trastornos relacionados con el consumo de drogas y la gravedad de estos. Se han realizado estudios que han constatado las graves consecuencias nocivas del uso de drogas en el desarrollo del cerebro de los niños y adolescentes⁴³. Por consiguiente, el tratamiento beneficia a los adolescentes que consumen drogas, aun cuando no sufran trastornos diagnosticables conexos. Las dificultades que se plantean al tratar de prestar un tratamiento eficaz a los niños y adolescentes radican, entre otras cosas, en lo siguiente: *a)* investigación insuficiente de las cuestiones asociadas al consumo de drogas en esa población; *b)* incertidumbre acerca de los efectos en los niños y adolescentes de la medicación destinada a adultos; y *c)* diseño de intervenciones psicosociales apropiadas a la edad de los adolescentes teniendo en cuenta su grado de desarrollo cognitivo y experiencia vital. La familia y la comunidad desempeñan una función importante en el tratamiento de la drogodependencia en los adolescentes. Muchos de los adolescentes que consumen drogas han sido víctimas de abusos físicos, emocionales o sexuales y estos deben ser detectados y, cuando proceda, atendidos de manera simultánea⁴⁴.

2. Mujeres

26. A nivel mundial, los hombres tienen tres veces más probabilidades de consumir drogas ilícitas que las

mujeres, si bien ellas son más propensas que los hombres a consumir opioides y tranquilizantes sujetos a prescripción médica. Aunque por lo general se han observado más trastornos relacionados con el consumo de drogas entre los hombres, la prevalencia del consumo de drogas entre las mujeres ha ido en aumento en las últimas dos décadas, sobre todo en algunos países de ingresos altos. Por otra parte, una vez que las mujeres comienzan a consumir drogas, el consumo se convierte en dependencia con mucha mayor rapidez que entre los hombres. Es importante señalar que muy pocas mujeres drogodependientes pueden acceder a servicios de tratamiento. Una de cada tres personas que consumen drogas es mujer, pero solo una de cada cinco personas que reciben tratamiento por drogodependencia es mujer. La estigmatización es el obstáculo más importante que se opone al tratamiento. Aunque el número de mujeres que consumen drogas es menor, las consecuencias para la salud pública de los trastornos relacionados con el consumo de drogas entre las mujeres son considerables y deben atenderse por medio de servicios de tratamiento con perspectiva de género. Concretamente, entre las cuestiones que deben abordarse figuran las siguientes: asistencia para el cuidado de los niños, salud sexual, gestacional y reproductiva, comorbilidad psiquiátrica, violencia, abusos sexuales, trabajo sexual femenino y vivienda⁴⁵. La OMS ha elaborado directrices para la gestión del consumo de drogas durante el embarazo⁴⁶. La JIFE dedicó especial atención al tema de la mujer y las drogas en el capítulo I de su informe anual correspondiente a 2016⁴⁷.

3. Personas en cárceles y otros entornos penitenciarios

27. A pesar de que se ha aclarado repetidas veces en los documentos de las Naciones Unidas que los tratados de fiscalización internacional de drogas no obligan a los Estados partes a aplicar sanciones penales por el consumo de drogas o por la posesión de drogas para uso personal, algunos Gobiernos nacionales mantienen leyes que prevén medidas penales, como la encarcelación de las personas que consumen drogas. Hay que reiterar que, según disponen los tratados de fiscalización internacional de drogas, los servicios de tratamiento y rehabilitación pueden prestarse como medida sustitutiva de las sanciones penales plenamente válida, como expuso la Junta en

⁴³Lindsay M. Squeglia y Kevin M. Gray, "Alcohol and drug use and the developing brain", *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, núm. 5 (mayo de 2016).

⁴⁴Estados Unidos, National Institute of Drug Abuse, *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-based Guide*, NIH Publication No. 14-7953 (Washington D.C., 2014).

⁴⁵R. Orwin, L. Francisco y T. Bernichon, "Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis", *NEDS Analytic Summary*, No. 21 (Fairfax, Virginia, Center for Substance Abuse Treatment, 2001).

⁴⁶OMS, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (Ginebra, 2014).

⁴⁷E/INCB/2016/1.

2007 y 2016^{48, 49, 50}. Los imputados por consumo de drogas o su posesión en pequeñas cantidades para uso personal deben contar con la opción de recibir atención fuera del sistema de justicia penal. El tratamiento médico en entornos penitenciarios es importante para los reclusos que padecen trastornos relacionados con las drogas. Las normas y la calidad del tratamiento ofrecido en las cárceles deben coincidir con las de los servicios disponibles en la comunidad en general, y todas las opciones de tratamiento psicológico y farmacológico de la drogodependencia que existen en la comunidad también deben estar disponibles en las cárceles. Asimismo, es indispensable que haya una vinculación con los servicios que se prestan fuera de la cárcel para garantizar la continuidad de la atención después que el recluso es puesto en libertad. Se ha comprobado que, entre las intervenciones psicosociales, el tratamiento residencial a largo plazo en comunidades terapéuticas es especialmente adecuado para los entornos penitenciarios.

4. Personas que padecen trastornos por consumo de drogas y otros trastornos mentales (diagnóstico dual)

28. Es bien sabido que el consumo de drogas coexiste con frecuencia con otras afecciones de salud mental. Esta coexistencia puede manifestarse en muchas formas. Los consumidores de drogas pueden sufrir simultáneamente síntomas de salud mental o trastornos mentales, y a la inversa, las personas con trastornos mentales pueden bien consumir drogas de manera no patológica o bien desarrollar trastornos por su consumo. Desde el punto de vista de la etiología o la asociación temporal, cualquiera de estas afecciones puede preceder o seguir a la otra. Las afecciones de la salud mental pueden bien contribuir a crear problemas de drogodependencia (como en el caso de la automedicación) o bien ser consecuencia del consumo de drogas. Los servicios de tratamiento de la drogodependencia deben estar dotados del equipo necesario para evaluar a los pacientes con objeto de determinar si padecen síntomas de salud mental coexistentes y proporcionarles servicios de tratamiento o derivarlos, según proceda.

⁴⁸E/INCB/2007/1.

⁴⁹UNODC, “De la coerción a la cohesión. Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones”, documento de debate, 2010.

⁵⁰E/INCB/2016/1.

5. Otros grupos de población especiales

29. Los migrantes y las minorías étnicas figuran entre los grupos de población que pueden tener dificultades especiales para acceder a servicios de tratamiento. Aunque la migración (sea forzada o no) es algo que está ocurriendo a gran escala en todo el mundo, no se ha investigado mucho sobre el consumo de drogas entre los migrantes. Estas personas podrían correr un riesgo particularmente alto de padecer trastornos relacionados con el consumo de drogas debido a sus experiencias traumáticas y problemas de salud mental conexos, las dificultades que conlleva la aculturación y la desigualdad socioeconómica⁵¹. Los servicios de tratamiento dirigidos a este grupo de población deben tener en cuenta los factores culturales que afectan a la demanda y la utilización de los servicios de salud y bienestar⁵². Los trabajadores sexuales forman otro grupo especialmente vulnerable y a menudo desatendido. El estigma asociado tanto al consumo de drogas como al trabajo sexual dificulta el acceso al tratamiento, y la criminalización de ambas actividades agrava el problema. Se recomienda colaborar con los asociados de la sociedad civil que trabajan con consumidores de drogas y con personas que ejercen trabajo sexual, ya que es una forma especialmente útil de llegar a esos grupos⁵³. Además, debería considerarse prioritario elaborar intervenciones específicamente dirigidas a esos grupos, dado que no existen pruebas concluyentes de que las intervenciones actuales sean eficaces⁵⁴.

K. El tratamiento de la drogodependencia como derecho humano

30. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece el derecho a la salud, que se describe como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Habida cuenta de que el tratamiento de la drogodependencia mejora la salud física y mental de las personas

⁵¹Danielle Horyniak y otros, “Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review”, *PLOS One* (2016).

⁵²Centro Internacional para la Migración, la Salud y el Desarrollo, *Migrants, displaced people and drug abuse: A public health challenge*, 1998.

⁵³Harm Reduction International, “When sex work and drug use overlap: considerations for advocacy and practice”, Londres, 2013.

⁵⁴Nikki Jeal y otros, “Systematic review of interventions to reduce illicit drug use in female drug-dependent street sex workers”, *BMJ Open*, núm. 5 (11):e009238, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009238.

afectadas, ese tratamiento se considera con toda razón un elemento del derecho a la salud.

31. En la observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud⁵⁵, el Comité interpretó el derecho a la salud definido en el artículo 12.1 del Pacto declarando que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarcaba varios elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependería de las condiciones prevalentes en un determinado Estado parte. En lo referente a los servicios de tratamiento y rehabilitación, esas condiciones son las siguientes:

a) Disponibilidad: se debe contar con servicios de tratamiento en cantidad suficiente teniendo en cuenta las necesidades previstas, en especial cantidades suficientes de medicamentos para el tratamiento de la drogodependencia (como metadona y buprenorfina para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de opioides y la naloxona para el tratamiento de las sobredosis);

b) Accesibilidad: los aspectos más destacados de la accesibilidad son la no discriminación (con particular atención a las poblaciones vulnerables y marginadas), la accesibilidad física, la accesibilidad económica (asequibilidad) y la confidencialidad;

c) Aceptabilidad: todos los servicios de tratamiento deben ser culturalmente aceptables para los beneficiarios y respetar la ética médica;

d) Calidad: una calidad adecuada implica la prestación de servicios de tratamiento apropiados desde el punto de vista científico y médico, lo que requiere proveedores de tratamiento calificados que empleen métodos avalados por datos científicos, como la prescripción de medicamentos de eficacia científicamente comprobada.

32. Así pues, a la luz tanto de los tratados de fiscalización internacional de drogas como del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados deberían procurar que los servicios de tratamiento de la drogodependencia reúnan las condiciones anteriormente mencionadas.

33. El debate sobre la obligatoriedad del tratamiento de la drogodependencia reviste especial importancia en lo que respecta a los derechos humanos de las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de

drogas. Los marcos nacionales de lucha contra la droga de muchos países contienen disposiciones que prevén la capacidad del sistema de justicia penal para motivar, ordenar o supervisar ciertas formas de tratamiento de la drogodependencia. En algunos casos, los pacientes deben someterse a tratamiento sin haber dado su consentimiento. Tales tratamientos a menudo entrañan la detención en una cárcel u otros establecimientos penitenciarios. En algunos otros casos se puede ofrecer a la persona la posibilidad de elegir entre la encarcelación o el tratamiento con su consentimiento informado. Solo en algunos casos infrecuentes y limitados puede justificarse el tratamiento a corto plazo sin consentimiento, como la hospitalización involuntaria y jurídicamente sancionada de personas con problemas graves de salud mental.

34. Los tratamientos obligatorios, es decir, los que se administran sin el consentimiento expreso de la persona afectada, deben desalentarse por las siguientes razones:

a) Las pruebas de su eficacia son escasas;

b) Ponen en peligro la salud de las personas sometidas al tratamiento, entre otras cosas, por el aumento de su vulnerabilidad al VIH y otras infecciones;

c) Contravienen directamente los principios de derechos humanos enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

35. Numerosos organismos de las Naciones Unidas han abogado firmemente por el cierre de los centros de detención y rehabilitación obligatorios por consumo de drogas y el establecimiento de servicios voluntarios de tratamiento avalados por datos científicos y basados en los derechos, postura que ha sido reiterada por la Junta^{56, 57}.

36. La calidad y la disponibilidad de los servicios de tratamiento dependen esencialmente del acceso a los medicamentos necesarios para tratar la drogodependencia. Algunos medicamentos que han resultado ser inequívocamente eficaces para el tratamiento de la drogodependencia, como la metadona y la buprenorfina, son sustancias sometidas a fiscalización internacional. Muchos marcos normativos nacionales de fiscalización de drogas dificultan la utilización de esos medicamentos en los centros de tratamiento. Muchas sustancias fiscalizadas desempeñan un papel fundamental no solo en el tratamiento de la drogodependencia, sino también, por ejemplo, en el alivio

⁵⁵HRI/GEN/1/Rev.9 (vol. I), cap. I.

⁵⁶UNODC y otros, "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", declaración conjunta, 9 de marzo de 2012. Puede consultarse en www.unodc.org/.

⁵⁷E/INCB/2016/1.

del dolor, la anestesia, la cirugía y el tratamiento de trastornos mentales. La obligación de prevenir su desviación, tráfico y abuso ha recibido mucha más atención que la de garantizar su disponibilidad en cantidades suficientes para fines médicos y científicos. Algunos países prohíben expresamente el uso de esos medicamentos. En otros lugares, aunque estén disponibles, los proveedores de servicios se muestran reticentes a emplearlos por los engorrosos requisitos reglamentarios que se imponen. Si bien se debe desalentar que los profesionales de la salud prescriban indebidamente medicamentos fiscalizados, la Junta ha recomendado claramente que se eliminen las sanciones legales por errores no intencionados en el manejo de opioides⁵⁸. Aun así, en algunos países prosigue la práctica de interpretar y aplicar las leyes con demasiado rigor en relación con los proveedores de tratamientos. En la India, por ejemplo, dos psiquiatras fueron detenidos y encarcelados en 2014 por suministrar buprenorfina a sus pacientes. Este hecho llevó a que un número considerable de médicos se negaran a dispensar tratamiento con buprenorfina y que una gran parte de los pacientes se viera privada de un tratamiento eficaz y obligada a seguir consumiendo heroína de manera ilícita⁵⁹. Lamentablemente, el caso de la India no es un caso aislado. Se ha señalado que los medicamentos se desvían, aun cuando sus niveles de consumo con fines terapéuticos son muy bajos, lo que demuestra que no basta restringir el acceso a los medicamentos con fines terapéuticos para prevenir su uso indebido⁶⁰.

37. La garantía del acceso a los estupeficientes y sustancias sicotrópicas fiscalizados para fines médicos y científicos está en el espíritu de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Por tanto, los Estados deben adoptar medidas para eliminar los obstáculos jurídicos y normativos que impiden el acceso a ellos. Es fundamental que las leyes nacionales que rigen la disponibilidad de productos farmacéuticos en general sean acordes con los tratados de fiscalización de drogas en el sentido de que restrinjan el uso ilícito y faciliten el acceso a los medicamentos para que sean utilizados en tratamientos. A veces se observa que las políticas y reglamentaciones nacionales establecen una distinción entre diferentes fines médicos: facilitan el acceso a medicamentos fiscalizados para el tratamiento de determinadas afecciones de salud

⁵⁸Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos. Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas (E/INCB/2015/1/Supp.1).

⁵⁹Atul Ambekar y otros, "Challenges in the scale-up of opioid substitution treatment in India", *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 59, núm. 1 (abril de 2017).

⁶⁰Briony Larance y otros, "The availability, diversion and injection of pharmaceutical opioids in South Asia", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, núm. 3 (2011), págs. 246 a 254.

como el dolor asociado al cáncer terminal, pero obstaculizan el acceso para el tratamiento de la drogodependencia. Los medicamentos fiscalizados deben ser igualmente accesibles para tratar todas las afecciones de salud en que se necesiten, como disponen los tratados internacionales de drogas y como se ha demostrado científicamente. La imposición de restricciones indebidas a la administración del tratamiento con medicamentos fiscalizados constituye una violación del derecho a la salud.

L. Vigilancia y garantía de calidad de los programas de tratamiento

38. Es fundamental contar con sistemas de vigilancia y evaluación apropiados para vigilar la cobertura y calidad de los servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social en los sectores público y privado. Este es un requisito indispensable para establecer prioridades con eficacia y adaptar las respuestas a las necesidades previstas, como aumentar la calidad de la atención, ayudar a las autoridades normativas a determinar el rendimiento de la inversión del tratamiento, detectar deficiencias en la administración del tratamiento y planificar los programas de tratamiento necesarios.

39. Teniendo presente el propósito anterior, es importante establecer indicadores centrados en la salud, por ejemplo, la proporción de personas que se recuperan de trastornos relacionados con el consumo de drogas y, al hacerlo, no solo evaluar la frecuencia o el tipo de droga empleado. El fomento de investigaciones operacionales y el intercambio de buenas prácticas son mecanismos importantes para ayudar a lograr un mejor aprovechamiento de los resultados de los programas de tratamiento como parte de un proceso continuo de mejora de la calidad.

M. Recomendaciones

40. La obligación de los Estados partes, consagrada en los tres tratados de fiscalización de drogas, de dispensar tratamiento a las personas que sufren trastornos relacionados con el consumo de drogas como parte de un amplio espectro de medidas de reducción de la demanda es imprescindible para mejorar la salud pública en todo el mundo. Además, fortalecer el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas es una meta crucial para el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar

de todos a todas las edades). Uno de los principales objetivos que persigue este capítulo es promover el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas con arreglo a los requisitos de los tratados de fiscalización de drogas e impedir que se lleven a cabo prácticas no basadas en datos científicos en nombre de los tratados. Los países deben tener conocimiento de los recursos y herramientas disponibles para el tratamiento y atención de la drogodependencia que han surgido de la colaboración entre la UNODC y la OMS⁶¹ y utilizarlos. La cooperación forma parte de los esfuerzos del sistema de las Naciones Unidas por promover un enfoque integrado y equilibrado del tratamiento de la drogodependencia mediante una interacción eficaz entre los sectores de la salud pública, la fiscalización de drogas y el cumplimiento de la ley.

41. La Junta recomienda a los Estados lo siguiente:

a) Recabar datos sobre la prevalencia de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y la accesibilidad y utilización del tratamiento. Es necesario asignar recursos para mejorar los mecanismos destinados a recabar información con eficacia, por ejemplo, mediante encuestas nacionales amplias sobre el consumo de drogas que apliquen metodologías reconocidas, a efectos de evaluar la magnitud y los hábitos de consumo de drogas y los tratamientos necesarios;

b) Invertir en servicios disponibles y accesibles de tratamiento y rehabilitación basados en datos científicos. Teniendo en cuenta que los trastornos relacionados con el consumo de drogas suponen una importante carga para los recursos nacionales y causan sufrimiento a los seres humanos, es indispensable que los Estados inviertan para que las personas afectadas por la drogodependencia dispongan de servicios de tratamiento y rehabilitación basados en datos científicos y tengan acceso a ellos dentro del sistema de atención de la salud. Es difícil prever la cantidad o proporción exacta de recursos que deben asignarse para cubrir todo el espectro de actividades de lucha contra las drogas. La lucha contra las drogas consiste en la reducción de la oferta (por ejemplo, reglamentación, aplicación de la ley, interceptación y justicia penal) y en la reducción de la demanda (por ejemplo, prevención, tratamiento y rehabilitación, y prevención de consecuencias adversas). No obstante, la asignación de recursos debe ser equilibrada, teniendo en cuenta el alcance y las tendencias de los problemas de drogas, las prioridades nacionales y la base de datos científicos;

c) Asegurar la coordinación entre los organismos gubernamentales y los ministerios en sus actividades destinadas a reducir la oferta y la demanda. Las aptitudes y competencias necesarias para la reducción de la oferta son muy diferentes a las que se necesitan para la reducción de la demanda. Incluso en el ámbito de la reducción de la demanda, las competencias que se requieren para la prevención primaria difieren mucho de las necesarias para el tratamiento y la rehabilitación. Por tanto, mientras los organismos encargados de hacer cumplir la ley resultan más adecuados para gestionar las diversas medidas de fiscalización, los departamentos y ministerios encargados del sector de la salud manejan mejor el tratamiento de la drogodependencia. Al mismo tiempo, es preciso asegurar la coordinación entre todos los organismos que intervienen en la lucha contra las drogas;

d) Prestar la debida atención al tratamiento de la drogodependencia entre las demás necesidades de salud y bienestar. Se deben asignar recursos nacionales al tratamiento y rehabilitación de los trastornos relacionados con el consumo de drogas según las necesidades locales. Aun cuando se faciliten recursos como parte de un paquete integrado en una gran canasta de servicios de salud y bienestar, es necesario consignar una proporción determinada para el tratamiento y la rehabilitación. Es menester otorgar prioridad a los recursos destinados a enfoques de tratamiento cuya eficacia se sustente en sólidas pruebas;

e) Crear un cuerpo de recursos humanos apto y capacitado. Para garantizar la calidad de los programas de tratamiento de la drogodependencia, los Estados deben establecer mecanismos para fomentar la capacidad de los diversos profesionales que dispensan tratamiento, entre ellos especialistas de formación universitaria en medicina o psiquiatría de las adicciones, profesionales de la salud en general, competentes para tratar problemas comunes relacionados con las drogas, y otros profesionales, como enfermeros, orientadores, psicólogos, trabajadores sociales y ergoterapeutas. En lo que respecta a las actividades de divulgación sobre el terreno, los orientadores que proceden del círculo de personas que consumen drogas han resultado ser muy útiles para llegar a las poblaciones de consumidores de drogas a las que es difícil tener acceso y motivarlas para que se acojan a los servicios disponibles. Además, es importante que otros profesionales que puedan encontrarse con personas que sufren problemas de drogas, incluidos los que trabajan en la atención general de la salud, la educación, los servicios sociales o la justicia penal, reciban capacitación en reconocimiento temprano, derivación o intervención. Todos los programas de capacitación deben incorporar elementos de derechos humanos y prácticas de tratamiento ético;

⁶¹UNODC y OMS, UNODC-WHO Joint Programme on Drug Dependence Treatment and Care (2009).

f) *Colaborar con los asociados de la sociedad civil.* Las organizaciones no gubernamentales pueden ser asociados muy eficaces para los Gobiernos nacionales de muy diversas maneras, por ejemplo, ampliando el alcance de los servicios al forjar vínculos entre las personas afectadas y los proveedores de servicios, velando por que se protejan los derechos de las personas que consumen drogas y sirviendo de plataformas de promoción para dar voz a las comunidades afectadas. Los Gobiernos nacionales deberían fomentar la cooperación con los grupos de la sociedad civil que puedan ayudar a lograr que se cumplan los tratados de fiscalización internacional de drogas en lo que respecta a la ampliación del alcance y la cobertura de las intervenciones de tratamiento;

g) *Cumplir los principios de justicia y equidad.* Los servicios de tratamiento deben ser fácilmente accesibles a todos quienes los necesitan, con especial atención a los grupos de población especiales o marginados, los sectores desfavorecidos y vulnerables de la sociedad, en particular, las mujeres, los niños y adolescentes, las minorías sexuales, los grupos más débiles económicamente y las minorías raciales y étnicas. Hay que garantizar que las personas afectadas por la drogodependencia no sufran ningún tipo de discriminación, por ejemplo, en razón del tipo de droga que hayan estado consumiendo (sustancias no fiscalizadas frente a sustancias fiscalizadas) o por haber estado en contacto con el sistema de justicia penal. Los servicios de tratamiento en cárceles u otros entornos penitenciarios deben tener el mismo nivel de calidad e intensidad que los que se ponen a disposición de la comunidad; es necesario garantizar que todas las personas que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas puedan ejercer el derecho al tratamiento;

h) *Proporcionar seguro médico y otras prestaciones para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas.* Los drogodependientes deben tener acceso a las mismas prestaciones y servicios de protección social que los que sufren otras afecciones. Los trastornos relacionados con el consumo de drogas deben considerarse entre las afecciones cubiertas por los seguros médicos. También deben concederse las prestaciones por discapacidad que proceda a las personas que padecen drogodependencia;

i) *Mejorar el acceso a medicamentos fiscalizados.* Las políticas y los procedimientos que rigen el uso de medicamentos fiscalizados (como la metadona, la buprenorfina y otros medicamentos necesarios para el tratamiento de la drogodependencia) deben racionalizarse para facilitar el acceso a ellos. Aunque la supervisión y vigilancia de los procedimientos son fundamentales para prevenir la desviación y el uso indebido de productos farmacéuticos,

las normas y los procedimientos demasiado restrictivos disuaden a los profesionales de su utilización. Es necesario crear un entorno que permita que los profesionales presten servicios de tratamiento normales que conlleven prescribir y dispensar medicamentos fiscalizados cuando sea necesario. Las leyes y políticas nacionales no deberían establecer diferencias entre las diversas afecciones para las que se necesitan esos medicamentos. El sector de la salud y sus profesionales deberían ser los encargados de adoptar decisiones clínicas sobre la elección de medicamentos en consonancia con la base de conocimientos en que se apoya el ejercicio de la ciencia médica;

j) *Crear una estructura de múltiples niveles para la prestación de servicios de tratamiento.* Los servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social deben ofrecerse en diversos contextos. La dependencia excesiva de entornos especializados, como los centros de rehabilitación especializados, puede ser contraproducente porque estos podrían estigmatizar a los usuarios y dificultar el acceso a los servicios y la posibilidad de costearlos. En lugar de ello, a medida que se desarrolle la capacidad, se debe crear una estructura de servicios de tratamiento de múltiples niveles en que los problemas comunes y menos graves sean atendidos por los servicios de atención de la salud generales y primarios, mientras que los problemas más graves se traten en el marco de la atención especializada. Esa estructura facilitaría la pronta identificación y tratamiento de quienes afrontan problemas relativamente menos graves e impediría que aumente su drogodependencia y las consecuencias conexas. Se alienta a los Gobiernos a utilizar el material informativo elaborado por la OMS para promover la prevención y el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas en los sistemas generales de atención de la salud dentro del marco de la cobertura universal de salud⁶²;

k) *Pasar de las medidas de justicia penal a una respuesta del sistema de salud y protección social.* Los marcos normativos nacionales en materia de drogas deben favorecer los servicios de tratamiento y rehabilitación y evitar un sesgo involuntario a favor de la adopción de medidas de justicia penal para encarar el problema de las drogas. Algunos países han instaurado importantes reformas jurídicas y normativas a este efecto. El entorno normativo general relativo a las drogas en el plano nacional debe propiciar la prestación de servicios de tratamiento y rehabilitación basados en datos científicos; se debe asegurar que se respeten en todas las etapas los derechos humanos de las personas que padecen trastornos relacionados

⁶²OMS, *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental* (Ginebra, 2010).

con el consumo de drogas y que no se someta a esas personas a ningún tipo de discriminación;

l) Ampliar la cooperación, intercambiar mejores prácticas y crear capacidad. La importancia de la cooperación internacional en lo atinente al problema de las drogas está de sobra demostrada y se ha puesto de relieve en numerosas publicaciones de la JIFE y las Naciones Unidas, así como en las diversas resoluciones de la Comisión de Estupefacientes, el Consejo Económico y Social y la Asamblea General. La cooperación internacional también es vital para mejorar y ampliar la cobertura del tratamiento de la drogodependencia. Se insta a los Estados a que cooperen mediante el intercambio de información y de mejores prácticas y el fortalecimiento de la capacidad de recursos humanos para prestar servicios de tratamiento y rehabilitación;

m) Proporcionar asistencia financiera y técnica a los países de ingresos bajos y medianos. Muchos países necesitarían asistencia financiera y en forma de conocimientos especializados para establecer y mantener programas de tratamiento de la drogodependencia que se ajusten a las normas internacionales. Muchos países desarrollados y de ingresos altos que cuentan con arraigados mercados ilícitos de drogas fiscalizadas solicitan la cooperación de los países en desarrollo que son los lugares de origen de esas drogas o funcionan como puntos de tránsito. Así, los países desarrollados y de ingresos altos deben actuar con reciprocidad y ofrecer asistencia financiera y técnica a los países de ingresos bajos y medianos que luchan por establecer y mantener servicios de tratamiento y rehabilitación. Se alienta a los países de ingresos bajos y medianos que han logrado generar conocimientos especializados suficientes y fortalecer su capacidad a que compartan sus conocimientos y experiencia con otros países.

Los organismos donantes internacionales y los organismos de las Naciones Unidas pueden desempeñar una función fundamental en la prestación de asistencia a los países en desarrollo en este ámbito;

n) Promover la investigación sobre las intervenciones más recientes. Los adelantos científicos de los últimos decenios han hecho posible que la comunidad mundial afronte con mayor eficiencia, eficacia y humanidad los problemas que plantean los trastornos relacionados con el consumo de drogas. No obstante, a pesar de los grandes adelantos registrados en el tratamiento de esos trastornos, persisten varias dificultades. Aunque se ha demostrado que la farmacoterapia actual para trastornos relacionados con el consumo de opioides es eficaz, sigue sin encontrarse un tratamiento farmacológico eficaz de los trastornos relacionados con el consumo de cannabis y estimulantes. La aparición de nuevas sustancias psicoactivas es otro ámbito cuya base de conocimientos todavía sigue evolucionando en lo que respecta a los efectos, consecuencias y modalidades de un tratamiento eficaz. Muchos países y jurisdicciones han implantado cambios notables en sus políticas y leyes relativas a las drogas sometidas a fiscalización, en particular, el cannabis. Todavía queda por ver cuál será el impacto de esos cambios normativos en los trastornos relacionados con el consumo de drogas, así como en la demanda ulterior de tratamiento. En algunos países se están aplicando formas relativamente nuevas de intervención, como el mantenimiento con heroína y el uso de centros de inyección supervisada. La JIFE hace un llamamiento para que se sigan desplegando esfuerzos encaminados a fomentar la investigación en esos ámbitos con miras a aplicar sus resultados en tratamientos e intervenciones basados en datos científicos que cumplan los requisitos de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

Capítulo II.

Funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas

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

42. El corpus principal del marco jurídico internacional para la fiscalización de drogas está compuesto por 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.

43. La elaboración de este marco por la comunidad internacional fue fruto de un amplio consenso que reflejó el reconocimiento de que la adopción de enfoques comunes y medidas concertadas en lo que respecta a la regulación, la disponibilidad y la utilización de sustancias sometidas a fiscalización era indispensable para proteger la salud y el bienestar de la humanidad.

44. Cuando los Estados adquieren la condición de partes en los tratados de fiscalización de drogas realizan un acto solemne por el que los Gobiernos asumen el compromiso de adoptar las medidas legislativas y reglamentarias y las políticas necesarias para garantizar que en sus respectivos ordenamientos nacionales se dé pleno cumplimiento a las obligaciones jurídicas que han adquirido.

45. En particular, los tratados de fiscalización de drogas obligan a los Estados a adoptar medidas para controlar el comercio lícito de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores utilizados en la fabricación ilícita de esas sustancias y a facilitar su disponibilidad para fines médicos legítimos, evitando al mismo tiempo su desviación por canales ilícitos. Los tratados exigen que los Estados

elaboren estrategias de prevención del consumo de drogas y mecanismos para hacer frente a la adicción mediante el tratamiento, la rehabilitación, el postratamiento y la reinserción social. En ellos se establece asimismo que las respuestas de los Estados ante presuntos delitos relacionados con las drogas han de ser humanas y proporcionadas y han de estar basadas en el respeto de la dignidad humana, la presunción de inocencia y el estado de derecho, y se rechazan categóricamente las respuestas que no se basen en estos principios. En su conjunto, los tratados son también un instrumento para facilitar la asistencia judicial recíproca y la extradición entre los Estados y combatir el blanqueo de dinero.

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

46. Si bien no hubo nuevas adhesiones a los tres tratados de fiscalización internacional de drogas en el período objeto de examen, la Convención de 1961 en su forma enmendada, el Convenio de 1971 y la Convención de 1988 figuran entre los instrumentos internacionales con mayor número de ratificaciones y prácticamente han alcanzado la adhesión universal.

47. Al 1 de noviembre de 2017, 185 Estados habían ratificado la Convención de 1961 en su forma enmendada o se habían adherido a ella. De los Estados que aún no eran partes en la Convención, 2 estaban situados en África (Guinea Ecuatorial y Sudán del Sur), 2 en Asia (Estado de Palestina y Timor-Leste) y 7 en Oceanía (Islas Cook, Kiribati, Nauru, Niue, Samoa, Tuvalu y Vanuatu). El Chad seguía siendo el único Estado que había ratificado la Convención de 1961 en su forma no enmendada.

48. El número de Estados partes que habían ratificado el Convenio de 1971 o se habían adherido a él se mantuvo en 183, y 14 Estados aún no se habían hecho partes en ese instrumento, a saber, 3 Estados de África (Guinea Ecuatorial, Liberia y Sudán del Sur), 1 Estado de América (Haití), 2 de Asia (Estado de Palestina y Timor-Leste) y 8 de Oceanía (Islas Cook, Islas Salomón, Kiribati, Nauru, Niue, Samoa, Tuvalu y Vanuatu).

49. En el período previo al 30° aniversario de su aprobación, la Convención de 1988 es, de los tres tratados de fiscalización de drogas, el que cuenta con el mayor número de ratificaciones, con 189 partes (188 Estados y la Unión Europea). La mayoría de los Estados que aún no son partes en la Convención se encuentran en Oceanía (Islas Salomón, Kiribati, Palau, Papua Nueva Guinea y Tuvalu). En África son solo tres los países que aún no han ratificado la Convención de 1988 ni se han adherido a ella (Guinea Ecuatorial, Somalia y Sudán del Sur) y en Asia solo uno (Estado de Palestina).

50. **La Junta reitera su llamamiento a todos los Estados que aún no se han hecho partes en uno o más de los tratados de fiscalización internacional de drogas a que lo hagan a la mayor brevedad y a que adopten todas las medidas legislativas y las políticas necesarias para garantizar su aplicación amplia a nivel nacional.**

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

51. El objetivo fundamental del sistema de fiscalización internacional de drogas es velar por la salud y el bienestar de la humanidad. Ese objetivo se ha de alcanzar con dos medidas estrechamente relacionadas: garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos, y, en el caso de los precursores, asegurar también su uso industrial legítimo; y prevenir la desviación de sustancias sometidas a fiscalización por canales ilícitos.

52. A fin de verificar 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 lograr los objetivos generales de estos. A lo largo de los años, las disposiciones de los tratados se han complementado con otras medidas de fiscalización adoptadas por el Consejo Económico y Social y la Comisión de Estupefacientes 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, expone los problemas que se han presentado en ese ámbito y formula recomendaciones concretas sobre la manera de hacer frente a esos retos.

1. Prevención de la desviación de sustancias fiscalizadas

a) Base legislativa y administrativa

53. Los Gobiernos deben asegurarse de que su legislación nacional se ajuste a las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Además, cuando una sustancia se incluye en una Lista o Cuadro de un tratado de fiscalización internacional de drogas, o cuando se la traslada de una Lista o Cuadro a otro, los Gobiernos tienen también la obligación de modificar las listas de sustancias sometidas a fiscalización nacional en consecuencia. Las deficiencias de la legislación o de los mecanismos de aplicación nacionales, o las demoras al armonizar las listas de sustancias sometidas a fiscalización nacional con las Listas o Cuadros de los tratados de fiscalización internacional de drogas, se traducirán en medidas inadecuadas de fiscalización nacional de las sustancias sometidas a fiscalización internacional y podrían propiciar la desviación de sustancias por canales ilícitos. Por tanto, la Junta se complace en observar que, como en años anteriores, la mayoría de los Gobiernos han seguido presentándole información sobre las medidas legislativas o administrativas que han adoptado para garantizar el cumplimiento de las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Por otra parte, preocupa a la Junta que algunos Gobiernos hayan adoptado o tengan previsto adoptar medidas legislativas que contravienen lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas. **La Junta recuerda a los Gobiernos que, en la resolución S-30/1, titulada “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, aprobada por la Asamblea General el 19 de abril de 2016, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso con las metas y los objetivos de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas.**

54. El 16 de marzo de 2017, en sus decisiones 60/2 y 60/3, la Comisión de Estupefacientes decidió incluir la U-47700 y el butirfentanilo en la Lista I de la Convención de 1961 en su forma enmendada. De conformidad con el artículo 3, párrafo 7, de la Convención de 1961 en su forma enmendada, el Secretario General comunicó esas

decisiones a todos los Gobiernos, a la OMS y a la Junta el 21 de abril de 2017; las decisiones entraron en vigor respecto a cada una de las partes en la fecha en que recibieron tal comunicación. **La Junta reconoce los esfuerzos de los Gobiernos que ya han sometido esas sustancias a fiscalización e insta a todos los demás Gobiernos a que modifiquen, según proceda, las listas de sustancias sujetas a fiscalización nacional y apliquen a esas sustancias las medidas de fiscalización exigidas con arreglo a la Convención de 1961 en su forma enmendada, y a que informen a la Junta al respecto.**

55. La Junta también desea señalar a la atención de los Gobiernos el hecho de que, en la misma fecha, la Comisión de Estupefacientes sometió ocho sustancias a fiscalización internacional con arreglo al Convenio de 1971. Con arreglo a las decisiones de la Comisión 60/4, 60/5, 60/6, 60/7, 60/8, 60/9, 60/10 y 60/11, la 4-MEC (4-metilecatinona), la etilona, la pentedrona, el etilfenidato, la MPA (metiopropamina), el MDMB-CHMICA, la 5F-APINACA (5F-AKB-48) y la XLR-11 se incorporaron a la Lista II del Convenio de 1971. Según lo dispuesto en el artículo 2, párrafo 7, del Convenio de 1971, esas decisiones de la Comisión fueron comunicadas por el Secretario General a todos los Gobiernos, la OMS y la Junta el 21 de abril de 2017, y surtieron pleno efecto respecto de cada una de las partes el 18 de octubre de 2017. **La Junta reconoce los esfuerzos de los Gobiernos que ya han sometido esas sustancias a fiscalización e insta a todos los demás Gobiernos a que modifiquen, según proceda, sus listas de sustancias sujetas a fiscalización nacional y apliquen a esas sustancias todas las medidas de fiscalización exigidas con arreglo al Convenio de 1971, así como en las resoluciones pertinentes de la Comisión y del Consejo, y a que informen a la Junta al respecto.**

56. Conforme a lo dispuesto en las resoluciones del Consejo Económico y Social 1985/15, 1987/30 y 1993/38, los Gobiernos tienen la obligación de instituir como requisito la obtención de una autorización para importar zolpidem, sustancia que en 2001 se incluyó en la Lista IV del Convenio de 1971. En respuesta a la solicitud que la Junta formuló en sus informes anuales correspondientes a 2012 y 2013 y una circular enviada en 2016, varios Gobiernos han presentado la información requerida. Al 1 de noviembre de 2017 se disponía de información al respecto sobre 130 países y territorios. De ellos, 121 países y territorios han establecido como requisito la obtención de una autorización de importación, y un país (Estados Unidos de América) exige que se presente una declaración previa a la importación. Un total de seis países y territorios no exigen autorización para importar zolpidem (Cabo Verde, Irlanda, Nueva Zelandia, Singapur,

Vanuatu y Gibraltar). Está prohibido importar zolpidem en Azerbaiyán, y Etiopía no importa esa sustancia. Sigue sin disponerse de información sobre la fiscalización del zolpidem en 84 países y territorios. **Por lo tanto, la Junta insta una vez más a los Gobiernos de los países y territorios que aún no lo hayan hecho a que le presenten lo antes posible información sobre la situación de la fiscalización del zolpidem.**

57. El 16 de marzo de 2017, la Comisión de Estupefacientes decidió incluir en el Cuadro I de la Convención de 1988 la *N*-fenetil-4-piperidona (NPP) y la 4-anilino-*N*-fenetil-4-piperidina (ANPP), dos precursores del fentanilo y de algunos fentanilos “de diseño”. La decisión entró en vigor el 18 de octubre de 2017. **Por tanto, se solicita a los Gobiernos que apliquen esas decisiones en el plano nacional e informen a la Junta al respecto.**

b) Prevención de la desviación del comercio internacional

Previsiones de las necesidades anuales de sustancias sometidas a fiscalización internacional

58. El sistema de provisiones de las necesidades anuales lícitas 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 velar por que el comercio de esas sustancias se mantenga dentro de los límites determinados por los Gobiernos de los países importadores y evitar eficazmente que las sustancias sujetas a fiscalización se desvíen del comercio internacional. En el caso de los estupefacientes, ese sistema es obligatorio con arreglo a la Convención de 1961 en su forma enmendada, 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 e importación.

59. El sistema de provisiones de las necesidades anuales de sustancias sicotrópicas fue aprobado por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 1981/7, 1991/44, 1993/38 y 1996/30, y el de provisiones de las necesidades anuales legítimas de determinados precursores, por la Comisión de Estupefacientes en su resolución 49/3, con objeto de ayudar a los Gobiernos a prevenir los intentos de los traficantes de desviar sustancias sujetas a fiscalización por canales ilícitos. Las provisiones de las necesidades anuales legítimas de sustancias sicotrópicas y las necesidades anuales legítimas de determinados

precursores ayudan a los Gobiernos a detectar operaciones inusuales. En muchos casos se ha impedido la desviación de una droga al negarse el país exportador a autorizar la exportación de la sustancia porque la cantidad que se iba a exportar habría excedido la que necesitaba el país importador.

60. La Junta investiga habitualmente casos de posible incumplimiento del sistema de previsiones por los Gobiernos, dado que ese incumplimiento podría facilitar la desviación de sustancias fiscalizadas del comercio internacional lícito a canales ilícitos. En este sentido, la Junta proporciona información, apoyo y orientación a los Gobiernos acerca del funcionamiento del sistema de previsiones, según sea necesario.

61. 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 droga fabricada o importada por cada país o territorio en un año no excederá de la suma de las siguientes cantidades: la cantidad consumida con fines médicos o científicos; la cantidad utilizada, dentro de los límites de las previsiones 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 previsiones correspondientes, y la cantidad adquirida, dentro de los límites de las previsiones correspondientes, con fines especiales. En el artículo 31 se exige a todos los países exportadores que limiten la exportación de estupefacientes a cualquier país o territorio de manera que las cantidades importadas no superen los límites del total de las previsiones del país o territorio importador, más las cantidades destinadas a la reexportación.

62. Como en años anteriores, la Junta constata que, en general, el sistema de importaciones y exportaciones de estupefacientes sigue respetándose y funciona bien. En julio de 2017, la Junta se puso en contacto con un total de nueve países en relación con posibles excedentes de importación o exportación que se habían detectado en el comercio internacional de estupefacientes durante ese año. Al 1 de noviembre de 2017 se habían recibido dos respuestas, de la Arabia Saudita y Chequia, y se enviaron cartas a modo de recordatorio a los países que no habían respondido; la Junta seguirá ocupándose de este asunto con esos países.

63. De conformidad con las resoluciones del Consejo Económico y Social 1981/7 y 1991/44, se solicita a los Gobiernos que comuniquen a la Junta sus previsiones de las necesidades anuales nacionales con fines médicos y

científicos de las sustancias sicotrópicas incluidas en las Listas II, III y IV del Convenio de 1971. Las previsiones recibidas se comunican a todos los Estados y territorios para que sirvan de ayuda a las autoridades competentes de los países exportadores al aprobar la exportación de sustancias sicotrópicas. Al 1 de noviembre de 2017, los Gobiernos de todos los países y territorios (salvo el de Sudán del Sur, cuyas previsiones calculó la Junta en 2011) habían presentado al menos una vez previsiones de sus necesidades anuales de sustancias sicotrópicas para fines médicos.

64. **La Junta recomienda a los Gobiernos que, como mínimo 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 26 Gobiernos que llevan al menos tres años sin presentar una revisión de sus necesidades legítimas de sustancias sicotrópicas. Por consiguiente, es posible que las previsiones correspondientes a esos países y territorios ya no reflejen sus necesidades reales de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos.

65. Si las previsiones son inferiores a las necesidades legítimas reales, puede demorarse la importación de las sustancias sicotrópicas necesarias para fines médicos o científicos. Si, en cambio, son considerablemente superiores a las necesidades legítimas, es posible que aumente el riesgo de que se desvíen sustancias sicotrópicas por canales ilícitos. La Junta ha recordado en repetidas ocasiones a los países la importancia de que los Gobiernos hagan unas previsiones correctas y realistas de sus necesidades iniciales.

66. 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 y territorios. En 2016, las autoridades de 29 países expidieron autorizaciones de importación de sustancias respecto de las cuales no habían establecido previsiones o lo habían hecho en cantidades que superaban considerablemente sus previsiones. Se constató que solo dos países habían exportado sustancias sicotrópicas en cantidades que sobrepasaban la previsión pertinente.

67. En consonancia con la resolución 49/3 de la Comisión de Estupefacientes, titulada "Fortalecimiento de los sistemas de fiscalización de precursores utilizados en la fabricación de drogas sintéticas", se solicita a los Estados Miembros que presenten a la Junta, con carácter voluntario, las previsiones anuales de sus necesidades legítimas de importación de cuatro precursores de estimulantes de tipo anfetamínico y, en la medida de lo posible, de los preparados que contienen esas sustancias. Al 1 de

noviembre de 2017, un total de 166 Gobiernos habían comunicado sus previsiones relativas al menos a una de esas sustancias de manera que las autoridades competentes de los países exportadores tuvieran al menos una indicación de las necesidades legítimas de los países importadores y, de ese modo, pudieran prevenirse los intentos de desviación.

Requisito de autorizaciones de importación y exportación

68. La aplicación universal del requisito de autorizaciones de importación y exportación establecido en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 es esencial para prevenir la desviación de drogas al mercado ilícito. Dichas autorizaciones se exigen para realizar operaciones que incluyan cualquiera de las sustancias sometidas a fiscalización con arreglo a la Convención de 1961 o que figuren en las Listas I y II del Convenio de 1971. Con arreglo a esos tratados, las autoridades nacionales competentes deben expedir autorizaciones de importación para las operaciones que entrañen la importación de esas sustancias en su país. Las autoridades nacionales competentes de los países exportadores deben verificar la autenticidad de esas autorizaciones de importación antes de expedir las autorizaciones de exportación necesarias para permitir que las remesas que contienen las sustancias salgan de su país.

69. En el Convenio de 1971 no se exigen autorizaciones de importación y exportación para el comercio de las sustancias sicotrópicas incluidas en sus Listas III y IV. 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 autorización de las importaciones y exportaciones también a esas sustancias sicotrópicas.

70. La mayoría de los países y territorios exigen autorizaciones para la importación y exportación de 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. En respuesta a una circular enviada en 2016, la Junta también recibió información suplementaria y actualizada de los Gobiernos de Dominica, Filipinas, Lesotho, Marruecos, la República Democrática Popular Lao y Tailandia. En particular, algunos de esos Gobiernos han ampliado su sistema de autorización de las importaciones y exportaciones al fenazepam, que se incluyó en la Lista IV del Convenio de 1971 en 2016. Al 1 de noviembre de 2017 eran 206 los

países y territorios que habían puesto a disposición de la Junta información detallada al respecto, de la que se desprende que todos los principales países importadores y exportadores exigen actualmente autorizaciones para importar y exportar todas las sustancias sicotrópicas de las Listas III y IV del Convenio de 1971. Dos veces al año, la Junta envía a todos los Gobiernos 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 que se aplican de conformidad con las resoluciones pertinentes del Consejo Económico y Social. Ese cuadro también se publica en el área restringida del sitio web de la Junta, a la que solo tienen acceso funcionarios gubernamentales debidamente autorizados, para que las autoridades nacionales competentes de los países exportadores puedan ser informadas lo antes posible de las modificaciones de los requisitos relativos a las autorizaciones de importación de los países importadores. **La Junta insta a los Gobiernos de los pocos Estados en que la legislación o la reglamentación nacional no exige aún 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, y a que informen a la Junta al respecto.**

71. En la Convención de 1988 no se exigen autorizaciones de importación y exportación para el comercio de las sustancias incluidas en los Cuadros I y II de esa Convención. Sin embargo, con miras a prevenir la desviación de esas sustancias, la Convención dispone que los envíos previstos se notifiquen con antelación a las autoridades del Gobierno importador (véanse los párrafos 74 y 75, relativos a las notificaciones previas a la exportación de precursores).

Sistema electrónico internacional de autorización de las importaciones y exportaciones de estupefacientes y sustancias sicotrópicas

72. En su afán por aprovechar los avances tecnológicos para aplicar de manera eficaz y eficiente el régimen de autorización de las importaciones y exportaciones para el comercio internacional lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, la Junta ha encabezado varias iniciativas orientadas a elaborar un instrumento electrónico para facilitar y agilizar la labor de las autoridades nacionales competentes y reducir los riesgos de desviación de esas drogas y sustancias. El Sistema Internacional de

Autorización de Importaciones y Exportaciones (I2ES) es una innovadora aplicación basada en la web, creada por la Junta en cooperación con la UNODC y con el apoyo de los Estados Miembros. El I2ES permite a los Gobiernos generar electrónicamente autorizaciones de importación y exportación para las importaciones y exportaciones lícitas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, intercambiar esas autorizaciones en tiempo real y verificar al momento la legitimidad de las operaciones, garantizando el pleno cumplimiento de los requisitos de los tratados de fiscalización internacional de drogas. El I2ES reduce notablemente el riesgo de que se desvíen remesas de drogas por canales ilícitos (en la sección F (“Temas especiales”) del presente informe se ofrece información más detallada).

73. El I2ES se puso oficialmente en marcha en 2015, y en él se han inscrito las autoridades nacionales competentes de 40 países. En marzo de 2017 se celebró, en paralelo al 60º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, un encuentro del grupo de usuarios con objeto de recabar información sobre el sistema. Unos 40 expertos de 30 países participaron en el encuentro, que brindó a los funcionarios gubernamentales de los países participantes una valiosa oportunidad para intercambiar ideas sobre cómo lograr que se aplique más plenamente el I2ES y transmitir sus impresiones y sugerencias a la JIFE y al servicio de tecnología de la información de la UNODC para guiar la labor futura y las posibles mejoras del sistema. El grupo de usuarios destacó la importancia de que un gran número de autoridades nacionales competentes de los Gobiernos de todo el mundo se inscribieran en el I2ES y lo utilizaran con frecuencia, y alentó a todos los Gobiernos a que se inscribieran en el sistema y lo utilizaran. **La Junta desea alentar a todas las autoridades nacionales competentes que aún no lo hayan hecho a que se inscriban en el I2ES y empiecen a utilizarlo lo antes posible, ya que los Gobiernos solo podrán aprovechar todas las ventajas que ofrece esa herramienta si se generaliza su uso. La Junta está dispuesta a prestar asistencia en ese sentido. La Junta reitera el llamamiento formulado a los Estados Miembros en la resolución 58/10 de la Comisión de Estupefacientes para que presten el máximo apoyo financiero posible a fin de que la secretaría de la Junta pueda seguir administrando y supervisando el sistema, y la necesidad de apoyar la aplicación del sistema y seguir perfeccionándolo.**

Notificaciones previas a la exportación de precursores

74. De conformidad con el artículo 12, párrafo 10 a), de la Convención de 1988, los Gobiernos de los países importadores pueden obligar a los países exportadores

a que los informen de cualquier exportación prevista de precursores a su territorio. Al 1 de noviembre de 2017, 112 Estados y territorios habían invocado esa disposición y habían solicitado oficialmente notificaciones previas a la exportación, lo que les permitía llevar a cabo la verificación previa de la legitimidad de una operación prevista. **A fin de crear mayor conciencia sobre la vulnerabilidad frente a los precursores que ingresan en su territorio y reducirla, se alienta a los Gobiernos que aún no hayan solicitado oficialmente notificaciones previas a la exportación a que invoquen sin demora el artículo 12, párrafo 10 a), de la Convención de 1988.**

75. El Sistema Electrónico de Intercambio de Notificaciones Previas a la Exportación (PEN Online), herramienta segura basada en la web que la JIFE proporciona gratuitamente, permite a los Gobiernos importadores y exportadores comunicarse entre sí en relación con el comercio internacional de precursores y emitir alertas de operaciones sospechosas. Al 1 de noviembre de 2017, un total de 157 Gobiernos se habían inscrito como usuarios. Si bien esto representa un aumento con respecto al año anterior, sigue siendo considerable el número de Gobiernos que no se han inscrito aún como usuarios del sistema. **La JIFE exhorta a los Gobiernos a que utilicen activa y sistemáticamente PEN Online, e insta a los Estados que aún no lo hayan hecho a que se inscriban en el sistema cuanto antes. La Junta está dispuesta a prestar asistencia a los Gobiernos en ese sentido.**

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

76. El sistema de medidas de fiscalización establecido en la Convención de 1961 protege eficazmente el comercio internacional de estupefacientes contra los intentos de desviación de esas sustancias por canales ilícitos. Asimismo, como resultado de la aplicación prácticamente universal de las medidas de fiscalización previstas en el Convenio de 1971 y en las resoluciones pertinentes del Consejo Económico y Social, en los últimos años no se han detectado casos de desviación de sustancias sicotrópicas del comercio internacional por canales ilícitos. Además, en la Convención de 1988 se exige a las partes que impidan la desviación de precursores del comercio internacional para la fabricación ilícita de estupefacientes o sustancias sicotrópicas. La Junta también ha creado varios sistemas para vigilar el cumplimiento de ese aspecto de la Convención de 1988 y facilitar la cooperación entre los Gobiernos con ese fin.

77. 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 evitar que se produzcan desviaciones, ya sea de estupefacientes o de sustancias sicotrópicas, del comercio internacional lícito. Esas investigaciones podrían revelar deficiencias en la aplicación de las medidas de fiscalización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, como en los casos en que las empresas no cumplen las disposiciones nacionales relativas a la fiscalización de drogas.

78. Se han iniciado investigaciones con 39 países respecto de las discrepancias encontradas en la información sobre el comercio de estupefacientes correspondiente a 2016. Al 1 de noviembre de 2017 se habían recibido respuestas de 28 países. En las respuestas de esos países se señaló que las discrepancias obedecían a errores administrativos y técnicos cometidos al preparar las notificaciones, al hecho de que no se consignó 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, o 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 que se iniciaran investigaciones de seguimiento con sus respectivos socios comerciales. Se enviaron cartas a modo de recordatorio a los países que aún no habían respondido.

79. Asimismo, se iniciaron investigaciones con 52 países respecto de 655 discrepancias encontradas en los datos correspondientes a 2015 relativos al comercio internacional de sustancias sicotrópicas. Al 1 de noviembre de 2017, 31 países habían presentado respuestas en relación con esas discrepancias, lo que permitió resolver 475 de ellas. En todos los casos en que los países confirmaron en sus respuestas los datos aportados se emprendieron medidas de seguimiento con los socios comerciales correspondientes. En todas las respuestas recibidas se indicó que las discrepancias obedecían a errores administrativos o técnicos; en la mayoría de los casos, bien porque no se convirtieron las cantidades a una base anhidra, bien porque hubo “solapamientos”, es decir, porque una exportación de un año determinado no llegó al país importador hasta principios del año siguiente. En ninguno de los casos investigados se observaron indicios de que se hubieran desviado sustancias sicotrópicas del comercio internacional.

80. En lo que respecta a los precursores, las disposiciones del artículo 12 de la Convención de 1988 se han complementado a lo largo de los años con varias resoluciones de la Asamblea General, el Consejo Económico y

Social y la Comisión de Estupefacientes. La adopción y aplicación por los Gobiernos de esas medidas voluntarias han contribuido a la supervisión eficaz del movimiento de las sustancias incluidas en los Cuadros I y II de esa Convención y a que se registren pocos casos de desviación del comercio internacional lícito. A fin de responder a los nuevos retos a que hoy en día se enfrentan los Gobiernos y la comunidad internacional, la Comisión de Estupefacientes, en su resolución 60/5, de marzo de 2017, instó a que se adoptase un conjunto de medidas voluntarias y a que se mejorase la cooperación de los Gobiernos entre sí y con la JIFE para abordar la cuestión de los precursores no incluidos en los Cuadros que se utilizan para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas; en esa resolución, la Comisión también alentó a que se adoptaran medidas para hacer frente a las actividades delictivas realizadas a través de Internet relacionadas con los precursores.

81. Un elemento fundamental de la labor que realiza la JIFE para ayudar a los Gobiernos a prevenir e investigar la desviación de sustancias químicas es el hecho de que estos puedan intercambiar información en tiempo real. En concreto, las herramientas en línea elaboradas por la JIFE facilitan el seguimiento inmediato y la cooperación necesaria para identificar a los responsables de la desviación y el tráfico de precursores. En lo que respecta a las notificaciones previas a la exportación, la Junta sigue advirtiendo de remesas sospechosas y solicitando aclaraciones explícitas, según sea necesario. A lo largo de los años, la utilización de esas herramientas y el volumen y el grado de detalle de la información proporcionada por algunos Gobiernos a través de ellas han aumentado considerablemente.

82. Dos iniciativas de la Junta, el Proyecto Prisma y el Proyecto Cohesión, que se centran en los precursores utilizados para la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico y de cocaína y heroína, han contribuido también a colmar lagunas de conocimiento y a prevenir la desviación de sustancias sometidas a fiscalización del comercio internacional y de los canales de distribución internos.

83. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2017⁶³ se pueden encontrar los detalles relacionados con esos proyectos y un análisis en profundidad de los avances y tendencias observados recientemente. En el capítulo IV de ese informe se analiza el comercio de precursores facilitado por Internet.

⁶³E/INCB/2017/4

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

84. La desviación de los canales de distribución internos sigue siendo una de las fuentes principales de las que se obtienen las sustancias incluidas en los Cuadros I y II que se utilizan para la fabricación ilícita de drogas, ya que las medidas de fiscalización aplicadas por los Gobiernos al comercio y la distribución internos de sustancias químicas suelen estar a la zaga respecto de las que se utilizan en el comercio internacional y varían de un país a otro. Una de las lagunas detectadas en varios sistemas nacionales de fiscalización de precursores guarda relación con los requisitos de inscripción de nuevos operadores de precursores y su aplicación práctica.

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

85. 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 y colabora con otras organizaciones internacionales y otras entidades para apoyar la disponibilidad y el uso racional de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y proporciona, por conducto de su secretaría, apoyo técnico y orientación a los Gobiernos para que apliquen las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

86. A fin de complementar e incrementar la eficacia de las medidas anteriormente mencionadas, la Junta puso en marcha en 2016 un proyecto de aprendizaje llamado INCB Learning. Este proyecto ayuda a los Estados Miembros en sus esfuerzos por lograr que se cumplan plenamente las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Uno de los objetivos del proyecto es garantizar la disponibilidad adecuada de sustancias sujetas a fiscalización internacional y evitar al mismo tiempo su uso indebido y su desviación por canales ilícitos.

87. En el marco de INCB Learning, en julio de 2017 se llevó a cabo en Viena un seminario regional de

capacitación para las autoridades nacionales competentes de Europa que contó con la participación de 57 representantes de las autoridades nacionales de Albania, Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chequia, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, la Federación de Rusia, Finlandia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Montenegro, Noruega, los Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Serbia y Suecia. En él se debatió también la importancia de asegurar la disponibilidad de analgésicos opioides y sustancias sicotrópicas con fines médicos y científicos. En noviembre de 2017 se celebró en Sídney (Australia) un seminario de capacitación para los países de Oceanía, y se pusieron en marcha los preparativos de un curso práctico de capacitación para los Estados miembros del Sistema de la Integración Centroamericana, que se celebraría en Ciudad de Guatemala en diciembre de 2017. Al 1 de noviembre de 2017, 116 funcionarios de 56 países, que en conjunto representaban casi la mitad de la población mundial, habían recibido capacitación en el marco del proyecto (en la sección F del presente informe se ofrece información más detallada).

a) Oferta y demanda de materias primas de opiáceos

88. La Junta, en cumplimiento de las funciones que se le asignan en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, y en las resoluciones pertinentes del Consejo Económico y Social y de la Comisión de Estupefacientes, examina periódicamente cuestiones relativas a la oferta y la demanda de opiáceos para atender necesidades lícitas y procura garantizar que exista un equilibrio permanente entre una y otra. La presente sección contiene un análisis de la situación actual basado en los datos facilitados por los Gobiernos⁶⁴.

89. Con el fin de determinar 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 sobre los opiáceos fabricados a partir de ellas. Además, analiza la 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 2017 figura un análisis detallado de

⁶⁴El análisis no incluye los datos de China y la República Popular Democrática de Corea, que producen materias primas de opiáceos únicamente para consumo interno. Tampoco incluye datos sobre la utilización del opio incautado que se liberó para usos lícitos en la República Islámica del Irán ni sobre la demanda de opiáceos derivados de ese opio.

la situación actual de la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos⁶⁵.

Morfina

90. En los últimos cuatro años, la superficie media anual estimada dedicada al cultivo de adormidera rica en morfina fue de 119.370 ha. La superficie sembrada y la superficie real cosechada siempre fueron inferiores a lo previsto. Por término medio, en el período 2013-2016, la superficie real sembrada representó el 72% de la superficie estimada (frente al 77% en 2016). La superficie real cosechada equivalió, en promedio, al 58% de la superficie estimada (frente al 48% en 2016). La superficie real cosechada equivalió, en promedio, al 80% de la superficie sembrada (frente a solo el 63% en 2016). Los datos preliminares correspondientes a 2017 indican una disminución estimada de más del 10% de la superficie total cosechada de adormidera rica en morfina en los principales países productores. Las previsiones del cultivo de adormidera rica en morfina correspondientes a 2018 indican que este disminuirá en aproximadamente un 20% respecto de 2017.

Tebaína

91. En los últimos cuatro años, la superficie media estimada dedicada al cultivo de adormidera rica en tebaína fue de 20.089 ha. La superficie sembrada y la superficie real cosechada fueron siempre inferiores a la superficie estimada, pero la diferencia no fue tan grande como en el caso de la adormidera rica en morfina. Por término medio, en los años del período 2013-2016, la superficie real sembrada representó el 87% de la superficie estimada (frente al 75% en 2016). La superficie real cosechada equivalió, en promedio, al 80% de la superficie estimada (frente al 70% en 2016). La superficie real cosechada equivalió, en promedio, al 92% de la superficie sembrada (frente al 93% en 2016). Se prevé que en 2017 y 2108 el cultivo de adormidera rica en tebaína, calculado en función de la superficie cosechada, disminuirá en algunos países y aumentará en otros.

Codeína

92. En 2016, la superficie real cosechada de adormidera rica en codeína disminuyó en un 85% en Australia y en un 70% en Francia con respecto al año anterior. Se prevé que en 2017 Australia aumentará su cultivo en un 40%,

mientras que Francia puso fin a su cultivo de esa variedad de adormidera. Australia, único país entre los principales productores que ha cultivado adormidera rica en codeína en 2017, prevé un incremento en 2018.

Noscapina

93. Recientemente se comunicó un incremento del cultivo de adormidera rica en noscapina en algunos países productores. La noscapina no está sometida a fiscalización internacional. Las cantidades de opiáceos sujetos a fiscalización internacional que se obtienen del cultivo de esta variedad en concreto se incluyeron en el correspondiente análisis de la oferta de materias primas de opiáceos y la demanda de opiáceos para fines médicos y científicos. En 2016, Francia y Hungría fueron los únicos países que informaron del cultivo de adormidera rica en noscapina. Según los datos preliminares correspondientes a 2017, Australia prevé una producción de 1.487 t de esa variedad de adormidera (que se cosechará en una superficie de 940 ha). La superficie que se prevé cosechar en Hungría en 2017 será de 254 ha. Australia, Francia y Hungría prevén que el cultivo siga aumentando en 2018.

b) Producción de materias primas de opiáceos

Morfina

94. En 2016, la producción total de materias primas de opiáceos ricas en morfina en los principales países productores, expresada en la cantidad equivalente de morfina, disminuyó a 463 t⁶⁶, de 586 t en 2015. Se prevé que la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina, expresada en la cantidad equivalente de morfina, volverá a aumentar hasta alcanzar las 577 t en 2017. De esa cantidad, 529 t (92%) corresponderán a la paja de adormidera y 48 t (8%), al opio. Para 2018 se estima que la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina disminuirá a una cantidad equivalente a 528 t de morfina.

Tebaína

95. En 2016, la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína, expresada en la cantidad

⁶⁵E/INCB/2017/2.

⁶⁶El análisis se basa principalmente en las materias primas obtenidas de la adormidera rica en morfina, pero también comprende, cuando corresponde, el alcaloide morfina contenido en la adormidera rica en tebaína y en la rica en codeína.

equivalente de tebaína, fue de 187 t⁶⁷. En 2017 cabe prever que la producción mundial de esas materias primas aumentará a una cantidad equivalente a unas 292 t de tebaína a consecuencia de los incrementos previstos en todos los países productores. Según las previsiones, en 2018 la producción de materias primas ricas en tebaína volverá a aumentar ligeramente hasta alcanzar las 297 t.

c) Existencias mundiales de materias primas de opiáceos y de los opiáceos obtenidos de ellas

Morfina

96. A finales de 2016, las existencias de materias primas de opiáceos ricas en morfina (paja de adormidera, concentrado de paja de adormidera y opio), expresadas en la cantidad equivalente de morfina, ascendían a 747 t, el mismo nivel de 2015. Esas existencias se consideraron suficientes para satisfacer durante 19 meses la demanda mundial prevista de los fabricantes al nivel de la demanda previsto para 2107. Las existencias mundiales de opiáceos derivados de materias primas ricas en morfina, principalmente en forma de codeína y morfina, almacenadas a finales de 2016 (cantidad equivalente a 534 t de morfina) eran suficientes para satisfacer durante unos 15 meses la demanda mundial de esos opiáceos al nivel previsto para 2017. Según los datos comunicados por los Gobiernos, las existencias totales, tanto de opiáceos como de sus materias primas, bastan para atender plenamente la demanda de opiáceos derivados de la morfina para fines médicos y científicos en 2018.

Tebaína

97. A finales de 2016, las existencias de materias primas de opiáceos ricas en tebaína (paja de adormidera, concentrado de paja de adormidera y opio), expresadas en la cantidad equivalente de tebaína, habían disminuido a unas 224 t, de 274 t en 2015. Esas existencias son suficientes para satisfacer durante unos 12 meses la demanda mundial prevista por los fabricantes para 2017. A finales de 2016, las existencias mundiales de opiáceos derivados de materias primas ricas en tebaína (oxicodona, tebaína y una pequeña cantidad de oximorfona) se habían mantenido estables en una cantidad equivalente a 242 t de tebaína y eran suficientes para satisfacer

durante unos 18 meses la demanda mundial de opiáceos derivados de la tebaína para fines médicos y científicos.

d) Demanda de materias primas de opiáceos por parte de los fabricantes, medida tomando como base la utilización de materias primas

98. La demanda mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina (en particular el opio y la paja de adormidera) por parte de los fabricantes ha venido disminuyendo desde 2014. En 2016 disminuyó a una cantidad equivalente a 367 t de morfina. Sin embargo, se prevé que volverá a aumentar en 2017 y 2018, hasta 460 t y 470 t, respectivamente.

99. La demanda mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína por parte de los fabricantes, expresada en la cantidad equivalente de tebaína, disminuyó de 2012 a 2015, pero aumentó de 183 t en 2015 a 210 t en 2016. Se prevé que la demanda mundial de materias primas ricas en tebaína seguirá aumentando a 220 t y a 230 t en 2017 y 2018, respectivamente.

e) Equivalente de la oferta y la demanda de materias primas de opiáceos

Morfina

100. Desde 2009, la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina ha superado a la demanda mundial de dichas materias primas. En consecuencia, las existencias han ido aumentando, con algunas fluctuaciones. En 2015, las existencias, expresadas en la cantidad equivalente de morfina, se incrementaron a 746 t y en 2016 se mantuvieron en 747 t, suficientes para satisfacer durante unos 19 meses la demanda mundial prevista. Se prevé que en 2017 la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en morfina volverá a superar a la demanda mundial, con lo que las existencias mundiales de esas materias primas seguirán aumentando en 2018. A fines de 2017, podrían ascender a 864 t, cifra equivalente a unos 22 meses de la demanda mundial al nivel de la demanda previsto para 2018 (si bien no se dispone de todos los datos necesarios para poder realizar un pronóstico completo). Los países productores han indicado que tienen previsto reducir la producción en 2018. Se espera que a fines de ese año las existencias lleguen a unas 922 t, lo que bastaría para atender la demanda mundial prevista durante más de un año. La oferta mundial

⁶⁷El análisis se basa principalmente en las materias primas obtenidas de la adormidera rica en tebaína, pero comprende también, cuando corresponde, el alcaloide tebaína contenido en la adormidera rica en morfina.

de materias primas de opiáceos ricas en morfina (existencias y producción) seguirá siendo suficiente para cubrir plenamente la demanda mundial.

Tebaína

101. En 2016, la producción mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína (187 t) fue inferior a la demanda (210 t) por primera vez en cinco años, a raíz de lo cual a finales de 2016 disminuyeron las existencias (224 t). Esas existencias equivalían a la demanda mundial correspondiente a 12 meses. Se prevé que la producción aumentará en 2017 y 2018. Es probable que a fines de 2017 las existencias mundiales de materias primas de opiáceos ricas en tebaína asciendan a 296 t, suficientes para satisfacer la demanda mundial durante unos 15 meses, y que para finales de 2018 asciendan a 363 t, suficientes para atender la demanda mundial durante más de un año. La oferta mundial de materias primas de opiáceos ricas en tebaína (existencias y producción) resultará más que suficiente para satisfacer la demanda mundial en 2017 y 2018.

Tendencias de los niveles de consumo de opioides

102. En los últimos 20 años, el consumo mundial de opioides se ha triplicado con creces. El porcentaje del consumo de opiáceos con respecto al consumo total de opioides fluctuó entre el 59% en 1997 y el 51% en 2008. Tras haber alcanzado un nivel máximo del 68% del consumo total de opioides en 2014, el consumo de opiáceos ha disminuido. En 2016 se redujo hasta el 61%. En consecuencia, el porcentaje de opioides sintéticos, que tienen las mismas indicaciones de uso que los opiáceos, aumentó del 32% en 2014 al 39% en 2016. La tendencia global indica que la demanda de opiáceos aumentará previsiblemente en el futuro, pero no queda claro si su porcentaje con respecto al consumo total de opioides aumentará o disminuirá en relación con el consumo de opioides sintéticos.

C. Cooperación de los Gobiernos con la Junta

1. Presentación de información a la Junta por los Gobiernos

103. 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. También publica informes técnicos en los que presenta a los Gobiernos un análisis de la información estadística sobre la fabricación, el comercio, el consumo, la utilización y las existencias de sustancias sometidas a fiscalización internacional, así como un análisis de las previsiones de las necesidades de esas sustancias.

104. Los informes y las publicaciones técnicas de la Junta se basan en la información que deben comunicarles las partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas. Además, con arreglo a las resoluciones del Consejo Económico y Social y de la Comisión de Estupefacientes, los Gobiernos presentan información a título voluntario para facilitar una evaluación exacta y completa del funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas y precursores.

105. Los datos y demás información que recibe de los Gobiernos permiten a la Junta vigilar las actividades lícitas relacionadas con los estupefacientes, las sustancias sicotrópicas y los precursores y evaluar el cumplimiento de los tratados y el funcionamiento global del sistema de fiscalización internacional de drogas. Basándose en el análisis de esa información, la Junta formula recomendaciones para mejorar el funcionamiento del sistema con el objeto de garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos y prevenir al mismo tiempo su desviación de los canales lícitos a los ilícitos, así como la desviación de precursores para la fabricación ilícita de drogas.

2. Presentación de información estadística

106. Los Gobiernos tienen la obligación de presentar a la Junta, todos los años y en el plazo establecido, los informes estadísticos previstos en los tratados de fiscalización internacional de drogas.

a) Estupefacientes

107. Al 1 de noviembre de 2017, la Junta había recibido los informes estadísticos anuales correspondientes al año civil 2016 de 152 Estados (partes y no partes) y territorios sobre la producción, la fabricación, el consumo, las existencias y la incautación de estupefacientes (el formulario C), es decir, aproximadamente el 71% de los Estados y territorios a los que la Junta había dirigido su solicitud). Esa cifra era superior a la de 2016 (148 informes relativos a 2015), y también a la de 2015 (140 informes relativos a 2014).

108. Un total de 89 Gobiernos (el 42%) habían presentado sus datos a tiempo, es decir, antes de cumplirse el plazo del 30 de junio de 2017, cifra superior a la de los dos años anteriores (84 países en 2016 y 83 en 2015). Al 1 de noviembre de 2017, 61 Gobiernos (el 29% del total), es decir, 56 países (el 26% de los países) y cinco territorios (el 24% de los territorios), no habían presentado sus estadísticas anuales correspondientes a 2016. La mayoría de esos países y territorios que no habían presentado sus informes se encontraban en África⁶⁸, América⁶⁹, Asia⁷⁰, Europa⁷¹ y Oceanía⁷². Se prevé que varios otros países y territorios presentarán los datos después del 1 de noviembre de 2017.

109. Casi todos los países en que se producían, fabricaban, importaban, exportaban o consumían grandes cantidades de estupefacientes habían presentado estadísticas anuales. En su informe anual correspondiente a 2016, la JIFE destacó la importancia de presentar informes con datos precisos en los plazos previstos para garantizar la eficacia y eficiencia del funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas y la considerable repercusión que tenía la disponibilidad de datos fiables en la capacidad de la Junta de vigilar adecuadamente la situación mundial. No obstante, la Junta sigue muy preocupada por la calidad de algunos de los datos presentados, en particular los procedentes de algunos de los principales países productores y fabricantes, pues indican deficiencias en los mecanismos nacionales de regulación y vigilancia de las sustancias sometidas a fiscalización internacional. **La JIFE insta a los Gobiernos a mejorar sus mecanismos nacionales de vigilancia del cultivo, la producción, la fabricación y el comercio de sustancias fiscalizadas. En parte, ello puede lograrse mejorando y desarrollando los sistemas de datos nacionales, formando al personal de las autoridades nacionales competentes y garantizando que las empresas a las que se han concedido licencias para tratar con sustancias sometidas a fiscalización internacional cumplan los requisitos legales que conllevan esas licencias.**

110. Al 1 de noviembre de 2017, la Junta había recibido el conjunto completo de cuatro estadísticas trimestrales de importaciones y exportaciones de estupefacientes

⁶⁸ Angola, Burundi, Camerún, Chad, Congo, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Guinea, Guinea Ecuatorial, Lesotho, Liberia, Libia, Malawi, Malí, Mauritania, Namibia, Níger, República Centroafricana, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Somalia, Sudán del Sur, Tristán da Cunha y Zambia.

⁶⁹ Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Bermudas, Cuba, Granada, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, México, Paraguay, Saint Kitts y Nevis y Suriname.

⁷⁰ Bhután, Camboya, Iraq, Kirguistán, Singapur, Tayikistán, Viet Nam y Yemen, así como Hong Kong (China).

⁷¹ Bosnia y Herzegovina, Luxemburgo y Rumania.

⁷² Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Nauru, Niue, Samoa, Tuvalu, Vanuatu y Wallis y Futuna.

correspondientes a 2016 (formulario A) de 153 Gobiernos (139 países y 14 territorios), es decir, alrededor del 72% de los 213 Gobiernos a los que la Junta había dirigido su solicitud. Además, 19 Gobiernos (en torno al 9%) habían presentado por lo menos un informe trimestral. Un total de 36 países y 5 territorios (alrededor del 19%) no habían presentado ninguna de las estadísticas trimestrales correspondientes a 2016.

b) Sustancias sicotrópicas

111. Al 1 de noviembre de 2017, 151 Estados y territorios, es decir el 71% de los que tenían la obligación de hacerlo, habían presentado a la Junta, de conformidad con el artículo 16 del Convenio de 1971, los informes estadísticos anuales sobre sustancias sicotrópicas (formulario P) correspondientes a 2016. La Junta observa con reconocimiento que ese porcentaje es mayor que el de 2015. Además, 107 Gobiernos presentaron voluntariamente los cuatro informes estadísticos trimestrales sobre la importación y exportación de sustancias de la Lista II del Convenio de 1971 correspondientes a 2016, de conformidad con la resolución 1981/7 del Consejo Económico y Social, y otros 38 Gobiernos presentaron varios de los informes trimestrales.

112. Si bien la mayoría de los Gobiernos presentan habitualmente los informes estadísticos obligatorios y facultativos, la cooperación de algunos no ha sido satisfactoria. En 2017, aproximadamente el 63% de los países que presentaron el formulario P correspondiente a 2016 lo hicieron antes de la fecha límite del 30 de junio de 2017. Entre los que no presentaron el formulario P antes de ese plazo figuraban algunos de los principales países fabricantes, importadores y exportadores, como Bélgica, el Brasil, el Canadá, China, Francia, la India y el Reino Unido. La Junta observa con preocupación que la República de Corea, destacado importador y exportador de sustancias sicotrópicas, no ha presentado sus informes correspondientes a 2015 y 2016, pese a los recordatorios periódicos que se envían a todos los Gobiernos que no presentan los informes o tardan en hacerlo.

113. La Junta observa con inquietud que el número más elevado de países y territorios que no han presentado el formulario P corresponde a África, seguida de Oceanía y Centroamérica y el Caribe. Un total de 26 países y territorios de África⁷³ (el 46% de los de esa región) no

⁷³ Ascensión, Burundi, Camerún, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Lesotho, Libia, Malawi, Malí, Mauritania, Níger, República Centroafricana, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Somalia, Sudán del Sur, Tristán da Cunha y Zambia.

presentaron el formulario P correspondiente a 2016. Tampoco lo presentaron el 45% de los países y territorios de Oceanía⁷⁴ y el 39% de los de Centroamérica y el Caribe⁷⁵. En Europa, presentaron el formulario P correspondiente a 2016 el 93% de los países y territorios, pero tres países no lo hicieron (Bosnia y Herzegovina, Luxemburgo y Rumania). En América del Sur, como el año anterior, tres países no presentaron el formulario P correspondiente a 2016 (Ecuador, Paraguay y Suriname). En Asia, el 19% de los países y territorios no presentaron el formulario P correspondiente a 2016⁷⁶.

114. El Consejo Económico y Social, en sus resoluciones 1985/15 y 1987/30, pidió a los Gobiernos que proporcionaran a la Junta información detallada (desglosada por país de origen y de destino) sobre el comercio de sustancias incluidas en las Listas III y IV del Convenio de 1971 en sus informes estadísticos anuales sobre sustancias sicotrópicas. Al 1 de noviembre de 2017, un total de 120 Gobiernos (el 79% de los que habían presentado el formulario P correspondiente a 2016) habían proporcionado información detallada completa sobre ese comercio, cifra que superaba la correspondiente al año anterior. Los restantes 31 Gobiernos habían presentado los formularios sobre el comercio correspondientes a 2016 en blanco o con datos incompletos.

115. La Junta observa con reconocimiento que varios países ya han presentado datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas de forma voluntaria, en cumplimiento de la resolución 54/6 de la Comisión de Estupefacientes. Un total de 72 países y territorios han comunicado los datos sobre el consumo de algunas sustancias sicotrópicas, o de todas ellas, correspondientes a 2016, cifra superior a los 58 países y territorios que lo habían hecho respecto de 2015 hasta la fecha correspondiente del año anterior. **La Junta agradece la cooperación de los Gobiernos en cuestión y exhorta a todos los Gobiernos a que presenten cada año información sobre el consumo de sustancias sicotrópicas, de conformidad con la resolución 54/6 de la Comisión, pues esos datos son fundamentales para evaluar mejor la disponibilidad de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos.**

116. La Junta observa con reconocimiento que los Gobiernos de Bélgica, la Federación de Rusia y la India presentaron informes sobre las incautaciones de sustancias

sicotrópicas, y que los de Noruega, Estonia y Lituania presentaron notificaciones sobre la incautación de sustancias lícitas sujetas a fiscalización internacional que habían sido objeto de contrabando por correo, incluidas las que se habían pedido por Internet, en cumplimiento de la resolución 50/11 de la Comisión de Estupefacientes. **La Junta reconoce la labor de esos Gobiernos para efectuar dichas interceptaciones y exhorta a todos los Gobiernos a que, de conformidad con la resolución 50/11 de la Comisión de Estupefacientes, le transmitan periódicamente información sobre la incautación de sustancias sicotrópicas pedidas por Internet y recibidas por correo.**

c) Precursores

117. Con arreglo al 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. Esa información, que se presenta en el formulario D, sirve a la Junta para detectar y vigilar las tendencias del tráfico de precursores y de la fabricación ilícita de drogas. También le permite formular recomendaciones a los Gobiernos sobre políticas y medidas correctivas, según sea necesario.

118. Al 1 de noviembre de 2017, un total de 125 Estados partes, es decir el 66% de los Estados partes en la Convención de 1988, habían presentado el formulario D correspondiente a 2016. Sin embargo, 52 de ellos habían presentado el formulario en blanco o con información incompleta. La Junta observa con preocupación que 60 Estados partes en la Convención de 1988 no le han presentado información.

119. De los Estados partes que proporcionaron datos correspondientes a 2016 en el formulario D, 89 presentaron la información obligatoria sobre la incautación de sustancias incluidas en los Cuadros I o II de la Convención de 1988, y 60 comunicaron incautaciones de sustancias no incluidas en los Cuadros. Como en años anteriores, la mayoría de los Gobiernos no presentaron información detallada sobre los métodos de desviación y fabricación ilícita.

120. Con arreglo a lo dispuesto en la resolución 1995/20 del Consejo Económico y Social, se solicita también a los Gobiernos que presenten, con carácter voluntario y confidencial, información sobre su comercio lícito de sustancias enumeradas en los Cuadros I y II de la Convención de 1988. Al 1 de noviembre de 2017, 117 Estados partes habían facilitado a la Junta información correspondiente a 2016 sobre el comercio lícito de las sustancias incluidas

⁷⁴Fiji, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Nauru, Niue, Samoa, Tuvalu, Vanuatu y Wallis y Futuna.

⁷⁵Antigua y Barbuda, Aruba, Cuba, Curazao, Granada, Guatemala, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Saint Kitts y Nevis y Trinidad y Tabago.

⁷⁶Camboya, Iraq, Kirguistán, Maldivas, República de Corea, Turkmenistán, Viet Nam y Yemen, así como Hong Kong (China).

en los Cuadros I y II de la Convención de 1988, y 114 habían presentado datos sobre las necesidades o los usos legítimos de una o más de ellas.

121. A modo de complemento de PEN Online, así como del conjunto de datos globales sobre incautaciones que se reciben anualmente de los Gobiernos en el formulario D, el Sistema de Comunicación de Incidentes relacionados con Precusores (PICS) ofrece desde comienzos de 2012 una plataforma segura en línea para intercambiar información en tiempo real sobre incidentes relacionados con sustancias químicas, como las incautaciones efectuadas, las remesas detenidas en tránsito, los intentos de desviación y el desmantelamiento de laboratorios ilícitos. El PICS ha proporcionado pistas a las autoridades nacionales para emprender investigaciones de rastreo; en varias ocasiones, la comunicación oportuna de información detallada sobre incidentes relacionados con precursores ha dado lugar a nuevas incautaciones o ha evitado intentos de desviación. Sin embargo, la utilidad del PICS depende en gran medida de que la información se comunique oportunamente, de modo que facilite el seguimiento inmediato y la cooperación necesaria para descubrir a los responsables de la desviación y el tráfico de precursores.

122. Al 1 de noviembre de 2017, el PICS tenía alrededor de 480 usuarios inscritos de más de 240 organismos repartidos en 104 países, los cuales habían difundido información sobre unos 2.000 incidentes. Durante el período que abarca el informe se comunicaron a través del PICS más de 300 nuevos incidentes.

3. Presentación de previsiones

a) Estupefacientes

123. Con arreglo a lo dispuesto en la Convención de 1961, las partes tienen la obligación de presentar todos los años a la Junta las previsiones de sus necesidades de estupefacientes para el año siguiente. Al 1 de noviembre de 2017, un total de 158 Estados y territorios, el 74% de los que tenían la obligación de hacerlo, habían presentado a la Junta las previsiones de sus necesidades de estupefacientes correspondientes a 2018 para que esta las confirmara. Como en años anteriores, la Junta estableció las previsiones para 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.

b) Sustancias sicotrópicas

124. Al 1 de noviembre de 2017, los Gobiernos de todos los países, salvo Sudán del Sur, y de todos los territorios habían presentado a la Junta por lo menos una previsión de sus necesidades anuales de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos. De conformidad con la resolución 1996/30 del Consejo Económico y Social, en 2011 la Junta estableció las previsiones de las necesidades de Sudán del Sur a fin de que ese país pudiera importar sustancias sicotrópicas para fines médicos sin demoras indebidas.

125. En consonancia con las resoluciones 1981/7 y 1991/44 del Consejo Económico y Social, se solicita a los Gobiernos que presenten a la Junta las previsiones de sus necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias sicotrópicas enumeradas en las Listas II, III y IV del Convenio de 1971. Las previsiones relativas a las sustancias sicotrópicas se mantienen vigentes hasta que los Gobiernos las modifican para reflejar los cambios en las necesidades nacionales. Para facilitar la presentación de esas modificaciones por las autoridades nacionales competentes, la Junta creó un formulario, llamado "Suplemento del formulario B/P", que en octubre de 2014 se distribuyó a todos los Gobiernos en los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas y que está disponible en el sitio web de la JIFE. Al 1 de noviembre de 2017, tres años después de su distribución, lo utilizaban casi todos los países. **La Junta recomienda a los Gobiernos que revisen y actualicen, por lo menos cada tres años, las previsiones de sus necesidades anuales de sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos.**

126. Entre el 1 de noviembre de 2016 y el 1 de noviembre de 2017, un total de 93 países y 9 territorios presentaron previsiones completamente revisadas de sus necesidades de sustancias sicotrópicas, y otros 30 Gobiernos presentaron modificaciones de las previsiones relativas a una o más sustancias. Al 1 de noviembre de 2017, los Gobiernos de 36 países y 4 territorios no habían presentado ninguna revisión de sus necesidades legítimas de sustancias sicotrópicas desde hacía más de tres años.

c) Precusores

127. En su resolución 49/3, relativa al fortalecimiento de los sistemas de fiscalización de precursores utilizados en la fabricación ilícita de drogas sintéticas, la Comisión de Estupefacientes pidió a los Estados Miembros que proporcionaran a la Junta las previsiones anuales de sus necesidades legítimas de importación de cuatro precursores de estimulantes de tipo anfetamínico

(efedrina, seudofedrina, 3,4-metilendioxifenil-2-propanona (3,4-MDP-2-P) y 1-fenil-2-propanona (P-2-P)) y, en la medida de lo posible, las necesidades previstas de importación de preparados con esas sustancias que pudieran utilizarse o extraerse por medios de fácil aplicación. Las previsiones ayudan a los Gobiernos a evaluar la legitimidad de las remesas y advertir posibles excesos en las notificaciones previas a la exportación de esas sustancias.

128. Aunque la presentación es voluntaria, el número de Gobiernos que proporcionaron previsiones de sus necesidades legítimas anuales de al menos una de las sustancias señaladas volvió a aumentar con respecto al año anterior, y al 1 de noviembre de 2017 ascendía a 166. De igual modo, el número de las previsiones presentadas (que se publican en el informe anual de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2016), pasó de 851 en 2016 a 872 en 2017. En 2017, más de 100 Gobiernos han vuelto a confirmar o han actualizado las previsiones de sus necesidades legítimas anuales de al menos una sustancia.

129. Los Gobiernos presentan las previsiones de sus necesidades legítimas anuales en el formulario D, y pueden actualizarlas en cualquier fecha del año. Las previsiones anuales más recientes presentadas por los países y territorios se actualizan y publican periódicamente en el sitio web de la Junta. Los usuarios inscritos pueden consultarlas también en PEN Online.

130. A modo de conclusión, la Junta desea recordar a todos los Gobiernos que las previsiones totales de las necesidades anuales de estupefacientes para fines médicos y científicos, así como las previsiones de las necesidades de sustancias sicotrópicas, se consignan en las publicaciones anuales y trimestrales de la Junta, y que en su sitio web pueden consultarse las previsiones actualizadas mensualmente. En el sitio web pueden consultarse también las previsiones anuales actualizadas de las necesidades legítimas de precursores de los estimulantes de tipo anfetamínico.

4. Mejora de la calidad de la información presentada a la Junta

131. Es fundamental que los Gobiernos transmitan periódicamente a la Junta datos estadísticos fiables para la detección de la desviación de sustancias fiscalizadas con fines ilícitos, el análisis de las tendencias del comercio internacional lícito de esas sustancias y el buen funcionamiento general del sistema de fiscalización internacional de drogas.

132. Los problemas con que tropiezan los Gobiernos para presentar a la Junta estadísticas o previsiones adecuadas suelen ser indicio de deficiencias en los mecanismos de fiscalización o los sistemas de salud nacionales. Esas deficiencias pueden deberse a problemas en la aplicación de las disposiciones de los tratados: por ejemplo, lagunas en la legislación nacional, insuficiencias en las normas administrativas o falta de capacitación de los funcionarios de las autoridades nacionales competentes.

133. La Junta insta a los Gobiernos a que mejoren sus mecanismos nacionales de vigilancia del cultivo, la producción, la fabricación y el comercio de sustancias fiscalizadas. En parte, ello puede lograrse mejorando y desarrollando los sistemas de datos nacionales, formando al personal de las autoridades nacionales competentes y garantizando que las empresas a las que se han concedido licencias para tratar con sustancias sometidas a fiscalización internacional cumplan los requisitos legales que conllevan esas licencias.

134. La Junta invita a todos los Gobiernos a los que esto concierne a que determinen las causas de esas deficiencias en la presentación de estadísticas o previsiones, y a que la informen en consecuencia, con miras a resolver esos problemas y garantizar la presentación de la información solicitada en el plazo previsto. A fin de ayudar a los Gobiernos, la Junta ha elaborado herramientas y material, así como varios conjuntos de directrices, para las autoridades nacionales competentes. Todos ellos pueden consultarse gratuitamente en su sitio web (www.incb.org), e incluyen material de capacitación y la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*. Se invita a los Gobiernos a que hagan pleno uso de esas herramientas en sus esfuerzos por cumplir los tratados de fiscalización internacional de drogas. Además, la Junta alienta a los Gobiernos a que aprovechen la capacitación específica que imparte a solicitud de los interesados.

D. Evaluación del cumplimiento general de los tratados

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

135. El alcance de los tratados de fiscalización internacional de drogas es enorme. Incluye el establecimiento de un marco regulatorio para vigilar la producción, la

fabricación y el comercio lícitos de sustancias sometidas a fiscalización; la adopción de legislación y políticas nacionales de fiscalización de drogas; la adopción de medidas de lucha contra el tráfico y la desviación de drogas; la prestación de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación, postratamiento y reinserción social, y la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para usos médicos racionales. Los tratados también prescriben la cooperación con la Junta mediante la presentación de informes precisos en los plazos establecidos y la respuesta a las solicitudes de información adicional que esta formule.

136. La JIFE, de conformidad con el mandato que le confieren los tratados en calidad de órgano semijudicial encargado de vigilar su aplicación, presta asistencia a los Estados en la aplicación amplia de los tres tratados de fiscalización de drogas. Para ello, la Junta debe examinar la situación de la fiscalización de drogas en diversos países, entablar con los Gobiernos un diálogo permanente para determinar las buenas prácticas y los ámbitos en que debe fortalecerse la aplicación de los tratados y proponer las medidas correctivas que considere necesarias.

137. En 2017, la Junta examinó la situación en materia de fiscalización de drogas en Bolivia (Estado Plurinacional de), Mauritania, Myanmar, los Países Bajos y el Reino Unido, y analizó las medidas adoptadas por los Gobiernos de esos países para aplicar los tratados de fiscalización internacional de drogas. Además, la Junta examinó la evolución de la situación en varios países con respecto a la adopción de medidas legislativas y de política en relación con los programas de cannabis medicinal, las salas de consumo de drogas y la legalización del cannabis para fines no médicos.

a) Estado Plurinacional de Bolivia

138. En el marco del examen en curso del cumplimiento por los Estados partes de sus obligaciones dimanantes de los tratados, en los últimos años la JIFE ha seguido de cerca la evolución de la situación en el Estado Plurinacional de Bolivia en relación con las políticas sobre el cultivo de arbusto de coca y la producción de hoja de coca. La Junta observa que, a raíz del diálogo que viene manteniendo con el Gobierno, este ha incrementado el grado de cooperación con la Junta. El Gobierno está decidido a adoptar un enfoque integrado para que las sustancias sujetas a fiscalización internacional queden también sometidas a fiscalización nacional y se actúe con eficacia al respecto, y para que su desviación de los cauces de distribución lícitos se evite con medidas de fiscalización efectivas.

139. La Junta señala que el Estado Plurinacional de Bolivia aprobó dos leyes nuevas en marzo de 2017 que suponen un cambio significativo en la política de fiscalización de drogas del país y que permiten un incremento importante de la zona que puede utilizarse con fines de cultivo lícito de arbusto de coca. La Ley General de la Coca (Ley núm. 906) establece el marco institucional de regulación, control y fiscalización de la producción, el transporte, la venta y la revalorización, incluso por medios industriales, de la coca en su estado natural. La Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas (Ley núm. 913) establece un mecanismo de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias fiscalizadas, incluidos los precursores utilizados en la fabricación ilícita de drogas.

140. La Junta observa que el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia ha sustituido la anterior ley por dos leyes nuevas de fiscalización de drogas. El objeto de ese cambio es permitir la utilización de la hoja de coca con fines tradicionales y para su transformación en una amplia diversidad de productos industriales, algunos de los cuales pueden estar destinados a la exportación. Al mismo tiempo, el Estado Plurinacional de Bolivia está decidido a seguir adoptando todas las medidas necesarias para controlar el cultivo de arbusto de coca, así como para evitar su uso indebido y la producción ilícita de los estupefacientes que pueden extraerse de la hoja.

141. No obstante, la Junta sigue preocupada por el reciente aumento de la superficie total de cultivo de arbusto de coca y la consiguiente producción prevista de hoja de coca. A pesar de las medidas sociales que aplica actualmente el Gobierno para reducir el cultivo de arbusto de coca y la producción de hoja de coca, la superficie total de cultivo de arbusto de coca en el país aumentó hasta 23.100 ha en 2016, un 14% más que en 2015 (20.200 ha). En consecuencia, la cantidad total de hoja de coca disponible para la venta en locales autorizados por el Gobierno aumentó en un 4% en 2016 hasta casi 22.000 t, frente a unas 21.200 t en 2015. Por otra parte, la superficie total del denominado cultivo excedentario de arbusto de coca erradicado anualmente en el país parece haber disminuido constantemente tras el máximo comunicado en 2012. A la Junta le preocupa que esos acontecimientos hayan afectado negativamente la capacidad del Gobierno para controlar la disponibilidad de hoja de coca para el consumo tradicional interno y aumentado el riesgo de que la hoja de coca se desvíe para la fabricación ilícita de cocaína.

142. La Junta expresa su grave preocupación por el hecho de que, desde que entraron en vigor las nuevas leyes, casi se ha duplicado la superficie total autorizada para el cultivo de arbusto de coca con los fines previstos en la reserva formulada por el Estado Plurinacional

de Bolivia, en particular la masticación tradicional de la hoja de coca⁷⁷. La Junta desea señalar que el país se ha reservado el derecho a permitir en su territorio: la masticación tradicional de la hoja de coca; el consumo y la utilización de la hoja de coca en su estado natural con fines medicinales y culturales, como su uso en infusiones; y el cultivo, el comercio y la posesión de hoja de coca únicamente en la medida necesaria para esos fines.

143. La Junta destaca la importancia de cumplir de manera efectiva las obligaciones previstas en el artículo 26 de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972. Esas obligaciones, que incumben también al Estado Plurinacional de Bolivia, exigen a los Estados que permitan el cultivo de arbusto de coca establecer un organismo nacional para la fiscalización de la hoja de coca de conformidad con el marco establecido en el artículo 23, en que se describen el mandato y las funciones de los organismos nacionales para la fiscalización del opio. El resto de las obligaciones que han de cumplir esos Estados son, entre otras, las siguientes: *a)* la designación de las zonas y las parcelas de terreno en que se permitirá el cultivo (artículo 23, párrafo 2 *a)*); *b)* la expedición de licencias a los cultivadores (artículo 23, párrafo 2 *b)*), y artículo 23, párrafo 2 *c)*); *c)* la toma de posesión material de la cosecha lo más pronto posible después del fin de la misma por el organismo nacional (artículo 26, párrafo 1); y la obligación de arrancar de raíz todos los arbustos de coca que crezcan en estado silvestre y destruir los que se cultiven ilícitamente (artículo 26, párrafo 2).

144. Además, la Junta desea invitar al Estado Plurinacional de Bolivia, por analogía con las disposiciones del artículo 27, párrafo 2, y del artículo 49, párrafo 3 *b)*, de la Convención de 1961 en su forma enmendada, a que le facilite por separado previsiones e información estadística correspondiente a cada una de las actividades respecto de las cuales haya formulado la reserva, además de las previsiones y estadísticas obligatorias con arreglo al artículo 19, el artículo 20 y el artículo 27, párrafo 2, de la Convención de 1961 en su forma enmendada. En esas previsiones y estadísticas deberán especificarse las cantidades de hoja de coca que esté previsto utilizar y las que efectivamente se utilicen en el país para los fines respecto de los cuales se ha formulado la reserva. Esa información permitirá a la Junta, a otros Estados partes y a la comunidad internacional determinar si el Estado Plurinacional de Bolivia está haciendo que se respeten los límites de su reserva, así como su compromiso de cumplir íntegramente las obligaciones establecidas en la Convención

⁷⁷El Estado Plurinacional de Bolivia formuló la reserva en cuestión cuando volvió a adherirse a la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, con efecto a partir del 10 de febrero de 2013, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 41, párrafo 2, de la Convención.

de 1961 en su forma enmendada, con miras a lograr el propósito de la Convención.

145. La reserva formulada por el Estado Plurinacional de Bolivia se limita expresamente a las actividades realizadas dentro de su territorio y, por consiguiente, ni otorga ni amplía derecho de índole alguna a llevar a cabo cualquier tipo de actividad comercial internacional relacionada con la hoja de coca que no esté reconocida expresamente en el marco jurídico establecido por la Convención de 1961 en su forma enmendada.

146. La Junta recuerda que el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia, al presentar sus actuales políticas relacionadas con el cultivo de arbusto de coca y la producción de hoja de coca, manifestó su determinación de seguir adoptando todas las medidas necesarias para controlar el cultivo de arbusto de coca mediante la aplicación de todas las disposiciones de la Convención antes mencionadas, a fin de impedir el uso indebido de la coca y la producción ilícita de los estupefacientes que pueden extraerse de la hoja de coca. El Estado Plurinacional de Bolivia debe garantizar el pleno cumplimiento de la obligación contraída en virtud de la Convención de 1961 en su forma enmendada de eliminar todos los usos de la hoja de coca que no sean los previstos en la Convención y los que se especifican en su reserva. La Junta insta al Gobierno a aplicar políticas eficaces y a ser proactivo en la eliminación de lo que se denomina cultivos excedentarios de arbusto de coca y producción excedentaria de hoja de coca en el país, dado su carácter ilícito, así como a adoptar medidas decisivas para hacer frente a la producción y el tráfico ilícitos de cocaína.

147. La Junta continuará observando la evolución de la situación de la fiscalización de drogas en el Estado Plurinacional de Bolivia y manteniendo un diálogo permanente con el Gobierno. La Junta confía en que el Gobierno seguirá intensificando sus esfuerzos en materia de fiscalización de drogas y está dispuesta a proporcionar asistencia adicional cuando sea necesario.

b) Mauritania

148. En los últimos años, los grupos delictivos organizados han utilizado cada vez más la región de África occidental, además de para sus actividades de producción local ilícita de drogas, como región de tránsito para la cocaína procedente de América del Sur con destino a Europa. Mauritania se ha visto particularmente afectada por este tipo de tráfico, y los países de la región del Sahel han notificado un aumento del uso indebido de drogas

entre la población local. La Junta está preocupada por el aumento de las actividades ilegales en la región, que pone a prueba aún más los ya frágiles sistemas económicos y de salud de los países afectados.

149. La situación en Mauritania sigue preocupando a la JIFE. Entre los ámbitos preocupantes figuran la falta de leyes nacionales de fiscalización de drogas adecuadas, la inexistencia de un mecanismo de coordinación gubernamental en la esfera de la fiscalización de drogas y la insatisfactoria cooperación con la Junta, en particular en lo que respecta a la presentación de los datos estadísticos obligatorios sobre el comercio lícito, el consumo y la incautación. El Gobierno no ha presentado a la JIFE ninguna información estadística desde 2015, pese a su obligación de hacerlo para cumplir las obligaciones de presentación de informes contraídas en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

150. La JIFE encomia el liderazgo político demostrado por los países del Sahel (Burkina Faso, Chad, Malí, Mauritania y Níger), la Unión Africana, la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental (CEDEAO) y la UNODC para hacer frente a los inmensos problemas de seguridad, las actividades ilícitas (entre ellas el tráfico de drogas) y los problemas de desarrollo a los que se enfrenta la región. La Junta acoge con beneplácito las actividades emprendidas en el marco del proyecto de apoyo al plan de acción regional de la CEDEAO para hacer frente al tráfico ilícito de estupeficientes, la delincuencia organizada y el uso indebido de drogas en África occidental para el período 2016-2020, así como el nuevo plan de acción para el período 2015-2019, financiado por la Unión Europea y ejecutado en colaboración con la UNODC. El objetivo del proyecto es fortalecer la capacidad de la CEDEAO y sus Estados miembros para adoptar medidas sostenibles contra el tráfico de estupeficientes, el uso indebido de drogas y la delincuencia organizada transnacional.

151. La Junta observa que la UNODC ha ajustado su nuevo programa regional con las prioridades definidas en el nuevo plan de acción regional de la CEDEAO para hacer frente al tráfico ilícito de estupeficientes, la delincuencia organizada y el uso indebido de drogas en África occidental para el período 2016-2020. Para lograr los objetivos del proyecto, la UNODC se ha comprometido a realizar actividades en los ámbitos de la prevención del uso indebido de drogas y el tratamiento de la drogodependencia, la elaboración de leyes, la ciencia forense y la aplicación de las leyes sobre drogas. En concreto, en Nuakchot existe desde 2016 una estructura de gestión de proyectos en vigor destinada a la creación de capacidad en Mauritania.

152. La Junta reitera la importancia de la cooperación internacional en la fiscalización de drogas en África occidental e insta al Gobierno de Mauritania a que intensifique su cooperación con los Gobiernos de los países vecinos y con las organizaciones internacionales que actúan en la región. En particular, la Junta alienta al Gobierno a que recabe un mayor apoyo de la UNODC y la Comisión de la CEDEAO para aplicar el plan de acción de la CEDEAO, cuyos objetivos son: *a)* aumentar la disponibilidad de datos fiables y comparables sobre las drogas para la elaboración de políticas y programas al respecto basados en datos científicos; *b)* fortalecer la capacidad regional para determinar y difundir las mejores prácticas en materia de reducción de la demanda de drogas; y *c)* mejorar la capacidad de las autoridades judiciales y de aplicación de la ley y fortalecer los mecanismos de cooperación y coordinación subregionales y regionales.

153. En varias de sus comunicaciones enviadas al Gobierno desde 2016, la Junta invitó a Mauritania a enviar una delegación a uno de sus períodos de sesiones para informar a la Junta sobre la situación de la fiscalización de drogas en el país y las medidas adoptadas para luchar contra el aumento del tráfico y el uso indebido de drogas. En el momento en que se redactó el presente informe, aún no se había aceptado la invitación. La Junta confía en que el Gobierno de Mauritania mejorará su cooperación con ella e intensificará sus esfuerzos por lograr avances importantes en lo que respecta al cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas y de sus obligaciones de presentación de informes. La Junta perseverará en su empeño por mejorar el diálogo con el Gobierno con miras a promover el cumplimiento por el país de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

c) Myanmar

154. El cultivo ilícito de adormidera en Myanmar, en particular en el estado de Shan, sigue siendo motivo de gran preocupación para la comunidad internacional. Según datos de la UNODC, el cultivo ilícito de adormidera en el país, concentrado principalmente en el estado de Shan, se estabilizó en 2016 tras haberse multiplicado por tres en el decenio anterior. A pesar de ese avance, Myanmar sigue siendo el segundo productor de adormidera del mundo, después del Afganistán. Además, han ido en aumento la desviación de precursores y la producción y el tráfico de metanfetamina en el país.

155. El Gobierno de Myanmar ha adoptado medidas para abordar los problemas relacionados con las drogas en el país. En 2017, con el apoyo de la UNODC, prosiguió

la reforma de sus leyes y políticas en materia de drogas con miras a aprobar un marco de lucha contra las drogas en consonancia con el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016.

156. Myanmar ha seguido desempeñando un papel activo en el mecanismo del Memorando de Entendimiento del Mekong, iniciativa regional de seis países en la que participa junto con sus vecinos Camboya, China, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam. El mecanismo cuenta con el apoyo de la UNODC y tiene por objeto fortalecer la cooperación regional en materia de fiscalización de drogas.

157. La prevalencia del uso indebido de drogas en Myanmar es difícil de estimar debido a la ausencia de estudios exhaustivos sobre el consumo de drogas. La Junta observa que la UNODC está ayudando al Gobierno a elaborar la primera encuesta nacional sobre consumo de drogas en el país.

158. Myanmar sigue afectado por una elevada prevalencia del VIH/sida entre los consumidores de drogas por inyección. Según los cálculos del Gobierno, la prevalencia del VIH en ese grupo de población en 2015 había sido del 28,5%. En mayo de 2017, el Ministerio de Salud y Deportes de Myanmar puso en marcha su plan estratégico nacional sobre el VIH y el sida para 2016-2020, el tercero de esa índole. El plan tiene por objeto poner fin al VIH como amenaza para la salud pública para 2030 mediante el fortalecimiento de las infraestructuras nacionales de prevención, educación, atención y tratamiento.

159. Como sucede en muchos países de la región, en Myanmar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines lícitos es muy baja y probablemente insuficiente para satisfacer las necesidades médicas. En consecuencia, la Junta siguió alentando al Gobierno a que revisara su metodología para evaluar las necesidades en materia de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, determinar cuáles eran obstáculos a su disponibilidad y adoptar medidas correctivas con objeto de satisfacer las necesidades médicas reales.

160. La Junta expresa su preocupación por la información alusiva al desplazamiento forzado de personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios en el estado de Rakáin y por la crisis humanitaria que esto ha causado en Myanmar y en los países vecinos, en particular Bangladesh. La Junta exhorta a la comunidad internacional a que brinde ayuda a las personas afectadas, por ejemplo, mediante la entrega de suministros médicos de emergencia, según proceda.

161. En cumplimiento de su mandato, la Junta está dispuesta a ayudar al Gobierno de Myanmar por todos los medios a aplicar los tratados de fiscalización internacional de drogas.

d) Países Bajos

162. Durante el período que abarca el informe, la Junta ha proseguido su diálogo con el Gobierno de los Países Bajos sobre varias novedades relacionadas con las drogas, como la política sobre los “coffee-shops” y las iniciativas legislativas relacionadas con el cultivo de cannabis. Con el fin de examinar las cuestiones relativas a la fiscalización de drogas en el país, el Presidente de la Junta se reunió con una delegación de los Países Bajos paralelamente al 60° período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, en marzo de 2017. La Junta recibió comunicaciones del Gobierno de los Países Bajos en las que este ofrecía más aclaraciones sobre las cuestiones examinadas.

163. En febrero de 2017, la cámara baja del Parlamento de los Países Bajos aprobó por un estrecho margen un proyecto de ley por el que se regulaba el cultivo de cannabis con fines no médicos. Una vez que el proyecto se convierta en ley, los cultivadores de cannabis con licencia quedarán exentos de responsabilidad penal, siempre que cumplan determinadas condiciones. Según la información de que dispone la Junta, la Fiscalía de los Países Bajos ha expresado preocupación por que, si legalizara el cultivo de cannabis con fines no médicos, el país contravendría los tratados de fiscalización internacional de drogas. El Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes también ha criticado la iniciativa legislativa. Según la comunicación recibida del Gobierno en agosto de 2017, para convertirse en ley el proyecto tenía que ser aprobado por la cámara alta del Parlamento. La Junta reitera que, en caso de que el proyecto pase a ser ley, las disposiciones que permiten el cultivo, la producción y la distribución de cannabis con fines no médicos serían incompatibles con la Convención de 1961 en su forma enmendada, en particular con su artículo 4 c), que obliga a los Estados partes a limitar esas actividades a los fines médicos y científicos.

164. La Junta siguió observando la situación relacionada con la aplicación en los municipios de los Países Bajos del criterio según el cual solamente los residentes de los Países Bajos pueden ser admitidos en los “coffee-shops”. El criterio de residencia se introdujo en enero de 2013. Según la información proporcionada por el Gobierno en agosto de 2017, la responsabilidad de aplicar ese criterio recae en las autoridades locales. De los 102 municipios que tienen uno o más “coffee-shops”, 83 han incluido

el criterio de residencia en las políticas locales en materia de drogas, mientras que 16 han declarado su intención de hacerlo en el futuro. El Gobierno destacó que el objetivo de esa política era lograr que los “coffee-shops” fueran más pequeños y manejables y reducir el “turismo de la droga”. El Gobierno solamente había observado un aumento marginal en el “turismo de la droga” en 2015 con respecto a 2014. **La Junta, si bien toma nota de los esfuerzos del Gobierno por contener el número de “coffee-shops” y sus efectos, reitera su llamamiento al Gobierno para que adopte medidas encaminadas a cerrar los “coffee-shops”, ya que esa política contraviene lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas.**

165. La Junta observa que la incautación de cocaína en el puerto de Rotterdam en 2016 alcanzó una cifra sin precedentes de 13 t, con lo que superó el máximo anterior de 9,8 t en 2013. Si bien el número de incautaciones de cocaína permaneció estable, hubo un aumento de la cantidad de cocaína incautada en cada ocasión. Las remesas de cocaína interceptadas iban desde 1,5 kg hasta casi 4 t. El puerto de Rotterdam, junto con el puerto de Amberes (Bélgica), parece seguir siendo un centro importante del contrabando de heroína y cocaína que se introduce en la Unión Europea. La Junta reconoce la cooperación que ha seguido recibiendo del Gobierno en forma de información actualizada sobre las políticas de fiscalización de drogas del país y aguarda con interés la continuación de su diálogo con el Gobierno para promover la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

e) Reino Unido

166. La Junta ha seguido observando la aplicación de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas por el Gobierno del Reino Unido en lo que respecta, entre otras cuestiones, al comercio lícito, la presentación oportuna de los informes obligatorios y las previsiones de las necesidades médicas y científicas anuales de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. La Junta agradece la cooperación eficaz recibida del Gobierno en estas cuestiones y sigue observando la labor de fiscalización de drogas en el país.

167. La Junta observa la aprobación por el Gobierno del Reino Unido, en julio de 2017, de la estrategia en materia de drogas de 2017 (*Drug Strategy 2017*), que se basa en la estrategia de 2010, a la que reemplaza. La nueva estrategia que se describe en el documento aborda varias amenazas, entre ellas: el uso indebido de drogas, en particular entre los jóvenes; los mercados emergentes de nuevas sustancias psicoactivas; el abuso de las llamadas “sustancias que

mejoran la imagen y potencian el rendimiento” (sustancias que promueven la pérdida de peso, cambian el color de la piel, generan músculo y permiten un entrenamiento físico más intenso y prolongado); las drogas de “sexo químico” (utilizadas antes o durante relaciones sexuales planificadas para desinhibir o para mantener, potenciar o facilitar la experiencia), los fármacos sujetos a prescripción médica y la delincuencia relacionada con las drogas.

168. Como se señala en la estrategia en materia de drogas de 2017, el costo económico relacionado con el uso indebido de drogas en el Reino Unido se estima en 10.700 millones de libras esterlinas al año; solo los delitos contra la propiedad relacionados con las drogas (por ejemplo, robo en viviendas, robo con fuerza o intimidación y hurto en tiendas) alcanzan ya un costo de 6.000 millones de libras esterlinas. En 2016, en Inglaterra y Gales, casi el 8% de las personas de entre 16 y 59 años (2,7 millones de personas) habían consumido drogas ilícitas en el año anterior. La proporción de jóvenes que consumían drogas era más elevada: el 18% de la población de entre 16 y 24 años. En el documento se analiza la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas en el mercado y se observa un uso problemático entre las personas sin hogar y los reclusos. Se destacan problemas emergentes, como el uso de “sustancias que mejoran la imagen y potencian el rendimiento” y el policonsumo de drogas, al igual que el drástico aumento de las muertes debidas al uso inadecuado de drogas en el país desde 2013.

169. La Junta observa que la nueva estrategia alienta la cooperación entre la policía, los organismos de salud y las comunidades locales, y se centra en cuatro ámbitos: la reducción de la demanda, la reducción de la oferta, la recuperación y la adopción de medidas a nivel mundial. En ella se incluyen intervenciones dirigidas específicamente a los consumidores de drogas para prestarles apoyo adaptado a sus necesidades, como tratamiento, rehabilitación, empleo y vivienda. Por último, se prevé reforzar el control de fronteras y el intercambio de inteligencia, y se aboga por una mayor cooperación internacional.

170. La Junta observa que, como se indica en la estrategia en materia de drogas de 2017, el Gobierno del Reino Unido se ha comprometido a cooperar con los asociados europeos, como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), mientras siga siendo miembro de la Unión Europea. El Reino Unido también se ha comprometido a colaborar con los asociados europeos e internacionales cuando se haya separado de la Unión Europea.

171. La Junta insta al Gobierno del Reino Unido y a las instituciones competentes de la Unión Europea a que

sigan manteniendo una cooperación eficaz en el marco de los mecanismos existentes siempre que sea posible, o convengan arreglos de cooperación para facilitar una fiscalización eficaz de las drogas en Europa en el futuro.

172. La Junta seguirá observando la evolución de la situación en el Reino Unido con respecto a la fiscalización de las drogas, incluidos los avances en la aplicación de la nueva estrategia. La Junta aguarda con interés seguir cooperando estrechamente con el Gobierno del Reino Unido en las cuestiones relativas a la fiscalización de drogas.

f) Uso del cannabis y sus derivados con fines médicos

173. La Convención de 1961 en su forma enmendada limita el uso de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional a los fines médicos y científicos, con sujeción a determinadas condiciones. Esas condiciones, o medidas de fiscalización, varían de una sustancia a otra en función de la lista de la Convención en que figuren.

174. La Junta observa que, desde la publicación de su informe anual correspondiente a 2016, ha aumentado el número de Estados que han adoptado medidas legislativas o regulatorias que prevén el uso del cannabis o sus derivados con fines médicos⁷⁸.

175. Si bien la Convención de 1961 en su forma enmendada prevé el uso del cannabis con fines médicos por los Estados, esa sustancia está sujeta a fiscalización en virtud de las Listas I y IV, por lo que se somete a las medidas de control más estrictas con arreglo a la Convención. Esto se debe a que los Estados reconocen que las drogas incluidas en esas Listas tienen propiedades especialmente peligrosas.

176. Como sucede con otras sustancias fiscalizadas con arreglo a la Convención de 1961 en su forma enmendada, el uso del cannabis con fines médicos debe cumplir las obligaciones generales de concesión de licencias y presentación de informes. No obstante, el establecimiento de programas de cannabis medicinal debe atenerse a las obligaciones adicionales establecidas en los artículos 23 y 28 de la Convención de 1961 en su forma enmendada. En esos artículos se exige a los Estados que prevén el uso del cannabis con fines médicos que establezcan un organismo nacional del cannabis para controlar y supervisar

el cultivo y otorgar las licencias correspondientes. Dichos organismos designarán las zonas en que se permite el cultivo de cannabis; expedirán las licencias a los productores; comprarán y tomarán posesión material de las existencias, y tendrán el monopolio del comercio mayorista y el mantenimiento de las existencias.

177. Los Estados deben adoptar medidas para prohibir el cultivo no autorizado de plantas de cannabis, incautarse de los cultivos ilícitos y destruirlos e impedir el uso indebido y el tráfico de cannabis. De igual modo, la Junta desea señalar a la atención de todos los Gobiernos su posición, ya expresada anteriormente, de que el cultivo personal de cannabis para fines médicos contraviene lo dispuesto en la Convención de 1961 en su forma enmendada, entre otros motivos porque agudiza el riesgo de desviación. Todos los programas de cannabis medicinal deben elaborarse y aplicarse bajo la plena autoridad del Estado de que se trate, de conformidad con los requisitos establecidos en los artículos 23 y 28 de la Convención.

178. La Junta insta a todos los Estados que hayan implantado programas de cannabis medicinal, o que estén considerando la posibilidad de hacerlo, a que establezcan marcos legislativos y regulatorios eficaces que garanticen un uso racional bajo supervisión médica y prevengan la desviación, de conformidad con la Convención de 1961 en su forma enmendada. La Junta exhorta a los Gobiernos que permiten el uso del cannabis con fines médicos a que garanticen que el cannabis sea recetado por profesionales médicos competentes de conformidad con la buena práctica médica y sobre la base de pruebas científicas sólidas.

g) Legalización del cannabis con fines no médicos

179. Durante el período que se examina, algunos Estados partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas han adoptado medidas para establecer o ampliar los marcos jurídicos y regulatorios para el uso del cannabis con fines no médicos.

180. La Junta desea reiterar que todas las medidas que permitan o pudieran permitir el uso del cannabis con fines no médicos constituyen una clara contravención de lo dispuesto en el artículo 4 c) y en el artículo 36 de la Convención de 1961 en su forma enmendada, y del artículo 3, párrafo 1 a), de la Convención de 1988. Asimismo, la Junta reitera que la limitación del uso de sustancias fiscalizadas a los fines médicos y científicos es un principio fundamental consagrado en la Convención de 1961 en su forma enmendada que no admite excepciones.

⁷⁸ Los siguientes Estados han comunicado a la Junta un consumo de cannabis superior a los 10 kg en 2016 y es sabido por la Junta que permiten el uso del cannabis o sus derivados con fines médicos: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chequia, Dinamarca, España, Finlandia, Israel, Italia, Noruega, Países Bajos, Polonia, Suecia y Suiza.

181. La Junta ha proseguido su diálogo con los Estados partes en cuestión para fomentar el cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas, en los que se establecen obligaciones jurídicas que todos los Estados partes han consentido en aceptar como vinculantes.

182. En marzo de 2017, el Uruguay presentó a la Junta un informe sobre el estado de aplicación de la Ley núm. 19.172, aprobada en diciembre de 2013, por la que se había establecido un mercado que regulaba el uso del cannabis con fines no médicos. El Uruguay siguió desarrollando su marco institucional y regulatorio para la aplicación de dicha ley, que abarcaba ámbitos tales como la venta de cannabis con fines no médicos en farmacias; la definición de los procedimientos que habían de seguirse en caso de consumo de cannabis y otras drogas en el lugar de trabajo; y el registro, la venta y la dispensación de cannabis con fines no médicos.

183. Hasta enero de 2017 se habían inscrito en el registro habilitado por las autoridades reguladoras nacionales 6.057 particulares que cultivaban cannabis en el hogar con fines no médicos y 33 “clubes de membresía”, que son agrupaciones de entre 15 y 45 personas creadas con el fin de plantar, cultivar y distribuir cannabis con fines no médicos.

184. En julio de 2017, las farmacias del Uruguay comenzaron a vender cannabis para usos no médicos a los consumidores inscritos. La Junta toma nota de los planes del Gobierno de evaluar las consecuencias de la ley para la salud pública en el futuro próximo e informar a la Junta sobre el resultado de la evaluación. Al mismo tiempo, la Junta reitera que la legalización y regulación del cannabis con fines no médicos es contraria al marco jurídico internacional aplicable, que limita categóricamente el uso de sustancias fiscalizadas, como el cannabis, a los fines médicos y científicos (artículo 4, párrafo *c*), de la Convención de 1961 en su forma enmendada).

185. La Junta observa con preocupación que, en el Canadá, se presentó ante la Cámara de los Comunes en abril de 2017 un proyecto de ley que tenía por objeto autorizar y regular el consumo de cannabis con fines no médicos. El proyecto de ley, que el Gobierno tiene previsto aprobar en julio de 2018 a más tardar, establece un marco para controlar la producción, la distribución, la venta y la posesión de cannabis con fines no médicos. Como ha declarado la Junta en reiteradas ocasiones, si el proyecto de ley C-45 se aprobara, las disposiciones que permiten el uso del cannabis con fines ni médicos ni científicos serían incompatibles con las obligaciones contraídas por el Canadá en virtud de la Convención de 1961 en su forma enmendada.

186. Como se ha mencionado anteriormente (véase el párrafo 163), en febrero de 2017, la cámara baja del Parlamento de los Países Bajos aprobó un proyecto de ley por el que se autorizaba y regulaba el cultivo de cannabis con fines no médicos. Una vez promulgada, esa ley permitiría el cultivo de cannabis por productores autorizados mediante licencia, con sujeción a determinadas condiciones. Para que el proyecto pase a ser ley tiene que ser aprobado por la cámara alta del Parlamento. La Junta toma nota de las medidas adoptadas por los municipios de los Países Bajos para contener el “turismo de drogas” no nacional limitando la admisión a los “coffee-shops” a los residentes de los Países Bajos. No obstante, la Junta reitera que el funcionamiento de los “coffee-shops” es incompatible con la Convención de 1961 en su forma enmendada.

187. La Junta siguió observando la evolución de la situación en los Estados Unidos en lo que respecta a la fiscalización del cannabis, incluidas las iniciativas legislativas populares adoptadas en algunos estados para legalizar el cannabis con fines no médicos.

188. Jamaica siguió aplicando la ley, modificada en 2015, que despenaliza determinadas conductas relacionadas con el cultivo, la venta y el transporte de cannabis y permite el cultivo de plantas de cannabis por motivos religiosos. La Junta recuerda al Gobierno de Jamaica y a todas las demás partes que, de conformidad con el artículo 4 *c*), de la Convención de 1961 en su forma enmendada, solo se autoriza el consumo de cannabis con fines médicos y científicos, y que su uso con cualquier otro fin, incluido el religioso, no está autorizado.

h) “Salas de consumo de drogas”

189. Como ha hecho en el pasado, por ejemplo en su informe anual correspondiente a 2016, la Junta reitera que el objetivo final de las “salas de consumo de drogas” es reducir los efectos adversos del uso indebido de drogas sin que ello implique aprobar tácitamente o alentar el consumo y el tráfico de drogas. En consecuencia, todo centro de ese tipo debe prestar servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a los pacientes, o remitirlos a centros que los ofrezcan. Además, los Gobiernos deben tomar nota de que la creación de centros de consumo de drogas no sustituye otras iniciativas destinadas a prevenir el uso indebido, cuya importancia sigue siendo fundamental.

190. Durante el período que se examina se produjeron avances en varios Estados con respecto al establecimiento o funcionamiento de centros de consumo de

drogas bajo supervisión o “salas de consumo de drogas”. Durante varios años, la Junta ha expresado reservas acerca del funcionamiento de las “salas de consumo de drogas” por la preocupación de que este pueda aumentar el riesgo de uso indebido y tráfico de drogas. La Junta también ha expresado su inquietud por la procedencia de las sustancias utilizadas en las “salas de consumo de drogas”, al existir la posibilidad de que se hayan obtenido ilícitamente.

191. En Francia, el Gobierno siguió aplicando la Ley núm. 2016-41, aprobada en enero de 2016, que establece el fundamento jurídico para la apertura de “salas de consumo de drogas de menor riesgo”. En noviembre de 2016 se inauguró el segundo de esos centros, en Estrasburgo; el primero había abierto ese mismo año en París. Los centros en cuestión ofrecen servicios de atención médica, social y psicológica a las personas que los frecuentan.

192. En el Canadá, en mayo de 2017, el proyecto de ley C-37, por el que se modifica la Ley sobre el Uso de Drogas y Sustancias Fiscalizadas y la legislación conexas, recibió la sanción real. Las modificaciones que figuran en el proyecto de ley simplifican el proceso de solicitud de autorizaciones para abrir un centro de consumo supervisado, ya que reducen de 26 a 8 el número de requisitos para presentar dicha solicitud. También permiten que el examen de las solicitudes comience antes de que el Ministerio de Salud del Canadá reciba oficialmente toda la documentación justificativa, aumentan la transparencia del proceso de adopción de decisiones haciendo públicos tanto las decisiones como los motivos de denegación, según proceda, y simplifican el proceso de renovación. El proceso de aprobación seguirá exigiendo consultas amplias con los interesados y los representantes de la comunidad, así como el suministro de información satisfactoria sobre la seguridad de los centros, de sus usuarios y empleados y de los miembros de las comunidades donde se encuentren. Hasta la fecha, se han aprobado 16 centros, ubicados en las provincias de Columbia Británica, Ontario y Quebec, y se están examinando otras solicitudes.

193. En mayo de 2017, el Presidente de Irlanda promulgó la Ley sobre el Uso Indebido de Drogas (Centros de Inyección Supervisada) de 2017, que prevé la concesión de licencias y el establecimiento de centros de inyección supervisada por el Ministerio de Salud. También exime a los usuarios autorizados de las disposiciones penales sobre posesión de drogas mientras se encuentren en los centros con el permiso del titular de la licencia. En julio de 2017, el Gobierno de Irlanda publicó una nueva estrategia nacional en materia de drogas titulada “Reducir el daño, apoyar la recuperación: respuesta dirigida por el

sector de la salud al uso de drogas y alcohol en Irlanda, 2017-2025”. En ella, el Gobierno prevé la creación de centros de inyección supervisada y se compromete a permitir su funcionamiento a fin de contener el problema de la inyección de drogas en las calles.

2. Misiones enviadas a los países

194. Con el fin de tener una visión amplia de la situación de la fiscalización de drogas en los Estados partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas, la Junta envía periódicamente misiones a los países.

195. Mientras está en un país, la delegación de la JIFE celebra reuniones con los principales interesados en el ámbito de la lucha contra las drogas, como funcionarios gubernamentales superiores y responsables de autoridades reguladoras, proveedores de servicios de tratamiento y rehabilitación y representantes de grupos de la sociedad civil.

196. Con arreglo a sus conclusiones, la Junta aprueba recomendaciones confidenciales para mejorar el cumplimiento del marco de fiscalización internacional de drogas, que se comunican al Gobierno del país.

197. Las recomendaciones formuladas por la Junta pueden corresponder a varios ámbitos, como los siguientes: política nacional en materia de drogas; cooperación interinstitucional; regulación de la producción y el comercio lícitos de sustancias sujetas a fiscalización internacional con arreglo a los tratados de fiscalización de drogas; prevención del uso indebido de drogas y tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes; acceso a estupefacientes y sustancias sicotrópicas para usos médicos racionales; aplicación de la ley; medidas para hacer frente a la producción, la fabricación y el tráfico ilícitos de drogas, y fiscalización de precursores y nuevas sustancias psicoactivas.

198. Durante el período que se examina, la Junta envió una misión a Egipto. Al 1 de noviembre de 2017 había otras misiones programadas para antes de que concluyera el año a Australia, la Federación de Rusia, Guyana y Suiza.

199. En principio, los Gobiernos de Colombia, Jamaica, Kuwait y Uzbekistán han aceptado recibir misiones. Sin embargo, aún no se han llevado a cabo porque los Gobiernos en cuestión no han comunicado fechas ni han efectuado los preparativos pertinentes para organizarlas. Además, la Junta ha contactado con los Gobiernos de Papua Nueva Guinea, Qatar y la República Democrática del Congo, pero estos aún no han confirmado si aceptan

recibir una misión. En el caso de Papua Nueva Guinea, la Junta ha invitado a las autoridades a asistir a uno de sus períodos de sesiones para celebrar consultas, hasta la fecha sin éxito. Actualmente, la Junta está celebrando conversaciones con otros Estados para organizar misiones en 2018 y 2019. **La JIFE recuerda a todos los Estados partes la importancia de cooperar con ella en el ejercicio de su mandato, entre otras cosas, facilitando el envío de misiones a los países, de modo que la Junta pueda estar plenamente informada de la situación nacional en el ámbito de la fiscalización de drogas y pueda proporcionar información y asesoramiento a los Gobiernos sobre el cumplimiento de las obligaciones que han contraído en virtud de los tratados.**

Egipto

200. En junio de 2017, una misión de la JIFE visitó Egipto con el objetivo de examinar la situación de la lucha contra las drogas y el cumplimiento por el Gobierno de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas.

201. La Junta observa que, desde su última misión al país en 2001, el Gobierno ha realizado progresos en diversos ámbitos de la fiscalización de drogas. La Junta observa también la determinación del Gobierno de cumplir los tratados de fiscalización internacional de drogas, en particular mediante la labor de la Dirección General de Lucha contra los Estupefacientes. El Gobierno ha adoptado medidas tangibles para hacer frente a los problemas generados por el aumento de los niveles de tráfico y uso indebido de drogas y por la necesidad de proporcionar un tratamiento adecuado a la población afectada. La Junta encomia a Egipto por los progresos realizados en varias esferas del cumplimiento de la ley y alienta al Gobierno a que siga aplicando medidas enérgicas de reducción de la oferta para disminuir aún más la disponibilidad de drogas ilícitas que transitan por el país.

202. Egipto sigue siendo utilizado como país de tránsito de las remesas ilícitas de drogas y precursores destinadas a los mercados de Asia occidental y África meridional. Es preciso adoptar medidas adicionales para mejorar la formación especializada de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. La Junta alienta al Gobierno a que continúe reforzando el control de las fronteras, la cooperación regional y los mecanismos de intercambio de información para prevenir el tráfico de drogas dentro de Egipto y a través de su territorio.

203. Persisten dificultades importantes, en particular en los ámbitos de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. La Junta examinó con las autoridades nacionales

la necesidad de realizar estudios periódicos nacionales sobre el consumo de drogas, en particular entre los jóvenes, y utilizar los resultados para ajustar mejor las políticas de fiscalización de drogas y los servicios prestados a fin de atender a toda la población afectada.

204. En Egipto, la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para el tratamiento del dolor y de las enfermedades sigue siendo relativamente limitada. Por tanto, la Junta estudió con el Gobierno la necesidad de evaluar mejor las necesidades de estupefacientes para el tratamiento del dolor, definir los factores que pudieran limitar su disponibilidad y asegurarse de que hubiera cantidades suficientes de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para las personas que los necesitasen.

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

205. A fin de hacer un seguimiento de la aplicación por los Gobiernos de las recomendaciones formuladas por la Junta tras las misiones, la Junta lleva a cabo un examen anual de las novedades relativas a la lucha contra las drogas. Tres o cuatro años después de que un país haya recibido a una misión, la Junta solicita al Gobierno información detallada sobre las medidas legislativas y de política adoptadas en cumplimiento de sus recomendaciones.

206. En 2017, la Junta invitó a los Gobiernos de Bahrein, Islandia, la República Unida de Tanzania y Venezuela (República Bolivariana de), que habían recibido misiones en 2014, a que informaran sobre la evolución de la situación en el país durante el período transcurrido en lo que respecta a la lucha contra las drogas.

207. La Junta desea expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Bahrein, la República Unida de Tanzania y Venezuela (República Bolivariana de) por la información recibida. Su cooperación le ha servido para examinar el cumplimiento de los tratados y ha contribuido al importante diálogo que mantiene con los Estados partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas mediante el intercambio activo de información.

208. La Junta reitera su llamamiento al Gobierno de Islandia para que le proporcione la información solicitada. Una vez que la reciba, la Junta la examinará para incluirla en su informe anual correspondiente a 2018.

a) República Unida de Tanzania

209. La Junta observa que el Gobierno de la República Unida de Tanzania ha logrado algunos progresos en la aplicación de sus recomendaciones desde la misión que envió a ese país en 2014.

210. En 2015, la República Unida de Tanzania aprobó la Ley de Fiscalización y Lucha contra las Drogas, 2015, en virtud de la cual se estableció la Autoridad de Fiscalización y Lucha contra las Drogas. Se ha otorgado a esa Autoridad un mandato amplio con competencias sobre el control del tráfico y el uso indebido de drogas, que incluye facultades ejecutivas para la incautación de drogas ilícitas y la detención, la investigación y el enjuiciamiento de personas sospechosas de estar implicadas en delitos relacionados con las drogas. La Junta confía en que la creación de la Autoridad y sus actividades contribuyan a fortalecer las iniciativas del Gobierno para hacer frente con eficacia a los desafíos que plantean el tráfico y el uso indebido de drogas en la República Unida de Tanzania.

211. La Junta también acoge con beneplácito la creación de un equipo de tareas multisectorial de defensa y seguridad integrado por representantes de la Policía, el Departamento de Inmigración, la Autoridad Fiscal, el Departamento Nacional de Inteligencia y otras oficinas gubernamentales que operan en los puntos de control fronterizo del país. El equipo de tareas vigila el movimiento de los productos que cruzan las fronteras (entre ellos las drogas y los precursores), verifica la legitimidad de la carga, intercepta cargas sospechosas e informa a la Autoridad de Fiscalización y Lucha contra las Drogas.

212. Si bien reconoce esos avances positivos, la Junta observa que la República Unida de Tanzania aún carece de una estrategia nacional integral de lucha contra las drogas. Se necesitan nuevos avances en la aplicación de la recomendación de la Junta relativa a la cooperación y la coordinación interministerial eficaz en las actividades de fiscalización de drogas. La Junta alienta al Gobierno a que prosiga su labor contra las drogas y, en particular, a que adopte las medidas necesarias para asegurar, lo antes posible, la adopción de una estrategia nacional antidroga y la formulación de un plan de acción destinado a garantizar su ejecución efectiva.

213. Si bien la disponibilidad de drogas ilícitas en la República Unida de Tanzania está aumentando, las autoridades todavía desconocen el alcance de su uso indebido en el país. La Junta desea recordar al Gobierno la importancia de llevar a cabo una evaluación nacional exhaustiva que incluya recopilar y analizar los datos sobre la incidencia y la prevalencia del consumo de drogas a fin

de determinar el alcance y la naturaleza del uso indebido de drogas en el país, y de adaptar las políticas en materia de drogas con arreglo a las conclusiones. Es indispensable realizar una evaluación objetiva para formular eficazmente programas de prevención del consumo de drogas y de tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas. La Junta recomienda que el Gobierno de la República Unida de Tanzania incremente las actividades de prevención del uso indebido de drogas y se asegure de que sean lo bastante amplias como para incluir a todos los sectores de la población. La Junta observa la necesidad de adoptar nuevas medidas en los ámbitos del tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social de las personas drogodependientes.

214. La Junta observa también que los progresos aún son escasos en muchos ámbitos donde considera que hay margen de mejora. En particular, sigue alentando al Gobierno de la República Unida de Tanzania a que adopte nuevas medidas para promover la disponibilidad adecuada y el uso racional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos, entre otras cosas, impartiendo capacitación adecuada a estudiantes de medicina y profesionales de la salud para el uso racional de los medicamentos que contienen sustancias fiscalizadas. La JIFE también alienta al Gobierno a revisar las leyes y reglamentaciones en vigor que puedan restringir de forma innecesaria la fabricación, importación, distribución, prescripción o dispensación lícitas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines médicos.

215. La Junta alienta al Gobierno a que adopte las medidas necesarias para garantizar el logro de nuevos progresos en los ámbitos antes señalados a fin de velar por el pleno cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas, incluso con la asistencia de la comunidad internacional.

b) República Bolivariana de Venezuela

216. La Junta observa que, desde la misión que envió a la República Bolivariana de Venezuela en 2014, el Gobierno ha adoptado una serie de medidas para aplicar las recomendaciones de la Junta y que se han logrado progresos en determinados aspectos de la lucha contra las drogas. Poco después de la misión de la Junta, el Gobierno aprobó el Plan Nacional Antidrogas 2015-2019, que tiene por objeto reducir el uso indebido de drogas e intensificar las actividades de prevención al respecto. La Oficina Nacional Antidrogas ha ampliado sus programas de educación contra las drogas y de sensibilización sobre las actividades de reducción y prevención del consumo de drogas en todo el país.

217. La República Bolivariana de Venezuela ha seguido intensificando la cooperación regional y transfronteriza para combatir el tráfico de drogas mediante la colaboración con organizaciones internacionales y con los organismos competentes de otros Gobiernos. La Junta observa la participación activa del Gobierno en la segunda fase del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de Políticas sobre Drogas, en el cual los países de ambas regiones llevaron a cabo actividades conjuntas para hacer frente al problema mundial de las drogas. Otro ejemplo es el cuarto comité conjunto sobre drogas de la República Bolivariana de Venezuela y los Países Bajos, que se reunió en La Haya en mayo de 2016 y brindó la oportunidad de intercambiar experiencias sobre las políticas de prevención del consumo ilícito de drogas. Durante el 60º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, en marzo de 2017, el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela celebró un acto paralelo titulado “La promoción de la participación ciudadana en la prevención del tráfico ilícito y el uso indebido de drogas: la experiencia del Fondo Nacional Antidrogas de Venezuela”. La Junta acoge con beneplácito esos intercambios y alienta al Gobierno a que siga participando en iniciativas de cooperación internacional en cuestiones relacionadas con la lucha contra las drogas.

218. La Junta observa que el Gobierno ha seguido aplicando su programa de control e interceptación aérea con arreglo a la Ley de Control para la Defensa Integral del Espacio Aéreo. Según el Gobierno, la Ley está en consonancia con las normas y los protocolos internacionales pertinentes, en particular con el Convenio sobre Aviación Civil Internacional de 1944.

219. La Junta, si bien reconoce esos avances positivos, observa que persisten retos importantes para el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela. A pesar de las medidas concretas que ha adoptado, se siguen cultivando en gran escala la adormidera y el cannabis y el tráfico de drogas aún plantea graves problemas. Además, pese a los denodados esfuerzos del Gobierno, la tasa de uso indebido de drogas todavía es alta, especialmente entre los niños en edad escolar y los jóvenes. La Junta alienta al Gobierno a que realice un estudio para evaluar la situación del uso indebido de drogas en el país a fin de formular una política antidroga basada en datos científicos, adaptada a las necesidades específicas de la población.

220. La Junta observa que los avances parecen ser limitados en otros ámbitos, como los esfuerzos para garantizar la disponibilidad suficiente de estupefacientes para fines médicos, en particular para el tratamiento del dolor. La Junta encuentra alentador el hecho de que el Gobierno, en consonancia con las recomendaciones formuladas por

la Junta a raíz de su misión de 2014, garantiza a sus ciudadanos el acceso a analgésicos opioides para el tratamiento del dolor agudo y crónico.

221. La Junta observa también que las autoridades nacionales competentes han revisado sus previsiones de las necesidades de estupefacientes y han realizado ajustes para aumentar la oferta interna de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos. No obstante, la disponibilidad de opioides para el tratamiento del dolor en las instituciones médicas sigue siendo inadecuada, según los datos que el Gobierno ha comunicado a la Junta.

222. Según la Oficina Nacional Antidrogas, al final de cada año se realiza una evaluación de las previsiones en comparación con las cantidades reales de drogas consumidas con objeto de ajustar las cantidades necesarias para atender las necesidades reales de la población. La Junta solicita al Gobierno que examine la situación actual y adopte las medidas necesarias para garantizar que se disponga de cantidades suficientes de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, incluidos opioides, para satisfacer las necesidades médicas. Para ello, la Junta recomienda que las autoridades competentes de la República Bolivariana de Venezuela tengan en consideración las recomendaciones que figuran en el informe de la Junta *Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos. Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas*⁷⁹, así como la *Guía para estimar las necesidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, elaborada por la Junta y la OMS.

223. La Junta observa que parece haber deficiencias en la inspección de los establecimientos de venta al por menor donde se dispensan preparados farmacéuticos que contienen sustancias fiscalizadas. También sigue siendo necesario impartir capacitación a los farmacéuticos a fin de asegurar que la dispensación de sustancias fiscalizadas se supervise como es debido y que esas sustancias se utilicen únicamente con fines médicos.

224. La Junta insta al Gobierno a que haga esfuerzos adicionales a fin de lograr progresos en los ámbitos mencionados. Reconoce el compromiso del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela con la fiscalización de drogas y confía en que seguirá adoptando medidas contra el cultivo ilícito, la fabricación ilícita y el tráfico de drogas, la desviación de sustancias fiscalizadas y el uso indebido de drogas. La Junta alienta al Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela a que prosiga sus

⁷⁹E/INCB/2015/1/Supp.1.

esfuerzos por aplicar y cumplir plenamente los tratados de fiscalización internacional de drogas y está dispuesta a brindarle asistencia, de conformidad con su mandato.

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 Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972 y al artículo 19 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

225. Cuando la Junta tiene razones para creer que los objetivos de los tratados están en grave peligro debido a que un Estado parte no cumple lo dispuesto en ellos, puede invocar las disposiciones de los tratados relativas al cumplimiento por los Estados partes.

226. Las disposiciones en cuestión son el artículo 14 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, el artículo 19 del Convenio de 1971 y el artículo 22 de la Convención de 1988. En esos artículos se dispone un proceso mediante el cual la Junta entabla un diálogo con los Estados pertinentes a fin de alentar el cumplimiento de los tratados cuando todos los demás medios hayan fracasado.

227. En el pasado, la JIFE ha invocado el artículo 14 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el artículo 19 del Convenio de 1971 con respecto a un limitado número de Estados. Tras un proceso confidencial de colaboración y diálogo, la mayoría de los Estados han adoptado medidas correctivas para atender las preocupaciones de la Junta, lo que ha llevado a la Junta a suspender toda acción que hubiese emprendido respecto de esos Estados en virtud de los artículos pertinentes.

228. En 2000, la Junta invocó por primera vez el artículo 14, párrafo 1 a), de la Convención Única de 1961 para alentar el diálogo con las autoridades del Afganistán a fin de promover el cumplimiento de la Convención. En 2001, la Junta invocó el artículo 14, párrafo 1 d), de esa Convención a fin de lograr que se adoptaran medidas de cooperación a nivel internacional para ayudar al Gobierno del Afganistán a asegurar el cumplimiento de la Convención.

El Afganistán sigue siendo el único Estado con respecto al cual se invoca actualmente el artículo 14 de la Convención Única de 1961.

2. Consulta con el Gobierno del Afganistán en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 14 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972

229. Durante el período que abarca el presente informe continuaron las consultas de la Junta con el Gobierno del Afganistán. Tras la misión de alto nivel de la JIFE al Afganistán en mayo de 2016, la Junta aprobó una serie de recomendaciones para hacer frente a la situación relativa a las drogas en el país y mejorar el cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas mediante medidas legislativas, institucionales, prácticas y en materia de políticas. Esas recomendaciones se comunicaron al Gobierno en diciembre de 2016, y desde entonces la Junta viene manteniendo un diálogo constante con el Gobierno del Afganistán para facilitar la aplicación de esas recomendaciones.

230. **La Junta sigue preocupada por la situación general del Afganistán en lo que respecta a la lucha contra las drogas.** La JIFE vuelve a señalar a la atención de la comunidad internacional los problemas a que se enfrenta el Afganistán y pone de relieve que los esfuerzos por estabilizar el país no resultarán sostenibles si no se lucha eficazmente contra la economía de las drogas ilícitas. La Junta reitera a la comunidad internacional que la lucha contra las drogas es una cuestión transversal. A menos que se pongan en marcha iniciativas eficaces en los planos nacional, regional e internacional para afrontar ese problema, seguirá sin darse respuesta a la pobreza, la insurgencia, el terrorismo y los obstáculos al desarrollo.

Cooperación con la Junta

231. Durante el período que abarca el presente informe prosiguieron las consultas entre la Junta y el Gobierno del Afganistán con arreglo a lo dispuesto en el artículo 14 de la Convención de 1961. En enero de 2017, el Secretario de la Junta se reunió con el Encargado de Negocios de la Misión Permanente del Afganistán ante las Naciones Unidas en Viena para examinar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas por parte del Gobierno, incluidas las cuestiones relacionadas con

las medidas de seguimiento adoptadas por las autoridades con miras a aplicar las recomendaciones formuladas por la Junta a raíz de la misión de alto nivel que tuvo lugar en mayo de 2016.

232. En marzo de 2017, el Presidente de la Junta se reunió paralelamente al 60º período de sesiones de la Comisión de Estupeficientes, celebrado en Viena, con la delegación del Afganistán, encabezada por el Viceministro de Interior para la Lucha contra los Estupeficientes. El encuentro se centró en los problemas y oportunidades que había en el país para mejorar la situación de la lucha contra las drogas y reforzar la aplicación por el Afganistán del marco jurídico internacional en materia de drogas. El Presidente de la Junta mencionó que había señalado a la atención del 60º período de sesiones de la Comisión las preocupaciones de la Junta respecto del cariz que estaba tomando la situación en el Afganistán y la necesidad de más asistencia internacional técnica y financiera para el país. Asimismo, informó a la delegación de que la JIFE había seguido señalando a la atención de la comunidad internacional los problemas del país relativos a las drogas mediante una declaración formulada antes de la celebración de la Conferencia de Bruselas sobre el Afganistán en octubre de 2016, en la que se destacó que el desarrollo sostenible no sería posible si en el país no se hacía frente al problema de las drogas de manera eficaz. El Presidente de la Junta alentó al Gobierno del Afganistán a continuar informando a la comunidad internacional de donantes de los resultados tangibles logrados en la esfera de la lucha contra las drogas, como la inauguración de un gran centro de tratamiento contra el uso indebido de drogas en Kabul en mayo de 2016.

233. En julio de 2017, el Presidente de la Junta celebró consultas con el Representante Permanente del Afganistán ante las Naciones Unidas en Nueva York sobre los avances y los problemas pendientes respecto de las drogas en el país, y sobre la necesidad de aplicar eficazmente las recomendaciones formuladas por la Junta tras su misión de alto nivel al Afganistán en mayo de 2016.

234. En la reunión de coordinación y gestión del Consejo Económico y Social celebrada en julio de 2017, el Presidente de la Junta reiteró asimismo ante el Consejo la grave preocupación de la Junta con respecto al deterioro de la situación de la seguridad y de la lucha contra las drogas en el Afganistán y la necesidad de prestar asistencia internacional sostenida al país en un espíritu de responsabilidad común y compartida. Durante esa misma misión a Nueva York, el Presidente de la Junta también celebró consultas relativas al Afganistán con el Presidente del Consejo Económico y Social y el Presidente de la Asamblea General.

Medidas de las Naciones Unidas

235. En marzo de 2017, el Consejo de Seguridad aprobó unánimemente la resolución 2344 (2017), en la que prorrogó el mandato de la Misión de Asistencia de las Naciones Unidas en el Afganistán (UNAMA) hasta el 17 de marzo de 2018. En la resolución, el Consejo de Seguridad decidió que la UNAMA y el Representante Especial del Secretario General para el Afganistán seguirían dirigiendo y coordinando la labor civil internacional para ayudar al Afganistán de manera acorde con la soberanía, el liderazgo y la titularidad del país, y que la UNAMA y el Representante Especial promoverían un apoyo más coherente de la comunidad internacional a las prioridades del Gobierno en materia de desarrollo y gobernanza. En la resolución, el Consejo de Seguridad también exhortó a los Estados a que reforzasen la cooperación internacional y regional para contrarrestar la amenaza que representaban para la comunidad internacional la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilícitas que se originaban en el Afganistán, de conformidad con el principio de la responsabilidad común y compartida.

Situación en el Afganistán

236. Las condiciones de seguridad siguieron deteriorándose en 2016 y 2017. Las Naciones Unidas registraron 23.712 incidentes de seguridad en 2016, que representaron un incremento de casi el 5% con respecto a 2015 y la mayor cifra de incidentes de seguridad jamás registrada por la UNAMA en un solo año. Las fuerzas de seguridad del Afganistán continuaron enfrentándose a notables dificultades, sobre todo en lo que respecta a su capacidad operacional. Según la UNAMA, entre esas dificultades figuraban deficiencias en las esferas de mando y control, liderazgo y logística, así como elevadas tasas de separación del servicio.

237. La Junta sigue estando sumamente preocupada por el considerable aumento del cultivo ilícito de adormidera y la producción de opio en el Afganistán en los últimos dos años. Según el estudio *Afghanistan Opium Survey 2017*, publicado por la UNODC y el Ministerio de Lucha contra los Estupeficientes el 15 de noviembre de 2017, la producción de opio en el Afganistán aumentó en un asombroso 87% con respecto a 2016 y alcanzó un volumen sin precedentes de 9.000 t en 2017. El estudio también constató que la superficie total de cultivo en 2017 había aumentado a un 63% más que en 2016, hasta alcanzar las 328.000 ha. Estas son las cifras más altas jamás registradas en relación con el cultivo de adormidera y la producción de opio y superan los máximos anteriores, que se habían registrado en 2014. El aumento

de la producción se atribuye principalmente al aumento de la superficie de cultivo de adormidera, así como al aumento del rendimiento en opio por hectárea. El cultivo de adormidera se extendió a nuevas zonas, con lo que el número de provincias afectadas por dicho cultivo aumentó de 21 a 24. Del estudio también se desprende que el cultivo había aumentado de forma sustancial en casi todas las principales provincias en que se cultivaba adormidera, entre ellas Helmand (que registró un aumento de 63.700 ha, o el 79%), Balkh (de 10.000 ha, o el 37%), Kandahar (de 7.500 ha, o el 37%), Nimroz (de 6.200 ha, o el 116%) y Uruzgan (de 6.000 ha, o el 39%). La mayor parte del cultivo (casi el 60% del total) se dio en la región meridional del país, seguida de la región occidental (17%), la septentrional (13%) y la oriental (7%).

238. El Afganistán comenzó su campaña anual de erradicación de cultivos de adormidera en marzo de 2017. Ese año, el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán y varios expertos de la UNODC verificaron que un total de 750 ha de cultivos de adormidera habían sido erradicados en una campaña dirigida por los Gobernadores. Si bien ello representa un aumento del 111% con respecto a las 355 ha erradicadas en 2016, la cifra es insignificante teniendo en cuenta el total de cultivos registrado ese año, ya que supone menos de una cuarta parte del 1% de la superficie total cultivada. La campaña de erradicación se llevó a cabo principalmente en 14 provincias del país, frente a siete provincias en 2016. La causa principal del nivel tan sumamente bajo de erradicación fue la mala situación de seguridad imperante en la mayoría de las provincias que tenían los niveles más altos de cultivo de adormidera. Además, algunos agricultores han opuesto resistencia a las campañas de erradicación de la adormidera, llegando incluso a usar la violencia y a cobrarse víctimas humanas.

239. También preocupan cada vez más el tráfico, la producción y el uso indebido de drogas sintéticas en el Afganistán. En algunas partes del país se han comunicado aumentos de las incautaciones de metanfetamina, de la fabricación de esa sustancia y del número de personas ingresadas para recibir tratamiento por trastornos relacionados con las drogas.

240. El Afganistán está preparando una nueva ley contra las drogas. El Consejo de Ministros aprobó un proyecto inicial en 2016. Al 1 de noviembre de 2017, el proyecto estaba siendo examinado por la Asamblea Nacional. Se prevé que, una vez promulgada, la nueva ley reestructure la infraestructura nacional de lucha contra la droga y fortalezca la coordinación de las iniciativas de lucha contra la droga mediante una supervisión más estrecha por parte de la Oficina del Presidente.

Cooperación con la comunidad internacional

241. El Afganistán siguió intensificando su cooperación bilateral con los países vecinos. Durante el período que abarca el presente informe, unas delegaciones de alto nivel del Afganistán visitaron los Emiratos Árabes Unidos, la Federación de Rusia, Irán (República Islámica del) y Uzbekistán para examinar las relaciones bilaterales respecto de una serie de cuestiones relacionadas con la cooperación, incluidas cuestiones económicas, políticas y de seguridad.

242. Al mismo tiempo, las relaciones bilaterales entre el Afganistán y el Pakistán fueron tensas. El 16 de febrero de 2017, el Pakistán cerró su frontera con el Afganistán a toda clase de tráfico durante aproximadamente un mes y lanzó proyectiles de artillería contra militantes sospechosos que se encontraban al otro lado de la frontera, en el Afganistán. La frontera se reabrió el 20 de marzo por orden del Primer Ministro del Pakistán. El Reino Unido organizó conversaciones bilaterales de alto nivel en marzo de 2017 con el fin de fomentar la confianza. Las conversaciones, a las que asistieron el Asesor de Seguridad Nacional del Presidente del Afganistán y el Asesor de Relaciones Exteriores del Primer Ministro del Pakistán, dieron lugar al establecimiento de un mecanismo de cooperación transfronteriza entre ambos países.

243. Asimismo, el Afganistán siguió reforzando su participación en la diplomacia multilateral. En el marco de la iniciativa Corazón de Asia, se celebró una conferencia ministerial en Amritsar (India) en diciembre de 2016. En febrero de 2017, el Afganistán, China, la Federación de Rusia, la India, Irán (República Islámica del) y el Pakistán se reunieron para examinar el deterioro de las condiciones de seguridad en el Afganistán y explorar maneras de acelerar sus esfuerzos conjuntos para apoyar el proceso de paz en ese país. En una reunión de altos funcionarios vinculados a la iniciativa Corazón de Asia que se celebró en Bakú en marzo de 2017, los participantes reafirmaron su compromiso de reforzar la cooperación económica y en materia de seguridad por conducto del Proceso de Estambul-Corazón de Asia.

244. En abril de 2017 se celebró en Astaná una reunión ministerial de la Organización de Cooperación de Shanghái. Los participantes reiteraron el compromiso de la Organización de entablar un diálogo político entre las partes en el conflicto del Afganistán.

245. En agosto de 2017, el Presidente de los Estados Unidos formuló una declaración en la que expresó la opinión de que una retirada precipitada de las tropas

extranjeras en el Afganistán crearía un vacío que podrían llenar los grupos terroristas, como Al-Qaida y el Estado Islámico en el Iraq y el Levante. De acuerdo con su estrategia revisada, los Estados Unidos mantendrían su apoyo al Gobierno y al ejército del Afganistán, aunque la participación de los Estados Unidos dependería de una serie de condiciones concretas y no de un plazo.

Conclusiones

246. Tras años de lucha y de conflicto, el Afganistán se enfrenta a notables y complejos retos relacionados con la seguridad, el proceso de paz y la transformación política que dificultan el establecimiento de un Gobierno unificado con control territorial y capaz de ofrecer liderazgo y visión y lograr la reconciliación. En el año 2016 se registró un nuevo máximo histórico en cuanto al número de incidentes de seguridad en el país, según determinaron las Naciones Unidas. Mientras proseguían las negociaciones sobre la asignación de responsabilidades entre altos funcionarios públicos, varios puestos clave dentro del Gobierno continuaban vacantes. No hubo progresos tangibles en el establecimiento de la paz entre el Gobierno y los talibanes, pese a declaraciones del Gobierno en las que afirmó su intención de entablar un diálogo constructivo con los talibanes. Además, durante el período que abarca el presente informe hubo momentos de tensión en las relaciones bilaterales con el Pakistán, aunque estas parecen haber vuelto a mejorar gracias a los esfuerzos por crear mecanismos para una mejor cooperación transfronteriza. La cooperación con los demás países vecinos parece haberse reforzado.

247. En 2017 aumentaron considerablemente el cultivo de adormidera y la producción de opio, lo que supuso una continuación de la alarmante tendencia que se venía observando desde hacía dos años, tras la disminución registrada en 2015. Pese a que los esfuerzos de erradicación han aumentado ligeramente en el país, aún no son suficientes para influir de forma apreciable en el nivel de cultivo debido a la escasez de recursos y la precaria situación de la seguridad en muchas de las provincias. Además, la fabricación y el uso indebido de drogas sintéticas en el Afganistán suscitan cada vez más preocupación.

248. La Junta es consciente de los retos y dificultades a los que se siguen enfrentando el Gobierno y el pueblo del Afganistán. No obstante, dado que para poder estabilizar el país es necesario afrontar de forma efectiva sus extraordinarios problemas relativos a las drogas, la Junta hace nuevamente un llamamiento al Gobierno para que, en colaboración con los asociados locales, regionales e internacionales, elabore y ponga en práctica

una estrategia equilibrada, efectiva y exhaustiva para afrontar esos problemas. Dicha estrategia debe contar con la colaboración de los dirigentes políticos locales y nacionales y debe comprender una labor de erradicación, interceptación y uso efectivo de la capacidad para hacer cumplir la ley, tanto nacional como internacional, a fin de desalentar la participación en la economía de las drogas ilícitas. La prevención del consumo de drogas y el tratamiento de las personas que padecen trastornos relacionados con las drogas deberían ser un componente esencial de dicha estrategia.

F. Temas especiales

1. La fiscalización de drogas y los derechos humanos: conmemoración de los aniversarios de la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración y Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos

249. El año 2018 constituirá un hito marcado por la celebración de varios aniversarios: el 70° aniversario de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, el 25° aniversario de la Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993, y el 30° aniversario de la aprobación de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988. Esos aniversarios ofrecen una oportunidad única para reflexionar sobre la relación entre la fiscalización de drogas y los derechos humanos y sobre las consecuencias de esa relación para las respuestas nacionales ante el problema mundial de las drogas.

250. En el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016, la comunidad internacional reiteró su compromiso de respetar, proteger y promover todos los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad inherente a todas las personas y el estado de derecho al formular y aplicar políticas en materia de drogas. Una de las recomendaciones operacionales contenidas en el documento final es ampliar los conocimientos de los encargados de formular políticas y la capacidad, según proceda, de las autoridades nacionales competentes en relación con diversos aspectos del problema mundial de las drogas, a fin de que las

políticas nacionales en materia de drogas, como parte de un enfoque amplio, integrado y equilibrado, respeten plenamente todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y protejan la salud, la seguridad y el bienestar de las personas, las familias, los miembros vulnerables de la sociedad, las comunidades y la sociedad en su conjunto, y, con ese fin, alentar la cooperación con la UNODC, la JIFE, la OMS y otras entidades pertinentes de las Naciones Unidas, así como la cooperación entre ellas en el marco de sus respectivos mandatos. También se ha reconocido plenamente la importancia de respetar y promover los principios y normas de derechos humanos, y así ha quedado reflejado en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por los líderes mundiales en septiembre de 2015.

251. La Junta ha destacado en repetidas ocasiones la importancia de respetar y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales como parte de la aplicación efectiva de los tratados de fiscalización internacional de drogas. **La Junta sigue insistiendo en que para que las medidas de lucha contra las drogas sean fructíferas y sostenibles deben ser compatibles con las normas internacionales de derechos humanos.**

252. El derecho a la salud está consagrado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos en el contexto del derecho a un nivel de vida adecuado. El derecho al más alto nivel posible de salud se reconoce en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Para alcanzar el pleno disfrute del derecho a la salud es importante tener acceso a los medicamentos esenciales⁸⁰. La OMS ha recopilado una lista de medicamentos que se consideran esenciales para satisfacer las necesidades prioritarias de la población en materia de atención de la salud. En la lista figuran varios estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional. Los tratados de fiscalización internacional de drogas exigen que los Estados partes adopten medidas para garantizar la disponibilidad y el uso racional para fines médicos de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas sujetos a fiscalización internacional⁸¹. Desde su esta-

⁸⁰Véanse también la observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C.12/2004/4), y ACNUDH, folleto informativo núm. 31, serie Folletos informativos sobre los derechos humanos (Ginebra, junio de 2008).

⁸¹En los preámbulos de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 y el Convenio de 1971, los Estados partes reconocieron que debían adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, respectivamente, con fines médicos. Véase también el art. 9, párr. 4, de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, en el que se encomienda a la JIFE

blecimiento, la Junta ha promovido medidas nacionales e internacionales para tratar de lograr que la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional para fines médicos sea adecuada y no se restrinja indebidamente.

253. Para el pleno disfrute del derecho a la salud, también es importante que los Estados garanticen la igualdad de oportunidades para que todas las personas puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud y del derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Los tratados de fiscalización internacional de drogas exigen que las partes adopten medidas para prevenir el uso indebido de drogas y asegurar la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social de quienes abusan de las drogas⁸². En el informe de la Junta correspondiente a 2016 se subrayó la necesidad de ofrecer un acceso no discriminatorio a los servicios de atención de la salud, rehabilitación y reinserción social, en particular para las mujeres, incluso en entornos penitenciarios y con posterioridad a la puesta en libertad. La Junta puso de relieve la importancia de dar prioridad a facilitar el acceso de las mujeres drogodependientes a los servicios de atención de la salud, especialmente a intervenciones de base empírica y dirigidas específicamente a ese grupo. Las mujeres drogodependientes suelen ser estigmatizadas, lo cual les impide solicitar los servicios que necesitan o tener acceso a ellos. La Junta también examinó la necesidad de medidas preventivas eficaces en sus informes anuales correspondientes a 1997 y 2009, cuyos capítulos temáticos se dedicaron a la prevención del uso indebido de drogas en un entorno de promoción de las drogas ilícitas y a la prevención primaria del uso indebido de drogas. En el informe anual correspondiente a 2013 se examinó la manera en que determinados grupos de población, como las mujeres, los grupos de población de bajos ingresos y los niños, podían verse afectados desproporcionadamente por el uso indebido de drogas. **La Junta destaca la importancia de proteger los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales y mejorar la atención de la salud mental, de conformidad con la resolución 46/119 de la Asamblea General, de 1991, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La Junta pone de relieve la necesidad de proteger a los niños contra el uso indebido de drogas e impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de sustancias ilícitas, de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, en particular su artículo 33.**

que, en cooperación con los Gobiernos, asegure la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos.

⁸²Véanse el art. 38 de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 y el art. 20 del Convenio de 1971.

254. La Junta subraya la necesidad de proteger los derechos de los presuntos autores de delitos relacionados con las drogas y de los consumidores de drogas en todas las etapas del procedimiento de justicia penal. La prohibición de la detención y la privación de libertad arbitrarias, la tortura y otras formas de maltrato, el respeto del derecho a la vida, la prohibición de la discriminación, la presunción de inocencia y el derecho a un juicio imparcial figuran entre los elementos más importantes de todo sistema de justicia penal eficaz, como se prevé en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Las violaciones de esos principios socavan el estado de derecho y son contrarias a los objetivos de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Los tratados de fiscalización internacional de drogas, la Declaración Política aprobada por la Asamblea General en su vigésimo período extraordinario de sesiones y la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas contienen todos un llamamiento a la adopción de un enfoque equilibrado, al respeto del principio de proporcionalidad y al respeto de los derechos humanos.

255. Los tratados de fiscalización internacional de drogas imponen a los Estados la obligación de actuar de manera proporcionada en sus respuestas a los delitos relacionados con las drogas y su tratamiento de los presuntos infractores. La obligación que incumbe a los Estados, en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas, de tipificar como delito determinadas conductas y velar por que los delitos graves sean castigados adecuadamente se supedita a los principios constitucionales de los Estados y al principio de proporcionalidad. Si bien los delitos graves pueden ser punibles con penas de prisión, otras formas de privación de libertad, sanciones pecuniarias o decomiso, los delitos de menor gravedad no exigen necesariamente la imposición de sanciones punitivas. En casos de infracciones de carácter leve, se alienta a los Estados a que, cuando proceda, recurran a medidas sustitutivas del encarcelamiento, como la educación, la rehabilitación o la reinserción social, en particular en lo que respecta a las personas afectadas por el abuso de drogas.

256. Las respuestas extrajudiciales ante la delincuencia relacionada con las drogas constituyen una clara violación de los tratados de fiscalización internacional de drogas, que exigen que la delincuencia relacionada con las drogas se aborde dentro del sistema oficial de justicia penal, así como de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que exigen el respeto de las garantías procesales reconocidas internacionalmente.

257. Aunque la determinación de las sanciones es prerrogativa de los Estados, la Junta continúa alentando a todos los Estados que siguen imponiendo la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas a que conmuten las condenas a muerte que ya hayan sido dictadas y consideren la posibilidad de abolir la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas, con arreglo a los tratados y protocolos internacionales pertinentes y las resoluciones de la Asamblea General, el Consejo Económico y Social y otros órganos de las Naciones Unidas sobre la aplicación de la pena de muerte.

258. Los Estados partes han alcanzado distintos niveles de progreso en la adopción de políticas contra las drogas que sean compatibles con las normas internacionales de derechos humanos. La Junta seguirá poniendo de relieve la importancia de que se respeten los derechos humanos y las libertades fundamentales en la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas e invita a todos los Estados a que aprovechen la oportunidad que ofrecen los aniversarios mencionados anteriormente para reflexionar sobre esta importante cuestión y actuar en consecuencia.

2. El riesgo del consumo de opioides a largo plazo y el consumo de analgésicos opioides

259. De conformidad con su mandato, la Junta ha venido señalando a la atención de los Estados partes la importancia de garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos, y ha puesto de relieve la gran disparidad que existe en el mundo a ese respecto. La Junta ha alentado a los países a que garanticen un acceso adecuado a los analgésicos opioides en los países con bajos niveles de consumo y ha seguido haciendo hincapié en la importancia de asegurar que se haga un uso médico racional de esos analgésicos. Sin embargo, pese al énfasis en la necesidad de una disponibilidad adecuada de las sustancias sometidas a fiscalización para fines médicos y científicos, no menos importante es que los Estados partes velen por la prescripción racional de esas sustancias y apliquen medidas para prevenir su desviación y el riesgo de uso indebido.

260. El consumo mundial de analgésicos opioides ha ido en aumento en los últimos decenios. En particular, el consumo de fentanilo aumentó considerablemente entre 2000 y 2010 y, desde entonces, ha fluctuado en niveles relativamente elevados. En el principal consumidor de fentanilo, los Estados Unidos, el consumo se ha reducido desde 2013

debido al endurecimiento de los requisitos de prescripción. Otros analgésicos opioides, como la hidrocodona, la hidromorfona, la morfina y la oxycodona, han registrado tendencias parecidas. En el Canadá, Australia y Bélgica, la evolución del consumo de fentanilo ha sido similar, aunque en menor grado. En otros países, como Alemania, España e Italia, el consumo de fentanilo ha experimentado un aumento constante, si bien no se han registrado ni el mismo nivel de consumo ni algunas de sus consecuencias (como los fallecimientos por sobredosis).

261. El acusado aumento del consumo de analgésicos opioides desde 2000, particularmente en los países de ingresos altos, no parece guardar relación con un aumento proporcional de la tasa de morbilidad del cáncer, sino más bien con un aumento de la prescripción de analgésicos opioides potentes para el tratamiento del dolor crónico debido a causas distintas del cáncer. Son varios los factores que han influido en esta situación, incluidas algunas cuestiones sociales y económicas que han hecho que algunos grupos demográficos sean más vulnerables que otros. Entre las causas a las que podría responder la frecuente prescripción y el consiguiente uso indebido de los analgésicos opioides figuran la prescripción excesiva por los profesionales de la medicina y las agresivas prácticas de promoción comercial empleadas por las empresas farmacéuticas, sumadas a la formación selectiva que imparten a los profesionales esas mismas empresas, que ofrecen diversos incentivos a quienes recetan opioides. Estos se consideran dos de los factores más importantes que subyacen al aumento de la prescripción de analgésicos opioides.

262. Otro factor que contribuye al aumento de la prescripción de analgésicos opioides es el uso de las limitadas conclusiones de algunos estudios realizados en pacientes con cáncer hospitalizados, de los que se desprende que el riesgo de que los opioides potentes creen dependencia es escaso. Esas conclusiones se han citado con frecuencia en revistas especializadas con revisión científica externa y se han utilizado para justificar la frecuente prescripción de opioides potentes contra el dolor crónico por causas diferentes del cáncer.

263. Sin embargo, un estudio más reciente de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos sobre las características de los episodios de prescripción iniciales y la probabilidad de consumo a largo plazo de opioides en el país entre 2006 y 2015 ha puesto de relieve lo contrario, es decir, que las personas a las que se recetan analgésicos opioides para paliar el dolor debido a causas distintas del cáncer tienen altas probabilidades de desarrollar una dependencia de los opioides.

264. Después de que las autoridades de los Estados Unidos intervinieran imponiendo una reglamentación más estricta, muchas de las personas que dependían de los opioides sujetos a prescripción médica, ante las dificultades para obtenerlos, comenzaron a adquirir ilícitamente opioides sujetos a prescripción médica o a consumir heroína, a menudo mezclada con fentanilo y análogos del fentanilo para imitar la potencia de los opioides sintéticos que usaban anteriormente. La mezcla de la heroína con opioides sintéticos más potentes ha elevado exponencialmente el número de fallecimientos por sobredosis, ya que los consumidores no son conscientes de la adulteración de la heroína o no entienden el riesgo que extraña el consumo de opioides potentes, incluso en cantidades muy pequeñas.

265. La crisis de las sobredosis de opioides ha sido más notoria en los Estados Unidos, donde se le ha dado más publicidad, pero también ha afectado al Canadá, a Australia y, en menor medida, al Reino Unido y a otros países europeos. En los Estados Unidos, el número de fallecimientos por sobredosis de opiáceos ha alcanzado niveles históricos. Las muertes por sobredosis de drogas prácticamente se triplicaron entre 1999 y 2014. En 2014, el 61% de los 47.055 fallecimientos por sobredosis de drogas se debieron a opioides. En 2016, fallecieron por sobredosis de drogas unas 64.000 personas en los Estados Unidos, según el Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. De 2013 a 2014, las muertes relacionadas con los opioides de prescripción más común (los opioides naturales y semisintéticos) siguieron aumentando lentamente. Sin embargo, el rápido aumento de los fallecimientos por sobredosis parece haberse debido a la heroína y a los opioides sintéticos distintos de la metadona. De 2014 a 2015, la tasa de mortalidad por fentanilo y otros opioides sintéticos distintos de la metadona aumentó un 72,2%. La tasa de mortalidad por heroína creció un 20,6%.

266. En el Canadá, la tasa de dispensación de preparados con altas dosis de opioides, como la morfina, la oxycodona y el fentanilo, aumentó en un 23% entre 2006 y 2011. El estudio sobre el tabaco, el alcohol y las drogas realizado en 2013 por el Ministerio de Salud del Canadá reveló que uno de cada seis canadienses mayores de 14 años había consumido opioides en los 12 meses anteriores. Entre 2009 y 2014 se produjeron en el Canadá al menos 655 muertes debidas al fentanilo, bien como causa directa o como factor contribuyente, y al menos 1.019 en que el examen toxicológico *post mortem* reveló la presencia de fentanilo.

267. En un informe publicado en Australia por el Proyecto Nacional de Indicadores de Drogas Ilícitas se

comunicó que en 2013 había habido 597 muertes accidentales por sobredosis de opioides entre las personas de 15 a 54 años, frente a 564 en 2012, y 668 entre las personas de todas las edades, frente a 639 en 2012. En 2013, el 32% de las muertes accidentales por consumo de opioides entre los ciudadanos australianos de 15 a 54 años se debieron a la heroína, y el resto, a los opioides sujetos a prescripción médica.

268. El EMCDDA informó de la detección de 25 nuevos opioides sintéticos entre 2009 y 2016, y 18 nuevos fentanilos entre 2012 y 2016. En el *Informe Europeo sobre Drogas 2017* se calculaba que en 2015 se habían producido en Europa un total de 8.441 muertes por sobredosis, relacionadas en su mayoría con la heroína y otros opioides, lo cual representaba un aumento del 6% con respecto a las 7.950 de 2014, habiéndose notificado aumentos en casi todos los grupos de edad. De esas muertes, 2.655, o el 31%, se produjeron en el Reino Unido. El segundo lugar correspondió a Alemania, con un porcentaje mucho menor, del 15%.

269. Hasta la fecha, el aumento del uso indebido de opioides sujetos a prescripción médica y el consiguiente aumento de las muertes por sobredosis se han circunscrito a determinados países. Sin embargo, todos los Gobiernos deberían tener presentes los riesgos que entraña el uso indebido de medicamentos sujetos a prescripción médica en sus esfuerzos por garantizar la disponibilidad de las sustancias sometidas a fiscalización para fines médicos y científicos. Algunos Gobiernos ya han adoptado medidas, y la Junta desea señalar esta cuestión a la atención de todos los Gobiernos.

270. Varios países están exigiendo que la prescripción de sustancias sometidas a fiscalización por los profesionales de la medicina y la salud se guíe por el enfoque racional de la prescripción descrito en la publicación de la OMS titulada *Guía de la buena prescripción: manual práctico*⁸³, en que se recomienda que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas y con un objetivo terapéutico debidamente especificado, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, con la información, instrucciones y advertencias oportunas, durante un período adecuado en el cual se supervise el tratamiento y, finalmente, se detenga, y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. Además, cuando se receten sustancias fiscalizadas que pudieran entrañar riesgos de generar dependencia, los profesionales médicos deberían realizar entrevistas clínicas para evaluar el riesgo de dependencia y la presencia de trastornos de la salud concomitantes que pudieran hacer a las personas

más vulnerables a padecer trastornos relacionados con el consumo de drogas.

271. Para los pacientes que padecen dolor crónico por causas distintas del cáncer, las autoridades sanitarias de algunos países han elaborado directrices en que se recomiendan alternativas al tratamiento con analgésicos opioides.

272. Algunos organismos gubernamentales responsables de la utilización segura de las sustancias sometidas a fiscalización han implantado medidas de control para reducir y eliminar el uso indebido de medicamentos sujetos a prescripción médica. Entre esas medidas figuran programas para vigilar la prescripción electrónica o digital a fin de comprobar que solo se dispense al paciente la cantidad recetada.

273. Varios países ponen en marcha periódicamente iniciativas encaminadas a recuperar los medicamentos sujetos a prescripción médica caducados o no utilizados para asegurarse de que se devuelven, se eliminan de forma adecuada y no se usan indebidamente.

274. En algunos países se obliga a los profesionales de la salud a recibir formación independiente adecuada e imparcial en el uso de los medicamentos, por ejemplo, cómo evitar el riesgo de dependencia y qué medidas pueden adoptarse para mitigarlo. Además, las autoridades sanitarias nacionales han puesto en marcha campañas para sensibilizar a la opinión pública sobre el riesgo de dependencia y el uso correcto de los medicamentos.

275. Algunos países han ampliado sus servicios de tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de opioides, velando al mismo tiempo por que haya terapias de sustitución con opioides (como tratamientos asistidos por medicación con metadona y buprenorfina) al alcance de los pacientes y por que los equipos de respuesta inicial en las zonas afectadas por el uso indebido de opioides tengan acceso a medicamentos que reviertan los efectos de una sobredosis (como la naloxona).

276. Algunas empresas promueven el empleo de preparaciones farmacéuticas disuasorias del uso indebido como solución al problema del abuso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, pese al hecho de que hasta la fecha prácticamente no hay pruebas que demuestren su eficacia para reducir el riesgo de uso indebido. Es preciso seguir investigando para encontrar soluciones tecnológicas eficaces para hacer frente al uso indebido de preparados farmacéuticos que contengan opioides, ya que esas soluciones parecen estar aún lejos de encontrarse.

⁸³WHO/DAP/94.11.

277. La Junta alienta a los Gobiernos a que, cuando proceda con arreglo a su situación nacional, adopten algunas de las medidas descritas en esta sección y trabajen de consuno con los funcionarios de salud pública, los farmacéuticos, los fabricantes y distribuidores de productos farmacéuticos, los médicos, las asociaciones de protección del consumidor y los organismos encargados de hacer cumplir la ley para promover la educación pública sobre los riesgos que conllevan los medicamentos sujetos a prescripción médica, su uso indebido y su potencial de generar dependencia, en particular los que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional.

3. Requisitos nacionales aplicables a los viajeros que lleven consigo preparados médicos que contengan sustancias sometidas a fiscalización internacional

278. El sistema de fiscalización internacional de drogas permite a los viajeros llevar consigo, solamente para uso médico personal, pequeñas cantidades de preparados que contengan estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Los tratados de fiscalización de drogas no regulan esta cuestión directamente, pero en el artículo 4 del Convenio de 1971 se autoriza a los Gobiernos a introducir disposiciones especiales para que los viajeros internacionales puedan llevar consigo pequeñas cantidades de preparados que contengan sustancias sicotrópicas, salvo las enumeradas en la Lista I de dicho Convenio. La Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 no contiene ninguna disposición al respecto. En su informe correspondiente a 2000, la JIFE recomendó que se elaboraran directrices para formular reglamentaciones nacionales relativas a los viajeros internacionales bajo tratamiento con sustancias sometidas a fiscalización internacional.

279. De conformidad con la resolución 44/15 de la Comisión de Estupefacientes, la UNODC convocó una reunión de expertos para elaborar dichas directrices en cooperación con la JIFE y la OMS. Las consiguientes directrices internacionales para la elaboración de reglamentaciones nacionales relativas a los viajeros que están bajo tratamiento con sustancias sometidas a fiscalización internacional se publicaron en 2003 en los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas⁸⁴.

280. Las directrices tienen por objeto ayudar a las autoridades nacionales competentes a establecer un marco

regulatorio aplicable a los viajeros que estén bajo tratamiento y lleven consigo pequeñas cantidades de preparados que contengan sustancias sometidas a fiscalización internacional. Aunque no es obligatorio que los Estados apliquen los procedimientos unificados que se proponen en las directrices, su aplicación generalizada facilitaría tanto la divulgación mutua de información pertinente por conducto de la JIFE como la propia labor de las autoridades gubernamentales.

281. En 2003, consciente de la necesidad de mantener informados a los viajeros de los requisitos nacionales pertinentes, la Comisión aprobó la resolución 46/6. En ella, la Comisión alentó firmemente a las partes en la Convención de 1961, en esa Convención enmendada por el Protocolo de 1972 y en el Convenio de 1971 a que comunicaran a la JIFE las restricciones actualmente aplicables a los viajeros que estuvieran bajo tratamiento médico con sustancias sometidas a fiscalización internacional, y pidió a la JIFE que publicara la información mencionada de manera unificada, a fin de darle amplia difusión.

282. Por consiguiente, en 2004, la JIFE envió a todos los Gobiernos una circular en la que les pedía que suministraran la información solicitada por la Comisión. Desde entonces, la JIFE ha seguido recabando periódicamente información actualizada de los Gobiernos y ha compilado y publicado resúmenes estándar respecto de cada uno de los países que han proporcionado la información solicitada. Los resúmenes se publican en el sitio web de la JIFE y ofrecen a las autoridades nacionales competentes y los posibles viajeros la siguiente información: documentación necesaria para llevar preparados médicos que contengan sustancias sometidas a fiscalización internacional (por ejemplo, fármacos sujetos a receta médica), restricciones cualitativas o cuantitativas (por ejemplo, dosis que sean suficientes para un determinado período máximo) y datos de contacto de la autoridad nacional competente en el país de destino o de tránsito de los viajeros.

283. A lo largo de los años, muchas personas que tenían previsto viajar han preguntado a la Junta cuáles eran las normas aplicables a los preparados médicos en los países que se proponían visitar o utilizar como lugares de tránsito. La mayoría de los viajeros, al contactar a la JIFE, manifestaban su preocupación ante la perspectiva de no tener acceso a los preparados médicos que necesitarían para continuar su tratamiento mientras se encontraran en el extranjero. Algunos expresaban su temor legítimo a ser acusados o encarcelados por tentativa de tráfico de drogas. Por otra parte, quienes tenían planes de permanecer en el extranjero durante varios meses deseaban saber si podían llevar consigo las dosis suficientes para todo el tiempo que durara su estancia.

⁸⁴Se pueden consultar en www.incb.org.

284. Al 1 de noviembre de 2017, se había obtenido de 107 países la información relativa a sus requisitos nacionales aplicables a los viajeros bajo tratamiento médico que llevaran consigo pequeñas cantidades de sustancias sometidas a fiscalización internacional. Habida cuenta de la creciente movilidad de los viajeros bajo tratamiento y de las preocupaciones expresadas por muchos de ellos, la JIFE procura prestarles la asistencia necesaria y difunde la información más reciente de que dispone. La información pertinente que posee la JIFE se recibe directamente de los Gobiernos y de sus autoridades nacionales competentes; la Junta no recurre a ninguna otra fuente para obtener esa información.

285. Hasta la fecha, muchos países no han presentado la información pertinente, mientras que otros no han actualizado la información que facilitaron en un inicio. **En vista de la importancia de garantizar que los pacientes no se vean obligados a interrumpir sus tratamientos médicos cuando viajen al extranjero y que ni su seguridad ni su libertad se vean comprometidas por la necesidad de consumir medicamentos durante sus viajes, la Junta insta a todos los Estados partes en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 a que, por conducto de sus autoridades competentes, notifiquen a la JIFE las restricciones que actualmente se aplican en sus jurisdicciones nacionales a los viajeros que están bajo tratamiento médico con sustancias sometidas a fiscalización internacional, utilizando para ello los formularios disponibles en la página web de la Junta (www.incb.org). La Junta también desea invitar a los países que ya han presentado la información a que confirmen si el resumen publicado en el sitio web de la JIFE acerca de su reglamentación interna sigue siendo válido y, de ser necesario, presenten la información actualizada lo antes posible.**

286. Asimismo, la Junta alienta a todos los Gobiernos a que estrechen la cooperación entre sus autoridades nacionales competentes, organismos encargados de hacer cumplir la ley, autoridades de aduanas, inmigración y control de fronteras y operadores turísticos de modo que todos conozcan las reglamentaciones nacionales que permiten a los viajeros bajo tratamiento médico que lleven consigo medicamentos sujetos a prescripción médica que contengan sustancias sujetas a fiscalización nacional entrar en su territorio sin sufrir demoras indebidas o sin ser importunados cuando crucen una frontera internacional.

4. El uso terapéutico de los cannabinoides

287. Cada vez es mayor el número de Gobiernos de todo el mundo que autorizan el uso de cannabinoides con fines medicinales. Ese uso está permitido con arreglo a la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, siempre que se cumplan determinadas condiciones. En varios casos, la cuestión del acceso legítimo a los cannabinoides con fines médicos se ha señalado a la atención de los órganos legislativos nacionales y locales y, a veces, de los tribunales. En algunas situaciones, los órganos legislativos han promulgado leyes para tratar de reglamentar ese acceso y ese uso; los tribunales también han dictado sentencias que confirman el derecho de las personas a obtener los medicamentos que necesitan.

288. En la Convención de 1961 se mencionan el cannabis, la resina de cannabis y los extractos y tinturas de cannabis, y todos ellos figuran en la Lista I (sustancias cuyo uso debería estar restringido a fines médicos y científicos), y el cannabis y la resina de cannabis también están incluidos en la Lista IV (sustancias susceptibles de uso indebido y de producir efectos nocivos, sin que esa susceptibilidad esté compensada por ventajas terapéuticas apreciables). En la Lista II del Convenio de 1971 figura el *delta-9-tetrahidrocannabinol* (THC), que se obtiene mediante síntesis química.

289. En diversas regiones del mundo existe una gran variedad de preparados que contienen cannabinoides en diferentes formas farmacéuticas y concentraciones de ingredientes activos y psicoactivos, y para cuyo consumo se utilizan diferentes vías de administración. Esos preparados se emplean para aliviar una amplia variedad de síntomas. Si bien hay indicios de que algunos cannabinoides podrían utilizarse para tratar determinadas afecciones, y si bien algunos países han autorizado su uso médico, no hay pruebas concluyentes de su valor terapéutico y, lo que es más importante, no hay ninguna certeza acerca de la composición de los medicamentos que contienen cannabinoides (principios activos y posología), de cuál es la mejor vía de administración (en general, la comunidad médica coincide en que no es recomendable la inhalación de humo) ni de los efectos secundarios de esos fármacos.

290. Si bien todavía no se ha comprobado fehacientemente el valor terapéutico de los cannabinoides, en la Convención de 1961 en su forma enmendada se asigna a las autoridades nacionales la responsabilidad de permitir que se usen con fines médicos, como señaló la Junta en su informe anual correspondiente a 2003. Ello implica que debe cumplirse lo dispuesto en la Convención de 1961 en su forma enmendada.

291. La Junta tiene el mandato de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas, los cuales obligan a las partes a garantizar la disponibilidad suficiente de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, asegurando al mismo tiempo que no se desvíen con fines ilícitos. En su informe anual correspondiente a 2014, la Junta examinó como tema especial la cuestión de las medidas de fiscalización aplicables a los programas para el uso de cannabinoides con fines médicos con arreglo a la Convención de 1961 en su forma enmendada.

292. Tras enumerar las obligaciones y disposiciones que figuran en la Convención, la Junta instó a todos los Gobiernos de las jurisdicciones que hubieran creado programas de uso del cannabis con fines médicos a que velasen por que se recetase cannabis para tales fines con conocimientos y supervisión médicos adecuados y por que la práctica de la prescripción de cannabis se basara en los datos científicos disponibles y en la consideración de los posibles efectos secundarios.

293. El artículo 4 de la Convención de 1961 en su forma enmendada obliga a las partes a adoptar medidas legislativas y administrativas 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.

294. Según los Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, los Gobiernos no han interpretado de manera uniforme el término “fines médicos” al aplicar las disposiciones de la Convención. En los Comentarios se señala: “Su interpretación debe depender del estado en que se hallen las ciencias médicas en el momento concreto de que se trate, y no solo en la medicina moderna, a veces también calificada de ‘medicina occidental’, sino también en sistemas legítimos de medicina autóctona, como los que existen en China, la India y el Pakistán, que deben tenerse en cuenta a este respecto”.

295. En su informe anual correspondiente a 2003, la Junta señaló que, debido a las diferentes experiencias de los países en lo que respecta a la utilidad terapéutica, la seguridad y la eficacia de una sustancia, “parece que los que redactaron los instrumentos de fiscalización internacional de drogas no dejaron ambiguo el término ‘usos médicos’ en forma deliberada, sino que no pudieron llegar a un acuerdo sobre una definición universal”. En el mismo informe, la Junta, al tiempo que recordaba a las partes que la Convención de 1961 en su forma enmendada dejaba esa definición a su discreción, señaló que el Convenio de 1971 disponía que la OMS debía evaluar la “utilidad” de una sustancia cuando se considerase la

posibilidad de someterla a fiscalización internacional. La Convención de 1961 en su forma enmendada también encomendó a la OMS la responsabilidad de establecer si una sustancia era susceptible de uso indebido, así como sus posibles ventajas terapéuticas, como parte del proceso de inclusión en las Listas o Cuadros.

296. En su informe anual correspondiente a 2003, la Junta señaló que “para determinar la utilidad de una droga hay que tener en cuenta la relación entre el riesgo y el beneficio. ... La eficacia terapéutica y la seguridad son condiciones básicas que deben establecerse antes de autorizar la comercialización de la droga. Muchos Gobiernos han aceptado la responsabilidad de asegurar que las drogas disponibles se ajusten a las normas establecidas de eficacia y seguridad”.

297. Además de las referencias específicas contenidas en los tratados de fiscalización internacional de drogas, la Constitución de la OMS establece que esa organización tiene por mandato “desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares” (artículo 2). A lo largo de los años, los Estados Miembros han recurrido a los conocimientos especializados y a las orientaciones que la OMS ha formulado y difundido en materia de reglamentación, seguridad y garantía de la calidad de los medicamentos mediante la elaboración y promoción de normas, estándares, directrices y una nomenclatura internacionales.

298. En 1999, la Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución relativa a la estrategia revisada en materia de medicamentos (WHA52.19), instó a los Estados miembros “a que establezcan y apliquen reglamentos que aseguren unos niveles buenos y uniformes de garantía de la calidad para todos los materiales y productos farmacéuticos que fabriquen, importen, exporten o acojan en tránsito en sus territorios”, y “a que promulguen y apliquen medidas legislativas o reglamentos conformes a los principios de los Criterios Éticos de la OMS para la Promoción de Medicamentos, a que estimulen a la industria farmacéutica y a la comunidad sanitaria a establecer un código de ética, y a que vigilen la promoción de medicamentos en colaboración con las partes interesadas”.

299. En ocasiones anteriores, la Junta invitó a la OMS a que evaluara la posible utilidad médica de los cannabinoides y el grado en que el cannabis planteaba un peligro para la salud humana, en consonancia con el mandato que le confería la Convención de 1961 en su forma enmendada. La Junta toma nota de la recomendación de la 38ª reunión del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, celebrada del 14 al 18 de noviembre de 2016,

en el sentido de que se realicen exámenes preliminares de la planta y la resina de cannabis y los extractos y tinturas de cannabis para determinar su potencial de uso indebido y dependencia, así como su eficacia y seguridad terapéuticas en relación con determinadas afecciones. La Junta también toma nota del informe de la OMS de 2016 sobre los efectos sanitarios y sociales del uso de cannabis con fines no médicos, titulado “The health and social effects of nonmedical cannabis use”.

300. La OMS ha impartido orientaciones sobre buenas prácticas de fabricación que contienen directrices para el establecimiento de un sistema de gestión de la calidad, lo que garantiza que los productos siempre se elaboren y controlen conforme a las normas de calidad apropiadas en función del uso al que estén destinados y con arreglo a la autorización de comercialización, la autorización de ensayo clínico o las especificaciones del producto. La OMS también ha elaborado directrices sobre buenas prácticas clínicas para ensayos de productos farmacéuticos.

301. En el preámbulo de la Convención de 1961 en su forma enmendada se establece que el uso médico de los estupefacientes es “indispensable”. Por consiguiente, si los síntomas de determinadas afecciones pueden aliviarse mediante un tratamiento con cannabinoides, es importante que los países determinen cuidadosamente el valor terapéutico de dicho tratamiento mediante la reunión de datos científicos concretos y que establezcan con claridad los principios activos de esos fármacos y las dosis en que hayan de utilizarse. Varios países han realizado o están realizando estudios y ensayos a fin de definir las mejores aplicaciones terapéuticas de los cannabinoides para el tratamiento de determinadas afecciones.

302. La Junta recomienda a los Gobiernos que estén considerando la posibilidad de autorizar el uso médico de los cannabinoides que examinen los resultados de esos estudios y ensayos y velen por que el uso del cannabis con fines terapéuticos sea prescrito por personal médico competente y bajo supervisión facultativa, así como por que la práctica de prescripción correspondiente se base en los datos científicos disponibles y se tengan presentes los posibles efectos secundarios. Los Gobiernos también deberían velar por que los fármacos que contengan cannabinoides se pongan a disposición de los pacientes en consonancia con las directrices de la OMS mencionadas anteriormente y los tratados de fiscalización internacional de drogas.

5. Nuevas sustancias psicoactivas

303. Desde la publicación de su informe anual correspondiente a 2010, la Junta viene advirtiendo a la comunidad internacional sobre el problema del tráfico y abuso de nuevas sustancias psicoactivas. Las nuevas sustancias psicoactivas son sustancias que son objeto de uso indebido, ya sea en su estado puro o en preparados, y que pueden entrañar un peligro para la salud pública, si bien no están sujetas a fiscalización ni con arreglo a la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 ni con arreglo al Convenio de 1971⁸⁵. Pueden ser de origen natural o sintético y a menudo se someten deliberadamente a procesos químicos con el fin de burlar las medidas existentes, nacionales e internacionales, de fiscalización de drogas.

304. Las nuevas sustancias psicoactivas conforman una categoría muy heterogénea. Su número no deja de aumentar en todas las regiones del mundo. En septiembre de 2017, en el sistema de alerta temprana de la UNODC sobre nuevas sustancias psicoactivas, que permite hacer un seguimiento de la aparición de nuevas sustancias psicoactivas sobre la base de la información proporcionada por los Estados Miembros, figuraban 796 sustancias, lo cual supone un aumento notable respecto de las 739 sustancias comunicadas hasta 2016. Las sustancias comunicadas con más frecuencia siguieron siendo los cannabinoides sintéticos, las catinonas sintéticas y las fenetilaminas, que en conjunto representaron más de dos tercios del total de las sustancias comunicadas. Si bien muchas de las sustancias detectadas no permanecen en el mercado durante mucho tiempo, por lo menos 76 tipos diferentes de sustancias tuvieron que ver con incidentes ocurridos en 2017, hasta el 1 de noviembre, según el Sistema de Comunicación de Incidentes del Proyecto Ion (IONICS)⁸⁶.

305. Para ayudar a los Estados Miembros a hacer frente al número cada vez mayor de nuevas sustancias psicoactivas y a las dificultades derivadas de su carácter transitorio, la Junta, por conducto del Proyecto Ion, proporciona infraestructura a las autoridades nacionales para intercambiar información en tiempo real sobre los incidentes relacionados con esas sustancias (como remesas

⁸⁵Ocasionalmente se pueden usar también otras definiciones de nuevas sustancias psicoactivas. Por ejemplo, la definición utilizada para el sistema de alerta temprana de la UNODC abarca sustancias sintéticas y de origen vegetal, así como sustancias con un uso médico establecido.

⁸⁶Como IONICS es una plataforma de comunicación mediante la cual los usuarios de las autoridades nacionales que participan en ella intercambian voluntariamente información relacionada con cierto número de incidentes, los datos que figuran en el sistema, como el número de sustancias comunicadas durante un período de tiempo determinado, no presentan una perspectiva global de la situación mundial relativa a las sustancias psicoactivas.

sospechosas, tráfico y fabricación o producción) y para realizar un seguimiento de esos incidentes. El Proyecto Ion tiene por objeto impedir que las nuevas sustancias psicoactivas lleguen a los mercados de consumo mediante la prestación de asistencia a los Gobiernos para que realicen sus investigaciones y la concepción de soluciones prácticas. La red mundial de coordinadores en materia de nuevas sustancias psicoactivas creada en el marco del Proyecto Ion se ha ampliado hasta abarcar 125 países y territorios en todas las regiones del mundo. El grupo de tareas de la JIFE sobre las nuevas sustancias psicoactivas, que dirige las actividades del Proyecto Ion, celebró dos reuniones en 2017.

306. IONICS se puso en marcha en diciembre de 2014. Se trata de una plataforma web protegida para la comunicación en tiempo real de incidentes relacionados con remesas sospechosas, tráfico, fabricación o producción de nuevas sustancias psicoactivas. Al 1 de noviembre de 2017, después de casi tres años de funcionamiento, el sistema contaba con más de 210 usuarios de 75 países, y se habían comunicado aproximadamente 1.100 incidentes a través de él. La mayoría de esos incidentes tenían que ver con catinonas sintéticas (por ejemplo, metilona (*beta*-ceto-MDMA), mefedrona, 4-clorometcatinona (4-CMC), *alfa*-pirrolidinopentiofenona (*alfa*-PVP), 3-metil-*N*-metilcatinona (3-MMC) y *N*-etilbufedrona (NEB)) y cannabinoides sintéticos (por ejemplo, 5-fluoro-AMB y 5F-APINACA). Desde 2016, IONICS ha recibido informes sobre al menos 25 incidentes relacionados con cinco tipos de análogos del fentanilo: acrilfentanilo, carfentanilo, furanilfentanilo, (iso)butirilfentanilo y *para*-fluorofentanilo. Los incidentes fueron comunicados por tres países de Europa. La información presentada a través de IONICS ha dado lugar a varias investigaciones de seguimiento en los países de destino y de origen.

307. En marzo de 2016, en respuesta a las crecientes preocupaciones por el riesgo de que el uso indebido y las sobredosis de opioides sintéticos en América del Norte se extendieran por todo el mundo, el grupo de tareas de la JIFE sobre las nuevas sustancias psicoactivas decidió realizar actividades operacionales para examinar las tendencias mundiales respecto de las fuentes de aprovisionamiento, los flujos, la fabricación ilícita y el tráfico de fentanilo y sus análogos y otras nuevas sustancias psicoactivas del tipo de los opioides y sus precursores. A raíz de la decisión del grupo de tareas, a comienzos de 2017, la Junta realizó una encuesta relativa a los fentanilos. La encuesta se centró en sustancias concretas encontradas en 2015 y 2016.

308. Respondieron al cuestionario 49 países y territorios y la Comisión Europea, que proporcionaron información sobre la situación en un total de 58 países y territorios:

20 países de Europa respondieron al cuestionario y la Comisión Europea añadió información sobre nueve países que no respondieron directamente. Por lo tanto, los resultados describen con mayor detalle la situación en Europa que en otras regiones, por lo que no debería interpretarse que ofrecen una visión exhaustiva de la prevalencia de opioides en el mundo.

309. Se encontraron 40 tipos de opioides (fentanilo, análogos del fentanilo y otros opioides) en 37 países y territorios, 26 de los cuales estaban en Europa occidental y central, 2 en Europa sudoriental, 2 en Asia oriental y sudoriental, 3 en Asia occidental, 3 en América del Norte y 1 en Oceanía. Las sustancias provenían de 18 países y territorios, 13 de los cuales estaban en Europa occidental y central, 2 en Asia oriental y sudoriental, 2 en América del Norte y 1 en Europa oriental. Parece haber un grave riesgo de que el uso indebido y las sobredosis de opioides sintéticos se extiendan por todo el mundo, puesto que dichas sustancias se están incautando en diversas partes del mundo.

310. Las nuevas sustancias psicoactivas se comercializan en parte a través de plataformas en línea. A diferencia de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional, que suelen comercializarse a través de la denominada web oscura, las nuevas sustancias psicoactivas, en la mayoría de los casos, se venden abiertamente en la Internet común, por ejemplo, en tiendas en línea que venden nuevas sustancias psicoactivas y plataformas de comercio entre empresas. Las tiendas en línea que venden sustancias psicoactivas a veces son clausuradas por las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley de los países donde están ubicadas. En cambio, las ofertas de venta y las solicitudes de compra de nuevas sustancias psicoactivas que se intercambian a través de las plataformas legítimas de comercio entre empresas a menudo no son investigadas, pues las propias plataformas son legítimas y suelen estar situadas en terceros países en los que no radican ni los vendedores ni los compradores.

311. A medida que las medidas nacionales de fiscalización se amplían para abarcar más nuevas sustancias psicoactivas, aumenta también el riesgo de que las plataformas legítimas de comercio entre empresas se utilicen para vender y adquirir sustancias sometidas a fiscalización nacional. Si bien es necesario prevenir el uso indebido de las plataformas legítimas para fines ilícitos, se ha de evitar obstaculizar las actividades económicas legítimas que se realizan a través de Internet. **La Junta alienta a los Gobiernos a que consideren la posibilidad de adoptar medidas apropiadas, de conformidad con el derecho interno, para vigilar los intentos de comercializar**

nuevas sustancias psicoactivas a través de plataformas de comercio en línea y actuar al respecto, por ejemplo, mediante la vigilancia y el intercambio de información voluntarios, y los alienta asimismo a que consideren la posibilidad de contar con la colaboración de los operadores de las plataformas de comercio.

6. Las farmacias ilegales en Internet y la venta en Internet de drogas sometidas a fiscalización internacional

312. En los últimos años, Internet ha calado en todos los aspectos de la vida humana, incluidos los relacionados con la salud. De este modo ha surgido la posibilidad de comprar medicamentos en línea, incluso si contienen sustancias sometidas a fiscalización internacional. Lamentablemente la venta en línea de medicamentos a veces se realiza de forma ilegal, pues algunas farmacias en Internet operan sin licencia ni registro y expenden sin receta preparados farmacéuticos que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

313. Las farmacias ilegales en Internet suelen tener sitios web especializados, que pueden ser portales en línea que anuncian fármacos y reenvían al cliente a otros sitios web donde este realiza su pedido y efectúa el pago correspondiente. Entre los fármacos que más se venden en línea cabe mencionar diversos estupefacientes, sobre todo oxycodona, hidrocodona, dextropropoxifeno y otros opioides, y sustancias sicotrópicas, en particular benzodiazepinas, estimulantes y barbitúricos. También existe el comercio en línea de precursores, es decir, sustancias químicas que suelen utilizarse para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. En los últimos años se ha ampliado el comercio de precursores facilitado por Internet, cuestión que se examina con mayor detalle en una sección especial del informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2017⁸⁷.

314. Resulta difícil de determinar el alcance del fenómeno y el número de clientes que frecuentan las farmacias ilegales en Internet, ya que sobre ese tema no ha habido encuestas que proporcionen datos a escala mundial ni se han realizado estudios amplios de casos clínicos. Según las estimaciones de Alliance for Safe Online Pharmacies, organización no gubernamental con sede en los Estados Unidos, unos 36 millones de estadounidenses han comprado medicamentos sin receta en algún momento de su vida. Mediante un análisis científico

sistemático, basado principalmente en estudios realizados en los Estados Unidos, se ha constatado que el número de personas que indican haber comprado medicamentos en línea oscila entre el 1% y el 6% de la población; esa cifra es ligeramente superior cuando se trata de estudios en los que también se ha tomado en cuenta la intención de comprar en línea.

315. Las farmacias ilegales en Internet suelen ser negocios internacionales que utilizan servidores, operaciones de envío de productos farmacéuticos y otros componentes de su actividad ubicados en diferentes países. La mayoría de las farmacias de Internet que operan ilegalmente no exigen ningún tipo de prescripción médica a sus clientes, aunque algunas expiden “recetas” después de hacer una breve consulta en línea o rellenar un breve cuestionario. Las farmacias que operan ilegalmente en Internet son las principales fuentes de venta sin receta de medicamentos que únicamente deberían dispensarse con receta médica o de medicamentos sujetos a prescripción médica falsificados.

316. Entre las medidas que se han adoptado contra las farmacias ilegales en Internet cabe mencionar las destinadas a ayudar al público en general a reconocer los sitios web que venden medicamentos legalmente. En la Unión Europea se ha creado un logotipo común que indica en qué Estado miembro tienen su sede las farmacias en línea u otros tipos de vendedores minoristas de medicamentos. El logotipo figura en los sitios web de todos los vendedores minoristas de medicamentos inscritos en los registros de alguna autoridad reguladora nacional de la Unión Europea. En los Estados Unidos se aplica un sistema similar, donde la Asociación Nacional de Consejos Farmacéuticos mantiene el programa “dot-pharmacy” de sitios web verificados, el cual garantiza el funcionamiento seguro y legítimo de las farmacias participantes.

317. Para ayudar a los Gobiernos en su búsqueda de soluciones al problema de las farmacias ilegales en Internet, la Junta publicó las *Directrices dirigidas a los Gobiernos para prevenir la venta ilegal por Internet de sustancias sometidas a fiscalización internacional*⁸⁸, que pueden consultarse en el sitio web de la Junta (www.incb.org). Las *Directrices* se elaboraron con la ayuda de expertos nacionales y las organizaciones internacionales pertinentes, como la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL) y la Unión Postal Universal, así como proveedores de servicios de Internet, proveedores de servicios financieros y asociaciones farmacéuticas. La publicación contiene 25 directrices referentes a disposiciones legislativas y reglamentarias, medidas de carácter general

⁸⁷E/INCB/2017/4, cap. IV.

⁸⁸Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.09.XI.6.

y actividades de cooperación nacional e internacional. Las *Directrices* tienen la finalidad de ayudar a las autoridades a formular leyes y políticas nacionales para prevenir la venta ilegal por Internet de sustancias sometidas a fiscalización internacional. Las farmacias ilegales en Internet son un fenómeno en expansión que puede llegar a causar graves problemas de salud pública.

318. Los Gobiernos de todas las regiones han usado las *Directrices* para redactar y, posteriormente, adoptar leyes que faculten a las autoridades para investigar y adoptar medidas legales contra las farmacias ilegales en Internet, lo que incluye leyes que permitan la inspección de remesas enviadas por correo de las que se sospeche que contienen sustancias sometidas a fiscalización internacional y leyes que establezcan un marco para el funcionamiento de las farmacias en Internet.

319. El constante aumento del acceso a Internet en todo el mundo, la amplia disponibilidad de canales de comunicación en línea y la inmensidad de la “web profunda” (la parte de Internet que queda fuera del alcance de los buscadores) son factores que potencian la grave amenaza delictiva que representa el tráfico de drogas por Internet, sea mediante farmacias ilegales en línea o por otros medios. A ese respecto, la Junta insta a los Gobiernos a que sigan utilizando las *Directrices* de conformidad con la recomendación expresada en el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016⁸⁹.

7. El Sistema Internacional de Autorización de Importaciones y Exportaciones (I2ES): modernización del proceso de autorización de las importaciones y exportaciones para garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a ellas

320. Asegurar la disponibilidad para fines médicos y científicos de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas imprescindibles y evitar al mismo tiempo su desviación o abuso son dos principios fundamentales enunciados en la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972 y en el Convenio de 1971. El compromiso de la comunidad internacional de alcanzar esos objetivos se reiteró en el documento final del período extraordinario de sesiones

de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016.

321. De conformidad con la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 y las resoluciones pertinentes del Consejo Económico y Social, se requieren autorizaciones de importación y exportación para el comercio internacional de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Para garantizar una disponibilidad adecuada de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a ellas y reducir el riesgo de desviación es esencial contar con un sistema eficiente y eficaz de autorización de las importaciones y exportaciones que permita a las autoridades nacionales competentes agilizar el proceso.

322. El volumen del comercio lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional ha ido en constante aumento durante el último decenio. Es de prever que se mantenga esa tendencia, dado que cada vez son más los países en que aumentan la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos y el acceso a ellas.

323. El I2ES, sistema electrónico basado en la web que fue creado por la Junta y la UNODC con el generoso apoyo financiero y técnico de los Estados Miembros, tiene por objeto modernizar el proceso de autorización de las importaciones y exportaciones y ayudar a las autoridades nacionales competentes a gestionar su creciente volumen de trabajo. Al lograr esos objetivos, el I2ES contribuye a la aplicación del sistema de autorización de las importaciones y exportaciones previsto en los tratados y de la recomendación operacional 2 c) del documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, relativa a asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a ellas con fines médicos y científicos.

324. El I2ES se ofrece a todos los Gobiernos a título gratuito y sirve de plataforma segura para que los países importadores y exportadores carguen y transmitan las autorizaciones pertinentes. Las autoridades nacionales competentes pueden ahorrar mucho tiempo y recursos al utilizar ese portal seguro para verificar la autenticidad de las autorizaciones de importación y exportación. Las autoridades de los países importadores y exportadores también pueden comunicarse e intercambiar información en tiempo real cuando necesiten alguna aclaración sobre las transacciones o cuando se requiera algún trámite adicional.

325. Con esta nueva herramienta se moderniza el sistema de autorización de las importaciones y exportaciones

⁸⁹Resolución S-30/1 de la Asamblea General.

teniendo en cuenta las necesidades y sistemas nacionales de los distintos Gobiernos. El I2ES permite que los países donde aún no hay sistemas electrónicos nacionales generen y transmitan electrónicamente autorizaciones de importación y exportación y que las descarguen e impriman, según proceda. También les ofrece un archivo y banco de datos en que se centraliza toda la información sobre su comercio internacional de sustancias fiscalizadas, lo que les facilita la vigilancia de las tendencias en el uso de las sustancias sometidas a fiscalización. Los Gobiernos que ya cuentan con sistemas electrónicos nacionales pueden vincular sus sistemas con el I2ES de modo que los datos pertinentes puedan utilizarse para tramitar e intercambiar autorizaciones de importación y exportación.

326. Durante todo el proceso de elaboración del I2ES, la Junta se ha asegurado de que todas las normas comerciales en que se basa el sistema se ajusten plenamente a las disposiciones de la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 relativas a las autorizaciones de importación y exportación, y de que el formato y el contenido de las autorizaciones cumplan todos los requisitos previstos en los tratados y en las decisiones pertinentes de la Comisión.

327. El I2ES incorpora diversas funciones y alertas automáticas que permiten a los Gobiernos vigilar el comercio lícito de sustancias sometidas a fiscalización internacional y prevenir su desviación. Cuando el volumen de comercio previsto de determinada sustancia supera las previsiones más recientes del país importador, se despliega automáticamente un mensaje de advertencia y se bloquea la tramitación hasta que se actualicen las previsiones pertinentes. Además, al permitir que las autoridades del país importador verifiquen en tiempo real las cantidades efectivamente recibidas, las autoridades del país exportador pueden recibir de inmediato una notificación si esas cantidades resultaran menores o mayores que las autorizadas para la exportación.

328. La Comisión de Estupefacientes, en su resolución 58/10, de marzo de 2015, acogió con beneplácito la puesta en marcha del I2ES e instó a los Estados Miembros a que promovieran y facilitaran la más amplia utilización posible del sistema. También invitó a la secretaría de la JIFE a que administrara el sistema y alentó a los Estados Miembros a que prestaran el máximo apoyo financiero posible para su administración y mantenimiento y para impartir capacitación.

329. En marzo de 2016 y marzo de 2017 se celebraron sendos encuentros de grupos de usuarios paralelamente a los períodos de sesiones 59° y el 60° de la Comisión de Estupefacientes. Las autoridades de unos 40 países, junto

con la secretaría de la JIFE y la UNODC, compartieron sus opiniones y experiencias respecto de la utilización del I2ES. En particular, los participantes evaluaron los progresos realizados y transmitieron sus impresiones y sugerencias sobre posibles mejoras futuras del I2ES y señalaron medidas concretas para promover su utilización.

330. Uno de los encuentros de grupos de usuarios se centró en la última versión del Sistema de Fiscalización Nacional de Drogas de la UNODC y en los aspectos técnicos de su intercambio de datos con el I2ES. La reunión fue organizada conjuntamente por las autoridades nacionales competentes de Suiza y la UNODC y se celebró a comienzos de octubre de 2017. La secretaría de la JIFE participó y presentó una sinopsis del I2ES. Las autoridades de aproximadamente 15 de los principales países que comerciaban con estupefacientes y sustancias sicotrópicas compartieron sus experiencias y expusieron su visión respecto del uso de esas aplicaciones.

331. La Junta desea expresar su agradecimiento a todos los Gobiernos que han prestado apoyo financiero, político y técnico durante la elaboración y las pruebas del I2ES. **Si bien ese proceso se financió íntegramente con recursos extrapresupuestarios, ahora se requieren más fondos para que la secretaría de la JIFE pueda administrar el I2ES conforme a su mandato y a lo dispuesto en todas las resoluciones pertinentes de la Comisión.**

332. Al 1 de noviembre de 2017, 40 países (Afganistán, Alemania, Arabia Saudita, Argelia, Australia, Austria, Bangladesh, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, China, Colombia, Comoras, España, Estonia, Finlandia, Hungría, India, Indonesia, Italia, Jordania, Lituania, Luxemburgo, Malasia, Maldivas, México, Papua Nueva Guinea, Perú, Polonia, Portugal, República Democrática Popular Lao, Rumania, Rwanda, Santa Lucía, Singapur, Suiza, Tailandia, Turquía y Zambia) se habían inscrito en el I2ES.

333. **La Junta desea alentar a todas las autoridades nacionales competentes a que se inscriban cuanto antes en el I2ES y comiencen a utilizarlo.** Cada vez son más los Gobiernos que se suman a los que ya utilizan el I2ES para expedir e intercambiar autorizaciones de importación y exportación, por lo que la capacidad y la eficacia del sistema para agilizar el proceso están aumentando rápidamente. En particular, la participación activa de los principales países importadores y exportadores de estupefacientes y sustancias sicotrópicas reviste enorme importancia. Una utilización más generalizada del I2ES no solo aumentará la eficiencia y mejorará el flujo de trabajo de las autoridades nacionales competentes, sino que servirá de base para seguir fortaleciendo el sistema de fiscalización internacional de drogas.

334. Mediante la aplicación del principio de responsabilidad común y compartida, los Estados partes han logrado reducir la desviación de sustancias fiscalizadas gracias a sus esfuerzos concertados por implantar el sistema de autorización de las importaciones y exportaciones y regular el comercio lícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional. Corresponde ahora imprimir el mismo espíritu a la realización del pleno potencial del I2ES a fin de modernizar el sistema de autorizaciones de importación y exportación y garantizar la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y el acceso a ellas.

335. **La Junta desea invitar a los Estados Miembros a que analicen qué otras medidas serían necesarias para garantizar la más completa utilización del I2ES y su mantenimiento y seguir mejorándolo.**

8. Actividades de capacitación para las autoridades nacionales competentes e INCB Learning

336. El suministro de previsiones y estadísticas a la Junta y el control del comercio internacional figuran entre las principales funciones del sistema de fiscalización internacional de drogas. Sin embargo, la Junta ha observado que muchos países tienen dificultades para cumplir los requisitos establecidos en los tratados de fiscalización internacional de drogas y en las resoluciones conexas del Consejo Económico y Social y la Comisión de Estupefacientes.

337. La insuficiente capacidad de algunos Gobiernos para cumplir las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas aumenta el riesgo de desviación, tráfico y uso indebido y puede dar lugar a una disponibilidad inadecuada de sustancias sujetas a fiscalización para fines médicos, científicos y, en el caso de los precursores, para fines industriales legítimos. Esto puede tener como resultado que los centros médicos, las farmacias y los médicos no tengan acceso a los medicamentos esenciales, no se disponga de tratamiento para las enfermedades, se cause un sufrimiento innecesario y aumenten la desviación y el uso para fines no médicos de las sustancias sometidas a fiscalización, con considerables repercusiones para la salud y el bienestar de la sociedad. En lo que respecta a los precursores, las dificultades que enfrentan algunos Gobiernos para establecer un sistema de vigilancia equilibrado pueden obstaculizar el comercio internacional legítimo e intensificar la fabricación ilícita y el uso indebido de drogas en sus países y en el extranjero.

338. A lo largo de los años, y a través de su secretaría, la Junta ha impartido capacitación a los Gobiernos, en función de sus necesidades, paralelamente a los períodos de sesiones anuales de la Comisión de Estupefacientes y mediante la participación de la Junta en las reuniones de los órganos subsidiarios de la Comisión, en conferencias y reuniones de organizaciones regionales, en actividades especiales y mediante las visitas del personal de las autoridades nacionales competentes a las oficinas de la secretaría de la Junta.

339. A principios de 2016, en respuesta a las solicitudes de los Estados Miembros, la Junta puso en marcha el proyecto INCB Learning, iniciativa de aprendizaje de alcance mundial que tiene por objeto fortalecer la capacidad de los Gobiernos para controlar, conforme a la reglamentación vigente, y vigilar el comercio lícito de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores. El objetivo final del proyecto es apoyar a los Gobiernos en sus esfuerzos por garantizar una disponibilidad adecuada de sustancias sometidas a fiscalización y evitar su desviación, tráfico ilícito y uso indebido. Mediante la iniciativa INCB Learning, la Junta contribuye a la labor realizada para lograr el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

340. A fin de proporcionar capacitación de manera eficaz en función de los costos, en el marco de INCB Learning se celebran seminarios regionales para el personal de los organismos nacionales competentes. Los primeros seminarios de capacitación se realizaron en Nairobi en abril de 2016 para los países de África oriental, y en Bangkok en julio de 2016 para los países de Asia meridional y oriental y el Pacífico. Posteriormente, en julio de 2017 se celebró un seminario para los países europeos en Viena. En noviembre de 2017 tuvo lugar en Sídney (Australia) un seminario de capacitación para los países de Oceanía y está en fase de preparación un curso práctico de capacitación para los Estados miembros del Sistema de la Integración Centroamericana, que se celebrará en Ciudad de Guatemala. Al 1 de noviembre de 2017, 116 funcionarios de 56 países, que juntos representaban casi la mitad de la población mundial, habían recibido capacitación en el marco del proyecto.

341. También por conducto de INCB Learning, la Junta está actualizando su material de capacitación para las autoridades nacionales competentes y elaborando cursos de aprendizaje electrónico que permitan al personal recibir capacitación de la JIFE a demanda. Se espera que este enfoque permita a las autoridades nacionales competentes conservar los conocimientos pertinentes, aun cuando el personal cambie. En el marco del proyecto se han elaborado cursos piloto de aprendizaje electrónico

centrados en los sistemas de provisiones de estupefacientes y sustancias sicotrópicas y en las provisiones de las necesidades anuales legítimas de importación de determinados precursores de estimulantes de tipo anfetamínico. Además de esas actividades de capacitación, en el marco de INCB Learning se han organizado cursos prácticos a nivel nacional para crear conciencia sobre la importancia de garantizar la disponibilidad y el acceso a los estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos. Los cursos prácticos organizados en Kenia y Tailandia reunieron a participantes de los organismos nacionales, la comunidad internacional y la sociedad civil a fin de examinar los problemas en el ámbito nacional y las oportunidades de mejorar el acceso a las sustancias sujetas a fiscalización.

342. INCB Learning responde a las recomendaciones operacionales contenidas en el documento final aprobado en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”. En ese documento, los Gobiernos acordaron un conjunto de medidas recomendadas para asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización y el acceso a ellas con fines exclusivamente médicos y científicos e impedir su desviación. En el párrafo 2 del documento final se recomienda expresamente que se fortalezca el funcionamiento adecuado de los sistemas nacionales de fiscalización de drogas y los mecanismos y programas de evaluación internos. Se recomienda asimismo que se imparta capacitación a las autoridades nacionales competentes y se lleven a cabo campañas de sensibilización a fin de garantizar el acceso a las sustancias sometidas a fiscalización para fines médicos y científicos. INCB Learning colabora con la OMS y la UNODC, que han contribuido a los seminarios de capacitación y los cursos prácticos de sensibilización realizados en el marco de ese proyecto y participado en ellos mediante aportaciones en el ámbito de los medicamentos esenciales y la atención paliativa. Las recomendaciones operacionales contenidas en el documento final del período extraordinario de sesiones también hacen referencia a las herramientas en línea elaboradas por la Junta, como I2ES y PEN Online, sobre las cuales se imparte formación en los seminarios.

343. En el espíritu del artículo 9, párrafo 5, de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, la Junta presta asistencia a los Gobiernos en el cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Como centro de conocimientos técnicos, la secretaría de la Junta está en condiciones óptimas de impartir capacitación a las autoridades nacionales competentes.

La capacitación impartida en el marco de INCB Learning ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar el cumplimiento por los Estados Miembros de los tratados y las resoluciones conexas del Consejo Económico y Social y la Comisión de Estupefacientes. Se han recibido comentarios muy positivos de los participantes, quienes han subrayado la gran pertinencia de esa capacitación para su labor y la necesidad de mantener, repetir y ampliar la iniciativa INCB Learning.

344. Sin perjuicio de la asistencia prestada por la JIFE, los Gobiernos tienen la responsabilidad, conforme a los tratados de fiscalización internacional de drogas, de velar por que sus autoridades nacionales competentes reciban capacitación. La importancia de garantizar que los administradores de los organismos nacionales de fiscalización de drogas tengan las cualificaciones idóneas para aplicar fiel y eficazmente las disposiciones de los tratados se pone de relieve en el artículo 34 *a*) de la Convención de 1961. El artículo 38, párrafos 2 y 3, de la Convención de 1961 y el artículo 20, párrafos 2 y 3, del Convenio de 1971 imponen a los Estados partes la obligación de impartir formación con miras a prevenir el uso indebido de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Esa formación debería centrarse, entre otras cosas, en la capacidad de las autoridades nacionales competentes para determinar las necesidades legítimas de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, vigilar y controlar su uso y presentar información exacta a la JIFE. La necesidad de impartir capacitación adecuada para la fiscalización de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores químicos al personal de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, entre otros, también está prevista en el artículo 9, párrafos 2 y 3, de la Convención de 1988.

345. Los tratados de fiscalización internacional de drogas y el documento final del período extraordinario de sesiones, en su párrafo 6, exhortan a la comunidad internacional a que aumente la cooperación y preste asistencia técnica y financiera a los países que soliciten apoyo. INCB Learning está disponible para ayudar a los países, en colaboración con otras entidades de las Naciones Unidas como la OMS y la UNODC, a cumplir sus obligaciones en virtud de los tratados a fin de fortalecer el sistema de fiscalización internacional de drogas y garantizar la disponibilidad adecuada de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores para fines lícitos. Para lograr ese objetivo y apoyar a los Gobiernos, la Junta depende de las contribuciones voluntarias de los Gobiernos a sus actividades de fomento de la capacidad. La Junta agradece las contribuciones a INCB Learning recibidas de los Gobiernos de Australia, los Estados Unidos y Francia, así como el apoyo en especie proporcionado por el Gobierno de Tailandia. **La Junta insta a los Gobiernos a que sigan haciendo**

contribuciones de forma periódica a fin de mantener y ampliar las actividades que se llevan a cabo en el marco de INCB Learning. Ese compromiso de los Gobiernos es necesario para garantizar una amplia cobertura geográfica, la sostenibilidad del proyecto y la prestación de apoyo y asesoramiento a todos los Gobiernos.

9. Modernización de la plataforma del Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas

346. El sistema de fiscalización internacional de drogas se basa en los tres tratados siguientes: 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 la Convención de 1961 en su forma enmendada y en el Convenio de 1971 se establecieron medidas de fiscalización de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y en la Convención de 1988, medidas de fiscalización de los precursores utilizados en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Al hacerse partes en esos instrumentos, los Estados aceptan la obligación de incorporar a su legislación nacional las disposiciones que estos contienen.

347. Los tratados de fiscalización internacional de drogas se elaboraron en reconocimiento del hecho de que determinadas sustancias, aun siendo sumamente beneficiosas para la humanidad, también podían causar daños. Por esa razón, los tratados establecieron un sistema de fiscalización que garantizara la disponibilidad de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos y al mismo tiempo previniera su producción y tráfico ilícitos y su uso indebido. Si se aplica correctamente, ese sistema no debería obstaculizar, sino facilitar, el acceso a las sustancias sujetas a fiscalización y evitar su desviación.

348. La JIFE es el órgano responsable de vigilar el cumplimiento por los Gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas y de prestarles apoyo a ese respecto. La capacidad de la JIFE para vigilar el funcionamiento de los mecanismos de fiscalización internacional de drogas creados en virtud de los tratados depende en parte de que los Gobiernos puedan indicarle las cantidades estimadas de las sustancias fiscalizadas necesarias para fines legítimos en sus países. Esas cantidades se denominan provisiones en el caso de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas, y necesidades legítimas anuales en el de los precursores y las sustancias

frecuentemente utilizadas para la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico.

349. La estimación exacta de las necesidades de sustancias fiscalizadas es fundamental para garantizar que se disponga de ellas en cantidad suficiente para fines médicos y científicos. Si las provisiones de las necesidades son insuficientes, la escasez de esas sustancias puede causar problemas, pero si son excesivas pueden dar lugar a excedentes, derroches y un mayor riesgo de desviación de sustancias fiscalizadas. Para complementar su informe anual la Junta publica tres informes técnicos dedicados a los estupefacientes, las sustancias sicotrópicas y los precursores. Esos informes se basan en la información suministrada a la Junta por los Gobiernos con arreglo a las disposiciones pertinentes de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

350. Los datos presentados por los países se almacenan en el Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas (IDS) de la JIFE, sistema de gestión de la información que proporciona a la Junta herramientas automatizadas de análisis y presentación de informes para el cumplimiento de su mandato de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. El IDS entró en funcionamiento en 2004 y se inauguró oficialmente en marzo de 2005, paralelamente al 48º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes.

351. El IDS proporciona a la JIFE herramientas para vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización de drogas y facilitar la gestión de los datos recibidos de los países y territorios que le presentan informes en cumplimiento de lo dispuesto en esos tratados. También contiene herramientas para vigilar y controlar las importaciones y exportaciones mundiales de estupefacientes, sustancias sicotrópicas y precursores. El sistema sirve a la Junta para vigilar la información sobre las actividades lícitas de producción, cultivo, utilización y mantenimiento de existencias de sustancias fiscalizadas por los países y territorios. El sistema proporciona a la Junta varios mecanismos de control y herramientas de análisis y presentación de información automatizados.

352. El IDS es utilizado por la JIFE desde hace 13 años y se ha ido reforzando y ampliando con los años, según las necesidades. Es un instrumento vital de la Junta para vigilar el cumplimiento de los tratados de fiscalización internacional de drogas. El IDS se utiliza para procesar los datos que los países y territorios presentan durante el año a la JIFE en los distintos formularios.

353. Los datos contenidos en el IDS se analizan para preparar las publicaciones de la Junta. Los datos estadísticos

publicados proporcionan información para fines analíticos, entre otras cosas, sobre la disponibilidad y utilización de estupeficientes, sustancias sicotrópicas y precursores en diversos países y territorios. La preparación de las previsiones y estadísticas que se presentan a la Junta requiere la participación de diversos organismos de la administración nacional (sanitarios, policiales, aduaneros y judiciales, entre otros). El IDS se utiliza para analizar la situación mundial en lo que respecta a la disponibilidad de sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos. Las herramientas de análisis para preparar estadísticas trimestrales se utilizan para detectar y notificar discrepancias en la información sobre el comercio y excedentes en las importaciones o exportaciones.

354. Una de las actividades fundamentales de la JIFE consiste en vigilar el comercio lícito de los precursores que figuran en los Cuadros I y II de la Convención de 1988 y ayudar a los Gobiernos a prevenir la desviación de esas sustancias químicas al tráfico ilícito. El intercambio de notificaciones previas a la exportación entre los Gobiernos exportadores e importadores sigue siendo el medio más eficaz de verificar la legitimidad de las operaciones comerciales. La información sobre el comercio lícito de precursores se registra instantáneamente en la base de datos del IDS, que utiliza PEN Online como principal mecanismo para el ingreso de datos sobre precursores desde su puesta en marcha, en marzo de 2006.

355. Desde que comenzó, en 1997, la reunión sistemática de notificaciones previas a la exportación, se han registrado y procesado unas 269.000 notificaciones en la base de datos del IDS, el 87% de las cuales se han recibido en tiempo real por medio de PEN Online. El IDS permite a la JIFE evaluar y analizar rápidamente la información sobre el comercio (sustancias, cantidades, países, empresas) para determinar las tendencias del comercio lícito y detectar posibles desviaciones y actividades de tráfico ilícito, gracias a lo cual pueden detectarse deficiencias en los sistemas nacionales de fiscalización y proponerse medidas correctivas, lo que contribuye al cumplimiento efectivo de las funciones encomendadas a la Junta en la Convención de 1988. Además, el IDS contiene la información sobre la incautación y el comercio lícito recibida en el formulario D, de presentación anual, que es indispensable para preparar el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988, así como para coordinar y apoyar iniciativas regionales e internacionales de fiscalización de precursores.

356. Con todo, el IDS se creó con las tecnologías existentes hace más de 13 años y necesita modernizarse. En vista de la rapidez con que evolucionan y avanzan las tecnologías de sistemas de información, el IDS se está

quedando obsoleto. Cada vez es más difícil apoyar y mantener el sistema actual debido a que el programa informático en que se basa está desapareciendo rápidamente del mercado, lo que hace más difícil encontrar a especialistas informáticos capaces de prestar apoyo a las tecnologías ya anticuadas que utiliza.

357. Para modernizar el IDS pueden aprovecharse los avances en el equipo físico y las redes. Los sistemas informáticos modernos tienen mejores interfaces de usuario e incorporan las experiencias comunes de los usuarios. La actualización del sistema hará al IDS más compatible con los nuevos equipos y programas informáticos. Por ejemplo, el aumento del número de nuevas sustancias psicoactivas sometidas a fiscalización internacional tras la reciente clasificación de muchas sustancias por la Comisión conlleva la necesidad de incorporar nuevas funciones institucionales en el IDS. El sistema actual no posee flexibilidad suficiente para adaptarse a todas esas necesidades cambiantes. Su modernización le permitirá interactuar mejor con los sistemas nacionales de los Gobiernos, lo que aumentaría la capacidad de la Junta de verificar el cumplimiento de los tratados, al tiempo que se crearía una plataforma más segura para que los Gobiernos integran sus sistemas nacionales.

358. Los datos de que dispondría la JIFE serían mucho más fáciles de publicar en la web o de transmitir en respuesta a solicitudes de información formuladas mediante dispositivos móviles. Los cuadros técnicos y la información estadística, que se publican en el informe anual de la JIFE y las publicaciones técnicas complementarias, podrían comunicarse y difundirse por diversos medios.

359. El IDS acepta actualmente la presentación en formato XML de los distintos formularios en que los Gobiernos comunican información estadística. Al modernizarse, el sistema podría recibir esa información en línea a través de una interfaz web segura, lo que permitiría a los Gobiernos cargar su información estadística de manera eficaz y eficiente. Las autoridades nacionales competentes y la Junta ahorrarían mucho tiempo y recursos al ingresar y verificar información estadística.

360. El IDS es el principal sistema de gestión de la información que apoya la labor realizada por la JIFE en cumplimiento de su mandato de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Cuando se creó, hace 13 años, era imposible prever los avances tecnológicos actuales, y la JIFE debería adaptar sus actividades a estos y actualizar el sistema.

361. La eficacia del sistema de fiscalización internacional de drogas se basa en el esfuerzo colectivo de los Estados

Miembros para aplicar y vigilar la aplicación de los tratados. La modernización del IDS (su desarrollo y mantenimiento) tiene consecuencias financieras, por lo que la JIFE quisiera instar a los Gobiernos a que considerasen la posibilidad de prestar el apoyo financiero necesario

para llevarla a cabo, a fin de garantizar que la Junta siga funcionando con eficiencia y eficacia y, al mismo tiempo, simplificar la labor que realizan los organismos nacionales competentes para presentar la información obligatoria conforme a lo previsto en los tratados.

Capítulo III.

Análisis de la situación mundial

Aspectos más destacados

- Si bien África sigue siendo una región clave de tránsito del tráfico de drogas, el consumo de diversas clases de sustancias, entre ellas cocaína, opioides, estimulantes de tipo anfetamínico, tramadol y nuevas sustancias psicoactivas, va en aumento.

- Varios países de África han mejorado sus servicios de tratamiento de la drogodependencia, si bien la mayoría de los sistemas de salud carecen de los recursos y la capacidad necesarios.

- El tráfico de cocaína sigue siendo uno de los principales retos a que se enfrenta Centroamérica y el Caribe, si bien los países de la región están estrechando la cooperación mutua y fortaleciendo las medidas de interceptación para combatir el comercio ilícito de cocaína.

- Los datos disponibles correspondientes a los países de Centroamérica y el Caribe muestran que la prevalencia del cannabis es la más alta de todas las sustancias sometidas a fiscalización internacional consumidas por la población; algunos países han comunicado un aumento de la prevalencia de esa droga.

- Los países de América del Norte, en particular los Estados Unidos y el Canadá, siguen afrontando una mortífera epidemia de opioides impulsada por la creciente disponibilidad de drogas de venta callejera adulteradas con fentanilos.

- En los Estados Unidos, donde en 2016 se produjeron más de 64.000 muertes por sobredosis, el Gobierno declaró una emergencia nacional de salud pública en 2017.

- Los Gobiernos y jurisdicciones de América del Norte han seguido aplicando políticas con respecto a la legalización del uso del cannabis con fines no médicos, lo que contraviene la Convención de 1961 en su forma enmendada.

- La disponibilidad de cocaína parecería ir en aumento en América del Norte, al igual que su consumo. En los Estados Unidos, el número de casos de muerte por sobredosis en que se certificó que la cocaína había sido la causa del fallecimiento, con o sin la presencia de opioides, aumentó en más del 50% de 2015 a 2016.

- En América del Sur, el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia aprobó en 2017 una ley que permite cultivar hasta 22.000 ha de arbusto de coca para fines tradicionales, con arreglo a su reserva a la Convención de 1961, aunque con ello se duplicaría prácticamente la superficie necesaria según el estudio realizado por el Gobierno en 2013.

- En Colombia, la superficie dedicada al cultivo ilícito de arbusto de coca aumentó en más de un 50%, de 96.000 ha en 2015 a 146.000 ha en 2016. Tras la firma del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera en noviembre de 2016, el Gobierno de Colombia y la UNODC firmaron un acuerdo por valor de aproximadamente 315 millones de dólares para monitorear la aplicación de la política del país en materia de reducción de los cultivos ilícitos y fortalecimiento de los programas de desarrollo alternativo, como parte esencial de las actividades de consolidación de la paz que se realizan en el país.

- El Gobierno del Uruguay confirmó el inicio de la dispensación de cannabis en farmacias con fines no médicos en julio de 2017, lo que contraviene las obligaciones contraídas por el país en virtud de la Convención de 1961 en su forma enmendada.

- La fabricación ilícita de metanfetamina y los mercados ilícitos de metanfetamina continúan ampliándose en Asia oriental y sudoriental y presentan graves dificultades para la reducción de la oferta y la demanda en la región.

- Habida cuenta de la continua aparición de nuevas sustancias psicoactivas y el uso cada vez más frecuente de esas sustancias en Asia oriental y sudoriental, es preciso prestar más atención y destinar más recursos a recopilar datos pertinentes y proporcionar servicios de tratamiento.

- En Asia meridional, el aumento de la fabricación, el tráfico y el uso indebido de metanfetamina y la continua aparición de nuevas sustancias psicoactivas plantean grandes problemas para los Gobiernos de la región.

- El tráfico y el uso indebido de cannabis siguen siendo un importante problema relacionado con las drogas en Asia meridional, al igual que los aumentos en el tráfico de heroína notificados en gran parte de la región.

- El tráfico de drogas desde el Afganistán plantea retos importantes para la labor de fiscalización de drogas de los países de la región de Asia occidental.

- La inestabilidad y la continuación del conflicto en el Cercano Oriente y el Oriente Medio han provocado un aumento considerable del tráfico y el uso indebido de drogas en muchos países de la región.

- El número de nuevas sustancias psicoactivas detectadas en los países europeos siguió aumentando en 2016, aunque a un ritmo más lento; no todas las sustancias psicoactivas detectadas permanecen o están presentes en el mercado en todo momento.

- Algunos países europeos sometieron a medidas de control algunas de las nuevas sustancias psicoactivas que aún no están sujetas a fiscalización internacional.

- En Europa sudoriental se registró un aumento de las incautaciones de anfetamina en 2016, lo que puede estar relacionado con la expansión del tráfico de anfetamina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y a través de esa zona.

- En Oceanía, las grandes incautaciones de cocaína efectuadas gracias a la cooperación entre Australia, Nueva Zelanda y los países insulares del Pacífico demuestran que cada vez más los traficantes de drogas tienen en el punto de mira a los países y territorios insulares del Pacífico.

- Aunque el uso indebido y el tráfico de metanfetamina siguen planteando un importante problema de salud pública y aplicación de la ley en la región, en 2016 se observó una disminución de las incautaciones y de la prevalencia de la sustancia en Australia.

A. África

1. Novedades principales

362. La producción ilícita, el tráfico y el uso indebido de cannabis, una de las drogas que generan mayor preocupación en África, constituyen un problema persistente. Si bien la hierba de cannabis se cultiva de forma ilícita en todas las subregiones, la producción ilícita de resina de cannabis sigue circunscrita a unos cuantos países de África septentrional. La incautación de resina de cannabis comunicada por Marruecos siguió aumentando en 2016 hasta llegar a casi 237 t, si bien Argelia y Egipto informaron de un descenso considerable de la incautación de esa sustancia.

363. Aunque el cannabis sigue siendo la sustancia que más se consume en África, se ha informado del aumento del uso indebido de cocaína, de diversos opioides (incluido el tramadol), de estimulantes de tipo anfetamínico y de nuevas sustancias psicoactivas. El consumo de drogas, en particular de heroína, también parece haberse intensificado en todas las subregiones de África.

364. El tráfico de drogas suele desarrollarse paralelamente a otras actividades ilícitas, como la trata de personas y el tráfico de armas, lo que agrava la inseguridad y la inestabilidad en todos los países de África. En Sudáfrica, las tasas de delincuencia relacionada con las drogas han aumentado un 11% desde el anterior período examinado. En ocho de las nueve provincias de Sudáfrica se ha agravado esa clase de delincuencia.

365. Las redes delictivas organizadas transnacionales de África, entre ellas las implicadas en el narcotráfico, aprovechan cada vez más Internet para sus actividades ilícitas. En Nigeria, la Dirección Nacional de Represión del Uso Indebido de Drogas informó de que varios blogs y páginas web habían pasado a ser las fuentes más comunes de abastecimiento de drogas y que cada vez era mayor el número de sustancias que se anunciaban y comercializaban en línea.

2. Cooperación regional

366. En noviembre de 2016, INTERPOL llevó a cabo una operación de ocho días de duración denominada "Adwenpa II" con el objetivo de reforzar la seguridad fronteriza en la subregión de África occidental. La operación se basó en el éxito de la Operación Adwenpa I, que había formado parte de un programa de creación de capacidad para fortalecer la gestión de las fronteras

en África occidental. La Operación Adwenpa II comprendió 28 pasos fronterizos principales entre 14 países: Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona y Togo. Dio lugar, entre otras cosas, a múltiples procedimientos de incautación de cocaína, cannabis, heroína, metanfetamina y otras drogas.

367. En 2016, la UNODC, la CEDEAO y la Unión Europea lanzaron un llamamiento para que se presentaran propuestas de financiación de iniciativas y programas experimentales innovadores de prevención del uso indebido de drogas. Los programas e iniciativas seleccionados se llevarían a cabo en Burkina Faso, Cabo Verde, Liberia, Mauritania, Sierra Leona y el Togo y estarían dirigidos principalmente a los jóvenes. Las subvenciones tendrían por objeto permitir a organizaciones de la sociedad civil la aplicación de planes y políticas que, según los datos científicos disponibles, hubiesen demostrado ser eficaces para la prevención del uso indebido de sustancias, tal como se establece en las Normas Internacionales de la UNODC sobre la Prevención del Uso de Drogas. También se prestó apoyo a las autoridades e instituciones nacionales a fin de promover la cooperación intrasectorial.

368. Del 20 al 24 de marzo de 2017 se celebró en Addis Abeba la segunda reunión del Comité Técnico Especializado de la Unión Africana sobre Salud, Población y Fiscalización de Drogas. Asistieron participantes de 34 Estados miembros de la Unión Africana, órganos de la Unión Africana, la CEDEAO, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y asociados en materia de cooperación. Los Estados miembros de la Unión Africana representados en la reunión eran Angola, Argelia, Burkina Faso, el Camerún, el Chad, las Comoras, el Congo, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Kenya, Lesotho, Malí, Marruecos, Mauritania, Mozambique, Namibia, Nigeria, la República Democrática del Congo, la República Unida de Tanzania, Rwanda, el Senegal, Sierra Leona, Sudáfrica, el Sudán, Sudán del Sur, Swazilandia, el Togo, Túnez, Uganda, Zambia y Zimbabwe. En la reunión de ministros celebrada en el marco del acto se aprobaron varias recomendaciones, entre ellas las de considerar y tratar los trastornos causados por el consumo de drogas como enfermedades, elaborar y adoptar plenamente políticas nacionales en materia de drogas, asegurar el acceso a tratamiento y servicios psicológicos a los consumidores de drogas, reconocer los riesgos especiales que corren las mujeres y las niñas en relación con el consumo de drogas e incluir la prevención del consumo en los programas básicos de estudios de las instituciones de aplicación de la ley y de atención médica a fin de ampliar la fuerza de trabajo dedicada a la prevención en África.

369. En enero de 2017 se creó oficialmente en Addis Abeba la Organización Africana de Cooperación Policial (AFRIPOL), que celebró su primera asamblea general en Argel en mayo de 2017. Los participantes, que procedían de 45 Estados miembros de la Unión Africana, aprobaron un plan de trabajo trienal (2017-2019) que establece resultados estratégicos en relación con diversos ámbitos delictivos, entre ellos el tráfico de drogas.

370. En marzo de 2017 se reunieron por primera vez, en Zanzíbar, representantes de los países de la Iniciativa Triangular con representantes de Estados de las regiones de África y el océano Índico. Entre los participantes figuraban seis Estados africanos: Kenya, Madagascar, Nigeria, República Unida de Tanzania, Seychelles y Sudáfrica. La reunión sirvió para facilitar el intercambio interregional de experiencias y de las mejores prácticas en lo que respecta a descubrir, investigar y desarticular los métodos utilizados por los grupos delictivos organizados transnacionales para financiar sus actividades.

371. Del 18 al 22 de septiembre de 2017 se celebró en Hurgada (Egipto) la 27ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, África. Los debates se centraron en la cooperación regional y subregional para combatir el tráfico de drogas. En los grupos de trabajo se examinaron los siguientes temas: medidas eficaces para combatir el blanqueo de dinero y las corrientes financieras ilícitas; fortalecimiento de la coordinación de las plataformas regionales de comunicación que apoyan el cumplimiento de las leyes en materia de drogas en África; tráfico de nuevas sustancias psicoactivas, entre ellas el *khat* (*Catha edulis*), las benzodiazepinas y el tramadol, así como respuestas de los organismos encargados de hacer cumplir la ley; y atención a las necesidades específicas de las mujeres y las niñas en el contexto del problema mundial de las drogas.

3. Legislación, política y medidas de ámbito nacional

372. En marzo de 2017, Seychelles modificó su Ley sobre el Uso Indebido de Drogas incorporando los cannabinoides sintéticos, en todas sus formas, en la Lista I.

373. En Somalia, el nuevo plan nacional de desarrollo 2017-2019, puesto en marcha por el Gobierno federal en noviembre de 2016, establece que el tráfico de drogas constituye una amenaza grave para la protección marítima del país. La ubicación geográfica estratégica de Somalia ofrece grandes oportunidades para perpetrar actividades ilícitas, entre ellas el tráfico de drogas. En el plan se destaca que las drogas son un problema grave que afecta a

los jóvenes del país en la actualidad. El plan nacional de desarrollo se centra en incrementar las oportunidades económicas para los jóvenes como forma de detener esas tendencias negativas.

374. En mayo de 2017, el Parlamento de Túnez aprobó la Ley núm. 2017-39, por la que se modifica la Ley núm. 92-52 sobre estupefacientes. La modificación prevé la derogación y sustitución del artículo 12 de la Ley núm. 92-52. En virtud del nuevo artículo, los jueces tienen facultades discrecionales (como se autoriza en el artículo 53 del Código Penal) para optar por no imponer la pena mínima de prisión y multa prevista en la Ley núm. 92-52. Esto se aplica solo al consumo o la posesión de estupefacientes para uso personal.

375. En febrero de 2017, la Dirección de Fiscalización de Drogas y Aplicación de la Ley de la República Unida de Tanzania sustituyó oficialmente a la Comisión de Fiscalización de Drogas como organización encargada de la fiscalización de las drogas en el país. La Dirección fue establecida en virtud de la Ley de Fiscalización de Drogas y Aplicación de la Ley de 2015, que había reemplazado a la Ley de Drogas y Prevención del Tráfico Ilícito de Drogas de 1995. Se le ha encomendado la coordinación de la respuesta nacional frente a las drogas y está facultada para realizar investigaciones, incautar drogas y detener a presuntos infractores.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

376. África sigue siendo una de las principales regiones de tránsito del narcotráfico. El cannabis continúa planteando retos en el continente. Si bien la hierba de cannabis se cultiva de forma ilícita en todas las subregiones, la producción ilícita de resina de cannabis sigue circunscrita a unos pocos países, concretamente de África septentrional, y Marruecos es el país de origen en la mayoría de los casos. Según la información recibida, la mayor parte de la resina de cannabis producida en África septentrional va destinada a Europa. Por otra parte, la información de que se dispone sugiere que la hierba de cannabis es objeto de tráfico mayormente dentro de África. La importancia de África como región de tránsito de cocaína también va creciendo. Si bien en años anteriores los países de África occidental eran la principal zona de tránsito del tráfico de cocaína, cada vez más se utilizan países de África septentrional también como ruta de tránsito de la

cocaína procedente de América del Sur que va de camino a Europa. Según la UNODC, la sustancia llega a África por diversas rutas, aunque en especial directamente de América del Sur, indirectamente por la región del Sahel y África occidental o, en menor medida, pasando por Europa. Los opiáceos procedentes del Afganistán son trasladados a través de África y posteriormente objeto de tráfico en Europa, América del Norte y otros mercados consumidores.

377. En 2016, varios países africanos informaron de haber incautado hierba de cannabis en varias ocasiones. En Egipto, la incautación disminuyó de 360 a 200 t, lo que entraña un descenso del 45% respecto del año anterior. De manera análoga, Madagascar informó de una disminución del 62%, de 8 a 3 t, mientras que en Zambia la incautación aumentó de 17 a 20 t. También informaron de haber incautado grandes cantidades de hierba de cannabis Ghana (más de 2 t), Kenya (casi 9 t), Mozambique (más de 1 t), Nigeria (más de 4 t) y el Sudán (45 t).

378. En 2016, Marruecos comunicó una de las mayores cifras de resina de cannabis incautada a escala mundial, de cerca de 237 t, en comparación con 235 t en 2015. La mayor parte de la sustancia tenía como destino final los mercados europeos, en particular España y Francia, mientras que otra parte se dedicaba al consumo local. Asimismo, el tráfico marítimo de cannabis sigue constituyendo un problema acuciante para las autoridades marroquíes.

379. Argelia y Egipto volvieron a comunicar grandes incautaciones de resina de cannabis. Sin embargo, las cantidades notificadas por ambos Gobiernos habían disminuido de forma considerable en los últimos años, particularmente desde 2013. En Argelia, la incautación de resina de cannabis descendió a 109 t en 2016, es decir, 14% menos que en 2015 (127 t) y 48% menos que en 2013 (211 t). Se estimó que del 75% al 80% de la resina de cannabis transitaba a través de provincias del noroeste del país, incluso a través de puertos marítimos. El resto, del 20% al 25%, se destinaba al consumo local. Egipto comunicó que en 2016 se habían incautado unas 29 t de resina de cannabis, 12% menos que en 2015 (33 t) y 65% menos que en 2013 (84 t).

380. Varios informes de países de la Unión Europea indican la existencia de una nueva ruta de tráfico de resina de cannabis en la que se utiliza a Libia como principal vía de tránsito. Cada vez es más frecuente que la resina de cannabis procedente de Marruecos cruce el Mediterráneo de forma clandestina, principalmente con destino a Italia, y de ahí se dirija a otros destinos. No obstante, la mayor parte de la resina de cannabis que sale de

Marruecos sigue pasando a España, y únicamente cantidades menores se envían a Italia, ya sea directamente o a través de Libia.

381. Los datos comunicados por los países africanos sobre la erradicación del cannabis siguen siendo limitados, por lo que resulta difícil evaluar sus esfuerzos en ese sentido. Sin embargo, según la información de que se dispone, Marruecos y Nigeria ocuparon el segundo y el tercer lugar, respectivamente, entre los países de todo el mundo que habían erradicado más cultivos de cannabis durante el período 2010-2015. Si bien, según la información presentada por las autoridades marroquíes, es posible que la superficie dedicada al cultivo de cannabis en ese país haya disminuido en los últimos años, las cosechas parecen haberse estabilizado debido a la introducción de variedades de alto rendimiento. Al parecer, recientemente se han introducido en Marruecos nuevas técnicas de producción y plantas de gran potencia. Además, las autoridades kenianas erradicaron cultivos de cannabis en 12 ha y se incautaron de 6.095 plantas de marihuana en 2016, en tanto que las autoridades de Zambia se incautaron de casi 40 t de plantas de cannabis.

382. La importancia creciente de África como región de tránsito del tráfico de cocaína quedó confirmada por una serie de importantes operaciones de incautación de esa sustancia comunicadas por varios países del continente. La UNODC considera que esa circunstancia puede atribuirse a la expansión del mercado de la cocaína en todo el mundo.

383. La cocaína se transportaba principalmente a Marruecos desde América del Sur a lo largo de rutas aéreas y marítimas comerciales. Las autoridades marroquíes informaron de que en 2016 se había alcanzado la cifra sin precedentes de 1.621 kg de cocaína incautada en el país, en comparación con 120 kg en 2015. En octubre de 2017, las autoridades marroquíes presuntamente se incautaron de 2,5 t de cocaína en una sola operación llevada a cabo en dos lugares. La cocaína procedía del Brasil y se dirigía a países de África y Europa. Además, en enero de 2017, la Policía Judicial nacional informó de la incautación de 116 kg de cocaína en Tánger.

384. Túnez también informó de la incautación de cantidades sin precedentes de cocaína procedente de América del Sur. Al parecer, Túnez es uno de los países de tránsito y de destino de la cocaína de América del Sur. En septiembre de 2016, las autoridades brasileñas se incautaron de 602 kg de cocaína que se trasladaba oculta en 18 sacos de azúcar ecológico en el interior de un contenedor con destino al puerto de Túnez a través de Italia. En marzo de 2017, la Guardia Marítima de Túnez se incautó

de más de 31,5 kg de cocaína en el Mediterráneo. En 2016 se informó también de cantidades de cocaína incautadas en Argelia (59 kg), Egipto (26 kg), Kenya (113 kg), Sudáfrica (191 kg), el Sudán (10 kg) y Zambia (26 kg).

385. Otros países de África, incluidos Djibouti, Ghana, Madagascar, Malí, Mozambique y Nigeria, también informaron de la incautación de cocaína. En enero de 2017, la policía de Djibouti se incautó de 500 kg de cocaína procedente del Brasil en el puerto principal del país. Según las autoridades, se trató de la mayor incautación realizada en Djibouti y en toda África oriental desde 2004. Además, al parecer Ghana es un país de tránsito importante de la cocaína destinada a Europa, aunque la incautación haya descendido allí y actualmente sea más bien escasa. En 2016, Ghana informó de la incautación de 6 kg de cocaína (procedente del Brasil), cifra drásticamente inferior a las registradas en 2014 (465 kg) y 2013 (901 kg). Madagascar y Mozambique informaron de la incautación de cantidades menores de cocaína, de menos de 1 kg cada uno, en 2016.

386. En diciembre de 2016 y enero de 2017, el equipo de tareas conjunto de interceptación aeroportuaria de Malí, establecido en el marco del Proyecto de Comunicación Aeroportuaria (AIRCOP) de la UNODC, INTERPOL y la Organización Mundial de Aduanas (OMA), se incautó en Bamako de 2 kg de cocaína procedente de América Latina que iba de camino a Europa. Nigeria informó de la incautación de 82 kg de cocaína, en total, en 2016.

387. El tráfico ilícito de opiáceos procedentes del Afganistán a través de la ruta meridional ha continuado, y el consumo de esa sustancia en África ha seguido en aumento. En ocasiones, la heroína procedente del Pakistán se introducía de forma clandestina en Sudáfrica para luego enviarse a los Estados Unidos. Sin embargo, la mayor parte de la cocaína introducida clandestinamente en Sudáfrica se destinó al consumo local. En 2016, los países africanos que informaron de la incautación de heroína fueron Argelia, Egipto, Ghana, Kenya, Madagascar, Marruecos, Mozambique, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica y Zambia. Las cantidades incautadas oscilaban entre 30 gramos y 816 kg. De enero a junio de 2017, las autoridades de la República Unida de Tanzania se incautaron de más de 27 kg de heroína. Las autoridades europeas también informaron de la incautación de heroína procedente de África. Las Fuerzas Marítimas Combinadas, que operan en el océano Índico cerca de la costa de África oriental, suelen realizar incautaciones de varios cientos de kilogramos cada una. Por ejemplo, en mayo de 2017, la Marina Real del Reino Unido descubrió y destruyó 266 kg de heroína que se encontraban en el frigorífico de un barco de pesca.

388. En Sudáfrica, el consumo de la mezcla de drogas de venta callejera *nyaope*, a pesar de ser ilegal desde marzo de 2014, va en aumento. Su principio activo principal es la heroína; es altamente adictiva y suele presentarse envuelta en hojas de cannabis y fumarse. El síndrome de abstinencia es muy severo. Consumen esa mezcla principalmente jóvenes de ambientes pobres, ya que es más asequible que otras drogas y es fácil conseguirla en poblaciones y áreas de asentamiento informal.

b) Sustancias sicotrópicas

389. En 2016, funcionarios marroquíes comunicaron la incautación de más de 1 millón de comprimidos de sustancias sicotrópicas.

390. Cada vez es mayor motivo de preocupación la metanfetamina que se fabrica en África occidental. En los últimos años se ha introducido de contrabando en Asia y Oceanía metanfetamina procedente de varias subregiones africanas, principalmente de África septentrional, occidental y central. Las redes delictivas organizadas de Nigeria que fabrican metanfetamina y se dedican al tráfico ilícito de esa sustancia tienen como objetivo principal los mercados de los países de Asia sudoriental. Entre el 1 de noviembre de 2016 y el 1 de noviembre de 2017, la Dirección Nacional de Represión del Uso Indebido de Drogas de Nigeria comunicó la incautación de varias drogas, entre ellas metanfetamina. La cantidad total de metanfetamina incautada fue de 40 kg. En 2016, las autoridades de Kenya y Sudáfrica comunicaron haberse incautado de 9 kg y 440 kg de esa sustancia, respectivamente.

391. En el marco de la Operación Lionfish, una de las operaciones dirigidas por INTERPOL, se descubrió una red de grupos delictivos organizados de África occidental implicada en el tráfico ilícito de metanfetamina y se incautaron más de 120 kg de esa sustancia. Gracias al intercambio de información especial, se llevaron a cabo varias detenciones, lo que ayudó a descubrir una ruta de tráfico de cocaína a través de Etiopía hacia el Oriente Medio, Asia y el Pacífico.

392. En 2016, el Servicio de Policía de Sudáfrica comunicó un aumento del número de laboratorios clandestinos que fabricaban drogas sintéticas, entre ellas metanfetamina, en gran parte para el mercado interno. Los principales mercados de la metanfetamina fabricada en África oriental son Asia oriental y, en menor medida, Sudáfrica.

c) Precursores

393. Debido al escaso número de respuestas al formulario D que se han recibido, no existen datos fiables sobre la región en lo que respecta a la incautación de sustancias enumeradas en los Cuadros I y II de la Convención de 1988 y de las sustancias no sujetas a fiscalización internacional, o los datos que existen siguen siendo limitados. Hasta el 1 de noviembre de 2017, únicamente 21 países de África habían enviado el formulario D correspondiente a 2016 y, en la mayoría de los casos, faltaban datos o estos eran insuficientes. Sin embargo, los incidentes comunicados por conducto del PICS confirman que África se sigue viendo afectada por el tráfico de precursores.

394. Según los datos comunicados a través del PICS, entre el 1 de noviembre de 2016 y el 1 de noviembre de 2017, los países africanos en que se registraron incidentes relacionados con precursores, ya sea como países de origen, de tránsito o de destino, fueron Mozambique, Nigeria, la República Unida de Tanzania y Sudáfrica. El principal precursor comunicado en el PICS fue la efedrina, que se utiliza para la fabricación ilícita de metanfetamina. Otros precursores sobre los que se informó fueron el anhídrido acético (sustancia química fundamental en la fabricación de heroína), la acetona y la metiletilcetona.

395. Los datos disponibles parecen indicar que Sudáfrica sigue siendo uno de los destinos principales de la efedrina y la pseudoefedrina que es objeto de contrabando. En noviembre de 2016, la Dirección Nacional de Represión del Uso Indebido de Drogas de Nigeria dio a conocer información a través del PICS sobre la incautación practicada en el aeropuerto de Lagos de casi 84 kg de efedrina destinada a Sudáfrica. La Junta de Fiscalización de Estupefacientes de la India se incautó de 15 kg de pseudoefedrina que también se enviaba a Sudáfrica.

396. Según las autoridades de la República Unida de Tanzania, la desviación de precursores prosiguió en 2017. Una incautación de varias sustancias químicas comprendió 25 litros de anhídrido acético procedente de Francia. Hubo otros casos de tráfico de grandes cantidades de precursores que todavía se estaban investigando.

397. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2017 figura un amplio análisis de la situación con respecto a la fiscalización de los precursores y sustancias químicas frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas en África.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

398. El tráfico y el uso indebido de sustancias no sometidas a fiscalización internacional siguen siendo objeto de gran preocupación en varios países africanos. Los datos de que se dispone indican que va en aumento el uso no médico de tramadol, opioide sintético analgésico, como lo ponen de manifiesto las incautaciones practicadas en África central, septentrional y occidental.

399. Se observó que en la región del Sahel había aumentado el abuso de tramadol. En 2016 se incautaron más de 8 millones de pastillas en el Níger, que se ve particularmente afectado por el uso indebido de esa sustancia. Las autoridades nigerianas informaron de la incautación de 3,1 t de tramadol en 2016. El uso indebido también ha aumentado en Libia, país considerado punto de origen importante del tráfico de tramadol hacia Egipto. Entre las drogas incautadas en 2016 por los Gobiernos de África occidental en el marco del Programa Mundial de la UNODC para la Fiscalización de Contenedores había más de 10 t de tramadol. En el Sudán se incautaron casi 700.000 comprimidos en 2016.

400. En noviembre de 2017, las autoridades de la India al parecer se incautaron de una cantidad sin precedentes de 23,5 t de comprimidos de metacualona. La materia prima de la sustancia se había importado de Indonesia y el producto final se iba a entregar en Mozambique o en Sudáfrica. Las autoridades sudafricanas comunicaron haberse incautado de casi 4 t de metacualona en 2016.

401. El *khat* (*Catha edulis*) es una sustancia de origen vegetal que no está sometida a fiscalización internacional. Entre el 1 de noviembre de 2016 y el 1 de noviembre de 2017 se comunicaron varios incidentes relacionados con *khat* de origen africano. En 2017, las autoridades españolas comunicaron la incautación de dos remesas de esa sustancia, una de 75 kg procedente de Kenya y otra de 100 kg procedente de Etiopía. Además, las autoridades malasias informaron de diez incidentes en que se incautó la cantidad total de 231 kg de *khat* procedente de Etiopía. Las cantidades incautadas fluctuaron entre 8 kg y 78 kg por incidente. El Sudán informó de la incautación de casi 11 t de *khat* durante 2016.

5. Uso indebido y tratamiento

402. En África el cannabis sigue siendo la droga que da origen a la mayor demanda de tratamiento de la drogodependencia. Los datos disponibles indican que la

prevalencia anual del consumo de cannabis en los africanos de 15 a 64 años de edad sigue siendo elevada; se calcula que es del 7,5%, casi el doble de la media mundial. África occidental y central son las subregiones que presentan las cifras de prevalencia más elevadas, según se calcula, del 12,4%. No obstante, la magnitud real del abuso de drogas en África es incierta, ya que, en la mayoría de los casos, no existen datos sobre la prevalencia o esos datos han quedado obsoletos o no son significativos. Esto también se aplica a otros tipos de drogas, aparte del cannabis.

403. A partir de la escasa información de que se dispone, el aumento del consumo de heroína parece ser mayor en África que en otras regiones. Según la UNODC, Côte d'Ivoire, Kenya, Mozambique, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Sudáfrica y Zambia informaron del aumento del consumo. De esos países, Mozambique, Nigeria, la República Unida de Tanzania y Sudáfrica también informaron del aumento del número de personas que se someten a tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de opioides. Se calcula que la prevalencia anual del consumo de opiáceos en África en las personas de 15 a 64 años de edad es del 0,30% (más de 2 millones de personas), tasa comparable a la estimación media mundial del 0,37%.

404. En Nigeria, el uso indebido de drogas va en aumento, especialmente en las mujeres y los jóvenes. Además, las opciones de tratamiento son limitadas y los consumidores de drogas son objeto de estigma en sus comunidades. No obstante, el tratamiento de la drogodependencia mejoró en ese país en los últimos años al haberse introducido normas mínimas nacionales para administrarlo y unas directrices sobre políticas y prácticas uniformes para los orientadores que trabajan con la Dirección Nacional de Represión del Uso Indebido de Drogas de Nigeria. Entre las estrategias recomendadas por ese organismo para abordar la creciente drogodependencia figuran la orientación y educación de los jóvenes y la reducción de la demanda, así como la rehabilitación de las personas drogodependientes y su reinserción en la sociedad.

405. En junio de 2017, el Ministerio de Salud de Kenya puso en marcha un protocolo nacional para el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Ese país está experimentando un aumento del uso indebido de sustancias. La intensificación del consumo de drogas por inyección puede atribuirse al aumento del tráfico de drogas a escala internacional, junto con el hecho de que en Kenya se entrecruzan rutas regionales del comercio internacional. Las estadísticas indican que más del 50% de los consumidores de drogas son personas

de 10 a 19 años de edad, algo que podría tener unos efectos devastadores en el desarrollo socioeconómico del país y la salud de su población. Hay indicios de que el fortalecimiento y el mejoramiento constante de los servicios de tratamiento de trastornos relacionados con el uso indebido de sustancias desempeñan un papel fundamental en lo que respecta a reducir la demanda de drogas, la transmisión del VIH en los consumidores de drogas y la delincuencia relacionada con las drogas.

406. Los sistemas sanitarios de la mayoría de los países de África no cuentan con los recursos ni con la capacidad necesarios para determinar la magnitud y las modalidades del consumo de drogas ni para ofrecer unos servicios adecuados de prevención y tratamiento. Sin embargo, en Burundi, Cabo Verde, Eritrea, Etiopía, Kenya, Liberia, Madagascar, Mauricio, Mozambique, Nigeria, la República Unida de Tanzania, el Senegal y Seychelles el tratamiento de la drogodependencia ha mejorado notablemente.

407. Varios países africanos disponen ya de servicios de terapia de sustitución de opioides, entre ellos Argelia, Kenya, Marruecos, Mauricio, la República Unida de Tanzania, el Senegal y Sudáfrica. En Seychelles se está evaluando un proyecto piloto y en Egipto se está estudiando la posibilidad de poner en marcha ese mismo tipo de iniciativa. Según la Unión Africana, existen programas de distribución de agujas y jeringuillas a los consumidores de drogas por inyección en Kenya, Mauricio y la República Unida de Tanzania. Asimismo, en Marruecos se abrieron dos nuevos centros para personas drogodependientes en 2017, y en Egipto se inició un servicio de tratamiento en El Cairo. En Marruecos se aprobó el uso de buprenorfina a partir de 2016, además del de metadona. De modo análogo, en Mauricio se introdujo el uso de buprenorfina y naltrexona para la prevención de recaídas, en tanto que en Zanzíbar (República Unida de Tanzania) se empezó a emplear metadona.

408. Hasta el 31 de diciembre de 2016, el Centro de Tratamiento Integrado de las Adicciones del Hospital Universitario de Dakar había recibido 651 solicitudes de consumidores de drogas que deseaban inscribirse en su programa de tratamiento de sustitución de opioides, de las cuales únicamente se admitieron 178 debido a la capacidad locativa limitada. La sustancia de sustitución utilizada era la metadona.

409. En febrero de 2017, el único centro para el tratamiento y la prevención de la drogodependencia en Túnez, llamado "El Amal", reabrió sus puertas gracias al apoyo del Ministerio de Salud. El centro llevaba varios años cerrado, y su reapertura dará un nuevo empuje al tratamiento de las personas drogodependientes en el país.

410. En 2016 se publicó un estudio sobre las modalidades del abuso de sustancias por parte de los estudiantes universitarios sudafricanos en el que se constataba que el consumo de cannabis era del 17,3%. Según otro estudio, también publicado en 2016, el policonsumo de drogas en los estudiantes de Botswana de 10 a 19 años de edad entrañaba una combinación de drogas ilícitas y tabaco (el 26,6%), de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (el 18,7%) y de drogas ilícitas y alcohol (el 12,3%). En cada caso, el consumo de múltiples sustancias era más probable en los hombres que en las mujeres. También se constató que el consumo a lo largo de la vida de sustancias generadoras de hábito era común en Botswana. El estudio también apuntaba a la necesidad inmediata de que se iniciaran programas pertinentes de atención.

411. Algunos países de África seguían estando a la zaga en cuanto a la oferta de tratamiento de la drogodependencia. Según la UNODC, es probable que únicamente un tercio de los países de África cuenten con un presupuesto asignado especialmente a servicios de tratamiento. Las instalaciones de tratamiento y rehabilitación, así como los servicios básicos de tratamiento y salud relacionados con las drogas, seguían siendo escasos en muchos países africanos. La mayor parte del tratamiento administrado se limitaba a la desintoxicación, en ocasiones con apoyo psicosocial. Las instalaciones disponibles solían contar con una financiación escasa y poco personal cualificado. La atención solía dispensarse en hospitales psiquiátricos desbordados, sin servicios especializados en drogodependencia, o estar a cargo de curanderos y centros religiosos que no estaban sometidos a vigilancia.

B. América

Centroamérica y el Caribe

1. Aspectos más destacados

412. La región de Centroamérica y el Caribe sigue siendo una importante zona de reexportación de las drogas ilícitas procedentes de los países productores de América del Sur, especialmente de la cocaína procedente de Colombia y el Perú y destinada a los mercados de América del Norte y Europa. Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* de la UNODC, la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos calculó que, en 2015, el 76% de la cocaína que salió de América del Sur atravesó el Pacífico oriental, mayormente en barcos o embarcaciones semisumergibles, y entró en Centroamérica o México antes de ser transportada por

tierra a los Estados Unidos. La República Dominicana es la principal zona de tránsito de cocaína en la subregión del Caribe.

413. Según un estudio publicado en mayo de 2017, se calcula que entre el 15% y el 30% (de 1.500 ha a 3.000 ha) de la pérdida de bosque en Guatemala, Honduras y Nicaragua en el último decenio fue ocasionada por el tráfico de cocaína. Entre el 30% y el 60% de esa pérdida ocurrió en zonas protegidas nacionales o internacionales. El fenómeno de la deforestación debida al tráfico de cocaína se ha observado en toda la subregión, pero en los demás países de Centroamérica es menos grave. En el estudio se vincula el tráfico de drogas a la compra de tierras con el fin de blanquear dinero mediante la tala ilegal y la ganadería. Además, la construcción de carreteras secretas y pistas de aterrizaje clandestinas para facilitar el movimiento de drogas ilícitas se menciona como uno de los factores que contribuyen a la pérdida de bosque.

2. Cooperación regional

414. En la 27ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, los participantes evaluaron la situación regional con respecto al tráfico de drogas, realizaron actividades de seguimiento de la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas y examinaron la aplicación de la resolución 60/1 de la Comisión de Estupefacientes. Los participantes analizaron además otros temas, como las plataformas regionales de comunicación que apoyan la aplicación de las leyes sobre drogas; los vínculos entre el tráfico ilícito de drogas y otras formas de delincuencia organizada; las medidas sustitutivas del encarcelamiento en relación con ciertos delitos, como las estrategias de reducción de la demanda, y las medidas adaptadas a las necesidades específicas de los niños y los jóvenes para prevenir y tratar la drogodependencia y evitar que se vean implicados en delitos relacionados con las drogas.

415. En su 60º período ordinario de sesiones, que se celebró en las Bahamas en noviembre de 2016, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó el Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas, 2016-2020. El Plan de Acción se basa en estrategias anteriores y establece cinco ejes estratégicos para la adopción de medidas: fortalecimiento institucional, reducción de la demanda, reducción de la oferta, medidas de control y cooperación internacional.

416. El Salvador, Guatemala y Honduras firmaron un acuerdo de seguridad tripartito en noviembre de 2016 por el que se creó la Fuerza de Tarea Trinacional. En virtud del acuerdo, los tres Gobiernos del “Triángulo Norte” se comprometieron a cooperar y coordinarse entre sí, hasta el 15 de noviembre de 2017, en siete ámbitos, entre ellos la delincuencia organizada, la seguridad de las fronteras, el tráfico de drogas y las cuestiones aduaneras.

417. En julio de 2017, en la tercera reunión técnica sobre la lucha contra el tráfico de drogas entre las autoridades de Cuba y los Estados Unidos encargadas de la lucha contra las drogas, se firmó un acuerdo bilateral para fortalecer la cooperación entre los dos Gobiernos a fin de combatir el tráfico de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

418. Panamá, con arreglo a su Ley núm. 21, de 1 de julio de 2016, está adoptando medidas para armonizar sus políticas y acciones con el Perú a fin de prevenir y controlar la producción y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. La Ley prevé también medidas de apoyo a las iniciativas de prevención y a la rehabilitación de los afectados por el uso indebido de drogas. Asimismo, en noviembre de 2016, Panamá promulgó la Ley núm. 62, que prevé la coordinación con el Paraguay de las políticas contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas.

419. Según la UNODC, los Gobiernos de la región han aumentado su participación en el Programa de Fiscalización de Contenedores de la UNODC y la OMA. Los Gobiernos de Cuba, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Panamá y la República Dominicana participan en el Programa, que se ha ampliado y en la actualidad incluye la carga marítima, además de la aérea. En 2017, el Programa de Fiscalización de Contenedores contribuyó a la incautación de más de 35 t de cocaína y 200 kg de cannabis en toda América Latina y el Caribe.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

420. En abril de 2017, el Gobierno de Saint Kitts y Nevis estableció la Comisión Nacional del Cannabis, integrada por representantes de los sectores de la educación, salud, aplicación de la ley, banca y religión. La Comisión tiene el mandato de investigar las diversas consecuencias de la posible despenalización del cannabis en el país.

421. La Autoridad Encargada de Conceder Licencias relativas al Cannabis de Jamaica, establecida en virtud de la Ley de 2015 por la que se modificó la Ley de Drogas Peligrosas, comenzó a expedir condicionalmente licencias

para el cultivo y la transformación de cannabis. La Autoridad prevé que la producción comercial legal de cannabis comience a finales de 2017.

422. En marzo de 2017, el Gobierno de las Bahamas publicó su Estrategia Nacional contra las Drogas para 2017-2021. La Estrategia establece un marco común para todas las iniciativas y actividades de lucha contra las drogas en las Bahamas e incorpora elementos del Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas, 2016-2020, de la CICAD, así como de las recomendaciones que se formulan en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016 y de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Un cambio importante con respecto a la anterior estrategia quinquenal ha sido la transición hacia un enfoque orientado a la salud pública, en lugar de un enfoque basado en la justicia penal, para hacer frente al problema de las drogas a nivel nacional.

423. Los legisladores de Costa Rica han promulgado una serie de nuevas leyes y reformas de su legislación y procedimientos de control nacionales. En virtud de la Ley núm. 9449 de mayo de 2017 se reforman varios artículos de la Ley núm. 7786. Las reformas hacen más estrictos los procedimientos aplicables a las transacciones monetarias que realizan las instituciones financieras y los profesionales a fin de combatir el blanqueo de dinero procedente de actividades ilícitas.

424. El Senado de la República Dominicana aprobó una nueva ley de lucha contra el blanqueo de dinero y la financiación del terrorismo que derogó la anterior Ley núm. 72-02, relativa al blanqueo de activos provenientes del delito de tráfico de drogas, y estableció un nuevo marco regulatorio para las instituciones financieras. Con la nueva ley también se actualizaron las categorías de delitos de blanqueo de dinero y financiación del terrorismo, así como las sanciones correspondientes.

425. El Salvador ha establecido una nueva estrategia nacional quinquenal antidrogas que se fundamenta en principios como los derechos humanos, la igualdad de género y la evidencia científica. La estrategia se elaboró en consulta con 17 instituciones de El Salvador en el ámbito de la reducción de la demanda y la oferta, la fiscalización de sustancias, el blanqueo de dinero y la cooperación internacional. Además, conforme a la nueva estrategia y con la asistencia de la UNODC, el Gobierno está reformando su legislación sobre el blanqueo de dinero y de activos.

426. En enero de 2017, el Gobierno de Honduras promulgó la Ley de Financiamiento, Transparencia y Fisca-

lización a Partidos Políticos y Candidatos, que se elaboró con la asistencia de la Misión de Apoyo a la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad en Honduras. La ley permite la reducción de las condenas por delitos leves en el caso de personas que cooperen con las autoridades en procesos contra cabecillas de bandas de delincuentes y personas implicadas en actos de corrupción.

427. En marzo de 2017, Panamá creó la Fuerza de Tarea Conjunta-Águila, dedicada a la lucha contra los estupefacientes y la delincuencia. La Fuerza de Tarea está integrada por unos 300 agentes de organismos encargados de hacer cumplir la ley de todo el país, como la Policía Nacional, el Servicio de Fronteras, el Servicio Nacional Aeronaval y el Ministerio de Seguridad Pública. El Gobierno indicó que ese dispositivo se había puesto en marcha debido al aumento de la fabricación de cocaína en Colombia. Las unidades de la Fuerza de Tarea se despliegan en los puntos conflictivos de ciudades y barrios de todo el país como parte de la lucha contra las pandillas y redes delictivas implicadas en el tráfico de drogas y otras actividades delictivas.

428. La Junta desea señalar a la atención de todos los Gobiernos de la región que las medidas por las que se autoriza el uso del cannabis con fines que no sean médicos o científicos contravienen las disposiciones de la Convención de 1961.

429. La Junta aplaude los esfuerzos desplegados por los Gobiernos de la región que están haciendo lo posible por estrechar la cooperación mutua para combatir el tráfico de drogas.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

430. El problema principal en Centroamérica y el Caribe es el tráfico de drogas (principalmente cocaína) y no la producción y fabricación de drogas, salvo la producción de cannabis en algunos países. Los Gobiernos de la región están respondiendo mediante el fortalecimiento de la cooperación mutua y de la capacidad de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para combatir las redes delictivas dedicadas al tráfico de drogas.

431. Según los datos de incautación de los informes oficiales, el tráfico de cocaína en Centroamérica se mantuvo estable en 2015 en comparación con años anteriores, con un volumen de incautación de 86 t. Los datos disponibles

correspondientes a 2016 indican una disminución marginal del total de las incautaciones de cocaína en la región y es posible que las tendencias hayan cambiado, dado que Panamá notificó un importante aumento de las incautaciones de cocaína y Honduras notificó un considerable descenso con respecto a 2015. Las tasas de tráfico de cocaína en el Caribe en 2016 eran comparables a las de 2015, y la tasa de interceptación por los Gobiernos y los asociados internacionales también siguió siendo elevada. En el Caribe, la República Dominicana sigue siendo uno de los principales centros de tránsito de sustancias ilícitas destinadas a los mercados de Europa.

432. De las 70 t de sustancias ilícitas incautadas por las autoridades de Panamá en 2016, 65 t eran de cocaína. Ello representó un importante aumento del 25%, habida cuenta de que en 2015 Panamá había comunicado la incautación de poco más de 52 t de cocaína. Las autoridades de Panamá informaron de que, si bien contaban con mayor capacidad para combatir el tráfico de drogas, el problema general de la droga en el país seguía empeorando, acompañado de un aumento de la violencia y la delincuencia relacionadas con las drogas y de los beneficios del sector bancario procedentes del blanqueo de dinero obtenido mediante el tráfico de drogas.

433. En 2016 se incautaron 735 kg de cocaína en Honduras, lo que supuso un brusco descenso con respecto a los 2.032 kg incautados el año anterior. La incautación de cocaína *crack* casi se duplicó, de 3.665 dosis en 2015 a 6.401 dosis en 2016. El Gobierno de Honduras considera que el aumento de la incautación de cocaína *crack* se debe a un incremento del número de laboratorios ilícitos de drogas locales, además de un aumento del tráfico de precursores.

434. Las autoridades nacionales de Guatemala comunicaron un aumento importante de la cantidad de cocaína incautada en 2016, que ascendió a un total de 12,8 t, más del doble de las 6,1 t incautadas en 2015. Las incautaciones de cocaína *crack* disminuyeron de 6,12 kg en 2015 a 5,24 kg en 2016. Las autoridades también comunicaron un aumento considerable de la cantidad de heroína incautada, que pasó de 83 kg en 2015 a 143 kg en 2016. Las autoridades del país señalaron que la modalidad de tráfico había cambiado notablemente, ya que los traficantes habían pasado de utilizar contenedores comerciales a utilizar lanchas rápidas.

435. Costa Rica comunicó que ya no era solo un país de tránsito de remesas ilícitas de drogas, sino que, según la información sobre incautaciones, se había convertido también en punto de retención temporal de las drogas antes de su ulterior envío a los mercados de destino.

Además, las autoridades informaron de que seguían encontrando cultivos de cannabis en zonas rurales y urbanas y consideraban que la mayor parte de la producción local de cannabis se destinaba al consumo interno. Asimismo, recalcaron que la geografía del país era un factor propicio para los traficantes de drogas y que el terreno de las regiones fronterizas del país hacía particularmente difícil la interceptación del tráfico de drogas.

436. La República Dominicana registró un aumento de las incautaciones de cocaína desde finales de 2015 hasta el primer semestre de 2016, probablemente debido a un aumento de las corrientes de tráfico, pero también como consecuencia de las mayores tasas de interceptación. Las autoridades informaron de que algunos capitanes de embarcaciones dominicanas se hacían a la mar con permisos de pesca, pero su intención era navegar más allá de las aguas territoriales del país a fin de facilitar la circulación en alta mar de las drogas ilícitas procedentes de América del Sur, mediante el traslado de remesas de cocaína a embarcaciones de gran calado que las transportasen a los mercados de destino en América del Norte y Europa.

437. Según el informe nacional sobre drogas de El Salvador correspondiente a 2016, durante el período 2011-2015 se registró un aumento considerable del volumen de incautación de cocaína, de 649,7 kg en 2011 a 3.057,6 kg en 2015. Según se sugería en el informe, esto indicaba un aumento del tráfico de drogas por el país, sobre todo en lanchas rápidas por la costa del Pacífico.

438. En febrero de 2017, en una operación conjunta con la Guardia Costera de los Estados Unidos, el Servicio de Guardacostas de Trinidad y Tabago se incautó de 4,2 t de cocaína frente a las costas de Suriname, con un valor estimado de 125 millones de dólares. Las autoridades locales consideraban que esa incautación era una de las más grandes realizadas en la cuenca del Atlántico desde 1999.

439. Las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley de las Bahamas se incautaron de un total de 7.252,9 kg de cannabis y 700 kg de cocaína en 2015. Las incautaciones de cannabis se redujeron en un 22% con respecto a 2014, pero las de cocaína aumentaron en un 66%. Las autoridades locales no comunicaron ninguna incautación de heroína en las Bahamas en 2015.

440. La Real Armada de los Países Bajos y la Armada de los Estados Unidos, en varias operaciones conjuntas de interceptación realizadas en el primer semestre de 2017, se incautaron de más de 1,1 t de cocaína que se transportaba en lanchas rápidas. Las incautaciones se produjeron

en la parte meridional del mar Caribe, en las aguas entre Curazao y Colombia.

441. Granada informó de que el tráfico de cocaína en el país seguía en declive, con un volumen de incautación de 12 kg en 2016, frente al máximo de 71 kg registrado en 2014. En 2016, las autoridades nacionales encargadas de hacer cumplir la ley también se incautaron de 1.421 kg de cannabis, más de 6.000 plantas de cannabis y 640 g de cocaína *crack*, y no comunicaron incautaciones de opioides.

442. Honduras comunicó un importante descenso de la cantidad de cannabis incautado, que pasó de 2.363 kg en 2015 a 155 kg en 2016. Sin embargo, las incautaciones de plantas de cannabis aumentaron a 24.253 unidades en 2016, frente a 10.072 en 2015.

443. Guatemala comunicó un gran aumento de las incautaciones de cannabis en 2016. En ese año se incautaron 1,5 t, cifra que suponía un aumento de más del cuádruple con respecto a 2015, cuando se incautaron 347 kg. Las autoridades de Guatemala señalaron un aumento similar del número de plantas de cannabis incautadas, 3,1 millones de plantas en 2016, frente a las 692.000 plantas incautadas en 2015.

444. En El Salvador se registró un aumento del número de jóvenes procesados y juzgados por tenencia de drogas, de 396 casos en 2011 a 1.013 en 2015. El 98% de los detenidos por tenencia de drogas eran hombres jóvenes de entre 15 y 24 años que se encontraban en posesión de cannabis. Las autoridades de El Salvador señalaron que, si bien en el país no se producía cannabis a gran escala, había indicios de que se introducía cannabis desde países vecinos para distribuirlo en el mercado local.

445. Jamaica señaló que el país era una importante zona de reexportación de drogas procedentes de América del Sur con destino a los Estados Unidos y Europa. También informó de que la corrupción de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los funcionarios de los puertos y aeropuertos facilitaba el tráfico y complicaba la interceptación. Las autoridades nacionales seguían esforzándose por combatir la corrupción mediante detenciones y enjuiciamientos.

446. En Honduras se identificaron las tres principales rutas de reexportación por las que discurría el tráfico de drogas procedentes de América del Sur con destino a los mercados de América del Norte. Las autoridades hondureñas indicaron que la ruta aérea que atravesaba el país era la más utilizada. También se utilizaban las rutas costeras del Atlántico para trasladar sustancias ilícitas por

el país. En las regiones fronterizas solían utilizarse tanto rutas terrestres como marítimas. Las autoridades también señalaron las dificultades que experimentaban para seguir los movimientos ilícitos de drogas debido a que los traficantes habían comenzado a utilizar técnicas de microtráfico en la región caribeña de Honduras y, para encubrir su actividad, utilizaban como pantalla embarcaciones pesqueras locales.

447. En mayo de 2017, las autoridades nacionales de Guatemala declararon el estado de emergencia, inicialmente durante 30 días, en los municipios de Ixchiguan y Tajumulco, pertenecientes al departamento de San Marcos. La declaración tenía la finalidad de restablecer el control después de que fracasaran las conversaciones entre las comunidades locales sobre el control de las tierras, tras lo que se habían producido enfrentamientos violentos. Las autoridades nacionales consideraban que una de las causas del conflicto había sido el cultivo de adormidera y cannabis. El estado de emergencia se levantó al fin el 8 de agosto de 2017, después de que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley erradicaran más de 300.000 plantas de cannabis y casi 360 millones de plantas de adormidera. En el departamento se mantenía la presencia policial mientras las autoridades nacionales trataban de mediar en los enfrentamientos entre los dirigentes de las comunidades locales.

b) Sustancias sicotrópicas

448. Con arreglo a la información disponible, la producción y el tráfico de sustancias sicotrópicas no parecen plantear un gran problema para la región, ya que pocos países comunican incautaciones importantes.

449. En las Bahamas, la incautación de comprimidos de 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, conocida comúnmente como éxtasis) se duplicó con creces en 2015, hasta 195 comprimidos, con respecto al promedio anual de 54 comprimidos durante el período 2010-2013. En 2014, el Gobierno realizó una incautación excepcionalmente grande de 18.000 comprimidos de MDMA.

450. En Guatemala, las autoridades descubrieron que se había utilizado un laboratorio abandonado para la fabricación clandestina de estimulantes de tipo anfetamínico, aunque no se pudieron determinar ni las cantidades, ni las sustancias fabricadas. El equipo allí encontrado tenía trazas de precursores, lo que indica que las sustancias estaban en la etapa inicial del proceso de producción.

451. Las autoridades locales de Honduras comunicaron que habían descubierto dos laboratorios clandestinos

dedicados a la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico, junto con otras sustancias ilícitas. Se trataba de la primera vez que se informaba oficialmente de la fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico en el país.

c) Precursores

452. El Gobierno de Costa Rica comunicó que en el país no se fabricaban precursores, salvo algunas sustancias extraídas del carbonato cálcico, pero que las autoridades seguían muy de cerca los movimientos de precursores en el país. Las autoridades señalaron que la falta de una cooperación y coordinación internacional sólida obstaculizaba el seguimiento de los movimientos transfronterizos de precursores, lo que hacía aún más difícil prevenir la desviación.

453. En los últimos años, en varios países de la región se han detectado actividades de tráfico de precursores para la fabricación ilícita de drogas. En algunos casos, los precursores se destinaban a abastecer laboratorios clandestinos locales en que se fabricaban cocaína o estimulantes de tipo anfetamínico. En otros, los precursores se transportaban de Guatemala y Belice a México. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2017 se examina exhaustivamente la situación de la región en lo que respecta a la fiscalización de precursores.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

454. En 2017, la Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes del Ministerio de Salud de Costa Rica comunicó que había incluido la ketamina en su lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización en diciembre de 2015, y que en julio de 2016 se habían implantado medidas específicas en relación con el comercio y los movimientos de ketamina.

455. **La Junta desea agradecer a los Gobiernos de la región su continua labor de interceptación y control para combatir la producción y el tráfico ilícitos de sustancias sujetas a fiscalización internacional.**

5. Uso indebido y tratamiento

456. El cannabis es la droga que más se consume en la región, si bien también se consumen otros estupefacientes, con menores niveles de prevalencia. La prevalencia

del uso indebido de sustancias sicotrópicas y otros estimulantes es muy baja y representa solo una pequeña fracción de las personas que reciben tratamiento por uso indebido de drogas. Las medidas adoptadas por los Gobiernos de la región para prevenir el uso indebido de drogas se centran en campañas de información pública e iniciativas similares. La capacidad de los Gobiernos de proporcionar opciones de tratamiento integral a los toxicómanos se ve limitada por las deficiencias estructurales de muchos sistemas médicos, la capacidad técnica y la financiación insuficiente. Además, en muchos países de la región no se han realizado estudios de prevalencia a nivel nacional sobre el uso indebido de drogas y su tratamiento en la población en general.

457. Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*, la prevalencia anual del consumo de cannabis en el Caribe se estima en un 2,1% de las personas de 15 a 64 años, el consumo de opioides se estima en un 0,24% y el de opiáceos, en un 0,15%. La prevalencia del consumo de cocaína se calcula en un 0,61% en Centroamérica y en un 0,62% en el Caribe. En el caso de las anfetaminas y los estimulantes sujetos a prescripción médica, la prevalencia se estima en un 0,71% en Centroamérica y un 0,86% en el Caribe. La prevalencia anual del consumo de éxtasis es la más baja entre las sustancias sometidas a fiscalización, y se estima en un 0,06% en Centroamérica y un 0,16% en el Caribe.

458. En Costa Rica, según la cuarta encuesta nacional sobre consumo de drogas en la población de educación secundaria en 2015, publicada en 2017, el consumo de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica se iniciaba a los 13 años y se constató que el propio hogar del estudiante era la principal fuente de tranquilizantes y estimulantes obtenidos sin prescripción médica. Según los resultados de la encuesta, la prevalencia del consumo de cannabis era la misma en hombres y mujeres, lo que contrastaba con encuestas anteriores en las que se constató una mayor prevalencia en los hombres. La prevalencia del consumo de cocaína era baja en todo el país.

459. Las autoridades costarricenses informaron de que en 2016 aproximadamente el 3,3% de la población de entre 12 y 70 años necesitaba tratamiento por uso indebido de drogas. Ello representaba un triple aumento con respecto a 2011, cuando, según los informes oficiales, el 1,1% de la población requería tratamiento. De los servicios de tratamiento prestados, aproximadamente el 86% de los casos eran de pacientes en régimen de internamiento, mientras que el 14% restante correspondían a pacientes en régimen ambulatorio. El 87% de las personas que recibían tratamiento lo hacían por primera vez. El cannabis (59%) y la cocaína (38%) representaban la gran

mayoría de los casos de tratamiento por uso indebido de drogas. Las autoridades locales pusieron de relieve la falta de clínicas de administración de metadona para tratar a las personas que dependían de derivados del opio. Se indicó asimismo que la falta de financiación y capacitación y la debilidad institucional eran problemas que obstaculizaban la administración de tratamiento por uso indebido de drogas.

460. Aunque Granada carece de datos sobre prevalencia para hacer un seguimiento de las tasas de consumo en la población en general, las autoridades informaron de que la gran mayoría de las personas ingresadas por uso indebido de drogas en hospitales y centros de tratamiento eran hombres que consumían cannabis.

461. El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica lanzó una campaña de prevención dirigida a los alumnos de enseñanza primaria, titulada “Aprendo a valerme por mí mismo”. El Instituto puso en marcha varios otros programas en Costa Rica para promover la prevención del uso indebido de drogas en los centros de trabajo, así como varias campañas de prevención en los medios de comunicación de todo el país, entre ellas la miniserie televisiva “La Urba”.

462. Con arreglo a los informes presentados por el Gobierno de Honduras, se realizaron numerosas actividades de intervención y prevención del uso indebido de drogas dirigidas tanto a la población en general como a los grupos en situación de riesgo. Se llevaron a cabo campañas de prevención, por ejemplo, con ocasión del Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas. Además, se promovieron programas de formación profesional como alternativa al uso indebido de drogas por conducto de diversas redes comunitarias del país.

463. Honduras señaló que prestaba algunos servicios de tratamiento de drogas con cobertura limitada a la población local, aunque no a la población penitenciaria. El escaso alcance de los programas de tratamiento de la drogodependencia se achacó principalmente a la falta de financiación, siendo un factor adicional la falta de personal cualificado y de infraestructura.

464. La División de Estupefacientes, principal unidad de lucha contra los estupefacientes del Cuerpo de Policía de Jamaica, emprendió un programa encaminado a reducir la demanda de drogas “duras” y disuadir a las personas de participar en el comercio ilícito de drogas. El personal de la División puso en marcha el programa en todo el país, en diversos lugares, como universidades, escuelas, iglesias y centros comunitarios.

465. El sistema de salud de Panamá sigue experimentando cambios estructurales para atender las necesidades de las personas que abusan de las drogas y su rehabilitación. La Comisión Nacional para el Estudio y la Prevención de los Delitos Relacionados con Drogas (CONAPRED) es la entidad principal encargada de coordinar los cambios, mientras que los hospitales, clínicas y otros proveedores del sistema nacional de salud se encargan de la aplicación.

466. En mayo de 2017 se impartió un curso práctico nacional en Panamá, organizado por el Ministerio de Salud junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas en el país. En el curso se establecieron nuevas directrices para actualizar la política de salud pública con respecto a las sustancias psicoactivas y se determinaron las competencias necesarias para fortalecer la respuesta del sector de la salud pública.

467. La Junta recomienda a los países de la región que aún no lo hayan hecho que realicen estudios de prevalencia, o los actualicen, conforme a los parámetros reconocidos internacionalmente y que utilicen los resultados para fundamentar la formulación y adopción de políticas y programas centrados específicamente en la reducción de la demanda de drogas.

468. Además, la Junta alienta a los países de la región a que mejoren su capacidad de tratar a las personas que consumen drogas y exhorta a la comunidad internacional a que preste asistencia para establecer programas y servicios de rehabilitación que sean eficaces en función de los costos y se adapten a las necesidades de cada uno de los países de la región.

América del Norte

1. Aspectos más destacados

469. La proliferación de fentanilos ilícitos y el creciente volumen de fentanilos y opioides que se envían por correo a América del Norte fueron motivo de especial preocupación en 2016, sobre todo porque el volumen total de paquetes internacionales en general y de paquetes internacionales que contenían fentanilos en particular siguió en aumento, al igual que la oferta ilícita mundial. La prevalencia de comprimidos falsificados de medicamentos sujetos a prescripción médica y de heroína y otras drogas ilícitas que contienen niveles letales de fentanilo ha provocado un aumento considerable

del número de sobredosis y muertes. Ante la crisis de los opioides y la epidemia de sobredosis que afectan a toda la región, los países de América del Norte han procedido urgentemente a aprobar nuevos planes, medidas y leyes para hacerles frente. En los Estados Unidos, el número de muertes por sobredosis comunicadas en 2016 fue superior a 64.000, de las cuales más de 20.000 estaban relacionadas con el fentanilo y sus análogos (opioides sintéticos), que son las que experimentaron un aumento más pronunciado.

470. La legislación y las políticas relativas al cannabis siguen experimentando cambios en toda América del Norte. Cabe esperar que siga habiendo cambios en las leyes nacionales y locales a lo largo de 2017 y en 2018, con efectos apreciables sobre la disponibilidad y la demanda. También se prevé que continúen las campañas de salud pública para prevenir el uso indebido de drogas entre los jóvenes. Entretanto, se va ampliando la aceptación de los centros de consumo de drogas bajo supervisión, especialmente en el Canadá.

2. Cooperación regional

471. Se ha seguido promoviendo una cooperación eficaz en materia de cumplimiento de la ley y en la lucha contra la fabricación y el tráfico ilícitos de drogas mediante los mecanismos establecidos en la región. El Canadá, los Estados Unidos y México han seguido participando en la iniciativa conocida como “Diálogo de América del Norte sobre Política de Drogas” desde la reunión inaugural, que tuvo lugar en octubre de 2016. En la Cumbre de Líderes de América del Norte celebrada en junio de 2016, los Presidentes de los Estados Unidos y México y el Primer Ministro del Canadá acordaron convocar anualmente el Diálogo de América del Norte sobre Política de Drogas a fin de intercambiar información sobre las tendencias de las drogas, incrementar la coordinación trilateral en política de drogas y poner en marcha iniciativas para proteger a los ciudadanos del Canadá, los Estados Unidos y México contra los efectos perjudiciales de las drogas y el narcotráfico.

472. En el marco de la iniciativa de aplicación de la ley conocida como “Five Eyes” (“Cinco Ojos”), las autoridades federales encargadas de hacer cumplir la ley de los Estados Unidos, en cooperación con el Canadá, han puesto en marcha la llamada “Operación Hyperion” con el fin de ofrecer una respuesta unificada a la creciente utilización de la Internet oscura por personas que tratan de comprar y vender drogas ilícitas. El objetivo es detectar nuevas redes y tendencias en el contrabando, en particular de drogas sintéticas.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

473. El 19 de junio de 2017, el Presidente de México firmó un decreto por el que se modificaron la Ley General de Salud y el Código Penal Federal, en virtud del cual se facultó al Ministro de Salud para regular la investigación sobre los derivados farmacológicos del cannabis y su uso con fines médicos, así como la producción de esos derivados. El decreto establece un marco jurídico para el cultivo, la producción, la distribución y la entrega de cannabis con fines médicos y científicos.

474. En diciembre de 2016, el Presidente de los Estados Unidos promulgó la Ley de Curas del Siglo XXI, en la que se prevén subsidios para ayudar a los estados y territorios a combatir la adicción a los opioides. La financiación se otorga en función del número de muertes por sobredosis y de las necesidades no atendidas en materia de tratamiento de la drogodependencia.

475. En los Estados Unidos se promulgó en enero de 2017 el decreto núm. 13.767 relativo a la mejora de la aplicación de la ley en materia de seguridad fronteriza e inmigración. El objetivo principal del decreto es poner fin a las actividades de las organizaciones delictivas transnacionales que operan a ambos lados de la frontera meridional, y en él se concede prioridad a la construcción inmediata de un muro con el fin de prevenir el tráfico de drogas, entre otras cosas.

476. El 29 de marzo de 2017, el Presidente de los Estados Unidos estableció la Comisión para la Lucha contra la Adicción a las Drogas y la Crisis de los Opioides. La Comisión centró su atención en evaluar la disponibilidad de los servicios de tratamiento de la drogodependencia y reversión de las sobredosis y el acceso a estos y determinar cuáles eran las zonas desatendidas del país. La Comisión también examinó la eficacia de las medidas estatales de vigilancia de los medicamentos sujetos a prescripción médica y evaluó las prácticas estatales de prescripción. Además, se han adoptado medidas para hacer frente a la epidemia de opioides a nivel de los estados federales. En marzo de 2017, el gobernador de Ohio anunció nuevos límites aplicables a la prescripción de opioides con el objetivo de reducir el uso indebido de medicamentos sujetos a prescripción médica. El 26 de octubre de 2017, el Presidente de los Estados Unidos declaró una emergencia nacional de salud pública para hacer frente a la crisis de sobredosis por opioides que atravesaba el país. Con arreglo a la Ley de Servicios de Salud Pública, no se asignarán fondos federales adicionales automáticamente para hacer frente a la crisis, sino que los organismos federales recibirán instrucciones

de destinar una mayor cantidad de sus actuales recursos presupuestarios a tal efecto y adoptar medidas para superar las demoras e ineficiencias burocráticas. El Gobierno Federal colaboraría con el Congreso para consignar fondos al Fondo de Emergencias de Salud Pública y aumentar la dotación de fondos federales en las negociaciones de cierre de año que se estaban celebrando en el Congreso cuando se realizó el anuncio. El 1 de noviembre de 2017, la Comisión Presidencial para la Lucha contra la Adicción a las Drogas y la Crisis de los Opioides presentó su informe final, en el que figuraban 56 recomendaciones, incluidas medidas para agilizar la asignación de fondos federales a los gobiernos estatales; la ejecución y evaluación de programas basados en datos científicos, y la eliminación completa y con efecto inmediato por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de las preguntas sobre el dolor incluidas en las evaluaciones que los proveedores de servicios de atención de la salud realizan a los pacientes. En el informe también se alienta al Gobierno Federal a establecer tribunales especializados en cuestiones de drogas en todos los distritos judiciales federales, ajustar las tasas de reembolso correspondientes al tratamiento por adicción y simplificar el proceso de utilización de fondos federales por los gobiernos locales y estatales para ejecutar programas de tratamiento y prevención del consumo de drogas. Asimismo, se recomienda modificar las tasas de reembolso fijadas por los proveedores de servicios federales de tratamiento de la adicción; autorizar a más proveedores de servicios de emergencia a administrar naloxona, y hacer más estrictos los requisitos que han de cumplir los prescriptores. Se recomienda además que la Administración apoye la Ley de Vigilancia de Medicamentos sujetos a Prescripción Médica de 2017, en que se impone a los estados que reciben subvenciones la obligación de cumplir los requisitos que fija la Ley, incluido el intercambio de datos, y encomienda al Departamento de Justicia que financie el establecimiento de un centro de intercambio de datos. La Ley prevé también el establecimiento y ejecución de programas de vigilancia de medicamentos sujetos a prescripción médica por los estados que reciben fondos federales para hacer frente a la crisis de los opioides, impone estrictos requisitos de vigilancia de medicamentos sujetos a prescripción médica, como la obligación de informar en un plazo de 24 horas después de haber dispensado una sustancia sujeta a fiscalización, y facilita el intercambio de datos entre estados. La Comisión también recomienda que la Administración elabore un programa modelo de capacitación para detectar el consumo de sustancias y valorar el estado de salud mental que se distribuya a las instituciones de formación médica a todos los niveles (y a todos los prescriptores) a fin de detectar a pacientes en situación de riesgo; que se modifique la Ley de Sustancias Fiscalizadas de modo

que todos los profesionales acreditados ante la Administración para el Control de Drogas reciban capacitación obligatoria para tratar debidamente el dolor, y que se exija al Departamento de Salud y Servicios Humanos ofrecer a su personal oportunidades de formación adicionales, como cursos de formación continua.

477. También en los Estados Unidos, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó varias preparaciones farmacéuticas de opioides con propiedades disuasorias del uso indebido, pero se ha puesto en tela de juicio su eficacia para prevenir el abuso de opioides sujetos a prescripción médica. En junio de 2017, la Administración de Alimentos y Medicamentos anunció que evaluaría los efectos de esas preparaciones en la epidemia de opioides. Además, solicitó que se retiraran del mercado algunas preparaciones farmacéuticas de opioides tras determinar que ya no se justificaban sus beneficios para la salud pública, dado el riesgo de abuso.

478. En julio de 2017, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos y la Fuerza de Lucha contra el Fraude de Medicare anunciaron el despliegue del mayor operativo contra el fraude en el ámbito de los servicios de salud. Un total de 412 personas fueron procesadas en 41 distritos federales por su participación en tramas de fraude y más de 120 acusados, entre ellos médicos, fueron procesados por su papel en la prescripción y la distribución ilegales de opioides y otros estupefacientes.

479. En diciembre de 2016, el Ministro de Salud del Canadá anunció la “Nueva estrategia del Canadá sobre drogas y sustancias”, que sustituía la antigua estrategia nacional de lucha contra las drogas. Uno de sus principales objetivos es reducir los daños vinculados al uso indebido de drogas, en el marco de las iniciativas del Gobierno para hacer frente a la actual crisis de opioides. Parte de la estrategia consiste en prestar apoyo a los centros de consumo supervisado y ampliar el acceso a la naloxona.

480. También en el Canadá, el proyecto de ley C-37 recibió la sanción real en mayo de 2017. En virtud de ese proyecto de ley se modificarían la Ley de Drogas y Sustancias Sujetas a Fiscalización, la Ley de Aduanas y la Ley sobre el Producto del Delito (Blanqueo de Dinero) y la Financiación del Terrorismo. El propósito de la modificación es preparar mejor a los funcionarios de la salud y los encargados de hacer cumplir la ley para reducir los daños asociados al consumo de fármacos y sustancias en el Canadá. El proyecto de ley simplificará el proceso de solicitud de autorizaciones para abrir un centro de consumo supervisado, prohibirá la importación no registrada de determinados dispositivos que pudieran utilizarse para

la fabricación ilícita de sustancias sometidas a fiscalización, modificará la Ley de Aduanas para permitir que los funcionarios de fronteras abran la correspondencia de 30 g de peso o menos con el fin de impedir la introducción ilícita en el país de fentanilo a través del correo y establecerá un proceso acelerado de clasificación temporal de sustancias nuevas y peligrosas. El Ministerio de Salud del Canadá está recibiendo solicitudes de apertura de nuevos centros de consumo supervisado de muchas provincias, como Alberta y Ontario (Toronto y Ottawa), y se prevé abrir un tercer centro en Quebec (Montreal) en el otoño de 2017.

481. **La Junta desea recordar a los Gobiernos que el funcionamiento de los centros de inyección supervisada debería estar en consonancia con los tratados de fiscalización internacional de drogas y que se deben respetar determinadas condiciones. El objetivo de esos centros de inyección debería ser reducir las consecuencias adversas del uso indebido de drogas mediante la prestación de servicios de tratamiento y rehabilitación o la remisión activa a ellos, y la aplicación de medidas de reinserción social. Los centros de inyección supervisada no deberían reemplazar los programas de reducción de la demanda, en particular las actividades de prevención y tratamiento. Si bien se reconoce que dichos centros pueden reducir las consecuencias negativas del uso indebido de drogas por medio del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, se debe hacer especial hincapié en no alentar en modo alguno el uso indebido de drogas y en prevenir su tráfico en los centros o en sus inmediaciones.**

482. A finales de noviembre de 2016, el grupo de tareas del Canadá sobre la legalización y regulación del cannabis publicó su informe final. El informe contenía orientaciones sobre el diseño de un marco para la legalización, la regulación y la restricción del acceso al cannabis. Junto con las investigaciones realizadas por otros ministerios, como las que se reflejan en un documento sobre métodos, prácticas y recomendaciones para medir las incautaciones de cannabis ilícito (*Measuring Illicit Cannabis Seizures in Canada: Methods, Practices and Recommendations*), el informe final del grupo de tareas era parte de la labor de reunión de datos realizada por el Gobierno con anterioridad a la adopción de medidas para legalizar el acceso al cannabis en julio de 2018. El proyecto de ley C-45, presentado por el ministro de Justicia y Fiscal General del Canadá el 13 de abril de 2017, permitiría el uso del cannabis con fines no médicos. Si el proyecto de ley se aprueba, los adultos de 18 años o más podrán poseer legalmente hasta 30 g de cannabis seco o una cantidad equivalente de cannabis no seco. También se legalizará el cultivo simultáneo de un máximo de cuatro plantas de cannabis para

consumo personal, la compra de cannabis a minoristas con licencia y la elaboración de productos comestibles de cannabis. **La Junta desea reiterar que el artículo 4 c) de la Convención de 1961 limita el uso de estupefacientes sujetos a fiscalización para fines médicos y científicos y que las medidas legislativas que prevén el uso para fines no médicos contravienen esa Convención.**

483. También en el Canadá, el Reglamento de Fiscalización de Precursores fue modificado el 18 de noviembre de 2016 mediante la adición de seis precursores del fentanilo a la lista IV de la Ley de Fármacos y Sustancias Sujetas a Fiscalización. La modificación tenía por objeto ayudar a proteger la salud y la seguridad de los canadienses, y con ese fin facultaba a los organismos encargados de hacer cumplir la ley para adoptar medidas contra toda persona que importase, exportase o poseyese precursores sin la debida autorización.

484. El 4 de mayo de 2017 se promulgó en el Canadá la Ley del Buen Samaritano en Casos de Sobredosis de Drogas. Junto con la “Nueva estrategia del Canadá sobre drogas y sustancias”, la Ley proporciona cierta protección jurídica a quienes experimenten o presencien una sobredosis y llamen a los servicios de emergencia. El objetivo de la Ley es reducir el creciente número de sobredosis y muertes causadas por opioides en el país, para lo cual concede a quienes llamen a los servicios de emergencia cierto grado de protección frente a posibles sanciones penales, por ejemplo, por simple tenencia.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

485. América del Norte sigue sufriendo una crisis sin precedentes causada por los opioides y los fentanilos. Grandes cantidades de medicamentos sujetos a prescripción médica falsificados contienen diversos tipos de fentanilos, como el carfentanilo y otros análogos que entrañan una grave amenaza de sobredosis y pérdida de vidas. Desde 2014 también parece haber en toda América del Norte una tendencia al alza de las operaciones clandestinas con prensas para comprimidos en que se utilizan fentanilos. Se han realizado numerosas incautaciones de fentanilo. Si bien se trataba de cantidades pequeñas en cuanto a su peso, con ellas se podrían vender en la calle millones de dosis potencialmente letales en forma de comprimidos falsificados o mezcladas con otras drogas objeto de uso indebido.

486. Entre las amenazas para la región en materia de drogas, las más importantes y las que están ganando más terreno siguen siendo la disponibilidad generalizada y cada vez mayor de heroína, la contaminación de esa sustancia con el fentanilo y sus análogos y el uso indebido de medicamentos sujetos a prescripción médica fiscalizados. La mayor parte de la heroína que se encuentra en los Estados Unidos procede de México y Colombia, pues el cultivo de la adormidera y la producción de heroína en México siguen en aumento. Entre julio de 2014 y junio de 2015, alrededor del 9% de los cultivos de adormidera del mundo se encontraban en México. A diferencia de los Estados Unidos, el Canadá suele encontrarse al final de las rutas de tráfico de opiáceos y heroína procedentes del Pakistán y la India, y las incautaciones indican que las sustancias provienen de Asia sudoccidental. Hay indicios de que se utiliza a veces a México como punto de reexportación de los fentanilos provenientes de China. La cantidad de fentanilo incautada por la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de los Estados Unidos aumentó de apenas 1 kg en 2013 a aproximadamente 200 kg en 2016.

487. En 2016, las incautaciones de cocaína a lo largo de la frontera sudoccidental de los Estados Unidos aumentaron con respecto a 2015. Era probable que la disponibilidad de cocaína siguiera aumentando en 2017, y Colombia siguió siendo el principal país de origen. La mayor parte de la cocaína se introducía de contrabando en los Estados Unidos por la frontera sudoccidental. En 2016, las Fuerzas Armadas del Canadá colaboraron en la desarticulación del tráfico o la incautación de un total de aproximadamente 5.750 kg de cocaína. No obstante, en 2016, los delitos relacionados con la cocaína siguieron disminuyendo en el Canadá por cuarto año consecutivo y fueron un 8% menos que en 2015.

488. La situación relativa al cultivo y el tráfico de cannabis en América del Norte sigue siendo cambiante debido al alcance cada vez mayor de los programas de uso personal del cannabis con fines no médicos que han implantado algunos estados de los Estados Unidos. La despenalización del cannabis parecería haber llevado a los grupos delictivos organizados a centrarse en la fabricación y el tráfico de otras drogas ilícitas, como la heroína. Ello explicaría por qué, por ejemplo, entre 2015 y 2016 se registró en el Canadá un aumento del 32% de los incidentes delictivos relacionados con la tenencia de heroína. En los Estados Unidos se registró un aumento del cultivo de cannabis en el país, lo que ha redundado en un aumento de su disponibilidad general. Las tasas de delitos relacionados con el cannabis en el Canadá disminuyeron por quinto año consecutivo en 2016; la tasa global de delitos de tenencia de cannabis disminuyó en un 12% con respecto a 2015.

b) Sustancias sicotrópicas

489. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* se hace referencia a una creciente preocupación por la producción, el tráfico y el uso indebido de metanfetamina en América del Norte. La disponibilidad de metanfetamina producida en México parece ir en aumento: en 2016 se incautaron 26.044 kg a lo largo de la frontera sudoccidental de los Estados Unidos, frente a los 19.202 kg del año anterior. Este aumento sucede a la constante disminución de la producción de metanfetamina en los Estados Unidos, junto con algunos aumentos de las incautaciones de metanfetamina líquida cerca de la frontera sudoccidental.

490. En el Canadá, las tasas de tenencia ilícita de metanfetamina aumentaron en un 22% en 2016. Sin embargo, la tenencia ilícita de éxtasis disminuyó en un 40% en 2016. Los delitos de tráfico, producción y distribución disminuyeron en un 18% con respecto al año anterior. Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*, el Canadá seguía siendo un país de origen y tránsito del éxtasis destinado a los Estados Unidos y otros mercados internacionales, y los grupos delictivos organizados asiáticos participaban activamente en el contrabando transfronterizo de grandes cantidades de éxtasis entre el Canadá y los Estados Unidos.

c) Precursores

491. En 2016 se desmantelaron en los Estados Unidos un total de 5.549 laboratorios clandestinos en funcionamiento, 5.078 de los cuales eran laboratorios de metanfetamina. En el primer semestre de 2016, la elaboración de perfiles forenses reveló que el 94% de la metanfetamina analizada en los Estados Unidos se había producido mediante el denominado método P-2-P. Ese porcentaje aumentó al 98% en el segundo semestre de 2016. Una gran proporción (el 51% en el primer semestre de 2016, y el 66% en el segundo semestre) se había obtenido mediante el nuevo proceso de producción de P-2-P en México, también conocido como método del nitroestireno, en el que se utilizan benzaldehído y nitroetano como principales precursores.

492. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2017 figura un análisis detallado de la situación en la región con respecto a la fiscalización de los precursores y las sustancias químicas utilizados frecuentemente para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

493. La continua y rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas en América del Norte planteaba un gran reto para los Gobiernos de la región. El mercado de nuevas sustancias psicoactivas siguió aumentando en los Estados Unidos, donde los opioides sintéticos, los cannabinoides sintéticos y las catinonas sintéticas procedentes de algunas partes de Asia planteaban una amenaza cada vez mayor.

494. Los Estados Unidos han reconocido que las nuevas sustancias psicoactivas plantean una amenaza nacional y regional, ya que son baratas y fáciles de adquirir, y a veces se hacen pasar por otras drogas, como el éxtasis. En los Estados Unidos, el laboratorio especial de ensayos e investigación de la Administración para el Control de Drogas señaló que, en 2016, se informó de la incautación y el análisis de 21 sustancias por primera vez, y que los cannabinoides sintéticos notificados más comúnmente eran el FUB-AMB y el 5F-UR-144. En el primer semestre de 2017 se registraron 477 cannabinoides sintéticos, un aumento de casi el 250% con respecto a los 193 que se registraron en el mismo período en 2016. En el 55% de los casos, la sustancia detectada fue el FUB-AMB.

5. Uso indebido y tratamiento

495. El abuso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, impulsado por la prescripción excesiva, la amplia disponibilidad de esos medicamentos, los controles insuficientes y la falta de información pública, se ha convertido en los últimos años en uno de los principales retos en materia de fiscalización de drogas en América del Norte. La situación se ha agudizado aún más debido a las agresivas campañas de promoción de medicamentos de contienen opioides dirigidas por la industria farmacéutica al público general y a los profesionales médicos y por las actividades de cabildeo realizadas por la industria para tratar de influir en la política de drogas. Los Gobiernos de la región han intentado hacer frente al problema adoptando diversas medidas para poner freno al abuso de medicamentos sujetos a prescripción médica, como el establecimiento de sistemas de vigilancia de los medicamentos sujetos a prescripción médica, la adopción de medidas de sensibilización, la puesta en marcha de iniciativas de eliminación segura y la intensificación de la vigilancia de la cadena de producción y abastecimiento de medicamentos.

496. Dado que el control de la prescripción y la venta de medicamentos que requieren receta médica se ha

reforzado, los hábitos de uso indebido se han desplazado hacia las drogas ilícitas, lo cual se ha traducido en un acusado aumento del consumo de heroína, que anteriormente había experimentado una disminución. El consumo de heroína y otras drogas adulteradas con fentanilo y análogos del fentanilo ha dado lugar a un importante aumento del número de muertes por sobredosis, ya que muchas de las personas que consumen esas drogas no son conscientes de que contienen fentanilo, que es mucho más potente que la propia heroína.

497. En el Canadá, en 2016 se produjeron 2.458 muertes que podrían estar relacionadas con opioides, lo que constituye una razón de 8,8 muertes por 100.000 personas. Además, según se indica en varios informes publicados recientemente, la probabilidad de que los miembros de las Primeras Naciones de Columbia Británica (Canadá) sufran una sobredosis es cinco veces mayor que la del resto de la población. El 10% de los fallecidos por sobredosis en esa provincia son miembros de las Primeras Naciones. Asimismo, la probabilidad de que fallezcan a consecuencia de una sobredosis es tres veces mayor. Según las cifras publicadas por el Servicio de Medicina Forense de Columbia Británica, la proporción de muertes relacionadas con opioides vinculadas al fentanilo, por sí solo o mezclado con otras drogas, ha aumentado considerablemente hasta superar el 80% de los casos de muerte por sobredosis registrados en 2017, frente al 4% en 2012.

498. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, las muertes por sobredosis de drogas en los Estados Unidos aumentaron como promedio en un 5,5% anual entre 1999 y 2015, incremento registrado en todos los grupos de edad. Partiendo de esa información, se calculó que cada día de ese período murieron 91 estadounidenses por sobredosis de opioides. Esa cifra aumentó considerablemente a 142 muertes al día en 2016, con lo que se estimaba que el número total de muertes superaría las 64.000. Según las estimaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades comunicadas por la Comisión Presidencial para la Lucha contra la Adicción a las Drogas y la Crisis de los Opioides, las sobredosis por consumo de drogas causaron la muerte de más personas que los homicidios con arma de fuego y los accidentes de circulación juntos. Así pues, el promedio de muertes por sobredosis de drogas al día en los Estados Unidos fue de 175 en 2016.

499. En los Estados Unidos, las sobredosis de opioides se han cuadruplicado desde 1999 y los opioides (obtenidos con receta médica o por medios ilícitos) son las principales sustancias responsables de las muertes por sobredosis. Un total de 33.091 muertes ocurridas en

todo el país en 2015 tuvieron que ver con los opioides. Los cinco estados que presentaron las tasas más elevadas de muertes por sobredosis en 2015 fueron Virginia Occidental (41,5 por 100.000), New Hampshire (34,3 por 100.000), Kentucky (29,9 por 100.000), Ohio (29,9 por 100.000) y Rhode Island (28,2 por 100.000). En los Estados Unidos se han financiado campañas de servicio público a nivel local para dar a conocer los efectos de la epidemia de opioides en las comunidades. Por ejemplo, la ciudad de Nueva York puso en marcha una campaña en línea titulada “El fentanilo mata” para que la población fuese consciente del aumento de las sobredosis que se había producido entre 2015 y 2016 y de la cifra sin precedentes de 1.374 fallecidos en la ciudad por sobredosis de drogas alcanzada en 2016.

500. El consumo y la demanda de heroína en los Estados Unidos siguieron aumentando considerablemente en 2016, y muchos adultos jóvenes comenzaron a consumir heroína para mantener la adicción generada por el consumo de los opioides que se les había recetado para el tratamiento del dolor. La dificultad para acceder a seguros médicos adecuados en los Estados Unidos sigue obstaculizando el control de la adicción y la prestación de cuidados y tratamiento adecuados. El porcentaje de personas menores de 65 años que carecía de seguro médico en 2016 se mantuvo alrededor del 28,5%.

501. El consumo de cocaína en América del Norte va en aumento y las muertes por sobredosis relacionadas con esa sustancia se han incrementado desde 2010. En 2016 se registraron en los Estados Unidos 10.619 muertes causadas por la cocaína —de las que, según la información disponible, 2.278 se debieron a la cocaína no mezclada con opioides y 4.506, a la cocaína mezclada con opioides—, frente a un total de 6.784 muertes en 2015. Ese incremento reciente se ha atribuido a la oferta cada vez mayor de heroína y cocaína y al aumento del consumo simultáneo de heroína y fentanilos mezclados con la cocaína. Por ejemplo, en Columbia Británica (Canadá) se produjo un aumento del 194% en el número de muertes por sobredosis de drogas en que había intervenido el fentanilo de 2015 a 2016. En Nueva York se advirtió que en 2016 el 37% de las muertes por sobredosis estaban relacionadas con la cocaína y el fentanilo, sin heroína, frente al 16% en 2015.

502. En los Estados Unidos, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas destacó en abril de 2017 que, según los resultados de una investigación basada en datos de encuestas nacionales, la legalización del uso del cannabis con fines médicos había conllevado un aumento del consumo de cannabis ilícito y de los trastornos relacionados con el consumo de cannabis. Los autores estimaban

que la facilitación del acceso a la droga tras la aprobación de leyes relativas al uso del cannabis con fines médicos podría incrementar en 1,1 millones la cifra de consumidores de cannabis ilícito adultos y en 500.000 la cifra de adultos con trastornos relacionados con el cannabis.

503. En 2016, los Institutos Nacionales de la Salud publicaron su encuesta anual sobre el abuso de sustancias adictivas entre los adolescentes de 13 a 18 años de edad, como parte de su estudio continuo “Monitoring the Future”. La encuesta puso de manifiesto que el consumo de muchas sustancias había experimentado una disminución a largo plazo y que el consumo de drogas ilícitas en el último año entre los alumnos de octavo grado era el más bajo en la historia de la encuesta. También reveló que, entre los alumnos de 12º grado de los estados donde era legal usar cannabis con fines médicos, su consumo era un 5% más elevado que en los estados donde el uso médico era ilegal. Los adolescentes de los estados donde el uso médico era legal también informaron de un mayor consumo de productos comestibles de cannabis.

504. En los estados de los Estados Unidos donde actualmente está autorizado el uso del cannabis con fines no médicos, esa sustancia puede adquirirse en diversas formas, como productos que pueden fumarse o inhalarse en forma de vahos, o comerse, por ejemplo, en forma de productos de repostería y golosinas. Desde que se legalizó el uso del cannabis con fines no médicos, en los estados de Colorado y Washington se ha producido un aumento de los casos de exposición no intencionada de niños al cannabis.

505. Según un estudio de 2016 sobre la exposición infantil no intencionada a la marihuana en el estado de Colorado en el período 2009-2015, en 15 de los 32 casos registrados en el hospital pediátrico en 2014 y 2015 se trataba de marihuana dispensada con fines recreativos, lo que indica que la legalización de la marihuana ha influido en la incidencia de la exposición infantil⁹⁰. De igual modo, en el estado de Washington se registró, un año más, un aumento de las llamadas recibidas por el Centro de Toxicología de Washington en relación con casos de exposición a la marihuana e intoxicación por esa sustancia; en 2016 el Centro recibió 280 llamadas relacionadas con el cannabis, de las cuales 49 atañían a niños de 0 a 5 años.

506. Según un estudio nacional sobre las características de los casos de exposición a productos comestibles de marihuana comunicados a los centros de toxicología

de los Estados Unidos⁹¹, durante un período de estudio de más de 36 meses comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2015, el Sistema Nacional de Datos Toxicológicos recibió 430 llamadas relacionadas con la exposición a cannabis comestible, siendo el grupo de edad más comúnmente afectado por esa exposición los niños menores de 6 años. Asimismo, 381 (91%) de esas llamadas procedían de estados que habían implantado programas de cannabis medicinal o que permitían el uso del cannabis con fines no médicos.

507. Se han adoptado diversas medidas para hacer frente a las preocupaciones de salud y seguridad públicas. El 1 de octubre de 2017, Colorado aprobó nuevas reglas relativas a los productos del cannabis médicos y no médicos, como el requisito de que los envases de esos productos lleven unos símbolos estándar junto con la advertencia “Contiene marihuana. Manténgase fuera del alcance de los niños”. Los envases de todos los productos comestibles de cannabis estandarizados destinados a la venta al por menor deben llevar marcas individualizadas; si el envase no se puede marcar de esa manera debido a las características del producto (por ejemplo, los productos a granel), el producto debe venderse dentro de un contenedor a prueba de niños; las palabras “caramelos” o “golosinas” no deben aparecer en los envases (a menos que sean parte del nombre del establecimiento); el producto no debe tener una forma que se asemeje a la de un animal, un personaje de cómic, una fruta o un ser humano, y cada contenedor debe llevar una etiqueta que contenga información pertinente y necesaria para los consumidores, incluida una declaración sobre la potencia del cannabis y otra en que se diga que el producto ha sido analizado para detectar la presencia de contaminantes.

508. En febrero de 2017, la Junta de Bebidas Alcohólicas y Cannabis del estado de Washington presentó una nueva etiqueta de advertencia (que contenía la palma de una mano en gesto de “Stop”, las palabras “No apto para niños” y la línea telefónica de emergencias toxicológicas de atención ininterrumpida) para identificar los productos comestibles infundidos con cannabis. En Alaska, los productos comestibles de cannabis deben mostrar el logotipo y número de licencia del establecimiento comercial y la cantidad estimada de THC del producto. También deben llevar advertencias como “Apto solo para adultos mayores de 21 años. Manténgase fuera del alcance de los niños”. En California está prohibida la venta de productos comestibles de cannabis que resulten atractivos para los niños o que puedan confundirse fácilmente con golosinas de venta en establecimientos comerciales

⁹⁰Georg S. Wang y otros, “Unintentional pediatric exposures to marijuana in Colorado, 2009-2015”, *JAMA Pediatrics*, vol. 54, núm. 9 (2016), págs. 840 a 846.

⁹¹Dazhe Cao y otros, “Characterization of edible marijuana product exposures reported to United States poison centers”, *Clinical Toxicology*, vol. 54, núm. 9 (2016), págs. 840 a 846.

u otros alimentos que no contengan cannabis, y también está prohibido elaborar productos que contengan cannabis con forma de persona, animal, insecto o fruta.

509. La Iniciativa de Investigación sobre el Uso Indebido de Sustancias en el Canadá publicó en 2017 unas directrices para reducir los riesgos del consumo de cannabis. El documento es un instrumento de prevención y educación en materia de salud en el que se reconoce que el consumo de cannabis entraña riesgos para la salud, tanto inmediatos como a largo plazo. Las directrices contienen diez recomendaciones sobre temas tales como la elección de productos de cannabis, la edad de iniciación en el consumo, la frecuencia e intensidad del consumo y el consumo de cannabis y la conducción de vehículos.

510. En marzo de 2017, la Red Comunitaria Canadiense de Epidemiología sobre el Consumo de Drogas publicó un boletín informativo sobre las llamadas a los servicios de urgencias en situaciones de intoxicación por drogas. El boletín presenta estimaciones del número de personas que llaman a esos servicios en situaciones de sobredosis de drogas. Según los datos reunidos de 2013 a 2016, las personas que habían utilizado kits de naloxona para tratar una sobredosis lo hicieron sin llamar a los servicios de urgencias en hasta el 65% de los casos. El boletín aconseja al ciudadano común que llame a los servicios de urgencias médicas en todas las situaciones de sobredosis, aunque ya disponga de kits de naloxona, a fin de reducir el número de muertes o lesiones cerebrales. Las sobredosis de fentanilo a veces pueden requerir más de un kit de naloxona u otro tipo de intervención médica para aumentar las probabilidades de supervivencia. Una vez que se haya administrado la naloxona, es aconsejable que el paciente permanezca en un centro médico o de salud, pues el efecto de la naloxona se pasa más rápidamente que el de muchos opioides y el paciente podría recaer en un estado de sobredosis. La naloxona también puede causar graves síntomas de abstinencia u otras complicaciones imprevisibles.

511. En junio de 2017, la Comisión Nacional contra las Adicciones de México presentó los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Una de las principales conclusiones en relación con las tendencias del consumo de drogas es que la prevalencia de vida del consumo de cualquier droga aumentó del 7,8% en 2011 al 10,3% en 2016. También entre 2011 y 2016, la prevalencia del consumo en el año anterior pasó del 1,8% al 2,9%, y la prevalencia en el mes anterior, del 1% al 1,5%. En ese mismo período, la prevalencia de vida del consumo de cualquier droga ilícita aumentó del 7,2% al 9,9%, la prevalencia en el año anterior, del 1,5% al 2,7%, y la prevalencia en el mes

anterior, del 0,8% al 1,4%. Nuevamente, de 2011 a 2016, en el grupo de edad de los adolescentes (de 12 a 17 años), la prevalencia de vida del consumo de cannabis aumentó del 6% al 8,6% (del 10,6% al 14% en el caso de los hombres y del 1,6% al 3,7% en el de las mujeres) y la prevalencia en el año anterior, del 1,2% al 2,1% (del 2,2% al 3,5% en el caso de los hombres y del 0,3% al 0,9% en el de las mujeres). En lo que respecta a la cocaína, la prevalencia de vida se mantuvo estable (un 3,3% frente a un 3,5%), mientras que la prevalencia anual aumentó del 0,5% al 0,8%. En el grupo de población de los adolescentes (de 12 a 17 años), la prevalencia de vida del consumo de drogas ilícitas aumentó notablemente, del 2,9% al 6,2%, y la prevalencia en el año anterior, del 1,5% al 2,9%. La prevalencia en el mes anterior se mantuvo estable (un 0,9% en 2011 y un 1,2% en 2016). La prevalencia del consumo de cannabis también aumentó considerablemente en lo que respecta al consumo durante la vida (2,4% a 5,3%) y al consumo en el año anterior (1,3% a 2,6%). El consumo de cocaína y sustancias inhalables no registró un crecimiento considerable con respecto a 2011: la prevalencia del uso indebido de cocaína e inhalables durante la vida fue del 0,7% en 2011, frente al 1,1% en 2016. Las cifras correspondientes al consumo en el año anterior fueron del 0,4% frente al 0,6% en el caso de la cocaína, y del 0,3%, frente al 0,6% en el caso de los inhalables.

512. También en México, en agosto de 2017, la Comisión Nacional contra las Adicciones volvió a poner en marcha su Programa Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana. El programa prevé la participación de las autoridades gubernamentales a nivel federal, estatal y municipal, además de la colaboración con el sector privado y las organizaciones sociales. Entre otras medidas, contempla el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, la prevención del consumo de tabaco y alcohol y la restricción de la venta de inhalables a menores. El programa establecerá 340 centros de atención ambulatoria en comunidades de alto riesgo para prestar servicios de detección e intervención tempranas para consumidores de drogas. Además, en cooperación con la CICAD, México establecerá un programa piloto de capacitación y certificación de orientadores en adicciones. Asimismo, el Gobierno de México, siguiendo las recomendaciones del documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, pondrá en marcha una serie de diálogos con las organizaciones de la sociedad civil y los investigadores para intercambiar experiencias, mejores prácticas e información en relación con las tendencias, con miras a formular diez principios (un "Decálogo") para abordar las cuestiones relacionadas con las drogas en el país.

América del Sur

1. Novedades principales

513. En América del Sur, la Argentina, Colombia, el Paraguay y el Perú pusieron en marcha iniciativas para regular la venta de cannabis con fines médicos. La disponibilidad de cannabis en la región continuó aumentando, impulsada por políticas e iniciativas legislativas destinadas a autorizar y regular el uso de cannabis con fines médicos y no médicos en varios Estados, lo que reduce la percepción de los riesgos asociados a su consumo. El cannabis siguió siendo la droga ilícita más ampliamente disponible y de consumo más generalizado en la región.

514. En el informe de 2016 sobre el monitoreo de los cultivos de arbusto de coca, el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia y la UNODC señalaron que la superficie dedicada a ese cultivo había aumentado en un 14%, de 20.200 ha en 2015 a 23.100 ha en 2016, pero que seguía estando por debajo de la superficie cuantificada en 2006 (27.500 ha) y 2010 (31.000 ha).

515. La superficie cultivada con arbusto de coca en Colombia aumentó en más del 50%, de 96.000 ha en 2015 a 146.000 ha en 2016. Tras la firma en noviembre de 2016 del acuerdo de paz con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo, que contiene un capítulo sobre la solución del problema de las drogas ilícitas, el Gobierno de Colombia convino en octubre de 2017 en firmar con la UNODC un histórico proyecto plurianual, por valor de cerca de 315 millones de dólares, centrado en el desarrollo, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de la política nacional de reducción de los cultivos ilícitos y la estrategia nacional de desarrollo territorial y rural, como parte esencial de las actividades de consolidación de la paz que se realizan en el país. El proyecto abarca la prestación de asistencia técnica por la UNODC al Gobierno para la aplicación de su política y estrategia de desarrollo territorial y rural, el monitoreo integrado de los cultivos ilícitos y la prestación de apoyo para la sustitución voluntaria de los cultivos ilícitos, que incluye medidas de desarrollo alternativo sostenible y formalización de la propiedad rural.

516. En el Uruguay, en el contexto de la implementación de la Ley núm. 19.172, se adoptaron medidas para establecer un marco regulatorio nacional que permitiese a las farmacias dispensar cannabis a los usuarios inscritos a partir de julio de 2017.

2. Cooperación regional

517. América del Sur reforzó la cooperación en los planos bilateral y multilateral. Los países de la región mejoraron el intercambio de información para ofrecer una respuesta adecuada a las actividades ilícitas relacionadas con las drogas mediante la coordinación operacional y de políticas.

518. Según el estudio mundial sobre la aplicación de la resolución 1373 (2001) del Consejo de Seguridad por los Estados Miembros (véase S/2016/49), pese a los esfuerzos realizados por algunos Estados Miembros por mejorar la cooperación en la lucha contra el terrorismo (por ejemplo, cooperación subregional e internacional), la corrupción, la debilidad de las instituciones públicas, las deficiencias de la legislación, la porosidad de las fronteras y la escasez de recursos humanos representaban problemas graves. Debido a los vínculos entre la lucha contra el terrorismo y la lucha contra el tráfico, esas mismas dificultades podrían afectar los esfuerzos encaminados a combatir el tráfico de drogas.

519. Las iniciativas de cooperación internacional para hacer frente con mayor eficacia al problema de las drogas en Colombia seguían teniendo carácter prioritario, ya que el país había iniciado el proceso de transición posterior al conflicto tras la firma del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo en noviembre de 2016. Ese proceso requerirá inversiones considerables en programas de desarrollo social y económico. En ese contexto, la Unión Europea renovó su compromiso de apoyar la aplicación del Acuerdo Final, con especial hincapié en la reforma rural.

520. En febrero de 2017 se celebró en Colombia la primera reunión regional del hemisferio occidental sobre las nuevas sustancias psicoactivas con el objetivo de intercambiar información sobre la detección de riesgos para la salud pública y la utilización de sistemas de alerta temprana, que constituían medios eficaces para afrontar el problema de las nuevas sustancias psicoactivas⁹².

521. La 27ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe, se celebró en Ciudad de

⁹²La reunión fue organizada por la UNODC y se basó en el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016 (resolución S-30/1 de la Asamblea General, anexo). Entre los países participantes se encontraban la Argentina, el Brasil, el Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica y los Estados Unidos.

Guatemala del 2 a 6 de octubre de 2017. La Reunión, a la que asistieron expertos gubernamentales de los organismos encargados de hacer cumplir la ley de todos los países de América, se centró en los siguientes temas: *a)* coordinación de las plataformas de comunicación regionales que apoyan la aplicación de las leyes sobre drogas en toda América Latina y el Caribe; *b)* vínculos entre el tráfico de drogas y otras formas de delincuencia organizada, como el blanqueo de dinero; *c)* medidas sustitutivas del encarcelamiento en relación con ciertos delitos, entre ellas estrategias de reducción de la demanda que promuevan la salud y la seguridad públicas; y *d)* medidas prácticas adaptadas a las necesidades específicas de los niños y los jóvenes para prevenir y tratar la drogodependencia y para evitar que se vean implicados en delitos relacionados con las drogas. La Reunión formuló recomendaciones concretas sobre esos temas dirigidas a los Gobiernos de la región, que también serían examinadas por la Comisión de Estupefacientes en su 61^{er} período de sesiones, en 2018.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

522. La Argentina, Colombia, el Paraguay y el Perú informaron sobre iniciativas que permitían y regulaban el uso del cannabis para fines médicos y científicos.

523. Tras haber promulgado la ley pertinente en 2016, Colombia aprobó el uso médico y científico del cannabis por medio del Decreto 613, de 10 de enero de 2017. El Decreto regula la venta de derivados del cannabis, el uso de semillas para la producción de grano, el cultivo de plantas de cannabis psicoactivo y no psicoactivo para fines médicos y científicos y el uso de plantas de cannabis no psicoactivo para fines industriales.

524. El 22 de febrero de 2017, el Presidente del Perú transmitió al Congreso un proyecto de ley que permitiría el uso del cannabis con fines medicinales sujeto a prescripción médica cuando hubieran fallado otras opciones terapéuticas. El proyecto de ley dispone que, dos años después de la promulgación de la ley, el Ministerio de Salud realizará una evaluación de su implementación y, con arreglo a esta, el Poder Ejecutivo evaluará la pertinencia de presentar un proyecto de ley para autorizar la producción con fines medicinales de productos provenientes del cannabis. También en febrero, el Gobierno estableció, en virtud de una resolución ministerial, un comité de expertos para evaluar el uso del cannabis en el Perú como medicina alternativa⁹³. El Comité de Expertos pre-

sentó su informe al Ministerio de Salud en abril de 2017, y la comisión del Congreso encargada de examinar el proyecto de ley lo aprobó en septiembre de 2017; el Congreso aprobó el proyecto de ley el 19 de octubre y el Poder Ejecutivo promulgó la ley en noviembre.

525. En la Argentina, en abril de 2017 entró en vigor la Ley 27.350, que autorizaba el uso de aceite de cannabis y sus derivados con fines médicos y por la que se establecía un marco regulatorio para la prescripción y distribución de esos productos a los pacientes. La Ley estableció un marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y paliativo del dolor de la planta de cannabis y sus derivados, con miras a garantizar y promover el cuidado integral de la salud. La Ley estableció también el Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis, sus Derivados y Tratamientos no Convencionales, en la órbita del Ministerio de Salud.

526. En junio de 2017, la Cámara de Diputados del Parlamento del Paraguay examinó dos proyectos de ley para permitir y regular el uso médico y científico del cannabis.

527. En el Uruguay, en 2016, se compilaron y examinaron datos sobre los indicadores de monitoreo de la implementación de la Ley núm. 19.172 con respecto al uso del cannabis con fines no médicos. En diciembre de ese mismo año, el Ministerio de Salud Pública finalizó el primer informe anual al Parlamento del Uruguay sobre el estado de implementación de la Ley, correspondiente a 2016⁹⁴. En marzo de 2017, la Junta Nacional de Drogas del Uruguay anunció una serie de medidas destinadas a ampliar el acceso al cannabis con fines no médicos con arreglo a la Ley núm. 19.172. Entre esas medidas destaca especialmente el establecimiento de un registro de usuarios. Al mismo tiempo, la Junta Nacional de Drogas anunció la puesta en marcha de una campaña a gran escala en los medios de comunicación para alertar de los riesgos del abuso de drogas. La dispensación de cannabis en farmacias comenzó en julio de 2017, después de que se hubiera pospuesto en varias ocasiones debido a que el suministro de cannabis cultivado por el Estado era insuficiente. Una vez que el sistema esté plenamente instituido, los usuarios inscritos podrán adquirir hasta un máximo

Actualización de la revisión y síntesis de la evidencia sobre regulación del uso médico de cannabis, Instituto Nacional de Salud. Serie Informe de Revisiones núm. 01-2017 (Lima, abril de 2017). El proyecto de ley autorizaría la importación, la comercialización y el uso con fines medicinales de productos provenientes del cannabis conforme a cómo se determinase en el reglamento que elaboraría el Poder Ejecutivo en un plazo máximo de 30 días tras la aprobación del proyecto de ley.

⁹³Resolución Ministerial núm. 096-2017/MINSA, de 14 de febrero de 2017. En la resolución se fijó un plazo de un mes para que los expertos presentasen un informe con sus observaciones finales. Véase

⁹⁴La evaluación se está llevando a cabo con arreglo al acuerdo de cooperación técnica entre la Junta Nacional de Drogas, la Organización Panamericana de la Salud y la OMS. Véase www.ircca.gub.uy.

de 40 gramos de cannabis al mes (con un fraccionamiento semanal máximo de 10 gramos) en las farmacias autorizadas. Esas farmacias estarán equipadas con lectores de huellas dactilares y cada adquisición quedará registrada en una base de datos gestionada por el Gobierno para garantizar que la cantidad adquirida por los usuarios no exceda la cuota fijada.

528. La Junta reitera que toda medida que permita el uso del cannabis con fines no médicos contraviene claramente el artículo 4 c) y el artículo 36 de la Convención de 1961 en su forma enmendada, así como el artículo 3, párrafo 1 a), de la Convención de 1988. La Junta también reitera que la limitación del uso de sustancias fiscalizadas a los fines médicos y científicos es un principio fundamental que no admite excepción con arreglo al Convenio de 1961 en su forma enmendada.

529. Entre las medidas legislativas adoptadas en la región cabe mencionar también la promulgación de la Ley 27.283 en la Argentina, en octubre de 2016, por la que el Congreso estableció el Consejo Federal de Precursores Químicos. El Consejo tendrá por funciones, entre otras, analizar cuestiones relativas a las sustancias y los productos químicos sometidos a fiscalización; realizar propuestas respecto de las sustancias que deberían someterse a fiscalización; confeccionar informes e investigaciones que indaguen respecto de la evolución y el surgimiento de nuevos precursores y construir y mantener actualizado un mapa conexas; y proponer la implementación de políticas públicas para mejorar el control de la producción de precursores. En noviembre de 2016, la Argentina promulgó la Ley 27.302, que modificó la Ley 23.737; en ella se penaliza la desviación internacional de precursores, se actualizan los valores de las penas por producción, comercialización y cultivo de drogas y se establecen nuevas medidas de control fronterizo para combatir el tráfico de drogas. Asimismo, la Ley 27.319 de Investigación, Prevención y Lucha contra los Delitos Complejos, aprobada en noviembre de 2016, contiene disposiciones relativas a las técnicas especiales de investigación.

530. En enero de 2016 entró en vigor en el Uruguay la Ley 19.355, por la que se creó la Secretaría Nacional para la Lucha contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, cuyos cometidos se definían con arreglo a los procedimientos establecidos en el reglamento del Fondo de Bienes Decomisados de la Junta Nacional de Drogas.

531. En marzo de 2017, el Estado Plurinacional de Bolivia adoptó nuevas medidas para reformar su marco jurídico relativo a los estupefacientes y los precursores a fin de ampliar el control gubernamental sobre la producción

y venta de hoja de coca. El 8 de marzo, el Gobierno promulgó la Ley núm. 906, Ley General de la Coca, por la que se derogaron los artículos 1 a 31 de la Ley núm. 1008 de 1988 y se estableció que las zonas autorizadas de cultivo de coca, con arreglo a la reserva interpuesta en 2013 a la Convención de 1961 en su forma enmendada, tendrían una superficie de hasta 22.000 ha, con lo que casi se duplicó la superficie de las zonas autorizadas de cultivo para satisfacer la demanda de hoja de coca para el masticado tradicional, que en la Ley núm. 1008 se había fijado en 12.000 ha.

532. La Ley núm. 906 también permite utilizar la hoja de coca para usos rituales, medicinales, alimenticios, investigativos e industriales y dispone el establecimiento del Consejo Nacional de Revalorización, Producción, Comercialización, Industrialización e Investigación de la Coca⁹⁵, y la implementación de un registro de productores de coca por el Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras.

533. La Junta expresa su preocupación por la decisión del Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia, mediante la aprobación de la nueva Ley General de la Coca de 2017 y de conformidad con su reserva a la Convención de 1961 en su forma enmendada, de permitir que la superficie de las zonas de producción de arbusto de coca autorizadas prácticamente se duplique, hasta 22.000 ha. Según un estudio realizado por el Gobierno con el apoyo de la Unión Europea y publicado en 2013, la cantidad de hoja de coca que en 2012 se consideró suficiente para satisfacer la demanda para los fines descritos en la reserva interpuesta por el país era de 23.219 t anuales, que podían obtenerse cultivando una superficie de unas 14.700 ha⁹⁶.

534. En marzo de 2017, el Estado Plurinacional de Bolivia promulgó también la Ley núm. 913 de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas, por la que se establecieron mecanismos para combatir el tráfico de sustancias fiscalizadas por medio de medidas de prevención y aplicación de la ley, la fiscalización de precursores y el fortalecimiento del régimen de bienes incautados y decomisados.

⁹⁵En la reunión bilateral celebrada entre el Presidente de la JIFE y una delegación del Estado Plurinacional de Bolivia, las autoridades bolivianas afirmaron que las 22.000 ha de zona de producción de coca autorizada no eran sino el límite máximo, y que el Gobierno podía determinar la superficie real de las zonas en función de la cantidad de producción de coca que se necesitase para cubrir las necesidades lícitas. El Gobierno espera impulsar la exportación de productos de hoja de coca, según el periódico *La Razón*.

⁹⁶Véase UNODC, *Estado Plurinacional de Bolivia, Monitoreo de cultivos de coca 2016*. Disponible en www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Bolivia/2016_Bolivia_Informe_Monitoreo_Coca.pdf.

535. La Junta hace notar el franco diálogo que siempre ha mantenido con el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia y las solicitudes que ha dirigido al Gobierno para que proporcione información sobre las medidas que ha adoptado o se propone adoptar para garantizar el pleno cumplimiento de lo dispuesto en los tratados de fiscalización internacional de drogas, incluida la reserva que interpuso en 2013 al adherirse a la Convención de 1961 en su forma enmendada, y en relación con otros asuntos, como las previsiones que el Gobierno debe presentar a la Junta en cumplimiento de las obligaciones que le incumben en virtud de la Convención. La Junta confía en que el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia atenderá plenamente y sin demora las solicitudes de información formuladas por la Junta.

536. En la región se notificaron varias iniciativas en materia de políticas. En diciembre de 2016, el Gobierno de Guyana puso en marcha un nuevo plan maestro de la estrategia nacional en materia de drogas para el período 2016-2020. El plan trata de encontrar un equilibrio entre la salud pública y la seguridad pública y abarca los siguientes ámbitos: reducción de la oferta y demanda de drogas, medidas de fiscalización, fortalecimiento de las instituciones, coordinación de políticas y cooperación internacional.

537. En Colombia, en diciembre de 2016, el Consejo Nacional de Estupefacientes aprobó la erradicación manual de cultivos ilícitos y la utilización del glifosato con ese fin. El Gobierno de Colombia se propone erradicar 50.000 ha de cultivos ilícitos de arbusto de coca en 2017 y, también en 2017, destinar esa misma superficie a cultivos lícitos, en preparación para la aplicación de su estrategia de lucha contra los estupefacientes en la etapa posterior al conflicto armado. Además, la Policía Nacional ha aplicado una estrategia contra el tráfico de estupefacientes en menores cantidades con el apoyo de la Fiscalía General de la Nación y otras autoridades estatales. En enero de 2017, el Gobierno puso en marcha la Estrategia Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos con el objetivo de promover la sustitución voluntaria de cultivos ilícitos y ayudar a las familias rurales marginadas afectadas por el cultivo ilícito.

538. El Perú aprobó la nueva Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas para el período 2017-2021, cuyo objetivo era reducir en un 50% las zonas de cultivo de coca mediante el fortalecimiento de la cooperación entre las instituciones competentes, el intercambio de inteligencia, la mejora de la prevención y la incautación de precursores utilizados para la fabricación de drogas ilícitas. El Perú centrará sus esfuerzos en la erradicación del cultivo de arbusto de coca, las actividades de incautación,

las estrategias de desarrollo alternativo, la debilitación de los vínculos de la población con los grupos armados y el narcotráfico y el restablecimiento de la seguridad y el respeto por el estado de derecho.

539. En el Ecuador se están realizando estudios situacionales sobre la oferta y la demanda de drogas en zonas prioritarias del país, en el marco de la Estrategia de Intervención Emergente 2016.

540. Los países de América del Sur han respondido a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas mediante el establecimiento de sistemas de alerta temprana, la emisión de alertas y la aprobación de nuevas leyes, entre otras medidas. En enero de 2017 el Gobierno de la Argentina publicó el Decreto 69/2017, por el que actualizó la lista de sustancias sometidas a fiscalización mediante la incorporación de 61 nuevas sustancias. En el Uruguay se publicó el Decreto núm. 320/016, por el que se incluyó la *para*-metoximetilamfetamina (PMMA) en la lista de sustancias sujetas a fiscalización nacional. El 29 de diciembre de 2016, el Uruguay modificó su ley de sustancias sicotrópicas para reflejar la transferencia del ácido *gamma*-hidroxibutírico (GHB) de la Lista IV a la Lista II del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

541. El impacto del cultivo ilícito de arbusto de coca para las zonas protegidas sigue siendo una amenaza para la diversidad biológica de la región⁹⁷. La superficie cultivada con coca en Colombia registró un incremento considerable, al pasar de 96.000 ha en 2015 a 146.000 ha en 2016. Tras suspender la aspersión aérea en octubre de 2015⁹⁸, el Gobierno buscó nuevas estrategias, como la celebración de mesas redondas con las comunidades afectadas por el cultivo ilícito y la intensificación de las medidas de interceptación. El impacto que la suspensión de la aspersión pueda haber tenido en el rendimiento de

⁹⁷UNODC y Colombia, *Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2016*. Disponible en www.unodc.org/documents/colombia/2017/julio/CENSO_2017_WEB_baja.pdf.

⁹⁸Después de haber suspendido la aspersión de cultivos con el herbicida glifosato en 2015, en 2017 Colombia volvió a autorizar el uso de esa sustancia para la fumigación manual. Desde que dejó de utilizar uno de sus principales métodos de erradicación de la coca, es decir, la aspersión aérea de cultivos con glifosato, el Gobierno ha arrancado manualmente una cantidad mucho menor de arbustos de coca, según las estadísticas gubernamentales publicadas por el Observatorio de Drogas del Ministerio de Justicia.

la cosecha se evaluará en los nuevos estudios de productividad que está previsto que se realicen en 2017⁹⁹.

542. En el Estado Plurinacional de Bolivia, los resultados del monitoreo mostraron un incremento de la superficie de cultivo en 2015 con respecto a 2016. En 2016, la superficie total de cultivos de arbusto de coca para fines ilícitos se estimó en 23.100 ha, lo que supone un incremento del 14% con respecto a 2015. En 2016, la producción potencial de hoja de coca secada al sol se estimó en 38.000 t. Asimismo, el volumen total de hoja de coca comercializado en los mercados para usos tradicionales alcanzó las 21.952 t, es decir, 751 t más que en 2015. La reducción de los cultivos de coca excedentarios en zonas permitidas (proceso conocido como “racionalización”) y la erradicación de cultivos de arbusto de coca en zonas prohibidas se cuantificaron en 6.577 ha a nivel nacional, lo que representó una disminución del 40% con respecto a la superficie de erradicación en 2015 (11.020 ha)¹⁰⁰.

543. Según el informe *Monitoreo de cultivos de coca 2015*, publicado por la UNODC y el Gobierno del Perú en julio de 2016, la superficie de cultivos ilícitos de arbusto de coca en el Perú se estimó en 40.300 ha. El Perú informó también de algunos cultivos ilícitos de adormidera que podían rendir hasta dos cosechas anuales. En el momento de concluir la elaboración del informe anual de la Junta correspondiente a 2017 (1 de noviembre de 2017) aún no se habían publicado los resultados del estudio de 2016 sobre los cultivos de coca, realizado por la UNODC y el Gobierno del Perú.

544. Durante 2016, la mayoría de los países de la región señalaron que el tráfico de drogas se llevaba a cabo principalmente por tierra. No obstante, los daños sufridos por las pistas de aterrizaje en el Perú hacen pensar que el tráfico por vía aérea podría haber influido en los precios de las drogas en el país.

545. Entre las rutas de tráfico de drogas identificadas, es importante mencionar la zona del “Trapecio Amazónico”, también conocida como la Triple Frontera, entre el Brasil, Colombia y el Perú. Esa zona es una de las principales rutas del tráfico de drogas con destino a los Estados Unidos y Europa.

546. En su informe anual correspondiente a 2016, el Observatorio del Narcotráfico de Chile comunicó que el narcotráfico iba en aumento en el país. Chile servía

⁹⁹Colombia, *Monitoreo de territorios afectados por cultivos ilícitos 2016*.

¹⁰⁰UNODC, *Estado Plurinacional de Bolivia, Monitoreo de cultivos de coca 2016*. Disponible en https://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Bolivia/2016_Bolivia_Informe_Monitoreo_Coca.pdf.

de país de reexportación entre los países productores de coca y los mercados de consumo de Europa, América del Norte y Oceanía.

547. Uno de los retos que enfrentan los países con zonas escasamente pobladas que hacen frontera con países productores de drogas es que sirven como países de tránsito de las drogas destinadas a América del Norte y Europa. Las organizaciones delictivas de América del Sur tienden a ser relativamente pequeñas y de carácter local y familiar para garantizar la confidencialidad necesaria para llevar a cabo sus operaciones. Esas organizaciones constituyen la base de los grupos formados a nivel nacional que tratan de entablar vínculos internacionales, para lo cual suelen unirse a grupos mayores que tienen una estructura fragmentada y descentralizada, lo que dificulta su persecución. Esas organizaciones son heterogéneas y adaptables, lo que les permite modificar sus rutas de tráfico y *modus operandi* siempre que lo necesitan. Además, los países de América del Sur carecen de un sistema para seguir las fluctuaciones de los precios de las drogas ilícitas.

548. El Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia informó de la incautación, en 2016, de más de 102 t de plantas de cannabis y 29 t de sales de cocaína, la mayoría de las cuales se habían introducido en el país por carretera. Durante el período sobre el que se informa se destruyeron 4.065 laboratorios clandestinos de base de coca en el país.

549. Según la información proporcionada por las autoridades nacionales del Paraguay, la erradicación de cultivos de cannabis aumentó de 2006 a 2008, período en que se erradicaron 1.786 ha, para posteriormente reducirse a 780 ha entre 2009 y 2012. De 2013 a 2015 se produjo un destacado aumento de las actividades de erradicación. La superficie de los cultivos de cannabis destruidos aumentó de 1.803 ha en 2013 a 1.966 ha en 2014 y, según la información disponible, a 2.116 en 2015. No obstante, es difícil identificar esos cultivos en las zonas en que se mezclan con cultivos lícitos. Las autoridades comunicaron la incautación de 413.970 kg de cannabis en 2016.

550. En el Perú se erradicaron en total 30.150 ha de cultivos ilícitos de arbusto de coca en 2016, lo que supera ligeramente la meta de 30.000 ha fijada para ese año. Las cantidades de pasta básica de cocaína incautadas en el Perú fueron de 11,1 t en 2014, 11,6 t en 2015 y 14,0 t en 2016, mientras que las cifras correspondientes al clorhidrato de cocaína fueron de 18,7 t, 8,4 t y 13,9 t, respectivamente.

551. El Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela comunicó la incautación de más de 34 t de sales de

cocaína y más de 1 t de hojas de coca, y puso de relieve la proximidad de los laboratorios en territorio venezolano a los pasos fronterizos con Colombia. El Gobierno informó también del desmantelamiento de seis instalaciones de elaboración de cocaína en 2016. Las incautaciones indican que el país también se vio afectado por el aumento del cultivo de arbusto de coca en Colombia en 2015 y 2016¹⁰¹.

b) Sustancias sicotrópicas

552. El problema de la fabricación, tráfico y abuso de sustancias sicotrópicas en América del Sur difiere de unos países a otros. Según el Observatorio de Delito Organizado de la República Bolivariana de Venezuela, el consumo de sustancias sicotrópicas va en aumento. Durante el período sobre el que se informa, los Gobiernos de la Argentina y el Uruguay comunicaron incautaciones de más de 220.000 pastillas de sustancias tipo éxtasis, mientras que el Gobierno del Perú comunicó incautaciones de 0,25 kg de la misma sustancia.

c) Precursores

553. Según la información comunicada, gran parte del permanganato potásico incautado en los países de América del Sur se había fabricado en el país en que se incautó. Siete países de América del Sur comunicaron a la JIFE la incautación en 2016 de un total de 585 t de permanganato potásico, de las cuales 582,5 t habían sido incautadas en Colombia. El Estado Plurinacional de Bolivia comunicó la incautación de 2 t, el Perú menos de 250 kg y la República Bolivariana de Venezuela 200 kg. El total de las incautaciones comunicadas por otros países de la región no llegó a 10 kg. Algunos países, especialmente los tres países productores de coca, comunicaron a la JIFE la incautación en 2016 de grandes cantidades de sustancias químicas no sujetas a fiscalización internacional. Esas sustancias químicas son ácidos y bases comunes, agentes oxidantes y disolventes utilizados para la fabricación de cocaína y están sujetas a fiscalización a nivel nacional.

554. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988, correspondiente a 2017, se expone detalladamente la situación de América del Sur en lo que respecta a la fiscalización de precursores.

¹⁰¹ Las autoridades de la República Bolivariana de Venezuela anunciaron recientemente incautaciones de cocaína de casi 3 t, lo que refleja la continua entrada de drogas en el país a través de la frontera con Colombia.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

555. Varios países de la región comunicaron incautaciones de diversas sustancias químicas no fiscalizadas utilizadas para elaborar, reelaborar, refinar o adulterar la cocaína. Entre esas sustancias figuran diversas mezclas de disolventes a base de hidrocarburos, como los disolventes comunes, el keroseno, el diésel y distintos tipos de gasolina.

556. Las sustancias no fiscalizadas constituyeron una proporción importante de las incautaciones de productos químicos en la región, especialmente los disolventes no fiscalizados, que se incautaron en volúmenes superiores a los de los disolventes fiscalizados. El aumento del número de incautaciones de metabisulfito sódico y cloruro de calcio, dos sustancias químicas empleadas para hacer más eficiente la elaboración de cocaína, es indicativo de que el grado de organización de las actividades ilícitas conexas es cada vez más alto y de que el nivel de reciclaje de disolventes sigue siendo elevado.

557. En el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*, la UNODC indicó que los países de América del Sur habían adoptado medidas con respecto a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas alucinógenas, como el establecimiento de sistemas de alerta temprana, la emisión de alertas y la adopción de nuevas leyes. Como ejemplo de ello, se señaló que Colombia había establecido en 2013 un sistema de alerta temprana y emitía alertas sobre las nuevas sustancias psicoactivas que se vendían como dietilamida del ácido lisérgico y que la población en general podía obtenerlas en línea¹⁰². En Chile, un total de 100 nuevas sustancias psicoactivas, entre ellas varios compuestos de NBOMe, fueron sometidas a fiscalización nacional como sustancias psicoactivas en 2014 y 2015. En el Brasil, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria inscribió en la lista nacional de sustancias fiscalizadas 11 compuestos de NBOMe en mayo de 2016.

558. En la Argentina, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico puso en marcha en diciembre de 2016 un sistema de alerta temprana para la detección de nuevas sustancias psicoactivas y drogas emergentes, y de nuevos hábitos de consumo y patrones de comercialización de drogas. El sistema de alerta temprana, a cargo del Observatorio Argentino de Drogas de la Secretaría, evalúa los riesgos que suponen para la salud las sustancias detectadas y elabora respuestas oportunas. El sistema

¹⁰² UNODC, "Global SMART programme Latin America", Information Bulletin N°2 (septiembre de 2016).

colabora con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Seguridad y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria y la Aduana Argentina, los cuales proporcionan información al Observatorio. El Observatorio sirve de repositorio central de información, la cual sistematiza y analiza para elaborar las políticas públicas sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas, sobre la base de datos científicos actualizados. En Chile, Colombia, México y el Uruguay ya se han establecido sistemas parecidos, con los cuales la Argentina colaborará para intercambiar información.

5. Uso indebido y tratamiento

559. En la región de América del Sur, la prevalencia de vida del consumo de cannabis va del 26,1% del Uruguay al 3,6% de Bolivia (Estado Plurinacional de) y el Perú, pasando por el 19,7% de la Argentina. Todos esos países comunicaron que la prevalencia de vida del consumo de opioides estaba por debajo del 1%. Se han observado divergencias entre países en cuanto a la prevalencia de vida del consumo de pasta básica de cocaína, que va del 0,1% del Estado Plurinacional de Bolivia al 0,5% de la Argentina y el 1,47% del Perú.

560. En 2017, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Argentina, en colaboración con la Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas, finalizó el sexto estudio nacional sobre el consumo de nuevas sustancias psicoactivas. El estudio se basó en una encuesta realizada a 20.658 personas de 12 a 65 años residentes en zonas urbanas y reunió información sobre los hábitos de consumo y abuso de sustancias psicoactivas en los diferentes grupos de población. El estudio llegó a la conclusión de que el cannabis era la sustancia más común desde el punto de vista de la prevalencia de su consumo en la población encuestada en 2016 (7,8%). La tasa más elevada de consumo de cocaína en ese año, el 7,7%, se observó en el grupo de personas de 25 a 34 años, mientras que los grupos de personas de menor y mayor edad presentaron tasas inferiores¹⁰³. Asimismo, el estudio indicó que la prevalencia de vida del consumo de cocaína en la población general había aumentado del 2,6% en 2010 al 5,3% en 2017. El aumento del consumo afectó en particular a los adolescentes de 12 a 17 años, que presentaron

¹⁰³ Las tasas de consumo registradas en los otros grupos de población fueron las siguientes: 1,2% en las personas de 12 a 17 años; 6,5% en las personas de 18 a 24 años; 6,4% en las personas de 35 a 49 años; y 2,1% en las personas de 50 a 65 años.

una prevalencia de vida del 1,2%, frente al 0,4% en 2010. Además, el 6,2% de las personas encuestadas declararon haber consumido analgésicos opioides sin receta médica al menos en una ocasión, y el 54% de quienes habían consumido analgésicos opioides lo habían hecho antes de cumplir los 30 años.

561. Según la encuesta nacional de consumo de drogas correspondiente a 2016 liderada por el Observatorio de Drogas de Colombia, la prevalencia de vida del consumo en la población general aumentó del 8,6% en 2008 al 12,17% en 2013. La sustancia más consumida en Colombia fue el cannabis, con una prevalencia anual del 3,27% en 2013, lo que supone un aumento del 54% con respecto al 2,12% registrado en 2008.

562. El aumento del consumo de drogas en Colombia implica un reacomodamiento de la forma en que algunas estructuras delictivas desarrollan sus actividades de distribución y comercialización de sustancias. Además, Colombia ya no solo es un país productor de drogas, sino que alberga a un número cada vez mayor de consumidores. Para afrontar esos retos, el Gobierno continúa aplicando el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, que se centra en el fortalecimiento de las instituciones, la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento.

563. Según un estudio sobre los costos del problema de la droga publicado por la Secretaría Técnica de Drogas del Ecuador en marzo de 2017, el costo estimado del fenómeno de las drogas en el Ecuador en 2015 fue de 13 dólares per cápita, lo que representa el 0,2% del PIB.

564. La cocaína y el cannabis siguen siendo las dos drogas que más se comercializan y consumen en Guyana. La mayor parte del cannabis que se produce en ese país se consume a nivel local. La encuesta nacional por hogares sobre la prevalencia del consumo de drogas correspondiente a 2016, realizada con la asistencia de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, puso de manifiesto que la edad media de inicio en el consumo de cannabis era la más baja (18,9 años) de todas las drogas objeto de uso indebido, y en el consumo de cocaína la más alta (22,6 años). La edad media de inicio en el consumo de *crack* era de 19,8 años y en el consumo de éxtasis, 23,8 años. No obstante, la prevalencia de vida del consumo de cocaína y cocaína *crack* era muy baja (0,7% y 0,3%, respectivamente).

565. Según la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas del Perú, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias afectaban a aproximadamente

200.000 personas en todo el país. Se calculaba que entre 32.000 y 60.000 personas eran adictas a la cocaína, y unas 100.000 personas consumían cannabis. El abuso de pasta básica de cocaína, barata y altamente adictiva, iba en aumento, en particular a lo largo de las rutas de tráfico de drogas en las ciudades de mediano tamaño al este de los Andes y en las ciudades de tránsito de la costa. Los servicios públicos de tratamiento del Perú seguían siendo insuficientes; la oferta pública de tratamiento ambulatorio especializado en adicciones consistía esencialmente en establecimientos sanitarios complementados con las unidades de tratamiento de la adicción establecidas en las instituciones judiciales, penitenciarias y de atención de la salud.

566. La VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas realizada en el Uruguay en 2016 incluía preguntas sobre las formas de acceso al cannabis y los riesgos asociados a la obtención de esa sustancia en el mercado ilegal. El 22% de las personas que habían consumido cannabis en los últimos 12 meses (es decir, unos 161.475 consumidores) contestaron que habían obtenido la sustancia en el mercado ilegal, y el 43% de esas personas consideraban que habían estado expuestas a algún tipo de riesgo. El porcentaje de delitos relacionados con las drogas con respecto al índice total de delincuencia aumentó considerablemente de 2004 a 2012, y aún no se ha evaluado el impacto de la Ley núm. 19.172.

567. En lo que respecta a las iniciativas de reducción de la demanda, el III Estudio Epidemiológico sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de la Comunidad Andina se llevó a cabo en el marco del Proyecto de Apoyo a la Reducción de la Demanda de Drogas Ilícitas en la Comunidad Andina. En colaboración con ese proyecto, la UNODC siguió apoyando la Iniciativa Juvenil Andina del Estado Plurinacional de Bolivia, facilitando el acceso de los jóvenes a las redes sociales con objeto de prevenir el uso indebido de drogas. El Observatorio de Drogas de Colombia estableció un sistema de alerta temprana para mejorar el seguimiento de las sustancias psicoactivas. Asimismo, en el período que abarca el informe, el Ecuador y el Perú ejecutaron tres proyectos locales de prevención selectiva para niños de la calle, adolescentes y menores infractores.

C. Asia

Asia oriental y sudoriental

1. Aspectos más destacados

568. La fabricación ilícita, el tráfico y el uso indebido de metanfetamina siguen siendo la mayor amenaza asociada a las drogas para Asia oriental y sudoriental. Si bien la fabricación ilícita sigue teniendo lugar principalmente en China y Myanmar, también se ha detectado en otros países de la región. En los últimos años se han comunicado aumentos o máximos sin precedentes de las incautaciones de metanfetamina, con el resultado de que en 2015 el mayor porcentaje de la incautación mundial de esa sustancia se registró en la región. Bajo el impulso de los elevados precios en la calle, también se han introducido grandes cantidades de metanfetamina en la región desde otras partes del mundo, situación que se refleja asimismo en el aumento de los niveles de uso indebido notificados por la mayoría de los países de la región.

569. El cultivo ilícito de adormidera y la producción de opio siguen concentrándose en el Triángulo de Oro. En Myanmar, la superficie total de cultivo ilícito de adormidera se mantuvo estable en 55.000 ha en 2015, cifra considerablemente mayor que en la República Democrática Popular Lao, donde, según la información disponible, la superficie de cultivo ilícito era de 5.700 ha. El tráfico y el uso indebido de heroína siguen siendo motivo de preocupación para algunos países de la región.

570. La creciente integración de la región plantea nuevas dificultades para el control fronterizo. Se ha detectado un número cada vez mayor de actividades delictivas relacionadas con las drogas en las fronteras de Brunei Darussalam, Camboya y Viet Nam. Una colaboración más estrecha y el intercambio más oportuno de información de inteligencia entre los países vecinos son esenciales para que las operaciones fronterizas conjuntas sean eficaces.

571. Los delitos en línea relacionados con las drogas son cada vez más frecuentes en algunos países. En Singapur, el número de personas detenidas por la compra en línea de drogas y accesorios para producirlas o consumirlas se sextuplicó con creces, de 30 personas en 2015 a 201 en 2016. Las autoridades chinas señalaron que la delincuencia en línea relacionada con las drogas seguía estando muy extendida y reforzaron la supervisión y gestión de la situación. El Gobierno de la República de Corea también ha introducido cambios legislativos para prohibir publicitar el comercio ilícito de drogas en Internet.

2. Cooperación regional

572. La 40ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, Asia y el Pacífico, se celebró en Colombo del 24 al 27 de octubre de 2016. Más de 150 participantes de la región examinaron la situación con respecto a la fiscalización de drogas y el tratamiento y aprobaron varias recomendaciones de expertos.

573. La 22ª Conferencia sobre los Servicios Operacionales de Lucha contra la Droga en Asia y el Pacífico se celebró en Tokio del 20 al 24 de febrero de 2017. Alrededor de 130 participantes intercambiaron opiniones sobre la cooperación mundial para combatir el contrabando de estimulantes de tipo anfetamínico y medidas para hacer frente a la amenaza que representaban las nuevas sustancias psicoactivas.

574. Los ministros y altos funcionarios de los países de la subregión del Gran Mekong (Camboya, China, Myanmar, República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam) y la UNODC se reunieron en mayo de 2017 a fin de aprobar una nueva estrategia para hacer frente a la persistencia y la evolución constante de los problemas relacionados con las drogas en la región. El nuevo Plan de Acción del Mekong fortalece la capacidad en cuatro esferas: drogas y salud; cooperación en materia de aplicación de la ley; cooperación jurídica y judicial; y desarrollo sostenible. El nuevo plan de acción se ha ajustado para incorporar las recomendaciones formuladas en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, celebrado en 2016, y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

575. La 38ª Reunión de Funcionarios Superiores de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN) encargados de cuestiones de drogas se celebró en Viet Nam del 25 al 27 de julio de 2017. La reunión anual, que este año comprendió las sesiones de cinco grupos de trabajo (educación preventiva; tratamiento y rehabilitación; aplicación de la ley; investigación; y desarrollo alternativo), sirve de plataforma para reforzar la coordinación de las operaciones e investigaciones conjuntas entre los organismos de aplicación de las leyes sobre drogas.

576. La Tercera Reunión del Grupo de Trabajo de los BRICS de Lucha contra las Drogas se celebró en Weihai (China) el 16 de agosto de 2017. El Grupo de Trabajo aprobó su norma de actuación para la lucha contra las drogas y decidió fortalecer la cooperación bilateral en materia de lucha contra las drogas en el marco de los BRICS (Brasil, China, Federación de Rusia, India y

Sudáfrica) y establecer un mecanismo de consultas sobre el intercambio de información, la cooperación de los encargados de hacer cumplir las leyes de lucha contra las drogas, la coordinación de las políticas de fiscalización internacional de drogas, la capacitación de personal y el intercambio de experiencias.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

577. La Oficina Central de Estupefacientes de Singapur sigue fortaleciendo los controles que se aplican a varias sustancias sometidas a fiscalización a fin de contener la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas y sus consecuencias perjudiciales para la salud pública. Con efecto a partir del 1 de mayo de 2017, se transfirieron cuatro nuevas sustancias psicoactivas de la quinta a la primera lista de la Ley sobre el Uso Indebido de Drogas. Se añadió una sustancia más a la primera lista de dicha Ley, la U-47700, a raíz de la decisión adoptada por la Comisión de Estupefacientes en marzo de 2017 de incluirla en la Lista I de la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972. Una vez que las sustancias fueron incluidas en la primera lista de la Ley sobre el Uso Indebido de Drogas, el tráfico, la fabricación, la venta, la posesión y el consumo de cualquiera de ellas pasaron a ser delitos.

578. En China se incluyeron cuatro análogos del fentanilo (carfentanilo, furanilfentanilo, valerilfentanilo y acrilfentanilo) en la lista de estupefacientes y sustancias sicotrópicas de uso no médico sometidos a fiscalización el 1 de marzo de 2017. Además, a raíz de las decisiones adoptadas por la Comisión en 2016 y 2017, se añadieron cuatro sustancias (4,4'-DMAR, MT-45, PMMA y U-47700) a la lista de sustancias sometidas a fiscalización, con efecto a partir del 1 de julio de 2017.

579. La República de Corea sometió la benzodiazepina diclazepam (clorodiazepam) y otras 13 sustancias a fiscalización temporal en agosto de 2016. En 2011 se introdujo un sistema de clasificación temporal en el país en respuesta a la rápida aparición de nuevas sustancias psicoactivas. Se pueden someter sustancias a fiscalización temporal por un período máximo de tres años cuando se considere que deben ser clasificadas con carácter urgente como estupefacientes. Una vez que se han sometido a fiscalización temporal queda prohibida la posesión, la gestión, la importación y la exportación, el comercio y la asistencia al comercio de esas sustancias, o la entrega o recepción de materias que contengan la sustancia sujeta a fiscalización temporal.

580. En 2015 se añadieron 15 nuevas sustancias psicoactivas a la lista de sustancias fiscalizadas en Viet Nam, entre ellas varios compuestos alucinógenos (compuestos de NBOMe) y cannabimiméticos (compuestos de JWH), para restringir su disponibilidad.

581. La Ley de Fiscalización de Estupefacientes de la República de Corea se modificó en respuesta a la utilización cada vez mayor del bitcoin en las transacciones con farmacias ilegales en línea. Desde junio de 2017 está prohibida la difusión de información sobre el cultivo, la producción y el comercio ilícitos de estupefacientes a través de diversos medios de comunicación. Todo acto que publicite la venta de drogas y la publicación de un manual de elaboración de estupefacientes en Internet será punible con arreglo a Ley.

582. En marzo de 2017, el Presidente de Filipinas firmó un decreto por el que se estableció el “Comité Interinstitucional de Lucha contra las Drogas Ilícitas”. El Comité, que está integrado por 21 organismos estatales y presidido por el Organismo de Represión en Materia de Drogas de Filipinas, vela por que la campaña del Gobierno de lucha contra las drogas ilícitas se lleve a cabo de manera integrada y sincronizada.

583. La Junta es consciente de que en Filipinas continúan teniendo lugar acciones extrajudiciales, incluido el asesinato, en relación con supuestas actividades o delitos relacionados con las drogas.

584. **La Junta recuerda a todos los Gobiernos que las medidas extrajudiciales, supuestamente adoptadas para lograr objetivos de fiscalización de drogas, contravienen en esencia las disposiciones y los objetivos de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, así como los instrumentos de derechos humanos por los que todos los países se encuentran obligados. Todas las medidas de fiscalización de drogas deben adoptarse respetando plenamente el estado de derecho y las debidas garantías procesales.**

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

585. En Asia oriental y sudoriental, el cultivo ilícito de adormidera se sigue concentrando en dos países del denominado Triángulo de Oro. En Myanmar, el cultivo ilícito de adormidera alcanzó su nivel más bajo en 2006, pero ha aumentado de manera constante desde entonces.

La superficie total dedicada al cultivo ilícito de adormidera se calculó en 55.000 ha en 2015. Por lo tanto, Myanmar siguió siendo el segundo país productor de opio a nivel mundial después del Afganistán. Cerca del 90% del volumen total de cultivo proviene del estado de Shan, situado en el noreste del país. Según la última encuesta socioeconómica realizada por la UNODC en las aldeas de ese estado, el cultivo ilícito de adormidera se concentró aún más en 2016. Si bien el porcentaje de aldeas donde se producía adormidera disminuyó en un 30%, la superficie media dedicada al cultivo de adormidera aumentó. Por su parte, la superficie dedicada al cultivo ilícito de adormidera en la República Democrática Popular Lao siguió siendo considerablemente inferior a la de Myanmar (5.700 ha en 2015).

586. Una cantidad considerable y creciente de adormidera cultivada ilícitamente y de opio producido ilícitamente en la región sigue introduciéndose en los países vecinos y en Oceanía. Según la UNODC, la incautación de heroína y morfina elaboradas a partir de opiáceos producidos en la región aumentó de 7,1 t en 2010 a 13,3 t en 2015. Los últimos datos de incautación indican que la mayor parte de la heroína incautada en China procede de Myanmar. En 2016, China notificó la incautación de 8,8 t de heroína y 3,1 t de opio, unas cantidades superiores a las del año anterior. La incautación de opio en Myanmar también aumentó ligeramente, de 962 kg en 2015 a 1.005 kg en 2016.

587. El cultivo ilícito, el tráfico y el uso indebido de cannabis siguen siendo motivo de gran preocupación en Indonesia, Filipinas y Viet Nam. Las autoridades filipinas erradicaron cerca de 290 plantaciones de cannabis en 2015, la mayoría de ellas en la isla de Luzón. El país también notificó la incautación de una cantidad importante de cannabis (hojas secas) en 2016 (1,3 t). La incautación de hierba de cannabis en Myanmar aumentó de aproximadamente 88 kg en 2015 a unos 188 kg en 2016. También se ha introducido hierba de cannabis en Asia oriental, aunque en cantidades mucho más pequeñas. En China la incautación de hierba de cannabis disminuyó de aproximadamente 9 t en 2015 a menos de 600 kg en 2016. En 2016 se incautaron aproximadamente 160 kg de hierba de cannabis en el Japón, frente a 105 kg en 2015. En la República de Corea se incautaron unas 21.000 plantas de cannabis en 2016, mientras que en el año anterior se incautaron aproximadamente 7.000.

588. La cantidad de cocaína introducida en la región ha sido bastante limitada debido a la prevalencia relativamente baja de su consumo. Sin embargo, los datos recientes sobre las incautaciones parecen indicar que la disponibilidad de esa sustancia es cada vez mayor. Entre

2010 y 2015, la cocaína incautada en Asia oriental y sudoriental representó más de la mitad (56%) de la cocaína incautada en Asia. En concreto, la cantidad de cocaína incautada en Viet Nam pasó de 2,4 kg en 2013 a 178 kg en 2015. En China se incautó un total de 431 kg de cocaína en 2016, más del cuádruple que en 2015 (98 kg). La droga se introdujo principalmente en paquetes con destino a Guangdong y Hong Kong (China). En 2016, la República de Corea también observó un aumento de las incautaciones de cocaína introducida en el país desde América del Sur, pasando por los Emiratos Árabes Unidos. Ese año se incautaron aproximadamente 430 kg de cocaína en Hong Kong (China), cantidad considerablemente superior a la del año anterior (227 kg). Por su parte, el Japón y Filipinas notificaron la incautación de 113 kg y 70 kg de cocaína en polvo, respectivamente.

b) Sustancias sicotrópicas

589. La región sigue siendo testigo de la expansión del mercado de la metanfetamina. Según la UNODC, la incautación anual de metanfetamina en Asia oriental y sudoriental aumentó en más de cinco veces entre 2006 y 2015. Por otra parte, la cantidad total de metanfetamina incautada en Asia oriental y sudoriental en 2015 (64 t) superó la cantidad incautada en América del Norte (55 t) y todas las demás regiones, lo que la convirtió en la subregión con el mayor volumen de incautación de metanfetamina a nivel mundial. Si bien esos incrementos pueden ser un indicio de la eficacia de la aplicación de la ley, también apuntan a que el tráfico de la sustancia sigue intensificándose.

590. China continúa notificando el mayor volumen de incautación de metanfetamina en la región. La metanfetamina (en forma de comprimidos y de cristales) incautada en el país aumentó de 19,5 t en 2013 a 36,6 t en 2015. En 2016 se notificó la incautación de un total de alrededor de 31 t de metanfetamina. Casi todos los comprimidos de metanfetamina se incautaron en la zona sudoccidental del país que linda con el Triángulo de Oro.

591. En 2016, Filipinas informó de la incautación de 2,2 t de metanfetamina, cifra muy superior al nivel medio de los últimos cinco años. Se observó una tendencia similar en el Japón, donde en 2016 se incautaron un total de 1,5 t de metanfetamina, la segunda mayor cantidad registrada en ese país. En 2016 se incautaron aproximadamente 2,5 t de metanfetamina en Myanmar, 200 kg más que en 2015 (2,3 t). Si bien la cantidad de metanfetamina incautada en la República de Corea fue relativamente pequeña (28,6 kg en 2016), los organismos encargados de hacer cumplir la ley observaron que las fuentes de

suministro (entre las que figuraban algunos países africanos y México) se habían diversificado desde 2010.

592. En 2015, Indonesia notificó importantes incautaciones de metanfetamina (4.420 kg), en comparación con las incautaciones de los últimos años, que no habían superado los 2.100 kg. Según las autoridades nacionales, la proporción de metanfetamina cristalina transportada por mar aumentó considerablemente, de alrededor del 4% en 2013 al 80% en 2015. Esa tendencia entraña especiales dificultades y requiere una atención específica, habida cuenta del gran número de islas y del extenso litoral del país.

593. Malasia ha venido siendo utilizada de manera creciente como país de tránsito del tráfico de metanfetamina hacia otros países de la región y Oceanía. Según informaron los funcionarios del país, entre 2004 y 2008 se había incautado anualmente un promedio de 135 kg. Sin embargo, el volumen de incautación anual ha aumentado a más de 1 t por año desde 2009. En 2015 se incautaron otras 1,1 t de metanfetamina.

594. Por primera vez desde 2008, la cantidad, en peso, de metanfetamina cristalina incautada en la región en 2015 fue mayor que la de los comprimidos de metanfetamina. Los datos correspondientes a 2016 indican que esa tendencia se ha mantenido.

595. En 2015 se incautaron más de 34 t de metanfetamina cristalina en la región: Camboya, China, Indonesia, Myanmar, la República de Corea, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam notificaron cantidades importantes. La mayoría de esas incautaciones (75%) se realizaron nuevamente en los países de la subregión del Gran Mekong (Camboya, China, Myanmar, República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam). Al mismo tiempo, el precio al por menor y la pureza media de la metanfetamina cristalina siguieron siendo elevados.

596. En 2015 se incautaron un total de 287 millones de comprimidos de metanfetamina en la región. La mayoría de esas incautaciones fueron notificadas por los seis países de la subregión del Gran Mekong. La pureza media de los comprimidos de metanfetamina incautados en esos países se mantuvo estable.

597. En la República Democrática Popular Lao se incautaron en 2015 grandes cantidades de comprimidos de metanfetamina (6,33 millones), casi el doble que en 2014 (3,83 millones). Si bien ese aumento se debió principalmente a una incautación de gran escala, las grandes cantidades de comprimidos de metanfetamina incautadas desde 2010 indican que el país sigue siendo un

importante país de tránsito de los comprimidos procedentes del Triángulo de Oro.

598. En los últimos años, Camboya ha sido utilizada con frecuencia como país de origen, tránsito y destino de estimulantes de tipo anfetamínico. Se informó de un aumento considerable de las incautaciones de metanfetamina en el país y de que la incautación de metanfetamina cristalina había alcanzado la cifra récord de 73 kg en 2015, más del doble que en 2013 (32,5 kg). Se observó también una tendencia similar en el caso de los comprimidos de metanfetamina. En 2015 se incautaron más de 260.000 de esos comprimidos, frente a aproximadamente 170.000 en 2013.

599. El número y la escala de las instalaciones clandestinas de fabricación de drogas sintéticas desmanteladas en la región ha aumentado, lo que indica una mayor capacidad de fabricación ilícita de metanfetamina. En 2015 se desmantelaron cerca de 600 instalaciones de fabricación ilícita en las provincias meridionales de China, lo que supuso un aumento del 8% respecto del año anterior. Esas instalaciones se utilizaban principalmente para la fabricación ilícita de metanfetamina. Asimismo, las autoridades señalaron que los grupos delictivos organizados dedicados a la fabricación ilícita de metanfetamina y ketamina se habían equipado con instalaciones más avanzadas y contaban con una mayor capacidad de fabricación.

600. Las incautaciones anuales de éxtasis en la región suelen variar considerablemente debido a que en ocasiones se incautan grandes cantidades de una sola vez, por lo que no se aprecia una tónica o tendencia clara. Entre los casos de incautaciones importantes notificados recientemente cabe señalar los casi 2,4 millones de comprimidos de éxtasis que contenían MDMA incautados en Myanmar en 2014 y los más de 400.000 comprimidos de éxtasis incautados en Malasia en 2015. Se consideraba que Malasia era uno de los principales puntos de embarque del éxtasis encontrado en Brunei Darussalam e Indonesia. En 2016 se desmantelaron siete instalaciones de fabricación de comprimidos de éxtasis en Malasia. Indonesia también comunicó incautaciones importantes entre 2010 y 2015, y más de la mitad de las incautaciones de éxtasis de la región se efectuaron en ese país.

c) Precursores

601. A pesar del importante y creciente consumo de metanfetamina en Asia oriental y sudoriental, solo China ha notificado incautaciones considerables de efedrina y pseudoefedrina a la Junta en los últimos años. En 2015, las incautaciones de efedrina notificadas por el país (23,5 t)

representaron casi el 100% del total de la región. Las limitadas cantidades de precursores incautados contrastan fuertemente con los datos sobre la cantidad de metanfetamina incautada en la región.

602. El tráfico de anhídrido acético y otros precursores con destino a China y Myanmar no muestra indicios de retroceso. En 2015 se incautaron más de 11.000 litros de anhídrido acético en China y 60 litros en Myanmar. Según el informe anual sobre la fiscalización de drogas en China correspondiente a 2016, ese año se incautaron cerca de 1.600 t de precursores. En 2015 y 2016 se incautaron cantidades crecientes de cafeína, adulterante que se utiliza en la fabricación de comprimidos de metanfetamina, en Myanmar.

603. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2017 figura un amplio análisis de la situación con respecto a la fiscalización de los precursores y las sustancias químicas frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas en la región.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

604. Entre 2008 y 2016, los países de la región notificaron cerca de 170 nuevas sustancias psicoactivas, sobre todo catinonas sintéticas y cannabinoides sintéticos.

605. La aparición de varios opioides sintéticos, derivados de las benzodiazepinas y otras sustancias, muestra que las nuevas sustancias psicoactivas presentan una diversidad cada vez mayor. Estas suelen venderse en forma de comprimidos, como éxtasis o bajo diversos nombres coloquiales. Las autoridades sanitarias consideran alarmante la tendencia porque los usuarios a menudo desconocen los riesgos para la salud que entrañan estas sustancias.

606. Las autoridades de China informaron de que la fabricación y el tráfico de nuevas sustancias psicoactivas se habían contenido en cierta medida tras la inclusión de 116 de ellas en la lista de sustancias sujetas a fiscalización en 2015. Sin embargo, han surgido nuevas alternativas legales e incluso nuevos análogos de reciente elaboración para eludir los controles legales y normativos.

607. Se siguen incautando cantidades considerables de ketamina en algunos países de Asia oriental y sudoriental. En 2015, las incautaciones de ketamina realizadas en la región ascendieron a 20,4 t y representaron el 97% del total mundial. En 2016, China siguió notificando cuantiosas incautaciones (10,4 t). En Myanmar se incautaron

alrededor de 940 kg de ketamina. Las autoridades chinas dismantelaron un total de 113 instalaciones de fabricación ilícita de ketamina en el mismo año. Aunque el grueso de la ketamina fabricada se consumía localmente, una parte se había introducido en Macao y Hong Kong (China) y en otros países de la región. Las autoridades de Malasia dismantelaron un laboratorio ilícito de ketamina de escala industrial en 2016. Se ha indicado que el uso indebido de ketamina en China ha aumentado en los últimos seis años. Del mismo modo, según las apreciaciones de los expertos gubernamentales, el consumo de ketamina en Brunei Darussalam ha aumentado durante tres años consecutivos desde 2013.

608. Algunos países siguen notificando la incautación de una cantidad importante de dos drogas psicoactivas de origen vegetal, el *kratom* y el *khat*, la primera de las cuales se cultiva ilícitamente en Malasia, Myanmar y Tailandia. En 2015 se incautaron cerca de 29 t de *kratom* en Malasia, la mayor cantidad notificada por ese país. Asimismo, se incautaron cerca de 28 t de *kratom* en Tailandia. En 2016, las autoridades de Viet Nam se incautaron de cantidades considerables de *khat* introducidas en el país desde Sudáfrica que tenían como destino Australia y los Estados Unidos. En marzo de 2017, en una sola operación en China se incautaron 86 kg de *khat* transportado por correo expreso desde África.

5. Uso indebido y tratamiento

609. La mayoría de los países de la región han tenido que lidiar con la falta de datos cuantitativos sobre el uso indebido de drogas entre la población general durante varios años. Las encuestas sobre el uso indebido de drogas suelen centrarse en determinados grupos de población, como los consumidores de drogas registrados o las personas que reciben servicios de tratamiento y rehabilitación. Recientemente se han podido observar algunos avances positivos a raíz de la publicación de los resultados de los estudios nacionales sobre el consumo de drogas en Filipinas e Indonesia de 2015 y del primer estudio nacional del consumo de drogas que se está realizando en Myanmar, con el apoyo de la UNODC. **La Junta toma nota de esos avances y alienta a la UNODC y a otras organizaciones internacionales a que sigan prestando asistencia técnica al respecto, teniendo en cuenta la continua aparición de nuevas sustancias psicoactivas en la región y las amenazas que estas suponen para salud.**

610. La información cualitativa reunida por la UNODC sobre las tendencias percibidas del uso indebido de drogas señaladas por los expertos gubernamentales ofrece un panorama general de la situación regional. En 2015 se

percibieron aumentos del uso indebido de comprimidos de metanfetamina en todos los países de la subregión del Gran Mekong, salvo Tailandia. Al mismo tiempo, se percibieron aumentos del uso indebido de metanfetamina cristalina en todos los países de Asia oriental y sudoriental, salvo Indonesia y el Japón. Varios países, entre ellos Camboya, China, Filipinas, Singapur y Viet Nam, comunicaron haber percibido aumentos consecutivos del uso indebido de metanfetamina cristalina en los últimos años. El abuso de heroína siguió siendo un importante motivo de preocupación para algunos países (Malasia, Myanmar y Viet Nam), y en 2015 se percibió una tendencia al alza del consumo de esa sustancia en Camboya, Malasia, Tailandia y Viet Nam.

611. En la mayoría de los países, el mayor porcentaje de personas que recibían tratamiento por el uso indebido de drogas correspondía a los consumidores de metanfetamina cristalina. Más del 90% de todas las personas que se encontraban en tratamiento por drogodependencia en Brunei Darussalam en 2015 consumían metanfetamina cristalina. Tres cuartas partes de los consumidores de drogas ingresados para recibir tratamiento en Camboya en 2014 consumían metanfetamina cristalina.

612. En algunos países se registró un acusado aumento del número ingresos para recibir tratamiento por drogodependencia. Por ejemplo, el número de ingresos para recibir tratamiento temporal por drogodependencia en Camboya pasó de unos 1.000 en 2011 a cerca de 5.000 en 2015. También se observó un aumento similar en Myanmar, donde el número total de personas que ingresaron en centros de tratamiento pasó de menos de 2.000 en 2011 a poco más de 7.500 en 2015, el mayor total anual de que se haya informado en el país.

613. De acuerdo a los resultados del último estudio nacional del consumo de drogas en Indonesia se estimaba que el 0,6% de la población de 10 a 59 años había consumido una droga ilícita al menos en una ocasión en 2015. El cannabis seguía siendo la droga que más preocupación suscitaba, con una prevalencia anual del 0,18%. La segunda era la metanfetamina (0,09%). El uso indebido del antitusígeno dextrometorfano ha aumentado rápidamente, mientras que el abuso de heroína ha disminuido.

614. Según los resultados del estudio nacional del consumo de drogas de 2015, en Filipinas había aproximadamente 1,8 millones de consumidores de drogas. El cannabis seguía siendo la droga que más se consumía en el país, seguida de la metanfetamina cristalina. El uso indebido de metanfetamina cristalina seguía siendo la causa de la mayoría de las detenciones relacionadas con las drogas y los ingresos para recibir tratamiento por drogodependencia. Los datos más recientes sobre esos

ingresos (correspondientes a 2016) pusieron de manifiesto que los ingresos en centros de tratamiento en régimen de internamiento pasaron de unos 5.400 en 2015 a poco más de 6.000 en 2016.

615. China estimó que había unos 2,5 millones de consumidores de drogas registrados en el país a finales de 2016. La mayoría de ellos (60%) consumían drogas sintéticas, en tanto que alrededor del 38% del total consumían opiáceos y el resto, cannabis y cocaína. La proporción de consumidores de drogas sintéticas en el país ha seguido aumentando en los últimos años, lo que las convierte en el grupo de drogas que más preocupa en el país. Esa tendencia predomina especialmente entre los nuevos consumidores de drogas, de los cuales más del 80% consumían drogas sintéticas en 2015.

616. Los datos recientes de Hong Kong (China) parecen indicar que la magnitud del consumo de drogas ha disminuido ligeramente. El número total de consumidores de drogas disminuyó de unos 10.200 en 2013 a menos de 9.000 en 2015. Si bien la heroína siguió siendo la droga más consumida, el número de consumidores de metanfetamina cristalina ascendió a cerca de 2.200, sobrepasando ligeramente al de consumidores de ketamina.

617. El Comité Provincial de Fiscalización de Drogas de la República Democrática Popular Lao estimó que había entre 65.000 y 70.000 consumidores de drogas en el país en 2015, lo que equivalía a aproximadamente el 1% de la población total. La metanfetamina en forma de comprimidos siguió siendo la droga más preocupante.

618. El número de consumidores de drogas registrados en Viet Nam aumentó rápidamente entre 2010 y 2015, de unos 143.000 a poco más de 200.000. Aunque los consumidores de heroína siguen representando la mayoría de los consumidores de drogas registrados (75%), el número de consumidores de estimulantes de tipo anfetamínico, que constituyen la mayoría de los nuevos consumidores de drogas registrados en los últimos años, ha crecido considerablemente. La UNODC informó de que unas 24.000 personas recibieron tratamiento obligatorio en centros de tratamiento de la toxicomanía, y otros 25.000 consumidores de drogas recibieron tratamiento basado en la comunidad en 2015.

619. La heroína sigue siendo la droga que más preocupación suscita en Malasia. Sin embargo, el número de ingresos para recibir tratamiento por consumo de anfetamina ha ido en aumento. De los ingresos para recibir tratamiento por drogodependencia en 2015 (6.032), alrededor de 4.300 fueron por consumo de opiáceos, seguidos de las anfetaminas (1.571). El número de ingresos para

recibir tratamiento por consumo de anfetaminas en 2015 fue casi el doble que el año anterior (839).

620. El número de personas ingresadas para recibir tratamiento por drogodependencia en Tailandia ha descendido considerablemente en los últimos años, en parte como resultado de la promoción por el Gobierno del tratamiento voluntario para los consumidores de drogas. El número total de ingresos para recibir tratamiento por drogodependencia bajó de cerca de 230.000 en 2014 a unos 120.000 en 2015. La metanfetamina siguió siendo la droga más consumida por las personas sometidas a tratamiento, seguida del cannabis. El número total de consumidores de metanfetamina en el país se estimó en 2,89 millones en 2014; cerca del 80% de esas personas señalaron que consumían metanfetamina en pastillas.

621. Las autoridades nacionales de Singapur informaron de que en 2016 casi las dos terceras partes de los nuevos consumidores de drogas tenían menos de 30 años, lo que pone de relieve el problema de los jóvenes consumidores de drogas en el país. La metanfetamina y la heroína siguieron siendo las dos drogas de uso más común, seguidas del cannabis.

Asia meridional

1. Novedades principales

622. En 2016, 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 contenían estupefacientes y sustancias sicotrópicas, seguían figurando entre los principales problemas relacionados con las drogas en la región. En la India, las cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico incautadas se multiplicaron por diez con respecto a la cifra del año anterior. En noviembre de 2016 se incautó en la India una gran cantidad de metacualona (23,5 t). En 2016, las autoridades de Bangladesh informaron de una de las mayores incautaciones de comprimidos de metanfetamina jamás realizadas en el país. Además, la región siguió siendo especialmente vulnerable al tráfico de opiáceos y heroína. En 2016, la cantidad de heroína introducida clandestinamente en Sri Lanka se multiplicó casi por cinco.

2. Cooperación regional

623. La 40ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas,

Asia y el Pacífico, se celebró en Colombo del 24 al 27 de octubre de 2016. Más de 150 participantes de los sectores encargados de hacer cumplir la ley, de las relaciones exteriores y de la salud examinaron la situación de la fiscalización de las drogas y el tratamiento de la drogadicción en la región y aprobaron una serie de recomendaciones de expertos centradas en los siguientes temas: respuesta en los planos nacional y regional a la amenaza en evolución que representan los estimulantes de tipo anfetamínico y las nuevas sustancias psicoactivas; medidas que permitan emprender iniciativas amplias y equilibradas a nivel nacional para reducir la demanda de drogas; y las mejores prácticas en materia de prevención y lucha contra el blanqueo de dinero relacionado con las drogas y las corrientes financieras ilícitas.

624. En el marco del Foro del Océano Índico sobre Delincuencia Marítima, Sri Lanka organizó una reunión de alto nivel de los ministros del interior y de seguridad de los países de la región del océano Índico con miras a combatir el tráfico de drogas en alta mar. La reunión, que se celebró los días 28 y 29 de octubre de 2016, se centró en la elaboración de las prioridades y los mecanismos operacionales necesarios para la cooperación en la región.

625. En la India, la Dirección de Inteligencia sobre Ingresos, que depende de la Oficina Central de Aduanas e Impuestos Especiales, acogió la cuarta reunión regional de control de aduanas el 10 de diciembre de 2016 en Nueva Delhi. Asistieron a la reunión los jefes y funcionarios superiores del control de aduanas de Sri Lanka, Myanmar, Bangladesh, Nepal, Bhután, Mauricio y Maldivas. Los participantes compartieron experiencias sobre la lucha contra el contrabando y la evasión de impuestos e intercambiaron información, entre otros temas, sobre los *modus operandi* del contrabando de oro, billetes falsos de moneda india, estupefacientes y sustancias sicotrópicas, antigüedades y divisas.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

626. El Organismo de Control de Estupefacientes de Bhután celebró varias actividades de formación y creación de capacidad sobre cuestiones relacionadas con las drogas. En enero de 2017, consejeros escolares de todo el país, organizaciones no gubernamentales y organismos gubernamentales finalizaron el plan de estudios definitivo del programa de certificación del tratamiento universal sobre asistencia psicológica en materia de adicciones puesto en marcha por el Organismo en 2013, con el apoyo técnico del Plan de Colombo. En marzo de 2017 se celebró una conferencia sobre la prevención de adicciones a

la que asistieron consejeros de pares de diversos centros de acogida de Bhután. En junio de 2017 se impartió un programa de formación y sensibilización para funcionarios de seguridad del aeropuerto de Paro sobre la detección de drogas y las disposiciones legales relativas a las drogas y el tabaco.

627. El 11 de abril de 2017, el Tribunal Superior de Delhi (India), en la sentencia que resolvió la apelación de una condena por tráfico de ketamina, confirmó la inclusión de la ketamina en la lista de sustancias sicotrópicas a efectos de la Ley de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1985. En la India, la ketamina se incluyó en la lista de sustancias sicotrópicas con una notificación de fecha 10 de febrero de 2011.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

628. El cannabis es una de las sustancias que más se cultiva, se trafica y se consume en la región. Las fuerzas del orden de la India informaron de que, en promedio, se incautaron 100 t de cannabis por año entre 2013 y 2015. El número de incautaciones de cannabis aumentó de 8.130 en 2015 a 14.401 en 2016, mientras que las cantidades de cannabis incautadas aumentaron de 94,4 t a 294 t en el mismo período. Esta última fue la mayor cantidad de cannabis incautada en la India en 15 años. En el primer semestre de 2017 se incautaron alrededor de 45 t de cannabis. En 2016, las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley erradicaron 3.414 ha de cultivos ilícitos de cannabis, la mayor superficie desde 2010 y una cifra diez veces superior a la registrada el año anterior (331 ha). La introducción en la India de cannabis procedente de Nepal siguió siendo un importante motivo de preocupación en el país.

629. En Bangladesh, la incautación de cannabis ha mostrado una tendencia al aumento desde 2013. En 2016, las cantidades de cannabis incautadas en ese país aumentaron ligeramente, de 41 t en 2015 a 47 t. Bangladesh tiene una larga historia de producción y consumo ilícitos, y el cannabis sigue siendo la sustancia más consumida en el país. Bangladesh está expuesto al tráfico de cannabis procedente de dos de sus países vecinos, la India y Nepal.

630. A pesar de las campañas y los esfuerzos de erradicación realizados por el Gobierno de Nepal, el cultivo ilícito de cannabis continuó durante el período objeto de examen. La frontera abierta entre Nepal y la India es

vulnerable al tráfico de cannabis en la región. En 2016, Nepal comunicó un volumen de incautación de cannabis de más de 4,4 t, frente a las 6,6 t incautadas en 2015.

631. Maldivas también se ha convertido en un punto de tránsito para el tráfico de estupefacientes hacia otros destinos. La ubicación geográfica de Maldivas y las múltiples rutas marítimas que rodean el país lo convierten en un punto vulnerable a la reexpedición de remesas de estupefacientes destinadas a otros países. Las drogas se introducen de contrabando en Maldivas a través de puertos y aeropuertos. En 2016 se incautaron 67,4 kg de cannabis en Maldivas.

632. El cannabis es la única droga de origen vegetal que se cultiva ilícitamente en Sri Lanka. Las incautaciones de cannabis en el país han venido disminuyendo desde 2011, año en que se incautaron 203 t. Desde entonces, las incautaciones han disminuido considerablemente, a 81,9 t en 2013 y 6,56 t en 2015. En 2016 continuó esa tendencia a la baja y el volumen incautado fue de 4,17 t.

633. En la India, si bien las incautaciones de cannabis experimentaron un gran aumento, la incautación de resina de cannabis disminuyó de 3,3 t en 2015 a 2,7 t en 2016, mientras que el número de incautaciones aumentó en un 10% con respecto a 2015, hasta 2.562 casos en 2016. Además de producir resina de cannabis para consumo interno, Nepal es una de las principales fuentes de la resina de cannabis objeto de tráfico en la India.

634. En Sri Lanka se incautaron alrededor de 40 kg de resina de cannabis en 2016. El número de detenciones relacionadas con las drogas en el país fue de 79.398 ese año, es decir un 4% menos que el año anterior.

635. En Katmandú se interceptaron remesas de resina de cannabis destinadas a Tokio que se enviaban con cargamentos y servicios de mensajería. Según la policía de Nepal, las asociaciones delictivas del país están convirtiendo al Japón en un destino del tráfico de drogas. En 2016, la cantidad de resina de cannabis incautada en Nepal superó las 1,9 t, frente a 1,5 t en 2015.

636. En los últimos años, la región de Asia meridional ha padecido los efectos de la utilización cada vez más frecuente de la ruta meridional, con incautaciones de heroína procedente del Afganistán mayores de lo habitual, en particular en Sri Lanka (la ruta meridional es un conjunto de rutas de tráfico utilizadas por grupos delictivos organizados para transportar la heroína del Afganistán hacia el Sur). La ruta meridional a menudo tiene su origen en puertos del Pakistán y la República Islámica del Irán. La heroína es la segunda droga que más

se consume en Sri Lanka. En este país no se fabrican ni heroína ni otros opiáceos. El tráfico de heroína hacia Sri Lanka viene aumentando de forma constante. En 2016 alcanzó los 207 kg, casi cinco veces más que los 46,6 kg registrados en 2015.

637. En 2016, la cantidad de heroína incautada en la India aumentó a 1,67 t, frente a las 1,42 t notificadas en 2015. Fue la mayor incautación de heroína notificada por la India en 20 años.

638. Se ha observado un aumento similar del tráfico de heroína en Bangladesh, donde el volumen de incautación de heroína se duplicó con creces, pasando de 108,7 kg en 2015 a 266,8 kg en 2016. Por otra parte, la incautación de heroína se redujo en Nepal, de 6,4 kg en 2015 a 3,7 kg en 2016. En Maldivas se incautaron unos 46,9 kg de heroína en 2016.

639. En la India, las incautaciones de opio disminuyeron entre 2010 y 2015. Sin embargo, en 2016 volvieron a aumentar a 2,3 t, un 30% más con respecto a las 1,69 t incautadas en 2015. El número de incautaciones de opio también aumentó durante el mismo período, de 860 a 933, mientras que la cantidad de morfina incautada disminuyó de los 61 kg registrados en 2015 a 28 kg en 2016.

640. Los organismos de la India utilizan imágenes obtenidas por satélite, estudios de campo y mecanismos locales de reunión de información para localizar y reducir el cultivo ilícito de adormidera y cannabis. La cantidad de adormidera cultivada ilícitamente que se destruyó en la India aumentó en casi un 90%, pasando de 1.401 ha erradicadas en 2015 a 2.635 ha en 2016, la mayor cifra registrada en cinco años.

641. En 2016, las autoridades nepalíes efectuaron 3.696 detenciones por delitos asociados al tráfico de drogas, frente a 2.656 en 2015. La Oficina de Fiscalización de Estupefacientes de Nepal informó de que la cantidad de opio incautada en el país aumentó notablemente hasta alcanzar 64,2 kg en 2016, frente a los 9,8 kg incautados en 2015.

642. El tráfico de cocaína en Asia meridional siempre ha sido limitado. La cantidad de cocaína incautada en la India disminuyó considerablemente, de unos 113 kg en 2015 a 28 kg en 2016. En 2015 se incautaron alrededor de 5,7 kg de cocaína en Sri Lanka. En 2016, en el puerto de Colombo, las autoridades se incautaron de 928 kg de cocaína ocultos en un contenedor que llevaba una remesa de madera procedente del Ecuador. La remesa se dirigía a la India y se iba a reexpedir en el puerto cuando se realizó la incautación. Fue la mayor incautación de cocaína

jamás realizada en la historia de Asia meridional por un organismo encargado de hacer cumplir la ley. En 2016, las autoridades de Sri Lanka realizaron varias incautaciones más, que sumaron aproximadamente 500 kg. La cocaína se transportaba en contenedores de carga procedentes de América Latina.

643. En Bangladesh se incautó menos de 1 kg de cocaína en 2016, frente a los 5,7 kg incautados en 2015, que representaron la primera incautación de esa sustancia notificada en el país desde 2009. La tendencia al aumento de las incautaciones de cocaína en Nepal se mantuvo en el período objeto de examen. El primer caso de tráfico de cocaína en Nepal se notificó en 2012; desde entonces, las incautaciones de cocaína en el país han ido en aumento. En 2016, las autoridades de Nepal se incautaron de 13,62 kg de cocaína, la mayor cantidad de esa sustancia que se había incautado en el país hasta el momento y un volumen considerablemente superior a los 11 kg incautados en 2015. En Maldivas se incautaron aproximadamente 5 kg de cocaína en 2016.

644. El abuso de los jarabes para la tos con codeína estaba muy extendido en Bangladesh y se introducían de contrabando en el país en grandes cantidades. En 2016 se incautaron 566.525 frascos de preparados con codeína. Fue la menor cantidad incautada en Bangladesh desde 2010. En el país siguieron introduciéndose opioides sintéticos como la buprenorfina (un opioide sujeto a fiscalización con arreglo al Convenio de 1971) y la pentazocina en forma inyectable. La incautación de drogas en forma inyectable aumentó notablemente hasta alcanzar 152.740 ampollas en 2016, frente a las 86.172 ampollas incautadas en 2015.

b) Sustancias sicotrópicas

645. La fabricación, el tráfico y el uso indebido de estimulantes de tipo anfetamínico siguen siendo un problema en la región. Según los informes de la Oficina de Fiscalización de Estupefacientes de la India, las cantidades de estimulantes de tipo anfetamínico incautadas en 2016 se decuplicaron con respecto al año anterior. En 2016 se incautaron en la India 1.687 kg de estimulantes de tipo anfetamínico en 20 incautaciones, mientras que en 2015 se incautaron 166 kg en 21 casos.

646. El volumen de metacualona incautada en la India pasó de 89 kg en 2015 a 24,1 t en 2016. En noviembre de 2016, la Dirección de Inteligencia sobre Ingresos incautó 23,5 t de metacualona en una fábrica clandestina situada en el estado de Rajastán, en el interior del país. Fue una de las mayores incautaciones de metacualona en la India.

647. En enero y febrero de 2017, la célula antidrogas de la policía de Mumbai informó de varias incautaciones de mefedrona. El 29 de enero de 2017 informó de una incautación especialmente grande de 104 kg de mefedrona, junto con 38 g de cocaína. En febrero de 2017, la policía de Mumbai informó de varias otras incautaciones de mefedrona en cantidades menores, que iban de 1 kg a 25 kg.

648. En abril de 2017, la Oficina de Fiscalización de Estupefacientes de la India cerró una farmacia ilegal en Internet y se incautó de una gran cantidad de sustancias sicotrópicas como alprazolam, anfetamina, diazepam, clonazepam y lorazepam. Se detuvo a dos personas relacionadas con esa operación en virtud de la Ley de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.

649. La introducción clandestina en Bangladesh de tabletas de *yaba* (metanfetamina) desde Myanmar por la frontera sudoriental ha continuado; las cantidades incautadas por los organismos encargados de hacer cumplir la ley en el país han aumentado rápidamente desde 2010. El Departamento de Fiscalización de Estupefacientes de Bangladesh comunicó incautaciones de 29,4 millones de comprimidos de metanfetamina en 2016, el mayor volumen incautado en el país hasta la fecha. Ello supera la cifra máxima anterior de 20,1 millones de comprimidos incautados en 2015.

650. El tráfico y el uso indebido de sustancias sicotrópicas siguen intensificándose en Nepal. En 2016 se incautaron 34.977 ampollas de diazepam y 25.191 ampollas de buprenorfina en el país. En el período comprendido entre enero y abril de 2017, las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley se incautaron de 11.640 ampollas de diazepam y 11.632 ampollas de buprenorfina.

c) Precursores

651. En la India, el volumen de incautaciones de efedrina y pseudoefedrina aumentó de 827 kg en 2015 a 21,27 t en 2016. Este fuerte aumento fue el resultado de una sola incautación de más de 20 t de efedrina en unas instalaciones presuntamente dedicadas a la fabricación clandestina de estimulantes de tipo anfetamínico. En el mismo caso, se incautaron 2.661 litros de anhídrido acético. En 2015 solo se notificó una incautación de anhídrido acético, un total de 4 litros.

652. En el informe de la Junta correspondiente a 2017 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 figura un exhaustivo análisis de la situación en Asia meridional con respecto a la fiscalización de los

precursores y las sustancias químicas utilizados frecuentemente en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

653. En 2016 continuaron en la India las incautaciones de ketamina. En abril, la Dirección de Inteligencia sobre Ingresos de Bangalore se incautó de 13,8 kg de ketamina y 170,9 kg de alprazolam en una sola operación.

654. La aparición de nuevas sustancias psicoactivas supone un reto singular y difícil para los Gobiernos y las fuerzas del orden de la región. Para afrontarlo se necesita con urgencia reforzar la capacidad forense y la capacidad de hacer cumplir la ley de los organismos de la región. En 2016, la UNODC organizó talleres de fomento de la capacidad para los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los expertos forenses de la región sobre la identificación y detección de nuevas sustancias psicoactivas.

5. Uso indebido y tratamiento

655. La falta de encuestas por hogares representativas sobre el consumo de drogas y de evaluaciones nacionales periódicas respecto de la naturaleza y el alcance del uso indebido de drogas ha dificultado el seguimiento de las últimas tendencias en la región. El Ministerio de Justicia y Promoción Sociales de la India ha creado un comité para realizar una encuesta sobre el consumo y el uso indebido de drogas en el país. La última encuesta de ese tipo se llevó a cabo en 2001.

656. Según un estudio realizado en el Instituto de Posgrado de Educación Médica e Investigación de Chandigarh sobre la epidemiología del abuso y la dependencia de sustancias en el estado de Punjab, entre 100.000 y 270.000 personas, en su mayoría hombres jóvenes de bajo nivel educativo, eran dependientes de los opioides en el estado de Punjab (India). La edad media de los jóvenes era de 30 años y la mitad de ellos eran solteros. El estudio se llevó a cabo entre 2015 y 2017, y los resultados se publicaron en septiembre de 2017. El estudio reveló que el 88% de las 6.600 personas procedentes de 22 distritos del Punjab que habían participado en la encuesta eran dependientes de los opioides. La dependencia de los opioides en algún momento de la vida era del 99%. En el estudio se determinó que el opio y la cáscara de adormidera eran los tipos más comunes de opioides objeto de uso indebido en el estado, mientras que los opioides inyectables eran la segunda forma más común. Según el estudio,

78.000 personas se inyectaban opioides en el Punjab. De los opioides inyectables, la heroína (61,6%) era la droga más común, seguida de la buprenorfina (utilizada para el tratamiento de la dependencia de los opioides). El estudio concluyó que el problema del uso indebido de drogas y la drogodependencia eran graves en el Punjab, especialmente en las zonas rurales. En el estado había más de 22 centros de rehabilitación, al menos uno en cada distrito, y más de 30 de los llamados centros contra la drogadicción. El Gobierno ha hecho avances para combatir el problema de las drogas en el estado y ha expresado la intención de integrar los centros contra la drogadicción con los centros de rehabilitación.

657. En 2016, el cannabis y la resina de cannabis, la heroína y la cocaína fueron las drogas que más se consumieron en Sri Lanka. El número de consumidores de drogas que dependían del cannabis era de 200.000, frente a 45.000 que dependían de los opioides. Según el sistema de vigilancia del uso indebido de drogas, se estimó que el número de personas que recibieron tratamiento en Sri Lanka en 2016 por el uso indebido de alguna sustancia fiscalizada fue de 2.355. El número de consumidores de drogas sometidos a tratamiento aumentó en un 59% con respecto a 2015. El promedio de edad era de 34 años, y solo un 1,5% de ellos eran mujeres. El opio y la heroína eran las principales drogas por las que se sometían a tratamiento. Entre los consumidores de drogas registrados, el 35% recibieron tratamiento en centros públicos, el 29% fueron atendidos en el marco de los programas de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes de los servicios penitenciarios y el 20% recibieron asistencia de organizaciones no gubernamentales.

658. Según la encuesta de la Junta Nacional de Fiscalización de Sustancias Peligrosas de Sri Lanka, aproximadamente el 2,5% de las 45.000 personas dependientes de la heroína en el país se inyectaban drogas. La mayoría vivían en Colombo y en las zonas costeras. La mayoría de las personas que se inyectaban drogas consumían más de un tipo de droga. Según los resultados de la encuesta, el 69% de las personas que se inyectaban drogas lo hacían con regularidad y el 31%, ocasionalmente.

659. El uso indebido de drogas está aumentando en Maldivas. En los últimos años, diversas drogas están cada vez más extendidas en el país. La heroína y el aceite de hachís son los tipos más comunes de drogas que consume la mayoría de los drogodependientes de Maldivas.

660. Los preparados farmacéuticos de jarabes para la tos con codeína y sustancias fiscalizadas como la buprenorfina, el diazepam y el nitrazepam figuraban entre las sustancias cuyo uso indebido era más común en Nepal.

661. En 2016 recibieron atención en centros privados de tratamiento de Bangladesh 12.815 pacientes con trastornos relacionados con las drogas, un aumento frente a los 9.987 pacientes atendidos en 2015. En Bangladesh seguía siendo generalizado, y no dejaba de aumentar, el consumo de *yaba* (metanfetamina) y de preparados con codeína.

662. Bhután indicó que la mayoría de los consumidores de drogas del país eran jóvenes, adictos principalmente al cannabis y a sustancias sujetas a fiscalización como el diazepam, el nitrazepam y los jarabes con codeína.

663. Entre octubre y diciembre de 2016 se llevó a cabo en Bhután una encuesta a nivel nacional sobre el consumo de drogas en 20 distritos. La encuesta además de ser la más importante de su tipo en Bhután, fue la primera en recoger datos sobre la prevalencia del consumo en los jóvenes. La encuesta nacional sobre el uso de drogas se realizó en escuelas y universidades, así como en entornos comunitarios. Se determinó que uno de cada cinco estudiantes consumía cannabis y uno de cada seis, disolventes. La encuesta reveló que la edad media a la que los jóvenes comenzaban a consumir tabaco y alcohol era a los 14 y 15 años, respectivamente. La edad media a la que comenzaban a consumir cannabis y otras drogas ilícitas era a los 16 años. La investigación fue coordinada por la Autoridad de Control de Estupefacientes de Bhután.

Asia occidental

1. Novedades principales

664. Asia occidental sigue enfrentándose a graves dificultades en la labor de fiscalización de drogas debido al tráfico de opiáceos procedentes del Afganistán. En el propio Afganistán, país en que se concentran dos tercios de la superficie mundial estimada de cultivo ilícito de adormidera, han aumentado los costos sociales, ambientales y económicos que entrañan el cultivo, la producción y el consumo ilícitos de opiáceos. El tráfico de drogas también beneficia a la insurgencia y el terrorismo en el país a manos de los talibanes y otros grupos, lo que tiene posibles efectos indirectos para toda la región y el resto del mundo.

665. Si bien la denominada ruta de los Balcanes sigue siendo el principal conducto para el tráfico mundial de opiáceos procedentes del Afganistán, cada vez se utiliza más otra ruta que atraviesa los países del Cáucaso. Eso se debe a que Turquía, uno de los países por los que pasa

la ruta de los Balcanes, ha reforzado sus controles fronterizos en respuesta al desplazamiento de migrantes y refugiados.

666. La inestabilidad imperante actualmente en el Cercano Oriente y el Oriente Medio debido a conflictos de larga duración ha provocado un aumento considerable del tráfico y el uso indebido de drogas que afecta a muchos países de la región. En particular, los recientes informes de redadas y detenciones relacionadas con drogas en el Iraq indican que el problema de ese país con las drogas es cada vez más grave y que tal vez se esté empezando a producir drogas ilícitamente a nivel local. La inestabilidad regional también parece haber agravado la situación en el Líbano, donde se ha informado de la producción ilícita de resina de cannabis y, posiblemente, de opio. Hay indicios de un mayor tráfico de cocaína en la Arabia Saudita, los Emiratos Árabes Unidos, Jordania, el Líbano y la República Árabe Siria. Según la escasa información de que se dispone con respecto a la situación relativa a las drogas en el Yemen, el narcotráfico va en aumento debido al conflicto prolongado que asola el país. La JIFE, preocupada por los vínculos cada vez más fuertes que existen entre las drogas y la violencia en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, insta a los países afectados a que fortalezcan el intercambio de información y la cooperación regional e internacional para poner coto a las corrientes de tráfico hacia, a través y desde la región. En ese contexto, la JIFE alienta a los países de la región a valerse de las iniciativas de asistencia técnica emprendidas por la comunidad internacional, incluida la UNODC, en materia de gestión de fronteras, control de contenedores, lucha contra el terrorismo y fortalecimiento de los sistemas de justicia penal, en consonancia con el estado de derecho, y hace un llamamiento a la comunidad de donantes internacionales para que presten apoyo a las iniciativas de esa índole que se emprendan en la región.

667. En Asia sudoccidental, los problemas relacionados con el tráfico de cannabis seguían afectando al Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán. Además, ha habido indicios de una mayor actividad en el mercado de drogas sintéticas en el Afganistán y otros países de las subregiones de Asia sudoccidental y central.

668. Es relativamente escasa la información que se reúne y se da a conocer sobre el tráfico y el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas en la mayoría de los países de Asia occidental. Sin embargo, la información más reciente de que se dispone en relación con 2016 indica que en varios de esos países, entre ellos Kazajistán, el Líbano, Tayikistán y Uzbekistán, aumentó el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas, especialmente cannabinoides sintéticos. En varios países de la región, el tramadol, opiode

sintético no sometido a fiscalización internacional, siguió siendo objeto de tráfico y uso indebido.

669. La mayoría de los países de la región carecían de recursos para realizar encuestas periódicas y exhaustivas sobre el consumo de drogas. Si bien los opioides seguían siendo motivo de gran preocupación en Asia sudoccidental y central, algunos países notificaron un menor número de consumidores de heroína en 2016, posiblemente debido a que se venían consumiendo cada vez más nuevas sustancias psicoactivas, como los cannabinoides sintéticos. Se expresó preocupación en cuanto al aumento del consumo de metanfetamina en Asia sudoccidental, y cada vez había más pruebas de tráfico y consumo de tramadol en los países del Cercano Oriente y el Oriente Medio.

2. Cooperación regional

670. Los países de Asia central siguieron intensificando su cooperación en la lucha contra el tráfico de drogas. En 2016, el Centro Regional de Información y Coordinación de Asia Central (CARICC) prestó asistencia a las autoridades competentes de la Federación de Rusia, Kazajstán, Kirguistán y Tayikistán para coordinar siete operaciones internacionales de lucha contra las drogas. Así pues, se interceptaron remesas de drogas que iban del Afganistán a Tayikistán, de Tayikistán a la Federación de Rusia a través de Kirguistán, y de Kirguistán a la Federación de Rusia, Kazajstán y Lituania. Se detuvo a 45 organizadores y miembros activos de organizaciones transnacionales de tráfico de drogas en la Federación de Rusia, Kazajstán, Kirguistán, Lituania y Tayikistán, y se incautaron 192 kg de drogas.

671. El 17 de marzo de 2017, el Consejo de Seguridad aprobó por unanimidad la resolución 2344 (2017), en la que prorrogó el mandato de la UNAMA hasta el 17 de marzo de 2018. En esa resolución, el Consejo de Seguridad exhortó a los Estados a que reforzaran la cooperación internacional y regional para contrarrestar la amenaza que representaban para la comunidad internacional la producción, el tráfico y el consumo de drogas ilícitas que se originaban en el Afganistán, que contribuían significativamente a los recursos financieros de los talibanes y sus asociados, de conformidad con el principio de la responsabilidad común y compartida, y a que hicieran frente al problema de la droga en el Afganistán, en particular mediante la cooperación en la lucha contra el tráfico de drogas y precursores. El Consejo también valoró la labor de la iniciativa del Pacto de París y su proceso de París-Moscú, así como los esfuerzos de la Organización de Cooperación de Shanghái. Subrayó la

importancia de la cooperación en la gestión de las fronteras y, en ese sentido, acogió con beneplácito la cooperación más intensa de las instituciones pertinentes de las Naciones Unidas con la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE), la Organización del Tratado de Seguridad Colectiva y el CARICC.

672. Los días 1 y 2 de febrero de 2017 se celebró en Viena la 13ª reunión del Grupo Consultivo sobre Políticas en el marco de la Iniciativa del Pacto de París, que contó con más de 100 participantes de 30 países y 11 organizaciones. Los debates se centraron en los cuatro pilares de la Declaración de Viena, que fue el documento final de la Tercera Conferencia Ministerial de los Asociados del Pacto de París sobre la Lucha contra el Tráfico Ilícito de Opiáceos Provenientes del Afganistán, celebrada en Viena en 2012, a saber, la cooperación y las iniciativas regionales, la prevención de las corrientes financieras ilícitas, los precursores y la reducción de la demanda de drogas.

673. En la 12ª reunión de altos funcionarios de la Iniciativa Triangular, en que participaron el Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán, celebrada en Viena el 3 de febrero de 2017, se hizo un balance de los progresos realizados y se examinó la cooperación futura en la lucha conjunta contra el tráfico de drogas. Los tres países renovaron su compromiso de fortalecer las actividades operacionales conjuntas e intensificar los controles fronterizos, incluida la creación de mecanismos para la celebración de reuniones transfronterizas entre los mandos de las fuerzas encargadas de la protección de fronteras y la policía antidroga a fin de intercambiar información e inteligencia, así como la celebración de reuniones periódicas entre los jefes de los organismos encargados de la lucha contra los estupefacientes de los tres países.

674. En Zanzíbar (República Unida de Tanzania), en marzo de 2017, los representantes de los países de la Iniciativa Triangular se reunieron por primera vez con representantes de Estados de África y el océano Índico, entre ellos los Emiratos Árabes Unidos, Kenya, Madagascar, Nigeria, la República Unida de Tanzania, Seychelles y Sudáfrica, así como de Colombia, para realizar un intercambio interregional de experiencias y mejores prácticas en materia de detección, investigación y desarticulación de los métodos utilizados por los grupos delictivos organizados transnacionales para financiar sus actividades. En la clausura del encuentro, los expertos recomendaron que se celebrara una reunión de esa índole cada seis meses con objeto de intercambiar información actualizada sobre nuevas amenazas relacionadas con el blanqueo de capitales, los nuevos métodos para desarticular la financiación de las redes delictivas organizadas y las prioridades en materia de asistencia técnica.

675. En abril de 2017 se celebró en Astana la séptima reunión de altos funcionarios de los organismos de los Estados miembros de la Organización de Cooperación de Shanghái investidos de autoridad para combatir el tráfico de drogas. Los participantes intercambiaron opiniones sobre la situación de la fiscalización de drogas en los Estados miembros de la Organización de Cooperación de Shanghái, las perspectivas de la cooperación internacional en la lucha contra el tráfico de estupefacientes y las medidas encaminadas a aumentar la interacción práctica entre los organismos de los Estados miembros de esa organización dedicados a la lucha contra las drogas. Al respecto, los funcionarios insistieron en la necesidad de apoyar y mantener el actual sistema internacional de fiscalización de drogas y de adoptar medidas adecuadas para mejorar la situación regional en esa esfera.

3. Legislación, política y medidas en el ámbito nacional

676. El Gobierno de Armenia aprobó un programa de medidas para 2017 encaminado a hacer frente a la drogodependencia y a combatir el tráfico de drogas. El programa consistía en un conjunto amplio de medidas relacionadas con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, así como con la lucha contra el tráfico de drogas. Georgia informó de que su Gobierno había aprobado una nueva norma sobre la importación y exportación de precursores.

677. La Brigada de Estupefacientes del Pakistán tomó varias medidas en 2016 para hacer frente al narcotráfico. Terminó de desplegar a su personal en todos los aeropuertos, puertos marítimos y puertos secos internacionales del Pakistán; siguió destruyendo cultivos de adormidera en coordinación con los gobiernos provinciales y la administración de las Zonas Tribales de Administración Federal; estableció unidades de perros detectores en cada una de sus direcciones regionales (Khyber Pakhtunkhwa, Norte, Punjab, Sindh y Baluchistán); y capacitó a su personal para combatir el tráfico de precursores y drogas. En 2016, las autoridades también llevaron a cabo operaciones dirigidas por oficiales de inteligencia con sus homólogos de Australia, el Canadá, los Emiratos Árabes Unidos, los Estados Unidos, Francia, Italia, Qatar y Sudáfrica, con la consiguiente incautación de heroína, metanfetamina y otras sustancias.

678. En junio de 2016, el Consejo de Ministros de Uzbekistán aprobó por decreto nuevas normas relativas a la posesión de medicamentos para uso personal, incluidos los que contenían estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

679. Del 9 al 14 de julio de 2017, el Gobierno del Afganistán, con la ayuda de la UNODC, llevó a cabo una campaña titulada “Movilización nacional contra los estupefacientes” para sensibilizar a la opinión pública acerca de los peligros que entrañan la producción y el tráfico de drogas. El primer día se celebró un acto nacional en el que participaron más de 200 personas, entre ellas el Segundo Vicepresidente, ministros, eruditos religiosos, miembros de la Asamblea Nacional y representantes de organizaciones nacionales e internacionales y de la sociedad civil. Los oradores se refirieron a diversas dificultades que se planteaban para hacer frente al problema de las drogas y pidieron que se adoptaran medidas en los planos nacional, regional y mundial para superarlas. La campaña de movilización nacional se centró en cuestiones como las obligaciones y la actuación del Gobierno, los asuntos de la mujer, la participación de la comunidad, las plataformas religiosas y la colaboración con el sector del desarrollo.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

680. Como se mencionó en la parte E del capítulo II del presente informe, preocupa gravemente a la Junta el continuo y fuerte aumento del cultivo de adormidera y de la producción de opio en el Afganistán en los dos años anteriores. Según el estudio sobre el opio en el Afganistán de 2017 (*Afghanistan Opium Survey 2017*), publicado por la UNODC y el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán el 15 de noviembre de 2017, la producción de opio alcanzó ese año una cifra sin precedentes de 9.000 t, lo que supuso un aumento del 87% con respecto a 2016. La superficie dedicada al cultivo de adormidera también aumentó considerablemente, casi el 63%, hasta llegar a una cifra sin precedentes de 328.000 ha en 2017. Son las mayores cifras de cultivo de adormidera y de producción de opio registradas en el Afganistán. Según el estudio, la intensificación del cultivo puede atribuirse principalmente al aumento de la superficie dedicada a este y del rendimiento de las plantas de adormidera por hectárea.

681. El cultivo de adormidera se extendió a nuevas zonas, lo que redundó en un mayor número de provincias afectadas, que pasaron de 21 a 24. En el estudio también se menciona un aumento considerable en casi todas las provincias que cuentan con las mayores superficies de cultivo, entre ellas Helmand (donde esa superficie aumentó 63.700 ha, lo que equivale al 79%), Balkh (donde

aumentó 10.000 ha, o el 37%), Kandahar (en que se registró un aumento de 7.500 ha, equivalente al 37%), Nimroz (donde el aumento fue de 6.200 ha, o del 116%) y Uruzgan (donde fue de 6.000 ha, o del 39%). La mayor parte del cultivo se registró en la región meridional del país (cerca del 60% de la cifra total); en las regiones occidental, septentrional y oriental los porcentajes fueron mucho menores (el 17%, el 13% y el 7%, respectivamente).

682. En mayo de 2017, la UNODC y el Ministerio de Lucha contra los Estupefacientes del Afganistán publicaron el capítulo del *Afghanistan Opium Survey 2016* relativo al desarrollo sostenible en un entorno de producción de opio. Según ese informe, el impacto del cultivo ilícito y de la producción de drogas en el desarrollo económico, ambiental y social del Afganistán presenta múltiples facetas. El cultivo ilícito y la producción de drogas han dado paso a una economía ilícita que afecta a la sociedad rural, haciéndola depender en gran medida de los ingresos generados por el cultivo de adormidera. La productividad agrícola también se ha visto afectada debido a la ordenación inadecuada de las tierras. Además, el aumento de los costos sociales y económicos relacionados con el consumo de opiáceos impone una pesada carga a los consumidores de drogas, sus familias y la sociedad en general.

683. Asimismo, según el capítulo del *Afghanistan Opium Survey 2016* relativo al desarrollo sostenible en un entorno de producción de opio, se calculó que el valor de los opiáceos producidos en el Afganistán ascendía a alrededor del 16% del producto interno bruto del país y a más de dos tercios de la producción de todo su sector agrícola. Se calculó que en 2016 el valor de la economía ilícita basada en los opiáceos había ascendido a 3.020 millones de dólares, casi el doble de la cifra registrada en 2015.

684. El 26 de diciembre de 2016, el Presidente del Afganistán, junto con varios ministros y otros altos funcionarios públicos, llevó a cabo una videoconferencia con 34 gobernadores y funcionarios provinciales para darles a conocer las operaciones de lucha contra los estupefacientes y de erradicación de cultivos de adormidera propuestas para 2017. Durante esa videoconferencia, el Presidente ordenó a las autoridades civiles y militares de las 34 provincias que intensificaran la lucha contra las drogas. También se refirió al Plan de Acción Nacional de Lucha contra los Estupefacientes 2015-2019 y a los planes encaminados a destruir cada año el 5% del cultivo ilícito de adormidera. El Presidente añadió que el Consejo de Seguridad Nacional había aprobado el programa de erradicación de adormidera de 2017, en el que se preveía erradicar un volumen mayor que en 2016. Como se

indicó en la parte E del capítulo II del presente informe, el Afganistán comenzó su campaña anual de erradicación de cultivos de adormidera en marzo de 2017 y esta dio lugar a la destrucción de cultivos en una superficie total de 750 ha. Si bien eso entraña un aumento del 111% del número de hectáreas con respecto a 2016, en que esa cifra fue de 355 ha, constituye una cantidad insignificante, ya que representa menos de un cuarto del 1% de la superficie total dedicada al cultivo ilícito de adormidera.

685. En el Afganistán, la producción ilícita y el tráfico de drogas tienen lugar principalmente en zonas donde las instituciones estatales son débiles o no pueden ejercer un control pleno debido al deterioro de la situación en materia de seguridad, si bien el tráfico no se limita a las zonas controladas por los insurgentes. Según el octavo informe del Equipo de Apoyo Analítico y Vigilancia de las Sanciones, presentado en cumplimiento de la resolución 2255 (2015) del Consejo de Seguridad, relativa a los talibanes y otras personas y entidades asociadas con ellos que constituyen una amenaza para la paz, la estabilidad y la seguridad del Afganistán¹⁰⁴, hasta un 90% de la producción actual de drogas en el Afganistán se registra en las zonas controladas por los talibanes. En 2016, el valor de las drogas y su producción ilícita aumentaron notablemente en el Afganistán, como se indicó en el informe anual de la JIFE correspondiente a ese año, y lo mismo ocurrió con los ingresos obtenidos por los talibanes mediante el tráfico de drogas. Eso compensó la ligera disminución de los ingresos que los talibanes recibieron de fuentes externas en 2016. En su octavo informe, el Equipo de Apoyo Analítico y Vigilancia de las Sanciones también señaló que los talibanes habían pasado a desempeñar un papel directo en la producción ilícita, la elaboración y el tráfico de prácticamente toda la heroína que se producía en el Afganistán y que se exportaba desde ese país, es decir, que ya no se limitaban simplemente a “gravar” esas actividades¹⁰⁵.

686. La ruta de los Balcanes sigue siendo la principal ruta mundial de tráfico de opiáceos procedentes del Afganistán. La ruta va del Afganistán a Europa pasando por la República Islámica del Irán y Turquía, y casi el 40% de la incautación mundial de heroína tiene lugar en los países situados a lo largo de ella. Al mismo tiempo, según la UNODC, en los últimos años ha adquirido importancia otra ruta que pasa por países del Cáucaso (Armenia, Azerbaiyán y Georgia) y luego atraviesa el mar Negro hasta Ucrania y Rumania. Tal vez los traficantes hayan comenzado a utilizar esa ruta con más frecuencia debido a que el desplazamiento de migrantes y refugiados hacia

¹⁰⁴Véase S/2017/409.

¹⁰⁵*Ibid.*

los países de la Unión Europea a través de Turquía ha hecho que se intensifique la atención de los organismos policiales y aduaneros.

687. Armenia informó del aumento de la incautación de cocaína, opio y resina de cannabis introducidos clandestinamente en el país en 2016. Las drogas provenían principalmente de países de América del Sur (en el caso de la cocaína) y de la República Islámica del Irán (en el caso de la resina de cannabis y del opio). En colaboración con las autoridades competentes de la Federación de Rusia, las autoridades armenias desarticulaban varias rutas de tráfico de drogas provenientes de la República Islámica del Irán que pasaban por su país.

688. Georgia informó del cultivo ilícito de cannabis silvestre para consumo personal en su territorio. Al parecer se introduce heroína en ese país principalmente desde Azerbaiyán y Turquía. También en Georgia se registró un aumento del tráfico de preparados que contienen buprenorfina, como Subutex y Suboxone, en su mayoría procedentes de países europeos.

689. Los opiáceos siguen siendo objeto de tráfico desde el Afganistán a lo largo de otras dos rutas principales: la ruta meridional, que atraviesa Asia meridional, la región del Golfo, el resto del Cercano Oriente y el Oriente Medio y África, y la ruta septentrional, que atraviesa Asia central y llega hasta la Federación de Rusia.

690. La República Islámica del Irán informó de un menor número de incidentes relacionados con el uso de las rutas marítimas por los narcotraficantes, ya que en los últimos años había reforzado las medidas de interceptación. Tanto la República Islámica del Irán como el Pakistán siguieron luchando contra el tráfico de opiáceos y de cannabis procedentes del vecino Afganistán.

691. En el Pakistán, en 2016, la superficie de cultivo ilícito de adormidera era de 1.599 ha; de esa cifra se destruyeron cultivos en 1.470 ha como parte de las actividades de erradicación realizadas por el Gobierno a lo largo del año. Al mismo tiempo, el Pakistán informó de un aumento del 10% en el volumen de incautación de opio (64,6 t en 2016, en comparación con 58,9 t en 2015) y un aumento del 42% en la incautación de heroína (23,1 t en 2016, en comparación con 16,3 t en 2015).

692. Cada vez suscita más preocupación el tráfico de drogas en el Iraq. Los informes de redadas y detenciones relacionadas con drogas en 2016 indicaban que el problema de ese país con los estupefacientes era cada vez más grave y que tal vez estaría aumentando la producción ilícita de drogas. Se han recibido informes acerca del cultivo

ilícito de adormidera y cannabis. Según la información disponible, en octubre de 2016 las fuerzas de seguridad descubrieron en Erbil una explotación agrícola de 6,5 ha dedicadas al cultivo de adormidera.

693. Uzbekistán comunicó un aumento de casi el 64% en la incautación de opio: hasta 1,4 t en 2016, en comparación con 863 kg en 2015. Durante el mismo período, la incautación de heroína en Uzbekistán disminuyó un 41%, a 108 kg en 2016, frente a 148 kg en 2015. Tayikistán comunicó una disminución de casi el 56% en la incautación de opiáceos (700 kg en 2016, frente a 1,6 t en 2015).

694. En 2016, Kazajstán y Uzbekistán llevaron a cabo sus campañas anuales de lucha contra el narcotráfico y de erradicación de cultivos ilícitos que contienen estupefacientes. De resultados de esas actividades, Kazajstán se incautó de 33,5 t de sustancias (52 kg de heroína, 110 kg de resina de cannabis y 32,5 t de hierba de cannabis). Uzbekistán se incautó de 1,3 t de sustancias (3,4 kg de heroína, 49,3 kg de opio, 46 kg de resina de cannabis, 462 kg de hierba de cannabis y 760 kg de paja de adormidera). Uzbekistán informó de un aumento sustancial de lo que se ha dado en llamar “contrabando anónimo”, que consiste en que los traficantes entierran paquetes o dejan depósitos ocultos de drogas en las zonas fronterizas para que otros traficantes los recojan y continúen su transporte.

695. Si bien el mercado de cocaína de Asia occidental es más pequeño que el de otras regiones del mundo, el tráfico de cocaína ha seguido en aumento en esa región. El Cercano Oriente y el Oriente Medio (principalmente los Emiratos Árabes Unidos, Jordania, el Líbano y la República Árabe Siria) totalizaron alrededor del 40% de la cantidad total de cocaína incautada en Asia durante el período 2010-2015. En 2016, la Arabia Saudita, el Líbano y el Pakistán informaron de cierto número de incautaciones de cocaína. Israel y el Líbano fueron los países que más a menudo se mencionaron como destino del tráfico de cocaína en la región. En dos grandes incautaciones realizadas en octubre de 2016 (una de 18 kg en el aeropuerto internacional de São Paulo (Brasil) y otra de 24,5 kg en el aeropuerto Charles de Gaulle en París) se trataba de cocaína destinada al Líbano. Según los informes de que se dispone, el puerto Rey Abdullah de la Arabia Saudita ha servido como punto de tránsito de la cocaína procedente de América del Sur.

696. Al parecer hay bandas delictivas nigerianas que actúan en el Oriente Medio y África septentrional. La Dirección Nacional de Represión del Uso Indebido de Drogas de Nigeria notificó haber detenido, durante el período examinado, a tres mujeres que servían de correos

en el aeropuerto internacional Murtala Muhammed. Se descubrió que transportaban cocaína a la Arabia Saudita en cantidades que oscilaban entre 300 g y 1,6 kg cada una.

697. El Afganistán, Irán (República Islámica del) y el Pakistán observaron un considerable aumento de la incautación de resina de cannabis en el período 2010-2015. Tanto la República Islámica del Irán como el Pakistán informaron de que en 2016 seguían combatiendo el tráfico de hierba y resina de cannabis procedentes del vecino Afganistán.

698. El Líbano era otro país de Asia occidental en el que se seguía produciendo resina de cannabis. Desde el Líbano, la resina de cannabis se introducía principalmente en Chipre, Egipto, Israel, Jordania, la República Árabe Siria y Turquía. Además, el Líbano seguía siendo uno de los cinco mayores productores mundiales de hierba de cannabis. En 2016, las autoridades libanesas se incautaron de 7,6 t de resina de cannabis. En los cinco primeros meses de 2017 se realizaron en ese país varias incautaciones de cantidades considerables de resina de cannabis, incluida una de 5,5 t, en que la sustancia venía oculta en un cargamento de manzanas que iba de camino a Europa, y otra de casi 500 kg, en que se había ocultado en cajas de jabón que se enviaban al Canadá. También hubo informes, algunos basados en declaraciones formuladas por funcionarios públicos, en el sentido de que en el valle de la Bekaa iba en aumento el cultivo de la planta de cannabis debido a la considerable disminución de los esfuerzos del Gobierno por erradicar la producción. Anteriormente se llevaban a cabo programas de erradicación anuales antes de cada cosecha.

b) Sustancias sicotrópicas

699. El 27 de enero de 2017, la UNODC publicó su primera evaluación de la situación de las drogas sintéticas en el Afganistán. Según el informe, había indicios de una mayor actividad en el mercado de drogas sintéticas en el Afganistán y otros países de las subregiones de Asia sudoccidental y central. Si bien los datos y la información seguían siendo escasos, los informes daban a entender que no solo se incautaba más metanfetamina en el Afganistán, sino que podría haber instalaciones de fabricación ilícita en la parte occidental del país. En el informe se subrayaba que, dada la presencia de drogas sintéticas en el Afganistán, era importante mejorar la recopilación de datos y la vigilancia. Si bien en ese país se habían establecido mecanismos de presentación de informes en relación con los opiáceos, los datos sobre la incautación de metanfetamina podrían estar incompletos debido a que distintos organismos encargados de hacer cumplir la ley

utilizaban distintos formatos para presentar sus informes. En el caso del tráfico de metanfetamina, la ley nacional de fiscalización de drogas vigente en el Afganistán preveía penas mucho más leves que las que se imponían por el contrabando de otras drogas, como la heroína o la cocaína.

700. Si bien en el Afganistán la producción ilícita de metanfetamina iba en constante aumento, la República Islámica del Irán informó de que el tráfico de metanfetamina por su territorio había disminuido, debido, en parte, a la adopción de medidas más enérgicas en las fronteras del país, por ejemplo, contra el tráfico de precursores. Armenia informó del aumento de la incautación de metanfetamina en 2016. La sustancia se introducía principalmente desde la República Islámica del Irán.

701. La inestabilidad y la continuidad de los conflictos que afectan al Oriente Medio, junto con la falta de vigilancia, redundaron en un aumento considerable de la fabricación de “captagon” falsificado¹⁰⁶. Se cree que la inestabilidad también era uno de los motivos que explicaban el importante cambio registrado en la fabricación ilícita de “captagon”, que ha pasado de Europa sudoriental al Líbano y la República Árabe Siria. Además, en esa región parecía disponerse de los precursores necesarios para fabricarlo. Aunque no abundaban los datos, había informes de los medios de difusión sobre varios importantes procedimientos de incautación: 1 millón de comprimidos de “captagon” destinados a la Arabia Saudita en el puerto de Trípoli (Líbano), a fines de 2016; 1 millón de comprimidos que iban de camino a Omán, en el aeropuerto internacional Rafic Hariri de Beirut, en julio de 2017; y 250.000 comprimidos que se enviaban a Nigeria, en el puerto de Beirut, en agosto de 2017. Por primera vez se incautó “captagon” procedente del Líbano en el aeropuerto Charles de Gaulle, de Francia (70 kg en enero de 2017 y 67 kg en febrero de 2017). Las investigaciones demostraron que, en uno de los casos, el destino final de la remesa era la Arabia Saudita, pasando por Chequia y Turquía. En octubre de 2016, las autoridades del Líbano interceptaron un cargamento de equipo de fabricación de “captagon” proveniente de la India en el aeropuerto internacional Rafic Hariri, de Beirut. Las fuerzas de seguridad del Líbano informaron de la incautación de 12,7 millones de comprimidos de “captagon” en 2016.

¹⁰⁶Captagon era inicialmente la marca registrada de un preparado farmacéutico que contenía fenetilina, un estimulante sintético. El “captagon” en la forma en que se encuentra en las incautaciones realizadas actualmente en Asia occidental, y al que se hace referencia en el presente informe, es un medicamento falsificado, prensado en pastillas o comprimidos similares, en apariencia, pero diferentes del preparado farmacéutico original que se conocía como Captagon. El principio activo del “captagon” falsificado es la anfetamina, que se suele mezclar con otras sustancias, como la cafeína.

702. Si bien la mayoría de los casos de incautación de drogas sintéticas registrados en el Oriente Medio fueron comunicados por el Líbano y la República Árabe Siria, existía la preocupación de que también en el Iraq se estuvieran fabricando estimulantes de tipo anfetamínico (en particular “captagon”). En abril de 2017, la policía allanó un laboratorio de drogas en Kirkuk (en el norte del país), donde detuvo a dos sospechosos y se incautó de 51 cajas de comprimidos de “captagon”.

703. Siguen funcionando los mercados ilícitos de anfetaminas en los países del Golfo, en particular la Arabia Saudita, los Emiratos Árabes Unidos y Kuwait. En mayo de 2017, la guardia fronteriza de la Arabia Saudita informó de que había interceptado una remesa de 2,1 millones de comprimidos de “captagon” que iba oculta en sacos de arroz en la provincia de Al-Jawf, cerca de la frontera con Jordania. La policía de los Emiratos Árabes Unidos interceptó una remesa de 116 kg de “captagon” en Dubái en febrero de 2017 y, en mayo de 2017, otra de 1 millón de comprimidos; en ambos casos el destino final era los Emiratos Árabes Unidos.

704. Las autoridades de Jordania informaron de que en una casa de las proximidades de Ammán se había practicado una incautación sin precedentes de más de 13 millones de comprimidos de “captagon”, que venían ocultos dentro de secadoras de ropa.

c) Precursores

705. Asia occidental sigue siendo uno de los lugares de destino de los precursores desviados del comercio lícito, entre ellos anhídrido acético (para la fabricación de heroína), efedrina, pseudoefedrina, P-2-P y ácido fenilacético (para la fabricación de estimulantes de tipo anfetamínico).

706. Con respecto a la incautación de precursores en el Afganistán, en 2016 se invirtió la tendencia descendente de los últimos años. La incautación volvió a aumentar, de 1,7 t de precursores sólidos en 2015 a casi 72 t en 2016, y de 3.900 litros de precursores líquidos en 2015 a 15.000 litros en 2016, lo que era indicio de un posible aumento de la producción ilícita de drogas en el país.

707. Si bien en el Afganistán se informó oficialmente del desmantelamiento de un solo laboratorio de metanfetamina en 2015, se disponía allí ampliamente de precursores como la efedrina y la pseudoefedrina, que pueden utilizarse para fabricar metanfetamina. El Afganistán importaba legalmente efedrina y pseudoefedrina, y era posible que una cantidad adicional de esas sustancias entrara en

el país a través de sectores fronterizos sin vigilancia. La efedrina y la pseudoefedrina también se podían obtener en el Afganistán en forma de preparados farmacéuticos. Al mismo tiempo, debido a la ineficacia en la recopilación de información, escaseaban los datos oficiales sobre la incautación de esas sustancias, a pesar del alto riesgo que existía en ese país de que fuesen desviadas para producir estimulantes de tipo anfetamínico.

708. Como se indicó en el informe anual de la JIFE correspondiente a 2016, en octubre de 2016, en el marco del Proyecto Prisma de la Junta, se puso en marcha una operación de duración limitada que se llamaba “Missing Links” con el fin de llenar las lagunas de información sobre las clases de sustancias químicas, incluidas o no en los Cuadros, que se utilizaban para la fabricación ilícita de comprimidos de “captagon” falsificados, así como el origen de esas sustancias, el modo en que llegaban a los laboratorios clandestinos, las organizaciones de narcotráfico involucradas y los vínculos que pudieran existir entre ellas. La operación concluyó a mediados de enero de 2017 y arrojó varias conclusiones. Las autoridades del Líbano informaron a la Junta de la incautación de derivados del ácido P-2-P-metilglucídico (éster metílico del ácido 2-metil-3-fenilglucídico), la primera vez que se ha informado de la incautación, fuera de Europa, de un precursor anfetamínico “de diseño” no incluido en los Cuadros. Además, en el análisis forense de los comprimidos de “captagon” incautados en la región se encontraron rastros de *alfa*-fenilacetoacetoneitrilo (APAAN), precursor inmediato de la P-2-P y preprecursor de la anfetamina y la metanfetamina.

709. En el informe de la Junta correspondiente a 2017 sobre el artículo 12 de la Convención de 1988 figuran más detalles sobre la situación de Asia occidental en lo que respecta a la fiscalización de precursores.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

710. En la mayoría de los países de Asia occidental es relativamente escasa la información que se reúne y se notifica sobre el tráfico y el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas. La información más reciente de que se dispone en relación con 2016 indica que en varios países de la región aumentó el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas, en particular de cannabinoides sintéticos. En Georgia se venían introduciendo nuevas sustancias psicoactivas provenientes de países de Europa y se estaba propagando su consumo en los jóvenes. Kazajstán comunicó una nueva tendencia: jóvenes menores de 30 años que eran remitidos a asistencia médica por abuso

de cannabinoides sintéticos, mayormente en las ciudades principales (Almaty, Astaná y Pavlodar). De modo análogo, Uzbekistán informó de incidentes relacionados con el consumo de cannabinoides sintéticos contenidos en los productos denominados *spice*. Por primera vez, en Tayikistán se incautaron paquetes de mezclas para fumar que contenían el cannabinoide sintético QCBL-2201 (5F-PB-22). En el Líbano se descubrieron nuevas modalidades de uso indebido de drogas, en particular el abuso de la planta *Salvia divinorum* y de los cannabinoides sintéticos. Además, en escuelas secundarias del Líbano se encontraron nuevos casos de abuso de pregabalina, fármaco con propiedades relajantes ampliamente utilizado para tratar la epilepsia, el dolor neuropático y la ansiedad, y de GHB, sedante hipnótico incluido en la Lista II del Convenio de 1971.

711. En algunos países de la región se han sometido a fiscalización nacional muchos agentes depresores del sistema nervioso central debido al reciente aumento del número de esa clase de sustancias, en particular benzodiazepinas, que se han encontrado en los mercados ilícitos. Por ejemplo, Turquía sometió a fiscalización nacional las sustancias adinazolam, descloroetizolam, diclazepam, flubromazepam, flubromazolam, meclonazepam y pirazolam, y los Emiratos Árabes Unidos hicieron lo propio con las sustancias diclazepam, etizolam, flubromazepam y pirazolam.

712. En varios países de la región se siguió registrando tráfico y uso indebido de tramadol, medicamento sujeto a prescripción médica y opioide sintético no sometido a fiscalización internacional. En los Emiratos Árabes Unidos, en junio de 2017, la policía detuvo a dos hombres que portaban 110.000 comprimidos de tramadol, y las autoridades aduaneras informaron de la incautación de 700.000 comprimidos en el puerto de Jebel Ali en 2016. Según las autoridades del Líbano, en ese país se incautaron 1 millón de comprimidos de tramadol en 2016.

5. Uso indebido y tratamiento

713. La mayoría de los países de la región carecen de recursos para realizar encuestas exhaustivas periódicas sobre el consumo de drogas. Por tanto, resulta difícil analizar detenidamente las tasas de consumo y las tendencias del uso indebido de drogas en la región en su conjunto. No obstante, los informes de cada país pueden arrojar luz sobre las posibles novedades y ofrecer indicios sobre las tendencias generales de la región.

714. A pesar de que el abuso de opioides sigue siendo un grave motivo de preocupación en Asia sudoccidental

y central, Kazajstán, Uzbekistán y otros países informaron de que en 2016 había disminuido el número de consumidores de heroína debido a que esa sustancia se iba sustituyendo por otras clases de drogas psicoactivas, entre ellas los cannabinoides.

715. En Asia central, el Cáucaso y Asia sudoccidental, la prevalencia del consumo de drogas por inyección está por encima de la media mundial. Al mismo tiempo, Tayikistán y Uzbekistán informaron de una disminución del número de consumidores de drogas por inyección en 2016. Dentro de Asia occidental, Asia sudoccidental presentaba la mayor prevalencia de VIH en ese grupo de consumidores (el 28,5%, lo que equivalía casi al doble de la media mundial del 13,1%).

716. También en Asia sudoccidental era motivo de preocupación creciente el consumo de metanfetamina. En el Afganistán aumentó el uso indebido de drogas sintéticas en 2016, según la información facilitada por los organismos encargados de hacer cumplir la ley, los proveedores de servicios de salud y los centros de tratamiento de algunas partes del país. Los datos apuntan a que la causa principal de ese incremento podría ser el mayor consumo de metanfetamina por parte de los consumidores de opiáceos, ya que el contrabando y, tal vez, la fabricación local ilícita habían ampliado el mercado de drogas sintéticas en el Afganistán, como se indicó en la sección 4.

717. Como también se indicó en la sección 4, cada vez hay más indicios de que el tramadol viene siendo objeto de tráfico y uso indebido en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, especialmente en la Arabia Saudita, Jordania y el Líbano. Muchos países de la región, entre ellos la Arabia Saudita, Bahrein, Irán (República Islámica del), Jordania y Qatar, lo han sometido a fiscalización nacional en respuesta al aumento del riesgo de uso indebido.

718. La JIFE insta a los países de la región a que asignen recursos humanos, financieros e institucionales suficientes para ampliar el acceso de los grupos afectados de la población, entre ellos las mujeres y los jóvenes, al tratamiento de la drogodependencia, y para fortalecer los mecanismos que permitan reunir información de manera eficaz, entre otras cosas, mediante encuestas nacionales amplias sobre el uso indebido de drogas, basadas en metodología reconocida, a fin de evaluar la magnitud de la drogodependencia y sus modalidades. La JIFE observa que la evaluación efectiva de la magnitud del uso indebido de drogas en los países de la región podría generar información útil para la formulación de políticas de base empírica y de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y de otra índole. Al respecto, la Junta insta a todos los interesados pertinentes, entre

ellos las organizaciones internacionales y los Gobiernos colaboradores, a que presten asesoramiento financiero y técnico a los países de la región para la formulación y realización de esas encuestas.

D. Europa

1. Novedades principales

719. El mercado europeo de las drogas ilícitas se abastece tanto de drogas cultivadas y fabricadas internamente como de drogas introducidas en Europa desde otras partes del mundo. Se calcula que, solo en la Unión Europea, el mercado de las drogas ilícitas genera unos beneficios de aproximadamente 24.000 millones de euros al año, lo que significa que el tráfico de drogas es la actividad delictiva que genera mayores ingresos en la Unión Europea. Más de un tercio de los grupos delictivos que operan en la Unión Europea se dedican a la fabricación, el tráfico y la venta de drogas ilícitas; dos tercios de los grupos delictivos organizados que cometen delitos relacionados con las drogas realizan también otras actividades delictivas. Esos grupos delictivos recurren cada vez más a las nuevas tecnologías, incluido el uso de los mercados en línea y las criptomonedas para la venta de drogas ilícitas, con miras a aumentar la eficiencia de sus actividades ilícitas y eludir la detección.

720. Según el EMCDDA, el número de incautaciones anuales de drogas en Europa supera el millón. En 2015, las incautaciones de cannabis representaron el 71% de todas las incautaciones, seguidas de las de cocaína (9%), anfetaminas (5%), heroína (5%), MDMA (éxtasis) (2%) y otras drogas (8%). Por lo que respecta a las actividades ilícitas relacionadas con los precursores, durante el período sobre el que se informa la Junta observó un gran aumento de los intentos de desviación de anhídrido acético detectados por varios países de la Unión Europea.

721. Se estima que más de una cuarta parte de la población general de la Unión Europea (más de 93 millones de personas de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años) ha probado drogas ilícitas al menos una vez en su vida. La prevalencia del uso indebido de cannabis en la Unión Europea es unas cinco veces mayor que la del consumo de otras sustancias ilícitas. En el período que abarca el presente informe, la disponibilidad y el uso indebido de productos de éxtasis de gran potencia y de opioides sintéticos siguieron aumentando. Las autoridades de la Unión Europea observan con preocupación el aumento del número de muertes por sobredosis de drogas, en

particular de heroína y otros opioides, que se ha registrado en la Unión durante tres años consecutivos.

722. La denominada ruta de los Balcanes domina el corredor del tráfico de drogas de Europa oriental. Por dicha ruta se introducen los opioides procedentes de los lugares de producción en el Afganistán, el Pakistán y la República Islámica del Irán (por orden decreciente), que atraviesan Turquía y los Balcanes hasta llegar a Europa central y occidental. La ruta de los Balcanes tiene varios ramales que cambian constantemente, pero el eje principal pasa por Bulgaria, Serbia, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Eslovenia y Austria, mientras que un ramal más pequeño que atraviesa la ex República Yugoslava de Macedonia y Kosovo¹⁰⁷ se utiliza para el almacenamiento y el reembalaje. En sentido contrario se trafica con drogas de síntesis procedentes de Europa occidental. Los grupos delictivos albaneses colaboran estrechamente con los grupos delictivos de Grecia, Italia, Kosovo, la ex República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Serbia y Turquía.

723. El tráfico y el uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas, comercializadas a menudo como alternativas “legales” a las sustancias objeto de uso indebido fiscalizadas, seguía siendo un importante problema de salud pública en Europa. En 2016 se detectaron 66 nuevas sustancias psicoactivas por primera vez mediante el sistema de alerta temprana de la Unión Europea, lo que representa una disminución con respecto a las 98 sustancias notificadas por primera vez en 2015. El número total de nuevas sustancias psicoactivas sometidas a vigilancia por el EMCDDA a finales de 2016 superó las 620. Según la UNODC, de todas las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en todo el mundo desde 2009, un grupo integrado por más de 80 de esas sustancias ha afianzado su presencia en el mercado mundial y los países siguen informando sobre ellas anualmente.

724. En cuanto a las últimas novedades en materia de fiscalización de drogas, la Junta tiene conocimiento de los debates que vienen celebrando los Estados miembros de la Unión Europea sobre cuestiones relacionadas con la regulación del cannabis, incluida la posibilidad de autorizar el uso de cannabis para fines médicos y permitir su producción para fines no médicos. A ese respecto, la Junta observó que en la legislación de ningún país de la Unión Europea se autoriza oficialmente el uso para fines no médicos o para los llamados usos “recreativos” (véanse los párrafos 737 y 738).

¹⁰⁷Toda alusión a Kosovo en el presente informe se interpretará en el contexto de la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad.

2. Cooperación regional

725. En noviembre de 2016 tuvo lugar en Bucarest una mesa redonda regional sobre cooperación entre las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley para hacer frente a las nuevas sustancias psicoactivas en Europa oriental, en la que participaron los países de la OSCE, la JIFE y la UNODC. Los participantes examinaron, entre otros temas, las técnicas de investigación conjunta y las ventajas de un sistema común de recopilación de datos.

726. El EMCDDA ha seguido cooperando activamente con los candidatos y los candidatos potenciales a la Unión Europea, por ejemplo, ayudando a Albania, Bosnia y Herzegovina, la ex República Yugoslava de Macedonia y Serbia, así como a Kosovo, a desarrollar sus sistemas de alerta temprana internos, con arreglo a las directrices del EMCDDA.

727. El Grupo de Cooperación para Combatir el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas (Grupo Pompidou) del Consejo de Europa siguió contribuyendo a la elaboración de políticas sobre drogas multidisciplinarias y basadas en datos científicos en sus Estados miembros y tendiendo puentes entre la Unión Europea y los países no pertenecientes a la Unión Europea y entre la Unión Europea y los países vecinos de la región del Mediterráneo. En 2017, las actividades del Grupo Pompidou se centraron, entre otras cosas, en impartir capacitación a los administradores de los Gobiernos y las instituciones públicas encargados de la elaboración y aplicación de las políticas sobre drogas relacionadas con la reducción de la demanda de nuevas sustancias psicoactivas.

728. En 2017 tuvo lugar la Operación Canal-Barrera Occidental, llevada a cabo bajo los auspicios de la Organización del Tratado de Seguridad Colectiva. En ella participaron más de 30.000 empleados de las fuerzas de seguridad de Armenia, Belarús, la Federación de Rusia, Kazajistán, Kirguistán y Tayikistán, así como de los órganos competentes de los países observadores del Afganistán, China, Irán (República Islámica del), Lituania y Polonia y las unidades de inteligencia financiera de los países miembros de INTERPOL, el CARICC y la OSCE. Se incautaron más de 16,8 t de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, que consistían, principalmente, en 15,5 t de opio, alrededor de 647 kg de resina de cannabis, 60 kg de hierba de cannabis, 40 kg de heroína y 220 kg de estupefacientes sintéticos.

729. Del 27 al 30 de junio de 2017 se celebró en Viena la 12ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, Europa. Más de 90 participantes de 33 países examinaron

la situación actual con respecto a la cooperación regional y subregional en el ámbito de las drogas. En la reunión se trataron una gran variedad de cuestiones y se organizaron cuatro grupos de trabajo sobre los siguientes temas: *a)* uso de Internet para actividades relacionadas con las drogas; *b)* medidas sustitutivas del encarcelamiento en relación con ciertos delitos, como estrategias de reducción de la demanda que promuevan la salud y la seguridad públicas; *c)* incorporación de las perspectivas de género en las políticas y los programas relacionados con las drogas, y *d)* blanqueo de dinero, corrientes financieras ilícitas y medidas eficaces para combatirlos.

730. El programa regional de la UNODC para Europa sudoriental para el período 2016-2019 se puso en marcha en la séptima reunión especial del Comité Directivo del programa, que se celebró en la sede de la UNODC en Viena en noviembre de 2015. El programa se está aplicando en estrecha colaboración y asociación con los Gobiernos de la región y con las instituciones y organizaciones regionales pertinentes de la Unión Europea. El programa regional descansa sobre tres pilares: la lucha contra la delincuencia organizada y el tráfico; la justicia y el estado de derecho, y la reducción de la demanda de drogas. Una de las prioridades de la UNODC en la región es la lucha contra el blanqueo de dinero y contra la financiación del terrorismo, y en el período a que se refiere el informe se destinó un asesor regional a Bosnia y Herzegovina para prestar apoyo en ese ámbito.

731. En febrero de 2017, paralelamente a la Conferencia de Múnich sobre Seguridad, los representantes de alto nivel de la Unión Europea y el Gobierno del Afganistán firmaron el Acuerdo de Cooperación sobre Asociación y Desarrollo. El Acuerdo de Cooperación formaliza el compromiso de la Unión Europea de contribuir al desarrollo del Afganistán durante el “decenio de transformación” (2014-2024) y aborda una amplia variedad de ámbitos económicos y políticos, como el estado de derecho, el desarrollo rural y la salud y la educación, así como medidas para luchar contra la corrupción, el blanqueo de dinero y la delincuencia relacionada con las drogas.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

732. Durante el período que abarca el informe, el EMCDDA publicó una serie de publicaciones especiales, informes técnicos, estudios y sinopsis que cubrían una amplia diversidad de temas relacionados con la fiscalización de las drogas, como las políticas y las medidas de la Unión Europea relacionadas con la reducción de la oferta de

drogas; la legislación de los países europeos relativa al cannabis; las penas por tráfico de drogas; el consumo de drogas de alto riesgo y las nuevas sustancias psicoactivas, y las enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas en la región.

733. Según el documento conjunto de la unidad de cooperación judicial de la Unión Europea (Eurojust) y el EMCDDA sobre los retos que se plantean en la legislación sobre las nuevas sustancias psicoactivas y la respuesta judicial a los delitos relacionados con ellas en Europa, y posibles soluciones (“New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution—current challenges and solutions”), publicado en noviembre de 2016, las medidas legislativas establecidas en materia de fiscalización de drogas habían resultado insuficientes en los últimos años para hacer frente al siempre creciente mercado de las nuevas sustancias psicoactivas. En la Unión Europea, las respuestas jurídicas relacionadas con las nuevas sustancias psicoactivas se apoyaban en leyes existentes centradas en los productos medicinales o en disposiciones relacionadas con los consumidores o la protección de la salud, o se basaban en leyes nuevas e innovadoras promulgadas por algunos Gobiernos.

734. En 2016, el Gobierno de Austria aprobó la Estrategia de Prevención de la Adicción, que tiene por objeto lograr una sociedad lo más libre posible de adicciones, trata la adicción como una enfermedad y apoya el principio de tratamiento en lugar de castigo.

735. En Chipre, a finales de 2016, el Parlamento aprobó tres modificaciones de la Ley de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1977 para revisar y consolidar el primer anexo de la Ley y sustituir el término “cannabis” a fin de excluir el cáñamo industrial de la definición jurídica, y aprobó una modificación del Reglamento de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1979 para incluir el remifentanilo en su anexo 2.

736. En 2016, Suiza añadió 35 nuevas sustancias psicoactivas a la lista de estupefacientes y Estonia añadió 7 nuevas sustancias psicoactivas a la lista I de su lista de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, a saber, las sustancias 4-AcO-DMT, 2C-P, etilona, 5F-AMB, furanilfenitilo, W-18 y 5F-MDMB-PINACA. En 2016, Estonia añadió 15 grupos de sustancias a la lista VI de su lista de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, a saber, los adamantoilindoles, los benzoilindoles, las fenetilaminas, los derivados del fentanilo, los fenetilacetilindoles, las indazolcarboxamidas, las indolcarboxamidas, las catinonas, los naftoilindoles, los naftoilpirroles, los naftilmetilenindenos, los naftoilmetilindoles, las triptaminas, los ciclohexilfenoles y los ciclopropilcarbonilindoles.

737. En marzo de 2017, el EMCDDA publicó un informe en que se ofrecía un panorama general sobre la legislación relativa al cannabis en Europa (“Cannabis legislation in Europe: an overview”). Según el informe, en los dos últimos decenios, al menos 15 países europeos han modificado su legislación en lo que se refiere a las sanciones por consumo de cannabis. Sin embargo, no está claro si las sanciones legales por delitos de consumo de cannabis, que se habían endurecido o reducido en los países en cuestión, han tenido algún efecto sobre la prevalencia del consumo de cannabis en esos países. En la publicación se señala que a pesar de la existencia, tolerada pero reprobada, de clubes sociales de cannabis en varios países europeos y de los insistentes llamamientos para que cambien las políticas nacionales o locales sobre el uso de cannabis con fines no médicos, los países europeos no han tratado de legalizar el uso del cannabis con fines no médicos y hay pocos indicios de que las propuestas de cambios en la política relativa al cannabis gocen de apoyo público mayoritario.

738. **La Junta desea reiterar que la Convención de 1961 establece, en su artículo 4 (“Obligaciones generales”), que las partes en la Convención adoptarán todas las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones de la Convención en sus respectivos territorios y para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de drogas a los fines médicos y científicos.**

739. En marzo de 2017, la Comisión Europea propuso el Plan de Acción de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga para el período 2017-2020. El nuevo Plan de Acción se basa en las conclusiones de la evaluación de la Estrategia de la Unión Europea en materia de Lucha contra la Droga 2013-2020 y del Plan de Acción para el período 2013-2016, publicadas en diciembre de 2016. En el Plan de Acción se señalan nuevas esferas prioritarias, entre ellas la vigilancia de las nuevas sustancias psicoactivas, la utilización de nuevas tecnologías de comunicación para la prevención del uso indebido de drogas y la recopilación de pruebas sobre la posible relación entre el tráfico de drogas y la financiación de grupos terroristas, la delincuencia organizada, el tráfico ilícito de migrantes o la trata de personas.

740. Además, en abril de 2017, el EMCDDA publicó su estrategia para 2025. Entre los objetivos estratégicos del EMCDDA para los próximos años figuran comprender mejor la naturaleza y las consecuencias de la delincuencia relacionada con las drogas y fortalecer la capacidad para detectar nuevas amenazas para la salud relacionadas

con las drogas y apoyar la respuesta rápida por parte de la Unión Europea y sus Estados miembros.

741. En 2014 se informó al sistema de alerta temprana de la Unión Europea de la sustancia MDMA-CHMICA. En febrero de 2017, el Consejo de la Unión Europea decidió someter el MDMA-CHMICA a medidas de fiscalización en toda la Unión Europea; los Estados miembros de la Unión Europea tendrán que introducir medidas de fiscalización de esa sustancia en su legislación nacional en el plazo de un año. En marzo de 2017, la Comisión de Estupefacientes incluyó el MDMA-CHMICA en la Lista II del Convenio de 1971. A principios de 2017, el EMCDDA realizó evaluaciones de riesgos de dos fentanilos (acriloilfentanilo y furanilfentanilo). En abril de 2017, la Comisión Europea propuso someter el acriloilfentanilo, un potente opioide sintético, a medidas de fiscalización en toda la Unión Europea.

742. En Alemania, antes de la entrada en vigor de su nueva Ley sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas el 26 de noviembre de 2016, las nuevas sustancias psicoactivas estaban fiscalizadas con arreglo a las disposiciones de la Ley Federal de Estupefacientes. La Ley sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas somete a fiscalización determinadas nuevas sustancias psicoactivas que se enumeran en su anexo. Esta Ley define como nueva sustancia psicoactiva toda sustancia o preparado que se ajuste a las definiciones genéricas especificadas para los cannabinoides sintéticos y los compuestos derivados de la 2-feniletilamina. Se excluyen las sustancias ya incluidas en la Ley de Estupefacientes o en la Ley de Medicamentos. La Ley prohíbe la fabricación, el comercio y la posesión de nuevas sustancias psicoactivas y permite al Ministerio de Salud modificar las definiciones de las nuevas sustancias psicoactivas con ayuda de asesoramiento especializado, y además faculta a las autoridades policiales para decomisar esas sustancias en ejercicio de sus atribuciones generales de protección de la vida y la salud. La Ley castiga los delitos relacionados con las nuevas sustancias psicoactivas con penas de hasta tres años de prisión, y de hasta diez años si concurren circunstancias agravantes.

743. Durante el período a que se refiere el informe, el Gobierno de España asignó 8.100 millones de euros de su Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilícito de Drogas a programas relacionados con la prevención de las toxicomanías. El Gobierno aprobó también el Real Decreto 129/2017, de 24 de febrero de 2017, relativo al control de precursores, y puso en marcha la Evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y la preparación de una nueva estrategia nacional sobre drogas para el período 2017-2024.

744. En junio de 2017, el Parlamento de Montenegro aprobó una ley por la que se modificaba el Código Penal de Montenegro de conformidad con la recomendación del Grupo de Acción Financiera relativa a la prevención del blanqueo de dinero. El artículo 8 de la mencionada ley proponía que se modificara la definición de “ganancias” obtenidas como producto de un delito. Esta modificación concuerda con las medidas del Comité Especial de Expertos sobre Evaluación de Medidas contra el Blanqueo de Dinero y la Financiación del Terrorismo del Consejo de Europa.

745. El número de muertes en el Reino Unido relacionadas con las nuevas sustancias psicoactivas se incrementó en un 25%, de 163 en 2014 a 204 en 2015. La Ley de Sustancias Psicoactivas, que entró en vigor el 26 de mayo de 2016, tipificaba como delito la fabricación, el suministro y la tenencia de cualquier sustancia psicoactiva con la intención de suministrarla a sabiendas de que será utilizada por sus efectos psicoactivos. Entre mayo y diciembre de 2016, las autoridades competentes del Reino Unido ejercieron sus nuevas facultades para impedir la venta de las sustancias antes denominadas “euforizantes legales” en más de 300 establecimientos de todo el país y cerrar varios establecimientos.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

746. El cannabis sigue siendo la droga ilícita que más se consume y más se incauta en la región, y representa el 38% del valor del mercado minorista de drogas ilícitas de la Unión Europea.

747. La actividad total (el contenido en THC) tanto de la hierba de cannabis como de la resina de cannabis que se consumen en la Unión Europea siguió siendo alta y fue de entre el 7% y el 11% y entre el 11% y el 19%, respectivamente. El precio de ambas drogas en el mercado negro fue casi el mismo, del orden de 8 a 11 euros por gramo y de 7 a 12 euros por gramo, respectivamente.

748. La hierba de cannabis que se utiliza en la Unión Europea se cultiva localmente, principalmente bajo techo, o se trae de otras regiones. Albania sigue siendo el principal lugar de origen de la hierba de cannabis con que se trafica en la Unión Europea. En 2016, varios países, concretamente Eslovaquia, Islandia, Letonia, Lituania,

los Países Bajos, Polonia y Rumania, comunicaron que habían detectado actividades de cultivo de cannabis en interiores de diversa magnitud.

749. Dado que el equipo de cultivo de cannabis en interiores y las semillas de cannabis son ahora fáciles de conseguir en Internet, y que se han ido generalizando unas técnicas de cultivo cada vez más complejas, la Oficina Europea de Policía (Europol) prevé que en los próximos años seguirá aumentando el cultivo de hierba de cannabis en interiores en la Unión Europea.

750. La mayor parte de la resina de cannabis destinada al mercado de la Unión Europea se introdujo desde Marruecos, aunque existen indicios de que Libia se está convirtiendo en un importante centro de tráfico de la droga a Europa y otros destinos.

751. En 2015, la cantidad de resina de cannabis incautada en la Unión Europea (536 t) fue seis veces superior a la de hierba de cannabis (89 t), y España, Italia y Francia, por ese orden, fueron los países en que se incautaron mayores cantidades de resina de cannabis. En 2016 notificaron incautaciones de resina de cannabis de más de 1 t España (324,4 t), Italia (23,9 t), el Reino Unido (7,2 t), Dinamarca (3,8 t), Noruega (3,0 t) y Alemania (1,9 t).

752. En 2016, en Rumania, se dismantelaron 75 grupos de traficantes de drogas, lo que representó un aumento del 17% con respecto al año anterior, en que se habían dismantelado 64. El número de personas involucradas en esos grupos también aumentó ligeramente, de 425 en 2015 a 528 en 2016. De las 528 personas detenidas en 2016 por participación en un grupo de narcotráfico, 521 eran ciudadanos de Rumania.

753. En Albania, la situación del cannabis en 2016 se caracterizó por un aumento del número de zonas de cultivo, asociado a la ampliación de las rutas de tráfico marítimas y a intentos de tráfico de drogas por rutas aéreas. En 2016, debido al aumento de la oferta, el precio al por menor del cannabis en Albania disminuyó a un nivel de entre 100 y 400 euros por kilogramo.

754. Las incautaciones de cannabis en Albania aumentaron en un 164% entre 2015 y 2016 hasta alcanzar un total de 30 t en 2016, frente a las 11,3 t incautadas en 2015. En el mismo período, el precio del cannabis a pie de explotación disminuyó de entre 600 y 1.300 euros por kilogramo en 2015 a entre 100 y 400 euros por kilogramo en 2016. Se estima que el porcentaje del contenido de THC del cannabis que se vende en la calle (al por menor) varía considerablemente, del 0,1% al 18%.

755. En Rumania, la cantidad total de drogas incautadas aumentó considerablemente en 2016 con respecto a 2015. Esta situación obedeció principalmente al aumento de la cantidad de cocaína incautada, de 71,2 kg a 2,3 t, lo que representó el 39,3% de la cantidad total de drogas incautadas en 2016. La incautación de plantas de cannabis aumentó de 293 kg a 2,8 t y representó el 48,2% de la cantidad total de drogas incautadas en el país en 2016, de manera que el cannabis fue la planta cultivada ilícitamente más incautada del país.

756. La heroína es el opioide que con más frecuencia es objeto de tráfico y de uso indebido en la Unión Europea. Otros opioides, como la buprenorfina, el fentanilo, la metadona, la morfina, el opio y el tramadol, que se incautaron en cantidades más pequeñas en la región en 2015, podrían haber sido desviados de los suministros farmacéuticos legítimos o haber sido fabricados ilícitamente.

757. La mayor parte de la heroína incautada en la Unión Europea procedía del Afganistán, aunque según el *Informe Europeo sobre Drogas 2017: Tendencias y Novedades*, parte de la heroína que se incautó en Europa podría haber sido fabricada en Irán (República Islámica del) o el Pakistán. El hecho de que se hubiera detectado anteriormente un pequeño número de laboratorios en Chequia y España en los que se convertía morfina en heroína indica que también podrían haberse fabricado pequeñas cantidades de heroína en Europa. Según Europol, en un futuro podrían surgir más casos de fabricación ilícita de heroína en la Unión Europea en función de diversos factores, como la posibilidad de que aumente la demanda de heroína en Europa o de que se interrumpa el tráfico de la sustancia desde el Afganistán. La incautación de heroína, anhídrido acético y otros materiales que contenían trazas de morfina en un laboratorio ilícito descubierto en los Países Bajos en 2017 podría confirmar la supuesta existencia de actividades de fabricación ilícita en Europa.

758. Los traficantes siguieron utilizando asiduamente dos vías principales para introducir de contrabando heroína en Europa: la ruta de los Balcanes y la ruta meridional. Aproximadamente el 40% de la heroína y la morfina aprehendidas en 2015 en todo el mundo se incautaron en los países de la denominada ruta de los Balcanes, que es una de las principales rutas de tráfico de opiáceos del mundo.

759. La denominada ruta meridional de la ruta de los Balcanes pasa por la República Árabe Siria y el Iraq. La ruta ha sido cada vez más utilizada para el contrabando de heroína desde Irán (República Islámica del) y el Pakistán a Europa, ya sea directamente o a través del continente africano. Además de esas dos rutas, los traficantes utilizan también la llamada “ruta septentrional” y una

ruta que pasa por el Cáucaso meridional y a través del mar Negro.

760. En 2015, en las 36.000 incautaciones de heroína efectuadas en la Unión Europea se aprehendieron un total de 4,5 t; esta cantidad fue considerablemente inferior a las 8,9 t incautadas en la Unión Europea en 2014. En 2016 notificaron incautaciones de heroína superiores a 100 kg el Reino Unido (806 kg), Italia (497 kg), Alemania (330 kg), España (251 kg), los Países Bajos (230 kg) y Croacia (120 kg).

761. El número de informes sobre la aparición de nuevos opioides sintéticos altamente potentes, principalmente derivados del fentanilo, que se comunicaron a través del sistema de alerta temprana de la Unión Europea ha ido en aumento desde 2012. Esos opioides, que a veces se han vendido como heroína u otras drogas ilícitas o como medicamentos falsificados, o se han mezclado con esas sustancias, plantean graves riesgos para la salud no solo a quienes los consumen, sino también para los agentes del orden responsables de combatir su fabricación y tráfico y los empleados de oficinas de correos y servicios de correo urgente que podrían, sin saberlo, estar implicados en su transporte y entrega.

762. El tráfico de heroína depende principalmente del transporte por carretera para llevar la heroína a los mercados de Europa central y occidental mediante camiones, autobuses y vehículos privados. Grecia e Italia son los principales destinos de dicho tráfico. Cada vez más, una parte de la heroína objeto de tráfico se queda en Albania para los consumidores locales. Según las estadísticas del Gobierno, las incautaciones de heroína en 2016 indican un aumento (del 55%) de la cantidad de heroína incautada, que ascendió a 57,3 kg, frente a los 36,7 kg incautados en 2015. Los precios al por mayor y los precios al por menor se mantuvieron casi idénticos a los del año anterior. El precio de un kilogramo de heroína oscila entre 16.000 y 18.000 euros. En 2016, el precio medio de un gramo de heroína en la calle fue de 22 euros. La pureza de la heroína en la calle osciló entre el 1% y el 15%.

763. La cocaína disponible en los mercados ilícitos de Europa procede de Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia y el Perú. Los traficantes siguen utilizando diversos medios de transporte, incluidos contenedores marítimos, yates, fletes aéreos, aviones privados, vuelos de pasajeros y servicios postales para el transporte de la droga a Europa. Los países del Caribe han sido utilizados a menudo como países de origen de cruceros en los que se introduce cocaína de contrabando en los países de la Unión Europea. Los correos que introducen la cocaína en Europa a menudo viajaron directamente desde el Brasil.

764. En 2015 se incautaron en la Unión Europea un total de 69,4 t de cocaína, de las cuales el 80% se concentró en cuatro países (Bélgica, España, Francia y Portugal). En 2016, los países que comunicaron incautaciones de 1 t o más de clorhidrato de cocaína fueron Bélgica (39 t), España (15,9 t), los Países Bajos (12 t), Italia (4,7 t), el Reino Unido (4,2 t), Rumania (2,3 t), Alemania (1,9 t) y Portugal (1 t).

765. Desde 2016, algunos países europeos han informado de la destrucción de “instalaciones de extracción secundaria”, utilizadas por las organizaciones delictivas para recuperar la cocaína de materiales en los que esta se había disuelto o incorporado.

b) Sustancias sicotrópicas

766. El mercado de drogas de síntesis ha seguido siendo el mercado de drogas más dinámico en la Unión Europea. Algunos daños y muertes registrados en la Unión Europea se atribuyen a la revitalización del mercado de la MDMA (éxtasis), unida al aumento del contenido medio de MDMA en los comprimidos. Las organizaciones delictivas de Bélgica y los Países Bajos siguieron desempeñando un papel importante en la fabricación y distribución de MDMA (éxtasis) y anfetamina en Europa. La MDMA (éxtasis) y la anfetamina fabricadas en esos dos países, además de cubrir la demanda de los consumidores europeos, son también objeto de tráfico hacia otros países del mundo.

767. También se está fabricando ilícitamente anfetamina en Polonia y tal vez también, en cierta medida, en Alemania, Hungría y Letonia. En 2016 se desmantelaron laboratorios de metanfetamina principalmente en Chequia, Eslovaquia y Polonia. Sin embargo, también han empezado a detectarse actividades de fabricación de metanfetamina en Bulgaria, Lituania y los Países Bajos. Según Europol, en el futuro también podría comenzar a fabricarse ilícitamente metanfetamina en otros países de la Unión Europea, en particular en aquellos en que ya se fabrica ilícitamente anfetamina.

768. En Chequia, la metanfetamina se fabrica sobre todo a partir de preparados de pseudoefedrina que suelen proceder de Eslovaquia, Polonia y Turquía. La mayor parte de la metanfetamina se fabrica en laboratorios caseiros de pequeña escala. En 2016, el país informó de que también se fabricaba metanfetamina en laboratorios de gran escala con una capacidad de fabricación potencial de la droga de entre 10 y 12 t al año. La mayor parte de la metanfetamina fabricada en Chequia estaba destinada

al mercado interno, pero una parte de la droga también se distribuía al extranjero.

769. Una de las tendencias que se han observado recientemente ha sido el aumento de la producción de drogas de síntesis (especialmente de estupefacientes de los grupos de la anfetamina y el fentanilo) en laboratorios clandestinos de la Federación de Rusia. Además, las drogas de síntesis llegan a la Federación de Rusia principalmente desde Bélgica, Chequia, Eslovaquia, Lituania, los Países Bajos, Polonia y Ucrania. Las rutas de suministro pasan por Belarús, Estonia, Finlandia, Kazajstán y Letonia.

770. En 2015, los países de la Unión Europea comunicaron incautaciones de 4,7 t de anfetamina, 0,5 t de metanfetamina, 185 kg de MDMA (éxtasis) y 3,8 millones de comprimidos de MDMA (éxtasis). En 2016 informaron del desmantelamiento de laboratorios ilícitos en los que se fabricaba anfetamina Alemania (4 laboratorios), Austria (4 laboratorios), España (2 laboratorios) y Polonia (18 laboratorios). Se detectaron laboratorios de metanfetamina en Alemania (11 laboratorios), Austria (5 laboratorios), Chequia (261 laboratorios) y Polonia (3 laboratorios). Las autoridades neerlandesas comunicaron que habían desmantelado 59 laboratorios en los que se fabricaba anfetamina o MDMA (éxtasis) en 2016. Ese mismo año, las autoridades de Polonia también notificaron que habían desmantelado dos laboratorios ilícitos de mediana escala en los que se fabricaba mefedrona.

771. Además, en 2016, los países de la Unión Europea informaron también de incautaciones de drogas de síntesis no pertenecientes al grupo de los estimulantes de tipo anfetamínico. Por ejemplo, Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia y el Reino Unido comunicaron incautaciones de dietilamida del ácido lisérgico (LSD); Estonia, Finlandia, Letonia, Polonia, Rumanía y Suecia comunicaron incautaciones de GHB.

c) Precursores

772. En 2016 y 2017, los traficantes que buscaban suministros de anhídrido acético se dirigieron a varios países de la Unión Europea. El número de intentos de desviación durante ese período fue el más alto de los últimos dos decenios. En la mayoría de los casos, los países en cuestión impidieron la entrega de la sustancia, en cooperación con la JIFE.

773. Desde octubre de 2014, cuando el APAAN fue sometido a fiscalización internacional, solo cuatro países de la Unión Europea, a saber, Alemania, Bélgica, los

Países Bajos y el Reino Unido, han comunicado incautaciones de pequeñas cantidades de APAAN.

774. En 2016, Alemania, Bélgica, Bulgaria y los Países Bajos informaron de que habían efectuado incautaciones de productos químicos no sometidos a fiscalización utilizados para fabricar ilícitamente estimulantes de tipo anfetamínico, como derivados del ácido 3,4-MDP-2-P-metilglucídico, derivados del ácido P-2-P-metilglucídico y *alfa*-fenilacetoacetamida (APAA).

775. En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 correspondiente a 2017 figura un amplio análisis de la situación con respecto a la fiscalización de los precursores y las sustancias químicas frecuentemente utilizados para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas en la región.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

776. En la región de Europa se siguen introduciendo nuevas sustancias psicoactivas procedentes de China, país donde se fabrican. Los consumidores europeos pueden adquirir esas nuevas sustancias psicoactivas, que a menudo se presentan como productos “euforizantes legales”, en establecimientos convencionales especializados o en la web visible. Además, esas sustancias se venden en los mercados ilícitos y en la web oscura, ya sea bajo su propio nombre, o falsamente como otras drogas ilícitas como la heroína, la cocaína, la MDMA (éxtasis) o las benzodiazepinas.

777. Si bien las nuevas sustancias psicoactivas se fabrican sobre todo en otros lugares, y en la Unión Europea solo se emban y venden, según Europol también podría estar fabricándose dentro de la región una cantidad limitada de nuevas sustancias psicoactivas. Por ejemplo, en 2016, las autoridades eslovacas desmantelaron un laboratorio de escala industrial en el que se fabricaban ilícitamente dos sustancias psicoactivas, a saber, 3-CMC (3-clorometcatinona (clofedrona)) y *N*-etilnorpentedrona.

778. En 2015, el número total de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas notificadas a través del sistema de alerta temprana de la Unión Europea por los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega y Turquía llegó casi a 80.000. Este número de incautaciones fue considerablemente mayor que la cifra comunicada en 2014 (unas 50.000 incautaciones). En 2015, las incautaciones de catinonas representaron el 33% de las 80.000 incautaciones, las de cannabinoides, el 29%, y las de benzodiazepinas, el 11%. Las incautaciones de fenetilaminas,

piperazinas y otras nuevas sustancias psicoactivas representaron el 27% restante del total de las incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas.

779. Las catinonas más frecuentemente incautadas en la Unión Europea en 2015 fueron *alfa*-PVP, 3-MMC, etilona, 4-CMC y pentedrona, y entre los cannabinoides sintéticos incautados había ADB-FUBINACA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 y ADB-CHMINACA¹⁰⁸.

780. Desde 2009 se han identificado 25 nuevos opioides en el mercado de la droga europeo, incluidos 18 análogos del fentanilo. De 8 de esos 18 análogos del fentanilo se informó por primera vez en 2016. Dos de ellos, concretamente el acriloilfentanilo y el furanilfentanilo, se han vendido en los mercados ilícitos de droga en forma de aerosoles nasales. Aunque el número de incautaciones de fentanilo y sus análogos (de 300 a 400) en 2015 en la Unión Europea fue relativamente bajo en comparación con las incautaciones de otras nuevas sustancias psicoactivas, la altísima potencia de los análogos del fentanilo los convierte en una grave amenaza para las personas y para la salud pública.

781. En Rumania, la incautación de plantas de *khat* en 2016 aumentó considerablemente, de 247,7 t en 2015 a 454 t en 2016, lo que representa el 7,7% de la cantidad total de drogas incautadas en 2016. Además, Dinamarca informó de importantes incautaciones de ketamina, que sumaron 3,8 t.

5. Uso indebido y tratamiento

782. Con una prevalencia anual estimada del 7,0% en las personas de 15 a 64 años de edad y del 13,9% en las personas de 15 a 34 años, el cannabis sigue siendo la droga que más se consume en la Unión Europea. Casi el 1% de los adultos de la Unión Europea consumen cannabis a diario o casi a diario (es decir, 20 días o más en el último mes). Las tasas más altas de prevalencia anual de uso indebido de cannabis en las personas de 15 a 34 años de edad en la Unión Europea fueron las comunicadas por Francia (22,1%), Italia (19,0%) y Chequia (18,8%), mientras que los niveles más bajos, inferiores al 5%, fueron comunicados por Chipre, Hungría y Rumania.

783. La vigilancia de los índices de consumo de drogas entre los estudiantes ofrece una perspectiva muy útil de las conductas de riesgo de la juventud actual y las posibles tendencias futuras. Según el informe del Proyecto

Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas publicado en 2016, en los 35 países europeos que abarcaba la encuesta, uno de cada tres estudiantes (de 15 y 16 años) consideraba que el cannabis era de fácil acceso. En promedio, el 3% de los estudiantes entrevistados habían consumido cannabis por primera vez a la edad de 13 años o antes; la mayor proporción de estudiantes que se iniciaban en el consumo de cannabis a los 13 años o antes se encontraba en Mónaco, seguido de Francia y Liechtenstein.

784. En los países de la Unión Europea, cerca de 17,5 millones de adultos de entre 15 y 64 años (el 5,2% de ese grupo de edad) habían consumido cocaína en algún momento de su vida, lo que la convierte en la segunda droga con mayor prevalencia de uso indebido en la Unión. No se observó una continuación de la tendencia a la baja del consumo de cocaína en la Unión Europea que se había comunicado en años anteriores. Los países que notificaron una prevalencia superior al 2,5% del consumo de cocaína en el año anterior en los adultos de 15 a 34 años de edad fueron Irlanda (2,9%), España (3,0%), los Países Bajos (3,6%) y el Reino Unido (4,0%). En esos cuatro países se concentraron alrededor del 85% de todos los casos de tratamiento relacionados con el consumo de cocaína en la Unión Europea.

785. Si bien la heroína sigue siendo el opioide que más se consume, hay indicios de que los opioides sintéticos lícitos, como la metadona, la buprenorfina y el fentanilo, se usan cada vez más de forma indebida en Europa. Aunque los datos más recientes confirman que el uso indebido de heroína sigue representando la mayoría (aproximadamente el 80%) de las nuevas solicitudes de tratamiento relacionado con los opioides en la Unión Europea, en Estonia, por ejemplo, la mayoría de las personas que se sometían a tratamiento e indicaban que la principal droga que consumían era un opioide estaban consumiendo fentanilo. En Chequia, algo más de la mitad de las personas que iniciaron un tratamiento por abuso de opioides en 2015 lo hicieron por opioides distintos de la heroína. La prevalencia media del consumo de opioides de alto riesgo en los adultos (de 15 a 64 años) se estima en el 0,4% de la población de la Unión Europea. Resulta preocupante la estimación de las muertes por sobredosis en la Unión Europea, que ha aumentado por tercer año consecutivo; las sobredosis por opioides supusieron el 81% de esas muertes.

786. En la Unión Europea, cerca de 1,8 millones de personas de entre 15 y 64 años, o el 0,5% de este grupo de edad, han consumido anfetaminas durante el último año, y 2,7 millones, o el 0,8%, de ese grupo de edad, han consumido MDMA (éxtasis) en el último año. Si bien la

¹⁰⁸Desde entonces, algunas de estas nuevas sustancias psicoactivas se han sometido a fiscalización internacional.

mayoría de los países de la Unión Europea informan habitualmente del consumo de anfetamina, el uso indebido de metanfetamina, principalmente comunicado por Chequia y Eslovaquia, ha aflorado también en otras partes de Europa, como los países del norte de Europa y Alemania.

787. En enero de 2016 estaban inscritos 633.409 consumidores de drogas en los centros médicos especializados del Ministerio de Salud y el Servicio Penitenciario Federal de la Federación de Rusia, lo que representa una disminución del 1,6% en el número total de consumidores de drogas con respecto al año anterior. En ese mismo período, el número de consumidores de drogas por inyección registrados por las autoridades sanitarias disminuyó a 298.155.

788. Según la UNODC, en Europa sudoriental se ha registrado un aumento de las incautaciones de anfetamina durante el último año, lo que podría estar relacionado con la expansión del tráfico de anfetamina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y a través de esa zona. La cantidad de anfetamina incautada en Europa sudoriental representó un 8%, o sea casi 4 t, del volumen total de anfetamina incautada en 2015. El aumento de las incautaciones de anfetamina en Europa sudoriental se debe principalmente al aumento de las incautaciones comunicadas por Turquía, que pasaron de 0,2 t en 2014 a 3,8 t en 2015.

789. La prevalencia del uso indebido de MDMA (éxtasis) alcanzó su nivel máximo en la Unión Europea entre principios y mediados de la década de 2000. Desde entonces, el consumo de MDMA (éxtasis) ha mostrado una tendencia a la baja. No obstante, los datos más recientes indican que el consumo de esa sustancia podría haber aumentado nuevamente en algunos países, como lo confirmó el aumento de la presencia de residuos de MDMA en aguas residuales en aproximadamente la mitad de las 32 ciudades europeas en las que se hizo un seguimiento en 2015 y 2016. En 2016 se comunicó un aumento de la prevalencia del consumo de MDMA (éxtasis) en Alemania, Eslovaquia, Finlandia y Lituania, por ejemplo.

790. La prevalencia del consumo de GHB, hongos alucinógenos, ketamina y LSD en Europa siguió siendo baja y estable.

791. Aunque no hay suficientes datos comparables sobre la prevalencia del uso indebido de nuevas sustancias psicoactivas, esa prevalencia se considera bastante baja en la población general de la Unión Europea. Según el informe de 2015 del Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas, la prevalencia en el año anterior del consumo de nuevas sustancias psicoactivas en los estudiantes de 15 y 16 años de edad en los Estados

miembros de la Unión Europea que abarcaba la encuesta y en Noruega fue del 3%. Un estudio del EMCDDA sobre el consumo de drogas de alto riesgo y nuevas sustancias psicoactivas (“High-risk drug use and new psychoactive substances”), publicado en junio de 2017, confirmó que había cierto grado de consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre grupos de usuarios de alto riesgo en 22 de los 30 países examinados por el EMCDDA.

792. Durante el último decenio se han diagnosticado alrededor de 30.000 nuevas infecciones por el VIH cada año en la Unión Europea y los países del Espacio Económico Europeo. Sin embargo, el número de nuevas infecciones por el VIH atribuidas al consumo de drogas por inyección ha seguido disminuyendo en la Unión Europea desde principios de los años noventa. En 2015, el 4% de todos los diagnósticos de VIH en la Unión Europea correspondieron a personas que consumían drogas por inyección. En la conferencia sobre el VIH organizada en enero de 2017 por la Presidencia maltesa del Consejo de la Unión Europea y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, los expertos europeos deliberaron sobre medidas prácticas, como priorizar los programas de prevención, facilitar la realización de las pruebas de detección del VIH y mejorar el acceso al tratamiento para las personas diagnosticadas, lo que podría ayudar a los países europeos a alcanzar la meta del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para poner fin a la epidemia del sida para 2030.

793. La Junta recomienda que todos los Gobiernos de la región redoblen sus esfuerzos por mantener el alto nivel de tratamiento que ofrecen, en particular en los países de Europa central y occidental, y que continúen dispensando el tratamiento necesario para los trastornos relacionados con el consumo de drogas, incluidos aquellos relacionados con las nuevas sustancias psicoactivas y otras sustancias no sometidas a fiscalización internacional. La JIFE recomienda también que se fortalezcan los programas que tienen por objeto detectar esos trastornos en la totalidad de la población, incluidos los migrantes, y asegurar la existencia de los correspondientes mecanismos de derivación a los centros que prestan servicios de tratamiento.

E. Oceanía

1. Aspectos más destacados

794. La región de Oceanía, en particular los Estados insulares del Pacífico, sigue siendo vulnerable al tráfico

de drogas y precursores, la actividad delictiva organizada relacionada con las drogas y los posibles efectos indirectos del uso indebido de drogas en las comunidades locales. A la singular geografía de la región, especialmente las extensas costas y las remotas islas deshabitadas, se suman la escasa adhesión a los tratados y los limitados recursos para vigilar y detectar el tráfico de drogas y precursores, lo cual sigue planteando un reto importante.

795. El aumento del turismo, la mejora de las comunicaciones aéreas y marítimas, y una mejor conectividad digital vinculan a las regiones y los países que son importantes fuentes y mercados ilícitos de drogas. Ello contribuye a que, cada vez más, los grupos de narcotraficantes tengan a los países insulares del Pacífico en el punto de mira como puntos de tránsito y destino de drogas, en particular de metanfetamina. En el último año se han efectuado cuantiosas incautaciones en el mar que han puesto de manifiesto la creciente complejidad del problema. Algunas drogas, como la cocaína, la heroína y la metanfetamina, transitan por la región de las islas del Pacífico (por ejemplo, por los centros turísticos de Fiji, Nueva Caledonia y Vanuatu) a bordo de embarcaciones de recreo, como yates y cruceros.

796. En algunas comunidades locales se han observado los efectos indirectos de las drogas con que se trafica en la región del Pacífico. Algunos países insulares del Pacífico han notificado incautaciones periódicas de heroína, cocaína y metanfetamina ocultas, por ejemplo, en paquetes postales, así como aumentos recientes en la disponibilidad y el uso indebido de la metanfetamina, si bien la base de referencia es baja. Sin embargo, el mercado de drogas ilícitas en los países y territorios insulares del Pacífico sigue estando dominado por el cannabis cultivado a nivel local.

797. La Junta reitera su preocupación por la falta de datos sobre el alcance del problema de las drogas en la mayoría de los países de Oceanía, y alienta a los Gobiernos correspondientes a que den prioridad a la recopilación de datos sobre el uso indebido de drogas y el tratamiento, así como sobre la magnitud del tráfico de drogas y el cultivo y la producción ilícitos. Al respecto, la Junta ha observado una serie de medidas adoptadas en la región para mejorar la reunión de datos, e insta a la comunidad internacional a que respalde esos esfuerzos.

2. Cooperación regional

798. El 28 de noviembre de 2016, el Programa Mundial de Vigilancia de las Drogas Sintéticas: Análisis, Informes y Tendencias (Programa SMART) de la UNODC y

la Secretaría del Foro de las Islas del Pacífico celebraron una reunión regional de planificación de las actividades de aplicación de la ley en Suva, a la que asistieron funcionarios de los Estados miembros del Foro para examinar la forma de subsanar la falta de datos e información relacionados con las drogas en la región. Los participantes convinieron en que se organizarían dos talleres nacionales, uno para las Islas Salomón y otro para Vanuatu. En agosto de 2017, el Programa SMART de la UNODC celebró talleres nacionales sobre la elaboración de datos relativos a las drogas en Honiara y Port Vila, con la participación de autoridades nacionales, entre ellas autoridades policiales, forenses, aduaneras y sanitarias. Los participantes en los talleres especificaron las funciones y responsabilidades de las autoridades nacionales en la recopilación de datos relacionados con las drogas, y solicitaron el apoyo de la UNODC para elaborar instrumentos de recopilación de datos e impartir capacitación para la recopilación, gestión y análisis de datos. Una de las principales recomendaciones de la publicación de la UNODC y el Foro de las Islas del Pacífico sobre la evaluación de la amenaza que representa para la región del Pacífico la delincuencia organizada transnacional (*Transnational Organized Crime in the Pacific: a Threat Assessment*), que se presentó en la conferencia anual de jefes de policía de las islas del Pacífico, celebrada en la Polinesia Francesa en septiembre de 2016, fue que se realizaran investigaciones y se elaboraran datos con fines estratégicos en la región. En la publicación se destacaban entre las amenazas planteadas por la delincuencia organizada, la vulnerabilidad de las islas del Pacífico al tráfico de cocaína, heroína y metanfetamina y la limitada capacidad de las autoridades para hacer frente a ese problema.

799. En su 19ª conferencia anual, celebrada en Guam del 2 al 5 de mayo de 2017, la Organización Aduanera de Oceanía aprobó su plan estratégico para 2017-2022. Los miembros de la Organización respaldaron la continuación de la labor encaminada a establecer un mecanismo multilateral que permitiera el intercambio de información en toda la región, y reconocieron los avances logrados en el desarrollo de una aplicación para teléfonos inteligentes destinada a notificar los movimientos de pequeñas embarcaciones. Los miembros de la Organización también expresaron su apoyo a la ampliación del Programa Mundial de Fiscalización de Contenedores de la UNODC a la región del Pacífico.

800. Del 28 al 30 de noviembre de 2017, la JIFE impartió un seminario de capacitación en Sídney para las autoridades nacionales competentes de la región de Oceanía. Participaron representantes de los siguientes países: Australia, Fiji, Islas Salomón, Kiribati, Micronesia (Estados Federados de), Nueva Caledonia, Palau, Papua

Nueva Guinea, Samoa y Vanuatu. El seminario, que se llevó a cabo en el contexto del proyecto INCB Learning de la JIFE, contó con el apoyo del Gobierno de Australia. Su objetivo era mejorar la capacidad de los Gobiernos participantes para aplicar los tratados de fiscalización de drogas, prestando especial atención a la formulación de previsiones de las cantidades de estupefacientes y sustancias sicotrópicas requeridas para satisfacer las necesidades médicas y científicas nacionales, y para cumplir sus obligaciones conexas en materia de presentación de informes a la JIFE. El seminario brindó la oportunidad de mejorar la cooperación entre las autoridades competentes de la región. Fue también una buena ocasión para promover la adhesión a los tratados de fiscalización internacional de drogas entre los Estados de la región, que tiene la tasa de adhesión a tratados más baja del mundo.

3. Legislación, políticas y medidas en el ámbito nacional

801. El nivel de adhesión a los tratados de fiscalización de drogas sigue siendo bajo en la región de Oceanía, donde siete, ocho y cinco países, respectivamente, todavía no son partes en la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, el Convenio de 1971 y la Convención de 1988. Esto es motivo de particular preocupación debido a la vulnerabilidad de esos países a la amenaza que comienzan a plantear el tráfico de drogas y precursores y a los posibles efectos indirectos del uso indebido de drogas entre sus poblaciones. **La Junta reitera su llamamiento a los Gobiernos de las Islas Cook, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, Samoa, Tuvalu y Vanuatu para que se adhieran a los tratados de fiscalización internacional de drogas en los que aún no son partes**¹⁰⁹. La Junta está dispuesta a seguir prestando apoyo en ese sentido y reitera también su llamamiento a la comunidad internacional, y en particular a la UNODC, para que ayude a esos países a adherirse a los tres tratados de fiscalización internacional de drogas y a darles plena aplicación.

802. El producto de actividades delictivas incautado se utilizó para financiar una serie de nuevas iniciativas en Nueva Zelandia en 2016, entre ellas un proyecto piloto para establecer un marco basado en un “enfoque integral de la escuela” encaminado a reducir los daños relacionados con el alcohol y las drogas. El proyecto, ejecutado por la New Zealand Drug Foundation, el Ministerio de

Salud, el Ministerio de Educación y el Organismo de Promoción de la Salud de Nueva Zelandia, así como los proveedores de servicios y las escuelas, integraría una serie de estrategias basadas en mejores prácticas y avaladas por datos científicos para prevenir y subsanar los daños relacionados con sustancias en todos los niveles del entorno escolar.

803. En diciembre de 2016, la Administración de Productos Terapéuticos de Australia decidió que los productos que contenían codeína ya no se venderían sin receta en las farmacias y estarían disponibles solo por prescripción médica, con efecto a partir del 1 de febrero de 2018. La modelización de los posibles efectos económicos, sociales y normativos del cambio de clasificación propuesto llevó a la conclusión de que la reclasificación permitiría, entre otras cosas, prevenir muertes por sobredosis accidental o intencional de codeína, mejorar la calidad de vida como resultado de la aprobación de opciones de tratamiento del dolor moderado más eficaces y reducir la dependencia y el riesgo de dependencia.

804. Como señaló la Junta en su informe anual correspondiente a 2016, la Ley de 2016 por la que se modificó la Ley de Estupefacientes entró en vigor en Australia en octubre de 2016. La Ley proporciona un marco legislativo para el cultivo de cannabis y el acceso a este con fines médicos. La primera reunión del Consejo Consultivo Australiano sobre el Uso Médico del Cannabis se celebró el 7 de abril de 2017. El Consejo se creó para asesorar al Ministro de Salud de Australia sobre las cuestiones relacionadas con el uso médico del cannabis, en particular la aplicación del mecanismo regulador que permite el cultivo de cannabis y la fabricación de cannabis medicinal, el establecimiento de directrices de prescripción y la utilización de los mecanismos del sistema de prescriptores autorizados y del sistema de acceso especial, y proporcionar pruebas que avalasen el uso médico del cannabis para el tratamiento de diversas afecciones. El Consejo está integrado por 16 miembros procedentes de diversos ámbitos profesionales, incluidos profesionales médicos, representantes del Gobierno, entre ellos funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, grupos de pacientes y expertos jurídicos. Los miembros también tienen conocimientos especializados en ámbitos como el cáncer, la epilepsia, los cuidados paliativos, la toxicología, el derecho, la farmacología, la aplicación de la ley y la botánica.

805. En Nueva Zelandia entraron en vigor algunos cambios en septiembre de 2017. Se eliminó el requisito de aprobación ministerial para la prescripción de productos de cannabidiol, al igual que los requisitos conexos en materia de licencias de importación, mantenimiento de registros sobre las drogas sujetas a fiscalización y

¹⁰⁹Kiribati y Tuvalu no se han adherido a ninguno de los tres tratados. Las Islas Cook, Nauru, Niue, Samoa y Vanuatu no son partes ni en la Convención de 1961 ni en el Convenio de 1971. Las Islas Salomón no son parte ni en el Convenio de 1971 ni en la Convención de 1988. Palau y Papua Nueva Guinea todavía no son partes en la Convención de 1988.

existencias. Se autorizó a los médicos a extender recetas que permitiesen el suministro de medicación para tres meses de tratamiento, en lugar de uno, como era el caso anteriormente. Otro de los cambios introducidos es que la modificación de 2017 del Reglamento sobre el Uso Indebido de Drogas permite que los productos de cannabis contengan hasta un 2% de otros cannabinoides, incluido el THC.

4. Cultivo, producción, fabricación y tráfico

a) Estupefacientes

806. El comercio ilícito de drogas entre los países y territorios insulares del Pacífico y dentro de ellos siguió estando dominado por el cannabis cultivado ilícitamente a nivel local. Durante los 12 meses del período que abarca este informe (2015/16) se realizó un número récord de incautaciones de cannabis en Australia, la mayoría de ellas (93,6%) en la frontera en relación con semillas de cannabis. El peso total del cannabis incautado en la frontera australiana aumentó de 60,2 kg en el período 2014/15 a 101,8 kg en 2015/16, mientras que el peso total del cannabis incautado en el país se mantuvo estable en torno a 6 t.

807. En Nueva Zelanda, la cantidad de hierba de cannabis incautada disminuyó de 692,03 kg en 2015 a 524,22 kg en 2016, y el número de plantas de cannabis incautadas bajó de 112.073 a 78.358 en el mismo período. La policía de Nueva Zelanda comunicó que estaba dedicando mayor atención a los grupos delictivos organizados que participaban en el cultivo ilícito de cannabis, lo que podría haber repercutido en la oferta ilícita de cannabis. En 2016 se erradicaron 104.725 plantas de cannabis cultivadas al aire libre y 18.903 plantas de cannabis cultivadas en interiores en 607 lugares.

808. En Oceanía, la cantidad de cocaína incautada aumentó de 0,8 t en 2014 a 1,2 t en 2015, cifra todavía considerablemente inferior al máximo de 1,9 t alcanzado en 2010; el 99% de la cocaína incautada en la región se incautó en Australia. Durante el período 2015/16 se realizó un número récord de incautaciones de cocaína en la frontera australiana y dentro del país, lo que hizo que el peso total de la cocaína incautada aumentara de 883,4 kg en el período 2014/15 a 1.378,7 kg en 2015/16. A raíz de la incautación de 35 kg de cocaína de una sola vez en 2016, la cantidad total anual de cocaína incautada en Nueva Zelanda alcanzó un nivel sin precedentes de 36.38 kg ese año, frente a 129 g en 2015 y 10,2 kg en 2014.

809. La importancia de Colombia como país de origen de la cocaína incautada en Australia siguió aumentando; el 59,5% de la cocaína incautada en la frontera entre enero y junio de 2016 procedía de ese país, frente al 49,9% en 2015. Del mismo modo, la proporción de cocaína procedente de Colombia incautada dentro de Australia aumentó del 50,5% en 2015 al 83,3% en el período comprendido entre enero y julio de 2016. La proporción de cocaína procedente del Perú incautada en la frontera aumentó ligeramente, del 8,9% en 2015 al 11,6% en el primer semestre de 2016, cifra todavía considerablemente inferior a las registradas en 2013 y 2014 (90,0% y 31,8%, respectivamente).

810. En febrero de 2017, como resultado de una investigación realizada con el apoyo de las autoridades de Fiji, Nueva Zelanda y la Polinesia Francesa, las autoridades policiales de Australia realizaron una incautación récord de más de 1,4 t de cocaína tras interceptar un barco de vela que presuntamente se había reunido con un “buque nodriza” en el Pacífico Sur para recoger la sustancia. En diciembre de 2016, una operación internacional que llevaba en marcha desde hacía más de dos años y medio culminó con la incautación de 500 kg de cocaína transportados por mar a Australia, que se sumaron a los 606 kg de cocaína incautados por las autoridades de Tahití en marzo de 2016 y los 32 kg de heroína incautados por las autoridades de Fiji en diciembre de 2014.

811. La heroína y morfina incautadas en Oceanía solo representaron el 1% de la incautación total de esas sustancias a nivel mundial en 2015. La heroína incautada en Australia siguió procediendo principalmente de Asia sudoriental, la única región de origen identificada en las incautaciones de esa sustancia en la frontera australiana en el primer semestre de 2016. El peso total de la heroína incautada en Australia disminuyó en más de la mitad, de 796,6 kg en el período 2014/15 a 370,4 kg en 2015/16. En 2016 se incautaron un total de 49,27 g de heroína en Nueva Zelanda, lo que representó un nivel similar al de 2015 (38,4 g). En 2016, las autoridades aduaneras de Nueva Zelanda se incautaron de dos opioides, el acetilfentanilo y la U-47700, que fueron sometidos a fiscalización internacional en 2016 y 2017, respectivamente; y por primera vez se encontró papel secante impregnado de fentanilo y benzodiazepinas, sustancias sometidas a fiscalización internacional.

b) Sustancias sicotrópicas

812. Según la UNODC, en Oceanía se ha registrado un aumento tanto en las cantidades incautadas de metanfetamina como en la prevalencia de su consumo. El tráfico

de metanfetamina y sus precursores ha aumentado en el Pacífico y las regiones aledañas en los últimos años, y los países y territorios insulares del Pacífico se están convirtiendo en puntos de tránsito y destino del tráfico de metanfetamina en la región y a través de ella. Se ha comunicado un aumento del tráfico de drogas, incluida la metanfetamina, hacia los países del Pacífico Norte, como Palau.

813. El peso total de los estimulantes de tipo anfetamínico incautados en Australia disminuyó en un 27%, de 12.631,5 kg en el período 2014/15 a 9.218,2 kg en 2015/16, la segunda cifra más alta jamás registrada en esa categoría. El peso total de los estimulantes de tipo anfetamínico (excluida la MDMA) incautados en la frontera australiana disminuyó en un 23,4%, de 3.422,8 kg en el período 2014/15 a 2.620,6 kg en 2015/16, la segunda cifra más alta jamás registrada en esa categoría. Los países de Asia oriental y sudoriental siguieron siendo los principales puntos de embarque de dichas sustancias (excluido el éxtasis). A finales de marzo de 2017 se incautó un envío oculto de 300 kilogramos de metanfetamina en Melbourne (Australia). El envío se descubrió en una remesa de grandes puertas metálicas procedente de China. En abril de 2017 se informó de una incautación récord de más de 900 kg de metanfetamina, también en Melbourne.

814. La cantidad de metanfetamina incautada en Nueva Zelanda aumentó de 15 kg en 2013 a 0,4 t en 2015 y a casi 1 t en 2016, incluidos 500 kg incautados de una sola vez. La cantidad de metanfetamina introducida en Nueva Zelanda aumentó, mientras que en el pasado era más frecuente que esa sustancia se fabricase ilícitamente en el país. Nueva Zelanda se estaba convirtiendo en blanco de los grupos delictivos organizados transnacionales, principalmente de Asia y Asia sudoriental, en particular en relación con la metanfetamina.

815. El tráfico de éxtasis de Europa a Oceanía, ya sea directo o a través de Asia oriental y sudoriental, estaba muy extendido; Oceanía se estaba convirtiendo en un mercado cada vez más importante para esa sustancia. El peso total del éxtasis detectado en la frontera australiana disminuyó considerablemente, de 2.002,4 kg en el período 2014/15 a 141,5 kg en 2015/16, debido principalmente a los 1.917,4 kg detectados de una sola vez en 2014/15. El peso total del éxtasis incautado dentro de Australia disminuyó en un 28,7%, de 6.105,6 kg en el período 2014/15 a 4.352,7 kg en 2015/16. En Nueva Zelanda, las incautaciones anuales de éxtasis han fluctuado entre 5 kg y 50 kg desde 2010, con incautaciones de 11,38 kg y más de 8.000 comprimidos en 2016, frente a 8,85 kg y más de 5.000 comprimidos en 2015.

c) Precursores

816. La efedrina y el safrol fueron los precursores detectados con mayor frecuencia en la frontera australiana en el período 2015/16. El peso de los precursores de estimulantes de tipo anfetamínico (excluido el éxtasis) incautados en la frontera australiana aumentó más del doble, de 500,8 kg en el período 2014/15 a 1.063,7 kg en 2015/16. En junio de 2017, la incautación de 1,4 t de efedrina encontradas en un contenedor marítimo de carga representó la mayor incautación de un precursor jamás realizada en la frontera australiana. El peso de los precursores del éxtasis incautados en la frontera australiana disminuyó de 288,0 kg en el período 2014/15 a 81,1 kg en el período 2015/16. China fue el principal punto de embarque de precursores de estimulantes de tipo anfetamínico.

817. El número de laboratorios clandestinos descubiertos en Australia siguió disminuyendo, de 667 en el período 2014/15 a 575 en 2015/16, pero, aun así, representó un aumento del 61,5% desde el período 2006/07. La metanfetamina siguió siendo la principal droga fabricada ilícitamente en los laboratorios descubiertos, para lo que siguieron utilizándose los precursores efedrina y pseudoefedrina. Sin embargo, en el período 2015/16, el número de laboratorios de fabricación ilícita de estimulantes de tipo anfetamínico (incluido el éxtasis) y heroína “casera” obtenida a partir de codeína disminuyó, mientras que el de los laboratorios dedicados a la extracción de aceite de cannabis y pseudoefedrina aumentó. Dos tercios de los laboratorios descubiertos estaban en manos de los propios usuarios, y 51 laboratorios clandestinos funcionaban a escala industrial.

818. En lo que respecta a los precursores de la metanfetamina incautados en Nueva Zelanda, continuó la tendencia observada en los últimos años de pasar de la incautación de pseudoefedrina (en forma de gránulos de ContacNT) a la de cantidades importantes de efedrina en polvo. La efedrina representó aproximadamente el 95% del total de las incautaciones de pseudoefedrina y efedrina practicadas en los dos años precedentes; la pseudoefedrina se incautó principalmente en forma de pequeñas cantidades de medicamentos que contenían esa sustancia como principio activo. En la frontera de Nueva Zelanda se incautaron periódicamente grandes cantidades de precursores, principalmente efedrina, a lo largo de 2016. El número de laboratorios clandestinos de metanfetamina descubiertos en Nueva Zelanda aumentó de 69 en 2015 a 74 en 2016. Sin embargo, esa cifra se redujo cuando se tuvieron en cuenta también unas evaluaciones que indicaban que un laboratorio supuestamente clandestino no satisfacía los criterios para ser clasificado como tal. En el primer semestre de 2017 disminuyeron sustancialmente

las incautaciones fronterizas de efedrina, y durante los primeros cuatro meses de 2017 el número de laboratorios clandestinos descubiertos fue aproximadamente la mitad que el del período correspondiente de 2016.

819. En enero de 2017 se realizó la primera incautación en Nueva Zelanda de la sustancia llamada metanfetamina t-boc, enmascarada químicamente para impedir su detección, cuyo volumen se elevaba a 160 litros. El descubrimiento se hizo en un envío importado de Hong Kong (China).

820. En el informe de la Junta correspondiente a 2017 sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 figura un amplio análisis de la situación en la región con respecto a la fiscalización de los precursores y las sustancias químicas utilizados frecuentemente para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

d) Sustancias no sometidas a fiscalización internacional

821. La cantidad de nuevas sustancias psicoactivas incautadas en la frontera australiana y seleccionadas para su posterior análisis prácticamente se cuadruplicó, de 52,7 kg en el período 2014/15 a 204,7 kg en 2015/16. No obstante, siguió siendo considerablemente inferior a la cantidad récord incautada en el período 2013/14 (543 kg). De esas sustancias, los estimulantes de tipo anfetamínico representaron el 51,8% (por peso), seguidos de las catinonas (24,6%), las triptaminas (17,4%) y los cannabinoides sintéticos (5,8%). El número de detecciones de ketamina en la frontera australiana se duplicó con creces, de 218 en el período 2014/15 a un nuevo récord de 487 en 2015/16; la mayor parte de la ketamina se descubrió en envíos de correo postal internacional. El número de detecciones de *gamma*-butirolactona (GBL) en la frontera australiana disminuyó un 44%, de 157 en el período 2014/15 a 88 en 2015/16. Los puntos de embarque donde se detectó ketamina con mayor frecuencia en el período 2015/16 se localizaron en 28 países, frente a 15 países en 2014/15. De esos países, el Reino Unido fue el punto de embarque del 56,9% de las detecciones de ketamina en el período 2015/16.

822. Se siguieron encontrando nuevas sustancias psicoactivas en Nueva Zelanda. Una investigación conjunta llevada a cabo por los servicios de aduanas y policía de Nueva Zelanda entre junio y agosto de 2017 dio lugar a la incautación de 11 kg de cannabis sintético y un total de 3 kg de AMB-FUBINACA y AB-PINACA, que se emplean para la fabricación ilícita de cannabis sintético.

5. Uso indebido y tratamiento

823. La encuesta por hogares efectuada entre junio y noviembre de 2016 por el Departamento de Salud de Australia en el marco de su Estrategia Nacional en Materia de Drogas reveló que el 15,6% de las personas mayores de 14 años habían hecho uso indebido de drogas, incluidos fármacos, alguna vez en los doce meses anteriores. Ello representó un ligero aumento con respecto a 2013 (15,0%), año en que se realizó la encuesta anterior, y un aumento gradual desde 2007 (13,4%). Se observó un aumento en el uso indebido de fármacos y se informó de que los analgésicos y los opioides ocupaban el segundo lugar entre las sustancias de consumo más común después del cannabis.

824. La prevalencia del consumo de metanfetamina y anfetamina en el año anterior en los adultos de Australia disminuyó de manera considerable, del 2,1% en 2013 al 1,4% en 2016. La prevalencia del consumo de alucinógenos en el año anterior también disminuyó, del 1,3% en 2013 al 1,0% en 2016. La prevalencia anual del consumo de cocaína aumentó del 2,1% en 2013 al 2,5% en 2016, cifra notablemente mayor que la registrada en 2004 (1,0%). El abuso de cannabis se mantuvo estable con respecto a la prevalencia en el año anterior, del 10,4%. La prevalencia anual del consumo de éxtasis se redujo del 3,0% en 2010 al 2,5% en 2013 y al 2,2% en 2016.

825. La encuesta por hogares reveló que en Australia el promedio de edad en que los australianos hacían uso indebido de una droga por primera vez había aumentado, de 19,3 años en 2013 a 19,7 años en 2016; concretamente, se constató un aumento de la edad media de inicio del consumo de cannabis, anfetaminas y alucinógenos. Las personas menores de 30 años consumían menos drogas que en 2001, mientras que entre las personas de 40 a 69 años el consumo de algunas drogas había aumentado desde 2013.

826. La encuesta por hogares también reveló que casi dos tercios de las personas de Australia que habían consumido cocaína en el año anterior solo lo habían hecho una o dos veces. De modo análogo, en el caso del éxtasis, poco más de la mitad de quienes habían consumido la sustancia solo lo habían hecho una o dos veces al año. Solamente entre el 2% y el 3% de las personas que dijeron haber consumido cocaína y éxtasis en el año anterior lo habían hecho al menos una vez a la semana. En cambio, el 36% y el 20%, respectivamente, de las personas que dijeron haber consumido cannabis y anfetaminas en el año anterior habían consumido esas drogas por lo menos una vez a la semana.

827. En 2016, el 4,8% de los australianos adultos encuestados habían usado indebidamente un fármaco en los últimos doce meses, frente al 3,6% en 2013. En lo que respecta al consumo el año anterior, los analgésicos y los opioides, con una prevalencia anual del 3,6%, ocuparon el segundo lugar entre las sustancias de consumo más común, después del cannabis. Aproximadamente el 75% de los usuarios recientes de analgésicos y opioides dijeron haber usado indebidamente productos de codeína de venta libre, y el 40% dijeron haber utilizado indebidamente productos de codeína sujetos a prescripción médica, seguidos de la oxicodona (16,7%), la morfina (4,3%) y el fentanilo (0,9%), sustancias sometidas a fiscalización con arreglo a la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, y el tramadol (9,5%) y los gabapentinoides (1,7%), que no están sometidos a fiscalización internacional. La proporción de consumidores de anfetaminas en el año anterior que dijeron que las anfetaminas sujetas a prescripción médica eran las que más habían consumido en los últimos doce meses aumentó considerablemente, de un 3,0% estimado en 2013 a un 11,1% en 2016.

828. La prevalencia anual del consumo de cannabinoides sintéticos en los adultos en Australia se redujo del 1,2% en 2013 al 0,3% en 2016. El consumo de otras nuevas sustancias psicoactivas disminuyó del 0,4% en 2013 al 0,3% en 2016.

829. El segundo informe del Programa Nacional de Control de Drogas en Aguas Residuales de Australia se basa en un análisis, realizado entre agosto de 2016 y febrero de 2017, de las aguas residuales de zonas que abarcan algo más de la mitad de la población. En el informe se indica que, de las sustancias detectadas, la metanfetamina sigue siendo la droga de mayor consumo en todas las regiones de Australia. Con todo, se registró un ligero descenso global en 2016 respecto del año anterior, lo que está en consonancia con la disminución de las incautaciones comunicadas. No obstante, los datos sobre las aguas residuales seguían indicando un claro aumento del consumo de metanfetamina en el período 2013-2016, a pesar de la disminución de la prevalencia del consumo de anfetaminas en el mismo período. El programa no realizó pruebas de consumo de cannabis. Contrariamente a lo indicado por los datos sobre la prevalencia, el consumo estimado de éxtasis era bajo en todo el país y no se observaron tendencias constantes, aunque el consumo medio en las ciudades capitales de los estados y territorios disminuyó en casi la mitad. El aumento de los niveles de consumo de cocaína quedaba patente en varias zonas geográficas. Los resultados comunicados por el programa con respecto a cuatro nuevas sustancias psicoactivas indicaban que el mercado de esas sustancias seguía siendo pequeño en comparación con los mercados ilícitos de drogas arraigados. Por

ejemplo, no se detectó ni el cannabinoide sintético JWH-018, fiscalizado con arreglo al Convenio de 1971, ni el cannabinoide sintético JWH-073, que no está sometido a fiscalización internacional, en ninguno de los lugares del país donde se realizaron pruebas. Por otra parte, en varios lugares se detectó la presencia de mefedrona y metilona, ambas sometidas a fiscalización con arreglo al Convenio de 1971, aunque a niveles insignificantes. Según el estudio, durante el período examinado se había registrado una reducción gradual del uso (tanto lícito como ilícito) de opioides farmacéuticos, en particular de oxicodona. El consumo medio de oxicodona y fentanilo en las capitales de los estados y territorios había disminuido considerablemente entre agosto de 2016 y febrero de 2017, pero en el informe se indicaba que el nivel de consumo de ambas sustancias seguía siendo motivo de preocupación.

830. El objetivo del programa del Sistema Australiano de Vigilancia del Consumo de Drogas es medir el consumo de drogas entre las personas recientemente detenidas por la policía. En el marco del programa, los detenidos que han permanecido detenidos menos de 48 horas son entrevistados y sometidos a pruebas con carácter voluntario y confidencial. Las conclusiones del programa indicaron que el uso indebido de metanfetamina notificado por los propios consumidores había aumentado hasta superar el de cannabis, del 50,4% en el período 2014/15 al 59,7% en 2015/16, con lo que pasó a ser la droga que los detenidos por la policía dijeron haber consumido con mayor frecuencia. La proporción de detenidos que dieron positivo en las pruebas de metanfetamina aumentó del 38,7% en el período 2014/15 al 49% en 2015/16 y superó por primera vez la de los que dieron positivo en las pruebas de cannabis. La proporción de detenidos que dijeron haber consumido cannabis el año anterior, que en el período 2015/16 fue del 58,3%, se ha mantenido relativamente estable a lo largo del último decenio. La proporción de detenidos que dieron positivo en pruebas de cocaína aumentó ligeramente, del 0,8% en el período 2014/15 al 0,9% en 2015/16, y la proporción de los que dijeron haber consumido cocaína siguió aumentando, pasando del 14,2% en el período 2014/15 al 16,0% en 2015/16. La proporción de detenidos que dieron positivo en pruebas de éxtasis aumentó del 1,3% en el período 2014/15 al 1,9% en 2015/16, en tanto que la proporción de detenidos que dijeron haber consumido esa sustancia aumentó del 14,7% en el período 2014/15 al 16,2% en 2015/16. La proporción de detenidos que dieron positivo en las pruebas de heroína se ha reducido a casi la mitad desde el período 2006/07; en el período 2015/16 fue del 5,7%, el nivel más bajo observado en el último decenio. La proporción de detenidos que dijeron haber consumido heroína el año anterior aumentó del 11,1% en el período 2014/15 al 12,5% en 2015/16.

831. En Australia, durante el período 2015/16, las principales drogas que llevaron a los pacientes a solicitar tratamiento, después del alcohol (32%), fueron las anfetaminas (23%), el cannabis (23%) y la heroína (6%). Los episodios de tratamiento por consumo de anfetaminas aumentaron del 11% en el período 2010/11 al 23% en 2015/16. Pese a que representan el 2,7% de la población australiana de 10 años de edad o más, los australianos indígenas constituían el 14% de los pacientes de servicios de tratamiento por consumo de alcohol y otras drogas.

832. Una encuesta por hogares llevada a cabo en Nueva Zelandia entre 2015 y 2016 reveló que el 1,1% de la población de 16 a 64 años había consumido anfetaminas el año anterior, lo que representó un aumento de 22,2% respecto del período 2014-2015 (0,9%), con niveles de abuso estables desde el período 2011-2012. La encuesta reveló que la prevalencia en el último año era mayor (2,4%) en las personas de 25 a 34 años. Si bien se desconoce la prevalencia del abuso de fentanilo en Nueva Zelandia, la información disponible indica que el consumo de la sustancia se sitúa en niveles bajos y no ha aumentado.

833. Las muestras de aguas residuales recogidas diariamente en Auckland (Nueva Zelandia) entre mayo y julio de 2014 revelaron que la metanfetamina era una de las drogas objeto de uso indebido detectadas con más frecuencia en esa localidad; había sido detectada de modo constante a lo largo de toda la semana. La detección de indicadores de consumo de cocaína y éxtasis no era frecuente, solo los fines de semana. En diciembre de 2016, la policía de Nueva Zelandia puso en marcha un programa piloto de 12 meses de duración durante los cuales realizó pruebas de detección de metanfetamina, cocaína, heroína, α -PVP y éxtasis en las aguas residuales de Auckland y Christchurch para establecer una base de referencia de los niveles de consumo. En los primeros seis meses se observó una ligera fluctuación de las cantidades de metanfetamina, cocaína y éxtasis detectadas en ambos lugares, mientras que no se detectó ni α -PVP ni heroína.

834. En un estudio realizado por el programa de Nueva Zelandia de vigilancia del consumo de drogas entre los detenidos se hizo un seguimiento de los niveles de consumo de alcohol y otras drogas y de los daños y problemas conexos entre los adultos detenidos por la policía que habían permanecido en detención policial menos de 48 horas en cuatro cuarteles de la policía situados en el centro de la ciudad, para lo cual se realizaron entrevistas y pruebas de carácter voluntario y confidencial. La proporción de detenidos que habían consumido cannabis el año anterior disminuyó del 76% en 2011 al 69% en 2015. El uso indebido de metanfetamina el año anterior aumentó entre los detenidos del 28% en 2012 al 36% en 2015. La proporción de detenidos que habían consumido éxtasis el año anterior siguió disminuyendo, del 28% en 2011 al 19% en 2015. Según la información facilitada, el uso indebido de cocaína y opioides entre los detenidos se mantuvo en niveles similares a los de años anteriores, en el 5% y el 6%, respectivamente. La proporción de detenidos que habían consumido cannabinoides sintéticos el año anterior disminuyó del 47% en 2014 al 27% en 2015, a raíz de la prohibición de todos los productos de cannabinoides sintéticos en mayo de 2014, cuando se retiraron todas las licencias provisionales de productos psicoactivos concedidas con arreglo a la Ley de Sustancias Psicoactivas de 2013.

835. En julio de 2017, el Médico Forense Jefe y la policía de Nueva Zelandia emitieron una advertencia a raíz de la muerte de al menos siete personas en Auckland que parecían estar relacionadas con el consumo de cannabis sintético.

836. **En vista de la falta de datos sobre el uso indebido de drogas y el tratamiento en los demás países de Oceanía, la Junta reitera su llamamiento a los Gobiernos de esos países para que reúnan datos al respecto a fin de que sirvan de base a la política nacional en materia de drogas, e insta a la comunidad internacional a que preste apoyo en ese sentido.**

Capítulo IV.

Recomendaciones dirigidas a los Gobiernos, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y nacionales competentes

837. El presente capítulo contiene las principales recomendaciones de la JIFE derivadas del examen de la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas en el período sobre el que se informa.

Tratamiento, rehabilitación y reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas: componentes esenciales de la reducción de la demanda de drogas

838. La salud y el bienestar de la humanidad son la piedra angular del marco de fiscalización internacional de drogas. Un examen de fondo de los conceptos básicos de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y las intervenciones, enfoques y modalidades de tratamiento, y los factores asociados a estos, ha llevado a la JIFE a formular varias recomendaciones concretas en este ámbito. La JIFE recuerda a todos los Gobiernos que las partes en los tratados de fiscalización internacional de drogas están obligadas a adoptar todas las medidas prácticas posibles para la prevención del uso indebido de estupefacientes y la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas. Asimismo, el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, la rehabilitación y la reinserción social son algunos de los objetivos operacionales fundamentales de las recomendaciones sobre la reducción de la demanda de drogas que figuran en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar

eficazmente el problema mundial de las drogas”, aprobado por la Asamblea General en su resolución S-30/1, de 19 de abril de 2016.

Recomendación 1: La Junta insta a todos los Gobiernos a:

- a) Recabar datos sobre la prevalencia de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y la accesibilidad y utilización del tratamiento;
- b) Invertir en servicios de tratamiento y rehabilitación basados en datos científicos;
- c) Asignar recursos suficientes al tratamiento y la rehabilitación, que son los dos componentes principales de la reducción de la demanda;
- d) Prestar particular atención a los grupos de población especiales;
- e) Intercambiar mejores prácticas y crear capacidad a nivel nacional e internacional;
- f) Promover la investigación sobre las intervenciones más recientes.

La sección M (“Recomendaciones”) del capítulo I contiene otras recomendaciones e información más detallada sobre las medidas propuestas.

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

839. Los Gobiernos deben asegurarse de que su legislación nacional se ajuste a las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Algunos Gobiernos han adoptado, o tienen previsto adoptar, medidas legislativas que contravienen lo dispuesto en

los tratados de fiscalización internacional de drogas. Se trata, concretamente, de leyes o proyectos de ley que permiten o, de aprobarse, permitirían la producción, el comercio y el uso del cannabis para fines no médicos.

Recomendación 2: Se recuerda a todos los Gobiernos que en el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de cumplir las metas y los objetivos de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas.

Recomendación 3: De conformidad con dichos tratados, el uso de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas ha de limitarse a los fines médicos y científicos. Todo uso que se aparte de este es incompatible con el marco jurídico internacional de fiscalización de drogas, y la Junta exhorta a todos los Estados a que respeten sus obligaciones jurídicas al respecto.

840. La Junta reitera que, para que el funcionamiento de las “salas de consumo de drogas” esté en consonancia con los tratados de fiscalización internacional de drogas, se deben dar determinadas condiciones. La primera de ellas es que el objetivo final de esos centros sea reducir las consecuencias adversas del uso indebido de drogas sin que ello implique aceptar tácitamente o alentar el uso indebido y el tráfico de drogas.

Recomendación 4: La Junta exhorta a todos los Estados que han autorizado que se establezcan centros de esa índole a que presten servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a los pacientes, o los remitan a centros que los ofrezcan, y señala que esos servicios no deben reemplazar los programas de reducción de la demanda.

Derechos humanos

841. La Junta ha destacado en repetidas ocasiones la importancia de respetar y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales como parte de la aplicación efectiva de los tratados de fiscalización internacional de drogas. La JIFE sigue insistiendo en que, para que las medidas de lucha contra las drogas sean fructíferas y sostenibles, deben ser compatibles con las normas internacionales de derechos humanos.

Recomendación 5: La JIFE exhorta a todos los Estados a que adopten políticas en materia de drogas que respeten el estado de derecho y los derechos humanos, como la presunción de inocencia, la prohibición de la detención arbitraria, el derecho a un juicio imparcial y

la protección frente a todas las formas de castigos crueles e inhumanos.

Recomendación 6: Los Estados deben proteger a los niños contra el uso indebido de drogas e impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de sustancias ilícitas, de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, en particular su artículo 33.

Recomendación 7: La Junta recuerda a todos los Estados que existe la posibilidad de complementar o sustituir el castigo de los delitos de drogas de menor gravedad y los delitos cometidos por personas que consumen drogas con medidas de educación, tratamiento, rehabilitación y postratamiento.

Recomendación 8: El principio de proporcionalidad debe seguir siendo uno de los principios que rijan las cuestiones relacionadas con las drogas. Aunque la determinación de las sanciones aplicables a los delitos relacionados con las drogas sigue siendo prerrogativa de los Estados partes en los tratados, la JIFE reitera su postura con respecto a la cuestión de la pena capital por delitos relacionados con las drogas y alienta a los Estados que siguen castigando esos delitos con la pena capital a que consideren la posibilidad de abolir la pena de muerte por esa categoría de delitos.

Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016

842. En el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso de aplicar los tratados de fiscalización internacional de drogas y presentaron un plan de acción práctico para hacer frente al problema mundial de las drogas.

Recomendación 9: La Junta está dispuesta a seguir cooperando con los Gobiernos, las organizaciones pertinentes y la sociedad civil para mejorar la situación de la fiscalización de drogas en todo el mundo en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Una vez más, la JIFE alienta a todos los Gobiernos a que continúen avanzando en lo que respecta al logro de los objetivos y las metas que se establecieron en la Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de

las Drogas de 2009 y a que lleven a cabo un examen de su aplicación para 2019, año fijado como plazo.

Disponibilidad

843. El documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General contiene importantes elementos en lo que respecta a la mejora del acceso para fines médicos y científicos a las sustancias fiscalizadas eliminando de manera adecuada los obstáculos que lo entorpecen.

Recomendación 10: La JIFE insta a todos los Gobiernos a que cumplan plenamente las recomendaciones operacionales sobre el modo de mejorar el acceso a las sustancias fiscalizadas con fines médicos y científicos e impedir al mismo tiempo su desviación y uso indebido, y las recomendaciones conexas incluidas en los informes anuales anteriores de la JIFE. La JIFE invita también a los Gobiernos a apoyar iniciativas concretas para aplicar las recomendaciones operacionales y a participar en dichas iniciativas y está dispuesta a seguir prestando apoyo a los Gobiernos en sus esfuerzos por garantizar la disponibilidad de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, en coordinación con otras organizaciones internacionales y nacionales.

Cannabis

Recomendación 11: Los Gobiernos que estén considerando la posibilidad de autorizar el uso de cannabinoides con fines médicos deberían examinar los resultados de los estudios y ensayos científicos y velar por que el uso del cannabis con fines terapéuticos sea prescrito por personal médico competente y bajo supervisión facultativa, así como por que la práctica de prescripción correspondiente se base en los datos científicos disponibles y se tengan presentes los posibles efectos secundarios.

Recomendación 12: Asimismo, los Gobiernos deberían velar por que los cannabinoides se pongan a disposición de los pacientes en consonancia con las directrices pertinentes de la OMS y con los tratados de fiscalización internacional de drogas. La Junta exhorta a todos los países que han establecido ese tipo de programas a que no olviden las medidas de fiscalización aplicables con arreglo a los artículos 23 y 28 de la Convención de 1961.

Opioides

844. La JIFE insiste en la necesidad de que haya una disponibilidad adecuada de las sustancias sometidas a fiscalización para fines médicos y científicos. No obstante, sigue siendo importante que los Estados partes velen por la prescripción racional de esas sustancias y apliquen medidas para prevenir su desviación y su uso indebido. Los acontecimientos recientes relacionados con la crisis de los opioides, en particular en América del Norte, ponen de manifiesto la necesidad de ese enfoque equilibrado.

Recomendación 13: La JIFE alienta a los Gobiernos a que adopten las medidas que se describen en la sección que trata sobre el riesgo del consumo de opioides a largo plazo y el consumo de analgésicos opioides y trabajen de consuno con los funcionarios de salud pública, los farmacéuticos, los fabricantes y distribuidores de productos farmacéuticos, los médicos, las asociaciones de protección del consumidor y los organismos encargados de hacer cumplir la ley para promover la educación pública sobre los riesgos que conllevan los medicamentos sujetos a prescripción médica que contienen estupefacientes y sustancias sicotrópicas, su uso indebido y su potencial de generar dependencia.

Recomendación 14: La JIFE insta a todos los Gobiernos a que trabajen con espíritu de cooperación y adopten medidas concretas contra la fabricación y el tráfico ilícitos de opioides, incluidos el fentanilo, los análogos del fentanilo y sus precursores.

Sustancias sicotrópicas

845. La Junta agradece el esfuerzo realizado por los Gobiernos que ya han adoptado medidas nacionales de control de las sustancias sicotrópicas recientemente sometidas a fiscalización internacional.

Recomendación 15: La Junta insta a todos los Gobiernos que aún no hayan sometido a fiscalización nacional algunas sustancias sicotrópicas a que modifiquen, según proceda, sus listas de sustancias sujetas a fiscalización nacional y que apliquen a esas sustancias todas las medidas de fiscalización exigidas con arreglo al Convenio de 1971 y a las resoluciones pertinentes de la Comisión de Estupefacientes y del Consejo Económico y Social, e informen a la Junta en consecuencia.

Recomendación 16: La Junta celebra que cada vez sean más los países que le presentan datos sobre el consumo de sustancias sicotrópicas y exhorta a los Gobiernos a

que lo hagan, puesto que, conforme a la resolución 54/6 de la Comisión de Estupefacientes, esos datos son esenciales para evaluar la disponibilidad de sustancias sico-trópicas para fines médicos y científicos.

Precursores

846. La Comisión de Estupefacientes, en su resolución 60/5, de marzo de 2017, pidió que se estableciera un conjunto de medidas de carácter voluntario y que mejorase la cooperación de los Gobiernos entre sí y con la JIFE para abordar la cuestión de los precursores no sometidos a fiscalización; en esa resolución, la Comisión también alentó a que se adoptaran medidas para hacer frente a las actividades delictivas realizadas a través de Internet relacionadas con los precursores. (En el informe de la Junta sobre la aplicación del artículo 12 de la Convención de 1988 se puede encontrar un análisis en profundidad de los avances y tendencias observados recientemente.)

Recomendación 17: La JIFE insta a los Gobiernos a que den prioridad a la fiscalización de precursores, puesto que constituye un medio eficaz para prevenir la fabricación y el uso indebido de drogas peligrosas. Concretamente, además de los controles normativos, la JIFE insiste en la importancia de contar con sistemas flexibles para vigilar el movimiento de precursores e intercambiar información.

Internet y las nuevas sustancias psicoactivas

847. Las farmacias ilegales en Internet son un fenómeno en expansión que puede llegar a causar graves problemas de salud pública. El constante aumento del acceso a Internet en todo el mundo, la amplia disponibilidad de canales de comunicación en línea y la inmensidad de la “web profunda” son factores que potencian la grave amenaza delictiva que representa el tráfico de drogas por Internet, sea mediante farmacias ilegales en línea o por otros medios.

Recomendación 18: La Junta exhorta a los Gobiernos a que utilicen las *Directrices dirigidas a los Gobiernos para prevenir la venta ilegal por Internet de sustancias sometidas a fiscalización internacional*, que son 25 directrices referentes a disposiciones legislativas y reglamentarias, medidas de carácter general y actividades de cooperación nacional e internacional.

848. A medida que las medidas nacionales de fiscalización se amplían para abarcar más nuevas sustancias psicoactivas, aumenta también el riesgo de que las

plataformas legítimas de comercio entre empresas se utilicen para vender y adquirir sustancias sometidas a fiscalización nacional. Al mismo tiempo, se ha de evitar obstaculizar las actividades económicas legítimas que se realizan a través de Internet.

Recomendación 19: La Junta alienta a los Gobiernos a que consideren la posibilidad de adoptar medidas apropiadas, de conformidad con el derecho interno, para vigilar los intentos de comercializar nuevas sustancias psicoactivas a través de plataformas de comercio en línea y actuar al respecto, por ejemplo, mediante la vigilancia y el intercambio de información voluntarios, y los alienta asimismo a que consideren la posibilidad de contar con la colaboración de los operadores de las plataformas de comercio.

Herramientas electrónicas y capacitación

849. La eficacia del sistema de fiscalización internacional de drogas se basa en el esfuerzo colectivo de los Estados Miembros para aplicar los tratados. Un elemento esencial de las medidas de apoyo que ofrece la JIFE es la comunicación en tiempo real entre los Gobiernos. Concretamente, las herramientas en línea elaboradas por la JIFE facilitan el seguimiento y la cooperación inmediatos. A lo largo de los años, la utilización de esas herramientas y el volumen y el grado de detalle de la información proporcionada por los Gobiernos han aumentado considerablemente. Para ello es esencial mantener y modernizar las herramientas electrónicas de la JIFE (IDS, I2ES, PEN Online, PICS e IONICS), lo cual tiene consecuencias financieras.

Recomendación 20: La JIFE quisiera instar a los Gobiernos a que utilicen plenamente todas las herramientas electrónicas de la JIFE y a que consideren la posibilidad de prestar el apoyo financiero necesario para garantizar que la Junta siga funcionando con eficiencia y eficacia y, al mismo tiempo, simplificar la labor que realizan los organismos nacionales competentes para presentar la información obligatoria conforme a lo previsto en los tratados.

Recomendación 21: La Junta exhorta a los Gobiernos a que sigan haciendo contribuciones de forma periódica a fin de mantener y ampliar las actividades que se llevan a cabo en el marco de la iniciativa INCB Learning. Ese compromiso de los Gobiernos es necesario para garantizar una amplia cobertura geográfica, la sostenibilidad del proyecto y la prestación de apoyo y asesoramiento a todos los Gobiernos.

Países y regiones concretos

850. Preocupa enormemente a la Junta el deterioro de la situación de la fiscalización de drogas en el Afganistán, como quedó plasmado en el último estudio sobre la adormidera realizado por la UNODC en ese país, así como por la información sobre la producción, el tráfico y el uso indebido del cannabis y las drogas de síntesis en el Afganistán.

Recomendación 22: La JIFE es consciente de los retos y dificultades a que se enfrenta el Afganistán; no obstante, habida cuenta de la considerable asistencia que durante tantos años ha recibido ese país, la JIFE exhorta al Gobierno a hacer frente al cultivo ilícito de adormidera y cannabis mediante la ejecución de programas eficaces de erradicación de cultivos y medios de subsistencia alternativos. Al mismo tiempo, la Junta reitera su llamamiento al Afganistán para que haga frente con renovado ímpetu a la producción y el tráfico de drogas, dedique la debida atención al problema emergente de las drogas de síntesis y, cuanto antes, refuerce considerablemente los servicios de reducción de la demanda disponibles en el país.

851. En varias regiones del mundo, los sistemas de atención de la salud carecen de los recursos y la capacidad necesarios para hacer frente a los problemas relacionados con las drogas. Al mismo tiempo, algunas regiones, como

África, están experimentando un aumento del abuso de la cocaína, los opioides, los estimulantes de tipo anfetamínico, el tramadol y las nuevas sustancias psicoactivas. No se dispone de información detallada y fiable sobre la situación de uso indebido y el tratamiento en África, Asia occidental, Centroamérica y el Caribe y Oceanía.

Recomendación 23: La Junta alienta a todos los Gobiernos a que proporcionen el apoyo político necesario y dediquen recursos suficientes para que todas las instancias pertinentes participen en la planificación, la aplicación y el seguimiento de las políticas de fiscalización de drogas en las regiones anteriormente mencionadas. También se deberían crear centros de tratamiento para las personas que sufren enfermedades relacionadas con las drogas, además de programas completos de rehabilitación y reinserción social.

Recomendación 24: La Junta recomienda a los países de esas regiones que aún no lo hayan hecho que realicen estudios de prevalencia, o los actualicen, utilizando los parámetros reconocidos internacionalmente, y a que utilicen los resultados para fundamentar la formulación y adopción de políticas y programas centrados específicamente en la reducción de la demanda de drogas. La Junta alienta también a la comunidad internacional a que preste asistencia para establecer servicios de tratamiento y rehabilitación en esas regiones.

(Firmado)
Viroj Sumyai
Presidente

(Firmado)
Cornelis P. de Joncheere,
Relator

(Firmado)
Andrés Finguerut
Secretario

Viena, 17 de noviembre de 2017.

Anexo I.

Agrupaciones regionales y subregionales utilizadas en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017

A continuación se indican las agrupaciones regionales y subregionales utilizadas en el informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2017, junto con los Estados que integran cada una de esas agrupaciones.

África

Angola	Guinea Ecuatorial
Argelia	Kenya
Benin	Lesotho
Botswana	Liberia
Burkina Faso	Libia
Burundi	Madagascar
Cabo Verde	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
Santa Lucía
San Vicente y las Granadinas
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	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	España
Andorra	Estonia
Austria	Finlandia
Bélgica	Francia
Chequia	Grecia
Chipre	Hungría
Dinamarca	Irlanda
Eslovaquia	Islandia
Eslovenia	Italia

Letonia
Liechtenstein
Lituania
Luxemburgo
Malta
Mónaco
Noruega
Países Bajos

Polonia
Portugal
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte
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

Sevil Atasoy

Nacida en 1949. Nacional de Turquía. Catedrática de Bioquímica y Ciencias Forenses, Vicerrectora y Directora del Instituto de Toxicomanía y Ciencias Forenses; Jefa del Departamento de Ciencias Forenses; Directora del Centro de Prevención del Delito y la Violencia de la Universidad de Uskudar, Estambul. Directora del Instituto de Ciencias Forenses de la Universidad de Estambul (1988 a 2010). Directora del Departamento de Estupefacientes y Toxicología del Ministerio de Justicia de Turquía (1980 a 1993). Ha actuado como perito ante tribunales civiles y penales (desde 1980).

Licenciada en Química (1972); maestría en Bioquímica (1976) y doctorado en Bioquímica (1979) por la Universidad de Estambul.

Profesora de bioquímica, criminalística e investigación en la escena del delito (desde 1982); supervisora de más de 50 tesis doctorales y de maestría en el campo de la bioquímica y las ciencias forenses. Autora de más de 130 monografías científicas sobre temas como el análisis de drogas, la química de las drogas, los mercados de drogas, los delitos relacionados con las drogas o provocados por las drogas, la prevención del uso indebido de drogas, la toxicología clínica y forense, la investigación en la escena del delito y el análisis del ácido desoxirribonucleico (ADN).

Becaria del Programa Hubert H. Humphrey en el Organismo de Información de los Estados Unidos (1995 y 1996); científica invitada, Facultad de Salud Pública, Departamento de Ciencias Forenses de la Universidad de California, Berkeley, y Centro de Investigación sobre el Uso Indebido de Drogas de la Universidad de California,

Los Ángeles; Departamento de Genética de la Universidad de Stanford; Departamento de Genética Humana de la Universidad de Emory; Instituto de Criminalística de California; Buró Federal de Investigaciones (FBI), Virginia; Laboratorios Forenses del Departamento del Sheriff de Los Ángeles (Estados Unidos); Oficina de la Policía Criminal Federal (BKA), Wiesbaden; Universidad Ludwig-Maximilian, Instituto de Bioquímica Física e Instituto de Medicina Legal de Múnich; Centro de Genética Humana de la Universidad de Bremen; Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Múnich (Alemania); Laboratorio de Drogas de las Naciones Unidas en Viena; Oficina Central de Investigación, Nueva Delhi.

Miembro de la comisión especial sobre la prevención del uso indebido de drogas de la Oficina del Primer Ministro (desde 2014 hasta la fecha). Fundadora y redactora jefe de *Turkish Journal of Legal Medicine* (1982 a 1993). Miembro del consejo científico de *International Criminal Justice Review*. Fundadora y presidenta de la Sociedad Turca de Ciencias Forenses; miembro honorario de la Academia Mediterránea de Ciencias Forenses. Miembro de la Sociedad Internacional de Toxicología Forense; la Asociación Indo-Pacífica de Derecho, Medicina y Ciencias; la Asociación Internacional de Toxicólogos Forenses; la Academia Estadounidense de Ciencias Forenses; la Sociedad Estadounidense de Directores de Laboratorios de Investigación Criminal y la Sociedad Estadounidense de Criminología.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2005 a 2010 y desde 2017)^a. Miembro (2006) y Presidenta (2017) del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas. Miembro del Comité

^a Elegida por el Consejo Económico y Social el 5 de abril de 2016.

Permanente de Previsiones (2007). Segunda Vicepresidenta y Presidenta del Comité Permanente de Previsiones (2006). Relatora (2007). Primera Vicepresidenta de la Junta (2008). Presidenta de la Junta (2009).

Cornelis de Joncheere

Nacido en 1954. Nacional de los Países Bajos. Ocupa actualmente los cargos de Presidente de la Plataforma Neerlandesa de Desarrollo de Antibióticos, Vicepresidente del Grupo Asesor de Expertos de Medicines Patent Pool en Ginebra y consultor de la OMS en políticas farmacéuticas.

Doctorado en Farmacia y maestría en Farmacia por la Universidad de Groningen y la Universidad de Ámsterdam (Países Bajos) (1975 a 1981); maestría en Administración de Empresas por la Universidad de San Diego (Estados Unidos de América)/San José (Costa Rica); licenciado en Farmacia por la Universidad de Groningen (Países Bajos), donde se graduó con honores (*cum laude*) (1972 a 1975).

Anteriormente ocupó los cargos de Director del Departamento de Medicamentos Esenciales y Productos Sanitarios de la OMS en Ginebra (2012 a 2016), donde trabajó en el ámbito del acceso a los medicamentos sometidos a fiscalización, y el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS; representante de la OMS en Kiev (Ucrania) (2011 y 2012); asesor regional de la OMS en materia de productos farmacéuticos y tecnología sanitaria, Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague (1996 a 2010); coordinador del Programa Nacional de Medicamentos Esenciales, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (Brasil) (1994 a 1996); farmacéutico, coordinador de proyectos sobre medicamentos esenciales, OPS/OMS (Costa Rica) (1988 a 1993); experto farmacéutico, OPS/OMS (Panamá) (1986 a 1988); experto en disponibilidad de productos farmacéuticos en el Yemen, Dirección de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores (Países Bajos) (1982 a 1985); farmacia hospitalaria y comunitaria en Ámsterdam (Países Bajos) (1981 y 1982).

Presidente de la Asociación del Personal de la OMS en Europa (2006 a 2010); miembro del Comité de Examen de las Directrices de la OMS (2007 a 2011); miembro de la Real Sociedad Neerlandesa de Farmacia y la Federación Internacional Farmacéutica; autor y coautor de numerosas publicaciones en el ámbito farmacéutico y de ciencias de la salud.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2017)^b. Relator (2017). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2017). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2017).

Wei Hao

Nacido en 1957. Nacional de China. Catedrático de Psiquiatría y Director Adjunto del Instituto de Salud Mental de la Universidad Central del Sur, Changsha (China). Director del Centro Colaborador de la OMS para Factores Psicosociales, Abuso de Sustancias y Salud. Ocupa actualmente los cargos de Presidente del Comité de Educación de la Sociedad de Asia y el Pacífico de Investigaciones sobre el Alcohol y las Adicciones y Presidente de la Asociación de Prevención y Tratamiento del Uso Indebido de Drogas de China y la Asociación China de Medicina de las Adicciones.

Licenciado en Medicina por la Universidad de Medicina de Anhui; maestría y doctorado en Psiquiatría por la Universidad de Medicina de Hunan.

Ocupó los siguientes cargos: científico del Departamento de Abuso de Sustancias de la OMS (Ginebra) (1999 a 2000); oficial médico del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, Región del Pacífico Occidental, y Presidente de la Asociación de Psiquiatras de China (2008 a 2011). Miembro del Comité Consultivo Científico sobre Reglamentación de los Productos de Tabaco de la OMS (2000 a 2004). Es miembro del Cuadro de Expertos en Farmacodependencia y Problemas de Alcoholismo de la OMS (desde 2006 hasta la fecha); y miembro del Grupo de Trabajo sobre la Clasificación del Uso Indebido de Sustancias para la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS (desde 2011 hasta la fecha).

Ha recibido becas de investigación de diversos órganos a nivel nacional (Ministerio de Salud, Ministerio de Ciencia y Tecnología, Fundación Nacional de Ciencias Naturales) y a nivel internacional (OMS, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas e Instituto Nacional de Abuso del Alcohol y Alcoholismo de los Estados Unidos de América). Coordinador de la serie de cursos prácticos de la OMS y China sobre comportamientos adictivos. Miembro del Comité de Expertos del proyecto nacional sobre los servicios de atención de la salud mental en las comunidades en China. Consultor para la elaboración, aplicación y

^b Elegido por el Consejo Económico y Social el 5 de abril de 2016.

evaluación de la ley de salud mental de China, así como para la elaboración de la ley y los reglamentos antidrogas de China.

Ha publicado más de 400 artículos académicos y 50 libros sobre el alcoholismo y la drogodependencia. Entre las últimas publicaciones aparecidas en revistas especializadas con revisión científica externa figuran las siguientes: “Longitudinal surveys of prevalence rates and use patterns of illicit drugs at selected high-prevalence areas in China from 1993 to 2000”, en *Addiction* (2004); “Drug policy in China: progress and challenges”, en *The Lancet* (2014); “Alcohol and the sustainable development goals”, en *The Lancet* (2016); “Transition of China’s drug policy: problems in practice”, en *Addiction* (2015); “Improving drug addiction treatment in China”, en *Addiction* (2007); “Stigmatization of people with drug dependence in China: a community-based study in Hunan province”, en *Drug and Alcohol Dependence* (2013); “Drinking and drinking patterns and health status in the general population of five areas of China”, en *Alcohol & Alcoholism* (2004).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2015). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2015 y 2016). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2015). Vicepresidente del Comité Permanente de Previsiones (2016). Primer Vicepresidente de la Junta (2017).

David T. Johnson

Nacido en 1954. Nacional de los Estados Unidos. Vicepresidente de Janus 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).

Examinador Adjunto del Fondo Nacional de la Oficina del Contralor de la Moneda del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos (1976 a 1977).

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. Nacional de la Federación de Rusia. Catedrática, Directora Adjunta del Centro Nacional de Investigación sobre Drogadicción (desde 2010).

Licenciada del Instituto de Pediatría de Leningrado (Federación de Rusia) (1976); doctora en Medicina (2001). Tesis basada en la investigación clínica y epidemiológica sobre nuevas formas de considerar la gestión del uso indebido de drogas en tiempos de cambio.

Ocupó anteriormente cargos de pediatra en el Hospital Central de Distrito de Gatchina, región de Leningrado, y médica en un internado (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 y 2001), Departamento de Tecnologías Sociales, Instituto Estatal de Servicios y Economía; profesora adjunta (1994 a 2000), catedrática asociada (2001 y 2002) y catedrática (2002 a 2008), Departamento de Investigación sobre Drogadicción, Academia Médica de Estudios de Posgrado de San Petersburgo; catedrática principal y jefa del 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: Asociación de Psiquiatras y Especialistas en Drogadicción de la Federación de Rusia y San Petersburgo, Sociedad Kettel Bruun para la Investigación Social y Epidemiológica del Alcoholismo, Consejo Internacional sobre el Problema del Alcoholismo y las Adicciones y 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 Sida, la Tuberculosis y el Paludismo (desde 2006).

Experta en la epidemiología de la drogadicción, Grupo Pompidou del Consejo de Europa (1994 a 2003); participación en el proyecto de la OMS sobre la cocaína (1993 y 1994) en calidad de investigadora principal, en el proyecto Ciudades Sanas de la OMS (1992 a 1998) en calidad de coordinadora principal en San Petersburgo, en el plan de acción mundial de la OMS para reducir el uso nocivo de alcohol, llevado a cabo sobre la base del centro municipal de tratamiento de San Petersburgo (1992 a 1998). Coinstructora, programas de la OMS “Ayudando a las personas a cambiar” (desde 1992) y “Habilidades para el cambio” (desde 1995); y asesora temporal de la OMS (1992 a 2008). Participante en reuniones de la Comisión de Estupefacientes (2002 a 2008).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2010 a 2015 y desde 2017)^c. Vicepresidenta del Comité Permanente de Previsiones (2011, 2012 y 2017). Primera Vicepresidenta de la Junta (2013).

Bernard Leroy

Nacido en 1948. Nacional de Francia. Fiscal General Adjunto Honorario y Director del Instituto Internacional de Investigaciones contra los Medicamentos Falsificados.

Licenciado en Derecho por la Universidad de Caen, el Instituto de Estudios Europeos de Saarbrücken (Alemania) y la Universidad de París X. Graduado de la Escuela Nacional de la Magistratura de Francia (1979).

Ocupó los cargos de Fiscal General Adjunto en el Tribunal de Apelación de Versalles (2010 a 2013). Asesor Jurídico Superior en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (1990 a 2010). Asesor encargado de asuntos internacionales, legislativos y jurídicos de la Coordinación Nacional sobre Drogas

de Francia (1988 a 1990). Juez de instrucción especializado en casos de drogas del Tribunal Superior de Évreux (1979 a 1988). Director del Programa de Asistencia Jurídica de la UNODC y coordinador del equipo descentralizado de expertos jurídicos, Bogotá, Tashkent y Bangkok (1990 a 2010). Jefe del equipo de asistencia jurídica encargado de ayudar al Gobierno del Afganistán en el proceso de redacción de la nueva ley de fiscalización de estupefacientes (2004). Coautor del estudio preparatorio para la ley de introducción de la pena de servicio comunitario como pena sustitutiva del encarcelamiento en Francia (1981). Cofundador de “Essonne Accueil”, organización no gubernamental que ofrece servicios de tratamiento a drogodependientes (1982). Miembro de la delegación de Francia en las negociaciones finales de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, de 1988. Presidente del grupo de estudio sobre el tráfico de cocaína en Europa del Consejo de Europa (1989). Autor del informe que dio origen al primer comité político europeo de coordinación de la lucha contra las drogas (1989). Presidente del equipo conjunto del Banco Mundial y la UNODC (Iniciativa para la Recuperación de Activos Robados (StAR)) que organizó el embargo preventivo y la ulterior recuperación en Suiza de activos robados por el antiguo dictador Jean-Claude Duvalier en Haití (2008).

Organizador del programa de aprendizaje continuo para combatir el tráfico de drogas y la adicción para miembros del poder judicial en Francia, Escuela Nacional de la Magistratura de Francia (1984 a 1994). Profesor de cursos para licenciados en Medicina de la especialidad de Psiquiatría del ámbito de los peritajes y la responsabilidad forenses, Facultad de Medicina, Universidad de París Sur (1983 a 1990). Profesor de trabajo social, Universidad de París XIII (1984 a 1988). Profesor encargado de impartir cursos de segundo año de la maestría de Seguridad y Derecho Internacional Público en la Universidad Jean Moulin de Lyon 3 (2005 a 2013).

Miembro de la Junta Ejecutiva de la sección internacional de la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales Especializados en Drogas (2006). Miembro externo de la Junta de Administración del Observatorio Francés de las Drogas y las Toxicomanías (2013). Miembro del comité del informe Reynaud (2013). Condecorado Caballero de la Orden Nacional de la Legión de Honor.

Algunas publicaciones destacadas: “Le travail au profit de la communauté, substitut aux courtes peines d'emprisonnement”, *Revue de science criminelle et de droit comparé*, núm. 1 (Sirey, 1983); *Drogues et drogués*, Escuela Nacional de la Magistratura, estudios e investigaciones (1983); *Étude comparative des législations et des pratiques*

^c Elegida por el Consejo Económico y Social el 5 de abril de 2016.

judiciaires européennes face à la drogue (Comisión de las Comunidades Europeas, 1991); *Ecstasy*, colección de estudios colectivos de expertos del INSERM (Editions Inserm, 1997); “The International Drug Control System”, en colaboración con Cherif Bassiouni y J. F. Thony, en *International Criminal Law: Sources, Subjects and Contents* (Martinus Nijhoff Publishers, 2007); *Routledge Handbook of Transnational Criminal Law*, Neil Boister y Robert Curie, coords. (Routledge, 2014).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2015). Relator (2015). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2016).

Raúl Martín del Campo Sánchez

Nacido en 1975. Nacional de México. Director General de la Comisión Nacional contra las Adicciones (desde mayo de 2013 hasta diciembre de 2016).

Licenciado en Psicología con mención de honor, Universidad Autónoma de Aguascalientes, 1998. Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, con residencia en Adicciones, 2002. Especialización en Drogodependencia y Situaciones de Crisis Conexas; Centro de Atención a las Farmacodependencias del Instituto de Salud del Estado de México, 2010.

Director de Coordinación de Programas Nacionales contra las Adicciones del Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y Drogas, Comisión Nacional contra las Adicciones (2012 y 2013); Director, Instituto Mexiquense contra las Adicciones (IMCA), Gobierno del Estado de México (2007 a 2011); jefe del Departamento de Monitoreo de Indicadores, Comisión Nacional contra las Adicciones (2003 a 2007); jefe de la Unidad de Psicología (tratamiento de toxicómanos), Centro del Programa de Atención de la Farmacodependencia del Ayuntamiento de Aguascalientes (1999 y 2000); terapeuta residente para consumidores de drogas y pacientes psiquiátricos, Centro de Atención para la Rehabilitación de Adicciones (CAPRA) y Centro de Neuropsiquiatría de Aguascalientes (1999 y 2000); voluntario para la prestación de servicios sociales y apoyo al equipo técnico, centros de integración juvenil, Aguascalientes (1997 a 2000).

Autor y coautor de numerosas publicaciones sobre prevención y tratamiento del uso indebido de drogas, estudios y temas conexos, y autor de contribuciones. Se incluyen entre ellas las siguientes: *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes* de 2014 (Instituto

Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), Comisión Nacional contra las Adicciones y Ministerio de Salud, México (2015)); *El uso médico del cannabis, ¿tiene sustento científico?* (Comisión Nacional contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, 2014); “El modelo de atención de los Centros Nueva Vida y su relación con los servicios de salud del primer nivel de atención” y “La atención de las adicciones basada en modelos para el Estado de México: los casos del estudio de los factores de riesgo y la prevención con el Chimalli”, en *Actualidades en adicciones 2012*, vol. II (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2012); “¿Es el alcohol una problemática aislada en los niños y adolescentes?” en *Actualidades en adicciones 2012*, vol. IV (Comisión Nacional contra las Adicciones, México, 2012); “Alcohol in primary care mental health clinics”, en *Alcohol use disorder* (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General, 2010); *Encuesta del Estado de México sobre consumo de alcohol, tabaco y drogas en estudiantes* (INPRFM, Instituto Mexiquense contra las Adicciones (IMCA), 2009).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2016)^d. Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2017).

Richard P. Mattick

Nacido en 1955. Nacional de Australia. Catedrático de Estudios sobre las Drogas y el Alcohol del Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol (Facultad de Medicina, Universidad de Nueva Gales del Sur); catedrático de Neurociencias (Universidad de Nueva Gales del Sur); investigador principal del Consejo Nacional de Investigaciones Médicas y de Salud del Gobierno de Australia (2013 a 2017), y psicólogo clínico colegiado.

Licenciado en Ciencias (Psicología) con matrícula de honor por la Universidad de Nueva Gales del Sur, 1982; maestría en Psicología (Clínica), Universidad de Nueva Gales del Sur (1989); doctor por la Universidad de Nueva Gales del Sur (1988); y certificado de Neuroanatomía, Anatomía, Universidad de Nueva Gales del Sur (1992).

Director de Investigaciones del Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol de Australia (1995 a 2001), y Director Ejecutivo del Centro Nacional de Investigaciones sobre las Drogas y el Alcohol de

^dElegido por el Consejo Económico y Social el 8 de diciembre de 2016.

Australia (Facultad de Medicina, Universidad de Nueva Gales del Sur) (2001 a 2009). Miembro del Comité Consultivo Nacional Australiano de Expertos en Drogas Ilícitas (2002 a 2004), del Grupo Consultivo Nacional Australiano de Expertos en Naltrexona de Liberación Sostenida (2002 a 2004), del Comité de Vigilancia del Centro de Inyección bajo Supervisión Médica de la Oficina del Gabinete del Gobierno de Nueva Gales del Sur (2003 a 2004), del Grupo de Trabajo sobre Sustancias que Potencian el Rendimiento y la Imagen del Consejo Ministerial Australiano sobre la Estrategia de Drogas (2003 a 2005), del Comité Consultivo de Expertos en Cannabis y Salud del Departamento de Salud y Envejecimiento del Gobierno de Australia (2005 a 2006), del Grupo Asesor de Expertos de Nueva Gales del Sur sobre Drogas y Alcohol del Ministerio de Salud de Nueva Gales del Sur (2004 a 2013), del Consejo Nacional Australiano sobre Drogas (como asesor del Primer Ministro) (2004 a 2010), del Grupo de la OMS y la UNODC de Elaboración de Directrices Técnicas sobre Farmacoterapia de la Dependencia de Opioides (2004 a 2008) y de la Alianza Australiana de Investigaciones para la Infancia y la Juventud (2005 a 2015).

Ha sido miembro del comité de redacción y el comité ejecutivo de la publicación *Drug and Alcohol Review* (1994 a 2005), así como Director Adjunto (1995 a 2000) y Director Ejecutivo (2000 a 2005). Editor adjunto de la revista especializada internacional con revisión científica externa *Addiction* (1995 a 2005). Editor del Grupo Cochrane de Examen sobre las Drogas y el Alcohol (1998 a 2003). Autor de más de 300 libros, capítulos en volúmenes publicados sobre uso indebido de sustancias, adicción y tratamiento, y artículos sobre esos temas en revistas académicas con revisión científica externa. Figuran entre las últimas publicaciones los artículos siguientes: “Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence”, “Young adult sequelae of adolescent cannabis use” y “The Pain and Opioids IN Treatment study: characteristics of a cohort using opioids to manage chronic non-cancer pain”.

Obtuvo becas académicas y de investigación de las siguientes entidades: Departamento de Salud del Gobierno de Australia, Departamento de Salud del Gobierno de Nueva Gales del Sur, Fondo Nacional Australiano de Investigaciones sobre la Lucha contra las Drogas, Fundación de Educación sobre el Alcohol y la Rehabilitación, UNODC, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos, Consejo de Investigaciones Australiano, y Consejo Nacional de Investigaciones Médicas y de Salud del Gobierno de Australia.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2015). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2015 y 2016).

Luis Alberto Otárola Peñaranda

Nacido en 1967. Nacional del Perú. Abogado. Título de posgrado en Políticas Públicas y Gestión Pública de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Presidente Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (2014 a 2016). Presidente de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA (desde noviembre de 2015 hasta septiembre de 2016). Ministro de Defensa (2012), Viceministro del Interior (2011), Viceministro de Defensa (2003), Agente del Estado peruano ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2001), Catedrático de Derecho Constitucional y Derechos Humanos.

Autor o coautor de las siguientes publicaciones: *Compendio sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Desarrollo Alternativo* (2015); *La Constitución Explicada* (2011); *La Constitución de 1993: Estudio y Reforma a Quince Años de su Vigencia* (2009); *Modernización Democrática de las Fuerzas Armadas* (2002); *Parlamento y Ciudadanía* (2001); *La Constitución de 1993: Análisis Comparado* (1999).

Orden al Mérito por Servicios Distinguidos en el Grado de Gran Cruz (condecoración concedida por el Presidente Constitucional de la República). También ha recibido la Orden de Ayacucho (máxima distinción otorgada por el Ejército del Perú).

Ponente en la reunión de trabajo “Respondiendo al desafío de la dinámica de las drogas”, Agencia Alemana de Cooperación Internacional, Londres (2015); ponente sobre desarrollo alternativo ante el Consejo Económico y Social, Nueva York (2015); jefe de la delegación del Perú en la séptima Reunión de la Comisión Mixta Peruano-Colombiana en materia de Drogas (2014); jefe de la delegación del Perú en la 24ª Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas, América Latina y el Caribe (2014); ponente en el segundo Seminario Latinoamericano sobre la Democracia y la Corrupción, Montevideo (2014); jefe de la delegación del Perú en la octava Reunión de la Comisión Mixta Peruano-Brasileña en materia de Drogas (2014); ponente en el Seminario Iberoamericano sobre Juventud y Gobernabilidad Democrática, Cartagena de Indias (Colombia) (2012); ponente en el Seminario Iberoamericano sobre Juventud, Violencia y Cultura de Paz, Antigua (Guatemala) (2009).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2017)^e. Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2017).

Jagjit Pavadia

Nacido en 1954. Nacional de la India. Licenciado en Filología Inglesa con honores (1974), Universidad de Dhaka, licenciado en Derecho por la Universidad de Delhi (1988), maestría en Administración Pública por el Instituto Indio de Administración Pública (1996). Tesis de maestría sobre el decomiso de bienes con arreglo a la Ley de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1985.

Ocupó varios altos cargos administrativos en el Ministerio de Hacienda de la India y prestó servicios durante 35 años en el Gobierno de la India, entre los que cabe destacar: Comisario de Estupefacientes de la India, Oficina Central de Estupefacientes (2006 a 2012); Comisario de Asuntos Jurídicos (2001 a 2005); Oficial Jefe de Vigilancia de la empresa Power Finance Corporation (1996 a 2001); Asesor de Formación del Servicio de Aduanas de Maldivas, adscrito por la Secretaría del Commonwealth (1994 a 1995); Director Adjunto de la Junta de Fiscalización de Estupefacientes (1990 a 1994); jubilado en 2014, cuando ocupaba el cargo de Comisario Jefe del Servicio de Aduanas, Impuestos Especiales e Impuestos sobre los Servicios de Nagpur.

Se le otorgó el Certificado de Reconocimiento Presidencial por su Expediente de Servicio Especialmente Distinguido con ocasión del Día de la República (2005), honor publicado en *Gazette of India Extraordinary*.

Miembro de la delegación de la India ante la Comisión de Estupefacientes (Viena) (2007 a 2012); presentó las resoluciones 51/15 (2008) y 53/12 (2010), aprobadas por la Comisión de Estupefacientes, y organizó un acto paralelo del período de sesiones de la Comisión (2011), en el que presentó una ponencia sobre cuestiones relacionadas con el traslado ilegal de semillas de adormidera a países productores, importadores y exportadores. En su calidad de representante de la autoridad nacional competente, participó en las reuniones del grupo de tareas del Proyecto Prisma y el Proyecto Cohesión (2006 a 2012), y coordinó y organizó la reunión del Proyecto Prisma y el Proyecto Cohesión celebrada en Nueva Delhi en 2008. Participó en la Reunión de Jefes de los Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de

Drogas (HONLEA), Asia y el Pacífico, celebrada en Bangkok en 2006, y organizó la Reunión de HONLEA, Asia y el Pacífico, celebrada en Agra (India) en 2011. Miembro del grupo asesor de expertos de la JIFE sobre la clasificación de sustancias (2006) y miembro del grupo asesor que dio forma definitiva a la publicación de la JIFE *Directrices para la Elaboración de un Código de Práctica Voluntario Destinado a la Industria Química* (2008). Relator del 41º período de sesiones de la Subcomisión sobre Tráfico Ilícito de Drogas y Asuntos Conexos en el Cercano Oriente y el Oriente Medio, celebrado en Ammán en 2006; Presidente del 42º período de sesiones de la Subcomisión celebrado en Agra (India) en 2007; organizó la reunión del Grupo de Trabajo de Expertos sobre Precursores de la Iniciativa del Pacto de París, celebrada en Nueva Delhi en 2011 y participó en las Conferencias Internacionales para el Control de Estupefacientes acogidas por la Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos y celebradas en Estambul (2008) y Cancún (México) (2011).

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2015). Segundo Vicepresidente y Presidente del Comité Permanente de Previsiones (2015 y 2017). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (desde 2016). Primer Vicepresidente de la Junta (2016).

Viroj Sumyai

Nacido en 1953. 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. Período de prácticas en epidemiología de los estupefacientes en la Universidad St. George de Londres en 1989. Doctorado en Políticas y Administración Sanitarias (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 *Drug-ging Drinks: Handbook for Predatory Drugs Prevention and Déjà vu: A Complete Handbook for Clandestine Chemistry, Pharmacology and Epidemiology of LSD*. Colaborador

^eElegido por el Consejo Económico y Social el 5 de abril de 2016.

habitual de 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 (2010 a 2016) y Presidente (2012, 2014 y 2016) del Comité Permanente de Previsiones. Presidente del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2011 y 2013). Segundo Vicepresidente de la Junta (2012, 2014 y 2016). Presidente de la Junta (2017).

Francisco E. Thoumi

Nacido en 1943. Nacional de Colombia y los Estados Unidos. Licenciatura y doctorado en Ciencias Económicas. Miembro de Número de la Academia Colombiana de Ciencias Económicas y Académico Correspondiente de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas (España).

Ha sido profesor visitante Tinker en la Universidad de Texas, catedrático de la Universidad del Rosario y la Universidad de los Andes (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 tres libros y coautor de otro sobre las drogas ilícitas en Colombia y la región andina. Ha coordinado tres volúmenes y escrito más de 70 artículos para revistas académicas y capítulos de libros sobre esos temas. También ha sido autor de un libro, ha compartido la autoría de otros dos y ha publicado 50 artículos y capítulos de libros sobre cuestiones de desarrollo económico, industrialización y comercio internacional antes de concentrarse en cuestiones relacionadas con las drogas.

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 de Cuestiones Financieras y Administrativas (2014 y 2015). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2013, 2016 y 2017).

Jallal Toufiq

Nacido en 1963. Nacional de Marruecos. Jefe del Centro Nacional de Prevención, Tratamiento e Investigación de las Adicciones; Director del Observatorio Nacional de Drogas y Adicciones de Marruecos; Director del Hospital Psiquiátrico Universitario Ar-razi y catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Rabat.

Licenciado en Medicina por la Facultad de Medicina de Rabat (1989); diploma de especialización en Psiquiatría (1994); y profesor de la Facultad de Medicina de Rabat (desde 1995). Realizó cursos de formación especializada en París, en el Hospital Psiquiátrico Sainte-Anne y el Centro Marmottan (1990 y 1991); como becario de investigación y observador clínico del Instituto Nacional sobre el Uso Indebido de Drogas en la Universidad Johns Hopkins (1994 a 1995). Realizó investigaciones en la Universidad de Pittsburgh (1995) y obtuvo certificados de investigación clínica sobre drogas en la Escuela de Investigación Clínica de Viena (2001 y 2002).

Ocupa actualmente en Marruecos los cargos de jefe del Programa de Reducción de Daños del Centro Nacional de Prevención, Tratamiento e Investigación de las Adicciones; coordinador de estudios y formación de residentes en el Hospital Ar-razi; director de programa del Diploma Nacional de Tratamiento y Prevención de la Drogodependencia de la Facultad de Medicina de Rabat; director de programa del Diploma Nacional de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina de Rabat, y miembro de la Comisión sobre Abuso de Drogas del Ministerio de Salud.

A nivel internacional, es representante de Marruecos en la Red Mediterránea (MedNET) (MedNET, Grupo Pompidou y Consejo de Europa); antiguo corresponsal permanente de Marruecos en el Grupo Pompidou del Consejo de Europa sobre prevención e investigación del abuso de drogas y antiguo miembro del Grupo de

Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección. Miembro fundador y miembro del comité directivo de la Asociación de Reducción de Daños de Oriente Medio y África Septentrional (MENAHRRA); Director del Centro de Conocimientos Ar-razi para África Septentrional de la Asociación MENAHRRA; miembro de la Red Consultiva Científica de Mentor International (prevención del uso indebido de drogas en los jóvenes); antiguo coordinador y experto en prevención de la Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito de las Naciones Unidas (red local para África septentrional); miembro fundador de MedNET (grupo asesor de políticas en materia de sida y uso indebido de drogas) del Consejo de Europa y miembro del Grupo de Referencia

de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas por Inyección.

Ha desempeñado funciones de consultoría en la Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS, en la UNODC y en otras instituciones internacionales, en comités de becas de investigación y en el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos. Autor de numerosas publicaciones en el campo de la psiquiatría y el abuso del alcohol y las drogas.

Miembro de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (desde 2015). Miembro del Comité Permanente de Previsiones (2015). Miembro del Comité de Cuestiones Financieras y Administrativas (2016).

Información sobre la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) es un órgano de fiscalización independiente y cuasijudicial, establecido por un tratado, que se encarga 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 tres miembros con experiencia en medicina, farmacología o farmacia de una lista de candidatos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y 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 INTERPOL y la OMA.

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 provisiones de las necesidades de estupefacientes y un sistema de presentación voluntaria de provisiones 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 INTERPOL y la OMA, 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

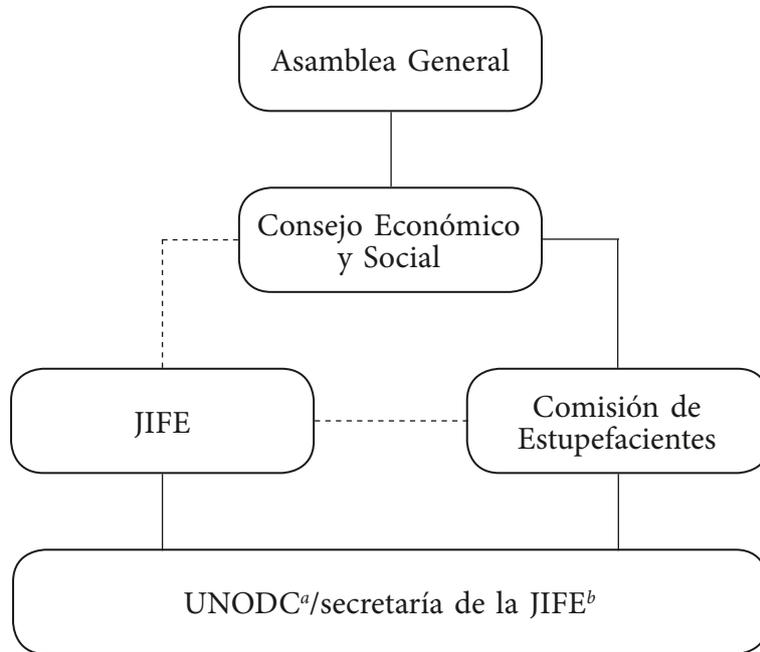
de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, incluida la prevención de su desviación hacia canales ilícitos. Además, en virtud de lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención de 1988, la JIFE informa anualmente a la Comisión de Estupefacientes sobre la aplicación de ese artículo. Ese informe, en el que se comunican 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 siguientes temas:

- 1992: Legalización del uso de drogas con fines no médicos
- 1993: La importancia de la reducción de la demanda
- 1994: La evaluación de la eficacia de los tratados de fiscalización internacional de drogas
- 1995: Mayor prioridad a la lucha contra el blanqueo de dinero
- 1996: El uso indebido de drogas y el sistema de justicia penal
- 1997: La prevención del uso indebido de drogas en un entorno de promoción de las drogas ilícitas
- 1998: La fiscalización internacional de drogas: el pasado, el presente y el futuro
- 1999: El alivio del dolor y el sufrimiento
- 2000: Consumo excesivo de drogas sometidas a fiscalización internacional
- 2001: La mundialización y las nuevas tecnologías: problemas que plantean a los servicios de lucha contra las drogas en el siglo XXI
- 2002: Las drogas ilícitas y el desarrollo económico
- 2003: Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocial

- 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
- 2014: Aplicación de un enfoque amplio, integral y equilibrado de la lucha contra el problema mundial de las drogas
- 2015: La salud y el bienestar de la humanidad: dificultades y oportunidades para la fiscalización internacional de drogas
- 2016: Las mujeres y las drogas
- El capítulo I del informe de la JIFE correspondiente a 2017 se titula “Tratamiento, rehabilitación y reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas: componentes esenciales de la reducción de la demanda de 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 el órgano independiente de vigilancia de la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas de las Naciones Unidas. Fue establecida en 1968 con arreglo a lo dispuesto en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Sus predecesores, establecidos en virtud de anteriores tratados de fiscalización de drogas, se remontan a la época de la Sociedad de las Naciones.

Sobre la base de sus actividades, la JIFE publica un informe anual que se presenta al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas por conducto de la Comisión de Estupefacientes. El informe contiene un estudio amplio de la situación de la fiscalización de drogas en diversas partes del mundo. Al ser un órgano imparcial, la JIFE trata de detectar y prevenir tendencias peligrosas y sugiere las medidas que sería necesario adoptar.