

WHO/EDM/QSM/2000.4
ORIGINAL: INGLÉS
DISTRIBUCIÓN: GENERAL
(Versión revisada)

ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS
SICOTRÓPICAS

LOGRANDO
EQUILIBRIO EN LAS
POLÍTICAS
NACIONALES DE
FISCALIZACIÓN DE
OPIOIDES



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La traducción al castellano ha sido realizada por la Organización Panamericana de la Salud, a través del Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnologías y el Programa de Enfermedades No Transmisibles.

© Organización Mundial de la Salud 2001

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se reserva todos los derechos sobre este documento. La presente edición no es una publicación oficial de la OMS y se puede comentar, resumir, reproducir o traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta o para utilizarla a la vez con fines comerciales.

Las opiniones expresadas en los documentos por autores cuyo nombre se menciona son de la responsabilidad exclusiva de estos.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
SECCIÓN I PROPÓSITO Y AUDIENCIA.....	2
SECCIÓN II ALIVIO INADECUADO DEL DOLOR.....	3
SECCIÓN III NECESIDAD MÉDICA DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES	4
SECCIÓN IV DISPONIBILIDAD INADECUADA DE LOS OPIOIDES	5
SECCIÓN V IMPEDIMENTOS A LA DISPONIBILIDAD DE LOS OPIOIDES.....	6
SECCIÓN VI NECESIDAD DE EVALUAR LAS POLÍTICAS NACIONALES DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES	9
SECCIÓN VII MÉTODO PARA FORMULAR LAS GUÍAS.....	11
SECCIÓN VIII USO DE LAS GUÍAS	12
SECCIÓN IX GUÍAS.....	13
SECCIÓN X LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN	24
AGRADECIMIENTOS	27
REFERENCIAS	28
ANEXO 1 TÉRMINOS EMPLEADOS EN ESTA PUBLICACIÓN.....	30
ANEXO2 INFORMACIÓN PARA SOLICITAR FUENTES ESENCIALES DE CONSULTA	32
ANEXO 3 RESUMEN DE LAS GUÍAS	34
ANEXO 4 CONSUMO MUNDIAL DE LOS PRINCIPALES ESTUPEFACIENTES.....	35

RESUMEN EJECUTIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el manejo inadecuado del dolor causado por el cáncer es un grave problema de salud pública en el mundo. Cada año se registran mundialmente 10 millones de casos nuevos de cáncer y 6 millones de defunciones por esta enfermedad no transmisible (1). En veinte años, se duplicará la carga mundial del cáncer. Su incidencia, que actualmente es más alta en los países desarrollados, se desplazará a los países en desarrollo como consecuencia de mejores estrategias de prevención en el mundo desarrollado. El Programa de la OMS de Lucha contra el Cáncer ha estimado que en el año 2020 aproximadamente 70% de los 20 millones de casos de cáncer nuevos anuales surgirá en los países en desarrollo (1), donde la enfermedad se diagnostica en etapas avanzadas en casi todos los pacientes. El dolor es prevalente en el cáncer, pero especialmente en las últimas fases, cerca del final de la vida.

Es una tragedia que no se suele tratar el dolor causado por el cáncer y cuando éste es tratado, el alivio no es suficiente. No obstante, la OMS ha demostrado que en la mayoría de los casos sino es en todos, este dolor *podría* aliviarse si se aplican los conocimientos médicos y terapéuticos *actuales*. Hay una brecha en materia de tratamiento: la diferencia entre lo que puede hacerse y lo que se hace para luchar contra los dolores por cáncer. Esta brecha puede reducirse educando y capacitando a los trabajadores sanitarios, y ampliando el acceso al tratamiento y los cuidados paliativos. Sin embargo, especialmente en los países en desarrollo, la disponibilidad y el uso inadecuados de los analgésicos, en particular los opioides, son los que definen gran parte de la brecha en el tratamiento.

Aunque hay muchos medicamentos y tratamientos no medicamentosos que alivian el dolor, los analgésicos opioides, como la codeína y la morfina, son *absolutamente indispensables* para el manejo del dolor por cáncer. Cuando se necesita tratar el dolor de moderado a severo, no hay mejor opioide que la morfina. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes (JIFE)¹, organismo internacional que vigila, entre otras cosas, la disponibilidad mundial de los estupeficientes, recalca que estos medicamentos deben estar disponibles para aliviar el dolor.

Los opioides se clasifican como estupeficientes por su potencial de abuso. Por lo tanto, se reglamentan mediante tratados internacionales y políticas nacionales de fiscalización de drogas. La JIFE, la OMS y los gobiernos nacionales informan que la disponibilidad de opioides no es suficiente para fines médicos por varias razones, entre ellas, la poca importancia que atribuyen los sistemas asistenciales al alivio del dolor, el temor sumamente exagerado a la adicción, las políticas nacionales de fiscalización de medicamentos excesivamente represivas y los problemas en la adquisición, fabricación y distribución de los opioides.

En algunos países, los gobiernos y los profesionales de la salud han estado colaborando para hacer más eficaz el alivio del dolor y los cuidados paliativos en el cáncer; algunos han empezado a detectar y a corregir el control reglamentario excesivamente restrictivo del uso médico de los analgésicos opioides. No obstante, otros países todavía no han resuelto este asunto. Los gobiernos pueden utilizar estas guías para determinar si sus políticas nacionales de fiscalización de drogas han establecido el marco legal y administrativo que asegure la disponibilidad de los analgésicos opioides para fines médicos, en conformidad con los tratados internacionales y las recomendaciones de la JIFE y la OMS.

¹ La Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes es un órgano independiente establecido en virtud de la Convención Única sobre Estupeficientes de 1961, con la función de vigilar la aplicación de la Convención Única y los tratados afines. Para obtener la descripción de la Junta y sus actividades, consúltese: JIFE, 1999 (2).

Según el informe de la JIFE correspondiente a 1995 (3):

“...un régimen nacional eficaz de fiscalización de drogas debe comprender no sólo un programa para prevenir el tráfico ilícito y la desviación, sino también un programa para asegurar la disponibilidad adecuada de estupefacientes para fines médicos y científicos” (p.14).

SECCIÓN I

PROPÓSITO Y AUDIENCIA

El propósito de estas guías para la autoevaluación es alentar a los gobiernos a que logren un manejo más eficaz del dolor reconociendo y superando las barreras reglamentarias a la disponibilidad de opioides.² Estas guías también se pueden usar para elaborar, donde no existan, políticas nacionales (que incluyen las estatales, provinciales o de autoridades territoriales, cuando corresponda) equilibradas de fiscalización de drogas (el anexo 1 contiene la definición de “políticas nacionales”). El “equilibrio” se refiere a la finalidad dual de evitar el tráfico y la desviación ilegales de drogas, asegurando al mismo tiempo su disponibilidad para fines médicos y científicos, en particular para aliviar el dolor y el sufrimiento (consúltese el análisis en la sección VII).

Este documento está dirigido a quienes formulan y aplican las políticas nacionales de fiscalización de drogas. También lo pueden usar los profesionales de la salud y sus organizaciones para promover la cooperación con los gobiernos y facilitar la educación continua.

El documento cumple sus propósitos en varias formas:

- I. se proporcionan los antecedentes del problema mundial del alivio inadecuado del dolor por cáncer (sección II);
- II. se provee información acerca de las razones de la necesidad de opioides (por ejemplo, los narcóticos y opiáceos³) para el tratamiento médico del dolor (sección III);
- III. se suministra información acerca de la disponibilidad inadecuada de los analgésicos opioides en la mayor parte de los países (sección IV);
- IV. se dan las razones de la disponibilidad inadecuada, haciendo referencia concretamente, a la reglamentación excesivamente represiva de las drogas para aliviar el dolor que imponen ciertas políticas nacionales de fiscalización de drogas (sección V);
- V. se ofrece una justificación para que los gobiernos evalúen las políticas nacionales para establecer un equilibrio (sección VI);

² Hay tres clases de barreras al manejo adecuado del dolor: económicas, médicas y normativas. Aunque estas guías se centran exclusivamente en los asuntos reglamentarios, se entiende que las barreras económicas y médicas desempeñan funciones primordiales en el tratamiento inadecuado del dolor. Por ejemplo, en algunos países, por razones económicas, se incita a los profesionales de la salud a usar medicamentos más costosos y menos eficaces. Esto puede hacer aún más inadecuada la disponibilidad para el sistema asistencial en general y para el paciente. En algunos países, se gastan recursos médicos escasos en tratamientos curativos costosos e inefectivos para pacientes en la fase terminal del cáncer (4). Tales políticas excluyen la prestación de cuidados paliativos. Por último, la educación médica que excluye el tratamiento del dolor contribuye al manejo inadecuado del mismo.

³ El anexo 1 contiene la explicación de “opiáceos” y “opioides,” y de otros términos básicos que se emplean en esta publicación.

- VI. se describe el método que se usó para formular las guías para la autoevaluación (sección VII);
- VII. se presentan las guías con objeto de lograr el consenso con respecto a la adopción de una política nacional de fiscalización de drogas equilibrada, basadas en el consenso internacional médico y reglamentario de que se deben equilibrar las políticas nacionales de fiscalización de drogas (sección IX);
- VIII. se proporciona una lista de verificación de las preguntas para guiar la autoevaluación (sección X);
- IX. se proporciona información de referencia;
- X. se proporciona en el anexo 2 información para solicitar fuentes esenciales de consulta; y
- XI. se informa que se puede obtener un directorio de las oficinas de gobierno encargadas de la reglamentación de estupefacientes (Autoridades Nacionales Competentes) a través de la JIFE en la dirección siguiente:

Internet: <http://www.incb.org>

teléfono +43-1-26060-4277, telefax +43-1-26060-5867/5868

SECCIÓN II

ALIVIO INADECUADO DEL DOLOR

El dolor es prevalente en las personas que padecen cáncer. Estos enfermos necesitan medidas de alivio del dolor en todas las fases de la enfermedad. Más de las dos terceras partes de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor, a menudo intenso (5), por lo que el alivio de éste pasa a ser parte de su tratamiento general. En los casos avanzados, el alivio del dolor y de otros síntomas debe constituir el objetivo primario de los programas nacionales de lucha contra el cáncer.

En 1996, el Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo en el Cáncer (5) declaró:

“En casi todo el mundo, la mayoría de los pacientes de cáncer presentan la enfermedad en una fase avanzada. Para ellos, la única posibilidad razonable de tratamiento es el alivio del dolor y los cuidados paliativos” (p. v).

Según las encuestas, más de 50% de los pacientes con cáncer padecen dolores no tratados (6). La falta de tratamiento del dolor puede deteriorar la vida entera de una persona: el apetito, el estado de ánimo, la autoestima, las relaciones interpersonales y hasta la capacidad de moverse. En algunos países, se ha informado que el dolor no tratado puede llevar a desear morir y a averiguar acerca de la eutanasia y el suicidio asistido. Se ha demostrado que el alivio del dolor mejora la calidad de vida.

SECCIÓN III

NECESIDAD MÉDICA DE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES

En 1986, los participantes en la Reunión de la OMS sobre el Manejo Integral del Dolor por cáncer (6) declararon que:

“En los pacientes con dolor intenso, la morfina —un opioide fuerte— es el medicamento de elección” (p. 18).

En 1986, la OMS anunció al mundo que casi todos, si no todos, los dolores por cáncer se podían aliviar si se aplicaban los últimos conocimientos médicos (6). Se puede luchar contra el dolor por cáncer por distintos medios, sean medicamentos o no, incluidos los analgésicos opioides. Sin embargo, la morfina y los opioides del mismo grupo terapéutico solo se consideran esenciales cuando el dolor es moderado o severo (4, 5, 6). Por lo tanto, se ha alentado a los profesionales de la salud a que usen la escalera analgésica de tres peldaños, de utilidad comprobada (véase la definición en el anexo 1), que fue elaborada por la OMS como un método eficaz para tratar el dolor.

El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el Cáncer (4) declaró en 1990 que:

“Librarse del dolor se debe considerar un derecho de los pacientes con cáncer y el acceso al tratamiento del dolor, una medida de respeto a este derecho” (p. 10).

El alivio del dolor severo por cáncer depende de la disponibilidad y el uso de los opioides del grupo terapéutico de la morfina. Estos opioides no tienen un “techo analgésico” (es decir, la característica farmacológica de un medicamento que evita que una dosis más alta tenga acción analgésica adicional). Se pueden administrar sin riesgo en dosis crecientes hasta que se alivie el dolor, siempre y cuando se toleren los efectos secundarios (5). No hay dosis estandarizadas de estos opioides; la dosis correcta es la que alivia el dolor y se determina en función de las necesidades del paciente.⁴

La morfina y por lo menos uno o más de los otros analgésicos opioides, además de otros medicamentos que se usan para combatir el dolor y tratar los síntomas, deben estar disponibles en cantidades suficientes cuando los pacientes los necesitan y en los lugares donde ellos viven (4).

En 1986, los participantes en la Reunión de la OMS sobre el Manejo Integral del Dolor por cáncer (6) declararon:

“De los 22 medicamentos que se emplean comúnmente para aliviar los dolores por cáncer, ocho están amparados por la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y uno por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971...” (p. 27).

El Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales (7) desde hace muchos años designó la morfina, la codeína y otros opioides como “medicamentos esenciales”, que se definen como:

“aquellos que satisfacen las necesidades de atención sanitaria de la mayor parte de la población; por consiguiente, deben estar disponibles en todo momento en cantidades suficientes y en las formas farmacéuticas apropiadas...” (p. 2).

⁴ Para obtener información clínica acerca de la selección y el uso de analgésicos, consúltese: OMS, 1996 (5).

El consumo mundial total de morfina aumentó sustancialmente con la adopción por algunos gobiernos nacionales y profesionales de la salud del método analgésico de la OMS para aliviar el dolor por cáncer. Sin embargo, la mayor parte del aumento del consumo de morfina se registró en pocos países desarrollados, los cuales representan una proporción pequeña de la población mundial (3). Recientemente, el consumo de morfina ha empezado a aumentar en otros países, incluso en varios países en desarrollo. Las estadísticas de la JIFE para el período de 1990 a 1997 revelan aumentos considerables en países desarrollados y en desarrollo, aunque en otros países el consumo ha permanecido estable o hasta ha disminuido. Casi todos los países emplean muy poca morfina.

En el anexo 4 se presentan datos sobre el consumo promedio quinquenal de una gama más amplia de opioides en dosis diaria definida por millón de habitantes (véase la definición en el anexo 1). El anexo 4 también permite comparar el consumo de varios opioides dentro del territorio de un país y entre países. En muchos de ellos, el consumo sigue siendo sumamente bajo en comparación con la necesidad médica, un déficit importante que muchos gobiernos nacionales tendrán que solucionar (3).

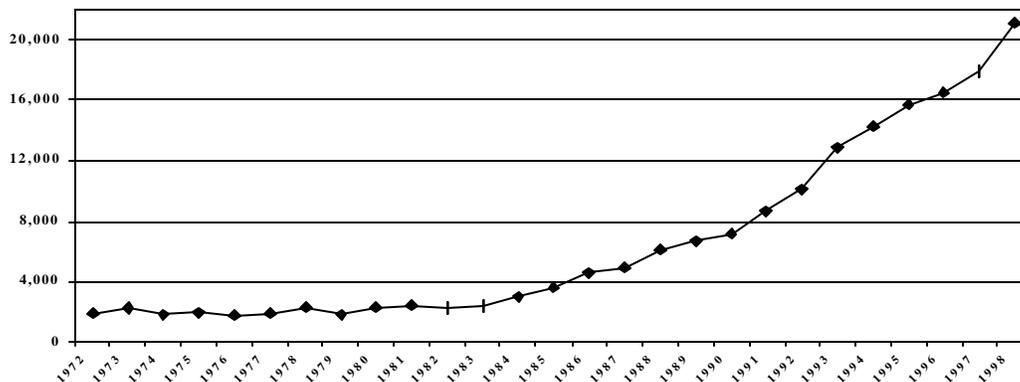
SECCIÓN IV

DISPONIBILIDAD INADECUADA DE LOS OPIOIDES

En la mayor parte de los países no hay morfina ni otros opioides del grupo terapéutico de la morfina, y si los hay, se obtienen solo en cantidades o lugares limitados, o bien están disponibles, pero se subutilizan (4). La publicación en 1986 de la escalera analgésica de tres peldaños, el método analgésico de la OMS para el alivio de los dolores por cáncer, contribuyó al aumento del consumo de la morfina en todo el mundo. Antes de los años ochenta, el consumo de morfina se

Consumo mundial de morfina 1972-1998

Kilogramos



Fuente: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

mantuvo bajo y estable (véase la definición en el anexo 1 y consúltese la figura más abajo).

En 1993, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (8) reconoció:

“...que había una gran necesidad de asegurar, al tratar de reducir el uso no médico de los medicamentos psicoactivos terapéuticos, de no privar a los pacientes con necesidades médicas legítimas del tratamiento con cantidades adecuadas de los medicamentos apropiados. Se ha comprobado que la demanda médica de opioides no se atiende debidamente, sobre todo en lo que respecta al alivio del dolor por cáncer, que puede exigir dosis altas de los opioides para conseguir el alivio óptimo del dolor” (p. 20).

Según la encuesta de los gobiernos que efectuó en 1995 la JIFE (3), las formas inyectables de morfina son más fáciles de conseguir que las que se administran por vía oral recomendadas por la OMS. Aunque 60% de los gobiernos encuestados habían apoyado el método analgésico de la OMS, aproximadamente la mitad de los gobiernos que respondieron a la encuesta informaron que no había morfina en los hospitales con programas de lucha contra el cáncer. El éxito de la aplicación del método analgésico de la OMS se ha visto limitado por la falta de analgésicos opioides; su éxito futuro dependerá del empeño de los gobiernos en detectar y solucionar los impedimentos en sus sistemas asistenciales y normativos.

SECCIÓN V

IMPEDIMENTOS A LA DISPONIBILIDAD DE LOS OPIOIDES

La JIFE y la OMS han subrayado que el dolor no se trata debidamente y han llegado a la conclusión de que esto se debe, en parte, a las leyes y reglamentaciones excesivamente restrictivas que impiden la disponibilidad y el uso médico adecuado de los opioides (3, 4, 5, 9, 10, 11).⁵

Desde 1986, los participantes en la Reunión de la OMS sobre el Manejo Integral del Dolor por cáncer (6) habían reconocido la necesidad de actualizar los sistemas nacionales de reglamentación farmacéutica para atender las necesidades médicas cambiantes:

“Los sistemas que reglamentan la distribución y prescripción de los medicamentos opioides se establecieron antes de reconocer la utilidad de los opioides administrados por vía oral para el tratamiento de los dolores por cáncer. Estos sistemas se establecieron para prevenir el uso social indebido de los opioides fuertes; no había ninguna intención de impedir el uso de los opioides para aliviar el dolor por cáncer” (p. 27).

En 1986, la Reunión (6) aclaró más los objetivos de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, en adelante denominada “la Convención de 1961”, (véase el anexo 1) y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971:

*“...El principal objeto de estas dos convenciones es detener el comercio y el uso de los medicamentos controlados, **salvo para fines médicos y científicos. Las convenciones no pretenden ser un impedimento al uso de los medicamentos necesarios para aliviar el dolor por cáncer.** Por consiguiente, es importante que, al cumplir con las convenciones, las leyes*

⁵ Para conocer el análisis de los impedimentos al alivio del dolor por cáncer, los cuidados paliativos y la disponibilidad de opioides, véase: OMS, 1990 (4); 1996 (5).

nacionales no impidan, al mismo tiempo, el uso de estos medicamentos para los enfermos de cáncer. Ciertos países han ido más allá de las medidas de control mínimas establecidas en las convenciones. Algunos han establecido controles estrictos, especialmente en relación con la prescripción y distribución de medicamentos (Subrayado nuestro)” (p. 27).

En 1989, la JIFE (9) hizo hincapié en la reacción exagerada de algunos gobiernos al problema del abuso de estupefacientes:

“...la reacción de algunos legisladores y administradores al temor de la aparición o propagación del abuso de estupefacientes ha conducido a la promulgación de leyes y reglamentaciones que pueden, en algunos casos, frenar excesivamente la disponibilidad de los opiáceos. El problema también puede plantearse como resultado de la manera en la cual se interpretan o aplican las leyes y las reglamentaciones sobre el control de medicamentos” (p. 1).

“...los legisladores a veces promulgan leyes que no solo tratan el tráfico ilícito mismo, sino también influyen en algunos aspectos del comercio y el uso lícito, sin haber evaluado primero adecuadamente las repercusiones de las nuevas leyes sobre tal actividad lícita. La preocupación exagerada por la posibilidad del abuso también puede conducir a la adopción de reglamentaciones excesivamente restrictivas que tienen el efecto práctico de reducir la disponibilidad para fines lícitos” (p. 15).

En efecto, tradicionalmente se ha desalentado el uso a largo plazo de los opioides para mitigar el dolor como consecuencia del riesgo percibido de “farmacodependencia”. La separación de las percepciones y los mitos frente a la realidad precisa de un uso exacto de los términos.

Las confusiones semánticas pueden disuadir a médicos y pacientes de usar los opioides aun cuando exista una justificación médica determinante para su uso. Es posible que surjan dos confusiones interrelacionadas, pero diferentes, entre: i) el “abuso” (o “uso indebido”) y el uso médico a largo plazo, y ii) la “adicción” y la “dependencia”.

En cuanto a la primera confusión, el principal objetivo de la Convención de 1961 es evitar el abuso de los estupefacientes, garantizando al mismo tiempo su disponibilidad para usos médicos. Por lo tanto, es muy importante distinguir claramente entre el abuso y el uso médico de los estupefacientes.

La Convención de 1961 no define los términos “uso indebido” ni “abuso”. Sin embargo, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (19) define “abuso” como sigue:

“uso excesivo persistente o esporádico de medicamentos inconsistente con el ejercicio aceptable de la medicina o que no guarda relación con el mismo” (p. 6).

A partir de esta definición, es obvio que el uso médico de los medicamentos, sea a largo plazo o no y al margen de si se presentan reacciones adversas a los mismos (incluida la “farmacodependencia”), no constituye “abuso de drogas”.

La confusión entre “adicción” y “dependencia” es más difícil de aclarar puesto que la OMS ya no utiliza el término “adicción”. Por ende, no hay ninguna definición oficial de la OMS de “adicción” que se pueda comparar con “dependencia”.⁶

⁶ A fin de comprender la diferencia entre “adicción” y “farmacodependencia”, es preciso hacer un repaso breve de la historia de la evolución del concepto de farmacodependencia. Durante los años sesenta, el Comité de

La definición actual de “dependencia”⁷ del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (8) es:

“Un cuadro de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognoscitivos de intensidad variable, en el cual el uso de un medicamento (o de medicamentos) psicoactivo(s) adquiere una alta prioridad. Las características descriptivas necesarias son la preocupación por el deseo de obtener y consumir el fármaco y el comportamiento persistente de búsqueda del mismo. Los factores determinantes y las consecuencias problemáticas de la farmacodependencia pueden ser biológicos, psicológicos o sociales, y suelen interactuar” (p. 5)

El concepto central de la definición de la OMS de “farmacodependencia” exige la presencia de un deseo imperioso o una sensación de compulsión de consumir el fármaco.

Las guías clínicas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión décima* (CIE-10) para el diagnóstico definitivo de la “farmacodependencia”, formuladas por la OMS, exigen la presencia o el padecimiento de tres o más de las siguientes seis características típicas (21):

- (a) *deseo imperioso o sensación de compulsión de consumir la sustancia;*
- (b) *dificultades para controlar el comportamiento de consumir la sustancia con respecto a su inicio, terminación o niveles de uso;*
- (c) *estado de privación fisiológica que se produce cuando cesa o se reduce el uso de la sustancia, como lo evidencia: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el uso de la misma sustancia (o una estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia;*
- (d) *tolerancia comprobada, de tal suerte que se necesitan dosis más altas de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por las dosis bajas;*
- (e) *descuido progresivo de otras actividades placenteras o intereses como consecuencia del uso de sustancias psicoactivas, más tiempo dedicado a obtener o consumir la sustancia, o más tiempo necesario para recuperarse de los efectos de la sustancia;*
- (f) *persistencia del uso de sustancias a pesar de evidencia clara de las consecuencias obviamente perjudiciales, como el daño al hígado por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos como consecuencia de períodos de uso intensivo de sustancias, o deterioro del funcionamiento cognoscitivo relacionado con drogas; se deberá intentar determinar que el usuario efectivamente, o previsiblemente, era consciente del carácter y grado del daño (p. 75-76).*

Expertos de la OMS sobre Medicamentos que Producen Adicción (20) se empeñó en tratar de aclarar la diferencia entre la “adicción” y el “hábito”, para luego abandonar este proyecto y proponer en cambio el uso del término “farmacodependencia”. En opinión de algunos expertos, esto llevó al malentendido de que el significado del nuevo término “dependencia” sería el mismo de “adicción” o “hábito”, o la combinación de ambos. Este no era el caso. Según recalca ese Comité de Expertos, el término “dependencia” no tenía ninguna connotación de grado de riesgo a la salud pública. Esta era la diferencia principal con el término adicción, que sí tenía tal connotación.

⁷ El mismo Comité de Expertos (8) también hizo una recomendación en contra de intentar distinguir entre “dependencia física” y “dependencia psíquica”, porque consideró que los efectos en conjunto de los fármacos en el individuo son comprensibles desde el punto de vista biológico. (porque todos los efectos del medicamento sobre el individuo están comprendidos en el termino “biológicos”). Además, el Comité observó que la “dependencia física” había estado confundiendo a algunos clínicos porque la manifestación del síndrome de abstinencia (véase la definición en el anexo 1) se interpretaba como confirmación de la “dependencia física” y la “farmacodependencia”.

Es evidente que un paciente con cáncer que requiere dosis cada vez más altas de un opioide para aliviar el dolor (véase la definición de “tolerancia” en el anexo 1), que también presenta síntomas de privación (véase la definición de “síndrome de abstinencia” en el anexo 1) al interrumpir el medicamento, reúne solo dos de las tres condiciones necesarias para un diagnóstico positivo de síndrome de dependencia. Por lo tanto, el paciente no es dependiente de los opioides a menos que además reúna una de las otras cuatro condiciones citadas más arriba (a, b, e o f).

El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el Cáncer (5) señala que la “farmacodependencia” rara vez se presenta en pacientes con cáncer:

“Algunos estudios han revelado que, si bien el síndrome de abstinencia y la tolerancia se presentan en los pacientes que toman opioides durante un período largo, la fármaco dependencia es sumamente rara. En consecuencia, el riesgo de la fármaco dependencia no debe ser un factor determinante de si se deben usar opioides para tratar los dolores por cáncer del paciente”(p. 58).

Los reportes de reacciones adversas a los medicamentos provenientes del Centro Colaborador de la OMS para la Vigilancia Farmacológica Internacional, en Uppsala, Suecia, apoyan esta observación. En el marco del Programa de la OMS para la Vigilancia Farmacológica Internacional, la “farmacodependencia” se define como una de las reacciones adversas a los medicamentos que los centros nacionales de vigilancia participantes vigilan y notifican al Centro Colaborador. En 1999, 56 países participaban en este programa internacional. La base de datos contiene más de dos millones de informes de casos de reacciones adversas a los medicamentos. La lista de medicamentos sobre los cuales alguna vez se ha notificado a este sistema indica que solo un número moderado de casos de farmacodependencia ha sido asociado con el uso de analgésicos opioides, y que se ha notificado “farmacodependencia” a muchos otros medicamentos, controlados y no controlados (22).

SECCIÓN VI

NECESIDAD DE EVALUAR LAS POLÍTICAS NACIONALES DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES

Tanto la JIFE como la OMS han exhortado a los gobiernos a que evalúen sus sistemas de atención sanitaria, sus leyes y reglamentaciones, y a que identifiquen y eliminen los impedimentos a la disponibilidad de opioides para fines médicos (3, 4, 5, 9, 10, 11). Si bien se concede la misma importancia a la evaluación de las políticas nacionales de fiscalización de drogas con respecto a su capacidad para prevenir el tráfico, la desviación y el abuso de las sustancias controladas, se dispone de información y orientación para tal evaluación (12).

Un informe de la JIFE de 1995 (3) comentaba sobre la magnitud de la desviación de los estupefacientes:

“...El sistema internacional para prevenir la desviación de estupefacientes está funcionando de manera satisfactoria. El número de incidentes de desviación de estupefacientes es pequeño, teniendo en cuenta el gran número de transacciones que se realizan a nivel internacional y nacional.” (p. 1).

Por consiguiente, el único objetivo de estas guías es la evaluación de las políticas nacionales de fiscalización de estupefacientes que afectan la disponibilidad de opioides.

En 1989, la JIFE (9) afirmó:

“Uno de los objetivos de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y de dicha Convención enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 es asegurar la disponibilidad de opiáceos, como la codeína y la morfina, indispensables para aliviar el dolor y el sufrimiento, reduciendo a la vez al mínimo las posibilidades de su uso indebido o de desviación” (p. 3).

En 1989, la JIFE (9) examinó las razones de la disponibilidad insuficiente de opioides, en cooperación con la OMS, y pidió a los gobiernos del mundo:

“...examinar la medida en que sus sistemas de sanidad, sus leyes y reglamentos permiten usar opiáceos con fines médicos, detectar los posibles obstáculos a este uso y elaborar planes de acción para facilitar el suministro y la disponibilidad de opiáceos para todas las indicaciones apropiadas;” (p. 18).

En 1990, el Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de el Cáncer (4) recomendó que los gobiernos nacionales proporcionaran los medios para realizar un:

“...examen regular [de las leyes], con la intención de autorizar que se importen, fabriquen, prescriban, almacenen, dispensen y administren opioides por razones médicas,—[y] un examen de la fiscalización del uso de opioides, con miras a su simplificación, a fin de que los medicamentos estén disponibles en las cantidades necesarias para su uso legítimo...”(p. 65-66).

En 1995, la JIFE (3) encuestó a los gobiernos⁸ para determinar si habían respondido a la recomendación de 1989 de la Junta. Las respuestas a la encuesta se analizaron y publicaron junto con las conclusiones y recomendaciones, entre las que incluyen:

“Los gobiernos que no lo hubieran hecho deben determinar si en las leyes, los reglamentos o las políticas administrativas nacionales sobre estupefacientes hay limitaciones indebidas que obstaculizan la emisión de recetas o la administración del tratamiento médico con estupefacientes que necesitan los pacientes, o la disponibilidad y distribución de estas sustancias para esos fines, y deben introducir los ajustes necesarios” (p. 15).

“La Junta observa que la mayoría de los gobiernos del mundo no respondieron a su cuestionario; por esta razón, la Junta carece de información suficiente sobre aproximadamente la mitad de la población del mundo. Entre los gobiernos que no respondieron figuran la mayoría de los países en desarrollo y de los países menos adelantados, así como los gobiernos que con frecuencia no habían presentado estimaciones anuales de necesidades de estupefacientes de conformidad con la Convención de 1961. La Junta sabe que los países menos adelantados tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades básicas de atención de la salud. No obstante, la Junta alienta a los gobiernos de esos países a que procuren examinar sus necesidades médicas de estupefacientes así como los obstáculos a su disponibilidad” (p. 14).

⁸ Sesenta y cinco gobiernos respondieron a tiempo para ser considerados en el informe de la JIFE correspondiente a 1995, publicado en 1996. Desde entonces, han respondido otros 57 países. El análisis de las 122 encuestas indica que los problemas de disponibilidad de los opioides son aún más graves de lo que se pensaba basándose en la respuesta inicial (a publicarse en el informe anual de la JIFE de 1999).

“La Junta llega a la conclusión de que las recomendaciones contenidas en su informe especial de 1989 distan mucho de haber sido aplicadas y que, si bien algunos gobiernos han hecho esfuerzos por asegurar la disponibilidad de estupefacientes con fines médicos y científicos, parece que muchos otros todavía no han prestado atención a esa obligación” (p. 14).

SECCIÓN VII

MÉTODO PARA FORMULAR LAS GUÍAS

El informe de la JIFE de 1995 (3) afirmaba:

“La disponibilidad de estupefacientes depende de la política nacional, que debe estar en consonancia con las convenciones internacionales sobre estupefacientes” (p. 6).

La validez de las guías que se usan en el análisis de las políticas depende de su confianza y pertinencia a las políticas que se estén evaluando (13, 14). Estas guías se formularon después de que se examinaron y analizaron⁹ fuentes fidedignas en materia de política internacional de fiscalización de drogas. Dichas fuentes son las convenciones; las recomendaciones de los organismos de las Naciones Unidas que vigilan la aplicación de las convenciones; y los resultados y recomendaciones de los expertos de la OMS en los campos del abuso de sustancias y políticas médicas y científicas sobre el uso de analgésicos opioides para el alivio del dolor. El “equilibrio”, el principio central de las guías, se desprende directamente de las obligaciones de tratados suscritos por los gobiernos nacionales, según se define en la Convención de 1961.

El principio central del “equilibrio” pretende orientar la formulación y la aplicación de las políticas internacionales y nacionales de fiscalización de drogas. Proporciona una base pertinente y creíble para la evaluación de políticas nacionales de fiscalización de drogas, y se resume en la figura 2.

Figura 2 **El principio central del “equilibrio”**

El principio central del “equilibrio” representa una dualidad de obligaciones para los gobiernos: establecer un sistema de fiscalización a fin de prevenir el abuso, el tráfico y la desviación de los estupefacientes y asegurar, al mismo tiempo, su disponibilidad médica. Aunque los analgésicos opioides son medicamentos controlados, también son medicamentos esenciales absolutamente indispensables para el tratamiento del dolor. Los pacientes que necesitan opioides para aliviar el dolor, incluidos los del grupo terapéutico de la morfina, deben tener acceso a ellos. Los gobiernos deben adoptar medidas para asegurar la disponibilidad adecuada de opioides para fines médicos y científicos. Estos pasos incluyen autorizar a los médicos a proveer opioides en el ejercicio de su profesión, permitiéndoles prescribirlos, dispensarlos y administrarlos según las necesidades médicas de cada paciente, asegurando existencias de opioides en cantidades suficientes para atender la demanda médica.

Cuando se emplean indebidamente, los opioides representan una amenaza para la sociedad; se necesita un sistema de fiscalización para prevenir el abuso, el tráfico y la desviación, pero la finalidad del sistema de fiscalización no es disminuir la utilidad terapéutica de los opioides ni interferir en sus usos médicos legítimos y en la asistencia al enfermo. Por consiguiente, se ha pedido a los gobiernos que detecten y eliminen los impedimentos a la disponibilidad y al uso médico de los analgésicos opioides.

La dualidad de fines, de prevenir el abuso y asegurar la disponibilidad, podría plantear la disyuntiva de cómo equilibrar lo que al parecer constituye un conflicto de intereses. Este problema se aclara al reconocer que al luchar contra el abuso no debe interferir con asegurar la disponibilidad de opioides para fines médicos y científicos.

⁹ El Centro Colaborador de la OMS para Políticas y Comunicaciones en Cancerología, del Grupo de Estudios sobre el Dolor y las Políticas (PPSG) de la Universidad de Wisconsin, que pertenece al Centro de Cancerología Integral, en Madison, Wisconsin, EUA, realizó el examen. Para obtener más información sobre el uso de analgésicos opioides para el alivio del dolor, véase el sitio en la Web del PPSG: <http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy>.

El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo del Cáncer (5) declaró en 1996:

“La Convención Única reconoce que cada gobierno tiene derecho a imponer medidas más restrictivas, si las considera necesarias para impedir la desviación de opioides hacia usos indebidos. Sin embargo, tendrá presente en todo momento que habrá de equilibrar este derecho con la obligación de asegurar la disponibilidad opioide para fines médicos...A la hora de decidir sobre el nivel apropiado de reglamentación, los gobiernos deberán tener en cuenta la dualidad de fines de la Convención Única” (p. 56).

SECCIÓN VIII

USO DE LAS GUÍAS

Las presentes guías se destinan a los gobiernos y también a los profesionales de la salud. Las guías sirven: 1) como medio educativo para informar a los interesados acerca de la relación entre las políticas nacionales de fiscalización de drogas y la disponibilidad de analgésicos opioides para el alivio del dolor; 2) como herramienta para la evaluación de políticas; y 3) como base para formular nuevas políticas o mejorar las que estén en vigor.

Para fines educativos, las guías pueden distribuirse a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales correspondientes, especialmente a las personas y a los grupos interesados en la fiscalización de las drogas y en el progreso en el alivio del dolor y los cuidados paliativos en el cáncer.

La necesidad de evaluar las políticas es obvia, a diferencia de la manera de hacerlo. A continuación figuran los pasos que se recomiendan a los gobiernos.

- I. Designar a una persona o a un comité que incluya a la autoridad nacional competente y a los profesionales sanitarios para que estudie las guías. Es posible que los gobiernos deseen organizar una reunión o un taller especial para los encargados de la reglamentación y la prestación de servicios asistenciales con objeto de que examinen la autoevaluación y llenen la lista de verificación;
- II. Obtener más información de materiales de los recursos esenciales (véase el anexo 2);
- III. Obtener ejemplares actualizados de las políticas nacionales de fiscalización de drogas para estudiarlas;¹⁰
- IV. Usar la lista de verificación para la autoevaluación que contiene la sección X para evaluar las políticas;
- V. Establecer un diálogo con los encargados de formular las políticas para introducir los cambios necesarios.

¹⁰ Véase el índice de leyes y reglamentaciones nacionales sobre estupefacientes y sustancias sicotrópicas en: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, 1994 (15).

SECCIÓN IX

GUÍAS

Esta sección contiene las guías y proporciona más documentación y orientación de fuentes oficiales. Seis guías se relacionan con las leyes y las reglamentaciones nacionales; diez guías se relacionan con las políticas administrativas, directivas y prácticas que rigen la aplicación de las leyes y las regulaciones nacionales. En la medida de lo posible, se emplearon los resultados de la encuesta de la JIFE de 1995 (3) para describir lo que se sabe acerca del estado de las políticas de los gobiernos en materia de guías. La lista de verificación para la autoevaluación que figura en la sección X sirve de guía práctica para realizar la evaluación, (el anexo 3 contiene un resumen de las guías).

Guía 1: Los gobiernos examinarán sus políticas de fiscalización de drogas en busca de disposiciones excesivamente restrictivas que puedan repercutir en el tratamiento del dolor que presta su sistema asistencial, y adoptarán las medidas correctivas necesarias.

En 1989, la JIFE (9) declaró que los gobiernos deberán:

“...examinar la medida en que sus sistemas de sanidad, sus leyes y reglamentos permiten usar opiáceos con fines médicos, detectar los posibles obstáculos a este uso y elaborar planes de acción para facilitar el suministro y la disponibilidad de opiáceos para todas las indicaciones apropiadas;” (p. 18).

En 1995, una encuesta de la JIFE (3) reveló que 57% de los gobiernos que respondieron habían examinado sus sistemas asistenciales, sus leyes y reglamentaciones en busca de impedimentos al uso de opiáceos para fines médicos.

En respuesta a este resultado, la JIFE (3) recomendó en su informe de 1995:

“Los gobiernos que no lo hubieran hecho deben determinar si en las leyes, los reglamentos o las políticas administrativas nacionales sobre estupefacientes hay limitaciones indebidas que obstaculizan la emisión de recetas o la administración del tratamiento médico con estupefacientes que necesitan los pacientes, o la disponibilidad y distribución de estas sustancias para esos fines, y deben introducir los ajustes necesarios” (p. 15).

La JIFE (3) reconoció claramente las limitaciones de recursos a las que se enfrentan algunos países cuando declaró, en 1995, que:

“...los países menos adelantados tienen más dificultades para satisfacer sus necesidades básicas de atención de la salud. No obstante, la Junta alienta a los gobiernos de esos países a que procuren examinar sus necesidades médicas de estupefacientes así como los obstáculos a su disponibilidad, comuniquen a la Junta los resultados de esas actividades y se dirijan a la Junta si necesitan asistencia” (p. 14).

Guía 2: Las políticas nacionales de fiscalización de drogas reconocerán que los opioides son absolutamente indispensables para la atención médica, en particular para aliviar el dolor y el sufrimiento.

Según el informe de la JIFE correspondiente a 1995 (3), 48% de los gobiernos que contestaron informaron que sus leyes reconocen que los estupefacientes son imprescindibles para aliviar el dolor y el sufrimiento.

El Preámbulo a la Convención de 1961 (16) reconoce que:

“...el uso médico de los estupefacientes continúa siendo indispensable para aliviar el dolor y el sufrimiento...”

En su informe de 1995, la JIFE (3) afirmó que:

“Los gobiernos deben determinar si sus leyes nacionales sobre estupefacientes contienen elementos de la Convención de 1961 y del Protocolo de 1972 que tengan en cuenta que los usos médicos de los estupefacientes siguen siendo indispensables para tratar el dolor y el sufrimiento...”(p. 16).

Guía 3: Las políticas nacionales de fiscalización de drogas reconocerán la obligación de los gobiernos de asegurar la disponibilidad adecuada de opioides para atender las necesidades médicas y científicas.

Según el informe de la JIFE de 1995 (3), 63% de los gobiernos que contestaron informaron que tenían alguna disposición en la que se reconoce la obligación del gobierno nacional de asegurar la disponibilidad de los estupefacientes para fines médicos.

El artículo 4 de la Convención de 1961 (16) declara que:

“las Partes [los gobiernos nacionales] adoptarán todas las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias...para limitar exclusivamente la producción, la fabricación ...la distribución ...y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos”

Asimismo, en el informe de 1995, la JIFE (3) recomendó:

“Los gobiernos deben determinar si sus leyes nacionales sobre estupefacientes contienen elementos de la Convención de 1961 y del Protocolo de 1972 que tengan en cuenta que se debe velar por la disponibilidad de estupefacientes para tales fines...”(p. 16).

Guía 4: Los gobiernos designarán a una autoridad que asegure la disponibilidad adecuada de opioides para la atención médica.

La JIFE (3) recomendó en 1995 que:

“Los gobiernos...tendrán en cuenta...el hecho que habrán de adoptar las medidas adecuadas para asegurar la disponibilidad de estupefacientes para tales fines...[y] asegurar que se haya determinado la responsabilidad administrativa y que se disponga de personal para hacer cumplir dichas leyes” (p. 16).

Guía 5: Los gobiernos establecerán, usando la información de fuentes pertinentes, un método práctico para prever de manera realista las necesidades médicas y científicas de opioides.

En 1995, la encuesta de la JIFE (3) indicó que 59% de los gobiernos que respondieron no habían examinado críticamente sus métodos para evaluar las necesidades médicas de opiáceos.

En 1995, el informe de la JIFE (3) recomendó que:

“Los gobiernos y la Junta necesitan contar con información exacta sobre las necesidades de estupefacientes con fines médicos. En el caso de estupefacientes que son opiáceos, es sumamente importante estimar con precisión todas las necesidades médicas ya que la

Junta debe adoptar disposiciones con mucha antelación a fin de que se cultive una cantidad suficiente de plantas de adormidera. Al adoptar estas decisiones, la Junta tiene en cuenta diversos factores, incluidas las tendencias de consumo más recientes, las estimaciones de los gobiernos sobre las necesidades futuras con fines médicos, las tendencias en los problemas de la salud que pueden influir en la cantidad que se necesitará en el futuro, así como las medidas previstas por los gobiernos y otras entidades para resolver de la mejor manera posible estos problemas” (p. 1).

“Los gobiernos deben establecer un sistema para recopilar información de servicios médicos que prestan servicios de cirugía y oncológicos y atienden a otros pacientes, de organizaciones dedicadas a mejorar el uso racional de los estupefacientes y de los fabricantes, distribuidores, exportadores e importadores, y deben establecer grupos de individuos con los conocimientos adecuados para prestar asistencia en la obtención de información sobre las cambiantes necesidades médicas” (p. 15-16).

El párrafo 4 del artículo 19 de la Convención de 1961 (16) estipula:

“Las Partes comunicarán a la Junta el método empleado para determinar las cantidades que figuren en las previsiones y cualquier modificación introducida en dicho método”.

Los participantes en la Reunión de la OMS sobre el Manejo Integral del Dolor por Cáncer (6), en 1986, sugirieron:

“Los gobiernos deberán alentar al personal sanitario a que informe a las autoridades correspondientes de cualquier oportunidad en la cual no se disponga de opioides administrados por vía oral para pacientes con cáncer que los necesiten” (p. 36).

Guía 6: Los gobiernos notificarán a la JIFE las previsiones anuales de la cantidad de estupefacientes necesaria para fines médicos y científicos para el año siguiente.

El párrafo 1 del artículo 19 de la Convención de 1961 (16) afirma:

“Las Partes facilitarán anualmente a la Junta, respecto de cada uno de sus territorios, del modo y en la forma que ella establezca y en formularios proporcionados por ella, sus previsiones sobre las cuestiones siguientes: a) la cantidad de estupefacientes que será consumida para fines médicos y científicos; b) la cantidad de estupefacientes que será utilizada para fabricar otros estupefacientes, preparados de la Lista III, y sustancias a las que no se aplica esta Convención; c) las existencias al 31 de diciembre del año a que se refieren las previsiones;...”

El párrafo 3 del artículo 12 de la Convención de 1961 (16) declara:

“Si un Estado no suministra las previsiones respecto de alguno de sus territorios en la fecha fijada, la Junta las establecerá en la medida de lo posible. La Junta establecerá dichas previsiones, en colaboración con el gobierno interesado, siempre que esto sea factible.”

El informe de la JIFE de 1995 (3) recomendaba que:

“Los gobiernos presenten anualmente a la Junta las previsiones oficiales de las necesidades de estupefacientes para el año siguiente...En 1989, la Junta pidió a los gobiernos que examinaran de forma crítica sus métodos para evaluar las necesidades nacionales con fines médicos y que hicieran los cambios necesarios para garantizar que las estimaciones futuras reflejaran con exactitud las necesidades con fines médicos ...Si las tendencias de consumo de estupefacientes han sido estables en el pasado, las necesidades

futuras se pueden estimar haciendo un promedio de las cantidades consumidas en los últimos años y agregando un margen para aumentos imprevistos. Si la demanda con fines médicos de uno o más estupefacientes aumenta en respuesta a necesidades no satisfechas, el método de estimación debe tener en cuenta la magnitud de esas necesidades no satisfechas y los efectos potenciales sobre la demanda futura de las actividades realizadas para mejorar el uso racional de los estupefacientes” (p. 8-9).

*“Para cumplir con esas responsabilidades, los gobiernos promulgan leyes y adoptan medidas administrativas e instrumentos para hacer cumplir la ley. Cada gobierno estima anualmente la cantidad de estupefacientes ** que necesitará para satisfacer todas las necesidades médicas y científicas del país en el año siguiente. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes evalúa, confirma y publica para cada gobierno la cantidad de esas sustancias. Cada gobierno puede entonces fabricar o importar estupefacientes dentro de los límites de esa cantidad y distribuirlos a los servicios médicos para el tratamiento de pacientes” (p. 1).*

Al evaluar sus previsiones anuales de opioides, los gobiernos deben tener en cuenta las tendencias del consumo en el pasado y estimar la demanda futura aumentando sus previsiones, para cubrir suficientemente sus necesidades reales como lo ha sugerido la JIFE . La JIFE (3) recomienda que esos gobiernos aumenten sus previsiones de las necesidades de estupefacientes año tras año para dar cabida a la posibilidad de que su consumo se eleve, posiblemente como consecuencia de la educación y la concientización. En los países o los territorios con un desarrollo económico y social acelerado, o donde el consumo presente es bajo por un manejo inadecuado del dolor, o donde se acaban de ampliar los programas de alivio del dolor, cabe prever que los aumentos posteriores de las previsiones anuales sean relativamente más altos que en otros países:

“Los gobiernos deben añadir a sus estimaciones anuales de necesidades de estupefacientes un margen del 10% para prever la posibilidad de un mayor consumo ...y, de ser necesario, deben añadir un margen aún mayor aquellos países o territorios que experimenten un rápido desarrollo económico y social” (p. 16).

Guía 7: Los gobiernos suministrarán a la JIFE una previsión suplementaria si les parece que la disponibilidad de los estupefacientes es insuficiente para atender las necesidades médicas o para atender las necesidades de urgencia o una demanda médica excepcional.

En 1995, una encuesta de la JIFE (3) indicó que 60% de los gobiernos encuestados habían presentado a la Junta previsiones suplementarias por aumentos imprevistos en las necesidades médicas. Cuando suministren una previsión suplementaria, los gobiernos siempre deberán incluir una explicación de las circunstancias que justifiquen el aumento. Aunque las previsiones suplementarias no deben convertirse en una práctica común, se recomienda que la autoridad competente sea quien las suministre y las envíe por telefax a la Junta para que ésta actúe rápidamente al atender dichas solicitudes.

En 1998, el Comité de Expertos de la OMS sobre el Uso de Medicamentos Esenciales (7) declaró:

“Después de la recomendación del Comité en su reunión anterior, apoyada posteriormente por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la Comisión de las

** El término "estupefacientes" es un término jurídico que se refiere a todas las sustancias comprendidas en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 520, No. 7515) y el Protocolo de 1972 de modificación de esa Convención, incluidos los opiáceos y también la cocaína y sustancias sintéticas como la petidina y el fentanil.

Naciones Unidas de Estupefacientes llegó al consenso internacional en 1996 con respecto a la aplicación de medidas de fiscalización simplificadas para autorizar el uso de la morfina en situaciones de urgencia. Basándose en este consenso, la OMS ha formulado guías modelo para los procedimientos simplificados de fiscalización y los ha distribuido a los organismos nacionales de reglamentación de medicamentos” (p. 57).

En 1995, la JIFE (3) declaró:

“Si se producen incrementos imprevistos de la demanda para fines médicos, los gobiernos pueden presentar estimaciones suplementarias a la Junta en cualquier momento. Estas peticiones de estimaciones suplementarias se tramitan en forma expedita” (p. 1).

“Si la demanda con fines médicos excede las estimaciones, los gobiernos pueden presentar en cualquier momento estimaciones suplementarias, que la Junta examina y confirma sin demoras. En los últimos años ha aumentado significativamente el número de estimaciones suplementarias” (p. 8).

El párrafo 5 del artículo 12 de la Convención Única de 1961 (16) estipula:

“La Junta, con miras a limitar el uso y la distribución de estupefacientes a la cantidad adecuada necesaria para fines médicos y científicos y a asegurar su disponibilidad para tales fines, confirmará lo más rápidamente posible las previsiones, incluso las suplementarias, o podrá modificarlas con el consentimiento del gobierno interesado.”

El párrafo 4 (b) del artículo 21 de la Convención de 1961 (16) afirma que:

“...Las Partes no autorizarán durante el año ninguna nueva exportación del estupefaciente en cuestión al país o territorio de que se trate, salvo: i) si dicho país o territorio envía una nueva previsión que corresponda al aumento de sus importaciones y a la cantidad suplementaria que necesite; o ii) en casos excepcionales, cuando, a juicio del gobierno del país exportador, la exportación sea indispensable para el tratamiento de los enfermos.”

Guía 8: Los gobiernos suministrarán a la JIFE informes estadísticos anuales sobre la producción, la fabricación, el comercio, la utilización y las existencias de estupefacientes.

El párrafo 1 del artículo 20 de la Convención de 1961 (16) declara:

“Las Partes suministrarán a la Junta, respecto de cada uno de sus territorios, del modo y en la forma en que ella establezca y en formularios proporcionados por ella, datos estadísticos sobre las cuestiones siguientes: a) producción y fabricación de estupefacientes; b) uso de estupefacientes para la fabricación de otros estupefacientes, de las preparaciones de la Lista III y de sustancias a las que no se aplica esta Convención, así como de la paja de adormidera para la fabricación de estupefacientes; c) consumo de estupefacientes; d) importaciones y exportaciones de estupefacientes y de paja de adormidera; e) decomiso de estupefacientes y destino que se les da; f) existencias de estupefacientes al 31 de diciembre del año al que se refieren las estadísticas; y g) superficie determinable de cultivo de la adormidera.”

Guía 9: Los gobiernos entablarán el diálogo con los profesionales sanitarios acerca de los requisitos legales para prescribir y dispensar estupefacientes.

En 1995, una encuesta de la JIFE (3) acerca de los impedimentos a la disponibilidad de opioides reveló que el temor de los profesionales sanitarios a las sanciones legales era un impedimento

importante. Específicamente, la reticencia a prescribir o a mantener existencias de opiáceos se atribuyó a las preocupaciones en torno a las sanciones legales. Este impedimento fue el tercero en frecuencia (47% de las respuestas).

En 1989, la JIFE (9) recomendó:

“Los profesionales de la salud...deberán ser capaces de...[suministrar opiáceos]...sin el temor innecesario a las sanciones por violaciones involuntarias,...[incluidas]...las acciones judiciales por violaciones técnicas de la ley..., [que]...pueden tender a restringir la prescripción o la distribución de opiáceos” (p. 16).

El informe de la JIFE (3) sugirió asimismo, en 1995:

“Los gobiernos deben comunicar a los profesionales de la salud los requisitos legales para la prescripción y despacho de estupefacientes y deben ofrecer una oportunidad para discutir cuestiones de preocupación mutua” (p. 16).

En 1990, el Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo en el Cáncer (4) reconoció que:

“Es posible que el personal sanitario se muestre renuente a prescribir, almacenar o dispensar opioides si piensa que existe la posibilidad de que su licencia profesional sea suspendida o revocada por las autoridades del gobierno en los casos en que suministre grandes cantidades de opioides a una sola persona, aun cuando se pueda comprobar la necesidad médica de tales medicamentos” (p. 39).

Luego, en 1996, el Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en el Cáncer (5) declaró:

“Es evidente que los requisitos reglamentarios que han de reunir los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos para dispensar opioides a pacientes serán distintos de un país a otro. Sin embargo, a la hora de establecer un sistema práctico se pueden seguir los siguientes criterios generales:

Autorización legal: Los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos han de estar autorizados legalmente para prescribir, dispensar y administrar opioides a los enfermos, de acuerdo con las necesidades locales.

Responsabilización: Ese personal dispensará los opioides para fines médicos únicamente y asumirá la responsabilidad legal si los dispensa para otros fines. Deberá llevarse un registro apropiado. Si se exige a los médicos que lleven otros registros además de los que se relacionan con la práctica profesional debida, el trabajo suplementario que ello entraña deberá ser realizado sin que dificulte la acción asistencial. Los hospitales y los farmacéuticos asumirán la responsabilidad legal por el almacenamiento en condiciones de seguridad y el registro de los opioides que reciban y que dispensen. El trabajo razonable de registro y las disposiciones sobre responsabilidad no harán que el personal de asistencia sanitaria se muestre renuente a prescribir o mantener existencias adecuadas de opioides” (p. 57-58).

Asimismo, se insta a los profesionales de la asistencia sanitaria que entablen un diálogo con el gobierno. En 1995, la JIFE (3) declaró:

“Las instituciones educacionales y las organizaciones no gubernamentales de cuidado de la salud, incluida la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y otros representantes del sector sanitario, deben establecer contactos permanentes con los

gobiernos acerca de los requisitos nacionales para el uso de estupefacientes con fines médicos, las necesidades de estupefacientes no satisfechas y los obstáculos que se oponen a la disponibilidad de estupefacientes con fines médicos” (p. 18).

Guía 10: Los servicios nacionales de fiscalización de drogas y los profesionales sanitarios cooperarán para asegurar la disponibilidad de analgésicos opioides para fines médicos y científicos, incluido el alivio del dolor.

La JIFE y la OMS han hecho varias recomendaciones que requieren el intercambio de información y la comunicación entre los encargados de la reglamentación y los profesionales sanitarios. El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Cáncer (5) llegó a la conclusión, en 1996, que:

“La comunicación entre el personal de salud y los reguladores de estupefacientes es esencial para que comprendan mutuamente los fines que persiguen. Es importante que los expertos en tratamiento del dolor y las asociaciones médicas conozcan las previsiones nacionales de las necesidades de opioides y estén al tanto de los fines que persiguen los reguladores. El abuso de opioides es una realidad, y el personal de salud debe cooperar en las campañas para prevenir la desviación de estas sustancias hacia otros fines. Los reguladores deben asimismo saber la importancia que tiene el alivio del dolor para cada paciente y para la salud pública en general. La información sobre el dolor por cáncer, sobre el sitio y la manera en que se trata a los pacientes con cáncer y sobre la capacitación del personal de salud será de utilidad para los reguladores, cuyo cometido es velar por la integridad del sistema de distribución. Si esas autoridades saben que es preciso aumentar el uso de opioides, introducirán los cambios apropiados en las previsiones anuales” (p. 49).

La JIFE (3) ha recomendado varios temas en los que se debe concentrar la comunicación entre los organismos de fiscalización y los profesionales de la salud:

“Los gobiernos deben establecer un sistema para recopilar información de servicios médicos que prestan servicios de cirugía y oncológicos y atienden a otros pacientes, de organizaciones dedicadas a mejorar el uso racional de los estupefacientes y de los fabricantes, distribuidores, exportadores e importadores, y deben establecer grupos de individuos con los conocimientos adecuados para prestar asistencia en la obtención de información sobre las cambiantes necesidades médicas” (p. 15-16).

“Los gobiernos deben informar a los profesionales de la salud de los métodos analgésicos de la OMS para el alivio del dolor del cáncer” (p. 16).

“Los gobiernos deben comunicar a los profesionales de la salud los requisitos legales para la prescripción y despacho de estupefacientes y deben ofrecer una oportunidad para discutir cuestiones de preocupación mutua” (p. 16).

“Las instituciones educacionales y las organizaciones no gubernamentales de cuidado de la salud, incluida la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y otros representantes del sector sanitario, deben establecer contactos permanentes con los gobiernos acerca de los requisitos nacionales para el uso de estupefacientes con fines médicos, las necesidades de estupefacientes no satisfechas y los obstáculos que se oponen a la disponibilidad de estupefacientes con fines médicos [y]...deberán mantener una comunicación constante con los gobiernos acerca de los requisitos nacionales para el uso

médico de los estupefacientes, las necesidades no atendidas de estupefacientes y los impedimentos a la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos” (p. 18).

Ocasionalmente, los médicos pueden ser objeto de presión para que proporcionen sustancias controladas a quienes no son sus pacientes, o para fines distintos de los médicos legítimos. Tal presión puede representar una amenaza para la seguridad y la protección de los médicos. Someterse a esa presión también es una práctica médica ilegal y poco ética. Por lo tanto, una esfera de cooperación entre los gobiernos y las asociaciones médicas nacionales debe ser reconocer tales presiones, cuando existan, atacar la fuente de tal presión y crear medios de apoyo para los médicos de suerte que logren resistir tales presiones.

En 1986, la Asociación Médica Mundial (17) afirmó:

“Los médicos deberán tener libertad profesional para tratar a sus pacientes sin interferencia. El ejercicio del juicio profesional y de la discreción del médico al tomar decisiones clínicas y éticas en la atención y el tratamiento de los pacientes deberá preservarse y protegerse” (p. 1).

Guía 11: Los gobiernos se asegurarán, en cooperación con los titulares de las licencias, de que las adquisiciones, la fabricación y la distribución de los medicamentos opioides se realicen oportunamente para que no haya escasez de suministros, y de que tales medicamentos siempre estarán disponibles para los pacientes cuando los necesiten.

En algunos casos, aun a falta de impedimentos reglamentarios específicos en las políticas nacionales de fiscalización de drogas, el proceso por el cual un país obtiene o distribuye, o ambos, los medicamentos opioides puede impedir un suministro adecuado del medicamento al paciente. La OMS y la JIFE han abordado esta situación.

En 1986, los participantes en la Reunión de la OMS sobre el Manejo Integral del Dolor por cáncer (6) llegaron a la conclusión de que:

“Hay una falta de flexibilidad en los sistemas actuales de distribución de medicamentos que impide a una variedad más amplia de profesionales sanitarios prescribir o distribuir drogas para el alivio del dolor por cáncer” (p. 29).

“La proliferación de leyes y medidas administrativas nacionales que rigen la prescripción y distribución de los medicamentos opioides necesarios para el alivio del dolor por cáncer ha sido un obstáculo para el acceso de los pacientes a estas drogas” (p. 28).

En 1990, el Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Cáncer (4) declaró:

“Se autorizará a los fabricantes o los distribuidores, o a ambos, a que importen, fabriquen, almacenen y distribuyan opioides de acuerdo con las convenciones internacionales de drogas y el ejercicio debido de la medicina” (p. 39).

En 1996, el Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Cáncer (5) declaró:

“Después de que la JIFE confirma la previsión, un país puede importar o fabricar opioides. En ambos casos, los participantes en la cadena de distribución deberán pugnar por que el suministro sea fiable. Las interrupciones en la distribución de opioides está afectando a los pacientes y a sus familias y debe evitarse” (p. 50).

En 1995, el informe de la JIFE (3) recomendaba:

*“Los gobiernos que no lo hubieran hecho deben determinar si en las leyes, los reglamentos o las políticas administrativas nacionales sobre estupefacientes hay limitaciones indebidas que obstaculizan la emisión de recetas o la administración del tratamiento médico con estupefacientes que necesitan los pacientes, o la disponibilidad y **distribución** de estas sustancias para esos fines, y deben introducir los ajustes necesarios (Subrayado nuestro)”* (p. 15).

“Los gobiernos que sufran interrupciones del suministro de estupefacientes debido a demoras en la importación o por otras razones deben examinar la situación y crear un sistema para adoptar oportunamente las medidas necesarias, tales como el otorgamiento de licencias, el pago, la tramitación, el transporte de drogas, el despacho de las drogas en las aduanas y la distribución de las drogas a los servicios médicos” (p. 16).

Guía 12: Los gobiernos permitirán y fomentarán la distribución y la disponibilidad de medicamentos opioides en el territorio de su país, a fin de ampliar al máximo el acceso físico de los pacientes a los medicamentos para aliviar el dolor, manteniendo al mismo tiempo el control suficiente para prevenir la desviación y el abuso.

El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Cáncer (4) llegó a la conclusión, en 1990, de que:

“En general, es más conveniente para el paciente volver a su hogar si dispone del apoyo asistencial adecuado: ser dado de alta de una institución aumenta la autonomía del paciente y, por consiguiente, eleva su autoestima” (p. 56).

En 1996, el Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Cáncer (5) aclaró, además, que:

“Los opioides deben estar disponibles en sitios que sean accesibles al mayor número posible de pacientes de cáncer” (p. 58).

Guía 13: Los gobiernos establecerán y promoverán un programa nacional de lucha contra el cáncer que incluya el alivio del dolor y los cuidados paliativos en el cáncer, como prioridad para los recursos de asistencia sanitaria, incluida la educación acerca del método analgésico de la OMS y el alivio del dolor y los cuidados paliativos.

Una encuesta de la JIFE que se llevó a cabo en 1995 (3) reveló que 65% de los gobiernos que respondieron habían emitido políticas y normas nacionales para mejorar el uso médico de los analgésicos opioides administrados para tratar varios padecimientos médicos, incluido el dolor. Además, 52% de los gobiernos dijeron que habían patrocinado, apoyado o avalado programas educativos en sus países para mejorar el uso médico de los opioides. Sesenta por ciento dijeron que habían adoptado el método analgésico de la OMS.

El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Cáncer (4) en 1990 recomendó lo siguiente:

“Los gobiernos deberán establecer políticas y programas nacionales para el alivio del dolor y los cuidados paliativos en el cáncer...[y] asegurarse de que los programas para el alivio del dolor por cáncer y el Cuidado Paliativo se incorporen en sus sistemas asistenciales existentes: los sistemas asistenciales separados no son necesarios ni aconsejables...[y de que] se capacite adecuadamente al personal sanitario (médicos, enfermeras, farmacéuticos, u otras categorías apropiadas para atender las necesidades

locales) en terapia paliativa y alivio de los dolores por cáncer...[y] examinar sus políticas sanitarias nacionales para velar por que se preste el mismo apoyo a los programas de cuidados paliativos en el hogar”...(p. 65).

En 1995, la directriz de la Organización Mundial de la Salud sobre “Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer” (18) estipulaba:

“La mayoría de los casos de cáncer en el mundo ya son incurables cuando se diagnostican. Aun en los países desarrollados, donde se ha logrado una supervivencia prolongada en una proporción sustancial de los casos, 50% de los pacientes con cáncer morirán de su enfermedad. Los cuidados paliativos, por consiguiente, merecen una alta prioridad en el tratamiento del cáncer y se requerirán en 80% de los casos, en algunos países. La sencillez y bajo costo relativos de los cuidados paliativos justifican prestar considerable atención a esa dimensión de la lucha contra el cáncer en todo el mundo” (p. 82).

Una conclusión del informe de la JIFE de 1995 (3) fue:

“Los gobiernos deberán informar a los profesionales de la salud acerca del método analgésico de la OMS para aliviar el dolor por cáncer” (p. 16).

Guía 14: Los términos empleados en las políticas nacionales de fiscalización de drogas no se deberían prestar a confusión entre el uso médico de los opioides para el dolor y el abuso de drogas o la farmacodependencia.

Según una encuesta de los gobiernos, que llevó a cabo la JIFE (3), el impedimento para mejorar la disponibilidad y el uso de los opioides que los organismos gubernamentales de fiscalización de drogas mencionaron con más frecuencia fue la preocupación por el abuso de drogas (72%). Además, 54% de los gobiernos respondieron que sus leyes sobre estupefacientes definían la adicción o la farmacodependencia, y 43% exigían que se notificaran al gobierno los pacientes que recibieran prescripciones de opioides. La sección V describe los problemas relacionados con los términos y aclara en detalle el significado de estos términos básicos.

Guía 15: En sus actividades de prevención de la desviación, los gobiernos evitarán restricciones indebidas que repercutan en las decisiones de asistencia al enfermo, que comúnmente son de índole médica. El médico es quien tomará decisiones tales como la cantidad del fármaco que se ha de prescribir y la duración del tratamiento, basándose en las necesidades de cada paciente.

Según una encuesta de la JIFE, de 1995, (3) con respecto a los pacientes hospitalizados, 60% de los gobiernos que respondieron no fijaban una cantidad máxima, y 80% no fijaban una duración máxima para la administración de opioides en una sola receta. En el caso de los pacientes que viven en sus casas, 49% de los gobiernos que respondieron no fijaban una cantidad máxima, y 72% no fijaban una duración máxima para la prescripción de la morfina.

El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Cuidado Paliativo del Cáncer (5) llegó a la conclusión que sigue en 1996:

“Decisiones médicas: las decisiones sobre el tipo de fármaco adecuado, la cantidad recetada y la duración del tratamiento deben ser adoptadas por personal médico profesional basándose en las necesidades del paciente y no en lo que dispongan las reglamentaciones” (p. 41).

Guía 16: Las políticas nacionales de fiscalización de drogas evitarán exigencias para la prescripción que puedan restringir excesivamente el acceso de médicos y pacientes al tratamiento del dolor.

En 1995, la encuesta de la JIFE (3) reveló que 35% de los gobiernos que respondieron informaron que los médicos no necesitaban formularios especiales de prescripción del gobierno para recetar morfina. Por ejemplo, algunos gobiernos exigen que los médicos usen formularios de prescripción complicados, con varias partes que tienen que llenarse por separado, y que están disponibles en cantidades limitadas y en pocos lugares en el país.

El párrafo 2 (b) del artículo 30 de la Convención de 1961 (16) estipula:

“[Los gobiernos]...i) exigirán recetas médicas para el suministro o despacho de estupefacientes a particulares. Este requisito no se aplicará necesariamente a los estupefacientes que una persona pueda obtener, usar, entregar o administrar legalmente en el ejercicio de sus funciones terapéuticas debidamente autorizadas; y ii) si las partes estiman que estas medidas son necesarias o convenientes, exigirán que las recetas de los estupefacientes de la Lista I se extiendan en formularios oficiales que las autoridades públicas competentes o las asociaciones profesionales autorizadas facilitarán en forma de talonarios.”

El Comité de Expertos de la OMS en Alivio del Dolor y Tratamiento de Apoyo Activo en el Cáncer (4) recomendó, en 1990, que:

“El registro y los requisitos de autorización no deberán ser tales que, para todo propósito práctico, eliminen la disponibilidad de los opioides para fines médicos. Los programas para prescribir medicamentos en recetas con copias múltiples se citan como medios para reducir la prescripción arbitraria y el registro simultáneo (pacientes que se registran con varios médicos para obtener varias recetas del mismo medicamento o medicamentos similares). Esto se justifica hasta cierto punto, pero también debe estudiarse el grado en que estos programas restringen o inhiben la prescripción de opioides a los enfermos que los necesitan” (p. 39).

SECCIÓN X

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA AUTOEVALUACIÓN

Los gobiernos u otros grupos interesados, incluidos los profesionales de la atención a la salud, pueden usar la siguiente lista de verificación como guía para analizar las políticas nacionales de fiscalización de drogas. Cabe señalar que pudieran tener que realizar ciertas averiguaciones para poder responder a las preguntas que contiene esta lista de verificación.

1. ¿Ha llevado a cabo el gobierno un examen para determinar si hay disposiciones excesivamente restrictivas en las políticas nacionales (y estatales, según corresponda) de fiscalización de drogas que impidan prescribir, dispensar o administrar el tratamiento médico necesario con estupefacientes a los pacientes, o la disponibilidad y distribución de estupefacientes para tales fines, e hizo las correcciones necesarias?

Sí No No se dispone de información

2. ¿Hay una disposición en las políticas nacionales de fiscalización de drogas que reconozca que los estupefacientes son absolutamente indispensables para aliviar el dolor y el sufrimiento?

Sí No No se dispone de información

3. ¿Hay alguna disposición en las políticas nacionales de fiscalización de drogas que establezca que el gobierno tiene la obligación de adoptar medidas adecuadas para asegurar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos, incluido el alivio del dolor y el sufrimiento?

Sí No No se dispone de información

4a. ¿Ha designado el gobierno a una autoridad administrativa para que cumpla con la obligación de asegurar la disponibilidad adecuada de estupefacientes para fines médicos y científicos, que incluso se encargue de las licencias, las previsiones y las estadísticas?¹¹

Sí No No se dispone de información

4b. ¿Se dispone de personal (empleados) adecuado para cumplir con esta responsabilidad?

Sí No No se dispone de información

5a. ¿Tiene el gobierno algún método para prever de manera realista las necesidades médicas y científicas de estupefacientes, incluidos los analgésicos opioides que se necesitan para el alivio del dolor y los cuidados paliativos?

Sí No No se dispone de información

¹¹ En algunos casos, las políticas del gobierno pueden ser parte de las leyes, de las políticas administrativas, o de ambas.

5b. ¿Ha examinado críticamente el gobierno su método para evaluar las necesidades médicas de estupefacientes, como lo solicitó la JIFE?

Sí No No se dispone de información

5c. ¿Ha establecido el gobierno un sistema satisfactorio para recopilar la información de los establecimientos pertinentes acerca de las necesidades médicas de analgésicos opioides?

Sí No No se dispone de información

6. ¿Suministra oportunamente el gobierno a la JIFE las previsiones anuales de las necesidades de estupefacientes para el año siguiente?

Sí No No se dispone de información

7. Si le parece al gobierno que la necesidad médica de analgésicos opioides excederá la cantidad prevista que ha aprobado y confirmado la JIFE, ¿es política del gobierno presentar una solicitud de previsión suplementaria?

Sí No No se dispone de información

8. ¿Presenta oportunamente el gobierno a la JIFE los informes estadísticos anuales necesarios sobre la producción, la fabricación, el comercio, la utilización y las existencias de estupefacientes?

Sí No No se dispone de información

9a. ¿Ha informado el gobierno a los profesionales de la salud acerca de los requisitos legales para el uso de estupefacientes, y les ha dado una oportunidad para tratar las inquietudes mutuas?

Sí No No se dispone de información

9b. ¿Ha detectado y abordado el gobierno la preocupación que tengan los profesionales del cuidado de la salud de que los investiguen por prescribir opioides?

Sí No No se dispone de información

10. ¿Hay cooperación entre el gobierno y los profesionales del cuidado de la salud para asegurar la disponibilidad de analgésicos opioides para fines médicos y científicos?

Sí No No se dispone de información

11. ¿Ha adoptado medidas el gobierno, en cooperación con los titulares de las licencias, para asegurarse de que no haya escasez de suministros de medicamentos opioides como consecuencia de sistemas inadecuados de adquisición, fabricación y distribución?

Sí No No se dispone de información

12. ¿Prevén las políticas nacionales de fiscalización de drogas la concesión de licencias a un número suficiente de individuos y entidades para apoyar un sistema de distribución que amplíe al máximo el acceso físico de los pacientes a los medicamentos para aliviar el dolor?

Sí No No se dispone de información

13a. ¿Ha establecido el gobierno un programa nacional de lucha contra el cáncer al cual asigna recursos de asistencia al sector salud?

Sí No No se dispone de información

13b. ¿Ha adoptado el gobierno medidas para asegurar la práctica del método del analgésico de la OMS para el alivio del dolor por cáncer mediante programas de educación continua y mediante su inclusión en el programa de las escuelas de medicina, farmacia y enfermería?

Sí No No se dispone de información

14. ¿Hay términos en las políticas nacionales de fiscalización de drogas que se presten a confundir el uso médico de los opioides para el dolor con la farmacodependencia?

Sí No No se dispone de información

15. ¿Hay disposiciones en las políticas nacionales de fiscalización de drogas que restringen la cantidad del fármaco que se ha de prescribir o la duración del tratamiento?

Sí No No se dispone de información

16. ¿Hay requisitos de prescripción en la políticas nacionales de fiscalización de drogas que puede restringir excesivamente el acceso de médicos y pacientes al tratamiento del dolor?

Sí No No se dispone de información

AGRADECIMIENTOS

La Organización Mundial de la Salud reconoce la contribución del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Políticas y Comunicaciones en Cancerología y del Grupo de Estudios sobre el Dolor y las Políticas del Centro de Cancerología Integral de la Universidad de Wisconsin (Madison, Wisconsin, EUA). El personal del Centro Colaborador que se menciona a continuación preparó las versiones iniciales de este documento y patrocinó la reunión del grupo de trabajo para examinar el documento: Sr. D. E. Joranson, Científico y Director Principal; Dr. A. M. Gilson, Investigador de Estudios de Política; Sra. K. M. Ryan, Analista de Política; y Sra. M. A. Maurer, Especialista Asociada en Investigación. Para obtener más información sobre este centro colaborador de la OMS, consulte el sitio en la Web del Grupo de Estudios sobre el Dolor y las Políticas: <http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy>.

A continuación se citan los participantes en la reunión del Grupo de Trabajo de la OMS, que se celebró en Madison, Wisconsin, EUA, del 22 al 24 de noviembre de 1999:

Sr. R. Bhattacharji, Comisionado de Estupefacientes de la India, Gwalior, India

Dr. C. Blengini, Médico General; Miembro de los Comités Especiales del Ministerio de Salud de Italia sobre Dolor y Cuidados Paliativos, Cuneo, Italia

Dra. L. De Lima, Consultora, Organización Panamericana de la Salud, Houston, Texas, EUA

Dr. P. Emafo, Experto, Cuadro OMS de Expertos en Farmacodependencia; Miembro electo de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Ciudad de Benin, Nigeria

Sra. Gu Wei-Ping, Directora, Departamento de Inocuidad e Inspección de Medicamentos, Administraciones de Medicamentos del Estado, Beijing, China

Sr. D. Joranson, Director, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para Políticas y Comunicaciones en Cancerología, Grupo de Estudios sobre el Dolor y las Políticas, Centro de Cancerología Integral de la Universidad de Wisconsin (Madison, Wisconsin, EUA) (*Presidente*)

Dr. A. Nixon, Director de Medicina de Cuidados Paliativos, Hospital de Especialidades y Centro de Investigación Rey Faisal, Riyadh, Arabia Saudita

Dra. C. Selva, Jefa, Unidad de Previsiones, Secretaría de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Naciones Unidas, Viena, Austria

Secretaría de la OMS

Dr. T. Yoshida, Garantía de Calidad y Seguridad de los Medicamentos, Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica

REFERENCIAS

1. World Health Organization Programme on Cancer Control. *Developing a global strategy for cancer*. Editor: Karol Sikora, March 1998.
2. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de 1998*. Nueva York, NY: ONU, 1999.
3. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponibilidad de opiáceos para las necesidades médicas. En: *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de 1995*. Nueva York, NY: ONU, 1996.
4. Organización Mundial de la Salud. *Alivio del dolor y tratamiento de apoyo activo en el cáncer: Informe de un comité de expertos de la OMS* (Serie de Informes Técnicos, N° 804). Ginebra, Suiza: OMS, 1990.
5. Organización Mundial de la Salud. *Cancer pain relief with a guide to opioid availability* (Segunda edición). Ginebra, Suiza: OMS, 1996.
6. Organización Mundial de la Salud. *Cancer pain relief*. Ginebra, Suiza: OMS, 1986.
7. Organización Mundial de la Salud. *Uso de medicamentos esenciales: Informe de un comité de expertos de la OMS* (Serie de Informes Técnicos, N° 882). Ginebra, Suiza: OMS, 1998.
8. Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 28° informe*. (Serie de Informes Técnicos, N° 836). Ginebra, Suiza: OMS, 1993.
9. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Demanda y oferta de opiáceos para las necesidades médicas y científicas. En: *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de 1989*. Nueva York, NY: ONU, 1989.
10. Joranson DE. Availability of opioids for cancer pain: Recent trends, assessment of system barriers, new World Health Organization guidelines, and the risk of diversion. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8(6):353-360, 1993.
11. Joranson DE. New international efforts to ensure availability of opioids for medical purposes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 12(2):85-86, 1996.
12. United Nations International Drug Control Programme. *Format and guidelines for the preparation of national drug control master plans*. Viena, Austria: ONU, 1994.
13. Patton CV, Sawicki DS. *Basic methods of policy analysis and planning* (segunda edición). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1993.
14. Weimer DL, Vining AR. *Policy analysis: Concepts and practice* (Segunda edición). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1992.

15. United Nations International Drug Control Programme. *National laws and regulations relating to the control of narcotic drugs and psychotropic substances: Cumulative index 1994*. Viena, Austria: ONU, 1994.
16. Naciones Unidas. *Convención Única sobre Estupefacientes, 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes, 1961*. Nueva York, NY: ONU, 1977.
17. World Medical Association. *World Medical Association declaration on physician independence and professional freedom*. Adopted by the 38th World Medical Assembly. Rancho Mirage, CA, USA, October 1986.
18. World Health Organization. *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. Ginebra, Suiza:OMS, 1995.
19. Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 16° informe*. (Serie de Informes Técnicos, N° 407). Ginebra, Suiza: OMS, 1969.
20. Organización Mundial de la Salud. *Comité de Expertos de la OMS sobre Medicamentos que Producen Adicción. 13° informe*. (Serie de Informes Técnicos, N° 273). Ginebra, Suiza: WHO, 1964.
21. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginebra, Suiza: OMS, 1992.
22. Centro Colaborador de la OMS para la Vigilancia Farmacológica Internacional. *Impreso de la base de datos de las reacciones adversas a los medicamentos*. Uppsala, Suecia: 1999.

ANEXO 1

TÉRMINOS EMPLEADOS EN ESTA PUBLICACIÓN

Convención de 1961. Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.

Consumo. Los gobiernos suministran anualmente a la JIFE estadísticas de las cantidades de estupefacientes que se han distribuido en el país a los minoristas, es decir, a los hospitales, las farmacias y los profesionales.

Desviación. La transferencia de medicamentos controlados desde canales de distribución o usos lícitos a ilícitos.

DDD o "dosis diaria definida". Es la presunta dosis de mantenimiento promedio por día para un medicamento determinado que se usa por indicación principal en los adultos. Las cifras del consumo de estupefacientes se calculan en número de DDDs por habitante por día para permitir la comparación en los estudios de utilización de medicamentos. En las publicaciones técnicas de la JIFE, las cifras de DDD se calcularon como el promedio anual de dosis diaria de droga consumida, calculado en 5 años) por millón de habitantes en un país dado.

Estupefaciente. Término jurídico que se refiere a todas las sustancias comprendidas en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, y el Protocolo de 1972 de Modificación de esa Convención, incluidos los opiáceos, los opioides y la cocaína y la cannabis.

Farmacodependencia. Un cuadro de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognoscitivos de intensidad variable, en el cual el uso de un fármaco (o de medicamentos) psicoactivo(s) adquiere una alta prioridad. Las características descriptivas necesarias son la preocupación por el deseo de obtener y consumir el fármaco y el comportamiento persistente de búsqueda del mismo.

Leyes. Reglas de conducta que tienen fuerza legal de carácter obligatorio adoptadas por una autoridad soberana, legislativa u otro organismo gubernamental al nivel nacional, estatal o local.

Método analgésico de la OMS (también llamado la "escalera analgésica de tres peldaños"). Se elaboró con el objeto de promover el uso secuencial de los medicamentos para lograr el alivio eficaz del dolor. El primer peldaño consiste en usar un medicamento no opioide (como la aspirina, el paracetamol o el ibuprofeno). Si éste no alivia el dolor, se añade un opioide contra el dolor de leve a moderado (como la codeína). Cuando la combinación de un opioide contra el dolor de leve a moderado y un medicamento no opioide no surte efecto analgésico, se sustituye con un opioide para el dolor de moderado a agudo (como la morfina o un opioide del grupo terapéutico de la morfina). Los medicamentos coadyuvantes se administran en cualquier punto de la farmacoterapia para combatir los efectos adversos de los analgésicos, conseguir un alivio más eficaz del dolor y tratar trastornos psicológicos concomitantes, como el insomnio, la ansiedad y la depresión.

Opiáceos. Sustancias que se obtienen de la planta de la adormidera, como la codeína y la morfina.

Opioide. Es un término científico que se refiere a medicamentos de origen natural y sintéticos cuyos efectos son mediatizados por receptores específicos de los sistemas nerviosos central y periférico, como la codeína, la morfina, la oxicodona y el fentanil.

Políticas nacionales. Este término se debe interpretar en su sentido amplio. Hay diferentes *niveles* de "políticas nacionales": las leyes (a veces denominadas códigos o estatutos), las reglamentaciones (emitidos por organismos gubernamentales a fin de interpretar o aplicar las leyes) y otras políticas (directivas gubernamentales, presupuestos o documentos normativos). Por ejemplo, algunas disposiciones y prácticas administrativas se deben consignar en leyes, en tanto que otras son más bien una función de las actividades administrativas de los gobiernos. En algunos casos, las fuentes oficiales especifican el nivel. Hay también diferentes *tipos* de políticas nacionales que podrían ser pertinentes a la materia de las presentes guías. Esto significa que es posible que algunas de las disposiciones y prácticas administrativas pertinentes se encuentren en las políticas gubernamentales sobre salud pública, medicamentos, abuso de drogas y lucha contra el cáncer. Las "políticas

nacionales" también se refieren a las del gobierno de los estados, las provincias, los territorios y otras subdivisiones gubernamentales, especialmente donde se considera que este nivel del gobierno tiene responsabilidades pertinentes a la materia de las guías. En este sentido, algunos estados adoptan las políticas que son pertinentes a la fiscalización de estupefacientes.

Reglamentación. Fallo oficial emitido por el gobierno, que tiene fuerza de ley y se emite para aplicar o interpretar las leyes.

Síndrome de abstinencia. Consecuencias de la administración repetida de ciertos medicamentos cuya abstinencia puede aumentar la intensidad del comportamiento de búsqueda de los medicamentos debido a la necesidad de evitar o aliviar el malestar de la privación o producir cambios fisiológicos de gravedad suficiente para exigir tratamiento médico, o ambos.

Tolerancia. Reducción de la sensibilidad a un fármaco debida a la administración repetida de éste, de suerte que se necesitan dosis crecientes para producir un efecto de la misma intensidad que el efecto producido anteriormente por una dosis más baja.

ANEXO 2

INFORMACIÓN PARA SOLICITAR FUENTES ESENCIALES DE CONSULTA (PUBLICACIONES DE LA OMS)

Título:	Alivio del dolor y tratamiento de apoyo activo del cáncer. Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, N° 804	Alivio del dolor por cáncer: Con una guía sobre la disponibilidad de opioides
Autor:	Organización Mundial de la Salud	Organización Mundial de la Salud
Fecha:	1990	1996
Idioma:	Se puede conseguir directamente de la OMS en: inglés, francés, español También en: chino, indonesio, italiano, japonés, polaco, ruso y turco	Se puede conseguir directamente de la OMS en: inglés, francés, español También en: bengalí, chino, alemán, indonesio, italiano, japonés, portugués, ruso, serbio y vietnamita
Internet:		Véase: www.medsch.wisc.edu/painpolicy/publicat/cprguid.htm para obtener la segunda parte del libro (solamente en inglés)
Costo:	9 FS / US\$ 7,20	17 FS / US\$ 15,30
Pedido No.:	1100804	1152247
Resumen:	Este informe considera lo que puede y debe hacerse para reconfortar a los pacientes que padecen el sufrimiento que provocan los síntomas del cáncer avanzado. Aunque se hace hincapié en los métodos para aliviar el dolor, también se incluyen otras necesidades físicas, psicológicas y espirituales. El concepto de los cuidados paliativos se explica con respecto a la calidad de vida y la comodidad antes de la muerte, se pone el acento en la familia como unidad de la atención, la dependencia en el trabajo en equipo y la relación con las intervenciones curativas. Las secciones posteriores se concentran en las medidas para aliviar el dolor y otros síntomas físicos, las necesidades psicosociales del paciente y la familia y la necesidad de consuelo espiritual. Una sección sobre ética comprende conceptos sobre la distinción legal y ética entre calmar el dolor y matar al paciente.	Esta nueva edición de las guías de la OMS para aliviar el dolor por cáncer presenta un método sencillo y práctico para mitigar los síndromes del dolor únicos del cáncer. Después de una explicación breve de las causas fisiológicas y psicológicas del dolor por cáncer, la primera parte describe un procedimiento de nueve pasos para evaluar el dolor e incluye las preguntas que los clínicos deben hacer. La sección más extensa detalla cómo seleccionar y prescribir analgésicos opioides y no opioides, medicamentos para el dolor neuropático y medicamentos coadyuvantes para el tratamiento de efectos secundarios, el alivio más eficaz del dolor y el manejo de los trastornos psicológicos. En la segunda parte se describe el sistema internacional para suministrar morfina y otros opioides para fines médicos. Termina con las guías que sirven para reglamentar el despacho de opioides por los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos.
Información para hacer pedidos:	Ordene directamente de la OMS: WHO Distribution and Sales 1211 Geneva 27, Suiza Teléfono: 41 22 791 2476 Telefax: 41 22 791 4857 Dirección de correo electrónico para hacer los pedidos: bookorders@who.ch Para hacer pedidos de las casas editoriales en casi todos los países, consulte la lista de agentes de ventas en Internet: www.who.int/dsa	

INFORMACIÓN PARA SOLICITAR FUENTES ESENCIALES DE CONSULTA
(PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS)

Título:	Disponibilidad de los opiáceos para las necesidades médicas	Autoridades nacionales competentes bajo los tratados internacionales de fiscalización de drogas	Convención Única sobre Estupefacientes, 1961, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes, 1961	
Autor:	Naciones Unidas: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	Naciones Unidas	Naciones Unidas	
Fecha:	1996	1999	1972	
Idioma:	Disponible directamente de las Naciones Unidas en: inglés, francés, español	Inglés, francés, español, árabe, ruso	Inglés	Inglés, francés
Internet:	Véase: www.incb.org bajo Informe Anual, 1995, Informe Especial, en inglés, francés y español		www.incb.org/e/ind_conv.htm	untreaty.un.org
Costo:				
Pedido No.:	E.96.XI.6	E.99XI.p	E.77.XI.3	
Resumen:	Este informe, basado en una encuesta de los gobiernos en el mundo, revela que los opioides todavía no están disponibles en todas partes para atender las necesidades médicas. La JIFE recomienda las medidas que los gobiernos y los profesionales sanitarios deben adoptar para resolver este problema.			
Información para hacer pedidos:	<p>Ordene exclusivamente de la Oficina de Ventas de Publicaciones y Librería de las Naciones Unidas UN Publications Sales Office and Bookstore CH-1211, Geneva 10 Suiza Teléfono: 41-22-917-2614 Telefax: 41-22-917-0027 Email: unpubli@unog.ch o bien a: UN Publications Rm. DC2-853, 2 UN Plaza New York, NY 10017 USA Teléfono: 212-963-8302 o 1-800-253-9646 Telefax: 212-963-3489 Correo electrónico: publications@un.org</p>			

ANEXO 3

RESUMEN DE LAS GUÍAS

Número	Título
1	Los gobiernos examinarán sus políticas de fiscalización de drogas en busca de disposiciones excesivamente restrictivas que puedan repercutir en el tratamiento del dolor que presta su sistema asistencial, y adoptarán las medidas correctivas necesarias.
2	Las políticas nacionales de fiscalización de drogas reconocerán que los opioides son absolutamente indispensables en la atención médica, en particular para aliviar el dolor y el sufrimiento.
3	Las políticas nacionales de fiscalización de drogas reconocerán la obligación de los gobiernos de asegurar la disponibilidad adecuada de opioides para atender las necesidades médicas y científicas.
4	Los gobiernos designarán a una autoridad que asegure la disponibilidad adecuada de opioides para la atención médica
5	Los gobiernos establecerán, usando la información de fuentes pertinentes, un método práctico para prever de manera realista las necesidades médicas y científicas de opioides.
6	Los gobiernos notificarán a la JIFE previsiones anuales de la cantidad de estupefacientes necesaria para fines médicos y científicos por el año siguiente.
7	Los gobiernos notificarán a la JIFE una previsión suplementaria si les parece que la disponibilidad de los estupefacientes es insuficiente para atender las necesidades médicas o para atender las necesidades de urgencia o una demanda médica excepcional.
8	Los gobiernos suministrarán a la JIFE informes estadísticos anuales sobre la producción, la fabricación, el comercio, la utilización y las existencias de estupefacientes.
9	Los gobiernos entablarán el diálogo con los profesionales sanitarios acerca de los requisitos legales para prescribir y dispensar estupefacientes.
10	Los servicios nacionales de fiscalización de drogas y los profesionales sanitarios cooperarán para asegurar la disponibilidad de analgésicos opioides para fines médicos y científicos, incluido el alivio del dolor.
11	Los gobiernos se asegurarán, en cooperación con los licenciarios, de que las adquisiciones, la fabricación y la distribución de los medicamentos opioides se realicen oportunamente para que no haya escasez de suministros, y de que tales medicamentos siempre estarán disponibles para los pacientes cuando los necesiten.
12	Los gobiernos permitirán y fomentarán la distribución y la disponibilidad de medicamentos opioides en territorio de su país a fin de ampliar al máximo el acceso físico de los pacientes a los medicamentos para aliviar el dolor, manteniendo al mismo tiempo el control suficiente para prevenir la desviación y el abuso.
13	Los gobiernos establecerán y promoverán un programa nacional de lucha contra el cáncer que abarque el alivio del dolor y los cuidados paliativos en el cáncer como prioridad para los recursos de asistencia sanitaria, incluida la educación acerca del método analgésico de la OMS y el alivio del dolor y los cuidados paliativos.
14	Los términos empleados en las políticas nacionales de fiscalización de drogas no se deberían prestar a confusión entre el uso médico de los opioides para el dolor y el abuso de drogas o la farmacodependencia.
15	En sus actividades de prevención de la desviación, los gobiernos evitarán restricciones indebidas que repercutan en las decisiones de asistencia al enfermo, que son comúnmente de índole médica. El médico es quien tomará decisiones tales como la cantidad del fármaco que se ha de prescribir y la duración del tratamiento, basándose en las necesidades de cada paciente.
16	Las políticas nacionales de fiscalización de drogas evitarán exigencias para la prescripción que puedan restringir excesivamente el acceso de médicos y pacientes al tratamiento del dolor.

Anexo 4. Consumo mundial de los principales estupefacientes

Consumo diario promedio de las dosis diarias definidas por millón de habitantes durante 1994-1998

País	Codeína	Dihidro- codeína	Etilo- morfina	Morfina	Folcodin a	Dextropro- poxifeno	Difen- oxilato	Metadona	Petidina	Otros	Total
Ireland - Irlande - Irlanda	12,839	16,071		2,454	3,837	1,263		1,098	103	1,650	39,316
Denmark - Danemark - Dinamarca	10,384		5	6,993	2	2,170	356	2,364	177	7,249	29,701
Switzerland - Suisse - Suiza	16,231	88	26	1,763	71	4,526	61	2,777	55	2,342	27,942
United Kingdom - Royaume-Uni - Reino Unido	7,837	3,895	48	2,569	1,522	9,968	275	982	70	583	27,748
France - Francia	8,890		321	2,201	2,936	6,769		156	10	388	21,672
Canada - Canadá	14,817			3,400		263	7	497	215	2,238	21,437
United States of America - Etats-Unis d'Amérique - Estados Unidos de América	3,558	14		2,310		4,184	693	1,444	182	8,198	20,585
Australia - Australie	10,669	332	4	3,318	1,240	699	757	2,626	194	474	20,312
Sweden - Suède - Suecia	8,817		1,106	3,472		3,307		288	28	1,812	18,830
Norway - Norvège - Noruega	10,776	13	108	2,357	2,773	1,088		101	48	661	17,925
Singapore - Singapour - Singapur	13,835			88	195		1,261	10	39		15,428
Iceland - Islande - Islandia	10,960		1	3,153		142	88	163	42	300	14,848
The form. Yug. Rep. of Macedonia - l'ex-Rép. Yougosl. de Macédoie	10,341			111	1,468			128		26	12,073
New Zealand - Nouvelle Zélande - Nueva Zelandia	1,053			3,283	1,458	3,369	362	1,963	106	233	11,827
Belgium - Belgique - Bélgica	4,669	129	356	849	661	201	335	1,109	20	2,968	11,298
Falkland Islands - Iles Falkland - Islas Malvinas	1,370	1,742		1,817	71	4,455			38	1,681	11,175
Hong Kong SAR - RAS de Hong Kong - RAE de Hong Kong	4,092		105	309	835	1,521	288	2,418	29	69	9,665
Slovakia - Slovaquie - Eslovaquia	6,666		470	583	1,065			21	26	87	8,919
Spain - Espagne - España	3,849	37	11	701	21	454	67	1,970	17	83	7,210
Israel - Israël	2,633	5	1	1,185		1,605	115	573	105	292	6,513
South Africa - Afrique du Sud - Sudáfrica	4,562	52		265	121	623	22	1	40	71	5,757
Bulgaria - Bulgarie	5,146	2	229	103				30	20	61	5,591
Cyprus - Chypre - Chipre	898	117		168		4,123	203		40		5,550
Norfolk Island - Ile Norfolk - Isla Norfolk	11			5,416					30	9	5,466
Germany - Allemagne - Alemania	1,617	848	1	574		46		430	11	1,023	4,550
Netherlands - Pays-Bas - Países Bajos	1,708	13	1	1,257		21	1	1,111	17	105	4,234
Austria - Autriche	375	419	2	2,158		77		715	16	226	3,987
Iran (Islamic Republic of) - Iran (Rép. Islamique d') - Irán (Rep. Islámica del)	2,556			20	3		1,357	4	3	1	3,943
Hungary - Hongrie - Hungría	748	87	865	509	2		1,241	27	14	26	3,518
Japan - Japon - Japón	498	2,461		471					2	5	3,438
Finland - Finlande - Finlandia	943		166	690	944		27	41	15	430	3,256
Romania - Roumanie - Rumania	2,244	2	2	197				3	51	15	2,514
Croatia - Croatie - Croacia	1,883			32				527	7	1	2,450
Luxembourg - Luxemburgo	24	24		708		38		779	9	825	2,408
Barbados - Barbade	2,093	48		112					115	10	2,379
Saint Helena - Ile Sainte-Hélène - Isla Santa Helena	27	68		1,364		548			147	180	2,335

United Arab Emirates - Emirats arabes unis - Emiratos Árabes Unidos	1,639			64			368	1	27		2,098
Bermuda - Bermudes - Bermudas	658	22		823				469	48	58	2,078
Italy - Italie - Italia	719	127	6	121		126	3	785	2	1	1,891

Anexo 4. Consumo mundial de los principales estupefacientes (continuación)

Consumo diario promedio de las dosis diarias definidas por millón de habitantes durante 1994-1998

País	Codéina	Dihidro- codéina	Etilo- morfina	Morfina	Folcodina	Dextropro- poxifeno	Difen- oxilato	Metadona	Petidina	Otros	Total
Malaysia - Malaisie - Malasia	1,189	158		60	84		324		21		1,836
Iraq	384			2		79	1,334		3		1,801
Cayman Islands - Iles Caïmanes - Islas Caimanes	47	37		361	558				144	586	1,733
Portugal	977	6	35	184		9	366	128	7	11	1,723
Czech Republic - République tchèque - República Checa	895	38	54	388	51			2	60	230	1,717
India - Inde	339		11	6	15	475	781		1	23	1,652
Greece - Grèce - Grecia	1,277	20		90		83		55	25	1	1,550
Argentina - Argentine	168		20	725	31	355			5	106	1,411
Pakistan - Pakistán					582	459	261				1,303
Costa Rica	1,120			164			7	3	3	3	1,299
Poland - Pologne - Polonia	622		32	486				15	41	4	1,200
Chile - Chili	1,024		14	117				9	8		1,172
Malta - Malte				363				688	44	6	1,102
Egypt - Egypte - Egipto	707	209	18	7	44	35	19		4		1,044
Tunisia - Tunisie - Túnez	477		201	44	112	94			2	41	972
Slovenia - Slovénie - Eslovenia	148	27		178	142			433	13	25	966
Thailand - Thaïlande - Tailandia	479			20		5	178	142	7	75	907
New Caledonia - Nouvelle-Calédonie - Nueva Caledonia	1			865					12	3	880
Morocco - Maroc - Marruecos	447		29	2	253	71	5		2	7	818
Syrian Arab Republic - République arabe syrienne - República Árabe Siria	120			1		680			2		803
Venezuela	594		125	2		5	68	1	2		798
Turkey - Turquie - Turquía	660		4	20			68		10		762
Colombia - Colombie	146	177		72		9	243	10	11	57	725
Cuba	320			78		250	36		8	8	700
Republic of Korea - République de Corée - República de Corea	43	523		115					13		694
China - Chine	64			9		5	221	1	11	352	663
Jordan - Jordanie - Jordania	277			23		150	149		26		625
Ecuador - Equateur	231	92		2		257	2			2	585
Russian Federation - Fédération de Russie - Federación de Rusia	411		1	160						13	585
Mexico - Mexique - México	30	2		7		234	293	6		1	572
Christmas Island - Ile Christmas - Isla Christmas	3			502					23		528
Lebanon - Liban - Libano	417			66	5				19		508
Uruguay	67		9	61		310			11	40	499
Viet Nam	412					64		1	3		481

Estonia - Estonie	120		6	216				39	27	54	463
Aruba	12			164				3	79	155	413
Algeria - Algérie - Argelia	72			2	316				1	9	400
Cook Islands - Iles Cook - Islas Cook	3			38				5	53	277	375
Republic of Palau - République des Palaos				12					35	315	362

Anexo 4. Consumo mundial de los principales estupefacientes (continuación)

Consumo diario promedio de las dosis diarias definidas por millón de habitantes durante 1994-1998

País	Codeína	Dihidro-codeína	Etilo-morfina	Morfina	Folcodina	Dextropropoxifeno	Difen-oxilato	Metadona	Petidina	Otros	Total
Bolivia - Bolivie	130		3	1		202	1	2	1	12	351
Albania - Albanie	231		3	44					6	58	342
Netherlands Antilles - Antilles néerlandaises - Antillas Neerlandesas	76			142				3	23	92	336
Zimbabwe	249			36	7	17	6		10	10	335
Kazakhstan - Kazakstán	155			135						11	301
Peru - Pérou - Perú	196	2		7	1	52	15		3		277
Guatemala	84	67				44	65		5		267
Lithuania - Lituanie - Lituania	4		1	130				99	3	24	262
Panama - Panamá	184			22		3			12	40	260
Tonga	30			6	215				3		253
Mauritius - Maurice - Mauricio	100			26					31	87	245
Côte d'Ivoire	233										234
Senegal - Sénégal	225									9	234
Bahamas	18			46		25			31	111	231
Ukraine - Ucrania	49			165						7	220
Sri Lanka	119			21				1	10	51	201
Andorra - Andorre				161				5	3	6	176
Philippines - Filipinas	21			14			124		2		162
Latvia - Lettonie - Letonia	5	3	5	84				48		16	161
Grenada - Grenade - Granada	54			80		1			19		155
Brazil - Brésil - Brasil	49			19		8	57		9	6	148
Madagascar	65		19	22	9					26	142
French Polynesia - Polynésie française - Polinesia Francesa	11			110					3	8	132
Kuwait - Koweït	31			58					34		123
Jamaica - Jamaïque	39			59					13		111
Namibia - Namibie				97					10	1	108
Bahrain - Bahreïn - Bahrein	14			58					35		107
Botswana	7	18		53				1	26		106
Saudi Arabia - Arabie saoudite - Arabia Saudita	31			47		6			19	1	104
Nicaragua	21			3		65	10		2		101
Indonesia - Indonésie	81								1	11	93
Yugoslavia - Yougoslavie	56			1	1			8	1	20	85
Belarus - Bélarus - Belarús	1			59						13	73

Republic of Moldova - République de Moldova - República de Moldova	14		2	39						13	68
Uganda - Ouganda	43			9					2		55
Kiribati	2			36					8		45
Macao	4			32					6	2	44
Oman - Omán				20				1	16		37
Brunei Darussalam - Brunéi Darussalam				13					16	6	35

Anexo 4. Consumo mundial de los principales estupefacientes (continuación)

Consumo diario promedio de las dosis diarias definidas por millón de habitantes durante 1994-1998

País	Código	Dihidro- código	Etilo- morfina	Morfina	Folcodina	Dextropro- - poxifeno	Difen- oxilato	Metadona	Petidina	Otros	Total
Kenya	33	1							2		35
Fiji - Fidji	1			6	6				4	15	33
Qatar		5		11					14		30
Sao Tome and Principe - Sao Tomé-et-Príncipe - Santo Tomé y Príncipe	3			15					3	8	30
Libyan Arab Jamahiriya - Jamahiriya arabe libyenne - Jamahiriya Árabe Libia	22			1					3		27
Myanmar	19			1					1		21
Dominican Republic - République dominicaine - República Dominicana	2			18							20
Georgia - Géorgie				19							19
Mongolia - Mongolie	10			7						1	19
Kyrgyzstan - Kirghizistan - Kirguistán	1		1	12						4	16
Sqaziland - Swazilandia	1	3		4					7		15
Antigua and Barbuda - Antigua-et-Barbuda - Antigua y Barbuda				2					12		14
Lesotho		1							2	11	14
United Republic of Tanzania - Rép.-Unie de Tanzanie - Rep. Unida de Tanzania	11								2		13
Gabon - Gabón									1	12	12
Nigeria - Nigéria	7				3						10
Paraguay	5		2	2					1		9
Lao People's Dem. Rep. - Rép. dém. pop. Lao - Rep. Dem. Popular Lao	4			1					3		8
Papua New Guinea - Papouasie-Nouvelle-Guinée - Papua Nueva Guinea	2			3					3		7
Malawi	3							1	1		5
Suriname	2								1		4
Dem. Rep. of the Congo - Rép. Dém. du Congo - Rep. Dem. del Congo							4				4
Cape Verde - Cap-Vert - Cabo Verde				1					2		3
Gambia - Gambie	1	1								1	3
Azerbaijan - Azerbaïdjan - Azerbaiyán				2							2
Benin - Bénin				1					1		2
Nepal - Népal	2							1			2
Vanuatu	1								1		2

Cambodia - Cambodge - Camboya									1		1
Ethiopia - Éthiopie - Etiopía	1										1
Mauritania - Mauritanie											1
Togo									1		1
Yemen - Yémen									1		1