



Consejo Económico y Social

Distr. limitada
14 de abril de 2021
Español
Original: inglés

Comisión de Estupefacientes

64º período de sesiones

Viena, 12 a 16 de abril de 2021

Proyecto de informe

Relatora: Begaiym Nurlan (Kirguistán)

Adición

Aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas

1. En sus sesiones 5ª, 6ª y 7ª, celebradas los días 13 y 14 de abril de 2021, la Comisión examinó el tema 5 del programa, cuyo título era el siguiente:

“Aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas:

- a) Cambios en el alcance de la fiscalización de sustancias;
- b) Dificultades y futura labor de la Comisión de Estupefacientes, la Organización Mundial de la Salud y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes en lo que respecta al examen de sustancias con miras a la formulación de recomendaciones sobre su posible inclusión en las listas o cuadros de los tratados;
- c) Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes;
- d) Cooperación internacional para garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, evitando al mismo tiempo su desviación;
- e) Otras cuestiones dimanantes de los tratados de fiscalización internacional de drogas.”

2. Para el examen del tema 5, la Comisión tuvo ante sí los documentos siguientes:

a) Nota de la Secretaría sobre los cambios en el alcance de la fiscalización de sustancias, que contenía las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre las propuestas de fiscalización de nuevas sustancias y medicamentos psicoactivos ([E/CN.7/2021/8](#));

b) Nota de la Secretaría que contenía las observaciones de los Estados partes relativas a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre las propuestas de fiscalización (E/CN.7/2021/CRP.5, en inglés únicamente).

3. Formularon declaraciones introductorias el Jefe y un representante de la Sección de Laboratorio y Asuntos Científicos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y también una representante de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas de la UNODC. También formularon



declaraciones introductorias el Presidente de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y los observadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (en línea).

4. Formularon declaraciones los representantes del Japón (en línea), los Estados Unidos (en línea), Nigeria (en línea), Suiza (en línea), Australia (en línea), la India (en línea), México (en línea), Argelia (en línea), China (en línea), la Federación de Rusia (en línea), el Perú (en línea) y el Pakistán (en línea).

5. Formularon declaraciones los observadores de la Unión Europea (también en representación de sus Estados miembros) (en línea)^{1,2,3}, Indonesia (en línea), el Sudán (en línea) y la República Bolivariana de Venezuela (pregrabada en video).

6. También formularon declaraciones las observadoras de la Sociedad Turca de la Media Luna Verde (en línea) y de Acción Técnica Social (pregrabada en video).

A. Deliberaciones

1. Cambios en el alcance de la fiscalización de sustancias

a) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir el isotonitaceno en la Lista I de la Convención de 1961

7. El observador de la OMS informó a la Comisión de que el isotonitaceno era un opioide sintético estrechamente relacionado con los opioides etonitaceno y clonitaceno, que estaban incluidos en la Lista I de la Convención de 1961. Al igual que otros opioides, el isotonitaceno era un agonista de los receptores de opioides que producía un efecto analgésico. Su potencia era superior a la de la morfina y el fentanilo. El observador señaló que, dado su mecanismo de acción, era muy probable que el isotonitaceno fuera objeto de uso indebido y su potencial de generar dependencia era similar al de otros opioides. Al ser un opioide potente, el isotonitaceno podía provocar la muerte por depresión respiratoria y se había relacionado con numerosos fallecimientos en varios países. El observador informó de que el isotonitaceno se había detectado en incautaciones realizadas en países de varias regiones y carecía de utilidad terapéutica. Dado que consideraba que el potencial de uso indebido y de dependencia, así como los efectos nocivos del isotonitaceno, eran similares a los de muchos otros opioides incluidos en la Lista I de la Convención de 1961, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia recomendaba que el isotonitaceno también se incluyera en la Lista I de la Convención de 1961.

b) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir la CUMYL-PEGACLONE en la Lista II del Convenio de 1971

8. El observador de la OMS informó a la Comisión de que la CUMYL-PEGACLONE era un cannabinoide sintético que se había consumido por vaporización y fumando material vegetal rociado con esa sustancia. Tenía el mismo mecanismo de acción en el sistema nervioso central que otros cannabinoides sintéticos incluidos en la Lista II del Convenio de 1971. El observador señaló que, debido a ello, era probable que fuera objeto de uso indebido y su potencial para generar dependencia era similar al de otros cannabinoides sintéticos. El observador informó de que el consumo de CUMYL-PEGACLONE se había relacionado con efectos característicos de los cannabinoides, como la euforia y la disociación, y producía diversos efectos adversos graves, como las convulsiones y la muerte. El observador señaló que algunos países de

¹ En relación con el tema 5 b), se sumaron a la declaración Albania, Armenia, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Islandia, Macedonia del Norte, Montenegro, Noruega, la República de Moldova, San Marino, Serbia, Turquía y Ucrania.

² En relación con el tema 5 c), se sumaron a la declaración Albania, Andorra, Armenia, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Islandia, Macedonia del Norte, Montenegro, Noruega, la República de Moldova, San Marino, Serbia y Ucrania.

³ En relación con el tema 5 d), se sumaron a la declaración Albania, Andorra, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Islandia, Macedonia del Norte, Montenegro, Noruega, la República de Moldova y Serbia.

diferentes regiones habían comunicado el consumo de CUMYL-PEGACLONE y añadió que esa sustancia carecía de utilidad terapéutica. Dado que consideraba que el potencial de uso indebido y los efectos nocivos de la CUMYL-PEGACLONE eran similares a los de otros cannabinoides sintéticos incluidos en la Lista II del Convenio de 1971, el Comité de Expertos en Drogodependencia recomendaba que la CUMYL-PEGACLONE también se incluyera en la Lista II del Convenio de 1971.

c) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir la MDMA-4en-PINACA en la Lista II del Convenio de 1971

9. El observador de la OMS informó a la Comisión de que la MDMA-4en-PINACA era un cannabinoide sintético que se había encontrado en forma de polvo y en material formulado para ser fumado. La MDMA-4en-PINACA tenía el mismo mecanismo de acción en el sistema nervioso central que otros cannabinoides sintéticos incluidos en la Lista II del Convenio de 1971. El observador señaló que, debido a ello, era probable que fuera objeto de uso indebido y su potencial para generar dependencia era similar al de otros cannabinoides sintéticos. El observador informó de que la MDMA-4en-PINACA producía los efectos característicos de los cannabinoides en modelos animales. Los efectos adversos en los consumidores que se habían notificado, como pérdida de memoria, confusión y agitación, coincidían con los de otros cannabinoides sintéticos. Su consumo se había relacionado con casos de conducción con las facultades disminuidas y muerte. El observador señaló también que algunos países de diferentes regiones habían comunicado el consumo de MDMA-4en-PINACA y añadió que esa sustancia carecía de utilidad terapéutica. Dado que consideraba que el potencial de abuso y los efectos nocivos de la MDMA-4en-PINACA eran similares a los de otros cannabinoides sintéticos incluidos en la Lista II del Convenio de 1971, el Comité de Expertos en Farmacodependencia recomendaba que la MDMA-4en-PINACA también se incluyera en la Lista II del Convenio de 1971.

d) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir la 3-metoxifenciclidina en la Lista II del Convenio de 1971

10. El observador de la OMS informó a la Comisión de que la 3-metoxifenciclidina era un derivado de la fenciclidina (PCP), que estaba incluida en la Lista II del Convenio de 1971. Se había encontrado en forma de polvo y de comprimidos. La 3-metoxifenciclidina tenía un mecanismo de acción y unos efectos similares a los de la fenciclidina. Entre esos efectos figuraban la alteración del estado mental, caracterizado por las alucinaciones, la confusión, la desorientación y las experiencias extracorporales. El observador señaló que el mecanismo de acción y los efectos de la 3-metoxifenciclidina indicaban que era probable que fuera objeto de uso indebido, y que el consumo de esa sustancia se había vinculado a diversos efectos adversos graves, como psicosis, delirio agitado y convulsiones. En varios países de diversas regiones se habían notificado casos de intoxicación grave y mortal, y en algunos países su consumo se había vinculado a casos de sobredosis colectiva. El observador señaló que algunos países de diferentes regiones habían comunicado incautaciones de 3-metoxifenciclidina y añadió que esa sustancia carecía de utilidad terapéutica. Dado que consideraba que el potencial de abuso y los efectos nocivos de la 3-metoxifenciclidina eran similares a los de la fenciclidina (PCP), que estaba incluida en la Lista II del Convenio de 1971, el Comité de Expertos en Farmacodependencia recomendaba que la 3-metoxifenciclidina también se incluyera en la Lista II del Convenio de 1971.

e) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir la difenidina en la Lista II del Convenio de 1971

11. El observador de la OMS informó a la Comisión de que la difenidina era una sustancia disociativa y alucinógena que se había detectado en forma de polvo y de comprimidos, y cuyo mecanismo de acción y efectos eran similares a los de la fenciclidina (PCP), que estaba incluida en la Lista II del Convenio de 1971. Debido a ello, era muy probable que fuera objeto de uso indebido. También tenía un mecanismo de acción similar al de la cocaína que podría contribuir a su potencial de uso indebido.

El observador señaló que, en los casos de intoxicación por difenidina que habían requerido hospitalización, entre los efectos adversos que se habían comunicado figuraban efectos cardiovasculares y efectos en el sistema nervioso central, como alucinaciones, paranoia, disociación y confusión, y que también se habían notificado muertes. Señaló también que algunos países de diferentes regiones habían comunicado incautaciones de difenidina y añadió que esa sustancia carecía de utilidad terapéutica. Dado que consideraba que el potencial de abuso y los efectos nocivos de la difenidina eran similares a los de la fenciclidina (PCP), que estaba incluida en la Lista II del Convenio de 1971, el Comité de Expertos en Farmacodependencia recomendaba que la difenidina también se incluyera en la Lista II del Convenio de 1971.

f) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir el clonazolam en la Lista IV del Convenio de 1971

12. El observador de la OMS informó a la Comisión de que el clonazolam era una benzodiazepina cuya estructura química y efectos eran similares a los del alprazolam y el triazolam, que estaban incluidos en la Lista IV del Convenio de 1971. Se había encontrado en forma de comprimidos, polvo y líquido e impregnada en papel secante y, a juzgar por la información disponible, se consumía principalmente por vía oral. El clonazolam producía los efectos característicos de las benzodiazepinas, como sedación y relajación muscular; en dosis más altas, podía ocasionar dificultades para hablar, pérdida del control motor y amnesia. El mecanismo de acción y los efectos del clonazolam indicaban que tenía potencial de generar dependencia y que era probable que fuera objeto de uso indebido. El observador señaló que el clonazolam había intervenido en casos de intoxicación mortal y no mortal y de conducción con las facultades disminuidas. Los casos de intoxicación se habían caracterizado por la somnolencia, la confusión y la pérdida del conocimiento. El observador señaló también que las benzodiazepinas, como el clonazolam, entrañaban riesgos considerables cuando se mezclaban con opioides, ya que podían potenciar el efecto depresor respiratorio de estos. El clonazolam se había detectado en varios países de todas las regiones y cada vez era más frecuente su venta fraudulenta como fármaco benzodiazepínico. El clonazolam carecía de utilidad terapéutica conocida. Dado que consideraba que el potencial de abuso y los efectos nocivos del clonazolam eran similares a los de las benzodiazepinas incluidas en la Lista IV del Convenio de 1971, el Comité de Expertos en Farmacodependencia recomendaba que el clonazolam también se incluyera en la Lista IV del Convenio de 1971.

g) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir el diclazepam en la Lista IV del Convenio de 1971

13. El observador de la OMS informó a la Comisión de que el diclazepam era una benzodiazepina cuya estructura química y efectos eran similares a los del diazepam, que estaba incluido en la Lista IV del Convenio de 1971. Se había encontrado en forma de comprimidos, píldoras y líquido y, a juzgar por la información disponible, se consumía principalmente por vía oral. El diclazepam producía los efectos característicos de las benzodiazepinas, como sedación y relajación muscular. El mecanismo de acción y los efectos del diclazepam indicaban que tenía potencial de generar dependencia y que era probable que fuera objeto de uso indebido. Además, el diclazepam se metabolizaba en las benzodiazepinas delorazepam, lorazepam y lormetazepam, que eran metabolitos activos y eran también fármacos incluidos en la Lista IV del Convenio de 1971. El observador señaló que el diclazepam se había relacionado con casos de conducción con las facultades disminuidas, agresiones sexuales facilitadas por las drogas e intoxicaciones mortales. El observador señaló también que las benzodiazepinas, como el diclazepam, entrañaban riesgos considerables cuando se mezclaban con opioides, ya que podían potenciar el efecto depresor respiratorio de estos. Varios países de diversas regiones habían comunicado incautaciones de diclazepam. El diclazepam cada vez se vendía más de forma fraudulenta como fármaco benzodiazepínico, por lo general como diazepam, y carecía de utilidad terapéutica conocida. Dado que consideraba que el potencial de abuso y los efectos nocivos del diclazepam eran similares a los de las benzodiazepinas incluidas en la Lista IV del Convenio de 1971, el Comité de Expertos

en Farmacodependencia recomendaba que el diclazepam también se incluyera en la Lista IV del Convenio de 1971.

h) Examen de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud de incluir el flubromazolam en la Lista IV del Convenio de 1971

14. El observador de la OMS informó a la Comisión de que el flubromazolam era una benzodiazepina muy potente cuya estructura química y efectos eran similares a los del alprazolam y el triazolam, que estaban incluidos en la Lista IV del Convenio de 1971. Se había encontrado en forma de comprimidos y líquido y, a juzgar por la información disponible, se consumía principalmente por vía oral. El flubromazolam producía los efectos característicos de las benzodiazepinas, como sedación y relajación muscular. El mecanismo de acción y los efectos del flubromazolam indicaban que tenía potencial de generar dependencia y que era probable que fuera objeto de uso indebido. El observador señaló que el flubromazolam se había relacionado con casos de conducción con las facultades disminuidas y de intoxicación mortal y no mortal. Los casos de intoxicación por flubromazolam que habían requerido hospitalización se habían caracterizado por un estado de sedación profunda, disminución de la conciencia y disminución de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. El observador señaló también que las benzodiazepinas, como el flubromazolam, entrañaban riesgos considerables cuando se mezclaban con opioides, ya que podían potenciar el efecto depresor respiratorio de estos. Varios países de diversas regiones habían comunicado incautaciones de flubromazolam, y cada vez era más frecuente su venta fraudulenta como fármaco benzodiazepínico. El flubromazolam carecía de utilidad terapéutica conocida. Dado que consideraba que el potencial de abuso y los efectos nocivos del flubromazolam eran similares a los de las benzodiazepinas incluidas en la Lista IV del Convenio de 1971, el Comité de Expertos en Farmacodependencia recomendaba que el flubromazolam también se incluyera en la Lista IV del Convenio de 1971.

2. Dificultades y futura labor de la Comisión de Estupefacientes, la Organización Mundial de la Salud y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes en lo que respecta al examen de sustancias con miras a la formulación de recomendaciones sobre su posible inclusión en las listas o cuadros de los tratados

15. Varios oradores resaltaron que las nuevas sustancias psicoactivas seguían suponiendo una grave amenaza, sobre todo para la salud pública, y se mencionaron los potentes opioides sintéticos como motivo de especial preocupación.

16. Varios oradores expresaron su agradecimiento por los progresos que en los últimos años habían realizado la OMS, la UNODC y la JIFE en sus respectivas funciones en cuanto a la fiscalización de las nuevas sustancias psicoactivas y los precursores más perjudiciales. Los oradores mencionaron diversos enfoques y estrategias nacionales y regionales y señalaron la necesidad continuada de actuar a nivel internacional en lo relativo a compartir de manera oportuna datos e información basados en datos científicos. Se señaló la contribución que realizaba el sistema de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas de la UNODC para informar a la comunidad internacional acerca de las novedades relativas a esas sustancias, y se destacó la importancia de la cooperación con el sector privado.

17. Varios oradores reconocieron la rápida proliferación de sustancias químicas no fiscalizadas, incluidos precursores de diseño sin usos legítimos conocidos. Los oradores explicaron las dificultades que planteaban esas sustancias y las medidas que se habían adoptado en los países, pero reconocieron que eran necesarios esfuerzos a nivel internacional. Se agradeció a la JIFE que hubiera iniciado un debate sobre políticas en el documento de sesión en el que se presentaban opciones para hacer frente a la proliferación de sustancias químicas no fiscalizadas, incluidos precursores de diseño, a modo de contribución a un diálogo de políticas más amplio (E/CN.7/2020/CRP.13). Los oradores expresaron su apoyo a las iniciativas internacionales y alentaron a los Gobiernos a que participaran en un diálogo sobre las opciones disponibles.

18. Varios oradores resaltaron su apoyo a las actividades de la UNODC, la OMS y la JIFE, tales como el Programa Global de Vigilancia de las Drogas Sintéticas: Análisis, Informes y Tendencias (SMART) de la UNODC, la estrategia en materia de opioides de la UNODC, el Kit de Herramientas de las Naciones Unidas sobre Drogas Sintéticas y la labor del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, así como las plataformas de intercambio de datos, las alertas multilaterales y las operaciones de la JIFE para frenar el tráfico de drogas sintéticas, otras sustancias peligrosas y precursores.

3. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes

19. Varios oradores expresaron su agradecimiento por el informe anual de la JIFE correspondiente a 2020, así como por otros informes de la JIFE, como el informe sobre precursores, los informes técnicos, y el informe especial titulado “Celebración de los 60 años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y los 50 años del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971”. Compartieron sus opiniones sobre aspectos concretos de los informes e hicieron referencia a determinadas dificultades que se destacaban en ellos, por ejemplo, el consumo de drogas por personas de edad.

20. Los oradores reiteraron su compromiso con los tratados de fiscalización internacional de drogas, y algunos de ellos afirmaron que esos tratados constituían la piedra angular del sistema de fiscalización internacional de drogas. Se resaltó la importancia de la cooperación internacional para prevenir y combatir el tráfico de sustancias sometidas a fiscalización internacional. Algunas delegaciones hicieron referencia específicamente a los problemas que planteaban sustancias como la ketamina y el tramadol. Además, varios oradores hicieron hincapié en la relación entre la labor contra las drogas y los derechos humanos, tal como se había reconocido en el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”.

21. Varios oradores acogieron con satisfacción la iniciativa de la Junta de elaborar directrices sobre la fiscalización y la vigilancia del cannabis y las sustancias relacionadas con el cannabis para fines médicos y científicos. Se subrayó que la decisión 63/17 de la Comisión no legitimaba el uso más amplio del cannabis, en particular su uso con fines recreativos.

4. Cooperación internacional para garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, evitando al mismo tiempo su desviación

22. Se expresó agradecimiento por la labor que realizaban la JIFE, la OMS y la UNODC, así como la Comisión, para garantizar una disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, en particular en relación con las necesidades de los pacientes de COVID-19.

23. Algunos oradores siguieron expresando preocupación por las disparidades que existían en todo el mundo con respecto al nivel de disponibilidad, y se alentó a los Estados Miembros a que facilitaran el acceso a las medicinas y mejoraran la calidad de estas sin dejar de tener en cuenta las preocupaciones por el uso de medicinas fiscalizadas con fines no médicos. Se hizo hincapié en que debían tratarse esas cuestiones manteniendo al mismo tiempo la integridad de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Algunos oradores señalaron la necesidad de hacer frente al problema desde una perspectiva centrada en los pacientes y sobre la base del derecho a la salud.

24. Varios oradores describieron medidas legislativas y administrativas específicas adoptadas por sus Gobiernos para mejorar el acceso a las sustancias fiscalizadas y su disponibilidad para fines médicos durante la pandemia de COVID-19, como el uso de herramientas digitales, y los planes de estudios centrados en las cuestiones del acceso y la disponibilidad.

25. Diversos oradores destacaron la importancia de los tratados de fiscalización internacional de drogas y la utilidad de los conocimientos técnicos especializados de la JIFE, la OMS y la UNODC para abordar la cuestión de garantizar la disponibilidad de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos, evitando al mismo tiempo su desviación, así como la importancia de la cooperación internacional para hacer frente al problema mundial de las drogas sobre la base de la responsabilidad común y compartida. Algunos oradores expresaron la opinión de que la Comisión, la UNODC y la JIFE deberían seguir apoyando a los países para que abordaran esos problemas habida cuenta de que persistían las disparidades en todo el mundo.

5. Otras cuestiones dimanantes de los tratados de fiscalización internacional de drogas

26. Se hizo referencia al Sistema Internacional de Autorización de Importaciones y Exportaciones (I2ES) implantado en línea por la JIFE. Se mencionó que durante la pandemia de COVID-19 habían sido cada vez más comunes los certificados electrónicos de importación, lo cual había dificultado su verificación y ocasionado demoras en la importación de sustancias fiscalizadas para fines médicos. Se pidió a los países importadores que utilizaran las direcciones de correo electrónico oficiales que figuraban en el directorio de autoridades nacionales competentes confeccionado con arreglo a la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 y publicado por la UNODC.

B. Medidas adoptadas por la Comisión

27. En su sexta sesión, celebrada el 14 de abril de 2021, la Comisión decidió por 44 votos contra ninguno y 1 abstención incluir el isotonitaceno en la Lista I de la Convención de 1961. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

28. En la misma sesión, la Comisión decidió por 47 votos contra ninguno y ninguna abstención incluir la CUMIL-PEGACLONE en la Lista II del Convenio de 1971. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

29. En la misma sesión, la Comisión decidió por 47 votos contra ninguno y ninguna abstención incluir la MDMB-4en-PINACA en la Lista II del Convenio de 1971. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

30. En la misma sesión, la Comisión decidió por 46 votos contra ninguno y 1 abstención incluir la 3-metoxifenclidina en la Lista II del Convenio de 1971. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

31. En la misma sesión, la Comisión decidió por 46 votos contra ninguno y 1 abstención incluir la difenidina en la Lista II del Convenio de 1971. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

32. En la misma sesión, la Comisión decidió por 46 votos contra ninguno y 1 abstención incluir el clonazolam en la Lista IV del Convenio de 1971. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

33. En la misma sesión, la Comisión decidió por 46 votos contra ninguno y 1 abstención incluir el diclazepam en la Lista IV del Convenio de 1971. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

34. En la misma sesión, la Comisión decidió por 46 votos contra ninguno y 1 abstención incluir el flubromazolam en la Lista IV del Convenio de 1971. (Véase el texto de la decisión en el capítulo I, sección C, decisión [...].)

35. Formularon declaraciones en explicación de voto los representantes de China (en línea), el Ecuador, Kenya y Sudáfrica. Además, un observador (en línea) formuló una declaración.