I. Consumo excesivo de drogas sometidas a fiscalización internacional

A. Medidas para asegurar el uso de las drogas sometidas a fiscalización con fines médicos y científicos

1. La utilización como fármacos de muchos de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas actualmente sometidos a fiscalización en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes[1] y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971[2] se consideró en el ámbito de la farmacoterapia como un progreso, en particular para el tratamiento del dolor y de ciertos tipos de trastornos neurosiquiátricos. Los estupefacientes como la cocaína, el opio y la heroína fueron acogidos con entusiasmo y aplicados con fines médicos en todo el mundo hasta que se reconocieron sus propiedades adictivas y sus limitaciones terapéuticas cuando se los aplicaba en gran escala. Muy pronto se aceptó en forma universal que los riesgos sociales y para la salud que esas drogas representaban para los consumidores individuales y para la sociedad, junto con su uso incontrolado o excesivo y su gran disponibilidad, superaban con mucho a los beneficios derivados de su uso con fines médicos. La fabricación y el comercio internacional de esas drogas fueron sometidos a reglamentaciones nacionales e internacionales.

2. Las innovaciones científicas y el desarrollo de la industria farmacéutica abrieron gradualmente el camino a medicinas más seguras, más selectivas e igualmente potentes para aliviar el dolor y otras formas de sufrimiento humano y a la posibilidad de depender menos de drogas que producen una alta dependencia. El sistema mundial de reglamentación fue objeto de más aceptación, y como consecuencia de esto la fabricación y el comercio para fines médicos de muchas drogas con un alto potencial de dependencia, como el opio y la cocaína, disminuyeron rápidamente. Lo mismo sucedió con los usos médicos de muchas drogas sicotrópicas, como los barbitúricos, varios hipnóticos sedantes no barbitúricos y muchas anfetaminas. Con todo, ante la falta de alternativas perfectas muchos estupefacientes y sustancias sicotrópicas que distan mucho de ser ideales se siguen utilizando en la actualidad como fármacos para el tratamiento de enfermedades y el alivio del dolor y otras formas de sufrimiento humano. Su verdadero valor como medicina depende siempre de la disponibilidad de alternativas más seguras para los mismos fines. Una importante tarea de las autoridades gubernamentales es asegurar una disponibilidad adecuada para fines médicos en condiciones controladas. También se necesitan drogas sometidas a fiscalización para fines científicos, a fin de que se puedan realizar investigaciones sobre drogas más seguras para esos y otros fines conexos.

3. El dolor y otras formas de sufrimiento pueden resultar de enfermedades o de un estado de dependencia de una droga sicoactiva, que en ciertas circunstancias puede ser beneficiosa, tras un uso excesivo prolongado. Aunque la no disponibilidad de drogas puede privar a los pacientes de sus derechos fundamentales y de la oportunidad de aliviar su dolor, la disponibilidad excesiva de drogas puede dar lugar a la desviación de esas drogas hacia el tráfico ilícito y al uso indebido de la droga, creando dependencia, y de esta forma puede causar sufrimientos innecesarios[3]. El uso indebido de drogas sometidas a fiscalización, como las anfetaminas y las benzodiacepinas, desviadas hacia canales ilícitos en diversas etapas de su distribución, sigue siendo un problema generalizado en muchos países y requiere medidas apropiadas para vigilarlo y combatirlo.

4. Está bien documentada la sinergia producida por la fácil disponibilidad, el uso inapropiado de drogas medicinales sometidas a fiscalización y la difusión del consumo ilícito de drogas. En el pasado, el uso indebido de drogas había alcanzado niveles significativos como resultado del consumo no controlado e inapropiado desde un punto de vista médico de drogas sometidas a fiscalización. Esto se ha observado en muchos países, tanto desarrollados como en desarrollo, y ha sido la principal razón de que, a partir de 1971, los gobiernos extendieran la fiscalización a un número creciente de sustancias sicotrópicas utilizadas con fines médicos.

5. Durante los dos últimos decenios, los sistemas de fiscalización nacionales e internacionales se han aplicado de manera más coherente y universal, y esto les ha conferido más eficacia. En el futuro habrá que mantener y superar esos logros. Los siguientes son otros resultados importantes: la mayor correspondencia entre los volúmenes de fabricación y de comercio mundiales de opiáceos y de muchas sustancias sicotrópicas (barbitúricos, varias anfetaminas y benzodiacepinas) y las necesidades legítimas; en casi todos los continentes, la considerable reducción del volumen y el número de casos de desviación; y el gradual mejoramiento de los reglamentos nacionales, incluidas las prácticas de prescripción de medicinas.

6. El uso ilícito de drogas se ha extendido a todo el mundo. La disponibilidad excesiva y los controles reglamentarios inadecuados pueden dar lugar fácilmente a nuevas pautas de uso indebido de drogas. Por lo tanto, los gobiernos, en cooperación con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes deben vigilar de cerca la oferta y la demanda de esas drogas. En su informe correspondiente a 1999[4], la Junta, de conformidad con su man-

dato de supervisar la aplicación nacional de los principales objetivos de los tratados de fiscalización internacional de drogas, examinó la cuestión del suministro de drogas sometidas a fiscalización para fines de alivio del dolor y el sufrimiento a fin de determinar si era suficiente. La Junta determinó que los objetivos de los tratados de fiscalización internacional de drogas no se habían logrado de manera uniforme en todo el mundo. Observó con preocupación que en todo el mundo continuaban las disparidades en cuanto a la disponibilidad real y las discrepancias injustificables en el consumo de importantes estupefacientes y sustancias sicotrópicas lícitos en diferentes regiones.

7. Por las razones mencionadas más arriba, la disponibilidad ilimitada o excesiva y los usos no apropiados o con fines no médicos de las drogas sometidas a fiscalización preocupan a la Junta tanto como el suministro insuficiente. Sobre la base de sus exámenes anteriores, la Junta encuentra suficientes razones para creer que en ciertos países continuarán las tendencias de la oferta y el consumo excesivos y no controlados, y que pueden estar apareciendo nuevos problemas.

B. Necesidades y disponibilidad para fines médicos: dos variables que hay que evaluar y ajustar

8. A nivel nacional, el suministro de drogas en general debe corresponder lo más ajustadamente posible a las necesidades para fines médicos (y científicos) y, por lo tanto, es importante evaluar esas necesidades con la mayor precisión posible. Esa buena correspondencia es aún más importante respecto de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas en razón de su potencial de uso indebido y del riesgo de desviación hacia los mercados ilícitos. En los decenios anteriores, la falta de controles coherentes con frecuencia resultó en un volumen de fabricación de varias sustancias sicotrópicas muy superior a las necesidades mundiales para fines médicos, y esto resultó a su vez en frecuentes incidentes de desviación en gran escala de esas sustancias hacia canales ilícitos. La aplicación cada vez más universal del Convenio de 1971 ha hecho que esos incidentes sean raros, lo que ha mejorado considerablemente la eficacia del sistema de tratados en el campo de las sustancias sicotrópicas. Ahora bien, por razones de índole económica y cultural, esas mejoras no han reducido mucho las disparidades entre las regiones y los países en términos de su acceso a drogas para fines médicos sometidas a fiscalización. Las cifras del consumo mundial de drogas lícitas muestran que el grueso de las medicinas se sigue consumiendo en unos pocos países[5], y esta proporción es aún mayor respecto de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas. Los países económicamente débiles y los sectores más pobres de la sociedad siguen teniendo poco o ningún acceso a medicinas y atención médica, si alguno, y es poco lo que el sistema de tratados puede hacer a este respecto.

9. La medida en que las drogas, incluidas las sustancias sometidas a fiscalización, se utilizan con fines médicos depende de muchos factores y variables. Las condiciones económicas y sociales de un país, junto con la importancia que se otorga al cuidado de la salud, determinan en gran medida la capacidad nacional para prestar servicios de salud y, en última instancia, la disponibilidad de medicinas en general. El funcionamiento efectivo de los controles reglamentarios es también una condición importante.

10. La mayoría de los países en desarrollo carecen de los recursos y la experiencia necesarios para determinar las necesidades con fines médicos y ajustar el suministro de drogas a esas necesidades. La práctica médica muestra variaciones superiores a las deseadas atribuibles a un escasez crónica de personal y a información y capacitación inadecuadas. Al mismo tiempo, la experiencia indica que la disponibilidad real de drogas por lo general supera a las necesidades en muchos países desarrollados. En esos países, los factores sociales y culturales y las actitudes que influyen en el consumo tergiversan la percepción y la determinación de las necesidades reales con fines médicos.

11. Por las razones mencionadas más arriba, es conveniente que las dos variables no sólo se conozcan sino que también se ajusten de manera eficaz en función del costo. Las necesidades nacionales de drogas se pueden determinar de varias maneras. Las cifras basadas en la morbilidad, es decir, las tasas de prevalencia de enfermedades específicas (el método de la morbilidad), o en los estudios periódicos del consumo nacional pasado de drogas determinadas (el método del consumo) pueden, en teoría, constituir una base para estimar las necesidades nacionales. Aunque en ciertas condiciones son útiles, ambos métodos tienen limitaciones, especialmente cuando se hacen comparaciones internacionales. Entre ellas figuran las siguientes:

a) Las variaciones, dentro de los países y entre éstos, de los datos de prevalencia de morbilidad comunicados respecto de ciertas condiciones siquiátricas suelen ser grandes, lo que a su vez indica una considerable variación en los criterios de diagnóstico médico;

b) Las prácticas de tratamiento (elección de la farmacoterapia, las opciones de tratamiento complementarias o alternativas, la elección de la droga, la dosis, la duración) también varían mucho dentro de los países y entre éstos; por ejemplo, pese a las actividades de armonización que se realizan permanentemente, hay considerables diferencias en las prácticas médicas comunicadas por Estados miembros de la Unión Europea;

c) Las pautas del uso de sustancias sometidas a fiscalización en general y, sobre todo, de determinadas sustancias cambian con el tiempo en función de los avances en el desarrollo de drogas, pero también por efecto de la reglamentación y los controles; esos cambios no suelen ser parejos y añaden complejidad a la evaluación de las variaciones entre los países;

d) En muchos países, las cifras que reflejan los niveles de consumo pasados de medicinas seleccionadas sólo pueden dar una indicación general de las necesidades reales en razón de los efectos de distorsión de las condiciones económicas y de la infraestructura.

12. Las comparaciones de los datos del consumo entre los países y las regiones parecen ser los indicadores más útiles para discernir las diferencias en los niveles de consumo y las tendencias no usuales que requieren atención. En sus informes recientes la Junta señaló las diferencias amplias y consistentes entre los niveles de consumo de países de América del Norte y de Europa[6]. Las cifras anuales comunicadas muestran que el consumo de estimulantes de tipo anfetamina es considerablemente mayor en los Estados Unidos que en países de Europa y de otras partes, mientras que el consumo de hipnóticos sedantes de tipo benzodiacepinas y ansiolíticos es uniformemente más alto en países de Europa. Desde la segunda parte del decenio de 1980, cuando los gobiernos comenzaron a comunicar a la Junta datos sobre las benzodiacepinas, el consumo medio per cápita de benzodiacepinas ha sido mucho más alto en Europa que en cualquier otra región; en promedio, tres veces más alto en países de Europa que en los Estados Unidos de América. Durante el mismo período, el consumo de anfetaminas de la Lista II del Convenio de 1971 ha sido unas diez veces más alto en los Estados Unidos que en cualquier país de Europa. Se han registrado diferencias uniformemente grandes en algunos países europeos que, por otra parte, tienen condiciones económicas similares. En Francia, por ejemplo, el nivel de consumo de benzodiacepinas ha sido durante muchos años uno de los más altos de Europa, y en promedio más del doble que el de Alemania o Noruega. En los últimos años, sin embargo, las autoridades francesas han logrado reducir significativamente el consumo de benzodiacepinas mediante serios esfuerzos por promover un uso más racional de esas sustancias (véase el párrafo 177 *infra*).

13. Los niveles de consumo de drogas son considerablemente más bajos en los países en desarrollo, y esto se debe en gran parte a limitaciones económicas. El consumo medio de hipnóticos sedantes de tipo benzodiacepina en el período 1997-1999 fue (en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes por día) de 34 en Europa, 8 en las Américas, 6 en Asia y 1,3 en África. El consumo medio de ansiolíticos de tipo benzodiacepina es también desproporcionado: 41 en Europa, 24 en las Américas, 13 en Asia y 6 en África. En el mundo en desarrollo también es típico encontrar grandes variaciones entre los países; algunos países consumen cantidades per cápita más altas que la mayoría, mientras que otros comunican un consumo prácticamente cero[7].

14. El consumo excesivo de drogas que no está justificado desde un punto de vista médico, y que predomina en los países desarrollados, tiene varias causas y razones de carácter general y, a veces, específicas del país; las más importantes son los entornos comerciales, socioculturales y educacionales de esos países. Asimismo, la riqueza y la prosperidad recién adquiridas parecen ser el origen de un consumo de drogas rápidamente creciente en países y territorios que pasan por períodos de rápido crecimiento económico (por ejemplo, en Malasia, Singapur y Tailandia y en Hong Kong, Región Administrativa Especial de China), especialmente si ese consumo (como anorexígenos) se percibe como parte de una nueva moda.

15. En los países desarrollados, la prevalencia de la ansiedad y el insomnio y el consumo de hipnóticos sedantes están creciendo, siendo las personas de más edad los principales consumidores. La Junta observa con preocupación el frecuente uso prolongado (más de un año y a veces indefinidamente) de sustancias sicotrópicas para tratar reacciones sicológicas a las presiones sociales sin que se haya diagnosticado un trastorno concreto. Hay diferentes formas de insomnio, ansiedad, obesidad e hiperactividad infantil, así como diversos tipos de dolor, que en la medicina moderna se tratan mucho con drogas sometidas a fiscalización, los opiáceos, las anfetaminas, los barbitúricos y las benzodiacepinas (en orden de su potencial de dependencia); esto afecta a grandes grupos de la población de muchos países y tiende a ser de naturaleza crónica. Muchos estudios muestran que la ansiedad clínicamente significativa afecta hasta al 15% de la población de muchos países. En algunos países desarrollados, la prevalencia de la obesidad se estima en hasta el 30%, lo que resulta en importantes costos económicos y para la salud, directos e indirectos. En muchos países se han comunicado cifras de prevalencia similares para el insomnio. Se calcula que hasta el 4% de la población de muchos países desarrollados consume de ordinario y por períodos prolongados hipnóticos sedantes de tipo benzodiacepina. Un número considerable de estos pacientes (hasta el 70%) también parece sufrir de presiones sociales más que de una verdadera enfermedad física o mental. En algunos países, hasta el 25% al 33% de todos los pacientes a los que se ha recetado un ansiolítico o un hipnótico sedante recibieron ese tratamiento sin que se les hubiera diagnosticado un trastorno mental[8]. El uso de medicinas o sustancias sometidas a

fiscalización y una creciente cultura de la automedicación son comportamientos cada vez más aceptados por la sociedad. Estudios recientes indican que en muchos países del 70% al 95% de las enfermedades son tratadas directamente por las propias personas afectadas, y esta tendencia tiene una importante influencia en la práctica de la medicina y en las relaciones entre médico y paciente en general[9].

16. Se observan tendencias similares en muchos países en desarrollo y en los grupos de personas más jóvenes. Se está difundiendo la práctica de corregir el humor y el comportamiento mediante el uso de drogas sometidas a fiscalización. Esto influye en el entorno inmediato del individuo y, en última instancia, en la sociedad e impone una carga considerable a la economía y la infraestructura nacional. Así pues, para los gobiernos el mantenimiento de un suministro y consumo de drogas, especialmente las sometidas a fiscalización, ajustados a los niveles justificados desde un punto de vista médico es no sólo una cuestión importante de salud pública sino también una cuestión económica.

C. Efectos de la cadena de distribución de drogas sobre el consumo

Influencia de la industria manufacturera

17. La fabricación y el comercio de drogas son sectores dinámicos importantes de la economía mundial que están sujetos a un complejo mecanismo reglamentario para proteger a los consumidores. Este mecanismo de salvaguardia está en manos de los gobiernos. Cada participante en la cadena de suministro de drogas entre el fabricante y el consumidor tiene intereses, oportunidades y obligaciones particulares. Los beneficiarios deberían ser idealmente los pacientes y la sociedad en general. La disponibilidad excesiva se produce cuando la influencia relativa de estos grupos está desequilibrada, por ejemplo como resultado de reglamentaciones gubernamentales deficientes o de la promoción ilícita o inmoral de las drogas.

18. La continua expansión del libre comercio confiere aún más importancia a la necesidad de un comportamiento ético y responsable de los fabricantes en la promoción de todos los productos medicinales. Los requisitos reglamentarios relativos a los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas representan responsabilidades adicionales para los fabricantes, muchos de los cuales están convencidos, en principio, de que les conviene aceptar esas responsabilidades y cumplir las disposiciones reglamentarias nacionales e internacionales. La experiencia muestra, sin embargo, que ciertas políticas relativas a las prácticas de promoción y venta de las empresas pueden interferir en una buena política de salud pública[5]. Como ejemplos se pueden citar la permanente fabricación, el comercio y la promoción de: *a)* ciertas drogas sometidas a fiscalización cuando se dispone de mejores opciones de tratamiento o drogas alternativas más seguras (por ejemplo, la continuada promoción de las sustancias de tipo anfetamina para el control del peso); y *b)* drogas o preparados que no han sido suficientemente ensayados en grupos de consumidores específicos, como niños, mujeres embarazadas o personas de más edad. Por razones éticas, son pocas las medicinas sicotrópicas que han sido adecuadamente ensayadas en cuanto a seguridad y eficacia en los niños, aunque tienen altas tasas de prescripción médica. Esta situación ha sido objeto de exámenes críticos[10, 11].

19. La comprensión científica de los procesos fisiológicos subyacentes de ciertas condiciones de la salud, como la obesidad y los trastornos de la concentración, ha avanzado lentamente en los últimos decenios. Ante la falta de terapias efectivas para combatir las causas, en el tratamiento sintomático se siguen utilizando, en gran medida, medicinas de tipo anfetamina y metanfetamina (anorexígenos de tipo anfetamina y metilfenidato). Las características terapéuticas y el uso de estas sustancias habían bajado a niveles modestos al reconocerse su limitada eficacia y seguridad. Más tarde, fueron sometidas a una estricta fiscalización nacional e internacional. La Junta, en sus informes anteriores, ha señalado los posibles problemas que podrían resultar de la renovada popularidad de esas sustancias, como se refleja en los aumentos sin precedentes en su fabricación y consumo en algunos países. El empleo creciente de esas sustancias para tratar a niños de edad escolar y hasta preescolar[10, 11] sin contar con definiciones, criterios de diagnóstico y orientaciones prácticas universalmente aceptadas y validadas para esa práctica, ha dado lugar recientemente a mucha preocupación.

20. En algunos países, la promoción de las ventas de una empresa con frecuencia está dirigida no sólo a los médicos sino también a la población, soslayando de esta forma prohibiciones en cuanto a publicidad. La propaganda directa suele describir a las drogas como bienes de consumo común, alentando de esta forma un mayor consumo. Representantes y distribuidores de propiedad de la empresa distribuyen muestras gratuitamente, tanto en países desarrollados como en desarrollo. La continuación de estos métodos de venta agresivos puede ser una señal de que las reglamentaciones gubernamentales son inadecuadas o de que hay deficiencias en la aplicación de los reglamentos existentes. Ese tipo de promoción de las ventas es característico, por ejemplo, de los mercados de las medicinas de países con estructuras de mercado rápidamente cambiantes, como los países de Europa central y oriental.

21. La calidad y cabalidad de la información relacionada con las drogas que los fabricantes de productos farmacéuticos proporcionan a médicos y pacientes suele tener varia-

ciones inaceptables[12, 13]. Esta cuestión reviste una importancia fundamental, ya que los médicos suelen considerar la publicidad y la información escrita de las compañías como la principal fuente de información sobre drogas. La promoción de las drogas a veces consiste en apoyo, incluso el suministro de información relacionada con las drogas preparada específicamente y dirigida a diversas asociaciones y grupos de profesionales para su ulterior difusión a los consumidores. Se han comunicado casos aislados de apoyo financiero directo a ese tipo de asociaciones civiles o profesionales y grupos de promoción.

22. La industria farmacéutica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han elaborado normas de ética para la promoción de drogas medicinales[14], pero parece que algunas compañías no las observan. El uso de métodos de promoción de ventas efectivos pero discutibles con frecuencia ha precedido a los aumentos en el consumo de sustancias sicotrópicas. La Junta desea reiterar la petición hecha a los gobiernos en su informe de 1996[15] de que se adhieran estrictamente a las disposiciones del artículo 10 del Convenio de 1971, que prohíbe la publicidad de sustancias sicotrópicas dirigida a la población en general.

23. Un gran número de compañías diversas utilizan cada vez más la Internet para hacer publicidad sobre drogas, incluidas las medicinas de venta bajo receta. En muchos países está creciendo rápidamente el número de distribuidores de drogas sometidas a fiscalización que operan en la Internet. Algunas de esas compañías, que operan sin licencia ni sistemas de control de calidad, está de hecho realizando actividades ilícitas. El potencial de abuso es alto; en algunos países, esas actividades han continuado pese a la aplicación de controles estatales, lo que da lugar a una gran preocupación a los niveles nacional e internacional[16]. El abastecimiento de drogas controladas a esas empresas plantea la cuestión de la responsabilidad de los fabricantes.

24. En muchos países, hay ciertas formas no reguladas de mercados de drogas, denominados "mercados callejeros", que siguen funcionando paralelamente a las farmacias con licencias, y con frecuencia debido a la falta de éstas. Los principales factores que contribuyen a su existencia son la falta de poder adquisitivo, el alto costo de las medicinas de buena calidad y la debilidad de la infraestructura. Los proveedores inmorales de grandes cantidades de medicinas desviadas, así como de fármacos no registrados, de calidad inferior o falsos a esos "mercados callejeros" paralelos de muchos países en desarrollo están en evidente contravención de la ley. Su existencia es prueba de las deficiencias de la reglamentación nacional. Se necesitan esfuerzos internacionales concertados, en los que participen activamente fabricantes de fármacos de buena fe, para erradicar esos canales ilícitos de suministro de drogas[17].

Influencia de la práctica médica

25. La profesión médica tiene una importante responsabilidad en el expendio adecuado de drogas en general y en la prescripción de drogas sometidas a fiscalización en particular. El que emite la receta es quién escoge la droga, su dosis, la duración y la terminación del tratamiento y, en definitiva, la disponibilidad de una determinada droga sicoactiva para un paciente dado. El médico tiene un alto grado de libertad profesional y discreción en esas decisiones. Una decisión bien fundamentada sobre la terapia apropiada se basa en una relación buena y de confianza entre el médico y el paciente, una evaluación y un diagnóstico precisos del médico y un examen cuidadoso de las terapias disponibles, incluidos los beneficios y riesgos previstos. La interacción entre el médico y el paciente comprende para ambos responsabilidades cuya magnitud está determinada por la cultura del país de que se trata. En una era de amplio acceso a información relacionada con la salud, de "concordancia" y de adopción conjunta de decisiones, el paciente aporta una contribución cada vez más importante a todo el proceso de la terapia en una denominada "alianza terapéutica"[18]. Sólo de esta forma se puede esperar una mejora de las bajas tasas de cumplimiento de la terapia por los pacientes (60% a 75%) comunicadas respecto de diversos trastornos mentales y físicos tratados con drogas sicoactivas. Es indispensable educar permanentemente a la población en el uso de las drogas.

26. Como se examinó en los párrafos 8 a 16 *supra*, las importantes variaciones específicas de países y entre países en los datos sobre uso de drogas y morbilidad siquiátrica indican, entre otras cosas, que sigue habiendo considerables variaciones en la práctica médica (densidad de los servicios, relación entre médico y paciente, calidad profesional y actitudes y prácticas de diagnóstico y terapia) entre países en los que todas las demás condiciones son similares, y a veces dentro de cada país. Las preferencias y elecciones de los médicos, otro personal sanitario y los propios pacientes influyen mucho en el uso de las drogas y siguen causando grandes variaciones. Pese a que se reconoce la urgente necesidad de armonizar y normalizar, el consenso en este campo se ha desarrollado lentamente. Por consiguiente, un grupo importante de problemas de la gestión nacional e internacional de la disponibilidad y el uso de drogas puede imputarse a las incoherencias o deficiencias de la práctica médica[18].

27. Las prácticas no apropiadas de prescripción de medicinas sicoactivas sujetas a fiscalización incluyen la prescripción no fundamentada, la prescripción a la ligera o no consistente, la prescripción voluntaria y regular con fines de uso indebido, y la automedicación y autoadministración. Las principales causas subyacentes de ese comportamiento parecen ser una capacitación no adecuada, la escasez de

información, actitudes descuidadas o indulgentes, la falta de un sentido de responsabilidad profesional, el comportamiento inmoral, la adicción personal a las drogas y el comportamiento delictivo o los intereses financieros directos.

28. Muchos estudios detallados parecen indicar que la dependencia excesiva del tratamiento farmacológico de los trastornos mentales y las condiciones siquiátricas, con una preferencia a encontrar soluciones rápidas exclusivamente mediante el uso de fármacos, es un importante factor que contribuye al consumo excesivo en ciertos países. Los efectos perjudiciales a largo plazo se suelen ignorar, subestimar o subordinar al ahorro de costos a corto plazo. Hay una gran variedad de tipos de tratamiento complementarios o alternativos para muchos de los desórdenes mentales y condiciones dolorosas que actualmente se tratan con fármacos (sicoterapia, orientación y medicina tradicional), y esas alternativas pueden ser a veces culturalmente más pertinentes y más efectivas[19]. Varios estudios recientes, sin embargo, indican que sigue siendo común el uso de múltiples drogas (polifarmacia), a menudo en combinaciones irracionales, en dosis inadecuadas y en tratamientos de duración excesivamente larga. Esa práctica médica contradice los principios de la eficacia en función del costo y de la terapia racional basadas en métodos probados, y constituye un desperdicio de los recursos.

29. En los últimos años la Junta ha tomado nota de buenas iniciativas nacionales e internacionales para promover prácticas de prescripción de medicinas correctas desde un punto de vista profesional. Las asociaciones nacionales de médicos y otros profesionales han acordado definiciones de síndromes, mejores criterios de diagnóstico, enfoques terapéuticos adecuados y buenas prácticas de prescripción de medicinas respecto de algunas condiciones de la salud que anteriormente habían sido controvertidas y para las que se utilizan drogas sicoactivas. Las actividades regionales en estas esferas, incluida la capacitación de personal sanitario, parecen estar aumentando.

30. Las comunicaciones electrónicas crean oportunidades radicalmente nuevas no sólo para los fabricantes y el comercio sino también para la profesión médica, junto con nuevas responsabilidades morales y éticas y nuevos riesgos potenciales. La telemedicina y la prescripción de medicinas por la Internet pueden facilitar mucho el acceso de grandes grupos de la sociedad a servicios médicos y farmacéuticos de bajo costo. Al mismo tiempo, el potencial de error y abuso intencional es considerable. La sustitución del contacto directo entre paciente y médico por la comunicación electrónica es problemática, particularmente en relación con el diagnóstico de trastornos siquiátricos y la prescripción de drogas sometidas a fiscalización. Los intentos por regular este campo en rápido desarrollo, que apenas se han iniciado, requieren una estrecha cooperación entre los países y los órganos internacionales pertinentes[20].

31. Estas cuestiones demuestran la complejidad de los problemas que hay que resolver para mejorar el comportamiento en la prescripción de drogas. En ese comportamiento influyen los conocimientos profesionales, las preferencias personales, las relaciones interpersonales y el entorno en que tiene lugar la relación entre médicos y pacientes. Sólo se podrán lograr mejoras duraderas a largo plazo si se realizan actividades de educación y capacitación coherentes y continuadas[9, 18, 21].

D. Efectos de los controles reglamentarios nacionales e internacionales

32. Aunque no es fácil establecer un equilibrio justo entre el suministro y el consumo de drogas sometidas a fiscalización que se usan con fines médicos, éste es uno de los objetivos que deben tratar de alcanzar las autoridades sanitarias como parte de sus esfuerzos por promover la salud pública. El mejoramiento del acceso a medicinas en los países en desarrollo va más allá de los objetivos del control reglamentario, pero la aplicación de controles eficaces puede contribuir a mejorar la situación. En países con infraestructuras deficientes y escasos recursos profesionales, el uso inadecuado de drogas sometidas a fiscalización suele darse fuera de las estructuras formales de atención de la salud. Esos usos no reglamentados suelen constituir un riesgo para la salud o un desperdicio. En esas situaciones, la principal tarea del gobierno consiste en mejorar la eficiencia de los sistemas de suministro de drogas y de medicina.

33. Si bien la subutilización de drogas suele prevalecer en los países en desarrollo, la disponibilidad excesiva de drogas se produce normalmente en países con recursos e infraestructura suficientemente desarrollados. Por regla general, esos países están en condiciones de disponer controles reglamentarios adecuados, e impedir que el consumo llegue a ser excesivo. En el pasado, sin embargo, no siempre ha sido fácil lograr esos objetivos. Algunas causas y factores contribuyentes ya se han examinado; otros que afectan específicamente a la eficacia de las reglamentaciones son los siguientes:

a) La gran diversidad de las drogas, junto con información incompleta y frecuentemente parcial, dificulta a los gobiernos y sus servicios de salud la reglamentación del uso de las drogas. Los riesgos son la pérdida de la capacidad de supervisión médica y reglamentaria, insuficiente transparencia en el suministro y utilización poco económica de los recursos fuera del sector regulado[21];

b) En algunos países, la falta de respeto por los requisitos reglamentarios es un importante factor que contribuye a incidentes de uso excesivo de drogas sometidas a fiscalización[22];

c) Hay indicaciones de que el creciente uso indebido de las comunicaciones electrónicas en la medicina, sin acatar las normas de ética y profesionales, puede exacerbar las tendencias mencionadas más arriba;

d) La mundialización de la economía tiene importantes efectos en la capacidad de los gobiernos para vigilar las actividades de la industria farmacéutica. El volumen y la intensidad crecientes del comercio libre y las empresas multinacionales que operan a través de las fronteras nacionales tienden a debilitar el poder regulador de los gobiernos respecto del control público del comercio en drogas y el acceso a éstas, su precio y las prácticas de comercialización. La Junta opina que, en condiciones caracterizadas por la mundialización y el debilitamiento de los poderes nacionales, la aplicación coherente y armonizada de los tratados de fiscalización internacional de drogas sobre la base de una cooperación regional intensificada es más importante que nunca.

34. La aplicación universal y persistente del Convenio de 1971 ha mejorado considerablemente la vigilancia mundial de la fabricación, el comercio y el uso con fines médicos de muchas sustancias sicotrópicas. Lamentablemente, hay indicios de que, como resultado de ciertas deficiencias, pueden estar creándose nuevos problemas, normalmente a nivel nacional. En algunos casos, la creciente popularidad de algunas sustancias de la Lista II (y de la Lista IV) del Convenio de 1971, sustancias consideradas moderadamente seguras, y su cada vez mayor uso con fines terapéuticos son motivo de preocupación. La Junta desea recordar a los gobiernos que medio siglo de uso de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines terapéuticos ha creado varios precedentes dignos de mención. En el pasado, las pautas de consumo de grupos enteros de sustancias, y algunas veces de una sola sustancia, han sido básicamente similares: creciente popularidad y consumo difundido, seguidos de tasas de uso indebido en aumento. Las actividades de reglamentación de los gobiernos por lo general han resultado en la reducción rápida de la fabricación, el comercio y el uso con fines médicos lícitos de las sustancias, y con frecuencia acompañada del desarrollo y la prosperidad de la fabricación y el tráfico ilícitos de las mismas sustancias. Los antecedentes indican que sin drogas más eficaces y seguras para tratar las mismas condiciones, probablemente se producirá un consumo excesivo. Todo esto subraya la importancia de la labor de investigación y desarrollo en el sector farmacéutico y de las obligaciones morales de la industria farmacéutica.

35. Las considerables reducciones en el consumo de drogas sometidas a fiscalización, como las anfetaminas y los barbitúricos, logradas en varios países durante los últimos dos decenios, indican que es posible lograr esas mejoras. Hasta principios del decenio de 1970 se fabricaron y comerciaron grandes cantidades de anfetaminas y metanfetaminas para usos médicos directos, siendo los principales fabricantes los Estados Unidos y Francia. Una vez conocidos los efectos perjudiciales de ese uso difundido, la aplicación de controles nacionales, seguida de la creación de las listas internacionales en 1971, permitió lograr importantes reducciones; los controles obligatorios pronto pasaron a ser una práctica común en todo el mundo. Ese cambio no tuvo efectos negativos en las terapias. Por el contrario, de la investigación farmacéutica resultó una serie de drogas relativamente más seguras para los mismos fines, inicialmente drogas de tipo anfetamina y más tarde drogas totalmente diferentes, que gradualmente sustituyeron o complementaron el uso de la anfetamina y la metanfetamina. El uso de los barbitúricos con fines médicos pasó por una evolución similar a principios del decenio de 1970; a eso siguieron tendencias similares en el uso de ciertas benzodiacepinas de efecto prolongado, como resultado de los continuados esfuerzos de algunos gobiernos.

36. Durante los últimos 25 años, la Junta ha indicado en sus informes que la fabricación y el comercio internacional lícitos de muchas sustancias sicotrópicas disminuyeron rápida y significativamente tras la aplicación de controles eficaces. No se han señalado a la atención de la Junta efectos importantes sobre las terapias. Esas reducciones han sido fundamentales para frenar la desviación en gran escala de esas sustancias. A continuación se dan algunos ejemplos:

a) A principios del decenio de 1980, la fabricación y el comercio mundiales de metacualona alcanzaron las 100 toneladas anuales, de las cuales la mayor parte fue desviada hacia mercados ilícitos de América del Norte y África meridional. Cuando se aplicaron controles eficaces en los principales países de fabricación y comercio, la fabricación se redujo a unas pocas toneladas anuales;

b) Después que el secobarbital se pasó de la Lista III a la Lista II del Convenio de 1971, la fabricación lícita de secobarbital disminuyó de 11 toneladas en 1988 a menos de 3 toneladas en 1990 y posteriormente se redujo aún más;

c) La fabricación lícita de fenetilina, una sustancia que en el pasado se había desviado frecuentemente en grandes cantidades, ha cesado totalmente como resultado de persistentes actividades de control realizadas en el decenio de 1980. Se han observado marcadas reducciones en la fabricación, el comercio y la desviación de otros anore-

xígenos y sicoestimulantes, como la anfepramona, el fenproporex, la fenmetracina y la pemolina.

37. Las reducciones en el uso de ciertas drogas sometidas a fiscalización mencionadas más arriba prueban claramente que las persistentes actividades nacionales, complementadas con medidas de fiscalización internacional, pueden rendir excelentes resultados. Por lo tanto, es importante que los gobiernos supervisen cuidadosamente la fabricación, el comercio y el consumo de drogas sometidas a fiscalización. Los gobiernos también pueden imponer controles o hacer más estrictos los existentes si la situación prevaleciente a nivel local lo requiere (como lo hicieron recientemente la Argentina, Chile, China, la India y Nigeria). Asimismo, la vigilancia de los efectos perjudiciales de las drogas, junto con la evaluación sistemática de las tendencias del consumo de drogas puede proporcionar una perspectiva útil para prevenir las tendencias indeseables o reaccionar rápidamente cuando éstas se produzcan.

E. Conclusiones y recomendaciones

38. Los persistentes esfuerzos de los gobiernos por reducir la disponibilidad excesiva y el consumo indiscriminado de estupefacientes y sustancias sicotrópicas han rendido importantes resultados favorables. Desde la aprobación de los tratados de fiscalización internacional de drogas se ha reducido a niveles razonables el volumen de fabricación y comercio de muchas de las drogas sometidas a fiscalización, así como el ámbito de su utilización con fines médicos. En este examen, y en otros realizados anteriormente por la Junta, se ha demostrado que el uso excesivo o no apropiado de sustancias sicoactivas, una vez que han sido sometidas a una fiscalización estricta, suelen ser sustituidos gradualmente por el uso de sustancias sometidas a controles menos estrictos. En el África occidental, por ejemplo, el principal estimulante de uso indebido, la anfetamina, fue sustituido por la fenetilina, la pemolina, el mesocarbo y la efedrina, en ese orden, como reacción a la aplicación de medidas de fiscalización más estrictas.

39. Las tendencias mencionadas más arriba prueban que los gobiernos y sus profesionales de la salud deben seguir vigilando atentamente esa evolución. La Junta considera que los ejemplos anteriores constituyen la mejor referencia para los gobiernos, en particular cuando una droga sometida a fiscalización que anteriormente era considerada de uso médico, seguridad y eficacia limitados y con potencial de uso indebido documentado adquiere popularidad rápidamente. Lo mismo sucede cuando se introducen nuevas drogas sicoactivas con fines terapéuticos. La mejor forma en que los gobiernos pueden prevenir nuevos problemas es reaccionar en el momento oportuno a fin de evitar el potencial de consumo excesivo de dichas drogas.

40. Todos los gobiernos deben tratar de ejercer una supervisión estricta sobre el suministro y el consumo de drogas sometidas a fiscalización. La experiencia ha demostrado que los aspectos particulares que requieren especial atención a este respecto son los siguientes:

a) Legislación adecuada y arreglos administrativos correctos (no burocráticos) adaptados, según convenga, a la evolución de la situación y las nuevas tendencias;

b) Suministro de educación, capacitación e información en forma continuada al personal sanitario y a la población en general;

c) Una actitud ética en la práctica médica y farmacéutica, moderación de las empresas en la comercialización y promoción de drogas, y una mayor sensibilidad de los consumidores.

41. En países con recursos escasos, en los que la distribución y el uso de medicinas suele producirse de forma totalmente no reglamentada, fuera de las estructuras formales de atención de la salud, es difícil contrarrestar esos usos si no se mejora la situación económica general. Es imperativo, por lo tanto, que los gobiernos de los países en desarrollo que están dispuestos a mejorar sus sistemas nacionales de distribución de drogas reciban asistencia efectiva. Mientras continúa el ensayo de los nuevos enfoques y políticas propuestos en los últimos años para mejorar la administración nacional de las drogas en algunos países[20], los gobiernos de los países en desarrollo deben hacer todo lo posible por:

a) Establecer un grado suficiente de autoridad gubernamental y control reglamentario sobre el abastecimiento nacional de drogas, incluida la fiscalización de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas, y eliminar los sistemas paralelos de distribución de drogas;

b) Procurar activamente asistencia bilateral y multilateral para la gestión del abastecimiento nacional de drogas y asegurar el uso eficiente de esa asistencia;

c) Promover la fabricación o la importación de sucedáneos genéricas de buena calidad, a fin de aprovechar mejor los recursos disponibles;

d) Obtener la asistencia de las farmacias locales como fuente profesional importante (y a menudo única) de información relacionada con la salud y el uso de drogas[22].

42. Como se examinó en los párrafos 17 a 31 *supra*, en una era de creciente comercio mundial de productos farmacéuticos, la proliferación de la distribución transfronteriza de drogas ha obligado a los gobiernos a estudiar activamente nuevas formas de cooperación intergubernamental más estrechas y la adopción de medidas concertadas para limitar o reducir:

a) La erosión de la autoridad gubernamental en la esfera de la regulación nacional de las drogas;

b) La creciente influencia de la industria farmacéutica en la prescripción y el uso de drogas;

c) El comportamiento inmoral en la comercialización y venta directa de drogas y la difusión a los consumidores de información incompleta o insuficiente sobre las drogas.

43. Para complementar las actividades de los distintos países en los campos arriba mencionados, los gobiernos, así como las organizaciones regionales e internacionales, deben elaborar arreglos intergubernamentales y normas para aplicar a nivel regional.

44. Dada la naturaleza dual de las drogas sometidas a fiscalización, es importante que los médicos y los farmacéuticos cumplan sus funciones profesionales con el máximo de cuidado. Antes de prescribir un estupefaciente o una sustancia sicotrópica, el médico debe evaluar cuidadosamente la posibilidad de que el paciente adquiera una toxicomanía determinando minuciosamente si el paciente tiene un historial de uso de drogas, uso indebido de drogas y alcohol o atracción a las drogas. En una situación ideal, cada receta y el uso de la droga resultante debería basarse en una relación directa entre médico y paciente, un diagnóstico correcto y una decisión racional sobre la mejor modalidad de tratamiento, de conformidad con los principios de la medicina basada en prácticas demostradas.

45. Las autoridades sanitarias deben promover el uso de modalidades de tratamiento complementarias o alternativas probadas y culturalmente apropiadas, teniendo en cuenta que al utilizar ese tipo de opciones terapéuticas en lugar de la farmacoterapia *per se* pueden lograrse ahorros sustanciales. Al mismo tiempo, los gobiernos deben velar por que sus intervenciones no limiten innecesariamente la disponibilidad de las drogas sometidas a fiscalización para fines terapéuticos y en última instancia priven a los pacientes de un tratamiento legítimo y eficaz. Las asociaciones profesionales deben promover la educación continuada de los médicos en estos campos a fin de reducir las variaciones en los diagnósticos y las terapias entre los países y las instituciones, asegurar una respuesta terapéutica coherente y adecuada a diversas condiciones mentales y reducir el nivel de la polifarmacia sin comprometer el resultado del tratamiento.

46. En vista de la rápida expansión de las comunicaciones electrónicas en la práctica médica con fines de diagnóstico y receta:

a) Los gobiernos deben reconocer plenamente el gran potencial de la red de comunicaciones electrónicas para mejorar sus funciones reglamentarias, especialmente la difusión a sus ciudadanos de información imparcial y actualizada relacionada con la salud;

b) Los profesionales de la salud deben abstenerse de usar la telemedicina y la receta electrónica de manera no ética;

c) Los gobiernos de los países en que se está difundiendo rápidamente el uso de la comunicación electrónica de información sobre la salud, la telemedicina y la "receta por la Internet", deben cooperar entre sí para establecer mecanismos de salvaguardia adecuados, incluidas las medidas nacionales jurídicas, reglamentarias y de represión. La naturaleza transfronteriza de este problema requiere acuerdos intergubernamentales para la realización de operaciones conjuntas rápidas y eficaces.

47. En años anteriores la Junta expresó su preocupación por el frecuente uso del nuevo sistema mundial de información electrónica para la promoción no ética de drogas y para apoyar la fabricación y el consumo ilícito de drogas. Ambas cuestiones siguen siendo problemas importantes para muchos gobiernos y varios organismos internacionales. Por lo tanto, la Junta propone una iniciativa intergubernamental e interinstitucional en virtud de la cual eminentes representantes del campo de la tecnología de las comunicaciones y de asociaciones y organismos que representen profesiones del sector de la salud perjudicados por el uso indebido de las comunicaciones:

a) Celebrarán consultas sobre los efectos de las nuevas prácticas médicas y de prescripción electrónicas sobre los actuales conceptos y prácticas de fiscalización nacional e internacional de drogas;

b) Examinarán la experiencia de los gobiernos, las organizaciones internacionales y las asociaciones profesionales que ya han tomado o propuesto medidas de reglamentación con fines idénticos o similares.

48. La Junta exhorta a la industria farmacéutica a que de muestras de su responsabilidad social y coopere voluntariamente:

a) Evitando los comportamientos no éticos en la promoción de la venta de drogas y aceptando el hecho de que las drogas sometidas a fiscalización deben promoverse de manera ética, por canales médicos bien regulados;

b) Revelando y difundiendo información completa e imparcial a los médicos y los farmacéuticos acerca de los beneficios y posibles riesgos de sus productos que contengan sustancias sometidas a fiscalización;

c) Apoyando la investigación independiente de los posibles riesgos derivados del uso en gran escala o crónico de algunas drogas sicotrópicas (anfetaminas, benzodiace-

pinas), especialmente entre los grupos de alto riesgo de la población;

d) Participando en el suministro de apoyo a los países que tengan recursos limitados mediante la aportación de drogas, incluidas las drogas importantes sometidas a fiscalización.

49. Influir en las tendencias del consumo de drogas significa cambiar hábitos, estereotipos, culturas y preferencias individuales. Éste es normalmente un proceso lento y difícil. En general, los nuevos hábitos de consumo de drogas nacen y prosperan en períodos de varios años. Sin embargo, pueden desarrollarse rápidamente cuando son objeto de una promoción intensa por parte de los que pueden sacar provecho de esa evolución. La inversión de esas tendencias es más difícil. Requiere actividades concertadas durante varios años y el apoyo de muchos sectores de la sociedad[9, 23]. La experiencia ha mostrado que esas actividades pueden tener éxito, y que de hecho lo tienen.

II. Funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas

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

Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

50. Al 1.º de noviembre de 2000, el número de Estados partes en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, o en esa Convención enmendada por el protocolo de 1972[24], ascendía a 172, de los cuales 161 eran partes en esa Convención en su forma enmendada. Tras la publicación del informe de la Junta correspondiente a 1999[25], las Comoras, Georgia, las Maldivas y San Marino pasaron a ser partes en la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, y Liechtenstein y Pakistán pasaron a ser partes en el Protocolo de 1972.

51. De los 19 Estados que todavía no son partes en la Convención de 1961 ni en esa Convención en su forma enmendada por el Protocolo de 1972, 6 se encuentran en África, 3 en las Américas, 3 en Asia, 2 en Europa y 5 en Oceanía. Con la reciente adhesión de Georgia a la Convención de 1961 enmendada por el Protocolo de 1972, todos los Estados que son miembros de la Comunidad de Estados Independientes son partes en la Convención de 1961.

52. Belice, Bhután, Guyana y San Vicente y las Granadinas todavía no son partes en la Convención de 1961 a pesar de que han pasado a ser partes en el más reciente de los tratados de fiscalización internacional de drogas, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988[26]. La Junta espera que esos Estados se adhieran pronto a la Convención de 1961, asegurando de esta forma la plena aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

53. Algunos otros Estados, como Afganistán, Argelia, Belarús, Chad, Irán (República Islámica del), Marruecos, Myanmar, Nicaragua, la República Democrática Popular Lao, Turquía y Ucrania, siguen siendo partes en la Convención de 1961 en su forma no enmendada únicamente. La Junta insta a todos los Estados interesados a que se ocupen de esta cuestión y tomen rápidamente las medidas apropiadas para adherirse al Protocolo de 1972 de enmienda de la Convención de 1961[27], o ratificarlo, sin más demora.

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

54. Al 1.º de noviembre de 2000, 164 Estados eran partes en el Convenio de 1971. Tras la publicación del informe de la Junta correspondiente a 1999, las Comoras, Irán (Repú-blica Islámica del), Kenya, Liechtenstein y Mongolia pasa-ron a ser partes en el Convenio de 1971.

55. De los 27 Estados que todavía no son partes en el Convenio de 1971, 8 están en África, 5 en las Américas, 5 en Asia, 3 en Europa y 6 en Oceanía. Algunos de estos Estados (Andorra, Belice, Bhután, Haití, Honduras, Nepal, la República Unida de Tanzanía, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas ya eran partes en la Convención de 1988. Los Gobiernos de esos Estados deben tener presente que la aplicación de las disposiciones del Convenio de 1971 y de la Convención de 1961 es un requisito para el logro de los objetivos de la Convención de 1988. La Junta pide nuevamente a los Estados interesados que, si todavía no lo han hecho, apliquen las disposiciones del Convenio de 1971 y pasen a ser partes en ese Convenio lo antes posible.

Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988

56. Desde la publicación del informe de la Junta correspondiente a 1999, las Comoras, Estonia, las Maldivas y San Marino se han adherido a la Convención de 1988. Al 1.º de noviembre de 2000, 157 Estados, o el 83% de todos los países del mundo, y la Comunidad Europea[28] eran partes en la Convención de 1988.

57. La Junta celebra que un numero cada vez mayor de Estados haya tomado medidas para establecer los mecanismos necesarios para aplicar las disposiciones de la Convención de 1988 y adherirse a ella. De los 34 Estados que todavía no son partes en la Convención de 1988, 13 están en África, 7 en Asia, 5 en Europa y 10 en Oceanía. La Junta reitera su petición a todos los Estados que todavía no lo hayan hecho de que, como cuestión prioritaria, tomen todas las medidas necesarias para adherirse a la Convención de 1988 lo antes posible.

58. La Junta ha tomado nota con preocupación de que la aplicación territorial de la Convención de 1988 todavía no se ha extendido a algunos territorios no metropolitanos. La Junta invita a todos los gobiernos metropolitanos que todavía no lo hayan hecho a que extiendan la aplicación territorial de la Convención de 1988, cuando proceda, a sus territorios no metropolitanos. De igual modo, la Junta alienta a los gobiernos de los territorios no metropolitanos a que apliquen todas las medidas prácticas necesarias para poner en práctica las disposiciones del artículo 12 de esa Convención.