

I. Fiscalización internacional de drogas: pasado, presente y futuro

1. Cuando Paracelso (Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493-1541) manifestó que no le gustaría ser médico si no tuviera opio, subrayó la importancia del opio, de uso generalizado en aquella época como analgésico, antitusivo, hipnótico, sedante y tranquilizante, así como para el tratamiento de la diarrea. Desde entonces, la utilización del opio como droga universal ha sido parte de la historia: el opio ya no se utiliza en la terapia, pero se emplea como material de base para la fabricación de alcaloides, como la morfina y la codeína. En la actualidad, se recetan opioides naturales y sintéticos como analgésicos y antitusivos, así como para el tratamiento de la diarrea. Para tratar el insomnio así como numerosas alteraciones siquiátricas se emplean una gran variedad de hipnóticos, sedantes y ansiolíticos sintéticos. Así pues, los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas son tan indispensables en el campo de la medicina actual como lo era el opio en el pasado.

2. Mientras Paracelso hacía todo lo posible por convencer a sus colegas europeos del valor terapéutico del opio, el empleo de la sustancia con fines no terapéuticos (fumar opio) comenzó a crear problemas importantes en Asia. Son de sobra conocidas las consecuencias sociales y sanitarias de este hecho: las vidas de millones de personas quedaron arruinadas, sobre todo en China.

3. Este doble carácter del opio, así como de otros muchos estupefacientes y sustancias sicotrópicas, tanto naturales como sintéticos, es la causa de que se hayan establecido gradualmente sistemas de fiscalización internacional y nacional desde principios del siglo XX, cuando la comunidad internacional decidió adoptar medidas contra el terrible sufrimiento de millones de personas como consecuencia de la posibilidad ilimitada de disponer de drogas para fines no médicos.

A. La situación antes de la creación del sistema de fiscalización internacional de drogas

La costumbre de fumar opio en China

4. Gran Bretaña y otras potencias coloniales obligaron a China a abandonar sus intentos de reducir el comercio de opio. Las Guerras del Opio¹ condujeron a la legalización de la importación de opio y abrieron las puertas a la libre circulación del opio de la India británica a China. El consumo de opio para fumar se extendió dando lugar a un aumento importante del cultivo de adormidera y de la producción de opio en China. En 1906, se produjeron en China 30.000 toneladas de opio; en el mismo año se importaron en el país otras 3.500 toneladas. Así pues, a principios del siglo XX, se calcula que el consumo, tan sólo en China, era superior a las 3.000 toneladas de equivalente en morfina. En comparación con esa cifra, en la actualidad, el consumo mundial de opiáceos para fines terapéuticos asciende a unas 230 toneladas anuales de equivalente en morfina, mientras que el consumo ilícito de opiáceos se calcula en unas 380 toneladas anuales de equivalente en morfina. Estas cifras ponen de manifiesto que la situación actual de la adicción a los opiáceos (principalmente a la heroína), si bien es grave, no es en modo alguno comparable con la adicción epidémica que existía cuando los estupefacientes podían conseguirse fácilmente sin que estuvieran limitados a fines médicos.

5. En China, tras la eliminación progresiva de la producción de opio a partir de 1907 (fecha en que se redujo la producción en un 10% anual) y el acuerdo con el Gobierno británico para una reducción similar de las importaciones de opio, la producción nacional disminuyó notablemente. En 1914, pese a que se había suspendido la importación de opio procedente de la India, se introdujeron de contrabando en China grandes cantidades de opio de otros países asiáticos a fin de abastecer a los adictos en ese país, que en ese momento superaban con creces los 10 millones², de

una población total calculada en unos 450 millones de habitantes.

La costumbre de fumar opio en otros países de Asia

6. A principios del siglo XX, en la India y en algunos otros países de Asia la ingestión de opio constituía la forma principal de consumo de esa sustancia con fines semiterapéuticos y no terapéuticos. No obstante, el hábito de fumar opio estaba muy extendido por el Asia sudoriental (sobre

7. En el siglo XIX, en la mayoría de los países de Europa, la obligatoriedad de las recetas y el hecho de que la venta se limitara a las farmacias evitaron el empleo generalizado del opio con fines no terapéuticos. Gran Bretaña constituyó una excepción, ya que en este país el opio se vendía a bajo precio en las tiendas de comestibles y no existieron limitaciones para su utilización hasta 1868, fecha en que se promulgó la primera Ley de farmacias³. También se empezó a fumar opio en otros países europeos que tenían colonias en Asia, fenómeno demostrado por el gran aumento de los fumadores de opio tras la colonización de Indochina. A principios del siglo XX, había numerosos fumadores de opio en París y en los puertos franceses (Burdeos, Marsella, Toulon, etc.). En 1908, se reglamentó la importación de opio y se cerraron los fumadores, pero existen pruebas de que en París siguieron existiendo algunos fumadores clandestinos hasta 1916.

Uso indebido de morfina, heroína y otros opiáceos en China

8. La modalidad de inyectarse morfina en vez de fumar opio apareció en China durante los últimos años del siglo XIX, pero la difusión de esta nueva costumbre hasta alcanzar proporciones epidémicas se produjo en el siglo XX. Antes de 1909, se exportaba anualmente una media de 132 toneladas de morfina de Gran Bretaña a China y, hasta ese año, las exportaciones se consideraban legales y se enviaban directamente a China sin pasar por un tercer país. En cambio, los primeros cálculos de las necesidades mundiales de morfina para fines terapéuticos, efectuados por la Sociedad de Naciones en 1931, fueron únicamente de 10 toneladas, una pequeña parte de dicha cantidad, y

todo en Birmania) y por algunas zonas de la India y del Asia occidental (principalmente en los territorios que constituyen en la actualidad el Afganistán, el Pakistán y la República Islámica del Irán). En algunas ciudades persas, más del 10% de la población eran fumadores habituales de opio en 1914.

Utilización del opio con fines no terapéuticos en Europa

hoy en día el consumo total anual de morfina en el mundo es de unas 16 toneladas. Ante las presiones nacionales e internacionales, el Gobierno británico estableció un sistema de certificados que obligaba a los fabricantes a solicitar al Gobierno de China un certificado de que las drogas eran realmente necesarias para usos terapéuticos y científicos. Así pues, las exportaciones directas británicas fueron sustituidas por exportaciones “legales” de intermediarios y empresas farmacéuticas de otros países europeos (Alemania, Bélgica, Francia, Países Bajos, Suiza, etc.) y también se introdujeron en China grandes cantidades de morfina a través del Japón. En 1920, el Japón envió a China casi 30 toneladas de morfina. Según la Sociedad de Naciones, en un período de cinco años, desde 1925 a 1930, se introdujeron de contrabando en China al menos otras 72 toneladas de morfina.

Cocaína y opiáceos en medicamentos patentados de Europa y los Estados Unidos de América

10. En los Estados Unidos de América, hasta 1906 no hubo ninguna ley para regular y limitar la venta de preparados farmacéuticos que contuviesen estupefacientes. Según un informe del Gobierno de los Estados Unidos de 1902, sólo entre el 3 y el 8% de la cocaína vendida en Nueva York, Boston y otras zonas metropolitanas se utilizaba para aplicaciones médicas u odontológicas. En 1905 se estimaba en 50.000 el número de medicamentos patentados con ingredientes secretos, y muchos de estos productos contenían cocaína, opio, morfina u otras drogas peligrosas. Asimismo, en 1914, más de 1.000 fabricantes comercializaban productos que contenían opio, morfina, heroína o cocaína. Según un informe oficial, aproximadamente el 90% de los estupefacientes se utilizaban con fines no terapéuticos. En 1914, el consumo anual de opio per cápita en los Estados Unidos era muy superior al de los países europeos, en los que la venta de opio y otros productos farmacéuticos estaba monopolizada por un sistema farmacéutico bien reglamentado. En los Estados Unidos, la Ley de drogas y alimentos no adulterados de 1906 exigía que figurasen en las etiquetas de los medicamentos

9. Durante siglos, los medicamentos en Europa se preparaban exclusivamente en las farmacias por farmacéuticos, que eran los responsables de la calidad de los medicamentos y del cumplimiento de las normas sobre su venta, mientras que funcionarios médicos se encargaban de controlar el sistema de suministros farmacéuticos mediante la supervisión y la inspección de las farmacias. La comercialización de productos farmacéuticos industriales (medicamentos de marca), que comenzó en muchos países de Europa en los últimos decenios del siglo XIX, creó una nueva situación todavía no reglamentada. Los problemas se hicieron evidentes primero en Gran Bretaña, país en el que la comercialización y la venta libre de medicamentos patentados (que eran remedios secretos) habían comenzado antes que en otros países europeos, donde los farmacéuticos preferían vender medicamentos con receta preparados por ellos mismos en vez de productos industriales “prefabricados” sin receta. En Gran Bretaña, la facilidad para obtener medicamentos patentados con componentes opiáceos planteó un problema de “consumo doméstico de drogas” de gran magnitud, que se vio reducido notablemente tras la aprobación de la Ley de venenos y farmacias de 1908.

patentados las drogas que contenían, pero la aplicación de dicha disposición sólo quedó garantizada en 1914, fecha en que se aprobó la Ley Harrison sobre estupefacientes. Según un informe oficial, en 1912 hubo más de 5.000 muertos en los Estados Unidos de resultas de la cocaína y la heroína, a lo cual contribuyó notablemente la posibilidad de obtener libremente dichos estupefacientes.

Utilización de la cocaína con fines no terapéuticos

11. En el siglo XIX, la cocaína se utilizaba con fines terapéuticos en Europa y los Estados Unidos. No obstante, cabe señalar que muchos de sus usos terapéuticos en medicina carecían de base científica (incluso su empleo para el tratamiento de la adicción a los opiáceos). Un conocimiento insuficiente de la toxicidad de la cocaína contribuyó a que se registraran numerosos casos de discapacidades y fallecimientos de resultas de su consumo. En el decenio de 1890, era ya muy frecuente utilizar la cocaína con fines no terapéuticos (o “recreativos”) que con fines médicos. Esnifar cocaína estaba de moda en los círculos artísticos y en las clases altas de la sociedad. Aproximadamente al mismo tiempo comenzó la exportación en gran escala de cocaína a China, primero desde Europa y después también desde el Japón, cocaína que tampoco se destinaba a usos terapéuticos. Entre 1925 y 1929, según los cálculos del Comité Central Permanente, primer antecesor de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, se enviaron anualmente a China por lo menos 30 toneladas de cocaína. Diez años más tarde, las necesidades mundiales para fines médicos (estimadas por la Sociedad de las Naciones) ascendían a 1 tonelada anual. En 1998, esta cantidad era de 400 kg.

B. Reacción ante esta situación: la cooperación internacional

12. A comienzos del siglo XX, el consumo (o uso indebido) de drogas como el hábito de fumar opio en China, Birmania, Persia, etc., la ingestión de opio en la India y otros países asiáticos, el consumo de cannabis en la India (charas, ganja, bhang), Egipto (hachís) y Marruecos (kif) y la masticación de coca entre las tribus indígenas de América del Sur se consideraban fenómenos “locales”. En esa época, sólo la exportación lícita e ilícita de opio (de los países asiáticos), morfina, heroína y cocaína (de los países europeos) a China y el contrabando de hachís a Egipto (procedente de otros países del Mediterráneo oriental) se consideraban aspectos internacionales del problema

de la droga. No obstante, hace 100 años ya era evidente que los países “consumidores” (o “víctimas”), como China, no podían hacer frente a sus enormes problemas de drogadicción sin la colaboración de los países que producían y fabricaban las drogas y que los países “proveedores” no podían negar su responsabilidad en la evolución de los problemas de la drogadicción en otros países, problemas que podían extenderse a sus propios países productores. El reconocimiento de esos hechos dio lugar a la primera forma de cooperación internacional en el ámbito de la fiscalización de drogas.

Primera fase: cooperación mediante acuerdos bilaterales

13. Los acuerdos celebrados entre Gran Bretaña y China para la limitación de las exportaciones de opio procedentes de la India y la introducción del sistema de autorización por parte de las autoridades chinas para la importación de opiáceos (morfina, heroína, etc.) de Gran Bretaña constituyeron los primeros pasos hacia la “internacionalización” de la fiscalización de drogas. La razón fundamental de esas medidas era la creencia de que podían proteger a China de la importación indeseada de opio y opiáceos.

14. No obstante, pronto fue evidente que el suministro de opio procedente de la India estaba siendo sustituido por grandes cantidades de opio que se introducían de contrabando en China desde otras zonas de Asia y que el suministro de opiáceos de Gran Bretaña era reemplazado por grandes envíos de opiáceos de otros países europeos y del Japón. Este fracaso del “enfoque bilateral” llevó al desarrollo de tratados internacionales.

Segunda fase: cooperación mediante tratados multilaterales

15. La aprobación en 1912 de la Convención Internacional del Opio fue consecuencia de la primera conferencia internacional sobre estupefacientes, celebrada en Shangai en 1909 y conocida como la Comisión Internacional del Opio.

Se considera justamente que dicha conferencia, celebrada hace casi 90 años, sentó las bases del

actual sistema internacional de fiscalización de drogas.

16. Las disposiciones de esta primera convención internacional sobre la fiscalización de drogas tenían como objetivo impedir el envío de cantidades indeseadas de estupefacientes a los países importadores, pero pronto se vio claramente que, sin un sistema de información y vigilancia, no sería posible verificar si los países exportadores cumplían o no las disposiciones del tratado. Al mismo tiempo, la debilidad de los controles nacionales de algunos países exportadores (y la actividad de algunas empresas productoras y comerciales sin escrúpulos) obstaculizaba los esfuerzos por impedir la exportación de opiáceos a los países con problemas de uso indebido de drogas.

Tercera fase: cooperación en el marco de un sistema internacional de información y fiscalización de drogas

17. Las experiencias anteriores llevaron a la comunidad internacional a desarrollar una tercera forma de fiscalización internacional de drogas. En 1925, se creó un sistema obligatorio de información y se estableció un órgano internacional independiente (el Comité Central Permanente) para controlar y supervisar el cumplimiento de las obligaciones de los tratados por parte de los Gobiernos. Ese enfoque sigue siendo la piedra angular del sistema internacional de fiscalización que existe en la actualidad.

C. Resultados

Consenso entre los gobiernos acerca de la necesidad de cooperar en las cuestiones de fiscalización de drogas a pesar de los conflictos existentes

18. En general, la cooperación entre los Gobiernos se ha visto con frecuencia obstaculizada por los conflictos y enfrentamientos políticos, pero hay indicios de que la fiscalización de drogas

constituye una de las pocas excepciones. Por ejemplo, la guerra fría no impidió que el Este y el Oeste cooperasen en la preparación y aprobación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes⁴, o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971⁵ o en la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988⁶.

Fiscalización de la circulación lícita de drogas

19. La gestión eficaz del sistema de fiscalización internacional (por ejemplo, los sistemas de cálculos y estadísticas), por parte de la Junta y de sus antecesores, en colaboración con los gobiernos, ha permitido una fiscalización eficaz de la circulación lícita de estupefacientes en casi todo el mundo. Esta actividad abarca todas las fases, desde la producción, fabricación y comercialización hasta la distribución y el consumo. En la actualidad, prácticamente no hay desviación de estupefacientes de la fabricación y el comercio internacional lícitos hacia el tráfico ilícito, a pesar de haber aumentado de manera notable el número de drogas incluidas en el sistema de fiscalización internacional de estupefacientes.

20. En el caso de las sustancias sicotrópicas, no se ha logrado aún el mismo grado de eficacia. Debido principalmente a intereses industriales y comerciales, las disposiciones sobre fiscalización del Convenio de 1971 relativas al comercio internacional de las sustancias que figuran en las Listas II, III y IV de dicho Convenio, son menos estrictas que las de la Convención de 1961. La renuencia de algunos importantes Estados productores y exportadores a adherirse al Convenio de 1971 y a cumplir siquiera las obligaciones mínimas de ese Convenio contribuyó a demorar considerablemente el logro de sus objetivos. A pesar de estos problemas, el Convenio de 1971 ha ayudado a mejorar en muchos países el modo de utilizar las recetas y las drogas. La notable reducción del número de recetas de barbitúricos y otros agentes hipnóticos (en muchos países las drogas responsables del mayor número de casos de autoenvenenamiento) así como de las anfetaminas

se debe en parte a la aplicación de las disposiciones del Convenio de 1971. Antes se recetaban grandes cantidades de anfetaminas para el tratamiento de diversas dolencias (por ejemplo, la depresión o la obesidad), lo cual en la actualidad se considera inadecuado desde el punto de vista médico. En muchos países existían también numerosos productos basados en combinaciones peculiares de sustancias, algunas de las cuales alteraban el estado de ánimo de los consumidores como la mezcla de estimulantes de tipo anfetamínico con barbitúricos. Estos productos “reanimadores” se utilizaban con fines terapéuticos y no terapéuticos; esa situación era muy similar a la del empleo a comienzos del siglo XX, de medicamentos patentados que contenían cocaína u opiáceos (véanse los párrafos 9 **Iniciativas para reducir el suministro ilícito de drogas**

22. El éxito de la cooperación internacional para la fiscalización de la fabricación y el comercio lícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas ha obligado a los traficantes a recurrir a la fabricación ilícita de drogas.

23. Aunque hace tiempo que se advirtió la necesidad de la cooperación internacional para luchar contra la fabricación y el tráfico ilícitos de drogas y que la obligación de colaboración entre los Gobiernos se incluyó en los tratados sobre fiscalización internacional de drogas, la comunidad internacional no formuló ni aprobó disposiciones específicas recogidas en tratados hasta 1988⁸. El más reciente de los tratados sobre fiscalización internacional de drogas, la Convención de 1988, ha servido para reforzar la aplicación de medidas concretas de lucha contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas, incluida la cooperación judicial, la extradición de los narcotraficantes, las entregas vigiladas y las medidas contra el blanqueo de dinero procedente del tráfico ilícito.

24. Además, la cooperación entre los gobiernos y la Junta en la fiscalización y vigilancia de algunos precursores, productos químicos y disolventes utilizados con frecuencia en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas ha dado ya algunos resultados prometedores.

y 10 *supra*). Por tanto, el Convenio de 1971 ha desempeñado un papel fundamental en la eliminación de la utilización lícita pero inadecuada y del uso indebido de drogas.

21. Además, la situación ha mejorado gracias a la introducción de nuevas obligaciones de fiscalización e información introducidas mediante resoluciones del Consejo Económico y Social. El cumplimiento voluntario de esas obligaciones por parte de casi todos los Estados y la colaboración entre los gobiernos y la Junta han dado lugar a una reducción de la desviación en gran escala de la mayoría de las sustancias sicotrópicas⁷.

25. Las sustancias que pueden convertirse en estupefacientes figuran en el sistema de fiscalización de la Convención de 1961, pero la conferencia de plenipotenciarios que aprobó el Convenio de 1971 excluyó esa posibilidad en el caso de las sustancias sicotrópicas. Fue la conferencia de plenipotenciarios de 1988 que aprobó la Convención de 1988 la que dejó abierta la posibilidad de fiscalizar algunos precursores como, por ejemplo, la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), los estimulantes de tipo anfetamínico y la metacualona. La inclusión de la ergotamina, la ergometrina, la efedrina y otras sustancias en el cuadro I de la Convención de 1988 y la cooperación entre los gobiernos y la Junta entre 1990 y 1997 impidieron la fabricación ilícita de millones de dosis de LSD y metanfetamina así como de otros estimulantes de tipo anfetamínico. La fiscalización y vigilancia de reactivos y disolventes (sustancias de cuadro II de la Convención de 1988, como el anhídrido acético y el permanganato potásico) facilitó la detección de una serie de laboratorios clandestinos dedicados a la fabricación ilícita de cocaína y heroína.

26. La Junta está convencida de que la ampliación del ámbito de fiscalización de la Convención de 1988 y el aumento de la cooperación entre los gobiernos y la Junta producirán mejoras sustanciales en la prevención de la fabricación ilícita de drogas. Para que se cumpla esta expectativa es necesario emprender previamente una acción conjunta y concertada de la comunidad internacional para eliminar el cultivo ilícito del arbusto de coca y la adormidera así como

el suministro de hojas de coca y de opio a los laboratorios clandestinos.

Cumplimiento de los convenios internacionales

27. La ratificación de los tres principales tratados sobre fiscalización internacionales de drogas o la adhesión a ellos puede considerarse como la primera señal de la determinación de un gobierno de contribuir a la aplicación de la normativa internacional sobre fiscalización de drogas. La entrada en vigor de los tratados internacionales depende de la rapidez de la ratificación. A causa de la renuencia de varios gobiernos a ratificar el Convenio de 1971, éste sólo entró en vigor cinco años después de su adopción; no obstante, la Convención de 1988 ya entró en vigor en 1990. El hecho de que el “período de espera” fuera, en comparación, más breve es una indicación de la mayor voluntad política de los gobiernos. El reciente aumento del número de Estados que han pasado a ser partes en los tres tratados sobre fiscalización internacional de drogas (véanse los párrafos 44, 48 y 50 *infra*) es alentador, ya que hace pensar que en un futuro próximo puede lograrse la adhesión universal a esos tratados.

29. A pesar de esas dificultades, según la experiencia de la Junta, el cumplimiento de las disposiciones de la Convención de 1961, el Convenio de 1971 y la Convención de 1988 por parte de las autoridades nacionales va en aumento. Estos instrumentos constituyen la base de la política nacional de fiscalización de drogas en la gran mayoría de los países.

D. Retos para el futuro

Disponibilidad y utilización adecuada de estupefacientes y sustancias sicotrópicas con fines terapéuticos

30. La morfina, la codeína y otros opioides utilizados para aliviar el sufrimiento humano son drogas esenciales. Por ello, su disponibilidad es una cuestión prioritaria de salud pública (conforme a las disposiciones de los tratados sobre fiscalización internacional de drogas). No obstante, en la actualidad, hay diferencias enormes en la

28. En el pasado, la aplicación de las disposiciones de los tratados (al igual que las medidas contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas) se veían obstaculizadas con frecuencia por la falta de comunicación entre los organismos nacionales, a veces de resultados de su renuencia a comunicarse entre sí. Además, en muchos países las cuestiones relacionadas con los estupefacientes se dejaron durante decenios en manos de los órganos normativos y de los encargados de aplicar la ley. Una mejor comprensión del problema de la droga ha fomentado la cooperación entre diferentes profesiones y órganos nacionales, lo cual es de capital importancia. Hoy en día, la aplicación de disposiciones específicas de los tratados se ve facilitada por la intervención de instituciones y organismos nacionales con competencia y conocimientos profesionales específicos. No obstante, al mismo tiempo la tarea se ha hecho más compleja debido a la participación de diversos organismos e instituciones. Muchos países aún están en una etapa de “aprendizaje” de la mejor forma de coordinar todas sus actividades.

utilización de esas drogas para fines terapéuticos: el consumo diario medio (dosis diaria definida (DDD)) fue de 17.450 DDD por un millón de habitantes en el período 1992-1996 en los 20 países de consumo más alto, y de 184 DDD por un millón de habitantes en los 20 países de consumo más bajo. Lamentablemente, existen diferencias semejantes en el caso de otros productos farmacéuticos a base de drogas psicoactivas.

31. Los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas deben utilizarse siguiendo pautas terapéuticas razonables. Un consumo per cápita muy elevado de algunas de esas drogas en los países industrializados hace pensar que puedan darse situaciones graves de uso indebido de drogas a pesar de que exista una legislación para limitar el consumo de drogas a los fines terapéuticos y científicos. La prescripción de drogas psicoactivas debe basarse en dosis y diagnósticos médicos adecuados, y debe evitarse la automedicación. Al mismo tiempo, lamentablemente muchos países en desarrollo no están en condiciones de cumplir los requisitos de la salud pública: el acceso limitado a la atención médica puede impedir que un amplio sector de la población cumpla con la obligación de

utilizar recetas, y las drogas se venden en “mercados paralelos” debido a la falta de farmacias y de otras instituciones de atención sanitaria (en algunos países hay sólo una farmacia para cada 100.000 habitantes). Además, el costo del sistema general de atención de salud está aumentando en muchos países y los gobiernos tienen dificultades para financiar el sistema. Algunos servicios de salud nacionales, incluso en sociedades ricas, ya no reembolsan a los pacientes el costo de varios tipos de productos farmacéuticos, incluidos algunos analgésicos estupefacientes y sustancias sicotrópicas (agentes hipnóticos, sedantes, tranquilizantes). Hay un desequilibrio entre la utilización excesiva de estas drogas eficaces en algunas partes del mundo y su clara infrautilización en otras.

32. Por ello, la Junta hace un llamamiento a los gobiernos para que incluyan entre las prioridades de la salud pública el desarrollo de los sistemas de servicios médicos y farmacéuticos. Es importante distinguir entre el consumo ilícito de drogas por una parte y la venta y los medios inadecuados de consumo de drogas por otra. Las autoridades sanitarias nacionales deben aplicar medidas de fiscalización de drogas y lograr que se establezcan y se apliquen sistemas adecuados de expedición de recetas y distribución y también que

34. El debate político, la participación comunitaria y las discusiones académicas acerca de las políticas de utilización de drogas son actividades útiles en una sociedad civil que, por tanto, deben ser alentadas y promovidas. No obstante, la legitimidad de la comercialización de estupefacientes o sustancias sicotrópicas con fines terapéuticos debe basarse, al igual que para cualquier otro medicamento, en datos científicos, y su autorización debe seguir dependiendo del órgano normativo nacional competente en materia de drogas. La Junta desea señalar a la atención de los gobiernos algunos intentos de comercializar como “productos alimenticios” y “suplementos dietéticos” preparados que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas. También ha habido algunas tentativas de aprovechar lagunas de los sistemas o las legislaciones farmacéuticas nacionales con objeto de eludir las medidas de fiscalización de drogas para productos que contienen sustancias sicoactivas.

El problema de la cannabis

los pacientes reciban una información completa y correcta.

Comercialización y venta de productos que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas

33. La evaluación de la eficacia, seguridad y calidad de un nuevo preparado farmacéutico antes de autorizar su comercialización se ha convertido en un proceso científico difícil y complejo. Es limitado el número de países que están en situación de realizar esta labor, y aún más limitado el de aquellos que tienen capacidad para investigar y evaluar las posibilidades de uso indebido y de dependencia de las nuevas drogas o hacer un seguimiento de la utilización de dichas drogas para determinar los casos de uso indebido o dependencia. La armonización de los requisitos para la autorización de drogas de los países más adelantados y el intercambio de los resultados de la evaluación de nuevos productos farmacéuticos con otros países constituyen excelentes ejemplos de colaboración internacional que podrían extenderse de manera sistemática al ámbito del uso indebido de drogas de acuerdo con las disposiciones de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

35. En los últimos decenios el uso indebido de cannabis se ha extendido en prácticamente todos los países del mundo. Cuando se aprobó la Convención de 1961, su objetivo era la eliminación de la utilización tradicional de la cannabis en gran escala, en vista de sus perjudiciales efectos sociales y sanitarios en países como Egipto, la India y Sudáfrica. La aplicación de las disposiciones de la Convención de 1961 ha provocado, en la mayor parte de esos países, la eliminación del uso indebido y el abuso tradicional de la cannabis. En los países que han registrado una expansión del consumo de cannabis en los últimos decenios es necesaria una aplicación más estricta de la Convención de 1961, en particular mediante campañas de prevención más eficaces que adviertan de los peligros del consumo de cannabis, corrigiendo así la falsa imagen que muchos jóvenes tienen de este consumo. La Junta hace un

llamamiento a los gobiernos para que patrocinen más investigaciones sobre la cannabis, realizadas por científicos cualificados e imparciales, y difundan ampliamente sus resultados.

Utilización de nuevas tecnologías

36. Las nuevas tecnologías son indispensables para el fomento de la investigación sobre drogas y métodos clínicos. La utilización de nuevas tecnologías facilita las investigaciones criminales, inclusive la identificación y determinación de las drogas de uso indebido o la comunicación entre los servicios de fiscalización competentes. No obstante, al mismo tiempo parece que las organizaciones delictivas sepan aprovechar con mayor facilidad y rapidez las nuevas posibilidades que ofrece la información electrónica: pueden “diseñarse” nuevas drogas sin dificultad “manipulando” en una computadora las moléculas de las drogas que figuran en el sistema de fiscalización de estupefacientes, y en la Internet pueden obtenerse en pocos minutos los métodos utilizados para la producción o fabricación ilícita de drogas.

37. El mal uso de nuevas tecnologías como la World Wide Web constituye una amenaza cada vez mayor para los sistemas de fiscalización nacionales e internacionales. En los sitios de la Web se venden de manera flagrante drogas de uso indebido y accesorios para su consumo. Los gobiernos, en particular los que han permitido que esos sitios de la Web aparezcan en servidores situados dentro de sus fronteras, deberían colaborar estrechamente con la industria de la Internet, las organizaciones comunitarias, las familias y los educadores a fin de establecer un marco que asegure que las nuevas tecnologías no se utilizan inadecuadamente para la proliferación del uso indebido de drogas.

40. La Junta reconoce que la reglamentación en materia de drogas no es una panacea y que las medidas de fiscalización de drogas no pueden acabar por sí solas con el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. Por ello, acoge con satisfacción, por ejemplo, la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas (resolución S-20/3 de la Asamblea General), aprobada por la Asamblea General en su vigésimo

Tratamiento de la toxicomanía

38. En el pasado, en algunos países los toxicómanos se consideraban delincuentes. En la actualidad, en la mayoría de los países, se distingue entre drogadictos y traficantes de drogas, de acuerdo con la opinión de la Junta. Las medidas de represión en materia de drogas deben tener como objetivo principal a los traficantes de drogas ilícitas, y los tratados sobre fiscalización internacional de drogas⁹ prevén de manera específica como alternativas el tratamiento de los toxicómanos y la atención médica de los pacientes que sufren las consecuencias psíquicas o físicas del uso indebido de drogas. Por desgracia, algunos Estados han decidido seguir políticas y prácticas que, en el mejor de los casos, son cuestionables desde el punto de vista de las obligaciones que les imponen los tratados sobre fiscalización internacional de drogas. El tratamiento de los drogadictos es una tarea médica y humanitaria difícil que debe realizarse mediante prácticas médicas adecuadas y no debe servir de instrumento para establecer o mantener un control social.

39. Como último recurso se crearon programas de sustitución de drogas para aquellos toxicómanos graves que, por diversas razones, no habían logrado superar su dependencia con otros tratamientos. Estos programas no deben considerarse necesariamente como el objetivo último, sino como una etapa provisional para llegar finalmente a un estilo de vida sano y sin drogas y deben complementarse con la asistencia psicosocial.

E. Conclusión

período extraordinario de sesiones, así como los esfuerzos desplegados por las partes en la Convención de 1988 para aplicar las disposiciones de ésta y reducir la oferta de drogas ilícitas. No obstante, la reglamentación de las drogas ha desempeñado y sigue desempeñando una función importante, en especial en las economías de libre mercado: canalizar y limitar el uso de drogas únicamente con fines médicos y científicos en

interés de la salud pública de la sociedad en general. En ese sentido, la Junta recuerda también el artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño (resolución 44/25 de la Asamblea General, anexo), que dice lo siguiente: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias”.

41. Los cultivos ilícitos, así como la producción, fabricación y tráfico de drogas ilícitas por organizaciones delictivas nacionales e internacionales han alcanzado dimensiones enormes. Es comprensible que se plantee con frecuencia la cuestión de si aún merece la pena gastar dinero en la fiscalización de drogas, y si no sería más rentable dejar a un lado toda la normativa en materia de drogas y las demás iniciativas relacionadas con el tema y permitir que las fuerzas del mercado regulasen la situación sin costo alguno para la sociedad. En opinión de la Junta, éste es un planteamiento erróneo, comparable a preguntarse si es rentable evitar los accidentes de coche o combatir las enfermedades contagiosas. La historia ha puesto de manifiesto que la fiscalización nacional e internacional de drogas ha resultado ser un instrumento eficaz para reducir la dependencia de las drogas y que, por tanto, es el camino que debe seguirse.

42. En el caso de los estupefacientes, se logró el objetivo primario de la normativa internacional de fiscalización de drogas: en la actualidad sólo existen algunos casos aislados de desviación de estupefacientes de los canales lícitos. Se están consiguiendo resultados similares en la fiscalización de sustancias sicotrópicas conforme al Convenio de 1971. De no haber sido por estas medidas de fiscalización, hubiera continuado la drogadicción epidémica existente en algunos países en los primeros decenios del siglo XX y en otros países se hubiesen llegado a situaciones semejantes. Cabe pensar que, sin una normativa nacional e internacional, la utilización de estupefacientes para fines no terapéuticos hubiera alcanzado las mismas

dimensiones que el uso de las demás sustancias psicoactivas que se venden y utilizan con escasa o nula limitación. La aceptación social del tabaco, la alta prevalencia de su consumo (hasta el 65% de la población adulta en algunos países) y el alto índice de morbilidad resultante del consumo del tabaco y alcohol tienen como consecuencia la muerte prematura de millones de personas al año. Además, la delincuencia relacionada con el alcohol y el tráfico de productos que contienen tabaco o alcohol han alcanzado proporciones importantes.

43. Los productos farmacéuticos, sobre todo las drogas que se venden con receta médica, y en especial los que contienen estupefacientes o sustancias sicotrópicas, no pueden compararse directamente con bienes de consumo porque, en el caso de los productos farmacéuticos, el “consumidor” no está necesariamente cualificado para emitir un diagnóstico médico, elegir una droga concreta para una determinada enfermedad y establecer la dosificación adecuada, teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios, incluidos (en el caso de los estupefacientes y las sustancias sicotrópicas) el uso indebido de drogas y la drogadicción. Las consecuencias de la venta sin restricciones de productos farmacéuticos pueden verse con claridad en los Estados Unidos donde, antes de 1906, el consumo de drogas venía determinado únicamente por las fuerzas del mercado (véase el párrafo 10 *supra*), así como los resultados de la venta libre de estupefacientes en China (véanse los párrafos 4 y 5 *supra*). En 1858, todas las medidas de fiscalización adoptadas por las autoridades chinas a nivel nacional durante más de un siglo (edictos de 1729, 1799, 1808, 1809 y 1815) se vieron abocadas al fracaso a causa de la legalización del comercio de drogas impuesta por las potencias coloniales. Situaciones como éstas no deben repetirse.