



COMISIÓN GLOBAL
DE POLÍTICA DE DROGAS

LA CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CUANDO SE DEJÓ
ATRÁS A LA CIENCIA

INFORME DE 2019





COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS



LOUISE ARBOUR
Ex Alta Comisionada
de la Oficina de las Naciones
Unidas para los Derechos
Humanos, Canadá



PAVEL BÉM
Ex Alcalde de Praga,
República Checa



RICHARD BRANSON
Emprendedor, fundador del
Grupo Virgin, cofundador de
The Elders, Reino Unido



FERNANDO HENRIQUE
CARDOSO
Ex Presidente de Brasil



MARIA CATTAGUI
Ex Secretaria General
de la Cámara Internacional
de Comercio, Suiza



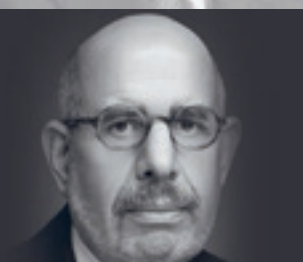
HELEN CLARK
Ex Primera Ministra de Nueva
Zelanda y Administradora
del Programa de Naciones
Unidas para el Desarrollo



NICK CLEGG
Ex Vice Primer Ministro
del Reino Unido



RUTH DREIFUSS
Ex Presidenta de Suiza
(Presidencia)



MOHAMED ELBARADEI
Director General Emérito
de la Agencia Internacional
de Energía Atómica, Egipto



CÉSAR GAVIRIA
Ex Presidente
de Colombia



ANAND GROVER
Ex Relator Especial de las
Naciones Unidas sobre
el derecho a la salud, India



MICHEL KAZATCHKINE
Ex Director Ejecutivo del Fondo
Mundial para la lucha contra el
VIH/SIDA, la tuberculosis y la
malaria, Francia



ALEKSANDER KWASNIEWSKI
Ex Presidente
de Polonia



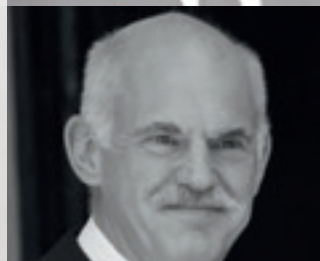
RICARDO LAGOS
Ex Presidente
de Chile



KGALEMA MOTLANTHE
Ex Presidente
de Sudáfrica



OLUSEGUN OBASANJO
Ex Presidente
de Nigeria



GEORGE PAPANDREOU
Ex Primer Ministro
de Grecia



JOSÉ RAMOS-HORTA
Ex Presidente
de Timor-Leste



JORGE SAMPAIO
Ex Presidente
de Portugal



JUAN MANUEL SANTOS
Ex Presidente
de Colombia



GEORGE SHULTZ
Ex Secretario de Estado de
Estados Unidos de América
(Presidencia Honoraria)



JAVIER SOLANA
Ex Alto Representante del
Consejo para la Política Exterior
y de Seguridad Común de la
Unión Europea, España



CASSAM UTEEM
Ex Presidente de Mauricio



MARIO VARGAS LLOSA
Escritor e intelectual
público, Perú



PAUL VOLCKER
Ex Presidente de la Reserva
Federal de Estados Unidos y del
Consejo para la Reconstrucción
Económica, Estados Unidos



ERNESTO ZEDILLO
Ex Presidente
de México

ÍNDICE

Prefacio.....	3
Resumen ejecutivo.....	4
La clasificación de las drogas: ¿pruebas contrastadas o ideología?	7
El sistema internacional de clasificación	13
Historia del sistema de fiscalización internacional de drogas.....	13
Las incoherencias plagan el sistema vigente.....	16
Un equilibrio fallido: el acceso a medicamentos fiscalizados.....	19
Recomendación.....	21
Lecciones de los mercados (semi)legales	25
Plantas psicoactivas no sometidas a fiscalización.....	25
Regulación del cannabis.....	26
Nuevas sustancias psicoactivas.....	27
Recomendación.....	29
Retos y posibilidades de reforma	31
Mejora del sistema vigente.....	31
Una escala racional de daños.....	33
Recuperación de la flexibilidad nacional para la regulación.....	35
Recomendación.....	37
Observaciones finales.....	38
Testimonios.....	40
Referencias.....	47



PREFACIO

Las actuales leyes de fiscalización nacional e internacional de drogas se basan en un registro en que figuran unas 300 sustancias psicoactivas. Estas sustancias están clasificadas en varias categorías, en función del grado con el que se las debe combatir, y están prohibidas en distintos niveles. Más en concreto, se prohíbe en todos los casos, salvo con los fines médicos y científicos, su cultivo, producción, fabricación, exportación, importación, venta, posesión y consumo.

Además, se considera que algunas de ellas carecen de todo beneficio médico, aunque no se disponga de pruebas que confirmen este supuesto. Cuando los Estados ratificaron los tratados sobre drogas, y fueron estableciendo, paulatinamente, el sistema de fiscalización internacional, de 1961 a 1988, se comprometieron a adoptar en su ordenamiento jurídico interno la misma clasificación de las sustancias. Ello pone de relieve hasta qué punto la clasificación determina las prioridades en materia de cumplimiento de la ley y las sentencias dictadas por la judicatura, y en qué medida afecta a la vida de millones de personas de todo el mundo.

En efecto, esta clasificación o 'inclusión en listas' de las drogas constituye la piedra angular del enfoque represivo que impera hoy día frente a las políticas en esta esfera, y que ha dado lugar a los 'daños colaterales' de la 'guerra contra las drogas', unas consecuencias trágicas que la Comisión Global de Política de Drogas lleva condenando desde que se creó, en 2011. Las repercusiones de la prohibición — en lo que atañe a la salud y la seguridad públicas, la discriminación y el hacinamiento carcelario, el aumento del poder de las organizaciones delictivas, y la violencia y la corrupción asociadas con ellas, así como la falta de acceso a medicamentos esenciales— ponen de relieve la necesidad apremiante de cambiar de rumbo y aplicar unas políticas que sean más eficaces y más respetuosas con los derechos humanos.

Este noveno informe de la Comisión examina la historia, los procedimientos y las contradicciones del sistema vigente de clasificación de las sustancias psicoactivas. En esta clasificación no encontraremos algunas de las sustancias más peligrosas, como el tabaco y el alcohol, que eluden toda prohibición y permiten que algunas grandes empresas, consolidadas y respetables, obtengan enormes ganancias. Las sustancias que figuran en las listas de los tratados internacionales y que se consideran 'drogas' se ven como perniciosas, abastecidas por un mercado ilegal que es igual de rentable y promueve la delincuencia organizada.

La marcada distinción que se establece entre sustancias legales e ilegales es fruto de una larga historia de dominación cultural y política. No se fundamenta en ninguna evaluación científica de los posibles daños de las sustancias para las personas que las consumen y para la sociedad en general, ni en sus posibles beneficios para quienes las consumen con moderación. El orden en que se clasifican, según sus posibles daños, y el grado en que se deben someter a medidas represivas, adolece de una falta parecida de evaluación científica. Son consideradas, en conjunto, como algo maligno. Esta clasificación se ve influenciada a menudo por la ideología, los prejuicios y la discriminación de poblaciones marginadas, por no mencionar los intereses económicos de la industria farmacéutica. La ciencia rara vez forma parte del proceso para decidir la clasificación de las sustancias y, cuando se le permite que formule sus recomendaciones, estas no suelen tenerse en cuenta.

Las sustancias psicoactivas se deben examinar con urgencia y de manera racional. La incoherencia del sistema de clasificación representa un gran obstáculo para las reformas que se deben emprender. Es hora de aceptar el hecho de que una sociedad sin drogas es un espejismo y que debemos sentar los cimientos, basados en pruebas científicas, para regularlas. Centrémonos en lo que constituye la verdadera legitimidad de la política de drogas: la vida, la salud y la seguridad universales.



Ruth Dreifuss

Presidenta de la Comisión Global de Política de Drogas

RESUMEN EJECUTIVO

El sistema de clasificación internacional de drogas, utilizado para catalogar las sustancias psicoactivas según sus daños y beneficios, constituye una piedra angular del régimen de fiscalización internacional de drogas. Su buen funcionamiento es la clave para lograr un equilibrio entre los dos grandes objetivos del régimen: garantizar la disponibilidad adecuada para fines médicos de sustancias sometidas a fiscalización y, al mismo tiempo, evitar su desviación hacia fines no médicos o de otra índole. Hasta 1961, el sistema mundial de control de drogas se centró en imponer restricciones al comercio internacional y estaba concebido de tal manera que daba cabida a las diferencias entre las leyes de los Estados y las respetaba. Sin embargo, desde que se firmó la Convención Única sobre Estupefacientes, en 1961, los Estados han respondido al derecho internacional con listas y sistemas de clasificación que no están basados en pruebas empíricas ni mantienen una correlación racional con los daños y beneficios de las sustancias, sino que se fundamentan en decisiones e intereses políticos de las personas encargadas de formular las políticas. Estas políticas de control de drogas se han traducido en problemas sociales y económicos que no solo afectan a las personas que usan drogas, sino también al conjunto de la población, con consecuencias como epidemias de salud, el hacinamiento carcelario y la aplicación arbitraria de las leyes sobre drogas.

El sistema vigente, que se rige por la Convención de 1961 y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, ha ido sometiendo, de forma gradual, cada vez más sustancias psicoactivas a control internacional. En la actualidad, más de 300 sustancias figuran en las listas de fiscalización de los tratados. Se han definido ocho listas, en función del potencial adictivo, el riesgo de uso indebido y el valor terapéutico de las sustancias que figuran en ellas: cuatro en la Convención de 1961 y cuatro en el Convenio de 1971. Estos tratados internacionales de fiscalización de drogas reconocen solo el tratamiento o el alivio del dolor como beneficios del uso de sustancias psicoactivas; no tienen en cuenta —o más bien excluyen— otros usos culturales, recreativos o ceremoniales.

El rigor de las medidas de control depende de la lista en que consta cada sustancia. De las ocho listas, dos entrañan la prohibición total de las sustancias que figuran en ellas, incluso con fines médicos (con la excepción de cantidades muy limitadas para la investigación científica). No obstante, salvo unas pocas excepciones, en la práctica se prohíben con fines no médicos ni científicos todas las sustancias incluidas en las listas de los tratados.

Esta prohibición *de facto* es arbitraria. La actual distinción entre sustancias legales e ilegales no se basa inequívocamente en un análisis farmacológico, sino, en gran medida, en precedentes históricos y culturales. También se ve distorsionada por unas visiones con gran carga moral sobre una supuesta dicotomía entre 'drogas buenas y drogas malas', es decir, entre drogas legales e ilegales.

Las decisiones relativas a la inclusión en las listas dependen de la Comisión de Estupefacientes (CND), que fue establecida por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) formula recomendaciones siguiendo el dictamen de su Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD, por sus siglas en inglés), que, posteriormente, se someten a la votación de los miembros de la CND (que las pueden adoptar por una mayoría simple según lo dispuesto por la Convención de 1961 o de dos tercios por el Convenio de 1971).

Por lo tanto, las decisiones relativas a la clasificación se han convertido en objeto de consideraciones políticas y presentan un sesgo inherente que favorece la prohibición de nuevas sustancias. Las consecuencias negativas de permitir que entre en el mercado una droga que luego resulte ser peligrosa son muy altas, mientras que las consecuencias negativas —para quienes toman las decisiones— de mantener fuera del mercado una droga que, en realidad, sea inocua, son mínimas. En consecuencia, las recomendaciones para añadir nuevas sustancias a las listas se suelen aprobar, mientras que las recomendaciones para trasladar las sustancias a una lista menos estricta o para abstenerse de fiscalizar algunas drogas se enfrentan a una oposición significativa.

Varias sustancias que figuran en las primeras listas de la Convención de 1961 —entre las cuales, sustancias de uso muy extendido como el cannabis, la resina de cannabis, la heroína y la cocaína— nunca se habían sometido a una evaluación de expertos o dichas evaluaciones tenían hasta 30 años.

Se han efectuado llamamientos para enmendar los tratados con miras a resolver algunas incoherencias inherentes y aclarar los mandatos de la OMS, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y la CND con respecto al proceso de inclusión en las listas. También se han planteado propuestas para mejorar los criterios de clasificación y concebir un sistema basado en pruebas empíricas.

Un procedimiento mejorado de clasificación, que logre un mejor equilibrio entre asegurar la disponibilidad con fines legítimos de sustancias fiscalizadas y prevenir el uso problemático podría ofrecer una herramienta fundamental para promover unas reformas que transformen las políticas de control de drogas nacionales e internacionales, de forma que estas se distancien del marco exclusivamente prohibitivo y se orienten hacia un modelo flexible basado en la regulación.

Un sistema de clasificación internacional basado en pruebas empíricas permitiría que los países orientados a la reforma gozaran de más flexibilidad para elaborar sistemas de clasificación nacionales que respondieran a sus necesidades y, al mismo tiempo, mejorar el control sobre las posibles exportaciones ilegales. También resultaría mucho más eficaz para encaminar gradualmente el mercado de las drogas hacia una dirección que cause mucho menos daños. Por último, un sistema de clasificación basado en pruebas empíricas acabaría con gran parte del estigma asociado con el uso de drogas, lo cual ayudaría a las personas a tomar decisiones más responsables y menos nocivas.

Entre los principios rectores que deberían orientar un modelo de clasificación más racional, cabría mencionar:

- asegurar una disponibilidad adecuada de cada sustancia para fines médicos y científicos;
- abandonar las políticas de tolerancia cero para ceder más espacio a “otros fines legítimos”;
- dispensar un trato menos estricto a las sustancias más ligeras;
- tener en cuenta las circunstancias sociales y culturales locales;
- efectuar un análisis de costo-beneficio de los daños potenciales y los beneficios percibidos;
- aceptar algunos umbrales de riesgo, comparables a otros riesgos sociales aceptables, en lugar de mantener un principio de precaución absoluto;
- sopesar cuidadosamente las posibles consecuencias de las decisiones en materia de clasificación, teniendo en cuenta las respuestas previsibles de los usuarios y los mercados; y
- hacer un mejor uso de los instrumentos jurídicos sobre medicamentos y seguridad de los consumidores, en lugar de promover leyes sobre drogas de carácter penal.

La Comisión Global de Política de Drogas aboga por que se adopte un enfoque integral e interdisciplinario en la elaboración de las políticas de fiscalización de drogas. Es hora de poner fin al enfoque fragmentario que trata el control de drogas como si fuera un tema único, y clasifica las drogas y aplica una prohibición basada en unas listas poco fiables y científicamente cuestionables.

La única vía responsable pasa por regular el mercado de las drogas ilegales. Los Gobiernos deben establecer regulaciones y un nuevo sistema de clasificación, que se ajuste a la peligrosidad de cada droga y se base en evaluaciones científicas rigurosas, así como supervisar y hacer cumplir dichas regulaciones. La Comisión Global considera que se deben emprender acciones urgentes para acabar con las incoherencias y contradicciones del sistema de clasificación vigente:

- **La comunidad internacional debe reconocer la falta de coherencia y las contradicciones del sistema de clasificación internacional, y promover un examen crítico de los modelos vigentes para la inclusión de drogas en las listas de fiscalización.**
- **La comunidad internacional debe priorizar el papel de la Organización Mundial de la Salud y de las investigaciones científicas interdisciplinarias para confeccionar criterios de clasificación basados en pruebas empíricas y fundamentados en una escala racional de daños y beneficios.**
- **Los Estados Miembros de la ONU deben volver a poner el acento del sistema de clasificación internacional en el propósito original de controlar el comercio transnacional y posibilitar que se desarrollen sistemas innovadores a escala nacional.**



'La cosecha de ganja', Naogaon, India - 16 de febrero de 1894
(Fotografía del 'Informe de la Comisión sobre el Cáñamo Índico, 1894-1895')

LA CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS: ¿PRUEBAS CONTRASTADAS O IDEOLOGÍA?

El sistema de clasificación en listas constituye una piedra angular del régimen de fiscalización internacional de drogas, que se estableció por preocupación respecto a “la salud física y moral de la humanidad”, como se plasma en el preámbulo de los tratados de control de drogas de 1961 y 1971. El buen funcionamiento del sistema de clasificación es la clave para cumplir con el doble objetivo del régimen: garantizar la debida disponibilidad para fines médicos de sustancias sometidas a fiscalización y, al mismo tiempo, evitar su ‘uso indebido’ y que se desvíen hacia el mercado ilegal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “un régimen de fiscalización de drogas eficaz y acorde con el espíritu de los tratados para la fiscalización de drogas debe, por lo tanto, alcanzar el justo equilibrio entre la importancia otorgada a estos dos objetivos”.¹ La paradoja del sistema de control internacional de drogas radica en que “siguen estando muy extendidas leyes, políticas y prácticas desequilibradas”.² Este mecanismo se instauró para orientar la cooperación internacional en materia de fiscalización de drogas. Sin embargo, en el plano nacional, su aplicación, impulsada por la ideología, se ha traducido en un gran número de consecuencias negativas, que van desde el exceso de control policial de algunas comunidades hasta epidemias de salud pública.

El régimen de fiscalización global de drogas que se desplegó después de la Segunda Guerra Mundial ha ido sometiendo, de forma gradual, cada vez más sustancias psicoactivas a control internacional (Cuadro 1). Actualmente, más de 300 sustancias figuran en las listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (enmendada por el Protocolo de 1972)³ y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971,⁴ repartidas en cuatro listas por tratado, así como en los cuadros de precursores del tercer tratado internacional sobre drogas, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, también conocida como la Convención contra el Tráfico (Gráfico 1).⁵ El rigor de las medidas de control con respecto a los certificados de importación y exportación, las previsiones de necesidades, las licencias y las prescripciones médicas depende de la lista en que consta cada sustancia.⁶ La obligación general de los tratados de 1961 y 1971, aplicable a todas las listas, establece que se debe “limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos”.⁷

CUADRO 1 El sistema internacional de clasificación⁸

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, “los estupefacientes y sus preparados sometidos a fiscalización internacional se agrupan y se enumeran en cuatro Listas, definidas en función del potencial adictivo, el riesgo de uso indebido y el valor terapéutico de las sustancias que figuran en ellas. Los estupefacientes fiscalizados en virtud de la Convención de 1961 se detallan en una de las dos Listas (I y II), según la relación entre su valor terapéutico y el riesgo de uso indebido. Las disposiciones de fiscalización aplicables a los estupefacientes de la Lista I constituyen el régimen ordinario al amparo de la Convención de 1961; la Lista II está integrada por estupefacientes que se consideran menos susceptibles de uso indebido y que se usan de forma más generalizada en la medicina. Otras dos Listas, la III y la IV, abarcan, respectivamente, los preparados de los estupefacientes de la Lista I y II destinados a un uso médico legítimo, así como algunos estupefacientes de la Lista I que se considera que presentan propiedades particularmente peligrosas y un valor terapéutico muy limitado”.

[...] “El sistema de fiscalización previsto para las sustancias sicotrópicas se basa, en principio, en el de los estupefacientes. Sin embargo, en el Convenio de 1971, las medidas de fiscalización necesarias se clasificaron en cuatro Listas separadas, según la relación entre el valor terapéutico y el riesgo para la salud pública derivado del uso indebido de las sustancias en cuestión. Las cuatro Listas utilizan una escala gradual de estas dos variables: la Lista I entraña un alto riesgo para la salud pública y un bajo valor terapéutico y, por ende, las medidas de control más estrictas; en cambio, la Lista IV entraña lo contrario, es decir, un menor riesgo para la salud pública y un mayor valor terapéutico”.

Los preámbulos de los tratados sobre drogas subrayan que el uso médico de la mayoría de las sustancias es “indispensable” y que su disponibilidad no se debe limitar indebidamente. Las únicas categorías de drogas que las convenciones recomiendan que los Estados prohíban son las sustancias enumeradas en la Lista IV de la Convención de 1961 y en la Lista I del Convenio de 1971. La ‘prohibición’ en este sentido significa prohibirlas con fines médicos y solo autorizar cantidades muy limitadas para propósitos de investigación. En el caso de los estupefacientes que figuran en la Lista IV de la Convención de 1961, que incluye el cannabis y la heroína, se recomienda la prohibición total, pero se trata de una posibilidad opcional. A una parte solo se le exige esta medida “si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos”.⁹ En cuanto a las sustancias de la Lista I del Convenio de 1971, en que figuran, entre otras, el LSD, el MDMA y los compuestos psicodélicos de hongos alucinógenos y cactus (psilocibina, mescalina), la prohibición es aplicable de forma obligatoria a “todo uso, excepto el que con fines científicos y fines médicos muy limitados” hagan personas debidamente autorizadas.¹⁰

El concepto hegemónico de prohibición de las drogas que impera hoy día solo se generalizó a escala global después de la Segunda Guerra Mundial. Documentos anteriores —como las principales recomendaciones de la Comisión sobre el Cáñamo Índico de 1894-1895— se entienden ahora como elaboradas propuestas de reforma en materia de políticas, algo parecido a los modelos adoptados recientemente por países como Uruguay y Canadá (Cuadro 2).¹¹

CUADRO 2 Principales recomendaciones del Informe de la Comisión sobre el Cáñamo Índico (1895)

1. La prohibición total del cultivo de la planta de cáñamo para estupefacientes, así como la producción, la venta o el uso de los estupefacientes derivados de ella, no es necesaria ni conveniente teniendo en cuenta sus efectos comprobados, la prevalencia del hábito de consumo, el sentimiento social y religioso sobre el tema, y la posibilidad de que lleve a los consumidores a recurrir a otros estimulantes o estupefacientes que podrían resultar más perjudiciales (capítulo XIV, párrafos 553 a 585).
2. Se aboga por una política de control y restricción, que persigue acabar con el uso excesivo y restringir el uso moderado dentro de unos límites (capítulo XIV, párrafo 586).
3. Los medios que se desplegarán para conseguir estos objetivos son:
 - Una tributación adecuada, cuya eficacia se puede optimizar combinando un impuesto directo con la subasta del privilegio de venta (capítulo XIV, párrafo 587).
 - La prohibición del cultivo, salvo en caso de contar con la debida licencia, y su centralización (capítulo XVI, párrafos 636 y 677).
 - La limitación del número de establecimientos dedicados a la venta al detalle de estupefacientes de cáñamo (capítulo XVI, párrafo 637).
 - La limitación de la cantidad de posesión legal (capítulo XVI, párrafos 689 y 690). El límite para la posesión legal de *ganja* o *charas* o de cualquier otro preparado o mezcla que las contenga sería de 5 tola (unos 60 gramos), y de *bhang* o de cualquier mezcla que lo contenga, de un cuarto de ser (un cuarto de litro).

Un artículo publicado por *The New York Times* en 1892 preveía que la idea de la prohibición total de “estimulantes y narcóticos” para evitar el abuso problemático sería “tan factible como el plan de prevenir los accidentes ferroviarios animando a los viajeros a quedarse en casa”.¹² Pero esta última fue, básicamente, la dirección hacia la que se fue encaminando paulatinamente el sistema de fiscalización internacional de drogas. Actualmente, salvo unas pocas excepciones, están prohibidos todos los usos no médicos ni científicos de las sustancias clasificadas en virtud de los tratados de la ONU.¹³

Durante siglos, el uso del opio y el cannabis (en Asia, África y Oriente Medio) y la coca (en la región andina) ha sido algo muy extendido con fines culturales, ceremoniales y medicinales tradicionales. Pero los únicos beneficios del uso de sustancias psicoactivas que se reconocen en las convenciones son el tratamiento de enfermedades y el alivio del dolor. “La mera cualidad de dar placer no cuenta, o más bien cuenta como algo negativo”, explica Mark Kleiman, “ya que el uso no médico extendido y voluntario se trata como prueba

del 'potencial de uso indebido'".¹⁴ En lo que respecta a las decisiones de clasificación, según las palabras de un administrador anónimo citado por Kleiman, la consecuencia de esa premisa es: "Si alegría y diversión reúno, es de la Lista Uno".¹⁵

El enfoque de tolerancia cero frente a todo uso no médico de las drogas que está consagrado en el sistema de control internacional ha generado unas visiones distorsionadas y con gran carga moral sobre una supuesta dicotomía entre 'drogas buenas y drogas malas', es decir, entre drogas legales y drogas ilegales. Sin embargo, "la distinción entre sustancias legales e ilegales", como reconoció el Ministerio del Interior del Reino Unido en 2006, "no se basa inequívocamente en un análisis farmacológico, económico o de relación entre el riesgo y el beneficio. También se basa, en gran medida, en precedentes históricos y culturales".¹⁶ Según un documento preliminar sobre la revisión del sistema de clasificación británico, a muchos jóvenes "les resulta difícil comprender las razones que justifican que se controlen drogas como el cannabis y el éxtasis, cuando su uso indebido causa, en general, menos daños a la sociedad que drogas a las que se

GRÁFICO 1 Listas de los tratados de drogas de la ONU

Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

LISTA I	LISTA II	LISTA III	LISTA IV
Sustancias que son muy adictivas o de probable uso indebido, y precursores que se pueden convertir en estupefacientes que son igualmente adictivos y también de probable uso indebido (p. ej., cannabis, opio, heroína, metadona, cocaína, hoja de coca, oxicodona)	Sustancias que son menos adictivas y cuyo uso indebido es menos probable que las de la Lista I (p. ej., codeína, dextropropoxifeno)	Preparados que contienen una cantidad baja de estupefacientes, son poco susceptibles de uso indebido y están exonerados de la mayoría de medidas de fiscalización impuestas sobre las sustancias que contienen (p. ej., <2,5 % codeína, <0,1 % cocaína)	Determinados estupefacientes también enumerados en la Lista I considerados como "particularmente nocivos por sus propiedades adictivas" y con escaso o nulo valor terapéutico (p. ej., cannabis, heroína)

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

LISTA I	LISTA II	LISTA III	LISTA IV
Drogas que presentan un alto riesgo de uso indebido y que constituyen una amenaza especialmente grave para la salud pública, con escaso o nulo valor terapéutico (p. ej., LSD, MDMA, catinona)	Drogas que presentan un riesgo de uso indebido y que constituyen una amenaza grave para la salud pública, con un valor terapéutico de bajo a moderado (p. ej., dronabinol, anfetaminas)	Drogas que presentan un riesgo de uso indebido y que constituyen una amenaza grave para la salud pública, con un valor terapéutico de moderado a alto (p. ej., barbitúricos, buprenorfina)	Drogas que presentan un riesgo de uso indebido y que constituyen una amenaza menor para la salud pública, con un alto valor terapéutico (p. ej., tranquilizantes, incluido el diazepam)

Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988

CUADRO I	CUADRO II
Precursores de sustancias sicotrópicas, como efedrina, piperonal, safrol, ácido fenilacético, ácido lisérgico y algunos reactivos clave usados para la conversión de morfina en heroína, así como el permanganato potásico, usado en la extracción de cocaína	Una amplia gama de reactivos y disolventes que se pueden usar en la producción ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, pero también tienen usos industriales lícitos extendidos, como acetona, éter etílico, tolueno y ácido sulfúrico

puede acceder fácilmente, como el alcohol y el tabaco”.¹⁷ La estrategia sobre drogas del Reino Unido en aquel momento admitía que el alcohol desempeña “un papel importante en la vida cultural de este país”.¹⁸

No obstante, se consideró que estudiar “un planteamiento con mayor coherencia lógica con respecto al uso indebido de sustancias” resultaba imposible porque “un sistema de clasificación que sea aplicable tanto a las sustancias legales como a las ilegales sería inaceptable para la gran mayoría de las personas que consumen, por ejemplo, alcohol de manera responsable, y chocaría con una tradición y tolerancia históricas, profundamente arraigadas, frente al consumo de una serie de sustancias que alteran el desempeño mental (que van desde la cafeína hasta el alcohol y el tabaco). Por lo tanto, las sustancias legales se regulan por otros medios”.¹⁹ Pero ese argumento se podría esgrimir también con respecto a la “tradición y tolerancia históricas, profundamente arraigadas” del cannabis, la coca o el opio en otros países. Los prejuicios culturales coloniales y las concepciones farmacéuticas occidentales han configurado el régimen de fiscalización internacional de drogas. Estos siguen firmemente anclados en percepciones erróneas sobre las drogas “ilegales” y sus peligros comparativos.

En un artículo publicado en 2009 y que le costaría el empleo, David Nutt, entonces jefe del organismo del Reino Unido encargado de asesorar al Gobierno sobre la clasificación de las drogas, cuestionó esas ideas tergiversadas, arguyendo que “el debate sobre las drogas tiene lugar sin hacer referencia a otras causas de daño en la sociedad, que tiende a otorgar a las drogas una condición distinta, más preocupante”.²⁰ Nutt comparó los riesgos asociados con el uso de éxtasis con los importantes riesgos que entraña la práctica de la equitación, con el fin de destacar unas actitudes sociales y respuestas normativas radicalmente



En esta fotografía se muestran algunas de las drogas naturales que abarcan los tratados de fiscalización internacional de drogas de la ONU, como el láudano, la cocaína, la morfina, el opio y la belladona. © UN Photo/MB.

diferentes. La prohibición de la equitación con fines recreativos nunca se ha estudiado como posibilidad, a pesar de los muchos accidentes y muertes que causa entre los jóvenes.

Nutt también comparó el número de muertes relacionadas con el uso de éxtasis con el número, mucho mayor, de muertes por sobredosis de paracetamol, y apuntó a la gran disparidad en la cobertura mediática sobre ambos fenómenos: “La probabilidad de que un periódico informara de muerte por paracetamol era de 1 por cada 250 muertes, y por diazepam, de 1 por cada 50, mientras que, por anfetamina, era de 1 por cada 3 y, por éxtasis, se informó de todas”. Su conclusión: “El uso de pruebas empíricas racionales para evaluar los daños de las drogas constituirá un paso adelante para elaborar una estrategia creíble en materia de drogas”.²¹

En su informe de 2018, titulado *Regulación: El control responsable de las drogas*, la Comisión Global de Política de Drogas destacó que se necesitaba “un procedimiento mejorado de clasificación que logre un mejor equilibrio entre asegurar la disponibilidad de sustancias controladas para usos legítimos y prevenir el uso problemático”.²² En este informe de 2019, la Comisión propone un modelo de varios niveles y más racional para un proceso responsable de clasificación e inclusión en las listas de control.

CUADRO 3 Injerencia política en la investigación científica: el Proyecto Cocaína de la OMS en 1995

En 1995, la OMS y el Instituto Interregional de las Naciones Unidas para Investigaciones sobre la Delincuencia y la Justicia (UNICRI) anunciaron los resultados del mayor estudio global sobre el uso de la cocaína realizado hasta el momento, en que participaron más de 40 investigadores e investigadoras de todo el mundo. El estudio llegó a la conclusión de que el uso de hojas de coca no parece producir efectos negativos para la salud y desempeña funciones sagradas y sociales entre los pueblos indígenas. El estudio instó a que se realizaran más investigaciones sobre los usos terapéuticos positivos de la hoja de coca. El estudio también determinó que los efectos nocivos del uso de cocaína están menos extendidos que los de drogas legales como el alcohol y el tabaco, y que se concentran entre los usuarios de dosis altas.

Cuando las delegaciones de los Estados Miembros conocieron los resultados del estudio, representantes estadounidenses se opusieron a su publicación, ya que, según uno de los delegados ante la Asamblea Mundial de la Salud, este proyecto “va encaminado en la dirección equivocada (...) [y] ha socavado las iniciativas de la comunidad internacional para acabar con el cultivo ilegal y la producción de coca”. El representante estadounidense aclaró aún más la posición de su país, al apuntar: “Si las actividades de la OMS relacionadas con las drogas no logran fortalecer los métodos demostrados de fiscalización, se deberán recortar los fondos destinados a los programas pertinentes”. Esta injerencia política en la investigación científica propició que se pusiera fin al proyecto, sin que se completara el proceso que aún estaba pendiente, y que nunca se publicaran los resultados del estudio.²³



Apertura del segundo período de sesiones
de la Comisión de Estupefacientes de la ONU.
Lake Success, Nueva York, 1947. UN Photo

EL SISTEMA INTERNACIONAL DE CLASIFICACIÓN

HISTORIA DEL SISTEMA DE FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL DE DROGAS

La idea de prohibir todo uso 'recreativo' de determinadas sustancias psicoactivas se vio impulsada por la influencia creciente del puritanismo cristiano anglo-estadounidense y el movimiento por la templanza en contra del alcohol a finales del siglo XIX y principios del XX, que en los Estados Unidos también condujeron a que se prohibiera el alcohol entre 1920 y 1933. La campaña a favor de la prohibición también se vio alimentada por sentimientos racistas hacia las personas inmigrantes de China y México, que usaban opio y cannabis. La 'adicción', en un principio, aludía a los síntomas de las personas que consumían opioides. Cuando se introdujo, a mediados de la década de 1880, la cocaína no se consideraba una sustancia adictiva porque no provocaba los mismos efectos que los opioides. También se daba por sentado que no generaba adicción porque se entendía como elemento de la medicina occidental y "no cargaba con el estigma de las 'viejas' drogas premodernas".²⁴

Los intentos de internacionalizar el anhelo de erradicar lo que se percibía como "un mal moral", en un principio, no cosecharon mucho éxito. En el primer acuerdo internacional, la Convención Internacional del Opio, firmada en La Haya en 1912, se establecieron algunas reglas básicas para regular el comercio internacional de opio y limitar las drogas fabricadas (morfina y cocaína) a los usos "médicos y legítimos". Entre los usos "legítimos", se contaba el extendido uso tradicional en los países donde se cultivaban esas plantas. La Convención de Ginebra de 1925 mantuvo aún los "fines legítimos" del opio en bruto y las hojas de coca (capítulo II), pero limitó la fabricación de drogas "exclusivamente a fines médicos y científicos" (capítulo III).

"La campaña de Nixon en 1968, y la Casa Blanca de Nixon después, tenían dos enemigos: la izquierda antibélica y la población negra. ¿Entiendes lo que te digo? Sabíamos que no podíamos hacer que fuera ilegal estar en contra de la guerra o ser negro, pero logrando que la opinión pública asociara a los hippies con la marihuana y a los negros con la heroína, y luego criminalizando con fuerza las dos sustancias, podríamos desequilibrar a esas comunidades. Podríamos detener a sus dirigentes, registrar sus casas, disolver sus reuniones y difamarlas, noche tras noche, en las noticias. ¿Que si sabíamos que estábamos mintiendo acerca de las drogas? Obviamente."

John Ehrlichman (en 1994), asistente del presidente de los Estados Unidos, Richard Nixon, para Asuntos Internos (1969-1973)

Las potencias coloniales europeas controlaban unos monopolios rentables para el comercio de opio, coca y cannabis en sus territorios de ultramar. Los primeros tratados internacionales para el control de las drogas estuvieron muy influenciados por los intereses coloniales, así como por los prejuicios culturales: el alcohol y el tabaco eran las drogas aceptadas socialmente en los países de origen de los principales negociadores, de manera que nunca se consideraron seriamente como drogas que se debían someter a fiscalización internacional. Los monopolios coloniales abastecían a los mercados locales de opio en Asia y los mercados de cannabis en el norte de África —con lo que se reconocían los usos tradicionales—, así como muchos preparados a base de opiáceos, cannabis y cocaína para el mercado médico europeo.

El principio de clasificar las drogas por distintas categorías se introdujo por primera vez en la Convención para Limitar la Fabricación y Reglamentar la Distribución de Estupefacientes de 1931, después de que la delegación alemana arguyera que la codeína era una sustancia terapéutica más segura que el opio, la morfina o la heroína, y que no podría firmar el tratado si sus disposiciones no diferenciaban entre ellas. En aquella época, la industria farmacéutica alemana era la principal fabricante de codeína. Por lo tanto, se concibió un sistema de clasificación dual, con diferentes niveles de controles y limitaciones. "La mayoría también coincidió en que el uso de la droga con la menor propensión adictiva constituía, por lo general, el debido curso a seguir y que, por lo tanto, la codeína era preferible a la morfina en la medida de lo posible. Pero si

todas las drogas se sometían al mismo nivel de fiscalización —es decir, si todas eran igualmente difíciles de adquirir y exigían el mismo volumen de trámites administrativos—, los médicos y farmacéuticos tendrían menos incentivos para decantarse por sustancias más nuevas y potencialmente menos problemáticas, como la codeína.”²⁵ Bajo la presión alemana y ante un argumento plausible, los delegados alcanzaron una solución conciliatoria y crearon una estructura reguladora de dos niveles: las drogas del Grupo II quedaban exentas de los requisitos de notificación en la venta al detalle y se podían vender como medicamentos de venta libre y sin receta.

Con la Convención de 1931 se introdujo otro principio importante: “Estableció medidas de fiscalización no solo para las drogas que eran peligrosas de por sí, sino también para las sustancias que eran ‘convertibles’ en dichas drogas”.²⁶ Las drogas “susceptibles de generar adicción” se incluyeron en el Grupo I, mientras que las drogas que se podían transformar en dichas drogas se clasificaron en el Grupo I, subgrupo b), si tenían una utilidad médica limitada, y en el Grupo II si se empleaban de forma más generalizada en medicina.

Hasta 1961, el sistema mundial de control de drogas se centró en imponer restricciones al comercio internacional y estaba concebido de tal manera que daba cabida a las diferencias nacionales entre las leyes de los Estados y las respetaba. El objetivo primordial era “evitar la exportación incontrolada de determinadas sustancias a Estados que las habían prohibido. Esta tolerancia de las diferencias fue una característica fundamental en los orígenes del sistema internacional de control previo a 1946, hasta que se emprendió una transformación del sistema en el período de posguerra que culminó con la Convención de 1961. Uno de los cambios que implicó fue el intento de convertir lo que había sido esencialmente un sistema ‘recíproco’ en un principio ‘absoluto’ de prohibición con una gran carga moral”.²⁷

Los dos pilares del sistema de control internacional —el sistema de autorizaciones para las exportaciones y las importaciones establecido por la Convención de 1925 y el sistema para ajustar la producción lícita mundial a las previsiones de las necesidades globales establecido por la Convención de 1931— siguen en



En el siglo XIX, algunas sustancias psicoactivas que hoy son ilegales se vendían como curas para varias afecciones, como la cocaína para tratar la depresión. Imagen de archivo.

vigor hoy día, administrados por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Según Adolphe Lande, que desempeñó un papel protagonista en la concepción del sistema internacional de fiscalización de drogas de la ONU tras la Segunda Guerra Mundial, esos sistemas administrativos para controlar el comercio internacional se tradujeron en el resultado previsto de que, para la década de 1950, se seguían desviando “solo cantidades muy insignificantes” desde las fuentes de producción legal hacia cauces ilícitos por vía del comercio internacional.²⁸ No obstante, en opinión de Lande, “el tráfico ilícito es consecuencia del control”,²⁹ y las “fábricas clandestinas que podían adquirir opio u hojas de coca con relativa facilidad habían ocupado el lugar de los productores legales como proveedores del tráfico ilícito”.³⁰

Por lo tanto, antes de 1961, el cultivo y los usos tradicionales de las tres plantas cuyos derivados supusieron inicialmente el principal motivo de preocupación en los intentos por crear un régimen de fiscalización internacional no habían estado sometidos al criterio rector del sistema actual: la limitación estricta a los fines médicos y científicos. En Asia, África y Oriente Medio, el opio y el cannabis, y en la región andina, la coca, hace mucho tiempo que se usan de manera extendida y que están socialmente aceptados con fines culturales, ceremoniales y medicinales tradicionales. Para la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND), en 1955, esto representaba “una brecha grave que la Comisión se propuso cerrar cuando se comprometió a elaborar el proyecto de Convención Única. La Comisión, por lo tanto, no permitió ninguna excepción a esta regla cuando decidió incluirla entre las reglas permanentes en el proyecto de Convención Única”.³¹

En pleno período de reconstrucción y de luchas por la descolonización después de la Segunda Guerra Mundial, se iniciaron unas negociaciones para fortalecer el régimen internacional con una nueva ‘Convención Única’, que se situaría bajo los auspicios de las Naciones Unidas y sustituiría los tratados anteriores. La Convención Única de 1961 perseguía consolidar los varios tratados anteriores a la guerra en un instrumento jurídico ‘único’, pero también tenía por objetivo cerrar las brechas en materia de control de las fuentes de producción y comercio ilícitos que habían surgido como consecuencia de las medidas eficaces contra el desvío de fuentes lícitas.

Las potencias coloniales británica, holandesa y francesa, que hasta entonces se habían opuesto a que se impusieran normas de prohibición más estrictas, habían perdido el control de sus rentables monopolios legales sobre la producción de opio, coca y cannabis en sus antiguas colonias, como India, Birmania, Indonesia y Marruecos. Los nuevos Estados independientes tuvieron menos éxito que sus antiguos gobernantes coloniales a la hora de resistir la presión de los Estados Unidos para establecer un régimen mundial de prohibición de las drogas: el equilibrio de poderes había cambiado. Las propuestas para que se permitiera mantener algunas de esas prácticas ancestrales, ampliando la forma en que estaba redactada la obligación general del tratado de “limitar exclusivamente a los fines médicos y científicos” añadiendo “y otros fines legítimos” (una fórmula que se utilizó en los tratados de 1912 y 1925), fueron rechazadas.³² Tras unas arduas negociaciones, la Convención Única obligó a los países a ampliar el control nacional al cultivo de adormidera, coca y cannabis, a imponer sanciones penales por el cultivo ilícito y a prohibir todos los usos tradicionales.³³

La Convención Única de 1961 “encarna la estrategia general de los Estados consumidores de drogas desarrollados para reducir y, a la postre, eliminar, el cultivo de plantas productoras de drogas, objetivos que solo se podrían lograr con un costo para los países en desarrollo donde se cultivaban estas plantas”.³⁴ Todos los usos tradicionales del cannabis y la coca se debían abolir en un plazo de 25 años, y los usos “cuasi médicos” del opio, de 15 años. En una decisión cuestionable, el cannabis (“las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la cannabis”) y la resina de cannabis se incluyeron en las Listas I y IV; esta última, reservada a las sustancias “con propiedades particularmente peligrosas” y un escaso o nulo valor terapéutico. Esta clasificación rigurosa se efectuó sin la debida evaluación de la OMS, asesorada por su Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD, por sus siglas en inglés), el organismo al que el tratado le encomienda la clasificación de las sustancias.³⁵ Adolphe Lande ha señalado que el cannabis “se define como uno de los productos agrícolas ‘estupefacientes’ cuyo control, sin duda, representa el punto más débil del régimen internacional”.³⁶

La inclusión de la hoja de coca en la Lista I, junto con la cocaína, también se realizó sin el examen científico correspondiente por parte de la OMS. Los criterios en que se basa la clasificación de las sustancias

en virtud de la Convención Única abarcan el “principio de similitud” (si una sustancia se parece a otra que ya esté fiscalizada, exigirá un nivel de control análogo) y el “principio de convertibilidad” (si una sustancia ‘precursora’ se puede transformar con facilidad en una droga que ya esté sometida a fiscalización, exigirá un nivel de control análogo). Esos criterios perpetuaron el sesgo histórico consagrado en el sistema y llevaron a que se aplicaran los mismos controles sobre las materias primas vegetales y los alcaloides extraídos de ellas.

LAS INCOHERENCIAS PLAGAN EL SISTEMA VIGENTE

Las incoherencias estructurales del sistema de clasificación empeoraron cuando la estructura de los tratados se siguió desarrollando con el Convenio de 1971 y la Convención de 1988. Se estableció una distinción científicamente dudosa entre los llamados ‘estupefacientes’ de 1961 y las ‘sustancias psicotrópicas’ de 1971, con miras a facilitar unos controles menos severos sobre una serie de productos farmacéuticos, como anfetaminas, barbitúricos y tranquilizantes. Como apuntó el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) —que, más tarde, se convertiría en la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)— en un comentario relativo a su Ley Modelo sobre Drogas de 2000, “la clasificación internacional de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, según si la sustancia se rige por la Convención de 1961 o por el Convenio de 1971, carece de fundamento conceptual. La definición jurídica de muchas sustancias psicotrópicas es totalmente aplicable a los estupefacientes y, en muchos casos, también viceversa”.³⁷

En la década de 1950, los Gobiernos escandinavos empezaron a dar la voz de alarma sobre los problemas crecientes con el abuso de anfetaminas. “Las medidas para controlar la distribución nacional no dieron resultado porque los Estados vecinos de Europa Occidental, especialmente Alemania Occidental, no impusieron controles significativos sobre la exportación. En una situación parecida a la que se produjo con respecto a los opiáceos medio siglo antes, las diferencias en materia de regulación interna fomentaron un tráfico considerado ilícito por un Gobierno, pero lícito por el vecino”.³⁸ La propuesta inicial fue someter esas sustancias a fiscalización internacional añadiéndolas a las Listas de la Convención de 1961.

Según funcionarios de la OMS, los efectos nocivos de las anfetaminas podrían “considerarse ‘análogos’ a los de la cocaína, ya que ambos causan la estimulación del sistema nervioso central [y] los efectos nocivos de los barbitúricos, que generan adicción, y de los tranquilizantes, que también generan adicción, también podrían considerarse, con tal fin, parecidos a los de los efectos nocivos de la morfina, puesto que todas estas drogas causan una depresión del sistema nervioso central. El motivo por el que la Organización Mundial de la Salud no puede asumir esta similitud no es de carácter necesariamente técnico, sino jurídico”.³⁹

William McAllister ha indicado que “las farmacéuticas multinacionales influyeron en los Gobiernos de todo el mundo para que adoptaran una posición más permisiva con respecto a los psicotrópicos que la que se había adoptado tradicionalmente frente a los opiáceos y los productos de coca”.⁴⁰ De ahí la decisión de negociar un protocolo separado para estas sustancias, que se convirtió en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Muchos países “copiaron las listas en vigor de los tratados internacionales de manera integral, o con pocas modificaciones. Por lo tanto, la configuración de las listas afectaría de forma sustancial a la capacidad de las empresas farmacéuticas para vender sus productos en mercados extranjeros potencialmente lucrativos”.⁴¹

Durante las negociaciones, el representante de India expresó la esperanza de “que del mismo modo que los países productores de opio habían aceptado, durante las últimas décadas, un control estricto sobre el opio en interés de toda la humanidad, los países desarrollados que fabrican sustancias psicotrópicas también cooperarían ahora para garantizar medidas realmente eficaces de fiscalización de estas sustancias”.⁴² Los controles impuestos a las sustancias no farmacéuticas en la Lista I (LSD, MDMA, psilocibina, mescalina) son, de hecho —si no más—, al menos tan estrictos como los de la Convención de 1961. Sin embargo, el régimen de control de las otras tres listas del Convenio de 1971 es mucho más tolerante, a pesar de que varias resoluciones del ECOSOC han instado a las partes a que adopten medidas más estrictas que las exigidas por el tratado.⁴³ El Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia ha llamado la atención sobre los problemas que esto ha suscitado en el proceso de clasificación (Cuadro 4).⁴⁴

CUADRO 4 Efectos ambiguos (Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia)

"En esencia, el criterio aplicado a los estupefacientes es la similitud, en cuestión de abuso y de efectos nocivos, con drogas ya fiscalizadas. Según la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (denominada en adelante 'la Convención de 1961'), el Comité de Expertos, a la hora de decidir si recomendar o no la fiscalización internacional, primero determina si la sustancia que está siendo examinada ejerce efectos similares a la morfina, la cocaína o el cánnabis o si es capaz de convertirse en una sustancia de la lista que ejerza dichos efectos. En caso afirmativo, el Comité determina a continuación si la sustancia se presta a un abuso semejante y puede producir efectos nocivos parecidos a los de alguna sustancia incluida en las Listas I o II, o confirma si se puede convertir en una sustancia que figure en alguna de estas listas.

No obstante, las Directrices no especifican cuán similar una sustancia ha de ser a la sustancia original para considerarla similar a la morfina, a la cocaína o al cánnabis. La falta de orientación específica al respecto plantea muchas dificultades al Comité cuando la sustancia que se está examinando presenta semejanzas tanto con un estupefaciente como con un psicofármaco, por poner un ejemplo, debido a que, en el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (denominado en adelante 'el Convenio de 1971'), los Criterios de inclusión en las listas también comprenden una regla de similitud. La decisión de si la fiscalización de las sustancias analgésicas y estimulantes debe hacerse con arreglo a la Convención de 1961 o al Convenio de 1971 constituye un gran problema. La mayoría de los analgésicos potentes se fiscalizan de conformidad con la Convención de 1961, pero unos pocos se fiscalizan como psicofármacos con arreglo al Convenio de 1971. De los estimulantes del sistema nervioso central, la cocaína se fiscaliza de acuerdo con la Convención de 1961, mientras que las anfetaminas lo hacen según el Convenio de 1971. Así pues, los criterios para elegir entre ambos convenios son ambiguos en lo que respecta a estas clases de sustancias."⁴⁵

Otra incongruencia que surgió fue que, si bien la Convención de 1961 incluía materias primas y otros precursores vegetales, en el Convenio de 1971 se excluyeron de manera deliberada estas sustancias 'convertibles'. Esta brecha se cerró con la Convención de 1988, que abarca los precursores para 'sustancias psicotrópicas' pero no para 'estupefacientes' (ya contemplados en la Convención de 1961), y los reactivos y disolventes químicos utilizados a menudo para la producción ilícita de ambos. Por ello, los órganos responsables en virtud de los tratados se repartieron el trabajo: la OMS formula recomendaciones sobre los precursores para estupefacientes y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), sobre los precursores para sustancias psicotrópicas.

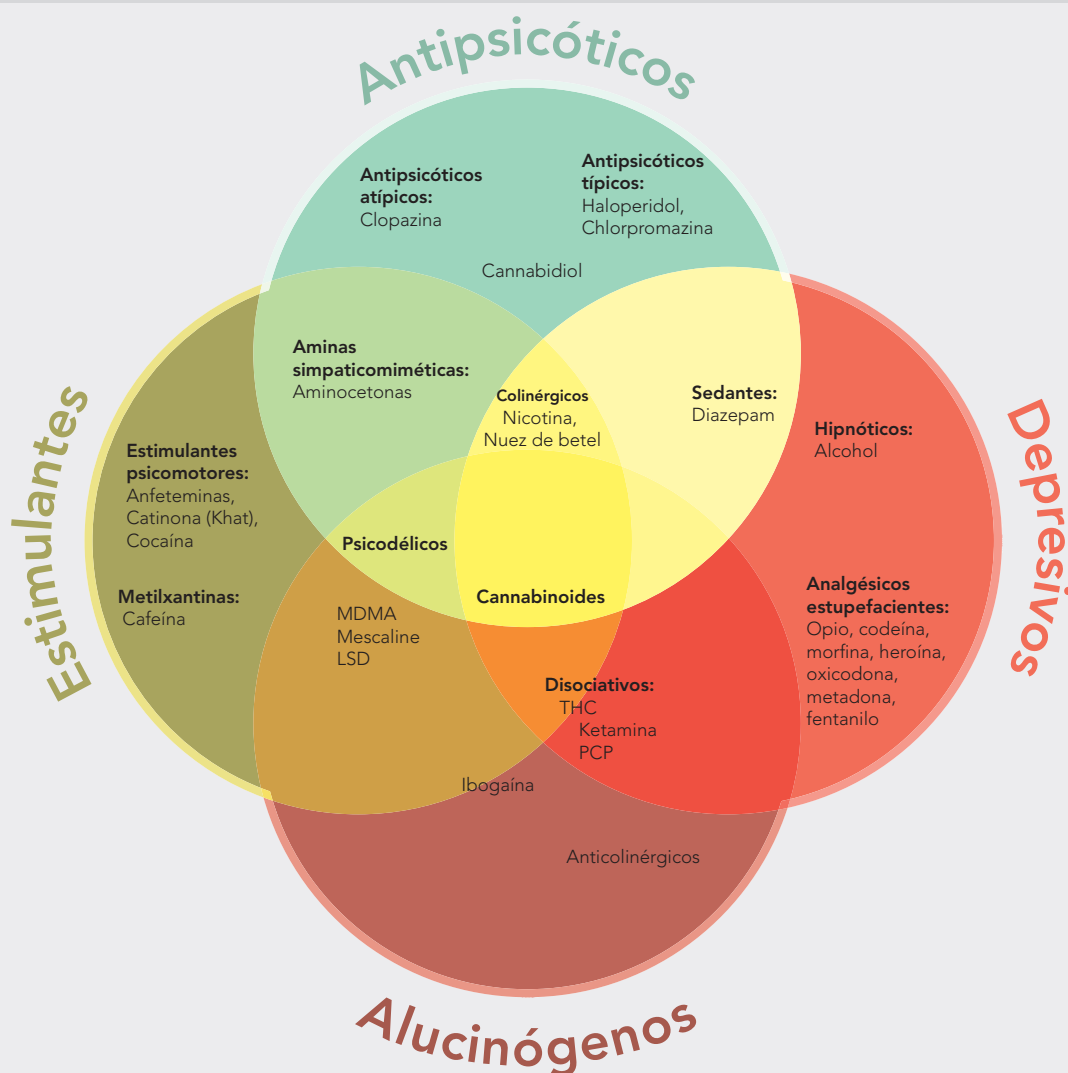
El Convenio de 1971 también prevé un 'principio de no aceptación' con respecto a las decisiones de clasificación. Una parte puede enviar una notificación en que explique por qué, "por circunstancias excepcionales, no está en condiciones de dar efecto con respecto a esa sustancia a todas las disposiciones del Convenio" (artículo 2.7). Esta disposición concede una mayor flexibilidad que la Convención de 1961 para que los países se distancien de las listas de la ONU.

En la Convención de 1931, la autoridad para añadir otras drogas producidas a partir de los alcaloides del opio o la coca al Grupo I o al Grupo II se otorgó a la Comisión de Salud de la Sociedad de las Naciones. Después de la Segunda Guerra Mundial, bajo los auspicios de las Naciones Unidas, esa prerrogativa se transmitió a la OMS, "previa consulta con un Comité de Expertos", y se amplió a cualquier sustancia que presentara efectos análogos a la morfina o la cocaína, o que fuera 'convertible' en una sustancia de este tipo.⁴⁶ Por lo tanto, las decisiones relativas a la inclusión en las listas fueron tomadas en un primer momento, a instancias de la comunidad internacional, por organismos especializados en salud. No obstante, con la Convención Única de 1961, esa autoridad se transfirió a la CND, y la adopción de las recomendaciones de la OMS pasó a depender de una mayoría simple de votos de los Estados Miembros de la CND. Así, las decisiones sobre las recomendaciones en materia de clasificación basadas en el dictamen de expertos científicos de la OMS pasaron, hasta cierto punto, a estar sometidas a consideraciones políticas de los Estados Miembros.

Los *Comentarios* oficiales, que ofrecen a los Estados Miembros directrices sobre cómo deberían interpretar la Convención de 1961, sugieren que la CND “acepte en principio las conclusiones farmacológicas y químicas de la Organización Mundial de la Salud. Cuando no acepte la recomendación de esta última, debe orientarse por otras consideraciones, como las de carácter administrativo o social”.⁴⁷ La CND solo puede aceptar o rechazar una recomendación de la OMS, no decidir otra lista, y “en ningún caso puede la Comisión decidir que se amplíe la fiscalización a una sustancia si la Organización Mundial de la Salud no lo ha recomendado”.⁴⁸

Se prevén disposiciones parecidas en virtud del Convenio de 1971, que establece que los dictámenes de la OMS “serán determinantes en cuestiones médicas y científicas”.⁴⁹ Los *Comentarios* al Convenio, además, explican que “la Comisión debe aceptar esas opiniones y conclusiones [de la OMS], y no está autorizada a basar sus decisiones en otros puntos de vista médicos o científicos”.⁵⁰ Sin embargo, las decisiones sobre la introducción de cambios en las listas de 1971 se adoptan por una mayoría de dos tercios, y la CND puede decidir añadir una sustancia a otra lista que la recomendada por la OMS, “teniendo presentes los factores económicos, sociales, jurídicos, administrativos y de otra índole que considere oportunos”.⁵¹

GRÁFICO 2 Distintas drogas psicoactivas



Adaptado de Wikimedia Commons por la Comisión Global de Política de Drogas

UN EQUILIBRIO FALLIDO: EL ACCESO A MEDICAMENTOS FISCALIZADOS

El régimen de fiscalización internacional de drogas se basa en el principio de lograr un equilibrio entre garantizar el acceso a medicamentos controlados y prevenir su desviación. El sistema de control consiguió frenar que se desviaran los opiáceos farmacéuticos y la cocaína fabricados legalmente hacia cauces de distribución ilícitos, un fenómeno que, antes de la Segunda Guerra Mundial, se estaba produciendo a gran escala. La OMS sostiene que “la adopción universal de los tratados y su implementación continúan siendo muy eficaces a la hora de impedir el desvío de medicamentos del mercado lícito al ilícito en el comercio internacional”.⁵² Según la JIFE, la mayor parte de la desviación de productos farmacéuticos tiene lugar a escala nacional: “Dado que la desviación de estupefacientes y sustancias sicotrópicas del comercio internacional prácticamente ha cesado, la desviación de esas sustancias de los canales lícitos de distribución interna se ha convertido en una importante fuente de abastecimiento de los mercados ilícitos”.⁵³

La epidemia de sobredosis sin precedentes que se vive en los Estados Unidos refleja de forma dramática la importancia de mantener un buen equilibrio entre facilitar un acceso adecuado a los analgésicos y reducir los riesgos asociados con un aumento del uso problemático y la sobredosis en ausencia de controles efectivos. La epidemia se nutre de varias fuentes: la heroína importada ilegalmente, en especial desde México y Colombia; los analgésicos farmacéuticos obtenidos con receta médica; el desvío de productos farmacéuticos hacia cauces de distribución ilícitos; las ventas por internet, ya sea a través de sitios ‘grises’, con umbrales de prescripción bajos, o a través de criptomercados ilegales; y el fenómeno reciente de la entrada al mercado de sustancias análogas al fentanilo, de gran potencia, como la heroína mexicana cortada con fentanilo.

La comercialización agresiva de analgésicos farmacéuticos entrañó, entre otras cosas, el falseamiento deliberado de información, como que el riesgo de adicción era bajo. Estas tácticas sirvieron para aumentar las ventas —en especial de OxyContin, un fármaco introducido por Purdue Pharma en 1996⁵⁴— y facilitaron “el acceso generalizado a grandes cantidades de clorhidrato de oxiconona para inhalación e inyección intravenosa”.⁵⁵ Este fue un importante factor desencadenante de la epidemia, cuyo final aún no se vislumbra debido a la falta crónica de respuestas eficaces para la reducción de daños.⁵⁶ Aunque la crisis ha alcanzado dimensiones alarmantes, las circunstancias que la posibilitaron son específicas de los Estados Unidos, como el comportamiento irresponsable de las compañías farmacéuticas, las prácticas médicas privadas no reguladas y los cauces de prescripción y distribución fraudulentos que funcionan con impunidad. La Comisión Global examinó en profundidad esta crisis en *La crisis de opioides en Norteamérica*, un informe de posición publicado en 2017.⁵⁷ En realidad, la mayoría de la población mundial sufre una crisis diametralmente opuesta en materia de salud pública y derechos humanos: una epidemia del dolor no tratado y una falta crónica de acceso a medicamentos esenciales. Esta falta de acceso resulta especialmente problemática en el caso de varios medicamentos fiscalizados que están fabricados a base de ‘estupefacientes’ o los contienen.

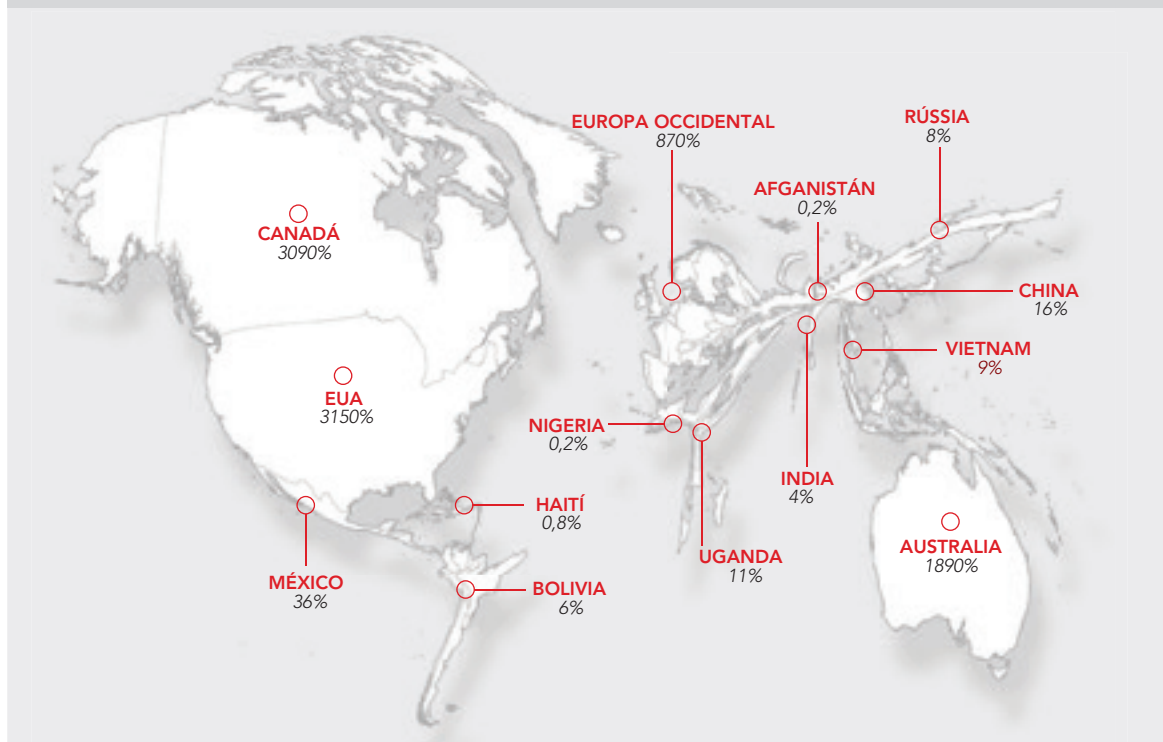
CUADRO 5 Intentos de clasificar la ketamina

La ketamina es un anestésico utilizado en procedimientos quirúrgicos veterinarios y humanos y, a menudo, es el único agente anestésico disponible en muchas zonas del Sur Global. La ketamina es fácil de usar, sobre todo en entornos poco desarrollados, rurales y de emergencia, donde no se dan condiciones de control clínico; además, no suprime la función respiratoria, y es segura en términos de sobredosis cuando se utiliza bajo supervisión médica. Por estos motivos, la ketamina figura en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. Al mismo tiempo, la ketamina, debido a sus efectos disociativos, también se emplea con fines recreativos como alucinógeno, un tipo de consumo que ha aumentado en los últimos años y que ha dado lugar a una serie de intentos por parte de China —con el respaldo de otros países asiáticos y la JIFE— para controlar la sustancia en el marco del derecho internacional. No obstante, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia manifestó que se había expresado la inquietud de que “el hecho de someter la ketamina a fiscalización internacional repercutiría negativamente en la disponibilidad y accesibilidad de esta sustancia. Esto, a su vez, limitaría el acceso a intervenciones quirúrgicas esenciales y de urgencia, lo cual provocaría una crisis de salud pública en los países donde no se dispone de ningún otro anestésico de reemplazo asequible”.⁶⁸

En su origen, el sistema de clasificación se justificó como un mecanismo necesario para mejorar el acceso. “Al prever un régimen menos estricto para las drogas del Grupo II, los redactores de la Convención de 1931 se guiaron por el hecho de que no se debería dificultar en exceso la disponibilidad de drogas con una utilidad, empleadas de forma generalizada y con un riesgo de uso indebido relativamente escaso, y de que, al establecer los controles, se debería tener en cuenta tanto la prevención del uso indebido como la facilitación de los usos legítimos.”⁵⁸ El régimen de fiscalización, más benévolo, establecido en virtud del Convenio de 1971 se basa en una lógica parecida: “Los autores del Convenio de Viena [de 1971] consideraron que no podían prever controles muy estrictos de medicamentos muy empleados porque se limitaría la facilidad de acceso a ellos con fines terapéuticos. En su lugar, destacaron la utilidad de los conocimientos relativos a las propiedades peligrosas de las sustancias en cuestión y de la educación en la lucha contra el uso indebido de drogas”.⁵⁹

Según la OMS, “la prevención del uso indebido de sustancias fiscalizadas ha recibido mucha más atención que la obligación de garantizar su adecuada disponibilidad para fines médicos y científicos, lo cual ha hecho que los países adopten leyes y reglamentos que obstaculizan sistemática y seriamente el acceso a medicamentos fiscalizados”.⁶⁰

GRÁFICO 3 Acceso al alivio del dolor en el mundo (% estimado de necesidad que se satisface)



Fuente: Knaul, F., Bhadelia, A., Rodríguez, N., Arreaola-Ornelas, H., Zimmerman, C. “The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations and future directions”, The Lancet, marzo de 2018.

En 2007, admitiendo el fracaso rotundo del sistema, la OMS puso en marcha el Programa de Acceso a los Medicamentos Fiscalizados, con miras a ayudar a los Gobiernos a detectar los principales obstáculos que dificultan el acceso y eliminarlos.⁶¹ En 2011, la OMS publicó unas orientaciones dirigidas a garantizar el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas;⁶² en 2015, la JIFE dedicó un suplemento de su informe a la disponibilidad de medicamentos fiscalizados;⁶³ y el documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la ONU (UNGASS) sobre las drogas, celebrado en 2016, incluye un apartado especial sobre esta cuestión.⁶⁴ Pese a estas iniciativas, según el último informe de la JIFE sobre los progresos en este ámbito, en la mayoría de los países de África, Asia, América Latina, el Caribe y Europa Oriental, el acceso a analgésicos opioides y a varias sustancias psicotrópicas esenciales se ha mantenido en un nivel inadecuado o incluso ha disminuido: "Siguen habiendo personas que sufren porque se han sometido a una operación quirúrgica sin anestesia, por ejemplo, o porque carecen de acceso a medicamentos que necesitan, o deben soportar un dolor innecesario en su lecho de muerte".⁶⁵ Las consecuencias de este "desequilibrio profundo", que favorece los enfoques punitivos por encima del acceso a los medicamentos fiscalizados, se han examinado en el informe de 2015 de la Comisión Global, titulado *El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: La crisis global de dolor evitable*.⁶⁶

Este desequilibrio, muy arraigado, parece difícil de superar, como se puso de manifiesto con las últimas controversias en torno a la inclusión en las listas del tramadol y la ketamina (Cuadro 5). En ambos casos, tras varios exámenes, la OMS recomendó que estas sustancias no se sometieran a fiscalización internacional, arguyendo que la clasificación dificultaría el acceso con fines médicos. Al mismo tiempo, la JIFE apoyó los llamamientos de algunos países a favor del control internacional y aconsejó a los países que al menos impusieran controles en virtud de su ordenamiento jurídico interno en materia de fiscalización de drogas. Este episodio hizo patentes las diferencias de actitud entre el Comité de Expertos de la OMS y la Secretaría de la JIFE, además del intento de la Junta por interferir en lo que representa, sin lugar a dudas, un cometido que los tratados encomiendan a la OMS.⁶⁷

RECOMENDACIÓN

La comunidad internacional debe reconocer la falta de coherencia y las contradicciones del sistema de clasificación internacional, y promover un examen crítico de los modelos vigentes para la inclusión de drogas en las listas de fiscalización.

No se pueden seguir ignorando las consecuencias negativas de las listas en vigor para la fiscalización internacional de drogas. Estas abarcan desde la escasez de medicamentos esenciales en países de ingresos bajos y medios a la propagación de enfermedades infecciosas y lesiones, una mayor mortalidad y la crisis mundial de hacinamiento en las cárceles. La comunidad internacional debe enfrentar estos desafíos, y medir y corregir las consecuencias negativas que se derivan de las listas actuales.



Hombres transportando balas de khat en el mercado de Athiru Gaiti (Atherogaitu), en Kenia, donde se venden a unos 600 chelines por kilo (5.20 euros). Antes de que se introdujera la prohibición británica sobre el khat, la exportación al Reino Unido hacía del mercado de khat de Athiru Gaiti el más grande de Kenia.

© Pascal Maitre/Panos 2017

LECCIONES DE MERCADOS (SEMI)LEGALES

PLANTAS PSICOACTIVAS NO SOMETIDAS A FISCALIZACIÓN

La Convención de 1961 se concibió en torno a las sustancias derivadas de tres plantas principales — la adormidera, la coca y el cannabis— y también impuso controles sobre las plantas en sí. Sin embargo, otras plantas psicoactivas han eludido el control internacional. En su informe correspondiente a 2010, en un apartado especial dedicado a “Materiales vegetales que contienen sustancias psicoactivas”, la JIFE llamó la atención sobre el hecho de que “aunque algunos ingredientes activos con efectos estimulantes o alucinógenos contenidos en ciertas plantas están sometidos a fiscalización en virtud del Convenio de 1971, actualmente no hay ninguna planta fiscalizada de conformidad con ese Convenio ni con la Convención de 1988”.⁶⁹ La JIFE recomendó “que los gobiernos consideren la posibilidad de fiscalizar esos materiales a nivel nacional, si la situación lo requiere”.⁷⁰

La inclusión de los compuestos activos del khat (catinona, catina) y la ayahuasca (DMT) en el Convenio de 1971, y de la efedra (efedrina, pseudoefedrina) como precursor de la metanfetamina en la Convención de 1988, ha creado incertidumbres jurídicas en torno a estos materiales vegetales en varios países.⁷¹ Sin embargo, en muchos otros países, el cultivo y el uso de estas y otras sustancias vegetales con efectos estimulantes y psicodélicos es totalmente legal. En el caso del kratom (*Mitragynia speciosa*), su principal alcaloide, la mitraginina, tampoco está sometida a fiscalización internacional. La propagación de algunas de estas sustancias vegetales de sus entornos culturales tradicionales originales a nuevos mercados ha creado retos jurídicos, así como oportunidades interesantes.⁷²

La masticación del khat es una práctica muy extendida por sus ligeros efectos estimulantes en África Oriental y Meridional (en especial, en Etiopía, Somalia y Kenya), Madagascar, la península arábiga y entre las comunidades de la diáspora en Europa y Norteamérica.⁷³ Los compuestos psicoactivos de la planta del khat están sometidos a fiscalización internacional desde 1988: la catinona en la Lista I y la catina (norpseudoefedrina) en la Lista III del Convenio de 1971, y la norefedrina, en virtud de la Convención contra el Tráfico de 1988, como precursor utilizado en la fabricación ilícita de anfetamina. El khat en sí también ha sido objeto de análisis para determinar si se debía incluir en las listas de los tratados de control de drogas, pero, en 2006, la OMS llegó a la conclusión, tras un examen crítico, de que “el potencial de uso indebido y dependencia es bajo [y que] el grado de uso indebido y de amenaza para la salud pública no es lo bastante significativo como para justificar su fiscalización internacional”.⁷⁴ Después de que la OMS se manifestara en contra de fiscalizar el khat, la JIFE siguió exhortando “a las autoridades a que estudien la posibilidad de adoptar medidas adecuadas para poner freno al cultivo, el comercio y el consumo”.⁷⁵

Noruega, Suecia y los Estados Unidos prohibieron el khat poco después de que la catinona se incluyera en la Lista I, la más estricta, del Convenio de 1971. Desde entonces, se han introducido prohibiciones en Canadá y en la mayoría de los países europeos; entre estos últimos, las más recientes se han adoptado en los Países Bajos, en 2013, y en el Reino Unido, en 2014, donde la decisión no se derivó del dictamen de los organismos nacionales competentes en materia de clasificación, sino más bien del hecho de que “deseaban dejar de estar en discordancia con los países vecinos que habían penalizado el khat [...] y evitar que los países se convirtieran en el centro de comercio del khat para el resto de Europa”.⁷⁶ Así, en contra de lo recomendado por la OMS, el khat se ha convertido en una sustancia fiscalizada en un creciente número de países, con consecuencias aún inciertas. Existe el riesgo de que la historia se repita, en particular la falta de sensibilidad cultural y los sentimientos contra la inmigración que marcaron la primera etapa del régimen de la prohibición.

Mientras tanto, en el Cuerno de África, la producción, el comercio y el consumo de khat siguen siendo legales y el mercado se ha ampliado. En 2017-2018, solo en Etiopía, según datos de la Oficina Central de Estadística del Gobierno, había casi tres millones de pequeños campesinos que cultivaban khat en una superficie estimada de 260 000 hectáreas⁷⁷ (a efectos comparativos, en 2016, se dedicaron al cultivo del arbusto de coca en todo el mundo 213 000 hectáreas).⁷⁸ Aunque la mayor parte del khat se consume en Etiopía, aproximadamente el 20 % (unas 50 000 toneladas) se exporta, en especial a las vecinas Somalia y Djibouti, pero también hacia África Oriental y nuevos mercados, como China, que representa alrededor del 9 % del valor total de las exportaciones de Etiopía.⁷⁹ Dado que las propiedades estimulantes del khat disminuyen al cabo de tres días de la recolección, debe trasladarse rápidamente a esos mercados lejanos en avión, lo que hace que el comercio internacional a países donde recientemente se ha prohibido el khat sea muy vulnerable a la incautación por parte de autoridades policiales y aduaneras. “Estos productores se verán afectados, indefectiblemente, por un número creciente de prohibiciones sobre el consumo de khat en países de todo el mundo [...] En consecuencia, el Gobierno etíope enfrenta dilemas legislativos y normativos con respecto a su industria del khat. Tiene pocas alternativas envidiables: ignorar esas prohibiciones y condonar la exportación de una sustancia considerada ilícita en muchos países, convirtiéndose así, esencialmente, en cómplice del tráfico ilícito y el contrabando, u optar por controlar y restringir la producción y el consumo de un cultivo que garantiza el sustento de millones de etíopes y aporta cientos de millones de dólares al gasto anual y, posiblemente, incitar la inestabilidad política.”⁸⁰

El mercado internacional del kratom, que crece a un ritmo sorprendente, constituye otro ejemplo de una naciente zona gris en el marco jurídico internacional. El kratom (*Mitragynia speciosa korth*), un árbol tropical originario del Sudeste Asiático, produce hojas anchas que se han utilizado durante mucho tiempo con fines medicinales y recreativos.⁸¹ El kratom no está sometido a fiscalización internacional, pero se prohibió en Australia, Malasia, Myanmar y Tailandia, y los Estados Unidos y algunos estados europeos están planteándose la posibilidad de adoptar medidas para contrarrestar su amplia oferta en internet. El mercado estadounidense ha aumentado de manera exponencial durante la última década y, según cálculos de 2016, contaría con “varios millones de consumidores que adquieren productos de más de 10 000 puntos de venta minoristas, con un mercado anual estimado de 207 millones de dólares estadounidenses”.⁸²

En 2016, la Administración para el Control de Drogas (DEA) de los Estados Unidos anunció que tenía previsto incluir el kratom en la Lista I, arguyendo que “resultan especialmente preocupantes los informes que apuntan a que los usuarios se han pasado al kratom como sustituto de otros opioides, como la heroína. En los Estados Unidos, el kratom se usa de forma indebida para el autotratamiento del dolor crónico y los síntomas de abstinencia de los opioides, y los usuarios informan de que sus efectos son comparables a los opioides de venta con receta”.⁸³ El anuncio desencadenó una gran respuesta pública, que llevó a la DEA a revisar su plan y a conceder más tiempo para estudiarlo con mayor detenimiento.⁸⁴

Una encuesta realizada entre personas consumidoras de kratom confirmó que, para muchas, “el uso de kratom estaba destinado a tratar síntomas como el dolor, la falta de energía, la depresión o la ansiedad. Además, si no la mayoría, una gran parte del uso pretendía ser un medio para reducir o evitar el consumo de medicamentos de venta con receta o de venta libre para tratar afecciones para las que el perfil de efectos secundarios del kratom era más tolerable”.⁸⁵ Por otro lado, “prohibir la disponibilidad del kratom a través de su inclusión en las listas podría precipitar problemas de salud pública que no existen actualmente o que se encuentran en niveles muy bajos, ya que esto transformaría el mercado, que pasaría de un mercado minorista en gran parte lícito a un mercado de fabricantes y distribuidores ilícitos, sin normas relativas al etiquetado, la pureza o el contenido, y sin capacidad efectiva para eliminar los productos adulterados del mercado”.⁸⁶

A instancias de la Asociación Estadounidense del Kratom, algunos estados, como Georgia, Nevada y Utah, han adoptado una Ley de Protección de los Consumidores de Kratom, al considerar que “las investigaciones sobre los beneficios y los riesgos para la seguridad del kratom, así como su papel en la lucha contra la adicción a los opioides, son importantes para el bienestar público de la ciudadanía”.⁸⁷ La ley establece un límite de edad de 18 años para la venta de kratom. También exige un etiquetado adecuado de los productos de kratom, que indique la cantidad de mitraginina y 7-hidroximitraginina que contienen, unas instrucciones claras de uso y advertencias sobre la seguridad y la eficacia de la sustancia. Estas iniciativas legislativas locales representan una alternativa reguladora prometedora frente al plan de la DEA.

En el sur de Tailandia, el kratom es utilizado por más de un millón de personas que mastican las hojas o las usan para preparar varias bebidas como alternativa al alcohol. Como la Ley del Kratom de 1943 prohibió el uso, la policía ha organizado campañas periódicas de represión, talando árboles de kratom en los patios de hogares particulares y arrestando a miles de usuarios de kratom, con lo que han alimentado los sentimientos contra el Gobierno entre las comunidades de la región, predominantemente musulmanas. Después de un detallado estudio académico y un experimento con el ‘control comunitario’ en lugar de la penalización, en diciembre de 2018, el Parlamento tailandés aprobó varias enmiendas a la ley de drogas para permitir los usos médicos tradicionales del kratom.⁸⁸

REGULACIÓN DEL CANNABIS

Hace más de dos décadas que el uso médico del cannabis es legal en varios estados de los Estados Unidos —empezando por California, en 1996—, en algunos países europeos y en Israel. Este auge del mercado del cannabis médico se ha acelerado en los últimos años; prácticamente cada mes se suma un nuevo país a esta tendencia. Durante los últimos años, se ha producido una rápida expansión en toda Europa (Alemania, Grecia, República Checa, Eslovenia, Luxemburgo y Polonia) y América Latina (Argentina, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay), a pesar de las muchas deficiencias en los marcos regulatorios establecidos en la mayoría de estos países. Esta tendencia también se está empezando a visibilizar en el Caribe (San Vicente y las Granadinas, y Jamaica), África (Sudáfrica) y la región de Asia-Pacífico (India, Nueva Zelanda y Tailandia).⁸⁹

Desde 2012, diez estados de los Estados Unidos y el Distrito de Columbia han aprobado iniciativas de voto o adoptado leyes para regular el cannabis más allá del uso médico; Uruguay (2013) y Canadá (2018) han promulgado leyes nacionales con el mismo fin. Estos regímenes innovadores, que regulan mediante legislación todo el mercado del cannabis —incluidos los usos no médicos o ‘recreativos’— están contribuyendo a renovar el debate en otros lugares del mundo. La regulación del cannabis figura en el programa del Gobierno entrante de México y Luxemburgo y, en Nueva Zelanda, la coalición gobernante se ha comprometido a organizar un referendo popular sobre la legalización del cannabis no medicinal para el año 2020. El Gobierno de los Países Bajos permitirá que se experimente en los municipios con la producción

regulada de cannabis dirigida a abastecer a los 'coffeeshops', establecimientos donde se tolera la compra y el uso del cannabis. En los Estados Unidos, se están organizando más iniciativas de voto en varios estados y más órganos legislativos estatales están estudiando proyectos de ley para regular el cannabis.

La Comisión Regional sobre la Marihuana establecida por la Comunidad del Caribe (CARICOM) concluyó recientemente que el régimen prohibicionista "no es adecuado a su finalidad" y recomendó que se introdujeran "cambios notables en las leyes de la región, que posibiliten dismantlar este régimen [...] que ha demostrado ser ineficaz e injusto y ha causado más daño del que pretendía prevenir".⁹⁰ A la Comisión se le encomendó "llevar a cabo una investigación rigurosa sobre los problemas sociales, económicos, sanitarios y jurídicos en torno al uso de la marihuana en el Caribe y determinar si se debería modificar la clasificación actual de la marihuana, haciendo que la droga sea más accesible para todos los tipos de uso (religioso, recreativo, médico y científico)".⁹¹

En su informe, la Comisión acepta la evidencia de que la clasificación original del cannabis se efectuó sin que se tuvieran en cuenta datos ni estudios científicos. "Habida cuenta de que ahora se ha concluido que el cannabis/la marihuana produce varios efectos beneficiosos, el cannabis/la marihuana ya no se pueden clasificar con precisión en la ley como una 'droga peligrosa' sin 'ningún valor medicinal o de otra índole'".⁹² La Comisión se mostró unánime en su opinión de que "la clasificación jurídica en vigor parece obsoleta e idiosincrásica" y que "no se puede seguir defendiendo para justificar la elaboración de leyes y se debe censurar, ya que socava la legitimidad de la ley en sí misma".⁹³ Asimismo, "la incongruencia de las leyes severas y la clasificación imprecisa del cannabis/la marihuana se ven agravadas por el hecho de que otras sustancias nocivas no reciben un tratamiento análogo en virtud de la ley, lo cual da lugar a que se denuncie la injusticia inherente y la parcialidad del sistema jurídico".⁹⁴

Todavía es demasiado pronto para extraer conclusiones definitivas sobre el impacto de la regulación de los mercados de cannabis. Pero se pueden vislumbrar las posibilidades de que estos nuevos regímenes regulatorios atiendan a la salud pública y la justicia penal examinando el éxito y los retos de las políticas para el control del tabaco. Las pruebas fehacientes de que "los programas integrales de control del tabaco sirven para reducir el consumo de tabaco entre adultos y jóvenes",⁹⁵ en marcado contraste con la falta de pruebas sobre la eficacia de los enfoques penalizadores frente al cannabis, han servido de inspiración a las autoridades reguladoras de Canadá, Uruguay y varios estados de los Estados Unidos. Según el portal *The Community Guide*, "entre las recomendaciones principales para reducir el consumo de tabaco se cuentan el aumento del precio por unidad, las políticas antitabaco, los programas integrales de control, la movilización comunitaria, los mensajes de salud de gran alcance y el control estricto de las licencias y el cumplimiento de las normas por parte de los minoristas", elementos a los que añade "el incremento de los impuestos, los horarios de venta limitados, la regulación de la densidad de los puntos de venta minoristas y el mejor cumplimiento de las normas de los minoristas con licencia".⁹⁶

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En el mercado mundial de las drogas está apareciendo un sinnúmero de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) —"publicitadas de manera agresiva como 'euforizantes legales' y distribuidas a través de operadores globales basados en internet, a una velocidad que está poniendo a prueba los sistemas tradicionales de fiscalización"⁹⁷— que están instando a los Estados y las instituciones internacionales a replantear los sistemas actuales de clasificación.

Las diferencias entre los procesos para decidir la clasificación de las drogas farmacéuticas y de las sustancias psicoactivas de nueva aparición resultan sorprendentes. Acompañando a los procesos de examen de las drogas farmacéuticas, se encuentra "un lobby bien financiado y eficaz para cubrir los dos bandos del debate sobre la decisión regulatoria relativa a los productos farmacéuticos desarrollados por una empresa farmacéutica. Los fabricantes suelen ser grandes corporaciones, deseosas de recuperar unas inversiones que pueden llegar a los cientos de millones de dólares. El lado del consumidor suele estar representado por ONG bien organizadas, dotadas de información de otros organismos gubernamentales que recaban los datos pertinentes. Es probable que los errores graves susciten una protesta efectiva de la parte agravada".⁹⁸

En cambio, en el caso de las nuevas sustancias psicoactivas, se constata "un sesgo inherente, quizás ineludible, del sistema hacia la prohibición de nuevas sustancias sobre las que se sabe poco. Las consecuencias negativas para quienes toman las decisiones de permitir que entre en el mercado, del modo que sea, una droga que luego resulte ser peligrosa son muy altas. Las consecuencias negativas para quienes toman las decisiones de mantener fuera del mercado una droga que, en realidad, sea inocua, incluso aunque la prohibición consiguiente exacerbe los problemas relacionados con esa droga, son mínimas".⁹⁹

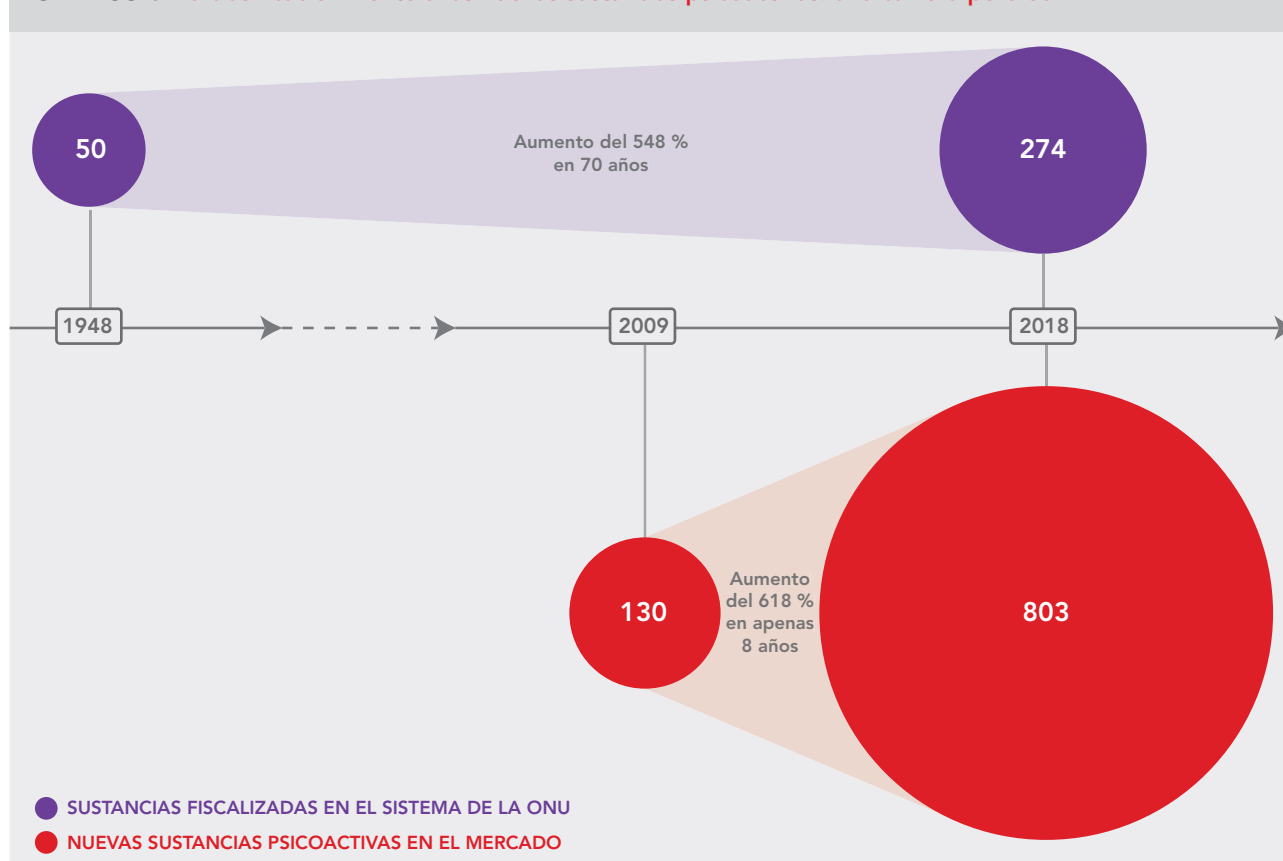
El pánico regulatorio que se desencadenó por la avalancha ingobernable de nuevas sustancias llevó a que algunos países concibieran nuevos sistemas de control indiscriminado, como la Ley de Sustancias Análogas de los Estados Unidos, promulgada en 1988, que prohíbe automáticamente una sustancia si su estructura y efectos son "sustancialmente similares" a los de una droga ya prohibida; o la Ley de Sustancias Psicoactivas

del Reino Unido, de 2016, que prohíbe cualquier sustancia psicoactiva que “al estimular o deprimir el sistema nervioso central de la persona [...] afecte el funcionamiento mental o el estado emocional de la persona”.¹⁰⁰ Aunque puede que la simplicidad de estas leyes resulte atractiva para quienes se encargan de formular las políticas, que desean mantenerse por delante del alud de NSP que aparecen constantemente en el mercado, unas definiciones tan amplias sobre la similitud o la psicoactividad se topan con muchas dificultades de carácter operativo y conceptual. La ley británica abarca un abanico extraordinariamente amplio de sustancias, pero también detalla una lista de sustancias exentas, como el alcohol, la cafeína, la nicotina y algunos alimentos, medicamentos y sustancias que ya están fiscalizadas por la Ley sobre Uso Indebido de Drogas. La ley “no hace del daño ni del riesgo de dependencia un criterio por el que una sustancia psicoactiva quede sometida a su alcance o exenta de él”.¹⁰¹

Esta exclusión del concepto de daño pretende evitar la necesidad de mantener una larga deliberación sobre los daños potenciales antes de que se prohíba una sustancia, según el razonamiento que ofrece la propia ley. Sin embargo, “ese grupo de expertos también reconoció la posibilidad de que, en el futuro, se descubra una sustancia que presente una nocividad mínima y que presente suficiente valor clínico, comercial, de mejora cognitiva o (nos atrevemos a decir) recreativo que justifique la oferta legal”.¹⁰² Por consiguiente, el grupo recomendó que se introdujera una disposición a modo de “válvula de seguridad” y por la que una sustancia se podría incluir en la lista de exenciones,¹⁰³ pero esta disposición no se ha incorporado en la ley. Sin ella, “el control legislativo queda irreversiblemente desvinculado de cualquier evaluación sobre los riesgos de daño”.¹⁰⁴

Algunas jurisdicciones han adoptado mecanismos más rápidos para clasificar nuevas sustancias según la legislación vigente en materia de control de drogas. Otras, de manera reveladora, “han dispuesto una legislación relativa a la seguridad de los consumidores o los medicamentos para acabar con la venta libre de estos productos”, y aunque se exige una evaluación más rigurosa, “los primeros resultados indican que estas han dado buenos resultados, evitando al mismo tiempo la penalización de los usuarios [...] Parece que resulta más eficiente aplicar leyes sobre medicamentos o protección del consumidor frente a proveedores y distribuidores que procesar a muchos usuarios individuales al amparo de la legislación penal sobre drogas”.¹⁰⁵ Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), “puede que otra serie de posibles controles legislativos, muchos ya en vigor y algunos ya empleados por los Estados miembros europeos para fiscalizar las nuevas sustancias psicoactivas, también podría desempeñar un papel legítimo y eficaz en el campo del control de las drogas”.¹⁰⁶

GRÁFICO 5 La clasificación frente a las nuevas sustancias psicoactivas: una carrera perdida



Sin embargo, el empleo de reglamentaciones sobre seguridad alimentaria o protección del consumidor para controlar las drogas puede entrañar riesgos. Los investigadores Peter Reuter y Bryce Pardo, tras analizar la experiencia con los “productos para perder peso” que contienen sustancias psicoactivas, han señalado que “el hecho de que estos productos se distribuyan en un mercado legal ofrece una falsa seguridad sobre la regulación de las autoridades”, ya que muchas personas creen que estos productos “están autorizados en lo que respecta a su seguridad y eficacia antes de que se puedan vender al público”, pero no es así.¹⁰⁷ En algunos países europeos, se han dado ejemplos exitosos del uso de la legislación sobre medicamentos para retirar del mercado las NSP (en especial la mefedrona), clasificándolas como un medicamento pero suspendiendo la autorización para comercializarlas.¹⁰⁸ Sin embargo, en 2014, el Tribunal de Justicia Europeo falló en contra del uso de las leyes sobre medicamentos para fiscalizar las NSP, después de que dos personas en Alemania, condenadas por “venta ilícita de productos médicos poco seguros”, presentaran una demanda, alegando que esta acusación implicaba un artificio evidente, ya que “las sustancias en cuestión nunca estuvieron destinadas a emplearse como medicamentos”.¹⁰⁹

Nueva Zelanda sí previó una lista de exenciones en su Ley de Sustancias Psicoactivas de 2013, al establecer provisionalmente un marco regulatorio para las sustancias psicoactivas de “bajo riesgo”. En el marco del sistema, a los fabricantes y distribuidores que deseaban vender legalmente nuevas sustancias psicoactivas se les exigió que obtuvieran la correspondiente aprobación previa a la comercialización, demostrando que su producto presentaba un “riesgo bajo de daño”, en función de seis criterios: efectos toxicológicos, riesgo para la salud pública, potencial de causar la muerte, potencial de generar dependencia, probabilidad de uso indebido y grado de atracción de poblaciones vulnerables. Nueva Zelanda ya había experimentado un episodio jurídico anterior con las píldoras ‘para fiestas’ de BZP (que contenían mezclas de benzilpiperazina): “En su momento álgido, a mediados de la década de 2000, se calculó que la industria de las píldoras de BZP en Nueva Zelanda había vendido hasta 200 000 píldoras por mes”.¹¹⁰ Esta fase lucrativa no sometida a ninguna regulación, durante la que “los productores de píldoras para fiestas invirtieron una cantidad considerable de energía en muchas de las mismas actividades favorables al consumo que se observan con el alcohol y el tabaco, como la publicidad y el marketing”, finalizó en 2008, cuando la BZP se clasificó como una droga de clase C en el marco de la Ley sobre Uso Indebido de Drogas.¹¹¹ La industria respondió a la prohibición de la BZP modificando la fabricación y pasándose a píldoras para fiestas sin BZP y cannabinoides sintéticos, y muchas de estas sustancias entraron en un régimen provisional que se estableció en 2013, mientras aún se estaban elaborando las reglamentaciones para el sistema. No obstante, en mayo de 2014, el régimen provisional terminó de forma repentina tras una enmienda parlamentaria a la Ley de Sustancias Psicoactivas, debido a varias denuncias sobre irregularidades en los establecimientos minoristas y los efectos adversos de los cannabinoides sintéticos.

Una de las preocupaciones con respecto a la lista de exenciones de 2013 era si el marco regulatorio en que se basa el acceso a los euforizantes legales sería “capaz de resistir las presiones que surgirán, inevitablemente, una vez que la industria de los euforizantes legales desarrolle la capacidad de impulsar sus propios intereses”.¹¹² Las entrevistas con destacadas partes interesadas de la industria “propugnaban una misión idealista, por la que los usuarios recreativos de alcohol, tabaco y drogas ilegales se pasarían hacia ‘alternativas más seguras’”, pero también revelaban una “tensión entre el afán de lucro y las motivaciones idealistas”.¹¹³ Aunque esas partes interesadas se distanciaron de las grandes empresas del alcohol y el tabaco, Marta Rychert y Chris Wilkins concluyen que “se necesitan normas de interacción con las nuevas ‘industrias del consumo adictivo’ para aclarar el papel que se les permite desempeñar en la concepción de regímenes regulatorios de nuevas sustancias psicoactivas”.¹¹⁴

RECOMENDACIÓN

La comunidad internacional debe priorizar el papel de la Organización Mundial de la Salud y de las investigaciones científicas interdisciplinarias para confeccionar criterios de clasificación basados en pruebas empíricas y fundamentados en una escala racional de daños y beneficios.

Los Estados también deben enfrentar las distinciones, cada vez más difuminadas, entre las drogas y los mercados legales e ilegales, solicitando a los mecanismos multilaterales una mayor flexibilidad para la adopción de diferentes normas y directrices de clasificación en el ámbito nacional. Un proceso de este tipo entrañaría reequilibrar el papel que desempeñan las partes interesadas en la elaboración de los modelos de clasificación, y conceder una mayor importancia a los profesionales de la ciencia, la salud y los asuntos sociales. El proceso también permitiría eliminar los obstáculos que se oponen a la investigación científica sobre los usos médicos esenciales de estas sustancias.



Personal del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) y campesinos locales se reúnen para debatir alternativas al cultivo de adormidera. Pakistán, 1991. © UN Photo/J. Sailas

RETOS Y POSIBILIDADES DE REFORMA

MEJORA DEL SISTEMA VIGENTE

“Si lo único que le preocupara a un capitán fuera la seguridad de su barco, como reza el refrán, nunca abandonaría el puerto. En la misma línea, si a los tratados internacionales sobre drogas solo les preocupara evitar la desviación hacia el comercio ilícito, simplemente prohibirían el uso de todas las drogas con potencial de uso indebido. Sin duda, el objetivo del capitán no es solo la seguridad del barco, sino también la entrega puntual de la carga. Lo mismo sucede con el régimen de fiscalización internacional de drogas, cuyo objetivo consiste en garantizar que las sustancias controladas estén disponibles en las cantidades necesarias y se entreguen oportunamente a quienes cuentan con la autorización para recibirlas y, al tiempo, se minimice la desviación de esas sustancias hacia el comercio ilícito.”¹¹⁵

El actual sistema de clasificación de drogas, gobernado por el régimen de tratados de la ONU, está plagado de sesgos históricos y contradicciones que son casi irreparables. Según el grupo de expertos que ha participado en el proceso de examen de la OMS, “la situación actual, en que varias sustancias importantes (p. ej., el cannabis, la resina de cannabis, la heroína y la cocaína) nunca han sido evaluadas o fueron evaluadas hace ocho décadas, socava y deslegitima gravemente la fiscalización internacional. Además, su evaluación histórica ya no representa la información científica actual”.¹¹⁶

En las últimas décadas, se han efectuado llamamientos y se han planteado propuestas desde el propio sistema de la ONU para mejorar los criterios de clasificación, enmendar los tratados con miras a resolver algunas incoherencias inherentes y aclarar los mandatos de la OMS, la JIFE y la CND. Por ejemplo, la JIFE, en su *Evaluación de la eficacia de los tratados internacionales* de fiscalización de drogas de 1994, propuso armonizar los criterios y el proceso de clasificación de los tratados de 1961 y 1971, lo cual “permitiría eliminar contradicciones, la transparencia de las actuaciones y facilitar las decisiones relativas a la inclusión de sustancias en las listas, al mismo tiempo que reduciría el costo del proceso de evaluación”.^{117,118}

Las orientaciones de la OMS para el proceso de examen han sido objeto de cambios periódicos; los últimos fueron adoptados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en enero de 2010. Las nuevas normas contemplan requisitos específicos destinados a mejorar la base de pruebas empíricas y la transparencia del proceso. “No se prevé que este examen dé lugar a que las sustancias sometidas actualmente a fiscalización en virtud de los dos tratados se eliminen de sus listas (es decir, que se ‘desclasifiquen’). Sin embargo, el examen propiciará una evaluación científica y más exacta para la revisión de sustancias en el futuro.”¹¹⁹

El examen del cannabis que llevó a cabo la OMS en 2018 puede entenderse como un primer ejemplo de prueba para esas directrices mejoradas en materia de clasificación. Las recomendaciones del Comité de Expertos presentan algunos puntos claramente positivos, en especial el hecho de que reconozcan la utilidad médica del cannabis, al retirarlo de la Lista IV de la Convención Única de 1961, y que aclaren que el cannabidiol (CBD, uno de los ingredientes activos del cannabis) no está sometido a fiscalización internacional. Este proceso de examen sin precedentes también brinda una gran cantidad de información actualizada basada en una revisión exhaustiva de las pruebas científicas de las que se dispone y, seguramente, se convertirá en una fuente de obligada referencia durante los próximos años sobre todos los aspectos de los usos medicinales de las diversas sustancias relacionadas con el cannabis. Sin embargo, los resultados del proceso del Comité de Expertos también revelan dificultades para superar las incoherencias inherentes a los procedimientos de clasificación en vigor (Cuadro 6).¹²⁰

CUADRO 6 El examen crítico del cannabis por parte de la OMS

Tras un proceso de examen de cinco años, en enero de 2019, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia formuló sus recomendaciones para modificar la clasificación de las sustancias relacionadas con el cannabis.¹²¹ La OMS reconoce claramente las propiedades médicas del cannabis, pero los resultados también revelan una lógica muy cuestionable para seguir sometiendo el cannabis a un estricto control internacional. “Las pruebas científicas presentadas al Comité no indicaban que la planta y la resina de cannabis fueran particularmente susceptibles de producir efectos nocivos semejantes a los efectos de las otras sustancias que figuran en la Lista IV”,¹²² la lista más estricta, reservada a las drogas con “propiedades particularmente peligrosas” (artículo 2, párrafo 5 a)), como la heroína y el fentanilo. “El consumo de todas estas sustancias está asociado con un riesgo significativo de muerte, mientras que el consumo de cannabis no está asociado con dicho riesgo” y, además, “los preparados de cannabis han demostrado tener potencial terapéutico para el tratamiento del dolor y otras afecciones médicas”, por lo que el Comité de Expertos recomienda que se retire de la Lista IV.¹²³

A partir de este ‘principio de similitud’, el Comité de Expertos tuvo que valorar si el cannabis “se presta a uso indebido o puede producir efectos nocivos parecidos a los de los estupefacientes de las Listas I o II” (artículo 3, párrafo 3 iii)), y si se debía mantener en la Lista I (es decir, en la misma lista que la morfina y la cocaína), trasladarse a la Lista II (la lista de la codeína) o retirarse por completo de las listas. El Comité de Expertos llegó a la conclusión que “si bien el Comité no consideró que el cannabis estuviera asociado con el mismo nivel de riesgo para la salud que la mayoría de las demás drogas que se han incluido en la Lista I [...] recomendó que el cannabis y la resina de cannabis se mantuvieran en la Lista I”, aludiendo a “la elevada incidencia” y “el alcance mundial” de los problemas de salud relacionados con el cannabis.¹²⁴ Este es un argumento discutible, que parece difícil de adaptar a los criterios para la inclusión en las listas establecidos en la Convención y las últimas orientaciones de la OMS sobre la materia.

Según los *Comentarios a la Convención Única de 1961*, “en consecuencia, muchas veces se puede proponer que se incluyan en la Lista II sustancias que son relativamente menos peligrosas y muy utilizadas en la práctica médica”.¹²⁵ O como determinó el Comité de Expertos en los casos del khat, el tramadol y la ketamina, por ejemplo, no deberían estar sometidas a ningún tipo de fiscalización internacional. En un contexto de tensiones diplomáticas crecientes por los últimos cambios que se están produciendo en el panorama de las políticas sobre el cannabis, parece que el Comité de Expertos ha tomado una decisión deliberada de limitar sus recomendaciones a tolerar los usos médicos, pero abstenerse de formular recomendaciones que podrían haber alimentado aún más las tensiones políticas con respecto a la tendencia normativa hacia la regulación. Sin embargo, dejar que las consideraciones políticas influyan en sus recomendaciones compromete el cometido de la OMS —que debe pasarse en pruebas científicas— en el seno del sistema de tratados para la fiscalización de las drogas de la ONU.

Al mantener el cannabis en la Lista I (y trasladar allí uno de sus componentes, el THC, y su equivalente sintético, el dronabinol), y solo exonerar, en virtud de la Lista III, algunas mezclas de “preparados farmacéuticos”, se corre el peligro de otorgar a un número limitado de productos patentados por compañías farmacéuticas un trato preferencial con respecto a una amplia gama de productos de cannabis más naturales y con propiedades medicinales parecidas. Además, en un intento por mantenerse alejado de las polémicas políticas, el Comité de Expertos, con su recomendación de mantener el cannabis en la Lista I —que se basa, en teoría, en un examen de las pruebas científicas más recientes— ratifica en la práctica los muy dudosos argumentos que se emplearon para que el cannabis se incluyera originalmente en las listas. Si bien es importante que la OMS haya reconocido finalmente la utilidad médica del cannabis, las recomendaciones del Comité de Expertos ponen de manifiesto la incapacidad del sistema vigente de clasificación para corregir errores históricos y asegurar que las pruebas científicas se impongan a la ideología. En esta coyuntura, fundamental para el futuro del régimen mundial de control de drogas, se necesita más que nunca que los organismos competentes de la ONU ofrezcan directrices basadas en pruebas empíricas.

A RATIONAL SCALE OF HARMS

“Existen sólidos argumentos que justifican la necesidad de buscar sinergias entre las políticas relacionadas con las drogas y las relacionadas con el alcohol, sobre todo porque en muchos casos se dirigen a las mismas poblaciones y entornos. Los modelos actuales de política se enfrentan también a un aumento del mercado de las sustancias psicotrópicas ‘legales’, así como al uso indebido de productos farmacéuticos [...] Desde la perspectiva de la salud pública, se hace evidente la necesidad de adoptar un enfoque más global que abarque tanto las sustancias ilegales como las legales, y posiblemente también otras conductas adictivas. El reto que se plantea es doble: considerar en qué medida esa visión de conjunto está justificada, y cómo esa perspectiva puede traducirse en un marco adecuado de reglamentación y control.”¹²⁶

En la Unión Europea, los Países Bajos, Nueva Zelanda y el Reino Unido se han emprendido medidas resueltas para concebir un sistema de clasificación basado en las pruebas empíricas, algo que no resulta una tarea fácil. La iniciativa más avanzada hasta la fecha es el ‘análisis de decisiones multicriterio’ de los daños causados por las drogas en el Reino Unido elaborado por el profesor David Nutt y sus colegas del Comité Científico Independiente sobre Drogas.¹²⁷

Sin embargo, una complicación importante radica en que, “a diferencia de la etapa temprana de la evaluación de sustancias, los científicos de hoy saben que las propiedades que generan dependencia no solo son una función de la sustancia, sino que también entrañan factores como la vía de administración y la forma de la dosis. Por lo tanto, el riesgo de dependencia puede variar según las distintas preparaciones de una misma sustancia”.¹²⁸

Otra de las críticas, expresada por Peter Reuter, apunta a que “se da por sentado que los daños son intrínsecos a la droga, y no resultado de la droga y su regulación. Esta suposición es claramente falsa. Por ejemplo, la mortalidad asociada con el uso de heroína es mucho menor si se adquiere en una farmacia, en una cantidad conocida de pureza especificada y para inyección con una aguja estéril, que si se compra en una operación clandestina, con adulterantes desconocidos y para inyectar con una aguja usada”.¹²⁹

Incorporar en las decisiones sobre clasificación una predicción de las respuestas del mercado resulta difícil, pero también crucial para garantizar la eficacia de un sistema basado en pruebas empíricas. Si se hace que una determinada sustancia esté menos disponible en el mercado gris o ilícito, ¿a qué alternativas pueden recurrir los consumidores? ¿Son mejores o peores que la sustancia que se expulsa del mercado? “El tamaño de la base de usuarios representa otro factor que puede influir en la elección entre prohibición y regulación. Convertir en delincuentes a un gran número de ciudadanos que son usuarios habituales y que, por lo demás, cumplen con la ley, no es una decisión que deba tomarse a la ligera.”¹³⁰

No se ha prestado la debida atención a un amplio abanico de otros mecanismos e instrumentos jurídicos de control que podrían ser de utilidad y que ya se han aplicado en Europa, con algún efecto, para algunas sustancias psicoactivas. Según un informe del Reino Unido sobre las respuestas a las NSP, “valdría la pena examinarlos y evaluar los distintos resultados. Entre ellos, se contaría una posible reforma a largo plazo que proporcionara un marco integral para tratar todas las sustancias psicoactivas”.¹³¹

“Se podría desarrollar una nueva Ley de Fiscalización de Sustancias Nocivas o un marco en este sentido [para] consolidar una amplia gama de disposiciones legislativas vigentes sobre drogas controladas con, como mínimo, las establecidas para el alcohol y el tabaco, e incluso quizá las que atañen al control de medicamentos y venenos. Esta opción presenta la ventaja de desembrollar la actual legislación en materia de control de drogas y brinda la oportunidad de eliminar las anomalías que se han ido agudizando con el transcurso de los años.”¹³²

De hecho, la cuestión de la falta de congruencia con el control que se aplica al tabaco y el alcohol apareció en la agenda del Comité de Expertos. Un examen crítico del tabaco efectuado en 1999 determinó que “el consumo de tabaco genera dependencia, causa problemas graves de salud pública y carece de valor terapéutico. Sin embargo, a juzgar por la medida de control dispuesta, los criterios de inclusión en las listas especificados y las sustancias ya fiscalizadas, las medidas vigentes para el internacional de los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas no parecen ser adecuadas para controlar el tabaco, una sustancia natural que genera dependencia y cuyo uso con fines no médicos estaba muy extendido en el momento en que se adoptaron los tratados pertinentes. A pesar de que la nueva información de la que se dispone apunta a unos riesgos para la salud mayores que los conocidos anteriormente, el tabaco no cumpliría con los criterios para la clasificación que disponen las convenciones vigentes en materia de fiscalización internacional de drogas. Además, después de que se incluyera en las listas, la prohibición total sería la única medida de control aplicable al tabaco, ya que no se permite el suministro regulado de sustancias fiscalizadas con fines distintos de los médicos y científicos”.¹³³

Por este motivo, la OMS “activó un procedimiento para elaborar una convención marco que incorporara una estrategia para que los Estados Miembros adoptaran una política integral para el control del tabaco y se ocupara de los aspectos relacionados con el control del tabaco que trascienden las fronteras nacionales”,¹³⁴ lo cual culminó con la adopción, en 2003, del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.¹³⁵ Asimismo, en 2012, se mantuvo “un breve debate sobre si el etanol (alcohol etílico) debería ser objeto de un examen previo”. Sin embargo, al observar que se había puesto en marcha un proceso para crear una estrategia mundial orientada a reducir el uso nocivo del alcohol, el Comité de Expertos aplazó el asunto para que este se volviera a plantear en una futura reunión.¹³⁶

GRÁFICO 6 Clasificación de las drogas: niveles de daño frente a niveles de control



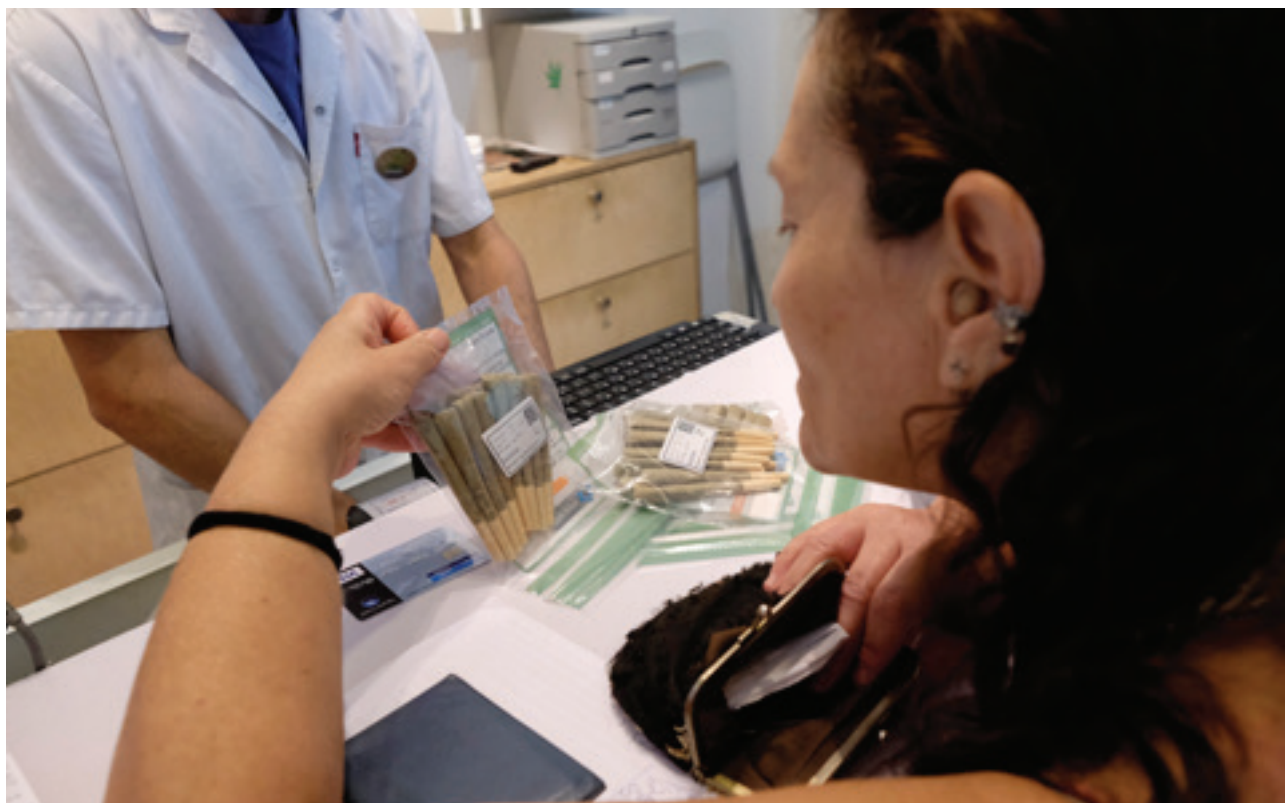
Fuente: Este gráfico se basa en el modelo científico elaborado por David Nutt et al. (Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, The Lancet, [https://doi.org/10.1016/S6-61462\(10\)6736-0140](https://doi.org/10.1016/S6-61462(10)6736-0140)) y su evaluación de los diversos daños de las drogas usadas con fines recreativos en el Reino Unido, empleando un análisis de decisiones multicriterio y las Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, a fecha de 16 de mayo de 2018, y las Listas del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, a fecha de 11 de noviembre de 2018.

RECUPERACIÓN DE LA FLEXIBILIDAD NACIONAL PARA LA REGULACIÓN

El auge del cannabis medicinal es justificable en virtud del régimen de control de drogas de la ONU, a pesar de que esté incluido en la Lista IV y la consiguiente recomendación de que se prohíba por completo, incluso con fines médicos, que la OMS propuso recientemente eliminar.¹³⁷ No obstante, no hay duda de que la regulación de los mercados no médicos contraviene las disposiciones de los tratados de drogas de la ONU.

Cuanto más jurisdicciones avancen en esta dirección, más se incrementarán las tensiones de los tratados, y los Estados se verán obligados a plantearse opciones para conciliar esos cambios normativos con las obligaciones que han contraído en virtud del derecho internacional. En su informe de 2018, *Regulación: El control responsable de las drogas*, la Comisión Global presentó algunas posibles reformas para modernizar el sistema de fiscalización internacional de drogas, que serían igual de pertinentes en el caso del sistema de clasificación. La primera opción consistiría en trabajar gradualmente hacia una única nueva convención marco que sustituya los tres tratados existentes y que esté concebida para satisfacer las necesidades y aspiraciones contemporáneas de todos los Estados Miembros. La nueva convención comprendería un procedimiento de clasificación mejorado y más coherente, que logre un mejor equilibrio entre garantizar la disponibilidad para usos legítimos de sustancias fiscalizadas y prevenir el uso problemático. Una segunda opción pasaría por introducir una enmienda a los tratados en vigor mediante un consenso negociado entre todas las partes, o eliminar una droga concreta de las listas de los tratados siguiendo una recomendación de la OMS adoptada por una mayoría de votos de la CND.

La Comisión Global ya ha señalado que el carácter polarizado de las opiniones sobre la regulación hace que sea improbable que se pueda encontrar fácilmente un nuevo consenso y, desde que se publicó su informe anterior, esa polarización solo parece haberse intensificado. La Comisión Global también ha instado a que se examine el cannabis y se estudie la posibilidad de eliminarlo de las listas de la Convención de 1961 y del Convenio de 1971. Pero las perspectivas de que el proceso de examen de la OMS que acaba de concluir conduzca a que el cannabis se elimine de las listas de los tratados tampoco parecen prometedoras, por razones ya explicadas en este informe. Sin embargo, los países que deseen promover reformas a pesar de esta situación de estancamiento a escala global, disponen también de otras opciones.



Cigarrillos de cannabis ya preparados para pacientes con receta en un dispensario en Israel.
© Eddie Gerald/laif/Redux 2016

Por ejemplo, un país podría recurrir a la opción unilateral de retirarse de los tratados pertinentes y, después, volver a adherirse a ellos con una reserva sobre los artículos concretos que impiden que se regule una determinada droga, como hizo Bolivia con respecto a la hoja de coca (Cuadro 7). Siguiendo una estrategia más coordinada, varios países con mentalidad afín podrían coincidir en modificar entre ellos algunas disposiciones de los tratados mediante la negociación de un acuerdo *inter se*. Esta medida podría resolver, por ejemplo, el conflicto jurídico que existe entre algunos regímenes nacionales para la regulación del cannabis y los tratados de la ONU.¹³⁸ El acuerdo *inter se* también podría dar cabida al comercio internacional de cannabis entre jurisdicciones reguladas para fines no médicos.

CUADRO 7 La reserva de Bolivia sobre la hoja de coca

El proceso que siguió Bolivia para derogar sus obligaciones en virtud de los tratados con respecto a la hoja de coca representa un ejemplo exitoso de un país que reclama el derecho de introducir una exoneración para una sustancia fiscalizada a escala internacional alegando unas circunstancias nacionales especiales. Tras una tentativa fallida en 2009 para enmendar la Convención Única, que clasifica la hoja de coca en la misma lista que la cocaína y obliga a las partes a abolir la masticación de la hoja de coca en un plazo de 25 años, en junio de 2011, Bolivia se convirtió en el primer país en denunciar el tratado. A principios de 2013, Bolivia volvió a adherirse a la Convención Única, pero reservándose “el derecho de permitir en su territorio la masticación tradicional de la Hoja de Coca, el consumo y el uso de la Hoja de Coca en su estado natural; para fines culturales y medicinales; como su uso en infusión, así como también el cultivo, el comercio y la posesión de la Hoja de Coca en la extensión necesaria para estos propósitos lícitos”. Al mismo tiempo, la reserva dejaba claro que Bolivia “seguirá tomando todas las medidas necesarias para controlar el cultivo de Coca para prevenir su abuso y la producción ilícita de estupefacientes que pueden extraerse de las hojas”.¹³⁹

A pesar de las presiones de los Estados Unidos y la JIFE, que alertaron de que la iniciativa “minaría la integridad del sistema global de control de drogas”,¹⁴⁰ el número de objeciones se quedó muy por debajo del tercio de las partes del tratado (62) necesarias para impedirla.¹⁴¹ Sin embargo, el hecho de que ninguno de los Estados que formularon objeciones considerara que la reserva representaba un obstáculo para la nueva entrada en vigor de la Convención entre ellos y Bolivia¹⁴² podría interpretarse como un acuerdo tácito de que las disposiciones de los tratados relativas a sustancias concretas son, en principio, “separables del resto del tratado en lo que respecta a su aplicación”,¹⁴³ uno de los criterios aplicables para que las reservas y los acuerdos de modificación *inter se* puedan introducir excepciones a determinadas obligaciones de los tratados.¹⁴⁴ El hecho de que se haya aceptado la deserción unilateral de Bolivia del grado de clasificación internacional de la hoja de coca que suscriben las demás partes del tratado ha sentado un precedente importante.

La reserva ha solventado el conflicto jurídico entre el mercado interno de coca de Bolivia y las obligaciones impuestas al país por los tratados. La JIFE ahora alude a Bolivia como un ‘productor lícito de hoja de coca’: “En ese país, el cultivo del arbusto de coca para la masticación de la hoja y para el consumo y el uso de esta en su estado natural para fines culturales y medicinales (por ejemplo, para preparar infusiones) está permitido de conformidad con la reserva formulada por el país en 2013”.¹⁴⁵ Sin embargo, la exportación de los productos de coca producidos legalmente en Bolivia sigue estando restringida a los limitados fines lícitos reconocidos por la Convención Única. La exportación de productos naturales de coca que contienen el alcaloide de la cocaína para otros fines (té, bebidas energéticas, licores, estimulantes ligeros, suplementos alimenticios) solo se permitiría si la hoja de coca se eliminara de la lista de los tratados después de un proceso de examen de la OMS, o después de que los países importadores hubieran logrado una reserva parecida o hubieran alcanzado un acuerdo de modificación *inter se* de los tratados, que posibilitaría el comercio internacional entre sus partes.

El informe de 2018 de la Comisión Global, dedicado a la regulación, señala que cada droga exigirá un enfoque diferenciado:

“Las drogas más riesgosas justifican claramente un mayor nivel de intervención gubernamental en el mercado y restricciones más estrictas. La capacidad de variar la intensidad de los controles regulatorios permite la creación de un ‘gradiente de disponibilidad frente al riesgo’ según el cual la disponibilidad de drogas se restringe más, a medida que aumentan sus riesgos [...] La oferta legal y regulada no debería ser vista como una situación que lleva inevitablemente a un incremento en la disponibilidad de drogas, sino que es lo que permite que las autoridades responsables asuman el control sobre cuáles son las drogas disponibles, cuándo y cómo. Mantener la prohibición en las drogas más potentes y riesgosas—incluyendo los opiáceos sintéticos como el carfentanil que puede ser mortal en las dosis más bajas— seguirá siendo un imperativo de salud, y puede ser justificado adicionalmente por la disponibilidad de alternativas menos potentes y riesgosas.”

Será difícil llegar a un consenso sobre la diversidad y la flexibilidad de los mecanismos de control adecuados a diferentes sustancias. Sin embargo, los ejemplos del khat y el kratom, ya mencionados, que no están fiscalizados por las convenciones internacionales de drogas pero que están sujetos a diversos grados de controles y prohibiciones nacionales, demuestran la posibilidad de que coexistan en la práctica regímenes de control fundamentalmente diferentes para una misma sustancia.¹⁴⁶

RECOMENDACIÓN

Los Estados Miembros de la ONU deben volver a poner el acento del sistema de clasificación internacional en el propósito original de controlar el comercio transnacional y posibilitar que se desarrollen sistemas innovadores a escala nacional.

Se deben relajar las restricciones comerciales impuestas a sustancias claramente más ligeras, menos nocivas y menos potentes, incluso para “otros usos lícitos”, que excedan los fines médicos y científicos, abriendo espacios en el marco del ordenamiento interno de los países para permitir usos tradicionales, religiosos, de automejora o sociales.

OBSERVACIONES FINALES

LA INCOHERENCIA DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN VIGENTE

Las primeras iniciativas para fiscalizar las drogas, en la primera mitad del siglo XX, establecieron un sistema integral destinado a controlar el comercio internacional y, al mismo tiempo, garantizar cierta flexibilidad en el ámbito de las políticas nacionales, entre otras cosas para “otros usos lícitos”. Esas iniciativas lograron frenar el comercio incontrolado que se encontraba fundamentalmente en manos de las potencias y las empresas coloniales, así como contener la desviación desde esas lucrativas fuentes legales hacia el mercado ilegal.

La tragedia que después sobrevino al sistema de fiscalización internacional de drogas es que resultó ser incapaz de prevenir el surgimiento consiguiente de una producción y un tráfico ilícitos a gran escala. El espíritu prohibitivo y excesivamente punitivo que dominó las negociaciones posteriores a la Segunda Guerra Mundial sobre la Convención Única llevó al régimen de control de drogas de la ONU en la dirección equivocada, con consecuencias devastadoras: “El resultado final de todo esto es que el modelo en el que se han basado históricamente las políticas de fiscalización de drogas parece que, si no está roto, como mínimo necesita una reparación”.¹⁴⁷ La naturaleza científicamente cuestionable y la politización de algunas de las primeras decisiones clave en materia de clasificación, que más tarde se perpetuaron sobre la base de los criterios de la ‘similitud’ y la ‘convertibilidad’, así como las incoherencias estructurales sobre la inclusión en las listas que aparecieron con los tratados de 1971 y 1988, desembocaron en un sistema de clasificación disfuncional.

La postura de tolerancia cero de un grupo significativo de Estados Miembros de la ONU y de la burocracia de los organismos multilaterales dedicados a la fiscalización de drogas (CND, JIFE y UNODC), por lo general favorables al orden establecido, pone trabas a todo intento de introducir correcciones en el sistema vigente, como lo demuestra la oposición a las recomendaciones de la OMS en materia de inclusión en las listas y, en ocasiones, la injerencia en estas. Las recomendaciones para añadir nuevas sustancias a las listas se suelen aprobar, mientras que las recomendaciones para trasladar las sustancias a una lista menos estricta o para abstenerse de fiscalizar algunas drogas se enfrentan constantemente a una oposición significativa. Como manifestó el ministro del Interior del Reino Unido, “cuando hay un problema evidente y grave, pero hay dudas sobre el posible daño que se causará, debemos pecar de precaución y proteger al público”. En la práctica, la aplicación de ese principio de precaución conduce a “un sesgo de base en el proceso de toma de decisiones, que favorece la prohibición de nuevas sustancias psicoactivas”.¹⁴⁸

Según Adolphe Lande, uno de los principales artífices del régimen global, “la forma en que un país aborda sus problemas de uso indebido de drogas, por lo general, no reviste —desde el punto de vista de la fiscalización internacional de drogas— de interés internacional, siempre que dicho país impida con eficacia la exportación ilegal de drogas fiscalizadas a escala internacional desde su territorio a otros países”.¹⁴⁹ Volver a poner el acento de las medidas para la fiscalización internacional de las drogas en ese gran objetivo original, es decir, permitir que los países controlen sus exportaciones ilegales y establezcan listas nacionales según sus necesidades internas, brindaría a los países más flexibilidad para elaborar sistemas de clasificación basados en pruebas empíricas. En el marco del régimen mundial, pueden convivir diferencias en los niveles de control que distintas jurisdicciones aplican a determinadas sustancias, siempre que la cooperación internacional se fundamente en el respeto mutuo de dichas diferencias. Los dos mecanismos principales para la fiscalización de las drogas a escala internacional —el sistema de certificados para las importaciones y autorizaciones para las exportaciones, y el sistema de administración de las previsiones y las necesidades— disponen de capacidad para lidiar con las diferencias nacionales y, de hecho, se concibieron con ese propósito.

La Comisión Global aboga por que se adopte un enfoque integral e interdisciplinario en la elaboración de las políticas de fiscalización de drogas y por que se ponga fin al enfoque fragmentario que trata esta cuestión como si fuera un tema único, y clasifica las drogas y aplica una prohibición basada en unas listas poco fiables y científicamente cuestionables.

En el marco del Comité Ejecutivo del Secretario General, se ha establecido un Equipo de Trabajo de Coordinación de organismos interesados del sistema de las Naciones Unidas, encabezado por la UNODC, con miras a “apoyar la formulación y la aplicación de políticas que primen a las personas, la salud y los derechos humanos”, “promover cambios en las leyes, políticas y prácticas que amenazan la salud y los derechos humanos de las personas”, “velar por un modelo de fiscalización de drogas basado en los derechos humanos y enfrentar la impunidad por violaciones graves de los derechos humanos en el contexto de las medidas de control de drogas”, “mejorar el acceso con fines médicos y científicos legítimos a medicamentos fiscalizados, en particular para el alivio del dolor y el tratamiento de la dependencia de drogas” y “proporcionar a los Estados Miembros la base de pruebas necesaria para que tomen decisiones informadas en materia de políticas y comprender mejor los riesgos y los beneficios de los nuevos planteamientos para el control de las drogas, incluidos los relacionados con el cannabis”.¹⁵⁰ La posición común del sistema de la ONU sobre la política de drogas, la primera posición compartida del Equipo de Trabajo de Coordinación, impulsa la tendencia normativa mundial que se dirige hacia “una perspectiva centrada en el ser humano y basada en los derechos, firmemente arraigada en la Agenda 2030”, destacando la importancia decisiva de “unas decisiones en materia de políticas basadas en la ciencia y en pruebas contrastadas para cumplir esa meta”.¹⁵¹

ANÁLISIS DE LA COYUNTURA ACTUAL SEGÚN LA COMISIÓN GLOBAL

Las diferencias entre las drogas y los mercados legales e ilegales no son nítidas. Los mercados de drogas son fluidos; los consumidores tienden a tener una droga predilecta, pero pueden alternar entre fuentes de abastecimiento farmacéuticas e ilegales, dependiendo de la disponibilidad, la calidad, la seguridad y el precio, y, en ocasiones, recurrir a sustancias no fiscalizadas, como el kratom o las NSP. Las razones para usar drogas también pueden variar en gran medida: tratar la dependencia, automedicarse para aliviar el dolor o enfermedades, practicar la automejora, permanecer despierto o conciliar el sueño, vivir una experiencia espiritual o buscar el placer. La mayoría de las personas que usan drogas con fines recreativos no persiguen el riesgo del mismo modo que las personas que practican la escalada u otros deportes extremos. Desean usar las drogas de la manera más segura posible y evitar los patrones de dependencia problemáticos. Pocas de ellas necesitarán un tratamiento u otras formas de atención médica. Como ha recordado la Comisión Global en varias ocasiones, solo el 11 % de las personas que usan drogas experimentan un uso problemático y requieren apoyo social o médico.

En el caso de aquellas personas con patrones de uso problemáticos, “la automedicación constituye una de las razones más convincentes para el uso excesivo y la dependencia de drogas”. “En lugar de limitarse a buscar vías de escape, euforia o autodestrucción”, sostiene Edward Khantzian, muchas veces “intentan automedicarse por toda una serie de problemas psiquiátricos y estados emocionales dolorosos. Aunque la mayoría de estos intentos por autotratarse están abocados al fracaso, teniendo en cuenta los peligros y las complicaciones de los patrones inestables de uso de drogas a largo plazo [...] los efectos a corto plazo de las drogas que hayan elegido les ayudan a afrontar estados subjetivos perturbadores y una realidad externa que, de otra manera, se experimenta como incontrolable o abrumadora”.¹⁵² Comprender mejor los diferentes motivos y patrones, así como las decisiones que toman las personas al usar drogas, es clave para desarrollar políticas más eficaces. Un sistema de clasificación que no fomente el estigma y se base en pruebas empíricas puede influir en las personas y animarlas a tomar decisiones más responsables y menos nocivas.

PRINCIPIOS PARA MEJORAR LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

Para la Comisión Global, la única respuesta responsable a esta cuestión compleja consiste en regular el mercado de las drogas ilegales, empezando por establecer regulaciones y un nuevo sistema de clasificación, que se ajuste a la peligrosidad de cada droga y se base en evaluaciones científicas rigurosas, así como supervisar y hacer cumplir dichas regulaciones. Así sucede ya en el caso de los alimentos, las sustancias psicoactivas legales, los productos químicos, los medicamentos, los isótopos y muchos otros productos y conductas que entrañan un riesgo de daño.

Mientras la comunidad internacional sigue esforzándose por alcanzar un nuevo consenso, los países deben avanzar en la formulación y aplicación de una política más racional destinada a clasificar, fiscalizar y regular las drogas psicoactivas.

Entre los principios rectores que deberían orientar ese propósito, cabría mencionar:

- asegurar una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos;
- abandonar las políticas de tolerancia cero para ceder más espacio a “otros fines legítimos”;
- dispensar un trato menos estricto a las sustancias más ligeras;
- tener en cuenta las circunstancias sociales y culturales locales;
- efectuar un análisis de costo-beneficio de los daños potenciales y los beneficios percibidos;
- aceptar algunos umbrales de riesgo, comparables a otros riesgos sociales aceptables, en lugar de mantener un principio de precaución absoluto;
- sopesar cuidadosamente las posibles consecuencias de las decisiones en materia de clasificación, teniendo en cuenta las respuestas previsibles de los usuarios y los mercados;
- hacer un mejor uso de los instrumentos jurídicos sobre medicamentos y seguridad de los consumidores, en lugar de promover leyes sobre drogas de carácter penal.

Un sistema de clasificación basado en estos principios podría convertirse en una herramienta fundamental para promover unos cambios en la esfera de las políticas que se distancien del marco exclusivamente prohibitivo y se orienten hacia un modelo de regulación flexible, así como una herramienta para encaminar gradualmente el mercado de las drogas en una dirección menos perjudicial.

TESTIMONIOS



CAROL KATZ BEYER | El relato de una madre que perdió a sus hijos por la prohibición Estados Unidos de América

Como madre y profesional de la salud que está lidiando con la pérdida de dos hijos debido a una sobredosis relacionada con el fentanilo, conozco muy bien el impacto de unas políticas de drogas perjudiciales. He entrevistado a un sinnúmero de familias cuyas historias exigen un cambio de paradigma, que abarque una atención integral y unas soluciones basadas en la ciencia, la compasión y la salud pública. Fundé, junto con otras personas, Familias por una Política de Drogas Sensata (FSDP, por sus siglas en inglés) para abogar por la reforma de la política de drogas, mientras ayuda a formar a profesionales sobre estrategias y soluciones de reducción de daños.

Un número creciente de familias como la mía se ven perjudicadas por la clasificación de las drogas como sustancias controladas. La política draconiana frente a las drogas fomenta un modelo irreal y punitivo que requiere la abstinencia, sin dejar espacio para que los jóvenes experimenten, algo que puede suceder por distintos motivos. Sin embargo, centrarse en el uso de sustancias como el problema principal no solo devalúa el recorrido singular, las fortalezas y los recursos de cada familia, sino que también desplaza, involuntariamente, a nuestros seres queridos de la experimentación al uso problemático.

Mis hijos, Bryan y Alex, no eran diferentes de muchos otros jóvenes adultos de todo el mundo. Practicaban deporte, les encantaba la música, iban a fiestas y conciertos con amigos y experimentaban con las drogas. Como el instituto al que acudían tenía una política de 'tolerancia cero', les sometieron a pruebas de detección de drogas, dieron positivo en cannabis y cocaína, y se vieron obligados a participar en un programa ambulatorio intensivo con personas que consumían drogas y que eran mayores que ellos. Se les dijo que se identificaran como adictos desvalidos y, después, se les impidió practicar deportes y actividades extracurriculares, y se les alejó de sus compañeros. Su estado empeoró, pero 'tocar fondo' se consideraba como parte de la recuperación. Se les enseñó que yo era 'codependiente' y 'facilitadora' por mostrar amor y defender su bienestar.

Cuando su consumo de sustancias se volvió más nocivo, nos dijeron que los enviáramos a un programa de rehabilitación para pacientes internos en Florida, que duraba 28 días. Después de aquello, Bryan y Alex fueron alternando entre episodios de desintoxicación, cárcel, rehabilitación y centros para vivir sobrios. Mantuvieron etapas de sobriedad y parecían estar madurando. Bryan asistió a la Universidad Johnson & Wales, abrió su propia empresa y se casó. Alex se graduó en la Universidad Full Sail, regresó a casa en Nueva Jersey para estar más cerca de la familia y prosiguió su carrera. Por desgracia, como las calles están inundadas de fentanilo y no hay espacios de consumo seguro donde tratar las recaídas, mis hermosos niños perdieron la vida por una sobredosis evitable. La pérdida para familiares y amigos es inimaginable. Dentro de los planes de mi hijo menor, Devin, no entraba visitar las tumbas de sus hermanos el día en que se graduó de la universidad.

Las políticas vigentes en materia de drogas, basadas en la prohibición, interfieren en los derechos humanos de las personas, así como en la seguridad individual y familiar. Como madre, considero que la postura del Gobierno estadounidense con respecto a las drogas contribuyó a la muerte de mis hijos. La guerra contra las drogas los marginó, diciéndoles que sus vidas no importaban.

El apoyo familiar representa una parte integral de la recuperación y de una relación saludable con las sustancias. Sabemos que el uso problemático se deriva de una confluencia de variables psicológicas, biológicas y socioculturales. La adicción se tilda de 'enfermedad', pero se trata de una visión equívoca. Gracias a programas como 'Family Drug Support', se capacita a las familias para que trabajen juntas sobre los problemas que contribuyen al uso problemático. Las personas que usan drogas y sus familias merecen un apoyo que los trate con dignidad, de manera individualizada y con respeto.

CONNIE VAN STADEN | De traficante a representante
Responsable de Derechos Humanos e Incidencia Política, SANPUD, Sudáfrica

Nací en 1975, en un hogar de renta media, al oeste de Pretoria, en Sudáfrica, durante un período de agitación política. Una cosa de la época en que crecí que siempre deseé haber podido cambiar es el hecho de que tanto mi padre como mi madre eran alcohólicos. Mi padre trabajaba como inspector de gas para una gran refinería y mi madre trabajaba en el sector funerario. Ambos eran personas muy trabajadoras, que se desenvolvían sin problemas, y nunca estuvimos expuestos a la violencia ni a ninguno de los estereotipos que se suelen contar sobre los 'hijos de alcohólicos'. En contra de la narrativa habitual, nuestro hogar estaba repleto de amor y siempre había suficiente comida y mucha risa. En general, éramos una familia muy feliz. Lamentablemente, ambos sucumbieron a la bebida a una edad relativamente temprana. Mi madre falleció en 2008, con 49 años, y mi padre, en 2007, con 53 años.

Cuando tenía 15 años, empecé a visitar clubes en Pretoria y viví mis primeras experiencias con sustancias psicoactivas, sobre todo éxtasis y LSD. Al día siguiente de probar el LSD, probé la heroína y me enamoré locamente. Me enamoré de los efectos de la droga. Hacía que desapareciera todo el dolor, todas las penas, y no me importaba que la gente me dijera: "Eres un yonqui inútil, no tienes disciplina, eres un delincuente, no tienes ética". No había nada que me molestara.

Me convertí en la persona sobre la que los padres advierten a sus hijos. Era el popular, el tipo al que todo el mundo quería conocer, el espíritu de la fiesta. Obviamente, muchos de los 'peces gordos' de los clubes se dieron cuenta de esto y me pidieron que vendiera drogas a los clientes del club. Esta se convirtió en una excelente manera de costear mi propio hábito, que para entonces estaba intensificándose rápidamente.

Durante muchos años, fui un consumidor funcional. Era capaz de trabajar, relacionarme con familiares y amigos, mantener contactos sociales de forma habitual... Incluso logré terminar el 12° grado de la escuela secundaria, en 1994, pero no seguí estudiando.

Cuando rondaba los 21 años, intenté dejar la heroína, pero no pude. No solo era una barrera entre la dura realidad del mundo y yo, sino que también había desarrollado una dependencia física y, si no podía acceder a la droga, experimentaba unos terribles síntomas de abstinencia.

Cuando mi padre murió, en 2007, empecé a consumir más, perdí el trabajo, huí de casa y terminé viviendo en las calles. El miedo y la falta de recursos y centros me impedían la posibilidad de hacer cambios en mi vida. En aquella época, muchos médicos no sabían cómo administrar correctamente medicamentos como Suboxone y metadona. El uso de drogas estigmatizadas y la exclusión social solo me ayudaron a evitar que recibiera la ayuda adecuada. Creo que mucho de esto se debe a la falta de educación, no solo entre equipos médicos y de enfermería, sino también en nuestras comunidades.

En 2015, una nueva organización en Pretoria llamada Step Up comenzó a prestar servicios de atención médica a las personas que usan heroína y que se dedican al trabajo sexual que residen en la calle. Empecé a participar con la organización porque sentía que tenía unas lecciones de vida valiosas que podrían ser útiles. Al mismo tiempo, puse en marcha una red de usuarios de drogas llamada DUG, las siglas en inglés de Usuarios de Drogas de Gauteng, que, por primera vez en Sudáfrica, ofrece una plataforma para que las personas que usan sustancias tengan voz y un sentido de pertenencia. Así, fui la primera persona a quien se formó en el proyecto Step Up y en el programa de intercambio de agujas y jeringuillas. Hoy, tenemos más de 3000 personas que acceden al programa y nuestra red cuenta con 175 miembros registrados solo en el centro de la ciudad.

En 2016, Step Up me contrató como empleado asalariado y, por primera vez, me dieron la oportunidad de cambiar realmente de vida. Mucha gente me pregunta qué me hizo decidir cambiar. Fue el simple hecho de que un completo desconocido me mostrara un amor y un respeto incondicionales. Esta organización no me juzgó, sin importar lo que yo decidiera hacer con mi vida, y eso me hizo pensar: si un desconocido me puede tratar así, quizá merezco algo mejor. A partir de ese día, empecé a tomar mejores decisiones sobre salud y cuidado personal.

Hoy, gano un buen sueldo, participo en un programa de metadona, tengo mi propio alojamiento, mi propia computadora portátil, mi propio celular. Me dedico a promover interacciones con usuarios de sustancias, agentes de policía, profesionales de la salud y profesores universitarios. Estoy orgulloso de los cambios que he generado en mi vida y espero seguir siendo embajador de la población que usa sustancias en nuestro país.

DAVID NUTT | Un método para la evaluación holística de las sustancias
Imperial College London, Reino Unido

Soy psiquiatra y psicofarmacólogo. Mi especialidad consiste en el uso de drogas/medicamentos para explorar la función cerebral en voluntarios sanos y personas con trastornos psiquiátricos. Dado que el cerebro es un órgano impulsado por neurotransmisores y las drogas actúan para modificar la función neurotransmisora, creo que este método proporciona la mejor forma de interrogar la función cerebral, en especial si se emplea con técnicas de neuroimagen como la TEP y la IRMf.

Durante una carrera de casi 40 años, he estudiado casi todas las clases de drogas en humanos. Entre ellas, hay algunas drogas potentes, peligrosas y que muchas veces son objeto de abuso, como los opioides (heroína, hidromorfona, metadona y buprenorfina), y las benzodiazepinas, la ketamina y el alcohol. Puedo utilizar estas sustancias porque son medicamentos o drogas legales. Sin embargo, cuando quise estudiar las sustancias psicodélicas y el cannabis, me encontré con el camino cerrado porque figuran en la Lista I. El Gobierno británico considera que estas son más peligrosas o deseables (desde la perspectiva del consumidor) que las que ya he mencionado, a pesar de las pruebas contundentes de que las sustancias psicodélicas son muy seguras (casi no hay muertes registradas) y que rara vez se abusa de ellas. El cannabis también es relativamente seguro, ya que fue un medicamento en el Reino Unido hasta 1971.

Este hecho ha tenido un impacto enorme en mis investigaciones. Para almacenar y estudiar psicodélicos o cannabis, necesito un permiso especial de la policía, que exige un nivel de control superior al que me exigen para recetar opioides. También necesito obtener una licencia especial del Ministerio del Interior, que resulta costosa en términos de tiempo (se puede tardar hasta un año en recibirla) y dinero (alrededor de 3000 libras esterlinas, más una tarifa anual). Para investigar los opioides mencionados, o las benzodiazepinas y la ketamina, no se necesitan licencias especiales. Esto pone claramente de manifiesto que el fin de las restricciones de la Lista I no es reducir la oferta de drogas por dinero, ya que la heroína y la metadona tienen un valor en la calle notablemente mayor. Además, en el Reino Unido, nunca se ha vivido ningún caso de un investigador que venda drogas de la Lista I. El temor de la desviación es solo una táctica para justificar el nivel de control vigente.

En nuestro primer estudio sobre los efectos de la psilocibina* en el tratamiento de la depresión resistente, calculé que, debido a los costos extraordinarios en que incurrimos por el hecho de que la psilocibina figurara en la Lista I, cada dosis nos costó unas 1500 libras, un precio más de diez veces mayor que si no estuviera sujeta a restricciones. Este dinero procede de becas de investigación y, por lo tanto, se socava su viabilidad financiera y se limita su alcance. También tardamos más de dos años en obtener los permisos para realizar la investigación, lo que representa un enorme costo de oportunidad perdida.

Quizá, si el sistema de clasificación actual redujera realmente el uso o los daños de las drogas recreativas, uno podría aceptar el efecto opresivo que ejerce sobre la investigación y el tratamiento clínico. Pero no hay ni una sola prueba de ello, así que llegó la hora de cambiar en beneficio de todos.

* Un compuesto psicodélico natural producido por algunas especies de hongos

GILLES FORTE | El mandato que los tratados de control de drogas atribuyen a la OMS

Secretario del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desempeña un papel importante en el establecimiento de normas globales, al ofrecer orientaciones y recomendaciones en materia de salud pública que gozan de solidez científica y son transparentes e independientes.

Los tratados de fiscalización internacional de drogas otorgan a la OMS el mandato de recomendar el nivel de control internacional al que se deben someter las sustancias con efectos psicoactivos. Esta función la ejerce a través del Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD, por sus siglas en inglés), un órgano consultivo científico, de carácter independiente, de la OMS. La labor de la OMS para reducir la oferta de sustancias psicoactivas nocivas se ha convertido en una parte fundamental del sistema de fiscalización internacional de drogas y ha demostrado lo importante que resulta proteger la salud de las personas más vulnerables.

El Comité de Expertos es una pieza clave para enfrentar la crisis de los opioides y ha recomendado el control internacional de muchas nuevas sustancias psicoactivas que han surgido en el mercado de drogas ilícitas desde 2014. En algunas partes del mundo, en especial en los países de altos ingresos, la prescripción excesiva de medicamentos opioides ha llevado a un aumento de las tasas de dependencia y a un giro hacia el uso de sustancias sintéticas más potentes, como los análogos del fentanilo, que han contribuido al incremento de las muertes por sobredosis en el mundo.

Uno de estos potentes opioides sintéticos es el carfentanilo, que se utiliza como adulterante de la heroína y puede producir efectos letales en dosis extremadamente pequeñas. El Comité de Expertos recomendó que el carfentanilo se sometiera al nivel más estricto de fiscalización internacional, con miras a limitar su oferta y, posiblemente, salvar vidas.

Aunque muchas sustancias psicoactivas que causan daños a la salud pública carecen de usos médicos legítimos, muchos medicamentos psicoactivos con usos terapéuticos probados, como los analgésicos opioides y las benzodiazepinas, pueden ser nocivos si no se usan de forma adecuada. Una de las consecuencias no deseadas del control de sustancias con un uso terapéutico comprobado es que se restringe el acceso para el uso legítimo por parte de personas que necesitan estos medicamentos que podrían salvar vidas y aliviar el dolor y el sufrimiento. La OMS calcula que el 83 % de la población mundial vive en países donde el acceso a medicamentos fiscalizados para el tratamiento del dolor moderado a severo es escaso o nulo.

El Comité de Expertos ha desempeñado un papel destacado en la formulación de recomendaciones equilibradas para el control internacional de medicamentos psicoactivos. Entre ellos, se encuentran anestésicos como la ketamina, cuyo excelente perfil de seguridad significa que puede administrarse sin el nivel habitual de supervisión de la anestesia, por lo que se utiliza de manera muy extendida en países de bajos ingresos y en situaciones de emergencia. También se cuentan medicamentos como el tramadol, uno de los pocos analgésicos opioides disponibles en forma genérica. El tramadol se utiliza ampliamente en muchos países de ingresos bajos y medios, así como en situaciones de crisis, cuando el acceso a otros opioides para el tratamiento del dolor es limitado o inexistente.

Al tiempo que el Comité de Expertos intensifica el número de cannabinoides sintéticos, estimulantes de tipo anfetamínico y análogos del fentanilo nocivos que se someten a fiscalización internacional, también garantiza que las medidas de control internacional no restrinjan el acceso a medicamentos esenciales y que salvan vidas.

**NEIL WOODS | El enfoque de 'mano dura con las drogas' solo alimenta más violencia:
la perspectiva de un agente de policía**
Alianza para la Acción Policial, Reino Unido

Estaban usando la violación en grupo como un método de control e intimidación.

La policía de Northampton había logrado algunas victorias contra los traficantes de heroína de la zona. Esto allanó el camino para que la famosa banda de Birmingham, los Burger Bar Boys, llenara el vacío dejado. Los Burgers eran muy conscientes de una realidad fundamental en el mundo de la guerra contra las drogas, y es que las bandas más brutales son las más difíciles de atrapar, y se aseguraron de que a la gente le quedara muy claro que cualquier tipo de colaboración con la policía podría poner en peligro no solo sus vidas, sino también las de sus esposas y hermanas.

Por esa razón, me enviaron como agente encubierto. Pasé meses comprando heroína a estos hombres. El tráfico de heroína es el mercado más brutal porque supone las penas más severas en los tribunales. Es una droga de Clase A, según el sistema de clasificación británico, y a los jueces se les dice que es la que merece un mayor castigo. Cuanto mayor es el riesgo, mayores son las repercusiones en la carrera interminable de la guerra contra las drogas.

Un día, D. no apareció con el deportivo habitual, sino con una pequeña furgoneta. Iba acompañado de otros cuatro. D. dijo: "¿Qué os parece?". Y uno de ellos respondió: "Sí, es un puto poli... Joder, hermano, dale plomo ya". Me enseñaron una pistola Glock y me dijeron que me quitara la camisa y, luego, los pantalones. Mientras se mantenían a mi alrededor, riendo, me pregunté si realmente sospechaban de mí, o si esta era solo su forma habitual de aterrorizar y controlar a sus clientes.

Después de siete meses de trabajo, tenía suficientes pruebas contra la banda y toda su red de apoyo. Se detuvo a 96 personas, muchas de ellas en una gran serie de redadas que contaron con el respaldo de cuatro fuerzas policiales diferentes. Más tarde, un agente de los servicios de inteligencia me dijo que, con todo ese esfuerzo, el suministro de heroína y crack se había interrumpido durante unas dos horas.

Los Burger Bar Boys recibieron, cada uno, 10 años de prisión, en un juicio que supuso una celebración pública de 'mano dura contra el tráfico'. Todo lo que aprendió la siguiente banda fue que era necesario ser aún más cruel para evitar la captura.

Los 'éxitos' como el mío no son una excepción. A los cuerpos policiales de todo el mundo se les da muy bien atrapar a los traficantes de drogas. Pero esto es parte del problema. Cuando la amenaza de prisión es alta, la acción policial hace que las bandas callejeras sean más brutales; es un simple proceso natural.

En el Reino Unido, el panorama está empeorando a gran velocidad, debido, precisamente, al éxito de la policía. Ahora se utiliza a niños como franja de protección entre las bandas y la policía. Se explota a niños de tan solo 12 años para que actúen como distribuidores para otros. Muchas veces, se les filma en situaciones con carga sexual para chantajearlos, y así es más fácil obligarlos a que transporten paquetes de heroína en el recto y vendan el producto a otras personas vulnerables y criminalizadas por el Estado.

Esta es la interminable carrera de la guerra contra las drogas, alimentada hasta el infinito por penas cada vez más duras. Solo llegará a su fin cuando la sociedad ya no pueda soportar más la corrupción que conlleva. ¿Hasta qué punto debemos llegar?

PEDRO ARENAS | Los daños de la erradicación forzada de cultivos
Observatorio de Cultivos y Cultivadores Declarados Ilícitos (OCCDI Global), Colombia

Mi nombre es Pedro Arenas. Nací a las orillas de un río en el suroriente de Colombia. A principios de los años ochenta, terminando mi 5° grado de escuela primaria, mi padre no encontró más oportunidades de estudio para mí. En esa zona rural no había colegios de secundaria. Por tanto, igual que muchos otros adolescentes, fui a trabajar en el campo recolectando hoja de coca, de cultivos que crecían en la región. Tenía apenas 13 años y empecé a obtener mis propios ingresos.

Recuerdo cuando los adultos comentaban que ese cultivo era una actividad ilegal y que, por ello, en cualquier momento podíamos ser arrestados por las autoridades. Ante este temor, los agricultores penetraron cada vez más en zonas remotas y de mayor importancia ambiental. Entonces, fui a trabajar como recolector de hoja de coca al sur de Guaviare, una región que hoy enfrenta la mayor tasa de deforestación de bosques en la Amazonía colombiana.

En los años noventa, las fumigaciones aéreas con el agrotóxico glifosato en contra de los cultivos de coca generaron pérdidas de cosechas lícitas, quebraron economías familiares basadas en esa actividad y conllevaron violaciones de derechos humanos. Mi madre también perdió su cultivo y tuvo que abandonar el campo, dejando lo que tenía, y trasladarse a la ciudad más cercana para iniciar su vida nuevamente.

Entonces, organizaciones campesinas realizamos protestas. Denuncié ante diversas instancias los daños causados por las fumigaciones a las familias, a su seguridad alimentaria y al medio ambiente. Sin embargo, el Estado continuó fumigando durante 21 años más, desatendió las quejas y no investigó las violaciones de derechos humanos. En cambio, sí hubo amenazas, atentados y asesinatos de líderes de las protestas. Yo mismo sufrí amenazas, persecución y dos atentados que casi me cuestan la vida.

Desde entonces, promuevo la defensa de los derechos humanos de indígenas, campesinos y afrodescendientes que siembran la coca, para fines tradicionales y culturales, así como también de aquellas familias que lo hacen para obtener pasta base. He visto cómo se han hecho campañas de estigmatización y persecución de esa planta y de los agricultores que viven de ella.

Puedo decir que los agricultores hemos sido castigados con el desplazamiento forzado e incluso con la cárcel por desarrollar una actividad que es vista, por nosotros, como algo normal. La erradicación forzada solo ha llevado consecuencias negativas a las familias y no brinda resultados sostenibles. Por esta razón, diría que no deberíamos tener políticas de drogas que solo se miden por la extensión del área sembrada y eliminada cada año, sino por la superación de la pobreza y la generación de desarrollo.

REFERENCIAS

1. OMS (2011) *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados*, p. 1 [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75837/9789243564173_spa.pdf (consultado el 7 de enero de 2019)
2. Davis, C. S. y Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance*. Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2011197>
3. JIFE (2018) *Lista Amarilla - Lista de estupefacientes sometidos a control internacional, 57ª edición* [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/57th_edition/57th_edition_YL_SPA.pdf (consultado el 7 de enero de 2019)
4. JIFE (2018) *Lista Verde - Lista de sustancias sicotrópicas sometidas a fiscalización internacional, 29ª edición* [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/greenlist/Green_list_SPA_V18-02419.pdf (consultado el 7 de enero de 2019)
5. JIFE (2017) *Cuadros de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988* [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: <https://undocs.org/es/ST/CND/1/Add.3/Rev.2> (consultado el 7 de enero de 2019)
6. Para una visión general de las exigencias de control de las distintas listas, véase: UNODC (2018) *Schedules and control regimes of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol, and the Convention on Psychotropic Substances of 1971 - Background material for the Commission on Narcotic Drugs at its 61st session* [pdf] Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/Scheduling_paper_short_8_March_final_FINAL.pdf (consultado el 7 de enero de 2019)
7. Esas obligaciones generales se establecen en el artículo 4 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y en el artículo 5 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
8. UNODC (2006) *Multilingual Dictionary of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances under International Control*. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. ST/NAR/1 Rev.2
9. Naciones Unidas (1961) *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972*, artículo 2, párrafo 5 b). Nueva York: Naciones Unidas.
10. Naciones Unidas (1971) *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas*, artículo 7 a). Nueva York: Naciones Unidas.
11. Gobierno de India, Departamento de Finanzas y Comercio (1895) *Report of the Indian Hemp Drugs Commission* [en línea]. Calcuta: Gobierno de India. Disponible en: <https://digital.nls.uk/indiapapers/browse/archive/74574096> (consultado el 8 de enero de 2019)
12. The New York Times (1892) *Stimulants and Narcotics*, reseña literaria. Nueva York: The New York Times.
13. La Convención Única permite el uso de la hoja de coca como aromatizante (artículo 27.1) y el cultivo de cannabis con fines industriales (fibra y semillas; artículo 28.2). Las semillas de las tres plantas no están sometidas a fiscalización internacional, lo cual posibilita que la adormidera se cultive para la producción de semillas de amapola y aceite con fines culinarios. El Convenio de 1971 prevé que los Estados formulen excepciones sobre aquellas “plantas (...) que se hayan venido usando tradicionalmente por ciertos grupos reducidos, claramente determinados, en ceremonias mágico-religiosas” (artículo 32.4).
14. Kleiman, M. a. R. (2012) Commentary on Coulson & Caulkins (2012): *Optimizing drug scheduling*. *Addiction*, 107(4), pp. 774–775. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x. Mark Kleiman es profesor de Políticas Públicas y director del programa Delincuencia y Justicia de la Universidad de Nueva York.
15. *Ibídem*
16. Comisión de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Comunes (2006) *Drug classification: making a hash of it?* [pdf] Londres: Cámara de los Comunes del Reino Unido, presentado ante el Parlamento por el secretario de Estado del Ministerio del Interior por encargo de Su Majestad, p. 24. Disponible en: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf> (consultado el 9 de enero de 2019)
17. Dirección de Estrategia sobre Delincuencia y Drogas del Ministerio del Interior del Reino Unido (2006) *Review of the UK's Drugs Classification System – A Public Consultation* [pdf] Londres: Reino Unido, p. 17. Nota: Este es un borrador de un documento de consulta que, de hecho, no se aprobó para su publicación en 2006. El borrador se ha publicado al amparo de la legislación relativa a la libertad de información.
18. Birdwell, J. et al. (2011) *Taking drugs seriously: a Demos and UK Drug Policy Commission report on legal highs* [pdf] Londres: DEMOS. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/34716665.pdf> (consultado el 9 de enero de 2019)
19. Comisión de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Comunes (2006) *Drug classification: making a hash of it?* [pdf] Londres: Cámara de los Comunes del Reino Unido, presentado ante el Parlamento por el secretario de Estado del Ministerio del Interior por encargo de Su Majestad. Disponible en: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf>, p. 24. (consultado el 9 de enero de 2019)
20. Nutt, D. (2009) *Equasy — An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms*, *Journal of Psychopharmacology*, 23(1), pp. 3–5. doi: 10.1177/0269881108099672.
21. *Ibídem*
22. Comisión Global de Política de Drogas (2018) *Regulación: El control responsable de las drogas* [pdf] Ginebra: Comisión Global de Política de Drogas, p. 39. Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs> (consultado el 8 de enero de 2019)
23. Transnational Institute (2003) *El Proyecto Cocaína de la OMS - El TNI publica un estudio prohibido*. TNI: Amsterdam, <https://www.tni.org/es/publicacion/el-proyecto-cocaína-de-la-oms>
24. McAllister, W.B. (2020) *Foundations of the International Drug Control Regime, 18th Century through the Second World War*, en Bewley-Taylor, D.R. y Tinasti, K. (eds.) *Research Handbook on International Drug Policy*. Londres: Edward Elgar Publishing. Próxima publicación.
25. McAllister, W. B. (2004) *The global political economy of scheduling: the international–historical context of the Controlled Substances Act*. *Drug and Alcohol Dependence*, 76(1), p. 4. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.02.012.
26. Lande, A. (1973) *The International Drug Control System*. Appendix, “Drug Use in America: Problem in Perspective”, Volume 3, p. 18.
27. Boister, N. y Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets*. *International Community Law Review*, 20(5), pp. 481. doi: 10.1163/18719732-12341385.
28. *Ibídem*, p. 36.

29. Ibídem, p. 114.
30. Ibídem, p. 25.
31. May, H. (1955) *The Single Convention on Narcotic Drugs; Comments and possibilities*. *Bulletin on Narcotics*, nr 1, p. 4.
32. Bewley-Taylor, D. y Jelsma, M. (2012) Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. *International Journal of Drug Policy*, 23(1), pp. 72-81. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.08.003, p. 473.
33. Jelsma, M. (2018) *Vasos comunicantes... Derechos humanos, cultivo ilícito y desarrollo alternativo* [en línea]. Amsterdam: Transnational Institute, p. 10-11. Disponible en: <https://www.tni.org/vasos-comunicantes> (consultado el 10 de enero de 2019)
34. Boister, N. (2001) *Penal aspects of the UN drug conventions*. La Haya-Londres-Boston: Kluwer Law International, p. 45. isbn: 978-90-411-1546-1.
35. Bewley-Taylor, D., Blickman, T., Jelsma, M. (2014) *Auge y caída de la prohibición del cannabis: La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma*. Amsterdam/Swansea: Transnational Institute/Observatorio Global de Políticas de Drogas. Disponible en: <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf> (consultado el 11 de enero de 2019)
36. David Mansfield (1973) Op. cit., p. 114.
37. PNUFID (2000) *Model Drug Abuse Bill 2000, Commentary* [pdf] Viena: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, p. 8, párrafo 27. Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/lap_drug-abuse-bill_commentary.pdf (consultado el 10 de enero de 2019). La Ley Modelo sobre Drogas está siendo examinada actualmente por la UNODC, el organismo que sucedió al PNUFID.
38. McAllister (2004) Op. cit., p. 6.
39. Lande (1973) Op. cit., p. 92.
40. McAllister (2004) Op. cit., pp. 6-7.
41. Ibídem, p. 7.
42. E/4606/Rev.1, Report CND 23, párrafo 381.
43. Resoluciones del ECOSOC 1985/15, de 28 de mayo de 1985; 1987/30, de 26 de mayo de 1987; 1991/44, de 21 de junio de 1991; y 1993/38, de 27 de julio de 1993. En esas resoluciones se instaba a las partes a que ampliaran a las sustancias de las Listas III y IV el sistema de autorizaciones para las importaciones y las exportaciones que el Convenio de 1971 exigía para las sustancias de las Listas I y II, y a que proporcionaran a la JIFE estadísticas sobre el comercio internacional.
44. OMS (2003) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia - 33º informe, OMS, *Serie de Informes Técnicos 915* [en línea] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, pp. 1-2. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4898s/> (consultado el 10 de enero de 2019)
45. Fragmento de: Ibídem
46. *Protocolo que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención del 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de los estupefacientes*, modificado por el Protocolo firmado en Lake Success el 11 de diciembre de 1946, París, 19 de noviembre de 1948, artículo 1. Sin embargo, la autoridad de la OMS no era aplicable al opio en bruto, el opio medicinal, la hoja de coca o el cannabis (véase el artículo 4).
47. Naciones Unidas (1973) *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes* [pdf] Nueva York: Naciones Unidas, p. 99. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Comentarios_a_la_convencion_unica_de_1961.pdf (consultado el 10 de enero de 2019)
48. Ibídem
49. Naciones Unidas (1971) *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*, artículo 2, párrafo 5. Nueva York: Naciones Unidas.
50. Naciones Unidas (1976) *Comentarios al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas*, hecho en Viena el 21 de febrero de 1971 [pdf] Nueva York: Naciones Unidas, p. 68. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Comentarios_al_convenio_1971.pdf (consultado el 10 de enero de 2019)
51. Naciones Unidas (1971) *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*, artículo 2, párrafo 5. Nueva York: Naciones Unidas.
52. OMS (2011) *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, op. cit., p. 1. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75837/9789243564173_spa.pdf (consultado el 21 de enero de 2019)
53. JIFE (2011) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010*. Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, p. 40, párrafo 217. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/AR_2010_Spanish.pdf (consultado el 20 de enero de 2019)
54. USGAO (2003) *Prescription Drugs, OxyContin Abuse and Diversion and Efforts to Address the Problem*. Washington D.C.: Oficina General de Cuentas de los Estados Unidos, GAO-04-110.
55. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP (2014) *The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years*. Chicago: JAMA Psychiatry, 71(7):821–826. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366
56. Comisión Global de Política de Drogas (2017) *La crisis de opioides en Norteamérica, Informe de posición* [pdf] Ginebra: Comisión Global de Política de Drogas. Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/11/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-SPA.pdf> (consultado el 20 de enero de 2019)
57. OMS (2011) *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, op. cit., p. 16. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75837/9789243564173_spa.pdf (consultado el 21 de enero de 2019)
58. Comisión Global de Política de Drogas (2017) *La crisis de opioides en Norteamérica, informe de posición* [pdf] Ginebra: Comisión Global de Política de Drogas. Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2017/11/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-SPA.pdf> (consultado el 20 de enero de 2019)
59. Lande (1973) Op. cit., p. 18.
60. Lande (1973) Op. cit., p. 123.
61. Comisión Global de Política de Drogas (2015) *El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: La crisis global de dolor evitable* [pdf] Ginebra: Comisión Global de Política de Drogas. Disponible en: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain> (consultado el 20 de enero de 2019)
62. OMS (2007) *Framework: Access to Controlled Medications Programme*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. WHO/PSM/QSM/2007.2
63. OMS (2011) *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, op. cit. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75837/9789243564173_spa.pdf (consultado el 21 de enero de 2019)

64. JIFE (2016) Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos - Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas, Suplemento del Informe de la JIFE correspondiente a 2015 [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/Spanish/Supplement-AR15_availability_Spanish.pdf (consultado el 22 de enero de 2019)
65. Naciones Unidas, *Asamblea General* (2016) *Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas*, Trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Nueva York: Naciones Unidas. A/RES/S-30/1.
JIFE (2016) Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos - Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas, Suplemento del Informe de la JIFE correspondiente a 2015 [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/Spanish/Supplement-AR15_availability_Spanish.pdf (consultado el 22 de enero de 2019)
66. JIFE (2019) *Progresos en lo que respecta a garantizar el acceso adecuado a sustancias sujetas a fiscalización internacional para fines médicos y científicos*, Suplemento del Informe de la JIFE correspondiente a 2018 [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. E/INCB/2018/1/Supp.1, Prefacio. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement_S_ebook.pdf (consultado el 6 de marzo de 2019)
67. Véase: Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *La clasificación en el sistema internacional de control de drogas*. Amsterdam: Transnational Institute, Serie Reforma legislativa en materia de drogas No. 25, TNI/IDPC. Disponible en: https://www.tni.org/files/download/serie_reforma_legislativa_no_25.pdf (consultado el 22 de enero de 2019)
68. OMS (2012) *WHO Expert Committee on Drug Dependence*, Thirty-fifth Report, OMS, Serie de Informes Técnicos 973, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p. 9. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4898s/s4898s.pdf> (consultado el 22 de enero de 2019)
69. JIFE (2011) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010*. Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, párrafos 284-287. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/AR_2010_Spanish.pdf (consultado el 20 de enero de 2019)
70. Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *La clasificación en el sistema internacional de control de drogas* [pdf] Amsterdam: Transnational Institute, Serie Reforma legislativa en materia de drogas No. 25, TNI/IDPC, pp. 15-16. Disponible en: https://www.tni.org/files/download/serie_reforma_legislativa_no_25.pdf (consultado el 22 de enero de 2019)
71. Para el caso de la ayahuasca, véase: Sánchez, C. y Bouso, C. (2015) *Ayahuasca: de la Amazonía a la aldea global* - Un análisis de los desafíos asociados con la globalización del uso de la ayahuasca, TNI, Informe sobre políticas de drogas 43. Disponible en: https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_spanish_web_19122015.pdf (consultado el 22 de enero de 2019)
72. Metaal, P. y Henman, A. (2014) *Hora de abrir los ojos: Un planteamiento histórico y etnográfico para la regulación de estimulantes de origen vegetal*, TNI, Serie Reforma legislativa en materia de drogas No. 27 [pdf] Amsterdam: Transnational Institute. Disponible en: <https://www.tni.org/files/download/dlr27-s.pdf> (consultado el 22 de enero de 2019)
73. Carrier, N. y Gezon, L. (2009) *Khat in the Western Indian Ocean: Regional Linkages and Disjunctures*. *Études océan Indien*, 42-43(Plantes et Sociétés), 271-297. [11]. <https://doi.org/10.4000/oceanindien.851>
74. OMS (2006) *Assessment of khat* (Catha edulis Forsk), Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 34th ECDD 2006/4.4 [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf (consultado el 23 de enero de 2019)
75. JIFE (2007) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2006* [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, párrafo 556. Disponible en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR_2006_Spanish.pdf (consultado el 23 de enero de 2019)
76. Nabben, T. y Korf, D. J. (2017) *Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban*. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(4), pp. 332-339. doi: 10.1080/09687637.2017.1338669.
77. Oficina Central de Estadística (2018) *Agricultural Sample Survey 2017/18* (2010 E.C.), Volume I, Report on Area and Production of Major Crops (Private Peasant Holdings, Meher Season), Statistical Bulletin 586. Addis Ababa: República Democrática Federal de Etiopía, p. 14.
78. UNODC (2018) *Informe Mundial sobre las Drogas 2018, Resumen* [pdf] Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, p. 3. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf (consultado el 24 de enero de 2019)
79. Cochrane, L. y O'Regan, D. (2016) *Legal Harvest and Illegal Trade: Trends, Challenges and Options in Khat Production in Ethiopia*. *International Journal of Drug Policy*, p. 28. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.009>
80. *Ibidem*, p. 33.
81. Tanguay, P. (2011) *Kratom in Thailand*. SSRN Scholarly Paper ID 1908849. Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=1908849> (consultado el 24 de enero de 2019)
82. Henningfield, J. E., Fant, R. V. y Wang, D. W. (2018) *The abuse potential of kratom according the 8 factors of the controlled substances act: implications for regulation and research*. *Psychopharmacology*, 235(2), p. 574. doi: 10.1007/s00213-017-4813-4.
83. USDEA (2016) *Schedules of Controlled Substances: Temporary Placement of Mitragynine and 7-Hydroxymitragynine Into Schedule I*. *Federal Register*. Disponible en: <https://www.federalregister.gov/documents/2016/08/31/2016-20803/schedules-of-controlled-substances-temporary-placement-of-mitragynine-and-7-hydroxymitragynine-into> (consultado el 24 de enero de 2019)
84. Gianutsos, G. (2017) *The DEA Changes Its Mind on Kratom*. *US Pharm*. 2017;41(3):7-9
85. Henningfield (2018) *Op. cit.*, p. 575.
86. *Ibidem*, p. 585.
87. Cámara de Representantes de Georgia (2019) *House Bill 551: Controlled substances; kratom; provisions* [pdf] Atlanta: Asamblea General de Georgia. Disponible en: <http://www.legis.ga.gov/Legislation/20192020/183343.pdf> (consultado el 22 de abril de 2019)
Senado de Utah (2019) *Kratom Consumer Protection Act* [pdf] Salt Lake City: Estado de Utah. Disponible en: <https://www.billtrack50.com/BillDetail/1005796> (consultado el 22 de abril de 2019)
88. Sattaburuth, A. (2018) *Medical cannabis, kratom bill passed by NLA*. Bangkok: Bangkok Post. Disponible en: <https://www.bangkokpost.com/news/general/1600566/medical-cannabis-kratom-bill-passed-by-nla> (consultado el 11 de febrero de 2019)
89. Véase: Aguilar, S., et al. (2018) *Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo* [pdf] Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. Disponible en: <https://idpc.net/es/publications/2018/04/politicas-y-practicas-sobre-cannabis-medicinal-en-el-mundo> (consultado el 11 de febrero de 2019)

90. Comisión Regional de la CARICOM sobre la Marihuana (2018) *Report to the Caribbean Community Heads of Government: Waiting to Exhale - Safeguarding our Future through Responsible Socio-Legal Policy on Marijuana* [pdf] Georgetown: Secretaría de la Comunidad del Caribe, p. 62. Disponible en: <https://caricom.org/media-center/communications/news-from-the-community/final-report-report-of-the-caricom-regional-commission-on-marijuana> (consultado el 11 de febrero de 2019)
91. *Ibidem*, Terms of Reference, p. x.
92. *Ibidem*, Executive Summary, p. 3.
93. *Ibidem*, p. 30 y p. 64.
94. *Ibidem*, p. 25.
95. CPSTF (2014) *Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure: Comprehensive Tobacco Control Programs* [pdf] Atlanta: Community Preventive Services Task Force. Disponible en: <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/TFFRS-Tobacco-Comprehensive-Control-Programs.pdf> (consultado el 11 de febrero de 2019)
96. Ghosh, T. et al. (2016) *The Public Health Framework of Legalized Marijuana in Colorado*. American Journal of Public Health, 106(1), pp. 21–27. doi: 10.2105/AJPH.2015.302875.
Véase también: Pacula, R. L. et al. (2014) Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco. American Journal of Public Health, 104(6), pp. 1021–1028. doi: 10.2105/AJPH.2013.301766.
97. Hughes, B. y Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
98. Reuter, P. (2011) *Options for regulating new psychoactive drugs: a review of recent experiences* [pdf] Londres: Comisión de Políticas de Drogas del Reino Unido, p. 24. Disponible en: [https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence review - Options for regulating new psychoactive drugs_ a review of recent experience.pdf](https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20Options%20for%20regulating%20new%20psychoactive%20drugs_a%20review%20of%20recent%20experience.pdf) (consultado el 11 de febrero de 2019)
99. *Ibidem*, p. 4.
100. Reino Unido (2016) *2016 Psychoactive Substances Act*. Londres: Corona, párrafo 2. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2016/2/section/2/enacted> (consultado el 12 de febrero de 2019)
101. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), pp. 1167–1170. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
102. *Ibidem*
103. NPSREP (2014) *New Psychoactive Substances Review - Report of the Expert Panel* [pdf] Reino Unido: Grupo de Expertos para el Examen de Nuevas Sustancias Psicoactivas, p. 38. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf (consultado el 13 de febrero de 2019)
104. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), p. 1168. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
105. Hughes, B. y Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
106. *Ibidem*
107. Reuter, P. y Pardo, B. (2017) *New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances?* International Journal of Drug Policy. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
108. Hughes, B. y Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x>
109. Reuter, P. y Pardo, B. (2017) *New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances?* International Journal of Drug Policy. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
110. Wilkins, C. et al. (2013) *The new psychoactive substances regime in New Zealand: a different approach to regulation*. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 27(7), pp. 584–589. doi: 10.1177/0269881113491441.
111. *Ibidem*, p. 587.
112. *Ibidem*
113. Rychert, M. y Wilkins, C. (2016) *Legal high industry business and lobbying strategies under a legal market for new psychoactive substances (NPS, "legal highs") in New Zealand*. International Journal of Drug Policy, 37, pp. 90–97. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.08.011.
114. *Ibidem*, p. 90.
115. Davis, C. S. y Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance*. Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2011197>
116. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions*. Drug and Alcohol Dependence, 131(3), pp. 175–181. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
117. JIFE (1995) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 1994* [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, p. 6, párrafo 21 k). Disponible en: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR_1994_S.pdf (consultado el 25 de febrero de 2019)
118. Jelsma, M. (2017) *UNGASS 2016: Prospects for Treaty Reform and UN System-Wide Coherence on Drug Policy*. Journal of Drug Policy Analysis, 10(1). doi: 10.1515/jdpa-2015-0021.
119. OMS (2010) *Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, p. 30. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf> (consultado el 25 de febrero de 2019)
120. Walsh, J. et al. (2019) *El primer examen crítico del cannabis por parte de la OMS: Mezcla de recomendaciones evidentes que merecen apoyo y métodos y resultados cuestionables que exigen un análisis minucioso* [pdf] Amsterdam: Transnational Institute. Disponible en: https://www.tni.org/files/publication-downloads/oms_cannabis_tni-wola-gdpo_mayo_2019.pdf (consultado el 19 de marzo de 2019)
121. Nota de la Secretaría del 62º período de sesiones de la CND (2019) *Cambios en el alcance de la fiscalización de sustancias: recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre las propuestas de fiscalización del cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis*. Viena: Comisión de Estupefacientes. E/CN.7/2019/12
122. *Ibidem*, p. 8.
123. *Ibidem*, p. 13.
124. *Ibidem*

125. Naciones Unidas (1973) *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes* [pdf] Nueva York: Naciones Unidas, p. 98. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Comentarios_a_la_convencion_unica_de_1961.pdf (consultado el martes, 19 de marzo de 2019)
126. OEDT (2010) *El problema de la drogodependencia en Europa: Informe anual 2010* [pdf] Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, p. 16. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA_AR2010_ES_242714.pdf (consultado el 21 de marzo de 2019)
127. Nutt, D. J., King, L. A. y Phillips, L. D. (2010) *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. The Lancet, 376(9752), pp. 1558–1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
128. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions*. Drug and Alcohol Dependence, 131(3), p. 179. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
129. Reuter (2011) Op. cit. p. 25.
130. Ibidem
131. Birdwell J., Chapman J., Singleton N. (2011) *Taking Drugs Seriously: A Demos and UK Drug Policy Commission Report on Legal Highs* [pdf] Londres: Demos, p. 105. Disponible en: <https://demos.co.uk/project/taking-drugs-seriously/> (consultado el 21 de marzo de 2019)
132. Ibidem, p. 112.
133. OMS (1999) *Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-first report* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos 887, p. 13. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16238e/s16238e.pdf> (consultado el 22 de marzo de 2019)
134. Ibidem
135. Véase: OMS (2003) *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1> (consultado el 22 de marzo de 2019)
136. OMS (2012) *Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth report* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos 973, p. 16. Disponible en: https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO_tr_s_973_eng.pdf?ua=1 (consultado el 22 de marzo de 2019)
137. Ghebreyesus, T. A. (2019) *Letter to António Guterres, UN Secretary General, Annex 1- Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances* [pdf] Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_letter_ECDD41_recommendations_cannabis_24Jan19.pdf?ua=1 (consultado el 25 de marzo de 2019)
138. Jelsma, M. et al (2018) *El equilibrio entra la estabilidad y el cambio: La modificación inter se de los tratados de fiscalización de drogas de la ONU para facilitar la regulación del cannabis*. Swansea: Observatorio Global de Políticas de Drogas, pp. 9-11. Disponible en: <https://www.tni.org/es/publicacion/el-equilibrio-entre-la-estabilidad-y-el-cambio> (consultado el 25 de marzo de 2019)
139. Naciones Unidas (2012) *Bolivia (Plurinational State of): Communication*. Nueva York: Naciones Unidas. C.N.829.2011.TREATIES-28 (Depositary Notification).
140. JIFE (2011) *International Narcotics Control Board Regrets Bolivia's Denunciation of the Single Convention on Narcotic Drugs*. Viena: Servicio de Información de las Naciones Unidas, Comunicado de prensa UNIS/NAR/1114
141. TNI/WOLA (2013) *Bolivia obtiene una merecida victoria respecto a la hoja de coca: Ofrece un ejemplo positivo para modernizar las convenciones de la ONU sobre drogas*, Comunicado de prensa. Los países del G8 (Estados Unidos, Francia, Alemania, Italia, Japón, Reino Unido, Canadá y la Federación Rusa), más Suecia, los Países Bajos, Portugal, Finlandia, Israel e Irlanda; México retiró su objeción original en noviembre de 2018.
142. Véase, por ejemplo: C.N.361.2012.TREATIES-VI.18 (Depositary Notification), *United States of America: Objection to the Reservation Contained in the Communication by the Plurinational State of Bolivia*, 3 de julio de 2012.
143. Naciones Unidas (1980) *Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados* [pdf] Nueva York: Naciones Unidas, Divisibilidad de las disposiciones de un tratado, artículo 44. Disponible en: https://treaties.un.org/doc/Treaties/1980/01/19800127%2000-52%20AM/Ch_XXIII_01.pdf (consultado el 25 de marzo de 2019)
144. Boister, N. y Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets*. International Community Law Review, 20(5), pp. 487. doi: 10.1163/18719732-12341385.
145. JIFE (2019) *Informe 2018 - Previsiones de las necesidades mundiales para 2019 - Estadísticas de 2017* [pdf] Viena: Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, p. 107. Disponible en: https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Technical_Reports/2018/narcotic-drugs-technical-report-2018.html (consultado el 22 de marzo de 2019)
146. Boister, N. y Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets*. International Community Law Review, 20(5), pp. 488. doi: 10.1163/18719732-12341385.
147. Griffiths, P., Evans-Brown, M. y Sedefov, R. (2013) *Getting up to speed with the public health and regulatory challenges posed by new psychoactive substances in the information age*. Addiction, 108(10), pp. 1701. doi: 10.1111/add.12287.
148. Reuter (2011) Op. cit., p. 1.
149. Lande (1973) Op. cit., p. 123.
150. CND (2019) *Equipo de Trabajo de Coordinación del sistema de las Naciones Unidas sobre la aplicación de la Posición Común del Sistema de las Naciones Unidas sobre cuestiones relacionadas con las drogas, What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters*, Documento de sesión presentado por el Secretario General, marzo de 2019, Annex I: United Nations system common position supporting the implementation of the international drug control policy through effective inter-agency collaboration, pp. 44-47. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/ECN72019_CRP10_V1901490.pdf (consultado el 22 de marzo de 2019)
151. Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación (2019) *Summary of deliberations* [pdf] Nueva York: Naciones Unidas, p. 3. Disponible en: <https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf> (consultado el 22 de marzo de 2019)
152. Khantzian E.J. (1985) *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. American Journal of Psychiatry, 142(11), pp. 1259–1264. doi: 10.1176/ajp.142.11.1259.

MÁS RECURSOS

www.anyoneschild.org

www.beckleyfoundation.org

www.druglawreform.info

www.drugpolicy.org

www.genevaplatform.ch

www.hri.global

www.hrw.org

www.intercambios.org.ar

www.icsdp.org

www.idhdp.com

www.idpc.net

www.inpud.net

www.incb.org

www.menahra.org

www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx

www.politicadedrogas.org/PPD

www.sdglab.ch

www.talkingdrugs.org

www.tdpf.org.uk

www.unaids.org/en/topic/key-populations

www.unodc.org

www.wola.org/program/drug_policy

www.wacommissionondrugs.org

www.who.int/topics/substance_abuse/en/

INFORMES DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports>

Guerra a las drogas (2011)

La guerra contra las drogas y el VIH/SIDA : Cómo la criminalización del uso de drogas fomenta la pandemia global (2012)

El impacto negativo de la guerra a las drogas en la salud pública: La epidemia oculta de la hepatitis C (2013)

Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces (2014)

El impacto negativo del control de drogas en la salud pública: La crisis global de dolor evitable (2015)

Avanzando la reforma de la política de drogas: Un nuevo enfoque para la descriminalización (2016)

El problema mundial de la percepción de las drogas: Contrarrestando prejuicios sobre personas que usan drogas (2017)

Regulación: El control responsable de las drogas (2018)

DOCUMENTOS DE POSICIÓN DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS

<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers>

La crisis de opioides en Norteamérica (Octubre de 2017)

Políticas de drogas y la agenda para el desarrollo sostenible (Septiembre de 2018)

Política de drogas y privación de libertad (Junio de 2019)

AGRADECIMIENTOS

Coordinación técnica

Martin Jelsma
Khalid Tinasti

Grupo de revisión de especialistas

Ebtesam Ahmed
Leandre Banon
Wim Best
Nuria Calzada
Sandeep Chawla
Adeeba Kamarulzaman
Diederik Lohman
Connie Van Staden

SECRETARIADO DE LA COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko
Conrad Chahary

APOYO

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
The Swiss Federal Department of Foreign Affairs

CONTACTO

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org



COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS

COMISIÓN GLOBAL DE POLÍTICA DE DROGAS

La Comisión Global de Política de Drogas tiene por objetivo llevar al plano internacional un debate fundamentado y basado en pruebas científicas sobre maneras humanas y eficaces de reducir los daños que causan a las personas y las sociedades tanto las drogas como las políticas concebidas para fiscalizarlas.

OBJETIVOS

- Revisar los supuestos básicos, la eficacia y las consecuencias del enfoque de “guerra contra las drogas”
- Evaluar los riesgos y beneficios de diferentes respuestas nacionales frente al problema de las drogas
- Desarrollar recomendaciones factibles y basadas en pruebas contrastadas para una reforma constructiva en materia jurídica y normativa

