

La clasificación en el sistema internacional de control de drogas

Christopher Hallam, Dave Bewley-Taylor y Martin Jelsma

Aunque suele considerarse una oscura cuestión técnica, el problema de la clasificación de las sustancias es uno de los puntos clave del funcionamiento del sistema de fiscalización internacional de drogas. La clasificación –es decir, la catalogación de una sustancia en un sistema graduado de controles y restricciones, o 'listas'– es un requisito básico para que una sustancia se incluya en el marco de fiscalización internacional, y determina el tipo y la intensidad de los controles que deben aplicarse. Por este motivo, el tema es de importancia capital.

Además, la cuestión se ha convertido en fuente de crispaciones y tensiones sobre la orientación general del actual régimen de control de drogas y las convenciones internacionales en las que se fundamenta.² Estas convenciones están organizadas en torno a dos imperativos principales: uno de naturaleza restrictiva, que tiene por objeto limitar el acceso a drogas fiscalizadas e impedir su fabricación, distribución y posesión por placer, recreo y entretenimiento; y el otro de carácter facilitador, que busca garantizar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización con fines médicos y científicos. El arte del buen control de las drogas, dentro de los parámetros establecidos por las convenciones, está en hallar un equilibrio adecuado, humano y eficaz entre estos dos objetivos. Históricamente, sin embargo, se ha priorizado la vertiente represiva, aunque los debates actuales están poniendo cada vez más de relieve la necesidad de modificar el equilibrio del sistema con el fin de reafirmar la importancia del principio de la salud.^{3,4} La clasificación de nuevas sustancias y los cambios propuestos para la clasificación de otras ya incluidas en las listas están creando, además de las cuestiones técnicas inherentes, nuevos contextos para el planteamiento de estos temas más generales. Por otro lado, la aparición de numerosos tipos de drogas y estupefacientes en forma de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) ha generado una urgencia sin precedentes

Puntos clave

- La clasificación se ha convertido en fuente de tensiones en el régimen de control de drogas de la ONU.
- La OMS, entidad a la que los tratados de 1961 y 1971 encomiendan hacer las recomendaciones para clasificar las sustancias, ha sido marginada. Esto se contradice con el intento de reequilibrar el sistema para inclinarlo hacia la salud y los derechos humanos.
- Las interpretaciones restrictivas de las disposiciones de los tratados han debilitado el acceso a medicamentos esenciales. Por ello la OMS ha recomendado no clasificar la ketamina pues en los países en desarrollo es muchas veces el único anestésico disponible.
- La rápida expansión de las NSP ha generado un 'pánico normativo' y, por primera vez, se ha recurrido a las medidas provisionales de control previstas por las convenciones. Estos controles se deberían usar con cautela, ya que pasan por alto el proceso de examen científico.
- El papel del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia en el examen científico de las sustancias para su clasificación se debe respetar y financiar de forma adecuada.
- La JIFE se excede en su mandato al recomendar controles para medicamentos esenciales y otras sustancias como el *khat*, en contra de la recomendación experta de la OMS. Esto amenaza con crear un régimen paralelo, ya que la JIFE y la CND exhortan a los Gobiernos a clasificar sustancias a escala nacional.
- Se deberían eliminar las amplias facultades discrecionales de la CND para rechazar las recomendaciones de la OMS a menos que la CND justifique sus decisiones en función de criterios explícitos y transparentes.
- La inclusión del cannabis en las listas del sistema de la ONU representa una anomalía histórica y se debería revisar lo antes posible.
- La UNGASS de 2016 sobre drogas ofrece una oportunidad para replantear esta cuestión.

en torno a los problemas de la clasificación. En efecto, muchos Estados partes⁵ se sienten asediados y consideran que el proceso vigente es demasiado lento y demasiado tedioso para responder al dinámico mercado de las drogas recreativas y los avances tecnológicos en los que se basa. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, y el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 disponen de medidas de clasificación provisionales que, en teoría, se pueden implementar para abordar problemas urgentes, y que permiten aplicar controles en espera de la evaluación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Convención Única permite que se apliquen tanto controles provisionales discrecionales como obligatorios, mientras que el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas solo prevé la clasificación discrecional, que los países pueden decidir aplicar o no. En la Comisión de Estupefacientes (CND) de 2014, el Reino Unido puso en marcha controles provisionales sobre la *mefedrona* en virtud del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, citando el uso ilícito generalizado y el éxito de sus controles internos como principales razones para ello.

Sin embargo, un problema importante con la clasificación provisional en general es que las sustancias se someten a controles antes que al minucioso examen científico, médico y de salud pública del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (CEF), un órgano integrado por especialistas en estos campos. Esta circunstancia puede plantear serios desafíos a la vertiente del sistema relacionada con la salud en caso de que las sustancias no se clasifiquen de forma adecuada, entrando en el juego del pánico normativo que amenaza el reequilibrio del sistema de control de drogas de la ONU. Esta realidad se hizo más que evidente en el 57º período de sesiones de la CND. La cuestión de los controles provisionales se analiza con mayor detalle en las páginas siguientes.

La próxima Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre 'el problema mundial de las drogas', que tendrá lugar en 2016, podría brindar la oportunidad de revisar la teoría y la práctica actuales en materia de clasificación, y de elaborar mejores disposiciones al respecto.⁶ Entre los puntos de tensión más destacados actualmente se encuentran las controversias

sobre el papel que corresponde a los órganos de fiscalización de drogas de la ONU en el proceso de clasificación, en especial el de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y el de la OMS. Sin embargo, en estas páginas apuntamos que el papel desempeñado por la CND y los Estados partes también está cargado de dificultades.

La marginación de la OMS

La OMS es el organismo encargado del examen científico y médico de las propuestas de clasificación en virtud de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Es el elemento central del sistema de control de drogas encomendado a las estructuras que representan el principio de la salud. Recientemente, sin embargo, la JIFE –que se autodefine como “un órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial, establecido por un tratado, encargado de vigilar la aplicación de los tratados de fiscalización internacional de drogas–”⁷ parece estar asumiendo un papel cada vez más activo en los debates sobre el proceso de toma de decisiones, por lo que podría decirse que está excediéndose en su mandato. Este expansionismo de la JIFE está relacionado con una tendencia general hacia la marginación de la OMS dentro del sistema. En las últimas décadas, la OMS se ha visto privada de fondos y recursos humanos y técnicos hasta el punto de que su Comité de Expertos en Farmacodependencia (CEF), que se ocupa de la minuciosa labor de examinar las propuestas de clasificación, se ha visto obligado a aplazar sus reuniones periódicas durante un período de seis años seguidos, cuando, por norma, debería convocarse cada dos años. Irónicamente, algunos Estados partes de la CND se han pronunciado en contra de la OMS por no convocar al Comité de Expertos de manera oportuna.⁸ Mientras que en la CND se ha discutido largo y tendido sobre la falta de fondos que en ocasiones ha puesto en peligro el trabajo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) –la agencia encargada de coordinar las actividades de fiscalización internacional de drogas–, el problema equivalente que afecta a la OMS ha recibido poca atención, y algunos Gobiernos se muestran ajenos a las dificultades financieras de la OMS. Sin el dinero necesario, el CEF no puede funcionar, y la CND y los Estados partes

han sido negligentes al permitir que la crisis continúe.

No obstante, la marginación de la OMS en el sistema de control de drogas no es algo nuevo; empezó ya a vislumbrarse durante la etapa previa a la UNGASS de 1998. El Programa sobre Uso Indevido de Sustancias de la OMS (PSA) se puso en marcha a principios de la década de 1990, que fue designada por la ONU como 'el Decenio contra el Uso Indevido de Drogas', y fue acompañado de una importante asignación de personal y recursos.⁹ Seis miembros del personal se destinaron a fortalecer la aportación de la OMS a este campo. *British Journal of Addiction*, una de las revistas británicas más prestigiosas especializada en el ámbito de las drogas, aplaudió la creación del PSA en una nota editorial titulada *Seis llaneros solitarios: la OMS inicia un nuevo programa sobre el abuso de sustancias*: "La comunidad mundial necesita urgentemente este Programa y desea un gran éxito a quienes sirven en él".¹⁰ El Programa demostró una gran iniciativa y realizó nuevos e importantes análisis sobre temas como la cocaína y el cannabis.¹¹ Sin embargo, su trabajo resultó polémico, y determinados Estados partes, en particular los Estados Unidos, se mostraron descontentos con los resultados, por lo que el PSA se vio sistemáticamente marginado a medida que se acercaban los preparativos para la UNGASS de 1998.¹² Un proyecto cuyos inicios fueron celebrados en términos tan entusiastas se encuentra ahora neutralizado, y sus seis funcionarios reducidos a uno (que, de hecho, trabaja parcialmente para otro programa de la OMS). Los seis llaneros desaparecieron; ahora solo queda medio caballo renqueante y con un destino incierto. Este declive expresa en términos muy concretos qué se entiende por 'la marginación de la OMS' dentro del sistema de control de drogas. La misma tendencia se observa también en las tensiones que han surgido en torno a la clasificación y que se exploran en este informe.

Antecedentes históricos del principio de la clasificación

Dado que los problemas asociados con la clasificación son, hasta cierto punto, inherentes a las convenciones, es necesario repasar brevemente su evolución histórica. En el transcurso de los proyectos imperiales

y colonizadores emprendidos entre los siglos XVI y XIX, los Estados nación europeos y norteamericanos se toparon con un variado mosaico de culturas que consumían distintas sustancias embriagadoras, muchas de ellas usadas durante siglos, que más tarde entraron en las redes del comercio y se expandieron por todo el mundo.^{13,14} A principios del siglo XX, un bloque transnacional de Estados interesados en la cuestión consideraba que la producción, la distribución y el uso de drogas exigía una regulación específica. Esta historia de comercio global y poder geopolítico ha marcado indeleblemente nuestra percepción de las sustancias embriagantes y su gestión, y ha significado, por ejemplo, que el alcohol, el tabaco y el café, entre otras sustancias (las drogas aceptadas culturalmente en los Estados Unidos y Europa), quedaran excluidas de los tratados de control de drogas. Estas sustancias, simplemente, no fueron definidas como 'drogas' por los artífices del sistema de fiscalización internacional.¹⁵



El primer instrumento jurídicamente vinculante para la fiscalización internacional de drogas fue la Convención Internacional del Opio ('la Convención de La Haya') de 1912. A raíz de las inquietudes por la extendida práctica de fumar opio en China y la aparición de subculturas de consumo de drogas en las ciudades de Occidente, la Convención de La Haya perseguía "la supresión gradual y eficaz" del uso de opio, y la limitación de la fabricación, la venta y el empleo de morfina, cocaína y heroína a "usos medicinales y legítimos". Sin embargo, todas estas sustancias estaban sometidas a los mismos controles y no se regían por ningún modelo de catalogación graduada (o clasificación). Los primeros tratados se centraban en impedir el desvío de drogas de los canales de comercio

lícito, y para la década de 1930, las medidas en esta dirección habían cosechado cierto éxito. El mercado ilícito pasó entonces a satisfacer la constante demanda de consumo de drogas sin fines médicos ni científicos, y respondió a las restricciones jurídicas y reglamentarias ampliando su ámbito de actuación para incluir en él el cultivo y la producción, una estrategia que mitigó su dependencia original del desvío de las fuentes lícitas.¹⁶

El primer tratado internacional que incluyó el principio de la clasificación fue la Convención para la Limitación de la Fabricación y Reglamentación de la Distribución de Estupefacientes ('la Convención para la Limitación') de 1931.¹⁷ Un punto fundamental en los debates que precedieron a la Convención giró en torno a la conveniencia o no de aplicar controles idénticos a todas las sustancias cubiertas por el tratado. La delegación alemana, maniobrando en nombre de su industria farmacéutica –que en aquel momento era la principal fabricante de codeína del mundo–, arguyó que la codeína era una sustancia terapéutica más segura que el opio y la heroína, y que no debía estar sujeta a las mismas duras restricciones aplicadas a estos opiáceos más potentes. Alemania se declaró incapaz de firmar el tratado si sus disposiciones no establecían una diferencia entre estas drogas.¹⁸ Tras un nuevo intercambio de puntos de vista, se elaboró y acordó un sistema de doble clasificación como medida de compromiso, lo cual permitió a Alemania ratificar el tratado y, a la vez, mantener los controles restrictivos sobre aquellas sustancias que se consideraba que planteaban un mayor nivel de riesgo. Las dos listas de clasificación se dividían en:

- Grupo 1, que incluía la morfina, la heroína y la cocaína y sus sales, y
- Grupo 2, que incluía la codeína y la etilmorfina, y sus sales.

El segundo grupo estaba exento de algunos de los requisitos normativos y de notificación más exigentes que se aplicaban al primero. El principio de la clasificación quedó así establecido en el sistema de fiscalización internacional de drogas. Cabe destacar que, según las disposiciones de la Convención para la Limitación, al organismo de salud –por aquel entonces el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones–, se le asignó un papel decisivo en la clasificación de las sustancias, ya que era

el responsable de decidir qué sustancias se debían fiscalizar y lo estrictas que debían ser las medidas.

Incoherencias de la clasificación en las actuales convenciones de fiscalización de drogas

Con la llegada de los tres convenios que forman el actual marco de control de drogas¹⁹ tras la Segunda Guerra Mundial, la clasificación se hizo más compleja; tanto la Convención Única de 1961 como el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 comprenden cuatro listas. Además, la Convención sobre Tráfico de 1988 aplica listas a los precursores e incorpora dos tablas que clasifican los precursores directos de sustancias psicotrópicas y sus sales (La Tabla 1, que incluye la efedrina, el ácido lisérgico y otras sustancias), y los reactivos, disolventes y sus sales que se pueden utilizar en la producción ilícita de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas. (Tabla 2, que incluye la acetona, el éter etílico y otros) Para más información véase el Cuadro en p.5). Una incoherencia estructural básica del sistema se deriva del hecho de que la Convención de 1961 incluyó materias primas vegetales y otros precursores, mientras que el Convenio de 1971 excluyó deliberadamente estas sustancias. Por lo tanto, la Convención sobre el Tráfico de 1988 solo incluye precursores para las sustancias fiscalizadas por el tratado sobre 'sustancias sicotrópicas' de 1971 (no para 'estupefacientes'), y reactivos/disolventes para ambas. Como resultado de esta división del trabajo entre las convenciones, surge el correspondiente reparto de ámbitos entre los órganos de los tratados: la OMS recomienda sobre los precursores para estupefacientes y la JIFE sobre los precursores para psicotrópicos.

Cabe señalar que el Convenio de 1971 es, por lo general, más indulgente en sus controles. Esto se debe a las maniobras políticas alrededor del diseño del tratado, por medio de las cuales los países desarrollados cabildearon a favor de sus industrias farmacéuticas nacionales. También es reflejo de su preferencia cultural por las drogas sintéticas producidas científicamente, en contraposición a las materias primas de origen vegetal y sin tratar que todavía se usan en el mundo en desarrollo.^{20,21} Los países industrializados, que se mostraban básicamente entusiastas ante la imposición de fuertes restricciones sobre las drogas de

Listas de las convenciones de fiscalización de estupefacientes de la ONU

Convención Única sobre Estupefacientes de 1961

Lista I	Lista II	Lista III
Sustancias que son muy adictivas y de probable uso indebido, y precursores que se pueden convertir en estupefacientes que son igualmente adictivos y de probable uso indebido también (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 (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 (ej. <2,5% codeína, <0,1% cocaína)
↓		
Lista IV	Ciertos estupefacientes también clasificados en la Lista I con "propiedades particularmente peligrosas" y escaso o nulo valor terapéutico (ej. cannabis, heroína)	

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

Lista I	Lista II	Lista III	Lista IV
Estupefacientes 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 (ej. LSD, MDMA, catinona)	Estupefacientes 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 (ej. dronabinol, anfetaminas)	Estupefacientes 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 (ej. barbitúricos, buprenorfina)	Estupefacientes que presentan un riesgo de uso indebido y que constituyen una amenaza menor para la salud pública, con un alto valor terapéutico (ej. tranquilizantes, incluido el diazepam)

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

Tabla I	Tabla 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

los pueblos de Asia, África y América Latina, deseaban un régimen más flexible para sus propias drogas sintéticas. Como ya se ha comentado, las sustancias recreativas que estaban profundamente arraigadas en la cultura 'occidental' ni siquiera fueron catalogadas como drogas, y quedaron fuera del sistema. Esto sería fuente de más problemas para la OMS, cuyo mandato –basado en la salud– y ética científica ha resultado difícil de adaptar a la estructuración del sistema de control de drogas, que se basa en la división entre lícito e ilícito.

El principio básico que informa la clasificación de sustancias en virtud de los instrumentos de 1961 y 1971 suele denominarse 'principio de similitud'. Este se fundamenta en la idea de que si una sustancia se parece a otra que ya está fiscalizada por las convenciones internacionales, es probable que también requiera ser controlada y se debería estudiar con este objetivo en mente. La clasificación en el marco de la Convención de 1961 también implica un 'principio de convertibilidad', que se basa en la capacidad de una sustancia para ser fácilmente transformada en una droga con propiedades equivalentes a las ya fiscalizadas. En la práctica, el principio de similitud se ha centrado en tres sustancias, y una droga debe poseer efectos parecidos a la morfina, la cocaína o el cannabis para ser clasificada en virtud de la Convención de 1961. Aparte de las dificultades que supone especificar la naturaleza exacta de dicha 'similitud', es importante recordar que esas tres sustancias no han sido evaluadas durante mucho tiempo (la heroína desde 1949, y el cannabis y la hoja de coca desde 1965).²² Es decir, las sustancias que proporcionan los cimientos para toda la estructura de la clasificación, y que funcionan como modelo para las sustancias que exigen control, aún no están fundamentadas en evidencias científicas contemporáneas.

El Comité de Expertos en Farmacodependencia

Las convenciones de 1961 y 1971 encomiendan a la OMS la responsabilidad de examinar cualquier sustancia propuesta para su inclusión dentro de las listas, así como cualquier cambio en la clasificación de una sustancia ya fiscalizada. El examen puede ser iniciado por un Estado miembro o por la propia OMS; una vez finalizado el proceso, la recomendación

de la OMS se traslada a la CND, que posteriormente la acepta o no. La función general de la OMS consiste en evaluar –desde una perspectiva de salud pública y sobre la base de las mejores pruebas disponibles– las propiedades medicinales de una sustancia y su potencial uso no autorizado (“uso indebido”). En este sentido, debe intentar equilibrar la necesidad de la disponibilidad médica de una sustancia y las consecuencias negativas para la salud de su uso no autorizado. La Convención de 1988 por su parte encarga a la JIFE que le presente a la CND recomendaciones para la clasificación de sustancias precursoras. Sin embargo, en virtud de los instrumentos de 1961 y 1971, a la OMS se le asigna la responsabilidad inequívoca de proporcionar las recomendaciones de clasificación (véase el **Apéndice 1** al final de este informe que ilustra el proceso de examen).

El minucioso trabajo de examinar las sustancias para su clasificación en la OMS depende del Comité de Expertos en Farmacodependencia (CEF). El CEF se creó a raíz de una resolución en la primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948, y adquirió su nombre actual en 1968. Sus integrantes son elegidos por el director general de la OMS, y se reúne cuando es necesario, pero debería hacerlo como mínimo cada dos años. El Comité de Expertos se encarga de efectuar el examen de las sustancias propuestas para su clasificación, y asesora al director general de la OMS sobre la recomendación que debería trasladar a la CND.

El CEF lleva a cabo dos tipos de examen con el fin de formular sus recomendaciones: el examen preliminar y el examen crítico. El examen preliminar es un ejercicio de sondeo, que se efectúa con el fin de decidir si es necesario pasar a un examen crítico. Esto dependerá de si el examen preliminar indica que una sustancia podría exigir ser incluida en las listas de las convenciones, aunque no se pueda llegar a ninguna recomendación en este sentido con ese primer examen. Si no se identifica este tipo de información, el CEF resolverá que no existen datos suficientes como para requerir un examen crítico.

Un examen crítico se inicia cuando: (1) una Parte de la Convención de 1961 o del Convenio de 1971 solicita la clasificación de una sustancia o la modificación de su clasificación vigente; (2) la CND realiza

una petición explícita de examen; (3) un examen preliminar del CEF recomienda un posterior examen crítico, o (4) a la OMS se le informa que una sustancia es objeto de fabricación clandestina o constituye un riesgo grave para la salud pública y no tiene ningún valor terapéutico reconocido. El proceso de examen crítico es muy detallado, e incluye el estudio de la química, la farmacología, la toxicología, la dependencia y los potenciales de “uso indebido” de una sustancia, además de sus aplicaciones terapéuticas, presencia en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, uso industrial, comercio, efectos en la salud pública, dependencia y uso no autorizado, producción ilícita y tráfico, y otros factores con una perspectiva médica y de salud pública general. La Secretaría de la OMS se encarga de recopilar los datos necesarios para el documento de examen crítico, solicitar información a los ministros de Salud de los Estados miembros y, cuando procede, a los grupos especiales de trabajo.

Otros organismos de la ONU, como la UNODC y la JIFE, pueden ser invitados a asistir a las reuniones del Comité de Expertos en calidad de observadores, del mismo modo que las ONG que mantienen “relaciones oficiales con la OMS”.²³ Las directrices del proceso de revisión han sido objeto de cambios periódicos; la última versión fue aprobada por la Junta Ejecutiva de la OMS en enero de 2010. Las nuevas normas incluyen el requisito específico de que los exámenes se deben basar en pruebas científicas e incrementan la transparencia del proceso, ya que los documentos de la reunión se publican en el sitio web de la OMS antes de la propia reunión, junto con los ulteriores exámenes del CEF de las sustancias sometidas a estudio y revisiones entre pares de esos documentos.

Problemas conceptuales y de clasificación

El sistema de clasificación, tal como se inscribe en las convenciones, presenta numerosos conflictos estructurales. Algunos de ellos están relacionados con supuestos filosóficos de base y es muy poco probable que sean abordados dentro del sistema de la ONU ni por los delegados de los Estados partes. Sin embargo, permanecen en pie y tienen efectos importantes sobre la forma en que está diseñado y se gestiona el sistema.²⁴

La evolución histórica de la Convención de 1961, por ejemplo, está grabada en su mismo título y en la concepción del tipo de drogas que busca regular: las drogas ‘estupefacientes’. Según el léxico médico, este término alude a aquellas sustancias que provocan somnolencia o sueño; no obstante, la cocaína (un estimulante) y el cannabis (un alucinógeno) están clasificados al amparo de esta convención. El término de droga ‘psicotrópica’, tal como se utiliza en el Convenio de 1971 es, si cabe, aún más escurridizo en lo que se refiere a su significado farmacológico. Aunque a veces se arguye que las sustancias psicotrópicas son las que afectan el sistema nervioso central, este criterio también sería aplicable a las fiscalizadas en la Convención de 1961. Entre las drogas ‘psicotrópicas’ reguladas por el Convenio de 1971 se encuentran la buprenorfina (un estupefaciente), la Anfetamina (un estimulante) y el LSD (un enteógeno). Estos son, básicamente, meros términos administrativos con referencias controvertidas e inciertas fuera de las convenciones.²⁵ Según apuntaba el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas en 2000: “La clasificación internacional en estupefacientes y sustancias psicotrópicas en función de si la sustancia se rige por la Convención de 1961 o por el Convenio de 1971 no tiene base conceptual alguna. La definición jurídica de muchas sustancias psicotrópicas es totalmente aplicable a los estupefacientes, y en muchos casos, también a la inversa”.²⁶

Más allá de esta circularidad, puede que el elemento más importante que distorsiona la coherencia y la aplicación de estos tratados sea la concepción de las drogas que encarnan, que se basa en una idea de determinismo farmacológico. Este supone que los efectos de las drogas se derivan simple y llanamente de sus propiedades farmacológicas, y son de carácter fijo, estable y universal. Sin embargo, los especialistas en sustancias embriagantes desde el punto de vista sociológico, histórico, cultural y otros cada vez tienen más claro que los efectos de esas sustancias no dependen únicamente –y quizás ni siquiera principalmente– de su composición química, sino que están muy influenciados por la dosis y el modo de administración, las creencias culturales y los supuestos en torno a su uso, el contexto legislativo y represivo, la formulación de políticas, las actitudes sociales hacia los consumidores de drogas, la

edad, la constitución física y psicológica del usuario, el entorno de la subcultura y el papel de las drogas en la formación de la identidad, etcétera.²⁷ Como se ha señalado, puede que estos temas permanezcan al margen del ámbito de discusión en el futuro inmediato, pero su impacto se deja sentir en el presente y, por tanto, procede exponerlos.

La incoherencia del marco actual es de una relevancia normativa práctica e inmediata por su influencia en las decisiones de clasificación. Existen varios problemas a este respecto, sobre todo para el órgano encargado de formular las recomendaciones de clasificación para la CND: la OMS. Cuando el CEF se convocó para celebrar su 33ª reunión en 2003, señaló que la primera tarea que deben acometer en el examen de las sustancias, según lo dispuesto por la Convención de 1961, es analizar el principio de similitud; es decir, determinar si las sustancias poseen efectos similares a la morfina, la cocaína o el cánnabis o si es capaz de convertirse en una sustancia que ejerza dichos efectos. “No obstante”, apunta el informe de la reunión, 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.²⁸ El CEF añade que esta falta de orientación plantea muchas dificultades al Comité cuando la sustancia que se está examinando presenta semejanzas tanto con un estupefaciente como con un psicofármaco (o sustancia psicotrópica). El CEF describe 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 como “un gran problema”. En lo



que se refiere a los estimulantes del sistema nervioso central, por ejemplo, “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”.²⁹ Existen, en efecto, numerosas incoherencias en la clasificación de las sustancias. El cánnabis, por ejemplo, está fiscalizado por la Convención de 1961, mientras que su principio más activo, el THC, está controlado por el tratado de 1971. La inclusión del cánnabis en las listas más restrictivas del instrumento de 1961, las Listas I y IV, ha sido un tema de debate a menudo intenso durante casi medio siglo,³⁰ y un creciente número de Gobiernos está estudiando actualmente la adopción de controles reguladores alternativos a escala nacional.

¿Listas malsanas?

Como ya se ha mencionado, hay una tendencia cada vez mayor a reequilibrar el sistema de fiscalización internacional de drogas para inclinarlo hacia el principio de la salud, algo que ha pasado de un discurso de la sociedad civil a partes del propio sistema de control de drogas. La UNODC, por ejemplo, insta a las Partes a “[u]tilizar el próximo examen de alto nivel como una oportunidad de reestructurar las respuestas al problema mundial de las drogas, a fin de equilibrar el régimen de fiscalización de drogas, centrándose en la salud y el respeto de los derechos humanos”.³¹ Sin embargo, con su enfoque como agencia de la ONU especializada en salud, la OMS actúa desde hace años como principal defensor entre los órganos de la fiscalización de drogas de un sistema de control reestructurado, donde se prioricen los imperativos de salud por delante de los de la aplicación represiva de los tratados. En su Programa de Acceso a los Medicamentos Fiscalizados (PAMF), ha exhortado a los Gobiernos nacionales a garantizar que su legislación interna “reconozca la naturaleza indispensable de los estupefacientes y los fármacos psicotrópicos para el alivio del dolor y el sufrimiento y garantiza una adecuada disponibilidad de estos medicamentos para usos médicos legítimos, incluidos los analgésicos opioides y los opioides para los programas de drogodependencia”.³² La OMS sostiene que los controles internacionales de sustancias se interpretan a menudo de una

manera demasiado restrictiva, y calcula que eso supone que unas 5.500 millones de personas vivan en países sin un alivio adecuado del dolor.³³ Las aseveraciones de la OMS, a pesar de estar en total sintonía con su mandato y la ética de los tratados de fiscalización internacional de drogas, no siempre son bien recibidas en la CND ni por aquellos Estados miembros que adoptan un enfoque represivo en materia de políticas de drogas.³⁴ La JIFE, a pesar de tener la responsabilidad de administrar el sistema de estimaciones y necesidades para usos lícitos y se manifiesta verbalmente a favor de un mayor acceso a medicamentos fiscalizados,³⁵ por lo general promueve más los principios restrictivos que los facilitadores de las convenciones; su posición con respecto al problema de proporcionar acceso a medicamentos es, por lo tanto, ambivalente. Las tensiones entre la OMS y la JIFE son frecuentes, y se ven agravadas por el mandato de la JIFE de hacer recomendaciones para las listas de la Convención de 1988, lo cual puede tener un efecto muy perjudicial para el PAMF. El impacto negativo de los controles sobre la disponibilidad de medicamentos queda ilustrado con ejemplos como el de la efedrina, que está catalogada como un medicamento esencial por la OMS pero que a la vez está fiscalizado como precursor en el marco de la Convención sobre Tráfico de 1988. Sustancias como la efedrina, incluidas en la Tabla 1 de la Convención de 1998, son precursores químicos directos de sustancias psicotrópicas. Las sustancias que figuran en la Tabla 1 de la Convención de 1988 son las que causan fundamentalmente problemas para el acceso a medicamentos esenciales.

¿Hacia una 'crisis de salud pública'? La JIFE y la ketamina

Los debates en torno a la clasificación de la ketamina ilustran claramente la marginación de la OMS y la 'extralimitación' de la JIFE –y podría decirse que también de la CND– con respecto a su mandato. La ketamina es un anestésico utilizado en procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico veterinario y humano, y su uso es de importancia capital en muchas zonas del mundo en desarrollo, donde a menudo es el único agente anestésico disponible. La ketamina es fácil de usar, sobre todo en entornos poco desarrollados y de emergencia donde no se dan condiciones de

control clínico; además, no suprime la función respiratoria, y es seguro en términos de sobredosis cuando se utiliza bajo supervisión médica. Ha sido descrito por autoridades en la materia como “quizá el agente más utilizado del mundo (...) para la sedación de niños y adultos”.³⁶

También se usa con fines recreativos como alucinógeno, una forma de consumo que ha ido aumentando en los últimos años, lo cual ha dado lugar a intentos para controlar la sustancia en el marco del derecho internacional. Tras un examen preliminar en su 33ª reunión en 2003, el CEF emprendió un examen crítico de la ketamina en 2006. Este paso se dio después de que la JIFE, en su Informe anual 2004, alentara a “la comunidad internacional a que considere seriamente la iniciación del procedimiento” para someter la sustancia a fiscalización internacional³⁷ y coincidió con una recomendación de la JIFE para que la OMS “acelere” el examen de la sustancia a la luz de lo que se había observado como un “difundido uso indebido”.³⁸ Aunque estudios en animales habían revelado algunos indicios de dependencia, el examen de 2006 señalaba que “los casos de dependencia notificados en el ser humano son muy limitados”.³⁹ El Comité también observó que la utilización de la ketamina como anestésico está muy extendida, y que su uso terapéutico está autorizado en 70 de los 74 países que habían respondido al cuestionario de la OMS. Por otra parte, cabe recordar que la sustancia está incluida en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS.⁴⁰ En este contexto, el examen crítico concluyó que no había pruebas suficientes para clasificar la ketamina, y el CEF pidió a la Secretaría de la OMS que preparara una versión actualizada del documento de examen crítico.⁴¹ Sin embargo, durante su 34ª reunión, en marzo de 2006, el CEF recibió la noticia de que en el 49º período de sesiones de la CND se había aprobado una resolución que instaba a fiscalizar el uso de la sustancia a través de la legislación nacional.⁴² A pesar de reconocer la preocupación de los Estados con respecto al uso ilícito, en su 35ª reunión de 2012 el Comité de Expertos reiteró su recomendación previa en contra de la clasificación. El CEF informó que en su reunión se expresó 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 donde no existe ningún otro anestésico de reemplazo asequible”.⁴³

A pesar de estar totalmente de acuerdo con la función del Comité de Expertos en virtud de las convenciones, ésta resultó ser una decisión polémica. Durante gran parte de la década anterior, la JIFE había estado utilizando sus informes anuales, así como las declaraciones y correspondencia asociadas, para expresar su alarma con respecto al “uso indebido” de la ketamina, evitar una discusión significativa de su utilidad médica⁴⁴ y, de este modo, incrementar la presión sobre la OMS a través de los Estados miembros para que la sustancia quedara sometida a fiscalización nacional, y en última instancia, internacional. Para asegurarse de ello, a pesar de que en 2006 el CEF había recomendado no incluir la ketamina en las listas de clasificación (y posiblemente a causa de ello), la JIFE y varios Estados partes desplegaron una enérgica campaña para fiscalizar la sustancia a través de una red de leyes nacionales, eludiendo de hecho la recomendación de la OMS (aunque este es el organismo al que las convenciones pertinentes encomiendan la tarea de emitir recomendaciones científicas y con base médica sobre cuestiones de clasificación).

Podría decirse que estos pasos equivalen a la creación de un régimen paralelo de control internacional, establecido por mecanismos distintos a los previstos por las convenciones para este fin. Sobre este punto concreto, cabe recordar los comentarios que recoge el informe del examen crítico de la ketamina elaborado por el CEF en su 35ª reunión. En sus páginas, bajo el epígrafe de ‘Actuales controles internacionales y su impacto’, el informe señala: “Se puede argumentar que en los últimos años ha surgido una situación de fiscalización internacional sin una evaluación científica de la situación, como consecuencia de resoluciones de la CND y la presión constante [sic] de la JIFE sobre los Estados miembros”. El Comité añade: “Cabe mencionar que, de acuerdo con los tratados de fiscalización internacional de drogas, la CND carece de mandato para determinar el control internacional sin una recomendación de la OMS y que la JIFE no tiene ningún mandato en absoluto”.⁴⁵ Esta posición se ve reforzada por una revisión entre pares del examen crítico. Entre otras cosas, la revisión apunta que: “Es probable que los

estrictos procedimientos exigidos para su adquisición debido al control internacional creen una crisis de salud pública en varios países [de África]. Muchos de los países que enfrentan problemas debido al abuso o el comercio, la fabricación o la desviación ilícitos de ketamina *ya han adoptado medidas de fiscalización por sugerencia de la JIFE* [la cursiva es nuestra]. Para otros países podría ser recomendable examinar su situación interna y proponer medidas de control basadas en informes de abuso/desvío/tráfico ilícito y las necesidades para uso terapéutico en lugar de una fiscalización internacional”.⁴⁶

En efecto, en sus Informes anuales correspondientes a 2007,⁴⁷ 2008⁴⁸ y 2009,⁴⁹ siempre haciendo referencia a la Resolución de la CND de 2006, la JIFE ha instado una y otra vez a las Partes a fiscalizar la sustancia en el plano nacional. Es probable que esta postura tuviera mucho que ver con la introducción y aceptación de otras resoluciones de la CND sobre este tema en 2007⁵⁰ y, como se comentará más abajo, de nuevo en 2014. Entre bambalinas, en 2005 la JIFE también envió cartas a la OMS sobre el uso indebido y el tráfico de la ketamina, especialmente con respecto a Asia oriental y sudoriental, dos regiones sobre las que suele llamar la atención en sus informes anuales.⁵¹ Respondiendo al Informe anual 2006 de la JIFE, el portavoz del CEF ante la CND declaró que la OMS estaba ‘asombrada’ de que la JIFE instara a los Estados miembros a fiscalizar la ketamina de esta forma. A la luz de la importancia crítica de la ketamina en algunas partes del mundo en desarrollo, donde es prácticamente insustituible, y del impacto restrictivo que tendría la clasificación sobre su disponibilidad, la OMS declaró: “La apelación de la JIFE podría llevar fácilmente a que los médicos se encuentren ante la decisión imposible de no practicar una intervención quirúrgica o de hacerlo mientras los pacientes mantienen total conciencia. ¿Quién sería tan cruel”, se preguntó el portavoz, “como para desear que los médicos deban tomar tal decisión?”. Y de este modo, exhortó a los Estados partes a ignorar los llamados de la JIFE a la clasificación, así como sus observaciones sobre la ketamina en el Informe de 2006.⁵²

La JIFE, como de costumbre, mantuvo su posición. La delegación estadounidense en la CND defendió sus acciones y describió su actuación general en 2007 como ‘excepcional’.⁵³

Además, en el Informe anual de 2009, la JIFE proclamó que “la Junta ha señalado repetidamente a la atención de los gobiernos los problemas del difundido uso indebido de ketamina (...), particularmente entre los jóvenes”. Instando una vez más a los Gobiernos a adoptar medidas nacionales de control, afirmaba que la ketamina “es una de las sustancias más frecuentemente utilizadas para la perpetración de delitos”.⁵⁴ No se proporcionaba ninguna referencia para fundamentar esta afirmación, particularmente dudosa. Los efectos debilitantes de la ketamina la situarían seguramente entre las drogas menos apropiadas para usar en la comisión de un delito; por lo menos, de cualquier delito que exija que la persona pueda estar en pie, caminar o desempeñar funciones cognitivas prácticas. La mejor forma de interpretar esta aseveración es como un recurso retórico concebido por la JIFE para inflamar aún más las inquietudes de aquellos Gobiernos en los que deseaba influir. De ser así, la estrategia funcionó. La preocupación en el seno de la CND por el “uso indebido” de la ketamina no solo siguió aumentando, sino que en la plenaria se presenciaron duras críticas de la recomendación de la OMS en contra de la clasificación; algunas delegaciones, al parecer, no tenían conocimiento de los principios de salud pública en los que se basan los exámenes críticos del Comité de Expertos.⁵⁵ Ese mismo año también fue testigo de cómo la JIFE seguía presionando a la OMS para que recomendara incluir la ketamina en las listas. En su Informe anual de 2012, publicado en marzo de 2013 –unas semanas antes del período de sesiones de la CND–, la JIFE sostenía que “comparte la opinión de los gobiernos afectados de que la adopción de medidas de fiscalización nacional, únicamente, puede no bastar para posibilitar la cooperación policial entre los países interesados”.⁵⁶

Teniendo en cuenta el carácter y el curso de los debates en la CND, no fue de extrañar que se negociara y se acordara una tercera resolución sustantiva sobre la ketamina en el 57º período de sesiones de la CND en 2014. Presentada inicialmente por Tailandia y copatrocinada por Egipto, Indonesia, China, Suecia y los Estados Unidos, la resolución cita explícitamente las resoluciones anteriores sobre el tema y, por lo tanto, incluye puntos ya conocidos con respecto a la desviación y la fiscalización a nivel nacional. Sin embargo, como revela su título, ‘Prevención

de la desviación de la ketamina de las fuentes de abastecimiento lícitas, asegurando al mismo tiempo su disponibilidad para fines médicos’,⁵⁷ la resolución difiere de sus predecesoras porque presta atención a los usos médicos de la sustancia. Aunque era evidente que no existía ningún interés por bloquear la resolución (ya fuera por lo innecesario de incrementar los controles o por eludir el proceso de la OMS), parece que el enfoque más equilibrado de la cuestión fue el resultado de la participación comprometida en las negociaciones de varios Estados, entre los cuales Francia, Alemania, Suiza y los Países Bajos. Puede que la inclusión explícita de la utilidad médica de la ketamina haya templado el impulso restrictivo de algunos miembros de la CND, pero es poco probable que el texto satisfaga a los defensores de la fiscalización internacional. De hecho, entre las numerosas propuestas en la sesión plenaria de 2014 para fiscalizar el tramadol, un opioide sintético que parece destinado a seguir muy pronto los mismos procesos que la ketamina, la China se mostró categórica. Durante los debates sobre cuestiones de clasificación, el delegado chino apuntó que “con el debido respeto (...) a China le resulta difícil coincidir con la conclusión de la OMS sobre la ketamina”.⁵⁸ Tras haber presentado al Comité de Expertos una gran cantidad de documentación relativa al “uso indebido” de la ketamina en su país, la delegación china pareció resuelta a ayudar a la OMS en el examen de la sustancia en la próxima reunión del CEF que tendrá lugar en junio de 2014, y anunció a la CND que ha notificado formalmente al secretario general sobre la fiscalización de la ketamina en virtud de la Lista I del Convenio de 1971.⁵⁹ El descontento generalizado con la propuesta de fiscalizar a escala internacional la ketamina ya se ha dejado sentir entre la profesión médica, especialmente entre los anestesiólogos que trabajan en países en desarrollo.⁶⁰



La CND dispone de una flexibilidad considerable con respecto a las recomendaciones de clasificación de la OMS. Tal como admitía la Secretaría en un documento sobre la clasificación publicado poco antes del 57º período de sesiones de la CND en 2014, la Comisión de Estupefacientes posee “amplias facultades discrecionales” a la hora de aceptar o no las recomendaciones de la OMS.⁶¹ Evidentemente, el quid de la cuestión es el derecho a rechazar una recomendación, algo que prevén ambos tratados. Por lo demás, el grado de discrecionalidad varía algo entre la Convención de 1961 y el Convenio de 1971. Según la Convención de 1961, la CND debe aceptar o rechazar la recomendación de la OMS en su conjunto, aunque puede decidir incluir una sustancia en la Lista I y no en la Lista IV en caso de que la OMS haya recomendado la inclusión en ambas. La CND debe, en principio, aceptar las conclusiones científicas de la OMS; si rechaza la recomendación, debe ser por motivos ‘sociales o administrativos’. Según el Convenio de 1971, la CND goza aún de mayor flexibilidad; puede aceptar una recomendación de la OMS y, sin embargo, decidir incluirla en otra lista. Se supone que debe aceptar el asesoramiento científico de la OMS, pero puede tener en cuenta factores jurídicos, administrativos, económicos, sociales o de otro tipo para tomar esta decisión. Mientras que las directrices para los exámenes del CEF están claramente establecidas y se han analizado con cierto detalle,^{62, 63} los motivos sociales, administrativos y de otra índole a los que puede recurrir la CND para rechazar las recomendaciones de la OMS están poco definidos en los tratados y sus comentarios oficiales. Aunque todas las partes implicadas deben actuar “de buena fe”, los motivos sociales, administrativos y de otro tipo están sujetos a grandes diferencias de interpretación, y constituyen una vía de entrada para temas ideológicos de toda clase.

Las normas de votación también varían entre los instrumentos de 1961 y 1971. Según la Convención de 1961, basta con una mayoría simple de los Estados miembros de la CND; según el Convenio de 1971, la decisión exige el acuerdo de dos terceras partes. Además, la CND puede decidir ‘por consenso’ no votar, lo cual bloquea el proceso de clasificación sin que se emita ningún rechazo explícito. Esta fue la medida que usó la CND en 2007 con respecto a una recomendación de la OMS para

modificar la clasificación del dronabinol y pasarlo de la Lista II a la Lista III, que es menos restrictiva.⁶⁴ Por último, existe otra diferencia importante entre las dos convenciones, que afecta el grado en que las Partes tienen la obligación de respetar las decisiones de la CND. Ambos tratados incluyen un mecanismo para apelar una decisión de clasificación ante el Consejo Económico y Social (ECOSOC), cuya revisión es definitiva. Sin embargo, mientras que en virtud de la Convención de 1961 las Partes están obligadas a respetar la decisión y “adoptarán entonces las medidas requeridas por esta Convención”, el Convenio de 1971 incorpora un ‘principio de no aceptación’. Así, el párrafo 7 del artículo 2 dispone que si una Parte, “por circunstancias excepcionales, no está en condiciones de dar efecto con respecto a esa sustancia a todas las disposiciones del Convenio”, puede presentar una explicación por escrito de las razones por las que no puede aplicar todas las disposiciones de la decisión. El derecho de no aceptación es aplicable a cualquier decisión de añadir o trasladar una sustancia a una lista del Convenio de 1971. Cabe señalar, además, que en caso de que la JIFE considere que los objetivos del Convenio se ven menoscabados por esa falta de aceptación, puede poner en práctica las sanciones detalladas en el artículo 19. Estas pueden conllevar, en los casos más graves, que se suspendan las exportaciones e importaciones de ciertas sustancias psicotrópicas desde el país en cuestión o hacia ese país.

El caso del dronabinol: un medicamento perseguido por ‘el demonio de la hierba’

Mientras que el cannabis está clasificado en la Convención de 1961 y el tetrahidrocannabinol (THC) en la Lista I del Convenio de 1971, la inclusión en las listas del dronabinol –un isómero del THC– ha sido objeto de debate.



Clasificado en un principio en la Lista I del Convenio de 1971, más tarde, en 1991, fue trasladado a la Lista II, que es menos estricta. Al aceptar la recomendación de la OMS de modificar la clasificación, después de su rechazo inicial en 1989, la CND ha reconocido la utilidad médica de la sustancia. Más recientemente, el CEF volvió a realizar un examen crítico del dronabinol y, en su 34ª reunión de 2006, recomendó que la sustancia se traslade de la Lista II a la Lista III del Convenio de 1971, fundamentalmente por sus aplicaciones terapéuticas en el tratamiento de las náuseas entre pacientes con VIH/SIDA y cáncer sometidos a tratamientos químicos. La rebaja de las restricciones mejoraría el acceso y la utilidad médica de esta sustancia. El CEF señaló además que el dronabinol es una sustancia prometedora y que es probable que sus usos médicos se amplíen en el futuro. La CND, sin embargo, exige que dos terceras partes voten a favor de esta medida para aprobarla en el marco del Convenio de 1971, uno de los pocos ámbitos en los que se requiere una votación, y en este caso la CND decidió *no* votar, con lo que bloqueó el proceso. Las convenciones permiten que la CND se abstenga de votar sobre una recomendación de clasificación; además, a diferencia de sus otras decisiones en la materia, la decisión de no votar no está sujeta a una revisión del ECOSOC. En este caso, la CND resolvió solicitar a la OMS que, “que, en consulta con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y de ser pertinente, cuando se dispusiera de información adicional, llevara a cabo y le sometiera a examen un estudio sobre el dronabinol y sus estereoisómeros”.⁶⁵ Esta resolución está redactada de forma un tanto curiosa: como ya se ha explicado, el examen de las sustancias propuestas para incluir en las listas depende del mandato de la OMS, y no resulta especialmente ‘pertinente’ hacerlo ‘en consulta’ con la JIFE, aunque sí pueda consultarse con este organismo en caso de estimarlo conveniente.

Los motivos que se hallarían tras la postura de la CND parecen estar ligeramente relacionados con su mandato. El CEF ya había llegado anteriormente a la conclusión de que procedía trasladar el dronabinol a la Lista IV del Convenio de 1971, pero dando un paso considerado ‘muy poco habitual’, el entonces director ejecutivo de la UNDOC, el Sr. Antonio Maria Costa, intervino y solicitó a la OMS

que volviera a estudiar su recomendación, que en consecuencia nunca llegó a la CND.⁶⁶ En su reunión de 2006, el Comité de Expertos se planteó reiterar su recomendación, pero –actuando con más cautela en esta ocasión– recomendó que el dronabinol se incluyera en la Lista III. En su reunión de 2012, el CEF revisó su examen crítico; ante la falta de nuevas pruebas, dispuso mantener la recomendación.

Si bien está en su perfecto derecho de no votar, la reticencia de la CND en este caso parece tener cierta relación con el impacto simbólico del cannabis; la historia de las políticas de drogas está llena de alcances simbólicos que las drogas adquieren en el transcurso de su representación social y cultural. El secretario del CEF intervino en la CND, recordando a los Estados partes que el dronabinol es objeto de un uso ilícito muy escaso y que “no debemos olvidar que existe una alternativa que está disponible en abundancia y en casi todas partes, y que se llama cannabis”.⁶⁷ Por otra parte, se informó a los delegados que la nueva clasificación propuesta no afectaría sus planes nacionales de fiscalización. Señalando sus usos médicos, el secretario prosiguió: “Impedir su desarrollo [del dronabinol] al elegir un régimen demasiado estricto debería considerarse como poco ético”.⁶⁸ No obstante, era evidente que algunos países seguían relacionando el dronabinol con la controvertida cuestión del cannabis, considerada durante mucho tiempo por los defensores de la reforma como una anomalía histórica de las disposiciones de clasificación del sistema de fiscalización internacional. Más en concreto, la recomendación de la OMS llegó en un momento en que el tema del cannabis medicinal estaba bastante cargado políticamente en los Estados Unidos, y las autoridades estadounidenses temían que reducir los controles sobre el dronabinol podría “enviar la señal equivocada” con respecto a esta sustancia. Fueron los Estados Unidos los que sugirieron que se tomara una decisión por consenso en lugar de realizar la votación exigida por el protocolo, tras argüir que la recomendación de la OMS no estaba suficientemente fundamentada en evidencias médicas, una afirmación que se basó en un argumento muy poco razonado y que contraviene los términos de los tratados, que obligan a la CND a aceptar los datos médicos y científicos presentados por la OMS.⁶⁹ Basándose en su impresión de que veía “a muchos que

asienten con la cabeza” en la sala, el presidente de la CND aceptó la propuesta de los Estados Unidos. Como apuntó un observador del IDPC en la CND de 2007: “Los aplausos que siguieron a la decisión sonaron como un menoscabo fundamental de la autoridad experta de la OMS; una explosión de alivio por el hecho de que en la CND aún priman las consideraciones políticas por encima de la ciencia y la evidencia”.⁷⁰

En el 57º período de sesiones de la CND en 2014, los Países Bajos impulsaron una votación sobre la reclasificación del dronabinol, para trasladarlo de la Lista II a la Lista III del Convenio de 1971, de acuerdo con la recomendación de la OMS y presentando para ello un proyecto de decisión.⁷¹ Los Países Bajos explicaron que estaban procediendo de esta forma para conseguir el reconocimiento del valor médico de la sustancia, y para rebajar las restricciones que impiden el acceso terapéutico. Para que la votación resultara favorable, necesitaba una mayoría de dos tercios de los miembros de la CND (es decir, 36 de 53). En este caso, no se alcanzó. Durante el debate previo a la votación, algunos países habían argumentado que los datos en los que se había basado el Comité de Expertos eran obsoletos; en varias ocasiones, los países manifestaron su apoyo a la labor del CEF, pero se negaron a aceptar su recomendación, y después pasaron a criticar la calidad de las pruebas científicas utilizadas, algo que se supone que no debe hacer la CND. Finalmente, la gran mayoría de los Estados miembros votó en contra de la propuesta, por lo que el dronabinol sigue incluido en la Lista II del Convenio de 1971. Nueve Estados votaron a favor de la reclasificación y, aunque la votación se perdió, sus acciones reafirmaron la importancia del principio de la salud y el lugar que ocupa la evidencia científica en el sistema de fiscalización de drogas.

La relación con los sistemas nacionales de clasificación

Los conflictos entre los grupos de expertos convocados para ofrecer orientación sobre la clasificación de sustancias por un lado, y los que toman las decisiones políticas por el otro, han surgido tanto a escala nacional como en el sistema de la ONU. En efecto, debates de este tipo se han producido en el contexto

internacional y en países como los Países Bajos y el Reino Unido en torno al uso del khat y del cannabis.

La reclasificación del cannabis en el Reino Unido

El marco jurídico del Reino Unido para la fiscalización de drogas se basa en la Ley sobre el Uso Indevido de Drogas de 1971, por la que se estableció el Consejo Consultivo sobre el Uso Indevido de Drogas (ACMD en inglés), un órgano de expertos independientes al que el Gobierno británico debe consultar sobre la clasificación de sustancias.⁷² Tradicionalmente, el Gobierno había seguido los consejos del ACMD, pero en 2007, un momento en que el cannabis estaba clasificado como una droga de Clase C –la categoría menos nociva– solicitó al ACMD que revisara esta clasificación. Alarmado por algunas noticias sobre los graves efectos para la salud mental de ciertos preparados de gran potencia de *skunk*, el Gobierno deseaba trasladar el cannabis a su antigua clasificación como droga de Clase B. El ACMD llevó a cabo un examen exhaustivo y recomendó que la droga siguiera catalogada en la Clase C. La recomendación fue rechazada, y en 2008 el cannabis se volvió a clasificar como una sustancia de Clase B. Más tarde, en febrero de 2009, el Gobierno rechazó la recomendación del ACMD para que el éxtasis pasara de la categoría más nociva, la Clase A, a una categoría menor, la Clase B. También rechazó la recomendación del ACMD de crear un sistema nacional para realizar pruebas de MDMA y prestar asesoramiento de reducción de daños y desarrollar datos de seguimiento.

El Gobierno tiene la facultad legal de rechazar las recomendaciones del ACMD; el marco jurídico solo requiere que el Gobierno consulte con el ACMD las decisiones de clasificación, pero no que siga sus recomendaciones. La decisión sobre el éxtasis se justificó en estos términos: “En nuestra opinión, el sistema debe basarse en las pruebas empíricas, pero también en la opinión ponderada de los responsables de la formulación de políticas, y debe tomar en consideración las repercusiones que probablemente tendrán los cambios de clasificación en el uso de drogas y los daños causados por estas, así como el impacto sobre el sistema de la justicia penal. Es por ello que nuestros asesores seguirán asesorándonos,

y nosotros nos encargaremos de tomar las decisiones”⁷³

Las relaciones entre el Gobierno británico y el ACMD –y una parte de la comunidad científica en general– se hicieron muy tensas tras el despido del presidente del Consejo Consultivo, el profesor David Nutt, por sus opiniones sobre la seguridad del éxtasis y el cannabis con respecto al alcohol y el tabaco. El ministro del Interior escribió al profesor para explicarle que “es importante que los mensajes del Gobierno en materia de drogas sean claros y que usted, en calidad de asesor, no haga nada que socave los conocimientos del público sobre estas”⁷⁴. Seis integrantes del ACMD dimitieron por este despido y los problemas que planteaba. Como resultado de la disputa entre los asesores científicos y el Gobierno británico, se revisaron las normas que regulan la función de los órganos consultivos formados por expertos y los gobiernos, y se crearon nuevas directrices. En un principio, estas no incluían ninguna referencia a la libertad académica y aludían al objetivo de expresar “una posición compartida” entre el Gobierno y los asesores. Después de una campaña de la comunidad científica, el primer punto se añadió y el segundo se eliminó. Sin embargo, en la comunidad académica y científica se sigue viviendo cierto malestar por un principio que estipula que ninguna de las partes debe actuar de forma que se menoscabe la “confianza mutua”, que se mantuvo en la versión final de las directrices y consta en el código ministerial resultante. Parece que estas disposiciones podrían volver a facilitar la expulsión de asesores molestos como David Nutt.

Controversias sobre la clasificación del khat en el plano nacional e internacional

El khat (o qat) no está sometido a fiscalización internacional actualmente. El Comité Consultivo sobre el Tráfico del Opio y otras Drogas Nocivas de la Sociedad de las Naciones examinó el khat por primera vez en 1933 y, desde entonces, este ha aparecido varias veces en la agenda internacional. A petición de la CND, el Comité de Expertos de la OMS informó en 1962 que se necesitaba clarificar la identificación química y farmacológica de los principios activos del khat antes de que se pudiera realizar una evaluación médica concluyente sobre su uso crónico. Varios

estudios, entre los cuales uno del Laboratorio de Estupefacientes de la ONU, identificaron posteriormente una serie de alcaloides fenilalquilaminas como principales compuestos psicoactivos de la planta de khat: la catinona y la catina (norpseudoefedrina), y, en menor medida la norefedrina. La catinona es inestable y se descompone rápidamente después de la cosecha y durante el secado de la materia vegetal, principal motivo por el que las personas que lo mastican prefieren las hojas de khat frescas. Las hojas secas, con niveles de catinona mucho más bajos, se suelen utilizar para preparar té, conocido como té de Arabia o té de Abisinia.

La catinona y la catina son alcaloides con unos efectos sobre el sistema nervioso central parecidos a los de la anfetamina, aunque son menos potentes. Como a principios de la década de 1980 todas las sustancias de tipo anfetamínico se reunieron en un mismo grupo sometido a fiscalización internacional, la catinona y la catina –siguiendo una recomendación de 1985 del Comité de Expertos de la OMS– se añadieron a la lista de sustancias controladas del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas 1971 (en la Lista I y III, respectivamente).⁷⁵ La norefedrina se incluyó posteriormente en la lista de precursores fiscalizados por la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, ya que se usaba con frecuencia para la fabricación ilícita de anfetamina.

En 2006, tras un examen crítico del khat, el Comité de Expertos de la OMS concluyó que no era necesario clasificar la planta en sí: “El Comité examinó los datos sobre el khat y estimó que las posibilidades de uso indebido y dependencia eran escasas. El nivel de uso indebido y el riego que plantea para la salud pública no justifican someterlo a fiscalización internacional. Por lo tanto, el Comité no recomendó que se clasificara la sustancia. El Comité reconoció que el consumo excesivo de khat planteaba algunos problemas sociales sanitarios y sugirió que se emprendieran campañas para disuadir a las personas de utilizarlo de un modo que pudiera redundar en esas consecuencias negativas”⁷⁶.

La conclusión del CEF de la OMS bloqueó la posibilidad de someter el khat a la fiscalización de la ONU, lo cual provocó una

clara frustración a la JIFE. La Junta empezó a informar sobre el khat bajo el epígrafe de “sustancias no sometidas a fiscalización internacional” en sus Informes anuales, expresando su preocupación y pidiendo a la OMS que acelerara el examen de la sustancia para determinar si se debía recomendar que fuera sometida a fiscalización internacional.⁷⁷ Después de que la OMS recomendara no hacerlo, 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”.⁷⁸ En su Informe de 2010, en un apartado especial sobre “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 sometidas 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”.⁷⁹ Según la Junta, esta situación contrasta con la Convención Única de 1961, en cuyo marco “las plantas que son fuente de estupefacientes, como la de cannabis, la adormidera y el arbusto de coca, están sometidas a medidas de fiscalización específicas”.⁸⁰ Consciente de que las recomendaciones para incluir sustancias en las listas de las convenciones de la ONU son un mandato exclusivo otorgado a la OMS, la Junta –procediendo de forma parecida a la del caso de la ketamina– “recomienda también que los gobiernos consideren la posibilidad de fiscalizar esos materiales [vegetales] a nivel nacional, si la situación lo requiere”, contradiciendo así el consejo de los expertos de la OMS que priorizaban las medidas educativas por encima de la criminalización.⁸¹

El apartado de “Sustancias no sometidas a fiscalización internacional” apareció por primera vez en el Informe de la JIFE para 2005 y, desde entonces, se ha convertido en una sección permanente, en la que ahora también se presentan datos sobre las confiscaciones de khat en el creciente número de países que lo han sometido a fiscalización nacional. Según el Informe de 2013, “la incautación de khat por las autoridades aduaneras de Europa occidental en 2012 aumentó de 54,1 t [oneladas] en 2011 a 60,6 t [oneladas] en 2012”.⁸² En Europa, el khat ya estaba en la lista de sustancias fiscalizadas en 14 países: Alemania, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda,

Italia, Letonia, Lituania, Noruega, Polonia y Suecia.⁸³ En los Estados Unidos, la Agencia de Control de Drogas (DEA) clasificó el khat como una sustancia de la Lista I ya en 1993; en Canadá, las medidas de control del khat se introdujeron con la Ley de Drogas y Sustancias Fiscalizadas de 1996. Otras dos recientes decisiones nacionales de clasificar la planta, en los Países Bajos y el Reino Unido, reflejan la indiferencia que demuestra la JIFE ante los consejos científicos en el seno de la ONU.

En los Países Bajos, se realizó en 2007 una evaluación de riesgos a cargo del Centro de Coordinación para la Evaluación y el Control de Nuevas Drogas, el organismo que asesora oficialmente al Gobierno sobre este tipo de cuestiones, y se llegó a la conclusión de que “el khat plantea un riesgo menor para la salud del consumidor individual y no presenta ningún riesgo apreciable para la sociedad neerlandesa en su conjunto. Por tanto, no existe motivo alguno para prohibir su consumo en los Países Bajos”. Según esa misma institución, la prohibición estigmatizaría a la comunidad somalí, sin ninguna perspectiva de que la demanda se redujera de forma significativa. Desalentar el uso mediante actividades educativas se consideró una medida suficiente para mejorar la sensibilización sobre las posibles consecuencias sociales negativas y los efectos nocivos para la salud que podría acarrear un uso excesivo.⁸⁴ Se encargó otro informe al *Trimbos Institute*, con el fin de analizar el impacto social del khat en la comunidad migrante somalí, las noticias de alteraciones del orden público en algunas ciudades en torno al comercio de khat y el contexto internacional, ya que los Países Bajos también se habían convertido en un importante centro para las importaciones europeas y los países escandinavos que habían prohibido la planta se empezaron a quejar. En enero de 2012, el Gobierno presentó el estudio del *Trimbos Institute* ante el Parlamento, anunciando que tenía la intención de añadir el khat a la Lista II, aunque el estudio no recomendaba tal cosa.⁸⁵ Según prevé la Ley del Opio holandesa, la Lista II comprende las drogas con ‘un grado aceptable de adicción o daño físico’, como el cannabis. Esta disposición posibilita que la fiscalía ejerza su discreción en lo que se refiere al uso y la posesión, pero convierte la importación y el comercio interior del khat en una actividad ilegal y sujeta a la aplicación activa de la ley.

En el caso del Reino Unido, donde se calcula que consumen khat alrededor de 90.000 personas de las comunidades somalí y yemení, el ACMD concluyó en enero de 2013 “que las pruebas de los daños asociados con el uso de khat son insuficientes para justificar su fiscalización y resultaría inadecuado y desproporcionado clasificar el khat en el marco de la Ley sobre el Uso Indebido de Drogas de 1971. En pocas palabras: el ACMD considera que los daños del khat no alcanzan el nivel requerido para su clasificación.⁸⁶ Sin embargo, la ministra del Interior, Theresa May, decidió prohibir la planta seis meses después, afirmando que se podrían haber subestimado los riesgos que planteaba.⁸⁷ No obstante, en noviembre de 2013, el Comité de Asuntos Internos determinó que la prohibición del khat no se basaba en ninguna evidencia de daño médico o social y que se debía levantar antes de convertirla en ley. Los parlamentarios resolvieron que los posibles efectos negativos de la prohibición –tanto en las comunidades de la diáspora en el Reino Unido como en las personas que lo cultivan en África– superaban los posibles beneficios. La ministra del Interior siguió justificando la prohibición afirmando que la mayoría de los países de la Unión Europea (UE) ya habían prohibido el khat, por lo que se corría el riesgo de que el Reino Unido se convirtiera en un centro regional para el tráfico ilegal hacia esos países.⁸⁸ La prohibición entra en vigor el 24 de junio de 2014.⁸⁹

Nuevas sustancias psicoactivas: ¿Apocalypse Now?

Como ya se ha comentado, la proliferación de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) ha conferido una nueva urgencia a la cuestión de la clasificación. En su Informe Mundial sobre las Drogas 2013, la UNODC observó que los Estados miembros le habían notificado 166 sustancias de este tipo, una cifra que había aumentado hasta las 251 a mediados de 2012.⁹⁰ También apuntó con razón que el problema de abordar toda una serie de nuevas drogas era algo a lo que ya se había enfrentado el sistema internacional en el pasado; por ejemplo, después de la Segunda Guerra Mundial con la emergencia de varios opioides sintéticos.⁹¹ Sin embargo, la gran cantidad de NSP no tiene precedentes, y existen motivos fundamentados para suponer que las cifras seguirán creciendo. Según una frase atribuida a Joseph Stalin:

“La cantidad tiene una calidad propia”. El sistema de fiscalización internacional de drogas confronta sin duda un reto de un orden distinto en el momento en que se plantea someter esta oleada de nuevas sustancias embriagantes a su régimen de clasificación y control.

Como reconoce la propia Secretaría de la CND, la rápida proliferación de las NSP, su rápida transformación y la circulación local y nacional hacen difícil establecer las prioridades para la evaluación de los riesgos.⁹² También plantea problemas para la obtención de datos sobre los que basar las decisiones de clasificación, dificulta la eficiencia del proceso, y pone de relieve las limitaciones de recursos y los distintos niveles de capacidad de los países para aplicar medidas de fiscalización realistas y garantizar al mismo tiempo un acceso adecuado para fines médicos.⁹³ La aplicación de los controles provisionales previstos por los instrumentos de 1961 y 1971 ofrece una salida teórica de este callejón sin salida, pero el hecho de que tales medidas solo se hayan invocado una vez en el pasado indica que su despliegue práctico podría conllevar dificultades. Los controles provisionales se plantearon seriamente en el caso del analgésico opioide pentazocina en 1981, en el marco de las medidas provisionales obligatorias de la Convención de 1961. En aquella ocasión, se decidió no aplicarlas, y la sustancia se clasificó de forma habitual en 1984.⁹⁴ En 2013, la ONUDD expresó la opinión de que la incapacidad de aplicar las medidas provisionales de clasificación se derivaba del hecho de que en el tratado de 1971 a la CND no se le atribuye ninguna función para imponer tales controles y se deja a las Partes la decisión de aplicarlas de forma unilateral. A lo sumo, observó la UNODC, “la Comisión de Estupefacientes podría adoptar una resolución que instara a los Estados miembros a poner en práctica una medida de este tipo”.⁹⁵ Más adelante se examinan algunas iniciativas de otros países y de agrupaciones transnacionales para abordar la llegada de las NSP.

A pesar de la reticencia mostrada por los países en el pasado con respecto a la aplicación de medidas provisionales, en el 57º período de sesiones de la CND en 2014 el Reino Unido anunció que había presentado una propuesta para clasificar la mefedrona en virtud de los controles provisionales previstos por el

Convenio de 1971. Aludiendo a las NSP como “el desafío del siglo XXI”, el Reino Unido señaló que la mefedrona es una de las nuevas sustancias más utilizadas en el mercado ilícito y que actualmente carece de aplicación médica. La delegación británica hizo referencia a una afirmación insostenible para respaldar su posición, alegando que sus medidas internas de control habían conseguido reducir el uso ilícito declarado, que había disminuido en dos tercios entre 2010-11 y 2012-13. Aunque puede que el uso declarado haya bajado efectivamente, concluir que fue resultado de la legislación es una cosa totalmente distinta.⁹⁶ El mercado de NSP en el Reino Unido es complejo y cambia rápidamente, además de estar estrechamente vinculado con las tendencias de las culturas juveniles; por tanto, los cambios en el uso de una droga se deben interpretar en el contexto de todo el mercado. A pesar de ello, la propuesta del Reino Unido recibió un apoyo considerable en la CND y es muy probable que se plantee aplicar controles provisionales a otras sustancias.

Nuevos enfoques frente a las nuevas sustancias psicoactivas: la Unión Europea

Durante fines de la década de 1990 y primeros años de este siglo, los Gobiernos tomaron nota de un pequeño número de NSP que se estaban usando en algunos países europeos. Sin embargo, el principal acento de las políticas y los programas se mantuvo en las drogas de origen vegetal. La primera acción formal europea para responder a este creciente problema fue la creación, en 2005, del ‘sistema de alerta rápida’ de la UE y las estructuras asociadas a este. De este modo, los Estados miembros podrían registrar las nuevas sustancias que fueran motivo de preocupación. Sus riesgos serían después evaluados por las instituciones pertinentes de la UE (principalmente el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), y se tomaría una decisión sobre la conveniencia o no de recomendar medidas de control para la sustancia en cuestión. En la práctica, sin embargo, todo este proceso solo se utilizó con un pequeño número de sustancias.⁹⁷ Por otra parte, en la mayoría de los casos se necesitó mucho tiempo y recursos considerables para formular una recomendación. Esto generó cierta preocupación sobre cómo podría responder realmente este proceso ante la

creciente cantidad de sustancias que están entrando en el mercado desde 2008-2009. En consecuencia, la Comisión Europea (CE) inició un proceso para evaluar el mecanismo existente de alerta rápida. A principios de 2010, en pleno auge de la mefedrona y de las noticias sobre muertes relacionadas con su uso –en particular en el Reino Unido e Irlanda– la Comisión comenzó el trabajo preliminar.

En julio de 2011, la CE publicó su evaluación⁹⁸ y llegó a la conclusión de que existían tres grandes limitaciones en lo que se refiere a la posibilidad de someter las NSP a medidas de control generales en la UE. En primer lugar, el sistema vigente no puede abordar el gran aumento de NSP en el mercado porque trata las sustancias una a una, mediante un proceso largo. En segundo lugar, se consideraba un proceso demasiado reactivo, pues las sustancias sometidas a medidas de control se sustituían rápidamente con otras nuevas de efectos similares, a menudo modificando levemente su composición química. Y en tercero, carece de alternativas eficaces distintas a las medidas de control, que permitirían desplegar una acción rápida y focalizada. A raíz de estas conclusiones, y coincidiendo con los debates sobre el tema en el Consejo Informal de Justicia e Interior, la Comisión puso en marcha un proceso de consulta para proponer a los Estados miembros de la UE un mecanismo con que reemplazar un sistema que se estimaba que “ya no cumple su finalidad”.⁹⁹

La propuesta de la Comisión persigue acelerar “la capacidad de la Unión para luchar”¹⁰⁰ contra las NSP mediante:

- **Un procedimiento más rápido:** En la actualidad se necesita un mínimo de dos años para prohibir una sustancia en la UE. Con la nueva estructura, la Unión podrá actuar en 10 meses. En algunos casos, el procedimiento será más breve, al poder *retirar una sustancia inmediatamente* del mercado durante un año. Esta medida busca garantizar que la sustancia ya no esté disponible para los consumidores mientras se lleva a cabo una evaluación de riesgos completa. Con el sistema vigente, no se pueden adoptar medidas de carácter temporal y las propuestas para restringir una sustancia deben esperar a la evaluación de riesgos completa.

- **Un sistema más proporcionado:** Se prevé que el nuevo sistema permitirá un enfoque gradual en el que las sustancias que presenten un riesgo moderado estarán sujetas a restricciones de los mercados de consumo, mientras que a las sustancias que presenten un riesgo elevado se les cerrará totalmente el mercado. Solo las sustancias más nocivas, que supongan un grave riesgo para la salud de los consumidores, estarán sujetas a las disposiciones del derecho penal, como en el caso de las drogas ilícitas. Esto supone una desviación significativa con respecto al sistema actual, ya que sólo prevé opciones binarias: inhibirse a nivel de la UE o imponer plenas restricciones al mercado y sanciones penales. Esta falta de opciones significa que, en la actualidad, la Unión no adopta medidas en relación con algunas sustancias nocivas.¹⁰¹ Se espera que el nuevo sistema permita que la Unión pueda hacer frente a más casos y más proporcionalmente, adaptando su respuesta a los riesgos que entrañan y teniendo en cuenta los usos industriales y comerciales legítimos.¹⁰²

Las propuestas de la Comisión deben ahora ser adoptadas por el Parlamento Europeo y por los Estados miembros en el Consejo de la Unión Europea para que adquieran rango de ley. Puede que este no resulte un proceso sencillo, ya que cada vez está más claro que, como suele suceder en la UE, no existe un acuerdo universal sobre el tema. Por ejemplo, en enero de 2014, el Reino Unido anunció que no participaría en el sistema propuesto porque cuestiona de forma categórica la afirmación de la UE de que el 20 por ciento de los 'euforizantes legales' tiene "usos industriales y comerciales legítimos".¹⁰³ Además, es probable que las instituciones de la UE y los Gobiernos nacionales sigan yendo a la zaga de los diseñadores de drogas y la naturaleza cambiante del mercado de las NSP.¹⁰⁴ Por otra parte, la introducción del concepto de proporcionalidad y la opción de regular –en lugar de prohibir– las NSP dentro del nuevo sistema plantea cuestiones interesantes sobre el daño relativo de sustancias orgánicas, como el cannabis, que actualmente se encuentran sometidas a los controles más estrictos del marco de clasificación internacional de la ONU. Esta es una cuestión que también esboza la reciente legislación aprobada en Nueva Zelanda.

Nuevos enfoques frente a las NSP: la Ley de Sustancias Psicoactivas de Nueva Zelanda

Ante la avalancha de NSP que superaba el alcance de la legislación existente –y obsoleta– en materia de control de drogas,¹⁰⁵ el Parlamento de Nueva Zelanda aprobó en julio de 2013 lo que parecía ser el innovador Proyecto de ley sobre Sustancias Psicoactivas.¹⁰⁶ La Ley resultante estableció un marco jurídico para el ensayo, la fabricación, la venta y la regulación de productos psicoactivos que antes no estaban sometidos a control, asignando a los fabricantes la responsabilidad de demostrar que un producto presenta "un bajo riesgo" antes de que se ponga a la venta. Con este fin, se creó una Agencia de Reglamentación de Sustancias Psicoactivas en el seno del Ministerio de Salud. En un intento de minimizar la politización del tema, la Agencia contaba con el asesoramiento de un Comité Consultivo de Expertos en Sustancias Psicoactivas, y era la encargada de garantizar que los productos cumplieran las normas de seguridad apropiadas antes de que se pudieran distribuir en Nueva Zelanda. También estudiaba las solicitudes y otorgaba las licencias a quienes desearan fabricar, importar o vender sustancias psicoactivas.

Cada nuevo producto estaba obligado a someterse a una serie de pruebas clínicas para determinar los daños potenciales; el resultado de las pruebas se ponía a disposición del público para informar a los profesionales de la salud y otras partes interesadas sobre su composición y posibles efectos. La legislación incluía restricciones específicas que requerían que cualquier compañía que deseara importar, exportar, fabricar o vender sustancias psicoactivas obtuviera la debida licencia. En consecuencia, según un análisis de la Ley realizado poco antes de que el Gobierno neozelandés cambiara de rumbo, "la ley aplicará a estos productos algunas de las mejores herramientas de reducción de daños tomadas del control del tabaco y el alcohol".¹⁰⁷ Entre estas, se contaba una disposición que permitía a la Agencia retirar productos que provocaran daños no detectados en los ensayos clínicos. Este mecanismo no exigiría una legislación adicional; simplemente se anulaba la licencia.

La Ley, fundamentada en el pragmatismo, las pruebas empíricas y la protección de la salud, reconocía la demanda de sustancias psicoactivas y, por lo tanto, se centraba en tratar

de asegurar de que esta quedara cubierta con pocos riesgos. A diferencia de la legislación anterior, proporcionaba alternativas al enfoque de justicia penal e intentaba proteger la salud de los usuarios “sin poner un acento indebido en la ilegalidad y el castigo”.¹⁰⁸ Por ese motivo, los delitos previstos por la Ley se centraban principalmente en la fabricación y el suministro ilegal. La Ley también incorporaba un mecanismo de revisión, que permitía que cada cinco años se replantearan aspectos de la legislación si se consideraba que no estaban funcionando según lo previsto. Por otra parte, aunque la Ley eximía al Gobierno de la obligación de demostrar el nivel de riesgo de las sustancias y se la traspasaba a los fabricantes, las autoridades seguían manteniendo el control al poder retirar rápidamente un producto del mercado. La intención era que el marco legislativo también fomentara que los fabricantes crearan productos de bajo riesgo, en lugar de intentar eludir la ley constantemente fabricando variantes químicas con daños potenciales desconocidos. Los productos autorizados solo estarían disponibles en determinados establecimientos, irían acompañados de advertencias sanitarias y estarían sujetos a publicidad restringida solo en el punto de venta.

Desde entonces, Nueva Zelanda ha experimentado lo que en sociología se conoce como ‘pánico moral’, por el que varias figuras de autoridad y comentaristas de los medios sacan jugo de un tema y lo presentan como causa y síntoma de problemas más generales de la sociedad. En el núcleo de ese pánico moral concreto se encuentra la Ley de Sustancias Psicoactivas. En el marco de la Ley, a 41 de las sustancias de menor riesgo se les concedió una autorización provisional; en abril de 2014, el Gobierno suspendió esas autorizaciones. Según el ministro de Salud, Peter Dunne, este repentino cambio normativo se vio propiciado por un aumento de los informes relativos a los efectos secundarios nocivos de las sustancias en cuestión. Las resoluciones de la Ley se modificaron posteriormente, poniendo fin a las autorizaciones provisionales que habían permitido que se vendieran ciertas sustancias antes de que finalizaran todas las pruebas. Se han revocado todas las licencias provisionales para la venta al detalle de NSP, y ahora es ilegal suministrar y poseer esos productos.

El quid de todos estos acontecimientos es que,

debido al tipo de preocupaciones que han surgido y vuelto a surgir durante la historia del uso ilícito de drogas, se ha detenido y dejado en vía muerta un intento audaz y con visión de futuro para regular el mercado. El cambio en la política de Nueva Zelanda se vio impulsado por los temores de una economía sumergida y el uso masivo de drogas, y por un intento de prevenir daños mediante la aplicación de controles. Lo irónico del caso es que, probablemente, la Ley representaba el mejor método disponible para regular el mercado, y su modificación –que en la práctica supone un abandono de sus principios– significa que, en realidad, el Estado tiene poco o ningún control sobre el mercado, que, después de un prometedor inicio, vuelve a estar en manos de delincuentes.

Observaciones finales

A la luz de la sensación de creciente inquietud, que en ocasiones raya con lo que aquí hemos denominado *pánico normativo*, es de vital importancia que la proliferación de las NSP no haga descarrilar el proceso de reequilibrio del sistema de fiscalización internacional de drogas para alejarlo de las medidas punitivas y orientarlo hacia objetivos de salud pública y derechos humanos. Los exámenes realizados por el Comité de Expertos de la OMS representan un aspecto clave del sistema; no solo por la razón técnica de que dichos exámenes son un componente integral de la aplicación de los controles, sino porque asignan al principio de la salud la importante labor de evaluar los riesgos asociados con el uso de determinadas sustancias y designar las medidas apropiadas según el grado de riesgo que implican. Cuando esta evaluación de riesgos no se realiza de forma adecuada – como en el caso del cannabis, que representa un evidente error histórico –, todo el sistema cae en el descrédito. En el anterior sistema de fiscalización internacional, administrado por la Sociedad de las Naciones, la Convención para la Limitación de 1931 y el Protocolo de París de 1948 asignaron la función decisiva en la determinación de los controles a la OMS o su predecesora, el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones.¹⁰⁹ Aunque parece muy poco probable que la CND esté dispuesta a renunciar a su papel decisivo en virtud de las convenciones actuales, se debe buscar alguna forma de apoyar el principio de

la evidencia científica y los objetivos de salud pública que este respalda. En la práctica, esto significa apuntalar el papel del CEF frente a las constantes presiones políticas procedentes de la CND y la JIFE.

Esta es una cuestión compleja. Existen argumentos válidos para defender que la CND siga desempeñando una función en el proceso de clasificación con el fin de tener en cuenta factores sociales, culturales y políticos, entre otras cosas para mitigar las posibles repercusiones sociales de la criminalización. Sin embargo, si se pretende mantener esta situación, la CND y los Estados partes deberían intentar formarse en las complejidades del proceso de clasificación, y no solo a nivel técnico. Los Estados partes deben apropiarse del sistema y adoptar un papel mucho más activo en él; esto, a su vez, ofrece una función educativa a los organismos de control de drogas, que poseen los conocimientos técnicos que necesitan las Partes para desempeñar un papel más significativo.¹¹⁰ Pero para que esa participación sea efectiva, debe tener lugar en el contexto de la reorientación general del sistema de fiscalización de drogas que ya hemos mencionado. La mayor participación de los Estados partes podría revertir los logros de los últimos años si estos se ven impulsados por una sensación de pánico y recurren a duras medidas represivas.

La propia Secretaría de la CND ha recomendado recientemente algunas medidas para mejorar el proceso de clasificación. Entre estas, se cuentan seguir centrando la atención en la clasificación en los próximos períodos de sesiones; examinar opciones como las medidas provisionales, que de hecho se están estudiando en estos momentos; mejorar el proceso de recopilación y difusión de datos, y evitar la duplicación de esfuerzos a escala nacional, regional e internacional; pedir que la Secretaría elabore material de orientación, basándose en investigaciones exhaustivas de documentos de la ONU; fomentar la capacidad de los Estados para participar en la identificación de NSP; incrementar la recopilación y difusión de datos para que la OMS y los órganos regionales y nacionales puedan elaborar evaluaciones de riesgos de NSP; aclarar los procedimientos y establecer un mejor calendario para el proceso de clasificación, y por último aunque no menos importante, instar a los Estados miembros a que movilicen recursos para que

los organismos de la ONU puedan desempeñar las funciones que se les han encomendado.¹¹¹ La Secretaría tiene razón al llamar la atención sobre la falta de recursos, algo que en la actualidad paraliza el trabajo del CEF y los compromisos de control de drogas de la OMS en términos más generales. La CND y los Estados partes presionan constantemente al Comité de Expertos para que cumpla con su labor y la acelere, pero no es realista esperar que esto suceda sin la financiación necesaria. Un incremento de los recursos, en consonancia con la creciente carga de exámenes del CEF, representa un elemento de vital importancia para garantizar una clasificación más eficaz.

El informe de la Secretaría es una contribución útil a una discusión que se está haciendo cada vez más urgente. Sin embargo, el documento no deja de ser un examen técnico, bien bloqueado por las limitaciones de los acuerdos actuales y los códigos diplomáticos que están en guardia contra el exceso de análisis crítico. Los problemas que subyacen a la confusión y el conflicto en torno a la clasificación son más profundos, y se derivan en muchos sentidos de las estructuras de las propias convenciones de fiscalización de drogas. Además, el texto de la Secretaría no hace nada por abordar lo que quizá sea el problema fundamental, no solo en el plano internacional, sino también nacional: la dificultad de equilibrar los análisis de órganos de expertos, como el CEF, y los imperativos políticos, en la CND. Como hemos visto, las recomendaciones de clasificación de la OMS, una función que le encomiendan los tratados, se ven a menudo rechazadas u obstaculizadas por la CND que, como organismo encargado de la formulación de políticas en el sistema de control internacional de drogas, cuenta con poderes decisorios. Estos poderes, por supuesto, están limitados por los tratados; sin embargo, la CND transgrede muchas veces las normas que deberían regir sus decisiones. Por ejemplo, en el período de sesiones de 2007, donde se debatió la reclasificación del dronabinol, varias delegaciones, como ya se ha señalado, pusieron en tela de juicio la base científica de la recomendación de la OMS.¹¹² Esta acción está expresamente prohibida tanto por la Convención de 1961 como por el Convenio de 1971, que exhortan a los Gobiernos a aceptar de buena fe las pruebas científicas y las conclusiones presentadas por la OMS.^{113, 114} En el caso de la ketamina, las pruebas científicas de

la OMS volvieron a ser objeto de duras críticas en el 57º período de sesiones, lo cual representa una flagrante transgresión de los diversos mandatos institucionales involucrados.

Una forma alternativa o complementaria de avanzar podría pasar por que la CND deba justificar sus decisiones de clasificación, sobre todo cuando estas son contrarias a los consejos de la OMS. En tales circunstancias, se debería elaborar un conjunto transparente de criterios que abarquen de manera precisa y explícita los motivos sociales y de otro tipo por los que la CND puede rechazar o modificar una recomendación de la OMS, con el fin de imponer un poco de rigor y responsabilidad en los procesos de razonamiento pertinentes. Ese protocolo guiaría las decisiones de clasificación de la CND de forma equivalente a los protocolos que regulan los exámenes de la OMS, aunque en un registro social y político, como corresponde al mandato de la CND. Como nota final sobre este punto, cabe señalar que en el improbable caso de que la OMS fuera a adoptar un papel decisivo en la clasificación, el propio CEF necesitaría cierta reestructuración, ya que sus análisis actuales se basan demasiado en los supuestos del determinismo farmacológico y, por lo tanto, minimizan la complejidad y la reflexividad del consumo de drogas.¹¹⁵

Uno de los aspectos más problemáticos de los debates recientes en torno a la clasificación –y que es probable que resulte confuso para las Partes– ha sido la repetida intrusión de la JIFE en cuestiones que sobrepasan su mandato y dependen de la OMS. Los casos de la ketamina, el tramadol, el dronabinol y el khat ya se han examinado o mencionado; la JIFE también ha expresado su desacuerdo con las recomendaciones del CEF sobre la paja de adormidera y la oripavina. La UNODC, el principal organismo del sistema de fiscalización internacional de drogas, está instando cada vez más a modificar el equilibrio del régimen, alejándolo de los métodos represivos de aplicación de la ley e inclinándolo hacia una perspectiva más fundamentada en las pruebas empíricas, la salud pública y los derechos humanos.¹¹⁶ A pesar de ello, el tono característico y gran parte del contenido del discurso público de la JIFE sigue siendo represivo y beligerante, como se demuestra en sus recientes ataques contra Uruguay por su decisión de regular el mercado interno de

cannabis.¹¹⁷ La JIFE carece de competencias para realizar exámenes con fines de clasificación en virtud de los tratados de 1961 y 1971; solo para la inclusión en las listas de precursores en el marco de la Convención de 1988. La repetida transgresión de su mandato en este ámbito es causa de un gran conflicto y confusión en el contexto global, en que la proliferación de NSP ya está alarmando a los Estados partes y resulta especialmente importante un análisis lúcido y razonado de los problemas de salud y sociales que rodean a las nuevas sustancias embriagantes.

El momento actual plantea un punto de incertidumbre, ya que las respuestas políticas al creciente abanico de NSP amenazan un cambio en el acento que hemos estado presenciando en el sistema de fiscalización de drogas de la ONU durante la última década. A medida que se acerque la próxima UNGASS, será de vital importancia no solo defender los logros de los últimos años, sino también extenderlos al ámbito de la clasificación con el fin de que las sustancias se sometan a una evaluación de riesgos adecuada y a unos niveles de control apropiados. La única forma de conseguir este objetivo es garantizando que el proceso de examen se mantenga dentro de las competencias de la OMS.

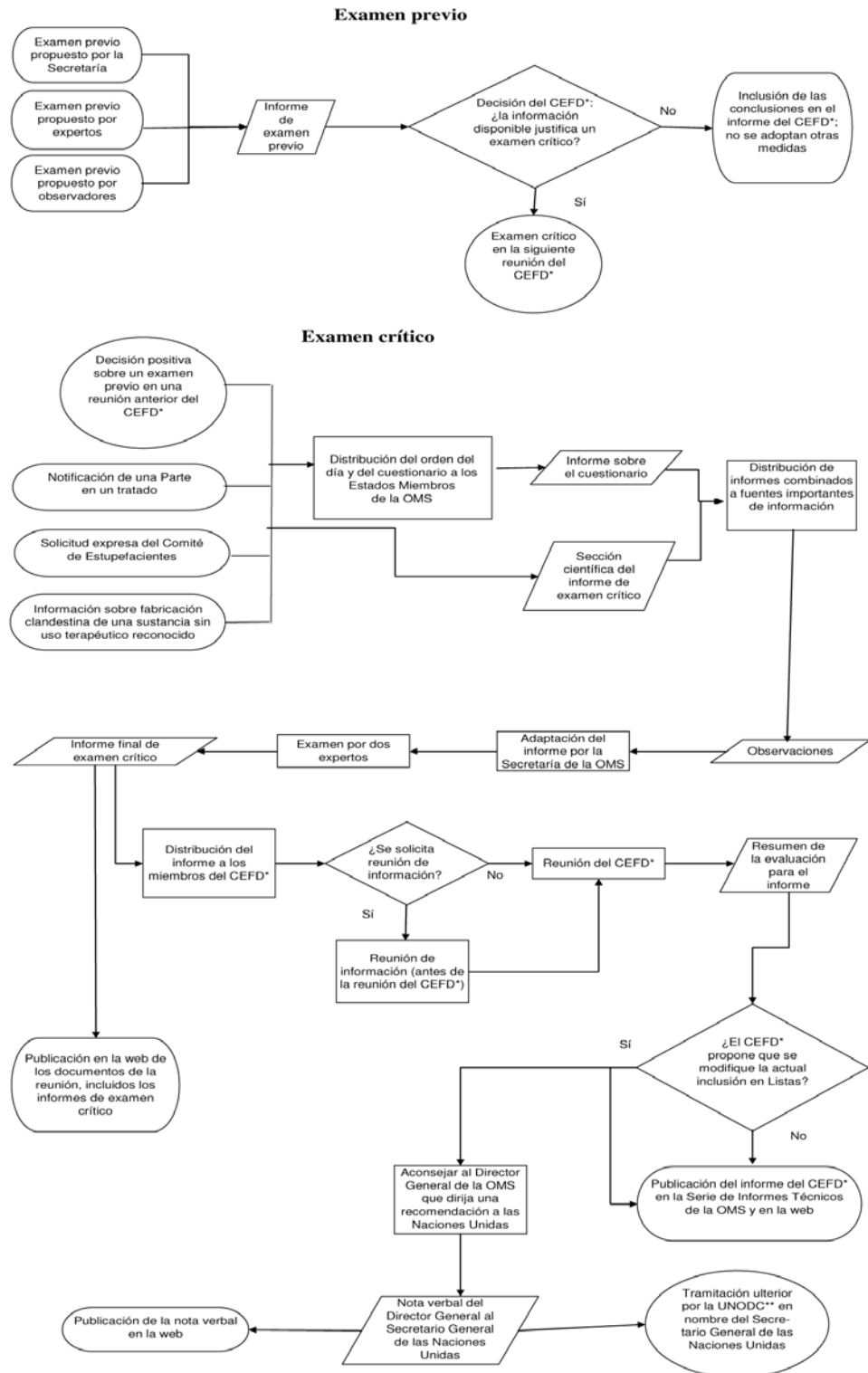
Agradecimientos

Gracias a Ann Fordham, Marie Nougier, Jamie Bridge, Willem Scholten y Tom Blickman. Los errores de hecho son responsabilidad exclusiva de los autores.

Traducción del inglés: Beatriz Martínez

Apéndice 1

Examen por la OMS de sustancias psicoactivas en el contexto de la fiscalización internacional¹¹⁸



* CEFD o CEF: Comité de Expertos en Farmacodependencia.

** UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Notas

- 1 Christopher Hallam es investigador del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC); Dave Bewley-Taylor es investigador adjunto del IDPC, investigador asociado del Transnational Institute (TNI) y director del Observatorio Global de Políticas de Drogas de la Universidad de Swansea, y Martin Jelsma es coordinador del programa Drogas y Democracia del TNI.
- 2 David R. Bewley-Taylor (2012) *International Drug Control: Consensus Fractured* Cambridge University Press
- 3 UNODC (2014) *Contribución del Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*, párr. 50. UNODC/ED/2014/1 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_UNODC-ED-2014-1/UNODC-ED-2014-1_V1388517_S.pdf
- 4 A.M. Costa (2008) *Perfeccionamiento de la fiscalización de drogas para adecuarla a la finalidad para la que fue creada: Aprovechando la experiencia de diez años de acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas* E/CN.7/2008/CRP.17 http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_S.pdf
- 5 El término 'Estados miembros' se refiere a los integrantes de la CND, mientras que 'Estados partes' alude a los países que han adherido a los tratados de fiscalización de estupefacientes.
- 6 <http://idpc.net/es/la-sesion-especial-de-la-asamblea-general-de-las-naciones-unidas-ungass-sobre-drogas-de-2016>
- 7 <http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/drogas/jife.html>
- 8 IDPC (2011) *La Comisión de Estupefacientes 2011 – Informe sobre el período de sesiones* <http://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/CND-Proceedings-2011-SPA.pdf>
- 9 Martin Jelsma (2003) *Las drogas en el sistema de la ONU: la historia no escrita de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas*. Transnational Institute, Amsterdam, Abril. http://www.tni.org/es/archives/jelsma_unwritten
- 10 'Six Horsemen Ride Out: WHO initiates a new programme on substance abuse' *British Journal of Addiction* (1991) 86, 1387-1390 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01716.x/abstract>
- 11 <http://www.undrugcontrol.info/es/temas/desclasificacion-de-la-hoja-de-coca/item/684-el-proyecto-cocaina-de-la-oms>
- 12 Martin Jelsma (2003) *Las drogas en el sistema de la ONU: la historia no escrita de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas* Amsterdam: Transnational Institute, Amsterdam, Abril. http://www.tni.org/es/archives/jelsma_unwritten
- 13 Courtwright, D.T. (2001) *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Modern World* Cambridge: Harvard University Press
- 14 Klein, Axel (2008) *Drugs and the World* Londres: Reaktion Books
- 15 Transnational Institute (2010) *Expert Seminar on the Classification of Controlled Substances* <http://www.tni.org/report/expert-seminar-classification-controlled-substances>
- 16 Meyer, K. y Parssinen, T. (1998) *Webs of Smoke: Smugglers, Warlords, Spies, and the History of the International Drug Trade* Oxford: Rowman and Littlefield
- 17 <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/i3.pdf> Véase también David Bewley-Taylor y Martin Jelsma (2012) 'Regime Change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs', *International Journal of Drug Policy* 23, pp. 73-74
- 18 William McAllister (2004) The Global Political Economy of Scheduling: the International-Historical Context of the Controlled Substances Act *Drug and Alcohol Dependence* 76 (2004) 3-8.
- 19 Los tres tratados son: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/single-convention.html>; el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/psychotropics.html> y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/illicit-trafficking.html>
- 20 Bruun, Kettel, Pan, Lynn y Rexed, Ingmar (1975) *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol* University of Chicago
- 21 McAllister, W. B. (2000) *Drug Diplomacy in the Twentieth Century: An international history* Londres y Nueva York: Routledge
- 22 E. Danenberg, L.A. Sorge, W. Wieniawski, S. Elliott, L. Amato, W.K. Scholten (2013) Modernizing methodology for the WHO assessment of substances form the international drug control conventions *Drug and Alcohol Dependence* Volume 131, Issue 3, Pages 175-324, 1 de agosto
- 23 OMS (2010) *Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control* <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf>
- 24 Para un análisis crítico de estos temas, véase: Stephen Rolles y Fiona Measham (2011) Questioning the method and utility of ranking drug harms in drug policy *International Journal of Drug Policy* 22 (4) pp.243-246, Julio, [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(11\)00058-2/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(11)00058-2/abstract)
- 25 Transnational Institute (2010) *Expert Seminar on the Classification of Controlled Substances* <http://www.tni.org/report/expert-seminar-classification-controlled-substances>
- 26 UNDCP Model Drug Abuse Bill 2000, Commentary. Viena: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, 2000.
- 27 Bancroft, Angus (2009) *Drugs, Intoxication and Society* Londres: Polity
- 28 OMS (2003) *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia – 33º informe*. OMS, Serie de

- Informes Técnicos 915. Ginebra: OMS <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4896e/>
- 29 OMS (2003) *ibid*.
- 30 Robin Room, Benedikt Fischer, Wayne Hall, Simon Lenton y Peter Reuter (2010) *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*
- 31 UNODC (2014) *Contribución del Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*, párr. 52, UNODC/ED/2014/1 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_UNODC-ED-2014-1/UNODC-ED-2014-1_V1388517_S.pdf
- 32 OMS (2011) *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre las sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados* http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/
- 33 WHO Access to Controlled Medicines Programme (2012) Briefing Note, abril de 2012 http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_PainGLs_EN_Apr2012.pdf
- 34 IDPC (2011) *La Comisión de Estupefacientes 2011 – Informe sobre el período de sesiones* <http://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/CND-Proceedings-2011-SPA.pdf>
- 35 OMS (2011) *Garantizando el equilibrio en las políticas nacionales sobre las sustancias fiscalizadas: Orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados* http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/ Véase el Prefacio de Hamid Ghodse, presidente de la JIFE.
- 36 Carta de la Sociedad Mundial de Anestesia Intravenosa al CEF. 2014 Disponible en el apartado 'Letters of Support', 8 de mayo. http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/36thecddmeet/en/index5.html
- 37 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2004 (Naciones Unidas: Nueva York, 2005), párr. 390.
- 38 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2005 (Naciones Unidas: Nueva York, 2006), Recomendación 44.
- 39 OMS (2006) *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia – 34º informe*. OMS, Serie de Informes Técnicos 942. Ginebra: OMS http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/reports/en/index.html
- 40 18ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>
- 41 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2006 (Naciones Unidas: Nueva York, 2007), párr. 202.
- 42 Resolución 49/6, *Inclusión de la ketamina* entre las sustancias sometidas a fiscalización. Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes, Informe sobre el 49º período de sesiones (8 de diciembre de 2005 y 13 a 17 de marzo de 2006), Consejo Económico y Social. Documentos Oficiales, 2006, Suplemento No. 8. pp. 29-31. https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/49_Session_2006/CND_49_Session.html
- 43 OMS (2012) *WHO Expert Committee on Drug Dependence- Thirty-fifth Report*. WHO Technical Report Series 973. Ginebra: OMS http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/reports/en/index.html
- 44 Aunque la JIFE alude con frecuencia a la necesidad de garantizar el acceso a medicamentos esenciales en general, raramente lo hace directamente con respecto a la ketamina. Véase Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, *La Comisión de Estupefacientes 2009 y el Segmento de Alto Nivel – Informe de la sesión* (Londres: IDPC, abril de 2009), p. 26.
- 45 *Ketamine: Critical Review Report*. Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-Fifth Meeting, Hammamet, Túnez, 4 a 8 de junio de 2012, Organización Mundial de la Salud, p. 36.
- 46 Ketamine. Expert peer review on critical review report (2), 35th Expert Committee on Drug Dependence, Hammamet, Túnez, 4 a 8 de junio de 2012, p. 5.
- 47 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2007 (Naciones Unidas: Nueva York, 2008), párr. 225.
- 48 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008 (Naciones Unidas: Nueva York, 2009), párr. 283.
- 49 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2009 (Naciones Unidas: Nueva York, 2010), párr. 253.
- 50 Resolución 53/7, 'Cooperación internacional para combatir la administración subrepticia de sustancias psicoactivas relacionadas con la agresión sexual y otros actos delictivos', en 2010. En ella también se menciona el examen crítico de la ketamina por parte de la OMS y la preocupación de la JIFE por su "uso indebido". Naciones Unidas, Comisión de Estupefacientes, Informe sobre el 53º período de sesiones (2 de diciembre de 2009 y 8 a 12 de marzo de 2010), Consejo Económico y Social. Documentos Oficiales, 2010, Suplemento No. 8, pp. 24-26. <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/cnd-documents-index.html>
- 51 OMS (2012) *WHO Expert Committee on Drug Dependence- Thirty-fifth Report*. WHO Technical Report Series 973. Ginebra: OMS http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/reports/en/index.html
- 52 OMS, 'WHO intervention on INCB's Annual Report 2006', intervención en el 50º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, Viena, 12 a 16 de

- marzo de 2007, punto 7 (b) del programa, Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, pronunciada por Willem Scholten.
- 53 David R. Bewley-Taylor (2012) *International Drug Control: Consensus Fractured* Cambridge University Press
- 54 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2009 (Naciones Unidas: Nueva York, 2010), párr. 249 y 266.
- 55 Véanse, por ejemplo, las declaraciones de los Grupos de África y Asia en 2013. Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, *The 2013 Commission on Narcotic Drugs. Report of Proceedings* (IDPC: Londres, mayo de 2013), p. 11.
- 56 Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012 (Naciones Unidas: Nueva York, 2013), párr. 321.
- 57 http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/57_Session_2014/CND-57-Session_Index.html
- 58 Notas del autor (DBT), CND 2014.
- 59 <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2014/March/member-states-notify-drug-commission-on-dangerous-substances-urge-international-control.html>
- 60 Nickerson, Jason W. y Attaran, Amir (2014) Access to controlled medicines for pain relief and anaesthesia in low-income countries. *The Lancet* 383 (9931), 24 de mayo <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673614608746.pdf>
Véase también el apartado 'Letters of Support' de la 36ª reunión del CEF http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/36thecddmeet/en/index5.html
- 61 *Dificultades y futura labor en lo que respecta al examen de sustancias con miras a la posible formulación de recomendaciones para su inclusión en las listas: Nota de la Secretaría* E/CN.7/2014/10 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_E-CN7-2014-10/E-CN7-2014-10_V1388970_S.pdf
- 62 Naciones Unidas (1989) *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes* Nueva York: Naciones Unidas <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>
- 63 Naciones Unidas (1977) *Comentarios al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, Hecho en Viena el 21 de febrero de 1971* Nueva York: Naciones Unidas <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>
- 64 Comisión de Estupefacientes: Scheduling procedures https://www.unodc.org/unodc/commissions/CND/Mandate_Functions/Mandate-and-Functions_Scheduling.html
- 65 Comisión de Estupefacientes: Scheduling procedures https://www.unodc.org/unodc/commissions/CND/Mandate_Functions/Mandate-and-Functions_Scheduling.html
- 66 David R. Bewley-Taylor (2012) *International Drug Control: Consensus Fractured* Cambridge University Press
- 67 OMS, 'WHO Recommendations to the Commission on Narcotic Drugs', intervención en el 50º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, Viena, 12 a 16 de marzo de 2007, punto 7 (a) del programa, Modificaciones en el alcance de fiscalización de sustancias, pronunciada por Willem Scholten.
- 68 Ibid.
- 69 Según los Comentarios oficiales de la Convención de 1961, la CND debe aceptar "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". Naciones Unidas *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes* Nueva York, 1989. p. 99. <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>
El Convenio de 1971 prevé disposiciones parecidas; según los Comentarios oficiales de este tratado, los dictámenes de la OMS en cuestiones médicas y científicas son "determinantes" y "la Comisión debe aceptar esas opiniones y conclusiones y no está autorizada a basar sus decisiones en otros puntos de vista médicos o científicos". Naciones Unidas *Comentarios al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, Hecho en Viena el 21 de febrero de 1971* Nueva York 1977. p. 68. <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>
- 70 IDPC (2007) *Report of the 2007 Commission on Narcotic Drugs* <http://idpc.net/publications/2007/01/report-of-2007-commission-on-narcotic-drugs>
- 71 "Traslado del dronabinol y sus estereoisómeros de la Lista II a la Lista III del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971" E/CN.7/2014/L.6 Proyecto de decisión presentado por los Países Bajos. https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/57_Session_2014/CND-57-Session_Draft-Resolutions.html
- 72 <https://www.gov.uk/government/organisations/advisory-council-on-the-misuse-of-drugs>
- 73 House of Commons Hansard Debates for 9th February 2009 at Column 1094 <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmhansrd/cm090209/debtext/90209-0001.htm>
- 74 http://www.bbc.co.uk/blogs/thereporters/mark-easton/2009/10/nutt_gets_the_sack.html
- 75 OMS (1985) *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia: 22º informe* Serie de Informes Técnicos 729 http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/reports/en/
- 76 OMS (2006), *Assessment of khat (Catha edulis Forsk)*, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf
- 77 JIFE (2005) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2005*, Recomendación 45 <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2000-2010.html>
- 78 JIFE (2006) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2006*, párr. 556 <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2000-2010.html>
- 79 JIFE (2010) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2010*,

- párr. 284-287 <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2000-2010.html>
- 80** Ibid.
- 81** Ibid.
- 82** JIFE (2013) *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2013*, párr. 653.
- 83** Axel Klein, Pien Metaal y Martin Jelsma. (2012) *Rumiando la prohibición del khat – La globalización del control y la regulación de un antiguo estimulante*, Transnational Institute, Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 17, Enero
- 84** CAM (2007), *Riscoschatting qat 2007*, Coördinatiepunt Assessment en Monitoring nieuwe drugs, noviembre de 2007 http://www.rivm.nl/bibliotheek/digitaaldepot/CAM_qat_riscoschattingsrapport_2007.pdf
- 85** De Jonge, M. y Van der Veen, C. (2011), *Qatgebruik onder Somaliërs in Nederland*, Utrecht: Trimbos Instituut.
- 86** ACMD (2013), *Khat: A review of its potential harms to the individual and communities in the UK*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Londres, enero
- 87** BBC News, *Herbal stimulant khat to be banned*, 3 de julio de 2013 <http://www.bbc.com/news/uk-23163017>
- 88** Travis, A., *MPs urge Theresa May to reverse qat ban*, The Guardian, 29 de noviembre de 2013 <http://www.theguardian.com/politics/2013/nov/29/mps-urge-theresa-may-reverse-qat-ban>
- 89** UK Home Office, *Khat Fact Sheet for England & Wales* <https://www.gov.uk/government/publications/khat-fact-sheet-for-england-and-wales>
- 90** UNODC (2013) *World Drug Report 2013* Naciones Unidas, Nueva York, p. 59. <http://www.unodc.org/wdr/index.html>
- 91** Ibid. p.103
- 92** *Dificultades y futura labor en lo que respecta al examen de sustancias con miras a la posible formulación de recomendaciones para su inclusión en las listas: Nota de la Secretaría E/CN.7/2014/10 párr. 4 (a)* https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_E-CN7-2014-10/E-CN7-2014-10_V1388970_S.pdf
- 93** Ibid. párr. 4 (b) a (e).
- 94** Ibid. párr. 21.
- 95** UNODC (2013) *World Drug Report 2013* Naciones Unidas, Nueva York, p. 109 <http://www.unodc.org/wdr/index.html>
- 96** *'Background paper prepared by the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland related to its notification submitted on 23 January to the Secretary-General on the review of the scope of control of methedrone'* E/CN.7/2014/CRP.11 http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/57_Session_2014/CND-57-Session_Index.html
- 97** La bencilpiperazina en 2007 y la mefedrona en 2010.
- 98** Comisión Europea, *Informe de la Comisión sobre la evaluación del funcionamiento de la Decisión 2005/387/JHA del Consejo relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas*, Bruselas, 11.7.2011 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0430:FIN:es:PDF>, y Comisión Europea, *Commission Staff Working Paper on the assessment of the functioning of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances*, Accompanying the Document Report from the Commission on the assessment of the functioning of Council Decision 2005/387/JHA on the information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances, Bruselas 11.7.2011 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SEC:2011:0912:FIN:en:PDF>
- 99** Véase Europa Press releases database, La Comisión Europea toma medidas decididas contra los euforizantes legales, Bruselas, 17 de septiembre de 2013 http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-837_es.htm
- 100** Ibid.
- 101** Ibid.
- 102** Ibid.
- 103** Alan Travis, "Legal highs: UK to opt out of new EY regulation regime. Issue could lead to fresh clash between London and Brussels as proposed EU directive does not include provision for UK opt-out", *The Guardian*, 13 de enero de 2014.
- 104** Expert Seminar - Where next for Europe on drug policy reform? IDPC-TNI-SICAD, Lisboa, Portugal, 20 a 21 de junio de 2013, p. 15 http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/expert_seminar_in_lisbon_final.pdf
- 105** Véase Catherine McCullough, Jackson Wood y Rob Zorn, *New Zealand's psychoactive substances legislation*, IDPC/NZDF Briefing, septiembre de 2013, pp. 1-6 <http://idpc.net/publications/2013/09/idpc-briefing-paper-new-zealand-s-psychoactive-substances-legislation> y Briefing and submission guide on the Psychoactive Substances Bill, New Zealand Drug Foundation, <http://www.drugfoundation.org.nz/sites/default/files/2013-PSBill-NZDF-briefing.pdf>
- 106** <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/latest/DLM5042921.html?src=qs>
- 107** Catherine McCullough, Jackson Wood y Rob Zorn, *New Zealand's psychoactive substances legislation*, IDPC/NZDF Briefing, septiembre de 2013, p. 6 <http://idpc.net/publications/2013/09/idpc-briefing-paper-new-zealand-s-psychoactive-substances-legislation>
- 108** Ibid., p. 7
- 109** Naciones Unidas (1989) *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes* Nueva York: Naciones Unidas, p. 85-6 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>
- 110** Transnational Institute (2010) *Expert Seminar on the Classification of Controlled Substances* <http://www.tni.org/report/expert-seminar-classification-controlled-substances>
- 111** *Dificultades y futura labor en lo que respecta al examen de sustancias con miras a la posible formula-*

ción de recomendaciones para su inclusión en las listas:
Nota de la Secretaría E/CN.7/2014/10 Párr. 45 (a) a
(h) https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_E-CN7-2014-10/E-CN7-2014-10_V1388970_S.pdf

112 IDPC (2007) *Report of the 2007 Commission on Narcotic Drugs* <http://idpc.net/publications/2007/01/report-of-2007-commission-on-narcotic-drugs>

113 Naciones Unidas (1989) *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes* Nueva York: Naciones Unidas, p. 99 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>

114 Naciones Unidas (1977) *Comentarios al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas, Hecho en Viena el 21 de febrero de 1971* Nueva York: Naciones Unidas, p. 68 <http://www.unodc.org/unodc/en/treaties/index.html>

115 Bruun, Kettel, Pan, Lynn y Rexed, Ingmar (1975) *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol* Chicago y Londres: University of Chicago Press, pp.73-74.

116 UNODC (2014) *Contribución del Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*, párr. 50, UNODC/ED/2014/1 https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/_UNODC-ED-2014-1/UNODC-ED-2014-1_V1388517_S.pdf

117 Véase Martin Jelsma (2013) 'La JIFE contra Uruguay: el arte de la diplomacia', blog del TNI <http://www.druglawreform.info/es/weblog/item/5215-la-jife-contra-uruguay-el-arte-de-la-diplomacia>

118 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/2653/1/B126_21-sp.pdf

Transnational Institute (TNI)

De Wittenstraat 25
1052 AK Amsterdam
Países Bajos
Tel: +31-20-6626608
Fax: +31-20-6757176
E-mail: drugs@tni.org
www.tni.org/drugs
 @DrugLawReform
 Drugsanddemocracy



International Drug Policy Consortium (IDPC)

124-128 City Road
Londres, EC1V 2NJ
Reino Unido
Tel: +44 (0)20 7324 2975
E-mail: contact@idpc.net
www.idpc.net
 @IDPCnet
 International Drug Policy Consortium



Transnational Institute

El programa Drogas y Democracia del TNI viene analizando desde 1996 las tendencias mundiales del mercado ilícito y las políticas de drogas. El programa se ha hecho un nombre internacional como uno de los principales institutos de investigación sobre políticas de drogas y como observatorio crítico de las instituciones de control de drogas de la ONU, especialmente la CND, la UNODC y la JIFE. El TNI promueve políticas basadas en pruebas empíricas y guiadas por los principios de la reducción de daños, el respeto de los derechos humanos de usuarios y productores, y el respeto de los usos culturales y tradicionales de sustancias psicoactivas. El objetivo estratégico consiste en contribuir a una política más integrada y coherente, en que las drogas sean vistas como una cuestión transversal en el marco más amplio de los objetivos de reducción de la pobreza, fomento de la salud pública, protección de los derechos humanos, construcción de la paz y buena gobernanza.

IDPC

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial de ONG y grupos de profesionales especializada en cuestiones relacionadas con la producción, el tráfico y el uso de drogas. El Consorcio promueve un debate objetivo y abierto sobre las políticas de drogas en el ámbito nacional e internacional, y apoya las políticas que se fundamentan en evidencias científicas y que reducen eficazmente el daño relacionado con las drogas. La red elabora informes, difunde recursos clave, refuerza la capacidad de incidencia de sus miembros y socios, y ofrece servicios de asesoría a encargados de políticas y funcionarios de todo el mundo. Los miembros del IDPC tienen presencia global y amplios conocimientos y experiencia en todo el espectro de cuestiones de políticas de drogas.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo financiero de



El contenido de esta publicación es de responsabilidad exclusiva del TNI y el IDPC, y en ningún caso debe considerarse que refleja la opinión de la Unión Europea ni de *Open Society Foundations*.