

Fuente: Corrêa de Carvalho JT. Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. [Sitio en internet] Disponible en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html> Consultado el: 30 de octubre de 2008

HISTORIA DE LAS DROGAS Y DE LA GUERRA DE SU DIFUSIÓN

De: José Theodoro Corrêa de Carvalho

Fecha: Diciembre 2007

Origen: Noticias Jurídicas

La costumbre de drogarse no es nueva. Históricamente, el hombre siempre ha consumido sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central. El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoativos empleados con esta finalidad ya alrededor de año 5.000 a.C. Se estima que el cáñamo (*cannabis sativa*) se cultiva en China desde hace 4.000 años. En América, el imperio incaico (andino) sacaba tres cosechas anuales de hoja de coca (*erythroxylum coca lam*) las cuales se utilizaban como analgésico y energizante de uso diario, especialmente, en virtud de la fatiga producida por la altura. En la sociedad Azteca, igualmente se empleaba la ingestión del hongo llamado teonanacati y el consumo de peyote con fines religiosos¹.

Con fines mágico-religiosos, para huir de la realidad, para hacer frente a los problemas o por la incapacidad para ello, por simple placer o con fines médicos el hombre ha hecho uso de plantas y productos químicos hoy incluidos en el concepto de drogas². Han sido muchas las sustancias psicoactivas empleadas, pero las más difundidas son la cafeína, el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y los opiáceos. Probablemente, el alcohol sea el más antiguo de todos. Las pesquisas históricas no son concluyentes, pero indican que la fermentación de algún fruto o de la miel es el origen remoto del primer psicoactivo.

De hecho, los descubrimientos arqueológicos revelan que las vasijas ya existían en 8.000 a.C. y que, por lo menos, en 5.000 a.C. eran empleadas para almacenar miel³. De ahí se deduce que la miel fermentada y diluida en agua (aguamiel o hidromiel) haya sido el primer vino para consumo humano⁴. Desde entonces el alcohol ha formado parte de la vida humana. Las bebidas fermentadas eran muy frecuentes en todas las comunidades y las bebidas fermentadas se convirtieron en artículos importantes de comercio colonial, después de las grandes navegaciones⁵. Por último, durante el siglo XX se ha producido el fenómeno de la globalización de los patrones de consumo, especialmente después de la segunda Guerra mundial, cuando la bebida alcohólica deja de estar asociada a las comidas y la nueva pauta de consumo pasa a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividades de ocio.⁶

Los opiáceos también poseen una larga historia. El opio, jugo de un tipo de amapola, es una de las drogas más versátiles conocidas. Gracias a su ingrediente activo, la morfina, el opio adormece el dolor, produce júbilo, induce el sueño y reduce las aflicciones⁷.

La planta de la amapola, conocida como adormidera, siempre fue utilizada como alimento, forraje y aceite, pero hay registros históricos de que sus funciones psicotrópicas ya eran conocidas en 3.000 a.C.⁸. Del Oriente Medio, donde era muy empleado por la medicina, se extendió hacia India y, después, en el siglo IX, hasta China. En Europa occidental el opio adquirió importancia terapéutica en el siglo XVI,

después de los viajes del médico y alquimista suizo Paracelso, que difundió el uso de la “piedra de la inmortalidad” para diversos fines en forma de láudano o tintura⁹. En China era inicialmente consumido oralmente y como medicina. Después, en el siglo XVII, se hizo popular en aquel país el consumo de opio fumado ¹⁰. El consumo se incrementó de forma alarmante y la producción interna no era ya suficiente. Se estima que en el siglo XIX eran 16,2 millones los chinos adictos al opio fumado (6% de la población adulta)¹¹. El intento de frenar el comercio de opio generó dos guerras sucesivas (1839-1842 y 1856-1858), entre Inglaterra y China, culminando con la derrota china y la obtención de una serie de privilegios por parte de Inglaterra, como la completa legalización del comercio de opio indio¹² y la pérdida de la administración de Hong Kong¹³.

Hasta finales del siglo XIX el consumo de opiáceos no constituyó un verdadero problema sanitario en Occidente. Sólo con la popularización de la cultura de consumir opio recreativamente y con el rápido incremento de los casos de adicción, sonó la alarma social para este problema¹⁴.

La morfina, en honor al dios del sueño Morfeo, fue aislada del opio a principios del siglo XIX por el alemán Friedrich William Sertüner y pasó a sustituir (junto con la codeína) al opio en los tratamientos médicos¹⁵, especialmente después que se introdujera la inyección hipodérmica como procedimiento terapéutico, en 1855¹⁶. Posteriormente, en 1874, fue creado el primer opiáceo semisintético, la diacetylmorfina, también conocida como heroína. Unos años más tarde fue comercializada por Bayer como sustancia antitusígena y como sustituto del opio y de la morfina en los tratamientos de deshabituación. La heroína alcanzó gran éxito comercial en todos los continentes, por su alto efecto antiálgico y estimulante. Sólo muchos años después dejó de ser comercializada para este fin¹⁷. La heroína empezó a popularizarse como droga recreativa en Estados Unidos y en Inglaterra primero y, después, en casi todo el mundo, generando algunas olas de comportamiento heroínómano, que culminaron con la muerte de por lo menos una generación de adictos de heroína inyectable (yonquis). Después de los 70 se ha convertido en el símbolo por excelencia de los efectos perniciosos de las drogas¹⁸.

El uso y el consumo de los derivados cannabícos también es muy antiguo. Originario del Asia Central, la planta cannabis pudo haber sido cultivada desde hace 10.000 años. Registros arqueológicos permiten constatar que el cannabis ya era empleado como fuente de fibras textiles (el cáñamo), en el 4.000 a.C. Posteriormente, fue muy utilizado para hacer alpargatas, cuerdas, sacos, ropas y velas de barcos¹⁹. Sus propiedades alucinógenas fueron descubiertas por primera vez en el Oriente. Algunos escritos chinos que se remontan al año 3.000 a.C. ya indicaban que “el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo”²⁰.

En Europa medieval su uso por las hechiceras estaba muy difundido y, tiempo después, los médicos pasaron a adoptarla como remedio. Hildegard von Binger (1150) recomendaba en Alemania el cáñamo para problemas de estómago y para heridas. Afirmaba que “quien tenga una mente confusa y sufra dolores de cabeza puede comerlo y éstos disminuirán” y alertaba que “para las personas de mente débil será perjudicial abandonarse al cáñamo”²¹. Durante todo el siglo XIX fue empleada con fines recreativos y médicos, hasta que su utilidad terapéutica se vio reducida por su

inestabilidad farmacológica y por el surgimiento de nuevas medicinas más eficaces. El problema del abuso del cannabis siempre estuvo restringido a determinados y pequeños grupos, hasta que en los años 60 del siglo pasado, la cultura hippie y de las músicas rock y reggae extendieron su uso recreativo a todos los niveles y capas sociales²², cuando pasó a ser asociado a la rebeldía de la juventud.

En la actualidad los cannabinoides son consumidos en gran escala en occidente en tres principales presentaciones distintas, la marihuana, el hachís y el aceite de hachís. La primera se presenta como hojas y flores secas de la planta y su concentración de THC varía de 0,5 a 5%. Hay sin embargo algunas modalidades de plantas modificadas genéticamente que ya presentan concentración de THC entre 7 y 34%. El hachís, por su parte, se obtiene de la resina extraída de las plantas y flores desecadas. Su concentración en los procesos actuales de fabricación varía de 10 a 20%. Por último, el aceite de hachís se obtiene de la destilación de la planta por solventes orgánicos y su concentración de THC varía de 15 a 50%, pero hay muestras que llegan a presentar 85% de THC.²³

El uso de la coca como estimulante en América es tan antiguo como el uso del alcohol, del opio y del cannabis en el viejo continente y Asia. Se estima que las hojas de coca ya eran mascadas en la región andina desde aproximadamente 5.000 a.C.²⁴.

La planta de la coca (*Erythroxylum coca*) crecía al principio de manera silvestre pero empezó a ser cultivada, en el siglo X a.C., por los indios Chibcha de Colombia, que después la difundieron hacia el sur. En la cultura Inca era usada como planta sagrada en rituales, para hacer regalos especiales o como medicamento²⁵. Como poderoso estimulante que era, la hoja de coca era mascada por los trabajadores para mitigar los efectos derivados de la altitud, el hambre y la fatiga. También la empleaban como medicina para las molestias gastrointestinales, los catarros y las contusiones.²⁶ Antes de las grandes navegaciones del siglo XVI la coca no era conocida en otros lugares del mundo. Cuando llegaron los españoles, se sorprendieron con los efectos de las hojas mascadas por los obreros. En un primer momento, por motivos religiosos, intentaron prohibirla pero después la utilizaron como estimulante en la explotación de las minas de platas²⁷.

Hasta 1859, cuando Albert Niemann aisló la cocaína de la hoja de coca, el consumo no era notable fuera de América, pues el complicado transporte de las hojas generaba la pérdida de los principios activos. Con la mejora del embalaje del producto y con el aislamiento de su principio activo, la cocaína empezó a ganar espacio entre los consumidores europeos. Los laboratorios (Merck y Parke Davis) aislaban la cocaína en América y transportaban el producto en bruto. En 1863, un farmacéutico francés, Angelo Mariani, creó un preparado de extracto de coca y vino (Vino Mariano) que tuvo gran éxito comercial como bebida tónica²⁸.

Una imitación del vino Mariano, creada por el americano John Styth Pemberton, resultó en la mismísima Coca-cola. Su fórmula original contenía vino, cocaína y cola (una nuez africana que contiene cafeína). Con el pasar del tiempo, fue extraído el vino, después la cocaína y, en la actualidad, la cola ha sido sustituida por cafeína sintética. Se puede, incluso, comprar la bebida sin cafeína y sin azúcar²⁹.

El uso médico de la cocaína tuvo un gran desarrollo a finales del siglo XIX. Paolo Mantegazza escribió un tratado sobre la coca, describiendo sobre todo sus efectos estimulantes y euforizantes, aconsejándola para el tratamiento de las enfermedades nerviosas³⁰. Muchos experimentos fueron realizados y Sigmund Freud fue uno de los entusiastas de su aplicación para combatir la debilidad nerviosa, la indigestión, la malnutrición, la impotencia, el asma, el alcoholismo y la adicción a la morfina. En su artículo “Uber Coca” (1884) afirmaba que la cocaína era eficaz en el tratamiento de la adicción a la morfina y que no generaba ningún otro problema. Algunos años después intentó, sin éxito, justificar sus errores en lo relativo a este tema³¹. Después de que las fábricas alemanas y holandesas aumentaran la oferta del producto, su precio descendió de 280 dólares por onza (28,7 gramos) en 1885 a 3 dólares en 1914, lo que favoreció una epidemia de adicción desde Estados Unidos hasta India³². En esas fechas varias normas restringieron y prohibieron la comercialización libre del producto.

A partir de los 70 del siglo pasado, Colombia y Bolivia volvieron a dominar el comercio mundial de cocaína, con exportaciones en gran escala a Europa occidental y, principalmente, a Estados Unidos, generando una epidemia de consumo nunca vista anteriormente. En algunos países se crearon peligrosas mezclas de la pasta base de la cocaína con productos químicos (crack, basuco, base libre y merla), todas ellas con elevado contenido tóxico y bajo coste económico³³.

Hoy la adicción a la cocaína sigue siendo la más preocupante en los países occidentales, con miles de millones en inversiones destinadas al tratamiento de desintoxicación y a la prevención al consumo. En cuanto al tabaco, a pesar de que algunos hayan afirmado que ya estaba presente en las antiguas organizaciones del oriente, su origen más conocido es el americano. Se acepta que la primera cultura en utilizar las hojas de tabaco para fumarlas fue la maya, desde 2.000 a.C. Cuando los conquistadores españoles llegaron al nuevo mundo en 1492, liderados por Colón, encontraron en la Isla de Haití (que se denominaba Tabago) un indígena que se dedicaba a “chupar con deleite el humo producido por unas hojas arrolladas en forma de cilindros y encendida por uno de sus extremos”³⁴. Sus posibles virtudes terapéuticas, llevaron a los conquistadores de la América hispánica a trasladar las semillas para su cultivo al viejo continente a principios del siglo XVI. Los españoles también llevaron su cultivo hacia Prusia y Filipinas (de donde se desplazó hacia China) y los portugueses la diseminaron por Italia, África, Java, India, Japón e Irán³⁵.

A pesar de algunas medidas restrictivas en algunos países, su uso se extendió rápidamente, especialmente en Europa. Después, los gobiernos cambiaron su actitud prohibicionista por medidas de control y tasación³⁶. Con la invención de la máquina de liar cigarrillos, en 1855, el consumo de tabaco creció de forma alarmante y la industrialización llevó a las empresas tabaqueras a detentar un enorme poder comercial, especialmente en Estados Unidos, Europa, Turquía y China³⁷. Actualmente se tiene plena conciencia de los muchísimos problemas de salud generados por el consumo de tabaco, lo que ha llevado a la Organización Mundial de Salud (OMS) a definir el tabaquismo como la principal causa evitable de muerte precoz. Aún así, las nuevas generaciones se mantienen adictas a las costumbres de consumo. Como la nicotina es una de las sustancias que más adicción genera, sigue teniendo muchos adeptos³⁸. La cafeína, la droga más consumida en el mundo, es la más reciente entre las seis drogas analizadas históricamente. Aunque la planta ya existía hace miles de años en Etiopía, su difusión como estimulante empezó en Arabia en el siglo X de nuestra era³⁹.

La planta del café es originaria de Etiopía y cuenta la leyenda que un monje al observar como se quedaban agitados los animales después de comer sus frutos, decidió probarlos⁴⁰. Fue en el siglo XVIII cuando el consumo de café eclosionó en Europa y las colonias pasaron a ser los centros de producción para abastecer al viejo mundo, llegando a producir el 70% de la producción mundial. También se popularizó empezar el día con un café au lait.⁴¹ Además del café, la cafeína también está presente en otros dos alimentos muy consumidos por la población mundial: el té y el chocolate.

Aunque hay muchas otras sustancias psicotrópicas consumidas, merecen destacarse los alucinógenos y las anfetaminas, debido a la importancia actual de su consumo mundial.

El uso de solanáceas alucinógenas, como el beleño, la belladona, las daturas y la mandrágora, se remonta a viejos testimonios del medio y extremo oriente. En Europa, estaban ligadas tradicionalmente con la brujería, siendo empleadas en contextos ceremoniales y terapéuticos. A ellas se atribuyen fenómenos de levitación, telepatía y fantásticas proezas físicas. En Eurasia era muy abundante la amanita muscaria, un hongo psicoactivo empleado por los chamanes de Siberia en sus rituales⁴².

En América, las antiguas civilizaciones indígenas también tenían la costumbre de utilizar las plantas alucinógenas en sus ceremonias. A partir del siglo X, a.C. hay piedras-hongo entre los monumentos de la cultura de Izapa, en la actual Guatemala. En la región de Perú también se encontraron pipas de cerámica del siglo IV a.C. con una figura del peyote, un cactus alucinógeno que contiene mescalina⁴³.

En nuestros días, el alucinógeno blando más consumido sigue siendo el cannabis, pero ningún otro tuvo tanta importancia en el movimiento de la contracultura de los sesenta del siglo pasado como el ácido lisérgico, que es el nombre con el cual se denomina el núcleo común de todos los alcaloides presentes en el cornezuelo de centeno o *Claviceps purpurea*.

El LSD 25 fue descubierto accidentalmente por el químico suizo Albert Hoffman en el año 1938 cuando trataba de encontrar una sustancia análoga a un estimulante del sistema circulatorio⁴⁴. Una vez concluida la Segunda Guerra Mundial, la casa Sandoz se dedicó a difundir el descubrimiento, bajo el nombre comercial de Delycid. Era empleado experimentalmente para facilitar la psicoterapia y para combatir algún trastorno como el alcoholismo crónico, anomalías sexuales, etc. Después cuando se comprobó que los efectos producidos eran imprevisibles, terminó prohibiéndose.

El uso ilegal de esta droga se generalizó a partir de los años 60-70 asociado a la llamada "contracultura" siendo utilizado por universitarios, intelectuales, artistas y músicos en busca de otros estados de conciencia. En la actualidad, siguen siendo utilizados el LSD, los hongos mágicos, la mezcalina, el peyote, pero están de moda otros alucinógenos de origen sintético, como el DOM, DOET, DOB, TMA, MDE, MBDB, TMT, MDA y el MDMA. En general tienen un efecto estimulante y alucinógeno y están vinculados a determinados grupos urbanos, como el movimiento new age y el rave. En España están asociados a la ruta del bacalao⁴⁵.

Las drogas sintéticas o de diseño son el nuevo desafío para las autoridades de represión del mercado de drogas, pues en general son de fácil fabricación y circulación, lo que

favorece su difusión ilegal. Además, están desvinculadas de rituales religiosos como ocurría en la antigüedad con los alucinógenos naturales.

Las anfetaminas, al contrario que los alucinógenos, son relativamente nuevas. Son estimulantes que aumentan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerzan la vigilia, el estado de alerta y la atención y, a menudo, tienen potencial euforizante. La anfetamina es un derivado químico de la efedrina, sintetizado por primera vez en 1887 por el químico rumano L. Edeleano, quien llamó al compuesto fenilisopropilamina. El uso médico experimental de las anfetaminas comenzó en los años 1920. La droga sería utilizada desde entonces por los militares de varias naciones, especialmente de la fuerza aérea, para combatir la fatiga e incrementar la alerta entre las milicias⁴⁶.

La Segunda Guerra Mundial propició su administración a los soldados de forma masiva, con el objetivo de combatir la fatiga y mantenerlos alertas. Casi todos los ejércitos las utilizaron. Para que se tenga una idea, el ejército estadounidense distribuyó más de 180 millones de pastillas a sus combatientes⁴⁷. La anfetamina también ha sido utilizada como agente para mejorar el rendimiento, tanto físico (inaugurando el dopaje deportivo), como intelectual (dopaje cognitivo). La dispensación indiscriminada del producto, unida al desconocimiento público respecto de sus peligros potenciales y a la ausencia de un sistema idóneo de farmacovigilancia, desencadenó fenómenos de abuso y adicción. En 1971, la anfetamina fue sometida a control internacional en el marco de la Convención Internacional de Psicotrópicos.

Otra sustancia del mismo grupo es la metanfetamina (MDMA), también conocida como éxtasis. La metanfetamina es conocida por su reputación de estimulante adictivo. Como la anfetamina, esta droga incrementa la actividad, reduce el apetito y produce una sensación general de bienestar. El MDMA, tiene a sus espaldas un largo recorrido. En 1914 fue patentado en Alemania por los laboratorios Merck como supresor del apetito y en 1919 fue sintetizada en Japón, donde era utilizada para el asma. Sin embargo, sólo comenzó a comercializarse en 1938, con el nombre de Methedrina. Su uso medicinal nunca fue difundido, debido a los problemas colaterales generados por su consumo. Quedó relegado a fines experimentales en interrogatorios y psicoterapias⁴⁸. También tuvo un rol relevante en el campo militar, para aumentar el rendimiento de las tropas. Fue utilizada por combatientes de la guerra civil española y, luego, de forma muy generalizada, en la segunda guerra mundial. En Japón, se le ha atribuido la conducta temeraria de los kamikazes. Formaba parte del equipamiento de la infantería alemana de las Blitzkriegs, e integraba el uniforme de la Luftwaffe: en caso de sobrevivir a un accidente, el piloto podría subsistir unos 4 días prescindiendo de alimentos y descanso; sólo debía procurarse agua para evitar la deshidratación. En Inglaterra, fue entregada durante la guerra al ejército de Montgomery y a la fuerza aérea⁴⁹.

Los primeros consumos ilegales se detectaron durante los años 60 y 70 en el oeste de EE.UU., lo que propició su prohibición en 1985 en aquel país y posteriormente en los demás⁵⁰. Actualmente, se fabrica en laboratorios clandestinos usando procedimientos sencillos e ingredientes relativamente baratos, generalmente de fácil acceso. Estos factores se combinan para hacer de la metanfetamina una droga de gran circulación, cuyo abuso está muy extendido en Europa y Estados Unidos. La metanfetamina callejera también se conoce, incluso en países de habla hispana, como speed, meth o crank. La forma fumada de la droga suele llamarse ice, cristal o glass.

En este pequeño resumen de la difusión del consumo de las drogas se observa que son muchas las sustancias utilizadas y que también son grandes los problemas generados por el consumo masivo y abusivo.

La cruzada mundial contra las drogas

El consumo de drogas, aunque tuviera en sus comienzos una finalidad mágico-religiosa o médica, siempre fue observado como un fenómeno que podría convertirse en algo problemático si la sustancia era consumida con otros fines o de forma inadecuada. En Egipto fue encontrado un papiro, datado de 2000 a.C., que decía “Yo, tu superior, te prohíbo acudir a tabernas. Estás degradado como las bestias”. En otro papiro un padre advierte a su hijo: “Me dicen que abandonas el estudio, que vagas de calleja en calleja. La cerveza es la perdición de tu alma.⁵¹”

En la edad antigua en Europa, el empleo de sustancias curativas era considerado una afrenta a los poderes de Dios y la medicina no tenía el desarrollo suficiente para permitirse la experiencia con nuevos tratamientos. No era sin razón que la expectativa de vida no pasaba de los cuarenta.

En el Oriente próximo, alrededor del siglo VIII, Mahoma determinó azotar a un borracho por incumplir sus deberes, generando la prohibición futura del consumo de alcohol en todo el mundo islámico, pues su cuñado Alí forjó, después de su muerte, la sentencia de que: “El que bebe se emborracha, el que se emborracha hace disparates, el que hace disparates forja mentiras, y a quien forja mentiras debe aplicársele la pena”⁵². El Papa Inocencio VIII prohibió el uso de cannabis a los curadores en el año 1484, imponiendo que era un sacramento impío de rituales satánicos⁵³. El tabaco también tuvo sus momentos de prohibición absoluta. En Inglaterra, por ejemplo, fue prohibido en 1604 por el Rey Jacobo I, que lo definía como “espectáculo abominable para la vista, ofensa odiosa para el olfato, costumbre dañina para el cerebro y peligros para los pulmones”⁵⁴. La situación del consumo de alcohol comenzó a considerarse alarmante por parte de los médicos a finales del siglo XVIII, debido a un cambio en las pautas de conducta hacia la bebida, de los sectores más populares de la población asociado al proceso de industrialización que surgía en Europa. El impacto negativo que el ambiente de las tabernas y el consumo abusivo de bebidas alcohólicas tuvo sobre las familias obreras y sobre la salud – asociaban elementos tan negativos como enfermedad, ruina, agresividad o delito – pronto convirtió a la taberna en escenario prototípico del vicio y la perversión de las costumbres.⁵⁵

El opio y sus derivados (morfina y heroína), así como la cocaína también pasaron a ser vistos como un problema de salud pública a finales del siglo XIX, cuando sus efectos dañinos ya eran de conocimiento general.

Como se observa, las primeras críticas y prohibiciones tenían carácter religioso o moral. Sólo después surgieron algunas normas punitivas relativas a las drogas basadas en criterios médicos.

Con el abuso indiscriminado de las drogas para fines hedonistas a fines del siglo XIX, y debido a sus negativas consecuencias, se inició a nivel mundial una persecución más intensa al nuevo fenómeno. Según Escotado la movilización internacional prohibicionista ganó fuerza en Estados Unidos también a principios del siglo pasado. Preocupado por el gran número de adictos a las preparaciones opiáceas y a la morfina,

el Congreso americano creó un Comité para estudiar el problema. Sus conclusiones llevaron a los sectores conservadores y moralistas a encabezar una legislación represiva respecto al tema⁵⁶.

A principios del siglo XX (1909), Estados Unidos organizó en Shanghai una reunión internacional sobre el comercio de opio, con la finalidad de regular y dominar el mercado mundial de la sustancia. Sin embargo, las recomendaciones más importantes sólo pedían que “los gobiernos tomaran medidas para la gradual supresión del opio fumado” y que “las naciones no exportaran opio a naciones cuyas leyes prohibieran la importación”⁵⁷.

Entre 1911 y 1914 sucesivas Conferencias de La Haya⁵⁸, llevaron a 44 países a firmar el compromiso de “esforzarse” por controlar el tráfico interno de heroína y cocaína. Posteriormente, terminada la primera guerra mundial, se incorporó el Convenio de La Haya en el tratado de Versalles (1919), que fue firmado por casi todos los países⁵⁹.

Más tarde, durante el transcurso de la primera Asamblea de la Liga de las Naciones, en 19 de febrero de 1925, se suscribió la Segunda Convención Internacional sobre opio en Viena. En este convenio, además de restringir el tráfico del opio, morfina y cocaína, también se incluyó el cannabis como sustancia ilícita⁶⁰. El tabaco y el alcohol no entraron en la prohibición. Posteriores convenciones realizadas en Ginebra (1931 y 1936), introdujeron la petición de imponer severas penas para los traficantes de drogas ilícitas.

La creación de la Organización Mundial de Salud (OMS) en 1946 también contribuyó a la unificación de la visión del tema, Este período fue uno de los más tranquilos y la importancia del consumo de drogas se redujo a escala mundial⁶¹.

Con el objetivo de modernizar y unificar los tratados internacionales sobre sustancias restringidas, fue firmada en Nueva York, la Convención Única sobre estupefacientes de 1961. En este convenio se reconoce la necesidad de la utilización de las drogas con fines médicos y también la necesidad de controlar el uso de estas sustancias, debido a la gravedad de las toxicomanías en el orden personal del consumidor y de su peligro social para la humanidad. Es la primera vez que son listadas las sustancias prohibidas y de uso restringido⁶².

La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes estaba encaminada a limitar exclusivamente a fines médicos y científicos la producción, la distribución, la posesión, el uso y el comercio de drogas, y a obligar a los Estados partes a adoptar medidas especiales en relación con drogas concretas, como la heroína. En el Protocolo de 1972 de la Convención se hizo hincapié en la necesidad de que los toxicómanos recibieran tratamiento y rehabilitación. Hoy, son 183 los estados participantes de la convención⁶³.

Diez años después (1971), bajo los auspicios de Naciones Unidas y con el objetivo de actualizar las reglas al respecto y debido al nítido aumento del consumo mundial, fue celebrada en Viena la Conferencia sobre sustancias psicotrópicas. El convenio firmado en el encuentro dictaba normas tendentes a controlar y fiscalizar la producción y distribución de los fármacos. Además regulaba también el comercio internacional de las sustancias, establecía medidas de prevención al uso indebido, así como contra su tráfico

ilícito, entre otras providencias. Igualmente, elaboraba las listas de sustancias prohibidas o sometidas a control especial⁶⁴.

El Convenio sobre Sustancias psicotrópicas de 1971 estableció un sistema de fiscalización internacional de las sustancias psicotrópicas. Este tratado, aprobado en respuesta a la diversificación y expansión de la gama de drogas, introdujo también controles sobre ciertas drogas sintéticas.

Por fin, en 1988, se realizó en Viena la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Además de contener las listas de sustancias, nuevas y severas directrices con respecto del delito de tráfico de drogas, la nueva Convención innova al traer reglas con respecto del control de las sustancias precursoras y acerca del blanqueo de capitales.

Esa Convención es el marco principal de cooperación internacional en la lucha contra el tráfico de drogas, pues prevé la localización, el embargo preventivo y la confiscación de ingresos y propiedades procedentes del tráfico de drogas, la extradición de traficantes de drogas y la ejecución en el extranjero de trámites procesales en materia penal. Los Estados partes se comprometen a eliminar o reducir la demanda de drogas.

La más reciente iniciativa internacional acerca del tema ha sido la Asamblea General Extraordinaria de la ONU, sobre drogas, de 1998, en Nueva York. En ese encuentro fueron tratados seis puntos principales: reducción de la demanda; eliminación de cultivos; lavado de dinero; precursores químicos; drogas de síntesis; y cooperación judicial. Lo más destacable surgió justamente en la iniciativa de destinar esfuerzos en frenar el aumento de la demanda por drogas centrando la actuación de los gobiernos también en la prevención al consumo.

Debido a las iniciativas internacionales, gran parte de los países actualizó sus legislaciones internas en los últimos años para modernizar sus sistemas legales y adecuarlos a las nuevas directrices.

Como se observa del relato presentado el consumo de drogas es algo muy antiguo, pero el contexto, la frecuencia, los motivos y formas en que son consumidas han cambiado mucho. Por otro lado, la lucha contra la droga no es tan antigua y los resultados de las estrategias empleadas son todavía dudosos. Cabrá al futuro decir que camino debe ser recorrido.

José Theodoro Corrêa de Carvalho
Fiscal de Justicia en Brasil
theodoro@mpdft.gov.br

Notas

1 GANZENMÜLLER, C. y otros, Drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes, Barcelona, 1997, p. 14.

2 ESCUDERO MORATALLA J. F. y FRIGOLLA VALLINA J., Enfoque criminológico de la drogodependencia, cuadernos jurídicos n. 42, junio 1996, p. 19.

3 Eso se debe a la descubierta de pinturas rupestres encontradas en la cueva de la Araña, en Valencia, España, donde se ve unas mujeres recogiendo miel y almacenándole.

4 PASCUAL ARRIAZU, J. y RUBIO VALLADOLID, Gabriel (dir.), Historia General de las drogas, in Manual de drogodependencias para enfermería, Díaz de Santos, Madrid, 2002, p. 7.

5 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 32.

6 BARONA VILAR, J. L., op. cit., p. 3.

7 HODGSON, Barbara, Opio, un retrato del demonio celestial, Tuner, Madrid, 2004, p. 2.

8 HODGSON, Barbara, Opio, un retrato del demonio celestial, Tuner, Madrid, 2004, p. 13.

9 ESCOHOTADO, Antonio, Historia elemental de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 79.

10 PASCUAL ARRIAZU, J. y RUBIO VALLADOLID, Gabriel (dir.), Opiáceos – Historia, concepto y clasificación, en Manual de drogodependencias para enfermería, Díaz de Santos, Madrid, 2002, p. 105

11 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 63.

12 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 64.

13 PASCUAL ARRIAZU, J. y RUBIO VALLADOLID, Gabriel (dir.), Opiáceos – Historia, concepto y clasificación, in Manual de drogodependencias para enfermería, Díaz de Santos, Madrid, 2002, p. 106.

14 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 66.

15 PASCUAL ARRIAZU, J. y RUBIO VALLADOLID, Gabriel (dir.), Opiáceos – Historia, concepto y clasificación, in Manual de drogodependencias para enfermería, Díaz de Santos, Madrid, 2002, p. 107.

16 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 67.

17 ESCOHOTADO, Antonio, Historia elemental de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 92.

18 GAMELLA, Juan, Drogas: la lógica de lo endovenoso, Revista Claves de la razón práctica, n. 18, 1991, p 75 (72-80).

19 PASCUAL ARRIAZU, J. y RUBIO VALLADOLID, Gabriel (dir.), Historia General de las drogas, in Manual de drogodependencias para enfermería, Díaz de Santos, Madrid, 2002, p. 14.

- 20 ESCOHOTADO, Antonio, Historia elemental de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 16.
- 21 GROTHENHERMEN, Franjo y otros, Cannabis y cannabinoides, Castellarte, Sevilla, 2003, p. 72.
- 22 PASCUAL ARRIAZU, J. y RUBIO VALLADOLID, Gabriel (dir.), Historia General de las drogas, in Manual de drogodependencias para enfermería, Diaz de Santos, Madrid, 2002, p. 14.
- 23 ROSA MONTAÑO, Blanca, La marihuana (cannabis sativa), in Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas, Manual Moderno, México, 2001, p. 253.
- 24 PASCUAL PASTOR, F., Aproximación histórica de la Cocaína. De la Coca a la Cocaína, Revista del Encuentro nacional para profesionales. Cocaína. Aranjuez, 2002, p. 9.
- 25 CONYER TAPIA, Roberto, La cocaína, origen, botánica e historia, in Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas, Manual Moderno, México, 2001, p. 219.
- 26 PASCUAL PASTOR, F., Aproximación histórica de la Cocaína. De la Coca a la Cocaína, Revista del Encuentro nacional para profesionales. Cocaína. Aranjuez, 2002, p. 9.
- 27 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 81.
- 28 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 82.
- 29 ESCOHOTADO, Antonio, Historia elemental de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 93.
- 30 PASCUAL PASTOR, F., Aproximación histórica de la Cocaína. De la Coca a la Cocaína, Revista del Encuentro nacional para profesionales. Cocaína. Aranjuez, 2002, p. 10.
- 31 PASCUAL PASTOR, F., Aproximación histórica de la Cocaína. De la Coca a la Cocaína, Revista del Encuentro nacional para profesionales. Cocaína, Aranjuez, 2002, p. 12.
- 32 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 86.
- 33 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 88.
- 34 ALFONSO SANJUAN, Mario e IBAÑEZ LOPEZ, Pilar, Todo sobre las drogas legales e ilegales, Dykinson, Madrid, 1992, p. 398.
- 35 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 35.
- 36 CORTES BLANCO, Manuel, Tabaco: de panacea a epidemia en cinco siglos de historia, Revista Proyecto hombre, n. 43, Madrid, 2002, p. 20 (16-21).

- 37 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 35.
- 38 CORTES BLANCO, Manuel, Tabaco: de panacea a epidemia en cinco siglos de historia, Revista Proyecto hombre, n. 43, Madrid, 2002, p. 20 (16-21).
- 39 ESCOHOTADO, Antonio, Historia elemental de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 19.
- 40 MORO SÁNCHEZ, M. A., LIZASOAIN HERNÁNDEZ, I. , LADERO QUESADA, J. M., Xantinas y otros estimulantes, in Drogodependencias, Panamericana, Madrid, 1998, p. 186 (185-190).
- 41 COURTWRIGHT, David T., op. cit., p. 43.
- 42 ESCOHOTADO, Antonio, Historia Elemental de las drogas, Barcelona, 2005, p. 17.
- 43 ESCOHOTADO, Antonio, Historia Elemental de las drogas, Barcelona, 2005, p. 18.
- 44 GANZENMULLER, C. y otros, Delitos contra la salud pública, drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes, Barcelona, 1997, p. 214.
- 45 ESCOHOTADO, Antonio, Historia Elemental de las drogas, Barcelona, 2005, p. 184.
- 46 www.wikipedia.com
- 47 COURTWRIGHT, David T., Las drogas y la formación del mundo moderno, Paidós, Barcelona, 2002, p. 122.
- 48 GANZENMULLER, C. y otros, Delitos contra la salud pública, drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes, Barcelona, 1997, p. 234.
- 49 www.fad.es
- 50 ESCOHOTADO, Antonio, Historia Elemental de las drogas, Barcelona, 2005, p. 184.
- 51 ESCOHOTADO, Antonio, Historia elemental de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 20.
- 52 Apud ESCOHOTADO, Antonio, Historia elemental de las drogas, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 42.
- 53 GROTHENHERMEN, Franjo y otros, Cannabis y cannabinoides, Castellarte, Sevilla, 2003, p. 72.
- 54 ALFONSO SANJUAN, Mario e IBAÑEZ LOPEZ, Pilar, Todo sobre las drogas legales e ilegales, Dykinson, Madrid, 1992, p. 400.

55 BARONA VILAR, J. L., op. cit., p. 4.

56 ESCOHOTADO, Antonio, La creación del problema, in Revista Española de investigaciones sociológicas, nº 34, abril-junio de 1986, p. 26.

57 SEQUEROS SAZATORNIL, Fernando, El tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico, Madrid, 2000, p. 849.

58 La más importante generó el Convenio de La Haya, de 23 de enero de 1912.

59 ESCOHOTADO, Antonio, La creación del problema, in Revista Española de investigaciones sociológicas, nº 34, abril-junio de 1986, p. 27

60 SEQUEROS SAZATORNIL, Fernando, El tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico, Madrid, 2000, p. 04.

61 XABIER ARANA (coord.) y otros, Globalización y drogas, Madrid, 2003, p. 33.

62 La Convención Única de Nueva York (1961) fue actualizada en 1972 (Ginebra).

63 Informe 2005 de la JIFE de Naciones Unidas, Viena, 2006, p. 13.

64 SEQUEROS SAZATORNIL, Fernando, El tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico, Madrid, 2000, p. 10.