أولاً- الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدّرات: التاريخ والإنجازات والتحديات

١- يركّز هذا الفصل على الأصول التي نشأت منها المراقبة الدولية للمخدّرات، وخصوصا كيف تطوّرت خلال القرن العشرين. ويتضمن الفصل أيضا مناقشة للتحديات التي تواجه المجتمع الدولي حاليا في تطبيق الاتفاقيات، وكيفية استجابة الحكومات لها، وما هي الإجراءات الأخرى التي قد ترغب في أن تتخذها.

٢- وينظر الفصل إلى التطوّر التاريخي للمراقبة الدولية للمخدّرات من منظور عالَم متزايد العولمة، على مدى قرن شهد نموا ضخما وتحوّلا في التجارة والشؤون المالية والنقل والاتصالات. وقد أسهم سقوط الحواجز التي تعترض التجارة والاتصالات إسهاما كبيرا في التنمية البشرية، وجلب فوائد هائلة للمجتمع، ولكن هذه الفوائد تُوزّع توزيعا متفاوتا. وأدى الفقر وعدم المساواة الاقتصادية، وشح الموارد الحيوية، والصراعات، والتدهور البيئي وتغير المناخ، إلى نشوء توترات جديدة، وكانت أكثر قطاعات المجتمع ضعفا هي الأشد تضرّرا. وخلقت هذه العوامل بدورها تحديات جديدة لتنفيذ المراقبة الدولية للمخدّرات.

٣- ويدخل بعض التحديات التي تناقش في هذا الفصل في نطاق الاختصاص الصريح للاتفاقيات؛ وكانت تحديات أخرى غير متوقعة في الوقت الذي كانت توضع فيه الاتفاقيات، ولكنها تؤثر على قدرة الحكومات على تنفيذ الاتفاقيات. ومن هذه التحديات ما يلي:

(أ) التحديات المتصلة بالصحة: كيفية ضمان التوافر الكافي للعقاقير المخدّرة والمؤثّرات العقلية لتلبية الاحتياجات الطبية والعلمية الخاصة بتخفيف الآلام وبالعلاج من المشاكل الصحية المرتبطة بالمخدّرات؛

(ب) التحديات القانونية: كيفية التعامل مع اختلاف التفسيرات واختلاف تنفيذ الاتفاقيات؛

(ج) تحدي الوقاية من تعاطي المخدّرات: كيفية تحديد ونشر البرامج وأفضل الممارسات الموثوقة التي تردع الشباب وغيرهم من قطاعات المجتمع القابلة للتأثر عن تجريب المخدّرات؛

(د) تحدي العولمة: كيفية التعامل مع تكاليف العولمة وفوائدها في إطار نظام المراقبة الدولية للمخدّرات.

ألف- التاريخ

٤- تطوّرت مراقبة المخدّرات خلال عملية طويلة من التغير والحركة على الصعيد العالمي. فقد أنشأت مؤتمرات وستفاليا (١٦٤٨) وأوتريخت (١٧١٣) وفيينا (١٨١٤-١٨١٥) سلسلة من القواعد الدولية، مثل المساواة القانونية بين جميع الدول، ومبدأ أن لكل دولة السيادة داخل أراضيها. كما ظهر توافق في الآراء بشأن الحاجة إلى توازن للقوى. وأدى نمو مجموعة من القوانين الدولية ونمو الدبلوماسية إلى تشكيل عصبة الأمم، وفي نهاية المطاف الأمم المتحدة. وفي الوقت نفسه، أُنشئت تدريجيا مؤسسات دولية للتعاون المالي والتجاري، معززة بنمو التجارة في السلع المصنّعة وبالتوسّع والحراك المتزايدين لرأس المال الخاص.

٥- وفرضت ضوابط على تجارة الأفيون في السنوات الأولى من القرن العشرين بسبب التقاء استثنائي في المصالح بين ثلاث دول هامة في ذلك الوقت. فقد كانت لدى كل من الصين وبريطانيا العظمى والولايات المتحدة الأمريكية أسباب مختلفة للرغبة في كبح تجارة الأفيون. فحكومة الصين، التي طالما قاومت استيراد الأفيون من الهند من جانب البريطانيين، بدأت حملة مجددة ضد تدخين الأفيون وإنتاجه على الصعيد المحلي. وكانت حكومة الولايات المتحدة تود استحداث قوانين لمكافحة تدخين الأفيون في إقليمها وفي المنازل لوضع

حد لتهريب الأفيون من الفلبين (التي كانت قد احتلتها في عام ١٨٩٨). وفي بريطانيا العظمى، كانت الحكومة الليبرالية المنتخبة حديثا، والمدعومة بقوة من حركة مكافحة الأفيون التي كانت تعمل بإيحاء من الكنيسة، قد شرعت في نقض السياسات المؤيدة لتجارة الأفيون التي انتهجتها الحكومات السابقة. وجمع ذلك الزخم ١٣ دولة معا لمناقشة المراقبة الدولية للمخدّرات للمرة الأولى في اللجنة الدولية المعنية بالأفيون، التي اجتمعت في شنغهاي، الصين، في شباط/فبراير ١٩٠٩. وبعد ثلاث سنوات، جُسِّدت التوصيات الصادرة في شنغهاي في أول معاهدة ملزمة قانونا ومتعددة الأطراف من نوعها، وهي اتفاقية الأفيون الدولية الموقع عليها في لاهاي في ٢٣ كانون الثاني/يناير عام ١٩١٢.[١]

٦- وافقت الأطراف في اتفاقية عام ١٩١٢ على مراقبة إنتاج الأفيون وتوزيعه وعلى فرض قيود على تصنيع عقاقير معينة وتوزيعها؛ وفُرض نظام إلزامي لحفظ السجلات. وكُرس في القانون الدولي لأول مرة مبدأ قصر استعمال المخدّرات على الأغراض الطبية والعلمية وحدها. وأصرّت ألمانيا، بدعم من البرتغال وفرنسا، على أن جميع الدول ينبغي أن تصدّق على اتفاقية عام ١٩١٢ قبل أن يتسنى دخول الاتفاقية حيز النفاذ، غير أن التأخير الذي نتج عن ذلك ترتب عليه أن الاتفاقية لم تدخل حيز النفاذ إلا بعد الحرب العالمية الأولى، عندما أُدرج التصديق عليها في معاهدة فرساي لعام ١٩١٩.

٧- وفي عام ١٩٢٠، دخلت المراقبة الدولية للمخدّرات تحت رعاية عصبة الأمم، وسُنت سلسلة أخرى من المعاهدات الدولية لمراقبة المخدّرات. وقد استحدثت اتفاقية الأفيون الدولية، التي وُقع عليها في جنيف في ١٩ شباط/فبراير ١٩٢٥،[٢] العديد من الأحكام التي أدرجت لاحقا في الاتفاقية الوحيدة للمخدّرات لسنة ١٩٦١،[٣] مثل تقديم الإحصاءات عن الإنتاج والمخزونات من الأفيون وورقة الكوكا، ونظام شهادات الاستيراد وأذون التصدير للتجارة الدولية المشروعة في المخدّرات الخاضعة للمراقبة، وفرض ضوابط على "القنّب الهندي"، وهو الاسم الذي كان يطلق على القنّب. أما اتفاقية الحد من صنع المخدّرات وضبط توزيعها، التي وقع عليها في جنيف في ١٣ تموز/يوليه ١٩٣١،[٤] فقد نصت على أن يكون صنع المخدّرات على نطاق العالم مقتصرا على الكميات اللازمة للأغراض الطبية والعلمية، وذلك من خلال استحداث نظام تقديرات إلزامي. وكانت اتفاقية قمع الاتجار غير المشروع بالعقاقير الخطرة لعام ١٩٣٦،[٥] التي وقع عليها في جنيف، المعاهدة الأولى التي استهدفت الاتجار الدولي بالمخدّرات صراحة، ولكن لم يُوقّع عليها سوى ١٣ بلدا، وكان تأثيرها محدودا لأن نفاذها بدأ في عام ١٩٣٩، مع بداية الحرب العالمية الثانية. واستحدث بروتوكول تحديد وتنظيم زراعة جنبة الخشخاش وإنتاج الأفيون والاتجار به دوليا وبالجملة واستهلاكه،[٦] المحرر في نيويورك في ٢٣ حزيران/يونيه ١٩٥٣ تحت رعاية الأمم المتحدة، أحكاما صارمة بشأن استهلاك الأفيون الخام وإنتاجه وتصديره وتخزينه، لكنه لم يدخل حيز النفاذ إلا بعد التوقيع على اتفاقية سنة ١٩٦١، التي حلت محله.

٨- وكانت وظيفة اتفاقية سنة ١٩٦١ هي دمج جميع المعاهدات المتعددة الأطراف القائمة في مجال المخدّرات، بغية تبسيط آليات مراقبة المخدّرات وتمديد نظام المراقبة القائم ليشمل زراعة النباتات التي تزرع كمادة خام للمخدّرات. وكان هدفها، كما هو الحال مع المعاهدات السابقة، هو

(1) عصبة الأمم، مجموعة المعاهدات، المجلد الثامن، الرقم ٢٢٢.

(2) المرجع نفسه، المجلد الحادي والثمانون، الرقم ١٨٤٥.

(3) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٥٢٠، الرقم ٧٥١٥.

(4) عصبة الأمم، مجموعة المعاهدات، المجلد ١٣٩، الرقم ٣٢١٩.

(5) المرجع نفسه، المجلد ١٩٨، الرقم ٤٦٤٨.

(6) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ٤٥٦، الرقم ٦٥٥٥.

ضمان توفير إمدادات كافية من العقاقير المخدّرة لكي تستخدم في الأغراض الطبية والعلمية، وحظر كل استهلاك غير طبي لتلك العقاقير ومنع تسريبها إلى السوق غير المشروعة. ودعا بروتوكول سنة ١٩٧٢ المعدِّل للاتفاقية الوحيدة للمخدّرات لسنة ١٩٦١[٧] إلى بذل مزيد من الجهود لمنع إنتاج المخدّرات والاتجار بها واستعمالها بصفة غير مشروعة وإلى توفير خدمات العلاج وإعادة التأهيل لمتعاطي المخدّرات.

٩- وخلال الخمسينات بدأت تظهر شواغل بشأن تعاطي الأمفيتامين والباربتيورات والإفراط في الوصف الطبي للمهدئات والمهلوسات. وناقشت هذه المسائل منظمة الصحة العالمية ولجنة المخدّرات ابتداء من أوائل الستينات. وفي حين كان هناك اتفاق على الحاجة إلى إخضاع هذه المواد للمزيد من المراقبة، كان هناك خلاف حول ما إن كان ينبغي إخضاعها للمراقبة في إطار اتفاقية سنة ١٩٦١ أم إنشاء معاهدة جديدة. وكانت هناك مخاوف من تمييع أثر اتفاقية سنة ١٩٦١ وصرف الأطراف المحتملين عن التصديق على تلك الاتفاقية بإضافة عدد كبير من المواد إلى قائمة العقاقير الخاضعة للمراقبة. وعلاوة على ذلك، كان العديد من المواد التي يلزم إخضاعها للمراقبة مضمّنا في مستحضرات صيدلانية توصف طبيا على نطاق واسع للغاية. وكانت مسألة الآثار المسببة للارتهان الناجمة عن المهلوسات قيد المناقشة أيضا.

١٠- وتناولت اتفاقية المؤثّرات العقلية لسنة ١٩٧١[٨] مجموعة من المواد أكثر تباينا من تلك التي تناولتها اتفاقية سنة ١٩٦١، كما أن طريقة إدراج المواد في الجداول كانت مختلفة. ففي اتفاقية سنة ١٩٧١، كما في اتفاقية سنة ١٩٦١، صُنفت المواد في أربعة جداول وفقا لاستخدامها العلاجي المحتمل وقابليتها لإساءة الاستعمال؛ غير أن ما يسمّى "مفهوم المماثَلة" الوارد في المادة ٣ من اتفاقية سنة ١٩٦١ - ومفاده أن كل مادة جديدة "قد تؤدي إلى إساءة الاستعمال وتُحدث آثارا ضارة مماثلة" لآثار المخدّرات الخاضعة بالفعل للمراقبة بموجب الاتفاقية تُخضَع لنفس الدرجة من المراقبة التي تخضع لها تلك المواد - لم يرد في اتفاقية سنة ١٩٧١. وأدى ذلك إلى المزيد من التعقيد في إجراءات التقييم وإلى حالات تأخير في الإدراج في الجداول، كما لاحظت في الماضي الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات.[٩] وأساسا كانت المخدّرات - في إطار اتفاقية سنة ١٩٦١ - تعتبر خطرة إلى أن يثبت أنها ليست كذلك؛ أما المؤثّرات العقلية فتظل غير خاضعة للمراقبة ما لم تفد منظمة الصحة العالمية بأن هناك "أدلة قوية" على أنها يحتمل أن يساء استعمالها أو أنها تمثل مشكلة تتعلق بالصحة العامة ومشكلة اجتماعية بما يبرر إخضاعها للمراقبة الدولية.[١٠] واستُبعد نظام التقديرات من اتفاقية سنة ١٩٧١ مراعاة لمصالح الدول الصانعة للمستحضرات الصيدلانية، وإن عولجت هذه الثغرة والعديد من الثغرات لاحقا من خلال توصيات قدمتها الهيئة واعتمدها المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراراته. وترتب على بطء معدل الانضمام إلى اتفاقية سنة ١٩٧١ أنها استغرقت قرابة ستة أعوام، بعد فتح باب التوقيع عليها، لتدخل حيّز النفاذ، مقارنة بأقل من أربع سنوات لاتفاقية سنة ١٩٦١.

١١- وتتضمن ترتيبات الإدراج في الجداول في كل من اتفاقية سنة ١٩٦١ واتفاقية سنة ١٩٧١ تناقضات من

(7) المرجع نفسه، المجلد ٩٧٦، الرقم ١٤١٥١.

(8) المرجع نفسه، المجلد ١٠١٩، الرقم ١٤٩٥٦.

(9) *Effectiveness of the International Drug Control Treaties: Supplement to the Report of the International Narcotics Control Board for 1994* (United Nations publication, Sales No. E.95.XI.5), para. 65.

(10) István Bayer, "Genesis and development of the international control of psychotropic substances", paper prepared for the National Institute on Drug Abuse, United States of America, 1989, pp. 42-43.

المنظور العلمي. فالقنّب وراتينج القنّب مخدّران، في حين أن بعض مكوناهما الفعالة مؤثّرات عقلية وتخضع لنظام مراقبة أضعف. وورقة الكوكا والكوكايين كلاهما مخدّر ولكن المواد الأمفيتامينية التي لها آثار منبهة مماثلة هي مؤثّرات عقلية. ولا تخضع أي مادة نباتية للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١؛ ومن ثم فإن مادتي القات والإيفيدرا الخام تظلان غير خاضعتين للمراقبة، في حين أن مادتي الكاثينون والإيفيدرين المشتقتين منهما خاضعتان للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٧١ واتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الاتجار غير المشروع في المخدّرات والمؤثّرات العقلية لسنة ١٩٨٨،[١١] على التوالي.

١٢- وقد اعتبرت اتفاقية سنة ١٩٨٨ ضرورية بسبب تزايد الجريمة المنظمة عبر الوطنية والاتجار بالمخدّرات، والصعوبات في ملاحقة المتورطين في الجرائم المتصلة بالمخدّرات وغسل الأموال على الصعيد الدولي، وهما قضيتان لم تتناولهما اتفاقية سنة ١٩٦١ واتفاقية سنة ١٩٧١ بأي تفصيل. وكانت أهداف اتفاقية سنة ١٩٨٨ هي توحيد تعريف ونطاق جرائم المخدّرات على الصعيد العالمي؛ وتحسين وتعزيز التعاون والتنسيق على الصعيد الدولي بين السلطات ذات الصلة؛ وتزويد تلك السلطات بالوسائل القانونية اللازمة لحظر الاتجار الدولي بالمخدّرات على نحو أكثر فعالية. وتتميز اتفاقية سنة ١٩٨٨، مقارنة بالاتفاقيتين الأخريين، بأنها صك قانوني أكثر عملية وأكثر مباشرة، يتضمن توصيات محددة بشأن استخدام تقنيات إنفاذ القوانين. وقد دخلت الاتفاقية حيز النفاذ بعد أقل من عامين من فتح باب التوقيع عليها.

باء- الإنجازات

١٣- يمكن أن يعتبر نظام المراقبة الدولية للمخدّرات والمؤثّرات العقلية من أهم إنجازات القرن العشرين في مجال التعاون الدولي. فأكثر من ٩٥ في المائة من الدول الأعضاء في الأمم المتحدة (تمثل ٩٩ في المائة من سكان العالم) أطراف في الاتفاقيات الثلاث. وقد ازداد عدد المواد الخاضعة للمراقبة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١ واتفاقية سنة ١٩٧١ ازديادا مطّردا بمرور السنوات، ويخضع الآن للمراقبة الدولية ١١٩ عقارا مخدّرا و١١٦ مؤثّرا عقليا. وفي الوقت نفسه، ازداد الطلب على المخدّرات والمؤثّرات العقلية ازديادا هائلا. فعلى سبيل المثال، ارتفع الاستهلاك العالمي للمورفين من أقل من خمسة أطنان في عام ١٩٨٧ إلى ٣٩,٢ طنا في عام ٢٠٠٧.[١٢] وبالرغم من ذلك، لم يُبلغ خلال عام ٢٠٠٧ عن أي حالات تتعلق بتسريب المخدّرات من التجارة الدولية، ولم تكتشف منذ عام ١٩٩٠ أي حالات تتعلق بتسريب المؤثّرات العقلية المدرجة في الجدولين الأول أو الثاني من التجارة الدولية،[١٣] رغم أن الإفراط في تحرير الوصفات الطبية والسرقة والتسريب ما زالت تحدث على الصعيد المحلي.

١٤- وكانت اتفاقية عام ١٩٧١ أقل نجاحا في البداية، للأسباب المبيّنة أعلاه، ولأن غالبية المؤثّرات العقلية هي عناصر أساسية لعقاقير تُصرَف بوصفات طبية وتُستَهلك على نطاق واسع. بيد أن التحسينات في إجراءات المراقبة، الناجمة عن قرارات المجلس الاقتصادي والاجتماعي، نجحت في الحيلولة دون تسريب المواد المدرجة في الجدولين الثالث أو الرابع من

(11) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ١٥٨٢، الرقم ٢٧٦٢٧.

(12) *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2009; Statistics for 2007* (United Nations publication, Sales No. E/F/S.09.XI.2).

(13) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات لعام ٢٠٠٧ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.08.XI.1)، الفقرتان ٧٧ و١٠٧.

التجارة الدولية. وأدّت تلك القرارات أيضا إلى تحسين ممارسات تحرير الوصفات الطبية، وخاصة فيما يتعلق بالمواد الباربيتوراتية وغيرها من المنوّمات، في حين أن المادة ١٣ من اتفاقية سنة ١٩٧١ زوّدت الأطراف بأساس قانوني للتعاون واتخاذ الإجراءات على الصعيد الثنائي والمتعددة الأطراف لمكافحة التسريب. ويسّرت اتفاقية سنة ١٩٨٨ تنفيذ تدابير مثل التعاون القضائي وتسليم المجرمين، وعمليات التسليم المراقب، وتدابير مكافحة غسل الأموال. كما أنها ألزمت الدول بمكافحة ورصد سلائف ومواد كيميائية ومذيبات معيّنة يكثر استخدامها في صنع المخدّرات غير المشروع، ويسّرت الاتصال بين السلطات الحكومية لكشف الصفقات المريبة ومنع التسريب.

١٥- وكما أفاد مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدّرات والجريمة في عام ٢٠٠٨ فقد أحرز تقدم نحو تحقيق الأهداف التي حدّدتها الجمعية العامة في عام ١٩٩٨ في دورتها الاستثنائية العشرين. وقد انخفض في الفترة ١٩٩٨-٢٠٠٧ عدد البلدان المتأثرة بزراعة محاصيل المخدّرات غير المشروعة؛ غير أن المشاكل أصبحت أكثر حدة بالنسبة للسكان ككل في الأماكن التي تستمر فيها تلك الزراعة. ومن الأمثلة الرئيسية على ذلك أفغانستان، حيث يتزايد تجهيز الهيروين أو المورفين من الأفيون، وحيث حدث تصاعد في زراعة القنّب. وليست مشاكل أفغانستان ناجمة عن زراعة محاصيل المخدّرات غير المشروعة ولكن تلك الزراعة تزيد من تفاقمها في نواح كثيرة، وتمثل هذه المشاكل جزءا من دوامة الصراع وعدم الاستقرار التي ثبت أن من الصعب القضاء عليها. وقد حدت المشاكل الأمنية المستمرة، إلى جانب ضعف البنيات التحتية للنقل، والفساد، وعدم وجود أسواق ناجحة للمنتجات البديلة، من فرص التنمية الاقتصادية البديلة المستدامة.

١٦- وكان التقدم بطيئا أيضا في أجزاء من أوقيانوسيا. فلم تنضم جميع الدول في تلك المنطقة إلى الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدّرات. وأفريقيا هي المنطقة التي أحرزت أقل تقدم على مدى فترة السنوات العشر ١٩٩٨-٢٠٠٧. ففي تلك المنطقة أدت سلسلة من التطوّرات المعقدة، التي تشمل عدم الاستقرار السياسي، وضعف قدرات الرصد، والتدهور البيئي، والتخلف الاقتصادي، والمثالب الناتجة من الإعانات التي تقدمها البلدان المتقدمة إلى أسواقها المحلية للسلع الزراعية والأساسية، إلى انخفاض مستوى التنفيذ في جميع مجالات مراقبة المخدّرات.

جيم- التحديات

١- التحديات الصحية

١٧- تُرغم الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدّرات، مدعومة بالإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدّرات،[١٤] الأطراف فيها على الالتزام باتخاذ خطوات لحماية صحة ورفاه سكانها. ويجب على الحكومات ضمان توفير العقاقير المخدّرة والمؤثّرات العقلية للأغراض الطبية والعلمية؛ ويجب أن تتخذ جميع التدابير الممكنة عمليا لمنع تعاطي المخدّرات وخفضه أو القضاء عليه؛ وأن توفر خدمات لعلاج متعاطي المخدّرات وإعادة تأهيلهم؛ وأن تضع تدابير فعالة للحد من الآثار الصحية والاجتماعية السلبية لتعاطي المخدّرات. ويشكّل الوفاء بتلك الالتزامات تحديا كبيرا لجميع الحكومات، لكنه صعب بصفة خاصة على البلدان الأقل نموا، التي كثيرا ما تناضل حكوماتها لتوفير الرعاية الصحية الأولية لسكانها.

١٨- وعندما وُضعت اتفاقية سنة ١٩٦١ واتفاقية سنة ١٩٧١، لم يكن قد تم التعرف على فيروس نقص المناعة البشرية (فيروس الأيدز) ولا فيروس التهاب الكبد الوبائي من

(14) يبيّن الإعلان، الذي اعتمدته الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية العشرين المعقودة في عام ١٩٩٨ (مرفق قرار الجمعية العامة د إ-٣/٢٠)، السياسات والاستراتيجيات ذات الأولوية الرامية إلى خفض الطلب على المخدّرات على نطاق العالم.

النوع جيم، كما لا توجد أي إشارة في هاتين الاتفاقيتين إلى مشكلة أنواع العدوى التي تنتقل عن طريق الدم والمرتبطة بتعاطي المخدّرات عن طريق الحقن. ولم تتبين السلطات الصحية الدولية هذه الصلة إلا في منتصف الثمانينات. وبعد ذلك شُجّعت الحكومات على توسيع القدرات العلاجية وعلى اتخاذ تدابير للحد من انتقال الأمراض المنقولة بالدم، بغية التصدي لهذه المشكلة.[١٥] ولا تشير اتفاقية سنة ١٩٨٨، التي هي في المقام الأول معاهدة قانون جنائي دولي، إلا إشارات عامة إلى القضايا الصحية، حيث تُلزم الأطراف باتخاذ التدابير الملائمة للقضاء على الطلب غير المشروع على المخدّرات والمؤثّرات العقلية أو التقليل منه، بغية التخفيف من المعاناة البشرية (الفقرة ٤ من المادة ١٤). وفي منتصف الثمانينات، اعتبرت بعض الحكومات، التي واجهت مشاكل متزايدة تتعلق بتعاطي المخدّرات عن طريق الحقن، أن "الحد من الضرر" يمثل علاجا عمليا لهذه المشاكل، إن لم يكن حلا لها، وبدأت اتخاذ تدابير لمواجهة هذا التحدي.[١٦] ولم يتم حتى عام ١٩٩٨، عندما اعتُمد الإعلان الخاص بالمبادئ التوجيهية لخفض الطلب على المخدّرات، استحداث مبادئ توجيهية سياساتية دولية محددة لخفض الطلب على المخدّرات والحد مما لتعاطي المخدّرات من آثار ضارة على الأفراد والمجتمع.

١٩- ونشأت تحديات إضافية من تصاعد تكلفة الرعاية الصحية في البلدان المتقدمة النمو والنامية. وقد تأثرت البلدان النامية، بوجه خاص، بالإيدز وفيروسه، المرتبطين بدورهما بعودة مرض السل، وما زال كثير من أنحاء العالم يعاني من الملاريا. وفي البلدان المتقدمة النمو، وبسبب شيخوخة الهرم السكاني، مع انخفاض معدلات الولادة، أصبحت نسبة السكان القادرين على العمل أقل من نسبة المتقاعدين من السكان، الأمر الذي يسبب مشاكل في تمويل الرعاية الصحية. كما أن انتشار اللجوء إلى ما يسمى "عقاقير تحسين أسلوب الحياة"، المرتبط بالسمنة والأداء الجنسي والحالات المرضية المتصلة بالتوتر، تسبب مشاكل صحية في كثير من المناطق. ويتزايد لجوء الأفراد في جميع مجالات الحياة إلى العقاقير، سواء التي يُحصل عليها بوصفة طبية أم بصفة غير مشروعة، كمسكّن إزاء مشاكل العالم الحديث.

٢٠- والهدف الرئيسي من اتفاقيتي سنة ١٩٦١ وسنة ١٩٧١ هو ضمان توافر العقاقير الخاضعة للمراقبة لتلبية الأغراض الطبية والعلمية، ومنع الاستعمال غير الطبي لهذه العقاقير. وتعتبر منظمة الصحة العالمية الحصول على عقاقير مخدّرة مثل المورفين والكوديين، المدرجين كلاهما على القائمة النموذجية للأدوية الأساسية للمنظمة المذكورة، حقا من حقوق الإنسان المبيّنة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (مرفق قرار الجمعية العامة ٢٢٠٠ ألف (د-٢١)).[١٧] ومع ذلك، تفيد منظمة الصحة العالمية بأن فرص الحصول على الأدوية الخاضعة للمراقبة معدومة أو شبه معدومة في أكثر من ١٥٠ دولة من أصل ١٩٣ دولة عضوا في تلك المنظمة، في حين أن ما يقرب من ٩٠ في المائة من الأدوية الخاضعة

(15) تقرير المؤتمر الدولي المعني بإساءة استعمال العقاقير والاتجار غير المشروع بها، فيينا، ١٧-٢٦ حزيران/يونيه ١٩٨٧ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.87.I.18)، الفصل الأول، الباب ألف، "المخطط الشامل المتعدد التخصصات للأنشطة المقبلة في ميدان مكافحة إساءة استعمال العقاقير"، الهدف ٣٣، الفقرة ٣٨٩.

(16) لا يوجد تعريف متفق عليه عالميا للحد من الضرر؛ ولكنه عموما يعتبر أنه يعني طائفة من التدابير والسياسات العملية الهادفة إلى الحد من الآثار السلبية لتعاطي المخدّرات، والتي لا تشمل بالضرورة الامتناع عن تعاطيها. وتعتقد الهيئة أن الهدف من أي برنامج للوقاية من تعاطي المخدّرات ينبغي أن يكون الامتناع عن تعاطيها.

(17) "التعليق العام رقم ١٤ (٢٠٠٠): الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه (المادة ١٢ من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)"، (E/C.12/2000/4، ١١ آب/أغسطس ٢٠٠٠)، الفقرة ١٧.

للمراقبة تستهلك في أوروبا وأمريكا الشمالية. ويقدّر، بهامش كبير من عدم اليقين، أنه ربما كان هناك سنويا ٨٦ مليون شخص يعانون من آلام متوسطة الشدّة أو شديدة غير معالجة.[١٨]

٢١- وتشعر الهيئة منذ أمد طويل بالقلق من أنه، على الرغم من وجود إمدادات وفيرة من المواد الخام الأفيونية لتلبية الاحتياجات العالمية، لا تكفل حكومات عديدة توسيع نطاق توافر الأدوية الأساسية التي تُستخرج من تلك المواد.[١٩] وحتى في البلدان التي تزرع المواد الخام التي تُستخرج منها هذه الأدوية، قد لا يتاح الحصول على مسكنات الآلام المناسبة سوى لأقل من واحد في المائة من السكان.

٢٢- وأسباب ذلك متنوّعة ومعقّدة، وقد تتعلق بالتقاليد الثقافية الراسخة. ففي كثير من البلدان، لا توفر كليات الطب سوى القليل من التدريب على الأساليب الطبية لتسكين الآلام أو لا تقدم أي تدريب عليها؛ كما أن القيود المشدّدة والإجراءات الإدارية المفرطة تحول دون قيام الأطباء بوصف شبائه الأفيون، ولا تزال المخاوف قائمة لدى المرضى ولدى مسؤولي العيادات الطبية والمستشفيات على السواء فيما يتعلق باحتمال أن تسبب شبائه الأفيون الإدمان – وهو احتمال لا يستند، إلى حد بعيد، إلى أساس عندما تُعطى تلك المواد تحت إشراف طبي لعلاج الآلام المبرحة وغير المبرحة.[٢٠]

٢٣- وبغية التعامل مع هذا التحدي بفعالية أكبر، قام كل من جمعية الصحة العالمية في قرارها ٥٨-٢٢، والمجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٢٥/٢٠٠٥، في عام ٢٠٠٥، بدعوة منظمة الصحة العالمية إلى تحسين فرص الحصول على المسكنات شبه الأفيونية. وأدى ذلك إلى استحداث برنامج الحصول على العلاجات الخاضعة للمراقبة، وهو مبادرة تشارك فيها الهيئة مشاركة نشطة. وتوجه الهيئة الانتباه إلى هذه المشاكل منذ عدة سنوات، وسوف تواصل الترويج لذلك البرنامج. وتدعو الهيئة الحكومات إلى تقديم المزيد من الدعم له.

٢٤- وبالإضافة إلى تحسين فرص الحصول على المواد شبه الأفيونية المخففة للآلام، تواجه الحكومات التحدي المتمثل في ضمان إمدادات كافية من المواد الخاضعة للمراقبة لتلبية الطلب المتزايد على العلاج الإبدالي بالمواد شبه الأفيونية، وفي الوقت نفسه منع تسريب تلك المواد للأغراض غير المشروعة. وشدّد المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٤٠/٢٠٠٤ على أن المعالجة الدوائية مع المساعدة النفسية الاجتماعية هي أحد الخيارات العلاجية المتاحة لتحسين الصحة والرفاه الاجتماعي والأداء الاجتماعي للمرتهنين للمواد ذات المفعول الأفيوني ولمنع انتقال فيروس الأيدز والأمراض الأخرى المنقولة بالدم. وهذا العلاج مرتبط أيضا بخفض التعاطي غير المشروع للمواد شبه الأفيونية، والنشاط الإجرامي، وعدد الوفيات الناجمة عن الجرعات الزائدة.[٢١]

٢٥- وتسلم الهيئة بالتحدي المتمثل في منع انتقال فيروس الأيدز بين من يتعاطون المخدّرات بالحقن، وتدرك وجود

(18) World Health Organization, *Access to Controlled Medications Programme: Biennial Report 2006-2007* (Geneva, 2008), pp. 1-2.

(19) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات لعام ١٩٩٩ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.00.XI.1)، الفقرتان ٣٠ و٤٠.

(20) World Health Organization, "Briefing note: Access to Controlled Medications Programme", March 2007.

(21) World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and United Nations Office on Drugs and Crime, "Policy brief: reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment", Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use series (WHO/HIV/2004.04).

مجموعة من طرائق العلاج، منها استخدام العلاج الإبدالي في معالجة تعاطي المخدّرات. غير أن العقاقير البديلة ينبغي ألا تُقدَّم إلا في إطار برنامج علاجي مراقب طبيا ويهدف إلى الامتناع عن تناول هذه العقاقير في نهاية المطاف، كما ينبغي أن يكون مقترنا بتدابير كافية لمنع إساءة استعمالها وتسريبها.

٢- التحديات القانونية

٢٦- ليست الاتفاقيات الدولية الثلاث لمراقبة المخدّرات ذاتية التنفيذ، كغيرها من المعاهدات الدولية، ولا بد من إدراج أحكامها في القانون الداخلي بموجب قوانين اشتراعية. بيد أن هناك مبدأ من مبادئ القانون الدولي مفاده أن لكل دولة الصلاحية الحصرية لتعريف الجرائم على أراضيها. وتنص بعض أحكام الاتفاقيات الدولية نصا قاطعا على أن الأطراف "تقدم ..." أو "توفر ...". وتتضمن اتفاقيات أخرى ما يسمى شرطا وقائيا هو: "مع إيلاء المراعاة الواجبة لنظمها الدستورية والقانونية والإدارية، ...."، أو "رهنا بمبادئها الدستورية والمفاهيم الأساسية لنظامها القانوني ...".

٢٧- وقد تؤدي عملية إدراج الالتزامات القانونية الدولية في الإطار الوطني إلى تباينات بين الأحكام القانونية الوطنية والمعايير الدولية، وقد تؤثر فيها الاعتبارات السياسية أيضا. وتسلم الهيئة بالاحترام الذي تحظى به النظم القانونية الوطنية في إطار الاتفاقيات، لكنها تشعر بالقلق لأن اختلاف التفسيرات للالتزامات الدولية يضعف الفعالية العامة لنظام المراقبة.

٢٨- ووفقا للمادة ٢٦ من اتفاقية فيينا لقانون المعاهدات لعام ١٩٦٩،[٢٢] فإن كل معاهدة نافذة ملزِمة لأطرافها وعليهم تنفيذها بحسن نية. ولا يجوز لدولة تعاقدت على التزامات دولية أن تلتمس العذر لعدم احترام تلك الالتزامات بحجة وجود نقص أو تناقض في القانون الداخلي.[٢٣] كما أن عدم تعريف بعض المصطلحات المستخدمة في الاتفاقيات مثل "تعاطي المخدّرات"، أو "الأغراض الطبية والعلمية" أو التدابير المتخذة "بغية الحد من المعاناة البشرية..." يتيح للحكومات تفسيرها بطرق متنوعة. وترى الهيئة أن بعض الحكومات تفسر التزاماتها الدولية بطرائق تثير التساؤل عن مدى التزامها بالسعي إلى تحقيق غايات الاتفاقيات.

٢٩- وترى الهيئة أن تدابير معينة من تدابير "الحد من الضرر" لا تتماشى مع الاتفاقيات، وتستخدم أساسا بمثابة شكل من أشكال الضبط الاجتماعي. وتشمل تلك التدابير إنشاء ما يُسمّى بـ "مقاهٍ" يُسمح فيها ببيع وحيازة واستهلاك كميات صغيرة من القنب، وإنشاء "غرف استهلاك المخدّرات" التي يُسمح فيها بالحيازة غير المشروعة للمخدّرات الخاضعة للمراقبة وتناولها. وتوافق الهيئة على إمكانية وصف أي عقار مخدّر أو مؤثّر عقلي طبيا وتناوله في ظل ظروف طبية وعلمية مراقبة. بيد أن اتفاقيتي سنتي ١٩٦١ و١٩٧١ لا تجيزان الحيازة والتناول غير المشروعين للعقاقير الخاضعة للمراقبة دون وصفة طبية.

٣٠- وظهر في عدد قليل من البلدان مأزق قانوني بين القانون الدولي والقانون الوطني فيما يتعلق بتنفيذ الأحكام المتعلقة بورقة الكوكا. فعندما وُضعت اتفاقية سنة ١٩٦١، اعتُبر الاستغناء التدريجي عن زراعة الكوكا أمرا مفيدا للشعوب التي تعيش في منطقة الأنديز دون الإقليمية، فضلا عن كونه وسيلة القضاء على صنع الكوكايين والاتجار به دوليا بصفة غير مشروعة أو الحد منهما. وهناك الآن حركة

(22) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ١١٥٥، الرقم ١٨٢٣٢.

(23) J. Obitre-Gama, "The application of international law into national law: policy and practice", paper commissioned by the World Health Organization for the International Conference on Global Tobacco Control Law: towards a WHO Framework Convention on Tobacco Control, New Delhi, 7-9 January 2000.

تهدف إلى إعلاء مكانة ورقة الكوكا إلى مكانة رمز للهوية القومية والإثنية تستخدمها الشعوب الأصلية لتأكيد جذورها الثقافية وحقوقها التاريخية. وقد استمرت بضع حكومات في السماح بزراعة شجيرة الكوكا وتعاطي ورقة الكوكا، وقامت حتى بتشجيع تلك الممارسات.

٣١- وتعتقد الهيئة أن مراقبة المخدّرات يجب أن تكون متماشية تماما مع احترام حقوق الإنسان، وأنها كذلك بالفعل. لكن الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدّرات لا تقبل بوجود "حق" في حيازة العقاقير المخدّرة أو المؤثّرات العقلية ما لم تكن ستستخدم لأغراض طبية أو علمية. ووضع ورقة الكوكا في الجدول الأول من اتفاقية سنة ١٩٦١ واضح، وهو أن يكون محظورا استهلاك ورقة الكوكا لأغراض غير طبية قبل أن تُستخرج منها المركبات شبه القلوية الأساسية، بما في ذلك الكوكايين. وفي عام ١٩٩٢، وبعد طلب من حكومة بوليفيا لبحث هذه المسألة، قررت لجنة الخبراء المعنية بالارتهان للعقاقير في منظمة الصحة العالمية عدم التوصية بإدخال أي تغيير على تدابير المراقبة، بحجة إمكانية الاستخراج، قائلة: إن "ورقة الكوكا مدرجة في الجدول على نحو ملائم ... بسبب سهولة استخراج الكوكايين منها".[٢٤]

٣٢- وعلى الرغم من أن بوليفيا أبدت تحفظا لدى توقيع اتفاقية سنة ١٩٨٨ فيما يتعلق بالفقرة ٢ من المادة ٣ على أساس أن أحكام تلك الفقرة "تتعارض مع مبادئ دستورها والمفاهيم الأساسية لنظامها القانوني"، لا تزال بوليفيا، وفقا للمادة ٢٥ من اتفاقية سنة ١٩٨٨، مقيدة بالتزاماتها السابقة بموجب اتفاقية سنة ١٩٦١. وتذكّر الهيئة حكومة بوليفيا بتلك الالتزامات، وتدعوها إلى مواصلة تعهدها بالوفاء بالتزاماتها التعاهدية الدولية.

٣٣- أما التضارب في تنفيذ الأحكام المتعلقة بمراقبة القنّب تحد قانوني ذو طبيعة مختلفة، لأنه لا توجد حكومة أباحت قانونا لزراعة القنّب من أجل الاستعمال غير الطبي. وكان الهدف الأصلي من اتفاقية سنة ١٩٦١ هو حظر تعاطي القنّب في بضعة بلدان كان استعماله غير الطبي أمرا تقليديا فيها. أما اليوم فقد اختفت هذه الاستعمالات غير الطبية تقريبا، وأصبح القنّب هو المخدّر غير المشروع المستخدم على أوسع نطاق في أنحاء العالم. واستحدثت في العقدين الأخيرين أشكال جديدة من القنّب ذات مفعول أقوى، معظمها في البلدان الصناعية. ويتيح استخدام تكنولوجيات زراعية متطوّرة إنتاج قنّب تكون فيه مستويات رباعي هيدروالكانابينول أعلى بكثير من المستوى الموجود في القنّب الذي كان شائعا خلال الثمانينات. وقد تكون لهذا التطوّر صلة بازدياد الطلب على خدمات العلاج المتصلة بالقنّب في عدة بلدان. وبالإضافة إلى المخاطر المعروفة لتدخين التبغ، الذي يخلط به القنّب في كثير من الأحيان، هناك مؤشرات تدل على أن استهلاك القنّب قد تكون له صلة بازدياد خطر الإصابة بالاضطرابات العقلية وانفصام الشخصية.

٣٤- وتعتقد الهيئة أن القنّب يمثل تحديا، لعدة أسباب:

(أ) التسامح إزاء الاستهلاك "الترويحي" للقنّب في العديد من البلدان الأمر الذي يتعارض مع وضع القنّب في الجدولين الأول والرابع من اتفاقية سنة ١٩٦١؛

(ب) عدم وضوح العلاقة بين السياسات الخاصة بالقنّب والمنفذة في مختلف البلدان وأثر هذه السياسات على أنماط التعاطي غير المشروع؛

(ج) التداخل والالتباس في المفاهيم العامة للاستخدامات "الطبية" المزعومة للقنّب واستهلاكه "الترويحي"؛

(د) تثبيط عزيمة البلدان النامية التي تكافح من أجل القضاء على زراعة القنّب غير المشروعة بفعل سياسات التسامح التي تتبعها البلدان الغنية المجاورة لها، وقد يكون ذلك

(24) *WHO Expert Committee on Drug Dependence: Twenty-eighth Report*, WHO Technical Report Series, No. 836 (Geneva, World Health Organization, 1993).

هو السبب في أن هذه البلدان تتلقى القليل من المساعدة من أجل التنمية البديلة.

٣- تحديات الوقاية

٣٥- ترتبط مسألة القنّب ارتباطا وثيقا بالتحدي المتمثل في الوقاية الأولية للشباب والفئات الأخرى المعرضة لخطر تعاطي المخدّرات غير المشروعة، بالنظر إلى أن القنّب قد يكون أول المخدّرات غير المشروعة وأكثرها تعاطيا. ويعتبر رفاه الشباب وحمايتهم من الأولويات في منظومة معاهدات الأمم المتحدة؛ فاتفاقية حقوق الطفل[٢٥] تقضي بأن تتخذ الدول الأطراف في الاتفاقية "جميع التدابير المناسبة، بما في ذلك التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتربوية، لوقاية الأطفال من الاستخدام غير المشروع للمواد المخدّرة والمواد المؤثّرة على العقل ... ولمنع استخدام الأطفال في إنتاج مثل هذه المواد بطريقة غير مشروعة والاتجار بها." (المادة ٣٣).

٣٦- وخلال القرن الماضي، خُصص قدر كبير من الموارد لفهم عوامل "الوقاية" و"الخطر" التي تؤثر في تعاطي المخدّرات أول مرة. وأظهرت دراسة أجريت على شباب من مجموعات إثنية ومجموعات من السكان الأصليين أن الحرمان الاجتماعي والعزلة، وأوجه التفاوت الاجتماعي والاقتصادي الملحوظة، وعدم وجود شبكات مجتمعية هي من عوامل الخطر الهامة.[٢٦] وبيَّن استعراض عالمي لبرامج الوقاية أن استمراريتها وإدراجها داخل إطار التعليم هما عنصران وقائيان حاسمان من عناصر البيئة الهيكلية تشكّل مسار تطوّر الشباب. وقد يسهم التغيب عن المدرسة بدون عذر والاستبعاد من المدرسة في تطوير وتعزيز الشبكات والقيم الاجتماعية التي تشجّع على تعاطي المخدّرات بانتظام وربما تؤدي إلى تفاقم المشاكل في أوساط الشباب الأكثر تهميشا وعرضة للخطر.[٢٧]

٣٧- ولا ترتبط مشكلة تعاطي المخدّرات بالضرورة بعمر معين. فتوترات الحياة الحديثة والضغوط المستمرة من أجل تحقيق النجاح كثيرا ما تمارس على نحو يشجع الاعتماد على المساعدة الدوائية. وثمة شعور، تعززه كثيرا إعلانات تجارية محددة الأهداف، بأن العلاجات الاصطناعية والكيميائية يمكن أن تقدم حلولا لمشكلات الحياة. ويتعرض الشباب بوجه خاص لضغوط التسويق وللاهتمام "بصورته". وترى الهيئة أن التحدي الذي تواجهه الحكومات يتمثل في تحديد ونشر سياسات مناسبة للبيئات الوطنية تكون متسقة مع نهج أكثر شمولية أو "إيكولوجية" إزاء الصحة والرفاه وتشجّع الأفراد على إعطاء صحتهم ما تستحقه من قيمة وعلى الاهتمام بها.

٣٨- وفي نهاية السنوات العشر من فترة الإبلاغ ١٩٩٨-٢٠٠٧، لاحظ المدير التنفيذي لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدّرات والجريمة أن التقدم المحرز في استخدام الوقاية كجزء من التدابير العالمية لمواجهة مشكلة المخدّرات كان "متواضعا في أحسن الأحوال" على الرغم من إدخال بعض التحسينات عليه.[٢٨] لكن فهم الثمار التي تؤتي بها السياسات الوقائية ولماذا هو أحد التحديات الكبرى بالنسبة لجميع

(25) الأمم المتحدة، مجموعة المعاهدات، المجلد ١٥٧٧، الرقم ٢٧٥٣١.

(26) الوقاية من تعاطي المخدّرات في أوساط الشباب من الأقليات الإثنية والأقليات من السكان الأصليين (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.04.XI.17)، صفحة ١٠.

(27) David Hawks, Katie Scott and Nyanda McBride, *Prevention of Psychoactive Substance Use: a Selected Review of What Works in the Area of Prevention* (Geneva, World Health Organization, 2002).

(28) "التقرير الخامس للمدير التنفيذي عن مشكلة المخدّرات العالمية: خفض الطلب على المخدّرات" (الوثيقة E/CN.7/2008/2/Add.1، ٢١ شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الفقرتان ١٠ و٤٢.

الحكومات. وأفادت معظم الدول الأعضاء (٩٤ في المائة) بأنها نفذت حملات إعلامية في عام ٢٠٠٧، إلا أن نصف تلك الدول فقط أفادت بتقييم نتائج تلك الحملات.[٢٩] ورئي أن بدء تعاطي المخدّرات في وقت مبكر يمثل مؤشرا على تطوّر وشدة المشاكل الصحية والاجتماعية التي يتعرض لها الفرد والمجتمع ككل. ولذلك السبب، ترى الهيئة أن بذل الحكومات جهودا دؤوبة ومكثفة لمنح الأولوية لبرامج الوقاية من تعاطي المخدّرات الموجّهة إلى الشباب وغيرهم من الفئات المعرضة للخطر ستكون جهودا مجدية من حيث التكلفة.

٣٩- وتلاحظ الهيئة وجود برامج تستخدم أساليب مثبتة الجدوى بالأدلة من أجل الوقاية من تعاطي المخدّرات في مجموعة متنوعة من البيئات الجغرافية والاجتماعية الاقتصادية. وقد يؤدي نشر التجارب المكتسبة في تلك البرامج على نطاق أوسع إلى مساعدة الحكومات على مواجهة التحدي المتمثل في خفض الطلب على المخدّرات غير المشروعة. وثمة أدلة تشير إلى أن برامج الوقاية من تعاطي المخدّرات يمكن أن تكون فعالة إلى أقصى حد في الحالات التالية:

(أ) عندما ترتبط بالوقاية من مشاكل سلوكية أخرى مثل إدمان الكحول والتبغ؛[٢٩]

(ب) عندما تستند إلى معلومات موثوق بها عن طبيعة تعاطي المخدّرات ومدى انتشاره، إلى عوامل الخطر والعوامل الوقائية التي تسود في المجتمع؛[٣٠]

(ج) عندما تُصمّم البرامج بما يناسب السن والجنس والعرق، وتولي الاهتمام لقيم الشباب وقواعدهم وتطلعاتهم وثقافتهم وتُشرك الفئات المستهدفة في التخطيط والاختبار والتقييم؛[٣١]

(د) عندما يمتد النهج إلى أبعد من التركيز على المخدّرات، ثبت أن نهوج تعليم المهارات الحياتية هي أكثر النهوج فعالية،[٣٢] في حين أن تدخلات الوالدين والأسرة يمكن أن تكون مفيدة في تعزيز الروابط والعلاقات الأسرية؛[٣٣]

(هـ) عندما يمكن، من خلال الخدمات الصحية والتعليمية والاجتماعية، تحديد المزيد من الفئات المعرضة للخطر من الشباب والأسر التي ينبغي تقديم الدعم النفسي الاجتماعي لها؛

(و) عندما تنسق حملات الوقاية الإعلامية مع الأنشطة المقابلة على مستوى القاعدة الشعبية. وقد ثبت أنه من غير المرجح أن تغير الحملات الإعلامية وحدها المواقف أو السلوك، على الرغم من أنها تغير، وعلى نحو فعال، مستويات المعلومات والتوعية.[٣٤]

---

(29) الوقاية من تعاطي المنشّطات الأمفيتامينية في أوساط الشباب: دليل السياسات والبرامج (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.07.XI.7)، صفحة ١٣.

(30) المرجع نفسه، صفحة ١٤.

(31) المرجع نفسه، صفحة ١٦.

(32) "التقرير الخامس للمدير التنفيذي عن مشكلة المخدّرات العالمية: خفض الطلب على المخدّرات" (E/CN.7/2008/2/Add.1، ٢١ شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الفقرة ١٤.

(33) United States of America, Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: a Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, 2nd ed., NIH publication No. 04-4212(A) (Bethesda, Maryland, National Institute on Drug Abuse, 2003), p. 2.

(34) "التقرير الخامس للمدير التنفيذي عن مشكلة المخدّرات العالمية: خفض الطلب على المخدّرات" (E/CN.7/2008/2/Add.1، ٢١ شباط/فبراير ٢٠٠٨)، الفقرة ٤١.

٤- تحديات العولمة

٤٠- تيسّرت العولمة بفضل الثورات التكنولوجية المتعاقبة التي أدّت إلى تقليص تكاليف النقل والمعلومات والاتصالات، بحيث كانت مصدر فائدة للكثيرين. فقد باتت أمام البلدان النامية الآن المزيد من الفرص كي تندمج في الاقتصاد العالمي، لكن العملية ناقصة وغير مكتملة، والفوائد موزعة على نحو غير متكافئ. كما أن الاحتياجات التعليمية والمعرفية التي فرضتها التكنولوجيات والأسواق العالمية قد تؤدي إلى تهميش أو استبعاد من يفتقرون إلى الخلفية المناسبة مما قد يؤدي إلى إمكانية حصر التكنولوجيات الجديدة في عدد قليل من البلدان والفئات الاجتماعية والمؤسسات.[٣٥]

٤١- وكانت الزيادة في التجارة والاستثمار الأجنبي المباشر مصحوبة بتنامي نفوذ الشركات عبر الوطنية، مما أدى إلى تقليص القدرة التي كانت تتمتع بها الحكومات الوطنية سابقا في التأثير على بيئة العمل، ولا سيما فيما يتعلق بأضعف الفئات السكانية. وفي كثير من البلدان، ضعفت شبكات الأمان الاجتماعي التي كانت تقدمها الدولة ورب العمل والأسرة، مما ترتب عليه انخفاض في رأس المال الاجتماعي.

٤٢- وتسبّبت مشاكل أخرى مثل الفقر وتغير المناخ والتدهور البيئي والفيضانات والجفاف والبحث عن مصادر جديدة للطاقة في حالات نقص في المواد الغذائية الأساسية وفي تضخم أسعار المواد الأولية. وقد تُسهم هذه النتائج، إلى جانب النتائج غير المعروفة للأزمة المالية العالمية الحالية، في عدم الاستقرار الاجتماعي والسياسي وفي صراعات على الموارد الشحيحة، وفي موجات من الهجرة الاقتصادية. ويفيد مركز بحوث الآثار الوبائية للكوارث في بروكسل، بأن حالات النزوح الناجمة عن الكوارث البيئية مثل الفيضانات والأعاصير أثرت في ١٩٧ مليون شخص في عام ٢٠٠٧، وكانت آسيا أكثر القارات تضرّرا منها.[٣٦] أما تدفقات اللاجئين المرتبطة بالصراعات، فإن تأثيرها الأكبر يقع على البلدان النامية التي يستقبل أفقرها ٨٠ في المائة من إجمالي عدد اللاجئين. ووفقا لبيانات الأمم المتحدة، كان هناك نحو ١١,٤ مليون لاجئ في نهاية عام ٢٠٠٧، تستضيف إيران (جمهورية-الإسلامية) وباكستان حوالي ثلاثة ملايين منهم، كلهم تقريبا من أفغانستان، في حين تستضيف الجمهورية العربية السورية ١,٥ مليون لاجئ عراقي.[٣٧]

٤٣- وترى الهيئة أن تلك التطوّرات تطرح تحديات خطيرة بالنسبة لقدرة الحكومات على الوفاء بالتزاماتها الدولية في مجال مراقبة المخدّرات. وقد تبين، على سبيل المثال، أن مشاركة صغار المزارعين في زراعة المخدّرات في منطقة الأنديز ترتبط بالفقر وانعدام الأمن والاستبعاد من صُلب المجتمع. ولا شك في أنه عندما تكون البطالة مرتفعة والتواجد الحكومي ضعيفا أو مهددا، يمكن لزراعة المخدّرات غير المشروعة وإنتاجها أن يوفرا الدخل. وصحيح أيضا أن التحدي المتمثل في توفير مصادر رزق بديلة مستدامة في المناطق الريفية والحضرية لم يلق القدر الكافي من الاهتمام: فمشاريع التنمية البديلة وصلت إلى حوالي ٢٣ في المائة من مزارعي المحاصيل غير المشروعة في منطقة الأنديز وإلى حوالي

(35) الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، العولمة والتنمية ((LC/G.2157(SES.29/3)، تقرير أُعد للدورة التاسعة والعشرين للجنة (٢٠٠٢).

(36) أمانة الاستراتيجية الدولية للحد من الكوارث، "الأرقام الخاصة بالكوارث لعام ٢٠٠٧" (UN/ISDR 2008/01، ١٨ كانون الثاني/يناير ٢٠٠٨).

(37) مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، الاتجاهات العالمية لعام ٢٠٠٧: اللاجئون وطالبو اللجوء والعائدون والمشردون داخليا وعديمو الجنسية (جنيف، حزيران/يونيه ٢٠٠٨).

خمسة في المائة فقط من مزارعي هذه المحاصيل في آسيا.[٣٨] وشُرع في عدد قليل جدا من مشاريع التنمية البديلة في أفريقيا، على الرغم من اتساع نطاق زراعة القنّب غير المشروعة في تلك المنطقة وحدّة المشاكل التي يواجهها سكانها الذين يكافحون من أجل البقاء.

٤٤- ولاحظت الهيئة أن على جهود التنمية البديلة أن تتخطى سلسلة من التحديات التي تتعلق في المقام الأول بالتكلفة والاستدامة على المدى الطويل. وهناك حاجة إلى موارد كبيرة لتحسين البنية التحتية في المناطق الريفية النائية ذات النظم الإيكولوجية الهشّة. وتشمل المشاكل الأخرى عدم وجود الخبرة التقنية، وعدم استقرار الأسعار في أسواق المحاصيل البديلة وعدم قيام القطاع العام بتقديم الخدمات العامة الصحية والتعليمية وخدمات تطبيق القانون وحفظ النظام وتوفير التسهيلات الائتمانية الزراعية.[٣٩]

٤٥- وهناك عدد متزايد من التعاونيات الزراعية المنتجة للبن العضوي والفواكه وغيرهما والتي تنضوي تحت مظلة الاتحاد الدولي لمنظمات وسم علامات التجارة العادلة (FLO) التي تجمع بين مبادرات الوسم في أوروبا وأمريكا الشمالية وأوقيانوسيا وشبكات منظمات المنتجين في آسيا وأفريقيا ومنطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي. والهدف من ذلك هو تحسين الوضع التجاري لمنظمات المنتجين في نصف الكرة الجنوبي، عن طريق توفير سبل عيش مستدامة للمزارعين والعمال ومجتمعاتهم المحلية. ويضم الاتحاد الآن نحو ٦٠٠ منظمة معتمدة من منظمات المنتجين من ٥٩ بلدا، وتعود فوائده على سبعة ملايين شخص، فيما أنفق المستهلكون حوالي ملياري دولار على تلك المنتجات في عام ٢٠٠٦، أي بزيادة قدرها ٤٠ في المائة عن عام ٢٠٠٥.[٤٠] وتدرك الهيئة أن مشاريع التنمية البديلة في مناطق زراعة محاصيل المخدّرات غير المشروعة تواجه تحديات صعبة. بيد أنها ترى أن مبادرات مثل المبادرات المذكورة أعلاه، والتي تستفيد استفادة مباشرة من انفتاح الأسواق من خلال العولمة، تشجّع الجهود الرامية إلى توسيع نطاق مشاريع التنمية البديلة واستدامتها.

٤٦- ولاحظت الهيئة أن رفع القيود التنظيمية وتحرير الممارسات التجارية في سوق المخدّرات المشروعة يميل إلى إضعاف السلطة الرقابية للحكومات الوطنية في مجال المراقبة العمومية على تجارة المخدّرات والحصول عليها وأسعارها وممارسات تسويقها.[٤١] وإضافة إلى الفوائد العديدة التي حققها وجود مناطق إقليمية للتجارة الحرة مثل اتفاق أمريكا الشمالية للتجارة الحرة، والسوق المشتركة لبلدان المخروط الجنوبي (ميركوسور) والاتحاد الأوروبي نتجت عواقب غير مقصودة صعّبت على الحكومات رصد حركة المواد الكيميائية المستخدمة في طائفة واسعة من الاستخدامات الصناعية المشروعة وكذلك في صناعة العقاقير غير المشروعة. فالتقدم التكنولوجي الذي أتاح إدخال تغييرات طفيفة على البنية الجزيئية للمواد، إلى جانب سهولة استرداد جميع المواد الخالصة تقريبا، جعلا من الصعب التمييز بين الصنع المشروع وغير المشروع وأديا إلى نمو سريع في تركيب ما يسمى "العقاقير المحوَّرة" بصورة سرية. فالمجرمون يقومون الآن بصنع مؤثّرات عقلية محوَّرة لهدف واضح هو تجنب القيود التي تفرضها

(38) "التقرير الخامس للمدير التنفيذي عن مشكلة المخدّرات العالمية: خطة العمل بشأن التعاون الدولي على إبادة المحاصيل المخدّرة غير المشروعة وبشأن التنمية البديلة" (E/CN.7/2008/2/Add.2، ١٧ كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٧)، الفقرتان ٩ و٥٨.

(39) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات لعام ٢٠٠٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع، A.06.XI.2)، الفقرة ٢٧.

(40) انظر موقع مؤسسة التجارة العادلة على شبكة الإنترنت (www.fairtrade.org.uk).

(41) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات لعام ٢٠٠٠ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.01.XI.1)، الفقرة ٣٣ (د).

اللوائح الدولية لمراقبة المخدّرات، ثم يقومون بتوزيعها في أسواق موازية خارج نظام المراقبة. وتطرح هذه التطوّرات تحديات خاصة إزاء تنفيذ الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدّرات.

٤٧- وأعربت الهيئة منذ وقت طويل عن قلقها إزاء دور شبكة الإنترنت في بيع وتوزيع المواد الخاضعة للمراقبة وغير الخاضعة للمراقبة، وهي على علم بالعديد من الحالات التي تورطت فيها صيدليات الإنترنت غير المشروعة. وإذ تسلم الهيئة بأن شراء المستحضرات الصيدلانية بالاتصال الحاسوبي المباشر يمكن أن يكون مفيدا، ولا سيما في المناطق التي تتوزع فيها المستشفيات والخدمات الصيدلانية على أماكن متباعدة جدا، فإنها تشعر بالجزع من أن صيدليات "مارقة" تشجّع على تعاطي المخدّرات في أوساط الفئات المعرضة للخطر. ففي الولايات المتحدة، حيث ارتفع تعاطي العقاقير المصروفة بوصفة طبية في أوساط البالغين من الشباب ارتفاعا حادا منذ عام ٢٠٠٢،[٤٢] أفيد بأن ٣٤ صيدلية إنترنت غير مشروعة صرفت أكثر من ٩٨ مليون جرعة من منتجات الهيدروكودون خلال عام ٢٠٠٦. وبالنظر إلى أنه لم يُشترط تقديم وصفة طبية صحيحة للتمكن من الشراء في ٨٤ في المائة من الحالات، فمن الواضح أن ذلك يشكل مخاطر كبيرة بالنسبة للشبان أو للفئات الضعيفة الأخرى.[٤٣]

٤٨- ووفقا للمرصد الأوروبي للمخدّرات وإدمانها، بات بإمكان تجار المخدّرات بالتجزئة عن طريق الإنترنت إشاعة ممارسات جديدة لتعاطي المخدّرات أو لتعاطي منتجات جديدة، وهم يستخدمون في ذلك استراتيجيات تسويق محددة الأهداف تلبي طلبات المتعاطين بسرعة وتواجه بسرعة الأوضاع القانونية والسوقية المتغيرة.[٤٤]

٤٩- والهيئة على قناعة بأن هناك حاجة إلى ردّ عالمي منسق للتصدي لبيع العقاقير بصفة غير مشروعة في صيدليات ومواقع الإنترنت وإلى وضع مبادئ توجيهية للحكومات بشأن منع بيع المواد الخاضعة للمراقبة الدولية غير المشروع من خلال الإنترنت.[٤٥] وتتضمن هذه المبادئ التوجيهية توصيات بشأن تعزيز التدابير الرامية إلى تسهيل التعاون على المستوى الوطني والتعاون المتعدد الأطراف، وبشأن خطوات قانونية، مثل تسجيل صيدليات الإنترنت وترخيصها، وبشأن حملات التوعية العامة بالمخاطر التي تنطوي عليها عمليات شراء العقاقير عن طريق الإنترنت.

٥٠- وثمة تحد آخر تواجهه أجهزة الصحة العامة وأجهزة مراقبة المخدّرات يتعلق بنمو مبيعات العقاقير غير المشروعة عن طريق الإنترنت وهو: إعلانات وبيع العقاقير المزيّفة التي عرَّفتها منظمة الصحة العالمية بأنها "الأدوية التي تحمل وسما غير صحيح بشأن هويتها أو مصدرها أو كليهما وضع عمدا بغرض الاحتيال". وتعتقد منظمة الصحة العالمية التي أطلقت فرقة العمل الدولية المعنية بمكافحة تزييف المنتجات الطبية أن ٧ إلى ١٠ في المائة من جميع المستحضرات الصيدلانية قد تكون مزيّفة. وفي بعض البلدان الأفريقية، قد تصل نسبة هذه المستحضرات ٣٠ إلى ٤٠ في المائة. وتفيد دراسة أجريت في الولايات المتحدة أن قيمة مبيعات العقاقير المزيّفة ستصل إلى حوالي ٧٥ بليون دولار في عام ٢٠١٠، أي

(42) United States, Office of National Drug Control Policy, *Current State of Drug Policy: Successes and Challenges* (Washington D.C., March 2008), p. 7.

(43) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات لعام ٢٠٠٧ ...، الفقرتان ٢٥٠ و٢٥١.

(44) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Annual Report 2007: the State of the Drugs Problem in Europe* (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

(45) "المبادئ التوجيهية للحكومات بشأن منع بيع المواد الخاضعة للمراقبة الدولية غير المشروع من خلال الإنترنت"، التي ستصدر لاحقا ضمن منشورات الأمم المتحدة.

بزيادة تبلغ أكثر من ٩٠ في المائة مقارنة بالأرقام الخاصة بعام ٢٠٠٥.[٤٦]

٥١- وتقوض الأدوية المزيّفة نظم الرعاية الصحية الوطنية بالإضافة إلى أنها تنتهك أحكام حقوق الملكية الفكرية وتشكل جريمة اقتصادية وتؤدي إلى فقدان الثقة في نظم مراقبة المخدّرات وإنفاذ قوانين المخدّرات وتشكل مخاطر صحية خطيرة لمستعمليها. ولا شك في أن حجم التزييف أكبر في المناطق التي تضعف فيها الرقابة التنظيمية والتي يكون فيها استغلال الفئات الضعيفة أكثر سهولة. ورغم أن التزييف أصبح نشاطا إجراميا دوليا مربحا، فإن رد سلطات إنفاذ القوانين لا يزال غير فعال وضعيف ويركز على جرائم من قبيل حقائب اليد والساعات المزيّفة. وتفوق التكنولوجيا في سرعة تطوّرها بيئة الرقابة التنظيمية بأشواط، كما أن هناك نقصا في القواعد المقبولة عموما على الصعيد الدولي.[٤٧]

٥٢- وتوقع محللو الجريمة المنظمة قبل بضع سنوات أن جرائم الفضاء الحاسوبي (الجرائم السيبرانية)، التي يمكن تعريفها بأنها الجرائم التي يمكن ارتكابها بواسطة أجهزة الاتصالات الإلكترونية أو التي توجه ضد هذه الأجهزة، سوف يتزايد ارتكابها انطلاقا من ولايات قضائية لم تسنّ أي قوانين تتعلق بهذه الجرائم أو سنت القليل منها، و/أو لا تملك القدرة الكافية على إنفاذ هذه القوانين. ويقال إن تجار المخدّرات اليوم هم من أكثر مستخدمي تقنية تشفير رسائل الإنترنت على نطاق واسع وهم قادرون على توظيف متخصصين ذوي كفاءة عالية في مجال الحاسوب لمساعدتهم في التهرب من إنفاذ القانون وفي تنسيق شحنات المخدّرات غير المشروعة وغسل الأموال. ولا تزال الاتفاقية المتعلقة بجرائم الفضاء الحاسوبي،[٤٨] التي دخلت حيز النفاذ في ١ تموز/يوليه ٢٠٠٤، المعاهدة المتعددة الأطراف الوحيدة التي تتناول هذه المشكلة حتى الآن. وقد وضعتها الدول الأعضاء في مجلس أوروبا بالاشتراك مع جنوب أفريقيا وكندا والولايات المتحدة واليابان، ولا يُنظر إليها بوصفها صكا أوروبيا بل صكا عالميا يتعين دعمه في جميع القارات.

٥٣- ولا تقل التحديات التي تواجه النظام الدولي لمراقبة المخدّرات في صعوبتها عن التحديات التي كانت تواجهه قبل قرن من الزمان، وربما باتت أكثر تعقيدا. ولا تزال الاتفاقيات ملائمة للغاية في مواجهة المشاكل والتحديات المعاصرة، بل وقد تكون، في الواقع، أكثر ضرورة الآن مما كانت عليه في الماضي. وبما أن الاحتياجات العالمية للمخدّرات والمؤثّرات العقلية آخذة في التزايد، توفر الاتفاقيات الإطار اللازم لضمان أن يكون عرضها على مستوى العالم كافيا لتلبية الطلب عليها للأغراض الطبية والعلمية المشروعة. وحيثما أضعفت العولمة سلطة الحكومات الوطنية وعززت نفوذ الشركات، هناك حاجة على الأخص إلى المزيد من الشدة في الرقابة المستقلة المتعددة الأطراف. وتعتمد فعالية المراقبة الدولية للمخدّرات بشكل متزايد على منظومة قوية للأمم المتحدة من أجل تعزيز الصحة والرفاه على مستوى العالم في إطار من النزاهة والمسؤولية.

٥٤- وقد اجتاز النظام الدولي لمراقبة المخدّرات اختبار الزمن وبات لديه رصيد، لكنه مع ذلك ليس في وضعه الأمثل. ومما لا شك فيه أنه قادر على التحسن؛ ولهذا السبب، هناك إجراءات لتعديله. وتقر الهيئة بالصعوبات التي تواجه الحكومات في الوفاء بالتزاماتها التعاهدية الدولية، وتدعوها إلى اعتماد نهوج بناءة للتغلب على تلك العقبات

(46) World Health Organization, "Counterfeit medicines", *Fact Sheet*, No. 275 (revised), November 2006.

(47) United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute, *Counterfeiting: a Global Spread, a Global Threat* (Turin, Italy, 2007).

(48) مجلس أوروبا، مجموعة المعاهدات الأوروبية، الرقم ١٨٥.

بدلا من السعي إلى الحلول الفردية التي يمكن أن تقوض تماسك وسلامة النظام الدولي لمراقبة المخدّرات.

دال- التوصيات

٥٥- ضمانا لتنفيذ الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدّرات تنفيذا أكثر فعالية، فإن الهيئة:

(أ) تدعو الحكومات إلى النظر في أفضل السبل لضمان كفاءة تنفيذ اتفاقيات سنوات ١٩٦١ و١٩٧١ و١٩٨٨؛

(ب) تشجّع الحكومات على توظيف المزيد من الاستثمارات في مجال الوقاية، وخاصة فيما يتعلق بالشباب والفئات المعرضة للخطر، وعلى الاستفادة من الخبرات وأفضل الممارسات التي اختُبرت في مجموعة متنوعة من البيئات؛

(ج) تدعو الحكومات إلى دراسة أوجه التباين بين القانون الدولي والقانون الداخلي بغية الوفاء بالتزاماتها في إطار الاتفاقيات الدولية لمراقبة المخدّرات، وإلى أن تراعي في هذا السياق "حسن النية" في السعي إلى تحقيق أهداف الاتفاقيات؛

(د) تشجّع حكومات البلدان التي يقل فيها استهلاك المسكنات شبه الأفيونية على تحفيز الاستخدام الرشيد لتلك العقاقير من خلال تدابير يعززها برنامج الحصول على العلاجات الخاضعة للمراقبة وعلى ضمان أن تكون تلك الحوافز مصحوبة بتدابير لمنع تسريب تلك العقاقير؛ وتقترح (كما سبق لها في تقريرها لعام ١٩٩٩)[٤٩] أن تنظر الحكومات في العمل مع دوائر صناعة المستحضرات الصيدلانية على تصنيع نوعية عالية من المسكنات شبه الأفيونية بأسعار أيسر لأشد البلدان فقرا، وأن ينظر منظمو برامج المعونة الدولية في التبرع بالعقاقير الأساسية كجزء من برامجهم الخاصة بالمعونة؛

(هـ) توصي الحكومات بأن تدرس نموذج "التجارة العادلة" (www.fairtrade.net.uk) بغية تحسين الوضع التجاري وفتح الأسواق أمام منتجات مشاريع التنمية البديلة في المناطق المتضرّرة من الزراعات غير المشروعة لمحاصيل المخدّرات مع مراعاة الجدوى ومدى الملاءمة في كل حالة؛

(و) تحثّ الحكومات على الاستفادة من المبادئ التوجيهية للحكومات بشأن منع بيع المواد الخاضعة للمراقبة الدولية غير المشروع من خلال الإنترنت؛

(ز) تشجّع الحكومات على دعم المبادرات المتعددة الأطراف لمكافحة الجرائم السيبرانية.

(49) تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدّرات لعام ١٩٩٩ ... .