

## El primer examen crítico del cannabis por parte de la OMS:

Mezcla de recomendaciones evidentes que merecen apoyo  
y métodos y resultados cuestionables que exigen un análisis minucioso

*Transnational Institute (TNI), Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos (WOLA) y Observatorio Global de Políticas de Drogas (GDPO-Universidad de Swansea)\**

Mayo de 2019

El Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD por sus siglas en inglés, o Comité de Expertos) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en enero de 2019 los resultados del primer examen crítico del cannabis, en los que recomienda que se introduzcan algunos cambios en la clasificación actual de las sustancias relacionadas con el cannabis en virtud de los tratados de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas.<sup>1</sup> Las ansiadas recomendaciones del Comité de Expertos presentan algunos puntos claramente positivos, como el hecho de que reconozcan la utilidad medicinal del cannabis al retirarlo de la Lista IV de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, aclaren que el cannabidiol (CBD) no está sometido a fiscalización internacional y aborden algunas incoherencias que existían desde hacía mucho tiempo en lo que atañe a la inclusión de sustancias en las listas.

Sin embargo, las recomendaciones del Comité de Expertos también revelan unos métodos de evaluación y procedimientos de clasificación problemáticos, además de una lógica muy cuestionable para mantener el cannabis en la Lista I. Asimismo, las recomendaciones dejan abiertas muchas interrogantes relativo a los niveles de control de distintos tipos de preparados médicos de cannabis. Las repercusiones que puedan tener esos aspectos más cuestionables de las recomendaciones del Comité de Expertos suscitan una serie de preocupaciones legítimas que merecen un análisis minucioso por parte de los gobiernos y la sociedad civil.

Estas preocupaciones se ven agravadas precisamente porque las recomendaciones emanan del primer examen crítico del cannabis realizado hasta la fecha por la OMS. Si se permite que los aspectos cuestionables de las recomendaciones escapen al escrutinio, no solo se corre el riesgo de que se acepten unas recomendaciones dudosas en lo que se refiere

---

\* Escrito por Martin Jelsma (director del programa Drogas y Democracia, TNI, e investigador asociado, GDPO), Tom Blickman (coordinador de proyectos, TNI), David Bewley-Taylor (director, GDPO) y John Walsh (director de Políticas de Drogas, WOLA). Traducido al español por Beatriz Martínez, TNI.

a la inclusión en las listas, sino también de que se consientan unos procedimientos y métodos de evaluación problemáticos. Los gobiernos deben estudiar seriamente las posibilidades de las que disponen para cuestionar estos aspectos del examen, ya que si los aceptan ahora, podrían sentar un precedente perjudicial para el futuro.

Si se tiene en cuenta el contexto más general de las reformas en las políticas de cannabis que se están debatiendo y aplicando en muchos países del mundo, es evidente que todo el proceso de examen del Comité de Expertos se ha visto muy limitado por la inclusión original del cannabis en la Convención Única de las Naciones Unidas de 1961. Esa primera decisión ha determinado las deliberaciones sobre el cannabis en el ámbito de la ONU desde entonces, y ha hecho que resulte prácticamente imposible que procesos como el examen del Comité de Expertos, que acaba de finalizar, aborde de manera constructiva algunas de las cuestiones fundamentales a las que se enfrentan hoy día las personas responsables de la formulación de políticas.

Puede que el ejemplo más claro de esa desconexión se halle en el argumento que presentó el Comité de Expertos para recomendar que el cannabis se mantenga en la Lista I de la Convención de 1961. Como fundamento de esta conclusión, el Comité de Expertos alude a *“la elevada incidencia de problemas de salud pública derivados del consumo de cannabis y el alcance mundial de esos problemas”*. Como se explica a continuación, este argumento contraviene

claramente las normas de evaluación que debería emplear el Comité de Expertos. Por otro lado, el hecho de que se citen los problemas de salud pública asociados con el cannabis como justificación para mantenerlo en la Lista I no tiene en cuenta si se podrían alcanzar mejor los objetivos de salud pública a través de planteamientos normativos distintos.

Si existen razones de peso para considerar que los problemas de salud pública asociados con el cannabis no se están previniendo o conteniendo a través de las políticas prohibicionistas —que puede que incluso los exacerben o los agranden—, correspondería estudiar si un marco regulatorio distinto podría ofrecer una opción más eficaz para minimizar los daños que se pueden asociar con el uso de cannabis y beneficiar a la sociedad en general. De hecho, esta es la cuestión que se encuentra ahora sobre la mesa en muchos países, y la ciudadanía y las personas encargadas de formular las políticas en un creciente número de jurisdicciones están convencidas de que la regulación legal ofrece una mejor manera. En el dinámico contexto actual, en que algunos gobiernos ya están promulgando regímenes para regular el cannabis con fines no médicos, la lógica prohibicionista de los tratados sigue impidiendo que las estructuras de la ONU — como el proceso de examen de la OMS y el reciente informe anual para 2018 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)— traten siquiera algunas de las cuestiones más relevantes y pertinentes que ocupan la agenda de políticas.

## Historia del examen crítico del cannabis por parte de la OMS

El cannabis entró por primera vez en el sistema internacional de control de drogas en 1925 y terminó incluido en las listas más estrictas de la Convención Única de 1961, la Lista I y la IV, en condiciones que resultarían claramente inaceptables según los estándares científicos de hoy. En la década de 1950, el organismo predecesor del Comité de Expertos adoptó una postura firme en contra del cannabis, al sostener que *“su definición de la toxicomanía [del Comité] se aplica indudablemente al abuso de la Cannabis”,* que *“el abuso de la cannabis puede constituir una etapa previa de la opiomanía”* y que *“deberían redoblarse los esfuerzos para abolir el empleo de la Cannabis para fines terapéuticos”*.<sup>2</sup> El documento de referencia definitivo para que se decidiera someter el cannabis a un control tan estricto fue un documento de 1955, en el que el exsecretario del Comité de Expertos de la OMS llegó a la conclusión de que *“la extensión geográfica actual del cannabis constituye un peligro médico y social importante. Los clientes son principalmente mahometanos y personas de color, pero ya se tienen noticias de europeos que fuman este tipo de cigarrillos. Esta es una tendencia indeseable desde todos los puntos de vista. [...] Es importante comprender que el consumo de marihuana no solo representa un peligro en sí mismo, sino que su uso acaba llevando al fumador a utilizar inyecciones de heroína por vía intravenosa”*.<sup>3</sup>

Incluso en 1968, última vez que el cannabis apareció en el programa de trabajo del Comité de Expertos hasta que comenzó el proceso de examen vigente, el Comité reiteró su posición de que *“no existe actualmente ninguna necesidad de utilizar la cannabis como medicamento”* y *“reafirma enérgicamente las opiniones expresadas en anteriores informes, es decir, que*

*la cannabis es una droga capaz de engendrar dependencia y de plantear problemas de salud pública y sociales, y que, en consecuencia, deben mantenerse las medidas de fiscalización”*.<sup>4</sup> En la misma reunión de 1968, se reconoció que era necesario reunir más datos *“a fin de poder determinar con precisión la gravedad del riesgo que entraña esa droga para la salud pública”* y se apuntó que hacía poco que se había logrado aislar componentes importantes del cannabis, que permitirían intensificar las investigaciones en la materia.<sup>5</sup> El principal cannabinoide psicoactivo, el THC, se incluyó posteriormente en la lista más estricta del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (y, desde entonces, se ha sometido a varios exámenes).<sup>6</sup> Sin embargo, el cannabis en sí mismo nunca había sido objeto de un examen formal en el marco del sistema de la ONU.<sup>7</sup>

Irónicamente, el origen del actual examen exhaustivo de las sustancias relacionadas con el cannabis se puede encontrar en una resolución de la Comisión de Estupefacientes (CND por sus siglas en inglés) de 2009 presentada por Japón, titulada originalmente *‘Las semillas de cannabis, amenaza mundial’* y que perseguía que la fiscalización internacional se ampliara a las semillas de cannabis.<sup>8</sup> Sin embargo, en la versión que se aprobó finalmente, la CND señaló que *“aguarda con interés un informe actualizado del Comité de Expertos sobre el cannabis”*,<sup>9</sup> que otorgó al Comité de Expertos el mandato de decidir en su 35ª reunión, celebrada en 2012, que se incluyera el cannabis en la agenda de su próxima reunión, que estaba prevista para junio de 2014 en Ginebra. También cabe señalar que, a principios de 2014, la JIFE instó en su Informe anual a que la OMS *“evalúe la posible utilidad medicinal del cannabis y el*

*alcance de los riesgos para la salud humana que este comporta”.*<sup>10</sup>

No obstante, en su 36ª reunión, celebrada en 2014, el Comité de Expertos decidió que, *“dada la complejidad de un examen de tal índole”*, primero se elaboraría un *Documento de información* que sirviera de base para discutir las modalidades para efectuar el examen.<sup>11</sup> La Secretaría del Comité de Expertos encargó otro informe con el objetivo de que se debatiera en la 37ª reunión del Comité, en 2015. Aunque no se tratara de una revisión bibliográfica exhaustiva, se suponía que ese informe —cuyo título se traduciría como *Actualización sobre el cannabis y su uso médico*—, proporcionaría *“un resumen de la situación actual en este campo y un marco para incorporar nueva información a medida que surja”*.<sup>12</sup> En aquella reunión, el Comité de Expertos solicitó a la Secretaría que empezara a ‘recopilar datos’ que orientaran los exámenes previos de una serie de sustancias, incluida la planta del cannabis y su resina.<sup>13</sup> Finalmente, en su 38ª reunión, en 2016, el Comité de Expertos puso en marcha el proceso formal de examen previo y recomendó que se convocara *“una reunión especial dedicada al cannabis y las sustancias que lo componen”*.<sup>14</sup>

Hasta entonces, el Comité de Expertos había mantenido la posición de que *“el material para efectuar un examen formal de la situación de la Cannabis como sustancia fiscalizada resulta insuficiente o no concluyente. La OMS seguirá revisando todas las pruebas científicas disponibles para determinar si se debería modificar la clasificación actual”*.<sup>15</sup> Se activó una vía rápida para el CBD, considerada la menos controversial de las sustancias relacionadas con el cannabis, y sobre la base de un examen crítico, el Comité de Expertos recomendó en su 39ª reunión, en noviembre de 2017, que el

CBD no se sometiera a fiscalización internacional. Finalmente, la ‘reunión especial’ que se había solicitado en 2016 se celebró en junio de 2018, cuando se decidió llevar adelante los exámenes críticos de la planta del cannabis, así como de su resina y extractos, y el THC.<sup>16</sup> Posteriormente, en noviembre de 2018, se celebró una reunión de seguimiento para analizar los resultados y decidir las recomendaciones en materia de clasificación.

Mientras tanto, el panorama de las políticas en materia de cannabis ha experimentado cambios significativos a escala mundial. Se ha producido una rápida expansión del mercado del cannabis medicinal en muchos países de Europa (Alemania, República Checa, Eslovenia, Grecia, Luxemburgo, Polonia y Suiza) y América Latina (Argentina, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay). Esta tendencia también se ha empezado a visibilizar en el Caribe, África y Asia, en especial en países como Jamaica, San Vicente y las Granadinas, India, Sudáfrica y Tailandia.<sup>17</sup> Además, en el continente americano, las reformas en las políticas de cannabis han empezado a trascender los usos medicinales y a superar los límites del régimen de tratados de control de drogas de la ONU. Desde 2012, diez estados de los Estados Unidos y el Distrito de Columbia han aprobado iniciativas de voto o adoptado leyes para regular el uso adulto de cannabis; Uruguay (2013) y Canadá (2018) han establecido mercados regulados de cannabis a escala nacional.

Aunque, ya desde el principio, estaba claro que la OMS se estaba embarcando en un proceso muy delicado desde el punto de vista político, estos rápidos cambios en el ámbito normativo multiplicaron las tensiones y las expectativas. El uso médico del cannabis ya estaba aceptado de forma bastante amplia y la cuestión de

regular los usos no médicos también había aparecido directamente en la mesa de la CND en Viena. La decisión de Canadá de regular su mercado interno de cannabis no médico, acompañada del cándido reconocimiento de que ello entrañaba *“contravenir algunas obligaciones relativas al cannabis en virtud de los tres tratados sobre drogas de la ONU”*,<sup>18</sup> desencadenó respuestas agresivas por parte de la Federación de Rusia y la JIFE. En junio de 2018, poco después de que el Parlamento canadiense aprobara el proyecto de ley C-45, la JIFE emitió un comunicado de prensa en el que afirmaba que la reforma adoptada por Canadá no solo vulneraba los tratados de drogas, sino también sus *“objetivos generales de salvaguardar la salud y el bienestar de la humanidad”* y que la Junta estaba *“muy preocupada por la situación de salud pública en Canadá que se derivará de la decisión del Gobierno de legalizar el uso del cannabis con fines no médicos”*.<sup>19</sup> Unos días después, en una reunión entre períodos de sesiones de la CND, el embajador ruso aludió a los *“dramáticos acontecimientos en la política de fiscalización internacional de drogas relacionada con las medidas recientes adoptadas por las autoridades canadienses”*, que resultarán *“perjudiciales para la salud y el bienestar de la humanidad. [...] Ottawa no tiene derecho a tomar decisiones unilaterales, cuyo objetivo consiste en influir en la integridad de los tratados de fiscalización internacional de drogas y promover un enfoque selectivo para su aplicación, abriendo así la caja de Pandora. Si otros países optan por seguir el camino tomado por Canadá, veremos que el régimen jurídico de fiscalización internacional de drogas se verá sometido a un profundo menoscabo y, quizá, quede aniquilado”*.<sup>20</sup>

El 17 de octubre de 2018, el día en que entró en vigor la nueva ley canadiense sobre el

cannabis, la Federación de Rusia emitió un comunicado en el que acusaba al Gobierno de Canadá de *“destruir deliberadamente el régimen de fiscalización internacional de drogas”* y manifestaba que *“la lógica de la ejecución selectiva de documentos multilaterales y legalmente vinculantes por parte de Ottawa resulta inaceptable, intrínsecamente hipócrita y es contraria a la protección del llamado ‘orden mundial basado en normas’, cuyo concepto están promoviendo activamente en estos momentos algunas fuerzas políticas occidentales”*. Al parecer, la Federación de Rusia y la Secretaría de la JIFE mantuvieron una estrecha colaboración, ya que, aquel mismo día, aparecieron expresiones parecidas en el comunicado de prensa de la JIFE, que alegaba que *“al llevar adelante la legalización del cannabis con fines no médicos, haciendo caso omiso de sus obligaciones jurídicas y compromisos diplomáticos, el Gobierno de Canadá ha contribuido a menoscabar el marco jurídico de la fiscalización internacional de drogas y socavar el orden internacional basado en normas”*.<sup>21</sup>

Así, las tensiones diplomáticas habían alcanzado su punto más candente en el momento en que el Comité de Expertos se reunió a mediados de noviembre de 2018 para discutir los resultados del proceso de examen crítico y decidir las recomendaciones relativas a la clasificación. Es evidente que las tensiones crecientes llevaron al Comité a pecar de precaución y no añadir más leña al fuego. Ese clima polarizado también explica por qué, en el último momento, se anuló la presentación de las recomendaciones de la OMS cuando se reanudó el período de sesiones de la CND, en diciembre de 2018, porque el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, aún no las había aprobado. Por lo tanto, cuando la

OMS finalmente publicó los resultados del proceso de examen de cinco años y las recomendaciones de clasificación, a fines de

enero de 2019, las expectativas y las inquietudes eran enormes (véase el cuadro).

### Las recomendaciones del Comité de Expertos, publicadas en enero de 2019

- **Recomendación 5.1:** El Comité recomendó retirar el cannabis y la resina de cannabis de la Lista IV de la Convención de 1961.
- **Recomendación 5.2.1:** El Comité recomendó que se añadieran el dronabinol y sus estereoisómeros (*delta-9-tetrahydrocannabinol*) a la Lista I de la Convención de 1961.
- **Recomendación 5.2.2:** El Comité recomendó que se retiraran el dronabinol y sus estereoisómeros (*delta-9-tetrahydrocannabinol*) de la Lista II del Convenio de 1971 si la Comisión aprobaba la recomendación de añadirlos a la Lista I de la Convención de 1961.
- **Recomendación 5.3.1:** El Comité recomendó que se añadiera a la Lista I de la Convención de 1961 el tetrahydrocannabinol (es decir, los seis isómeros que figuraban en la Lista I del Convenio de 1971) si la Comisión aprobaba la recomendación de añadir el dronabinol (*delta-9-tetrahydrocannabinol*) a la Lista I de la Convención de 1961.
- **Recomendación 5.3.2:** El Comité recomendó que el tetrahydrocannabinol (es decir, los seis isómeros que figuraban en la Lista I del Convenio de 1971) se retirara del Convenio de 1971 si la Comisión aprobaba la recomendación de añadirlo a la Lista I de la Convención de 1961.
- **Recomendación 5.4:** El Comité recomendó que se retiraran los extractos y tinturas de cannabis de la Lista I de la Convención de 1961.
- **Recomendación 5.5:** El Comité recomendó que se añadiera a la Lista I de la Convención de 1961 una nota a pie de página que dijera lo siguiente: “Los preparados que contengan predominantemente cannabidiol y no más del 0,2 % de *delta-9-tetrahydrocannabinol* no están sometidos a fiscalización internacional”.
- **Recomendación 5.6:** El Comité recomendó añadir a la Lista III de la Convención de 1961 los preparados que contuvieran *delta-9-tetrahydrocannabinol* (dronabinol), producidos por síntesis química o como preparados farmacéuticos de cannabis que estuvieran mezclados con uno o varios ingredientes más, de tal manera que el *delta-9-tetrahydrocannabinol* (dronabinol) no pudiera separarse por medios de fácil aplicación o en cantidades que constituyeran un peligro para la salud pública.

#### Reconocimiento del uso médico: un paso positivo, aunque obvio

La recomendación 5.1 del Comité de Expertos, que apunta a que el cannabis se retire de la Lista IV, es tanto positiva como obvia. “Las pruebas científicas presentadas al Comité no indicaban que la planta y la resina de cannabis fueran particularmente susceptibles de

producir efectos nocivos semejantes a los efectos de las otras sustancias que figuran en la Lista IV” y, dada la aceptación generalizada del uso medicinal por parte de muchos Estados Miembros, el Comité no podría haber aconsejado razonablemente otra cosa. La

retirada de la Lista IV constituye una medida de relevancia, ya que, con ella, se reconoce plenamente la utilidad médica y se elimina el cannabis del ámbito de la disposición de los tratados que insta a que las Partes se planteen la posibilidad de prohibir el cannabis incluso con fines médicos.

Por muy positiva que sea esta recomendación, resulta difícil imaginar cómo el Comité de Expertos podría haber llegado a cualquier otra conclusión sin suscitar serias dudas sobre su credibilidad e independencia. Teniendo en cuenta la oposición activa del Comité de Expertos, desde sus orígenes, a todo uso médico del cannabis, la recomendación de retirar el cannabis de la Lista IV representa una corrección de un error histórico y una injusticia que llevaba pendiente mucho tiempo. La OMS y su Comité de Expertos tienen una responsabilidad significativa por las décadas de consecuencias negativas debidas a esta injusticia.

### **El cannabis se mantiene en la Lista I**

*A continuación, el Comité examinó si era mejor incluir el cannabis y la resina de cannabis en la Lista I o en la Lista II de la Convención de 1961. Si bien el Comité no consideró que el cannabis estuviera asociado con el mismo nivel de riesgo para la salud que la mayoría de las demás drogas que se han incluido en la Lista I, destacó la elevada incidencia de problemas de salud pública derivados del consumo de cannabis y el alcance mundial de esos problemas, por lo que recomendó que el cannabis y la resina de cannabis se mantuvieran en la Lista I de la Convención de 1961.<sup>23</sup>*

El motivo aparente por el que el Comité de Expertos recomienda que el cannabis se mantenga en la Lista I es muy cuestionable por motivos de procedimiento. La Convención Única establece que lo primero que debe comprobar la OMS en su proceso de examen es si una sustancia “se presta a uso indebido o puede producir efectos nocivos parecidos a los de los estupefacientes de las Listas I o II” o puede ‘ser transformada’ en una de esas drogas

Al mismo tiempo, tampoco se debe sobrevalorar la importancia de que el cannabis se retire de la Lista IV, ya que la imposición que se recomienda –es decir, la prohibición total, incluso para fines médicos– siempre ha sido opcional. A las Partes de la Convención solo se les exige que sigan la recomendación “*si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos*”.<sup>22</sup> En otras palabras, si una Parte considerara que esta no es la forma más adecuada, podría decidir permitir el cultivo y el uso de cannabis con fines médicos, como han hecho muchos países a pesar de que figurara en la Lista I. Sin embargo, es importante que los gobiernos apoyen la recomendación de que el cannabis se retire de la Lista IV, entre otros motivos porque, en varios países, existe una relación inmediata y directa entre las listas internacionales de fiscalización y la legislación nacional.

(artículo 3, párrafo 3-iii). Este ‘principio de similitud’, que el Comité de Expertos utiliza para justificar que el cannabis se retire de la Lista IV, constituye la prueba de referencia básica para recomendar si el cannabis debería incluirse en la Lista I (junto con, por ejemplo, la morfina y la cocaína) o II (por ejemplo, con la codeína). Según los Comentarios, “en consecuencia, muchas veces se puede proponer que se incluyan en la Lista II sustancias que son

*relativamente menos peligrosas y muy utilizadas en la práctica médica*".<sup>24</sup>

El Comité determinó que el cannabis no está asociado con el mismo nivel de riesgo para la salud que la mayoría de las otras drogas que figuran en la Lista I, pero después señaló que, debido a "la elevada incidencia de problemas de salud pública derivados del consumo de cannabis y el alcance mundial de esos problemas", el cannabis se debía mantener, a pesar de todo, en la Lista I. En el examen se hace referencia a "una serie de efectos adversos asociados con el consumo de cannabis a largo plazo" y se observa que el cannabis "puede provocar dependencia física en las personas que lo consumen a diario o casi a diario",<sup>25</sup> pero no es fácil entender cómo la recomendación de mantener el cannabis en la Lista I es compatible con la opinión de que no está asociado con el mismo nivel de riesgo que la mayoría de las demás drogas de la Lista I.

La 'elevada incidencia' y el 'alance mundial' de los problemas de salud relacionados con el cannabis no constituyen un criterio suficiente para aducir el principio de similitud. Como se menciona en el informe del examen crítico sobre el cannabis y la resina de cannabis: "En lo que se refiere a los daños, la mayoría de estos son causados por el uso frecuente o continuado, en especial el uso intenso a lo largo del tiempo [...]. Por lo tanto, la prevalencia del uso no constituye, de por sí, un buen indicador de los daños a la salud pública" (sección 5, sobre epidemiología, p. 40). El criterio de la similitud exige que se valore si el cannabis "se presta a uso indebido o puede producir efectos nocivos parecidos" a los de las drogas que figuran en las Listas I o II.<sup>26</sup> En el caso de que no se encuentre una similitud suficiente con las sustancias incluidas en alguna de esas listas, no existe justificación para el control internacional y la

recomendación debe consistir en no añadir la sustancia sometida a examen a ninguna de las listas o bien, como en este caso, a eliminarla de las listas en las que consta en ese momento. Al recomendar que el cannabis se mantenga en la Lista I, el Comité de Expertos parece no haber aplicado el criterio de similitud exigido, y las consecuencias de no cuestionar ese procedimiento podrían ser bastante graves.

Tal como admite el Comité de Expertos, "el cannabis nunca se ha sometido a un examen previo ni a un examen crítico formal".<sup>27</sup> Como ya se ha comentado, la inclusión actual del cannabis en las Listas I y IV no se basó en un examen adecuado de la OMS, sino en argumentos científicamente discutibles promovidos por algunas personas en la década de 1950.<sup>28</sup> En consecuencia, la validez de su clasificación siempre ha sido cuestionable. En caso de que se aprobara este conjunto de nuevas recomendaciones del Comité de Expertos, el hecho de que el cannabis se mantenga en la Lista I será más difícil de cuestionar, ya que, a partir de entonces y por primera vez, se basará en un examen crítico por parte de la OMS de las últimas pruebas científicas. Además —y esto es fundamental—, mantener el cannabis en la Lista I también constituye la base para que el Comité haya recomendado que el THC/dronabinol también se añada a la Lista, lo cual podría tener repercusiones para un amplio abanico de preparados médicos de cannabis. En este sentido, también es importante tener en cuenta que una recomendación del Comité de Expertos que suponga mantener el orden establecido (es decir, mantener una sustancia determinada en la lista en la que figura actualmente) no implica una votación por parte de la CND. A la luz del carácter de este examen, que sentará precedentes, y del hecho



de que la recomendación de mantener el cannabis en la Lista I no dé lugar a una votación, los Estados Miembros interesados deben velar

por que se tomen las medidas necesarias para revisar cuidadosamente el razonamiento en que se fundamenta el Comité de Expertos.

### *El THC se traslada del Convenio de 1971 a la Convención de 1961*

Hay buenos motivos para intentar resolver la incoherencia de que el cannabis, su resina y sus extractos estén fiscalizados en virtud de la Convención de 1961 como ‘estupefacientes’ y, en cambio, el *delta-9-THC* y sus (estéreo)isómeros lo estén en virtud del Convenio de 1971 como ‘sustancias psicotrópicas’. Por lo tanto, trasladar los cannabinoides psicoactivos de las listas de 1971 a las de 1961, como se propone en las recomendaciones 5.2.1, 5.2.2, 5.3.1 y 5.3.2, en principio, mejora la coherencia del sistema de clasificación. Sin embargo, tras llegar a la conclusión discutible de que el cannabis debería permanecer en la Lista I, el Comité de Expertos aplica el principio de similitud al dronabinol/THC: *“Dado que el  $\Delta 9$ -THC es susceptible de un uso indebido similar al del cannabis y tiene efectos nocivos similares, cumple los criterios para su inclusión en la Lista I de la Convención de 1961”*.

Esta recomendación parece contradecir otras recomendaciones anteriores del Comité de Expertos sobre el dronabinol/THC. Basándose en exámenes críticos anteriores del dronabinol, el Comité de Expertos recomendó, en un primer momento, modificar su clasificación y pasarlo de la Lista I del Convenio de 1971 a la Lista II, menos estricta, que se adoptó por votación en 1991. Diez años más tarde, el Comité determinó que *“la bajísima tasa de uso indebido del delta-9 THC sugiere que el riesgo para la salud pública podría, en realidad, ser menor que el exigido para que las sustancias se incluyan en la Lista II”*,<sup>29</sup> pero la recomendación

de volver a clasificarlo y pasarlo a la Lista IV (la menos estricta del Convenio de 1971) se consideró tan controvertida que incluso intervino el entonces director ejecutivo de la UNODC, Antonio Maria Costa, que impidió que la recomendación llegara a la CND.<sup>30</sup> En 2006, el Comité de Expertos recomendó que el dronabinol/THC se trasladara a la Lista III, una propuesta que, al principio, la CND se negó a estudiar y que, finalmente, en 2014, fue rechazada por votación.<sup>31</sup>

Por lo tanto, todos los exámenes anteriores del dronabinol llevaron al Comité de Expertos a recomendar que se trasladara a una lista menos estricta, mientras que, ahora, la recomendación de añadirlo a la Lista I de la Convención Única significa someterlo a un nivel de control más estricto que el que exige su fiscalización actual (en la Lista II del Convenio de 1971). Esa recomendación por parte del Comité de Expertos no se basa en nuevos conocimientos sobre una mayor nocividad, sino únicamente en el principio de similitud en comparación con el cannabis en sí. Ese argumento es algo circular, ya que el criterio de similitud no se ha aplicado al cannabis en comparación con otras drogas de la Lista I.

Los preparados médicos que contienen THC —excepto del tipo Sativex y Marinol, recomendados para la Lista III (véase más abajo)—, en principio, se deberán manejar con los mismos controles estrictos que los preparados que contienen morfina y cocaína, y no están sujetos al régimen, más permisivo,

que se aplica, por ejemplo, a los preparados que contienen codeína.

### Extractos y 'preparados farmacéuticos'

Las incertidumbres jurídicas que persisten en torno al CBD se resolverían en cierta medida si se aprueban las recomendaciones 5.4 y 5.5. La propuesta de que se elimine la categoría 'extractos y tinturas' y de que se añada una nota a pie de página dejaría muy claro que los preparados de CBD (que no contengan más de un 0,2 % de THC) no están sometidos a fiscalización internacional. Este punto es positivo, aunque cabría cuestionar la decisión de situar el umbral de la cantidad en un 0,2 % de THC. Por ejemplo, los extractos de CBD de una planta completa de cáñamo es fácil que contengan más de un 0,2 % de THC, y el umbral del 0,2 % puede causar problemas a aquellos países que ya aplican otros valores en su legislación nacional.

La recomendación 5.6 aclara de manera muy útil el término 'dronabinol' alude simplemente al *delta-9-THC*, ya sea producido por síntesis química o extraído de la planta, ya que, en ocasiones, se ha utilizado el argumento de que el dronabinol solo alude al THC sintetizado químicamente. Sin embargo, la definición de 'preparados' que se usa aquí para definir aquellos preparados que podrían verse eximidos de varios controles, al añadirlos a la Lista III, plantea otra serie de interrogantes. El Comité de Expertos, en su argumento para que se elimine la categoría de 'extractos y pinturas', se refiere al hecho de que los 'preparados' (definidos como mezclas que contienen una sustancia fiscalizada), en virtud del artículo 2.3 del tratado, "estarán sujetos a las mismas medidas de fiscalización que los estupefacientes que contengan", salvo por

algunas excepciones concretas previstas para los preparados de la Lista III.

El Comité de Expertos recomienda, a continuación, que se exima, al amparo de la Lista III, los "preparados farmacéuticos de cannabis que estuvieran mezclados con uno o varios ingredientes más, de tal manera que el *delta-9-tetrahidrocannabinol (dronabinol)* no pudiera separarse por medios de fácil aplicación o en cantidades que constituyeran un peligro para la salud pública". No se ofrecen más aclaraciones sobre los criterios de la fácil recuperación, sobre la definición de 'preparados farmacéuticos' ni sobre cómo distinguir esas exenciones de las mezclas que contienen dronabinol/THC que estarían incluidas en la Lista I. Parece que, con respecto a este punto, las recomendaciones intentan introducir una distinción algo arbitraria entre productos como Sativex y Marinol (que se mencionan específicamente como ejemplos) y otros tipos de preparados medicinales basados en extractos de cannabis. Sin embargo, la definición que se utiliza para los preparados exentos también podría aplicarse a muchos otros preparados mezclados con extractos de cannabis para fines médicos.

La intención de flexibilizar los controles a los que están sometidos los productos de cannabis medicinal y facilitar el acceso a ellos a través de una exención en la Lista III es, sin duda, positiva, pero debe quedar claro que la descripción general de 'preparados farmacéuticos' no puede interpretarse de manera restrictiva, de forma que signifique 'preparados como Sativex y Marinol,

producidos por la industria farmacéutica'. La categoría de preparados exentos, definida de forma imprecisa, parece concebida para otorgar a un número limitado de productos muy concretos patentados por compañías farmacéuticas un trato preferencial con respecto a una amplia gama de extractos de

cannabis más naturales y con propiedades medicinales parecidas. Al mismo tiempo, esa imprecisión podría conceder a los países cierta discreción a la hora de decidir por sí mismos qué preparados podrían acogerse a un régimen de control menos estricto.

### **La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y el “cannabis medicinal”**

Algunas de las recomendaciones de la OMS parecen reflejar posiciones muy problemáticas con respecto al cannabis medicinal adoptadas por la JIFE. En la reunión dedicada al cannabis que celebró el Comité de Expertos en junio de 2018, los dos representantes presentes de la JIFE (Galina Korchagina, integrante de la JIFE de la Federación de Rusia, y Rossen Popov, secretario adjunto de la Secretaría de la JIFE) advirtieron al Comité de que *“al plantear la posibilidad de que se utilicen derivados del cannabis para el tratamiento de ciertas afecciones de salud, lo más apropiado es evitar el concepto de ‘cannabis medicinal’. Con ello, se tiene la intención de garantizar que, cuando se haga referencia a productos medicinales, se entienda que se alude a productos que han sido probados debidamente, que han superado una evaluación científica completa que incluya ensayos clínicos y que están autorizados como medicamentos”*.<sup>32</sup>

El Informe anual de la JIFE correspondiente a 2018, publicado el 5 de marzo de 2019, dedica su capítulo temático al *‘Cannabis y cannabinoides para usos médicos, científicos y “recreativos”: riesgos y beneficios’*.<sup>33</sup> En todo el capítulo, la Junta escribe “cannabis medicinal” y “uso con fines médicos” entre comillas siempre que se refiere a la planta de cannabis para indicar que, según su interpretación de los tratados, solo el uso médico de los cannabinoides en preparados farmacéuticos

constituye un uso médico legítimo. *“Con arreglo a la Convención, los cannabinoides pueden evaluarse en ensayos clínicos controlados para determinar los beneficios y perjuicios de su uso con fines médicos”*,<sup>34</sup> considera la JIFE, pero *“los intentos de comercializar y promover el uso médico de productos de cannabis como ‘medicinas a base de hierbas’ son incompatibles con la clasificación del cannabis y sus derivados en la Convención de 1961 y el Convenio de 1971. Los cannabinoides de calidad farmacéutica deben ser aprobados por el sistema de reglamentación farmacéutica del país para usos médicos claramente definidos”*.<sup>35</sup> La Junta también reafirma su posición, sin ningún tipo de fundamento jurídico, de que *“el cultivo personal de cannabis para fines médicos contraviene lo dispuesto en la Convención de 1961 en su forma enmendada, entre otros motivos, porque aumenta el riesgo de desviación”*.<sup>36</sup>

El mensaje principal de la JIFE parece ser que *“el uso de cannabinoides con fines médicos está permitido con arreglo a los tratados de fiscalización internacional de drogas”* únicamente en condiciones muy estrictas,<sup>37</sup> y que los programas de “cannabis medicinal”, de hecho, *“han sido utilizados por los partidarios de la legalización del cannabis para promover la legalización del consumo de cannabis con fines no médicos”* y para *“crear en la práctica un mercado legal de cannabis para consumidores*

que usaban la sustancia con fines no médicos”.<sup>38</sup> Sin negar el hecho de que los regímenes de cannabis medicinal en algunos estados de los Estados Unidos han difuminado de manera inequívoca la frontera legal entre los usos médicos y los recreativos, y que el control de las normas de calidad es esencial para cualquier tipo de medicamento, la distinción que la JIFE intenta establecer entre los cannabinoides farmacéuticos y la materia vegetal del cannabis carece de una base discernible en los tratados de drogas.

De hecho, en el examen crítico de la OMS sobre el cannabis y la resina de cannabis se mencionan varios programas de cannabis medicinal en los que se han autorizado completamente productos naturales de cannabis, y se señala que, en noviembre de 2017, “el cannabis medicinal se puede usar legalmente en Alemania, Australia, Canadá, Chile, Colombia, Israel, Jamaica, los Países Bajos, el Perú y 29 estados de los Estados Unidos”.<sup>39</sup> El informe del examen también cita muchos estudios que han demostrado la utilidad terapéutica de la materia vegetal. No existe ni una sola referencia en las convenciones de drogas, los comentarios sobre ellas ni las actas de las conferencias que sustenten la afirmación de la JIFE, es decir, que solo los preparados farmacéuticos de cannabinoides pueden considerarse como un uso médico legítimo. De hecho, es más bien al contrario. Los Comentarios a la Convención de 1961 puntualizan: “El término ‘fines médicos’ no comporta exactamente el mismo significado en todo momento y en toda circunstancia. Su interpretación debe depender del estado en que se hallen las ciencias médicas en el momento concreto de que se trate, y no sólo en la medicina moderna, a veces también calificada de ‘medicina occidental’, sino también en sistemas legítimos de

medicina autóctona, como los que existen en China, la India y el Pakistán, que deben tenerse en cuenta a este respecto”.<sup>40</sup>

En una carta reciente enviada a varios gobiernos, la JIFE también afirma que la Convención Única exige que el cultivo de la planta de cannabis se limite estrictamente a fines médicos y científicos (en virtud de las obligaciones generales del artículo 4) y a las exenciones, que se mencionan expresamente, de “fines industriales (fibra y semillas) u hortícolas” (artículo 28, *Fiscalización de la Cannabis*, párrafo 2). Según la JIFE, el cultivo de plantas de cannabis para cualquier otro fin que los indicados de manera explícita (médico, científico, fibra, semillas y hortícola) no puede considerarse lícito al amparo de las disposiciones de los tratados. El cultivo de cannabis o cáñamo con el objetivo de extraer el CBD (aunque el CBD no esté sometido a control internacional) solo podría considerarse lícito en caso de que esté destinado a fines médicos claramente definidos y aprobados, no para suplementos alimenticios, bebidas o productos fumables. La JIFE parece confundir, erróneamente, las restricciones que impone el tratado sobre “el cultivo de la planta de la cannabis para producir cannabis [definida como las sumidades, floridas o con fruto, de la planta] o resina de cannabis” (artículo 28, párrafo 1) con el cultivo de la planta de cannabis en general. Sin embargo, como se puntualiza en los Comentarios a la Convención de 1961 con respecto a las disposiciones especiales sobre el cultivo de cannabis (en los artículos 23 y 28), “el régimen sólo es aplicable al cultivo de la planta de la cannabis para producir cannabis o su resina. El cultivo de la planta con cualquier otro fin, y no sólo con los fines mencionados en el párrafo 2, está por consiguiente exento del régimen de fiscalización”.<sup>41</sup>

## Conclusiones

Las recomendaciones de la OMS en materia de cannabis publicadas en enero de 2019 se habían estado esperando con impaciencia y por una buena razón. Aunque el cannabis figuraba en las listas de control más estrictas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, hasta ahora, el cannabis *nunca* había sido objeto de un examen crítico por parte del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia.

Las recomendaciones del Comité de Expertos presentan algunos puntos claramente positivos, en especial el hecho de que reconozcan la utilidad medicinal del cannabis al retirarlo de la Lista IV de la Convención Única de 1961 y que aclaren que el CBD no está sometido a fiscalización internacional. Además, los documentos generados por el Comité de Expertos en el transcurso de su proceso de examen sin precedentes brindan una gran cantidad de información actualizada basada en una revisión exhaustiva de las pruebas científicas de las que se dispone y, seguramente, se convertirán en una fuente de obligada referencia durante los próximos años sobre todos los aspectos de los usos medicinales de las diversas sustancias relacionadas con el cannabis, incluida la materia vegetal.<sup>42</sup>

Sin embargo, a pesar de todos los datos científicos recabados durante el proceso de examen, las recomendaciones del Comité de Expertos también revelan unos métodos de evaluación y procedimientos de clasificación problemáticos, además de una lógica muy cuestionable para mantener el cannabis en la Lista I. Las repercusiones que puedan tener esos aspectos más cuestionables de las recomendaciones del Comité de Expertos

suscitan una serie de preocupaciones legítimas que merecen un análisis minucioso por parte de los gobiernos y la sociedad civil. Precisamente porque las recomendaciones emanan del primer examen crítico del cannabis realizado hasta la fecha por la OMS, sentarán unos precedentes importantes. Los gobiernos deben estudiar seriamente las posibilidades de las que disponen para cuestionar los aspectos problemáticos del examen, ya que si los aceptan ahora, podrían sentar un precedente perjudicial para el futuro.

El examen que acaba de finalizar el Comité de Expertos también pone de relieve que la decisión inicial de incluir el cannabis en los tratados de drogas de la ONU sigue determinado las deliberaciones sobre la política al respecto en el ámbito de la ONU. Los límites de los tratados de drogas hacen prácticamente imposible que las estructuras de la ONU se ocupen de manera constructiva de algunas de las cuestiones fundamentales que están planteándose hoy día las personas responsables de la formulación de políticas en muchos países del mundo, como, por ejemplo, si conviene regular el cannabis *no médico* y cómo proceder con ello, una política que supera los confines de lo permitido por los tratados, pero que, a pesar de ello, se está estudiando y poniendo en práctica en un número creciente de países.

Las limitaciones del examen de Comité de Expertos también ponen de manifiesto que es poco probable que un avance aún mayor en lo que respecta a situar la clasificación del cannabis en los tratados de drogas de la ONU en sintonía con la ciencia moderna despeje el camino hacia la regulación del cannabis no médico. Dado que esta opción trasciende lo

permitido por los tratados de control de drogas, los países que deseen regular el cannabis con fines no médicos de una manera que esté acorde con el derecho internacional deberán encontrar una vía distinta, que no vulnere las restricciones de los tratados. Entre las opciones de reforma de los tratados que no requieren un consenso, el procedimiento de la modificación *inter se*, previsto por la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, parece ofrecer la solución más elegante.<sup>43</sup> La modificación *inter se* exigiría que un grupo de dos o más países con ideas afines celebre un acuerdo que incluya un compromiso rotundo con el objetivo original de los tratados de promover la salud y el bienestar de la humanidad, así como con las obligaciones originales contraídas en virtud de los tratados con respecto a los países que no sean parte del nuevo acuerdo.

Una respuesta colectiva coordinada y con buenos fundamentos jurídicos presenta muchos beneficios evidentes en comparación con un escenario más caótico que registre un número creciente de reinterpretaciones cuestionables y distintas reservas unilaterales. La opción de retirarse de la Convención y luego adherirse de nuevo con una reserva con respecto al cannabis, la ruta usada con éxito por Bolivia con respecto a la hoja de coca, podría ofrecer una solución por lo menos

temporal también (si la reserva no está rechazado por una tercera parte de los demás estados), pero tendría un efecto estrictamente unilateral. Entre otras cosas, la modificación *inter se* brindaría oportunidades para experimentar y aprender de diferentes modelos de regulación y abriría la posibilidad del comercio internacional, lo cual permitiría que los pequeños agricultores de cannabis en los países productores tradicionales del Sur abastecieran a los emergentes espacios regulados lícitos en el mercado global.

Muchos gobiernos ya han insistido en que se necesita más tiempo para examinar las recomendaciones de la OMS antes de que se sometan a votación. La votación se aplazará hasta que se retome el período de sesiones de la CND, en diciembre de 2019, o hasta el próximo período ordinario de sesiones de la CND, en marzo de 2020. Es evidente que los gobiernos necesitan más tiempo para velar por que este proceso de examen sin precedentes del Comité de Expertos y las recomendaciones que surgieron de él se sometan al debido análisis. En lugar de limitarse a posponer una decisión difícil por conveniencia política, los próximos meses deben aprovecharse para celebrar un debate sincero y basado en datos empíricos entre los Estados Miembros, la sociedad civil, el mundo académico y las entidades pertinentes de la ONU.

## NOTAS

- <sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, *Annex 1 - Extract from the Report of the 41<sup>st</sup> Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances*, 5. *Cannabis and cannabis-related substances*, enero de 2019. [https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex\\_1\\_41\\_ECDD\\_recommendations\\_cannabis\\_22Jan19.pdf](https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf); Véase también: Comisión de Estupefacientes, *Cambios en el alcance de la fiscalización de sustancias: recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre las propuestas de fiscalización del cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis - Nota de la Secretaría*, E/CN.7/2019/12, 1 de febrero de 2019, <https://undocs.org/es/E/CN.7/2019/12>
- <sup>2</sup> Comité de Expertos en Drogas Susceptibles de Engendrar Toxicomanía, *Quinto Informe*, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, N° 95, 1955, pp. 13-14. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37129/WHO\\_TRS\\_95\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37129/WHO_TRS_95_spa.pdf)
- <sup>3</sup> A.O. Wolff, *The Physical and Mental Effects of Cannabis, Additional Study*, WHO/APD/56, 17 de marzo de 1955, pp. 30-31. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104457/WHO\\_APD\\_56\\_1955\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104457/WHO_APD_56_1955_eng.pdf?sequence=1)
- <sup>4</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *16<sup>º</sup> informe*, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, N° 407, 1969, p. 21. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38468/WHO\\_TRS\\_407\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38468/WHO_TRS_407_spa.pdf)
- <sup>5</sup> *Ibidem*, p. 21.
- <sup>6</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *Critical Review, Delta-9-tetrahydrocannabinol*, section 1.7 WHO Review History, 2018, pp. 8-10. <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/THCv1.pdf>
- <sup>7</sup> Véase *Cannabis and cannabis resin. Information Document. Agenda Item 8.2*. Comité de Expertos en Farmacodependencia, 36<sup>a</sup> reunión, Ginebra, 16 a 20 de junio de 2014, Organización Mundial de la Salud, p. 4. [https://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/8\\_2\\_Cannabis.pdf](https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/8_2_Cannabis.pdf). Y: Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *Critical Review, Cannabis and cannabis resin*, section 1.7 WHO Review History, 2018, p. 7. <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Cannabis-and-cannabis-resin.pdf>. Véase también: E. Danenberg et al., 'Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions', *Drug and Alcohol Dependence* 131, 2013, pp. 175-181.
- <sup>8</sup> IDPC, *La Comisión de Estupefacientes 2009 y el segmento de alto nivel - Informe de la sesión*, abril de 2009, pp. 17-18. <http://fileserv.idpc.net/library/IDPC%20CND%20esp.pdf>
- <sup>9</sup> Resolución 52/5. Estudio de todos los aspectos relacionados con la utilización de semillas de cannabis con fines ilícitos. <https://www.undocs.org/es/E/2009/28>
- <sup>10</sup> JIFE, *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2013*, Naciones Unidas, Nueva York, 2014, p. 106 [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR\\_2013\\_S.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR_2013_S.pdf)
- <sup>11</sup> *Cannabis and cannabis resin. Information Document. Agenda Item 8.2*. Comité de Expertos en Farmacodependencia, 36<sup>a</sup> reunión, Ginebra, 16 a 20 de junio de 2014, Organización Mundial de la Salud, p. 5 [https://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/8\\_2\\_Cannabis.pdf](https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/8_2_Cannabis.pdf). El documento tenía 'por objeto proporcionar información del contexto y relevante para el Comité de Expertos', p. 2
- <sup>12</sup> Bertha K. Madras, *Update of Cannabis and its medical use*, 37<sup>a</sup> reunión del Comité de Expertos (2015) Agenda item 6.2, [https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/6\\_2\\_cannabis\\_update.pdf](https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/6_2_cannabis_update.pdf)
- <sup>13</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *Thirty-eighth report*, Organización Mundial de la Salud, 2017, p. 35 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255046/9789241210140-eng.pdf?sequence=1>

---

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 36.

<sup>15</sup> Véase [https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd\\_38\\_meeting/en/](https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd_38_meeting/en/)

<sup>16</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. *Fortieth report*, Organización Mundial de la Salud, 2018 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279948/9789241210225-eng.pdf?ua=1>

<sup>17</sup> Véase: Sofía Aguilar, Víctor Gutiérrez, Lisa Sánchez y Marie Nougier, *Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo*, IDPC/MUCD, Informe, abril de 2018. <https://idpc.net/es/publications/2018/04/politicas-y-practicas-sobre-cannabis-medicinal-en-el-mundo>

<sup>18</sup> Chrystia Freeland, Ministra de Exteriores, *Proceedings of the Standing Senate Committee on Foreign Affairs and International Trade*, Issue No. 45 - Evidence - Meeting of May 1, 2018. <https://sencanada.ca/en/Content/Sen/Committee/421/AEFA/45ev-54008-e>

<sup>19</sup> UNIS/NAR/1353, *International Narcotics Control Board expresses deep concern about the legalization of cannabis for non-medical use in Canada*, Comunicado de prensa de la JIFE, 21 de junio de 2018. <https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2018/incb-expresses-deep-concern-about-the-legalization-of-cannabis-for-non-medical-use-in-canada.html>

<sup>20</sup> *Statement of the Permanent Representative of the Russian Federation to the International Organizations in Vienna Ambassador Mikhail Ulyanov at the 2<sup>nd</sup> intersessional CND meeting*, Viena, 25 de junio de 2018. [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_61/Statements/61st\\_CND\\_2nd\\_ISM\\_25\\_June\\_2018\\_Statement\\_Russian\\_Federation.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/Statements/61st_CND_2nd_ISM_25_June_2018_Statement_Russian_Federation.pdf)

<sup>21</sup> UNIS/NAR/1362, *Statement by the International Narcotics Control Board on the entry into force of Bill C-45 legalising cannabis for non-medical purposes in Canada*, Comunicado de prensa de la JIFE, 17 de octubre de 2018. <https://www.incb.org/incb/en/news/press-releases/2018/statement-by-the-international-narcotics-control-board-on-the-entry-into-force-of-bill-c-45-legalising-cannabis-for-non-medical-purposes-in-canada.html>

<sup>22</sup> Artículo 2, párrafo 5 b) de la Convención Única de 1961

<sup>23</sup> Comisión de Estupefacientes, *Cambios en el alcance de la fiscalización de sustancias: recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre las propuestas de fiscalización del cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis - Nota de la Secretaría*, E/CN.7/2019/12, 1 de febrero de 2019, <https://undocs.org/es/E/CN.7/2019/12>; Véase también: World Health Organization, *Annex 1 - Extract from the Report of the 41<sup>st</sup> Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances*, 2. *Cannabis and cannabis-related substances*, January 2019. [https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex\\_1\\_41\\_ECDD\\_recommendations\\_cannabis\\_22Jan19.pdf](https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf)

<sup>24</sup> Naciones Unidas, *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, Nueva York: 1973, p. 98.

<sup>25</sup> El término 'dependencia física' es confuso y no aparece definido en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos* (IE-10) de la OMS. En 1993, el propio Comité de Expertos recomendó que no se empleara este término y se decantó en su lugar por 'síntoma de abstinencia' o 'tolerancia'. Véase: Organización Mundial de la Salud, *Expert Committee on Drug Dependence, Twenty-eighth Report*, WHO Technical Report Series, No. 836. Ginebra, 1993, pp. 4-6, <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19910en/s19910en.pdf>

<sup>26</sup> Véase también: Organización Mundial de la Salud, *Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control*, Ginebra, 2010. [https://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/GLS\\_WHORev\\_PsychoactSubst\\_IntC\\_2010.pdf](https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/GLS_WHORev_PsychoactSubst_IntC_2010.pdf). Estas orientaciones actualizadas fueron aprobadas por la Junta Ejecutiva de la OMS en enero de 2010.

<sup>27</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *Thirty-eighth report*, WHO Technical Report Series no. 1005, 2017, pp. 35-36.



- 
- <sup>28</sup> Véase: David Bewley-Taylor, Tom Blickman y Martin Jelsma, *Auge y caída de la prohibición del cannabis: La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma*, TNI/GDPO, marzo de 2014, pp. 18-25.
- <sup>29</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *Thirty-second report*, WHO Technical Report Series no. 903, 2001, p. 19.
- <sup>30</sup> David R. Bewley-Taylor, *International Drug Control: Consensus Fractured*, Cambridge University Press, 2012, pp. 212-213.
- <sup>31</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *Critical Review, Delta-9-tetrahydrocannabinol*, section 1.7 WHO Review History, 2018, pp. 8-10. <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/THCV1.pdf>
- <sup>32</sup> Organización Mundial de la Salud, *WHO Expert Committee on Drug Dependence, Fortieth report*, WHO Technical Report Series 1013, 2018, p. 8. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279948/9789241210225-eng.pdf?ua=1>
- <sup>33</sup> E/INCB/2018/1, *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2018*, JIFE, 5 de marzo de 2019. [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual\\_Report/Annual\\_Report\\_2018\\_S.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Annual_Report/Annual_Report_2018_S.pdf)
- <sup>34</sup> *Ibidem*, p. 2, párrafo 7.
- <sup>35</sup> *Ibidem*, p. 3, párrafos 14-15.
- <sup>36</sup> *Ibidem*, p. 3, párrafo 12.
- <sup>37</sup> *Ibidem*, p. 13, párrafo 67.
- <sup>38</sup> *Ibidem*, p. 11, párrafo 57.
- <sup>39</sup> Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, *Cannabis and cannabis resin*, Section 5: Epidemiology, World Health Organization 2018, p. 48. <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Cannabis-and-cannabis-resin.pdf>
- <sup>40</sup> Naciones Unidas, *Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*, Nueva York: Naciones Unidas, 1973, p. 111.
- <sup>41</sup> *Ibidem* p. 112.
- <sup>42</sup> Todos los documentos pertinentes del examen crítico se pueden consultar en el sitio web del Comité de Expertos: <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd/en/>
- <sup>43</sup> Martin Jelsma, Neil Boister, David Bewley-Taylor, Malgosia Fitzmaurice y John Walsh, *El equilibrio entre la estabilidad y el cambio: La modificación inter se de los tratados de fiscalización de drogas de la ONU para facilitar la regulación del cannabis*, TNI/GDPO/WOLA, marzo de 2018, <https://www.wola.org/es/analisis/balancing-treaty-stability-spanish-web-version-pdf/>

## SOBRE LAS ORGANIZACIONES



Advocacy for Human Rights in the Americas

La OFICINA EN WASHINGTON PARA ASUNTOS LATINOAMERICANOS (WOLA) es una organización líder en investigación e incidencia que promueve los derechos humanos en las Américas. Nuestra visión es lograr un continente en el cual las políticas públicas protejan los derechos humanos y reconozcan la dignidad humana, y en donde la justicia prevalezca sobre la violencia.

(<https://www.wola.org/>)



El programa Drogas y Democracia del TRANSNATIONAL INSTITUTE (TNI) lleva analizando las tendencias mundiales del mercado ilegal de drogas y las políticas de drogas desde 1996. El programa ha adquirido renombre 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.

([www.tni.org/drugs](http://www.tni.org/drugs))



El OBSERVATORIO GLOBAL SOBRE POLÍTICAS DE DROGAS (GDPO), con sede en la Universidad de Swansea, Reino Unido, tiene como objetivo promover políticas de drogas basadas en pruebas empíricas y en los derechos humanos, mediante la elaboración de informes, el seguimiento y el análisis exhaustivo y riguroso de la evolución de las políticas en los ámbitos nacional e internacional.

([www.swansea.ac.uk/gdpo](http://www.swansea.ac.uk/gdpo))