

Cannabis, Salud Pública y Derechos Humanos*

María del Rosario Huerta Lara**

RESUMEN: De acuerdo a la Convención Única de Estupefacientes de 1961 de la Organización de las Naciones Unidas, se puede considerar que el régimen internacional de control de drogas trata de un sistema rígido e inamovible en cuanto a sus postulados y principios prohibicionistas. Sin embargo, contra lo que se pensara, la evolución normativa de este Tratado ha resultado que muchos países transitaran, motu proprio, de un absoluto prohibicionismo, a una descriminalización casi total en lo relacionado a la posesión de algunas sustancias psicoactivas, como es el caso de la Cannabis. Esta evolución en la ponderación e interpretación de los contenidos de los Tratados se enfoca a la protección de la salud pública y al respeto de ciertas costumbres, de aquellos colectivos que incorporan el uso de estas plantas en sus prácticas culturales. Este enfoque sanitario considera la prevención y rehabilitación de los consumidores, es decir, incorpora en sus elementos el derecho a la salud como lo proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Sin embargo, la legalización del consumo de Cannabis con fines no médicos en algunos países es un problema para la aplicación universal de los Tratados internacionales de fiscalización de drogas, y un problema para aquellos Estados partes de estos Tratados que han procedido a su legalización o están en vías de hacerlo, como es el caso de México. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, JIFE, reitera que los Tratados limitan el uso de sustancias sometidas a fiscalización, incluido el Cannabis,

ABSTRACT: According to the 1961 Drug Convention, we can consider that the international regime for drug control is a rigid and immovable system in its postulates and prohibitionist principles. Nevertheless, the evolutionist normative of this treaty has caused that many countries have flipped, motu proprio, from a total prohibitionism to an almost complete decriminalization concerning to the possession of some psychoactive substances such as the case of Cannabis. This evolution in the interpretation of the contents of the treaties, is focused on the protection of public health and the respect of certain costumes of those collectives which incorporate the use of these plants into their cultural practices. In the same sense, this sanitary approach takes into consideration the prevention and rehabilitation of consumers, e.g. incorporates within its elements the right to health as proclaimed in the Universal Declaration of Human Rights.

Yet, the legalization and consumption of Cannabis with nonmedical purposes in some countries represent a problem for the universal application of the international auditing treaties for drugs and for those countries which form part of these treaties and which have proceeded with their legalization or are in the way to do so, such as Mexico. The international board of drug auditing, IBDA, confirms that the treaties limit the use of substances under auditing, including Cannabis, exclusively for scientific and medical purposes and

* Artículo recibido el 23 de abril de 2019 y aceptado para su publicación el 10 de junio de 2019.

** Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Veracruzana.

exclusivamente a fines médicos y científicos y considera que todo país suscriptor de las convenciones internacionales de la Organización de Naciones Unidas que pretenda legalizar, en forma absoluta, cualquier tipo de drogas, se encontrará frente a una posible violación a una norma de Derecho Internacional. En este trabajo se revisan algunos aspectos de esta antinomia entre libertad y necesidad, en torno a los itinerarios de la descriminalización de la Cannabis en algunas regiones.

Palabras clave: *fiscalización internacional de drogas. Derechos y Libertades de la Persona. Tratados internacionales. Legalización, descriminalización y despenalización.*

considers that every applying country from the UN trying to legalize, in an absolute manner, any kind of drugs, will face a possible violation to an international rights norm. In this study some aspects of this antinomy between freedom and necessity are observed regarding the itineraries of the decriminalization of Cannabis in some regions.

Keywords: *International auditing of drugs. Rights and freedom of the people. International treaties. Legalization and decriminalization.*

SUMARIO: Introducción. 1. La Cannabis y la epidemia de sobredosis de drogas sintéticas y legales. 2. Descriminalización de la posesión para uso personal. 3. Reformas al régimen mundial de prohibición de drogas. 3. 1. Convención única de 1961. 3.2. Alcances y límites de los Tratados. Conclusiones. Fuentes de consulta.

Introducción

Se podría afirmar que para los fines y parámetros prohibitivos establecidos por el Derecho Convencional en materia de drogas, los países adherentes a los Tratados han gozado de cierto margen de libertad para instituir la política de drogas más adecuada y pertinente a sus sistemas de salud pública, no obstante que ésta pudiera ser divergente con los principios de los Tratados internacionales de la materia.¹

Dentro de las prácticas de los Tratados, su interpretación reiterada ha sido fuente de Derecho, en virtud de su carácter consuetudinario. Estas interpretaciones, que podrían ser fuente de Jurisprudencia, han dado lugar a una serie de experiencias y reformas en materia de políticas públicas de *Cannabis* que se alejan del enfoque punitivo de la llamada *tolerancia cero* y la estricta aplicación de la ley. En razón de

¹ La política para el control de las drogas ilegales en el mundo se rige, entre los países miembros de la ONU, por tres Tratados internacionales, también conocidos como Convenciones. El primero de ellos se suscribió en 1961 y el más reciente en 1988. La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972), unificó y reemplazó toda la legislación sobre fiscalización de drogas precedente y constituye el fundamento del actual sistema. En ella se estableció un sistema universal para limitar el cultivo, producción, distribución, comercio, posesión y uso de sustancias estupefacientes para propósitos médicos y científicos, con un enfoque específico en las sustancias derivadas de plantas: opio, heroína, coca, cocaína y Cannabis. Estos Tratados cuentan con una amplia adhesión; siendo 184 los estados que son parte de la primera convención, 183 de la segunda y 189 de la tercera (en julio de 2014).

ello, algunos estados nacionales, organismos de derecho público internacional y diversas agrupaciones de la sociedad civil han planteado la reforma de estas convenciones que han dejado de expresar las realidades del problema de las adicciones, por el hecho de ser anteriores a la propagación del VIH entre las personas que se inyectan drogas, así como como la reciedumbre de nuevas sustancias psicoactivas en el ámbito del mercado y el consumo y su relación con la propagación de la epidemia contemporánea de muertes por sobredosis de drogas en Estados Unidos que amenaza con una expansión global, que se puede ejemplificar con el uso desmedido de sustancias como los opioides.² La *morfina*, la *heroína*, el *tramadol*, la *oxicodona* y la *metadona* son opioides.

Los opioides pueden crear dependencia, que se caracteriza por un fuerte deseo de consumir la sustancia y el deterioro de la capacidad para controlar su uso, en detrimento de las actividades y obligaciones de los pacientes; el aumento de la tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia se manifiestan cuando se interrumpe el consumo. La adicción a los opioides sujetos a receta médica incluye la dependencia *iatrogénica*³ debido a una mala aplicación para el tratamiento del dolor crónico, lo que ha provocado, además del mal uso de estos fármacos, el robo a pacientes, a establecimientos médicos y farmacias, en cualquier punto de las cadenas de fabricación y distribución.

En tanto esto ocurre, algunas jurisdicciones nacionales y locales se han desplazado plenamente hacia la descriminalización y regulación total de la Cannabis, al considerar que prohibir una sustancia psicoactiva, equivale a una invitación a su consumo ilegal. Sin embargo, varios estados miembros del Sistema de Naciones Unidas son claramente antagónicos a la reforma de estos instrumentos, afirmando su vigencia convencional. Esta reluctancia a la reforma del sistema fiscalizador de estupefacientes es un obstáculo para lograr una aprobación general

² De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud los *opioides* son sustancias psicoactivas derivadas de la adormidera o sus análogos sintéticos. Por ejemplo, la morfina y la heroína son opioides. Se estima que en el mundo mueren cada año 69 mil personas por sobredosis de opioides; que hay 15 millones de personas en el mundo que tienen dependencia de los opioides (es decir, adicción a los opioides). La mayoría de esas personas consume heroína producida y fabricada de forma ilícita, aunque hay un porcentaje cada vez mayor que consume opioides sujetos a prescripción médica. Si bien existen tratamientos eficaces para luchar contra la dependencia de los opioides, únicamente el 10% de las personas que necesitan tratamiento lo recibe. Debido a sus efectos farmacológicos, en dosis elevadas los opioides pueden provocar depresión respiratoria e incluso la muerte. La *naloxona* es un medicamento de bajo costo que puede revertir totalmente los efectos de la sobredosis de opioides y evitar la muerte por sobredosis. OMS, *Información sobre la sobredosis de opioides*, disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/es/

³ *Iatrogenia*: etimología. Deriva del griego: *iatos*: médico, *genia*: origen. Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: Dícese de toda alteración del estado del paciente producido por el médico. Realmente debería utilizarse el término de enfermedad iatrogénica y no iatrogenia. DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, España, 2018 <https://es.scribd.com/document/346775433/Iatrogenia>

para la elaboración de un Tratado distinto, esto es, en la perspectiva de la salud y los derechos humanos de los consumidores.

Como ocurre en diversos acuerdos internacionales, las interpretaciones suelen ser divergentes: en tanto algunos países aplican la pena de muerte por posesión de drogas, otros han excluido las sanciones penales para este delito, pese a que los países hayan suscrito las tres convenciones sobre la fiscalización de estupefacientes. No obstante, como en cualquier otro instrumento legal, las convenciones de drogas deben ser materia de revisión y modernización a fin de adaptarse a las situaciones y retos de la realidad sanitaria y sociopolítica actual, como el hecho de asegurar que las sustancias controladas internacionalmente estén disponibles para propósitos médicos y científicos, es decir, en favor de la salud y el libre acceso a medicamentos esenciales, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. Esto ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a hacer recomendaciones contra la clasificación de determinadas sustancias (tales como la *ketamina*, un anestésico usado extensamente en países en desarrollo) debido a la preocupación de que esto pudiera restringir su disponibilidad para fines médicos.⁴

Algunas de estas prácticas nacionales, sin confrontarse con los términos de los Tratados, en particular la Convención Única de Estupefacientes de 1961, han consistido en las siguientes: La desaplicación de normas penales; en el caso de la *Cannabis*, ha sido una práctica reiterada en algunos países como Marruecos, India, Camboya, Pakistán y Egipto. Estas experiencias, distantes a toda interpretación rígida del derecho convencional, han funcionado sobre la base de un sistema más o menos permisivo, por ejemplo, aplicación de multas que sustituyen las inflexibles sanciones penales que exigen las leyes de drogas. Dependiendo del régimen jurídico de cada país, se han establecido sistemas más formalizados de no aplicación de la ley, mediante normas o directrices escritas para la policía, la fiscalía o al sistema judicial, basadas en un principio de oportunidad y facultades discrecionales. De facto, la no aplicación de la ley, ha sido una vía que se abre a la descriminalización, como es el caso de los Países Bajos que permite la venta de mínimas cantidades de *Cannabis*. Empero, delito, su aplicación ha dejado de ser prioritaria.

En otros países, de plano, opera la descriminalización en torno al consumo, incluso el cultivo para uso personal. Para ello, existen tipos de sistemas de descriminalización que suelen distinguir entre posesión o cultivo para uso personal y el propósito de comerciar, para optar si se emplean o no, sanciones administrativas o penales, respectivamente.

⁴ La máxima autoridad sanitaria de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado nuevo *antidepressivo* presentado como una revolución para el tratamiento de la enfermedad. La FDA restringió la distribución del fármaco, ordenando su uso bajo vigilancia médica, debido al "potencial de abuso" que puede provocar. La *esketamina* está relacionada con la *ketamina*, usada como un anestésico en humanos y animales; también es un narcótico. El País, edición 5 mar 2019 en https://elpais.com/sociedad/2019/03/06/actualidad/1551841499_042582.html

En otros casos opera la clasificación de la *Cannabis* como droga *menos nociva*. Varios países han adoptado esta categoría. Esto podría ser un reto al sistema de clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que cataloga a la *Cannabis* junto con la heroína y algunas otras sustancias como las *más nocivas* a la salud, además de negar usos medicinales. Al respecto, las convenciones contemplan ciertas adaptaciones nacionales, siempre y cuando los Estados cumplan con los requisitos de control aplicables a la lista de la OMS, en que está incluida la sustancia.

El uso médico de la *Cannabis* es otro aspecto de la manera de la flexibilidad o discrecionalidad en la aplicación de las convenciones a través de incluir a la *Cannabis*, con fines terapéuticos e investigación científica. Al respecto la OMS recomendó trasladar el tetrahidrocannabinol, THC (también conocido como delta-9-tetrahidrocannabinol, principal constituyente psicoactivo de la *Cannabis*) a una lista con un menor grado de control, como lo estableció en el convenio de 1971 y el comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. En la práctica algunas jurisdicciones nacionales han otorgado a los sistemas médicos mayor facultad con respecto al uso recreativo, permitiendo un acceso relativamente fácil para un amplio abanico de dolencias físicas y psicológicas.⁵

La Convención de 1961 no reconoció el uso cultural o religioso legítimo, en el caso de plantas psicoactivas como la Coca y la *Cannabis*, por lo que muchas tradiciones o usos ceremoniales fueron tipificadas como delictivos. Sin embargo, la pervivencia de usos religiosos en ceremonias y tradiciones hindúes, sufís y rastafari motivó la práctica indulgente de la no aplicación de la ley en varios estados indios, Pakistán, Oriente Medio, el norte de África y Jamaica. De modo que el Convenio de 1961 optó por una mayor tolerancia para los usos ceremoniales dejando las plantas psicoactivas fuera de su régimen de control y clasificando sólo los alcaloides aislados. Por lo tanto, en comparación con la *Cannabis*, en el Derecho Internacional existe más tolerancia respecto al hongo, el peyote o la ayahuasca.

En el caso de las hojas de la *Cannabis*, en la Convención Única de 1961 que limita su alcance prohibitivo sólo al ápice y resinas, deja un espacio para los usos recreativos de sus hojas con bajo contenido en THC. Este vacío legal, es lo que permite la existencia de un mercado de *Cannabis* en algunos estados indios. Estas prácticas son posibles en virtud de la flexibilidad de los Tratados, por lo cual podemos observar una base jurídica adecuadamente aprovechada para su consumo. Ciertamente, los Estados nacionales han empleado cierta habilidad y creatividad interpretativas, que no siempre han sido reconocidas desde el punto de vista jurídico. Las restricciones que imponen las convenciones y la práctica de modificarlas han llevado a extender hasta límites cuestionables su flexibilidad y la validez de sus cláusulas. Las Convenciones penalizan el uso de estas drogas e impulsan políticas punitivas y prohibicionistas. En el fondo, privilegian la

⁵ TNI, *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*, Transnational Institute (TNI), Amsterdam, Países Bajos, 2014, <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>

perspectiva criminal sobre aquella que tiene que ver con la salud pública y los derechos humanos. Tienden, además, a ignorar los avances de la ciencia o, por lo menos, a retrasar sus aplicaciones prácticas y sus posibles efectos terapéuticos. La creciente complejidad del problema ha propiciado que, al interior mismo de la ONU, cada vez sean más las instancias que se involucran con el tema. En un principio fueron la Oficina contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud. Paulatinamente se fueron sumando la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ONU Mujeres, etcétera. A tal grado ha crecido el involucramiento de prácticamente todo el Sistema de Naciones Unidas que, un comunicado reciente⁶ donde se habla de la descriminalización del consumo como una alternativa posible, ha sido suscrito por el Secretario General, y los Directores Generales de 31 entidades del Sistema. El órgano político en la materia es la Comisión de Estupefacientes, la cual es elegida, a su vez, por el Consejo Económico y Social.

De acuerdo al Dr. Juan Ramón de la Fuente, la propuesta que recientemente México presentó, trata de un planteamiento ante la Comisión de Estupefacientes de la ONU, para su consideración y análisis, al tiempo que suscribió, junto con los demás países la Declaración Ministerial 2019, que se sustenta en cinco ejes, a saber:

1. Una aplicación más humana de la ley. Ninguna Convención establece que la cárcel deba ser la respuesta al consumo de drogas. Es necesario elaborar un catálogo de sanciones alternativas.
2. Privilegiar el enfoque de salud pública. Se requieren mejores intervenciones preventivas y acciones de reducción de daños más efectivas. Está comprobado que criminalizar, estigmatizar y encarcelar a los usuarios no les ayuda, al contrario, los perjudica.
3. Diferenciar las sustancias fiscalizadas para tener un mejor control. No todas las drogas ilegales producen los mismos efectos ni son igualmente adictivas. Por ejemplo, la OMS acaba de reconocer que el *cannabidiol* (uno de los compuestos con posibles propiedades terapéuticas de la marihuana) no tiene por qué seguir bajo este régimen.
4. Atender las causas de la violencia mediante la estrategia del desarrollo sostenible. La violencia como herramienta de la delincuencia y la aparición de otras expresiones criminales (como el secuestro o el tráfico de armas), están vinculadas al mercado ilícito de drogas. Las comunidades más vulnerables son victimizadas y cooptadas. Las respuestas no pueden venir solo desde la fuerza. Se requieren mejores servicios y opciones de desarrollo. La Agenda 2030 ofrece el marco idóneo para ello.
5. Mayor coordinación para hacer más eficiente la cooperación internacional. No hay mejor espacio para ello que la ONU. Pero la fragmentación de esfuerzos hace ineficiente el uso de los recursos. La cooperación internacional, más que una camisa de fuerza para los países, debiera ser un traje a la medida.⁷

⁶ Citado por el Juan Ramón de la Fuente, actual Embajador de México ante la ONU. El Universal, edición, 25 de marzo de 2019, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/columna/juan-ramon-de-la-fuente/nacion/las-drogas-en-mexico-y-en-el-mundo>

⁷ JUAN RAMÓN DE LA FUENTE, Las drogas en México y en el mundo, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/columna/juan-ramon-de-la-fuente/nacion/las-drogas-en-mexico-y-en-el-mundo>

1. La Cannabis y la epidemia de sobredosis de drogas sintéticas y legales

De acuerdo a la *Adicciones (2017)*,⁸ el consumo del Cannabis y sus repercusiones, las drogas de mayor uso en México son la Cannabis y la Cocaína. Los estimulantes del tipo *anfetamínico* muestran un incremento importante en su consumo. Pese a que la Cannabis generalmente no produce desenlaces fatales por sobredosis, como los opioides, muchos estudios reportan un doble riesgo de accidentes automovilísticos si los usuarios de Cannabis conducen bajo el efecto de la droga; además de que la combinación de Cannabis y alcohol incrementa sustancialmente el riesgo de accidentes automovilísticos y su consumo durante el embarazo reduce en forma moderada el peso al nacer del producto. Pese a que son limitados los estudios sobre el uso terapéutico de Cannabis, se sabe ahora que reduce la presión intraocular en el glaucoma; en modelos de animales de experimentación que sufren esclerosis múltiple, muestra tener un efecto medicinal, debido a sus propiedades antiinflamatorias, antioxidantes y analgésicas. También se ha observado una acción antiemética en pacientes bajo quimioterapia por cáncer, reduciendo las náuseas y vómitos. En los casos de VIH-sida tiene un efecto estimulante del apetito. Para estas dos últimas acciones terapéuticas han sido autorizadas para su comercialización Cannabis sintético como *el Marinol, Elevat y Ronabin*.⁹

Una investigación reciente publicada en la última edición de *Population and Development Review*, por Jessica Y. Ho¹⁰ (profesora de Gerontología y Sociología de la University of Southern California, USA) señala que Estados Unidos está experimentando una epidemia de sobredosis de drogas de una magnitud sin precedentes, no solo a juzgar por su propia experiencia histórica, sino también en comparación con otras naciones de ingresos altos. Ningún otro país ha mostrado nada cercano a los niveles o aumentos en la mortalidad por sobredosis de opioides sintéticos; además, se vaticina que en el futuro próximo, la mortalidad por sobredosis de drogas se acrecentará en otras regiones. Signos similares y preocupantes ya son perceptibles en Australia, Canadá y el Reino Unido.

De acuerdo a esta investigación, todos los días, más de 130 personas en los Estados Unidos mueren después de una sobredosis de opioides. El uso indebido y la adicción, incluidos los analgésicos recetados, la heroína y los opiáceos sintéticos como el *fentanilo*, es una grave crisis que afecta a la salud pública y al bienestar social y económico. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estiman

⁸ INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017, Reporte de drogas*, México, 2017, disponible en: https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view

⁹ ANMM, *El consumo del Cannabis y sus repercusiones. Información para el médico general*, Boletín de Información Clínica y Terapéutica de la ANMM, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n1/2448-4865-facmed-60-01-38.pdf>

¹⁰ Y. HO, Jessica, "La epidemia de sobredosis de drogas contemporánea en una perspectiva internacional", *Revista de Población y Desarrollo*, vol. 45, núm. 1, 20 de febrero de 2019.

que la "carga económica" total del uso indebido de opioides con receta, solo en los Estados Unidos, es de \$ 78.5 mil millones de dólares al año, incluidos los costos de atención médica, pérdida de productividad, tratamiento de adicciones y participación de la justicia penal. A fines de la década de 1990, las compañías farmacéuticas aseguraron a la comunidad médica que los pacientes no se volverían adictos a los analgésicos opioides recetados, y los proveedores de atención médica empezaron a recetarlos desmesuradamente. Esto condujo a una desviación y mal uso generalizado de estos medicamentos potencialmente adictivos.¹¹

Ahora se sabe que aproximadamente entre el 21 y el 29 por ciento de los pacientes a los que se les recetaron opioides para el dolor crónico han hecho un mal uso de ellos. Entre el 8 y el 12 por ciento han desarrollado un trastorno debido a su consumo. Se estima que entre un 4 y un 6 por ciento de personas que hacen un uso indebido de los opioides recetados hacen la transición a la heroína. Alrededor del 80 por ciento de las personas que consumen heroína por primera vez usaron opioides recetados.¹²

Si bien la epidemia actual en los Estados Unidos comenzó con opioides recetados, ahora se está convirtiendo rápidamente en heroína y *fentanilo*. Es posible que los países europeos se muevan en la dirección opuesta: gran parte de su mortalidad por sobredosis de drogas se debe a la heroína, pero el uso de opioides recetados y drogas sintéticas como el *fentanilo* se está volviendo cada vez más común en muchos países de ingresos altos y constituye un desafío común que debe afrontarse por estos países en un futuro próximo.

Finalmente, esta investigación de la Dra. Jesica Y. Ho, compara a los Estados Unidos con otros países de ingresos altos, en parte debido a consideraciones de calidad y disponibilidad de los datos, pero también porque el acceso a los analgésicos es muy limitado. Sin embargo, esta situación puede cambiar de manera inminente, *Mundipharma*, una red de compañías internacionales, propiedad de la misma familia que produce *Purdue Pharma*, se está expandiendo rápidamente en América Latina, incluido México, Asia, Medio Oriente y África. Sus esfuerzos para generar demanda de analgésicos reflejan las prácticas utilizadas en Norteamérica, por ejemplo, seminarios y campañas de capacitación de médicos patrocinadores para meditar y aumentar la conciencia pública sobre el dolor crónico. Las campañas de mercadeo de *Mundipharma* involucran el uso de celebridades que instan a las personas a dejar de pensar en el dolor como una parte normal de la vida diaria: "No se resigne" y "El dolor crónico es una enfermedad en sí misma", dicen estos anuncios. Se hacen comparaciones entre los analgésicos opioides y los cigarrillos; en el último caso, las compañías multinacionales de tabaco han actuado agresivamente en los mercados de los países en desarrollo cuando comenzaron a perder ingresos en los países desarrollados, y resultó ser una estrategia muy exitosa. Si *OxyContin* sigue la misma ruta, planteará una gran preocupación debido a la precariedad institucional

¹¹ *Idem*.

¹² National Institute on Drug Abuse, USA, <https://www.drugabuse.gov/>

de las estructuras reguladoras y los sistemas de atención médica en estos países, concluye el artículo.¹³

Actualmente las intervenciones, basadas en la Cannabis, en la crisis de sobredosis de opioides son una verdadera novedad. La morbimortalidad relacionada con los opioides requiere una diversidad de nuevos métodos terapéuticos fundamentados en la reducción de daños. La investigación sugiere que el acceso de adultos al Cannabis, tanto médico como recreativo, ha tenido impactos positivos significativos en la salud y seguridad públicas como resultado del efecto de sustitución. Los estudios epidemiológicos han encontrado que los programas de Cannabis medicinal se asocian con una reducción en el uso de opioides y su morbilidad.

Una investigación sobre el efecto de sustitución, presentada por Philippe Lucas, *Harm Reduction Journal* (2017), de la University of Victoria, British Columbia, fundada en la evidencia médica del uso de la Cannabis con fines terapéuticos en la crisis de sobredosis de opioides, propone tres ventanas importantes para reducir el uso de opioides e interrumpir el ciclo adictivo; para ello, plantea para el tratamiento del dolor crónico, premiar el suministro de Cannabis antes de cualquier opioide; el empleo de Cannabis como estrategia de reducción, para aquellos pacientes que ya usan opioides; y, por último, como terapia complementaria a la *metadona* o tratamiento con *suboxona*, para aumentar las tasas de éxito del tratamiento. Todo ello, conlleva a explorar el potencial terapéutico de la Cannabis, además del trabajo de remover obstáculos y limitaciones a estas intervenciones, así como el uso de estrategias para monitorear su impacto sobre la salud pública y la bioseguridad.¹⁴

El creciente cuerpo de investigación que apoya el uso médico de Cannabis, como complemento o sustituto de opioides, crea una justificación basada en la evidencia científica para los gobiernos y los diversos sistemas de salud pública, por lo que proveedores de atención médica e investigadores académicos deben considerar la implementación y evaluación de intervenciones basadas en la Cannabis en el abordaje de la crisis opioide.

2. Descriminalización de la posesión para uso personal

El *uso* de drogas se omitió deliberadamente de aquellos artículos que enumeran los actos relacionados con sustancias para las que se exigen medidas penales. Por lo tanto, no cabe ninguna duda de que las convenciones de la ONU no obligan a imponer sanciones penales o administrativas sobre el consumo *per se*. En los instrumentos de 1961 y 1971, el párrafo segundo no dispone que el consumo de la droga como tal constituya un delito punible.

¹³ Y, HO., *Op. Cit.*

¹⁴ LUCAS, Philippe, *Harm Reduction Journal, Rationale for Cannabis-based interventions in the opioid overdose crisis*, Graduate Researcher, Centre for Addictions Research of British Columbia, University of Victoria, 2017, en http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/CannabisOpioidCrisis.PDF

Vistas así las cosas, las convenciones resultan ser más restrictivas respecto a la *producción*, la *posesión*, la *adquisición* o el *cultivo* para uso personal. Por ejemplo, la Convención de 1961 dispone que las partes “sólo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal”. Esto aplica incluso en casos con fines únicamente médicos y científicos.

El artículo 36 párrafo primero, obliga a las partes a tipificar la *posesión* como delito. En lo que respecta a esta obligación de criminalizar la posesión, se hace la distinción cuando es para uso personal y cuando es para tráfico. Es así que, el artículo aludido obliga a las partes a criminalizar la tenencia para uso personal. El acento de la Convención en la represión del tráfico puede ser visto como una afirmación de que los países no están obligados a tipificar como delito a la simple posesión.

El Convenio de 1971, el párrafo 2, del artículo 3, expresa:

A reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico, cada una de las partes adoptará las medidas que sean necesarias para tipificar como delitos penales conforme su derecho interno, cuando se cometan intencionalmente, la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas para el consumo personal en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971.¹⁵

En tal sentido, este artículo 3, párrafo dos, permite un amplio margen de maniobra para alejarse del enfoque punitivo en lo que se refiere a la posesión para uso personal. “A reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico” esta norma representa una verdadera “cláusula de escape”. Esto implica que cualquier flexibilidad de la Convención no proviene exclusivamente de ella, sino también de los principios constitucionales y jurídicos de cada país.

3. Reformas al régimen mundial de prohibición de drogas

La Comisión Global de Políticas de Drogas que refiere a un grupo de líderes mundiales orientado a realizar cambios, incluyendo no solo alternativas penales y buscando enfatizar el enfoque de salud pública al uso de drogas, persiguiendo a la vez la descriminalización y experimentación de regulaciones legales, ha señalado que “50 años después del inicio de la Convención Única de Estupefacientes y 40 años después que el presidente Nixon lanzara la guerra a las drogas del gobierno norteamericano, se necesitan urgentes reformas fundamentales en las políticas de control de drogas nacionales y mundiales.”¹⁶ Se trata de iniciar un nuevo proceso

¹⁵ CONVENCION DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA EL TRAFICO ILICITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS SICOTROPICAS. Artículo 3o. Delitos y sanciones: http://leyes.co/convencion_de_las_naciones_unidas_contra_el_trafico_ilicito_de_estupefacientes_y_sustancias_sicotropicas/3o.htm

¹⁶ Esta comisión la integran expresidentes que fueron actores de la política prohibicionista en sus países y que cuarenta años después de vigencia del control internacional de drogas, ésta apunta a anotar los fracasos y el incumplimiento de los fines propuestos por la regulación internacional. Forman parte de esta comisión los expresidentes de México, Colombia, Canadá, Suiza, entre otros.

que comience a tratar las adicciones a drogas como un tema de salud reduciendo su demanda a través de iniciativas educativas comprobadas y reguladas legalmente en lugar de criminalizarlas.

Las recomendaciones de esta comisión incluyen terminar con la criminalización, la marginalización y estigmatización de las personas que usan droga pero no hacen ningún daño a otros; además alentar a los gobiernos a que experimenten con modelos de regulación legal de las drogas (especialmente la *Cannabis*) a fin de socavar el poder del crimen organizado y para salvaguardar la salud y la seguridad de sus ciudadanos; paralelamente, asegurar que esté disponible una variedad de modalidades de tratamiento, incluyendo no sólo los tratamiento como *metadona* y *buprenorfina*, sino también programas de tratamiento asistido con heroína que ha probado ser exitosos en muchos países europeos y en Canadá.

Esta propuesta implica también de manera muy destacada, la necesidad de aplicar los principios y políticas de derechos humanos y de reducción de daños, tanto a las personas que usan drogas, como a aquellos involucrados en los segmentos inferiores de los mercados ilegales de drogas, tales como campesinos, correos y pequeños vendedores.

Finalmente, señala esta Comisión, existe una abrumadora evidencia en Europa, Canadá y Australia que demuestra los beneficios tanto humanos como sociales de tratar a la adicción a drogas como un problema de salud, más que como uno de justicia criminal y de reducir la confianza en las políticas prohibicionistas.¹⁷

3.1 Convención única de 1961

La tendencia a prohibir el uso recreativo de la *Cannabis* ha sido la pieza clave para el desarrollo de la Convención Única de 1961 que sustituiría los Tratados de Fiscalización de Drogas existentes. Estados Unidos fue quien realizó los mayores esfuerzos para incluir la prohibición de la *Cannabis* en este nuevo instrumento como una droga con propiedades particularmente peligrosas, sin que existiera un examen probado por parte de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo criterios científicos para incluir cualquier sustancia psicoactiva en las listas de sustancias fiscalizadas por la ONU.

De acuerdo al artículo 1, incisos a, b, c y d de esta Convención por “Cannabis” se entiende las sumidades, floridas o con fruto, de la planta (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe. Por “planta de Cannabis” refiere a toda planta del género Cannabis. d) Por “resina de Cannabis” se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta.¹⁸

Véase: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_on_Drug_Policy_Press_Release_Spanish.pdf

¹⁷ *Ídem*.

¹⁸ ONU, Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes. Los Tratados de fiscalización internacional de drogas, disponible en:

Respecto a su fiscalización la Convención citada en su artículo 28, indica:

Artículo 28. Fiscalización del Cannabis

1. Si una Parte permite el cultivo de la planta del Cannabis para producir Cannabis o resina de Cannabis, aplicará a ese cultivo el mismo sistema de fiscalización establecido en el artículo 23 para la fiscalización de la adormidera.
2. La presente Convención no se aplicará al cultivo de la planta del Cannabis destinado exclusivamente a fines industriales (fibra y semillas) u hortícolas.
3. Las Partes adoptarán las medidas necesarias para impedir el uso indebido o tráfico ilícito de las hojas de la planta del Cannabis.

3.2 Alcances y límites de los Tratados

El régimen de Tratados ha dado lugar a una serie de prácticas y reformas en materia de políticas de la *Cannabis* que buscan un enfoque distinto al represivo, a la tolerancia cero y la estricta aplicación de la ley. La no aplicación de las leyes de drogas en el caso de la *Cannabis* es una realidad en bastantes países. Aunque la Convención de 1961 disponía que el uso tradicional, incluido el régimen de *Cannabis* se debían ir eliminando en un plazo de 25 años. La única excepción al prohibicionismo del Tratado fue el hecho de que la definición del *Cannabis* se omitiera cualquier referencia a las hojas y las semillas, lo que permitió que en la India se mantuvieran los usos tradicionales y religiosos.

Sin embargo una década después de la Convención Única de 1961 y debido a la confusión que reinaba en los países respecto a los criterios de clasificación en el sistema de Tratados que se estaba desarrollando, la comunidad internacional decidió incluir el principio activo de la *Cannabis*, el Delta-9-THC en el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971, un Tratado que pretendía someter a fiscalización internacional la sustancia psicoactivas que no se hayan incluido en la anterior. Posteriormente, en la Convención de 1981 contra el tráfico ilícito, se incorporaron disposiciones más estrictas que establecieron el cultivo, el comercio y la posesión como delito.

Estas iniciativas de la ONU de eliminar “el uso indebido de la *Cannabis*” coincidieron con su creciente consumo, vinculado con los incipientes movimientos contraculturales de la época, incluidos los Estados Unidos.

Debe anotarse que bajo los principios de las convenciones los países están limitados a no sobrepasar las normas del sistema de Tratados. Recientemente podemos constatar contra esos principios una oleada de políticas que si bien no liberan el uso recreativo de la *Cannabis* sí moderan la prohibición, en una suerte de “revolución silenciosa” de descriminalización en varios países latinoamericanos y europeos, así como en la mayoría de estados de Norteamérica. Por lo que se podría hablar de un incumplimiento o desobediencia de los Tratados, por ejemplo, los programas de marihuana medicinal en varios estados de Norteamérica, podría calificarse como la de una *deserción blanda*.

https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf

Desde los principios de la época del año 2 mil, los debates en el principal organismo de formulación de políticas de drogas de la ONU, la CND y la abierta oposición de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE o Junta) que se define como “el órgano de fiscalización independiente y cuasi judicial para la aplicación de los Tratados de fiscalización de estupefacientes de las Naciones Unidas” ha puesto de manifiesto que la *Cannabis* constituye un creciente punto de tensión clave dentro del régimen internacional. Esta dinámica ha convertido al denominado “consenso de Viena” en el ámbito de control de drogas en un órgano precario, mientras el disenso en torno a la *Cannabis* ha ido aumentando los últimos años, incrementándose hacia mercados regulado. Se trata de algo que no se puede seguir ignorando, lo que da lugar a una revisión del régimen o a la relación de los Estados nacionales con éste.

Por su parte, la JIFE ha actuado como defensora del orden prohibicionista en lugar de actuar como un centro de conocimientos técnicos especializados que contribuyan a gestionar cuidadosamente el cambio de régimen y desarrollar una estructura jurídica más flexible y capaz de dar cabida a una pluralidad de enfoques frente a la *Cannabis*.

Al contrario, este órgano ha sido incapaz de conciliar los diferentes puntos de vista que existen respecto al funcionamiento de mercados regulados, por lo que suponen que tanto los Estados Unidos como Uruguay contravienen la Convención Única de la cual, la Junta opta por una franca condena contra la apertura de estos países, que se proyecta más allá de la flexibilidad del marco de los Tratados.

La flexibilidad en el régimen de los Tratados ha originado algunas prácticas en materia de políticas de *Cannabis* que se alejan del prohibicionismo, por ejemplo, la aceptación social debido al uso tradicional de sustancias psicotrópicas es una realidad en bastantes países. En México, el uso de enteogénicos se encuentra arraigado en algunos pueblos indígenas como por ejemplo los Mazatecos a través del hongo alucinógeno (*psilocybe*) y los Huicholes con el peyote; en el mismo sentido, la pervivencia extendida de usos religiosos de la *Cannabis* en ceremonias y tradiciones entre hindúes, sufíes y rastafari.

Dependiendo de si el sistema jurídico contempla facultades discrecionales, algunos países han establecido sistemas más formalizados de no aplicación mediante normas o directrices para la policía, fiscalía o la magistratura, en otros países el consumo y posesión para uso personal ya no es delito.

Conclusiones

Visto lo anterior, se puede afirmar que el régimen internacional de control de drogas se ha convertido en un Tratado flexible tanto en sus contenidos normativos como en la posibilidad de su reforma, es decir, que el mismo instrumento dota a los estados parte de la capacidad para modificar no sólo algunas de sus normas, sino el propio Tratado. Además, el Tratado prevé un amplio margen a los Estados Nacionales para la interpretación y recepción de sus normas en su régimen jurídico interno.

Por otra parte, el endurecimiento y aplicación del Derecho Penal como medio fundamental en el control ha sido desplazado por una mayor atención al enfoque sanitario basado en el respeto de los derechos humanos, dando prioridad a la opinión de los expertos en esta materia para decidir cuándo una sustancia deba ser objeto de una prohibición absoluta o liberada del régimen sancionatorio, sin levantar las restricciones que sobre ella establezca las recomendaciones en materia de salud. De alguna manera, esto explica que países como Uruguay y actualmente Canadá hayan liberado de sus regímenes penales la persecución de la *Cannabis*, además de intervenir bajo las nuevas reglas liberales en su regularización que incluyen desde la producción el comercio y el consumo de la misma, tanto para usos médicos, científicos e industriales, para el consumo personal, lúdico o recreativo. Se puede afirmar que en la práctica el proceso de descriminalización de la *Cannabis* ha tenido lugar sin grandes conflictos con los criterios normativos de la Organización Mundial de la Salud, como del Derecho que invoca el Tratado.

Fuentes de consulta

ANMM, *El consumo del Cannabis y sus repercusiones. Información para el médico general*, Boletín de Información Clínica y Terapéutica de la ANMM, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n1/2448-4865-facmed-60-01-38.pdf>

Citado por el Dr. Juan Ramón de la Fuente, actual Embajador de México ante la ONU. *El Universal*, edición, 25 de marzo de 2019, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/columna/juan-ramon-de-la-fuente/nacion/las-drogas-en-mexico-y-en-el-mundo>

CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS. Artículo 3o. Delitos y sanciones: http://leyes.co/convencion_de_las_naciones_unidas_contra_el_trafico_ilicito_de_estupefacientes_y_sustancias_sicotropicas/3o.htm

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA, España, 2018 <https://es.scribd.com/document/346775433/Iatrogenia>

El País, edición 5 mar 2019 en https://elpais.com/sociedad/2019/03/06/actualidad/1551841499_042582.html

http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_on_Drug_Policy_Press_Release_Spanish.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA, Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017, Reporte de drogas*, México, 2017, disponible en: https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW5BX0TT_YQN73eWhR/view

- JESSICA Y. Ho, "La epidemia de sobredosis de drogas contemporánea en una perspectiva internacional", *Revista de Población y Desarrollo*, vol. 45, núm. 1, 20 de febrero de 2019.
- JUAN RAMÓN DE LA FUENTE, *Las drogas en México y en el mundo*, disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/columna/juan-ramon-de-la-fuente/nacion/las-drogas-en-mexico-y-en-el-mundo>
- LUCAS, Philippe, *Harm Reduction Journal, Rationale for Cannabis-based interventions in the opioid overdose crisis*, Graduate Researcher, Centre for Addictions Research of British Columbia, University of Victoria, 2017, en http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/CannabisOpioidCrisis.PDF
- National Institute on Drug Abuse, USA, <https://www.drugabuse.gov/>
- OMS, *Información sobre la sobredosis de opioides*, disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/es/
- ONU, *Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes. Los Tratados de fiscalización internacional de drogas*, disponible en: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf
- TNI, *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*, Transnational Institute (TNI), Amsterdam, Países Bajos, 2014, <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>