

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO/Argentina)

MAESTRÍA EN RELACIONES INTERNACIONALES

Ciclo 2015-2016

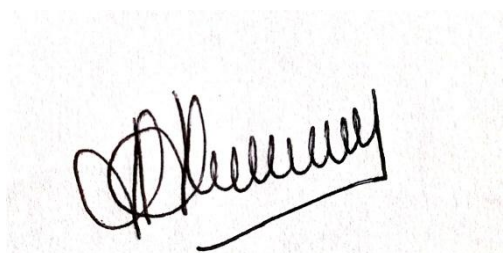
TRABAJO DE DISERTACIÓN FINAL

“Acceso al Cannabis para fines medicinales en América del Sur: Una nueva mirada a las Convenciones Internacionales de Control de Drogas”

Autor: Rocío Valero Uría

Directora: Mariana Souto Zabaleta

Buenos Aires, febrero 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mariana Souto Zabaleta', written over a light-colored, textured background.

Mariana Souto Zabaleta

Directora

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado no sólo del esfuerzo y dedicación personal sino del apoyo de mucha gente a la que me gustaría agradecer y a la vez dedicar los resultados.

En primer lugar, quisiera agradecer a la Dra. Mariana Souto Zabaleta, quien con su gran conocimiento y experiencia ha sido fundamental en este proceso de investigación. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable.

A FLACSO y a mis colegas y amigos del Área de Relaciones Internacionales, que se interesaron, me acompañaron, aconsejaron y sirvieron de guía durante esta maestría.

A Mariano Fusero, por su dedicación, generosidad y apoyo en el proceso y elaboración este trabajo.

A mis papas, por enseñarme a no bajar los brazos y ser un gran sostén en momentos de incertidumbre y cansancio. Gracias por creer en mí, muchas veces, más que yo misma.

A mis hermanos, José, Paula, Coqui y Paco, que hicieron de este trabajo una meta propia. Por su apoyo, paciencia y generosidad a lo largo de este proceso.

A mis amigos, que me acompañaron, me dieron fuerza y me alentaron a no bajar los brazos. En este sentido quisiera agradecer particularmente a Georgina Paolino y a Matías González, por su gran ayuda, complicidad y generosidad a lo largo de estos años.

A Francisco Vila, por estar a mi lado en los momentos de angustia y abatimiento. Gracias por tu empuje y por creer en mí.

A esas personas que pasaron por mi vida en estos años y me acompañaron de una forma u otra, confiando en mí, brindándome su apoyo y haciendo de éste un trabajo más sencillo.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	5
INTRODUCCIÓN	7
ABORDAJE METODOLÓGICO.....	14
MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO I. Historia y evolución de la Política Internacional sobre Drogas.	27
I.1 Origen y evolución del Régimen Internacional de Control de Drogas: 1909 – 1961	30
I.2 La Convención Internacional del Opio de 1912	33
I.3 Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso del opio preparado de 1925.	35
I.4. Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes de 1931.	36
I.5 Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas de 1936.....	38
I.6 Protocolo de París de 1948.	40
I.7 Protocolo del Opio de Nueva York de 1953.....	40
CAPÍTULO II. Consolidación del Régimen Internacional de Control de Drogas	43
II. 1 Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.....	43
II. 2 Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes	48
II. 3 Convenio sobre Sustancia Psicotrópicas de 1971	49
II. 4 Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1988	54
II. 5 Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el Problema Mundial de las Drogas	60
CAPÍTULO III: EL STATUS LEGAL DEL CANNABIS DENTRO DEL RÉGIMEN INTERNACIONAL DE CONTROL DE DROGAS.....	67

III.1 La regulación del Cannabis en las tres convenciones internacionales sobre control de drogas.....	67
III. 2 Uso del cannabis para fines medicinales y científicos: La excepción al régimen de control de sustancias.....	72
CAPÍTULO IV: AMÉRICA DEL SUR Y EL ACCESO AL CANNABIS PARA FINES MEDICINALES.....	81
IV. 1 Legislación en materia de drogas y acceso al cannabis para fines medicinales en América del Sur.....	84
IV.1.1 REPÚBLICA ARGENTINA.....	84
IV.1.2 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.....	86
IV.1.3 REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL.....	87
IV.1.4 REPÚBLICA DE CHILE.....	89
IV.1.5 REPÚBLICA DE COLOMBIA.....	91
IV.1.6 REPÚBLICA DEL ECUADOR.....	93
IV.1.7 REPÚBLICA DEL PARAGUAY.....	95
IV.1.8 REPÚBLICA DEL PERÚ.....	97
IV.1.9 REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY.....	99
IV.1.10 REPÚBLICA DE VENEZUELA.....	103
IV.2 Acceso al cannabis para fines medicinales y su regulación en América del Sur.....	105
Conclusión: reflexiones finales en torno a la regulación del acceso al cannabis para fines medicinales en América del Sur.....	110
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES.....	116
ENTREVISTAS.....	135

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Convenciones internacionales 1961 – 1909.....	42
Tabla 2: Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes	45
Tabla 3: Listas de la convención de 1971 sobre sustancias psicotrópicas	52
Tabla 4: Mapa de acceso al cannabis en América del Sur	105

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ANAMED	Agencia Nacional del Medicamento de Chile Agencia Nacional del Medicamento de Chile
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
ANLAP	Agencia Nacional de Laboratorios Públicos
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil
CBD	Cannabidiol
CEPAL	Comisión económica para América Latina y el Caribe
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CS	Consejo de Seguridad de la Organización de Naciones Unidas
CND	Comisión de Estupefacientes
COIP	Código Orgánico Integral Penal
DNVS	Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria
ECDD	Comité de Expertos en Farmacodependencia
ECOSOC	Consejo Económico y Social
ENE	Estatuto Nacional de Estupefacientes
IRB	International Reform Bureau
IRCCA	Instituto de Regulación y Control del Cannabis
JIFE	Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes
LOD	Ley Orgánica de Drogas

LSD	Lietilamida de ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilendioxi-metanfetamina/ Éxtasis
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU/UN	Organización de las Naciones Unidas
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
PROINCUMEC	Programa Nacional para el Estudio y la Investigación Médica y Científica del Uso medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados
RECANN	Registro Nacional de Pacientes en Tratamiento con Cannabis
RICD	Régimen internacional de control de drogas
SETED	Secretaria Técnica de Drogas
THC	Delta-9- tetrahidrocannabinol
UNGASS	Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema de las Drogas

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias con efectos psicoactivos para fines medicinales, sociales, recreativos, religiosos o nutricionales ha sido una constante en la evolución de las sociedades y de las culturas a lo largo de la historia de la humanidad. El historiador Antonio Escohotado (2009) señala que las primeras drogas aparecieron en plantas prehistóricas que desarrollaron venenos para defenderse de animales voraces. A partir de ese momento, las sociedades le han dado un uso muy variado, como instrumentos para comunicarse con espíritus, como parte de ceremonias religiosas, como medicamentos, para facilitar la comunicación social, como instrumentos recreativos, para aumentar la productividad, etc.

En este contexto, la utilización de este tipo de sustancias estaba mediada por normas sociales, de carácter local, que determinaban cuáles eran las conductas apropiadas y castigaban las prácticas inadecuadas. En general, el uso de sustancias no era objeto de control ni de prohibición por parte de las autoridades e incluso estas constituían mercancías muy valoradas desde el comienzo de los intercambios comerciales y ocupaban un lugar significativo en los mercados locales e internacionales (Escohotado, 2002).

Entre estas sustancias se encuentra el cannabis, cuyo uso medicinal data del año 4000 a.C. Los primeros registros de su uso provienen de un tratado chino que hablaba de las grandes propiedades de la planta y recomendaba su uso para el tratamiento de enfermedades como la gota, el reumatismo, la malaria e incluso para la mala memoria (Leal-Galicia, Betancourt, González-González, Romo-Parra, 2018). Cientos de años después, a fines del siglo XVIII, las primeras ediciones de revistas médicas estadounidenses también mencionaban las propiedades medicas del cannabis y recomendaban la semilla y sus raíces para el tratamiento de la piel inflamada, la incontinencia y las enfermedades venéreas (Leal-Galicia, Betancourt, González-González, Romo-Parra, 2018).

El uso libre de esta sustancia se vio afectado, al igual que el de muchas otras, por la epidemia generada en el siglo XIX por el consumo del opio en China. La preocupación e interés a nivel mundial por este fenómeno dio lugar a la celebración en 1909 de la Comisión sobre el Opio de Shanghái, convocada con el propósito de regular el comercio internacional de esa sustancia. Esta Comisión abrió el camino para convocar a la Conferencia Internacional en La Haya que derivó en la Convención Internacional del Opio de 1912, primer tratado

internacional dirigido a limitar el uso de los narcóticos únicamente a fines médicos y restringir la manufactura y el comercio de esas drogas a los requerimientos de tales usos.

A partir de 1912, la necesidad de regular a nivel internacional el mercado de sustancias psicotrópicas dio lugar a una serie de instrumentos internacionales celebrados en el marco de la Sociedad de las Naciones y posteriormente bajo el respaldo de las Naciones Unidas. Ya desde los inicios de la regulación de las sustancias psicotrópicas, la comunidad internacional reconoció la legitimidad del uso de estas sustancias para fines médicos y científicos, siempre y cuando exista evidencia que lo confirme, y buscó limitar su uso para fines recreativos.

Desde la celebración de aquellos primeros instrumentos internacionales a principio de siglo XX, pasaron más de 50 años hasta la conformación del Régimen Internacional de Fiscalización de Drogas que conocemos en la actualidad”. En este sentido, la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Drogas Psicotrópicas de 1988 conforman el marco legal de fiscalización de sustancias en el que se establecen dos objetivos fundamentales: el control de tráfico ilícito de sustancias indicadas dentro de las listas que conforman las convenciones y el acceso a estas sustancias siempre y cuando su uso esté dirigido a fines medicinales o científicos.

En relación a este último objetivo, específicamente la Convención de 1961 y el Convenio de 1971 ponen de manifiesto en sus preámbulos el interés primordial de la comunidad internacional por proteger la salud y el bienestar de la humanidad, garantizando que esas sustancias estén disponibles para fines médicos y científicos y velando por impedir su desviación y uso indebido.

Dentro de este marco normativo, el cannabis se encuentra dentro de las sustancias sujetas a un mayor control y restricción. Los estudios y “evidencia” científica manejada en ese momento señalaban que esta sustancia era una de las más peligrosas, adictivas, que provocaban graves efectos negativos a la salud y cuyas propiedades medicinales eran escasas. Esto llevó a que las convenciones establecieran disposiciones dirigidas a la prohibición completa del cultivo, comercio y consumo de la misma (Bewley-Taylor, 2012).

Ahora bien, los instrumentos internacionales sobre control de drogas son uno de los documentos de mayor adhesión a nivel global, siendo la totalidad de los países de América del Sur Estados signatarios de los mismos. En este sentido, y de conformidad con el derecho internacional, las convenciones tienen fuerza vinculante para los Estados (Convención de

Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969), es decir, que estos no pueden, mediante la legislación nacional, desatender los compromisos contraídos internacionalmente. Con ello, los países de América del Sur, adquirieron el compromiso de cumplir con las directrices impuestas a través de los tres instrumentos internacionales en materia de drogas.

Como consecuencia de ello, a partir de los años 60 y 70 los países de América del Sur fueron aprobando diversas leyes dirigidas principalmente a la penalización de toda la cadena de producción, tráfico y comercialización de sustancias controladas. Debido a que el sur del continente americano es una de las regiones de principal producción de sustancias sujetas a fiscalización, la lucha contra el narcotráfico se convirtió en un tema central dentro de las agendas políticas locales. Con ello, la implementación de medidas excesivas ha dado lugar a una serie de “consecuencias involuntarias” que, lejos de cumplir con los objetivos para los que fueron creadas, trajeron consigo grandes problemas para la región. Las políticas implementadas han producido de manera constante un efecto de “desplazamiento territorial” que termina equilibrando los escasos éxitos que se producen en algunas regiones, además de profundos y alarmantes “costos inesperados” (Souto Zabaleta, 2018).

Frente a este escenario rodeado de normas punitivas y restrictivas abocadas al control del tráfico ilícito de sustancias, a partir del año 2013 comienzan a aprobarse en casi todos los países de América del Sur un conjunto de normas dirigidas a garantizar el acceso al cannabis y sus derivados para fines medicinales.

La aprobación de este tipo de normas se encuentra enmarcada en la intención de los países de la región de atenuar los drásticos resultados de las medidas implementadas anteriormente y buscar un nuevo enfoque al “problema” de las drogas en el que se priorice la protección a la salud y los derechos humanos.

Ahora bien, la sanción e implementación de normas que garanticen el acceso al cannabis para fines medicinales ha despertado grandes dudas acerca de la legitimidad de las mismas dentro del marco del Régimen Internacional de Control de Drogas. Como se mencionó anteriormente, los instrumentos internacionales de control de drogas califican al cannabis como una sustancia peligrosa y de escaso valor medicinal, lo que conlleva, aparentemente, a una contradicción explícita con los fines plasmados en las leyes en cuestión. Esto lleva a preguntarse ¿Cuál es el status del cannabis dentro del Régimen Internacional de Control de Drogas?, ¿Cómo se caracteriza la normativa vigente al 2019 relacionada con el control de

sustancias psicotrópicas y el uso de cannabis para fines medicinales en los países de América del Sur?

A fin de abordar esta problemática, este trabajo de investigación se divide en cuatro capítulos, en una lógica que va de lo general a lo particular y en los cuales se analizan el origen, conformación y evolución del Régimen Internacional de Control de Drogas, el estatus del cannabis y la adhesión de los países de Sud América al mismo. En el primer capítulo se estudia la historia y evolución de la Política Internacional sobre Drogas, los orígenes y el contexto de su formación y evolución temprana, desde el surgimiento de la idea de regulación (1909 – 1961), hasta la consolidación de la visión más estricta (1961 hasta la actualidad). Para ello se hará un análisis de los diversos instrumentos y acuerdos internacionales que se celebraron entre 1909 y 1961 y que fueron los antecedentes de los instrumentos legales que conforman en la actualidad el Régimen Internacional de Control de Drogas. El segundo capítulo se orienta a describir el Régimen Internacional de Control de Drogas vigente, analizando las principales características y componentes del mismo. Para ello se procederá a examinar las tres convenciones internacionales de control de drogas celebradas en el marco de la Organización de Naciones Unidas, vigentes en la actualidad, y se estudiará el desarrollo de las tres sesiones especiales de la Asamblea General de Naciones en materia de Drogas y sus documentos finales. El tercer capítulo se centra en el estudio de la regulación del cannabis y sus derivados dentro del Régimen Internacional de Control de Sustancias. En este apartado se analizará el status del cannabis dentro del marco normativo del Régimen Internacional y las excepciones al estricto control impuesto al mismo. Por último, en el cuarto capítulo se procederá a analizar la normativa vigente en los países de América del Sur, tanto sobre control de sustancias como aquella que regula el acceso al cannabis para uso medicinal. Posteriormente, se presentarán las conclusiones en relación al camino trazado por este trabajo.

A los fines de comprobar la hipótesis que se plantea como parte de este trabajo de investigación, se formula el objetivo general de analizar la normativa vigente al 2019 relacionada con el control de drogas y el uso de cannabis para fines medicinales en los países de América del Sur. Asimismo, se estudiarán las principales características y componentes del régimen internacional de fiscalización de drogas a través del análisis de las tres

convenciones internacionales celebradas en el marco de la Organización de Naciones Unidas vigentes en la actualidad.

Los interrogantes de investigación que se formulan radican en responder ¿Cuál es el status del cannabis dentro del Régimen Internacional de Control de Drogas? Y particularmente ¿Cómo se caracteriza la normativa vigente al 2019 relacionada con el control de sustancias psicotrópicas y el uso de cannabis para fines medicinales en los países de América del Sur?

En este sentido, este trabajo se apoya en la siguiente hipótesis: *“Las iniciativas en materia de regulación del uso del cannabis con fines medicinales en los países de América del Sur reflejan una tendencia, por parte de varios Estados, a la búsqueda de adecuaciones en la interpretación del entramado normativo del Régimen Internacional de Control de Drogas vigente, orientadas éstas a políticas públicas que abandonen el excesivo enfoque represivo que caracteriza a esa región”*.

Al referirse a “iniciativas en materia de regulación de uso de cannabis con fines medicinales”, este trabajo hace alusión a todo tipo de norma de carácter nacional, emanada por el Poder Ejecutivo o Poder Legislativo, que busca regular, de manera amplia o específica, el acceso al cannabis y sus derivados para su uso medicinal a la población.

Cuando se menciona “políticas públicas sobre drogas” se hace referencia al campo de la actividad gubernamental compuesta por normativa y programas que tienen el propósito de influir en las conductas de los individuos y de los poderes públicos relacionadas con las sustancias controladas por los instrumentos internacionales en la materia. Ese conjunto de normativas y programas constituye la política de drogas de una determinada nación (Kleiman, 1992; Longshore et al., 1998). Las normas por lo general prohíben o reglamentan la posesión, el uso, la distribución y la producción de estas sustancias y establecen sanciones por la violación de las prohibiciones. Los programas incluyen actividades para ayudar a los consumidores problemáticos a abandonar las drogas o usarlas en formas menos peligrosas. También intentan vigilar la prescripción médica de ciertas drogas, con penalidades para toda contravención (Babor, 2010).

Al mencionar el término “adecuación” al Régimen Internacional de Control de Drogas, se hace referencia específicamente a la “adaptación” de la normativa local a las exigencias que presentan los instrumentos internacionales que conforman el mencionado Régimen. Dicha adaptación conlleva de modo directo al cumplimiento de esta normativa. El cumplimiento, en un sentido estricto y desde una perspectiva formal, hace referencia a “las acciones de un

Estado conducentes a seguir las previsiones de un tratado internacional determinado o norma de derecho internacional consuetudinario”. En este sentido, se considera que un Estado cumple cuando actúa en concordancia con las obligaciones legales establecidas en esa fuente de derecho en particular (Kreps; Arendt 2006).

Tal y como explican Kal Raustalia y Anne-Marie Slaughter (2002), el cumplimiento está relacionado, pero no debe ser confundido, con la implementación y la efectividad de las normas internacionales. Según dichos autores, la implementación hace referencia al proceso mediante el cual se ponen en práctica los compromisos internacionales (por ejemplo, con la tramitación de una legislación interna, la creación de una institución u organismo o la aplicación de una determinada regla). En cambio, la efectividad se refiere al hecho de alcanzar el objetivo político para el que la norma o el régimen ha sido creado, el cual puede alcanzarse cumpliendo o incluso a pesar de que no se cumpla. Por ello, resulta útil la noción constructivista que considera que el cumplimiento no es tanto una cuestión de cálculo racional o de limitaciones impuestas sino de internalización de normas apropiadas de comportamiento (Kratowil, 1984, 1989).

En base a lo mencionado anteriormente, este trabajo parte de la base de que, si bien el cumplimiento de una norma determinada no puede ser testado empíricamente (Chayes; Chayes, 2001), el comportamiento de los Estados en relación a lo establecido en las normas internacionales a las que adhieren puede proporcionar información que sirva de base para valorar y calificar las relaciones entre un Estado y un régimen internacional y determinar si nos encontramos ante un nivel de cumplimiento o adhesión (Sánchez Avilés, 2014).

Al hablar de “enfoque represivo” de las políticas sobre drogas se hace alusión a un conjunto de normas dirigidas a la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias cuyas consecuencias secundarias han dado lugar a un conjunto de medidas que atentan contra los derechos humanos de la población. Las políticas represivas tienden a la militarización y a la violencia, a la criminalización del consumo de drogas, al debilitamiento del debido proceso y detenciones masivas, a sanciones desproporcionadas, encarcelamientos masivos y condiciones inhumanas de detención, a campañas de erradicación forzada de cultivos y a restricciones y deficiencias en el acceso a la salud (Pol y Tordini, 2016).

En este sentido, se procederá a estudiar la normativa referida a la sustancia del cannabis y sus derivados debido a que, en los orígenes del Régimen Internacional de Control de Sustancias, esta ha sido calificada dentro de la lista de las sustancias más peligrosas y de escaso valor

medicinal. El avance en los últimos años en los estudios y evidencia científica sobre las propiedades de la planta han tirado por tierra los conocimientos que se tenía de esta sustancia y han destacado las grandes propiedades medicinales de la misma (Bewley-Taylor, Jelsma y Blickman, 2014). Todo ello lleva a considerar un nuevo análisis y clasificación de la sustancia dentro del Régimen Internacional de Control de Drogas

La razón por la que se selecciona a América del Sur como instancia de análisis se debe a que desde esta región han emergido profundos cuestionamientos en torno a la efectividad del régimen internacional de control de drogas, a los aparentes éxitos y los fracasos de la estrategia internacional hasta el momento implementada. América del sur, principalmente a partir de los años 70 y 80, se ha convertido en una zona de alta producción, tránsito y tráfico de distintas drogas ilegales. Con ello, la penetración del narcotráfico, y la respuesta exclusivamente represiva de este fenómeno, fue generando crecientes grados de violencia, atropello a los derechos humanos y corrupción e infiltración del crimen organizado en distintos estratos de la sociedad (Chaparro Hernández y Pérez Correa, 2017).

Frente a esta situación, en distintos marcos institucionales, como ser la Unión de Naciones Suramericanas o la Organización de Estados Americanos, los países de América del Sur, a través de sus representantes, han apoyado y promovido en los últimos años la discusión de una reforma a la política de drogas en ámbitos nacionales e internacionales, con el fin de plantear alternativas al actual régimen dirigidas a una mirada socio sanitaria del problema de las drogas (Wilches, 2016).

En este sentido, se destaca el documento histórico firmado en el marco del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de la UNASUR, el 31 de agosto de 2015, denominado “Visión regional del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de la UNASUR para la UNGASS 2016”. Este es el primer documento en la historia en el que los países de América del Sur expresan una postura común en materia de drogas. Entre los puntos sobre los cuales hay pleno acuerdo en la región se destaca el respeto a los derechos humanos y la necesidad de políticas públicas sobre drogas en las que prevalezca la mirada sanitaria (Wilches, 2016).

A esta declaración se sumaron organismos como CELAC (2016) y Mercosur (2015) que a su vez aportaron a un escenario en el hemisferio dirigido a la demanda de una nueva aproximación a la temática, haciendo foco en los derechos humanos y promoviendo iniciativas orientadas a la reducción de daños.

Frente a este escenario, resulta interesante analizar si la intención de implementar un enfoque sociosanitario del “problema” de las drogas a través de normas que garanticen el acceso al cannabis para fines médicos y científicos por parte de los Estados Sudamericanos se encuentra enmarcada dentro de las obligaciones y mandatos impuestos por las convenciones internacionales de control de drogas.

ABORDAJE METODOLÓGICO

En base a lo mencionado anteriormente, este trabajo de investigación se basa en una lógica de análisis cualitativa, es decir, se propone recolectar datos no numéricos que consisten en aspectos subjetivos y afinar las preguntas de investigación en el proceso de interpretación. En este sentido, el objetivo de la investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven (Taylor y Bogdan, 1984). Como señala Hernández Sampieri (2014), en la lógica cualitativa “la acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos, entre los hechos y su interpretación, y resulta más bien un proceso circular y singular a cada estudio. Ese tipo de proceso permite una indagación más flexible y construir la teoría a partir de lo que se va interpretando del hecho social en cuestión”.

A partir de la utilización de la lógica cualitativa se hace foco en un proceso espiralado que consiste según Sirvent (2004) en “amasar” teoría y empírica, un proceso que no sigue una línea de pasos consecutivos, sino más bien un recorrido de ida y vuelta entre la empírea y la teoría modificando aspectos de la investigación. En este sentido, este trabajo, a través de la realidad de la normativa sudamericana busca hacer una interpretación de la misma frente al análisis de Régimen Internacional de Control de Drogas en lo referido al acceso a sustancias controladas para fines medicinales.

Asimismo, este trabajo propone un modelo de análisis que, basado en las herramientas analíticas de la disciplina de las Relaciones internacionales, sea capaz de visualizar conjuntamente el mapa regional de prácticas y políticas estatales de América del Sur con relación al régimen internacional de control de drogas.

En cuanto a las fuentes de investigación, estas se basan en revisión literatura existente en materia de control internacional de drogas en complemento con la búsqueda documental y bibliográfica sobre el origen, conformación y evolución del Régimen Internacional de Control de Drogas. Asimismo, el trabajo de investigación se basó en la revisión de trabajos previos elaborados por especialistas de reconocido prestigio y el recurso a fuentes directas tales como textos jurídicos, políticos y discursos y entrevistas públicas.

De igual manera se llevó a cabo un análisis exhaustivo de la legislación vigente en los países de América del Sur sobre control de drogas. Debido a las características de esta investigación, el trabajo se centra en su mayoría en el análisis de trabajos académicos, bibliografía especializada, legislación vigente y documentos oficiales existentes y/o disponibles sobre el tema de estudio.

El conjunto de fuentes manejadas se completa con las numerosas resoluciones y documentos elaborados por diferentes organismos de Naciones Unidas y con el análisis de documentos y discursos políticos pronunciados en clave nacional o en foros internacionales. Paralelamente se han realizado y recopilado entrevistas a especialistas reconocidos en la materia y a funcionarios que participaron en los procesos de elaboración de las leyes nacionales y foros internacionales.

MARCO TEÓRICO

A fin de lograr un correcto abordaje del problema de investigación planteado en la introducción, este trabajo se apoya en los aportes de la Teoría de los Regímenes internacionales.

Esta aproximación teórica permite tender un puente entre los estudios procedentes del Derecho internacional público y la disciplina de las Relaciones Internacionales, combinando en su análisis de la sociedad internacional tanto elementos jurídicos y normativos como políticos y sociales (Sánchez Avilés, 2014).

El interés en los regímenes internacionales nace de la insatisfacción con las concepciones realista e idealista en relación con el orden internacional, la autoridad y la organización. Como alternativa a estas dos corrientes, para esta teoría las expectativas de los actores

convergen en un área determinada de la dinámica internacional, lo que permite generar un orden y armonía en el ámbito global (Cahueñas-Muñoz, 2013).

Como bien señala Sánchez Avilés (2014), la teoría de los regímenes internacionales permite establecer conexiones entre el ámbito internacional y las políticas internas de los Estados y explicar cómo estas se influyen mutuamente. En este sentido, los regímenes internacionales desempeñan un papel fundamental en los procesos políticos nacionales e internacionales en los que se moldean los intereses, las identidades y los comportamientos de los gobiernos. Como eje central, los regímenes proveen a los Estados que los conforman estándares normativos legítimos, estándares de conducta válidos, información sobre el comportamiento del resto y foros de discusión y control (Muñoz, 2011).

El concepto de régimen internacional responde a un análisis in-terdisciplinario y normativo acerca de problemas y fenómenos de la realidad mundial. Los regímenes internacionales constituyen estructuras del sistema internacional que gobiernan diferentes áreas de las políticas públicas internacionales y que convocan a actores estatales y no gubernamentales bajo principios y normas de aceptación universal (Casanovas, 2011). Estos limitan y regulan el comportamiento de sus participantes, determinan cuáles actividades son legítimas o no, e influyen en cómo y quién resuelve los conflictos (Puchala y Hopkins, 1982)

La noción de régimen internacional fue utilizada por primera vez por John G. Ruggie (1975) definiéndolo como “un conjunto de expectativas mutuas compartidas, reglas y regulaciones, planes y energías organizacionales y compromisos de financiación que han sido aceptadas por un grupo de Estados”. Desde entonces, el estudio de los regímenes internacionales, que constituye esencialmente un esfuerzo por entender por qué los Estados cooperan entre sí, con qué instrumentos y bajo qué condiciones, ha constituido una parte significativa de la Teoría de las Relaciones Internacionales (Brahm, 2005).

A partir de la definición elaborada por Ruggie, distintos autores han aportado su concepto acerca de qué son los Regímenes Internacionales.

Jack Donnelly (1986) señala que, en un sentido amplio, los regímenes internacionales son normas, reglas y procedimientos acordados con el objetivo de regular un área concreta de las relaciones internacionales que proporcionan elementos de orden y regularidad estructurada en una sociedad internacional regida principalmente por la anarquía. En este sentido el autor considera que los regímenes son creaciones políticas, creadas para gestionar cuestiones percibidas como problemáticas por los actores, y que son la consecuencia de una acción

estatal regulada de manera inadecuada o no lo suficientemente coordinada. Tanto la forma como la fuerza de un régimen internacional son el reflejo (o el resultado) de aquellos actores que lo promueven, de quienes se oponen y por qué razones, así como de “la forma en que los conflictos de objetivos, intereses y capacidades entre las partes han sido resueltos”.

Friedrich Kratochwil y John Gerard Ruggie (1986) consideran a los regímenes “acuerdos de gobierno contruidos por los Estados para coordinar sus expectativas y organizar aspectos de comportamiento internacional en ámbitos materiales de varias clases”.

Autores como Oran R. Young (1980), consideran que los regímenes, más que acuerdos específicos, son instituciones sociales “que dirigen las acciones de los actores interesados en actividades específicas, o conjunto de ellas”. Asimismo, agrega que los regímenes internacionales regulan, en general, actividades que suscitan interés en los miembros del sistema internacional y que, en su mayor parte, o bien quedan completamente al margen de las fronteras jurisdiccionales de los Estados soberanos, o bien trascienden dichas jurisdicciones, afectando varias a la vez, o bien implican acciones con un impacto directo sobre los intereses de dos o más miembros de la comunidad internacional (Young, 1982).

La definición más consensuada en el ámbito académico es la elaborada por Stephen Krasner (1983) que señala que, un régimen internacional es definido como “...un set de principios, normas, reglas y procedimientos de toma de decisiones explícitos o implícitos alrededor de los cuales convergen las expectativas de los actores en un área dada de las relaciones internacionales”. El autor explica también el significado de cada uno de esos elementos. Los principios son las creencias e ideas fundamentales a propósito de una cuestión determinada; las normas son estándares de comportamiento definidos en términos de derechos y obligaciones; las reglas son prescripciones y prohibiciones específicas que rigen la actuación de los actores y, por último, los procedimientos son las prácticas prevaletientes para formular e implementar la elección colectiva. Los principios y normas proporcionan las características básicas y definitorias de un régimen internacional (Krasner, 1983).

Asimismo, Krasner (1983) sostiene que los cambios en los principios y en las normas implican un cambio de régimen en sí. Si éstos son abandonados, se produce un cambio hacia un nuevo régimen, o la desaparición del mismo para un ámbito material concreto.

Otros autores han proporcionado categorías y características ligeramente diferentes respecto a los elementos de los regímenes internacionales. En un sentido amplio, Ernst B. Haas afirma que las normas nos dicen por qué los Estados colaboran, las reglas nos dicen sobre qué

(sustancialmente) es la colaboración, mientras que los procedimientos nos dicen cómo ésta se llevará a cabo (Haas, 1980). El autor concede un rol especial a las reglas, describiéndolas como mandatos que indican a los participantes de un régimen (generalmente, gobiernos) cómo hay que comportarse bajo circunstancias específicas. Por tanto, las reglas median entre el propósito del régimen y los procedimientos elegidos para implementar dicho propósito, indicándonos qué hacer y qué no hacer en un contexto determinado.

Todo régimen internacional, sostienen, comprende un elemento normativo, las prácticas asociadas por parte de los Estados, y los roles y funciones de las organizaciones internacionales. Los regímenes limitan y condicionan el comportamiento de unos Estados hacia otros a pesar de los cambios que pudieran producirse en el sistema internacional y de la erosión que puedan padecer las instituciones (Kratowil y Ruggie 1986).

El concepto de regímenes internacionales es un intento de capturar la noción de que la normatividad en un determinado dominio viene de algo más difuso que de una organización concreta que puede o no estar en su centro (...) el estudio de los tratados y organizaciones formales no nos dice demasiado respecto de la vida en un área temática específica (...) Debemos estar en condiciones de ver a las organizaciones formales enclavadas en una compleja red de interacciones sociales (Souto Zabaleta, 2009).

Autores como Sánchez Avilés (2014) señalan que la existencia de todos estos elementos no necesariamente refleja la existencia de un régimen internacional. En este sentido, Algunos autores, como Jack Donnelly (1986) consideran que los regímenes “existen cuando los Estados, con el propósito de evitar los costes de acciones nacionales no coordinadas, son capaces de acordar normas o procedimientos para regular sus interacciones”.

Otros autores como Oran R. Young (1982), consideran que el comportamiento real de los actores es el factor que resulta fundamental a la hora de determinar la existencia de cualquier institución social. En esta línea, un régimen existiría en tanto que los actores actuaran en conformidad con sus normas y principios. No obstante, el cumplimiento no tiene que ser perfecto, dado que una práctica social puede coexistir con un cierto grado de desviación.

Friedrich Kratochwil y John Gerard Ruggie (1986) consideran que “más importante que el cumplimiento o la violación de las normas es la interpretación que los miembros del régimen dan a dichas transgresiones y las acciones comunicativas (reproches, excusas, justificaciones, etc.) que los comportamientos desviados provocan”. En este sentido, un régimen

internacional limitaría qué comportamiento social es deseable y aceptable en un área determinada (Sánchez Avilés, 2014).

Con una mirada distinta, Robert O. Keohane (1993), considera que un régimen existiría en tanto que hubiera “normas específicas reconocidas por los gobiernos, aunque no necesariamente fueran cumplidas escrupulosamente”.

El surgimiento de un régimen internacional puede responder a una serie de factores bastamente analizados por distintos autores. Stephen Krasner (1983) considera que existen cinco factores causales básicos que explican no solamente el origen de los regímenes internacionales sino también su evolución y desaparición: los intereses, el poder político, los valores (normas y principios), los usos y costumbres y, por último, el conocimiento.

Los intereses es uno de los factores más reconocidos por los autores que han tratado la cuestión, los que afirman que los actores buscan una solución racional a sus problemas de coordinación para la gestión de asuntos comunes. En este sentido el régimen les es funcional para alcanzar sus propios objetivos (Smouts, Battistella y Vennesson, 2003)

El poder político (political power), por su parte, es entendido como un instrumento utilizado para incrementar la influencia de determinados actores, normalmente Estados, en aras de la consecución de sus propios intereses. Pero, además, el poder es un instrumento que puede contribuir a la creación de un régimen (Krasner, 1983).

En cuanto a los valores, el autor señala que los regímenes pueden responder a la existencia de determinados valores, compartidos por un conjunto de Estados, que faciliten su coordinación.

En cuarto lugar, los usos y costumbres son considerados elementos que pueden complementar y reforzar al resto de factores causales mencionados anteriormente. El término uso hace referencia a patrones regulares de comportamiento basados en la práctica reciente, mientras que las costumbres denominan a prácticas que existen desde hace mucho tiempo (Krasner, 1983).

Finalmente, para que el conocimiento tenga un impacto en la formación de regímenes deben ser ampliamente compartidos por los decisores políticos (Krasner, 1983).

Es importante destacar que, previamente al nacimiento de un régimen es necesaria la identificación de circunstancias e intereses, y en esta identificación siempre hay estados generadores y estados receptores. De hecho, la percepción de un problema internacional nace

de determinados estados y la fuerza con la que el régimen que en consecuencia nazca dependerá obviamente de la capacidad que esos estados tengan de imponer sus creencias causales y normativas al resto de los actores del sistema. Por tal motivo, detrás de todo régimen hay uno o más estados que lo impulsan de acuerdo a su propia identificación de intereses apoyados en su capacidad de imponer iniciativas que probablemente materialicen construyendo significados (Souto Zabaleta, 2009).

En este sentido, la opinión de Oran R. Young (1982), quien considera que los regímenes nacen “como respuesta a problemas de coordinación o situaciones en las cuales la persecución de intereses definidos en estrictos términos individuales suele conducir a resultados no deseados”.

En cuanto al impacto de los regímenes internacionales en las prácticas de los estados que lo conforman, dentro de las distintas posturas del ámbito académico, en este trabajo se sigue la teoría establecida por Krasner quien considera que los regímenes internacionales son elementos fundamentales y presentes en todo sistema político y, por consiguiente, también en el sistema internacional. Según esta perspectiva, los regímenes internacionales se han configurado incluso en aquellos ámbitos en los que existe una gran rivalidad de intereses y de poder. Por tanto, consideran que los regímenes tienen un impacto considerable en los resultados de las acciones de los actores en el ámbito internacional (Puchala y Hopkings, 1983).

Asimismo, tal como señala Sánchez Avilés (2014), este trabajo considera que los regímenes internacionales desempeñan un papel significativo en la conformación del comportamiento de los actores internacionales y que la relación entre los regímenes internacionales y las prácticas de los Estados tiene un carácter circular.

Estos elementos son mutuamente constitutivos, se retroalimentan y transforman el uno al otro: son los propios Estados los que negocian y conforman los regímenes internacionales y, a su vez, quienes deberán aplicarlos una vez se hayan obligado mediante acuerdos más o menos formales, lo que puede conducir a cambios políticos internos. De la misma manera, mediante su práctica nacional en el área específica que regula el régimen, los Estados pueden contribuir a su solidez y coherencia mediante la utilización del régimen como marco de referencia de sus acciones, o bien redefinir las fronteras del propio régimen favoreciendo su evolución y transformación. De este modo, entre un régimen internacional y las prácticas

estatales asociadas se establece una relación de sinergia bidireccional y mutuamente constitutiva (Sánchez Avilés, 2014).

Es importante destacar también que el análisis de cualquier régimen internacional debe tener en cuenta, en principio, dos dimensiones. En primer término, sus características observables: la densa red de acuerdos, mecanismos e instituciones explícitas consensuadas por los estados frente a la problemática en cuestión. En segundo término, las prácticas concretas que devienen de tales acuerdos o que provienen de prácticas anteriores y posteriores. En tal sentido, al analizar un régimen internacional debemos observar tanto sus manifestaciones explícitas como sus prácticas implícitas de modo de detectar una dimensión formal y una dimensión material en el desenvolvimiento de los mismos (Souto Zabaleta, 2009). La primera dimensión se basa en el estudio de los tres instrumentos internacionales que conforman el régimen. La dimensión material de los regímenes, es decir, sus prácticas concretas, es mucho más compleja de analizar y exige un detallado análisis empírico en cada caso concreto. En este sentido, para el estudio de la segunda dimensión, este trabajo de investigación se centrará en el estudio de la normativa sudamericana sobre el control de sustancias y el acceso al cannabis para fines medicinales (Sánchez Avilés, 2014).

Tras el análisis realizado anteriormente, cabe concluir con que el entramado normativo y de expectativas de conductas generado en relación con el control de sustancias psicotrópicas, ha dado lugar a un verdadero régimen que ha logrado desempeñar un papel fundamental en los procesos políticos nacionales e internacionales en los que se moldean los intereses, las identidades y los comportamientos de los gobiernos (Anaya Muñoz, 2011).

De este modo, se entiende por Régimen Internacional de Control de Drogas al conjunto de principios, normas, reglas y procedimientos dirigidos a la fiscalización del tráfico de sustancias reguladas, alrededor de los cuales convergen las expectativas de los actores en materia de Drogas.

El régimen vigente en la actualidad se compone de tres convenciones internacionales -la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988- y de tres órganos específicos de control - la Comisión de Estupefacientes, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Los órganos de control en el seno de las Naciones Unidas se encargan de la formulación de la política internacional de control de drogas, de la supervisión del cumplimiento por parte de los Estados y de proporcionarles asistencia: la Comisión de Estupefacientes (CND), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a quien corresponde una función auxiliar, de la mano del Comité de Expertos en Farmacodependencia.

En este sentido, el Régimen Internacional de Control de Drogas supuso el establecimiento de una serie de principios y normas destinados a regular o restringir la producción, el comercio y el consumo de drogas para fines no médicos a tiempo que se aseguraba una adecuada disponibilidad de sustancias controladas para fines médicos y científicos (Sánchez Avilés, 2014).

En el estudio del Régimen Internacional de Control de drogas pueden encontrarse descripciones del mismo como “prohibicionista y punitivo”. Se denomina prohibicionista debido a que la posesión, el cultivo, la producción, comercialización de sustancias controladas es considerada prohibida, excepto para fines médicos y científicos. Mientras que el carácter punitivo deviene del hecho de que los delitos relacionados con las drogas son catalogados como penales y conllevan incluso penas de privación de libertad (Sánchez Avilés, 2012).

La conformación del Régimen Internacional de Control de Drogas es la respuesta de un conjunto de actores frente a lo que se denomina “Problema mundial de las Drogas”. De acuerdo a lo señalado por la Declaración Política del XX Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1998 (UNOD, 2009) el problema radica en el cultivo, producción, fabricación, venta, demanda, tráfico, y distribución ilícita de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, incluyendo los estimulantes de tipo anfetamínicos, el desvío de precursores y delitos conexos.

En base a lo mencionado anteriormente, resulta necesario hacer una serie de aclaraciones respecto del propio concepto “drogas” o también denominadas a lo largo de este trabajo “sustancias psicotrópicas o psicoactivas” Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término droga puede tener un uso variado. En medicina, hace referencia a una sustancia que puede prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental de las personas. En farmacología, por otra parte, una droga es toda sustancia química capaz de

modificar los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos y los organismos. Por último, el término droga suele referirse, en el lenguaje coloquial, a las sustancias psicoactivas en general y, a menudo, de forma más concreta, a las drogas ilegales (OMS, 1994).

En síntesis, una sustancia o droga psicoactiva es aquella que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, como la cognición o la afectividad. Este término sería, de acuerdo con la OMS (1994), la expresión más neutra y descriptiva para referirse a todo el conjunto de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas.

Una droga ilegal sería, en definitiva, una sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos para fines no médicos. En sentido estricto, nos dice la OMS, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, venta o consumo en determinadas circunstancias –por ejemplo, fuera de prescripción médica- y en una determinada jurisdicción (OMS, 1994).

Asimismo, al hablar de drogas ilícitas o controladas se hace referencia a aquellas incluidas en las listas de las convenciones internacionales y sometidas a fiscalización internacional.

En este trabajo se estudia particularmente el status del cannabis o cáñamo dentro del Régimen Internacional de Control de Drogas. Para un correcto abordaje de la temática, corresponde delimitar el alcance de dicho concepto. La relevancia de su definición radica en que a partir de ella se establecieron controles diferenciados para la planta y sus partes, se tipificaron las distintas conductas a ser proscritas y se sentaron las bases para el endurecimiento paulatino de las prohibiciones – trascendiendo las acepciones originales de “cannabis”, “planta cannabis” y “resina cannabis” para incluir también a su principal componente psicoactivo, el tetrahidrocannabinol (THC) – (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018)

Bajo el Régimen Internacional de Control de drogas, en particular en la Convención Única de Estupefacientes de 1961, se establecen las siguientes definiciones:

- Cannabis: Término que se refiere a “las sumidades, floridas o con fruto, de la planta cannabis (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”
- Planta de cannabis: Hace referencia a “toda planta del género cannabis”
- Resina de cannabis: Se menciona a la hora de hablar de “la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta cannabis”.

Las preparaciones del cannabis se derivan de la planta *Cannabis sativa*, cuyo componente psicoactivo fundamental es el delta-9- tetrahydrocannabinol (THC), que se encuentra en diferente grado tanto en la marihuana -flores y hojas de la planta, que contienen entre 0.5 y 5% de THC- como en el hachís -preparado de resina seca del cannabis y sus flores comprimidas, con entre un 2 y un 20%- (García y Espada, 2006).

Ahora bien, el Régimen Internacional de Control de Drogas establece como uno de sus objetivos, garantizar el acceso de las sustancias controladas cuando su uso esté dirigido a fines médicos y científicos. Este es el núcleo central del Régimen en donde convergen las expectativas de los actores que lo conforman. Por ello, es indispensable definir estos conceptos a fin de entender cuáles son los límites para el uso de las sustancias sujetas a control, según el régimen en cuestión.

Es así que en cuanto a la definición de “fines médicos y científicos”, a pesar de que dichos términos son mencionados al menos una docena de veces en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, su artículo 1º no especifica qué deben entender los Estados firmantes por uno y otro, incluso cuando entre las obligaciones generales se establece que “las Partes adoptarán todas las medidas legislativas y administrativas que puedan ser necesarias [...] para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos” (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Lo que se considera como usos “médicos y científicos” permaneció en la indefinición hasta que la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) ofreció clarificación en su informe de 2003 (JIFE, 2003) señalando que, al mencionar “fines médicos” se hace referencia a la utilización de una determinada sustancia para a) mejorar la salud y el bienestar, b) prevenir y tratar enfermedades (incluido el alivio de los síntomas de esas enfermedades), c) facilitar el diagnóstico, d) facilitar la concepción o actuar como anticonceptivo, y e) anestesia general.

En cuanto a la designación de una droga para “fines científicos”, este término es apropiado cuando una sustancia se utiliza como instrumento para investigar mecanismos de enfermedades o de condiciones de salud, o cuando se investiga el uso de un producto como medicina. En los pacientes, la investigación forma parte de un ensayo clínico que requiere la aprobación previa de los comités de ética de la investigación.

En el marco del Régimen Internacional de Control de Drogas y en función de las limitaciones establecidas por los fines que establece este régimen respecto de las sustancias, es importante establecer diferenciaciones entre distintos abordajes. Para ello, corresponde delimitar el alcance de los siguientes términos:

“Legalización”: Es el proceso por el cual el estatus de una actividad pasa de estar prohibida a estar permitida, es decir, es el régimen mediante el cual se elimina el carácter prohibido de toda la cadena de valor de una sustancia determinada (Fusero, 2014). En el debate sobre política de drogas, el término es frecuentemente utilizado para referirse a la producción, distribución, venta y posesión legal de sustancias previamente controladas (Calzada, 2015).

Como menciona el abogado especialista en políticas sobre drogas Mariano Fusero (2014) la legalización versa sobre la sustancia determinada, cuyo correlato conlleva a la despenalización de las conductas humanas asociadas a la puesta en disponibilidad de la misma. De tal forma, es correcto hablar de «legalización del cannabis», por ejemplo, y de la «despenalización» consecuente de su comercio o producción.

Despenalización: La despenalización puede definirse como la eliminación del carácter prohibido de una conducta determinada, mediante la derogación de la normativa sancionatoria correspondiente. La despenalización elimina el carácter ilícito de la conducta y cualquier injerencia sancionatoria de la normativa relacionada. A diferencia de la legalización, que está abocada a sustancias, la despenalización refiere en todos los casos a conductas (Fusero, 2014). La despenalización puede ser de jure o de facto, es decir, estar contemplada en la ley o bien responder a una práctica no escrita pero comúnmente adoptada generalmente por organismos del Poder Ejecutivo (IDPC, 2013).

Descriminalización: Puede definirse como la quita o atenuación de la entidad jurídica-penal de una conducta tipificada por la legislación como delito o la abstención de su persecución punitiva. Lo que se pretende mediante la descriminalización, es disminuir la trascendencia penal de conductas «menores» relacionadas con las drogas, mediante la variación de calidad en su sanción (descriminalización normativa) o mediante la decisión política-institucional de abstenerse de su persecución penal (descriminalización de hecho) (Fusero, 2014).

Cabe destacar que, a diferencia de la despenalización, que elimina por completo el carácter ilícito de la conducta y cualquier injerencia sancionatoria de la normativa relacionada, la descriminalización conserva el carácter prohibido de la conducta, variando únicamente la calidad y quantum de su sanción (Fusero, 2014).

Umbrales: El sistema de umbrales preddefine una cantidad determinada de las sustancias ilícitas que se presumen para consumo personal (CEDD, 2014).

Finalmente, los últimos años han sido testigo de una creciente necesidad de un cambio de enfoque dentro de Régimen Internacional de Control de Sustancias. El enfoque “prohibicionista” ha sido cuestionado por parte de numerosos países que han considerado que no siempre era el más adecuado para gestionar sus problemas nacionales (Sánchez Avilés, 2012).

En este sentido, Oran R. Young (1982) opina que los regímenes internacionales “no son entidades estáticas, sino que, incluso cuando están plenamente articulados, se transforman continuamente en respuesta a sus dinámicas internas y a cambios en el entorno político, económico y social”

Este cambio de enfoque o de “paradigma” plantea la necesidad de poner el foco en la salud pública por encima de las aproximaciones punitivas, a fomentar un abordaje centrado en las personas, a apoyar un entendimiento de las adicciones como un padecimiento de salud mental (la persona con un problema en el consumo vista desde un abordaje sanitario y no punitivo), a impulsar la no estigmatización de los consumidores y, en definitiva, a humanizar el problema (Souto Zabaleta, 2018). Esta tendencia se ha visto impulsada por la convicción de que, en materia de políticas nacionales, los enfoques no punitivos, pragmáticos y orientados a la salud que están en sintonía con las normas fundamentales de los derechos humanos abordan mejor las complejidades que rodean al consumo de drogas ilícitas que el enfoque de tolerancia cero que priorizan los actuales tratados internacionales; instrumentos que, en su mayor parte, fueron negociados y adoptados en una época en que tanto el mercado ilícito como los conocimientos sobre su modo de operar tenían poco que ver con los de hoy día (Bewley-Taylor, 2012).

CAPÍTULO I. Historia y evolución de la Política Internacional sobre Drogas.

Históricamente, el hombre ha consumido sustancias que alteran el funcionamiento normal del sistema nervioso central. El alcohol y los opiáceos fueron los primeros psicoactivos empleados con esta finalidad ya alrededor del año 5.000 a.C. En América, el imperio incaico (andino) sacaba tres cosechas anuales de hoja de coca (*erythroxylum coca lam*) que se utilizaban como analgésico y energizante de uso diario, especialmente, en virtud de la fatiga producida por la altura. En la sociedad Azteca se empleaba la ingestión del hongo llamado teonanacati y el consumo de peyote con fines religiosos (Ganzenmüller, 1997).

El uso y el consumo de los derivados cannábicos también es ancestral. Originaria del Asia Central, la planta cannabis pudo haber sido cultivada desde hace 10.000 años. Registros arqueológicos permiten constatar que el cannabis ya era empleado como fuente de fibras textiles (el cáñamo), en el 4.000 a.C. Posteriormente, fue muy utilizado para hacer alpargatas, cuerdas, sacos, ropas y velas de barcos (Arriazu y Valladolid, 2002). Sus propiedades alucinógenas fueron descubiertas por primera vez en Oriente aproximadamente en el año 5.000 a.C. Algunos escritos chinos que se remontan al año 3.000 a.C. indicaban que “el cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo” (Escohotado, 1996).

El uso local de estas sustancias fue extendiéndose paulatinamente hacia otras regiones a través del comercio y fue durante los siglos XVI, XVII y XVIII, con el comercio de ultramar y la expansión europea, cuando estas sustancias psicoactivas, junto con el tabaco y las bebidas alcohólicas, se convirtieron en productos de oferta y demanda a nivel global (Kiernan, 1991).

Hasta finales del siglo XIX, el consumo de opiáceos era regulado como cualquier sustancia de uso y comercialización lícitos. En 1870, en Estados Unidos, laboratorios como Parke-Davis Bayer dedicaban gran parte de su negocio a la elaboración y comercialización de opiáceos y cocaína en todo el país (Escohotado, 1996). El sistema de venta de drogas era totalmente libre y con abundante promoción publicitaria como es hoy en día el caso del alcohol. Incluso las sustancias podían solicitarse por correo, al peso, tanto en estado puro como preparado (Escohotado, 1986).

La utilización de estas sustancias estaba mediada por normas sociales que determinaban cuáles eran las conductas apropiadas y castigaban las prácticas inadecuadas, pero, en general,

no eran objeto de control ni de prohibición por parte de las autoridades (Sánchez Aviles, 2014).

El libre comercio de sustancias comenzó a generar problemas y a encender alarmas en las autoridades cuando su uso se extendió más allá del campo de la medicina y su consumo se tornó desmedido. En el caso del alcohol, por ejemplo, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, su consumo dejó de estar asociado a las comidas y la nueva costumbre pasó a ser la ingesta de grandes cantidades en breve espacio de tiempo, asociada a actividades de ocio. Asimismo, en el caso de los opiáceos se puede apreciar la popularización de la cultura de consumir opio recreativamente (Courtwright, 2012).

Con el rápido incremento de los casos de uso problemático, comenzó a gestarse la idea de la necesidad de un control de este tipo de sustancias. Para ello, se empezaron a implementar, a nivel local, diversas medidas dirigidas al control del comercio y la producción de sustancias psicotrópicas en aquellos casos en los que la sustancia era consumida con fines distintos a los medicinales o de forma inadecuada. En algunos casos estas medidas se llevaron a los extremos de la mutilación y las ejecuciones de los consumidores para hacer cumplir las prohibiciones, particularmente la que pesaba contra fumar tabaco (Courtwright, 2012).

Ahora bien, hablar de los orígenes de los controles de sustancias psicotrópicas obliga a hacer referencia al papel que la política estadounidense desarrolló en torno a la cuestión del uso de drogas, primero hacia dentro de su país y luego en la agenda internacional. Si bien es errado señalar a este país como el “inventor del control” de estas sustancias, cabe reconocer que ha jugado un papel decisivo en la instalación del “enfoque prohibicionista” en los países occidentales a través de su influencia en organismos internacionales rectores en políticas públicas sobre drogas (Mansilla, 2016).

Ya a fines del siglo XIX en Estados Unidos, frente al fuerte incremento en el consumo de sustancias que arrojó los estudios realizados por el Comité para estudiar la adquisición del hábito de consumo de sustancias (incremento de la cocaína en un 500% y la morfina un 600%), el gobierno de Estados Unidos tomó cuenta de la necesidad de implementar una legislación orientada al control del consumo de sustancias (Escohotado, 1986).

Luego de varios intentos fallidos (entre los que se encuentra el proyecto presentado por el Diputado Foster pensado para prohibir todo tráfico y uso no médico de opiáceos y cocaína o la ley Harrison, que buscaba reglamentar el registro y tributación de sustancias), en diciembre de 1919 se dictó en Estados Unidos una ley clave en el devenir que venimos describiendo y

que marcaría un claro camino hacia el prohibicionismo, conocida como “Volstead Act” en honor a Andrew Volstead, el presidente del Comité Judicial de la Casa Blanca, que supervisó su aprobación, que avanzaba de manera sustancial en la prohibición del alcohol (López-Muñoz y González, 2007).

La conocida “Ley Seca” constituyó la XVIII Enmienda de la Constitución Nacional de los Estados Unidos a partir de la cual se impone una prohibición total a la producción, venta, distribución y consumo de bebidas alcohólicas. Davenport-Hines (2001), historiador inglés miembro de la Royal Historical Society, describe al período en que se aplicó la Ley Seca (1919-1933) con estas palabras: “La prohibición del alcohol hizo de los norteamericanos una nación de infractores con consecuencias tan evidentemente desastrosas que fue revocada en 1933. Para las organizaciones criminales la prohibición de drogas fue un regalo de los dioses; pero quienes la consumían quedaron estigmatizados como delincuentes y sujetos a sanciones penales más encarnizadas que los ciudadanos que frecuentaban las tabernas clandestinas y se atiborraban de alcohol de contrabando”.

Al derogarse esta Ley en 1933, el esfuerzo prohibicionista se desplazó a otras drogas, preferentemente la marihuana, la cocaína y el opio, entre otras cuestiones, por haber quedado vacantes estructuras del Estado destinadas a la seguridad que durante aquella ley perseguían el “alcohol”. No siendo más esta sustancia el enemigo, se definieron otras como objetivo de control y persecución jurídico policial (Escohotado, 2004). Con el paso de los años se fueron sumando medidas de control, se firmaron nuevos acuerdos y se incorporaron distintos niveles de regulación sobre una cantidad de drogas cada vez mayor. El objetivo de estos esfuerzos era limitar la producción, fabricación y tráfico de estupefacientes a fines puramente científicos y/o médicos (Piñero, 2003).

En cuanto a las razones por las que se implementaron este tipo de controles, autores como Escohotado (2004) afirman que no tenían que ver con la cantidad de consumidores o el nivel de consumo que existía en ese momento, sino que estaba directamente relacionado con motivos de carácter religioso o moral. Por ejemplo, en el caso de la marihuana, se observa cómo su uso social y ritual, utilizado sobre todo por nativos, curanderos, esclavos y sectores marginales, cargaba con una mirada de desprecio por parte de sectores sociales posicionados y ligados al poder (Mansilla y Beltrán, 2014). En este sentido, los conceptos de “templanza” y “dominio propio” son términos bíblicos de la religión cristiana y jerarquizados por el protestantismo en los que se basaron las medidas de control de sustancias. Todo aquello que

atentara contra esas virtudes era una amenaza a la pretendida moralidad y, por supuesto, las sustancias psicoactivas se presentaban como el vehículo cultural y químico con capacidad de diluir esa pretendida moralidad (Escohotado, 2004).

De este modo, el conjunto de medidas implementadas a nivel local en Estados Unidos a partir de fines del siglo XIX, junto con las medidas que se fueron implementando en el resto del mundo, fueron el puntapié inicial para la elaboración de una serie de normas a nivel internacional que posteriormente derivarían en un régimen internacional de control de sustancias.

La adopción de las primeras medidas restrictivas unilaterales adoptadas por Estados Unidos destinadas a gestionar el consumo de opio en Filipinas pusieron de manifiesto la necesidad de tratar la cuestión de manera multilateral. En este contexto, el obispo de Manila, Charles H. Brent y el reverendo Wilbur Crafts, presidente de la organización misionera más importante de Estados Unidos, el International Reform Bureau (IRB), presionaron a la administración del presidente Theodore Roosevelt para organizar una conferencia internacional sobre opio, bajo el convencimiento de que no sería posible que los intentos de regulación del consumo de opio en Filipinas que se estaban poniendo en marcha, tuvieran éxito en ausencia de un acuerdo internacional que disminuyera el suministro hacia el país (Buxton, 2010).

Los Estados Unidos, motivados además por la voluntad de mejorar sus relaciones con China y de incrementar su presencia política y comercial en el Sudeste Asiático, zona en la que habían jugado un papel marginal a la sombra de las potencias coloniales europeas, aceptaron la propuesta de los activistas. Además, la victoria electoral del partido liberal en el Reino Unido, que había defendido posturas anti-opio, abrió un nuevo espacio de oportunidad en la arena internacional (Pietschmann, 2007).

I.1 Origen y evolución del Régimen Internacional de Control de Drogas: 1909 – 1961

Para entender la creación de los instrumentos sobre drogas hay que hacer referencia al contexto histórico y político del momento en que aparecen y a los acontecimientos internacionales que los precedieron. La propuesta de creación de un marco jurídico internacional para las sustancias psicoactivas fue una iniciativa que data de comienzos del siglo XX. Por ello se recapitulará los principales hitos del régimen internacional de drogas

incipiente y de los primeros estadios de su desarrollo que nos ayuden a entender a su configuración hasta la firma de la Convención Única de 1961.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, el problema de las drogas, especialmente del opio, tomó alcance internacional principalmente a partir de las llamadas “Guerras del opio” y el creciente patrón de consumo estimulado por la presión de la oferta económica generada por países europeos (Mansilla, 2016). Los altos problemas de consumo de opio en China junto con la fuerte intención de los países europeos de comercializar esta sustancia y el objetivo de Estados Unidos de imponer normas de control de drogas, dieron lugar a la necesidad de establecer, de forma única, un mecanismo de control aplicable a todos los países. La gestación de una normativa internacional se fundaba en la idea de que, ante un fenómeno de escala global como es el problema de las drogas, todos los países del mundo tienen responsabilidades hacia los demás países y deben sujetarse a algunas reglas mínimas que faciliten las relaciones internacionales (Thoumi, 2009).

El primer intento de implementar un régimen a nivel internacional con miras al control de sustancias se puede ver reflejado en la primera Conferencia Internacional sobre el Opio 1909, llevada a cabo en Shanghái (China) y presidida por el obispo de Filipinas, Charles Henry Brent (en ese momento colonia de estados unidos) (Escotado, 2004). A partir de ese momento comienza un proceso de regulación de sustancias que paulatinamente dará lugar al Régimen Internacional de Control de Drogas con características propias y objetivos específicos.

En el siglo XIX, el libre comercio de drogas creó una grave situación humanitaria a partir de la epidemia china del opio. En su punto culminante, decenas de millones de chinos eran adictos a la droga y casi una cuarta parte de la población masculina adulta la consumía.

Frente a las presiones ejercidas por distintos actores dentro de Estados Unidos como el International Reform Bureau (IRB), la organización misionera más importante del país, el presidente Theodore Roosevelt puso en marcha la organización de una conferencia internacional sobre opio bajo el convencimiento de que no sería posible que los intentos de regulación del consumo de opio en Filipinas, que se estaban poniendo en marcha, tuvieran éxito en ausencia de un acuerdo internacional que disminuyera el suministro hacia el país (Buxton, 2010).

Es en este contexto que en febrero de 1909 trece países se reunieron, por invitación de Estados Unidos, en la metrópoli oriental de Shangai para intentar controlar por primera vez el

problema del opio tanto en China y Asia como en Europa y América del Norte, donde la adicción a sustancias empezaba a extenderse también. Esta reunión significó la primera aproximación tendiente a unificar la concepción del problema de las drogas a nivel internacional.

Entre los países participantes se encontraban las principales potencias coloniales de la región en ese periodo. Gran Bretaña y Francia, que le habían impuesto a China durante el siglo XIX sus ventas de opio, así como EEUU, Japón, Holanda, Alemania, el Imperio Austrohúngaro, Italia, Portugal, Persia (hoy Irán) y Siam (Tailandia). La invitación fue aceptada a sabiendas de que los representantes de cada país carecían de plenos poderes para concluir instrumentos internacionales por lo que no era posible que la reunión diera lugar a la adopción de un instrumento internacional de carácter vinculante (Buxton, 2010).

A partir de esta reunión se conformó la “Comisión Internacional sobre el Opio”, primera experiencia multilateral de colaboración para el control de la producción, el tráfico y el consumo de drogas de la historia. Como explicó Antonio María Costa, director ejecutivo de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) del 2002 al 2010, esta fue "la primera vez que la ‘comunidad internacional’ empezó a trabajar de manera conjunta (contra las drogas) (...)" (Jelsma, 2011).

La Comisión del Opio de Shanghai marcó el comienzo de la identificación y articulación de intereses y prioridades comunes en este área concreta de las relaciones internacionales, que se irían plasmando en una serie de instrumentos internacionales a lo largo del siglo XX y que, desde entonces, moldearían las identidades de los actores y generarían un conjunto de expectativas convergentes acerca de la actitud y el comportamiento de los Estados respecto a determinadas sustancias psicoactivas (Sánchez Avilés, 2014).

Si bien como se afirma precedentemente, los asistentes no tenían atribuciones para celebrar un acuerdo internacional de carácter permanente, el 26 de febrero de 1909 se presentó una declaración conjunta de nueve recomendaciones que representa uno de los primeros esfuerzos internacionales para enfrentar el fenómeno. La mayor parte de dichas recomendaciones hacían referencia a la problemática del opio en China, no obstante, se invitaba a los delegados a instar a sus gobiernos a adoptar “medidas encaminadas a la eliminación paulatina de la práctica de fumar opio en sus propios territorios”, dado que el consumo de opio en cualquiera de sus formas excepto para fines médicos era considerado por “casi todos los países

participantes” una cuestión que había de ser objeto de “prohibición o de cuidadosa reglamentación”.

Con el objetivo de conjugar el abastecimiento suficiente para los fines médicos con la supresión del consumo no médico y la desviación hacia el mercado no legítimo, el capítulo tercero de la declaración conjunta establecía una serie de controles sobre la fabricación, venta, distribución, exportación e importación de morfina, cocaína y sus sales respectivas (Art. 10).

Si bien esta declaración fue un documento no vinculante donde no hubo ningún intento de trasladar lo acordado a la aprobación de normas de derecho penal (Boister, 2001), de ella deriva la intención explícita de acabar con la práctica de fumar opio, limitar su uso a fines médicos y controlar sus derivados nocivos. Con ello se plasman los principios que marcarían el carácter de un tratado internacional que se firmaría pocos años después.

I.2 La Convención Internacional del Opio de 1912

Desde un punto de vista estrictamente técnico, el origen del régimen internacional de fiscalización de drogas moderno se remonta a la Convención Internacional del Opio de la Haya de 1912. Siguiendo con la incipiente línea de cooperación internacional instaurada en la Comisión Internacional sobre el Opio de 1909, Alemania, Estados Unidos, China, Francia, Gran Bretaña, Italia, Japón, Países Bajos, Persia, Portugal, Rusia y Siam, actualmente Tailandia, reconocieron la necesidad y el beneficio mutuo de un acuerdo internacional vinculante en la materia.

Dicho instrumento es considerado como el primer tratado internacional de carácter regulatorio del tráfico de opio, cocaína, heroína y sus derivados y ejemplo emblemático de los albores de la cooperación internacional que supuso “un paso más en el camino trazado” por la Comisión de Shangai (Jelsma, 2011).

El preámbulo del tratado encuadra dicho documento en términos de un ‘esfuerzo humanitario’ y expresa estar impulsado por el temor entre los Estados participantes a que el comercio totalmente libre de una serie de sustancias condujera a un aumento en el consumo de drogas dentro de sus territorios. De este modo, el motor que lleva a la regulación del comercio de sustancias está relacionado directamente con una preocupación socio – sanitaria,

enmarcada en la salud y bienestar de la sociedad en general y de los consumidores en particular.

Con el objetivo de moderar un régimen de libre comercio que carecía de una regulación internacional, el tratado instaba a las partes signatarias a otorgar licencias a los productores, regular la distribución y, en el caso del opio, impedir la exportación a aquellos países que prohibieran su importación (David Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Esta convención tenía un carácter meramente regulatorio y presentaba como objetivo final, plasmado en su preámbulo, la supresión gradual del abuso del opio, de la morfina, de la cocaína, así como de las drogas preparadas o derivadas de estas sustancias que dan lugar, o pueden darlo, a abusos similares.

Debido a su carácter normativo, las disposiciones para los opiáceos, la cocaína y el cannabis no entrañaban la prohibición absoluta de las sustancias en sí, ni la criminalización de sus consumidores o productores de la materia prima. De hecho, si bien imponía restricciones sobre las exportaciones, no establecía obligaciones de declarar la ilegalidad del consumo de sustancias o su cultivo ni de aplicar sanciones penales por ello (Armenta y Jelsma, 2015). El tratado se centró en el control interno, estableciendo que cada Parte debería dictar “leyes o reglamentos eficaces para intervenir la producción y la distribución del opio en bruto” en su propio territorio (Art. 1) así como limitar el número de ciudades y puertos “por las cuales [fuera] permitida la exportación o la importación” del mismo (Art. 2). Asimismo, no restringía la producción de opio crudo en sí, sino únicamente la “exportación del opio en bruto a los países que hubiesen prohibido su entrada” (Art. 3).

Como precursor de lo que posteriormente sería el único motivo de uso legal de sustancias, el convenio establecía que el consumo debía de limitarse a “usos medicinales y legítimos únicamente” (Art. 9).

Sánchez Avilés (2014) señala que el proceso de coordinación internacional que comenzó con la organización de la Conferencia del Opio en 1909 y derivó en la adopción de la Convención de La Haya en 1912, tuvo una serie de implicaciones fundamentales en la evolución del control de drogas y para el régimen internacional que estaba empezando a gestarse, entre las cuales cabe señalar las siguientes:

En primer lugar, supuso que el consumo de estupefacientes dejase de ser considerado un asunto interno de los Estados y se convirtiera en una cuestión de preocupación internacional que pasara a ser regulada por el derecho internacional.

En segundo lugar, se formularon los principios básicos del control internacional de estupefacientes: la limitación del consumo, fabricación y venta de estupefacientes a fines concretos, fundamentalmente médicos; el control de la producción y distribución (es decir, el control de la oferta) se perfiló como el método principal para alcanzar este objetivo; y la eliminación progresiva del abuso de opio, morfina y cocaína, así como de las sustancias derivadas de estas sustancias.

Por último, implicó el paso de un enfoque de carácter regional, centrado fundamentalmente en Asia Oriental y más en concreto en el problema de consumo de opio en China que había caracterizado el encuentro de Shanghai, a un enfoque de carácter internacional que implicó a las principales potencias del momento y pasó a considerar también a sustancias derivadas tales como la morfina, la cocaína y la heroína

I.3 Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso del opio preparado de 1925.

Después de la Primera Guerra Mundial, el clima político imperante posibilitó una mayor globalización de los ideales de la “lucha contra las sustancias ilegales”. En 1919, con la creación de la Sociedad de las Naciones, organismo internacional que profesaba como uno de sus objetivos fomentar la cooperación entre Estados, el contexto en el que iba a desarrollarse el incipiente régimen internacional sobre drogas comenzaba a tener otras características. En este contexto, la Sociedad de Naciones pasó a fortalecer los aspectos transnacionales del sistema y a establecer controles sobre una mayor gama de estupefacientes (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Con un contexto de mayor cooperación internacional y con más de diez años de vigencia de la Convención de 1912, a partir de los años veinte la cuestión del abuso de drogas comienza a ser considerada como un problema que afecta no solamente a China sino también al mundo anglosajón (Carstairs, 2005).

Es por ello que se organizó una conferencia internacional en Ginebra para volver a tratar las medidas referidas a la política internacional de drogas a aplicar. La conferencia se organizó con un objetivo diferente: el de controlar la fabricación de drogas (Boister, 2001).

Fue así que en 1925 se logró la suscripción del Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado. El tratado fue firmado y ratificado por Francia, Reino Unido (incluyendo la India), Japón, los Países Bajos, Portugal y Siam. Además, y revistiendo mayor relevancia, se firmó una segunda Convención Internacional del Opio de 1925, en Ginebra.

Ya dentro del paraguas normativo de la Sociedad de las Naciones, la Convención de Ginebra estableció un sistema normalizado de certificación para importaciones y exportaciones diseñado para reglamentar los flujos de estupefacientes entre las partes firmantes (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Al igual que la Convención de 1912, el objetivo de este tratado era el control de la oferta de drogas, sin incluir disposiciones relativas a la reducción de la demanda y sin introducir sanciones penales a los consumidores. Asimismo, las partes firmantes se comprometían mediante este tratado a adoptar leyes o reglamentos con el fin de “limitar exclusivamente a usos médicos y científicos la fabricación, importación, venta, distribución y exportación y el empleo” de sustancias como el cannabis – incorporado por primera vez -, el opio medicinal, la cocaína bruta, la heroína y el extracto y tintura de cáñamo indio (Art. 4 y 5).

I.4. Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes de 1931.

El incipiente régimen internacional de control de drogas de entreguerras tampoco resultó muy eficaz en su objetivo de limitar el consumo a fines médicos y científicos ni en reducir el comercio ilícito de sustancias controladas. La Convención de 1925 simplemente trasladó la producción y el tránsito a los Estados no signatarios. El consumo de sustancias controladas seguía en aumento, mientras que algunas compañías farmacéuticas se trasladaban hacia países que no eran partes del sistema de control, los traficantes se volvían más y más sofisticados y los consumidores buscaban vías alternativas de abastecimiento (McAllister, 2000)

Con el fin de remediar esta situación, la Sociedad de Naciones convocó una nueva conferencia en Ginebra en la que se adoptó la Convención Internacional sobre Fabricación y Reglamentación de la Distribución de Estupefacientes de 1931 con la intención de imponer restricciones sobre la producción de cocaína, heroína y morfina.

El objetivo principal de esta conferencia fue la elaboración de un documento cuyas disposiciones limiten la cantidad de dichas sustancias a las necesarias para fines médicos y científicos, así como para controlar su distribución (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

La Convención estableció un criterio de clasificación de sustancias en “grupos” que luego se replicaría en convenciones posteriores. Así, los niveles de control se basaban en la “propensión a generar adicción, según lo determinado por los representantes gubernamentales con el asesoramiento de expertos médicos, testimonios de empresas farmacéuticas y opiniones de la comunidad investigadora” (McAllister, 2000).

En cuanto al término “fines médicos” como salvedad al uso de sustancias, este no comporta el mismo significado en todo momento y bajo 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 solo en la medicina moderna, sino también en la medicina autóctona como los que existen en China, la India, Pakistán (Sánchez Avilés. 2014).

El espíritu restrictivo fue tomando más fuerza con la firma de la Convención de Ginebra en 1931, donde se establece formalmente la “lucha contra el consumo de sustancias”, sobre todo las de origen natural como el opio, la coca y el cannabis. Algo diferente sucede con los psicofármacos como las anfetaminas y barbitúricos descubiertos en los años 30, que no obstante su conocida toxicidad y uso masivo, su control no fue impulsado hasta la década del 70. Lo mismo sucedió con el control de los benzodiazepinas cuyo consumo continúa siendo generalizado aun hoy en día (Slapak, y Grigoravicius, 2007)

Finalmente, la efectividad del tratado se vio dificultada por la existencia de algunas lagunas, como la falta de provisiones específicas para la administración nacional del control, así como por el artículo 26, que permitía a las Partes signatarias a declarar, en el momento de la ratificación, no asumir “obligación alguna respecto a la totalidad o de una parte de sus colonias, protectorados” y otros territorios bajo su soberanía (Paoli, Greenfield y Reuter, 2012).

I.5 Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas de 1936.

Los intentos de los Estados firmantes de las Convenciones por suprimir gradualmente el abuso de sustancias, dando lugar a un régimen cada vez más restrictivo, no alcanzaron los objetivos planteados. Luego de más de veinte años y varias convenciones, el mercado ilegal de drogas había crecido sin control.

Ya por ese entonces, una de las “consecuencias no deseadas” del régimen de control de drogas fue que la regulación del comercio lícito y la limitación del consumo permitido a fines médicos desembocaron en la emergencia de un mercado ilegal de producción y distribución de sustancias controladas. El consumo tradicional seguía presente en numerosas sociedades que habían utilizado sustancias estupefacientes durante siglos con finalidades rituales, terapéuticas o de estimulación. Asimismo, los mayores productores de opio eran contrarios a la ratificación de los convenios elaborados hasta la fecha; Persia, Rusia y Turquía no habían ratificado ninguna de ellas y China, también uno de los principales productores, únicamente había ratificado la Convención de 1912. Esto dificultaba la labor de la Sociedad de Naciones para controlar las cosechas de opio, así como la desviación de existencias desde los canales legítimos hacia los mercados al margen de cualquier control (Paoli, Greenfield y Reuter 2012).

Teniendo plena conciencia del evidente fracaso de las convenciones vigentes, nuevamente la comunidad internacional apeló a un nuevo instrumento legal que aplique medidas aún más restrictivas.

El 26 de junio de 1936, en Ginebra, en el marco de la Sociedad de Naciones se firmó la “Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas”, también conocida como la “Convención sobre Tráfico de 1936”, para abordar el ámbito de lo que, a partir de la Convención de 1931, era una actividad prohibida.

En este nuevo instrumento, el tráfico ilícito se convierte en el centro de un instrumento internacional. Asimismo, este convenio supone un punto de inflexión fundamental para el régimen con relación a la fiscalización de estupefacientes. Es así que algunas de las disposiciones que contiene dicha Convención fueron consideradas por muchos Estados como intervención en cuestiones soberanas por su injerencia en ámbitos jurídicos de drogas. Un claro ejemplo es lo establecido mediante el Artículo 2, dirigido a “castigar severamente y especialmente con penas de prisión u otras penas de privación de libertad” la fabricación,

transformación, preparación, oferta, posesión, distribución, venta, transporte, importación y exportación de estupefacientes, así como a toda una serie de conductas relacionadas con estas actividades, a las que se califica como delitos (Jelsma, 2011).

El tratado también fomentaba la extradición de las personas implicadas en actividades de tráfico, introduciendo una disposición que obligaba a considerar los delitos previstos en el Artículo 2 como casos de extradición en aquellos acuerdos que existieran o pudieran concertarse entre las Pates contratantes (Art. 9).

De este modo, las actividades relacionadas con la producción, el procesamiento y la distribución de drogas controladas pasaron a convertirse en delitos internacionales sometidos a severas sanciones penales. Este enfoque marca una diferencia fundamental respecto del que tenían los instrumentos anteriores, centrados principalmente en la regulación de las actividades relacionadas con las drogas y consideradas legítimas por ubicarse dentro de los canales médicos y científicos (Sánchez Avilés, 2014). Mientras que todos los instrumentos anteriores abordaban fundamentalmente la reglamentación de actividades ‘legítimas’ en la materia, la nueva Convención convirtió todas las actividades relacionadas con el tráfico en un delito internacional sujeto a sanciones penales (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Con este instrumento se añade una dimensión punitiva al enfoque de control y regulación de los usos legítimos y a la prohibición de los ilegítimos, con lo que se buscaba fortalecer el marco jurídico transnacional existente (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011). En cuanto a la penalización del usuario, la figura legal que asocia al consumidor con un “delincuente” influyó en casi todas legislaciones penales del mundo.

Afortunadamente, el impacto de este tratado de carácter fuertemente punitivo, fue relativo. Únicamente fue ratificado por trece países y no entró en vigor hasta 1939, cuando la Segunda Guerra Mundial ya había comenzado y el control de drogas no estaba entre las prioridades de los Estados ni había posibilidades de que sus disposiciones pudieran ser aplicadas. No obstante, la idea de criminalizar aquellas actividades relacionadas con el comercio ilícito ya había quedado plasmada en un instrumento internacional, marcando la introducción del enfoque punitivo en la gestión del fenómeno (Bewley-Taylor, 1999).

I.6 Protocolo de París de 1948.

Tras la Segunda Guerra Mundial, las funciones y el aparato de fiscalización de estupefacientes de la Sociedad de Naciones se traspasaron a la recién creada “Organización de las Naciones Unidas” (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

La transferencia de responsabilidades se formalizó mediante el Protocolo de Lake Success de 1946, permaneciendo vigentes los tratados firmados hasta ese momento.

Ya dentro del marco de las Naciones Unidas, se incorporó el Protocolo de París de 1948 que sometía a control determinadas sustancias sintéticas, fundamentalmente nuevos analgésicos como la metadona y la petidina, fabricados por empresas farmacéuticas alemanas y cuyo uso se había extendido durante la guerra (Informe Mundial sobre Drogas, 2008). Dichas sustancias no habían sido incluidas dentro de los grupos establecidos en la Convención de 1931. Además, el Protocolo designa a la Organización Mundial de la Salud (OMS), recientemente creada, la tarea de determinar el potencial adictivo de las diferentes sustancias controladas y determinar, en función de ello, el lugar que deben ocupar en las listas de control internacional (Art. 1) (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

I.7 Protocolo del Opio de Nueva York de 1953.

Debido a que la cuestión del opio seguía siendo objeto de preocupación internacional, en 1953 se adoptó un nuevo Protocolo centrado en su producción mediante el cual se aplicarían al opio en bruto una fiscalización similar a la que la Convención de 1931 sometía a las sustancias derivadas.

Partiendo de la consideración de que era indispensable limitar la producción de materias primas de las cuales se obtienen estupefacientes naturales a necesidades médicas y científicas, y que la fiscalización “del cultivo de la adormidera y la producción del opio, del que pueden extraerse alcaloides estupefacientes” era el problema más urgente, el tratado incluía, según la propia Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), “las disposiciones más rigurosas en materia de fiscalización que se hayan incorporado en el derecho internacional” (UNODC, 2008b).

Si bien este instrumento entró en vigor en 1963, para entonces ya había sido sustituida por la adopción de la Convención Única de 1961. No obstante, la introducción del control del cultivo es significativa dado que hasta ese momento el control internacional había estado centrado en la producción y la manufactura, y no tanto en fiscalizar el cultivo de las materias primas utilizadas para fabricar los estupefacientes.

Recapitulando, con el paso de los años las sustancias psicotrópicas sufrieron una serie de controles dirigidos a evitar su consumo en exceso y/o su uso distinto a los fines médicos o científicos. Dichos controles, aplicados en un principio a nivel local, no fueron eficaces, dando lugar a la necesidad de una regulación homogénea a nivel internacional que permita el control de la producción, distribución, venta y hasta cierto punto, consumo de estas sustancias. De este modo, a partir de 1909 se celebraron una serie de instrumentos con carácter normativo y no restrictivo que buscaron regular esta problemática.

Con ello, partir de 1900 se fue gestando un Régimen Internacional de Control de sustancias que, paulatinamente, fue adquiriendo características más punitivas orientadas al prohibicionismo.

En sus comienzos el régimen se ocupó de los opiáceos, pero de forma gradual se fue produciendo una ampliación de su esfera, incorporándose otras sustancias como la cocaína y el cannabis a los esquemas de control. En este sentido, si bien en un principio el régimen se centró en la regulación del comercio y suministro de determinadas sustancias psicoactivas, pronto se acotarían cuáles eran los usos legítimos, introduciéndose el prohibicionismo primero, y la criminalización después.

Por tanto, el régimen no siempre ha sido prohibicionista, aunque siempre ha estado centrado en el suministro (u oferta) de drogas controladas (Sánchez Avilés, 2014).

Desde sus inicios se puede observar una separación entre las cuestiones de control y los asuntos médicos y sociales relacionados con el consumo de drogas. Las cuestiones relacionadas con la demanda no pasaron a formar parte de la agenda del régimen de manera destacada, como veremos, hasta las últimas décadas del siglo XX.

De este modo, los distintos instrumentos internacionales firmados entre 1909 y 1961 sentaron las bases de lo que posteriormente se denominaría Régimen Internacional de Control de Drogas y delimitaron el grueso de las características básicas del mismo (Sánchez Avilés, 2014).

Fecha y lugar de la firma	Título	Entrada en vigor
Enero 1912, La Haya, Países Bajos	Convención Internacional del Opio	Junio 1919
Febrero 1925, Ginebra, Suiza	Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado	Julio 1926
Febrero 1925, Ginebra, Suiza		Septiembre 1928
Julio 1931, Ginebra, Suiza	Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes	Julio 1933
Noviembre 1931, Bangkok, Tailandia	Acuerdo para la supresión del hábito de fumar opio en el Lejano Oriente	Abril 1937
Junio 1936, Ginebra, Suiza	Convenio para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas	Octubre 1939
Diciembre 1946, Nueva York, Estados Unidos	Protocolo de Lake Success – Protocolo que modifica los acuerdos, convenciones y protocolos sobre estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero y el 19 de febrero de 1925, y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936	1948
Noviembre 1948, París, Francia	Protocolo de París – Protocolo que somete a fiscalización internacional ciertas drogas no comprendidas en la Convención del 13 de julio de 1931 para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, modificada por el Protocolo firmado en Lake Success (Nueva York) el 11 de diciembre de 1946	Diciembre 1949
Junio 1953, Nueva York, Estados Unidos	Protocolo del Opio de Nueva York – Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio	Marzo 1963

Tabla 1: Convenciones internacionales 1961 – 1909.

Fuente: Transnational Institute (<https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>)

CAPÍTULO II. Consolidación del Régimen Internacional de Control de Drogas

II. 1 Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

La gran cantidad de instrumentos internacionales en materia de estupefacientes que tuvieron lugar a partir de principios del siglo XX dio lugar a un conjunto de normas poco sistematizadas y carentes de un criterio común. Cada nuevo instrumento buscaba superar ciertas deficiencias presentes en los anteriores e incluso incorporaba nuevos criterios, generando de este modo un caos normativo falto de claridad y precisión.

La confusión a la que podía dar lugar este conjunto de normas generó la necesidad de elaborar un convenio único que recopilara las disposiciones de los instrumentos anteriores y que consolidara un sistema de fiscalización unificado y universal (Armenta y Jelsma, 2015).

Tres eran los objetivos generales que se perseguían con la adopción de un nuevo tratado. Primero, la simplificación del sistema de control existente, que se había desarrollado en las décadas anteriores plagado de provisiones incoherentes y de organismos de supervisión cuyas competencias se superponían. Segundo, dotar al régimen de control de una mayor flexibilidad ante los rápidos avances de la química y la farmacología, que hacían que nuevas sustancias y derivados aparecieran constantemente y, por tanto, habían de ser introducidos en el sistema de control y tercero, la Convención pretendía fortalecer el control de drogas, extendiéndolo a otras sustancias (May, 1955).

En el transcurso de ocho años se elaboraron tres borradores de que posteriormente devinieron en el documento preparatorio que se trató en la Conferencia de Naciones Unidas en Nueva York los días 25 y 26 de marzo de 1961. Setenta y tres países participaron en la reunión convocada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, con el objetivo de establecer cimientos sólidos para la fiscalización de los estupefacientes en la era de las Naciones Unidas de la posguerra (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Finalmente, el 30 de marzo de 1961, en la ciudad de Nueva York, se firmó la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Esta nueva convención buscaba ser el pilar del régimen internacional de estupefacientes del que se guiarían todos los países para la implementación de medidas de lucha contra el “mal” de las drogas.

La necesidad de generar un sistema de fiscalización de sustancias se encuentra fundada en el preámbulo de la Convención donde se hace alusión a la preocupación de las Partes por la “salud física y moral de la humanidad” y reconocen “que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”. Asimismo, señala que las partes son “conscientes de su obligación de prevenir y combatir ese mal” y sostiene que “para ser eficaces las medidas contra el uso indebido de estupefacientes se hace necesaria una acción concertada y universal” y que “esa acción universal exige una cooperación internacional orientada por principios idénticos y objetivos comunes” (UN, 1961). Con ello, se refleja el inicio de la consolidación de un régimen que busca una universalidad sin precedentes en términos de los Estados que lo conforman y de su capacidad de estandarizar las respuestas nacionales, regionales e internacionales al problema (Sánchez Avilés, 2014).

Se trata de un instrumento continuista respecto a los tratados anteriores ya que el centro del régimen sigue estando en el control indirecto del suministro de estupefacientes. En este sentido, la Convención adoptó las medidas incorporadas en instrumentos anteriores, como el sistema de licencias y producción utilizado por la Convención de 1931 y el certificado de importación de la Convención de Ginebra de 1925, que exigía a las partes que expidieran una licencia a todos productores, comerciantes y distribuidores.

No obstante esta presunta continuidad, se puede encontrar en este tratado elementos distintivos. En primer lugar, este es un instrumento de mayor alcance ya que amplía la fiscalización a otras sustancias con el argumento de estar fundamentalmente orientado a la eliminación de la producción y el consumo de las drogas de origen vegetal (Sánchez Avilés, 2014). En los comentarios realizados al documento de la Convención Única, la ampliación de más sustancias dentro del régimen es considerada como un progreso que se experimenta en el derecho internacional público de los tratados. Con ello se afirma que: “Uno de los logros más importantes de la Convención Única es el de haber puesto fin a las excepciones permitidas en los instrumentos anteriores, a reserva únicamente de disposiciones transitorias de aplicación local y duración limitada”.

Por otro lado, si bien replica el sistema de listas implementado en la Convención de 1931, la Convención Única incrementó sus categorías, que pasaron de dos a cuatro listas de sustancias controladas e implementó un proceso que permite incluir nuevas sustancias en las listas sin necesidad de modificar el texto de los artículos del tratado (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

La inclusión en una u otra lista, responsabilidad del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS, se debe realizar en función del potencial valor médico y terapéutico de la sustancia y teniendo en cuenta el riesgo que pueda entrañar para la salud en función de sus propiedades adictivas (Art. 3).

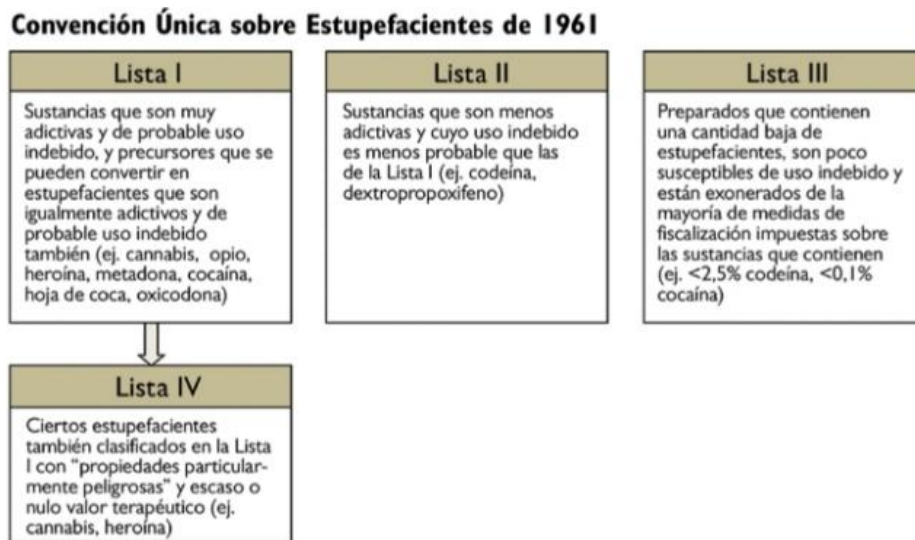


Tabla 2: Listas de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

Fuente: Transnational Institute (<https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>)

La inclusión y clasificación de las diversas plantas y sus productos derivados en las listas de control no siempre se realizó en base a estudios científicos, sino partiendo de la creencia de que todos los estupefacientes eran igualmente peligrosos hasta que se demostrara lo contrario. Esto denota una mayor inclinación hacia lo prohibitivo (Sánchez Avilés, 2014). Por ejemplo, resultan especialmente polémicas la inclusión de la hoja de coca en la Lista I y la del cannabis en las Listas I y IV, reservada a las sustancias más peligrosas. Según el criterio utilizado, el cannabis, la resina de cannabis, y los extractos y las tinturas de cannabis se encuentran en la Lista I, junto con sustancias cuyas propiedades pueden dar lugar a dependencia y que presentan un grave riesgo de uso indebido y, por tanto, están sujetas a todas las medidas de fiscalización contempladas por la Convención, como la heroína (UN, 1961).

Con ello, a través de la Convención Única, las disposiciones restrictivas relativas al cannabis, por primera vez en la historia del control de drogas, son conducentes a la prohibición completa del cultivo, comercio y consumo de una sustancia (McAllister, 1991). Como toda

sustancia incluida en la Lista IV, y a tenor de sus “propiedades particularmente peligrosas” se debía aspirar a la prohibición completa de su cultivo, comercio y consumo con excepción de los usos médicos y científicos (Art. 2.5.b) que se consideraron prácticamente inexistentes. En el Artículo 49, párrafo 2 inciso f) se estableció, además, que el uso del cannabis para fines distintos debería cesar lo antes posible, y en “todo caso dentro de un plazo de 25 años” a partir de la entrada en vigor del tratado (BewleyTaylor, Blickman y Jelsma, 2014).

En el marco de lo mencionado anteriormente, el Tratado otorga una fuerte prioridad a los enfoques basados en la oferta de sustancias psicoactivas, con la convicción de que esto bastaba para eliminar el uso de estupefacientes con fines no médicos ni científicos. Como apunta McAllister (2000), normalmente, “los problemas de las personas adictas y de las adicciones” no ocupaban “un lugar destacado en las deliberaciones internacionales”.

Otra medida novedosa incorporada por la Convención Única reside en su artículo 36 que establece que “a reserva de lo dispuesto por su Constitución”, las Partes se obligan a considerar como delitos “el cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes, no conformes a las disposiciones de esta Convención” (Art. 36.1.a), y a castigar los delitos graves con penas de prisión u otras penas de privación de libertad. El consumo como tal no aparece en este párrafo, no obstante, en el inciso 36.1.b) se permite a las Partes que “cuando las personas que hagan uso indebido de estupefacientes hayan cometido esos delitos”, la posibilidad de “declararlas culpables o de sancionarlas penalmente, o además de declararlas culpables o de sancionarlas, someterlas a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social”. En este sentido, El artículo 33 de la Convención aborda la tenencia para consumo personal con una sucinta fórmula: “Las Partes solo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal”.

Esta medida tuvo una gran importancia a la hora de propiciar un cambio normativo en el régimen de fiscalización de estupefacientes en los Estados Parte del Régimen y, como se verá más adelante, en la legislación de los países de América del Sur. Como indican los Comentarios a la Convención Única, los Gobiernos pueden interpretar esta disposición de formas diversas y no se les exige necesariamente que castiguen la posesión no autorizada como un ‘delito grave’. Pueden imponer sanciones administrativas, como multas o amonestaciones u optar por no imponer sanciones de ningún tipo siempre que hagan “todo lo

posible para evitar esa posesión, aplicando todas las medidas administrativas de fiscalización de la producción, la fabricación, el comercio y la distribución que establece la Convención Única” (UNODC, 1989).

Teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo, el punto más importante se encuentra plasmado en el artículo 4, referido a las “obligaciones generales para los Estados signatarios”, donde en el inciso C) establece que las Partes signatarias se obligan a adoptar todas las medidas legislativas y administrativas necesarias para “limitar a fines exclusivamente médicos y científicos la producción, fabricación, exportación e importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes”.

La Convención Única no tan solo reconoce que el uso médico de los estupefacientes es indispensable para mitigar el dolor, sino que ordena a los países signatarios a adoptar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin.

De este modo, se pueden distinguir dos grandes obligaciones asumidas por los Estados parte de la Convención Única de 1961. En primer lugar, establecer las medidas legislativas y administrativas necesarias para el control del cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, ofertas en general, ofertas de venta, distribución, compra, venta, despacho de cualquier concepto, corretaje, expedición, expedición en tránsito, transporte, importación y exportación de estupefacientes (art. 36.1.a). En segundo lugar, garantizar la disponibilidad de estupefacientes para su uso médico y científico.

En conclusión, la Convención Única es un instrumento más restrictivo y de mayor alcance que mantiene la excepción de la permisión del uso de sustancias cuando sus fines están destinados al uso medicinal o científico. En opinión expertos como Bewley-Taylor (1999), la Convención Única no supuso simplemente una codificación de los instrumentos anteriores si no que introdujo un enfoque mucho más restrictivo en un régimen que hasta el momento había estado más centrado en la regulación del comercio de las sustancias sometidas a fiscalización que en su prohibición.

Junto con la codificación de normativas previas en un solo instrumento, la Convención representó un viraje notable, por el que se pasó de un sistema fundamentado esencialmente en ‘acuerdos para la restricción de materias primas’ a un marco multilateral de mayor severidad y alcance que, si bien mantenía esta función, adoptaba un acento más prohibitivo; un proceso que supuso poner mayor énfasis en el consumo sin fines médicos ni científicos de los estupefacientes fiscalizados (Bewley-Taylor y Jelsma., 2011). Este instrumento marcó una

significativa reorientación del marco internacional basado en un sistema de tratados para la fiscalización de estupefacientes.

II. 2 Protocolo de 1972 de modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes

Si bien la Convención Única fue considerada como un “gran progreso” y “avance” en materia de fiscalización internacional de estupefacientes (UNODC, 1988), algunos países no quedaron conformes con el texto final de la misma. Uno de ellos fue Estados Unidos que, en comparación con la Convención de 1953, consideraba que las disposiciones de 1961 eran vagas en cuanto control sobre los opiáceos y los poderes de embargo de la JIFE frente a los Estados que incumplieran sus obligaciones (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Es por ello que comenzó una “campaña” para modificar el texto de la convención recién aprobado. Por ese motivo, se puso en marcha un período de actividad diplomática de inusitada intensidad para reforzar el marco de fiscalización de estupefacientes de la ONU (Lande, 1962).

La conferencia para la modificación de la convención finalmente se convocó en 1972 y fue patrocinada por 31 países, mientras que asistieron representantes de 97 Estados.

El Protocolo afinó las disposiciones existentes en relación con el sistema de previsiones y la recopilación y notificación de datos, a la vez que reforzó las medidas de aplicación de la ley y extradición, y el funcionamiento de la JIFE (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

El Protocolo también estableció mayores disposiciones con respecto a medidas de tratamiento, rehabilitación y prevención. En sintonía con el artículo 38 modificado, el artículo 36 modificado introdujo la opción de establecer alternativas a las sanciones penales por delitos de comercio y posesión en caso de que sus autores fueran consumidores de drogas: “Las Partes podrán en vez de declararlas culpables o de sancionarlas penalmente [a las personas que hagan uso indebido de estupefacientes], o además de declararlas culpables o de sancionarlas, someterlas a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social”. Es importante destacar que la opción de las alternativas prevista por el artículo 36 y el enfoque establecido en el artículo 38 es de carácter secundario, y que su aplicación se deja totalmente a discreción de los gobiernos nacionales. Es en este sentido que

incluso la Convención Única sobre Estupefacientes modificada por el Protocolo de 1972 representa una mínima reorientación del régimen hacia consideraciones que contemplan a los consumidores problemáticos de drogas y busca otorgar una visión socio – sanitaria (Sinha, 2001).

Más allá de las modificaciones implementadas a través de este protocolo, es importante destacar el contexto histórico en el que la Convención va tomando forma. En 1967, durante la presidencia de Nixon en Estados Unidos, el prohibicionismo y su posicionamiento punitivo iba creciendo con mucha fuerza. Por ello, si bien el resultado no fue tan severo como los Estados Unidos habían esperado, el protocolo mantuvo el espíritu restrictivo y el acento en la oferta del régimen de fiscalización (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

II. 3 Convenio sobre Sustancia Psicotrópicas de 1971

La ambición original de que la Convención ‘Única’ se convirtiera en la ‘convención para acabar con todas las convenciones’ (Armenta y Jelsma, 2015) se vio frustrada en la década de los setenta, cuando algunos estados miembros del Régimen Internacional de control de Drogas sintieron la necesidad de someter a fiscalización nuevos tipos de sustancias sintéticas que no estaban contempladas en la Convención de 1961.

En esta década el fenómeno de las drogas entra en una nueva etapa de la mano de la generalización del consumo recreacional de sustancias psicoactivas de origen sintético, estrechamente ligado a los movimientos contra-culturales originados en Estados Unidos y Europa Occidental (Escohotado, 1989).

Con la aparición de estas sustancias en el mercado y ante la imposibilidad de controlarlas mediante las herramientas legales vigentes, se comienza a pensar en la adopción de un nuevo tratado en el que se incluyeran sustancias sintéticas como los estimulantes de tipo anfetamínico, los alucinógenos como el LSD (dietilamida del ácido lisérgico), el éxtasis o MDMA (3,4-metilenedioximetanfetamina), así como sedantes, ansiolíticos, analgésicos y antidepresivos. De este modo, en paralelo con la elaboración del protocolo de 1972, se comenzó con el proceso de elaboración de una convención con nuevas regulaciones en el seno del actual sistema mundial de tratados para la fiscalización de estupefacientes (Sánchez Avilés, 2014).

Es curioso que, con el antecedente del Protocolo de 1972, que buscaba modificar algunos términos de la Convención Única, los países hayan optado por la firma de una nueva convención en lugar de incorporar esas inquietudes al procedimiento de enmienda de la Convención de 1961 (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011). Esta inquietud es presentada por el presidente de la Asociación Internacional de Derecho Penal, Cherif Bassiouni quien expuso que: “Estas dos iniciativas, que deberían haberse integrado por lógica en una única convención, siguieron por vías separadas” (UN, 1989).

En este sentido, la necesidad de un nuevo tratado se fundó en una distinción entre los ‘narcóticos’ o ‘estupefacientes’, controlados por la Convención de 1961, y las llamadas ‘sustancias psicotrópicas’, un concepto creado sin una clara definición, donde entrarían aquellas sustancias susceptibles de un control menos riguroso (Armenta y Jelsma, 2015). El concepto de sustancias ‘psicotrópicas’ suponía una distorsión de la lógica en que se sustentaba el marco de fiscalización, ya que el término carece de credenciales científicas y se inventó, de hecho, como excusa para proteger al amplio abanico de fármacos psicoactivos incluidos en el Convenio de 1971 de los controles más estrictos de la Convención Única (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Con la suscripción del Convenio sobre Sustancias psicotrópicas de 1971 se buscaba someter a control otro centenar de sustancias sintéticas con medidas destinadas a prevenir el desvío de productos lícitos hacia mercados y usos ilícitos (Pérez Salazar, 2009).

Este nuevo instrumento en su preámbulo menciona como argumento fundamental para su aprobación, la preocupación por la salud física y moral de la humanidad y apela a “los problemas sanitarios y sociales que origina el uso indebido de ciertas sustancias psicotrópicas” como motor de una fiscalización más amplia. No obstante, no califica el uso indebido de sustancias psicotrópicas como un “mal grave” como se hizo con en la Convención de 1961.

Partiendo de la premisa de que la diferencia entre la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 es el control de sustancias de distinta naturaleza (la primera tiene por finalidad solo la fiscalización de cannabis, la hoja de coca y del opio mientras que la segunda incluye por primera vez en el marco internacional la fiscalización determinadas sustancias de las que se pueden extraer las drogas sintéticas), sería esperable que presente grandes similitudes a la hora de establecer los términos de la

fiscalización, ya que, en el fondo, el objetivo de ambos es el control de sustancias ilícitas. No obstante, existen diferencias interesantes al respecto (CAN-UE, 2009).

Dentro de las similitudes que presenta con la Convención de 1961 está el compromiso que asumen los Estados Parte a limitar el uso de los psicotrópicos a fines médicos y científicos, adoptando medidas para garantizar que estas sustancias fueran suministradas exclusivamente mediante prescripción médica, creando un sistema muy estricto de estimaciones de necesidades de psicotrópicos en cada país, licencias para su fabricación, comercialización y distribución nacional e internacional (Art. 2.7). Además, se reconoce que “no debe restringirse indebidamente su disponibilidad” para fines médicos y científicos considerados indispensables (Sánchez Avilés, 2014).

En este sentido, si bien a diferencia de la primera convención, se establece una serie de requisitos que regulan el suministro de sustancias para fines medicinales, la convención de 1971 mantiene la obligación de las partes a garantizar la disponibilidad de sustancias para fines médicos.

Al igual que sucede en la Convención de 1961 las sustancias sujetas a fiscalización, fundamentalmente anfetaminas, benzodiazepinas, barbitúricos y sustancias psicodélicas, están organizadas en cuatro listas dependiendo de su potencial peligrosidad y su valor terapéutico. No obstante, en este punto podemos empezar a vislumbrar las primeras diferencias. El Convenio de 1971 impuso una estructura de fiscalización menos rígida exceptuando, la lista I que incluye sustancias de las que se afirma que comportan un riesgo grave para la salud pública, cuyo valor terapéutico no es reconocido por la Comisión de Estupefacientes. En esta lista podemos encontrar sustancias psicodélicas sintéticas como el LSD y el MDMA, comúnmente conocido como ‘éxtasis’ (Armenta y Jelsma, 2015).

En este sentido, en el nuevo convenio el orden de las listas es el contrario. El régimen de control más restrictivo es el de las sustancias consideradas de escaso valor terapéutico e incluidas en la Lista I, mientras que la Lista IV, sujeta a un mecanismo de control menos estricto, contiene sustancias a las que se atribuye un alto valor terapéutico.

Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971

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

Tabla 3: Listas de la convención de 1971 sobre sustancias psicotrópicas

Fuente: Transnational Institute (<https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>)

Otra diferencia fundamental respecto del sistema de clasificación de sustancias en cuatro listas es el proceso que emplea para la incorporación de nuevas sustancias a las mismas. En oposición a lo contemplado en la Convención Única, donde se asumió que todos los estupefacientes podrían ser potencialmente peligrosos hasta que se demostrara lo contrario y que su producción, entre tanto, debía ser erradicada, el Convenio de 1971 adopta un enfoque más laxo y flexible. A menos que existieran evidencias científicas concluyentes sobre la peligrosidad de una sustancia psicotrópica, ésta no debía ser objeto de fiscalización internacional (McAllister, 1991).

De hecho, el Artículo 2.4 establece unos criterios muy detallados que han de ser comprobados por la OMS antes de recomendar la inclusión definitiva de una sustancia. Además, se requiere pasar un filtro adicional, dado que una vez la OMS haya decidido la conveniencia de fiscalizar un psicotrópico, la Comisión de Estupefacientes podrá agregarlo a la lista correspondiente “teniendo presentes los factores económicos, sociales, jurídicos, administrativos y de otra índole que considere oportunos” (Art. 2.5). En la Convención Única solamente era necesario tomar en cuenta criterios de tipo médico-científico.

La evidente flexibilización del sistema tiene su explicación en la presión ejercida por la gran industria farmacéutica de Europa y Estados Unidos durante las negociaciones de la Convención, ya que temían que sus productos se vieran sometidos a los rigurosos controles de la Convención Única (Armenta y Jelsma, 2015).

El secretario del Comité Técnico de la Conferencia de Plenipotenciarios en aquel momento y miembro de la División de Estupefacientes de la ONU expresó que “Los países productores y exportadores más importantes lo intentaron todo para restringir el alcance del control al mínimo y debilitar las medidas de fiscalización de forma que no obstaculizaran el libre comercio internacional” (Armenta y Jelsma, 2015).

En este sentido, el presidente de la Asociación Internacional de Derecho Penal, Cherif Bassiouni afirmó que “Si bien los países desarrollados de Occidente deseaban imponer estrictos controles sobre el cultivo, la producción y el tráfico de estupefacientes naturales que procedían de los países en desarrollo”, prosigue, “estaban poco dispuestos a imponer los mismos tipos de control sobre sus propias industrias químicas y farmacéuticas (UNODC, 1989).

La discrecionalidad y conveniencia a la hora de establecer listas y clasificar a las sustancias dentro de ellas pone en duda el régimen en sí, donde no se incorporan criterios de “peligrosidad” ni “salud” sino conveniencias comerciales y políticas.

Otro cambio sorprendente incorporado por esta nueva Convención es el consenso de los Estados en aceptar que “no merece la pena tratar de imponer medidas de fiscalización a sustancias biológicas de las que pueden obtenerse sustancias psicotrópicas”. Las sustancias que eran ‘transformables’ en sustancias psicotrópicas no se incluyeron en las listas de 1971, en clara contradicción con la lógica aplicada a los estupefacientes en virtud de la Convención Única (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Esta reformulación, más en concreto, introdujo obligaciones penales ampliamente aceptadas para que los Estados signatarios criminalizaran, en el marco de su legislación nacional, la producción y el comercio no autorizados y extendió el régimen de fiscalización existente hasta la fecha al cultivo de adormidera, coca y cannabis (Armenta, Jelsma, 2015).

En cuanto al régimen internacional de fiscalización que se fue generando a lo largo de los años, el tratado hace énfasis en la necesidad del fortalecimiento de la cooperación internacional para alcanzar los fines propuestos en el mismo. Esto puede apreciarse también en las declaraciones del representante de Irlanda en la sesión para la suscripción del tratado donde expresa que, “el abuso de sustancias psicotrópicas no puede ser abordado por los países por separado. Las sustancias deben ser incorporadas a un mecanismo internacional de control. No obstante, este control debe ser pragmático y realista y no deberá obstaculizar indebidamente el uso legítimo medicinal de las sustancias” (UN, 1977).

En este sentido el mismo preámbulo afirma que las medidas contra el uso indebido de tales sustancias requieren una “acción concertada y universal” (UN, 1977). Un ejemplo del fortalecimiento que se le busca dar a la cooperación internacional puede verse en el artículo 16, en el procedimiento instaurado para la presentación de las partes de informes al Secretario General con los datos necesarios para el desempeño de sus funciones de la Comisión y, en particular, un informe anual sobre la aplicación del Convenio en sus territorios.

En definitiva, el Convenio sobre Sustancia Psicotrópicas de 1971 amplía el abanico de sustancias controladas implementando un mecanismo de control más laxo, según algunos autores (Sánchez Avilés, 2014), fuertemente sesgado hacia las preferencias de los países occidentales industrializados. Esta ampliación dentro del Régimen Internacional de Control de Sustancias mantiene, aunque con una serie de regulaciones, el imperativo hacia los países de garantizar la disponibilidad de sustancias para su uso con fines medicinales o científicos.

II. 4 Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1988

Una vez aprobada y vigente la convención de 1971, el contexto político, histórico y sociológico que se desarrolló a lo largo de los años setenta y ochenta, impulsó a los miembros del Régimen Internacional de Control de Drogas a pensar en la elaboración de una nueva convención que corrija las deficiencias que las últimas dos convenciones no habían logrado superar.

Pasados más de veinte años desde la unificación de los diversos instrumentos referidos al control de sustancias, los distintos informes elaborados por los órganos que conforman el régimen arrojaron un incremento en el número de consumidores y en el tráfico ilegal de sustancias, generando preocupación dado que la situación iba empeorando rápidamente (UN, 1999). En este sentido, el incremento de la demanda de sustancias controladas en el marco de los tratados de 1961 y 1971 como el cannabis, la cocaína y la heroína, con fines no terapéuticos, especialmente en los países desarrollados, propició el surgimiento de un fenómeno de producción ilícita a gran escala para abastecer el mercado (Armenta y Jelsma, 2015).

En detrimento de los objetivos plasmados en el marco normativo internacional del control ilícito de sustancias, el tráfico internacional de estupefacientes ilícitos se convirtió en un comercio multimillonario controlado por grupos delictivos. Esta rápida expansión del comercio ilícito de drogas proporcionó los argumentos para intensificar una lucha que se transformaría en una auténtica “guerra contra las drogas”.

Los datos estadísticos remarcaban el fracaso de las convenciones anteriores en alcanzar su objetivo principal. Sobre la base de la información disponible de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, a principios de 1980, era evidente que los niveles de consumo y tráfico ilícito de drogas habían alcanzado dimensiones sin precedentes. Incluso la Asamblea General, en su resolución 36/168 por la que aprobó la “Estrategia Internacional para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas de 1981”, señaló que el “azote del uso indebido de drogas” había alcanzado “proporciones epidémicas en muchas partes del mundo” (UN, 1999).

Con esto se llegó a la conclusión de que los instrumentos de fiscalización de drogas existentes, que proporcionaban un marco jurídico internacional básico para la reglamentación de diversas sustancias psicotrópicas y estupefacientes específicos, ya no eran adecuados porque habían sido concebidos para responder a una situación que había cambiado en forma radical.

Los Estados parte de los instrumentos de fiscalización vigentes estaban totalmente convencidos de que había llegado el momento de avanzar, no sólo intensificando los esfuerzos y estrategias dentro del marco existente, sino elaborando un instrumento que permitiera atacar de manera más enérgica el complejo problema del tráfico de drogas (UN, 1999)

En paralelo, la situación crítica por la que se estaba atravesando y la urgente necesidad de adoptar medidas al respecto llevó a varios gobiernos de países de América Latina a aprobar declaraciones en las que instaban a la adopción de medidas legislativas internacionales que permitiesen realizar una campaña eficaz contra el tráfico ilícito, más allá de las fronteras nacionales (Sánchez Avilés, 2014).

Fue así que, en 1987 se celebró en Viena la Conferencia Internacional sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas con el objetivo de abordar la cuestión del crecimiento del tráfico ilegal de las sustancias controladas en las dos convenciones anteriores, que habían delimitado los contornos de las actividades lícitas relacionadas con las drogas (Sánchez Avilés, 2014).

La Convención de las Naciones Unidas sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, la última de una serie de instrumentos sobre fiscalización del uso indebido de drogas, es considerada uno de los instrumentos más detallados y de mayor alcance que hayan sido adoptados en materia de Derecho penal internacional (Stewart, 1990). Este tratado viene a fortalecer y complementar las medidas previstas en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, en el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, con el fin de enfrentarse a la magnitud y difusión del tráfico ilícito y sus graves consecuencias (UN, 1988).

Tal y como establece su Preámbulo, el acuerdo parte del reconocimiento de los vínculos existentes entre “el tráfico ilícito y otras actividades delictivas organizadas relacionadas con él, que socavan las economías lícitas y amenazan la estabilidad, la seguridad y la soberanía de los Estados” y reconoce que el tráfico ilícito es una actividad delictiva internacional cuya supresión exige urgente atención y la más alta prioridad. De este modo, la gestión de los problemas relacionados con las drogas comenzó a ser presentada como esencial para la seguridad de los Estados y de la sociedad internacional.

De este modo, el régimen ya marcadamente restrictivo, se fue volviendo cada vez más punitivo. Queda claro en el preámbulo como la intención de las partes va dirigida exclusivamente a la lucha contra el tráfico ilícito de drogas cuando menciona el deseo de “privar a las personas dedicadas al tráfico ilícito del producto de sus actividades delictivas y eliminar así su principal incentivo para tal actividad”. Como herramienta principal para alcanzar este objetivo se encuentra la implementación de medidas de control con respecto a determinadas sustancias, como los precursores, productos químicos y disolventes, que se utilizan en la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Es así que, la nueva convención busca regular tanto la oferta como la demanda ilícita de sustancias, no obstante, pareciera que el problema más serio radicaba en el tráfico ilícito. Este era considerado una amenaza para la salud y el bienestar de las personas, difundía la corrupción, facilitaba la confabulación criminal, ponía en peligro la soberanía y la seguridad de los Estados y convulsionaba estructuras económicas, entre otros (UN, 1988). Es evidente que el eje central de esta nueva convención se encuentra en la “lucha contra el tráfico ilícito”.

Tal y como se expresa en los comentarios realizados a la Convención de 1988, el preámbulo de este tratado es más largo y de ámbito más amplio que las partes preambulares de los

anteriores tratados de fiscalización de drogas. Este no solo establece las intenciones de las partes y la finalidad del instrumento que han acordado concertar, sino también expone las directrices generales de varias de las disposiciones de la convención. En este sentido, proporciona una retrospectiva útil sobre alguno de los artículos y aclara su significado en el marco de la convención.

Como se mencionó en capítulos anteriores, la convención de 1961 reconoció en su preámbulo que “la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad”. En este sentido, la convención de 1971 manifiesta en su preámbulo que las partes advirtieron “con inquietud los problemas sanitarios y sociales que origina el uso indebido de ciertas sustancias psicotrópicas”. Frente a estas manifestaciones, el texto del preámbulo de 1988 amplía su visión y abarca el problema de la droga en toda su extensión. Se refiere a los estupefacientes y a las sustancias psicotrópicas y apunta al tráfico ilícito, así como a la producción y la demanda ilícita (Armenta y Jelsma, 2015).

En el análisis del preámbulo de esta convención se aprecian elementos similares a los presentes en las convenciones anteriores, como la importancia de la cooperación internacional para la supresión del tráfico ilícito, considerando que la erradicación del tráfico ilícito es responsabilidad colectiva de todos los Estados y la reivindicación de la competencia de las Naciones Unidas en materia de fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

El propósito del tratado es doble. Por un lado, pretende promover la cooperación internacional en materia penal entre las partes, para los delitos relacionados con el tráfico ilícito de sustancias controladas. Para tal fin, los Estados deben declararse competentes en la materia (Art. 4), y una serie de disposiciones se encargan de regular la colaboración en materia de extradiciones (Art. 6) y de asistencia judicial recíproca (Art. 7).

Por otra parte, el tratado pretende establecer una serie de obligaciones que los Estados deben incorporar en su derecho penal interno. Esto se hace fundamentalmente a través del Artículo 3, en el que se obliga a las Partes signatarias a tipificar como delitos penales en su derecho interno todos los aspectos relacionados con el tráfico ilícito de las sustancias controladas mediante las dos convenciones anteriores.

Así, la firma de la Convención de 1988 fortaleció marcadamente la obligación de las Partes, ya aparecida en el Artículo 36 de la Convención Única de 1961, de tipificar como delitos y de establecer sanciones penales a todos los aspectos relacionados con la producción y el tráfico

de drogas, incluyendo penas de prisión u otras formas de privación de libertad, las sanciones pecuniarias y el decomiso. De este modo, el aporte más importante que realizó el tratado fue la imposición de sanciones penales para combatir todos los aspectos de la producción ilícita, posesión y tráfico de drogas, disponiendo medidas especiales contra el cultivo, la producción, la posesión y el tráfico ilícito de sustancias psicoactivas, y la desviación de precursores químicos, así como a un acuerdo sobre colaboración jurídica que incluyó la extradición (Armenta y Jelsma, 2015).

En ese sentido, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas de 1988 resulta el marco legal a partir del cual se desarrollan las acciones de control penal por parte de los países que son parte de esta Convención. Este instrumento internacional ha pasado a convertirse en el eje central de los esfuerzos internacionales en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, abordando básicamente los diferentes estamentos del tráfico de drogas a nivel internacional y nacional, llámese, entre otros, tráfico de insumos químicos, lavado de dinero, crimen organizado, tráfico en el mar, cooperación internacional (Sánchez González, 2015).

Esta convención fue concebida en gran medida para fortalecer la cooperación internacional y mejorar los sistemas nacionales administrativos y de justicia penal en un esfuerzo por atacar de manera eficaz el tráfico ilícito de drogas.

En definitiva, el énfasis en las medidas de represión y aplicación de la ley se acentuó con la adopción de la Convención de 1988. El régimen se fue centrando cada vez más en el control penal de las actividades relacionadas con estas sustancias, y el control del comercio para fines lícitos pasó a un segundo plano. Fruto de esta evolución, en la actualidad los tratados internacionales de control de drogas están fundamentalmente pensados en términos de control del crimen. La firma de la Convención de 1988 fue el primer paso al establecimiento de este enfoque centrado en el tráfico ilícito, y en la actualidad, como veremos a continuación, crimen y drogas comparten la misma oficina de las Naciones Unidas, y las sesiones anuales de la Comisión de Estupefacientes suelen implicar fundamentalmente a funcionarios de interior y de justicia, y no tanto a profesionales procedentes de la medicina, la salud o la política social (Sánchez Avilés, 2014).

A través del análisis de la presente convención también se pueden encontrar una serie de incongruencias a la hora de confrontarlas de forma sistemática con las convenciones que la anteceden. Por ejemplo, varias ‘sustancias transformables’ incluidas en la Convención de

1971 se incluirían posteriormente como ‘precursores’ en las listas de la Convención contra el Tráfico de 1988. Asimismo, se observa la “mezcla” de precursores (sustancias transformables) y reactivos químicos. La efedrina, por ejemplo, es el principal precursor de la metanfetamina, fiscalizada por el Convenio de 1971, pero aparece en la lista de precursores de la Convención de 1988. La efedra es la planta de la que se puede extraer el alcaloide efedrina –un proceso parecido al de la extracción de la cocaína de la hoja de coca–, pero la efedra no está sometida a fiscalización internacional (Brewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Dentro de las inconsistencias generadas por la Convención de 1988, también se encuentra el tratamiento que se le da a los usos tradicionales de sustancias. En un intento por conseguir el reconocimiento jurídico de estos usos, Perú y Bolivia negociaron el párrafo 2 del artículo 14 de la Convención de 1988, que explicita que todas las medidas que se adopten “deberán respetar los derechos humanos fundamentales y tendrán debidamente en cuenta los usos tradicionales lícitos, donde al respecto exista la evidencia histórica” (Armenta y Jelsma, 2015). Sin embargo, el mismo artículo subraya que esas medidas no pueden ser menos estrictas que las normas aplicables en conformidad con la Convención Única (Brewley-Taylor y Jelsma, 2011).

Es importante destacar que la Convención aborda de manera separada las conductas relacionadas con el consumo personal. El Artículo 3.2 obliga a los Estados a tipificar como delitos penales “a reserva de sus principios constitucionales y de los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico” la posesión, adquisición y el cultivo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas para el consumo personal. El consumo como tal no aparece como una conducta que deba ser tipificada como delito en los ordenamientos internos si bien, en opinión de algunos autores, esta disposición implicó que en la práctica el consumo de sustancias controladas dejara de ser considerado exclusivamente un asunto de política nacional (Jelsma, 2003).

En este sentido, la introducción de fórmulas que permitían realizar excepciones en función de consideraciones jurídicas internas permite a los Estados un cierto margen de maniobra a la hora de gestionar el consumo y la posesión para el consumo personal de sustancias controladas; flexibilidad que no se contempla en el caso de las medidas destinadas a controlar la oferta ilícita.

II. 5 Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el Problema Mundial de las Drogas

Finalmente, el marco normativo sobre fiscalización de sustancias en el seno de Naciones Unidas quedó compuesto por tres instrumentos que establecen un arreglo de ‘fórmula universal’ con respecto a la fiscalización de drogas que se espera que adopten todos los países que adhieren al mismo.

La vigencia de este régimen se refleja en el compromiso de los países a establecer medidas especiales contra el cultivo, la producción, la posesión y el tráfico ilícito de sustancias psicoactivas y la desviación de precursores químicos, así como a un acuerdo sobre colaboración jurídica que incluyó la extradición (Armenta, Jelsma, 2015).

La consolidación de este régimen también dio lugar a la creación de un conjunto de organismos encargados de velar por la aplicación de los tratados y su cumplimiento. Los organismos encargados del funcionamiento del Régimen Internacional de Control de Sustancias son la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), encargada de velar por la aplicación de los tratados; la Comisión de Estupefacientes (CND), órgano político encargado de discutir y formular las directrices de la política internacional de control de drogas; y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), encargada de la compilación de datos, la elaboración de estadísticas y de brindar apoyo técnico a los gobiernos. Como organismo auxiliar se destaca el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya función es la de emitir recomendaciones no vinculantes respecto a qué sustancias deben estar sometidas a fiscalización y la ubicación de las mismas en las diferentes listas de control (UNODC, 2014b).

El “problema” de las drogas fue adquiriendo a lo largo de los años una gran injerencia en la agenda internacional. Esto se vio reflejado en el tratamiento y debate de esta temática en las sesiones especiales de Naciones Unidas en materia de Drogas. Estas sesiones se llevan a cabo en el marco de la Asamblea General, el principal órgano de deliberación y formulación de políticas públicas de la ONU y el único en el cual los 193 estados miembros tienen una representación equitativa. El Consejo de Seguridad o una mayoría de los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas, pueden convocar una Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU para discutir temas de especial interés al más alto nivel

político. Las sesiones especiales persiguen llamar la atención mundial sobre temas concretos, generar impulso político y reunir un apoyo amplio a favor de ciertos cambios en la forma en que la comunidad internacional aborda un problema global (Jelsma, 2016).

Tres de las veintinueve sesiones especiales que se llevaron a cabo en el marco de Naciones Unidas se dedicaron a la cuestión de drogas y estuvieron dirigidas a “unificar la postura internacional” y lograr avances dirigidos a la abolición del problema de las drogas (Jelsma, 2016).

La primera sesión especial sobre drogas, realizada en 1990, buscó promover la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 (Bewley-Taylor y Jelsma, 2011).

En este sentido, la primera UNGASS, celebrada a petición de Colombia, buscó aumentar la eficacia de los esfuerzos en materia de fiscalización y promover la coherencia de las políticas dentro del sistema de Naciones Unidas. El resultado, fue una simple reestructuración de la burocracia global (Jelsma, 2003) la elaboración de un Programa Global de Acción de más de 100 puntos y el establecimiento de un grupo asesor cuyas recomendaciones fueron mayormente ignoradas por la mayoría de los países (Sánchez, 2016).

Los resultados de esta sesión dieron lugar a una serie de reproches por parte de los países miembros del régimen. Por un lado, los países europeos se sentían incómodos con operaciones como las fumigaciones aéreas o la erradicación militar de cultivos de coca y amapola, y preferían enfoques que estuvieran más en sintonía con los objetivos y los principios de derechos humanos en los que se fundamentaba su estrategia general de cooperación al desarrollo (Bewley-Taylor y Jelsma 2012).

Por otro lado, los países latinoamericanos, que eran el principal escenario de la creciente “guerra contra las drogas”, empezaron a buscar un enfoque más equilibrado (Armenta, Jelsma, 2015).

Ocho años más tarde, en 1998, se realizó la segunda sesión especial en materia de drogas, cuyas conclusiones se mantuvieron en la misma línea que la sesión y convenciones anteriores (Jelsma, 2016). Esta sesión surgió también de la necesidad de reorientar los esfuerzos de interdicción, balancear las prioridades de la política y discutir temas emergentes como la incoherencia de los tratados internacionales y la eficacia de enfoques alternativos como la

reducción de daños, la despenalización del consumo e incluso la legalización de ciertas drogas (Sánchez, 2016).

Contradictoriamente a los objetivos planteados, el resultado de esta sesión fue un compromiso político en el que se acordó perseguir el objetivo quijotesco de lograr un mundo sin drogas en un plazo de 10 años (Jelsma, 2003).

El resultado de la segunda UNGASS generó aún más revuelo del que había generado su antecesora. Durante el decenio en el que correspondía la implementación estas directrices, durante los años 2000, en el marco de distintos foros internacionales, como por ejemplo la Comisión de Estupefacientes de 2005, se generaron una serie de duras críticas a la postura que se mantenía hasta ese momento dentro del Régimen Internacional de Control de Drogas. Las objeciones a la ideología de “la guerra contra las drogas” dieron lugar a que delegados de todo el mundo exigieran una postura mucho más flexible en contraposición al enfoque punitivo del que se viene hablando (Jelsma, 2003).

En tal sentido y recurriendo a un contundente instrumento de la diplomacia, un grupo de 26 países, entre los cuales se encontraban Alemania, el Reino Unido, Bolivia, Australia, Polonia, Portugal, Noruega, los Países Bajos y Suiza, efectuó una declaración interpretativa que impone un primer gran precedente ante la postura implementada por el Régimen Internacional de Control de Drogas (Jelsma, 2016).

No obstante estas objeciones, en 2009 se adoptó una nueva Declaración Política que no instaba a cambiar la principal línea de actuación y que volvía a fijar otro objetivo de 10 años, esta vez para 2019, “para que los Estados eliminen o reduzcan considerable y mensurablemente” el mercado de drogas ilícitas.

El investigador David Bewley-Taylor (2012) denomina a la “década” de la UNGASS, de 1998 a 2008, como un periodo de “crecientes tensiones sistémicas”. Principalmente países de América del Sur y Europa marcaron su disconformidad frente a las medidas restrictivas impuestas por el régimen y reclamaban un mayor enfoque sociosanitario al abordaje de la problemática de las drogas. Este nuevo enfoque va dirigido no tan solo a la descriminalización de los consumidores de sustancias sino también a un cambio en la concepción de las drogas como un “mal” (Sánchez, 2016).

Con las mencionadas “tensiones sistémicas” latentes, la próxima UNGASS estaba programada para 2019, fecha límite establecida en la Declaración Política y Plan de Acción

de 2009 para lograr una reducción significativa o eliminar por completo la oferta y la demanda de drogas. Sin embargo, en septiembre de 2012, los presidentes de Colombia, Guatemala y México hicieron un llamado a la ONU para que albergara una conferencia internacional sobre la reforma de las políticas de drogas. En consecuencia, se incluyó una disposición en la resolución ómnibus anual sobre políticas de drogas –patrocinada por México y copatrocinada por otros 95 países– para adelantar esta cumbre mundial sobre políticas de drogas a 2016.

Evidentemente, el mundo no había logrado la meta de “erradicar o disminuir significativamente la oferta y demanda de drogas”. Por el contrario, el pobre balance alcanzado durante ese tiempo hizo que hasta la propia Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito reconociera en su la existencia de “consecuencias negativas no planeadas”. En este sentido el director ejecutivo de esta Oficina, responsable de supervisar las convenciones internacionales sobre drogas, en un informe publicado en 2008, describe al sistema de control de drogas multilateral como "no apto para su propósito". Esto ha llevado a la creación de una serie de consecuencias no deseadas o “involuntarias” entre las que destaca el desplazamiento a un segundo plano de la salud pública, reconocida como el primer principio del control de drogas (UNODC, 2008).

Es así que en 2016 se convocó a una nueva sesión especial, que tuvo lugar en Nueva York en abril de 2016 y fue aclamada como una oportunidad para que la comunidad internacional pudiera “mantener un debate amplio y abierto que tenga en cuenta todas las opciones” (Jelsma, 2016). Esta reunión, la tercera en la historia de la organización, debería ser particularmente importante dada la posibilidad que ofrecía de actualizar un régimen internacional de control que data de 1961 (Sánchez, 2014).

Sin embargo, al igual que en ocasiones anteriores, el encuentro hizo poco para abordar los problemas estructurales de base, como el tráfico de armas y el lavado de dinero. Pese a integrar algunos elementos positivos con respecto al acceso a los medicamentos controlados, las intervenciones orientadas a la salud y la proporcionalidad de las penas, el documento final, en general, apoya el orden establecido y no hace referencia explícita a la reducción de daños, la despenalización o la abolición de la pena de muerte por delitos de drogas (Bewley-Taylor, Jelsma, 2016).

El último documento de abril de 2016 de la UNGASS reafirma “las metas y los objetivos de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas”, el compromiso de cumplir lo

dispuesto en la Declaración Política de 2009 y la determinación de “promover activamente una sociedad libre del uso indebido de drogas”, y celebra —a falta de pruebas que lo demuestren— que “se han logrado avances tangibles” (Jelsma, 2016).

Sin embargo, a pesar de importantes especialistas como Martin Jelsma (Bewley –Taylor, 2016) consideren que esta última sesión especial sobre drogas tuvo resultados tibios frente a las expectativas que se generaron, la UNGASS 2016 suscitó un punto de inflexión en la historia de América del sur frente al tema de las Drogas. En esta ocasión, por primera vez, doce naciones suramericanas concertaron un texto en común que expresa una visión regional sobre la materia (Samper Pizano, 2017).

En el documento denominado “Visión regional del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de la UNASUR para la UNGASS 2016”, los países establecen los puntos sobre los cuales hay pleno acuerdo en la región, como por ejemplo el respeto a los derechos humanos, la soberanía, la necesidad de políticas que reflejen la diversidad de los países y el respeto por los nuevos enfoques presentes en la región (Wilches, 2016).

Como uno de los puntos a destacar en dicho documento, la región sugiere la necesidad de replantear el listado de sustancias proscritas, especialmente cuando algunas de ellas son medicamentos esenciales para tratamientos médicos, según la propia Organización Mundial de la Salud (OMS). Este documento sostiene que no puede haber efectividad alguna en la estrategia sin que haya un acceso equitativo a los medicamentos con fines médicos y científicos. En este sentido, también recomiendan fortalecer las medidas que mejoren el acceso equitativo al uso de medicamentos para fines médicos y científicos y continuar y profundizar las investigaciones sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas, con fines médicos y científicos realizadas por institutos y universidades de acuerdo con las Convenciones de Naciones Unidas sobre Drogas y de acuerdo a la legislación de cada Estado.

Con este documento, la región de América del Sur logró marcar a nivel internacional una postura común que refleja la disconformidad de estos países frente al régimen tan estrictamente impuesto.

En síntesis, Aunque la UNGASS se caracterizó por muchas deficiencias y decepciones, representó, a pesar de todo, un momento decisivo para la reforma de las políticas de drogas a escala mundial (Jelsma, 2016). Es indudable que ha hecho avanzar el debate y con ello ha comenzado un giro en el rumbo de este régimen.

Después del encuentro UNGASS 2016, se abre una ventana de posibilidades para presionar por un cambio en el enfoque. Esto es, incluir como pilares los derechos humanos y la salud pública.

En síntesis, el marco normativo internacional sobre control de drogas, a través de los tres tratados internacionales que lo conforman, establece una serie de principios, normas, reglas y procedimientos dirigidos a la fiscalización del tráfico de sustancias reguladas y a evitar el tráfico ilícito de las mismas.

A través del análisis de este conjunto de normas se destacan dos objetivos generales, reflejados tanto en sus preámbulos como en su articulado. El primero de ellos es reducir la disponibilidad de sustancias estupefacientes y psicotrópicas para prevenir el abuso y la adicción, “reconociendo que la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y económico para la humanidad” (UN, 1961), por lo que los Estados signatarios están decididos a “prevenir y combatir el uso indebido de tales sustancias y el tráfico ilícito a que da lugar” (UN, 1971). En el marco de este objetivo se encuentran las medidas destinadas a luchar contra la producción, el suministro y el tráfico de sustancias controladas con fines ilícitos (Sánchez Avilés, 2014).

El segundo objetivo de las convenciones es asegurar la adecuada disponibilidad de las sustancias controladas para fines médicos y científicos, cuya utilización es indispensable para aliviar el dolor y el sufrimiento humanos por lo que “deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes (UN, 1961) y no debe “restringirse indebidamente su disponibilidad para tales fines” (UN, 1971). Por tanto, para los formuladores del régimen, la disponibilidad de medicamentos esenciales debía asegurarse a tiempo que controlaba la desviación de los mismos hacia canales ilícitos (Sánchez Avilés, 2014).

La implementación a nivel local de los imperativos plasmados en las convenciones internacionales dio lugar a una serie de inquietudes por parte de los Estados signatarios, expuestas principalmente en el marco de las Sesiones Especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas.

Estas reuniones sirvieron de escenario donde surgieron temas como la necesidad de reorientar los esfuerzos de interdicción, balancear las prioridades de la política y discutir temas

emergentes como la incoherencia de los tratados internacionales y la eficacia de enfoques alternativos como la reducción de daños, la despenalización del consumo e incluso la legalización de ciertas drogas (Sánchez, 2016).

En este sentido, en las tres reuniones llevadas a cabo hasta el momento, los países de América del Sur se caracterizaron por expresar su intención de buscar un enfoque más equilibrado al “problema” de las drogas. Principalmente en UNGASS 2016, la región se destacó por marcar a nivel internacional una postura común que refleja la disconformidad de estos países frente al régimen y su intención de implementar un nuevo enfoque orientado a la protección de los derechos humanos (Wilches, 2016).

CAPÍTULO III: EL STATUS LEGAL DEL CANNABIS DENTRO DEL RÉGIMEN INTERNACIONAL DE CONTROL DE DROGAS

III.1 La regulación del Cannabis en las tres convenciones internacionales sobre control de drogas

Como se mencionó en capítulos anteriores, el marco legal del Régimen Internacional de Control de Sustancias, más precisamente la Convención Única de 1961, ubica al cannabis, la resina de cannabis, y los extractos y las tinturas de cannabis dentro de las listas I y IV, reservadas a las sustancias más peligrosas. En el momento de la firma de esta Convención, se consideró que las propiedades de esta sustancia pueden dar lugar a dependencia y que presentan un grave riesgo de uso indebido. En base a este criterio, en 1961 se establecieron disposiciones dirigidas a la prohibición completa del cultivo, comercio y consumo de esta sustancia, a excepción de su uso para fines médicos y científicos, que se consideraba escaso (McAllister, 1991).

Varias décadas después, la prohibición del cannabis no ha resultado ser una estrategia eficaz para reducir el alcance del mercado ilícito (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016). El Informe Mundial sobre Drogas de Naciones Unidas presentado en 2018 arroja que, de los 275 millones de personas, de 15 a 64 años de edad, que han consumido drogas en al menos una ocasión en 2016 (5,6% de la población mundial), 13,8 millones de jóvenes, de 15 y 16 años de edad, consumieron cannabis (equivalente a una proporción del 5,6% de la población que ha consumido drogas). Con estos datos, el cannabis se convierte en una de las sustancias prohibidas más consumidas en el mundo. El número global de usuarios de marihuana sigue aumentando y parece haberse incrementado en aproximadamente un 16% en la década cumplida hasta 2016, considerando el aumento de la población mundial (UNODC, 2018)

No obstante, el estatus jurídico de esta sustancia no ha sido siempre el mismo. La planta del cannabis es conocida desde hace milenios, estableciéndose su origen en Asia central. Algunos autores datan su uso desde hace 6000 años (Merino, 2000) aunque no existe acuerdo en fechar su origen (Ramos y Fernández, 2000). Su utilización ha pasado desde el aprovechamiento de sus fibras para la confección de tejidos y cuerdas a la utilización como aditivo alimentario, haciendo uso de su aceite y los cañamones como nutriente. Asimismo, también ha sido empleada con el fin de sanar diversas enfermedades (Lorenzo y Leza, 2000)

y por sus propiedades psicoactivas con fines religiosos y/o lúdicos (García y Espada Sánchez, 2006).

Las propiedades medicinales del cannabis fueron conocidas y utilizadas en la China hace más de 4.000 años (Ramos y Fernández, 2000). Sus usos también fueron descubiertos por culturas como la persa, la hindú y la egipcia en los años 400 a.C (García y Espada Sánchez, 2006).

Documentos históricos señalan que el uso del cannabis también estuvo presente en la edad media, principalmente para fines medicinales y terapéuticos. Por ejemplo, en 1894 se publicó un informe de la Indian Hemp Drugs, comisión conformada por médicos ingleses e indios, donde se recoge que “se ha establecido claramente que el uso ocasional del cáñamo en dosis moderadas puede ser beneficioso y considerarse medicinal”, concluyendo que el uso moderado no es perjudicial, aunque sí el uso excesivo, siendo el uso moderado el habitual (Herer, 2003).

El primer registro de la regulación del cannabis dentro de la agenda internacional se encuentra en un Anexo de la Convención Internacional del Opio de 1912. En este documento, Italia garantizó que la preocupación por el consumo de “cáñamo índico” quedara plasmada y que se incluyera posteriormente en la Convención de Ginebra de 1925 (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

Después de la Primera Guerra Mundial, las iniciativas para seguir desarrollando el sistema de fiscalización internacional de estupefacientes bajo los auspicios de la Sociedad de las Naciones, provocaron que la sustancia se convirtiera en objeto de una creciente atención. Esta vez fue la delegación de Egipto la que se aseguró que el cannabis se clasificara como una sustancia tan adictiva y peligrosa como el opio. De esta forma quedó sometido a control internacional en la Convención de Ginebra de 1925, comenzando los estados signatarios a aprobar leyes nacionales orientadas a la prohibición de la planta (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

Finalmente, la sentencia final para el cannabis se dio en 1961 con la aprobación de la Convención Única sobre Estupefacientes a través de la cual fue internacionalmente prohibido mediante su inclusión, junto con la heroína, en la Lista I de dicho instrumento. Esta lista contempla la implementación de controles particularmente severos para aquellas sustancias consideradas “muy adictivas”, susceptibles de ser utilizadas “indebidamente” y/o como “precursores” de otros estupefacientes (Hallam, 2014). Como complemento a esta restricción,

el cannabis fue también añadido a la Lista IV de la mencionada Convención, reconociéndole de este modo un valor terapéutico limitado o inexistente (UN, 1961).

Autores como Alejandro Corda y Mariano Fusero (2016), basándose en datos de los informes de la UNODC, señalan que dicha regulación se implementó pese a que no existían -ni aún existen- registros de muertes por sobredosis de su consumo de cannabis y los riesgos para la salud pública son relativamente bajos, incluso comparadas con otras sustancias psicoactivas con un tratamiento jurídico menos riguroso, como el alcohol y el tabaco.

Cabe destacar que el Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el organismo al que los tratados de 1961 y 1971 encomiendan el examen médico y científico de las propuestas de clasificación de sustancias, no habían efectuado una revisión formal de la clasificación del cannabis en la Convención hasta 2019. En este sentido, el propio Comité señaló en 2014: “El cannabis y la resina de cannabis no se han sometido al examen científico del Comité de Expertos desde el examen efectuado por el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones en 1935” (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

Diez años después de la Convención Única de Estupefacientes, con la aprobación del Convenio de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas, la comunidad internacional decidió incluir el principal principio activo del cannabis, el delta-9-THC o dronabinol, dentro del régimen de control. Los compuestos psicoactivos del cannabis se identificaron después de que se concluyera la Convención de 1961. En 1963, Raphael Mechoulam y sus colaboradores científicos en la Universidad Hebrea de Jerusalén revelaron la estructura del cannabidiol (CBD). Al año siguiente habían aislado, establecido la estructura y sintetizado el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

Con esta información, el tratado creó una categorización en cuatro niveles, donde uno de los principales componentes psicoactivos del cannabis (THC) quedó inscrito en la Lista I y se tipificó como un “fármaco cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente grave para la salud pública y porque su valor terapéutico es muy limitado o nulo”. El dronabinol, una formulación farmacéutica del THC, se incluyó en la Lista IV, la más estricta, cuando se adoptó el Convenio de 1971, cuya severidad en las medidas de control se corresponde a la Lista IV de la Convención de 1961 (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Un análisis sistemático de las convenciones de 1961 y 1971 nos permite apreciar que, dentro del Régimen Internacional de control de Drogas se imponen distintas medidas de fiscalización en base a la diferenciación entre la planta y sus partes, trascendiendo las acepciones originales de “cannabis”, “planta cannabis” y “resina cannabis” para incluir también a su principal componente psicoactivo, el tetrahidrocannabinol (THC) (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Finalmente, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, terminó de cerrar el riguroso control sobre el cannabis al sugerir la tipificación como delito penal en el derecho interno de los Estados la producción, fabricación, oferta, distribución, venta, transporte, importación o exportación de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica, el cultivo de la planta de cannabis con el propósito de producir estupefacientes y la posesión o la adquisición de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica con objeto de realizar cualquiera de las actividades arriba mencionadas.

Con ello, el artículo 3 de la Convención 1988 establece con toda claridad la obligación de las partes a tipificar como delitos, en sus respectivos derechos internos, las distintas actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, desde su producción hasta su consumo (González Aréchiga, Pérez Esparza, Madrazo Lajous & Caballero Juárez, 2014).

Por último, en el artículo 14 de la citada Convención se establece que cada una de las partes adoptará medidas adecuadas para evitar el cultivo ilícito de las plantas de cannabis, así como para erradicarlas. En el citado artículo también se establece que las partes facilitarán el intercambio de información científica y técnica y la realización de investigaciones relativas a su erradicación (UN, 1988).

El consumo del cannabis y otras drogas se omitió conscientemente de los artículos que enumeran los actos relacionados con las drogas para los que se exigen medidas penales. Por lo tanto, no cabe ninguna duda de que las convenciones no obligan a imponer sanciones (penales o administrativas) sobre el consumo en sí. Los Comentarios de la Convención de 1988 con respecto a su artículo 3 son muy claros al respecto: “Como se observará, al igual que en los instrumentos de 1961 y 1971, el párrafo 2 no dispone que el consumo de la droga como tal se considere delito punible” (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

En lo que se refiere a la posesión, la normativa internacional es más restrictiva. El artículo 33 de la Convención Única de 1961 dispone que las Partes “solo permitirán la posesión de estupefacientes con autorización legal” (e incluso en esos casos únicamente con fines médicos y científicos) y el artículo 36, párrafo 1, obliga a las Partes a tipificar la posesión como delito punible, a reserva de lo dispuesto en sus respectivas Constituciones.

Según Boister (2001), la esencia de las disposiciones penales de la Convención de 1988 radica en la prohibición del tráfico ilícito de drogas y, por lo tanto, hay escasa duda interpretativa en que las Partes tienen la obligación de tipificar como delito la tenencia en ese contexto. Pero “no parece que el artículo 36 obligue a las Partes a criminalizar la tenencia de drogas para uso personal” (Boister, 2001). El acento de la Convención en la represión del tráfico puede ser visto como una afirmación de que los países no están obligados, en virtud del artículo 36 de la Convención de 1961, a tipificar como delito la simple posesión. Esta opinión se ve reforzada por la historia de la redacción del artículo 36, que originalmente se titulaba ‘Medidas contra los traficantes ilícitos’ (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

Con ello, a la prohibición original que reconoció sólo limitados usos médicos y científicos al cannabis le sucedió otra que clasificó sus principales componentes activos como psicotrópicos y desconoció, a su vez, su valor terapéutico. A este doble control se le sumó la tipificación de un buen número de conductas como delitos, lo que vino a limitar las posibilidades de que el marco convencional reconociera los usos medicinales de la planta y habilitara canales legales para su producción, suministro y consumo para fines médicos y terapéuticos.

La inclusión del cannabis y sus componentes en las listas más estrictas de las convenciones supuso una negación de su utilidad para fines terapéuticos y un intento por limitar su uso exclusivamente a investigaciones médicas, para lo que solo se necesitarían cantidades muy pequeñas (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

III. 2 Uso del cannabis para fines medicinales y científicos: La excepción al régimen de control de sustancias.

Si bien a lo largo de la historia se pueden apreciar numerosos ejemplos de culturas que destinaban el uso del cannabis para fines curativos, sus facultades médicas y terapéuticas estuvieron en tela de juicio durante muchos años por los organismos del Régimen Internacional de Control de Drogas.

Ya en los debates dirigidos a la elaboración de la Convención Única sobre Estupefacientes, uno de los puntos críticos era si el cannabis tenía algún uso médico justificable. En este sentido, el primer borrador de lo que sería la Convención de 1961, presentado en febrero de 1950 por la Secretaría de la Comisión de Estupefacientes (CND), incorporaba dos enfoques alternativos para la regulación de esta sustancia. La primera alternativa partía de la conjetura de que el cannabis no tenía ningún uso médico legítimo que no pudiera ser satisfecho por otras “sustancias menos peligrosas”, mientras que la segunda opción reconocía que el cannabis tenía ciertos fines médicos legítimos. Posteriormente, en 1952, el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Drogas Toxicomanígenas declaró que “los preparados de cannabis están prácticamente obsoletos y no existe justificación para el uso médico de preparados de cannabis” (Bewley-Taylor, Jelsma, Rolles, Walsh, 2016).

Autores como David Bewley-Taylor y Martin Jelsma (2016) sostienen que la información plasmada tanto en los documentos preparatorios a las convenciones como en los presentados por los organismos del Régimen, no se fundamentaba en ninguna prueba y estaba claramente influenciada por la postura ideológica de ciertas personas que ostentaban cargos de poder y que protegían los intereses de determinados países.

Luego de numerosos debates acerca de las facultades del cannabis, el texto final de la Convención Única considero a esta sustancia como una de las más peligrosas, adictivas, que provocan graves efectos negativos y, por ende, sujeta a todas las medidas de control previstas por la Convención (Bewley-Taylor, 2012). Junto con esta disposición, la Convención ordena a los países a tomar todas las medidas necesarias para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica.

David Bewley-Taylor y Martin Jelsma (2011) sostienen que el rígido control al que se somete a estas sustancias sugiere incluso que las Partes deberían plantearse también prohibirlo con

finés médicos y solo autorizar pequeñas cantidades para investigaciones médicas. La inclusión del cannabis y sus componentes activos en las listas más estrictas de los tratados de 1961 y 1971, reservadas para las sustancias con “propiedades particularmente peligrosas” que no “están compensadas por ventajas terapéuticas apreciables” ha creado obstáculos para las disposiciones jurídicas que contemplan el uso medicinal del cannabis.

Posterior a la aprobación de la primera Convención de fiscalización, en 1969, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia "reafirmaba enérgicamente las opiniones expresadas en anteriores informes, validando que el 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” y que “no existe actualmente ninguna necesidad de utilizar el cannabis como medicamento”.

Es importante destacar que la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en 2006 reconoció que “gran parte del material que había sobre el cannabis en la actualidad se considera erróneo” y señaló que “reconocidos profesionales abogan por el uso médico de los componentes activos o de la planta misma” (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Las escasas propiedades que se le reconocían al cannabis llevaron a que, durante años, la posibilidad de la regulación del uso del cannabis para fines medicinales sea prácticamente nula. No obstante, la postura plasmada en las Convenciones y reproducida a través de distintos organismos, fue perdiendo validez a lo largo de los años con la aparición de numerosos estudios que pusieron en evidencia las facultades tanto médicas como terapéuticas del cannabis.

Un recuento de la evidencia científica disponible avala el potencial terapéutico del cannabis en enfermedades como esclerosis múltiple y epilepsia (Gloss y Vickrey, 2014), con evidencia preliminar de los efectos benéficos del cannabis sobre Alzheimer (Volicer, Stelly, Morris, McLaughlin y Volicer, 1997), Corea de Huntington (Fernández Ruiz, Lastres-Becker, Cabranes, Gonzalez y Ramos, 2002), enfermedades y síntomas del aparato digestivo y del estado nutricional (Whiting, 2015) y los asociados con HIV/sida (Belendiuk, Baldini y Bonn-Miller, 2015), entre muchos otros. Estos estudios explican que, debido a que sus flores concentran cientos de diferentes compuestos químicos, puestos en contacto con el sistema endocannabinoide presente en el cuerpo humano, producen reacciones placenteras, sensaciones de alivio e incluso mejoras en la salud de pacientes con padecimientos específicos. De los más de 100 compuestos exclusivos de la planta, conocidos como

cannabinoides, los más conocidos estudiados y utilizados son el THC y el Cannabidiol (CBD), sin embargo, cada día se descubren nuevas propiedades de otros cannabinoides como los terpenos y los avonoides, que han demostrado también tener propiedades terapéuticas (Sánchez, 2015).

Es importante mencionar que estos hallazgos se han realizado aún a contracorriente de la política restrictiva de control. Los especialistas dedicados a la investigación de las propiedades del cannabis, tienen que sortear todo tipo de obstáculos como ser la necesidad de utilizar plantas posiblemente contaminadas para la investigación, pues muchas son derivadas del mercado ilícito de drogas, la persecución o las sanciones legales de investigadores por encontrarse en posesión o transportar la sustancia, la burocracia asociada con la realización de ensayos clínicos con cannabis medicinal y la falta de recursos financieros asignados a la investigación sobre el cannabis medicinal, entre otros (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Otro problema común al que se enfrenta la aceptación del cannabis como sustancia con valores terapéuticos es que a ésta se le exige evidencia absoluta e irrefutable acerca de los efectos positivos que puede tener como medicamento, cosa que no pasa necesariamente con la aprobación y prescripción de otros medicamentos (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Toda la evidencia científica desarrollada llevó a que después de varias décadas, la OMS reconociera las propiedades de esta sustancia y su errónea clasificación. En tal sentido, en una declaración histórica en enero de 2019, el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia anunció su recomendación a los gobiernos de eliminar el cannabis y la resina de cannabis de la Lista IV de la Convención Única sobre Estupefacientes (OMS, 2019). A partir de la revisión de la clasificación del cannabis y sus derivados, en la 41^o reunión realizada por el mencionado Comité se reconoció que esta sustancia y sus derivados exigen un control menos estricto. Además, la OMS formuló recomendaciones para reprogramar el dronabinol y otros isómeros de THC del Convenio de 1971 sobre sustancias psicotrópicas a la Lista I del Convenio de 1971 (OMS, 2019).

Esta novedad representa un gran avance en el uso médico del cannabis en todo el mundo, ya que ningún gobierno podría ahora referirse a los controles impuestos por los tratados internacionales como una razón para prohibir el uso médico del cannabis (ICCI, 2019). Por

primera vez desde que el Cannabis fue incluido en la Convención Única de 1961, su estatus dentro del listado se está cuestionando en el marco del Derecho Internacional.

De conformidad con las disposiciones de la Convención Única, esta recomendación deberá someterse a votación durante el 62º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes que se reunirá en Viena, Austria, en marzo de 2019. Cincuenta y tres Estados son miembros de esta Comisión y una sola mayoría de los miembros presentes y votantes deben aprobar la recomendación de la OMS (ICCI, 2019).

Es importante destacar que con esta nueva recomendación, a través del reconocimiento de las aplicaciones medicinales del Cannabis y los cannabinoides, la OMS revoca la posición emitida en 1954 la cual “debían hacerse esfuerzos hacia la abolición del cannabis de toda práctica médica legítima” (Brewley – Taylor, Jelsma, 2014).

Es importante destacar que la OMS también se expidió anteriormente en este sentido. En 1989, el 26º Comité de Expertos de la OMS recomendó trasladar el dronabinol a la Lista II del Convenio de 1971. Frente a la negativa de este cambio, en 1990 el 27º Comité de Expertos de la OMS vuelve a recomendar que se reclasifique y se traslade a la Lista II, añadiendo pruebas de su utilidad terapéutica y el escaso riesgo de uso indebido. En 1991, la CND adoptó la recomendación y el dronabinol se trasladó a la Lista II. Nuevos estudios científicos llevan al Comité de Expertos de la OMS a recomendar, en su 33º reunión en 2002, el traslado de dicho compuesto a la Lista IV, la menos estricta. La recomendación de la OMS se mantuvo deliberadamente apartada de la CND mediante la injerencia política en el procedimiento por parte de la UNODC, bajo presión de los Estados Unidos. En 2006, la 34ª reunión del Comité de Expertos de la OMS “actualizó” su revisión anterior y recomendó trasladarlo a la Lista III. Años después, a pedido de la CND, el 35º Comité de Expertos se reunió y decidió que no existen suficientes nuevas pruebas que ameriten otra revisión de la ubicación de la sustancia en las listas. Posteriormente, en 2013, la OMS comunica a la CND que, dada la falta de nuevas pruebas relevantes, su recomendación de trasladar el dronabinol a la Lista III sigue siendo válida (Bewley-Taylor, Blickman, Jelsma, 2014).

Finalmente, en 2017 el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia concluyó que, en estado puro, el cannabidiol no parece ser nocivo ni tener riesgo de abuso, no obstante, no llegó recomendar su uso para fines medicinales.

Frente a la última recomendación realizada por la OMS en 2019, Ethan Russo, neurólogo y Director de Investigación y Desarrollo del Cannabis Internacional expresó en una entrevista

pública que “es gratificante que la Organización Mundial de la Salud haya reconocido el hecho científico de que el cannabis y sus derivados tienen propiedades terapéuticas demostrables y pueden ser la base para medicamentos seguros y eficaces. Ahora corresponde a los gobiernos eliminar las barreras a la investigación sobre el cannabis y permitir su libre comercio a través de las fronteras estatales e internacionales" (ICCI, 2019).

Como ya se mencionó, el reconocimiento de las propiedades de la sustancia abre la puerta a la posibilidad de su regulación para su uso con fines médicos y/o terapéuticos. En este sentido, es importante volver a mencionar que el artículo 4 de la Convención Única de 1961, titulado ‘Obligaciones generales’ establece que “las Partes adoptarán todas las medidas legislativas y administrativas (...) para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos”. A partir de este artículo, los gobiernos de los países que han pasado a ser parte en los tratados de fiscalización internacional de drogas han aceptado la obligación de incorporar las disposiciones que garanticen el acceso de las sustancias controladas para fines medicinales o científicos en su legislación nacional y aplicarlas (JIFE, 2015).

De este modo, en los tratados se estableció un régimen de fiscalización concebido para alcanzar un doble propósito, por un lado, garantizar que las sustancias indispensables estén disponibles para fines médicos y científicos y por otro, controlar y evitar su tráfico ilícito (JIFE, 2015).

Ahora bien, es importante destacar que, para la regulación del uso del cannabis para fines medicinales y científicos, los Estados deben atenerse a lo establecido por los artículos 23 y 28 de la Convención. Estos artículos contemplan que los Estados Parte que permitan el cultivo del Cannabis deberán crear uno o más organismos oficiales, los que se encargarán de indicar las parcelas de terreno donde se permita el cultivo y solo a aquellos que tienen licencia. Luego, los cultivos se entregan al Organismo para que este compre las cosechas y tendrá el derecho exclusivo de importar, exportar, dedicarse al comercio, entre otros. Es importante mencionar que este derecho exclusivo otorgado al organismo oficial no es de obligatorio cumplimiento cuando se trata de Cannabis y preparados para fines medicinales. Asimismo, al ratificar esta Convención, los Estados parte se obligan a reportar la cantidad total de cada estupefaciente fabricado o importado. Por tal motivo, el artículo 29 de la Convención

establece que las partes deberán revisar las licencias de aquellos que están facultados a la producción de estupefacientes y controlar los requisitos para la fabricación.

Por su parte, el artículo 7 del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 establece la necesidad de prohibir todo uso de estupefacientes, excepto con fines científicos y médicos que estén debidamente autorizados por la normativa local. A su vez, se exigirá que la fabricación, el comercio, la distribución y la posesión de estupefacientes para fines científicos y médicos estén sometidos a un régimen especial de licencias o autorizaciones previas, limitando también la cantidad suministrada a los pacientes para cumplir con dicha finalidad. Adicionalmente, el artículo 11 de este Convenio establece que los fabricantes y todas las demás personas autorizadas en virtud del artículo 7, deberán llevar un registro de los estupefacientes elaborados y entregados con fines medicinales, de acuerdo con lo regulado por cada Estado parte.

Frente a la posibilidad de regular el uso del cannabis para fines medicinales, la JIFE se ha expresado en numerosas ocasiones a fin de establecer los límites de dicha regulación que se remiten a los postulados de las convenciones.

En su Informe de 2003, la JIFE recuerda que las convenciones dejan la definición del término “fines médicos y científicos” a la discreción de las Partes, sin embargo, al mismo tiempo, encomienda a los Gobiernos la responsabilidad de que “no permitan que se utilice con fines médicos hasta que se disponga de resultados concluyentes que determinen su utilidad terapéutica” (JIFE, 2003)

Posteriormente, en 2008, el Informe de la JIFE considera que ciertos programas de marihuana medicinal contravienen el artículo 28 de la Convención Única, que establece “los requisitos especiales que ha de cumplir un gobierno para permitir el cultivo lícito de la planta de cannabis, entre ellos el establecimiento de un organismo oficial al que todos los cultivadores han de entregar la totalidad de sus cosechas”. La JIFE afirma que el cultivo y la distribución de cannabis con fines médicos solo se permite bajo un estricto control gubernamental y exige el funcionamiento de un organismo oficial con “el derecho exclusivo de importar, exportar, dedicarse al comercio al por mayor y mantener las existencias (...). Así también, sólo podrán dedicarse a dicho cultivo los cultivadores que posean una licencia expedida por el Organismo” (JIFE, 2009)

La JIFE continúa señalando que la Convención también dispone que, allí donde operen programas de marihuana medicinal, uno o varios organismos gubernamentales deben conceder todas las licencias y “tomar posesión material” de todas las cosechas (JIFE, 2009).

En junio de 2017, la JIFE publicó una “alerta” sobre el uso terapéutico del cannabis en la cual nota que un número creciente de gobiernos autoriza el uso medicinal de cannabis, concluyendo que la práctica es permitida en la Convención de 1961, bajo varias condiciones. Esas incluyen, la necesidad por los gobiernos de producir estimaciones de consumo anticipado, las cuales deben ser enviadas a la JIFE con detalles sobre la cantidad de personas usando la sustancia para fines terapéuticos. A su vez, si se planea cultivar cannabis por fines medicinales, el gobierno tiene la obligación de enviar detalles a la JIFE sobre el área geográfica en la cual se hará el cultivo. El proceso debe ser supervisado por una agencia nacional de cannabis (Hallam, 2017).

Con todo esto, no cabe duda de que las convenciones permiten en principio el uso médico de sustancias fiscalizadas, incluido el cannabis, y buscan garantizar una disponibilidad suficiente de drogas controladas para fines lícitos. En rigor, desde la entrada en vigor de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, esos principios se han reiterado en una serie de resoluciones aprobadas por la Comisión de Estupefacientes y posteriormente por el Consejo Económico y Social. Más recientemente, la Comisión aprobó las resoluciones 53/4 y 54/613, con miras a promover una disponibilidad adecuada para fines médicos y científicos de sustancias sometidas a fiscalización internacional, evitando al mismo tiempo su desviación y abuso. En su resolución 53/4, la Comisión decidió, entre otras cosas, dedicar un tema específico del programa a esa cuestión, para examinar los impedimentos a la disponibilidad adecuada de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y las iniciativas destinadas a impedir su desviación y su uso indebido (JIFE, 2016)

La importancia de hacer que las sustancias sometidas a fiscalización internacional estén disponibles para fines médicos y científicos ha sido mencionada en reiteradas ocasiones por la JIFE. Como órgano responsable de vigilar el cumplimiento por los gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas y de ofrecerles apoyo a ese respecto, la Junta ha planteado la cuestión de la disponibilidad en diversas ocasiones a lo largo de su historia dedicando informes especiales a ese tema en 1989, 1995, 2010 y 2016.

En el último informe publicado, titulado “Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos

y científicos”, la JIFE reconoce que miles de millones de personas de todo el mundo tienen acceso limitado, cuando no inexistente, a medicamentos que contienen estupefacientes. Este desequilibrio en la disponibilidad de analgésicos afecta de manera desproporcionada a los países de ingresos bajos y medianos y frente a ello, exhorta a los Estados a colmar lo que he denominado “la brecha mundial del dolor” (JIFE, 2016).

En dicho informe se señala que “varios decenios atrás la comunidad internacional asumió un compromiso de adoptar medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de drogas que se consideraban indispensables para fines médicos y científicos y para no restringir indebidamente su suministro”. Asimismo, se reconoce que “en los últimos decenios esa promesa no se ha cumplido plenamente. Todavía hay demasiadas personas que sufren o que mueren con dolor, o que no tienen acceso a la medicación que necesitan” (JIFE, 2016).

La junta indica que, “hacer frente a las discrepancias entre las necesidades de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para fines médicos y científicos y su disponibilidad, es una de las obligaciones de los gobiernos en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas. Si bien es cierto que en 1961 la comunidad internacional se comprometió a adoptar medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para el alivio del dolor y el sufrimiento, también lo es que las partes en la Convención de 1961 reconocieron también el problema de la adicción a los estupefacientes. Ambos principios se enunciaron en el preámbulo de la Convención Única. Esa responsabilidad doble es el centro del debate actual entre los Estados Miembros acerca de los logros y las perspectivas futuras del sistema internacional de fiscalización de drogas. Esos dos principios fundamentales se establecieron en la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972. Posteriormente se reconoció que también las sustancias psicotrópicas eran indispensables para fines médicos y científicos” (JIFE, 2016).

La disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional también se menciona en la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas de 2009 (ECOSOC, 2009) y en la Declaración Ministerial Conjunta del Examen de Alto Nivel de 2014 por la Comisión de Estupefacientes de la Aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas; entre otros documentos (UNODC, 2014).

A modo de repasar lo desarrollado anteriormente, el marco legal de Régimen Internacional de Control de Drogas cataloga al cannabis, la resina de cannabis, los extractos y tintura de cannabis como sustancias peligrosas y con escaso valor medicinal. Asimismo, califica al delta-9-THC o dronabinol, como un “fármaco cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente grave para la salud pública y porque su valor terapéutico es muy limitado o nulo”. (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

En adición a esta calificación, el artículo 4° de la Convención Única sobre Estupefacientes obliga a los Estados signatarios a tomar todas las medidas legislativas y administrativas (...) para limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos”.

En este sentido, a pesar de que durante varios años se negó las propiedades medicinales del cannabis, un recuento de la evidencia científica disponible avala el potencial terapéutico de la sustancia en un sinnúmero de enfermedades. Esta evidencia científica llevó a que la OMS reconociera las propiedades de esta sustancia.

Una vez reconocido el potencial de planta, se abre la puerta a la posibilidad de su regulación para fines médicos y/o terapéuticos. Con todo esto, no cabe duda de que las convenciones permiten en principio el uso médico de sustancias fiscalizadas, incluido el cannabis, y buscan garantizar una disponibilidad suficiente de drogas controladas para fines lícitos.

En rigor, desde la entrada en vigencia de los tres tratados modernos de fiscalización internacional de drogas, hacer frente a las discrepancias entre las necesidades de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para fines médicos, científicos y su disponibilidad, ha sido una de las obligaciones de los gobiernos en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas.

De este modo, puede decirse que la obligación de adoptar medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para fines médicos y científicos, plasmada en el marco legal internacional de control de sustancias, aplica en su totalidad al caso del cannabis y sus derivados.

CAPÍTULO IV: AMÉRICA DEL SUR Y EL ACCESO AL CANNABIS PARA FINES MEDICINALES

A través de su adhesión a los tratados internacionales de fiscalización de drogas, los Estados signatarios se comprometen desarrollar a nivel interno las disposiciones necesarias para cumplir con las obligaciones derivadas de los mismos. En este sentido, como se mencionó en el capítulo anterior, los Estados que conforman el Régimen Internacional de Control de Drogas se responsabilizan a cumplir con dos objetivos principales: el control de las sustancias fiscalizadas para evitar su tráfico ilícito y la incorporación en la legislación nacional de disposiciones que garanticen el acceso a las sustancias controladas para fines medicinales y científicos. Frente a esta situación, los países tienen la potestad de implementar, teniendo en cuenta las necesidades y realidades locales, distintas medidas, tanto administrativas como legislativas, a fin de cumplir con dichas obligaciones.

Antes de proceder al análisis de la normativa de los países de América del Sur en el marco del Régimen Internacional de Control de Drogas, cabe hacer algunas apreciaciones sobre las características de la región frente a la elaboración y tráfico de sustancias controladas.

América del Sur es una de las regiones de principal producción de sustancias sujetas a fiscalización (Caiuby Labate y Rodrigues, 2015). Esta concentra la totalidad de producción global de hoja de coca, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína del mundo. Posee además una producción de marihuana que se extiende hacia distintos países y zonas, destinada tanto al consumo interno como a la exportación y crecientemente, produce amapola y elabora opio y heroína (CEPAL, 2000). En este sentido, el Informe Mundial sobre Drogas de 2018 señala que la mayor parte de la cocaína del mundo procede de Colombia, donde en 2016 se incrementó su fabricación a unas 866 toneladas, lo que supuso un aumento de más de un tercio con respecto a 2015. Este informe también señala que Colombia concentra el mayor número de hectáreas ilegales de hojas de coca, conformando el 68% del cultivo mundial. Detrás están Perú, con un 21% de los cultivos, y Bolivia con un 10% del total global. Asimismo, a nivel mundial, el 23% del cannabis incautado se realizó en América del Sur (UNODC, 2018).

Ahora bien, la totalidad de los países de América del Sur han adherido a los tratados internacionales de control de sustancias y, a través de la sanción de distintas leyes, han incorporado a dichas convenciones como parte del plexo normativo nacional. En consonancia

con la evolución del Régimen Internacional de Control de Drogas y de los tratados internacionales que lo conforman, los países de la región fueron implementando una serie de leyes dirigidas principalmente a evitar el tráfico ilícito de sustancias controladas.

En este sentido, a partir de la década de los setenta, correspondiente al periodo de asimilación de las normas del Régimen Internacional de Control de Drogas, los países de América del Sur establecieron las primeras sanciones penales frente a conductas relacionadas con drogas (Chaparro Hernández y Pérez Correa, 2017). Este tipo de medidas se caracterizaron por una criminalización expansiva, lo cual ha implicado un aumento tanto del número de artículos en los códigos penales que sancionan estas conductas, así como del monto y los límites mínimos y máximos de las penas para sancionarlos (Uprimny, Guzmán y Parra, 2012). En gran parte de los países esta criminalización ha tendido a ser indiferenciada, ya que suele imponer penas severas similares a comportamientos de gravedad muy disímil, sin hacer las distinciones necesarias entre las diversas poblaciones afectadas y la gravedad de las distintas conductas (Cicad-OEA, 2015). Esto ha llevado a la imposición de penas desproporcionadas, pues en algunos países el tráfico de drogas ha llegado a ser sancionado con penas más altas que las del homicidio o la violación sexual (Uprimny, Guzmán y Parra, 2012).

Dos décadas después, en los años noventa, bajo el impulso del discurso de la seguridad nacional y como forma de combatir el crimen organizado o la amenaza contrainsurgente, se dio lugar a un periodo de “reforzamiento punitivo” de las leyes de drogas en la región (Chaparro Hernández y Pérez Correa, 2017). Como consecuencia de ello, las normas estuvieron enfocadas en la prohibición, la militarización y la obstaculización de los flujos de tránsito de sustancias controladas, así como la criminalización de los productores y consumidores, la erradicación de cultivos y elevadas tasas de encarcelamiento (IDPC, 2016).

De este modo, la creciente y gigantesca producción de sustancias en América del Sur llevó a que la lucha contra el narcotráfico se convierta en el centro de las agendas políticas de los países que conforman la región. Como puede observarse, una de las herramientas básicas utilizadas fue la implementación de leyes y formulación de planes nacionales dirigidos principalmente al control de la producción y el tráfico de drogas (CEPAL, 2000)

En este sentido, la mayoría de las políticas públicas adoptadas relacionadas con el consumo de drogas parten de un enfoque represivo que no distingue entre los diferentes tipos de usos ni entre las sustancias o usuarios. Es así que en casi todos los países de la región la posesión de sustancias sujetas a fiscalización está tipificada por la ley penal y en el mejor de los casos

algunas legislaciones establecen umbrales por debajo de los cuales esta conducta no debería considerarse delito. Además, el desconocimiento de las prácticas de los usuarios produce que en ocasiones sus conductas sean interpretadas como delitos de tráfico. Es paradójico que el tipo de medidas implementadas en la región den lugar a que las conductas tendientes a evitar o disminuir el contacto con los mercados ilícitos (como el auto-cultivo o el cultivo solidario) pongan en mayor riesgo, incluso de terminar en prisión, a las personas usuarias (Corda y Fusero, 2016).

La aplicación de este tipo de medidas no tan solo no ha logrado reducir la cantidad de sustancias para el mercado ilícito que se producen en la región, sino que ha generado una serie de consecuencias perjudiciales como ser, el incremento de la pobreza, la inseguridad alimentaria, el desplazamiento forzado, violaciones de derechos humanos, violencia, inestabilidad política y daños medioambientales. Como consecuencia de esto, la violencia y el crimen organizado asociados al tráfico de drogas ilícitas han pasado a ser uno de los problemas más graves de Sudamérica (IDPC, 2016).

Como resultado de todo lo mencionado anteriormente, el marco legal restrictivo de América del Sur en materia de drogas ha dado lugar a un desfase entre los objetivos plasmados en las convenciones internacionales sobre control de drogas, principalmente la protección de la salud de la población.

En este contexto, en las últimas décadas los países de América del Sur han buscado nuevas alternativas dirigidas principalmente a la protección de los derechos humanos de la población que habita en su territorio. Estos últimos años han sido testigo de la inauguración de una serie de procesos políticos, legislativos y administrativos orientados a dejar de lado el enfoque restrictivo vigente. Entre estas medidas se destaca las leyes y medidas administrativas promulgadas a lo largo de la región dirigidos a regular el uso del cannabis para fines médicos y terapéuticos (Calzada, 2015).

A fin de analizar este cambio en el enfoque sudamericano en materia de drogas, a continuación se hará una revisión de las normas vigentes en la región referidas al uso medicinal del cannabis y las características del plexo normativo sobre control de drogas.

IV. 1 Legislación en materia de drogas y acceso al cannabis para fines medicinales en América del Sur

IV.1.1 REPÚBLICA ARGENTINA

La ley 23.737, de Estupeficientes, vigente en la actualidad en la República Argentina fue sancionada el 21 de septiembre de 1989 con el objetivo de legislar sobre todas las actividades relacionadas con la cadena de producción y comercialización de sustancias controladas, es decir, la siembra, cultivo, almacenamiento, producción, fabricación y comercialización de estupeficientes, entre otros (Conrad, Canabal, Ascolani y Bertone, 2014).

Esta ley no sanciona el consumo de sustancias controladas, no obstante, sanciona conductas directamente relacionadas, como la tenencia y el cultivo sin autorización. La norma aplica un atenuante en los casos en que estas dos últimas conductas estén dirigidas al consumo personal (Sánchez Antelo, 2012).

La ley de drogas argentina no establece un régimen de cantidades o umbrales, lo que conlleva a que la determinación de si una conducta recae o no dentro de los delitos de tráfico queda librada a la absoluta discreción de los operadores judiciales (Corda, 2016).

Esta indeterminación llevó a que la principal respuesta esté dirigida a la imposición de penas altas sin discernir entre los distintos tipos de conductas, dando como resultado la criminalización de usuarios con múltiples consecuencias, tanto vinculadas a los procesos penales abiertos, como a las dificultades que ello generó en términos de inclusión social (De Vito, 2017).

En este contexto y en el seno de un plexo normativo restrictivo y punitivo, en 2017 se sancionó por primera vez en la historia de este país una ley de acceso al cannabis para uso medicinal.

Como antecedente a la sanción de una norma de estas características, en 2014, desde el Poder Ejecutivo Nacional, a través la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), se autorizó la importación de aceite cannábico y de compuestos a base de CBD y THC, en determinados casos y bajo un régimen de excepción (Corda y Fusero, 2016).

Este régimen de excepción dio lugar a que, tres años más tarde, el 29 de marzo de 2017, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación sancionaran la Ley 27.350 de “Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de Cannabis y sus derivados”.

El objetivo de esta ley es establecer un marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo de la planta de cannabis y sus derivados. En este sentido, la Ley crea el “Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la Planta de Cannabis, sus Derivados y Tratamientos no Convencionales”, bajo la órbita del Ministerio de Salud. La implementación de este Programa busca alcanzar dos objetivos: por un lado, garantizar el acceso gratuito al aceite de cáñamo y demás derivados del cannabis a toda persona que se incorpore al mismo y, por otro lado, desarrollar evidencia científica sobre diferentes alternativas terapéuticas a problemas de salud que no abordan los tratamientos médicos convencionales (Ley 27.350, 2017).

Para lograr estos objetivos, el Ministerio de Salud, debe garantizar el aprovisionamiento de los insumos necesarios para llevar a cabo los estudios científicos y médicos en el marco este Programa. Dicho aprovisionamiento se puede dar a través de la importación o de la producción de la sustancia por parte del Estado Nacional. En este último caso se llevará a cabo a través del cultivo en lugares establecidos previamente. Asimismo, la ley ordena priorizar y fomentar la producción a través de los laboratorios públicos nucleados en la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP). La provisión será gratuita para quienes se encuentren incorporados al Programa (Ley 23.750, 2017). La ley establece un marco regulatorio estricto que no contempla el autocultivo y el cultivo solidario e impulsa la producción pública del cannabis por parte de los organismos estatales correspondientes.

La ley crea un Registro Nacional de Pacientes en Tratamiento con Cannabis (RECANN), a los fines de autorizar la inscripción de los pacientes y sus familiares que, presentando las afecciones incluidas en la reglamentación y/o prescriptas por médicos de hospitales públicos, sean usuarios de aceite de cáñamo y otros derivados de la planta de cannabis (Ley 27.350, 2017).

En síntesis, la ley argentina garantiza el acceso al cannabis para fines medicinales a través de un mecanismo acotado como un programa en el que la provisión y distribución de la sustancia quedan a cargo del Estado Nacional.

En una entrevista realizada en el marco de este trabajo de investigación, la subsecretaría de Abordaje Integral de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, Lic. Lidia Saya, señala que a casi dos años de vigencia de esta ley ya son más de 100 pacientes que encuentran participando del Programa creado a fin de garantizar el acceso al cannabis para fines medicinales. Con ello paulatinamente el Estado Argentino busca garantizar el bienestar y la salud de estas personas y, de modo paralelo, realiza diversos estudios que permiten obtener evidencia científica a cerca de los efectos del cannabis en determinadas enfermedades. En este sentido señala que, si bien se trata de una ley que propone una regulación muy estricta para el acceso al cannabis, su sanción ha sido de gran importancia para el sistema de salud pública de la Argentina (L. Saya, Entrevista personal, 15-11-2018).

IV.1.2 ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

La Ley 1008, “Régimen de la Coca y Sustancias Controladas”, es una de las leyes más restrictivas de la región en materia de control de sustancias fiscalizadas ya que fue el pilar fundamental para el diseño de estrategias de lucha contra el narcotráfico dirigidas a la erradicación de sustancias ilícitas, el desarrollo alternativo, la interdicción y, marginalmente, la prevención del consumo de sustancias (TNI, 2014).

Esta ley sanciona todas las conductas relacionadas con la cadena de producción de sustancias controladas, sin hacer distinciones entre “narcomenudistas” y “narcotraficantes”, es decir, sin distinguir entre el comercio de drogas ilícitas a pequeña escala y a gran escala. Esto deja a la discrecionalidad del operador judicial la aplicación de penas que van desde 1 año de prisión para productores de plantas controladas hasta 25 años prisión por tráfico ilegal de sustancias (TNI, 2014).

En cuanto a la tenencia para consumo personal, si bien la ley no pena esta conducta con prisión, establece medidas curativas compulsivas, sin discernir entre consumo problemático o no problemático de sustancias (Ley 1008, 1988). En este sentido, la norma establece una vaga distinción entre “traficante” y “consumidor”. Es así que el carácter de “consumidor no habitual” se define por dictamen del Instituto de Farmacodependencia, otorgándole un carácter residual a la calidad de traficante. En este sentido, existe un límite muy fino entre la conducta de consumidor y la de traficante, lo que da lugar a dos opciones: ingreso compulsivo a un centro de rehabilitación, o 10 a 25 años de prisión (Ley 1008, 1988).

De esta manera, la legislación boliviana sobre drogas no hace distinciones entre niveles de tráfico de sustancias controladas y sin tener un marco de referencia o umbrales para discernir entre un consumidor, un microtraficante o un narcotraficante a gran escala.

En cuanto al uso de cannabis para fines medicinales, Bolivia es uno de los últimos países latinoamericanos que ha modificado su legislación sobre drogas para permitir el cannabis medicinal. Acordado en el marco de una legislación más amplia sobre drogas, Ley 913 adoptada el 16 de marzo de 2017, las personas y las empresas deben registrarse y solicitar una autorización previa al Ministerio de Salud para la importación, exportación, comercialización o producción de cannabis medicinal. Asimismo, el Ministerio de Salud también puede otorgar autorizaciones excepcionales y limitadas para la investigación sobre el cannabis medicinal (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018)

IV.1.3 REPÚBLICA FEDERATIVA DE BRASIL

Hasta fines del siglo XIX, el control de sustancias no revestía de gran importancia en Brasil (Fiore, 2007). Fue a partir de la década de 1930 que se comenzaron a implementar una serie de medidas dirigidas a la penalización de la venta de sustancias prohibidas y la criminalización de una serie de actividades relacionadas al consumo y producción ilícito (Pérez Correa y Youngers, 2015).

La ley N° 11.343 sancionada en 2006, es la Ley vigente que establece normas para la represión de la producción no autorizada y el tráfico ilícito de drogas, entre otras cuestiones (Ley 11.343, 2006).

Esta norma señala que las conductas de “adquirir, guardar, tener en depósito, transportar o traer consigo para consumo personal” no se penarán con prisión, sin embargo, serán susceptibles de sanciones de advertencia, servicios comunitarios y asistencia a programas educativos. En la misma situación se encuentran quienes siembren cultiven o cosechen plantas para consumo personal (Corda y Fusero, 2016). La despenalización del consumo y el rechazo de penas privativas de la libertad para el consumidor, incluso en los casos de reincidencia, previendo medidas alternativas como pena es una de las grandes características de esta norma. La equiparación del cultivo para consumo personal al consumo personal es también algo destacable (TNI, 2013).

No obstante estos progresos en la legislación, los delitos de drogas en Brasil son clasificados como “hediondos”, lo que implica un sin número de encarcelamientos independientemente de si se trata de delitos menores o mayores (Corda y Fusero, 2016).

Un gran problema en la legislación brasileña es la vaga diferenciación entre consumidores – sujetos sólo a medidas alternativas – y traficantes – que se enfrentan a altas penas de prisión-. La ley indica que esta diferenciación se debe determinar teniendo en cuenta la cantidad, la naturaleza (o calidad) de la droga y otros elementos, tales como el lugar y demás circunstancias objetivas, además de subjetivas, como la existencia de antecedentes, circunstancias sociales y personales. Estos vagos criterios son tan difíciles de aplicar que, en la práctica, la distinción depende de discrecionalidad de la autoridad en cada caso concreto (Boiteux de Figueiredo Rodrigues, 2010).

En cuanto a la regulación del acceso al cannabis y sus derivados para fines medicinales, la legislación brasileña resulta ser acotada, permitiendo únicamente la importación de remedios en base a determinados derivados de Cannabis, dejando de lado la producción local y el autocultivo (Figueiredo Rodrigues, 2010).

En enero de 2015, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria de Brasil (ANVISA) sacó al CBD de la lista nacional de sustancias prohibidas para pasarla a la lista de sustancias controladas. En base a eso, meses después se dictó la Resolución N°17 del 6 de mayo de 2015 que establece los criterios y procedimientos para la importación bajo autorización y en carácter excepcional de productos a base de CBD por personas físicas para uso propio mediante prescripción de profesional de la salud legalmente habilitado. La norma acepta también la presencia de otros cannabinoides, como el tetrahidrocannabinol (THC), pero en menor medida (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Esta resolución señala que la adquisición del producto se puede realizar a través de la entidad hospitalaria, entidad gubernamental ligada al área de la salud, operadora del plan de salud o una entidad civil legalmente constituida representativa de pacientes. Asimismo, exige como requisito el registro previo, tanto de médicos como de pacientes, en la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria a fin de monitorear la utilización del producto para evaluar su seguridad y posibles efectos colaterales (Boiteux Figueiredo Rodrigues, 2010).

En 2017, ANVISA amplió la variedad de medicamentos compuestos por derivados del cannabis al aprobar el tratamiento de la esclerosis múltiple con un aerosol oral derivado de la marihuana y fabricado en Gran Bretaña (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

Es importante mencionar que la Junta Médica Federal de Brasil permite la prescripción médica por parte de los médicos de la marihuana en su forma vegetal, únicamente bajo circunstancias excepcionales. Para realizar este procedimiento es necesario cumplir con una serie de requisitos establecidos por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018).

IV.1.4 REPÚBLICA DE CHILE

En Chile, la ley 20.000, vigente en la actualidad, sanciona el tráfico ilícito de sustancias psicotrópicas, prohíbe la producción, fabricación, elaboración, distribución, transporte, comercialización, importación, exportación de sustancias ilícitas y su cultivo sin la autorización correspondiente y clasifica al cannabis en la clasificación de drogas duras (Ley 20.000, 2005).

Esta norma no penaliza el consumo personal en determinadas situaciones y bajo ciertos límites. De este modo, se sanciona expresamente el consumo cuando éste se realiza en lugares públicos o abiertos al público y en recintos privados, si los consumidores se hubieren concertado para el propósito de consumir. Con ello, sólo queda exenta de pena la tenencia cuando está destinada a su uso o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo. En este último caso la conducta no constituye falta ni delito y no requiere autorización alguna (García, 2015).

A fin de establecer los parámetros para determinar en qué casos se está frente a un consumo personal, la legislación indica que se entenderá que no se está exento de sanción cuando la calidad o pureza de la droga poseída, transportada, guardada o portada no permita racionalmente suponer que está destinada al uso o consumo descrito o cuando las circunstancias de la posesión, transporte, guarda o porte sean indiciarias del propósito de traficar a cualquier título (Ley 2000, 2015). Más allá de esto, la normativa no establece un régimen de cantidades o umbrales. Esto implica que en los hechos la diferenciación entre conductas relacionadas al tráfico y el consumo personal queda sujeta a la discreción de los operadores judiciales. La técnica legislativa utilizada para no sancionar el consumo personal

no termina siendo lo suficientemente clara, habilitando en la práctica la criminalización de meros consumidores sin un criterio objetivo de análisis (García, 2015).

En los casos en que el consumo se realice fuera de los límites impuestos por la ley, se prevé una pena de multa o asistencia a programas de prevención o rehabilitación y participación en actividades de servicio a la comunidad. La misma sanción se establece para la portación de sustancias con fin de consumo en lugares públicos y para el consumo concertado en recintos privados (Corda y Fusero, 2016).

En consecuencia, la legislación chilena sobre control de sustancias prohíbe toda la cadena de producción de drogas controladas, dejando por fuera de la órbita de la penalización al consumo personal en determinados casos indicados por la ley.

En cuanto al acceso al cannabis y sus derivados para fines medicinales, en el año 2014 el gobierno chileno inició los primeros debates referidos al uso de cannabis para fines medicinales a fin de ayudar a pacientes diagnosticados con cáncer. El enfoque inicial era hacer más eficiente el manejo del dolor a quienes el alivio con analgésicos tradicionales les rehuía o les brindaba alivio muy limitado (García, 2015). A partir de estos debates, la municipalidad de La Florida autorizó los primeros cultivos de cannabis para fines medicinales. El objetivo de estos cultivos es obtener la materia prima para convertirlo en aceite y así ponerlo al servicio de los pacientes que lo necesiten (Grenade, 2016).

Lo que en 2014 consistía en una autorización administrativa pasó a tener una regulación normativa a partir de la firma del Decreto 84 del año 2015. En este se indica que “las especialidades farmacéuticas que contengan cannabis, resina de cannabis, extractos y tinturas de cannabis podrán expenderse al público en farmacias o laboratorios mediante receta médica retenida con control de existencia” (Decreto 84, 2015).

Esta norma busca autorizar, junto con el uso para investigación científica, el uso de cannabis y sus derivados en la elaboración de productos farmacéuticos de uso humano, previa autorización y control por parte de la Autoridad de Aplicación. Además, autorizó la venta al público, en farmacias o laboratorios, de las especialidades farmacéuticas que contengan cannabis y sus derivados, mediante receta médica retenida (Decreto 84, 2015).

Poco después de la entrada en vigencia de este Decreto, el 15 de enero de 2016, y tras tres meses de plantación, se inauguró oficialmente el mayor cultivo medicinal de cannabis de

Latinoamérica, en Quinamávida, comuna de Colbún, Región del Maule, que involucra más de 6500 plantas (Corda y Fusero, 2016).

En cuanto al autocultivo, la norma habilita un máximo de 6 plantas individuales, o de una plantación de un máximo de 1 metro cuadrado en interior con luz artificial, y la tenencia, en un mismo domicilio, de un máximo de 500 gramos de sumidades floridas cosechadas secas sin aditivos (Decreto 84, 2015).

Es importante destacar que, debido a que la medicación sigue siendo aún poco accesible en las farmacias o laboratorios, la prescripción médica puede utilizarse como justificación legal del uso medicinal en los tribunales judiciales, permitido en virtud del artículo 4 de la Ley 20.000. Esto permite a los pacientes cultivar plantas en casas o ser miembros de un club colectivo de cultivo de cannabis, siempre que este último esté regulado por la Ley 20.500 sobre participación ciudadana sin fines de lucro (Corda y Fusero, 2016).

En conclusión, la normativa chilena establece que los pacientes que requieran de cannabis medicinal pueden acceder a ella a través de prescripción médica y en circunstancias especiales, los medicamentos a base de cannabis pueden autorizarse para la importación con permiso de la Agencia Nacional del Medicamento (ANAMED) (Decreto 84, 2015).

IV.1.5 REPÚBLICA DE COLOMBIA

La evolución general de la política colombiana contra las drogas puede ser caracterizada por la gran injerencia de las directrices plasmadas en los tratados internacionales sobre drogas en la legislación nacional, que condicionaron fuertemente la implementación de políticas locales (De Sousa Santos, 2002).

En 1986 se sancionó la ley 30, también conocida como “Estatuto Nacional de Estupefacientes –ENE-” que está orientada a regular de manera integral los problemas planteados por la droga (Uprimny Yepes y Guzmán, 2010). Esta norma define el concepto de “Dosis para uso personal” como “(...) la cantidad de estupefaciente que una persona porta o conserva para su propio consumo. Complementando esta definición la ley indica que no se penalizará la tenencia de sustancias cuando en caso de marihuana que no exceda de veinte gramos; en el caso de la de marihuana hachís que no exceda de cinco gramos; en el caso de la cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína que no exceda de un gramo, y de metacualona que no exceda de dos gramos (Ley 30, 1986). Con ello, esta se convierte en la primera ley en

América del Sur en establecer un régimen de umbrales por debajo de los cuales no está penada la tenencia (Uprimny Yepes y Guzmán, 2010)

Complementando el régimen de umbrales mencionado, la Sala de Casación Penal de la Corte Suprema de Justicia, en junio de 2015, ha entendido que la conservación de una cantidad igual o inferior a 20 plantas de marihuana o cannabis no es punible, siempre y cuando no tenga por objeto su tráfico, comercialización o distribución (Sentencia SP - 7600 - 2015, 2015).

A pesar de los avances en la despenalización del consumo personal y su regulación por medio de umbrales, Colombia tiene una desproporcionalidad de penas que conlleva a una sobrepoblación carcelaria relacionada con delitos de drogas. Por ejemplo, la pena máxima por tráfico de drogas es de 30 años, mientras que por acceso carnal violento es de 20 años; es decir que, según la ley, el tráfico es más grave que la violación (Corda, Fusero, 2016).

Respecto del uso del cannabis para fines medicinales, Colombia es uno de los países de vanguardia en la región. Los usuarios medicinales y principalmente los casos de niños con enfermedades y patologías tratables con cannabis han impulsado fuertemente el debate social y político en el país (Corda y Fusero, 2016).

En 2015 se dictó el Decreto N° 2467 que despenalizó el cultivo, consumo y distribución de la marihuana y la producción y venta de productos en base a los derivados del cannabis. Este Decreto estableció la obligación de contar con una licencia expedida por el Consejo Nacional de Estupefacientes para llevar a cabo las conductas enumeradas anteriormente. Dicha licencia podía ser entregada a una persona natural o jurídica que cumpliera con una serie de requisitos detallados en la norma citada (BCN, 2018).

Este Decreto fue derogado por la Ley N°1787 de 2016, que entregó al Ministerio de Justicia, al Ministerio de Salud y Protección Social y al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, la reglamentación de todo lo relacionado al control y la regulación de las actividades de cultivo, producción, fabricación, adquisición de cualquier título, importación, exportación, almacenamiento, transporte, comercialización, distribución, uso y posesión de las semillas de la planta de cannabis y de sus derivados y de los productos que lo contengan con fines medicinales y científicos (BCN, 2018).

Dicha Ley fue reglamentada por cuatro decretos, siendo el Decreto N° 613 de 2017 el que se refiere a la reglamentación para la fabricación, uso de semillas y cultivo de cannabis para fines medicinales y científicos.

Este Decreto distingue entre cuatro tipos de licencia: licencia de fabricación de derivados de cannabis, licencia de uso de semillas para siembra, licencia de cultivo de plantas de cannabis psicoactivo y licencia de cultivo de plantas de cannabis no psicoactivo. Asimismo, la norma exige para la elaboración y distribución de preparaciones magistrales a base de cannabis, su previa inscripción ante el Fondo Nacional de Estupefacientes, de acuerdo con los requisitos establecidos en la regulación técnica (Decreto N° 613, 2017).

Por último, los derivados de cannabis que se requieran como materia prima para las preparaciones magistrales sólo pueden ser proveídos por personas naturales o jurídicas que tengan licencia de fabricación de derivados de cannabis en modalidad de uso nacional y hayan sido fabricados en el marco de los cupos otorgados (BCN, 2018).

IV.1.6 REPÚBLICA DEL ECUADOR

En 2007 y 2008 se llevó a cabo en Ecuador una Reforma Constitucional que planteaba como uno de los pilares fundamentales para la construcción de políticas públicas sobre drogas, el hecho de que en ningún caso el consumo de drogas podrá ser criminalizado. Esta experiencia significó un gran progreso en relación a la política de drogas de este país, principalmente al tratarse de un país de tránsito de sustancias estupefacientes y psicotrópicas (Jurado, Centellas, Puleri y Chulver, 2018).

A partir de esta reforma constitucional, se produjeron una serie de reformas a nivel legislativo e institucional con una clara tendencia hacia la descriminalización de los usuarios, la proporcionalidad de las penas para delitos de drogas y una reorientación del enfoque penal hacia la salud (TNI, 2015).

En este contexto, en 2013 se sancionó la norma que ordena el régimen legal de estupefacientes en Ecuador. El Código Orgánico Integral Penal (COIP) es la principal Ley de regulación de acciones referidas al tráfico de sustancias controladas. En su articulado se prohíbe la compra, venta, oferta, almacenamiento, transporte, comercialización, tenencia, posesión, importación y exportación de sustancias psicotrópicas o estupefacientes (COIP, 2013).

A fin de marcar una diferenciación entre los grandes narcotraficantes y los pequeños distribuidores de sustancias ilícitas, la norma establece una escala de penas de cuatro niveles: mínima escala, de dos a seis meses de prisión; mediana escala, de uno a tres años; alta escala, de cinco a siete años; gran escala, de diez a trece años. De este modo, existen en la normativa criterios de proporcionalidad de penas con miras a una distribución más justa en base a la gravedad del delito (COIP, 2013).

En cuanto a la tenencia y posesión para consumo personal, la norma establece su no punibilidad, pasando el consumo a ser considerado una problemática de salud pública y ya no de seguridad nacional (COIP, 2013).

A fin de establecer parámetros para la determinación del consumo personal, la legislación ecuatoriana establece límites cuantitativos plasmados a través de tablas (umbrales). Mediante resolución, la actual Secretaria Técnica de Drogas (SETED) presenta las cantidades máximas admisibles para la tenencia y consumo de drogas de una persona en Ecuador. La última resolución de 2017 fija que cada consumidor, sin incurrir en ningún delito, puede portar la cantidad de alguna de las siguientes drogas: 10 gramos de marihuana, 2 gramos de pasta base de cocaína, 1 gramo de clorhidrato de cocaína y 0,1 gramos de heroína, entre otros (SETED, 2018).

Es importante destacar que, si bien la regulación de umbrales garantiza la descriminalización de los usuarios, desde el año 2015 en Ecuador se definieron nuevos umbrales para ser distinguidos en la escala ya mencionada del COIP, en los que la cantidad establecida para cada nivel de la escala baja drásticamente, lo que podría considerarse un gran retroceso en la materia (Jurado, Centellas, Puleri y Chulver, 2018).

En síntesis, Ecuador ha sufrido un proceso de modificación de la legislación sobre control de sustancias que ha ido abocado a la protección de los derechos de los consumidores de sustancias y a una justa graduación de penas para los delitos relacionados a las sustancias ilícitas.

No obstante este gran avance, Ecuador no tiene una ley que regule el uso del cannabis con fines medicinales. Actualmente se encuentra en debate en la Asamblea Nacional una normativa a ser incorporada en el Código de Salud (Gonzalez, 2018).

IV.1.7 REPÚBLICA DEL PARAGUAY

Paraguay se caracteriza por tener un marco normativo muy receptivo y en sintonía con los mandatos establecidos por las convenciones internacionales sobre drogas. A lo largo de casi cincuenta años, se fue conformando en este país un plexo normativo orientado hacia la penalización de toda actividad vinculada a las drogas declaradas ilícitas (Del Olmo, 1988). Esto puede apreciarse, no únicamente en las leyes especiales sobre la materia, sino también en la propia Constitución paraguaya que establece que el Estado reprimirá la producción y el tráfico ilícito de estupefacientes y demás drogas peligrosas, así como los actos destinados a la legitimación del dinero proveniente de tales actividades. Igualmente, combatirá el consumo ilícito de dichas drogas (Constitución del Paraguay, 1992).

La Ley N° 1340 de 1988 reprime el tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de farmacodependientes (Cáceres Ratti, 2017).

Más allá de la prohibición del suministro, distribución y producción, entre otros, sin la autorización correspondiente, la ley paraguaya busca hacer una distinción entre la tenencia o posesión sin autorización de sustancias estupefacientes, drogas peligrosas o productos que las contengan que estén destinados a su exclusivo uso personal, que se encuentra exenta de pena, y la que no está dirigida al uso personal, que tiene una pena de dos a cuatro años y comiso (Ley 1340,1988).

Para no dejar en manos de la discrecionalidad judicial si la tenencia es o no para uso exclusivo personal, la misma ley establece un régimen de umbrales. En este se indica que, en el caso de la marihuana, la cantidad considerada para uso personal no deberá sobrepasar los 10 gramos (Ley 1340,1988).

En este sentido, la legislación paraguaya despenaliza en consumo del cannabis para cualquier fin dentro del límite de las cantidades establecidas por ley; cantidad que cualquier persona mayor de edad puede poseer y consumir diariamente, sin ninguna consecuencia penal para ella. Con ello, la ley paraguaya refleja una cierta flexibilidad a la hora de despenalizar la tenencia de sustancias para consumo personal.

En diciembre de 2017 la Cámara de Senadores de Paraguay aprobó la Ley 6007 que establece un marco regulatorio para promover el estudio y la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo de la planta de cannabis y sus derivados, para el

tratamiento de enfermedades y afecciones en humanos. Esta norma garantiza el acceso al estudio de las propiedades del cannabis como alternativa de dolencias como la epilepsia y la esclerosis, entre otras (Ley 6007, 2017).

Antes de la sanción de esta ley, frente a la inexistencia de una regulación, el Ministerio de Salud y Bienestar Social, autorizó la importación de derivados del cannabis para uso medicinal. Para ello, las empresas que deseaban importar los derivados de cannabis para producir los medicamentos debían estar registradas en la Dirección Nacional de Vigilancia de la Salud. Para recetar este producto derivado del cannabis, los profesionales tenían que presentar una solicitud y cada caso era evaluado (Cáceres Ratti, 2017).

La Ley 6007 tiene por objeto, junto con la creación un de marco regulatorio para la promoción del estudio y la investigación médica y científica de la planta del cannabis, controlar la producción de la planta y su importación. En este sentido crea el “Programa Nacional para el Estudio y la Investigación Médica y Científica del Uso medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados (PROINCUMEC)” (Ley 6007, 2017).

Este programa consta de dos líneas de acción. En primer lugar, está dirigido a garantizar el derecho a la salud de los pacientes que se incorporen al programa a través del acceso gratuito del aceite de cáñamo y sus derivados. Asimismo, el programa asegura el seguimiento del tratamiento a la población afectada que participe en el programa y aporta las herramientas necesarias para la capacitación de los profesionales de la salud en relación al uso medicinal del cannabis y sus derivados. Para ello, se crea el Registro Nacional de Usuarios de productos derivados del cannabis en que se registrarán únicamente aquellas personas que cumplan con las exigencias establecidas en la reglamentación de la Ley (Ley 6007, 2017).

La segunda línea de acción está dirigida al estudio e investigación de las propiedades del cannabis y sus derivados, a través del desarrollo de evidencia científica sobre diferentes alternativas terapéuticas a problemas de salud que no abordan los tratamientos médicos tradicionales. Para ello, junto con los usuarios beneficiarios del programa, también se aceptarán pacientes voluntarios que presenten determinadas patologías para el estudio de las mismas con relación al cannabis. Finalmente, dentro del marco de la investigación, el Programa también busca promover la industrialización controlada del aceite de cáñamo y demás derivados mediante laboratorios farmacéuticos nacionales habilitados (Ley 6007, 2017).

A los fines de la investigación de la planta, la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS) recibirá, aprobará y proyectos presentados por centros públicos y privados. Dichos proyectos deberán estar dirigidos exclusivamente a la investigación con fines médicos y científicos del cannabis y sus derivados. También se podrán validar investigaciones validadas en otros países que hayan autorizado la planta de cannabis y hubieran probado sus efectos terapéuticos, paliativos y otros (Ley 6007, 2017).

En cuanto a la obtención del cannabis, la ley prevé que el Estado puede su autorizar su producción a través de licencias, a instituciones públicas y privadas o se puede acceder a la planta a través de su importación (Ley 6007, 2017).

Si bien la normativa permite la elaboración local de los productos del cannabis con fines medicinales, esta no autoriza el “autocultivo” que es un reclamo que fue realizado por organizaciones sociales (Corda y Fusero, 2016).

IV.1.8 REPÚBLICA DEL PERÚ

Durante décadas la política de drogas en el Perú se ha caracterizado por un enfoque represivo a través de la implementación de normas dirigidas a la erradicación forzosa de los cultivos de coca, una criminalización creciente de los campesinos productores de hoja de coca, la arbitrariedad en la persecución de los consumidores por posesión de pequeñas cantidades de drogas y la fuerte penalización del microtráfico. El Perú sigue siendo hoy un importante productor de cocaína, y las actividades del narcotráfico no se han reducido sustancialmente (TNI, 2012).

En consonancia con lo establecido en los tratados que conforman el Régimen Internacional de Control de Drogas, el marco legal peruano prevé que, a través de la penalización de una serie de conductas como el cultivo, almacenamiento, producción, transporte, comercialización, adquisición e importación de sustancias tóxicas, proteger la salud individual de cada uno de los individuos que habitan el territorio (García Calderón Valdivieso, 2017).

La norma principal que regula las conductas relacionadas con las sustancias controladas en Perú, es el Código Penal Peruano. Publicado el 8 de abril de 1991, esta ley prohíbe el cultivo, siembra, resiembra, fabricación, producción, suministro, comercialización, acopio y transporte de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Dichas acciones

están sujetas a agravantes o atenuantes de pena según la cantidad de la sustancia de que se trate o la función o cargo que tenga la persona que la realice (CPP, 1991).

Frente a la prohibición general de toda actividad relacionada con sustancias ilícitas, esta norma despenaliza la posesión de droga para el “propio e inmediato consumo”, siempre y cuando la cantidad encontrada no exceda de cinco gramos de pasta básica de cocaína, dos gramos de clorhidrato de cocaína, ocho gramos de marihuana o dos gramos de sus derivados, entre otros (CPP, 1991). Con ello, la normativa peruana establece un régimen de umbrales por el cual se despenaliza la posesión de sustancias para uso personal.

Como una figura novedosa, el código penal peruano incorpora como un atenuante frente a la comisión de un delito a la microcomercialización o microproducción (CPP, 1991). Este atenuante, incorporado a través de una modificación realizada en el año 2013 (Ley 30076, 2013), busca atenuar la fuerte penalización que existía hacia las actividades de “microtráfico” separando al narcotraficante de grande escala del vendedor o productor de pequeñas cantidades. En relación al cannabis, por ejemplo, si la cantidad de droga fabricada, extractada, preparada, comercializada o poseída por el agente no sobrepasa de 100 gramos de Marihuana o 10 gramos de sus derivados y cuando las materias primas o los insumos comercializados por el agente no excedan de lo requerido para la elaboración de las cantidades de marihuana señaladas, se aplicará una pena menor a la establecida en el artículo 296 del Código Penal (García Calderón Valdivieso, 2017).

Es importante destacar que el tipo penal de microcomercialización no penaliza la simple posesión de droga, sino que requiere que la posesión de la pequeña cantidad de droga deba ser destinada a la comercialización o tráfico (Rojas Vargas, 2016). En ese sentido, si se acredita que la droga encontrada era para uso personal y no existe prueba alguna que indique que el procesado se dedica a la comercialización de dicha droga, se debe proceder a la absolución de este último (García Calderón Valdivieso, 2017).

No obstante, a pesar de la distinción que busca hacer la norma, de tenencia para uso personal y tenencia para venta, se han visto casos flagrantes de corrupción policial asociados a la detención ilegal, masiva y constante de usuarios de cannabis, cuya situación legal debe ser definida por Fiscal. Frente a estos casos, sucesivos gobiernos han evitado modificar esta situación de mala interpretación de la norma, por parte de la Policía, pese a las reiteradas demandas de organizaciones de la sociedad civil locales (Corda y Fusero).

En noviembre de 2017, el gobierno de este país promulgó la ley N° 30.681 que legaliza el uso medicinal de la marihuana y de sus derivados, como el aceite de cannabis, para aliviar los síntomas de enfermedades como el cáncer, la epilepsia y el parkinson. El objetivo principal de esta ley es garantizar el derecho fundamental a la salud y permitir el acceso exclusivamente para uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados (Ley 30.681, 2017).

Para cumplir con su objetivo, la norma establece un sistema de licencias y autorizaciones dirigidas tanto a pacientes y usuarios de cannabis y sus derivados, para uso terapéutico o medicinal, cuyo registro se hará efectivo a través de una orden médica que fundamente la calidad de usuario. Estas licencias también podrán ser otorgadas a personas naturales o jurídicas comercializadoras y/o importadoras, entidades de investigación autorizadas a estudiar el cannabis y sus derivados para fines medicinales y terapéuticos y entidades públicas y laboratorios autorizados para la producción. En cuanto a las licencias de investigación se otorgarán tanto a instituciones universitarias o de investigación de salud como a instituciones de investigación agraria (Ley 30.681, 2017).

Para la producción del cannabis sólo estarán autorizadas entidades públicas y laboratorios debidamente registrados y certificados. En relación a los pacientes usuarios de este sistema, el Ministerio de Salud aprobará el protocolo de tratamiento médico para los pacientes que reciban prescripción para el uso del cannabis y sus derivados con fines medicinales y terapéuticos (Ley 30.681, 2017).

IV.1.9 REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Uruguay representa un caso paradigmático en el estudio de la regulación del cannabis, tanto para América del Sur como para el resto del mundo. Al optar por la regulación de toda la cadena de producción de la planta, Uruguay se convirtió en el primer país que, habiendo ratificado los tres tratados internacionales de fiscalización de drogas, optó por legalizar la producción, comercialización, tenencia y uso recreativo y medicinal del cannabis.

En 2012, como consecuencia de un consenso político generado para la implementación de medidas tendientes a la legalización del cannabis, se presentó ante el Congreso Uruguayo un proyecto de ley que permitía cultivo doméstico, la venta comercial y los “clubes de cannabis”

que habilitaban a los consumidores a cultivar en colectivos con autorización estatal (Hudak, Ramsey y Walsh, 2018).

La realidad uruguaya significaba que los usuarios de marihuana, al tener que abastecerse en el mercado ilegal, eran tratados como criminales, eran discriminados y se veían expuestos a la oferta de drogas más tóxicas, como por ejemplo, la pasta base de cocaína, la cocaína, la heroína y diversas sustancias sintéticas. Para resolver esa contradicción, atender los derechos de los usuarios, aplicar una política de reducción de riesgos y daños y disputar el mercado a los narcotraficantes, se concibió una ley reguladora del mercado que atendía demandas de la población consumidora de marihuana e iniciativas del poder ejecutivo relacionadas con la seguridad pública (TNI, 2015b).

Tras un largo debate, esta ley se promulgó el 20 de diciembre de 2013. La nueva ley para la regulación del cannabis legaliza la producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis en toda la República (Ley 19.172, 2013). Esta norma está pensada con el fin de regular bastamente todas las acciones que derivan del libre comercio de la sustancia, sin dejar nada por fuera de su regulación (Hudak, Ramsey y Walsh, 2018).

Del análisis de la norma surge que su objetivo principal es del de “proteger a los habitantes del país de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico buscando, mediante la intervención del Estado, atacar las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso problemático de sustancias psicoactivas, así como reducir la incidencia del narcotráfico y el crimen organizado (...)”. Con ello, la Ley se encuentra dirigida a “promover la salud de los usuarios de drogas bajo una perspectiva de reducción de riesgos, controlar la calidad y la potencia del cannabis, eliminar vacíos jurídicos que permitan el uso de drogas de tráfico ilícito (...), combatir el tráfico ilegal de marihuana y preservar la salud pública de la población”, entre otros (Ley 19.172, 2013).

Para alcanzar estos objetivos, la ley establece que “el Estado asumirá el control y la regulación de las actividades de importación, exportación, plantación, cultivo, cosecha, producción, adquisición a cualquier título, almacenamiento, comercialización y distribución de cannabis y sus derivados, o cáñamo cuando correspondiere, a través de las instituciones a las cuales otorgue mandato legal” (Ley 19.172, 2013).

La ley 19.172 ha requerido de tres decretos reglamentarios para su puesta en práctica - sobre usos industriales, Decreto 372/2014; usos medicinales, Decreto 46/2014 y usos recreativos, Decreto 120/2014 - publicados en 2014 y 2015.

El Decreto 120/2014 propone tres métodos de acceso al mismo:

1. Cultivo doméstico: La norma autoriza el cultivo de cannabis con una serie de restricciones. Las personas mayores de 18 años pueden cultivar hasta seis plantas hembra floridas de cannabis por hogar para autoconsumo, siempre que primero se hayan registrado ante las autoridades. La producción anual total de la droga no debe exceder los 480 gramos, pero se permite el cultivo de más de seis plantas siempre que sean plantas macho o no floridas (Art. 14, Decreto 120/2014).

2. Clubes de membresía: Los uruguayos mayores de edad pueden unirse a cooperativas para cultivar cannabis en forma colectiva. Estos “clubes de cannabis” primero deben registrarse ante el IRCCA y otras autoridades y deben tener entre 15 y 45 miembros. Los clubes pueden plantar hasta 99 plantas en el mismo espacio, pero no pueden dispensar a sus miembros más de 480 gramos per cápita de la droga por año. Todo excedente debe ser entregado a las autoridades. Asimismo, los clubes cannábicos deben educar e informar a sus miembros sobre el consumo responsable de la marihuana (Decreto 120, 2014).

3. Venta comercial: las personas anotadas en los registros pertinentes pueden comprar hasta 40 gramos por mes o 10 gramos por semana, según las reglamentaciones posteriores. La ley establece que las farmacias actuarán como puntos de venta, aunque el gobierno ha expresado interés en crear nuevos puntos de venta designados específicamente para este fin. Según la ley, las farmacias no están obligadas a vender cannabis, aunque pueden optar por formar parte del sistema si lo desean. Asimismo, indica que algunos productores comerciales pueden obtener una licencia del Estado para producir cannabis para la venta comercial (Decreto 120, 2014).

En este sentido, el régimen regulatorio para uso recreativo se basa en la expedición de licencias a privados que estén interesados en la plantación, cultivo, cosecha, producción y comercialización del cannabis. Los tres métodos de acceso mencionados anteriormente son excluyentes, lo que implica que, legalmente, no pueden recurrir a más de uno de estos métodos al mismo tiempo (Decreto 120, 2014).

En este contexto, la regulación del uso de cannabis para fines medicinales en Uruguay se encuentra establecido dentro del régimen de legalización de la comercialización de la planta. Es así que el marco normativo uruguayo regula tanto el uso recreativo del cannabis como también su uso para fines medicinales y científico. En este sentido, la Ley 19.172 y más específicamente, el decreto reglamentario 46/2015, establecen disposiciones amplias, regulando no tan solo el acceso al cannabis con fines medicinales, sino también la plantación, producción y distribución hasta el comercio exterior de la sustancia (Decreto 46, 2015).

La norma indica que se encuentra permitida la plantación, cultivo, cosecha y acopio para fines de investigación, así como la comercialización e industrialización del cannabis (psicoactivo o no psicoactivo) para uso farmacéutico, debiendo para ello contar con autorización previa de la autoridad de aplicación correspondiente, es decir, el Instituto para la Regulación y Control del Cannabis (IRCCA). Asimismo, establece que el destino de lo producido debe ser, en forma exclusiva, la investigación científica o la elaboración de Especialidades vegetales o especialidades farmacéuticas para uso medicina (Decreto 46, 2015).

Para llevar a cabo alguna de las actividades mencionadas en el párrafo anterior, la norma prevé la emisión de distintas licencias que permiten el control y seguimiento por parte del Estado. La autoridad de aplicación es también la encargada de controlar las etapas de plantación, cultivo, cosecha, distribución y comercialización del cannabis como así también de disponer de las más amplias facultades de investigación, control de calidad y fiscalización. Este organismo tiene también la potestad de requerir información y aclaraciones pertinentes al solicitante de cualquiera de las licencias previstas por esta norma a efectos de una adecuada identificación y conocimiento del beneficiario final, así como al origen de los fondos que se propone destinar a la ejecución del proyecto, en el marco de la normativa vigente en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo (Decreto 46, 2015).

En cuanto al destinatario final del cannabis para uso medicinal, la norma establece como único requisito la presentación de una receta médica oficial emitida por un mayor de edad con estudios universitarios en medicina, en la que se especifique el tipo de producto indicado, su cantidad, forma de administración y datos del paciente (Decreto 46/2015).

A fin de evitar la comercialización de esta sustancia encubierta en la figura de uso con fines medicinales, la norma establece que al momento de adquirir en la farmacia las especialidades

vegetales y/o farmacéuticas a base de cannabis psicoactivo, el destinatario de los mismos quedará automáticamente inscrito en la Sección Adquirentes de Cannabis Psicoactivo Medicinal del Registro del Cannabis, encontrándose impedido por un plazo de 30 días corridos de realizada la adquisición de obtener cannabis psicoactivo o productos elaborados a base de cannabis psicoactivo, mediante cualquier otra modalidad (Decreto 46, 2015).

El Decreto 46/2015 establece también que el Estado debe promover y facilitar aquellas actividades dirigidas al desarrollo de proyectos de investigación que contribuyan al conocimiento y producción de evidencia científica respecto al cannabis (psicoactivo y no psicoactivo).

En cuanto a las semillas y esquejes de esta planta, si bien se encuentra regulada su producción por parte de aquellas personas autorizadas a plantar, cultivar, cosechar y comercializar cannabis para la investigación, elaboración de especialidades vegetales o especialidades farmacéuticas, conforme a la licencia otorgada oportunamente, únicamente el Estado está facultado para llevar a cabo la importación de las mismas a fin de tener un mayor control sobre la sustancia. En cuanto a la comercialización de estas sustancias al exterior, la División Sustancias Controladas del Ministerio de Salud Pública de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente, es la encargada de autorizar su importación o exportación (Decreto 46, 2015).

Finalmente, se encuentra prohibida toda forma de publicidad, directa o indirecta, promoción, auspicio o patrocinio de los productos obtenidos a base de cannabis psicoactivo por cualesquiera de los diversos medios de comunicación: prensa escrita, radio, televisión, cine, revistas, filmaciones en general, carteles, vallas en vía pública, folletos, estandartes, correo electrónico, tecnologías de internet, así como cualquier otro medio idóneo (Decreto 46, 2015).

IV.1.10 REPÚBLICA DE VENEZUELA

El plexo legal venezolano referido al control de drogas se ha caracterizado por la implementación de normas muy restrictivas y con sanciones penales altas. En este sentido, la misma Constitución venezolana contiene una política criminal en materia de drogas sumamente represiva, en la que se prevé la imprescriptibilidad de los delitos de tráfico de estupefacientes (Ambos, Malarino y Fuch, 2017).

La “Ley Orgánica de Drogas” promulgada en 2010 establece disposiciones para la regulación, control y erradicación del tráfico ilícito de drogas dirigidas a reforzar la lucha antidrogas. Esta ley considera ilícito el comercio, expendio, fabricación, refinación, transformación, extracción, preparación, producción, importación, exportación, posesión, suministro, almacenamiento, distribución, transporte, así como cualesquiera otros tipos de transacción en las que se encuentren involucrados los estupefacientes, sustancias psicotrópicas y sustancias químicas controladas que se realicen sin estar debidamente autorizadas por los órganos y entes competentes (LOD, 2010).

En cuanto a la posesión de sustancias controladas, la legislación venezolana establece un régimen de umbrales de una cantidad de hasta dos gramos para los casos de posesión de cocaína y sus derivados, compuestos o mezclas con uno o varios ingredientes; y hasta veinte gramos, para los casos de cannabis sativa. En este sentido, la ley indica que el juez determinará, utilizando la máxima experiencia de expertos como referencia, lo que pueda constituir una dosis personal de la sustancia detentada para una persona media y en ningún grado se tendrá como parámetro el nivel de pureza de las sustancias (LOD, 2010).

Si bien la norma establece un régimen de umbrales, esta indica que, el consumidor que posea sustancias en dosis personal para su consumo será sujeto a medidas de seguridad social y en caso de extranjeros en situación de ilegalidad, establece su expulsión por un periodo de cinco años cuando sea consumidor (LOD, 2010). Con ello, si bien la ley exime de sanción penal al consumo personal, lo somete a otro tipo de sanciones (Antillano y Ávila, 2015).

Dentro de este marco legal restrictivo, el gobierno venezolano no ha dado lugar a la sanción de una norma que contemple la a regulación del uso del cannabis para fines medicinales.

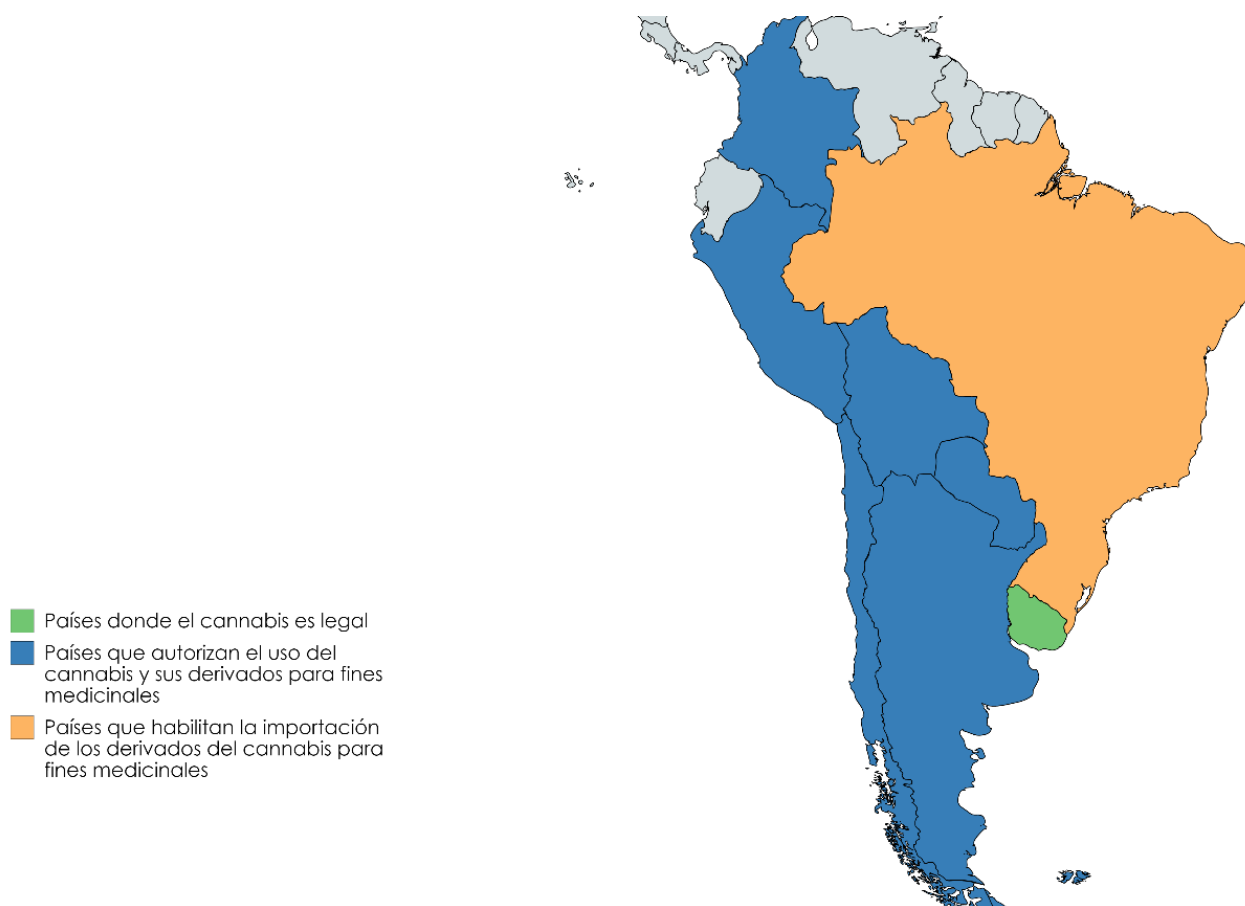


Tabla 4: Mapa de acceso al cannabis en América del Sur

Fuente: Elaboración propia

IV.2 Acceso al cannabis para fines medicinales y su regulación en América del Sur

De lo analizando anteriormente puede observarse que ninguna experiencia es igual a la otra dentro de la legislación en materia de drogas en América del Sur. Algunos países han preferido actuar bajo enfoques de salud pública, de derechos humanos y de reducción de riesgos, mientras que otros han preferido modelos más estrictos, utilizando el derecho penal para sancionar conductas relacionadas a sustancias controladas. Es así que, mientras en Uruguay se legisló la regulación estatal de toda la cadena del mercado interno de cannabis con fines médicos, industriales y recreativos, otros países presentan regulaciones mucho más restrictivas y punitivas (Calzada, 2015).

Si bien Régimen Internacional de Control de Drogas siempre contempló, de modo imperativo, la autorización el uso del cannabis para fines medicinales o científicos, su implementación fue objeto de mucha resistencia por diferentes actores de la sociedad y la

política local y recién a partir de los años 2000 se comenzó a generar una mayor conciencia de la necesidad de su regulación en la mayoría de los países de la región (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier).

Uno de los actores fundamentales para la implementación de este tipo de medidas en los países de la región, fue la sociedad civil. Los movimientos sociales entre los que se destacan los grupos cannábicos, las agrupaciones de padres, madres y familiares de personas que usan cannabis, han tomado un gran protagonismo a través de la convocatoria a grandes movilizaciones públicas, presentación de proyectos de ley en las respectivas cámaras de legisladores, “marchas mundiales de la marihuana”, entre otros. Con ello, han logrado visibilizar la urgencia y necesidad de la implementación de una norma que garantice la salud a sus ciudadanos y han contribuido en los últimos años a sensibilizar tanto a los actores políticos como a la sociedad en su conjunto. En este sentido, funcionarios de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, Lic. Lidia Saya y Lic. Juan Carlos Mansilla sostienen que la presión social, particularmente de los grupos de madres y familiares de consumidores de cannabis para fines medicinales, ha sido el factor primordial e indispensable para la aprobación de este tipo de normas (J. Mansilla, 10-01-2019 y L. Saya. 15-11-2018, Entrevistas personales). La sociedad civil en América del Sur ha tomado mucha fuerza en los últimos años, logrando convertirse en fuertes referentes en la temática (Corda, Fusero, 2016).

Asimismo, en referencia a la sanción en Argentina de la ley 27.350, Mariano Fusero sostiene que dicha norma tuvo como antecedente inmediato el reclamo de la sociedad civil organizada, principalmente madres con niños tratados en sus dolencias, enfermedades y patologías con diversos derivados de la planta de cannabis. Su empoderamiento y el debate político, social y mediático que llevaron adelante, hizo imperioso que el tema sea recogido por los estamentos ejecutivos y legislativos, brindándole alguna respuesta (M. Fusero, Entrevista personal, 25-10-2018).

El camino marcado por los reclamos de la sociedad fue seguido por la voluntad e interés de algunos políticos que, aceptando tanto implícita como explícitamente que los mecanismos implementados hasta ahora han fallado en lograr sus objetivos (Chaparro Hernández, Pérez Correa. 2017), han buscado nuevas alternativas para el abordaje de este fenómeno. La voluntad política de implementar normas que garanticen y protejan la salud de sus ciudadanos no solo se manifestó a nivel local, sino que también ha sido plasmada a nivel

regional. Esto último se evidencia en la publicación del documento “Visión regional del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de la Unasur para la UNGASS 2016” (UNODC, 2015). Esta declaración constituye el primer documento de un organismo multilateral que refleja la visión de los países suramericanos a través de un consenso. Uno de los puntos más importantes plasmados en este documento es el compromiso de los países de garantizar los usos médicos y científicos de las sustancias, bajo control y el fortalecimiento de la investigación académica y científica que pueda sustentar la formulación de políticas públicas en materia de drogas (Wilches, 2016).

Finalmente, el aporte de la academia ha sido fundamental, puesto que, como se mencionó en otros capítulos, el asunto ha sido rehén de prejuicios, mitos y leyendas que no solo contribuyeron a confundir a los medios de prensa y la opinión pública acerca de los beneficios y riesgos de la planta, sino que han oficiado de fundamento para la implementación de políticas públicas y programas de prevención, e incluso para determinar el enfoque de algunos tratamientos (CICAD-OEA, 2017).

Ahora bien, esta “oleada” de aprobación de medidas relacionadas al acceso del cannabis ha traído consigo normativas de distinto alcance. En este sentido, en Uruguay la regulación del uso medicinal del cannabis coexiste con el uso recreativo e industrial lícito en un claro objetivo de mejorar la salud pública, mientras que en países como Argentina y Brasil las reformas que se hicieron buscan atenuar levemente las medidas restrictivas que priman en su legislación logrando abrir un mínimo espacio para la regulación y garantizar su acceso a la población. Esto demuestra que aún queda un largo camino para lograr la implementación de normas que contemplen de manera efectiva dicha problemática.

A nivel internacional, la aprobación de este tipo de medidas ha llevado a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (2017) a publicar una “alerta” en la cual nota que un número creciente de gobiernos autoriza el uso medicinal de cannabis, concluyendo que la práctica es permitida en la Convención de 1961, pero bajo varias condiciones como la necesidad por los gobiernos de producir estimaciones de consumo anticipado, las cuales deben ser enviadas a la Junta con detalles sobre la cantidad de personas usando la sustancia para fines terapéuticos, o si se planea cultivar cannabis para fines medicinales, el gobierno tiene la obligación de enviar detalles a la Junta sobre el área geográfica en la cual se hará el cultivo y el proceso debe ser supervisado por una agencia nacional de cannabis.

Asimismo, la JIFE señaló que el uso lícito de cannabis ha aumentado considerablemente desde 2000. Desde entonces, cada vez más países han comenzado a utilizar extractos de cannabis y/o cannabis para fines médicos, además de la investigación científica. En 2000, la producción total fue de 1,3 toneladas; en 2015, había aumentado a 100,2 toneladas. Los requerimientos informados para 2017 indican un mayor crecimiento a casi 160 toneladas (JIFE, 2016). Dentro de estas cifras, América del Sur es el líder mundial en la promoción y adopción de políticas que permiten el acceso al cannabis para usos terapéuticos.

En cuanto a la importancia de este tipo de leyes, el Dr. Mariano Fusero, especialista en la materia, señala que las normas de acceso al cannabis para fines medicinales han servido para desmitificar una sustancia que ha sido demonizada durante casi un siglo de prohibición global. La ciencia y coherencia se van imponiendo lentamente sobre los criterios arbitrarios que ha tenido la política prohibicionista. La relación con la sustancia se ha socializado y hoy es posible observar personas que nunca habían tenido contacto con la misma, acercarse y reclamar su acceso legal a fin de tratar sus dolencias. Tales cuestiones denotan un logro político social de imposible desatención (M. Fusero, Entrevista personal, 25-10-2018)

En tal sentido, el Lic. Juan Carlos Mansilla, sostiene que, si bien la aprobación de normas de estas características es significativa para lograr una concepción distinta frente al “problema” de las drogas, se necesita de muchos otros elementos y factores para lograr, dentro de la región, un cambio en el enfoque de este fenómeno. En este sentido señala que América del Sur se encuentra en una etapa de transición en la que todavía falta mucho para quitar el anclaje punitivo y restrictivo de las normas sobre drogas en la región. Las normas que garantizan y reconocen el acceso al cannabis para fines medicinales ponen en crisis un paradigma vigente hace muchos años, pero no llegan a generar un cambio en la percepción del mismo. Asimismo señala que, los efectos negativos que ha generado el Régimen en la región se han convertido en disparadores de nuevas políticas que, poco a poco, van cimentando un nuevo paradigma sobre el “problema” de las drogas (J. Mansilla, Entrevista personal, 10-01-2019).

Asimismo, Mariano Fusero sostiene que, a partir de la nueva visión de la OMS, adeudada hace 60 años, recomendando al régimen internacional la reclasificación del cannabis, sumando a ello la progresiva regulación para fines terapéuticos en decenas de países, cuanto menos va a significar desmitificar la peligrosidad y adictividad de una sustancia que arbitrariamente se la ha colocado al mismo nivel que la cocaína y la heroína. Asimismo

señala que los usos y costumbres de las soberanías nacionales, despenalizando personas y regulando progresivamente sustancias para diversos fines, harán caer el sistema por simple desuetudo y anacronismo. En algunas cuantas décadas, esta prohibición moderna de sustancias se verá tan ridícula y dañosa, como hoy observamos la prohibición del alcohol norteamericana en la década de 1920 (M. Fusero, Entrevista personal, 25-10-2018)

Recapitulando, a partir de 2013 se puede apreciar la aprobación de una serie de normas en América del Sur dirigidas a garantizar el acceso al cannabis para fines medicinales. La aparición de estas medidas se da en un contexto de una región minada por normas restrictivas y punitivas y que por décadas ha puesto todo su esfuerzo en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas.

Si bien todas estas medidas presentan características muy distintas, todas se encuentran orientadas a cumplir con el objetivo por excelencia de las convenciones internacionales sobre control de sustancias, dirigido a garantizar el acceso a las sustancias controladas para fines médicos y científicos.

Conclusión: reflexiones finales en torno a la regulación del acceso al cannabis para fines medicinales en América del Sur

Los países de América del Sur, a través de la ratificación o adhesión a los tres instrumentos internacionales en materia de drogas, forman parte del Régimen Internacional de Control de Drogas. A través de su adhesión, estos Estados se comprometen al cumplimiento de dos obligaciones fundamentales. En primer lugar, establecer las medidas legislativas y administrativas necesarias para el control del cultivo y la producción, fabricación, extracción, preparación, posesión, distribución, compra, venta y transporte, entre otros, de los estupefacientes incorporados a las listas de las convenciones y; en segundo lugar, garantizar la disponibilidad de las sustancias controladas para su uso médico y científico (UN, 1961 y 1971). Con ello, el marco legal del Régimen Internacional de Control de Drogas no tan sólo reconoce que el uso médico de los estupefacientes es indispensable para mitigar el dolor, sino que ordena a los países signatarios a adoptar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin (UN, 1961 y 1971).

El hecho de que América del Sur sea la región de mayor producción en el mundo de sustancias sujetas a fiscalización, llevó a los países que la conforman a centrar todos sus esfuerzos en la implementación de leyes y formulación de planes nacionales dirigidos principalmente al control de la producción y el tráfico ilícito de drogas (CEPAL, 2000). Impulsados por las directrices de los instrumentos internacionales en la materia, a partir de los años 60 y 70, los países sudamericanos priorizaron el cumplimiento de una de las obligaciones del régimen con la imposición de medidas restrictivas que penalizaban a un gran abanico de conductas relacionadas con las drogas controladas (Chaparro Hernández y Pérez Correa, 2017).

Paradójicamente, las medidas dirigidas a evitar o disminuir el tráfico ilícito de sustancias dieron lugar a una serie de consecuencias “involuntarias” que han empeorado el “problema” de las drogas en la región y han dado lugar a nuevos conflictos, como el aumento del crimen organizado y su infiltración en instituciones democráticas, el crecimiento de la violencia, de la pobreza, el aumento de población carcelaria, entre otros (Sorj, Szabó de Carvalho, Darcy de Oliveira, Fernandes, 2010).

Después décadas de implementación de estas medidas, América del Sur sigue siendo el mayor exportador mundial de cocaína y marihuana y ha comenzado a producir opio, heroína

y drogas sintéticas. Asimismo, además de exportar, los países de la región han incrementado sus niveles de consumo, crimen organizado y violencia (UNODC, 2018).

En este sentido, autores como Francisco Thoumi (2010), Martin Jelsma (2012), David Brewley-Taylor (2011), Sebastián Uprimny (2010), Alejandro Corda y Mariano Fusero (2016), entre otros, pusieron en evidencia que la implementación de las medidas basadas en la represión de la producción y de interdicción al tráfico y a la distribución, así como la criminalización del consumo, no han producido los resultados esperados, llegando incluso a dar lugar a un desfasaje con los objetivos plasmados en las tres convenciones que conforman el Régimen Internacional de Control de Drogas. Con ello, el afán por dar fin al tráfico ilícito de sustancias en la región, llevó a dejar en segundo plano el resto de las obligaciones plasmadas en el Régimen Internacional de Control de Drogas.

Los resultados negativos de la implementación de medidas extremadamente restrictivas y punitivas, que incluso llegaron a aplicar las mismas penas a la tenencia ilícita de sustancias y a un homicidio simple (Corda y Fusero, 2016), generaron en los países de la región la necesidad de abordar la “problemática” de las drogas desde un enfoque distinto. Este nuevo enfoque está dirigido a la protección y priorización de la salud pública por encima de las aproximaciones punitivas, a fomentar un abordaje centrado en las personas, a apoyar un entendimiento de las adicciones como una enfermedad y a impulsar la no estigmatización de los consumidores, entre otros. En definitiva, este nuevo enfoque está dirigido a humanizar el “problema” de las drogas (Souto Zabaleta, 2018). Esta tendencia se ha visto impulsada por la convicción de que, en materia de políticas nacionales, los enfoques no punitivos, pragmáticos y orientados a la salud que están en sintonía con las normas fundamentales de los derechos humanos, abordan mejor las complejidades que rodean al consumo de drogas ilícitas que el enfoque de tolerancia cero implementado hasta el momento (Bewley-Taylor, 2012).

En el marco de la búsqueda de este nuevo enfoque, uno de los compromisos centrales de los países de América del Sur se ha basado en garantizar el acceso al uso médico y científico de las sustancias bajo control y el fortalecimiento de la investigación académica y científica que pueda sustentar la formulación de políticas públicas en materia de drogas (Wilches, 2016). De este compromiso se desprende la novedosa implementación, a nivel regional, de medidas destinadas a regular el acceso del cannabis y sus derivados, para fines medicinales y científicos.

El cannabis es la sustancia más consumida a nivel mundial (UNODC, 2018) y está sujeta a los controles más estrictos del Régimen Internacional de Control de Drogas. La Convención Única de 1961, ubica al cannabis, la resina de cannabis, los extractos y tinturas de cannabis dentro de las listas reservadas a las sustancias más peligrosas y con escaso valor medicinal; mientras que el Convenio de 1971 incluye al principio activo del cannabis, el delta-9-THC o dronabinol como un “fármaco cuya fiscalización se recomienda porque su consumo puede ser abusivo y significar un riesgo especialmente grave para la salud pública y porque su valor terapéutico es muy limitado o nulo” (Aguilar, Gutiérrez, Sánchez y Nougier, 2018). Finalmente, la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, terminó de cerrar el riguroso control sobre el cannabis al exigir la tipificación como delito penal en el derecho interno de los Estados de la producción, fabricación, oferta, distribución, venta, transporte, importación o exportación de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica; el cultivo de la planta de cannabis con el propósito de producir estupefacientes y la posesión o la adquisición de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica con objeto de realizar cualquiera de las actividades anteriormente mencionadas (UN, 1988).

La rigurosidad de los controles impuestos sobre el cannabis, más por razones políticas y sociales que médicas y científicas, llevó a que la lógica original que fundamentó la prohibición de esta sustancia se oriente a la no aceptación de ningún uso médico. Más importante aún, gran parte de los daños asociados a la marihuana – vinculados a la prisión, el encarcelamiento indiferenciado de consumidores a la violencia y a la corrupción que afectan toda la sociedad – son el resultado de las políticas prohibicionistas vigentes (Sorj, Szabó de Carvalho, Darcy de Oliveira, Fernandes, 2010). Asimismo, autores como David Bewley – Taylor y Martin Jelsma (2014), sostienen que la inclusión original del cannabis en el actual marco internacional fue el resultado de procedimientos cuestionables y pruebas discutibles. Muchos plantean que la inclusión del cannabis fue una equivocación basada en la información médica y científica disponible cuando se redactó el tratado. Incluso la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en 2006 reconoció que «gran parte del material que había sobre el cannabis en la actualidad se considera erróneo» y señaló que «reconocidos profesionales abogan por el uso médico de los componentes activos o de la planta misma» (Blickman, Jelsma, 2009).

Con ello, desde que el cannabis fue incluido en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 se viene debatiendo ello ha sido una decisión acertada. Con el paso de los años, la gran cantidad de evidencia científica que confirma la utilidad médica del cannabis y sus derivados, ha llevado a distintos actores de la sociedad (particularmente a pacientes y científicos), a solicitar repetidamente a la OMS que cumpliera el mandato impuesto en virtud de la Convención Única de 1961 y realizara una revisión científica del cannabis para evaluar de manera justa su utilidad terapéutica y proponer la corrección de su clasificación en el marco de los instrumentos.

Como consecuencia de ello, en una publicación histórica, en 2019 el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia recomendó eliminar el cannabis y la resina de cannabis de la Lista IV de la Convención Única sobre Estupefacientes (OMS, 2019). Además, la OMS formuló recomendaciones para reclasificar el dronabinol y otros isómeros de THC del Convenio de 1971 sobre sustancias psicotrópicas a la Lista I de la Convención de 1961 (OMS, 2019).

La evidencia que expone las propiedades del cannabis y sus derivados, junto con la presión social ejercida para la implementación de normas que garanticen el derecho a la salud de los habitantes y la voluntad política motivada por el evidente fracaso del enfoque restrictivo heredado, dio lugar a que a partir de la segunda década del siglo XX se implementen, en mayor o menor medida, normas dirigidas al acceso del cannabis para fines medicinales en casi todos los países de América del Sur.

El primer país en tomar la iniciativa fue Uruguay, a partir de la promulgación del Decreto 46 del año 2014 que regula uso medicinal del cannabis. Esta medida impulsó al resto de los países de la región a la implementación de medidas de estas características.

En tal sentido, a principios de 2015 en Colombia se dictó el Decreto N° 2467. Esta norma fue derogada en 2017 por el Decreto N° 613 que regula la fabricación, siembra, cultivo de cannabis y la elaboración y producción de preparaciones magistrales a base de cannabis.

Meses después, Brasil dictó la Resolución N°17 del 6 de mayo de 2015. En 2017 se amplió la variedad de medicamentos compuestos por derivados del cannabis, sujetos a importación.

La firma del Decreto 84 del año 2015 incorporó a Chile dentro de la lista de los países de Sudamérica que permiten el uso medicinal del cannabis.

En 2017, tres fueron los países que sancionaron leyes en la materia. Argentina (Ley 27.350, 2017), Paraguay (Ley 6007, 2017) y Perú (Ley 30.681, 2017) adoptaron medidas muy similares con el objetivo de establecer un marco regulatorio para la investigación médica y científica del uso medicinal, terapéutico y/o paliativo, de la planta de cannabis y sus derivados.

Finalmente, Bolivia se convirtió en uno de los últimos países de América del Sur en modificar su legislación sobre drogas para permitir el cannabis medicinal a partir de la Ley 913 de 2017.

En el marco del creciente reconocimiento de la necesidad de un cambio de enfoque al “problema” de las drogas, estas normas están dirigidas, a través del control estatal, a garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos mediante el acceso regulado del cannabis para mejorar la salud, prevenir y tratar enfermedades, aliviar los síntomas de esas enfermedades y facilitar el diagnóstico, entre otros (JIFE, 2003).

Ahora bien, al observar el novedoso conjunto de normas relacionadas al uso de cannabis para fines medicinales en América del Sur, es de suma relevancia destacar, nuevamente, que la obligación de adoptar medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para el alivio del dolor y el sufrimiento, data de hace 60 años (JIFE, 2016). Incluso este principio se enunció en el preámbulo de la Convención Única. En rigor, desde la entrada en vigencia de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, hacer frente a las discrepancias entre las necesidades de estupefacientes y sustancias psicotrópicas para fines médicos, científicos y su disponibilidad, ha sido una de las obligaciones de los gobiernos en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas (JIFE, 2016).

En este sentido, como órgano responsable de vigilar el cumplimiento por los gobiernos de los tratados de fiscalización internacional de drogas y de ofrecerles apoyo, la JIFE señala que varios decenios atrás la comunidad internacional asumió un compromiso de adoptar medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de drogas que se consideraban indispensables para fines médicos y científicos y para no restringir indebidamente su suministro. Asimismo, se reconoce que en los últimos decenios esa promesa no se ha cumplido plenamente (JIFE, 2016).

Asimismo, la JIFE ha reconocido la legalidad de dicha regulación, aunque señalando que esta debe estar sujeta a una serie de requisitos y limitaciones como, por ejemplo, sistemas de licencias que autoricen el cultivo, fabricación, comercio y distribución. (JIFE, 2017).

En base a al análisis realizado cabe reconocer que las iniciativas originadas a partir de la segunda mitad del siglo XX en América del Sur, relacionadas al acceso del cannabis y sus derivados para fines medicinales, no solo están dirigidas a la implementación de un nuevo enfoque en materia de drogas que busca priorizar el derecho a la salud y la protección de los derechos humanos de los ciudadanos, sino que también implican el cumplimiento de una de las principales obligaciones establecidas en el Régimen Internacional de Control de Drogas a partir de 1961.

La fuerte imposición de medidas restrictivas, dirigidas a la lucha contra el narcotráfico y sus consecuencias negativas, han llevado a los países de América del Sur a tomar e implementar normas que han obstaculizado el cumplimiento integral de las restantes obligaciones contraídas en los mismos instrumentos. La sanción de normas dirigidas a garantizar el acceso al cannabis para fines medicinales recae en el cumplimiento de la obligación o mandato sociosanitario por excelencia del Régimen Internacional de Control de Drogas.

A todo esto cabe agregar que la recomendación emitida por el Comité de Especialistas la OMS en Farmacodependencia en su 41° reunión, representa un gran avance en el uso médico del cannabis en todo el mundo, ya que ningún gobierno podría ahora referirse a los tratados internacionales como una razón para prohibir el uso médico del cannabis, una vez que dicha recomendación sea oportunamente aprobada (ICCI, 2019).

Es así que, a través de una nueva mirada de las convenciones internacionales, los países de América del Sur, paulatinamente, van reconociendo y re jerarquizando las obligaciones adquiridas a partir de su incorporación al régimen internacional de control de drogas. Esta readecuación está dirigida a priorizar la protección de la salud y de los derechos humanos de los ciudadanos frente el excesivo enfoque represivo que caracterizó por tantos años a esta región.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES

I. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, S; Gutiérrez, V; Sánchez, L; Nougier, M. (2018) “Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo”. Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas y México Unido Contra la Delincuencia. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2018/06/doctrina46641.pdf>

Ambos, K; Malarino, E; Fuchs, M (Ed.). (2017) “Drogas ilícitas y narcotráfico. Nuevos desarrollos en América Latina”. Editorial Temis. Colombia. Disponible en https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=93982d54-be85-7625-7767-9da536bd82a4&groupId=252038

Anaya Muñoz, A. (2011) “The role of International Regimes in the Constitution of State Behavior an Identity: The Case of Contemporary Mexico”, Quebec Journal of International Law (Special Edition).

Antillano, A; Ávila, K (2015) “Las políticas frente a las drogas en la Venezuela bolivariana”. Disponible en https://www.academia.edu/24806224/Las_pol%C3%ADticas_frente_a_las_drogas_en_la_Venezuela_bolivariana

Armenta Amira, Jelsma Martín. (2015) “Las convenciones de drogas de la ONU. Guía básica”. Transnational Institute. Disponible en <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu#6>.

Arriazu, Pascual; Rubio Valladolid Gabriel (director) (2002) “Historia General de las drogas”. Manual de drogodependencias para enfermería, Diaz de Santos, Madrid.

Babor, T y otros. (2010) “La Política de Drogas y el Bien Público”. Organización Panamericana de la Salud. Washignton. Disponible en http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Politica_Drogas_Bien_Publico.pdf

Barbor, T. (2010) “Drug Policy and the Public Good”, Oxford: Oxford University Press.

Bedi G; Foltin RW; Gunderson EW; Rabkin J; Hart CL; Comer SD; Vosburg SK, Haney M. (2010) “Efficacy and tolerability of high-dose dronabinol maintenance in HIV-positive marijuana smokers: a controlled laboratory study”. Psychopharmacology. Vol. 212

Belendiuk, K.A., Baldini, L.L. & Bonn-Miller, M.O. (2015) “Narrative review of the safety and efficacy of marijuana for the treatment of commonly state-approved medical and psychiatric disorders”. *Addiction Science & Clinical Practice*. Vol. 10

Bewley-Taylor, D. (1999) “The United States and International Drug Control”. Printer, Londres.

Bewley-Taylor D y Jelsma M (2011) “Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: una relectura crítica”. Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 12. Transnational Institute. Disponible en <https://www.tni.org/files/download/dlr12s.pdf>

Bewley-Taylor, D. (2012) “Hacia una revisión de las convenciones de drogas de la ONU La lógica y los dilemas de los grupos afines”. Transnational Institute. Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 19. Disponible en [http://filesserver.idpc.net/library/Hacia-una-revision-de-las-convenciones-de-drogas-de-la-onu%20\(1\).pdf](http://filesserver.idpc.net/library/Hacia-una-revision-de-las-convenciones-de-drogas-de-la-onu%20(1).pdf)

Bewley-Taylor, D. (2012) “International Drug Control: Consensus Fractured”. Cambridge University Press. Cambridge/Nueva York

Bewley-Taylor, D., Blickman, T. & Jelsma, M. (2014) “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. Disponible en <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>

Bewley-Taylor, D; Jelsma, M; Rolles, S; Walsh, J. (2016) “La regulación del cannabis y los tratados de drogas de la ONU: estrategias para la reforma”. Observatorio Global de Políticas sobre Drogas, Amsterdam. Disponible en http://biblioteca.clacso.edu.ar/Paises_Bajos/tni/20160719064219/la_regulacion_del_cannabis_y_los_t ratados_de_drogas_web.pdf

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile – BCN (2018) “Legislación Extranjera: elaboración y distribución de Cannabis para uso medicinal”. Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones. Asesoría Técnica Parlamentaria. Santiago de Chile.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile - BCN. (2016) “América Latina y el debate global acerca de política de drogas”. Disponible en <https://www.bcn.cl/observatorio/americas/noticias/america-latina-y-el-debate-global-acerca-de-politica-de-drogas>

Blickman, T; Jelsma, M. (2009) “La reforma de las políticas de drogas Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos”. *Revista Nueva Sociedad* No 222. Disponible en https://www.tni.org/files/3623_1.pdf

Boister, N. (2001) "Penal Aspects of the UN Drug Conventions". La Haya: Kluwer Law International.

Boiteux de Figueiredo Rodrigues (2010) "Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil". Disponible en http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Sistemas_sobrecargados/Resumenes/sistemas%20sobrecargados-resumen%20brasil-web.pdf

Bogdan, R y Taylor, S. (1984) "Introducción a los métodos cualitativos". Ed. Paidós. Disponible en <https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>

Bouso, J. C. (2003) "Qué son las drogas de síntesis", Barcelona: RBA-Integral. Barcelona.

Brahm, E. (2005) "International Regimes", en Burgess, G. y H. Burgess (eds.), Beyond Intractability, Conflict Information Consortium, Boulder: University of Colorado. Disponible en <http://www.beyondintractability.org/essay/internationalregimes>.

Buxton, J. (2006) "The Political Economy of Narcotics. Production, Consumption and Global Markets". Zed Books. Londres.

Buxton, J. (2010) "The Historical Foundations of the Narcotic Drug Control Regime", en Keefer, P. y N. Loayza (eds.), Innocents Bystanders. Developing Countries and the War on Drugs, Washington DC/Nueva York: Banco Mundial/Palgrave Macmillan.

Cáceres Ratti, I. (2017) "La Regulación Jurídica del Cannabis y su uso Medicinal en Paraguay". Disponible en <https://www.ghp.com.py/blog/la-regulacion-juridica-del-cannabis-y-su-uso-medicinal-en-paraguay>

Cahueñas, H. W. (2013) El desarrollo del régimen de Derecho Internacional Humanitario ante los nuevos escenarios de violencia armada: rol de la Cruz Roja y estudio de caso peruano (Tesis de Maestría en Relaciones Internacionales con mención en Seguridad y Derechos Humanos). FLACSO Sede Ecuador, Quito.

Caiuby, B; Rodrigues, T (Ed). (2015) "Política de Drogas y Prohibición en las Américas". Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). México, D.F.

Calzada, R. (2015) "Regímenes legales de cannabis en el mundo". Espolea. Disponible en: <http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-mapeandocannabis-mundo.pdf>

Carstairs, C. (2005) "The Stages of the International Drug Control System". Drug and Alcohol Review, núm. 24.

Casanovas, O. (2011) “Aproximación a una teoría de los regímenes en Derecho internacional público”, en Rodrigo, A. y C. García (eds.), *Unidad y pluralismo en el Derecho internacional público y en la comunidad internacional*, Madrid: Tecnos.

Chaparro Hernández, S; Pérez Correa, C. (2017) “Sobredosis carcelaria y política de Drogas en América Latina”. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. Bogotá, Colombia. Disponible en

Chayes, A. y H. Chayes. (2001) “On Compliance”, en Martin, L. y B. Simmons (eds.), *Op. cit.* pp. 247-277.

Chetty S. (1996) “The case study method for research in small- and médium - sized firms”. *International small business journal*, vol. 5, octubre – diciembre.

Colectivo de Estudios, Drogas y Derecho – CEDD (2014) “En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina”. Disponible en http://www.drogasyderecho.org/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=19&catid=8&Itemid=141

Conrad, C; Canabal, I; Ascolani, P; Bertone, D. (2014) “Marihuana en Argentina. Historia, rendimiento, usos industriales y terapéuticos del cannabis sativa”. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/09/doctrina42022.pdf>

Corda, A. (2016) “La estrategia fallida. Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en la Argentina”. Intercambios-Universidad de Buenos Aires. Argentina

Corda, A; Fusero, M. (2016) “De la punición a la regulación. Políticas de cannabis en américa latina y el caribe”. Transnational Institute. Informe sobre políticas de drogas. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2018/06/doctrina46641.pdf>

Courtwright, David T. (2012) “Por qué Declaramos la Guerra a Unas Drogas y No a Otras”. Informe anual LSE ideas, Regulando las Guerras Contra las Drogas. Disponible en <http://www.lse.ac.uk/ideas/Assets/Documents/reports/LSE-IDEAS-Regulando-las-Guerras-Contra-las-Drogas.pdf>

D’Alesio, R. (2017) “A 84 años del fin de la Ley Seca en Estados Unidos”. Publicado en “La Izquierda Diario”. Disponible en <http://carga.laizquierdadiario.com/Estados-Unidos-en-1933-deroga-la-Ley-Seca>.

Davenport-Hines, R. (2001) “La búsqueda del olvido: Historia global de las drogas 1500-2000”. Fondo de Cultura Económica. México.

De Sousa Santos, B. (2002) “La globalización del derecho: los nuevos caminos de la regulación y la emancipación”. Bogotá: Universidad Nacional. Bogotá.

De Vito, E. (2017) “Argentina tiene su primera ley sobre el uso medicinal de la planta de cannabis. Historia y perspectivas”. Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://medicinabuenosaires.com/revistas/vol77-17/n5/388-393-Med6627-De%20Vito-A.pdf>

Del Olmo, R. (1988) “La cara oculta de la droga”. Temis. Bogotá.

Donnelly, J. (1986) “International Human Rights: A Regime Analysis”, International Organization, vol. 40, núm. 3.

Donnelly, J. (1992) “The United Nations and the Global Drug Control Regime”, en Peter H. Smith (ed.), Drug Policy in the Americas, Boulder: Westview Press

Escohotado, Antonio (1986) “La creación del problema (1900-1929)”, Reis: Revista española de investigaciones sociológicas, N° 34.

Escohotado, A. (2004) Historia general de las drogas (3 tomos), Madrid: Alianza (1ª ed. 1989).

Escohotado, Antonio (1996) “Historia elemental de las drogas”. Ed. Anagrama. Barcelona.

Fernández Ruiz, J., Lastres-Becker, I., Cabranes, A., Gonzalez, S. & Ramos, J.A. (2002) “Endocannabinoids and basal ganglia functionality, Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids”. Revista ScienceDirect. Vol. 66.

Francisco E. Thoumi. (2009) “La normatividad internacional sobre drogas como camisa de fuerza”. Publicado en la revista Nueva Sociedad No 222.

Fusero, M. (2014) “Conceptos básicos para un cambio de paradigma posible en las políticas de drogas”. Colegio Médico de Chile. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/03/doctrina39135.pdf>

Fusero, M (2017) “La adicción al prohibicionismo y un caso de uso medicinal de cannabis”. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/41909-adiccion-al-prohibicionismo-y-caso-uso-medicinal-cannabis>

Ganzenmüller C; Frigola J; Escudero J F. (1997) “Drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes: delitos contra la salud pública”. Ed. Bosch. Colección de Comentarios al Código Penal de 1995. Barcelona.

García Calderón Valdivieso, M. (2017) “La despenalización del Cannabis Sativa y el Derecho a la Salud”. Universidad de Lima. Disponible en repositoro.ulima.edu.pe/handle/ultima/6052

García, C; Espada Sánchez, E; Pedro, J. (2006) “Una revisión histórica sobre los usos del Cannabis y su regulación”. Salud y drogas, vol. 6, núm. 1. Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/839/83960103.pdf>

García, F. (2015) “Marihuana, Derecho Penal del enemigo”. Revista Cannabis Chile, columna educación. Disponible en <http://cannabischile.cl/marihuana-derecho-penal-del-enemigo/>

Gloss, D.S. & Vickrey, B. (2014) “Cannabinoids for epilepsy”. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3.

González, M. (2018) “Siete entidades controlarán la siembra de cannabis medicinal en Ecuador”. Diario EL COMERCIO. Disponible en <https://www.elcomercio.com/actualidad/siembra-cannabis-marihuana-medicinal-salud.html>.

González-Aréchiga, B., Pérez Esparza, D., Madrazo Lajous, A., & Caballero Juárez, J. (2014) “El mal menor en la gestión de las drogas, de la prohibición a la regulación”. Mc Graw Hill Education. México.

Grenade, A. (2016) “Uso del cannabis medicinal y sus implicancias legales en Chile”. A&DG Abogados. Disponible en <http://adgco.cl/cannabis-medicinal-chile/>

Haas, E. (1980) “Why Collaborate?: Issue-Linkage and International Regimes”, World Politics, vol. 32, núm. 3.

Haggard, S. y B. A. Simmons (1987) “Theories of International Regimes”, International Organization, vol. 41, núm. 3.

Hallam, C. (2014) “El régimen internacional de control de drogas y el acceso a medicamentos fiscalizados”. Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas & Transnational Institute. Disponible en: <http://idpc.net/es/publications/2015/01/el-regimen-internacional-de-control-de-drogas-y-el-acceso-a-medicamentos-fiscalizados>

Hallam, C. (2017) “INCB on therapeutic cannabis”. INCB Watch. Disponible en: <http://idpc.net/incb-watch/updates/2017/08/incb-on-therapeutic-cannabis>

Hasenclever, A., Mayer, P. y V. Rittberger (1997) “*Theories of International Regimes*”, Cambridge: Cambridge University Press.

Herer, J. (2003) “El emperador está desnudo. El cáñamo y la conspiración de la marihuana”. Castellar de la Frontera: Castellarte

Hernandez Sampieri, R; Fernandez Collado, C; Baptista Lucio, M. (2014) “Metodología de la investigación”. (5ª Edición), “Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo”. México. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Hudak, J; Ramsey, G; Walsh J. (2018) “Ley de cannabis uruguay: pionera de un nuevo paradigma”. WOLA & Governance Studies at Brookings. Disponible en https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2018/03/GS_06142018_Cannabis-Uruguay_Spanish.pdf

International Cannabis and Cannabinoids Institute - ICCI (2019) “World Health Organization Announces Scientific Consensus on Medical Cannabis”. Disponible en <https://www.icci.science/en/article/news/world-health-organization-announces-scientific-consensus-on-medical-cannabis/>

International Drug Policy Consortium - IDPC. (2016) “Informe sobre América Latina: Situación en materia de drogas”. Disponible en <https://idpc.net/es/incidencia-politica/trabajo-regional/america-latina>

International Association for Cannabinoid Medicines. (2011) “Studies and case reports”. Disponible en: <http://www.cannabis-med.org/english/studies.htm>

International Drug Policy Consortium. (2013) “Despenalización de la posesión de drogas para uso personal”. Documento de trabajo elaborado a la ocasión de la 56 Comisión de Narcóticos, Viena, Austria.

Jelsma, M. (2003) “Drugs in the UN system: the unwritten history of the 1998 United Nations General Assembly Special Session on drugs”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 14, núm. 2.

Jelsma, M. (2003) “UNGASS: la historia no escrita”, en *International Journal of Drug Policy*. Disponible en <https://www.tni.org/es/un-drug-control/ungass/item/2255-ungass-la-historia-no-escrita>

Jelsma, M. (2011) “El desarrollo de la fiscalización internacional de estupefacientes. Lecciones del pasado y desafíos estratégicos para el futuro”. Transnational Institute. Serie reforma legislativa en materia de drogas, núm. 10, Ámsterdam.

Jelsma, M. (2016) “UNGASS 2016: perspectivas para la reforma de los tratados y la coherencia de todo el sistema de la ONU en materia de políticas de drogas”. Center for 21st Century Security and Intelligence Latin America Initiative. Disponible en <https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Jelsma-United-Nations-final-Spanish.pdf>

Julian Wilches. “UNASUR y la visión regional de las drogas”. International Drug Policy Consortium (IDPC). (2016) Disponible en http://fileserv.idpc.net/library/UNASUR%20briefing_FINAL_SP_13.10.pdf.

Jurado, M; Cent ellas, E; Puleri, E; Chulver, P (2018) “Experiencias Comparadas: Microtráfico y umbrales legislativos de Bolivia – Ecuador: avances en torno a la perspectiva de la UNASUR”.

Friedrich Ebert Stiftung – Acción Semilla. Disponible en http://fileserv.idpc.net/library/Microtrafico_Bolivia_Ecuador.pdf

Keohane, R. O. (1993) “The Analysis of International Regimes: Towards an European-American Research Programme”, en Rittberger, V. y P. Meyer (eds.), *Regime Theory and International Relations*, Oxford: Clarendon Press

Kiernan, Victor G (1991) “Tobacco: A History”. Hutchinson Radius. Londres.

Krasner, S. D. (1983) “Structural causes and regime consequences: regimes as intervening variables”, en Krasner, S. D. (ed.).

Krasner, S. D. (ed.), (1983) “International Regimes”. New York: Ithaca, Cornell University Press.

Kratochwil, F. (1984) “The Force of Prescriptions”, *International Organization*, vol. 38, núm. 4.

Kratochwil, F. y J. G. Ruggie (1986) “International Organization: A State of the Art on an Art of the State”, *International Organization*, vol. 40, núm. 4.

Kratochwil, F. (1989) “Rules, Norms, and Decisions: On the Conditions of Practical and Legal Reasoning in International Relations and Domestic Affairs”, Cambridge: Cambridge University Press.

Kreps, S. E. y A. C. Arendt (2006) “Why States Follow the Rules: Toward a Positional Theory of Adherence to International Legal Regimes”, *Duke Journal of Comparative & International Law*, vol. 16.

Labate, B. y K. Feeney (2012) “Ayahuasca and the process of regulation in Brazil and internationally: implications and challenges”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 23, núm. 2

Lande, A (1962) “The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961”, en: *International Organization*, Vol. 16, No. 4 (Autumn 1962).

Leal-Galicia, P; Betancourt, D; González-González, A; Romo-Parra, H. (2018) “Breve historia sobre la marihuana en occidente”. *Revista Neurol.* Disponible en <https://www.neurologia.com/articulo/2017522>

López-Muñoz, F. y González, A. C. (2007) “Historia de la Psicofarmacología”. Ed. Panamericana. Madrid

Lorenzo, P. y Leza, J. (2000) “Utilidad terapéutica del Cannabis y derivados”. *Revista Adicciones*. Vol 12. Suplemento 2.

Luna-Fabritius, A. (2015) “Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica”. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. Nueva Época, Año LX, núm. 225. México. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmcps/v60n225/0185-1918-rmcps-60-225-00021.pdf>

Mansilla, J. C. y Beltrán, N. (2014) “Legislación y consumo de drogas. Aportes para la discusión”. Disponible en línea en <www.juanenlinea.com>.

Mansilla, J.C (2016) “Nacimiento y crisis del prohibicionismo”. Disponible en <https://elgatoylajaja.com.ar/sobredrogas/nacimiento-y-crisis-del-prohibicionismo/>

Martínez Carazo, Piedad. (2006) “El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica”. Pensamiento & Gestión, núm. 20, julio. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.

May, H. (1955) “The Single Convention on Narcotic Drugs; Comments and Possibilities”, Bulletin on Narcotics, núm. 1

McAllister, W. (1991) “Conflicts of Interest in the International Drug Control System”, Journal of Policy History, vol. 4, núm 3.

McAllister, W. (1991) “Conflicts of Interest in the International Drug Control System”, Journal of Policy History, vol. 4, núm 3

McAllister, W. B. (2000) “Drug Diplomacy in the Twentieth Century”. Routledge. Nueva York.

Merino, P. (2000) “Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa”. Revista Adicciones. Vol. 12. Suplemento 2.

Nadelmann, E., (1990) “Global Prohibition Regimes: The Evolution of Norms in International Society”, International Organization, vol. 44, núm. 4

National Academies of Science, Engineering, Medicines (2017) “The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research” Disponible en <https://www.nap.edu/read/24625/chapter/1>

Paoli, L., Greenfield, V. y P. Reuter (2012) “Change is possible: The History of International Drug Control Regime and Implications for Future Policymaking”, Substance Use & Misuse, núm. 47.

Pérez Correa, C; Youngers, C. (Ed). (2014) “En busca de los derechos: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina”. Colectivo de Estudios, Drogas y Derecho (CEDD). Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/09/doctrina42082.pdf>

Pérez Salazar, B (2009) “El Sistema Internacional de Fiscalización de Drogas: Un estado de cosas para cambiar”. Universidad Católica de Colombia. *Novum Jus*, vol. 3, n.º 2, julio-diciembre. Disponible en https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/Juridica/article/viewFile/715/731

Pietschmann, T. (2007) “Un siglo de fiscalización internacional de drogas”, *Boletín de Estupefacientes*, vol. LIX, núms. 1 y 2, Viena: ONUDD.

Piñero, V. (2003) “Convenciones internacionales sobre estupefacientes y legislación argentina en materia de conductas asociadas al consumo recreacional y personal de drogas”. *Canadian Research Charin in Legal Traditions and Penal Rationaly* – University of Ottawa. Ottawa.

Pol, L; Tordini, X (Coord.) (2016) “El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos La experiencia del continente americano”. Centro de Estudios Legales y Sociales. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/El-impacto-de-las-politicas-de-drogas-en-los-derechos-humanos.-La-experiencia-del-continente-americano..pdf>

Puchala, D. J. y R. F. Hopkings (1983) “International regimes: lessons from inductive analysis” en Krasner, S. D. (ed.), *International Regimes*, New York: Ithaca, Cornell University Press.

Ramos, J. A. y Fernández, J. (2000) “Uso de los cannabinoides a través de la historia”. *Revista Adicciones*. Vol. 12. Suplementos 2.

Raustalia, K. y A. M. Slaughter. (2002) “International Law, International Relations and Compliance”, en Carlsnaes, W., Risse, T. y B. Simmons (eds.), *Handbook of International Relations*, Londres: Sage.

Reuter, P. (2008) “Evaluando la Política de Drogas de los Estados Unidos”. Texto de apoyo para la Primera Reunión de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia Río de Janeiro. Disponible en http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/peter_reuter_espanol.pdf

Rolles, S; Murkin, G; Powell, M; Kushlick, D; Slater, J. (2012) “The Alternative World Drug Report. Counting the Costs of the War on Drugs”. Disponible en <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/AWDR.pdf>

Ruggie, J. (1975) “International Responses to Technology: Concepts and Trends”, *International Organization*, vol. 29, núm. 3. Cambridge.

Samper Pizano, E. (2017) “UNGASS 2016 y el nuevo paradigma sobre el problema mundial de las drogas”. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/desa/v29n2/0124-4035-desa-29-02-00353.pdf>

Sánchez Antelo, V. (2012) “Primeros debates sobre legislación del uso de drogas en Argentina a comienzos del siglo XX: la propuesta del Dr. Leopoldo Bard y su contexto sociohistórico”. Revista: Salud colectiva vol.8 no.3 Lanús sep./dic. Buenos Aires, Argentina

Sánchez L. (coord.). (2015) “¿Marihuana como medicina? Usos médicos y terapéuticos del cannabis y los cannabinoides”. México Unido Contra la Delincuencia. Disponible en <http://www.cannabis-med.org/english/studies.pdf>

Sánchez Avilés, C. (2012) “El régimen internacional frente al ‘problema’ mundial de las drogas Evolución, políticas alternativas y resistencia al cambio”. Trans-Border Institute Joan B. Kroc School of Peace Studies University of San Diego. Disponible en https://justiceinmexico.org/wp-content/uploads/2010/07/2012_S%C3%A1nchez-Avil%C3%A9s_Regimen-Internacional-Drogas.pdf

Sánchez Avilés, C. (2014) “El régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con las políticas nacionales El caso de la política de drogas en España”. Universitat Pompeu Fabra. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/08/doctrina41783.pdf>

Sánchez Gonzalez, M.G. (2015) “Sistema Internacional de Fiscalización de las Drogas: La necesidad de un enfoque comprensivo para la efectiva protección de los derechos humanos”. Universidad Carlos III. Madrid. Disponible en https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/22401/mario_sanchez_tesis.pdf

Sánchez, L. (2014) International Drug Policy Reform: Overcoming Path Dependency through Legal Regulation of Cannabis Markets, London School of Economics, London.

Sánchez, L. (2016) “La sordera de la Onu”. Disponible en <https://www.nexos.com.mx/?p=28044>

Sinha, J (2001) “The History and Development of the Leading International Drug Control Conventions”. Report prepared for the Senate Special Committee on Illegal Drugs, Parliamentary Research Branch.

Sirvent, M. (2004) “El proceso de investigación”. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires.

Slapak, S; Grigoravicius, M. (2007) “Consumo de drogas: la construcción de un problema social”. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-16862007000100023

Smith, L.A., Azariah, F., Lavender, T.C.V., Stoner, N.S. & Bettiol, S. (2015) “Cannabinoids for nausea and vomiting in adults with cancer receiving chemotherapy”. Cochrane Database of Systematic Reviews. Vol. 11.

Smouts, M-C., Battistella, D. y P. Vennesson (2003) “Dictionnaire des Relations Internationales”, Paris: Editions Dalloz.

Smulovitz, C; Urribarri, D. (2008) “Poderes judiciales en América Latina: Entre la administración de aspiraciones y la administración del derecho”. Instituto Fernando Henrique Cardoso y CIEPLAN – Corporación de Estudios. Disponible en <http://fundacaofhc.org.br/files/papers/447.pdf>

Sorj, B; Szabó de Carvalho, I; Darcy de Oliveira; M, Fernandes, R (2010) “DROGAS y DEMOCRACIA: Hacia un cambio de paradigma Declaración de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia”. Open Society Institute Instituto Fernando Henrique Cardoso Viva Rio Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Disponible en <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/paradigma-s.pdf>

Souto Zabaleta, Mariana (2009) “Los Regímenes Internacionales en tiempos de globalización” Disponible en <http://www.eumed.net/rev/sg/03/msz.htm>

Souto Zabaleta, Mariana (2018) “Socialización, crisis de efectividad y persistencia en el régimen internacional de control de drogas”. Arte&Parte; en prensa.

Stewart, D. (1990) “Internationalizing the War on Drugs: The UN Conventions against Illicit Traffic in Narcotics Drugs and Psychotropic Substances”, Denver Journal of International Law and Policy, vol. 18, núm. 3

Strasser F, Luftner D, Possinger K, Ernst G, Ruhstaller T, Meissner W, Ko YD, Schnelle M, Reif M, Cerny T. (2006) “Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-in-Cachexia-Study-Group”. Journal of Clinical Oncology. Vol. 24.

Thoumi, F. (2010) “Debates recientes de la Organización de las Naciones Unidas acerca del Régimen Internacional de Drogas: Fundamentos, Limitaciones e (im)posibles cambios”, en Tokatlian, J. G. (comp.), Drogas y prohibición. Una vieja guerra, un nuevo debate, Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Transnational Institute. (2012) “Reforma de la ley de drogas en Perú: guía básica”. Disponible en <https://www.tni.org/es/publicacion/reforma-de-la-ley-de-drogas-en-peru-guia-basica>

Transnational Institute (2013) “Sobre reforma de la ley de drogas en Brasil”. Disponible en <https://www.tni.org/en/node/16230>

Transnational Institute. (2014) “Panorama de las leyes de drogas y las tendencias legislativas en Bolivia”. Disponible en <http://www.druglawreform.info/es/country-information/latin-america/bolivia/item/241-bolivia>

Transnational Institute. (2015) “Reforma de la ley de drogas en Ecuador: guía básica”. Disponible en <https://www.tni.org/es/publicacion/reforma-de-la-ley-de-drogas-en-ecuador-guia-basica>

Transnational Institute. (2015b) “Reforma de la ley de drogas en el Uruguay: guía básica”. Disponible en <https://www.tni.org/es/publicacion/sobre-la-reforma-de-las-leyes-de-drogas-en-el-uruguay>

Uprimny Yepes, R; Guzmán, D (2010) “Reformas a las leyes de drogas en América Latina”. WOLA, TNI.

Uprimny, R., Guzmán, D; Parra, J. (2012) “La adicción punitiva. La desproporción de leyes de drogas en América Latina”. Bogotá: Dejusticia

Volicer L, Stelly M, Morris J, McLaughlin J, Volicer BJ. (1997) “Effects of dronabinol on anorexia and disturbed behavior in patients with Alzheimer’s disease”. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 12.

Whiting, P.F., et al (2015) “Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis”. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 313. Suplemento 24.

Wilches, J. (2016). “UNASUR y la visión regional de las drogas”. Disponible el 5/01/2017 en <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/10/doctrina44282.pdf>

William B. McAllister. (2000) “Drug Diplomacy in the Twentieth Century. An International History”. Routledge. Nueva York.

Young, O. R. (1980) “International Regimes: Problems of Concept Formation”. *World Politics*, vol. 32, núm. 3.

Young, O. R. (1982) “Regime Dynamics: The Rise and Fall of International Regimes”, *International Organization*, vol. 36, núm. 2.

Youngers, Coletta. (2013) “The debate on drug policy in Latin America”. *Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*. Flacso – Ecuador.

II. FUENTES DOCUMENTALES

A. Tratados Internacionales:

League of Nations (1912) “Convención Internacional del Opio”. Firmada en La Haya el 23 enero de 1912, en *League of Nations Treaty*, vol. 8.

League of Nations (1925) “Acuerdo concerniente a la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado”. Firmado en Ginebra el 11 de febrero de 1925, en League of Nations Treaty Series, vol. 51.

League of Nations (1925) “Convención Internacional del Opio”, concluida en Ginebra el 19 de febrero de 1925, en League of Nations Treaty Series, vol. 81.

League of Nations (1931) “Convención internacional sobre fabricación y reglamentación de la distribución de estupefacientes”, firmada en Ginebra el 13 de julio de 1931, en League of Nations Treaty Series, vol. 139.

League of Nations (1931) “Acuerdo para la supresión del hábito de fumar opio en el Lejano Oriente”, firmado en Bangkok el 27 de noviembre de 1931, en League of Nations Treaty Series, vol. 177.

League of Nations (1936) “Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas”, firmada en Ginebra el 26 de junio de 1936, en League of Nations Treaty Series, vol. 198.

UN (1946) “Protocolo que modifica los Acuerdos, Convenciones y Protocolos sobre estupefacientes concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero de 1925, el 19 de febrero de 1925 y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936”, firmado en Lake Success (Nueva York) el 11 de diciembre de 1946, en United Nations Treaty Series, vol. 12.

UN (1953) “Protocolo para limitar y reglamentar el cultivo de la adormidera y la producción, el comercio internacional, el comercio al por mayor y el uso del opio”, firmado en Nueva York el 23 de junio de 1953, en United Nations Treaty Series, vol. 456.

UN (1961) “Convención Única sobre Estupefacientes de 1961”, enmendada por el Protocolo de 1972, firmada en Nueva York el 30 de marzo de 1961, en United Nations, Treaty Series, vol. 976.

UN (1969) “Convención de Viena sobre el derecho de los tratados”. Firmado en Viena el 23 de mayo de 1969. Disponible en https://www.oas.org/xxxivga/spanish/reference_docs/convencion_viena.pdf

UN (1971) “Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971”, firmado en Viena el 21 de febrero de 1971, en United Nations Treaty Series, vol. 1019, p. 175.

UN (1972) “Protocolo de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes”, firmado en Ginebra el 25 de marzo de 1972, en United Nations Treaty Series, vol. 976, p. 3.

UN (1988) “Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988”, firmada en Viena el 20 de diciembre de 1988, en United Nations Treaty Series, vol. 1582, p. 95.

UNODC (2004) “Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional”, firmada en 2004 en Viena. Disponible en <https://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC%20Convention/TOCebook-s.pdf>

UNODC (2004) “Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción”, firmada en 2004 en Viena. Disponible en https://www.unodc.org/pdf/corruption/publications_unodc_convention-s.pdf

B. Informes y Documentos de organismos de Naciones Unidas

CEPAL, División de Desarrollo Económico. (2000) “Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina”. Serie Políticas Sociales, N° 41. LC/L 1431-P. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5974-produccion-trafico-consumo-drogas-america-latina>

ECOSOC (1950) “Informe de la Comisión del Estudio de las Hojas de Coca”, Actas Oficiales, Duodécimo Período de Sesiones. Disponible en <http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/cocainquiry-1950s.pdf>

ECOSOC (2009) Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, Suplemento núm. 8 (E/2009/28), cap. I, secc. C.

JIFE (2003) Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2003. E/INCB/2009/1. Disponible en https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2009/AR_09_Spanish.pdf

JIFE (2009) “Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008”. E/INCB/2008/1. Disponible en https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2008/AR_2008_Spanish.pdf

JIFE (2010) “Informe Anual de Junta Internacional de Fiscalización”. E/INCB/2010/1. Disponible en https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/AR_2010_Spanish.pdf

JIFE (2015) “Disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional: Garantizar suficiente acceso a esas sustancias para fines médicos y científicos Indispensables, con disponibilidad adecuada y sin restricciones indebidas”. E/INCB/2015/1/Supp.1. Disponible en:

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/Spanish/Supplement-AR15_availability_Spanish.pdf

JIFE (2016) “Report 2016. Estimated World Requirements for 2017 - Statistics for 2015”. E/INCB/2017/2. Disponible en https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2017/Narcotic_drugs_technical_publication_2017.pdf

JIFE (2017) “The therapeutic use of cannabis”. Disponible en https://www.incb.org/documents/News/Alerts/Alert_on_Control_of_Narcotic_Drugs_June_2017.pdf

OMS (1969) “Informe N° 16 del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia”. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_407_spa.pdf

OMS (1994) “Glosario de términos de alcohol y drogas”. (Editado bajo el título ‘Lexicon of Alcohol and Drug Terms’ y traducido por el Ministerio de Sanidad y Consumo), Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 33. Disponible en <http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>.

OMS (1994) “Glosario de términos de alcohol y drogas”. Ministerio de Sanidad y Consumo, centro de publicaciones. Madrid. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

OMS (2017) “Expert Committee on Drug Dependence Thirty-ninth Meeting”. Expert Peer Review No.2. Disponible en https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/5.2_CBD_PeerReview2.pdf

OMS (2017) “Informe N° 39 del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia”. Ginebra. Disponible en: Report of the ACC Subcommittee on Drug Control at its Fifth Session (Vienna, 29 September-1 October 1997), ACC/1997/17 (7 de enero de 1998). Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas (CAC), Consultative Committee on Programme and Operational Questions. Disponible en www.undocs.org/ACC/1997/1

OMS (2019) “Informe N° 41 del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia”. Ginebra. Disponible en <https://www.icci.science/data/files/ECDDcannabisoutcome.pdf>

UN (1977) “Comentarios al Convenio de Sustancias Psicotrópicas”. Nueva York. E/CN.7/589

UN (1989) “Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes”. Nueva York. E/CN.7/588

UN (1999) “Comentarios a la Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988”. Nueva York. E/CN.7/590

UN (2008) “Making drug control fit for purpose: building on the UNGASS decade” Informe del Director Ejecutivo. E/CN.7/2008/CRP.17. Disponible en https://dfaf.org/assets/docs/un_harm_reduction.pdf.

UNODC (2008) “Informe mundial sobre las drogas 2008”, Disponible https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_Spanish_web.pdf

UNODC (2008b) “Un siglo de fiscalización de drogas”. Disponible en https://www.unodc.org/documents/26june/26june08/100ydrugcontrol_S.pdf

UNODC (2009) “Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas”. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984966_S.pdf

UNODC (2014) “La Declaración Ministerial Conjunta del Examen de Alto Nivel de 2014 por La Comisión de Estupefacientes de la Aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y El Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las drogas” Disponible en: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Joint_Ministerial_Statement/14-04449_S_Ebook.pdf

UNODC (2014b) “Los tratados de fiscalización internacional de drogas”. ST/CND/1. Nueva York. Disponible en https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf

UNODC (2018) “Informe Mundial Sobre Drogas”. Disponible en https://www.unodc.org/unodc/es/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html

C. Documentos de otros organismos y organizaciones internacionales

CAN-UE (2009) “Asistencia Técnica de la Unión Europea para la Comunidad Andina, Apoyo a la Comunidad Andina en el Área de Drogas Sintéticas” CONVENIO N° ALA/2005/17-652 curso de legislación y normativa sobre drogas sintéticas. Quito, Ecuador. Disponible en http://www.comunidadandina.org/DS/DROSICAN/ATI%20Legislaci%C3%B3n%20de%20drogas/Informe_ATI-Legislaci%C3%B3n_Normativas_Drogas%20Sint%C3%A9ticas_Lamas.pdf

CELAC (2015) “Declaración Especial 10: Sobre el problema mundial de las drogas”. Belén de Costa Rica. Disponible en: <http://www.celac2015.go.cr/declaracion-especial-10-sobre-el-problema-mundial-de-las-drogas/>.

Cicad-OEA (2015) “Informe técnico sobre alternativas al encarcelamiento para los delitos relacionados con drogas. Organización de los Estados Americanos”. Bogotá. Disponible en <http://bit.ly/1S0NHhj>

Cicad-OEA (2017) “Informe Analítico: Modelos de Regulación de Cannabis en las Américas”. Organización de Estados Americanos. Disponible en http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/reference/ROMANI_Modelos%20de%20Regulacion%20de%20Cannabis-SPA.PDF

MERCOSUR (2016) “Declaração de Brasília pontos de convergência dos estados partes e associados do Mercosul frente à UNGASS 2016”. Brasília, Brasil, mayo de 2015. Disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2015/noticias/NO_P934/Declaraci%C3%B3n-Mercosur.pdf

OEA (2014) Informe de Drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.D/XXV.4.1) disponible en <https://www.oas.org/docs/publications/layoutpubgagdrogas-esp-29-9.pdf>

UNASUR (2016) “Visión regional del Consejo Suramericano sobre el problema mundial de las drogas de la UNASUR para UNGASS”. Disponible en https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/IGO/UNASUR/UNASUR_common_position_on_UNGASS_spanish.pdf

III. LEYES Y DECRETOS NACIONALES

Ley 23.737. Ley de Estupefacientes. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina. Octubre 10 de 1989.

Ley 27.350. Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina. 19 de abril de 2017.

Ley 1008. Ley del régimen de la coca y sustancias controladas. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz, Bolivia. 19 de junio de 1988.

Ley 913. Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. La Paz, Bolivia. 16 DE MARZO DE 2017

Ley N° 11.343. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Presidência da República Casa Civil. Brasil. 23 de agosto de 2006.

Ley 20.000. Sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile. 16 de febrero de 2015.

Decreto N° 84. Modificación de los decretos supremos n° 404 y 405. Reglamento de estupefacientes y reglamento de psicotrópicos, respectivamente, ambos del ministerio de salud. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile. 30 de octubre de 2015

Decreto 2467. Reglamentación de la Ley N°1986. Diario Oficial de Colombia. Bogotá. Colombia. 22 de diciembre de 2015.

Ley N°1787 de 2016. Reglamentación del Acto Legislativo 02 de 2009. Diario Oficial de Colombia. Bogotá. Colombia. 6 de julio de 2016.

Corte Suprema de Justicia de la República de Colombia. (2015). Sala de Casación Penal E. No. SP7600-2015. Bogotá. Disponible en <https://es.scribd.com/document/281025899/Sentencia-SP-7600-2015>

Decreto N° 613. Reglamentación de la Ley N°1787, el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis. Diario Oficial de Colombia. Bogotá. Colombia. 10 de abril de 2017

Código Orgánico Integral Penal de Ecuador (COIP). Registro Oficial de Ecuador. Quito, Ecuador. 14 de diciembre de 2013

Tabla de Consumo sobre Drogas de Ecuador, 2018. Disponible en <https://informacionecuador.com/tabla-de-consumo-de-drogas-ecuador-consep-seted-gramos/>

Constitución Nacional de la República del Paraguay. Gaceta Oficial de la República de Paraguay. Asunción, Paraguay, 20 de junio de 1992.

Ley N° 1340. Modifica, adiciona y actualiza la Ley N° 357/72, "que reprime el tráfico ilícito de estupefacientes y drogas peligrosas y otros delitos afines y establece medidas de prevención y recuperación de farmacodependientes". Gaceta Oficial de la República de Paraguay. Asunción, Paraguay. 22 de noviembre de 1988.

Ley N° 6007. Crea el programa nacional para el estudio y la Investigación médica y científica del uso medicinal de la planta de cannabis y sus derivados. Gaceta Oficial de la República de Paraguay. Asunción, Paraguay. 29 de diciembre de 2017.

Código Penal peruano. Diario Oficial el Peruano. Lima, Perú. 8 de abril de 1991

Ley N° 30.681. Regula el uso medicinal y terapéutico del cannabis. Diario Oficial el Peruano. Lima, Perú. 16 de noviembre de 2017

Ley N° 19.172. Marihuana y sus derivados. Control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. Diario Oficial. Montevideo, Uruguay. 7 de enero de 2014

Decreto 120/2014. Reglamentación de la ley 19.172 relativo a la regulación y control del cannabis - ley de marihuana. Diario Oficial. Montevideo, Uruguay. 15 de mayo de 2014.

Decreto 46/2015. Reglamentación de la ley 19.172 relativa a la regulación y control del cannabis. Diario Oficial. Montevideo, Uruguay. 10 de febrero de 2015.

Ley Orgánica de Drogas. Gaceta Oficial de Venezuela. Caracas, Venezuela. 5 de septiembre de 2010

ENTREVISTAS

- **Lic. Lidia Noemí Saya** (Subsecretaria de Abordaje Integral en la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina). 15 de noviembre de 2018.
- **Lic. Juan Carlos Mansilla** (Director de Desarrollo Territorial en la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina). 10 de enero de 2019.
- **Mariano Fusero** (Presidente de RESET, Política de Drogas y Derechos Humanos). 25 de Octubre de 2018.