

Reclasificación del cannabis: Una introducción global

Por Dania Putri

Resumen Ejecutivo

Tras realizar su primer examen crítico referido al cannabis, en enero de 2019 la Organización Mundial de la Salud emitió una serie de recomendaciones formales para reclasificar el cannabis y otras sustancias relacionadas con éste. 53 Estados Miembros de la Comisión de Estupefacientes (CND, por sus siglas en inglés) están listos para votar sobre estas recomendaciones en diciembre de 2020.

Entre las recomendaciones de la OMS, dos en particular parecen ser las más urgentes: a saber, la recomendación 5.1 (referida al reconocimiento de la utilidad medicinal del cannabis) y la recomendación 5.4 (relativa a la necesidad de retirar el término “extractos y tinturas de cannabis” de la Convención de 1961). El respaldo a estas dos recomendaciones presenta una oportunidad para que los gobiernos y la sociedad civil impulsen la reforma y descolonicen los enfoques para la fiscalización de drogas en todo el mundo, y fortalecer la base legal internacional para programas existentes y emergentes de cannabis medicinal en diferentes partes del mundo.

Respecto a este tema, las principales recomendaciones para defensores y gestores de políticas de drogas consisten en:

- Apoyar las recomendaciones más urgentes, 5.1 y 5.4.
- Involucrarse activamente con miembros de la CND, enfatizando el carácter urgente de las recomendaciones 5.1 y 5.4.
- Participar activamente en reuniones y procesos relevantes a nivel de la CND, así como enfatizar la necesidad de contar con mayor seguimiento al examen crítico.
- Participar activamente y alentar el apoyo para otros gobiernos y actores regionales clave, así como para organizaciones de la sociedad civil, expertos y comunidades afectadas.

Antecedentes: Cannabis y el sistema de clasificación de drogas de la ONU

En todo el mundo, la mayoría de las legislaciones nacionales referidas al consumo, producción y distribución de cannabis y sustancias relacionadas a éste están arraigadas en el sistema global para la fiscalización de drogas, tal como ha sido institucionalizado por las tres principales convenciones de la ONU referidas a drogas¹. Más de 300 sustancias enumeradas en estas convenciones se encuentran sujetas a diversos grados de fiscalización, dependiendo de las categorías en las cuales han sido clasificadas, “definidas según el potencial de dependencia, propensión a uso indebido y utilidad terapéutica de las drogas incluidas en ellas”². Por consiguiente, resulta crucial señalar que las convenciones de la ONU referidas a drogas existen para asegurar el tráfico, producción y consumo (legales) a nivel global de sustancias fiscalizadas para fines médicos y científicos, al mismo tiempo que con el fin de prevenir la desviación de estas sustancias al mercado ilegal, que típicamente abastece las necesidades recreacionales (no medicinales ni científicas).

Desde el momento en que se negoció inicialmente la Convención de 1961, el cannabis ha sido incluido en las secciones más restrictivas –Listas I y IV–, junto con drogas como la heroína y el fentanilo. La Lista IV en particular es designada –incorrectamente, en el caso del cannabis– para sustancias con “ventajas terapéuticas” limitadas³. Sin embargo, uno de los componentes químicos esenciales del cannabis, dronabinol/Δ9-tetrahidrocannabinol (THC), figura separadamente en la menos restrictiva Lista II de la Convención de 1971⁴.

Tal como lo han reiterado expertos de diversa procedencia, la manera en la cual las sustancias son categorizadas y fiscalizadas a nivel de la ONU se basa mayormente en ideologías culturales y políticas, antes que en una evalu-

ación científica imparcial⁵ sobre los daños potenciales de cada sustancia para quienes las consumen y sus entornos. De hecho, se ha demostrado que el nivel de daños a la salud y sociales causado por el cannabis (así como de otras sustancias bajo estricta fiscalización como el LSD y MDMA) es más bajo que el de otras drogas que actualmente figuran en la misma categoría (cocaína, heroína), y también menos que sustancias legalmente reguladas como el tabaco y el alcohol (Gráfico 1)⁶.

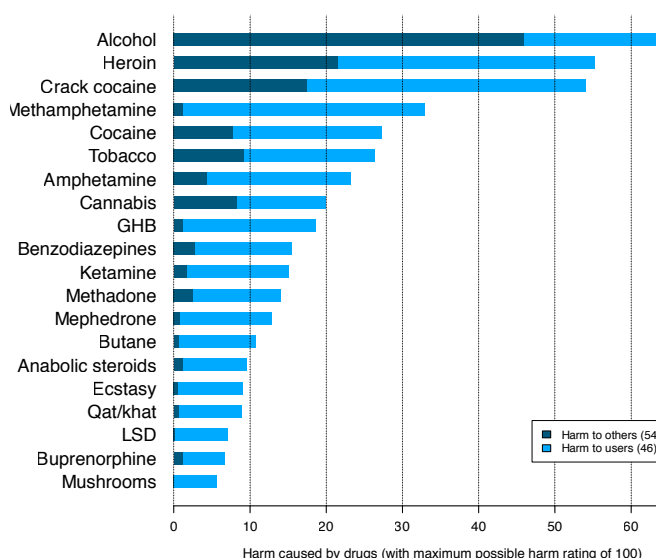


Gráfico 1: Daños relativos de sustancias psicoactivas seleccionadas (fuente: Wikimedia Commons). Reproducido en inglés^{7,8}

Más aun: tal como lo ha expresado la OMS, los “preparados de cannabis han demostrado tener potencial terapéutico para el tratamiento del dolor y otras afecciones médicas como la epilepsia y la espasticidad asociada con la esclerosis múltiple”⁹ – para nombrar sólo algunas. A inicios de 2020, más de 30 países han desarrollado algún tipo de marco jurídico para el uso legal de cannabis medicinal.

Tal como se refleja en las tendencias globales¹⁰, el cannabis sigue siendo la sustancia ilegal que se consume más ampliamente en el planeta, y también es cultivado ilegalmente por millones de personas en áreas rurales que ofrecen pocos medios de subsistencia viables alternativos¹¹. En la mayoría de los países, el estatus (restringido) del cannabis corresponde a aquel prescrito por las convenciones de la ONU referidas a drogas y, por consiguiente, al continuo enfoque punitivo hacia el consumo, comercio y producción de cannabis. Sin embargo, en años recientes, un creciente número de países, desde Uruguay y Canadá hasta Sudáfrica y Tailandia, han adoptado diferentes formas de cambios legislativos para regular el cultivo y consumo de cannabis, para fines ya sea médicos o no médicos para adultos¹².

El primer examen crítico del cannabis en la historia de la OMS

Tal como lo estipulan las convenciones de la ONU referidas a drogas, el Comité de Expertos en Farmacodependencia (ECDD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹³ opera como una instancia cuya tarea consiste en evaluar el daño potencial y la utilidad medicinal de una sustancia, primordialmente desde una perspectiva de salud pública, y brindar recomendaciones acerca de la clasificación de estas sustancias a los Estados Miembros en la Comisión de Estupefacientes (CND).

Al figurar entre las primeras sustancias (junto con la coca y el opio) categorizadas como fiscalizables bajo el sistema internacional, el cannabis nunca ha sido sometido a un examen crítico de la OMS hasta el año 2018. Los resultados de este primer examen crítico del cannabis en la historia de la entidad fueron publicados en enero de 2019, junto con una lista de recomendaciones para la reclasificación del cannabis y de sustancias relacionadas con éste (Gráficos 2 y 3).



Credit: Jasper Hamann

Recomendaciones de la OMS sobre cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis

5.1 Retirar el cannabis y la resina del cannabis de la Lista IV de la Convención de 1961	5.4 Retirar extractos y tinturas de cannabis de la Lista I de la Convención de 1961
5.2.1 Añadir al dronabinol y sus estereoisómeros (delta-9-THC) a la Lista I de la Convención de 1961	5.5 Añadir una nota al pie sobre preparados de cannabinoides a la Lista I de la Convención de 1961 que diga: "Los preparados que contengan predominantemente cannabinoides y no más de 0.2 por ciento de delta-9-tetrahidrocannabinoides no están sometidos a fiscalización internacional"
5.2.2 Si 5.2.1 es adoptada: Retirar el dronabinol y sus estereoisómeros (delta-9-THC) de la Lista II de la Convención de 1971	5.6 Añadir a la Lista III de la Convención de 1961 preparados que contengan dronabinol, producidos por síntesis química o como preparados de cannabis compuestos como preparados farmacéuticos con uno o más ingredientes, y de tal manera que el dronabinol no pueda ser separado fácilmente o en cantidades que constituirían un riesgo para la salud pública
5.3.1 Si 5.2.1 es adoptada: Añadir tetrahidrocannabinol a la Lista I de la Convención de 1961	
5.3.2 Si 5.3.1 es adoptada: Retirar tetrahidrocannabinol de la Lista I de la Convención de 1971	

Gráfico 2: Recomendaciones sobre cannabis y sustancias relacionadas con éste (fuente: ONUDD)

Convención Única de 1961 sobre Estupefacentes

Lista I	Lista II	Lista III	Lista IV
Sustancias que son altamente adictivas y propensas a uso indebido o fáciles de convertir en aquellas (por ej.: opio, heroína, cocaína, hoja de coca, oxicodona)	Sustancias que son menos adictivas y propensas a uso indebido que las que figuran en la Lista I (por ej.: codeína, dextropropoxifeno)	Preparados con baja cantidad de estupefacentes que están eximidos de la mayoría de las medidas de fiscalización impuestas a las drogas que contienen (por ej.: <2.5% codeína, <0.1% cocaína)	Drogas también incluidas en la Lista I con "propiedades particularmente peligrosas" y valor terapéutico escaso o nulo (por ej.: heroína, carfentanilo)
Cannabis y resina Extractos y tinturas + Tetrahidrocannabinol + Dronabinol (Δ9-THC)		Ciertos "preparados farmacéuticos" que contienen dronabinol de los cuales no se puede extraer fácilmente el Δ9-THC	Cannabis y resina
* Preparados de CBD con < 0.2% THC no están sometidos a fiscalización			

Convención de 1971 sobre Sustancias Psicotrópicas

Lista I	Lista II	Lista III	Lista IV
Drogas con un alto riesgo de uso indebido que presentan una amenaza particularmente grave a la salud, con escaso o nulo valor terapéutico (por ej.: LSD, MDMA, catinona)	Drogas con un riesgo de uso indebido que presentan una seria amenaza a la salud pública, con valor terapéutico bajo o moderado (por ej.: anfetaminas)	Drogas con un riesgo de uso indebido que presentan una amenaza seria a la salud pública, con un valor terapéutico moderado o alto (por ej.: barbitúricos, buprenorfina)	Drogas con riesgo de uso indebido que presentan una amenaza menor a la salud pública, con un alto valor terapéutico (por ej.: tranquilizantes, diazepam)
Tetrahidrocannabinol (Transferido a la Lista 1 1961)	Dronabinol (Δ9-THC) (Transferido a la Lista 1 1961)		

Gráfico 3: Implicaciones de las recomendaciones de la ONU sobre el cannabis sustancias relacionadas con éste (fuente: TNI)

Principales implicaciones de las recomendaciones de la ONU

El cannabis permanece en la Lista I de la Convención de 1961 (no es una recomendación)

El examen de la OMS muestra que el cannabis no representa “el mismo nivel de riesgo para la salud que la mayoría de las demás drogas que se han incluido en la Lista I”¹⁴. Sin embargo, la ONU recomienda mantener el cannabis en la Lista I de la Convención de 1961, basándose en “la elevada incidencia de los problemas de salud pública derivados del consumo de cannabis y el alcance mundial de estos problemas”¹⁵. Éste no es un argumento sólido para mantener al cannabis en la Lista I, dado que el criterio básico para recomendar la inclusión de una sustancia en las Listas I o II de la Convención es el “principio de similitud”, es decir, si la sustancia “se presta a un uso indebido o puede causar efectos nocivos similares a las drogas que figuran en las Listas I o II”, o si es “convertible” en una de esas drogas¹⁶.

Habiendo reconocido que éste no es el caso con el cannabis, resulta difícil entender por qué la OMS todavía recomendaría su inclusión en la Lista I. La “elevada incidencia” y el “alcance mundial” del consumo de cannabis no son razón suficiente, dado que la propia OMS ha reconocido que la “prevalencia de uso no constituye, de por sí, un buen indicador de los daños a la salud pública”¹⁷. Si el cannabis no cumple el criterio de similitud con las drogas incluidas en la Lista I, la conclusión lógica sería considerar trasladarlo a la Lista II, como lo dice el Comentario: “Por consiguiente, muchas veces se puede proponer que se incluyan en la Lista II sustancias que son relativamente menos peligrosas y muy utilizadas en las prácticas médicas”. Por lo tanto, si el cannabis no cumpliera los criterios de similitud con sustancias de la Lista II, la conclusión tendría que ser que no debería ser sometido a fiscalización internacional en absoluto. Sin embargo, dado que la decisión de mantener el cannabis en la Lista I no involucra un cambio en el sistema de categorías existente, esta decisión no figura en la lista de recomendaciones, y no se somete a votación en la CND.

Reconocimiento de la utilidad medicinal del cannabis (recomendación 5.1)

El estatus actual del cannabis en la Lista I de la Convención de 1961 significa que esta sustancia es considerada como “altamente adictiva y propensa a uso indebido”¹⁸. La mención adicional del cannabis en la Lista IV de la Convención de 1961 implica que el cannabis contiene “propiedades particularmente peligrosas”¹⁹ con escaso o ningún valor terapéutico. La OMS

recomienda (5.1) la retirada del cannabis de la Lista IV lo cual, de proceder la medida, significaría el reconocimiento implícito de la utilidad medicinal del cannabis por parte del sistema de fiscalización de drogas de la ONU. Sin embargo, incluso si la CND no sigue esta recomendación, los países aún podrían seguir adelante y permitir el uso del cannabis con fines médicos, por cuanto la imposición de la prohibición plena para fines médicos siempre ha sido opcional^{20,21}.

Trasladar el THC a la Convención de 1961 (recomendaciones 5.2.1, 5.2.2, 5.3.1 y 5.3.2)

Actualmente, el dronabinol/ Δ^9 -THC —obtenido naturalmente a partir de la planta o producido sintéticamente— se encuentra bajo la Lista II de la Convención de 1971. Tras su examen crítico, la OMS actualmente recomienda (5.2.1) que el dronabinol/ Δ^9 -THC (y otros seis isómeros del THC) sean añadidos a la Lista I, más estricta, de la Convención de 1961. Ésta es una de las principales consecuencias de la decisión de recomendar mantener el cannabis en la Lista I: debido al “principio de similitud”, el THC debería estar incluido en la misma lista que el cannabis. Los países deberían ser conscientes de que apoyar estas recomendaciones de hecho constituye un respaldo a la decisión de la OMS de mantener el cannabis en la Lista I.

Esta recomendación, sin embargo, va en contra de los exámenes críticos previos de la ONU sobre el dronabinol/ Δ^9 -THC, que llevaron a la recomendación de clasificarlo en la Lista II (la recomendación fue formulada y aceptada en 1991) e incluso en la Lista IV de la Convención de 1971 en el año 2001, y confirmada en 2002²², antes de zanjar con el cambio a la Lista III (la recomendación fue formulada en 2006 y confirmada en 2012²³, pero rechazada en 2014), la cual requiere controles sustancialmente menos estrictos²⁴. Sólo si se adoptan las recomendaciones 5.2.1 y 5.3.1 los miembros de la CND votarían si el dronabinol/ Δ^9 -THC y los isómeros deben ser eliminados de la Convención de 1971 (recomendaciones 5.2.2 y 5.3.2)²⁵.

Eximir de fiscalización internacional a los preparados con un contenido de cannabidiol (CBD)²⁶ inferior de 0.2% THC (recomendaciones 5.4 y 5.5)

Siguiendo recomendaciones para mantener el cannabis y añadir el dronabinol/ Δ^9 -THC a la Lista I de la Convención de 1961, la OMS también recomienda (5.4) retirar el término “extractos y tinturas de cannabis” de la Lista I de la Convención de 1961. A este respecto, la OMS recomienda (5.5) incluir una nota al pie señalando que los preparados no-psicoactivos que contienen CBD (lo cual técnicamente cubre los “extractos y tin-

turas”) con hasta 0.2% THC²⁷ no se encuentran bajo fiscalización internacional²⁸. Tales preparados que contienen CBD²⁹ pueden comprender desde aceite medicinal hasta alimentos y productos para el bienestar. Sin embargo, los “extractos y tinturas” psicoactivos que típicamente contienen niveles más elevados de THC, como el aceite de hachís de butano y productos comestibles, todavía estarían sujetos a la misma fiscalización que el propio cannabis porque éste sigue clasificado en la Lista I de la Convención de 1961.

Menos fiscalización y restricciones para “preparados farmacéuticos que contengan THC” (recomendaciones 5.4 y 5.6)

La última recomendación de la OMS se basa en la creciente legitimidad de productos farmacéuticos aprobados como Sativex y Marinol, los cuales “no están asociados con problemas de uso indebido y dependencia, y no se desvían para su uso con fines no médicos”³⁰. Según la OMS, estos preparados farmacéuticos –que pueden contener THC obtenido naturalmente o sintetizado químicamente– deben ser transferidos a la Lista III de la Convención de 1961, aunque no queda claro cuáles serían las implicancias de esta recomendación (5.6) para otros “extractos de cannabis más naturales con propiedades medicinales parecidos”³¹– muchos de los cuales pueden no cumplir necesariamente requisitos para ser considerados como “preparados farmacéuticos”³², tal como lo mencionó la OMS.

¿Por qué son importantes estas recomendaciones?

De los 193 Estados Miembros de la ONU, 53 son seleccionados en un momento determinado para ser “miembros” de la CND³³. Aunque todos los gobiernos pueden participar en las reuniones y discusiones de la CND, únicamente estos 53 Estados Miembros pueden votar sobre las recomendaciones de la OMS referidas a la clasificación. La CND se prepara para votar en diciembre de 2020 sobre las ya mencionadas recomendaciones referidas al cannabis y sustancias relacionadas a éste – habiendo pospuesto ya la votación para permitir una mayor consideración tanto en marzo de 2019 como en marzo de 2020. Los resultados de la votación serían jurídicamente vinculantes para todos los países signatarios de las Convenciones de 1961 y 1971³⁴, requiriendo que los Estados enmienden consecuentemente las leyes nacionales y clasificaciones pertinentes referidas a drogas. Debe aclararse, sin embargo, que adoptar estas recomendaciones no necesariamente obliga a los gobiernos nacionales a iniciar programas de cannabis medicinal legal en sus respectivos países.

Mientras avanzamos, sin embargo, surgen varias preguntas. ¿Por qué son importantes estas recomendaciones? ¿Qué significará a nivel de país la reclasificación del cannabis por parte de la ONU, especialmente considerando los diversos orígenes y la transformación de las políticas referidas al cannabis en distintas partes del mundo? Y en el futuro, ¿podrían estas medidas ofrecer beneficios y alternativas legales para los millones de agricultores tradicionales en el Sur Global en países como Marruecos, India, Líbano y algunos países del Caribe, quienes actualmente dependen del cultivo de cannabis para el mercado ilegal?

Descolonización de la fiscalización de drogas

La recomendación por parte de la ONU para retirar el cannabis de la Lista IV de la Convención de 1961 (5.1) puede servir como una oportunidad para que la sociedad civil y los gobiernos impulsen la reforma y descolonicen los enfoques sobre la fiscalización de drogas en muchas partes del mundo, particularmente mediante el cuestionamiento del discurso que desde hace mucho ha socavado el potencial medicinal del cannabis, y reivindicar el uso cultural y tradicional milenario de la planta cuyos orígenes preceden a la prohibición arraigada por el colonialismo³⁵.

El cannabis ha sido cultivado y consumido por los seres humanos durante milenios. Hallazgos arqueológicos ilustran que la planta fue cultivada en China en fecha tan temprana como 4,000 años A.C.³⁶, mientras que excavaciones recientes de antiguos entierros en China Occidental muestran que el cannabis se fumaba como parte de rituales hace aproximadamente 2,500 años³⁷. El consumo de cannabis también tiene una larga historia en India, donde fue empleado con fines medicinales y espirituales aproximadamente desde el año 1,000 A.C., y también en el Himalaya. Del Asia Occidental, el cannabis ingresó y se difundió a través de la Península Arábiga y luego pasó al África³⁸, donde se convirtió en parte de prácticas medicinales aproximadamente en el siglo X³⁹.

El cannabis fue supuestamente llevado a las Américas durante el siglo XVI por esclavos provenientes de lo que actualmente es Angola, quienes fueron capturados y llevados a las haciendas azucareras del nordeste de Brasil⁴⁰. En consecuencia, las comunidades rurales de Brasil han usado el cannabis durante siglos para tratar enfermedades como dolor de muelas y cólicos menstruales⁴¹. El colonialismo también jugó un papel determinante en llevar el cannabis al Caribe, donde fue introducido durante el siglo XIX por siervos reclutados en el subcontinente indio⁴². Posteriormente, el cannabis fue adoptado por las comunidades de origen africano como parte de sus prácticas de sanación,



Agricultores tradicionales secando plantas de cannabis en Rif, Marruecos. Crédito: Dania Putri

culturales y espirituales. En Jamaica, por ejemplo, el surgimiento de rituales basados en el cannabis estuvo fuertemente ligado a las comunidades de origen africano y, por consiguiente, su consumo en estas comunidades iba de la mano con la resistencia anti-colonial⁴³. Hasta la fecha, diversas comunidades en el Caribe siguen usando el cannabis con fines sociales, culturales, espirituales y medicinales⁴⁴.

Durante el siglo XIX, el cultivo y comercio del cannabis estuvo sometido a tributos por parte de los gobiernos coloniales, principalmente como una manera de obtener ganancias y parcialmente para proveer de la sustancia al mercado farmacéutico europeo. El Parlamento Británico impuso un régimen tributario y de autorización sobre el tráfico de cannabis en India con fecha tan temprana como la década de 1790. En Trinidad y Tobago, hasta el año 1928 se podía obtener una licencia para el cultivo, venta y posesión de ganja, pagando una tarifa a las autoridades coloniales⁴⁵. Puede observarse un enfoque extractivo similar en África, con la formación de regímenes de monopolio del cannabis controlados por las autoridades coloniales hasta la década de 1950⁴⁶.

Los regímenes coloniales, sin embargo, frecuentemente se inclinaron por la prohibición, ignorando los usos tradicionales del cannabis y las comunidades que participaban en ellos. El Parlamento Británico discutió la proscripción del consumo y comercio del cannabis en India en 1838, 1871, 1877 y 1892. Entre muchos otros ejemplos, la posesión y consumo de cannabis fue prohibida por el gobierno colonial de Portugal en Angola al menos desde 1857, por el gobierno colonial de Holanda en Indonesia en 1927, por el gobierno colonial británico en Sudáfrica desde 1870, así como en Egipto desde 1868, y por algunas municipalidades en el recién

independizado Brasil desde la década de 1830⁴⁷.

En todos los casos, la prohibición fue empleada para oprimir a las comunidades que se encontraban bajo el régimen colonial. También conllevó a la estigmatización y marginalización de quienes consumían la sustancia, incluyendo “trabajadores desempleados en Sudáfrica, agricultores en Egipto, prostitutas y mendigos en Marruecos, comunidades de origen africano en Brasil⁴⁸, y quienes realizaban trabajos forzados en Angola”⁴⁹. Baste decir que actualmente la altamente restrictiva categorización del cannabis en todo el mundo tiene un origen colonial, y su implementación está fuertemente ligada a un racismo sistémico⁵⁰.

Programas de cannabis medicinal

El discurso de origen colonial que desestima la utilidad medicinal del cannabis ha ido atenuándose lentamente en la medida en que más países consideran el potencial socio-económico de regular legalmente el cannabis para fines medicinales, industriales y científicos. Aun cuando el actual marco institucional del régimen de fiscalización de drogas de la ONU no opera como una barrera para tales esfuerzos⁵¹, la transformación del estatus del cannabis dentro del sistema de categorización de la ONU referido a drogas reforzaría la base legal internacional para estos programas emergentes de cannabis medicinal⁵².

La recomendación de la OMS (5.1) de retirar el cannabis de la Lista IV de la Convención de 1961 parece relevante en tanto su adopción legitimaría más aun el estatus internacional de cannabis como (fuente de) medicina. Mientras tanto, la recomendación de relajar las medidas de fiscalización referidas a ciertos preparados medicinales (5.4, 5.5 y 5.6) podría en prin-

cipio constituir otra oportunidad para países interesados en desarrollar una industria legal doméstica (y potencialmente orientada a la exportación) de cannabis. Sin embargo, los gobiernos y la sociedad civil tienen que seguir siendo prudentes y cerciorarse de que estos avances no sirvan para cerrar la puerta a preparados herbales más naturales. Algunos países también han establecido sus respectivas regulaciones en torno al régimen legal del cáñamo que contiene menos de 0.3% (Ghana) o incluso 1% (Suiza) de THC, porcentaje ya mayor que el prescrito en la Recomendación 5.5. Más aun: la referencia explícita a “preparados farmacéuticos” y el énfasis en productos como Sativex y Marinol en la Recomendación 5.6 puede significar un reto para países con una larga trayectoria de uso terapéutico de preparados de cannabis que tienen un carácter más herbal y tradicional^{53,54,55,56,57}. Ello parece contradecir la reiterada importancia que la OMS otorga a la promoción de medicinas tradicionales en general⁵⁸.

Inevitablemente, el establecimiento de programas legales de cannabis medicinal provocaría un considerable impacto sobre los millones de trabajadores rurales que actualmente dependen del cultivo de cannabis ilegal⁵⁹. Hasta el momento, estas comunidades han sido mayormente excluidas del mercado legal emergente, y es probable que continúen siéndolo si el régimen de fiscalización de drogas de la ONU se convierte en una institución que favorece cada vez más a grandes corporaciones, muchas de las cuales han gozado de trato preferencial en sistemas de otorgamiento de licencias para la producción de cannabis médico en todo el mundo^{60,61,62}. Dada esta situación, deben abordarse con cautela algunas recomendaciones de la OMS, particularmente la transferencia del THC de la Convención de 1971 a la de 1961, y las 5.5 y 5.6. Aprobarlas en su forma actual con el extremadamente bajo umbral de 0.2% y la terminología que se refiere a “preparados farmacéuticos”, parece conceder trato preferencial a grandes compañías en desmedro de técnicas de cultivo más tradicional y de medicinas herbales. De otro lado, el respaldo a las Recomendaciones 5.1 y 5.4 parece más urgente y potencialmente más fructífero, particularmente en el contexto del desarrollo científico y de políticas sobre cannabis medicinal basado en principios de salud pública y derechos humanos. En apoyo de ello, el Artículo 28 de la Convención de 1961 requiere que los países establezcan agencias gubernamentales especializadas que se responsabilicen por mantener control sobre la producción y comercio de cannabis medicinal.

Próximos pasos: cronogramas y recomendaciones para los gobiernos

Dada la temprana inclusión del cannabis en el régimen internacional para la fiscalización de drogas, el examen crítico del cannabis ha tardado mucho en producirse. Aunque respetando plenamente el papel independiente fundamental que juega el Comité de Expertos en Fármacodependencia (ECDD) de la OMS, muchos consideran que las recomendaciones podrían haber tenido un alcance mayor. Voces críticas han cuestionado la decisión de la OMS de no recomendar retirar el cannabis de la Lista I de la Convención de 1961, especialmente debido a que la propia evaluación de riesgo de la OMS muestra que el cannabis no tiene por qué figurar allí⁶³. Considerando las investigaciones científicas sobre cannabis que avanzan rápidamente, sería recomendable una evaluación más periódica de la planta para actualizar consideraciones sobre su clasificación con nuevas percepciones reveladoras sobre la sustancia, a fin de preservar la integridad del sistema internacional de clasificación. A pesar de ello, no debe subestimarse la significación política del examen crítico del cannabis ni de sus recomendaciones resultantes, las cuales representan una oportunidad hacia la modernización del sistema de la ONU para la fiscalización de drogas (y por extensión, de las políticas nacionales para la fiscalización de drogas en todo el mundo). En este aspecto, se requiere una activa participación de la sociedad civil y de los gobiernos para alentar un resultado positivo en la CND.

Cronograma para la incidencia

En la CND celebrada a inicios de marzo de 2020, los Estados Miembros acordaron por consenso postergar la votación y “seguir examinando... la consideración de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis, teniendo presente su complejidad, a fin de aclarar las repercusiones y consecuencias de estas recomendaciones, así como el razonamiento en que se fundamentan, y decide celebrar la votación en la continuación de su 63er período de sesiones, en diciembre de 2020, a fin de preservar la integridad del sistema de fiscalización internacional de drogas”⁶⁴.

Los Estados Miembros han continuado sosteniendo discusiones desde marzo a través de consultas informales (cerradas y no grabadas) llevadas a cabo virtualmente (debido a la pandemia global del COVID-19 que ha sobrevenido desde que se celebró la CND en marzo). Una serie de dos “Reuniones Temáticas” fueron celebradas los días 24 y 25 de junio (nueva-

mente, de manera virtual – con un enfoque en “extractos y tinturas” y CBD), y 24 y 25 de agosto (sobre THC y preparados). La tercera “Reunión Temática” tendrá lugar los días 6 y 7 de octubre de 2020 (sobre la eliminación en la Lista IV). Estas “Reuniones Temáticas” constituyen una nueva estructura, pero lamentablemente parecen mantener un carácter informal y no contar con traducción, transmisión virtual en vivo ni grabación, ni invitación a la participación de representantes de la sociedad civil (como hubiera sido el caso para una reunión formal, según las normas de la ONU)⁶⁵. Los Estados Miembros, sin embargo, han sido alentados a incluir “expertos” en sus delegaciones a las “Reuniones Temáticas”, las cuales pueden incluir expertos de la sociedad civil.

Esta serie de “Reuniones Temáticas” será seguida por una reunión formal del período entre sesiones de la CND, a realizarse el 8 de octubre de 2020, a la cual la sociedad civil debe poder asistir y solicitar intervenir. Los días 12 al 16 de octubre, el Comité de Expertos de la OMS celebrará su siguiente reunión, abriendo la posibilidad de que reconsideren algunas de las recomendaciones si las discusiones de la CND les dan

argumentos convincentes de carácter social, legal o administrativo (la CND no tiene autoridad para cuestionar la evaluación médica/científica de la OMS).

La 63ra CND Reanudada está luego programada para celebrarse los días 2 a 4 de diciembre de 2020 en Viena⁶⁶, donde los 53 miembros participantes en la sesión deben finalmente votar sobre las recomendaciones. Es posible que los miembros de la CND voten únicamente sobre ciertas recomendaciones, y no sobre otras. A este respecto, debe darse prioridad a las recomendaciones más obvias y urgentes, la 5.1 (para eliminar el cannabis de la Lista IV) y 5.4 (para eliminar los términos “extractos y tinturas de cannabis” de la Convención de 1961).

En consecuencia, ahora es un momento clave para que la incidencia de la sociedad civil en todo el mundo cree conciencia sobre este proceso “vivo” y su importancia. Es crucial que tantos gobiernos como sea posible participen en estas discusiones, y no sólo los 53 miembros de la CND que tiene la capacidad concreta de votar. A continuación proponemos algunas de las recomendaciones que las ONG pueden presentar a sus gobiernos⁶⁷:

Recomendaciones sustantivas para los gobiernos:

- Respaldo las recomendaciones más obvias y urgentes: 5.1 (retirar el cannabis de la Lista IV, reconociendo de esta manera su utilidad médica) y 5.4 (retirar el término “extractos y tinturas de cannabis” de la Convención de 1961).
- Cuestionar las implicaciones potenciales de las otras recomendaciones (especialmente la de mantener al cannabis en la Lista I, y transferir el THC a la Convención de 1961) para el reconocimiento y regulación de medicinas tradicionales y herbales basadas en el cannabis, así como solicitar a la OMS enmendar algunos detalles pertinentes en la próxima reunión del ECDD o reconsiderarlos en una etapa posterior.

Recomendaciones de proceso para los gobiernos::

- Enfatizar la necesidad de seguimiento al examen crítico en tanto la investigación científica continúa arrojando nuevas luces sobre los riesgos y ventajas del cannabis, especialmente en respuesta a la recomendación de la OMS de mantener el cannabis en la Lista I de la Convención de 1961.
- Participar e involucrarse en las reuniones de la CND referidas a las recomendaciones de la OMS sobre el cannabis y sustancias relacionadas con éste, especialmente a fin de respaldar las recomendaciones 5.1 y 5.4, para asegurar mecanismos transparentes de votación y mejorar la claridad sobre las recomendaciones de la OMS y sus implicancias.
- Facilitar la participación de la sociedad civil, y en particular de ONG acreditadas con ECOSOC, en las próximas “reuniones temáticas” sobre las recomendaciones de la OMS.
- Involucrarse con otros gobiernos para discutir estos temas, particularmente con los 53 miembros de la CND.
- Involucrarse con organizaciones regionales clave sobre este tema para alentar su participación y coordinación.
- Consultar e involucrarse activamente con organizaciones de la sociedad civil, expertos y representantes clave de comunidades afectadas en diversos países.

Reconocimientos

Esta nota informativa fue redactada por Dania Putri, consultora tanto para el IDPC como para el Instituto Transnacional (TNI). La autora desea agradecer al personal del Secretariado del IDPC y del programa Drogas y Democracia del TNI, así como a Nathalie Rose, por sus valiosos aportes al revisar el documento. Agradecimientos especiales a Adrià Cots Fernández por la edición y diseño del documento, y a Kique Bossio por su traducción al español.

Notas finales

1. Las tres principales convenciones de la ONU referidas a drogas que guían actualmente el sistema de fiscalización de estas sustancias a nivel global incluyen la Convención Única sobre Estupefacientes de la ONU (1961), enmendada por el Protocolo de 1972, la Convención de la ONU sobre Sustancias Psicotrópicas (1971), y la Convención de la ONU Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988). Las diferentes categorías de drogas fiscalizadas están definidas bajo las Convenciones de 1961 y 1971.
2. Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y el Delito (2016), *Terminología e Información sobre Drogas: Tercera Edición*, https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs-E_3rd_edition.pdf
3. Naciones Unidas (1961), *Convención Única sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 que enmienda la Convención Única sobre Estupefacientes, 1961*, https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf
4. Seis isómeros de Δ^9 -THC figuran actualmente en la Lista I de la Convención de 1971, la cual es más restrictiva que la Lista IV de la Convención de 1961. Sin embargo, en la 41^{ra} reunión, el Comité de Expertos sobre Farmacodependencia de la OMS declaró: “Aunque estos seis isómeros son químicamente similares al Δ^9 -THC, existe muy poca o ninguna evidencia referida al potencial de uso indebido y agudos efectos intoxicantes de estos isómeros. No existen reportes de que los isómeros de THC enumerados en la Lista I de la Convención de 1971 induzcan dependencia o de que sean usados indebidamente o que sea probable que sean usados indebidamente de manera que constituyan un problema de salud pública o social. No existen usos médicos o veterinarios reportados de estos isómeros”. Fuente de la cita: Organización Mundial de la Salud (2019), *Anexo 1: Extracto del Informe del 41er Comité de Expertos sobre Farmacodependencia: Cannabis y sustancias relacionadas con éste*, p. 4, https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf
5. Ver por ejemplo: Bewley-Taylor, D., Blickman, T. y Jelsma, M. (2014), *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform* (Ámsterdam: Instituto Transnacional). https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf
6. Comisión Global sobre Políticas de Drogas (2019), *Classification of Psychoactive Substances: When Science Was Left Behind*. <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/classification-psychoactive-substances>
7. Sitio web de Wikimedia, File: HarmCausedByDrugsTable.svg, <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:HarmCausedByDrugsTable.svg> (consultado el 22 de junio de 2020). Datos obtenidos de: Nutt, D., King y L., Phillips, L., “Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis”, *The Lancet*, 376: 9752, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
8. Sitio web Wikimedia, File: HarmCausedByDrugsTable.svg, <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:HarmCausedByDrugsTable.svg> (consultado el 22 de junio de 2020). Datos ob-

- tenidos de: Nutt, D., King y L., Phillips, L., “Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis”, *The Lancet*, 376: 9752, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
9. Organización Mundial de la Salud (2019), *Anexo 1: Extracto del Informe del 41er Comité de Expertos sobre Farmacodependencia: Cannabis y sustancias relacionadas con éste*, https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf
 10. Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y el Delito (2019), *Informe Mundial sobre Drogas 2019*, <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
 11. Carrier, N. y Klantschnig, G. (2016), “Illicit livelihoods: drug crops and development in Africa”, *Review of African Political Economy*, 43:148, 174-189, DOI:10.1080/03056244.2016.1170676
 12. Ver: Weinberg, B. (2020), *What will the cannabis economy mean for Africa?* (California: Project CBD), <https://www.projectcbd.org/cannabis-in-africa>; Ane, M. G. (2020), *Parliament of Ghana passes historic new drug law, paving the way for a West African approach* (Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas), <https://idpc.net/blog/2020/04/parliament-of-ghana-passes-historic-new-drug-law-paving-the-way-for-a-west-african-approach>
 13. El ECDD es “un grupo independiente de expertos en el campo de las drogas y medicinas. El ECDD evalúa los riesgos y beneficios de salud del uso de sustancias psicoactivas de acuerdo a un conjunto de criterios establecidos. Estos criterios son: evidencia de potencial de dependencia respecto a la sustancia, uso indebido real y/o evidencia de probabilidad de uso indebido, aplicaciones terapéuticas de la sustancia”. En diciembre de cada año, “[l]as recomendaciones del ECDD son presentadas por el Director General de la OMS al Secretario General de la ONU y la Junta Internacional para la Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) de las Naciones Unidas” para ser consideradas por la CND durante el mes de marzo. Ver: sitio web de la Organización Mundial de la Salud, *Comité de Expertos sobre Farmacodependencia de la OMS*, <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd/en/> (consultado el 22 de junio de 2020).
 14. Walsh, J., Jelsma, M., Blickman, T. y Bewley-Taylor, D. (2019), *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* (Ámsterdam: Instituto Transnacional), pp. 7-9, <https://www.tni.org/en/publication/the-whos-first-ever-critical-review-of-cannabis>.
 15. Organización Mundial de la Salud (2018), *Comité de Expertos sobre Farmacodependencia de la OMS: Evaluación Crítica del Cannabis y resina de cannabis*, Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Cannabis-and-cannabis-resin.pdf>
 16. Walsh, J., Jelsma, M., Blickman, T. y Bewley-Taylor, D. (2019), *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* (Ámsterdam: Instituto Transnacional), pp. 7-9, <https://www.tni.org/en/publication/the-whos-first-ever-critical-review-of-cannabis>,
 17. *Ibid*, p. 8.
 18. Bewley-Taylor, D., Blickman, T. y Jelsma, M. (2014), *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform* (Ámsterdam: Instituto Transnacional), p. 23, https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf.
 19. Naciones Unidas (1961), *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961: As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs 1961*, p. 3.
 20. Un Estado Miembro de la Convención sólo tiene que seguir la recomendación “si en su opinión las condiciones prevalentes en su país la convierten en la manera más adecuada para proteger la salud y el bienestar públicos”. (Naciones Unidas (1961), *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961: As amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs 1961*, p. 3). En otras palabras, si un Estado Miembro fuera de la opinión de que ésta no es la forma más adecuada, podría decidir permitir el cultivo y consumo de can-

nabis para fines médicos, tal como de hecho muchos países han actuado a pesar de su estatus en la Lista IV.

21. Walsh, J., Jelsma, M., Blickman, T. y Bewley-Taylor, D. (2019), *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* (Ámsterdam: Instituto Transnacional), pp. 7-9, <https://www.tni.org/en/publication/the-whos-first-ever-critical-review-of-cannabis>.
22. Comité de Expertos sobre Fármacodependencia de la OMS, *Thirty-fourth report*, Informe Técnico de la OMS Serie 942, 2006, p. 2-4; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43608/9789241209427_eng.pdf; Comité de Expertos sobre Fármacodependencia de la OMS, *Thirty-fifth report*, Informe Técnico de la OMS Serie 973, 2012, p. 4; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO_trs_973_eng.pdf.
23. Comité de Expertos sobre Fármacodependencia de la OMS, *Thirty-second report*, Informe Técnico de la OMS Serie 903, 2001, p. 19; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42406/WHO_TRS_903.pdf; Comité de Expertos sobre Fármacodependencia de la OMS, *Thirty-third report*, Informe Técnico de la OMS Serie 915, 2003, p. 11; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42655/WHO_TRS_915.pdf.
24. Walsh, J., Jelsma, M., Blickman, T. y Bewley-Taylor, D. (2019), p. 8. *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* (Ámsterdam: Instituto Transnacional), pp. 7-9, <https://www.tni.org/en/publication/the-whos-first-ever-critical-review-of-cannabis>, p. 8.
25. Mientras tanto, se han planteado preguntas respecto a las posibles repercusiones de que el dronabinol/ Δ^9 -THC y a sus seis isómeros figuren tanto en la Convención de 1961 como en la de 1971. Ver: sitio web de la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y el Delito, *Decision tree depicting the conditionalities of the WHO recommendation on cannabis and cannabis-related substances*, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Scheduling_Resource_Material/Cannabis/Decision_tree_depicting_the_conditionalities_of_the_WHO_recommendation_on_cannabis_and_cannabis.pdf (consultado el 22 de junio de 2020).
26. El CBD o cannabidiol es uno de los principales compuestos químicos encontrados en la planta de cannabis. El CBD también puede ser sintetizado químicamente. En sus 41^{ra} reunión, el ECDD de la OMS declaró: "El cannabidiol se encuentra en el cannabis y en la resina de éste pero no presenta propiedades psicoactivas, y no tiene potencial de uso indebido ni de producir dependencia". Fuente de la cita: Organización Mundial de la Salud (2019), *Annex 1: Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances*, p. 4, https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf.
27. Los críticos han cuestionado la decisión de la OMS de limitar la cantidad límite del THC a apenas 0.2%, lo cual puede presentar problemas para países que han establecido umbrales más altos del THC para productos que contienen CBD y/o cáñamo, incluyendo a Ghana (0.3%) y muchos países europeos como Suiza (1%).
28. Organización Mundial de la Salud (2019), *Annex 1: Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances*, https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf.
29. En su 40^{ma} reunión, el ECDD enfatizó que, "[n]o hay reporte de casos de uso indebido o dependencia relacionados con el uso de CBD puro. No se han asociado problemas de salud pública con el uso del CBD", y que "el CBD ha demostrado su efectividad para tratar al menos algunas formas de epilepsia, y un producto que contiene CBD puro (Epidiolex®) ha resultado efectivo en estudios clínicos del síndrome Lennox-Gastaut (una forma severa de encefalopatía epiléptica que produce varios tipos de ataques) y el síndrome Dravet (un desorden complejo de epilepsia infantil que tiene una alta tasa de mortalidad), los cuales son a menudo resistentes a otras formas de medicación". Ver: Organización Mundial de la Salud (2018), "WHO Expert Committee on Drug Dependence: Fortieth report", *WHO Technical Report Series 1013*, pp. 15-17, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279948/9789241210225-eng.pdf?ua=1>.
30. Organización Mundial de la Salud (2019), *Annex 1: Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances*, p. 7, https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Annex_1_41_ECDD_recommendations_cannabis_22Jan19.pdf.
31. Walsh, J., Jelsma, M., Blickman, T. y Bewley-Taylor, D. (2019), *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* (Ámsterdam: Instituto Transnacional), <https://www.tni.org/en/publication/the-whos-first-ever-critical-review-of-cannabis>, p. 11.
32. El término "preparados farmacéuticos" (referido a cannabis) no es mencionado ni explicado en las convenciones sobre drogas de la ONU, las cuales usan principalmente el término "preparados".
33. Este año, los 10 estados de Latinoamérica y el Caribe incluyen a Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Jamaica, México, Perú, y Uruguay. "En concordancia con la resolución 845 (XXXII) y 1147 (XLI) del Consejo, los miembros se eligen (a) entre los Estados Miembros de las Naciones Unidas y miembros de las agencias especializadas y Signatarios de la Convención Única sobre Estupefacientes, 1961; (b) con la debida atención a la adecuada representación de países que son importantes productores de opio u hojas de coca, de países que son importantes en el campo de la producción de estupefacientes, y de países en los cuales la farmacodependencia o el tráfico ilícito constituyan un grave problema; y (c) tomando en cuenta el principio de distribución geográfica equitativa". Ver: Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y el Delito, *CND: Membership and Bureau*, <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Membership/Membership.html> (consultado el 22 de junio de 2020).
34. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, (2020), *Report of the International Narcotics Control Board for 2019*, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2019/Annual_Report_Chapters/English_ebook_AR2019.pdf.
35. Desde el siglo XV, el cannabis fue empleado en entornos medicinales en África para tratar la mordedura de serpientes, malaria, fiebre, septicemia, carbunco, asma y disentería, tal como lo ha escrito Du Toit, B. M. (1980), *Cannabis in Africa* (Rotterdam: Balkema), citado por Zuardi, A. W. (2006), "History of cannabis as medicine: a review", *Brazilian Journal of Psychiatry*, <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200015>.
36. Zuardi, A. W. (2006), "History of cannabis as a medicine: a review", *Brazilian Journal of Psychiatry*, <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200015>.
37. Sample, I. (2019), "Earliest known signs of cannabis smoking unearthed in China", *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/science/2019/jun/12/earliest-known-signs-of-cannabis-smoking-unearthed-in-china>.
38. D. Putri (2020), *Cannabis rescheduling: What could it mean Africa?* Instituto Transnacional y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, <https://idpc.net/publications/2020/06/cannabis-rescheduling-what-could-it-mean-for-africa/>, y Duvall, C. D. (2019), "A brief agricultural history of cannabis in Africa, from prehistory to canna-colony", *EchoGéo*, **48**: 2019, p. 4, <http://journals.openedition.org/echogeo/17599>.
39. Zuardi, A. W. (2006), "History of cannabis as a medicine: a review", *Brazilian Journal of Psychiatry*, <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200015>.
40. L. Spicer (2002), *Historical and cultural uses of cannabis and the Canadian "Marihuana Clash"*, informe para el Comité Especial del Senado sobre Drogas Illegales de Canadá, <https://sencanada.ca/content/sen/committee/371/ille/library/spicer-e.htm>.
41. *Ibid.*
42. Secretariado de la Comunidad del Caribe (2018), Informe de la Comisión Regional de CARICOM sobre Marihuana 2018: *Waiting*

- to *Exhale* – Salvaguardando nuestro futuro a través de políticas socio-legales responsables sobre Marihuana, CARICOM, https://caricom.org/documents/16434/marijuana_report_final_3_aug_18.pdf
43. V. Hanson (2020), *Remarks in the Webinar “Cultural, Traditional and Indigenous Rights and the Legal Regulation of Drugs”*. Disponible en: <https://youtu.be/vblneZh4MZU>
 44. Secretariado de la Comunidad del Caribe (2018), Informe de la Comisión Regional de CARICOM sobre Marihuana 2018: *Waiting to Exhale* – Salvaguardando nuestro futuro a través de políticas socio-legales responsables sobre Marihuana, CARICOM, https://caricom.org/documents/16434/marijuana_report_final_3_aug_18.pdf
 45. V. Hanson, P. Metaal y D. Putri (2020), *WHO cannabis rescheduling and its relevance for the Caribbean*. Instituto Transnacional y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, p. 5, https://www.tni.org/files/publication-downloads/cannabis_rescheduling_caribbean_idpc-tni_august2020.pdf
 46. D. Putri (2020), *Cannabis rescheduling: What could it mean Africa?* Instituto Transnacional y Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, <https://idpc.net/publications/2020/06/cannabis-rescheduling-what-could-it-mean-for-africa>
 47. D. Bewley-Taylor, T. Blickman, M. Jelsma (2014), *The rise and decline of cannabis prohibition*, Instituto Transnacional, pp. 8-11, https://www.swansea.ac.uk/media/TNI-GDPO_Rise-and-Divide_web.pdf
 48. *Ibid*, pp. 8-10.
 49. Duvall, C. D. (2019), “A brief agricultural history of cannabis in Africa, from prehistory to canna-colony”, *EchoGéo*, **48**:2019, p. 8, <http://journals.openedition.org/echogeo/17599>
 50. Fordham, A. (2020), *The war on drugs is built on racism. It’s time to decolonise drug policies*, Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, <https://idpc.net/blog/2020/06/the-war-on-drugs-is-built-on-racism-it-s-time-to-decolonise-drug-policies>
 51. La meta global de las convenciones sobre drogas de la ONU es ayudar a regular el tráfico, producción y uso lícitos de sustancias controladas (incluyendo el cannabis) únicamente para fines médicos y científicos usos. Los gobiernos deben crear e implementar políticas regulatorias en cumplimiento de artículos específicos de cada una de las tres convenciones sobre drogas, tal como se traza en este gráfico: Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (2019), *Preguntas y respuestas relacionadas a las recomendaciones de la ONU sobre cannabis y sustancias relacionadas a éste*, pp. 96-100, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Scheduling_Resource_Material/Cannabis/Consultations_with_WHO_Questions_and_Answers_26_November_2019.pdf
 52. Unión Africana (2019), *African Union Plan of Action on Drug Control and Crime Prevention 2019-2023*. Disponible a pedido.
 53. “El cannabis como medicina herbal plantea serios desafíos a la medicina moderna, la cual opera de acuerdo al paradigma de ‘compuesto simple, objetivo simple’ de la farmacología”. Ver: Hazekamp, A. y Fisdick, J. T. (2012), “Cannabis - from cultivar to chemovar”, *Drug Test. Analysis* (Nueva Jersey: John Wiley & Sons), https://bedrocan.com/wp-content/uploads/2012-cannabis-from-cultivar-to-chemovar_hazekamp.pdf
 54. Fields of Green For All (2019), *Cannabis in South Africa, The People’s Plant, A Full Spectrum Manifesto for Policy Reform*, https://fieldsofgreenforall.org.za/wp-content/uploads/2019/11/FGA_CANNABIS_IN_SOUTH_AFRICA_LOW_RES-FINAL-DRAFT-NOV19.pdf
 55. Southern Eye (30 de marzo de 2014), *Binga villagers want freedom to use mbanje*, <https://www.southerneye.co.zw/2014/03/30/binga-villagers-want-freedom-use-mbanje/>
 56. Duvall, C. D. (2019), “A brief agricultural history of cannabis in Africa, from prehistory to canna-colony”, *EchoGéo*, **48**: 2019, p. 5, <http://journals.openedition.org/echogeo/17599>
 57. Du Toit, B. M. (1980). *Cannabis in Africa* (Rotterdam: Balkema).
 58. Organización Mundial de la Salud (2013), *WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf
 59. Jelsma, M. (2018), *Connecting the dots... Human rights, illicit cultivation and alternative development*, (Ámsterdam: Instituto Transnacional). <https://www.tni.org/en/publication/connecting-the-dots>
 60. Consorcio Internacional de Políticas sobre Drogas. (2020), *Principles for the responsible legal regulation of cannabis*. International Drug Policy Consortium, <https://idpc.net/publications/2020/09/principles-for-the-responsible-legal-regulation-of-cannabis>, y Jelsma, M., Kay, S. y Bewley-Taylor, D. (2019), *Fair(er) Trade Options for the Cannabis Market*. Cannabis Innovate (Ámsterdam: Instituto Transnacional) <https://www.tni.org/en/publication/fairer-trade-cannabis>
 61. Bloomer, J. (2019), “Turning Cannabis Into Cash: Agrarian Change and Lesotho’s Evolving Experience”, *EchoGéo*, **48**: 2019, pp. 10-13, <http://journals.openedition.org/echogeo/17612>.
 62. Clark, C. (14 de octubre de 2019), “‘People feel betrayed’: small-scale dagga growers fear exclusion from legal trade”, *GroundUp*, <https://www.groundup.org.za/article/people-feel-betrayed-small-scale-dagga-growers-fear-exclusion-legal-trade/>
 63. En su 41^{er} informe, el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS declara que “[a]unque el Comité no consideraba que el cannabis está asociado con el mismo nivel de riesgo a la salud que el que representan la mayoría de las otras drogas incluidas en la Lista I, advertía las altas tasas de problemas de salud pública provocadas por el consumo de cannabis y el alcance global de tales problemas. Por estas razones, recomendaba que el cannabis y la resina de éste continúen incluyéndose en la Lista I de la Convención Única de Estupefacientes de 1961”. Ver: Organización Mundial de la Salud (2018), “WHO Expert Committee on Drug Dependence: Fortieth report”, *WHO Technical Report Series 1013*, p. 41, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279948/9789241210225-eng.pdf?ua=1>, p. 41.
 64. Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (2020), *Draft decision submitted by the Chair: Changes in the scope of control of substances: proposed scheduling recommendations by the World Health Organisation on cannabis and cannabis-related substances*, UN Doc. E/CN.7/2020/L.8, <https://undocs.org/E/CN.7/2020/L.8>
 65. Consorcio Internacional de Políticas sobre Drogas. (2020), *Closing door: The exclusion of civil society at the ‘topical meetings’ of the UN Commission on Narcotic Drugs*, International Drug Policy Consortium, <https://idpc.net/publications/2020/08/closing-doors-the-exclusion-of-civil-society-at-the-topical-meetings-of-the-un-commission-on-narcotic-drugs>
 66. Sitio web de la Oficina de las Naciones Unidas sobre Drogas y el Delito, *Eventos*, https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/CND_Meetings-Current-Year.html (consultado el 22 de junio de 2020).
 67. Si desea conocer qué funcionarios y agencias de su gobierno ya toman parte en discusiones de la CND, puede consultar la lista oficial de participantes desde la reunión de marzo de 2020 hasta el momento: Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (2020), *Lista de Participantes: Miembros de la Comisión de Estupefacientes*, UN Doc. E/CN.7/2020/INF/2, https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63/LoP_63_CND_Final_V2001716.pdf

Sobre este informe

Este informe proporciona un análisis de las recomendaciones sobre la reclasificación del cannabis presentadas por la Organización Mundial de la Salud en enero de 2019. Además de explicar brevemente estas recomendaciones, el informe pone el foco en el contexto histórico de la reclasificación del cannabis, y en sus implicaciones para los países que han puesto en marcha, o están diseñando, programas de cannabis medicinal. La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas votará las recomendaciones en diciembre de 2020.

International Drug Policy Consortium

61 Mansell Street
Londres E1 8AN, Reino Unido

Tel: +44 (0)20 7324 2975

Mail: contact@idpc.net

Sitio web: www.idpc.net

Sobre el IDPC

El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas es una red global de organizaciones no gubernamentales especializadas en cuestiones relacionadas con la producción de drogas ilícitas y su uso. El Consorcio trabaja para fomentar un debate objetivo y abierto sobre la eficacia, la dirección y el contenido de las políticas de drogas a nivel nacional e internacional, y apoya las políticas basadas en la evidencia que son eficaces en reducir los daños relacionados con las drogas. Produce documentos de información, difunde los informes de sus organizaciones miembros, y ofrece servicios de asesoría a los responsables políticos y funcionarios de todo el mundo.

About TNI

El Transnational Institute (TNI) es un instituto internacional de investigación y promoción de políticas que trabaja por un mundo más justo, democrático y sostenible. Durante más de 40 años, el TNI ha actuado como punto de enlace entre movimientos sociales, académicos y académicas comprometidos, y responsables de políticas.

Financiado, en parte, por

