

# Políticas sobre el cannabis

Robin Room • Benedikt Fischer • Wayne Hall  
Simon Lenton • Peter Reuter • Diana Rossi  
Raúl Alejandro Corda



BIBLIOTECA DE LA SALUD

---

POLÍTICAS SOBRE EL CANNABIS

Traducción  
MANUEL CASALS

# Políticas sobre el cannabis

ROBIN ROOM • BENEDIKT FISCHER • WAYNE HALL •  
SIMON LENTON • PETER REUTER • DIANA ROSSI •  
RAÚL ALEJANDRO CORDA

AMANDA FEILDING  
*(coordinadora)*



Primera edición en inglés, 2010  
Primera edición en español, 2013  
Primera edición electrónica, 2014

El material que integra este libro fue encomendado y reunido por The Beckley Foundation. Se publicó originalmente como parte del *Global Cannabis Commission Report* bajo el título *Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate*, y presentado durante el Seminario de The Beckley Foundation en la Cámara de los Lores en octubre de 2008.

En 2010 el reporte se revisó y publicó en colaboración con Oxford University Press.

© The Beckley Foundation

Diseño de portada: Laura Esponda Aguilar

D. R. © 2013, Fondo de Cultura Económica  
Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14738 México, D. F.  
Empresa certificada ISO 9001:2008



[www.fondodeculturaeconomica.com](http://www.fondodeculturaeconomica.com)

Comentarios:

[editorial@fondodeculturaeconomica.com](mailto:editorial@fondodeculturaeconomica.com)

Tel. (55) 5227-4672

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio. Todos los contenidos que se incluyen tales como características tipográficas y de diagramación, textos, gráficos, logotipos, iconos, imágenes, etc. son propiedad exclusiva del Fondo de Cultura Económica y están protegidos por las leyes mexicana e internacionales del copyright o derecho de autor.

ISBN 978-607-16-2023-1 (mobi)

Hecho en México - *Made in Mexico*

# SUMARIO

PRÓLOGO

PREFACIO

AGRADECIMIENTOS

Primera parte

POLÍTICAS SOBRE EL CANNABIS: MÁS ALLÁ DEL ESTANCAMIENTO

Segunda parte

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DEL  
CANNABIS

Tercera parte

PROYECTO DE CONVENCION MARCO PARA EL CONTROL DEL  
CANNABIS

ACERCA DE LOS AUTORES Y DE LA FUNDACION BECKLEY

BIBLIOGRAFIA

INDICE ANALITICO

## PRÓLOGO

Durante casi cuarenta años las llamadas a reformar la política sobre la marihuana han sido un elemento básico en el discurso occidental, desde finales de la década de 1960, cuando comenzó a popularizarse la droga. Yo mismo pertencí al panel de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos que, en 1982, publicó un reporte que instaba a examinar cuáles eran las alternativas a la actual prohibición. Ese reporte conllevó una reprensión casi sin precedentes por parte del presidente de la academia, quien escribió un prólogo en el que expresaba que el comité había sobrepasado sus competencias al publicar el escrito. Ciertamente no fue el caso. Es difícil no interpretar su comentario sino como la respuesta a las preocupaciones gubernamentales acerca de la conveniencia de la publicación.

Lo realmente sorprendente es lo poco que ha cambiado el modo en que las sociedades occidentales abordan la cuestión de una droga cuyo uso se ha convertido casi en una parte normal de la experiencia de los adolescentes. Algunas naciones, así como algunos estados de los Estados Unidos, han retirado las sanciones penales por la simple posesión de marihuana pero, aparte de las *coffee shops* neerlandesas, no se ha llegado más lejos en cuanto a la búsqueda de un régimen alternativo. En numerosos países, la posesión de marihuana provoca un gran número de arrestos; en los Estados Unidos, en 2006, la cifra superó los 750 000 y la tasa por habitante era comparable a la de otros países, como Australia o Suiza. Aunque muy pocos de estos arrestos supusieron sentencias de prisión, sí representan una intrusión importante en la vida de muchas personas. Es difícil justificar estas cifras si se tiene en cuenta que no se dispone de pruebas convincentes de que estos arrestos reduzcan el consumo de marihuana.

Numerosos reportes han examinado la experiencia de países concretos con la prohibición de la marihuana. Este libro es el primero que explora las experiencias procedentes de un gran número de países; en él se presentan pruebas de que la marihuana representa un riesgo bajo para la salud de la población, a pesar de que puede ocasionar algunos daños a los consumidores, y se evalúa cómo se han ido implementando políticas en todo el mundo occidental, desde Australia hasta Suecia. Es, además, el primer libro en estudiar sistemáticamente el régimen internacional que apuntala las leyes nacionales. En este sentido, los autores muestran las dificultades que el sistema internacional presenta para cualquier país que pretenda hacer algo más que bordear el sistema existente.

Otro hallazgo importante del libro es el fracaso que en muchos países han tenido los esfuerzos dirigidos a reformar las leyes para conseguir que se reduzca la intromisión del Estado. Los estados de los Estados Unidos que han retirado las sanciones penales por posesión las han mantenido por fumar en público, por lo que la disminución de los arrestos no ha sido considerable. En otras jurisdicciones alrededor del mundo, retirar las

sanciones penales por posesión ha facultado a la policía para realizar muchos más arrestos, debido a que el papeleo que se requiere es menor. Es muy posible que deba incidirse más en la “descriminalización” y simplemente retirar todas las sanciones por posesión y uso; la prohibición de la venta podría ser suficiente para evitar tanto la promoción como que se extienda el uso de esta droga. La alternativa, según la recomendación del antiguo gobernador de California, Arnold Schwarzenegger, era considerar de alguna forma una legalización controlada. Este estudio tiene mucho que ofrecer en relación con estos dos caminos. Ofrece una revisión de las pruebas existentes acerca de lo que ocurre en cada una de las alternativas, y del modo en que estas iniciativas y el régimen internacional pueden llegar a un acuerdo.

Para los que estén interesados en aportar racionalidad a la política sobre la marihuana, este estudio supone un trabajo importante.

THOMAS C. SCHELLING  
Premio Nobel de Economía 2005

## PREFACIO

El cannabis es, por mucho, la droga ilegal más consumida y por lo tanto el pilar de la “guerra contra las drogas”. Se estima que la consume 4% de la población mundial adulta, es decir, 166 millones de personas de un total estimado en 200 millones de consumidores de drogas ilegales.<sup>1</sup> Supone, en tal sentido, aproximadamente 80% del “mercado ilegal de drogas”. No obstante, el cannabis tiene una posición relativamente marginal en las discusiones acerca de la política sobre drogas y, dado este papel periférico en el debate global, he decidido convocar a un equipo compuesto por los principales analistas a nivel mundial en política sobre drogas para presentar una visión general de las últimas pruebas científicas alrededor del cannabis y las políticas que controlan su consumo. El reporte contribuirá a centrar la atención de los encargados de determinar las políticas, así como a proveerlos de hechos relevantes, con el objetivo de que tengan una mayor y mejor información para la toma de decisiones futuras, en particular en el contexto del United Nations Strategic Policy Review de 2009, y posteriormente.

Aquí el contexto histórico de la política de las Naciones Unidas es de suma importancia. En 1998 la comunidad internacional acordó un programa de actividades para el control del consumo y los mercados de drogas ilegales por un plazo de 10 años. Estos acuerdos se llevaron a cabo en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés), celebrada en Nueva York en junio de ese mismo año, donde también se logró el compromiso de revalorar la situación una vez transcurrido el mencionado periodo de 10 años. El carácter de este programa se resumió en el lema “Un mundo sin drogas: ¡podemos conseguirlo!” Sin embargo, la realidad es que desde 1998, en general, las drogas son más baratas y más fáciles de conseguir que nunca. Esperamos que este volumen ayude a definir el camino a seguir en aras de una aproximación más racional, efectiva y justa sobre el control del cannabis.

El cannabis es, sin embargo, un asunto complicado, con muchas facetas aparentemente contradictorias. Por un lado, posee una historia milenaria de uso espiritual y medicinal. Esto, aunado a la expansión de su consumo durante la segunda mitad del siglo XX, indica los numerosos beneficios que los consumidores le atribuyen. Además, es una de las sustancias de uso recreativo menos tóxicas, con un riesgo de sobredosis insignificante. Por otro lado, en los últimos años ha crecido la preocupación sobre la relación entre el consumo de cannabis y diferentes daños posibles, en particular trastornos mentales. Sólo investigaciones extensas y rigurosas pueden aclarar las contradicciones entre los beneficios percibidos del cannabis y sus peligros.

Entre las muchas cuestiones sobre las cuales carecemos de pruebas confiables se encuentran: ¿por qué la gente decide consumir cannabis?, ¿qué necesidades psicológicas y terapéuticas satisface?, ¿qué procesos podría acentuar su consumo?, ¿por qué y cuándo es peligroso el cannabis?, ¿puede explicarse por las diferencias genéticas

individuales y tipos de personalidad, o por el tipo de cannabis consumido, o bien por el patrón de consumo? La respuesta a estas y otras preguntas puede minimizar los daños causados por el uso del cannabis, ayudar a prevenir su mala utilización, así como proporcionar una mejor comprensión de los beneficios descritos por los consumidores, ya sea en lo que a aliviar enfermedades o promover el bienestar se refiere.

Al considerar los daños, también es importante incluir los efectos adversos de la aproximación al control del cannabis por parte de la justicia penal, asunto de gran pertinencia, dado que al parecer las pruebas indican que las políticas dirigidas al control policial del cannabis, tanto las más estrictas como las liberales, han tenido muy poco impacto, o ninguno, en la prevalencia o intensidad de su consumo. De hecho, al inicio de la prohibición internacional del cannabis, el consumo de la droga se redujo a algunos países y culturas, pero desde entonces se ha extendido a todo el mundo y en la actualidad es ampliamente consumido en los países más desarrollados hasta el punto en que se ha convertido en un rito de paso para la mayoría de los jóvenes.

En el mundo desarrollado es fácil pasar por alto las consecuencias no deseadas de la guerra contra las drogas, incluidas las continuas violaciones a los derechos humanos, ya que éstas las sufren sobre todo los propios consumidores, en particular porque las actuaciones discriminatorias llevan a tasas de arrestos significativamente mayores entre los más desfavorecidos y las minorías. No obstante, en los países productores o de tránsito, como América Latina, las consecuencias de esta guerra se han extendido aún más y no sólo las padecen los campesinos, sino también poblaciones enteras debido a la desestabilización de los sistemas políticos y sociales por la corrupción, la violencia y el colapso institucional. Si bien los efectos sistémicos producidos por otras drogas han sido el principal foco de atención, la guerra en contra del cannabis también desempeña un papel importante.

Empero, a pesar de que la mayoría de las detenciones se debe al cannabis —sólo en los Estados Unidos hubo cerca de 750 000 arrestos al año—, las discusiones centradas en la política internacional sobre drogas suelen desatender el cannabis, y por el contrario se centran en las sustancias más dañinas, como los opiáceos, la cocaína y las anfetaminas. Como se discute en este volumen, a pesar de que el interés del sistema internacional de control de drogas en el cannabis siempre ha sido marginal, los defensores de dicho sistema se han mantenido reacios a considerar la introducción de reformas que cambien, o incluso retiren, el estatus del cannabis en el mismo.

Aunque el objetivo específico de este reporte es revisar las leyes sobre el cannabis, es importante hacer notar que cualquier cambio en la clasificación del cannabis dentro del sistema internacional para el control de drogas podría llevar a cuestionarse el enfoque de la guerra contra las drogas en su conjunto. Si el cannabis se eliminara de las competencias del sistema, el número de consumidores de drogas ilegales en todo el mundo sumaría alrededor de 40 millones de personas, un número muy escaso para justificar los grandes costos —en dinero, sufrimiento humano y corrupción política— de los esfuerzos actuales para imponer los ideales que hay detrás de una guerra que no puede ganarse. Con un objetivo mucho más reducido, la guerra contra las drogas podría

convertirse en una campaña más razonable para aliviar los problemas derivados de un número reducido de consumidores dependientes de drogas mucho más adictivas y peligrosas.

Este volumen revisa los aspectos que necesita la consideración de los encargados de determinar las políticas a fin de que puedan desarrollar normas más efectivas sobre el cannabis orientadas a la reducción de los daños asociados con su consumo y control. Esperamos que este reporte sea útil en discusiones políticas referentes al cannabis no sólo en el contexto de la revisión internacional de 2009, sino que también sirva como guía para los gobiernos que en lo sucesivo busquen introducir reformas en sus políticas, y que además promueva una mayor discusión de estos importantes problemas entre la población en general.

AMANDA FEILDING  
Directora de la Fundación Beckley



<sup>1</sup> Las cifras de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) indican que en el periodo 2006-2007 alrededor de 166 millones de personas de 15 años o más, 3.9% de este grupo de edad, consumió cannabis de forma habitual. Sólo 1% de la población mundial consume otras drogas ilegales.

## AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas por su ayuda o consejo en aspectos concretos del trabajo: Laurence Helfer, Les Iversen, Martin Jelsma, Shekhar Saxena y Ambros Uchtenhagen. En particular, agradecemos a Louisa Degenhardt por permitirnos amablemente aprovechar su trabajo escrito en colaboración con Wayne Hall. Wim Scholten y Bob Keizer proporcionaron consejos útiles para el proyecto durante un encuentro realizado en la Fundación Beckley.

También queremos agradecer a las siguientes personas por su asistencia en la investigación o la información: Jude Gittins, Jonny Hazell y Katherine Rudzinski, así como a Sara Yeates por su ayuda en la localización de la literatura relacionada con los efectos del cannabis en la salud y por dar formato al capítulo respectivo. También agradecemos a Maggie Halls por su apoyo en la localización de material de consulta para los capítulos que se refieren a los tipos de reformas y sus efectos.

Si bien la Fundación Beckley proporcionó la mayor parte del apoyo para este proyecto, el trabajo de cada autor, realizado para este libro, también forma parte de sus respectivos programas de investigación y becas financiados por diversos organismos públicos y fundaciones privadas. Reconocemos el apoyo de estas organizaciones, así como el de los centros de investigación y universidades que son nuestros principales empleadores. De forma especial, la Fundación Beckley también quiere dar las gracias a las fundaciones públicas y privadas por el apoyo a este trabajo, incluido el de J. Paul Getty Jr., Charitable Trust y la San Francisco Foundation.

Los autores desean expresar su especial agradecimiento y aprecio a Amanda Feilding, Lady Neidpath, fundadora y directora de la Fundación Beckley y nuestra coordinadora. El reporte en que se basa este libro parte principalmente de una idea de Amanda, cuya participación ha sido fundamental para llevarlo a término, con sugerencias pacientes y útiles, y con su amable hospitalidad durante el proceso.

La versión original en inglés es obra de Robin Room, Benedikt Fischer, Wayne Hall, Simon Lenton y Peter Reuter. A ellos se unió Amanda Feilding en la redacción de la segunda parte. La sección “Nuevas iniciativas en América Latina: reforma dentro del sistema” (pp. 160-166) fue escrita en 2012 por Diana Rossi y Raúl Alejandro Corda, quienes se dieron a la tarea de analizar la rápida sucesión de eventos relacionados con el tema en Latinoamérica que ocurrían en ese momento.

PRIMERA PARTE

POLÍTICAS SOBRE EL CANNABIS:  
MÁS ALLÁ DEL ESTANCAMIENTO

# I. INTRODUCCIÓN

## EL CANNABIS VISTO COMO UN PROBLEMA

La marihuana es la droga ilegal más consumida en el mundo. Así, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) estima que, en el transcurso de 2005, 160 millones de personas consumieron cannabis en todo el mundo, lo que supone 4% de la población adulta mundial, cifra muy superior al número de consumidores de otras drogas ilegales, aunque muy por debajo de la cifra de consumidores de alcohol o tabaco. El número de consumidores de cannabis en 2005 fue 10% mayor que el total estimado a mediados de la década de 1990.<sup>1</sup> Estas cifras resultan especialmente llamativas, ya que hace apenas 50 años el cannabis era una droga muy poco común con segmentos de consumo tradicional, como India, Jamaica y algunos otros países en vías de desarrollo o, por otro lado, de uso en círculos bohemios marginales en algunos países ricos.

Tanto la producción como el consumo de cannabis están prohibidos en todo el mundo, compromiso que se adquirió tras la ratificación de la Convención Única sobre Estupefacientes (Single Convention on Narcotic Drugs) de 1961. La difusión del consumo de cannabis entre los adolescentes y jóvenes llevó a una dura reacción en la mayoría de los países desarrollados; así, por ejemplo, en Suiza, Australia y los Estados Unidos ha dado como resultado elevadas tasas per cápita de detenciones por posesión y consumo de cannabis. Por otro lado, el surgimiento de una nueva ola de resultados científicos que indica que en algunos consumidores el cannabis puede desencadenar enfermedades mentales ha incrementado la preocupación de la población.

En el lado opuesto del debate político desde la década de 1970 existe la preocupación de que en el control del consumo de cannabis el Estado ejerce una excesiva intromisión en la vida privada de las personas, asimismo de que no se justifican sanciones penales por un delito que, como mucho, perjudica al propio consumidor. En países como Australia, el Reino Unido, los Países Bajos y Francia hay una larga tradición de adoptar políticas menos punitivas, aunque los patrones reales de control a menudo socavan esta tendencia. En la actualidad la dirección es más incierta, en parte por influencia de las pruebas que relacionan el cannabis con las enfermedades mentales.

## CONSUMO DE CANNABIS. ¿QUIÉN, DÓNDE, POR QUÉ?

El cannabis, como cualquier otra sustancia psicoactiva, como el alcohol, el tabaco y los opiáceos, se consume por diferentes razones. Para algunos consumidores se trata simplemente de experimentar el placer de un estado mental alterado, así como de una

experiencia social. Para otros, es una manera de enfrentarse a los problemas cotidianos, una fuente de consuelo o, también, un modo de hallar beneficios cognitivos, así como de conseguir mayor creatividad.<sup>2</sup> Para otros consumidores, en cambio, tiene un valor terapéutico para algunos problemas tanto físicos como mentales. En este sentido, a pesar de que la utilidad medicinal del cannabis no se ha investigado a fondo, es posible que proporcione alivio a algunas enfermedades como el síndrome de desgaste por sida o el glaucoma.<sup>3</sup>

El cannabis comenzó a popularizarse en Occidente en la década de 1960 y su consumo formó parte de la rebelión general de la juventud en esos años. Durante los siguientes 20 años se expandió de los Estados Unidos a la mayoría de los países de Europa Occidental, así como a Australia; en la década de 1990, tras el derrumbe de la Unión Soviética, se difundió a gran parte de los países de Europa del Este. Hay, no obstante, variaciones sustanciales en las tasas de consumo según estos países: en Finlandia y Suecia, por ejemplo, las tasas de consumo durante toda la vida suponen alrededor de dos quintas partes de las tasas del Reino Unido. En países con tasas de consumo elevadas, de las personas adultas nacidas después de 1960 aproximadamente la mitad ha consumido esta droga.

En la actualidad, el cannabis se consume en todas las regiones del mundo: en Oceanía (16%), Norteamérica (11%), África (8%); en Europa Occidental el porcentaje de adultos que han reportado haberlo consumido durante el último año es superior al promedio mundial, mientras que en Europa del Este (4%), Sudamérica (2%), el sureste de Europa (2%) y Asia (2%) esta cifra es igual o inferior.<sup>4</sup> A causa de su gran población Asia y África acaparan 31 y 24% del consumo mundial de cannabis, respectivamente, y les siguen América (24%), Europa (19%) y Oceanía (dos por ciento).

Los Estados Unidos y Australia han realizado encuestas sobre el consumo de drogas desde mediados de la década de 1970 y durante 1980, respectivamente.<sup>5</sup> En 2005, en los Estados Unidos, 40% de la población adulta refirió haber probado el cannabis en algún momento de su vida y 13% de los adolescentes reportó haberlo consumido durante el último año.<sup>6</sup> Por otro lado, en Australia, en 2007, 34% del grupo de personas mayores de 15 años afirmó haber consumido cannabis en algún momento de su vida.<sup>7</sup>

Las mayores tasas se encuentran entre la juventud, sobre todo entre los adultos jóvenes, y la frecuencia de consumo se va reduciendo lentamente hacia la mitad de la tercera década de la vida. En el lado opuesto del espectro, en algunos países, aunque no en todos, la edad de inicio de consumo ha caído más o menos desde 2000.<sup>8</sup>

En los Estados Unidos, por lo general, el consumo de cannabis comienza hacia la mitad de la adolescencia o en su etapa tardía y se torna más prevalente hacia la mitad de la tercera década de la vida.<sup>9</sup> Gran parte del consumo de cannabis sucede de forma intermitente y por un tiempo limitado; son pocos los consumidores que convierten la actividad en un hábito diario durante un número de años.<sup>10</sup> En los Estados Unidos y Australia alrededor de 10% de quienes han probado el cannabis lo consumen a diario, y

otro 20-30% lo hace con una periodicidad semanal.<sup>11</sup> El consumo de cannabis se reduce desde la mitad de la tercera década de la vida hasta comenzada la cuarta, lo que refleja un cambio de roles importante al llegar la edad adulta (por ejemplo, acceder a la educación terciaria, comenzar un trabajo a jornada completa, casarse o tener hijos).<sup>12</sup> En este sentido la reducción más importante en el consumo de cannabis se produce después del matrimonio, tanto en hombres como en mujeres, en especial al tener hijos.<sup>13</sup>

Mientras que las tasas del consumo de marihuana, una vez establecidas en una sociedad, parecen no descender a niveles muy bajos, en las últimas décadas la prevalencia ha sufrido variaciones sustanciales. En 1979, por ejemplo, 50.8% de los alumnos del último año de preparatoria habían consumido marihuana en los últimos 12 meses, mientras que en 1992 esta cifra descendió a 21.9%, y en 1999 volvió a incrementarse a 37.8%.<sup>14</sup> Es interesante observar que parece haber un patrón de tiempo común en los diferentes países. Así, en la mayoría de los países occidentales, entre 1991 y 1998 se produjo un incremento de alrededor de la mitad en la proporción de personas de 18 años que decían haber probado el cannabis. Desde 1998, en los mismos países, estas cifras presentan un declive sustancial a pesar de que en 2006 permanecieron por encima de los niveles de 1991.

Los patrones comunes en diferentes países, con distintos planteamientos políticos, refuerzan la impresión general de que las penalizaciones por consumo propio tienen escaso impacto en la prevalencia del uso de cannabis en una sociedad. Las razones de los cambios siguen siendo un misterio, pero es probable que la cultura popular juvenil, incluida la representación de las drogas en la música, el cine y las revistas, desempeñe un papel importante. Los patrones comunes de fluctuación en el consumo de cannabis en los diferentes países sugieren una fuerte influencia transfronteriza de una cultura juvenil global.

El consumo de marihuana puede considerarse una “carrera”. La mayoría de los consumidores prueban la droga unas cuantas veces y enfrentan un riesgo muy bajo de sufrir algún daño importante o causárselo a los demás; sin embargo, en investigaciones recientes se confirma que una parte importante de estas personas consumirá la droga de forma regular en el transcurso de 10 años o más, y que es probable que 10% de los que han probado el cannabis en algún momento se conviertan en dependientes. Así, quienes comenzaron a consumir en la adolescencia temprana tienen un riesgo elevado de desarrollar problemas y éstos pueden producirse en uno de cada seis consumidores.<sup>15</sup> En este sentido es interesante comparar el consumo de cannabis con el del alcohol y el tabaco, por un lado, y con el de la cocaína y la heroína, por otro. El cannabis se parece más al alcohol, ya que la mayoría de los consumidores no se convierten en dependientes, pero un gran número de ellos consumen durante muchos años, aunque en la actualidad el consumo de alcohol es más prolongado.

## FORMAS DEL CANNABIS: LA PLANTA Y SUS PREPARACIONES

Las preparaciones del cannabis son, ante todo, derivados de la planta hembra de *Cannabis sativa*. La planta contiene docenas de cannabinoides diferentes,<sup>16</sup> pero el principal componente psicoactivo presente en los productos derivados del cannabis es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).<sup>17</sup> La administración de THC puro produce efectos psicológicos y físicos similares a los que describen los consumidores de cannabis cuando fuman la droga;<sup>18</sup> además, los fármacos que bloquean los efectos del THC en los receptores cerebrales también bloquean los efectos del cannabis en animales<sup>19</sup> y seres humanos.<sup>20</sup> Por otro lado, el cannabidiol (CBD), un componente no psicoactivo que se encuentra en cantidades variables en la mayoría de los productos derivados del cannabis, puede modular los efectos del THC.<sup>21</sup>

El contenido de THC se encuentra en su máxima concentración en los capullos en flor de la planta de cannabis hembra. La marihuana —con un contenido de THC de entre 0.5 y 5%— incluye los capullos en flor y las hojas de la planta secas. El hachís<sup>22</sup> se compone de resina de cannabis seca y flores comprimidas, y el aceite de hachís es un extracto de hachís a base de aceite que contiene entre 15 y 50% de THC.<sup>23</sup> Algunas variedades de marihuana, como “sin semilla” (*skunk*) y *nederwiet* pueden alcanzar un contenido de THC de hasta 20 por ciento.<sup>24</sup>

El cannabis suele fumarse en un porro del tamaño de un cigarrillo o en una pipa de agua, y a veces se le añade tabaco para ayudar a su combustión. El típico porro contiene entre 0.25 y 0.75 g de cannabis, y la cantidad de THC que llega a los pulmones varía entre 20 y 70%; entre 5 y 24% llega al cerebro.<sup>25</sup> Una dosis de aproximadamente dos a tres miligramos de THC biodisponible producirá un efecto a consumidores ocasionales, quienes generalmente comparten el porro entre varios; no obstante, consumidores más habituales pueden llegar a fumar cuatro o cinco al día.<sup>26</sup> En general, los fumadores inhalan profundamente y aguantan la respiración para maximizar la absorción de THC, pero tanto la marihuana como el hachís también pueden ingerirse, mezclados en pasteles y galletas,<sup>27</sup> o beberse en infusión,<sup>28</sup> sin embargo, como se comentó más arriba, la forma más habitual de consumo de cannabis es fumado, ya que es el modo más eficiente de conseguir los efectos psicoactivos deseados.<sup>29</sup>

Al no conocerse con exactitud la cantidad de THC que contiene el cannabis se considera “consumo elevado” un consumo diario o casi diario,<sup>30</sup> y el consumo regular durante años incrementa el riesgo de presentar problemas de salud o efectos psicológicos adversos.<sup>31</sup> Por lo general los consumidores habituales de cannabis son hombres, tienen un bajo nivel educativo y pueden consumir de forma regular alcohol, tabaco, anfetaminas, alucinógenos, psicoestimulantes, sedantes u opioides.<sup>32</sup>

## PROHIBICIÓN DE UNA PLANTA QUE CRECE EN TODAS PARTES

La prohibición del cannabis puede reducir su consumo al encarecer la droga y hacerla menos accesible. En el capítulo III se revisan las pruebas disponibles sobre este aspecto. Por otra parte la prohibición también puede acortar el tiempo de consumo, pero lo que sí es claro es que acarrea consecuencias adversas para la sociedad, ya que crea mercados negros a gran escala e impide la regulación efectiva de un producto cuya potencia y posible peligrosidad pueden variar de forma considerable según la presentación. Aunque los mercados del cannabis generan menos violencia que los de otras drogas ilegales,<sup>33</sup> generan decenas de miles de millones en ingresos a los criminales y, en algunos países, niveles de corrupción, por lo menos, moderados. La aplicación activa de las prohibiciones también supone un gran número de detenciones y otras sanciones que pueden ocasionar perjuicios individuales considerables, más allá de las sanciones formales, y que a menudo se aplican de forma discriminatoria. La preocupación sobre la desproporcionalidad entre los perjuicios sociales y el relativo peligro de esta droga ha ocasionado un gran número de intentos de reformar las políticas actuales.

El cannabis puede crecer casi en cualquier lugar, incluso puede cultivarse en interiores, y se produce en numerosos países, ricos y pobres, sobre todo para consumo propio, mientras que la cocaína y la heroína se producen en países pobres y constituyen una fuente importante de ingresos para unos pocos países productores. En este sentido el mercado del cannabis supone una parte mucho más pequeña del tráfico internacional que los de la heroína y la cocaína.

## EL CANNABIS EN EL RÉGIMEN DE PROHIBICIÓN INTERNACIONAL

Prácticamente todos los países firmaron las convenciones sobre el control de drogas de 1961 y 1988, y bajo estos convenios se les exige tipificar como delito la producción, la distribución, el consumo o la posesión de cannabis. En la Segunda Conferencia del Opio, en 1925, a instancias del delegado egipcio, el cannabis se incluyó en el reciente sistema internacional de fiscalización de drogas, pero sólo haciendo referencia a las preparaciones médicas de la resina.<sup>34</sup> A finales del siglo XIX las preparaciones de cannabis tenían un uso medicinal,<sup>35</sup> y en 1952 todavía se usaban 1 000 kg al año para estos fines.<sup>36</sup> Sobre todo a petición de los Estados Unidos<sup>37</sup> el cannabis se incluyó en la categoría de prohibición más estricta en la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, decisión basada en la conclusión de que el cannabis no tenía ningún valor terapéutico. Así, se acordó que en el nuevo tratado “debería [...] quedar claro que el consumo de cannabis debe prohibirse sin importar su uso, ya fuera médico o recreativo”.<sup>38</sup> De este modo las decisiones fundamentales sobre el estatus del cannabis en el escenario internacional se tomaron antes de poseer el amplio conocimiento posterior sobre sus usos no médicos. El efecto de la Convención de 1961 se amplió en la disposición de la Convención de 1988, donde se requirió que la producción, la distribución, la posesión o la adquisición de cannabis se considerasen “delitos tipificados en la ley [de cada país]”.

## ÓRGANOS DEL RÉGIMEN INTERNACIONAL

Hay tres principales organismos internacionales que regulan los tratados de fiscalización de drogas.<sup>39</sup> En primer lugar la Comisión de Estupefacientes, con 53 países miembros elegidos por el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de Naciones Unidas, es el organismo responsable de decidir las políticas y se reúne cada año. En segundo lugar la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), compuesta por 13 expertos, tiene un doble papel: es responsable del suministro internacional de medicamentos derivados de plantas, en particular opiáceos, y es guardián del sistema de prohibición de drogas aprobado en los distintos tratados. Por último la ONUDD sirve como secretaría del sistema, con un amplio programa de trabajo internacional. Un cuarto organismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), también desempeña un papel técnico en la evaluación de las drogas y emite recomendaciones sobre su clasificación en el sistema.

### LUGAR DEL CANNABIS EN EL SISTEMA

El cannabis es, por mucho, la sustancia más consumida dentro del sistema de prohibición; no obstante, nunca se ha considerado una prioridad en las preocupaciones y actividades del sistema. Por ejemplo, en el *Informe mundial sobre las drogas 2000* de la ONUDD, las discusiones sobre producción y tráfico de cannabis carecían de la especificidad de las que trataban sobre el tráfico de opio y coca. “Los datos estimados disponibles sobre cultivo y producción no son suficientes para determinar si la producción a escala mundial ha aumentado o se ha reducido en los años recientes”, cita este documento.<sup>40</sup> El informe continúa señalando que las incautaciones de cannabis aumentaron a principios de los años noventa pero que “no han crecido desde mediados de esa década”, sin embargo añade que es difícil saber si esto refleja “una estabilización real en la producción y el tráfico mundiales” o si se debe a una mayor aplicación de la ley. En 2008 se llevó a cabo un esfuerzo importante para conseguir un cuadro global más concreto del cannabis, y la discusión sobre su situación mundial ocupó alrededor de una quinta parte del espacio dedicado a las clases específicas de drogas.<sup>41</sup> No obstante, esta asignación debe compararse con la estimación del *Informe* de que 65% de las incautaciones globales y 67% de las “dosis” de droga incautadas eran de cannabis, y que las tasas estimadas mundiales de consumo de drogas eran 3.9% para cannabis, 0.6% para anfetaminas, 0.4% para cocaína y 0.4% para opiáceos<sup>42</sup> (ONUDD, 2008).

Las señales de que el cannabis ocupa un lugar marginal en las preocupaciones del sistema son constantes. Así, en el *Bulletin on Narcotics*, una revista de investigación editada por la ONUDD y sus predecesores desde 1949,<sup>43</sup> de los 192 artículos publicados entre 1986 y 2006 (fecha del número más reciente), sólo 10 trataron sobre el cannabis; de éstos, siete se incluyeron en un número especial dedicado al cannabis en 1994 y uno

era una monografía publicada en 2008 que evaluaba la “situación mundial del cannabis” y que comprende toda la producción del *Bulletin* de 2006.<sup>44</sup> Por otro lado, en sus sesiones anuales, la Comisión de Estupefacientes (Commission on Narcotic Drugs, CND) pasa una serie de propuestas, en ocasiones después de un encendido debate en los comités de redacción,<sup>45</sup> y también hace recomendaciones a la ECOSOC. De las 132 propuestas a la CND realizadas en el periodo 1997-2008<sup>46</sup> cuatro se refirieron al cannabis (tres de ellas en 2008), y de las 51 propuestas recomendadas a la ECOSOC sólo una trataba sobre el cannabis. Una lectura del informe anual de 2007 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes<sup>47</sup> transmite, por un lado, la ubicuidad del cultivo y tráfico del cannabis, según el informe de la situación región por región realizado por la junta; y por el otro, el lugar marginal que ocupa el cannabis en las preocupaciones del sistema. En este sentido, ninguna de las 48 recomendaciones del informe está relacionada de manera específica con el cannabis.

No obstante, últimamente el cannabis ha adquirido un papel importante en el régimen de fiscalización de drogas, al menos en el ámbito teórico. Las declaraciones anuales de la ONUDD siempre mencionan el porcentaje estimado de la población mundial que consume drogas ilegales y en esta cifra siempre predomina el cannabis. Por ejemplo, en el *Informe mundial sobre las drogas 2005* la ONUDD expuso que había 200 millones de consumidores de drogas en el mundo, y que de éstos 160 millones (80%) consumían cannabis. La población que consume el resto de drogas incluidas en la lista (estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína y opiáceos) es de 40 millones, menos de 1% de la población mundial. De ello se desprende que sin el cannabis, las cifras indicarían que el consumo de drogas no es un problema que afecte de forma importante a la población mundial. En este sentido el cannabis contribuye a dar amplitud al problema de las drogas a escala mundial y en muchos países a título individual.

## EL RÉGIMEN INTERNACIONAL Y LAS LEYES NACIONALES Y LOCALES

La JIFE ejerce un papel autoconsciente de “guardián de las convenciones”<sup>48</sup> y periódicamente sale en defensa del sistema en relación con el cannabis. Así, por ejemplo, emitió un comunicado de prensa de advertencia<sup>49</sup> en respuesta a informes periodísticos de experimentos con máquinas expendedoras, controladas por computadora, en los dispensarios de cannabis medicinal de California, exclusivamente con receta médica. De hecho, una característica destacada del sistema internacional de fiscalización de drogas es la extensión y el detalle de sus preocupaciones en asuntos domésticos en países incluidos en los tratados. Por ejemplo, el nivel de control sobre las decisiones internas a que aspira el sistema excede la meta de la Unión Europea de controlar los acuerdos nacionales en las mismas áreas,<sup>50</sup> o el poder de los gobiernos de controlar los asuntos de sus propios estados o provincias.<sup>51</sup>

Además de ordenar controles en los mercados de las sustancias psicoactivas, las convenciones requieren la criminalización del consumidor y del poseedor de sustancias obtenidas de manera no legal. Éste es un requerimiento inusualmente drástico, incluso en el contexto de las leyes nacionales sobre contrabando de bienes, y mucho menos es un requerimiento que se le exija a las partes en un tratado internacional. No hubo tal disposición, por ejemplo, en las leyes sobre la prohibición del alcohol en los Estados Unidos. La Convención de 1961 incluye disposiciones específicas para que no se permita la posesión de cannabis y otras sustancias controladas por la Convención sin autorización judicial para que, cuando la Constitución lo permita, constituya un delito punible. Como ya se mencionó, la Convención de 1988 añadió el requerimiento de que la posesión para el consumo personal debe considerarse un delito penal.

### UN RÉGIMEN ESTANCADO: EL DRONABINOL

Como se comentó anteriormente, la OMS desempeñó un papel técnico en las convenciones de 1961 y 1971 al recomendar qué tipo de sustancias en particular debían incluirse en las convenciones y en qué programa de éstas debían incluirse. Las recomendaciones las hace el Comité de Expertos en Drogas que Causan Dependencia, que en la actualidad se ha reconstituido y se reúne con una periodicidad bianual.

No obstante, el sistema internacional de fiscalización está cada vez más inclinado a ignorar el asesoramiento científico que recibe de la OMS. Así, posiblemente el ejemplo más dramático de esta situación sea la negativa de la CND, en 2007, para volver a incluir el dronabinol,<sup>52</sup> el componente psicoactivo principal del cannabis, en la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. El dronabinol se prescribe, en particular en los Estados Unidos, bajo la marca Marinol, como estimulante del apetito, sobre todo a pacientes con sida o tratados con quimioterapia. Como la planta del cannabis y sus productos naturales estaban incluidos en la Convención de 1961 entre las sustancias consideradas más peligrosas y carentes de utilidad terapéutica (clasificación I y IV), el dronabinol se incluyó en la clasificación I de la Convención de 1971 (el más restrictivo) en el momento de su adopción. El Comité de Expertos en Drogas que Causan Dependencia de la OMS recomendó transferir el dronabinol a la Clasificación II de la Convención de 1971. En principio, la CND rechazó la propuesta, pero después de que otro comité de expertos hizo la misma recomendación, finalmente, en 1991 la CND accedió.<sup>53</sup>

El Comité de Expertos de la OMS de 2002 realizó otra revisión crítica y, en parte, en vista del uso médico cada vez mayor del dronabinol: recomendó su inclusión en la clasificación IV, la menos restrictiva. El director ejecutivo de la ONUDD persuadió al director general de la OMS de no emitir esta recomendación, porque supondría “enviar una señal errónea y crear tensión con la Convención de 1961”.<sup>54</sup> Así, el Comité de Expertos de la OMS de 2006 reconsideró y actualizó la revisión, y después de una vacilación entre las clasificaciones III y IV, finalmente recomendó su inclusión en la III,

como un pequeño paso adelante. En su informe de 2006 y 2007, en el plenario de la CND, la JIFE se pronunció en contra de la recomendación y expresó su preocupación “sobre la posibilidad de que el dronabinol, el principio activo del cannabis, fuera transferido a una clasificación con un control menos restrictivo”.<sup>55</sup> En el debate de la CND de 2007 sobre esta cuestión, los Estados Unidos se opusieron firmemente y muchos otros países le siguieron. Canadá elogió al comité de la OMS por su “excelente consejo de expertos”, pero no apoyó la reclasificación porque “podría enviar un mensaje confuso respecto a los riesgos asociados al consumo de cannabis”.<sup>56</sup> La recomendación se devolvió para su reconsideración por parte de la OMS “en consulta con la JIFE”, a pesar de que la JIFE no tiene un papel formal como clasificador en los tratados.

### PROHIBICIÓN DEL CANNABIS Y LAS OPCIONES: LO QUE UN POLÍTICO DEBE SABER

El estudio en que se basa este libro fue encargado por la Beckley Foundation para contribuir al debate sobre la política del cannabis en relación con la revisión de las resoluciones tomadas en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés) de 1998. La UNGASS 98 comprometió a los gobiernos a tomar medidas para reducir de forma sustancial la producción y la demanda de drogas, incluidas las del cannabis, en los siguientes 10 años. La Comisión de Estupefacientes organizó un encuentro internacional en 2009 para evaluar lo que había sucedido en la última década; no obstante, la declaración política negociada de forma cuidadosa por más de cinco meses y adoptada por consenso en la “reunión de alto nivel” de marzo de 2009 no incluyó un análisis detallado de lo que realmente ocurrió, y en esencia se trató de un compromiso de mantener el statu quo. Así, al menos a corto plazo, la reconsideración de las políticas sobre el cannabis, tras medio siglo de prohibición internacional, se deja en manos de los países a título individual o a grupos de naciones con concepciones comunes.

Este estudio resume lo que se conoce sobre el grado y los patrones de consumo de cannabis en los diferentes países y a través del tiempo. Además, ofrecemos una revisión de los estudios sobre los efectos en la salud del consumo de marihuana, así como de lo poco que se conoce sobre otros daños asociados al consumo, producción y distribución del cannabis, según las políticas actuales. Describimos aquí tales políticas y distinguimos escrupulosamente entre la ley escrita y el modo en que se aplica. Por otro lado, enfatizamos en la evaluación de los efectos que estas políticas han tenido en el consumo de cannabis y, de un modo más amplio, en la valoración de varios tipos de innovaciones encaminadas a reducir las penas por consumo personal.

En especial centramos la atención en los posibles cambios en los tratados internacionales que podrían dar a los países más flexibilidad en sus políticas respecto al cannabis. En el último capítulo ofrecemos un marco para la toma de decisiones políticas acerca del cannabis, así como algunas recomendaciones a escala nacional en este sentido.

Nuestro objetivo es reunir el conocimiento actual relevante para la toma de decisiones políticas respecto al cannabis en diversos ámbitos. Es el local, estatal o provincial, debido al estancamiento en los ámbitos nacional e internacional, donde deben identificarse y gestionarse los problemas derivados de las decisiones mundiales, ya que es aquí donde se aplica gran parte de las políticas. En el ámbito nacional se toman las decisiones no sólo sobre la política nacional sino también sobre la posición del país en los tratados internacionales. En el ámbito internacional, se necesita liderazgo en esfuerzos e iniciativas globales. La estructura de este libro trata de dar respuesta a las siguientes cuestiones empíricas, necesarias para la formulación de políticas de manera informada:

- ¿Qué se conoce sobre los posibles daños del consumo de cannabis? ¿De qué forma se comparan sus riesgos y peligrosidad con los de otras sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas?
- ¿Cómo pueden resumirse la situación y la tendencia actuales tras medio siglo de régimen mundial de prohibición del cannabis? ¿Cuál es el tamaño del mercado? ¿Cuánto se consume, con qué patrones y qué problemas existen? ¿A cuántos consumidores se atrapa y castiga, y cuántos reciben tratamiento? ¿Cuáles son las pruebas sobre la efectividad del régimen de prohibición, en cuanto a evitar el consumo y reducir los problemas? ¿Qué papel representa el cannabis en el régimen internacional de fiscalización de drogas?
- ¿Cuáles son las alternativas para mejorar el régimen de prohibición y para reducir los efectos secundarios adversos? ¿Qué vías han tomado los gobiernos en la práctica, en particular las dirigidas a reducir o eliminar los castigos por posesión o consumo?
- ¿De qué pruebas se dispone sobre los efectos en los niveles y patrones de consumo, en los problemas derivados del consumo y en la reducción de los efectos adversos derivados de la prohibición total de estas iniciativas de reforma de la política sobre el cannabis?
- ¿Qué alternativas tienen, bajo la ley internacional, los países o grupos de países que desean huir de la prohibición total que predica el régimen internacional? ¿Es factible adoptar diferentes opciones? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas?
- Por último, consideramos qué conclusiones y recomendaciones sobre las políticas de control del cannabis pueden extraerse de nuestro análisis.



<sup>1</sup> Office of National Drug Control Policy (ONDCP), “Study Finds Highest Levels of THC in the U.S. Marijuana to Date [release]”, White House, ONDCP, Washington, 2007. Disponible en <[http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/press07/042507\\_2.html](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/press07/042507_2.html)>

<sup>2</sup> L. Iversen, *The Science of Marijuana*, Oxford University Press, Oxford, 2007.

<sup>3</sup> J. Joy, S. Watson y J. Benson, *Institute of Medicine: Marijuana and Medicine—Assessing the Science Base*, National Academy Press, Washington, 1999.

<sup>4</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), “European Legal Database on Drugs: Legal Topic Overviews: Possession of Cannabis for Personal Use” [Tabla GPS-8], EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5769EN.html>>

<sup>5</sup> Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), *Statistics on Drug Use in Australia 2006*, AIHW, Canberra, 2007; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Prevalence Estimates, Standard Errors, P Values, and Sample Sizes. Section 1: Illicit Drug Use Table*, SAMHSA, Rockville, 2006. Disponible en <<http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k5nsduh/tabs/2k5TabsCover.pdf>>

<sup>6</sup> *Id.*

<sup>7</sup> Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), *2007 National Drug Strategy Household Survey: First Results*, AIHW, Canberra, 2008. Disponible en <<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10579>>

<sup>8</sup> B. Hibell, B. Andersson, T. Bjarnason, S. Ahlstrom, O. Balakireva, A. Kokkevi y M. Morgan, *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Estocolmo, 2004; L. Degenhardt, W. Hall y M. Lynskey, “Cohort Trends in the Age of Initiation of Drug Use in Australia”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (4): 421-426, 2000.

<sup>9</sup> J. G. Bachman, K. N. Wadsworth, P. M. O’Malley, L. D. Johnston y J. Schulenberg, *Smoking, Drinking, and Drug Use in Young Adulthood: The Impacts of New Freedoms and New Responsibilities*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, 1997.

<sup>10</sup> *Id.*

<sup>11</sup> W. Hall y R. L. Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

<sup>12</sup> J. C. Anthony, “The Epidemiology of Cannabis Dependence”, en R. A. Roffman y R. S. Stephens (eds.), *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*, Cambridge University Press, Cambridge, 2006, pp. 58-105; J. G. Bachman *et al.*, *op. cit.*

<sup>13</sup> J. G. Bachman *et al.*, *op. cit.*; K. Chen y D. B. Kandel, “The Natural History of Drug Use from Adolescence to the Mid-Thirties in a General Population Sample”, *American Journal of Public Health*, 85 (1): 41-47, 1995.

<sup>14</sup> L. D. Johnston, P. M. O’Malley, J. G. Bachman y J. E. Schulenberg, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2006. Volume I: Secondary School Students*, NIH Publication No. 07-6205, National Institute on Drug Abuse, Bethesda, 2007.

<sup>15</sup> J. C. Anthony, *op. cit.*

<sup>16</sup> M. A. ElSohly, “Chemical Constituents of Cannabis”, en F. Grotenhermen y E. Russo (comps.), *Cannabis and Cannabinoids: Pharmacology, Toxicology and Therapeutic Potential*, Haworth/Londres, 2002; L. Iversen, *op. cit.*

<sup>17</sup> L. Iversen, *op. cit.*; R. G. Pertwee, “The Diverse CB1 and CB2 Receptor Pharmacology of Three Plant Cannabinoids: Delta9-Tetrahydrocannabinol, Cannabidiol and Delta9-Tetrahydrocannabivarin”, *British Journal of Pharmacology*, 153 (2): 199-215, 2008.

<sup>18</sup> S. R. Wachtel, M. A. ElSohly, S. A. Ross, J. Ambre y H. de Wit, “Comparison of the Subjective Effects of Delta (9)-Tetrahydrocannabinol and Marijuana in Humans”, *Psychopharmacology*, 161 (4): 331-339, 2002.

<sup>19</sup> R. G. Peterwee, *op. cit.*

<sup>20</sup> M. A. Huestis, D. A. Gorelick, S. J. Heishman, K. L. Preston, R. A. Nelson, E. T. Moolchan y R. A.

Frank, “Blockade of Effects of Smoked Marijuana by the CB1-Selective Cannabinoid Receptor Antagonist SR141716”, *Archives of General Psychiatry*, 58 (4): 322-328, 2001.

<sup>21</sup> L. Iversen, *op. cit.*

<sup>22</sup> Con un contenido de THC entre dos y 20 por ciento.

<sup>23</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *World Drug Report 2006. Volume 1: Analysis*, UNODC, Viena, 2006.

<sup>24</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Annual Report 2006: The State of the Drugs Problem in Europe*, EMCDDA, Lisboa, 2006.

<sup>25</sup> W. Hall y N. Solowij, “The Adverse Effects of Cannabis Use”, *The Lancet*, núm. 352: 1611-1616, 1998; M. A. Huestis, “Pharmacokinetics and Metabolism of the Plant Cannabinoids, Delta9-Tetrahydrocannabinol, Cannabidiol and Cannabinol”, *Handbook of Experimental Pharmacology*, 168: 657-690, 2005; L. Iversen, *op. cit.*

<sup>26</sup> W. Hall, L. Degenhardt y M. Lynskey, *The Health and Psychological Effects of Cannabis Use, 2nd edition: Monograph No. 44*, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2001. Disponible en <<http://www.health.gov.au>>

<sup>27</sup> Wikipedia, *Bhang* [consultado el 20 de agosto de 2008 en <<http://en.wikipedia.org/wiki/Bhang>>]; Wikipedia, *Cooking with Cannabis* [consultado el 17 de agosto de 2008 en <[http://en.wikipedia.org/wiki/Cooking\\_with\\_cannabis](http://en.wikipedia.org/wiki/Cooking_with_cannabis)>].

<sup>28</sup> Por ejemplo, *bhang lassi* en la India.

<sup>29</sup> L. Iversen, *op. cit.*

<sup>30</sup> W. Hall y R. L. Pacula, *op. cit.*

<sup>31</sup> *Id.*

<sup>32</sup> *Id.*

<sup>33</sup> La razón no se conoce y valdría la pena investigarla.

<sup>34</sup> K. Bruun, L. Pan e I. Rexed, *The Gentlemen’s Club: International Control of Drugs and Alcohol*, University of Chicago Press, Chicago, 1975, p. 183.

<sup>35</sup> M. Fankhauser, “Cannabis as Medicine in Europe in the 19th Century”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 5-14. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>

<sup>36</sup> K. Bruun, L. Pan e I. Rexed, *op. cit.*, p. 201.

<sup>37</sup> *Ib.*, pp. 195-203; G. Edwards, *Matters of Substance: Drugs: Is Legalization the Right Answer – or the Wrong Question?*, Penguin Books, Londres, 2005, p. 153.

<sup>38</sup> 10ª sesión de la Convención Única sobre Estupefacientes, citada en K. Bruun, L. Pan e I. Rexed, *op. cit.*, p. 199.

<sup>39</sup> R. Room y A. Paglia, “The International Drug Control System in the Post-Cold War Era: Managing Markets or Fighting a War?”, *Drug and Alcohol Review*, 18: 305-315, 1999.

<sup>40</sup> ONUDD, *World Drug Report 2000*, Oxford University Press, Oxford, 2000, p. 32. Disponible en <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2000.html>>

<sup>41</sup> ONUDD, *World Drug Report 2008*, United Nations, Nueva York, 2008, pp. 37-169. Disponible en <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2008.html>>

<sup>42</sup> *Ibid*, pp. 26, 31. Disponible en <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2008.html>>

<sup>43</sup> Disponible en <<http://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/bulletin/index.html>>

<sup>44</sup> T. Leggett y T. Pietschmann, “Global Cannabis Cultivation and Trafficking”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 187-212. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>

<sup>45</sup> R. Room, “Trends and Issues in the International Drug Control System: Vienna 2003”, *Journal of*

*Psychoactive Drugs*, 37 (4): 373-383, 2005.

<sup>46</sup> Disponibles en <<http://www.unodc.org/unodc/commissions/cnd/07-reports.html>>

<sup>47</sup> Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, United Nations, Nueva York, 2008. Disponible en <<http://www.incb.org/incb/annual-report-2007.html>>

<sup>48</sup> D. Bewley-Taylor y M. Trace, *The International Narcotics Control Board: Watchdog or Guardian of the Conventions? Beckley Foundation Report No. 7*, Beckley Foundation, Beckley, 2006. Disponible en <[http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Report\\_07.pdf](http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Report_07.pdf)>

<sup>49</sup> United Nations Information Service (UNIS), “Marijuana Vending Machines in Los Angeles are Contrary to International Drug Control Treaties, says INCB”, UNIS/NAR/1023, UNIS, Viena, 8 de febrero de 2008. Disponible en <<http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2008/unisnar1023.html>>

<sup>50</sup> Por ejemplo, en lo referente a las *coffee shops* neerlandesas que expenden cannabis.

<sup>51</sup> Por ejemplo, en lo que concierne a la disponibilidad de marihuana en California y otros estados de los Estados Unidos.

<sup>52</sup> Delta-9-tetrahidrocannabinol, THC.

<sup>53</sup> International Drug Policy Consortium (IDPC), *The 2007 Commission on Narcotic Drugs. IDPC Briefing Paper No. 5*, IDPC, Witley, 2007. Disponible en <[http://www.internationaldrugpolicy.net/reports/idpc\\_Report\\_5.pdf](http://www.internationaldrugpolicy.net/reports/idpc_Report_5.pdf)>

<sup>54</sup> *Ib.*

<sup>55</sup> Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, United Nations, Nueva York, 2007. Disponible en <<http://www.incb.org/pdf/e/ar/2006/annual-report-2006-en.pdf>>

<sup>56</sup> IDPC, *op. cit.*

## II. EFECTOS EN LA SALUD Y PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE CANNABIS

### INTRODUCCIÓN

Cualquier propuesta destinada a cambiar la situación legal del cannabis debe tomar en cuenta los efectos en la salud y psicológicos derivados de su consumo. En las sociedades modernas el descubrimiento de efectos adversos de una mercancía no resuelve la cuestión acerca de su condición jurídica; si lo hiciera, el alcohol, los automóviles y las escaleras, por ejemplo, estarían prohibidos, ya que su uso provoca numerosas víctimas. En lugar de esto, el alcance y la magnitud de los efectos adversos se convierten en consideraciones que deben tomarse en cuenta en la toma de decisiones políticas. Los tratados internacionales sobre el control de drogas y la mayoría de las leyes nacionales dividen las diferentes sustancias psicoactivas en “categorías” con distintos niveles de control y diferentes sanciones por tráfico y consumo, que se supone deben corresponder, entre otras cosas, a las posibles consecuencias adversas de las drogas.

Los efectos en la salud y psicológicos del consumo habitual de cannabis no se conocen tan bien como los del alcohol o el tabaco, pero la investigación epidemiológica realizada en la década pasada ha proporcionado pruebas de que puede acarrear efectos adversos en algunos consumidores, en particular en aquellos que comienzan a hacerlo en la adolescencia y cuyo consumo durante la edad adulta temprana sobrepasa la vez por semana y así continúa por años. En la década transcurrida desde que la OMS revisó los efectos del cannabis en la salud<sup>1</sup> ha habido un incremento sustancial en la investigación clínica y epidemiológica acerca de las consecuencias del consumo de cannabis por parte de adolescentes y adultos jóvenes.<sup>2</sup>

En este capítulo se resumen los efectos en la salud y psicológicos más probables del consumo agudo y crónico de cannabis, y se tratan los efectos más importantes para la salud pública, de acuerdo con su probabilidad de afectar a una gran proporción de los consumidores. Los efectos adversos considerados incluyen el riesgo de sufrir accidentes en vehículos automotores, el síndrome de dependencia del cannabis, los efectos de fumar cannabis en los sistemas respiratorio y cardiovascular, las consecuencias de su consumo habitual en el desarrollo psicosocial de los adolescentes y en su salud mental, y los efectos del consumo crónico de cannabis en el rendimiento cognitivo y las funciones cerebrales. Damos prioridad a las pruebas bien controladas de estudios epidemiológicos en humanos, así como a estudios clínicos y de laboratorio sobre los efectos del consumo agudo y crónico de cannabis.

Al final del capítulo se consideran las pruebas en un marco comparativo para conocer qué puede afirmarse sobre el impacto relativamente negativo en la salud pública del

consumo de cannabis, comparado con el consumo de otras sustancias psicoactivas legales o ilegales. Como se señaló anteriormente, es necesaria una perspectiva comparativa para tomar decisiones políticas sobre la situación jurídica del cannabis.

## EFFECTOS AGUDOS DEL CANNABIS SOBRE LA SALUD

El cannabis causa euforia y relajación, altera la percepción, distorsiona el sentido del tiempo e intensifica las experiencias sensoriales ordinarias, como comer, ver películas, observar la naturaleza y escuchar música. En los consumidores, mientras dura la intoxicación se ven afectadas la memoria a corto plazo y la atención, así como las habilidades motrices, el tiempo de reacción y la capacidad de realizar actividades calificadas.<sup>3</sup> Estos efectos aparecen rápidamente después de fumar cannabis y en general duran de una a dos horas.<sup>4</sup> Su inicio tarda de una a cuatro horas tras su consumo oral.<sup>5</sup>

En general los consumidores de cannabis buscan uno o más de estos efectos, pero el consumo también puede conllevar efectos adversos no deseados. Las consecuencias desagradables más habituales del consumo agudo de cannabis son la ansiedad y las reacciones de pánico,<sup>6</sup> descritas habitualmente por consumidores poco experimentados y razón común para interrumpir su consumo. Consumidores con más experiencia han descrito estos efectos tras recibir dosis de THC mucho más elevadas de lo habitual.<sup>7</sup> Investigaciones recientes indican que el cannabidiol (CBD), otro componente presente en concentraciones variables en el cannabis, puede moderar los efectos psicógenos del THC,<sup>8</sup> pero no se ha probado si productos del cannabis con relaciones bajas de THC:CBD también producen menos ansiedad y reacciones de pánico.

Parece que los efectos del delta-9-tetrahidrocannabinol se producen al actuar en receptores cannabinoides específicos (CB<sub>1</sub> y CB<sub>2</sub>) en la superficie de las células.<sup>9</sup> El receptor CB<sub>1</sub> se distribuye ampliamente en regiones cerebrales involucradas en la cognición, la memoria, la recompensa, la percepción del dolor y la coordinación motriz.<sup>10</sup> Estos receptores también responden a la anandamida, un neurotransmisor que produce efectos similares al THC pero es menos potente y con un tiempo de acción menor.<sup>11</sup> Estudios de neuroimagen mediante tomografía por emisión de positrones (PET) de los efectos agudos del cannabis en seres humanos confirman los hallazgos en animales de que el THC incrementa la actividad en las regiones frontal y paralímbica del cerebro y el cerebelo.<sup>12</sup>

### *Intoxicación aguda y sobredosis mortal*

La toxicidad aguda de los cannabinoides es muy baja en comparación con otras drogas psicoactivas, ya que no producen depresión respiratoria como los opioides ni tienen efectos tóxicos en el corazón y el sistema circulatorio, como la cocaína u otros

estimulantes.<sup>13</sup> En la literatura médica mundial se han reportado dos casos de muerte por intoxicación por cannabis,<sup>14</sup> pero aún no se comprueba que el THC fuese el causante de esas muertes.<sup>15</sup> La dosis de THC necesaria para producir 50% de mortalidad en roedores es extremadamente elevada comparada con otras drogas utilizadas habitualmente, y la dosis estimada en humanos se encuentra en el rango de 15-70 g,<sup>16</sup> mucho mayor que la que pueden recibir en un día incluso los grandes consumidores.<sup>17</sup>

El cannabis incrementa el ritmo cardíaco y produce cambios complejos en la presión sanguínea.<sup>18</sup> En este sentido se han reportado muertes por infarto de miocardio en adultos jóvenes después de consumir cannabis,<sup>19</sup> pero estos casos son raros y pueden haber ocurrido en personas con una enfermedad cardíaca preexistente sin diagnosticar.<sup>20</sup>

### *Lesiones accidentales*

La principal preocupación en salud pública sobre los efectos agudos del cannabis son los accidentes con vehículos de motor, provocados por conductores intoxicados.<sup>21</sup> En estudios de laboratorio se ha demostrado que el cannabis produce descensos del rendimiento cognitivo y del comportamiento, relacionados con la dosis, que pueden afectar la capacidad para manejar.<sup>22</sup> En concreto, el cannabis incrementa el tiempo de reacción y el procesamiento de información, además de perjudicar la coordinación motriz percibida, el rendimiento motriz, la memoria a corto plazo, la atención, la detección de señales y la habilidad de rastreo.<sup>23</sup> Estos efectos se incrementan con la dosis de THC y son mayores y más persistentes en tareas que requieren atención constante.<sup>24</sup>

Las encuestas muestran que los automovilistas que manifiestan consumir cannabis tienen dos veces más posibilidades de reportar haber estado involucrados en accidentes que aquellas que no lo consumen.<sup>25</sup> No obstante, es difícil establecer en qué proporción esta relación refleja los efectos del cannabis en el riesgo de accidentes, los efectos del consumo de alcohol concurrente y el riesgo que representan los grandes consumidores. En este sentido un estudio reciente halló que esta relación desaparecía tras controlar estos factores,<sup>26</sup> mientras que otro<sup>27</sup> encontró que los consumidores “habituales” de cannabis presentaban un riesgo nueve veces mayor de tener un accidente, que persistía tras controlar los factores de confusión que incluían la concentración de alcohol en la sangre (CAS).

En algunos estudios se ha reportado que el consumo de cannabis afecta menos al rendimiento en la carretera que haber tomado dosis comparables de alcohol,<sup>28</sup> ya que las personas intoxicadas por cannabis manejan más despacio y toman menos riesgos que aquellas que han consumido alcohol.<sup>29</sup> Por otro lado, estudios más recientes sobre el efecto de dosis de cannabis similares a las típicas para uso recreativo en el rendimiento en la carretera hallaron deterioros leves, pero consistentes.

El cannabis es la droga ilegal detectada con más frecuencia en los fluidos corporales

de conductores heridos o muertos en accidentes de vehículos de motor,<sup>30</sup> aunque por diferentes razones no se conoce si esta sustancia tuvo alguna implicación causal en dichos accidentes.<sup>31</sup> En primer lugar estos estudios miden los metabolitos cannabinoides inactivos en la sangre y la orina, lo que únicamente indica que en los últimos días se consumió cannabis, pero no establecen si la persona que manejaba se encontraba intoxicada en el momento del accidente.<sup>32</sup> En segundo lugar muchos conductores con cannabinoides en la sangre también presentan concentraciones elevadas de alcohol.<sup>33</sup>

Por otro lado, estudios epidemiológicos recientes y mejor controlados han proporcionado pruebas fidedignas de que los consumidores de cannabis que manejan intoxicados presentan un riesgo elevado de tener accidentes con vehículos de motor. Gerberich y otros<sup>34</sup> hallaron que los consumidores habituales de cannabis presentan tasas de hospitalización por heridas de toda índole más elevadas que los antiguos consumidores o no consumidores, en una cohorte de 64 657 pacientes provenientes de la Health Maintenance Organization. La relación para los accidentes de vehículos de motor (riesgo relativo [RR] = 1.96) persistió tras el ajuste estadístico entre los hombres pero no entre las mujeres. Además, en la cohorte, las mujeres presentaron tasas de consumo de cannabis y de accidentes mucho menores. Mura y otros<sup>35</sup> hallaron una relación similar en un estudio sobre el THC en el suero de 900 personas hospitalizadas por un accidente de vehículo de motor y 900 controles, apareados por edad y sexo, en Francia; no obstante, estos autores no se ajustaron estadísticamente a la concentración de alcohol en la sangre que se halló en 40% de los casos con presencia de THC.

Drummer y otros<sup>36</sup> evaluaron los niveles de THC en la sangre de 1 420 conductores australianos muertos en accidentes y encontraron que los consumidores de cannabis tenían más posibilidades de ser los causantes del accidente,<sup>37</sup> además de presentar un riesgo más elevado de sufrir accidentes (OR = 6.6; intervalo de confianza [IC] de 95%: 1.5-28.0) entre aquellos cuyos niveles de THC superaban los 5 ng/ml. En otro estudio australiano<sup>38</sup> se hallaron resultados diferentes, ya que no se encontró una relación entre el THC y la responsabilidad de un accidente; sin embargo, este estudio incluyó lesiones en lugar de únicamente víctimas mortales, el tiempo entre los accidentes y las pruebas de drogas fue mayor, y los niveles medios de THC detectados en la sangre fueron muy inferiores a los reportados por Drummer y otros.<sup>39</sup>

Laumon y otros<sup>40</sup> compararon los niveles de THC en la sangre de 6 766 y 3 006 automovilistas culpables y no culpables, respectivamente, de accidentes en Francia entre octubre de 2001 y septiembre de 2003, y hallaron un incremento de culpabilidad en aquellos en quienes se detectaron niveles de THC superiores a 1 ng/ml (OR = 2.87). Este incremento fue inferior al incremento de 15.5 encontrado en automovilistas con una CAS superior a 0.05 g/l. En este estudio se halló que había una relación dosis-respuesta entre el THC y el hecho de ser responsable de un accidente que persistía después de controlar la CAS, la edad y el momento del accidente. Con estos datos, en Francia, 2.5% de los accidentes mortales pueden atribuirse al cannabis y 29% al alcohol.<sup>41</sup>

Bedard y otros<sup>42</sup> examinaron la relación entre el consumo de cannabis y el riesgo de sufrir un accidente en 32 543 automovilistas muertos en los Estados Unidos, entre 1993 y 2003. Estos autores encontraron una relación dosis-respuesta entre la CAS y la responsabilidad en un accidente, y una asociación más modesta<sup>43</sup> entre la culpabilidad y el consumo de cannabis, evaluada de diferentes formas, incluidos los metabolitos inactivos. La asociación se atenuó, pero siguió siendo significativa tras el ajuste por el historial de accidentes, la edad, las condenas por beber y manejar, y la CAS (OR = 1.29).

Por lo tanto, esta convergencia de pruebas falibles sugiere que el consumo de cannabis incrementa de dos a tres veces el riesgo de sufrir un accidente de vehículos de motor;<sup>44</sup> no obstante, el riesgo es mucho más modesto que el del alcohol.<sup>45</sup> Esta relación puede ser atenuada, debido a que los niveles de THC en sangre no se relacionan tan directamente con la incapacidad para manejar como lo hace la CAS. Así, la contribución estimada del consumo de cannabis a las muertes por accidente es muy inferior a la del alcohol (2.5% frente a 29%), lo que probablemente refleja una combinación entre el riesgo bajo de accidentes en automovilistas intoxicados por cannabis y la baja prevalencia de éstos.

El riesgo de sufrir un accidente de vehículo de motor bajo los efectos del cannabis tiene significación en la salud pública debido a las elevadas tasas de consumo de cannabis entre los adultos jóvenes, el segmento de población con mayor riesgo de accidentes que resultan en lesiones y muerte. Una preocupación adicional es que probablemente la combinación de cannabis y alcohol<sup>46</sup> incrementa el riesgo de accidentes en comparación con el consumo de ambas sustancias por separado.<sup>47</sup> El desafío en la política es definir qué nivel de THC en la sangre incapacita para manejar, para que pueda usarse en los tribunales.<sup>48</sup>

### *Efectos inmunológicos*

Los receptores cannabinoides CB<sub>2</sub> se encuentran en el sistema inmunológico,<sup>49</sup> y estudios en animales sugieren que dosis elevadas de extractos del cannabis, así como de THC, dañan su funcionamiento. Diversos estudios en ratones y conejillos de indias indican que dosis elevadas (200 mg/kg) de cannabinoides disminuyen la resistencia a infecciones por *Lysteria monocytogenes*<sup>50</sup> y el virus herpes simple tipo 2;<sup>51</sup> sin embargo, apenas se dispone de estudios epidemiológicos sobre el funcionamiento del sistema inmunológico y la susceptibilidad a enfermedades en grandes consumidores de cannabis para valorar la gravedad de estos riesgos inmunológicos.<sup>52</sup>

Varios estudios epidemiológicos examinaron los efectos del consumo de cannabis autorreportado en la propensión de sida, entre hombres homosexuales VIH positivos. Kaslow y otros<sup>53</sup> reportaron un estudio prospectivo sobre la propensión de sida de 4 954 hombres homosexuales y bisexuales VIH positivos, y encontraron que el consumo de cannabis no predijo una progresión más rápida de sida y no se relacionó con cambios en

el funcionamiento inmunológico. Por otro lado, tampoco se halló relación entre el consumo de marihuana y la propensión de sida en hombres VIH ceropositivos registrados en el San Francisco Men's Health Study (N = 451), durante seis años.<sup>54</sup> Sin embargo, sí se encontró un incremento del riesgo de propensión de sida entre consumidores de cannabis en el Sydney AIDS Project, pero el Institute of Medicine<sup>55</sup> describió estos hallazgos como “menos confiables” que los de Kaslow y otros o DiFranco y otros, debido a su corto periodo de seguimiento y a que muchos de los “casos de VIH positivo” ya tenían sida. En un estudio sobre la mortalidad entre una cohorte inscrita en un plan de seguro médico<sup>56</sup> se encontró que había asociación entre el consumo de cannabis y la muerte por sida, pero estos resultados se atribuyeron al factor de confusión entre el consumo de cannabis y la preferencia sexual (no evaluado en el estudio).

## EFFECTOS DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LA REPRODUCCIÓN

El cannabis es ampliamente consumido por adolescentes y jóvenes adultos durante el momento culminante de la edad reproductiva. Estudios en animales a mediados de la década de 1970 despertaron una serie de preocupaciones acerca de que el consumo de cannabis durante este periodo podría afectar de forma adversa los resultados reproductivos, debido a que dosis elevadas de THC reducen la secreción de hormonas gonadales en ambos sexos<sup>57</sup> y perjudica el desarrollo del feto.<sup>58</sup>

### *Efectos en el sistema reproductivo del hombre y la mujer*

En animales la marihuana, los extractos crudos de marihuana, el THC y algunos cannabinoides purificados inhiben la función endocrina reproductiva masculina.<sup>59</sup> Si se consume de manera crónica, el cannabis podría reducir los niveles plasmáticos de testosterona, retrasar la maduración espermática, reducir el conteo y la motilidad espermáticos, e incrementar la tasa de producción anormal de espermatozoides.<sup>60</sup> Los mecanismos de estos efectos no han sido aclarados, pero probablemente se deben a los efectos del THC en los testículos e indirectamente en las hormonas hipotalámicas que estimulan la producción de testosterona por parte de los testículos.<sup>61</sup>

Estudios sobre los efectos del cannabis en la función reproductiva de los hombres han arrojado diferentes datos.<sup>62</sup> Así, los resultados de un estudio inicial que reportaron una reducción de la testosterona, la producción espermática y la motilidad de los espermatozoides, así como un aumento de las anomalías en el esperma,<sup>63</sup> no se reprodujeron en estudios posteriores,<sup>64</sup> incluido un estudio amplio y bien controlado acerca de los efectos del consumo diario de cannabis durante tres semanas en los niveles de testosterona en plasma.<sup>65</sup> Otros estudios aportaron pruebas tanto positivas como negativas sobre el efecto de los cannabinoides en la testosterona, por razones todavía no

bien comprendidas.<sup>66</sup> La significación clínica de los efectos del cannabis en el funcionamiento reproductivo masculino es incierta, ya que, en los estudios en que se encontraron estos efectos, en general los niveles de testosterona se situaron en el rango de la normalidad.<sup>67</sup> Un estudio reciente en recién nacidos producto de fertilización in vitro (FIV) y de transferencia intratubárica de gametos (TIG) reportó que los hombres que informaron haber consumido cannabis eran padres de niños con un menor peso al nacer,<sup>68</sup> aunque el mecanismo de este efecto permanece sin aclarar.

Los estudios en animales también sugieren que los extractos de cannabis y el THC puro interfieren en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en ratas hembras,<sup>69</sup> mientras que la exposición crónica a estas sustancias retrasó el celo y la ovulación.<sup>70</sup> Se dispone de escasos estudios experimentales sobre los efectos del cannabis en el sistema reproductivo humano femenino, a causa del temor a que el consumo de cannabis pueda producir defectos congénitos en los productos de mujeres en edad reproductiva. Mendelson y Mello<sup>71</sup> estudiaron los niveles hormonales en un grupo de mujeres consumidoras de cannabis (todas ellas se habían sometido a una ligadura de trompas) y no hallaron ninguna prueba de que el consumo crónico de cannabis afectara las hormonas sexuales o la duración del ciclo menstrual. En un estudio observacional más reciente, realizado en recién nacidos producto de FIV y TIG, se encontró que las mujeres con un historial de consumo regular de cannabis en el pasado presentaban menos oocitos recuperados y fecundados que aquellas sin dicho historial.<sup>72</sup>

### *Desarrollo del feto y malformaciones congénitas*

Estudios realizados en animales de laboratorio se observó que dosis elevadas de cannabis pueden producir resorción, retraso en el crecimiento y malformaciones en ratones, ratas, conejos y hámsters.<sup>73</sup> Se hallaron malformaciones en el nacimiento más a menudo tras la exposición al extracto crudo de marihuana que al THC, lo que sugiere que otros cannabinoides pueden tener efectos teratógenos. En este sentido Bloch concluyó que era poco probable que el THC fuese teratógeno en humanos porque “los escasos reportes sobre teratogenicidad en roedores y conejos indican que los cannabinoides son, como mucho, levemente teratógenos en estas especies”.<sup>74</sup>

Estudios epidemiológicos sobre los efectos del consumo de cannabis en el desarrollo humano han aportado resultados variables por diferentes razones. En primer lugar durante el embarazo el consumo elevado de cannabis es raro, por lo que son necesarias muestras muy grandes para detectar cualquier efecto adverso en el desarrollo fetal,<sup>75</sup> y muchos de los estudios realizados son muy reducidos para poder detectar estos efectos. En segundo lugar el estigma de admitir el consumo de drogas durante el embarazo lleva al subregistro,<sup>76</sup> por lo que si una parte importante de consumidoras de cannabis es clasificada erróneamente como no-consumidora, cualquier relación entre el consumo de cannabis y resultados adversos queda atenuada. En tercer lugar es difícil interpretar las

asociaciones reportadas entre los resultados adversos del embarazo y el consumo de cannabis,<sup>77</sup> ya que las consumidoras de cannabis también son más propensas a consumir tabaco, alcohol y otras drogas ilegales durante el embarazo;<sup>78</sup> además, es menos probable que busquen cuidados prenatales y más factible que tengan una peor nutrición que las mujeres que no consumen cannabis.<sup>79</sup>

El consumo de cannabis durante el embarazo se asocia de forma más consistente con un bajo peso al nacer.<sup>80</sup> Esta relación se encontró en uno de los estudios más grandes y mejor controlados que se han llevado a cabo,<sup>81</sup> en donde persistió tras controlar estadísticamente las variables de confusión.<sup>82</sup> Un metaanálisis de estos estudios<sup>83</sup> halló que el consumo habitual de cannabis durante el embarazo reduce el peso del bebé al nacer, aunque en menor medida que el fumar tabaco.

No se ha encontrado una relación consistente entre el consumo de cannabis y las anomalías en el recién nacido. En general, los estudios epidemiológicos no corroboran los primeros reportes de casos clínicos sobre anomalías en los recién nacidos de mujeres que fumaron cannabis durante el embarazo.<sup>84</sup> En un estudio reciente se halló relación entre el consumo de cannabis durante el embarazo y un elevado número de defectos en recién nacidos, provenientes de Hawái, entre 1986 y 2002,<sup>85</sup> pero el estudio no pudo controlar variables de confusión importantes. Zuckerman y otros<sup>86</sup> no pudieron establecer relación alguna entre el consumo de cannabis y el riesgo de sufrir defectos congénitos. Se trata de un hallazgo negativo convincente, ya que se estudió una amplia muestra de mujeres, entre las cuales había una importante tasa de consumo de cannabis verificado por análisis de orina. En este sentido la tasa de anomalías en el recién nacido entre las madres que consumieron cannabis durante el embarazo fue baja, no superior a la de los controles.

### *Efectos posnatales de la exposición intrauterina a los cannabinoides*

El Ontario Prospective Prenatal Study (OPPS) estudió las anomalías del desarrollo y el comportamiento en hijos de mujeres que reportaron haber consumido cannabis durante el embarazo.<sup>87</sup> En este estudio se preguntó a las madres sobre su consumo de drogas durante el embarazo y sus hijos fueron medidos con la escala de Brazelton al nacer, y sometidos a una evaluación neurológica al mes, a otra a los seis meses y una más al año de edad.

Los resultados mostraron cierto retraso en el desarrollo del sistema visual poco después del nacimiento, además de temblores y sobresaltos,<sup>88</sup> pero después de un mes estos efectos en el comportamiento desaparecieron y no se detectaron diferencias en las pruebas de aptitud a los seis ni a los 12 meses. Después, se reportaron efectos leves del cannabis en el comportamiento a los 36 y 48 meses, pero no a los 60 y 72 meses.<sup>89</sup> Estos resultados sugieren una leve deficiencia en el desarrollo de niños prematuros, y que

experimentaron una gestación más corta.<sup>90</sup> La cohorte se siguió hasta los 9-12 años y no se hallaron diferencias entre los niños expuestos al cannabis durante el embarazo y los no expuestos, al menos en lo que a las puntuaciones en la escala completa de IQ se refiere, pero sí se detectaron pequeñas diferencias en las medidas de organización perceptiva y en los procesos cognitivos de alto nivel.<sup>91</sup>

Los intentos de replicar los hallazgos del OPPS han producido resultados variables. Tennes y otros<sup>92</sup> estudiaron la relación entre el consumo de cannabis durante el embarazo y el desarrollo posnatal en los hijos de 756 mujeres, un tercio de las cuales reportaron haber consumido cannabis durante el embarazo. No se encontraron pruebas de deficiencia del desarrollo del sistema visual ni riesgo elevado de presentar temblores y sobresaltos en el nacimiento y, al año, no se hallaron diferencias entre los hijos de las consumidoras y los de las que no lo eran. En cambio, Day y otros<sup>93</sup> realizaron un seguimiento hasta los tres años a niños nacidos de 655 adolescentes en Pittsburg, entre 1990 y 1995, y hallaron un bajo rendimiento en las escalas de memoria y verbal de la Stanford-Binet Intelligence Scale al tercer año en niños de madres que reportaron haber consumido cannabis durante el embarazo. A los seis años de edad, la exposición prenatal al cannabis se relacionó con un peso bajo, después de controlar el consumo de alcohol y tabaco, así como otros factores de predicción de deterioro del crecimiento.<sup>94</sup> A los 10 años de edad, la exposición al cannabis antes del nacimiento se asoció con propensión a la delincuencia y problemas de comportamiento.<sup>95</sup>

En conjunto, los efectos posnatales en el comportamiento, resultado de la exposición prenatal al cannabis, parecen ser escasos,<sup>96</sup> y su existencia es incierta debido a lo reducido de los efectos y su tendencia a aparecer y desaparecer a diferentes edades. Es complicado realizar una interpretación causal de los efectos reportados, ya que los estudios presentados no pueden controlar de forma adecuada las variables de confusión,<sup>97</sup> como el consumo de otras drogas durante el embarazo, la escasa competencia parental y los riesgos genéticos compartidos entre madres e hijos relacionados con el deterioro de la función cognitiva.

### *Consumo materno de cannabis y cáncer infantil*

En tres estudios de casos y controles, fumar cannabis fue asociado con cánceres entre niños nacidos de madres que consumieron cannabis durante el embarazo, si bien en ninguno de ellos había una razón *a priori* que predijera una relación entre el consumo de cannabis y dichos cánceres.

En un estudio de casos y controles sobre la leucemia no linfocítica aguda (LNLA)<sup>98</sup> se reportó la asociación entre el consumo materno de cannabis y el cáncer infantil, y el consumo de cannabis por parte de la madre se consideró un factor de confusión potencial. Las madres de los casos tuvieron 11 veces más posibilidades de haber consumido cannabis antes y durante el embarazo que las madres de los controles. Esta

relación persistió después del ajuste estadístico para otros factores de riesgo. Una explicación alternativa es que hubo un sesgo de información, ya que la información sobre el consumo de cannabis se obtuvo tras el diagnóstico de LNLA, y la tasa de consumo de cannabis entre los controles fue menor que la de las encuestas realizadas a la población en general. Otros dos estudios de casos y controles reportaron un mayor riesgo de rhabdomyosarcoma<sup>99</sup> y astrocitomas<sup>100</sup> en niños nacidos de mujeres que reportaron haber consumido cannabis durante el embarazo. En ambos estudios el consumo de cannabis fue una más en la larga lista de variables de confusión medidas, por lo que la posibilidad de que se produjera un sesgo de medición en estos estudios es bastante elevada.<sup>101</sup>

No se ha producido un incremento de la incidencia de estos cánceres infantiles en el periodo de 1979 a 1995 que pueda explicarse por el consumo materno de cannabis durante el embarazo<sup>102</sup> y, por ejemplo, a pesar del riesgo relativo muy elevado reportado en la LNLA, la incidencia de este cáncer se mantuvo estable;<sup>103</sup> lo mismo sucede con los sarcomas de tejido blando, entre los que se incluyen los rhabdomyosarcomas.<sup>104</sup> La incidencia de los tumores malignos del sistema nervioso central (SNC), de los cuales alrededor de 52% son astrocitomas, se incrementó entre 1979 y 1985,<sup>105</sup> pero de una manera que es poco probable que refleje el consumo materno de cannabis. La incidencia se mantuvo estable entre 1979 y 1985, cuando se incrementó de forma abrupta y se mantuvo estable desde entonces.<sup>106</sup> En los Estados Unidos, en 1985, comenzó a usarse ampliamente la resonancia magnética (RM) lo que sugiere que este incremento fue producto de la mejora en el diagnóstico más que un incremento en la incidencia de la enfermedad.<sup>107</sup>

## EFFECTOS DEL CONSUMO CRÓNICO DE CANNABIS EN LA SALUD

*Consumo crónico* de cannabis es un término amplio que alude a un consumo regular (a diario o casi) durante periodos que pueden durar años. En la actualidad se están llevando a cabo estudios epidemiológicos sobre la relación entre el consumo crónico de cannabis y diferentes enfermedades en humanos; no obstante, estos estudios presentan problemas al momento de valorar la exposición al cannabis por periodos largos y excluir explicaciones alternativas a esta relación. Un problema importante en la interpretación de estudios epidemiológicos es que el consumo de cannabis se correlaciona con el consumo de otras drogas que afectan la salud.<sup>108</sup> En general, entre mayor sea el consumo de cannabis, más probable es también que la persona consuma otras drogas legales<sup>109</sup> o ilegales,<sup>110</sup> lo que dificulta que los efectos adversos sobre la salud hallados en los consumidores de cannabis puedan atribuirse de forma confiable únicamente a su consumo.<sup>111</sup> El control estadístico de las variables de confusión es la mejor aproximación disponible para hacer frente a este problema.

En las secciones siguientes se discuten las pruebas disponibles sobre los efectos

adversos en la salud y psicológicos que en general se atribuyen al consumo habitual de cannabis. En primer lugar se trata la cuestión de si el cannabis es una droga que causa dependencia, para después considerar sus efectos adversos más probables en la salud física a partir de un consumo crónico, como las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Por último se exploran las pruebas disponibles sobre los efectos psicológicos adversos que el consumo crónico de cannabis puede ocasionar en el desarrollo de los adolescentes, así como en la salud mental de los adultos jóvenes, tales como la psicosis, los trastornos depresivos y el deterioro cognitivo.

### *Dependencia del cannabis*

Tanto el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) como la *Clasificación internacional de enfermedades* (ICD-10) incluyen el diagnóstico de dependencia del cannabis, que se caracteriza por una angustia acusada resultado de un cúmulo de problemas recurrentes que reflejan una falta de control sobre el consumo de cannabis continuado, a pesar de los daños que supone. Los servicios de salud mental comunitarios indican que en muchas sociedades desarrolladas la dependencia al cannabis es el tipo de adicción a drogas más común, después del alcohol y el tabaco.<sup>112</sup> Aproximadamente 2% de los adultos cumplen los criterios de abuso de cannabis y dependencia en el último año<sup>113</sup> con una tasa de por vida de 4 a 8% en los adultos estadounidenses.<sup>114</sup> El riesgo de dependencia se sitúa alrededor de 9% entre las personas que alguna vez probaron el cannabis<sup>115</sup> y cerca de uno de cada seis en los jóvenes que iniciaron el consumo en la adolescencia.<sup>116</sup> Estos riesgos pueden compararse con los que presentan los consumidores de nicotina (32%), heroína (23%), cocaína (17%), alcohol (15%) y estimulantes (11%).<sup>117</sup> Aquellos con mayor riesgo de presentar dependencia del cannabis tienen un historial de bajo rendimiento académico, un comportamiento desviado en la niñez y la adolescencia, disconformidad y rebeldía, mala relación con los padres y una historia familiar con problemas de drogas y alcohol.<sup>118</sup>

Los animales y los humanos desarrollan tolerancia a muchos de los efectos producidos por el THC en el comportamiento y la salud física.<sup>119</sup> El SR 141716A, un antagonista de los cannabinoides, precipita un síndrome de abstinencia en ratas, ratones y perros,<sup>120</sup> que se revierte con la administración de THC.<sup>121</sup> Por otro lado, el desarrollo de tolerancia puede deberse a la regulación a la baja de los receptores CB1.<sup>122</sup>

En humanos se presentan síntomas de abstinencia similares,<sup>123</sup> en sujetos que dejan de consumir de forma repentina tras 30 días de recibir dosis elevadas de THC<sup>124</sup> y en consumidores crónicos de cannabis con fines recreativos,<sup>125</sup> incluidos los que no buscan ayuda para dejar de consumir.<sup>126</sup> Los consumidores a largo plazo que buscan ayuda suelen reportar síntomas de abstinencia que incluyen ansiedad, insomnio, alteraciones del apetito y depresión,<sup>127</sup> y también refieren que consumen cannabis para aliviar estos

síntomas.<sup>128</sup>

En las últimas dos décadas en los Estados Unidos, Europa y Australia el número de consumidores de cannabis que acude en busca de ayuda ha aumentado, debido a las dificultades que experimentan en la interrupción de su consumo.<sup>129</sup> Se ha argumentado que este incremento se debe al envío a tratamiento de los consumidores de cannabis por parte de los tribunales,<sup>130</sup> pero esta explicación parece poco probable en el caso de los Países Bajos, donde el consumo de cannabis en gran medida está despenalizado *de facto*.<sup>131</sup>

La dependencia del cannabis puede tratarse de forma ambulatoria con terapia cognitivo-conductual (TCC);<sup>132</sup> este tratamiento reduce el consumo de cannabis y los problemas derivados de éste,<sup>133</sup> aunque la proporción de los consumidores que logran una abstinencia duradera es modesta.<sup>134</sup> Las tasas de abstinencia continua son bajas, de 15% tras 6 a 12 meses de tratamiento.<sup>135</sup> La mejor tasa de abstinencia (35%) se reportó con tratamiento combinado de TCC y manejo de contingencia, usando vales o comprobantes, en una muestra de 20 pacientes.<sup>136</sup> Hasta la fecha no se ha hallado ningún agente que sea superior al placebo en la mejora del manejo de los síntomas de la abstinencia.<sup>137</sup>

### *Riesgos respiratorios de fumar cannabis*

En las últimas dos décadas estudios transversales y longitudinales, llevados a cabo en los Estados Unidos<sup>138</sup> y Nueva Zelanda,<sup>139</sup> han mostrado que los fumadores habituales de cannabis presentan más síntomas de bronquitis crónica<sup>140</sup> que los no fumadores.<sup>141</sup> Además, quienes sólo fuman cannabis ven afectada la capacidad inmunológica de su sistema respiratorio, lo que aumenta la susceptibilidad de padecer infecciones respiratorias y neumonía, con el consiguiente incremento en la utilización de los servicios de salud.<sup>142</sup>

Los efectos de fumar cannabis a largo plazo en la función respiratoria son menos claros.<sup>143</sup> Así, un estudio longitudinal<sup>144</sup> sobre la función respiratoria en 1 037 jóvenes de Nueva Zelanda, seguidos desde su nacimiento hasta los 21<sup>145</sup> y 26 años de edad<sup>146</sup> halló que los sujetos con dependencia del cannabis presentaban un deterioro de la función respiratoria; no obstante, este hallazgo no se ha replicado en la cohorte del estudio de Tashkin,<sup>147</sup> con un seguimiento más largo.

Hasta la fecha no se dispone de pruebas de que fumar cannabis de forma crónica incremente el riesgo de enfisema.<sup>148</sup> Así, estudios de seguimiento de la cohorte de Tashkin no hallaron, tras ocho años, ningún incremento en las tasas de enfisema en los sujetos que únicamente fumaban marihuana.<sup>149</sup> En un grupo con criterios de inclusión similares, compuesto por personas que sólo fumaban marihuana en Nueva Zelanda,<sup>150</sup> se

han reportado los mismos resultados.

### *Cánceres respiratorios*

Hay buenas razones para creer que el cannabis puede causar cáncer de pulmón y del tracto aerodigestivo.<sup>151</sup> El humo del cannabis y el del tabaco comparten muchos carcinógenos que causan cáncer respiratorio,<sup>152</sup> algunos de los cuales se encuentran en concentraciones más elevadas en el humo del cannabis que en el del tabaco.<sup>153</sup> El humo del cannabis es mutagénico según el test de Ames y causa cáncer en las pruebas en piel de ratón.<sup>154</sup> Además, los fumadores de cannabis inhalan más profundamente que los de tabaco, con lo que retienen más alquitrán y partículas;<sup>155</sup> por otro lado, los fumadores crónicos de cannabis presentan muchos de los cambios patológicos en las células pulmonares que preceden al desarrollo de cáncer en los fumadores de tabaco.<sup>156</sup>

Los resultados de estudios epidemiológicos de cánceres del tracto respiratorio superior en consumidores de cannabis son diversos. Sidney y otros<sup>157</sup> estudiaron la incidencia de cáncer en 64 855 miembros del Kaiser Permanente Medical Care Program, con un seguimiento de 8.6 años, y no encontraron ningún incremento del riesgo de cáncer respiratorio en el seguimiento de aquellos que habían consumido cannabis en alguna ocasión ni en los consumidores habituales. Tanto los hombres que habían consumido cannabis como los consumidores habituales presentaron un riesgo incrementado de cáncer de próstata.<sup>158</sup>

Por otro lado, Zhang y otros,<sup>159</sup> en un estudio de casos y controles realizado a 173 personas con este cáncer y a 176 controles,<sup>160</sup> hallaron un mayor riesgo de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello entre los consumidores de cannabis. Se encontró una OR de 2 para fumar cannabis después de realizar los ajustes correspondientes para actividades como fumar cigarrillos, consumir alcohol y otros factores de riesgo. No obstante, otros dos estudios de casos y controles de carcinoma oral de células escamosas no encontraron ninguna asociación entre el consumo de cannabis y la presencia de cáncer oral. Llewellyn y otros<sup>161</sup> tampoco hallaron ninguna asociación entre el consumo de cannabis autorreportado y el cáncer oral en un estudio de 116 casos<sup>162</sup> y 207 controles emparejados por edad y sexo.<sup>163</sup> Asimismo, Rosenblatt y otros tampoco reportaron hallazgos en un estudio basado en la comunidad, realizado a 407 casos y 615 controles, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, en el estado de Washington.<sup>164</sup>

En cuanto a la relación del consumo de cannabis y el cáncer de pulmón, en estudios de casos y controles se han encontrado pruebas más consistentes del daño.<sup>165</sup> En un estudio de casos y controles en Túnez, compuesto de 110 casos de cáncer de pulmón diagnosticado en el hospital y 110 controles en la comunidad, se halló una asociación con el consumo de cannabis (OR = 8.2) que persistió tras hacer los ajustes necesarios que correspondieran a actividades como fumar tabaco, pipas de agua y consumir tabaco en

polvo. En un estudio marroquí de 118 casos y 235 controles también se halló un incremento del riesgo de cáncer de pulmón (OR = 5.6) entre los sujetos que fumaban una combinación de flores de cannabis y tabaco, y una relación más marginal entre los que únicamente fumaban cannabis. En otro estudio de casos y controles en Nueva Zelanda sobre cáncer de pulmón en 79 adultos de menos de 55 años de edad y 324 controles de la comunidad<sup>166</sup> se reportó una relación dosis-respuesta entre el riesgo de padecer cáncer de pulmón y la frecuencia del consumo de cannabis. El tercil más alto de consumidores de cannabis tenía 5.7 veces más riesgo de presentar cáncer de pulmón.

El riesgo de cáncer oral y respiratorio entre los consumidores de cannabis sigue siendo incierto.<sup>167</sup> Así, el riesgo de cáncer oral es pequeño si se compara con el que presentan los fumadores de tabaco, dado el escaso riesgo relativo expuesto en el único estudio positivo.<sup>168</sup> Los hallazgos de los estudios de casos y controles sobre cáncer de pulmón son más sugestivos de un riesgo elevado, pero en estos estudios la medida del consumo de cannabis fue relativamente cruda y no está claro cómo se realizaron los controles para el consumo de tabaco. Para aclarar la relación entre fumar cannabis y los riesgos de padecer estos cánceres son necesarios estudios de cohortes más extensos, así como estudios de casos y controles mejor diseñados.<sup>169</sup>

### *Efectos cardiovasculares de fumar cannabis*

En humanos y animales el cannabis y el THC producen incrementos del ritmo cardíaco relacionados con la dosis.<sup>170</sup> En adultos jóvenes y sanos el corazón sólo se estresa ligeramente por este efecto y rápidamente se desarrolla tolerancia;<sup>171</sup> hay más razones para preocuparse por estos efectos en los adultos mayores, ya que ellos presentan un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular, hipertensión y enfermedad cerebrovascular.<sup>172</sup> Se han publicado reportes de casos de infartos de miocardio, arritmias y complicaciones vasculares en consumidores de cannabis jóvenes, por lo demás sanos,<sup>173</sup> pero se dispone de escasos estudios epidemiológicos o controlados.

Mittleman y otros,<sup>174</sup> en un estudio de casos cruzados realizado a 3 882 pacientes con infarto de miocardio, sugirieron que, durante la hora posterior a su consumo, el cannabis incrementa 4.8 veces el riesgo de infarto de miocardio, comparado con el aumento de 24 veces en el caso de la cocaína. Estos autores estimaron que, para un adulto de 44 años de edad que consume cannabis a diario, el riesgo anual de padecer un infarto de miocardio se incrementa entre 1.5 y 3%. Recientemente, Mukamal y otros<sup>175</sup> proporcionaron apoyo a Mittleman y otros, en un estudio prospectivo de 1 913 pacientes hospitalizados por infarto de miocardio, y hallaron una relación dosis-respuesta entre el consumo de cannabis autorreportado y la mortalidad en los 3.8 años siguientes. La mortalidad se incrementó 2.5 veces en aquellos que consumían cannabis menos de una vez a la semana, y 4.2 veces en los que lo hacían más de una vez a la semana. Ambos conjuntos de resultados están respaldados por estudios de laboratorio doble-ciego que

mostraron que fumar cannabis ocasiona síntomas de angina en pacientes con enfermedad cardíaca.<sup>176</sup>

## CONSUMO CRÓNICO DE CANNABIS Y FUNCIÓN CEREBRAL

### *Funcionamiento cognitivo*

Las personas con dependencia al cannabis que buscan ayuda para dejar de consumir suelen reportar deterioro cognitivo, en particular de la memoria a corto plazo; sin embargo, estudios controlados no han hallado que el consumo prolongado ocasione un deterioro grave de la función cognitiva.<sup>177</sup> Lyketsos y otros,<sup>178</sup> evaluaron las alteraciones cognitivas con la miniprueba del estado mental (Mini Mental State Examination, MMSE) en 1 318 adultos durante 11.5 años, y no hallaron ninguna relación entre el consumo de cannabis y un descenso en la puntuación del MMSE, lo que indica que el consumo de cannabis no produce un deterioro cognitivo *bruto*.<sup>179</sup> Este estudio no excluye la posibilidad de un deterioro cognitivo más sutil, ya que el MMSE es una prueba de cribado que no es sensible a pequeños cambios en las funciones cognitivas; además, en este estudio se consideró como “gran consumidor de cannabis” a cualquiera que reportase haber consumido diario durante más de dos semanas.

Estudios controlados de laboratorio han aportado pruebas de que los grandes consumidores de cannabis a largo plazo muestran tipos sutiles de deterioro cognitivo.<sup>180</sup> Un problema importante que surge a la hora de interpretar estos estudios es que no se plantea la posibilidad de que los consumidores habituales de cannabis tengan una función cognitiva más deficiente que aquella de los controles antes de comenzar a consumir cannabis.<sup>181</sup> Los mejores estudios han emparejado a los consumidores y no consumidores, según una estimación de su función intelectual premórbida,<sup>182</sup> o bien según el desempeño en pruebas cognitivas antes de comenzar a consumir cannabis,<sup>183</sup> y han hallado deterioros cognitivos asociados con el consumo frecuente o de larga duración.<sup>184</sup>

Solowij y otros,<sup>185</sup> por ejemplo, encontraron un deterioro del rendimiento neuropsicológico leve en grandes consumidores (casi diario) dependientes de cannabis con un promedio de 10 años de consumo regular, comparado con controles no consumidores. En cambio, los consumidores con una media de 24 años de consumo regular, mostraron un deterioro en la atención, aprendizaje verbal, retención y recuperación. Solowij<sup>186</sup> utilizó potenciales evocados relacionados con eventos para mostrar un deterioro en la atención en personas con menor tiempo de consumo (cinco años o más) y encontró que el deterioro incrementa con el número de años de consumo.<sup>187</sup>

Los tipos de deterioro más comunes en los grandes consumidores de cannabis son

déficit en el aprendizaje verbal, la memoria y la atención, pero no hay acuerdo en su explicación, y se han relacionado con la duración,<sup>188</sup> la frecuencia<sup>189</sup> y la dosis acumulada de THC.<sup>190</sup> Los efectos diferenciales de la frecuencia y duración de consumo, así como las dosis reportadas, no siempre han sido descritas en los estudios, por lo que continúa el debate sobre si estos efectos pueden atribuirse a los efectos persistentes agudos, a residuos de la droga, a efectos de la abstinencia o a cambios graduales en el cerebro, resultado de la exposición acumulativa al THC.<sup>191</sup>

Asimismo, es incierto si la función cognitiva se recupera después de la interrupción del consumo de cannabis. Solowij<sup>192</sup> descubrió recuperación parcial en una tarea de atención selectiva después de la abstinencia de dos años de un pequeño grupo de ex consumidores, pero las medidas de los potenciales evocados relacionados con eventos cerebrales seguían mostrando problemas de procesamiento de información, cuya gravedad se correlaciona con los años de consumo. Bolla y otros,<sup>193</sup> encontraron disminuciones persistentes relacionadas con la dosis en el rendimiento neurocognitivo, después de 28 días de abstinencia en grandes consumidores jóvenes,<sup>194</sup> mientras que Pope y otros,<sup>195</sup> reportaron que las alteraciones de memoria desaparecieron después de 28 días de abstinencia. Otro informe sobre la última muestra<sup>196</sup> encontró déficit persistentes de memoria en los individuos que habían empezado a consumir antes de los 17 años de edad.

### *Estructura y función del cerebro*

No se ha repetido aquel primer hallazgo que indicara cambios estructurales en el cerebro después del consumo prolongado de cannabis.<sup>197</sup> En un estudio realizado mediante sofisticadas técnicas de medición se demostró que el consumo frecuente pero relativamente a corto plazo del cannabis no produce anormalidades cerebrales estructurales ni cambios globales o regionales en el volumen de tejido cerebral o en su composición que puedan ser evaluados por resonancia magnética.<sup>198</sup> En otras investigaciones se ha encontrado una reducción de la materia gris cortical y un aumento de la materia blanca en aquellos que comenzaron a consumir cannabis antes de los 17 años, en comparación con los que lo hicieron más tarde.<sup>199</sup>

Estudios más recientes han demostrado una alteración de la función cerebral y del metabolismo en humanos tras el uso agudo y crónico de cannabis mediante la determinación del flujo sanguíneo cerebral (CBF), la tomografía por emisión de positrones (PET) y el electroencefalograma (EEG). Block y otros,<sup>200</sup> por ejemplo, hallaron que después de 26 horas de abstinencia supervisada, los consumidores habituales de cannabis mostraron sustancialmente un menor flujo sanguíneo cerebral en reposo en el cerebelo y la corteza prefrontal posterior que los controles. De manera similar, Lundqvist y otros<sup>201</sup> mostraron un promedio del flujo sanguíneo hemisférico y frontal menor poco después de

la interrupción del consumo de cannabis. Queda por determinar si estos resultados tienen implicaciones a largo plazo en la función cognitiva.

Loeber y Yurgelun-Todd<sup>202</sup> propusieron que el consumo crónico de cannabis cambia los receptores cannabinoides que actúan sobre el sistema dopaminérgico, y ocasiona una reducción en el metabolismo cerebral en el lóbulo frontal y el cerebelo. Estudios recientes mediante técnicas de imagen funcional durante las tareas cognitivas<sup>203</sup> han mostrado una disminución de la actividad cerebral de los consumidores crónicos de cannabis en comparación con los controles, incluso después de una abstinencia de 28 días.<sup>204</sup>

Los deterioros cognitivos asociados con el uso crónico de cannabis también se han relacionado con los cambios en la actividad del receptor de cannabinoides en el hipocampo, la corteza prefrontal y el cerebelo. Yücel y otros<sup>205</sup> reportaron recientemente reducciones en los volúmenes del hipocampo y la amígdala en 15 consumidores de largo plazo que habían fumado cinco o más porros al día durante 10 años o más. El tamaño de las reducciones se correlacionó inversamente con la duración del consumo. La realización de más estudios funcionales de imagen cerebral a muestras más grandes de consumidores a largo plazo abrirá la puerta a la investigación sobre si el deterioro cognitivo en este tipo de consumidores se correlaciona con cambios estructurales en las áreas del cerebro implicadas en la memoria y la emoción, así como con una gran cantidad de receptores de cannabinoides.<sup>206</sup>

## CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LA ADOLESCENCIA

En la década de 1970, en los Estados Unidos, el cannabis comenzó a ser consumido por un gran número de jóvenes. En los siguientes 30 años la proporción de jóvenes que consumen cannabis en muchos países desarrollados aumentó, y la edad de inicio del consumo disminuyó en Australia, los Estados Unidos y los Países Bajos.<sup>207</sup> En este sentido, existe una gran preocupación por parte de la comunidad sobre si el consumo de cannabis en la adolescencia empeora el desempeño académico,<sup>208</sup> incrementa el consumo de heroína y cocaína<sup>209</sup> y si aumenta las tasas de psicosis.<sup>210</sup>

### *Resultados educativos*

El consumo de cannabis afecta gravemente la memoria y la atención, y en los adolescentes su consumo regular puede perjudicar potencialmente el aprendizaje, ocasionar un menor rendimiento y aumentar el abandono escolar prematuro. Las encuestas suelen encontrar asociaciones entre el consumo de cannabis y los precarios logros educativos de niños y jóvenes en edad escolar.<sup>211</sup> Asimismo, las tasas de consumo de cannabis más elevadas se encuentran entre los jóvenes que ya no asisten a la escuela o entre aquellos que presentaban altos índices de absentismo cuando todavía lo

hacían.<sup>212</sup>

Una explicación a estas asociaciones es que el consumo de cannabis contribuye al bajo rendimiento escolar,<sup>213</sup> y una segunda posibilidad es que el consumo intenso de marihuana es consecuencia de un bajo nivel educativo.<sup>214</sup> Ambas hipótesis pueden ser verdaderas; por ejemplo, un bajo rendimiento escolar puede aumentar el consumo de cannabis y, a su vez, producir un deterioro aún mayor del rendimiento escolar. Una tercera hipótesis es que el consumo de cannabis y el nivel educativo pobre son el resultado de factores comunes que aumentan el riesgo tanto del consumo temprano de cannabis como de malos resultados escolares,<sup>215</sup> hipótesis apoyada por la superposición de los factores de riesgo de consumo temprano de cannabis y el bajo rendimiento educativo.<sup>216</sup>

Estas explicaciones sólo pueden probarse mediante estudios prospectivos en jóvenes que evalúen en el tiempo su consumo de cannabis, nivel educativo y los factores de confusión potenciales, como circunstancias familiares y sociales, características de personalidad y delincuencia.<sup>217</sup> Estos estudios permiten a los investigadores responder a la cuestión de si los jóvenes que consumen cannabis tienen peores resultados escolares que los que no lo hacen, si se asume que los consumidores de cannabis tienen más probabilidades de tener un historial de mal rendimiento escolar y otras características antes de consumir cannabis.

En estudios longitudinales,<sup>218</sup> en general, se ha encontrado una relación entre el consumo de cannabis antes de los 15 años y el abandono escolar, que persiste después del ajuste estadístico de las diferencias entre los consumidores tempranos de cannabis y sus compañeros.<sup>219</sup> La hipótesis más verosímil parece ser que el deterioro del rendimiento educativo en los consumidores de cannabis adolescentes puede atribuirse a un mayor riesgo preexistente de estos resultados y a una combinación de los efectos de la intoxicación aguda en el rendimiento cognitivo, la afiliación con compañeros que rechazan la escuela y un deseo de acceder rápidamente a la edad adulta.<sup>220</sup> Esta hipótesis está apoyada por la ausencia total de relación entre el consumo de marihuana y el abandono de la universidad, en un estudio longitudinal en varones estudiantes universitarios estadounidenses. Entre los que habían consumido marihuana, pero no otras drogas, “no hubo evidencia de que el consumo de drogas tuviera alguna relación con el abandono, con independencia de los antecedentes familiares, las relaciones con los padres en la escuela secundaria y los valores sociales”.<sup>221</sup>

### *Consumo de otras drogas ilegales*

Las encuestas sobre el consumo de drogas durante la adolescencia en los Estados Unidos en los últimos 30 años han demostrado de forma consistente tres relaciones entre el cannabis y el consumo de heroína y cocaína.<sup>222</sup> En primer lugar casi todas las personas que probaron la cocaína y la heroína, primero probaron el alcohol, el tabaco y el

cannabis. En segundo lugar los consumidores habituales de cannabis fueron más propensos a consumir más tarde heroína y cocaína. En tercer lugar, entre más temprana es la edad de inicio en el consumo de cannabis, más probable es que se consuma heroína y cocaína. Estas relaciones se han confirmado en estudios longitudinales de consumo de drogas en Nueva Zelanda.<sup>223</sup>

Para estos patrones de consumo de drogas se han aportado tres tipos de explicaciones. La primera es que, como el cannabis y otras drogas ilegales se suministran en el mismo mercado negro, los consumidores de cannabis tienen más oportunidades de consumir otras drogas ilegales que los demás,<sup>224</sup> la segunda es que los consumidores de cannabis son más propensos a consumir otras drogas ilegales por razones no relacionadas con su consumo de cannabis,<sup>225</sup> y la tercera es que los efectos farmacológicos del cannabis aumentan la propensión a utilizar otras drogas ilegales.<sup>226</sup>

El entorno social y la disponibilidad de medicamentos desempeñan un papel importante, y en los Estados Unidos los jóvenes que han consumido alcohol o tabaco son más propensos a reportar que tuvieron oportunidad de consumir cannabis a una edad menor que los que no lo han hecho.<sup>227</sup> Por otra parte, aquellos que consumieron cannabis reportaron más oportunidades de consumir cocaína a una edad más temprana.<sup>228</sup> Sin embargo, en Nueva Zelanda la asociación autorreportada con compañeros que consumían drogas sólo explicó en parte la relación entre el cannabis y otras drogas ilegales.<sup>229</sup>

También se dispone de pruebas de que existe un reclutamiento selectivo entre los jóvenes que consumen cannabis que mostrarán conductas socialmente desviadas con predisposición a utilizar diferentes drogas, incluidos el alcohol, el cannabis, la cocaína y la heroína.<sup>230</sup> Según esta hipótesis, la secuencia de la implicación en las drogas refleja las diferencias en la disponibilidad y la desaprobación social del cannabis y otras drogas ilícitas.<sup>231</sup> La hipótesis de la selección en el inicio de las drogas se sustenta en la correlación entre el abandono de la escuela secundaria, las relaciones sexuales tempranas, la delincuencia y el consumo de alcohol y drogas ilegales. En este sentido los consumidores habituales de marihuana son más propensos que el resto a tener un historial de todos estos comportamientos.<sup>232</sup> La hipótesis de reclutamiento selectivo se apoya en un estudio de simulación de Morral y otros,<sup>233</sup> que demostró que este modelo puede reproducir todas las relaciones descritas anteriormente entre el consumo de cannabis y otras drogas ilegales.

La hipótesis de reclutamiento selectivo se ha probado en estudios longitudinales que evalúan si los consumidores de cannabis son más propensos a reportar consumo de heroína y cocaína, después de controlar estadísticamente las diferencias entre éstos y los no consumidores.<sup>234</sup> En general el ajuste de estas diferencias preexistentes se debilita, pero elimina las fuertes relaciones entre el consumo de cannabis temprano y regular y un mayor riesgo de consumir otras drogas ilegales.<sup>235</sup>

Estudios genéticos del comportamiento han comprobado una explicación alternativa de la asociación entre el consumo de cannabis y otras drogas ilegales: existe una vulnerabilidad genética compartida a desarrollar dependencia del cannabis y otras drogas.<sup>236</sup> Estudios de gemelos idénticos y no idénticos indican que existe una vulnerabilidad compartida parcialmente genética a la dependencia del alcohol,<sup>237</sup> el cannabis<sup>238</sup> y el tabaco.<sup>239</sup> Lynskey y otros<sup>240</sup> probaron esta hipótesis mediante la evaluación de la relación entre el cannabis y otras drogas ilegales en gemelos,<sup>241</sup> en que uno de los gemelos había consumido cannabis antes de los 17 años y el otro no. Estos autores encontraron que era más probable que el gemelo que consumió cannabis haya utilizado sedantes, alucinógenos, estimulantes y opiáceos que su cogemelo. Estas relaciones persistieron después de controlar factores ambientales que predicen un aumento del riesgo de desarrollar abuso o dependencia de drogas. En un estudio neerlandés realizado a gemelos<sup>242</sup> se reportó un hallazgo similar.

Estudios en animales sugieren diferentes formas en que los efectos farmacológicos del consumo de cannabis podrían predisponer a los consumidores a consumir otras drogas ilegales.<sup>243</sup> En primer lugar el cannabis, la cocaína, la heroína y la nicotina actúan todos en el “centro de recompensa” del cerebro en el núcleo *accumbens*.<sup>244</sup> En segundo lugar los sistemas cannabinoide y opioide interactúan en el cerebro.<sup>245</sup> En tercer lugar los ratones mutantes en que se ha “deshabilitado” el receptor cannabinoide no encuentran recompensa alguna en los opioides.<sup>246</sup>

Además, los estudios en animales proporcionan posibles pruebas directas sobre si estos mecanismos neurales pueden explicar la relación entre el cannabis y otras drogas ilegales en los seres humanos. En concreto, se puede evaluar si la administración de cannabinoides “prepara” a los animales para autoadministrarse otras drogas ilegales.<sup>247</sup> Dos estudios en ratas,<sup>248</sup> por ejemplo, proporcionaron pruebas de sensibilidad cruzada entre los cannabinoides y los opioides;<sup>249</sup> sin embargo, su relevancia en el consumo de cannabis por adolescentes es incierto, debido a que estos efectos se producen mediante la inyección de grandes dosis de cannabinoides.<sup>250</sup>

El consumo de cannabis está más estrechamente asociado al uso de otras drogas ilegales que el alcohol o el tabaco, y los consumidores de cannabis más tempranos y más frecuentes son también los más propensos a consumir otras drogas ilegales. Estudios en animales proporcionan cierta verosimilitud biológica a una relación causal entre el consumo de cannabis y otros tipos de drogas ilegales. Por otra parte, estudios longitudinales bien controlados sugieren que el reclutamiento selectivo en el consumo de cannabis no explica totalmente la asociación entre el consumo de cannabis y el de otras drogas ilegales; todo ello sustentado por estudios discordantes en gemelos, que indican que los genes compartidos y el medio ambiente no explican por completo esta asociación. No obstante, es difícil excluir la hipótesis de que existe un patrón de consumo que refleja las características comunes entre los consumidores de cannabis y de otras drogas.<sup>251</sup>

## CONSUMO DE CANNABIS Y SALUD MENTAL

### *Psicosis y esquizofrenia*

En encuestas realizadas a la población general se han asociado el consumo de cannabis y los síntomas psicóticos,<sup>252</sup> y la relación persiste tras el ajuste para prevenir los factores de confusión.<sup>253</sup> Estudios longitudinales de cohortes representativas de gran tamaño han aportado la mejor evidencia de que estas asociaciones pueden ser causales.

Uno de los primeros estudios prospectivos sobre el consumo de cannabis y la esquizofrenia fue el seguimiento de 15 años a 50 465 reclutas suecos, en el que se encontró que aquellos que habían probado el cannabis a los 18 años eran 2.4 veces más propensos a ser diagnosticados con esquizofrenia que aquellos que no lo habían probado.<sup>254</sup> El riesgo aumentó con la frecuencia del consumo de cannabis y, a pesar de una reducción sustancial, se mantuvo significativa después del ajuste estadístico de las variables de confusión. Aquellos que habían consumido cannabis más de 10 veces a los 18 años eran 2.3 veces más propensos a recibir un diagnóstico de esquizofrenia que aquellos que no lo habían hecho.

Zammit y otros<sup>255</sup> en su estudio reportaron el seguimiento de 27 años de la misma cohorte sueca, y también encontraron una relación dosis-respuesta entre la frecuencia del consumo de cannabis a los 18 años y el riesgo de esquizofrenia durante el seguimiento. Asimismo, demostraron que la relación se mantuvo después de controlar estadísticamente los efectos de otras drogas y otros factores de confusión potenciales. Se estimó que 13% de los casos de esquizofrenia se habrían podido evitar si se hubiera impedido el consumo de cannabis.

Otros estudios longitudinales han sustentado las conclusiones de Zammit y otros. En un estudio longitudinal de tres años sobre la relación entre el consumo de cannabis autorreportado y la psicosis, realizado a una muestra de 4 848 personas en los Países Bajos<sup>256</sup> se halló una relación dosis-respuesta entre el consumo de cannabis, al inicio del estudio, y los síntomas psicóticos durante el periodo de seguimiento, que persistió después de controlar estadísticamente los efectos de otras drogas. Henquet y otros<sup>257</sup> reportaron un seguimiento de cuatro años de una cohorte de 2 437 adolescentes y adultos jóvenes entre 1995 y 1999 en Múnich, y hallaron una relación dosis-respuesta entre el consumo de cannabis autorreportado al inicio del estudio y la probabilidad de síntomas psicóticos en el seguimiento. Arseneault y otros,<sup>258</sup> en un estudio prospectivo de una cohorte nacida en Nueva Zelanda, hallaron una relación entre el consumo de cannabis a los 15 años y un mayor riesgo de síntomas psicóticos a la edad de 26. Fergusson y otros<sup>259</sup> reportaron resultados similares en un estudio longitudinal realizado a una cohorte de nacidos en Christchurch, Nueva Zelanda. La dependencia de cannabis a los 18 años predijo un mayor riesgo de presentar síntomas psicóticos a los 21 años de edad (RR de 2.3), que se redujo pero siguió siendo significativa después de realizar los ajustes para

prevenir los posibles factores de confusión.<sup>260</sup>

Moore y otros<sup>261</sup> llevaron a cabo un metaanálisis de estos estudios longitudinales y encontraron una razón de probabilidad de 1.4<sup>262</sup> de trastornos psicóticos entre los individuos que habían consumido cannabis alguna vez, así como una relación dosis-respuesta entre la frecuencia del consumo de cannabis y el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos o un trastorno psicótico. En la mayoría de estos estudios se controló la causalidad inversa, excluyendo los casos con síntomas psicóticos al inicio del estudio o por ajuste estadístico para los síntomas psicóticos preexistentes. La hipótesis causal común fue más difícil de excluir en todos los estudios; la asociación entre el consumo de cannabis y la psicosis se atenuó tras realizar el ajuste estadístico que comprendiera algunos posibles factores de confusión, y ningún estudio evaluó todos los posibles factores de confusión importantes.

¿Ha cambiado la incidencia de la esquizofrenia, especialmente los casos agudos de inicio precoz, en un periodo en el que se hayan registrado aumentos muy sustanciales en el consumo de cannabis entre los adultos jóvenes en Australia y los Estados Unidos? En un estudio basado en el modelado de tendencias en la incidencia de psicosis en Australia no se encontraron pruebas claras de algún aumento después de los fuertes incrementos en el consumo de cannabis durante la década de 1980.<sup>263</sup> Un estudio similar en Gran Bretaña<sup>264</sup> sugirió que tal vez era demasiado pronto para detectar cualquier efecto que el consumo de cannabis pudiera tener en la incidencia de psicosis en el Reino Unido, ya que su consumo sólo se incrementó durante la década de 1990. Este último estudio estima que a fin de prevenir un caso de esquizofrenia en los hombres británicos de entre 20 y 24 años de edad, habría que evitar que 5 000 hombres fumasen cannabis alguna vez. Estudios recientes que trataban de detectar algún aumento han aportado pruebas diversas: un estudio británico<sup>265</sup> y uno suizo<sup>266</sup> reportaron mayor incidencia de psicosis entre los hombres en cohortes de nacimiento recientes, pero otro estudio británico no encontró incremento alguno.<sup>267</sup>

En un estudio se encontró una interacción entre el consumo de cannabis y un polimorfismo común en el alelo COMT Val158Met y se sugirió que existe una base biológica para la relación entre el consumo de cannabis y la psicosis.<sup>268</sup> Además, se han documentado alteraciones en el metabolismo de las catecolaminas, en particular la dopamina, en personas con esquizofrenia,<sup>269</sup> sin mencionar que el polimorfismo funcional de la COMT es muy importante para el metabolismo de la dopamina;<sup>270</sup> no obstante, este hallazgo no se ha replicado en un estudio más extenso de casos y controles de la esquizofrenia y el consumo de cannabis en el Reino Unido.<sup>271</sup>

Un estudio de provocación<sup>272</sup> sustentó que existe un efecto directo del cannabis en los síntomas psicóticos. En este estudio, el THC por vía intravenosa administrado en condiciones de doble ciego, controlado con placebo, produjo incrementos dependientes de la dosis en los síntomas psicóticos positivos y negativos en los pacientes con esquizofrenia en remisión.

## *Consumo de cannabis y trastornos afectivos*

Algunos estudios hallaron relaciones encontradas entre el consumo de cannabis y la depresión. El estudio transversal inicial de Kandel encontró que el consumo de cannabis se asociaba con una menor satisfacción en la vida y con haber consultado a un profesional de la salud mental o haber sido hospitalizado por un trastorno psiquiátrico.<sup>273</sup> Los análisis longitudinales de esta cohorte hallaron asociaciones más débiles entre el consumo de drogas en la adolescencia y problemas de salud mental en adultos.<sup>274</sup> Newcomb y Bentler<sup>275</sup> encontraron una fuerte relación entre el consumo de drogas entre los adolescentes y la angustia durante la adolescencia, pero no se encontró ninguna relación que vinculara el consumo de drogas en esta etapa y la angustia emocional, la depresión y la falta de un propósito en la vida en la edad adulta temprana.

Fergusson y Horwood<sup>276</sup> encontraron una relación dosis-respuesta entre la frecuencia del consumo de cannabis a los 16 años de edad y la ansiedad y el trastorno depresivo, según los criterios del DSM-IV, pero estas relaciones no fueron estadísticamente significativas después de realizar los ajustes que comprendieran factores de confusión. Brook y otros<sup>277</sup> reportaron que el consumo de cannabis temprano no predijo un mayor riesgo de trastornos de ansiedad y afectivos en la edad adulta temprana. McGee y otros<sup>278</sup> reportaron lo mismo en un estudio longitudinal del consumo de cannabis y la salud mental en una cohorte proveniente de Nueva Zelanda. Así, el consumo de cannabis a los 15 años de edad no predijo problemas de salud mental a los 18 años.

Algunos estudios han hallado asociaciones entre el consumo de cannabis por adolescentes y la depresión. Una encuesta realizada a una muestra representativa de ciudadanos australianos de entre 13 y 17 años de edad encontró que los que habían consumido cannabis eran tres veces más propensos a cumplir los criterios de depresión que los que nunca lo habían hecho.<sup>279</sup> Fergusson y Horwood<sup>280</sup> encontraron que 36% de los adolescentes que habían consumido cannabis 10 o más veces a los 15-16 años de edad cumplieron con los criterios de trastorno del estado de ánimo a esa edad, en comparación con sólo 11% de los que nunca habían consumido cannabis. Del mismo modo, en un estudio de cohortes de jóvenes provenientes de Zúrich, con un seguimiento de los 20 a los 30 años de edad, se encontró que a los 30 años aquellos que habían cumplido los criterios de depresión eran 2.3 veces más propensos a reportar un consumo de cannabis semanal.<sup>281</sup> Por otro lado, un estudio realizado por Patton y otros<sup>282</sup> de una cohorte de adultos jóvenes<sup>283</sup> en Victoria encontró que 68% de las mujeres que informaron consumir cannabis a diario en el último año estaban deprimidas.

Un metaanálisis de estos estudios, llevado a cabo por Moore y otros,<sup>284</sup> encontró una asociación entre el consumo de cannabis y los trastornos depresivos similar a la relación entre el consumo de cannabis y la psicosis;<sup>285</sup> sin embargo, estos autores explicaron que los estudios de trastornos de depresión y ansiedad no contemplaron de forma metódica factores potenciales de confusión. Tampoco excluyeron de manera fehaciente la

posibilidad de que los jóvenes deprimidos fuesen más propensos a consumir cannabis para mitigar la depresión, debido a que muchos de estos estudios fueron demasiado pequeños para detectar cualquier efecto del consumo de cannabis en los trastornos de depresión y ansiedad.

En los Países Bajos, Henquet y otros<sup>286</sup> informaron de un estudio longitudinal de tres años sobre la relación entre el consumo de cannabis y la percepción subjetiva de los síntomas de la manía, en la muestra comunitaria NEMESIS, de 4 848 personas. Sus hallazgos en la manía replicaron de forma sustancial sus resultados previos sobre esquizofrenia. En primer lugar el consumo de cannabis al inicio del estudio predice un mayor riesgo de síntomas maníacos durante el periodo de seguimiento en individuos que no habían presentado síntomas al comenzar el estudio. En segundo lugar se halló una relación dosis-respuesta entre la frecuencia del consumo de cannabis al inicio del estudio y el riesgo de síntomas maníacos durante el seguimiento. En tercer lugar estas relaciones persistieron cuando se controlaron estadísticamente los efectos de las características personales y el consumo de otras drogas.

### *Suicidio*

Un pequeño número de estudios ha encontrado una relación entre el consumo de cannabis y el suicidio entre los adolescentes,<sup>287</sup> pero no está claro si esto puede explicarse por otros factores de riesgo. En la Encuesta Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos existe una asociación entre los intentos de suicidio autorreportados y la dependencia a sustancias como el alcohol, sedantes, estimulantes, cannabis e inhalantes.<sup>288</sup> El riesgo de dependencia al cannabis siguió siendo significativo después de ajustar los factores sociodemográficos y otros trastornos psiquiátricos (OR de 2.4). Beautrais y otros<sup>289</sup> reportaron un estudio de casos y controles sobre consumo de drogas en los intentos de suicidio graves, que resultaron en hospitalización, en el que encontraron que en 16% de los 302 intentos de suicidio había un trastorno por consumo de cannabis,<sup>290</sup> en comparación con 2% de los 1 028 controles de la comunidad. El control de desventaja social y depresión o dependencia de alcohol redujo sustancialmente esta asociación, pero no la eliminó (OR de 2).

Las pruebas de un pequeño número de estudios prospectivos son más heterogéneas. Así, Fergusson y Horwood<sup>291</sup> también encontraron una relación dosis-respuesta entre la frecuencia del consumo de cannabis a los 16 años y la posibilidad de reportar un intento de suicidio, pero la asociación no persistió después de controlar los factores de confusión. Patton y otros,<sup>292</sup> por su parte, encontraron que, después de controlar factores como la depresión y el consumo de alcohol, el cannabis se asoció con autolesiones entre las mujeres, pero no entre los hombres. Andréasson y Allebeck,<sup>293</sup> en su seguimiento de 50 465 reclutas suecos, reportaron que el riesgo de suicidio era cuatro veces mayor entre los grandes consumidores de cannabis.

El metaanálisis de Moore y otros<sup>294</sup> de estudios longitudinales sobre los efectos del consumo de cannabis reportó que no podía establecerse una combinación de los resultados en una estimación global del riesgo, dado que los estudios sobre el suicidio habían sido demasiado heterogéneos. Las razones de probabilidad en estos cinco estudios variaron entre un máximo de 4.6 y un mínimo de 0.6. Pocos de ellos fueron capaces de excluir la causalidad inversa, o bien el control de las variables de confusión, y el único estudio en que se controlaron los posibles factores de confusión encontró que la relación ya no era significativa después del ajuste estadístico.

## EFFECTOS DEL AUMENTO DEL THC EN LOS PRODUCTOS DEL CANNABIS

Desde principios de 1970 existe la preocupación de que los derivados del cannabis son cada vez más potentes (y, por tanto, más perjudiciales para la salud).<sup>295</sup> El control regular de los productos del cannabis en los Estados Unidos indica que el contenido de THC ha aumentado de menos de 2% en 1980 a 4.5% en 1997<sup>296</sup> y, más recientemente, a 8.5%.<sup>297</sup> El contenido de THC aumentó también en los Países Bajos entre 2000 y 2005<sup>298</sup> y también puede haberlo hecho en otros países europeos, aunque no está claro en qué medida, ya que se carece de datos de series temporales en THC en muestras representativas de derivados del cannabis.<sup>299</sup> El aumento de la potencia probablemente es el resultado de la combinación de la reproducción selectiva de plantas de mayor potencia y un cambio hacia el cultivo en interiores, utilizando el método “sin semilla”, tendencias alentadas por la situación de ilegalidad del producto, lo que favorece la producción de formas más concentradas.

El efecto en la salud de cualquier incremento en la potencia de los productos del cannabis dependerá de la medida en que los consumidores puedan contrarrestar los efectos de este aumento, ajustando la dosis de THC.<sup>300</sup> Puede conjeturarse sobre algunos de los posibles efectos del aumento de la potencia del cannabis; por ejemplo, un mayor contenido de THC puede suponer un aumento del riesgo de efectos psicológicos adversos entre los nuevos consumidores, como síntomas de ansiedad, depresión y psicosis, lo que puede disuadirlos de seguir consumiendo. En cambio, entre los consumidores regulares, una mayor potencia puede aumentar el riesgo de dependencia; si estos consumidores no pueden compensar totalmente la mayor potencia por dosis, puede incrementarse el riesgo de síntomas psicóticos en los consumidores más vulnerables. El incremento de la potencia también podría aumentar el riesgo de accidentes de tránsito si los consumidores no consideran este incremento y manejan mientras están intoxicados. Por otro lado, los efectos adversos de fumar cannabis, en los sistemas respiratorio y cardiovascular, pueden reducirse si los consumidores habituales ajustan la dosis de THC.

El aumento en el contenido de THC del cannabis puede no ser la única consideración pertinente; también pueden ser importantes los cambios en la proporción de THC y

cannabidiol (CBD), otro componente del cannabis. Potter y otros<sup>301</sup> hallaron que el cannabis cultivado por el método “sin semilla” tiene la proporción THC:CBD más elevada, y la más baja de resina de cannabis. Es necesario investigar el efecto de los cambios en la proporción de THC:CDB en lo que respecta al riesgo de efectos psicológicos adversos por el uso de cannabis, ya que se dispone de pruebas que sugieren que el CDB tiene propiedades ansiolíticas y antipsicóticas.<sup>302</sup>

## EFFECTOS ADVERSOS DEL CANNABIS COMPARADOS CON LOS DE OTRAS DROGAS

### *Comparaciones del cannabis con otras drogas*

¿Cómo pueden compararse estos daños potenciales con los de otras sustancias psicoactivas no utilizadas con fines terapéuticos?

Un aspecto importante de la peligrosidad es la probabilidad de una sobredosis fatal.<sup>303</sup> El “factor de seguridad” es la relación entre “la dosis usual efectiva para fines no médicos” y la dosis letal. En esta escala el cannabis se encuentra en el grupo de menor riesgo, junto con otras sustancias cuya relación es de 100 o superior.

Otro aspecto de la peligrosidad es el nivel de intoxicación producido por la sustancia, influido por la dosis consumida, así como por el lugar donde se consume; sin embargo, hay diferencias en la propensión de las diferentes sustancias psicoactivas intoxicantes. La segunda columna del cuadro II.1 muestra las clasificaciones realizadas por Henningfield y Benowitz a este respecto.<sup>304</sup> El cannabis se clasifica como más intoxicante que el tabaco, pero menos que el alcohol, la cocaína y la heroína.

CUADRO II.1. *Clasificación de las dimensiones del peligro*

	<i>Factor de seguridad</i> (Gable, 2004)	<i>Efecto de intoxicación</i> (Hilts, 1994)	<i>Dependencia (dificultad para dejarlo)</i> (Hilts, 1994)	<i>Adictividad potencial</i> (Strategy Unit, 2005)	<i>Grado de dependencia física</i> (Roques, 1999)
Cannabis	>1 000 fu.	4º más alto	El más bajo	**	Débil
MDMA	16 or.	sc	sc	**	(?)
Estimulantes	10 or.	sc	sc	***	Mediana
Tabaco	sc	5º más alto	El más alto	***	Muy fuerte
Alcohol	10 or.	El más alto	4º más alto	***	Muy fuerte
Cocaína	15 in.	3º más alto	3º más alto	***	Fuerte pero intermitente
Heroína	6 iv.	2º más alto	2º más alto	*****	Muy fuerte

sc = sin clasificar; fu. = fumado; or. = oral; in. = intranasal; iv. = intravenoso.

Factor de seguridad = (dosis efectiva habitual con propósito no medicinal)/(dosis letal habitual).

Existen clasificaciones del potencial de dependencia o adicción de diferentes sustancias<sup>305</sup> en las cuales las drogas son comparadas en lo que concierne a la abstinencia, la tolerancia, el refuerzo y la dependencia. Así, el informe de la UK Prime Minister's Strategy Unit<sup>306</sup> clasificó los medicamentos por su “poder adictivo”, y un comité presidido por el francés Bernard Roques<sup>307</sup> lo hizo por su “dependencia psíquica”.<sup>308</sup> Aunque existe cierto desacuerdo en la clasificación de otras drogas, en cada clasificación el cannabis se sitúa en el nivel más bajo.

El comité de Roques adoptó un enfoque más global en su clasificación de la peligrosidad. El cuadro II.2 muestra las clasificaciones de la comisión sobre “toxicité générale” (toxicidad general) y “dangerosité sociale” (peligrosidad social). En el informe de Roques el término *toxicidad* incluye efectos a largo plazo sobre la salud como el cáncer y las enfermedades del hígado, las infecciones, otras consecuencias del consumo y los efectos agudos representados por el factor de seguridad. El concepto de *peligrosidad social* se centra en “estados de comportamiento que pueden generar una conducta muy agresiva y descontrolada [...] inducida por el producto, o trastornos varios (peleas, robos, crímenes...), con el fin de obtenerlo, así como los riesgos que representa para el consumidor u otras personas, por ejemplo en el caso de manejar un vehículo”.<sup>309</sup> Las calificaciones de Roques de toxicidad general son compatibles con los factores de seguridad de Gable,<sup>310</sup> y las clasificaciones de peligrosidad social son similares a las clasificaciones de Henningfield y Benowitz de efecto de intoxicación.<sup>311</sup> El cannabis se clasifica como “débil” en cuanto a toxicidad general y “muy débil” en lo que corresponde a peligrosidad social.

Hall y otros<sup>312</sup> compararon cuatro sustancias para descubrir si se producía un “efecto

importante” o un “efecto menos frecuente o peor establecido” en cada una de las 11 dimensiones (cuadro II.3). De acuerdo con estas clasificaciones, el alcohol tiene claramente el mayor potencial de daño, mientras que el cannabis obtuvo el menor número de asteriscos entre las cuatro sustancias clasificadas.

Nutt y otros<sup>313</sup> utilizaron las calificaciones de los expertos para llegar a una evaluación global de los daños comparativos de diferentes drogas, e identificaron tres factores principales que determinan los daños producidos por diferentes drogas: *i*) el daño físico al consumidor individual; *ii*) la tendencia de la droga a inducir dependencia, y *iii*) el efecto del consumo de drogas en las familias, las comunidades y la sociedad. Dentro de estas categorías se reconocen tres componentes para crear una “matriz de daño” de nueve categorías.

CUADRO II.2. *Clasificación de dimensiones globales de peligrosidad*

	<i>Toxicidad general</i>	<i>Peligrosidad social</i>
Cannabis	Muy débil	Débil
Benzodiacepinas (Valium)	Muy débil	Débil (excepto al conducir)
MDMA/éxtasis	Posiblemente muy fuerte	Débil (?)
Estimulantes	Fuerte	Débil (posibles excepciones)
Tabaco	Muy fuerte	Ninguna
Alcohol	Fuerte	Fuerte
Cocaína	Fuerte	Muy fuerte
Heroína	Fuerte (excepto el uso terapéutico de opiáceos)	Muy fuerte

FUENTE: B. Roques, *op. cit.*

CUADRO II.3. *Resumen de los efectos adversos en la salud de los grandes consumidores de las presentaciones más perjudiciales y de uso más común de cada una de las cuatro drogas*

<i>Efectos y repercusiones</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Heroína</i>	<i>Alcohol</i>
Accidentes de tránsito y otros	*		*	**
Violencia y suicidio				**
Sobredosis mortal			**	*
VIIH e infecciones hepáticas			**	*
Cirrosis hepática				**
Enfermedad cardíaca		**		*
Enfermedades respiratorias	*	**		
Cánceres	*	**		*
Enfermedades mentales	*			**
Dependencia/adicción	**	**	**	**
Efectos a largo plazo en el feto	*	*	*	**

Nota: \* = efecto menos establecido o común; \*\* = efecto importante.

FUENTE: W. D. Hall, R. Room y S. Bondy, *op. cit.*

Los daños físicos se dividieron en “agudo”, “crónico” e “intravenoso”; la dependencia se dividió en “intensidad del placer”, “dependencia psicológica” y “dependencia física”; los daños sociales se dividieron en “intoxicación”, “otros daños sociales” y “costos de atención a la salud”. Se les pidió a los grupos de expertos, formados por psiquiatras, farmacéuticos y especialistas en adicciones, que aportaran puntuaciones, de cero a tres, para cada categoría de daño de 20 fármacos diferentes. De las 20 sustancias, el cannabis fue clasificado como la undécima sustancia más dañina. La heroína y la cocaína fueron consideradas las más dañinas, mientras que el alcohol y el tabaco, las benzodiazepinas y las anfetaminas se clasificaron como más dañinos que el cannabis. La puntuación que recibió el cannabis se situó muy por debajo de la media en la mayoría de las dimensiones. Sólo recibió puntuaciones por encima de la media en la intensidad del placer, la intoxicación y el perjuicio físico crónico.

### EL IMPACTO DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LA SALUD PÚBLICA

Se disponen de pocas comparaciones entre la carga que supone el cannabis para la salud pública y las cargas del alcohol, el tabaco y otras drogas ilegales, debido a la falta de pruebas sobre el impacto en la mortalidad y la morbilidad.<sup>314</sup> Uno de los primeros

intentos<sup>315</sup> fue una evaluación cualitativa que identificaba los impactos más importantes en la salud pública del consumo de cannabis “en orden aproximado de importancia en lo que respecta a la salud pública”, como accidentes de tránsito, dependencia al cannabis, enfermedad respiratoria, precipitación y exacerbación de la esquizofrenia en individuos vulnerables, bebés con bajo peso al nacer y deterioro cognitivo sutil.

La estimación más reciente acerca de la contribución de las drogas ilegales a la carga mundial de morbilidad se limitó a estimar la contribución del uso ilegal de opiáceos, ya que estas sustancias tienen la mejor evidencia epidemiológica sobre los efectos adversos en la mortalidad. Los estudios de estimación de los costos económicos del alcohol, el tabaco y las drogas ilegales a menudo no han desligado los efectos del cannabis de los de los opiáceos.<sup>316</sup> En un estudio reciente que sí desagregó el cannabis<sup>317</sup> sólo se tomó en cuenta la morbilidad directamente atribuible al cannabis a través de un código de diagnóstico, es decir, los episodios de atención hospitalaria producto de la dependencia al cannabis.

Un estudio australiano reciente llevó a cabo un intento más serio para estimar la contribución del consumo de cannabis en la carga de morbilidad de Australia,<sup>318</sup> en el cual se incluyeron estimaciones de discapacidad debido a la dependencia al cannabis y las psicosis relacionadas con su consumo; asimismo, se atribuyó al consumo de cannabis una pequeña proporción de muertes por accidentes de vehículos de motor y bajo peso al nacer. Se estimó, además, que el cannabis era responsable de 0.2% de la carga total de morbilidad; 10% de esta fue atribuible a la utilización de todas las drogas ilegales (2.0%), una proporción similar a la del alcohol (2.3%), pero muy inferior a la del tabaco (7.8%). Aun teniendo en cuenta la subestimación, la contribución del cannabis a la carga de morbilidad en los patrones actuales de uso fue muy modesta para ser un país con una de las mayores prevalencias de consumo de cannabis en todo el mundo a finales de 1990.<sup>319</sup>

## RESUMEN

Los efectos agudos adversos del consumo de cannabis son la ansiedad y el pánico, sobre todo en los nuevos consumidores, así como un mayor riesgo de accidentes si una persona conduce un vehículo de motor mientras se encuentra intoxicado. Asimismo, en las mujeres que fuman durante el embarazo el riesgo de dar a luz a un bebé con bajo peso al nacer se incrementa.

Los efectos adversos más probables en la salud derivados del consumo crónico de cannabis incluyen un incremento del riesgo de síndrome de dependencia del cannabis, bronquitis crónica y deterioro de la función respiratoria en fumadores habituales, aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular en los adultos mayores que siguen fumando a mediana edad, cánceres respiratorios en grandes fumadores diarios, y síntomas psicóticos y trastornos en los grandes consumidores, especialmente en aquellos con un historial que ya incluya estos síntomas, antecedentes familiares con estos trastornos o que comienzan a consumir en los primeros años de la adolescencia. Entre los

efectos psicosociales adversos más probables en adolescentes que se inician temprano se encuentran mayor riesgo de dependencia al cannabis y un nivel educativo deficiente. Los consumidores adolescentes regulares de cannabis presentan un mayor riesgo de consumir otras drogas ilegales, aunque la explicación de esta relación y sus consecuencias siguen siendo polémicas.

El impacto en la salud pública de las modalidades actuales de consumo de cannabis es modesto en comparación con los de otras drogas ilegales (como los opioides) o el alcohol. En el primer caso, debido a la ausencia de riesgo de muerte por sobredosis en el cannabis y, en segundo, por los riesgos mucho más bajos de muerte por los efectos del cannabis: menos muertes que las ocasionadas por manejar bajo los efectos del alcohol, menos efectos adversos en la salud, menos tasas de intoxicación en los consumidores regulares que respecto al alcohol, y tasas más bajas de persistencia del consumo de cannabis en la edad avanzada.

## CONSEJOS DE SALUD SOBRE EL CANNABIS (Anexo)

Este libro trata sobre cuestiones de política de cannabis y en principio no pretende asesorar a las personas sobre el consumo de cannabis, propio o ajeno; sin embargo, se ofrece un breve asesoramiento sobre el consumo de cannabis a la luz de la literatura que se acaba de revisar.

Cualquier persona que tenga la intención de consumir cannabis pero que desee evitar sus efectos adversos agudos y crónicos más probables en la salud debe abstenerse de consumir la droga. Este consejo es especialmente pertinente para personas con alguna enfermedad o trastorno<sup>320</sup> que pueda aumentar su vulnerabilidad a los efectos adversos.

Los siguientes consejos están dirigidos a los consumidores de cannabis que no tienen intención de dejar de consumir, pero que desean reducir el riesgo de sufrir efectos adversos en la salud.

- No se debe manejar en estado de intoxicación<sup>321</sup> y, especialmente, se debe evitar manejar después de combinar alcohol y cannabis, ya que sus efectos pueden ser aditivos.
- Los riesgos respiratorios del consumo de cannabis podrían eliminarse cambiando la vía de consumo, de fumado a oral. Si se sigue fumando cannabis, no debe practicarse la técnica de inhalación profunda y apnea, ya que aumentan en gran medida el suministro y la retención de partículas y alquitrán. Es posible minimizar los daños de fumar mediante el uso de un vaporizador.
- Los fumadores de cannabis que no consumen tabaco deben evitar mezclar tabaco con cannabis, si desean evitar el desarrollo de dependencia a la nicotina y los efectos adversos para la salud, sustanciales y bien establecidos, de fumar tabaco.
- Los consumidores de cannabis pueden reducir al mínimo los riesgos de dependencia

mediante la reducción de la frecuencia de consumo a una vez a la semana o menos, y evitar el consumo diario, que conlleva el mayor riesgo de dependencia.

- Se dispone de pruebas de que el cannabis con niveles elevados de THC pero bajos de CBD puede implicar riesgos adicionales de daños psicológicos. Estas características se encuentran más comúnmente en las formas del cannabis genéticamente modificadas y de cultivo hidropónico (*skunk*).
- Las mujeres embarazadas no deben fumar cannabis para evitar que el niño nazca con bajo peso.
- Las pruebas coinciden en sugerir que el inicio del consumo de cannabis antes de los 17 años de edad aumenta significativamente la probabilidad de sufrir efectos adversos, tanto personales como sociales y, por lo tanto, debe advertirse de estos riesgos a los niños.



- <sup>1</sup> H. Kalant, W. Corrigan, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999; Programa sobre Abuso de Sustancias de la OMS, 1997.
- <sup>2</sup> D. J. Castle y R. M. Murray (eds.), *Marijuana and madness: Psychiatry and Neurobiology*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004; F. Grotenhermen, "The Toxicology of Cannabis and Cannabis Prohibition", *Chemistry & Biodiversity*, 4 (8): 1744-1769, 2007; W. D. Hall y R. L. Pacula, *op. cit.*; H. Kalant, "Adverse Effects of Cannabis on Health: An Update of the Literature Since 1996", *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28 (5): 849-863, 2004; R. A. Roffman y R. S. Stephens, *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*, Cambridge University Press, Cambridge, Nueva York, 2006.
- <sup>3</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *op. cit.*; L. Iversen, *op. cit.*
- <sup>4</sup> L. Iversen, *op. cit.*
- <sup>5</sup> *Id.*
- <sup>6</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *op. cit.*; H. Kalant, *op. cit.*
- <sup>7</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *op. cit.*
- <sup>8</sup> C. J. Morgan y H. V. Curran, "Effects of Cannabidiol on Schizophrenia-Like Symptoms in People who Use Cannabis", *British Journal of Psychiatry*, 192: 306-307, 2008.
- <sup>9</sup> R. G. Pertwee, *op. cit.*
- <sup>10</sup> L. Iversen, *op. cit.*; R. M. Murray, P. D. Morrison, C. Henquet y M. Di Forti, "Cannabis, the Mind and Society: The Hash Realities", *Nature Reviews Neuroscience*, 8 (11): 885-895, 2007.
- <sup>11</sup> R. G. Pertwee, *op. cit.*
- <sup>12</sup> L. Chang y E. P. Chronicle, "Functional Imaging Studies in Cannabis Users", *Neuroscientist*, 13 (5): 422-432, 2007.
- <sup>13</sup> R. S. Gable, "Comparison of Acute Lethal Toxicity of Commonly Abused Psychoactive Substances", *Addiction*, 99 (6): 686-696, 2004; H. Kalant, *op. cit.*
- <sup>14</sup> R. S. Gable, *op. cit.*
- <sup>15</sup> H. Kalant, *op. cit.*
- <sup>16</sup> R. S. Gable, *op. cit.*; L. Iversen, *op. cit.*
- <sup>17</sup> R. S. Gable, *op. cit.*
- <sup>18</sup> G. Chesher y W. D. Hall, "Effects of Cannabis on the Cardiovascular and Gastrointestinal Systems", en H. Kalant, W. Corrigan, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 435-458.
- <sup>19</sup> L. Bachs y H. Morland, "Acute Cardiovascular Fatalities Following Cannabis Use", *Forensic Science International*, 124 (1-2): 200-203, 2001.
- <sup>20</sup> H. Kalant, *op. cit.*
- <sup>21</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *op. cit.*
- <sup>22</sup> J. G. Ramaekers, G. Berghaus, M. Van Laar y O. H. Drummer, "Dose Related Risk of Motor Vehicle Crashes after Cannabis Use", *Drug and Alcohol Dependence*, 73 (2): 109-119, 2004; H. W. J. Robbe, *Influence of Marijuana on Driving*, Institute for Human Psychopharmacology, University of Limberg, Maastricht, 1994.
- <sup>23</sup> J. G. Ramaekers, G. Berghaus, M. Van Laar y O. H. Drummer, *op. cit.*; N. Solowij, *Cannabis and Cognitive Functioning*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
- <sup>24</sup> N. Solowij, *op. cit.*
- <sup>25</sup> M. Asbridge, C. Poulin y A. Donato, "Motor Vehicle Collision Risk and Driving under the Influence of Cannabis: Evidence from Adolescents in Atlantic Canada", *Accident Analysis & Prevention*, 37 (6): 1025-1034, 2005; R. Hingson, T. Heeren, T. Mangione, S. Morelock y M. Mucatel, "Teenage Driving After Using Marijuana or Drinking and Traffic Accident Involvement", *Journal of Safety Research*, 13 (1): 33-38, 1982.
- <sup>26</sup> D. M. Fergusson y L. J. Horwood, "Cannabis Use and Traffic Accidents in a Birth Cohort of Young Adults", *Accident Analysis & Prevention*, 33 (6): 703-711, 2001.
- <sup>27</sup> S. Blows, R. Q. Ivers, J. Connor, S. Ameratunga, M. Woodward y R. Norton, "Marijuana Use and Car

Crash Injury”, *Addiction*, 100 (5): 605-611, 2005.

<sup>28</sup> A. Smiley, “Marijuana: On Road and Driving Simulator Studies”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 171-191.

<sup>29</sup> *Id.*

<sup>30</sup> Para una revisión, véase E. Kelly, S. Darke y J. Ross, “A Review of Drug Use and Driving: Epidemiology, Impairment, Risk Factors and Risk Perceptions”, *Drug and Alcohol Review*, 23 (3): 319-344, 2004.

<sup>31</sup> W. Hall, L. Degenhardt y M. Lynskey, *The Health and Psychological Effects of Cannabis Use, Monograph Series No 44*, National Drug Strategy, National Drug and Alcohol Research Centre, Canberra, 2001.

<sup>32</sup> Para revisiones, véase M. N. Bates y T. A. Blakely, “Role of Cannabis in Motor Vehicle Crashes”, *Epidemiologic Reviews*, 21 (2): 222-232, 1999; W. Hall, L. Degenhardt y M. Lynskey, *op. cit.*; E. Kelly, S. Darke y J. Ross, *op. cit.*

<sup>33</sup> M. N. Bates y T. A. Blakely, *op. cit.*; W. Hall, L. Degenhardt y M. Lynskey, *op. cit.*

<sup>34</sup> S. G. Gerberich, S. Sidney, B. L. Braun, I. S. Tekawa, K. K. Tolan y C. P. Quesenberry, “Marijuana Use and Injury Events Resulting in Hospitalization”, *Annals of Epidemiology*, 13 (4): 230-237, 2003.

<sup>35</sup> P. Mura, P. Kintz, B. Ludes, J. M. Gaulier, P. Marquet, S. Martin-Dupont *et al.*, “Comparison of the Prevalence of Alcohol, Cannabis and other Drugs between 900 Injured Drivers and 900 Control Subjects: Results of a French Collaborative Study”, *Forensic Science International*, 133 (1-2): 79-85, 2003.

<sup>36</sup> O. H. Drummer, J. Gerostamoulos, H. Batziris, M. Chu, J. Caplehorn, M. D. Robertson, P. Swann, “The Involvement of Drugs in Drivers of Motor Vehicles Killed in Australian Road Traffic Crashes”, *Accident Analysis & Prevention*, 36 (2): 239-248, 2004.

<sup>37</sup> Razón de probabilidad [OR] = 2.5.

<sup>38</sup> M. C. Longo, C. E. Hunter, R. J. Lokan, J. M. White y M. A. White, “The Prevalence of Alcohol, Cannabinoids, Benzodiazepines and Stimulants Amongst Injured Drivers and their Role in Driver Culpability. Part II: The Relationship between Drug Prevalence and Drug Concentration, and Driver Culpability”, *Accident Analysis & Prevention*, 32 (5): 623-632, 2000.

<sup>39</sup> O. H. Drummer, J. Gerostamoulos, H. Batziris, M. Chu, J. Caplehorn, M. D. Robertson, P. Swann, *op. cit.*

<sup>40</sup> B. Laumon, B. Gadegbeku, J. L. Martin y M. B. Biecheler, “Cannabis Intoxication and Fatal Road Crashes in France: Population Based Case-Control Study”, *British Medical Journal*, 331 (7529): 1371, 2005.

<sup>41</sup> Con una CAS superior a 0.05 por ciento.

<sup>42</sup> M. Bedard, S. Dubois y B. Weaver, “The Impact of Cannabis on Driving”, *Canadian Journal of Public Health*, 98 (1): 6-11, 2007.

<sup>43</sup> OR = 1.39; IC 99%: 1.21-1.59

<sup>44</sup> J. G. Ramaekers, G. Berghaus, M. Van Laar y O. H. Drummer, *op. cit.*

<sup>45</sup> Con una OR que oscila entre 1.3 y 3 en el caso del cannabis, frente a 6-15 por parte del alcohol.

<sup>46</sup> Que en algunos países es más común que el consumo exclusivo de cannabis.

<sup>47</sup> *Id.*

<sup>48</sup> F. Grotenhermen, G. Leson, G. Berghaus, O. H. Drummer, H. P. Kruger, M. Longo *et al.*, “Developing Limits for Driving under Cannabis”, *Addiction*, 102 (12): 1910-1917, 2007.

<sup>49</sup> M. D. Roth, G. C. Baldwin y D. P. Tashkin, “Effects of Delta-9-Tetrahydrocannabinol on Human Immune Function and Host Defense”, *Chemistry and Physics of Lipids*, 121 (1-2): 229-239, 2002.

<sup>50</sup> P. S. Morahan, P. C. Klykken, S. H. Smith, L. S. Harris y A. E. Munson, “Effects of Cannabinoids on Host Resistance to *Listeria Monocytogenes* and Herpes Simplex Virus”, *Infection and Immunity*, 23 (3): 670-674, 1979.

<sup>51</sup> Por ejemplo, G. A. Cabral y D. A. D. Pettit, “Drugs and Immunity: Cannabinoids and their Role in Decreased Resistance to Infectious Disease”, *Journal of Neuroimmunology*, 83 (1-2): 116-123, 1998.

<sup>52</sup> G. A. Cabral y D. A. D. Pettit, *op. cit.*; T. W. Klein, C. A. Newton y H. Friedman, “Cannabinoids and the

Immune System”, *Pain Research and Management*, 6 (2): 95-101, 2001; M. D. Roth, *op. cit.*

<sup>53</sup> R. A. Kaslow, W. C. Blackwelder, D. G. Ostrow, D. Yerg, J. Palenicek, A. H. Coulson y R. O. Valdiserri, “No Evidence for a Role of Alcohol or other Psychoactive Drugs in Accelerating Immunodeficiency in HIV-1-positive Individuals: A Report from the Multicenter AIDS Cohort Study”, *JAMA*, 261 (23): 3424-3429, 1989.

<sup>54</sup> M. DiFranco, H. Sheppard, D. Hunter, T. Tosteson y M. Ascher, “The Lack of Association of Marijuana and other Recreational Drugs with Progression to AIDS in the San Francisco Men’s Health Study”, *Annals of Epidemiology*, 6 (4): 283-289, 1996.

<sup>55</sup> J. Joy, S. Watson y J. Benson, *Institute of Medicine: Marijuana and Medicine—Assessing the Science Base*, National Academy Press, Washington, 1999.

<sup>56</sup> S. Sidney, J. E. Beck, I. S. Tekawa, C. P. Quesenberry y G. D. Friedman, “Marijuana Use and Mortality”, *American Journal of Public Health*, 87 (4): 585-590, 1997.

<sup>57</sup> T. T. Brown y A. S. Dobs, “Endocrine Effects of Marijuana”, *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 90S-96S, 2002.

<sup>58</sup> E. Bloch, “Effects of Marijuana and Cannabinoids on Reproduction, Endocrine Function, Development, and Chromosomes”, en K. Fehr y H. Kalant (eds.), *Cannabis and Health Hazards*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1983, pp. 355-432.

<sup>59</sup> E. Bloch, *op. cit.*; T. T. Brown y A. S. Dobs, *op. cit.*

<sup>60</sup> E. Bloch, *op. cit.*; L. Murphy, “Cannabis Effects on Endocrine and Reproductive Function”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 375-400.

<sup>61</sup> T. T. Brown y A. S. Dobs, *op. cit.*

<sup>62</sup> *Id.*

<sup>63</sup> R. C. Kolodny, W. H. Masters, R. M. Kolodner y G. Toro, “Depression of Plasma Testosterone Levels After Chronic Intensive Marijuana Use”, *New England Journal of Medicine*, 290 (16): 872-874, 1974.

<sup>64</sup> T. T. Brown y A. S. Dobs, *op. cit.*

<sup>65</sup> J. H. Mendelson, J. Kuehnle, J. Ellingboe y T. F. Babor, “Plasma Testosterone Levels Before, During and After Chronic Marijuana Smoking”, *New England Journal of Medicine*, 291: 1051-1055, 1974.

<sup>66</sup> T. T. Brown y A. S. Dobs, *op. cit.*

<sup>67</sup> L. E. Hollister, “Health Aspects of Cannabis”, *Pharmacological Reviews*, 38 (1): 1-20, 1986.

<sup>68</sup> H. S. Klonoff-Cohen, L. Natarajan y R. V. Chen, “A Prospective Study of the Effects of Female and Male Marijuana Use on In Vitro Fertilization (IVF) and Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) Outcomes”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194 (2): 369-376, 2006.

<sup>69</sup> E. Bloch, *op. cit.*; T. T. Brown y A. S. Dobs, *op. cit.*

<sup>70</sup> L. Murphy, *op. cit.*

<sup>71</sup> J. H. Mendelson y N. K. Mello, “Effects of Marijuana on Neuroendocrine Hormones in Human Males and Females”, en M. Braude y J. P. Ludford (eds.), *Marijuana Effects on the Endocrine and Reproductive Systems*, National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1984.

<sup>72</sup> H. S. Klonoff-Cohen, L. Natarajan y R. V. Chen, *op. cit.*

<sup>73</sup> E. Bloch, *op. cit.*

<sup>74</sup> E. Bloch, *op. cit.*, p. 416.

<sup>75</sup> P. A. Fried y A. R. Smith, “A Literature Review of the Consequences of Prenatal Marijuana Exposure: An Emerging Theme of a Deficiency in Aspects of Executive Function”, *Neurotoxicology and Teratology*, 23 (1): 1-11, 2001.

<sup>76</sup> N. L. Day, D. Wagener y P. Taylor, “Measurement of Substance Use During Pregnancy: Methodologic Issues”, en T. Pinkert (ed.), *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Abuse*, Department of Health and Human Services, Rockville, 1985, pp. 36-47.

<sup>77</sup> Por ejemplo, M. B. Forrester y R. D. Merz, “Risk of Selected Birth Defects with Prenatal Illicit Drug Use,

Hawaii, 1986-2002”, *Journal of Toxicology and Environmental Health*, part A, 70 (1): 7-18, 2007.

<sup>78</sup> F. D. Eyler y M. Behnke, “Early Development of Infants Exposed to Drugs Prenatally”, *Clinics in Perinatology*, 26 (1): 107-150, 1999.

<sup>79</sup> K. Tennes, N. Aritable, C. Blackard, C. Boyles, B. Hasoun, L. Holmes *et al.*, “Marihuana: Prenatal and Postnatal Exposure in the Human”, en T. Pinkert (ed.), *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Abuse*, Department of Health and Human Services, Rockville, 1985, pp. 48-60.

<sup>80</sup> D. M. Fergusson, L. J. Horwood y K. Northstone, “Maternal Use of Cannabis and Pregnancy Outcome”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109 (1): 21-27, 2002; G. Gibson, P. Baghurst y D. Colley, “Maternal Alcohol, Tobacco and Cannabis Consumption and the Outcome of Pregnancy”, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23 (1): 15-19, 1983; E. Hatch y M. Bracken, “Effect of Marijuana Use in Pregnancy on Fetal Growth”, *American Journal of Epidemiology*, 124 (6): 986-993, 1986; B. Zuckerman, D. A. Frank, R. Hingson, H. Amaro, S. M. Levenson, H. Kayne *et al.*, “Effects of Maternal Marijuana and Cocaine Use on Fetal Growth”, *New England Journal of Medicine*, 320: 762-768, 1989.

<sup>81</sup> Por ejemplo, D. M. Fergusson, L. J. Horwood y K. Northstone, *op. cit.*

<sup>82</sup> Por ejemplo, *Id.*; E. Hatch y M. Bracken, *op. cit.*; B. Zuckerman *et al.*, *op. cit.*

<sup>83</sup> D. English, G. Hulse, E. Milne, C. Holman y C. Bower, “Maternal Cannabis Use and Birth Weight: A MetaAnalysis”, *Addiction*, 92: 1553-1560, 1997.

<sup>84</sup> Gibson *et al.*, *op. cit.*; R. Hingson, J. Alpert, N. Day, E. Dooling, H. Kayne, S. Morelock, E. Oppenheimer y B. Zuckerman, “Effects of Maternal Drinking and Marijuana Use on Fetal Growth and Development”, *Pediatrics*, 70 (4): 539-546, 1982; Tennes *et al.*, Zuckerman *et al.*, *op. cit.*

<sup>85</sup> M. B. Forrester y R. D. Merz, “Risk of Selected Birth Defects with Prenatal Illicit Drug Use, Hawaii, 1986-2002”, *Journal of Toxicology and Environmental Health*, parte A, 70 (1): 7-18, 2007.

<sup>86</sup> B. Zuckerman *et al.*, *op. cit.*

<sup>87</sup> P. A. Fried y A. R. Smith, “A Literature Review of the Consequences of Prenatal Marihuana Exposure: An Emerging Theme of a Deficiency in Aspects of Executive Function”, *Neurotoxicology and Teratology*, 23 (1): 1-11, 2001; P. A. Fried y B. Watkinson, “Visuoperceptual Functioning Differs in 9- to 12-Year Olds Prenatally Exposed to Cigarettes and Marihuana”, *Neurotoxicology and Teratology*, 22 (1): 11-20, 2000; D. Hutchings y P. A. Fried, “Cannabis During Pregnancy: Neurobehavioural Effects in Animals and Humans”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 435-458.

<sup>88</sup> P. A. Fried y A. R. Smith, *op. cit.*

<sup>89</sup> *Id.*

<sup>90</sup> *Id.*

<sup>91</sup> *Id.*

<sup>92</sup> K. Tennes, N. Aritable, C. Blackard, C. Boyles, B. Hasoun, L. Holmes *et al.*, “Marihuana: Prenatal and Postnatal Exposure in the Human”, en T. Pinkert (ed.), *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Abuse*, Department of Health and Human Services, Rockville, 1985, pp. 48-60.

<sup>93</sup> N. L. Day, G. A. Richardson, L. Goldschmidt, N. Robles, P. M. Taylor, D. S. Stoffer, M. D. Cornelius y D. Geva, “Effect of Prenatal Marijuana Exposure on the Cognitive Development of Offspring at Age Three”, *Neurotoxicology and Teratology*, 16 (2): 169-175, 1994.

<sup>94</sup> M. D. Cornelius, L. Goldschmidt, N. L. Day y C. Larkby, “Alcohol, Tobacco and Marijuana Use among Pregnant Teenagers: 6-Year Follow-up of Offspring Growth Effects”, *Neurotoxicology and Teratology*, 24 (6): 703-710, 2002.

<sup>95</sup> L. Goldschmidt, N. L. Day y G. A. Richardson, “Effects of Prenatal Marijuana Exposure on Child Behavior Problems at Age 10”, *Neurotoxicology and Teratology*, 22 (3): 325-336, 2000.

<sup>96</sup> A. C. Huizink y E. J. Mulder, “Maternal Smoking, Drinking or Cannabis Use During Pregnancy and Neurobehavioral and Cognitive Functioning in Human Offspring”, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30 (1): 24-41, 2006.

<sup>97</sup> *Ib.*

<sup>98</sup> J. Neglia, J. Buckley y L. Robinson, “Maternal Marijuana and Leukemia in Offspring”, en G. G. Nahas y C. Latour (eds.), *Physiopathology of Illicit Drugs: Cannabis, Cocaine, Opiates*, Pergamon, Oxford, 1991; L. Robinson, J. Buckley, A. Daigle, R. Wells, D. Benjamin, D. Arthur *et al.*, “Maternal Drug Use and the Risk of Childhood Nonlymphoblastic Leukemia Among Offspring: An Epidemiologic Investigation Implicating Marijuana”, *Cancer*, 63 (10): 1904-1911, 1989.

<sup>99</sup> S. Grufferman, A. G. Schwartz, F. B. Ruymann y H. M. Maurer, “Parents’ Use of Cocaine and Marijuana and Increased Risk of Rhabdomyosarcoma in their Children”, *Cancer Causes and Control*, 4 (3): 217-224, 1993.

<sup>100</sup> R. R. Kujiten, G. R. Bunin, C. C. Nass y A. T. Meadows, “Parental Occupation and Childhood Astrocytoma. Results of a Case Control Study”, *Cancer Research*, 52: 782-786, 1992.

<sup>101</sup> M. Hashibe, K. Straif, D. P. Tashkin, H. Morgenstern, S. Greenland y Z. F. Zhang, “Epidemiologic Review of Marijuana Use and Cancer Risk”, *Alcohol*, 35 (3): 265-275, 2005.

<sup>102</sup> L. Reis, M. Eisner, C. Kosary, B. Hankey, B. Miller, L. Clegg *et al.* (eds.), *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000.

<sup>103</sup> M. A. Smith, L. Gloekler, L. Reis, J. Gurney y J. Ross, “Leukemia”, en L. Reis, M. Eisner, C. Kosary, B. Hankey, B. Miller, L. Clegg *et al.* (eds.), en *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000, pp. 17-34.

<sup>104</sup> J. Gurney, J. Young, S. Roffers, M. A. Smith y C. Bunin (2000b), “Soft Tissue Sarcomas”, en L. Reis, M. Eisner, C. Kosary, B. Hankey, B. Miller, L. Clegg *et al.* (eds.), *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000, pp. 11-123.

<sup>105</sup> J. Gurney, M. A. Smith y C. Bunin, “CNS and Miscellaneous Intracranial and Intraspinial Neoplasms”, en L. Reis, M. Eisner, C. Kosary, B. Hankey, B. Miller, L. Clegg *et al.* (eds.), *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000, pp. 51-63.

<sup>106</sup> *Id.*

<sup>107</sup> *Id.*

<sup>108</sup> Por ejemplo, el alcohol o el tabaco.

<sup>109</sup> Alcohol y tabaco.

<sup>110</sup> Anfetaminas, alucinógenos, cocaína y heroína.

<sup>111</sup> W. D. Hall, “Assessing the Health and Psychological Effects of Cannabis Use”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 1-17.

<sup>112</sup> J. C. Anthony y J. E. Helzer, “Syndromes of Drug Abuse and Dependence”, en L. N. Robins y D. A. Regier (eds.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area*, Free Press, Nueva York, 1991, pp. 116-154; W. D. Hall, R. Room y S. Bondy, “Comparing the Health and Psychological Risks of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 475-506; R. C. Kessler, K. A. McGonagle, S. Zhao, C. B. Nelson, M. Hughes, S. Eshleman *et al.*, “Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey”, *Archives of General Psychiatry*, 51 (1): 8-19, 1994; F. S. Stinson, W. J. Ruan, R. Pickering y B. F. Grant, “Cannabis Use Disorders in the USA: Prevalence, Correlates and Co-morbidity”, *Psychological Medicine*, 36 (10): 1447-1460, 2006.

<sup>113</sup> F. S. Stinson, W. J. Ruan, R. Pickering y B. F. Grant, *op. cit.*; W. Swift, W. D. Hall y M. Teesson, “Cannabis Use and Dependence among Australian Adults: Results from the National Survey of Mental Health and Well-being”, *Addiction*, 96 (5): 737-748, 2001.

<sup>114</sup> J. C. Anthony y J. E. Helzer, *op. cit.*; F. S. Stinson, W. J. Ruan, R. Pickering y B. F. Grant, *op. cit.*

<sup>115</sup> J. C. Anthony, L. A. Warner y R. C. Kessler, “Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants: Basic Findings from the National Comorbidity Study”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3): 244-268, 1994; W. Swift, W. D. Hall y M. Teesson,

“Cannabis Use and Dependence among Australian Adults: Results from the National Survey of Mental Health and Well-being”, *Addiction*, 96 (5): 737-748, 2001.

<sup>116</sup> W. Swift, W. D. Hall y M. Teesson, *op. cit.*

<sup>117</sup> J. C. Anthony, L. A. Warner y R. C. Kessler, “Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants: Basic Findings from the National Comorbidity Study”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3): 244-268, 1994.

<sup>118</sup> C. Coffey, J. B. Carlin, M. T. Lynskey, N. Li y G. C. Patton, “Adolescent Precursors of Cannabis Dependence: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *British Journal of Psychiatry*, 182: 330-336, 2003.

<sup>119</sup> A. H. Lichtman y B. R. Martin, “Cannabinoid Tolerance and Dependence”, *Handbook of Experimental Pharmacology*, 168: 691-717, 2005; R. Maldonado, “Study of Cannabinoid Dependence in Animals”, *Pharmacology and Therapeutics*, 95 (2): 153-164, 2002.

<sup>120</sup> Por ejemplo, D. A. Selley, A. H. Lichtman y B. R. Martin, “Integration of Molecular and Behavioral Approaches to Evaluate Cannabinoid Dependence”, en R. Maldonado (ed.), *Molecular Biology of Drug Addiction*, Humana Press, Totawa, 2003, pp. 199-220.

<sup>121</sup> A. H. Lichtman, J. Fisher y B. R. Martin, “Precipitated Cannabinoid Withdrawal is Reversed by Delta (9)-Tetrahydrocannabinol or Clonidine”, *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 69 (1-2): 181-188, 2001.

<sup>122</sup> A. H. Lichtman y B. R. Martin, *op. cit.*

<sup>123</sup> A. J. Budney y J. R. Hughes, “The Cannabis Withdrawal Syndrome”, *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (3): 233-238, 2006.

<sup>124</sup> R. T. Jones, N. Benowitz y R. I. Herning, “The 30-Day Trip: Clinical Studies of Cannabis Use, Tolerance and Dependence”, en M. Braude y S. Szara (eds.), *The Pharmacology of Marijuana*, vol. 2, Academic Press, Nueva York, 1976, pp. 627-642.

<sup>125</sup> E. M. Kouri y H. G. Pope, “Abstinence Symptoms During Withdrawal from Chronic Marijuana Use”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8 (4): 483-492, 2000.

<sup>126</sup> A. J. Budney, J. R. Hughes, B. A. Moore y P. L. Novy, “Marijuana Abstinence Effects in Marijuana Smokers Maintained in their Home Environment”, *Archives of General Psychiatry*, 58 (10): 917-924, 2001.

<sup>127</sup> A. J. Budney y J. R. Hughes, *op. cit.*; A. J. Budney, J. R. Hughes, B. A. Moore y R. Vandrey, “Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome”, *American Journal of Psychiatry*, 161 (11): 1967-1977, 2004.

<sup>128</sup> A. J. Budney, R. G. Vandrey, J. R. Hughes, B. A. Moore y B. Bahrenburg, “Oral Delta-9-Tetrahydrocannabinol Suppresses Cannabis Withdrawal Symptoms”, *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (1): 22-29, 2007.

<sup>129</sup> Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), *Closed Treatment Episodes: Client Profile by Principal Drug of Concern, AODTS-NMDS 2005-05*, AIHW, Canberra, 2006; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Annual Report 2003: The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburgo, 2003. Disponible en <<http://candidates2003.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>>; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), *Treatment Episode Data Set (TEDS): Highlights, 2002. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*, SAMHSA, Office of Applied Studies, Rockville, 2004.

<sup>130</sup> L. Zimmer y J. P. Morgan, *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of the Scientific Evidence*, The Lindesmith Center, Nueva York, 1997.

<sup>131</sup> Dutch National Alcohol and Drug Information System, “Treatment Demand of Cannabis Users, 2004”, *LADIS News Flash*, Stichting IVZ, Houten, Países Bajos, 2006, pp. 1-2. Disponible en <[http://www.sivz.nl/content/\\_files/LADIS\\_News\\_Flash\\_cannabis.pdf](http://www.sivz.nl/content/_files/LADIS_News_Flash_cannabis.pdf)> PHPSESSID=45d9d62d34f12464355f35e3f68455dd

<sup>132</sup> A. L. McRae, A. J. Budney y K. T. Brady, “Treatment of Marijuana Dependence: A Review of the Literature”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24 (4): 369-376, 2003.

<sup>133</sup> C. Denis, E. Lavie, M. Fatseas y M. Auriacombe, “Psychotherapeutic Interventions for Cannabis Abuse

and/or Dependence in Outpatient Settings”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: CD005336, 2006; A. L. McRae, A. J. Budney y K. T. Brady, *op. cit.*

<sup>134</sup> *Ib.*

<sup>135</sup> J. Copeland, W. Swift, R. Roffman y R. Stephens, “A Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Interventions for Cannabis Use Disorder”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21 (2): 55-64, 2001; C. Denis, E. Lavie, M. Fatseas y M. Auriacombe, *op. cit.*

<sup>136</sup> A. L. McRae, A. J. Budney y K. T. Brady, *op. cit.*

<sup>137</sup> H. D. Kleber, R. D. Weiss, R. F. Anton Jr., T. P. George, S. F. Greenfield, T. R. Kosten *et al.*, “Treatment of Patients with Substance Use Disorders, second edition. American Psychiatric Association”, *American Journal of Psychiatry*, 164 (4 supl.): 5-123, 2007; A. J. Budney y J. R. Hughes, “The Cannabis Withdrawal Syndrome”, *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (3): 233-238, 2006; C. L. Hart, “Increasing Treatment Options for Cannabis Dependence: A Review of Potential Pharmacotherapies”, *Drug and Alcohol Dependence*, 80 (2): 147-159, 2005.

<sup>138</sup> D. P. Tashkin, G. C. Baldwin, T. Sarafian, S. Dubinett y M. D. Roth, “Respiratory and Immunologic Consequences of Marijuana Smoking”, *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 71S-81S, 2002.

<sup>139</sup> S. Aldington, M. Williams, M. Nowitz, M. Weatherall, A. Pritchard, A. McNaughton *et al.*, “Effects of Cannabis on Pulmonary Structure, Function and Symptoms”, *Thorax*, 62 (12): 1058-1063, 2007; D. R. Taylor, D. M. Fergusson, B. J. Milne, L. J. Horwood, T. E. Moffitt, M. R. Sears y R. Poulton, “A Longitudinal Study of the Effects of Tobacco and Cannabis Exposure on Lung Function in Young Adults”, *Addiction*, 97 (8): 1055-1061, 2002; D. R. Taylor, R. Poulton, T. E. Moffitt, P. Ramankutty y M. R. Sears, “The Respiratory Effects of Cannabis Dependence in Young Adults”, *Addiction*, 95 (11): 1669-1677, 2000.

<sup>140</sup> Dificultades respiratorias, expectoración, tos crónica.

<sup>141</sup> Para revisiones véase, D. P. Tashkin, G. C. Baldwin, T. Sarafian, S. Dubinett y M. D. Roth, *op. cit.*; J. M. Tetrault, K. Crothers, B. A. Moore, R. Mehra, J. Concato y D. A. Fiellin, “Effects of Marijuana Smoking on Pulmonary Function and Respiratory Complications: A Systematic Review”, *Archives of Internal Medicine*, 167 (3): 221-228, 2007.

<sup>142</sup> D. P. Tashkin, G. C. Baldwin, T. Sarafian, S. Dubinett y M. D. Roth, *op. cit.*

<sup>143</sup> *Id.*; J. M. Tetrault, K. Crothers, B. A. Moore, R. Mehra, J. Concato y D. A. Fiellin, *op. cit.*

<sup>144</sup> D. R. Taylor, D. M. Fergusson, B. J. Milne, L. J. Horwood, T. E. Moffitt, M. R. Sears y R. Poulton, *op. cit.*; D. R. Taylor, R. Poulton, T. E. Moffitt, P. Ramankutty y M. R. Sears, *op. cit.*

<sup>145</sup> D. R. Taylor, R. Poulton, T. E. Moffitt, P. Ramankutty y M. R. Sears, *op. cit.*

<sup>146</sup> D. R. Taylor, D. M. Fergusson, B. J. Milne, L. J. Horwood, T. E. Moffitt, M. R. Sears y R. Poulton, *op. cit.*

<sup>147</sup> D. P. Tashkin, “Smoked Marijuana as a Cause of Lung Injury”, *Monaldi Archives for Chest Disease*, 63 (2): 93-100, 2005.

<sup>148</sup> *Id.*

<sup>149</sup> *Id.*

<sup>150</sup> S. Aldington, M. Williams, M. Nowitz, M. Weatherall, A. Pritchard, A. McNaughton *et al.*, *op. cit.*

<sup>151</sup> W. D. Hall y D. MacPhee, “Cannabis Use and Cancer”, *Addiction*, 97 (3): 243-247, 2002; M. Hashibe, K. Straif, D. P. Tashkin, H. Morgenstern, S. Greenland y Z. F. Zhang, “Epidemiologic Review of Marijuana Use and Cancer Risk”, *Alcohol*, 35 (3): 265-275, 2005.

<sup>152</sup> M. Hashibe, K. Straif, D. P. Tashkin, H. Morgenstern, S. Greenland y Z. F. Zhang, *op. cit.*; M. Marselos y P. Karamanakos, “Mutagenicity, Developmental Toxicity and Carcinogenicity of Cannabis”, *Addiction Biology*, 4 (1): 5-12, 1999.

<sup>153</sup> D. Moir, W. S. Rickert, G. Levasseur, Y. Larose, R. Maertens, P. White y S. Desjardins, “A Comparison of Mainstream and Sidestream Marijuana and Tobacco Cigarette Smoke Produced Under Two Machine Smoking Conditions”, *Chemical Research in Toxicology*, 21 (2): 494-502, 2008.

<sup>154</sup> D. MacPhee, “Effects of Marijuana on Cell Nuclei: A Review of the Literature Relating to the Genotoxicity of Cannabis”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre

for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 435-458; M. Marselos y P. Karamanakos, *op. cit.*

<sup>155</sup> M. Hashibe, K. Straif, D. P. Tashkin, H. Morgenstern, S. Greenland y Z. F. Zhang, *op. cit.*; D. P. Tashkin, "Effects of Cannabis on the Respiratory System", en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999.

<sup>156</sup> D. P. Tashkin, *op. cit.*

<sup>157</sup> S. Sidney, C. P. Quesenberry Jr., G. D. Friedman e I. S. Tekawa, "Marijuana Use and Cancer Incidence (California, United States)", *Cancer Causes & Control*, 8 (5): 722-728, 1997.

<sup>158</sup> RR = 3.1 y 4.7, respectivamente.

<sup>159</sup> Z. F. Zhang, H. Morgenstern, M. R. Spitz, D. P. Tashkin, G. P. Yu, J. R. Marshall *et al.*, "Marijuana Use and Increased Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck", *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 8: 1071-1078, 1999.

<sup>160</sup> Donantes de sangre del mismo hospital, emparejados por edad y sexo.

<sup>161</sup> C. D. Llewellyn, K. Linklater, J. Bell, N. W. Johnson y S. Warnakulasuriya, "An Analysis of Risk Factors for Oral Cancer in Young People: A Case-Control Study", *Oral Oncology*, 40 (3): 304-313, 2004.

<sup>162</sup> Identificados en un registro de pacientes de cáncer.

<sup>163</sup> Seleccionados con las mismas prácticas generales que los casos.

<sup>164</sup> K. A. Rosenblatt, J. R. Daling, C. Chen, K. J. Sherman y S. M. Schwartz, "Marijuana Use and Risk of Oral Squamous Cell Carcinoma", *Cancer Research*, 64 (11): 4049-4054, 2004.

<sup>165</sup> R. Mehra, B. A. Moore, K. Crothers, J. Tetrault y D. A. Fiellin, "The Association between Marijuana Smoking and Lung Cancer: A Systematic Review", *Archives of Internal Medicine*, 166 (13): 1359-1367, 2006.

<sup>166</sup> S. Aldington, M. Harwood, B. Cox, M. Weatherall, L. Beckert, A. Hansell *et al.*, "Cannabis Use and Risk of Lung Cancer: A Case-Control Study", *European Respiratory Journal*, 31 (2): 280-286, 2008.

<sup>167</sup> M. Hashibe, K. Straif, D. P. Tashkin, H. Morgenstern, S. Greenland y Z. F. Zhang, *op. cit.*; R. Mehra, B. A. Moore, K. Crothers, J. Tetrault y D. A. Fiellin, *op. cit.*

<sup>168</sup> K. A. Rosenblatt, J. R. Daling, C. Chen, K. J. Sherman y S. M. Schwartz, *op. cit.*

<sup>169</sup> W. D. Hall y D. MacPhee, "Cannabis Use and Cancer", *Addiction*, 97 (3): 243-247, 2002; R. Mehra, B. A. Moore, K. Crothers, J. Tetrault y D. A. Fiellin, *op. cit.*

<sup>170</sup> G. Chesher y W. D. Hall, "Effects of Cannabis on the Cardiovascular and Gastrointestinal Systems", en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 435-458; R. T. Jones, "Cardiovascular System Effects of Marijuana", *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 58S-63S, 2002.

<sup>171</sup> J. Joy, S. Watson y J. Benson, *Institute of Medicine: Marijuana and Medicine - Assessing the Science Base*, National Academy Press, Washington, 1999; R. T. Jones, "Cardiovascular System Effects of Marijuana", *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 58S-63S, 2002; S. Sidney, "Cardiovascular Consequences of Marijuana Use", *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 64S-70S, 2002.

<sup>172</sup> R. T. Jones, "Cardiovascular System Effects of Marijuana", *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 58S-63S, 2002; S. Sidney, "Cardiovascular Consequences of Marijuana Use", *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 64S-70S, 2002.

<sup>173</sup> A. Aryana y M. A. Williams, "Marijuana as a Trigger of Cardiovascular Events: Speculation or Scientific Certainty?", *International Journal of Cardiology*, 118 (2): 141-144, 2007.

<sup>174</sup> M. A. Mittleman, R. A. Lewis, M. Maclure, J. B. Sherwood y J. E. Muller, "Triggering Myocardial Infarction by Marijuana", *Circulation*, 103: 2805-2809, 2001.

<sup>175</sup> K. J. Mukamal, M. Maclure, J. E. Muller y M. A. Mittleman, "An Exploratory Prospective Study of Marijuana Use and Mortality Following Acute Myocardial Infarction", *American Heart Journal*, 155 (3): 465-470, 2008.

<sup>176</sup> W. Aronow y J. Cassidy, "Effect of Marijuana and Placebo Marijuana Smoking on Angina Pectoris", *New England Journal of Medicine*, 291 (2): 65-67, 1974; W. Aronow y J. Cassidy, "Effect of Smoking Marijuana and of a High Nicotine Cigarette on Angina Pectoris", *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 17 (5):

549-554, 1975; L. Gottschalk, W. Aronow y R. Prakash, "Effect of Marijuana and Placebo-Marijuana Smoking on Psychological State and on Psychophysiological and Cardiovascular Functioning in Angina Patients", *Biological Psychiatry*, 12 (2): 255-266, 1977.

<sup>177</sup> N. Solowij, *Cannabis and Cognitive Functioning*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

<sup>178</sup> C. G. Lyketsos, E. Garrett, K. Y. Liang y J. C. Anthony, "Cannabis Use and Cognitive Decline in Persons under 65 Years of Age", *American Journal of Epidemiology*, 149 (9): 794-800, 1999.

<sup>179</sup> N. Solowij, *op. cit.*

<sup>180</sup> *Id.*

<sup>181</sup> *Id.*

<sup>182</sup> *Id.*

<sup>183</sup> Por ejemplo, R. I. Block, D. S. O'Leary, R. D. Hichwa, J. C. Augustinack, L. L. Boles Ponto, M. M. Ghoneim *et al.*, "Effects of Frequent Marijuana Use on Memory-Related Regional Cerebral Blood Flow", *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 72 (1-2): 237-250, 2002.

<sup>184</sup> R. I. Block y M. M. Ghoneim, "Effects of Chronic Marijuana Use on Human Cognition", *Psychopharmacology*, 110 (1-2): 219-228, 1993; R. I. Block, D. S. O'Leary, R. D. Hichwa, J. C. Augustinack, L. L. Boles Ponto, M. M. Ghoneim *et al.*, *op. cit.*

<sup>185</sup> N. Solowij, R. S. Stephens, R. A. Roffman, T. Babor, R. Kadden, M. Miller *et al.*, "Cognitive Functioning of Long-Term Heavy Cannabis Users Seeking Treatment", *JAMA*, 287 (9): 1123-1131, 2002.

<sup>186</sup> N. Solowij, *Cannabis and Cognitive Functioning*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

<sup>187</sup> N. Solowij, *op. cit.*; N. Solowij, "Cannabis and Cognitive Functioning", en E. S. Onaivi (ed.), *Biology of Marijuana: From Gene to Behaviour*, Taylor & Francis, Londres, 2002.

<sup>188</sup> N. Solowij, R. S. Stephens, R. A. Roffman, T. Babor, R. Kadden, M. Miller *et al.*, *op. cit.*

<sup>189</sup> H. G. Pope, A. J. Gruber, J. I. Hudson, M. A. Huestis y D. Yurgelun-Todd, "Neuropsychological Performance in Long-Term Cannabis Users", *Archives of General Psychiatry*, 58 (10): 909-915, 2001.

<sup>190</sup> K. I. Bolla, K. Brown, D. Eldreth, K. Tate y J. L. Cadet, "Dose-Related Neurocognitive Effects of Marijuana Use", *Neurology*, 59 (9): 1337-1343, 2002.

<sup>191</sup> H. G. Pope, A. J. Gruber, J. I. Hudson, M. A. Huestis y D. Yurgelun-Todd, *op. cit.*; N. Solowij, R. S. Stephens, R. A. Roffman, T. Babor, R. Kadden, M. Miller *et al.*, *op. cit.*

<sup>192</sup> N. Solowij, *Cannabis and Cognitive Functioning*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.

<sup>193</sup> K. I. Bolla, K. Brown, D. Eldreth, K. Tate y J. L. Cadet, *op. cit.*

<sup>194</sup> Veinte años de edad media y cinco años de consumo.

<sup>195</sup> H. G. Pope, A. J. Gruber, J. I. Hudson, M. A. Huestis y D. Yurgelun-Todd, *op. cit.*

<sup>196</sup> H. G. Pope, A. J. Gruber, J. I. Hudson, M. A. Huestis y D. Yurgelun-Todd, "Cognitive Measures in Long-Term Cannabis Users", *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 41S-47S, 2002.

<sup>197</sup> Para comentarios, véase, N. Solowij, *op. cit.*; N. Solowij, "Long-Term Effects of Cannabis on the Central Nervous System. I. Brain function and neurotoxicity. II. Cognitive functioning", en H. Kalant, W. Corrigal, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 195-265.

<sup>198</sup> R. I. Block, D. S. O'Leary, J. C. Ehrhardt, J. C. Augustinack, M. M. Ghoneim, S. Arndt *et al.*, "Effects of Frequent Marijuana Use on Brain Tissue Volume and Composition", *Neuroreport*, 11 (3): 491-496, 2000.

<sup>199</sup> W. Wilson, R. Mathew, T. Turkington, T. Hawk, R. E. Coleman y J. Provenzale, "Brain Morphological Changes and Early Marijuana Use: A Magnetic Resonance and Positron Emission Tomography Study", *Journal of Addictive Diseases*, 19 (1): 1-22, 2000.

<sup>200</sup> R. I. Block, D. S. O'Leary, R. D. Hichwa, J. C. Augustinack, L. L. B. Ponto, M. M. Ghoneim *et al.*, "Cerebellar Hypoactivity in Frequent Marijuana Users", *Neuroreport*, 11 (4): 749-753, 2000.

<sup>201</sup> T. Lundqvist, S. Jönsson y S. Warkentin, "Frontal Lobe Dysfunction in Long-term Cannabis Users", *Neurotoxicology and Teratology*, 23 (5): 437-443, 2001.

- <sup>202</sup> Por ejemplo, L. J. Porrino, C. T. Whitlow, C. Lamborn, P. J. Laurienti y L. B. Livengood, *Impaired Performance on a Decision-Making Task by Heavy Marijuana Users: An fMRI Study*. *Symposium on the Cannabinoids*, International Cannabinoid Research Society, Burlington, 2004; J. Quickfall y D. Crockford, “Brain Neuroimaging in Cannabis Use: A Review”, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18 (3): 318-332, 2006; A. M. Smith, P. A. Fried, M. J. Hogan e I. Cameron, “Effects of Prenatal Marijuana on Response Inhibition: An fMRI Study of Young Adults”, *Neurotoxicology and Teratology*, 26 (4): 533-542, 2004; N. Solowij, C. Respondek y P. Ward, *Functional Magnetic Resonance Imaging Indices of Memory Function in Long-Term Cannabis Users*. *Symposium on the Cannabinoids*, International Cannabinoid Research Society, Burlington, 2004.
- <sup>203</sup> R. T. Loeber y D. A. Yurgelun-Todd, “Human Neuroimaging of Acute and Chronic Marijuana Use: Implications for Frontocerebellar Dysfunction”, *Human Psychopharmacology – Clinical and Experimental*, 14 (5): 291-304, 1999.
- <sup>204</sup> R. I. Block, D. S. O’Leary, R. D. Hichwa, J. C. Augustinack, L. L. B. Ponto, M. M. Ghoneim *et al.*, “Effects of Frequent Marijuana Use on Memory-Related Regional Cerebral Blood Flow”, *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 72 (1-2): 237-250, 2002; R. T. Loeber y D. A. Yurgelun-Todd, *op. cit.*
- <sup>205</sup> M. Yücel, N. Solowij, C. Respondek, S. Whittle, A. Fornito, C. Pantelis y D. I. Lubman, “Regional Brain Abnormalities Associated with Long-Term Heavy Cannabis Use”, *Archives of General Psychiatry*, 65 (6): 694-701, 2008.
- <sup>206</sup> N. Solowij, C. Respondek y P. Ward, *op. cit.*
- <sup>207</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.
- <sup>208</sup> M.T. Lynskey y W. D. Hall, “The Effects of Adolescent Cannabis Use on Educational Attainment: A Review”, *Addiction*, 95 (11): 1621-1630, 2000.
- <sup>209</sup> D. M. Fergusson, L. J. Horwood y N. Swain-Campbell, “Cannabis Use and Psychosocial Adjustment in Adolescence and Young Adulthood”, *Addiction*, 97 (9): 1123-1135, 2002.
- <sup>210</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *op. cit.*
- <sup>211</sup> Por ejemplo, P. D. Lifrak, J. R. McKay, A. Rostain, A. I. Alterman y C. P. O’Brien, “Relationship of Perceived Competencies, Perceived Social Support, and Gender to Substance Use in Young Adolescents”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (7): 933-940, 1997; M. D. Resnick, P. S. Bearman, R. W. Blum, K. E. Bauman, K. M. Harris, J. Jones *et al.*, “Protecting Adolescents from Harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health”, *JAMA*, 278 (10): 823-832, 1997; para una revisión véase M. T. Lynskey y W. D. Hall, *op. cit.*
- <sup>212</sup> D. M. Fergusson, M. T. Lynskey y L. J. Horwood, “The Short-Term Consequences of Early Onset Cannabis Use”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (4): 499-512, 1996; M. T. Lynskey, V. White, D. Hill, T. Letcher y W. D. Hall, “Prevalence of Illicit Drug Use among Youth: Results from the Australian School Students’ Alcohol and Drugs Survey”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23 (5): 519-524, 1999.
- <sup>213</sup> Por ejemplo, D. B. Kandel, M. Davies, D. Karus y K. Yamaguchi, “The Consequences in Young Adulthood of Adolescent Drug Involvement: An Overview”, *Archives of General Psychiatry*, 43 (8): 746-754, 1986.
- <sup>214</sup> J. D. Hawkins, R. F. Catalano y J. Y. Miller, “Risk and Protective Factors for Alcohol and other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention”, *Psychological Bulletin*, 112 (1): 64-105, 1992.
- <sup>215</sup> J. E. Donovan y R. Jessor, “Structure of Problem Behavior in Adolescence and Young Adulthood”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (6): 890-904, 1985.
- <sup>216</sup> Para una revisión véase J. D. Hawkins, R. F. Catalano y J. Y. Miller, *op. cit.*
- <sup>217</sup> M. T. Lynskey y W. D. Hall, *op. cit.*
- <sup>218</sup> Por ejemplo, D. M. Fergusson, M. T. Lynskey y L. J. Horwood, “The Short-Term Consequences of Early Onset Cannabis Use”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (4): 499-512, 1996.
- <sup>219</sup> Por ejemplo, S. C. Duncan, T. E. Duncan, A. Biglan y D. Ary, “Contributions of the Social Context to the

Development of Adolescent Substance Use: A Multivariate Latent Growth Modeling Approach”, *Drug and Alcohol Dependence*, 50 (1): 57-71, 1998; P. Ellickson, K. Bui, R. Bell y K. A. McGuigan, “Does Early Drug Use Increase the Risk of Dropping out of High School?”, *Journal of Drug Issues*, 28 (2): 357-380, 1998; J. Tanner, S. Davies y B. O’Grady, “Whatever Happened to Yesterday’s Rebels? Longitudinal Effects of Youth Delinquency on Education and Employment”, *Social Problems*, 46 (2): 250-274, 1999.

<sup>220</sup> M. T. Lynskey y W. D. Hall, *op. cit.*

<sup>221</sup> G. D. Mellinger, R. H. Somers, S. T. Davidson y S. H. Manheimer, “The Amotivational Syndrome and the College Student”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 282: 37-55, 1976.

<sup>222</sup> Para una revisión véase D. B. Kandel, *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*, Cambridge University Press, Nueva York, 2002.

<sup>223</sup> D. M. Fergusson y L. J. Horwood, “Does Cannabis Use Encourage other Forms of Illicit Drug Use?”, *Addiction*, 95 (4): 505-520, 2000; R. McGee y M. Feehan, “Cannabis Use Among New Zealand Adolescents”, *New Zealand Medical Journal*, 106 (961): 345, 1993.

<sup>224</sup> S. Cohen, “The 94-day Cannabis Study”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 282: 211-220, 1976.

<sup>225</sup> A. R. Morral, D. F. McCaffrey y S. M. Paddock, “Reassessing the Marijuana Gateway Effect”, *Addiction*, 97 (12): 1493-1504, 2002.

<sup>226</sup> R. M. Murray, P. D. Morrison, C. Henquet y M. di Forti, “Cannabis, the Mind and Society: The Hash Realities”, *Nature Reviews Neuroscience*, 8 (11): 885-895, 2007.

<sup>227</sup> F. A. Wagner y J. C. Anthony, “Into the World of Illegal Drug Use: Exposure Opportunity and other Mechanisms Linking the Use of Alcohol, Tobacco, Marijuana, and Cocaine”, *American Journal of Epidemiology*, 155 (10): 918-925, 2002.

<sup>228</sup> *Id.*

<sup>229</sup> D. M. Fergusson y L. J. Horwood, *op. cit.*

<sup>230</sup> *Ib.*

<sup>231</sup> J. E. Donovan y R. Jessor, “Problem Drinking and the Dimension of Involvement with Drugs: A Guttman Scalogram Analysis of Adolescent Drug Use”, *American Journal of Public Health*, 73 (5): 543-552, 1983.

<sup>232</sup> J. D. Hawkins, R. F. Catalano y J. Y. Miller, “Risk and Protective Factors for Alcohol and other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention”, *Psychological Bulletin*, 112 (1): 64-105, 1992; R. McGee y M. Feehan, “Cannabis Use among New Zealand Adolescents”, *New Zealand Medical Journal*, 106 (961): 345, 1993.

<sup>233</sup> A. R. Morral, D. F. McCaffrey y S. M. Paddock, *op. cit.*

<sup>234</sup> Por ejemplo, D. M. Fergusson, L. J. Horwood y N. Swain-Campbell, “Cannabis Use and Psychosocial Adjustment in Adolescence and Young Adulthood”, *Addiction*, 97 (9): 1123-1135, 2002; D. B. Kandel, M. Davies, D. Karus y K. Yamaguchi, “The Consequences in Young Adulthood of Adolescent Drug Involvement: An Overview”, *Archives of General Psychiatry*, 43 (8): 746-754, 1986; J. M. Lessem, C. J. Hopfer, B. C. Haberstick, D. Timberlake, M. A. Ehringer, A. Smolen y J. K. Hewitt, “Relationship between Adolescent Marijuana Use and Young Adult Illicit Drug Use”, *Behavior Genetics*, 36 (4): 498-506, 2006; K. Yamaguchi y D. B. Kandel, “Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: III. Predictors of Progression”, *American Journal of Public Health*, 74 (7): 673-681, 1984.

<sup>235</sup> Para una revisión véase W. D. Hall y M. T. Lynskey, “Is Cannabis a Gateway Drug? Testing Hypotheses about the Relationship between Cannabis Use and the Use of other Illicit Drugs”, *Drug and Alcohol Review*, 24 (1): 39-48, 2005.

<sup>236</sup> A. Agrawal, M.T. Lynskey, K. K. Bucholz, N. G. Martin, P. A. Madden y A. C. Heath, “Contrasting Models of Genetic Co-morbidity for Cannabis and other Illicit Drugs in Adult Australian Twins”, *Psychological Medicine*, 37 (1): 49-60, 2007.

<sup>237</sup> A. C. Heath, “Genetic Influences on Alcoholism Risk: A Review of Adoption and Twin Studies”, *Alcohol Health and Research World*, 19 (3): 166-171, 1995.

- <sup>238</sup> A. Agrawal, M. T. Lynskey, K. K. Bucholz, N. G. Martin, P. A. Madden y A. C. Heath, *op. cit.*
- <sup>239</sup> C. Han, M. K. McGue y W. G. Iacono, “Lifetime Tobacco, Alcohol and other Substance Use in Adolescent Minnesota Twins: Univariate and Multivariate Behavioral Genetic Analyses”, *Addiction*, 94 (7): 981-993, 1999; W. R. True, A. C. Heath, J. F., Scherrer, H. Xian, N. Lin, S. A. Eisen *et al.*, “Interrelationship of Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder and Alcohol and Marijuana Dependence Symptoms”, *American Journal of Medical Genetics*, 88 (4): 391-397, 1999.
- <sup>240</sup> M. T. Lynskey, A. C. Heath, K. K. Bucholz y W. S. Slutske, “Escalation of Drug Use in Early-Onset Cannabis Users vs Co-twin Controls”, *JAMA*, 289 (4): 427-433, 2003.
- <sup>241</sup> Ciento treinta y seis pares de gemelos monocigóticos y 175 dicigóticos.
- <sup>242</sup> M. T. Lynskey, J. M. Vink y D. I. Boomsma, “Early Onset Cannabis Use and Progression to other Drug Use in a Sample of Dutch Twins”, *Behavior Genetics*, 36 (2): 195-200, 2006.
- <sup>243</sup> G. G. Nahas, *Keep off the Grass*, Paul Eriksson, Middlebury, 1990.
- <sup>244</sup> E. Gardner, “Cannabinoid Interaction with Brain Reward Systems”, en G. G. Nahas, K. Sutin, D. Harvey y S. Agurell (eds.), *Marihuana and Medicine*, Humana Press, Towa, 1999, pp. 187-205.
- <sup>245</sup> J. Manzanares, J. Corchero, J. Romero, J. J. Fernández-Ruiz, J. A. Ramos y J. A. Fuentes, “Pharmacological and Biochemical Interactions between Opioids and Cannabinoids”, *Trends in Pharmacological Sciences*, 20 (7): 287-294, 1999; G. Tanda, F. E. Pontieri y G. di Chiara, “Cannabinoid and Heroin Activation of Mesolimbic Dopamine Transmission by A Common MUI Opioid Receptor Mechanism”, *Science*, 276 (5321): 2048-2050, 1997.
- <sup>246</sup> C. Ledent, O. Valverde, C. Cossu, F. Petitet, J.-F. Aubert, F. Beslot *et al.*, “Unresponsiveness to Cannabinoids and Reduced Addictive Effects of Opiates in CBI Receptor Knockout Mice”, *Science*, 283 (5400): 401-404, 1999.
- <sup>247</sup> L. Zimmer y J. P. Morgan, *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of the Scientific Evidence*, The Lindesmith Center, Nueva York, 1997.
- <sup>248</sup> C. Cadoni, A. Pisanu, M. Solinas, E. Acquas y G. di Chiara, “Behavioural Sensitization after Repeated Exposure to [Delta] 9-Tetrahydrocannabinol and Cross-Sensitization with Morphine”, *Psychopharmacology*, 158 (3): 259-266, 2001; S. Lamarque, K. Taghzouti y H. Simon, “Chronic Treatment with [Delta] 9-Tetrahydrocannabinol Enhances the Locomotor Response to Amphetamine and Heroin: Implications for Vulnerability to Drug Addiction”, *Neuropharmacology*, 41 (1): 118-129, 2001.
- <sup>249</sup> S. Lamarque, K. Taghzouti y H. Simon, *op. cit.*
- <sup>250</sup> M. T. Lynskey, “An Alternative Model is Feasible, but the Gateway Hypothesis has Not Been Invalidated: Comments on Morral *et al.*”, *Addiction*, 97 (12): 1505-1507, 2002.
- <sup>251</sup> J. Macleod, R. Oakes, A. Copello, I. Crome, M. Egger, M. Hickman *et al.*, “Psychological and Social Sequelae of Cannabis and other Illicit Drug Use by Young People: A Systematic Review of Longitudinal, Population Studies”, *Lancet*, 363 (9421): 1579-1588, 2004.
- <sup>252</sup> Para una revisión, véase L. Degenhardt y W. D. Hall, “Is Cannabis a Contributory Cause of Psychosis?”, *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (9): 556-565, 2006.
- <sup>253</sup> Por ejemplo, L. Degenhardt y W. D. Hall, “The Association between Psychosis and Problematic Drug Use among Australian Adults: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-being”, *Psychological Medicine*, 31 (4): 659-668, 2001.
- <sup>254</sup> S. Andréasson, A. Engström, P. Allebeck y U. Rydberg, “Cannabis and Schizophrenia: A Longitudinal Study of Swedish Conscripts”, *The Lancet*, 330: 1483-1486, 1987.
- <sup>255</sup> S. Zammit, P. Allebeck, S. Andreasson, I. Lundberg y G. Lewis, “Self Reported Cannabis Use as A Risk Factor for Schizophrenia in Swedish Conscripts of 1969: Historical Cohort Study”, *BMJ*, 325: 1199-1203, 2002.
- <sup>256</sup> J. van Os, M. Bak, M. Hanssen, R. V. Bijl, R. de Graaf y H. Verdoux, “Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-Based Study”, *American Journal of Epidemiology*, 156 (4): 319-327, 2002.
- <sup>257</sup> C. Henquet, L. Krabbendam, J. Spauwen, C. Kaplan, R. Lieb, H.-U. Wittchen y J. van Os, “Prospective Cohort Study of Cannabis Use, Predisposition for Psychosis, and Psychotic Symptoms in Young People”, *BMJ*,

330: 11, 2004.

<sup>258</sup> L. Arseneault, M. Cannon, R. Poulton, R. Murray, A. Caspi y T. E. Moffitt, "Cannabis Use in Adolescence and Risk for Adult Psychosis: Longitudinal Prospective Study", *BMJ*, 325: 1212-1213, 2002.

<sup>259</sup> D. M. Fergusson, L. J. Horwood y N. R. Swain-Campbell, "Cannabis Dependence and Psychotic Symptoms in Young People", *Psychological Medicine*, 33 (1): 15-21, 2003.

<sup>260</sup> RR de 1.8.

<sup>261</sup> T. H. Moore, S. Zammit, A. Lingford-Hughes, T. R. Barnes, P. B. Jones, M. Burke y G. Lewis, "Cannabis Use and Risk of Psychotic or Affective Mental Health Outcomes: A Systematic Review", *Lancet*, 370 (9584): 319-328, 2007.

<sup>262</sup> IC 95%: 1.20-1.65

<sup>263</sup> L. Degenhardt, W. D. Hall y M. T. Lynskey, "Testing Hypotheses about the Relationship between Cannabis Use and Psychosis", *Drug and Alcohol Dependence*, 71 (1): 37-48, 2003.

<sup>264</sup> M. Hickman, P. Vickerman, J. Macleod, J. Kirkbride y P. B. Jones, "Cannabis and Schizophrenia: Model Projections of the Impact of the Rise in Cannabis Use on Historical and Future Trends in Schizophrenia in England and Wales", *Addiction*, 102 (4): 597-606, 2007.

<sup>265</sup> J. Boydell, J. van Os, A. Caspi, N. Kennedy, E. Giouroukou, P. Fearon, M. Farrell y R. M. Murray, "Trends in Cannabis Use Prior to First Presentation with Schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999", *Psychological Medicine*, 36 (10): 1441-1446, 2006.

<sup>266</sup> V. Ajdacic-Gross, C. Lauber, I. Warnke, H. Haker, R. M. Murray y W. Rössler "Changing Incidence of Psychotic Disorders among the Young in Zurich", *Schizophrenia Research*, 95 (1-3): 9-18, 2007.

<sup>267</sup> Advisory Council on the Misuse of Drugs, *Cannabis: Classification and Public Health*, Home Office, Londres, 2008. Disponible en <<http://drugs.homeoffice.gov.uk>>

<sup>268</sup> A. Caspi, T. E. Moffitt, M. Cannon, J. McClay, R. Murray, H. Harrington *et al.*, "Moderation of the Effect of Adolescent-Onset Cannabis Use on Adult Psychosis by A Functional Polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase Gene: Longitudinal Evidence of a Gene X Environment Interaction", *Biological Psychiatry*, 57 (10): 1117-1127, 2005.

<sup>269</sup> R. Bilder, J. Volavka, H. Lachman y A. Grace, "The Catechol-O-Methyltransferase (COMT) Polymorphism: Relations to the Tonic-Phasic Dopamine Hypothesis and Neuropsychiatric Phenotypes", *Neuropsychopharmacology*, 29 (11): 1943-1961, 2004.

<sup>270</sup> P. T. Männistö y S. Kaakkola, "Catechol-O-Methyltransferase (COMT): Biochemistry, Molecular Biology, Pharmacology, and Clinical Efficacy of the New Selective COMT Inhibitors", *Pharmacological Reviews*, 51 (4): 593-628, 2006.

<sup>271</sup> S. Zammit, G. Spurlock, H. Williams, N. Norton, N. Williams, M. C. O'Donovan y M. J. Owen, "Genotype Effects of CHRNA7, CNR1 and COMT in Schizophrenia: Interactions with Tobacco and Cannabis Use", *British Journal of Psychiatry*, 191: 402-407, 2007.

<sup>272</sup> D. C. D'Souza, H. S. Cho, E. Perry y J. H. Krystal, "Cannabinoid 'Model' Psychosis, Dopamine-Cannabinoid Interactions and Implications for Schizophrenia", en D. J. Castle y R. M. Murray (eds.), *Marijuana and Madness*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pp. 142-165; D. C. D'Souza, W. M. Abi-Saab, S. Madonick, K. Forselius-Bielen, A. Doersch, G. Braley *et al.*, "Delta-9-Tetrahydrocannabinol Effects in Schizophrenia: Implications for Cognition, Psychosis, and Addiction", *Biological Psychiatry*, 57 (6): 594-608, 2005; D. C. D'Souza, "Cannabinoids and Psychosis", *International Review of Neurobiology*, 78: 289-326, 2007.

<sup>273</sup> D. B. Kandel, "Marijuana Users in Young Adulthood", *Archives of General Psychiatry*, 41 (2): 200-209, 1984.

<sup>274</sup> D. B. Kandel, M. Davies, D. Karus y K. Yamaguchi, "The Consequences in Young Adulthood of Adolescent Drug Involvement: An Overview", *Archives of General Psychiatry*, 43 (8): 746-754, 1986.

<sup>275</sup> M. D. Newcomb y P. M. Bentler, *Consequences of Adolescent Drug Use: Impact on the Lives of Young Adults*, Sage, Thousand Oaks, 1988.

<sup>276</sup> D. M. Fergusson y L. J. Horwood, "Early Onset Cannabis Use and Psychosocial Adjustment in Young

Adults”, *Addiction*, 92 (3): 279-296, 1997.

<sup>277</sup> J. S. Brook, P. Cohen y D. W. Brook, “Longitudinal Study of Co-occurring Psychiatric Disorders and Substance Use”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (3): 322-330, 1998.

<sup>278</sup> R. McGee, S. Williams, R. Poulton y T. Moffitt, “A Longitudinal Study of Cannabis Use and Mental Health from Adolescence to Early Adulthood”, *Addiction*, 95 (4): 491-503, 2000.

<sup>279</sup> J. M. Rey, M. G. Sawyer, B. Raphael, G. C. Patton y M. T. Lynskey, “Mental Health of Teenagers who Use Cannabis: Results of an Australian Survey”, *British Journal of Psychiatry*, 180: 216-221, 2002.

<sup>280</sup> D. M. Fergusson y L. J. Horwood, *op. cit.*

<sup>281</sup> J. Angst, “Comorbidity of Mood Disorders: A Longitudinal Prospective Study”, *British Journal of Psychiatry*, 168 (30): 31-37, 1996.

<sup>282</sup> G. C. Patton, C. Coffey, J. B. Carlin, L. Degenhardt, M. T. Lynskey y W. D. Hall, “Cannabis Use and Mental Health in Young People: Cohort Study”, *British Medical Journal*, 325: 1195-1198, 2002.

<sup>283</sup> De 20-21 años de edad.

<sup>284</sup> T. H. Moore, S. Zammit, A. Lingford-Hughes, T. R. Barnes, P. B. Jones, M. Burke y G. Lewis, “Cannabis Use and Risk of Psychotic or Affective Mental Health Outcomes: A Systematic Review”, *Lancet*, 370 (9584): 319-328, 2007.

<sup>285</sup> OR = 1.49; IC 95%: 1.15-1.94

<sup>286</sup> C. Henquet, L. Krabbendam, R. de Graaf, M. ten Have y J. van Os, “Cannabis Use and Expression of Mania in the General Population”, *Journal of Affective Disorders*, 95 (1-3): 103-110, 2006.

<sup>287</sup> Para una revisión véase S. D. Hillman, S. R. Silburn, A. Green y S. R. Zubrick, *Youth Suicide in Western Australia Involving Cannabis and Other Drugs*, Western Australian Drug Abuse Strategy Office, Perth, 2000.

<sup>288</sup> G. Borges, E. E. Walters y R. C. Kessler, “Associations of Substance Use, Abuse and Dependence with Subsequent Suicidal Behavior”, *American Journal of Epidemiology*, 151 (8): 781-789, 2000.

<sup>289</sup> A. L. Beautrais, R. R. Joyce y R. T. Mulder, “Cannabis Abuse and Serious Suicide Attempts”, *Addiction*, 94 (8): 1155-1164, 1999.

<sup>290</sup> Abuso o dependencia de cannabis.

<sup>291</sup> D. M. Fergusson y L. J. Horwood, “Early Onset Cannabis Use and Psychosocial Adjustment in Young Adults”, *Addiction*, 92 (3): 279-296, 1997.

<sup>292</sup> G. C. Patton, J. B. Harris, M. Schwartz y G. Bowes, “Adolescent Suicidal Behaviors: A Population-Based Study of Risk”, *Psychological Medicine*, 27 (3): 715-724, 1997.

<sup>293</sup> S. Andréasson y P. Allebeck, “Cannabis and Mortality among Young Men: A Longitudinal Study of Swedish Conscripts”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 18 (1): 9-15, 19905.

<sup>294</sup> T. H. Moore, S. Zammit, A. Lingford-Hughes, T. R. Barnes, P. B. Jones, M. Burke y G. Lewis, “Cannabis Use and Risk of Psychotic or Affective Mental Health Outcomes: A Systematic Review”, *Lancet*, 370 (9584): 319-328, 2007.

<sup>295</sup> W. D. Hall y W. Swift, “The THC Content of Cannabis in Australia: Evidence and Implications”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (5): 503-508, 2000; J. McLaren, W. Swift, P. Dillon y S. Allsop, “Cannabis Potency and Contamination: A Review of the Literature”, *Addiction*, 103 (7): 1100-1109, 2008.

<sup>296</sup> M. A. ElSohly, S. A. Ross, Z. Mehmedic, R. Arafat, B. Yi y B. F. Banahan, “Potency Trends of Delta (9)-THC and other Cannabinoids in Confiscated Marijuana from 1980-1997”, *Journal of Forensic Sciences*, 45: 24-30, 2000.

<sup>297</sup> M. A. ElSohly, *Quarterly Report: December 16, 2007 thru March 15, 2008. (Potency Monitoring Project Report 100)*, National Center for Natural Products Research/University of Mississippi, Mississippi, 2008; Office of National Drug Control Policy (ONDCP), *Study Finds Highest Levels of thc in U.S. Marijuana to Date [release]*, ONDCP, Washington, 2007. Disponible en [http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/press07/042507\\_2.html](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/press07/042507_2.html); véase también el capítulo III de este libro.

<sup>298</sup> F. T. Pijlman, S. M. Rigter, J. Hoek, H. M. Goldschmidt y R. J. Niesink, “Strong Increase in Total Delta-THC in Cannabis Preparations Sold in Dutch Coffee Shops”, *Addiction Biology*, 10 (2): 171-180, 2005.

<sup>299</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *An Overview of Cannabis Potency in Europe. Insights, No. 6*, EMCDDA, Lisboa, 2004. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33984EN.html>>

<sup>300</sup> W. D. Hall y W. Swift, “The THC Content of Cannabis in Australia: Evidence and Implications”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (5): 503-508, 2000.

<sup>301</sup> D. J. Potter, P. Clark y M. B. Brown, “Potency of Delta 9-THC and other Cannabinoids in Cannabis in England in 2005: Implications for Psychoactivity and Pharmacology”, *Journal of Forensic Sciences*, 53 (1): 90-94, 2008.

<sup>302</sup> C. J. Morgan y H. V. Curran, “Effects of Cannabidiol on Schizophrenia-Like Symptoms in People who Use Cannabis”, *British Journal of Psychiatry*, 192: 306-307, 2008.

<sup>303</sup> Véase la columna uno del cuadro II.1 en esta página; R. S. Gable, “Comparison of Acute Lethal Toxicity of Commonly Abused Psychoactive Substances”, *Addiction*, 99 (6): 686-696, 2004.

<sup>304</sup> P. H. Hilt, “Is Nicotine Addictive? It Depends on Whose Criteria you Use: Experts Say the Definition of Addiction is Evolving”, *New York Times*, 2 de agosto de 1994, p. C3.

<sup>305</sup> Por ejemplo, *id.*

<sup>306</sup> Strategy Unit, *Strategy Unit Drugs Report, May 2003. Prime Minister’s Strategy Unit*, Londres, 2005. Disponible en <[http://www.strategy.gov.uk/work\\_areas/drugs/index.asp](http://www.strategy.gov.uk/work_areas/drugs/index.asp)>; el reporte completo disponible en <<http://image.guardian.co.uk/sysfiles/Guardian/documents/2005/07/05/Report.pdf>>

<sup>307</sup> B. Roques, *La dangerosité des drogues, rapport au Secrétariat d’Etat à la santé* [The Dangerousness of Drugs: Report to the State Secretariat for Health], La Documentation française-Odile Jacob, París, 1999.

<sup>308</sup> Véanse las tres últimas columnas del cuadro II.1.

<sup>309</sup> B. Roques, *op. cit.*, p. 296.

<sup>310</sup> R. S. Gable, “Comparison of Acute Lethal Toxicity of Commonly Abused Psychoactive Substances”, *Addiction*, 99 (6): 686-696, 2004.

<sup>311</sup> P. H. Hilt, *op. cit.*

<sup>312</sup> W. D. Hall, R. Room y S. Bondy, “Comparing the Health and Psychological Risks of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use”, en H. Kalant, W. Corrigal, W. D. Hall y R. Smart (eds.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 475-506.

<sup>313</sup> D. Nutt, L. A. King, W. Saulsbury y C. Blakemore, “Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse”, *The Lancet*, 369 (9566): 1047-1053, 2007.

<sup>314</sup> W. D. Hall, L. Degenhardt y N. Sindich, “Illicit Drug Use and the Burden of Disease”, en K. Heggenhougen y S. Quah (eds.), *International Encyclopedia of Public Health*, Elsevier, Amsterdam, 2008, en prensa; W. D. Hall, C. Doran, L. Degenhardt y D. Shepard, “Illicit Opioid Dependence”, en D. Jamison, D. Evans y G. Alleyne (eds.), *Disease Control Priorities for Developing Countries*, Oxford University Press, Nueva York, 2006, pp. 907-931.

<sup>315</sup> W. Hall, “The Public Health Significance of Cannabis Use in Australia”, *Australian Journal of Public Health*, 19 (3): 235-242, 1995.

<sup>316</sup> Por ejemplo, D. Collins y H. Lapsley, *The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Use to Australian Society in 2004/05. (National Drug Strategy Monograph 64)*, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2007. Disponible en <<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/>>

<sup>317</sup> J. Rehm, W. Gnam, S. Popova, D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer *et al.*, “The Costs of Alcohol, Illegal Drugs, and Tobacco in Canada, 2002”, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (6): 886-895, 2007.

<sup>318</sup> S. Begg, T. Vos, B. Barker, L. Stanley y A. D. Lopez, *The Burden of Disease and Injury in Australia 2003*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2007. Disponible en <<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10317>>

<sup>319</sup> Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD), *World Drug Report 2006. Volume*

*I: Analysis*, ONUDD, Viena, 2006.

<sup>320</sup> Por ejemplo, enfermedad cardiovascular o respiratoria, enfermedad mental grave u otros tipos de abuso de sustancias.

<sup>321</sup> Dentro de las horas posteriores a haber fumado un porro.

### III. RÉGIMEN DE PROHIBICIÓN DEL CANNABIS: PATRONES DE CONSUMO, MERCADOS Y POLÍTICAS

EN ESTE capítulo se analiza el consumo de cannabis y su mercado en las circunstancias actuales de un régimen de prohibición internacional. La prohibición de una sustancia deseable crea mercados ilegales con consecuencias en términos de las curvas de producción, distribución y consumo. En la primera mitad del capítulo se examinan los datos sobre la prevalencia del consumo de cannabis, los precios que se pagan y los ingresos que se generan. En la segunda se examina la aplicación de prohibiciones, cuántos individuos están acusados de diversos tipos de delitos relacionados con el cannabis y cuáles son las consecuencias de esos cargos. Se pone énfasis en el mundo desarrollado, debido a que hay más datos disponibles y a que hay pruebas de que las tasas de consumo son sustancialmente mayores en Europa Occidental, Norteamérica y Australia que en la mayoría de los países más pobres. Este capítulo se centra en los efectos de la prohibición total. También se hace referencia al reciente fenómeno de la creciente demanda de tratamientos con cannabis, ya que en algunos países es una razón importante para mantener los regímenes de prohibición completa. En los capítulos IV y V se tratará la cuestión de cómo algunas variaciones en la prohibición, como la despenalización, afectan los resultados principales.

#### PREVALENCIA

En muchas regiones del mundo, aunque no en todas, el cannabis es la droga ilegal más consumida, ya que la dosis es barata y su acceso para la población en general es fácil.

El cuadro III.1 presenta los datos sobre la prevalencia del cannabis en una serie de países de todo el mundo.<sup>1</sup> Existe un problema de comparabilidad, tratado en las notas a pie de página, pero los modelos más importantes son claros. En muchos países occidentales el consumo de cannabis es una experiencia asociada a la norma social y la mitad o más de las personas de 21 años de edad nacidas a partir de 1970 han probado esta droga al menos una vez. Hay, sin embargo, algunas naciones occidentales en las que eso no es cierto; por ejemplo, en los países nórdicos (excepto Dinamarca) las tasas son mucho más bajas: un poco más de una quinta parte (21.4%) de los jóvenes de entre 20 y 24 años de edad han probado el cannabis.<sup>2</sup>

CUADRO III.1. *Prevalencia del consumo de marihuana en el último año y durante toda la vida entre personas de 15 a 64 años de edad (ca. 2005)*

<i>País</i>	<i>Último año</i>	<i>Toda la vida</i>
Francia <sup>c</sup>	8.6	30.6
Alemania (18-59) <sup>a</sup>	6.9	24.5
Países Bajos <sup>c</sup>	5.4	22.6
Suecia (16-64) <sup>d</sup>	2.0	12.0
Reino Unido <sup>b</sup>	10.3	29.6
Estados Unidos <sup>d</sup>	10.3	39.8
Canadá <sup>b</sup>	14.1	44.5
Australia <sup>b</sup>	11.3	33.6

<sup>a</sup> = 2003; <sup>b</sup> = 2004; <sup>c</sup> = 2005; <sup>d</sup> = 2006.

FUENTE: Datos extraídos de las encuestas domésticas más recientes de cada país.

En todos los países las tasas son mayores entre los hombres que entre las mujeres, a pesar de que las diferencias presentan variaciones; por ejemplo, en Suiza, durante 2002, entre los 15 y los 39 años de edad la tasa de consumo<sup>3</sup> fue de 4.5% para las mujeres y 10.4% para los hombres; es decir, la tasa en hombres fue 2.3 veces mayor que en mujeres. En cambio en Canadá, en 2004, la tasa en mujeres mayores de 15 años fue de 10.2%, frente a 18.2% en los hombres,<sup>4</sup> por lo que la tasa de los hombres sólo fue 1.8 veces la de las mujeres.

Los datos correspondientes a países no occidentales son mucho más escasos,<sup>5</sup> pero sugieren una mayor variación entre países y tasas más bajas. En Brasil, en una encuesta de 2005, realizada en algunas áreas metropolitanas, se encontró una tasa de por vida en personas de 15 a 64 años de edad de sólo 6.9%.<sup>6</sup> Aunque el consumo de cannabis en la India tiene una larga historia, a menudo con fines rituales y religiosos, una encuesta de 2001 encontró una tasa de consumo en el último mes de 3.0% entre los varones; los autores del estudio creen que las tasas de consumo en mujeres fueron mucho más bajas, lo que arrojaba una muy modesta tasa total de la población. China es otro de los principales países en los que los datos disponibles sugieren que el cannabis tiene una importancia menor,<sup>7</sup> ya que en ese país no existe una tradición de consumo, puesto que históricamente la droga de consumo masivo es el opio. Aunque las tasas en Colombia, país exportador al mercado de los Estados Unidos, son comparables a las de los países occidentales (6% en el último año, en edades de 12 a 60 años),<sup>8</sup> en México el principal productor extranjero para el mercado de los Estados Unidos, las tasas siguen siendo bajas: 1.7% de consumo de por vida entre los adultos de la Ciudad de México.<sup>9</sup>

Se dispone de más información y datos más comparables acerca del consumo entre los adolescentes gracias a una encuesta en estudiantes de entre 15 y 16 años de edad que se realiza cada cuatro años en 35 países europeos (Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas; ESPAD). En el cuadro III.2 se establecen tres observaciones. En primer lugar, en muchos países el inicio del consumo de cannabis es temprano; en seis de los 13 países más de un tercio de los jóvenes de entre 15 y 16 años de edad ha probado el cannabis, y sólo en tres países menos de uno de cada cinco jóvenes ha probado esta droga. En segundo lugar, existe una variación considerable entre países, incluso entre los países más ricos de Europa Occidental; así, la prevalencia de Suecia es una quinta parte de la de muchos otros países de ese grupo,<sup>10</sup> y los países en transición de Europa del Este ya muestran altos índices de consumo. En tercer lugar, en este grupo de edad hay menos variación en la intensidad de consumo, comparado con la prevalencia, y en casi todos los países el consumo fue de una media de entre 10 y 20 veces.

CUADRO III.2. *Consumo de drogas durante toda la vida entre personas de 15 y 16 años de edad en 12 países europeos y en los Estados Unidos (2003)\**

	<i>Cannabis, % de consumo</i>	<i>Cannabis, media de veces por estudiante</i>	<i>Cannabis, media de veces por consumidor</i>	<i>Cualquier otra droga, %</i>
Alemania	27	4.4	16.3	10
España	36	-	-	9
Francia	38	7.3	19.2	7
Italia	27	4.9	18.1	8
Países Bajos	28	5.0	17.9	6
Polonia	18	2.2	12.2	7
Reino Unido	38	7.6	20.0	9
República Checa	44	7.3	16.6	11
Rusia	22	2.1	9.5	4
Suecia	7	0.2	2.9	3
Suiza	40	8.4	21.0	6
Turquía	4	0.6	15.0	3
Estados Unidos	36	7.5	20.8	20

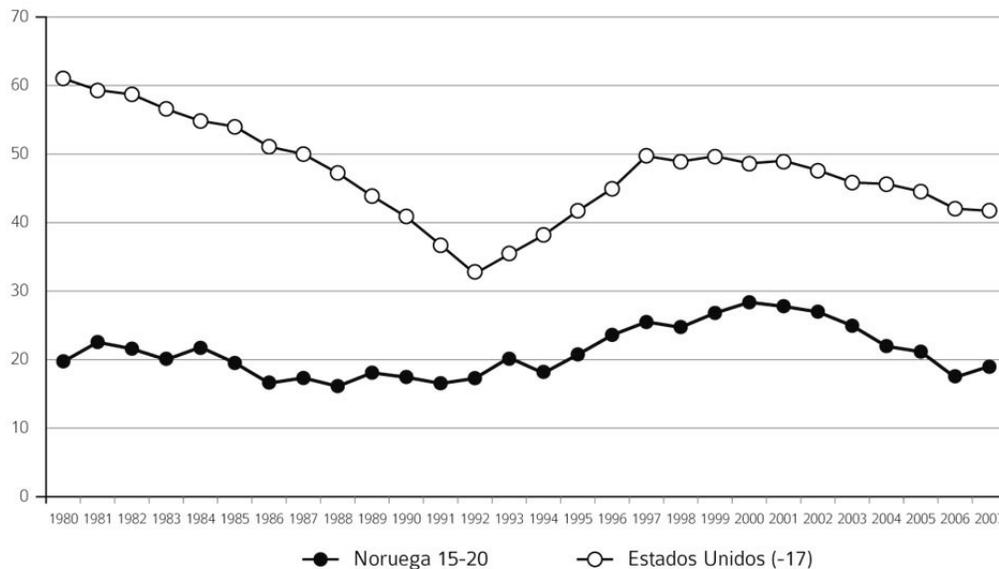
\* Las tasas correspondientes a los Estados Unidos fueron extraídas de Johnston *et al.*, 2007, de estudiantes de 10º grado.

FUENTE: Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (ESPAD), Hibell *et al.*, 2004.

La gráfica III.1 presenta datos sobre la prevalencia entre los consumidores más jóvenes en Oslo y en los Estados Unidos, extraídos de las pocas jurisdicciones de las que se dispone de datos consistentes durante un largo periodo. Los grupos de edad

representados no son idénticos,<sup>11</sup> pero el objetivo no es comparar las tasas absolutas, sino más bien los cambios en el tiempo. Las dos series difieren en la década de 1980: en los Estados Unidos la tasa juvenil disminuyó drásticamente, mientras que en Oslo se mantuvo estable. No obstante, desde la década de 1990 las dos series fueron en paralelo: las tasas aumentaron durante la mayor parte de la década de 1990 y desde entonces disminuyeron modestamente. En otros países, como Australia y los Países Bajos, en el periodo a partir de 1990 se encuentran tendencias similares, aunque los datos son menos completos.

GRÁFICA III.1. *Porcentaje de jóvenes que reportaron haber consumido cannabis alguna vez, Oslo y los Estados Unidos, 1980-2007*



FUENTE: Datos de los Estados Unidos tomados de *Monitoring the Future*; datos de Noruega tomados de Bryhni, 2007.

A pesar de que en los países occidentales la iniciación al consumo de cannabis no tenga sorprendentes y fugaces epidemias como las de la cocaína y la heroína,<sup>12</sup> en algunos periodos el crecimiento ha sido casi explosivo y en otros las caídas presentaron una intensidad menor, aunque siguieron siendo fuertes. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de cannabis<sup>13</sup> en Francia aumentó en 150% entre 1992 y 2002,<sup>14</sup> mientras que en Australia la prevalencia<sup>15</sup> cayó en casi 50% en el periodo comprendido entre 1998 y 2007.<sup>16</sup>

## DURACIÓN E INTENSIDAD

La prevalencia del consumo es sólo parte de la historia, e igualmente importantes son la duración del historial de consumo y la intensidad. Algunos estudios muestran que la mayoría de los consumidores se drogan sólo unas pocas veces, pero muchos de ellos tienen historiales de consumo regular, si no frecuente, de más de 10 años. Por ejemplo, Perkonig y otros<sup>17</sup> estudiaron una cohorte de entre 14 y 24 años de edad en Múnich, en una primera entrevista en 1995-1998. En la última entrevista, en 2005, más de la mitad de la muestra reportó haber consumido cannabis al menos una vez. El dato más relevante en este estudio es que 40% de los que dijeron haber consumido cannabis en su entrevista inicial, 10 años más tarde informaron haber consumido la droga en los últimos 12 meses. Como era de esperar, la tasa fue particularmente alta entre quienes en la entrevista inicial afirmaron que habían consumido cinco veces o más.

El único estudio publicado a largo plazo, realizado a una cohorte de jóvenes estadounidenses, muestra que una gran parte de la muestra consumió cannabis a diario por largos periodos.<sup>18</sup> Kandel y Davies<sup>19</sup> realizaron un estudio en una cohorte de alumnos de 10º y 11º grados, en las escuelas públicas de secundaria y preparatoria de Nueva York, en 1971. Cuando los encuestados volvieron a ser entrevistados en 1984, a los 28 o 29 años de edad, más de un cuarto (26.2%) había sido consumidor diario de cannabis por lo menos durante un mes de su vida. Un dato aún más sorprendente es que las rachas de uso casi diario se habían prolongado por más de tres años y medio. La gran implicación de esta muestra en el consumo de cannabis puede ser específica de la cohorte y la ubicación.<sup>20</sup> Se trataba de un grupo con un riesgo elevado, ya que había vivido los años del auge del movimiento contracultural; además, muchos de ellos eran de Nueva York, donde este movimiento influyó de forma particular.

Las cifras de intensidad de consumo son sorprendentes. El OEDT<sup>21</sup> consideró razonable suponer que 1% de la población de entre 15 y 64 años de edad consume cannabis a diario y un gran número de ellos, varias veces por día. Un análisis de los datos de una encuesta australiana de 2001 sugiere que las personas que consumen a diario, o casi diario, en promedio, fuman alrededor de cuatro porros al día.<sup>22</sup> Durante el periodo comprendido entre 1991 y 1993 la National Household Survey on Drug Abuse de los Estados Unidos recogió datos detallados sobre la frecuencia de consumo, y halló que entre los hombres que consumen la mayor parte del año, alrededor de 40% fuma tres o más porros al día (cuadro III.3).

Esta intensidad de distribución de consumo tan desigual es similar a la que normalmente se encuentra en el alcohol; en las encuestas sobre el consumo de alcohol se indica que 20% de los bebedores importantes de los Estados Unidos consume entre 87 y 89% del total.<sup>23</sup> Los esfuerzos para estimar los mismos parámetros en la cocaína y la heroína mediante encuestas de población general no son convincentes, ya que en estas encuestas la mayoría de consumidores frecuentes de estas drogas suelen omitir su consumo, y de hecho, en el Reino Unido, los Estados Unidos y muchos otros países no se proporcionan estimaciones acerca de la magnitud del consumo intensivo o la dependencia a la heroína a partir de encuestas a hogares. Por lo tanto, no se puede

comparar la asimetría de los patrones de uso del cannabis con los de la cocaína o la heroína.

CUADRO III.3. *Intensidad de consumo por frecuencia de consumo en hombres\**

<i>Porros por día de consumo</i>	<i>12 a 30 días por año (%)</i>	<i>31 a 54 días por año (%)</i>	<i>55 a 234 días por año (%)</i>	<i>235 a 365 días por año (%)</i>
1	70.2	58.8	41.6	31.6
2	18.7	25.8	26.9	27.2
3	6.6	5.7	10.7	21.3
4	1.3	2.8	4.6	3.7
5	2.4	3.2	4.4	4.3
6 o más	0.8	3.8	11.9	11.9

\* Datos disponibles al público en general en <<http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA-SERIES/00064.xml>> Preparados por John Gettman, octubre de 2009. Reformulación de una tabla publicada originalmente en Gettman, 2007.

FUENTE: National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA), 1991-1993.

En muchas encuestas relativamente pocos de los que han probado el cannabis han experimentado problemas como consecuencia de su consumo; sin embargo, la National Comorbidity Survey en los Estados Unidos, una importante encuesta, se centró en estas cuestiones y encontró que alrededor de 10% de los consumidores respondieron de manera que los calificaba para un diagnóstico de dependencia en algún momento de su vida;<sup>24</sup> más adelante se trata esta cuestión con mayor profundidad. Sólo unos pocos continuarán consumiendo drogas ilegales más peligrosas. La National Household Survey on Drug Abuse de 1995 halló que sólo 23% de las personas de entre 26 y 34 años de edad que consumieron marihuana<sup>25</sup> en algún momento de su vida también consumieron cocaína. Por otra parte, en cohortes más recientes<sup>26</sup> se ha reportado que en los Estados Unidos esta fracción ha disminuido.

### *Resumen*

A pesar de su prohibición en todos los países, aparte de los Países Bajos, en muchos países occidentales la experimentación con el cannabis es parte rutinaria de la adolescencia. Su consumo es más común entre los hombres que entre las mujeres, pero incluso una gran proporción de mujeres ha probado la droga durante los primeros años de la edad adulta. Una parte importante de los que experimentan pasa a consumir la droga con frecuencia, y sólo una pequeña parte sufre problemas de dependencia. Las tasas de experimentación varían de forma considerable entre países con el mismo nivel

de desarrollo económico, lo que probablemente refleja amplios factores culturales y sociales.

## PRECIO

El precio del cannabis tiene dos funciones en nuestro análisis: por un lado, se trata de una medida de la eficacia del régimen de control, porque la prohibición pretende que la droga sea cara y difícil de obtener. Un reducido número de estudios demuestra de forma consistente que el consumo de cannabis<sup>27</sup> es sensible a los precios.<sup>28</sup> Un aumento del precio, *ceteris paribus*, disminuirá la prevalencia y el consumo de un bien, sea éste legal o ilegal.

La segunda función del precio es servir como determinante de los ingresos del distribuidor. Si el precio de la marihuana fuese comparable al de los cigarrillos, sin contar los impuestos, entonces se eliminaría una consecuencia adversa importante de su prohibición; a saber, la corrupción, la violencia y el desvío de trabajo que ahora genera, ya que los ingresos potenciales para los distribuidores individuales serían modestos. En sentido estricto son las ganancias, y no los precios, las que determinan el atractivo del comercio, pero no se dispone de datos sobre los beneficios; por otra parte, en cuanto a los incentivos para el robo de drogas<sup>29</sup> lo que importa es su valor, no los márgenes de beneficio.

Los datos sobre los precios de las drogas ilegales son siempre inexactos, lo que refleja la dificultad que implica desarrollar un marco y una estrategia de muestreo adecuados para los mercados ilegales. Para el cannabis hay un problema adicional: la falta de datos sobre la potencia. Es factible que la marihuana más potente sea más cara por gramo, precisamente porque tiene más del ingrediente activo, pero quizás no por unidad de THC. Los datos neerlandeses sobre el precio y la potencia son consistentes con esta teoría de forma aproximada.<sup>30</sup>

## *Potencia*

Una afirmación habitual es que la prohibición conduce a la producción de formas más potentes de una sustancia, ya que una mayor potencia reduce el volumen y, por lo tanto, el riesgo que se asocia a la distribución. Hay evidencia de esto respecto al alcohol durante la prohibición estadounidense, cuando el mercado ilícito de alcohol se convirtió casi en su totalidad en un mercado de licores,<sup>31</sup> y lo mismo ocurrió con los opiáceos en Tailandia en los años ochenta.<sup>32</sup> En el caso del cannabis, este efecto sin duda se manifiesta lentamente. La potencia del cannabis se mantuvo bastante baja en relación con lo que era técnicamente posible hasta la década de 1990, 25 años después de la aparición de los mercados más importantes en varios países occidentales.

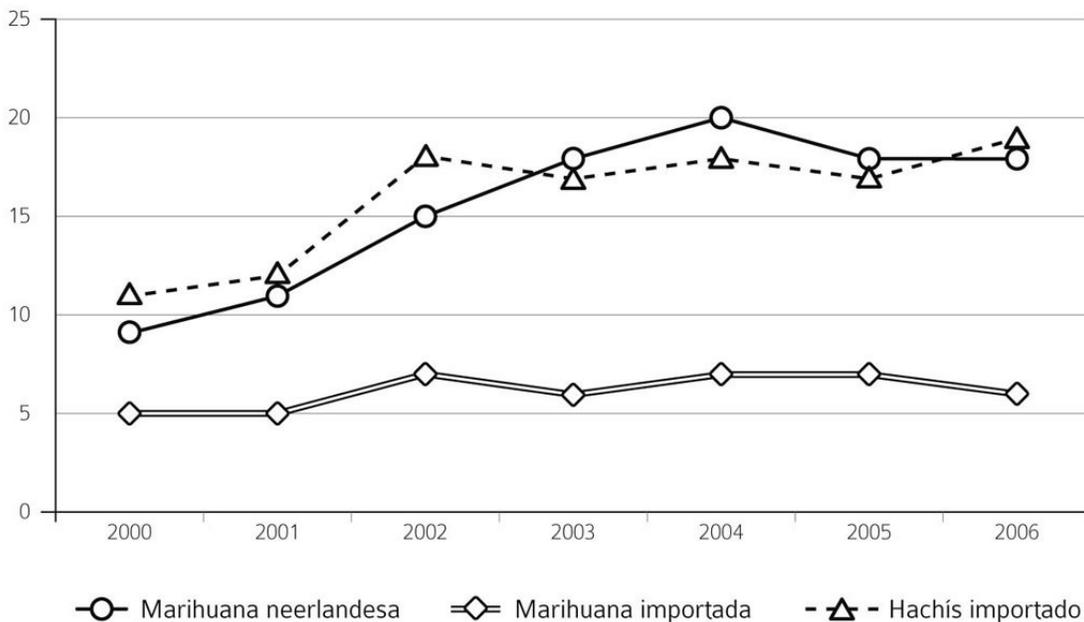
Se sabe que el contenido de THC del cannabis varía considerablemente entre países y

periodos de tiempo: puede oscilar entre 2 y 20%. En una encuesta reciente sobre la potencia del cannabis en Europa<sup>33</sup> se encontró que ésta no había aumentado en los últimos años, y que en la mayoría de los países se mantuvo en un rango de entre 6 y 8% (gráfica III.2). Los Países Bajos fueron una excepción, ya que la potencia aumentó de niveles ya elevados a cifras nunca alcanzadas anteriormente: cerca de 20%<sup>34</sup> (véase gráfica III.2). Por desgracia, el único conjunto de datos que sigue registrando la potencia en relación con el precio proviene de los Países Bajos, e incluye las compras en las *coffee shops*, donde la droga es legal *de facto*.

En general hay razones para creer que en muchos países la potencia media ha aumentado con el tiempo. Aunque menos acreditados se dispone de datos correspondientes a un periodo más largo en los Estados Unidos,<sup>35</sup> los cuales muestran un crecimiento amplio y sostenido de la potencia, de alrededor de 3%, a mediados de la década de 1980, a aproximadamente 9% 20 años más tarde (gráfica III.3).

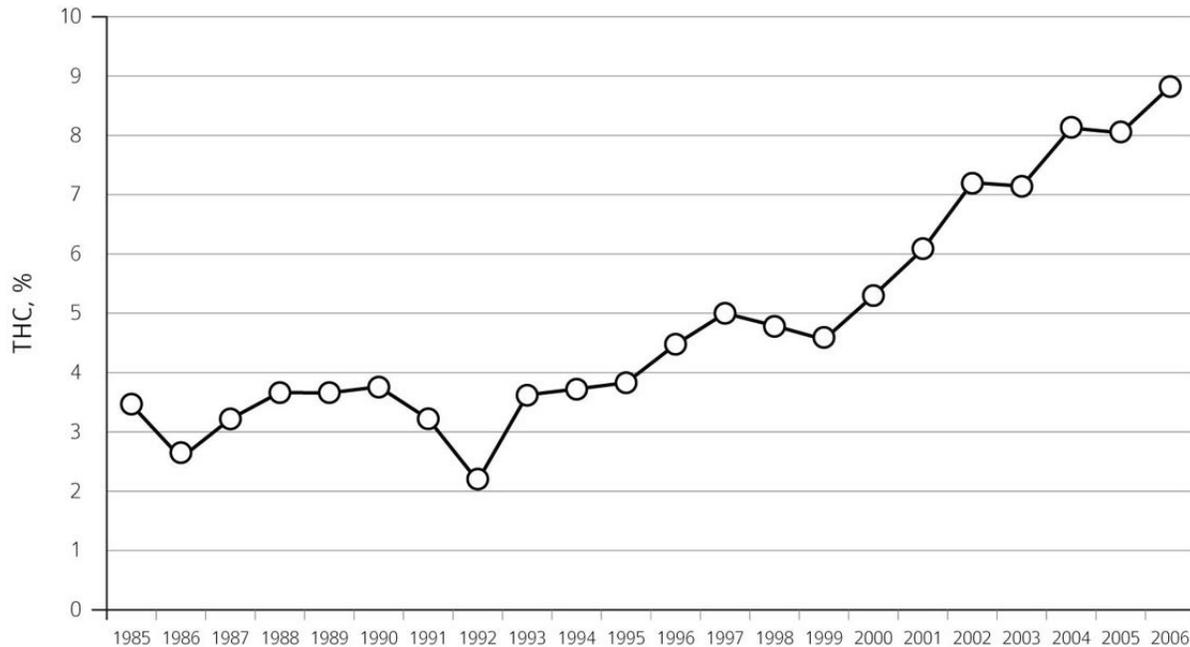
Las variaciones de potencia significan que la serie de precios que figura a continuación podría no indicar correctamente el precio efectivo, además, las comparaciones entre países son particularmente peligrosas.

GRÁFICA III.2. *Porcentaje de THC promedio en los productos del cannabis, Países Bajos, 2000-2006*



FUENTE: R. Niesink, S. Rigter, J. Hoek y H. Goldschmidt, *THC-Concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2004-2005)*, Trimbos Institute, Utrecht, 2005.

GRÁFICA III.3. *Potencia promedio de la marihuana, material incautado, Estados Unidos*

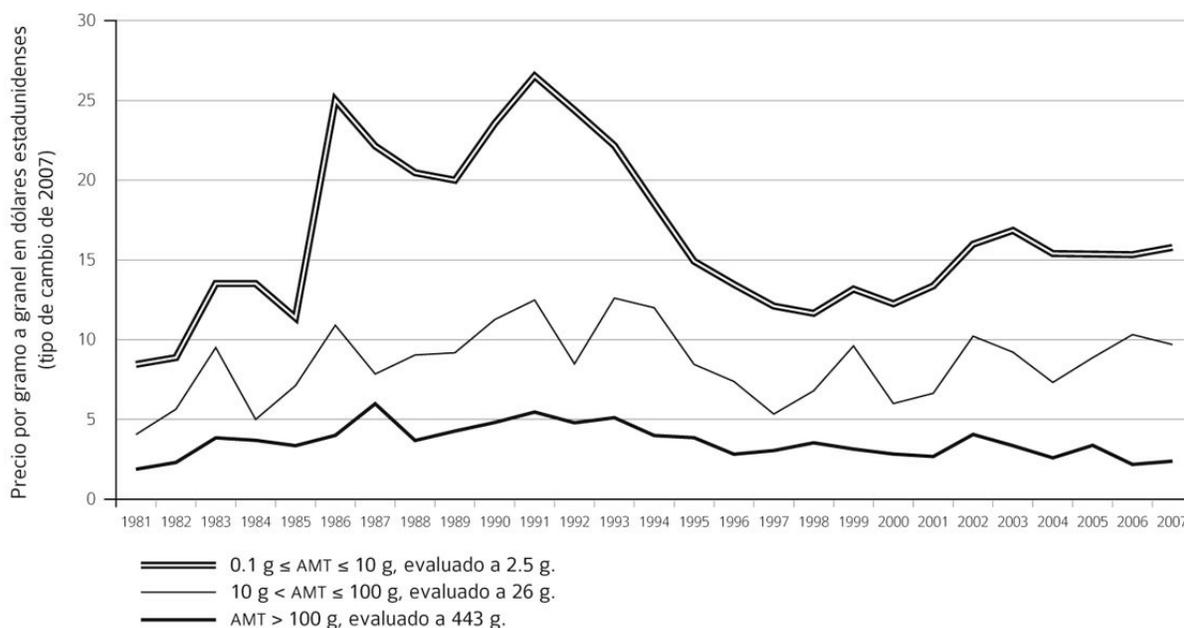


FUENTE: “The University of Mississippi Cannabis Potency Monitoring Project”, citado en National Drug Intelligence Center (NDIC), *National Drug Threat Assessment 2008*, NDIC, Johnstown [Pennsylvania], 2008.

### *Precio*

Como de costumbre, se dispone de más datos sobre precios de los Estados Unidos que de cualquier otro país. La gráfica III.4<sup>36</sup> muestra los precios al por menor y al por mayor (en dos niveles) de la marihuana desde 1981 hasta 2003.<sup>37</sup> A primera vista<sup>38</sup> esto sugiere que los precios aumentaron durante la década de 1980, disminuyeron durante la década de 1990 y se incrementaron de nuevo en la primera mitad de la década de 2000. Caulkins<sup>39</sup> demostró que esta variación de los precios, de hecho, puede explicar la mayor parte de la variación observada en el consumo de marihuana en el último año entre los estudiantes de preparatoria hasta 1998; así, la prevalencia se redujo durante la década de 1980 y aumentó durante la década 1990. Los datos del estudio de control, realizado por el gobierno sobre la potencia indican que la potencia, de la marihuana ha aumentado de forma considerable por lo menos desde 1990 (véase la gráfica III.3), así que las tendencias de los precios pueden ser engañosas.

GRÁFICA III.4. Precio de un gramo de marihuana, Estados Unidos, 1981-2007



FUENTE: Office of National Drug Control Policy, 2008.

Para otros países la información respecto al precio del cannabis es escasa. Por ejemplo, Pudney,<sup>40</sup> en un análisis cuidadoso sobre el consumo de cannabis en el Reino Unido, señaló que “la única fuente sistemática de información sobre precios proviene del Servicio Nacional de Inteligencia Criminal (NCIS). Esto no se remonta más allá de 1988 y sólo proporciona rangos *ad hoc* de precios en la calle reportados por las patrullas antidrogas de la policía en varios lugares”. El OEDT publicó, en 2005, las estimaciones de los precios del cannabis para algunos de sus estados miembros. La calidad de los datos subyacentes es variable, y algunos pueden ser poco más que conjeturas de la policía. El cuadro III.4 presenta estas cifras junto con los datos de los Estados Unidos, Canadá y Australia.

El OEDT<sup>41</sup> informó que los precios del cannabis, ajustados a la inflación, habían disminuido en todos los países que reportan datos menos en uno. Clements<sup>42</sup> (2004) llevó a cabo uno de los pocos análisis de precios a través del tiempo, con datos de Australia, y halló que durante la década de 1990 el precio real se redujo en 40 por ciento.

CUADRO III.4. *Precio del cannabis, ca. 2005*  
(en dólares estadounidenses)

<i>País</i>	<i>Precio por gramo</i>
Alemania	6.57
España	3.47
Francia	5.60
Italia	6.41
Países Bajos	5.28
Reino Unido	3.36
Suecia	8.49
Suiza	6.18
Canadá	8.10
Estados Unidos	12.30
Australia	15.26

FUENTE: EMCDDA, 2005; J. P. Caulkins *et al.*, 2005.

En este sentido es útil comparar el precio del cannabis con el de otras fuentes de intoxicación. Así, en los Estados Unidos una bebida estándar<sup>43</sup> cuesta alrededor de un dólar en una licorería donde no puede consumirse. Para una persona promedio, un nivel moderado de intoxicación requeriría alrededor de tres bebidas. Si un porro contiene 0.4 gramos, a un precio de 12 dólares estadounidenses el gramo, drogarse sólo cuesta cinco dólares. La comparación es, por supuesto, muy aproximada, pero indica que, con la prohibición, el cannabis sigue siendo competitivo como fuente de intoxicación comparado con un producto legal que tributa impuestos.

### CANTIDADES Y GASTOS

El problema del cannabis de un país no se mide sólo por el número de consumidores, sino también por la cantidad consumida y el dinero gastado. La mayoría de los perjuicios que experimentan los consumidores son consecuencias que aumentan con la cantidad consumida; si cada gramo de cannabis consumido incrementa el riesgo de un accidente de tránsito, entonces es útil estimar la cantidad total consumida. Los gastos son las cantidades que el mercado negro dedica para sobornar funcionarios, así como las tentaciones de la juventud para desviar su trabajo de las actividades legítimas. Por desgracia, hay pocas estimaciones de las cantidades y los gastos.

La mejor estimación disponible corresponde al Reino Unido<sup>44</sup> y, como todas las estimaciones de este tipo, se basa en el consumo autorreportado y la intensidad de

consumo, por lo que debe considerarse como una cifra en el límite inferior. Incluso con el alcohol las encuestas de población autorreportadas no han podido replicar el consumo total y las estimaciones de gastos sobre la base de los registros fiscales, y sólo se ha podido alcanzar una estimación de dos tercios de la cifra más conocida.<sup>45</sup> Pudney y otros<sup>46</sup> estimaron que en 2003-2004 el consumo total de cannabis en el Reino Unido fue de alrededor de 400 toneladas, y en 2004 los gastos ascendieron a mil millones de libras, comparado con 40 800 millones de libras para el alcohol y 15 600 millones de libras para el tabaco.<sup>47</sup>

CUADRO III.5. *Consumo y gastos de marihuana: estimaciones actuales del mercado minorista de cannabis*

<i>País</i>	<i>Fuente</i>	<i>Año</i>	<i>Cantidad (toneladas métricas)</i>	<i>Valor nominal</i>	<i>Euros 2005 (miles de millones)</i>	<i>% del PIB</i>
Australia	Clements y Zhao, 2005	1998	339	AU\$ 5.35 mm	4.14	0.90%
Finlandia	Hakkarainen <i>et al.</i> , 2007	2004	1.7-4.3	-	-	-
Francia	Legleye <i>et al.</i> , 2008	2005	-	€ 746-832 m	0.75-0.83	0.05%
Nueva Zelanda (1)	Wilkins <i>et al.</i> , 2002	1998	-	NZ\$ 131-170 m	0.09-0.11	0.15%
Nueva Zelanda (2)	Wilkins <i>et al.</i> , 2002	2001	-	NZ\$ 190 m (131-249 m)	0.12	0.16%
Reino Unido (1)	Bramley-Harker, 2001	1998	486	GB£ 1.58 mm	2.55	0.29%
Reino Unido (2)	Pudney <i>et al.</i> , 2006	2003-2004	412 ± 155	GB£ 1.031 mm ± 0.433 mm	1.55	0.19%
Estados Unidos (1)	ABT, 2001	2000	1 047	US\$ 10.5 mm	9.92	0.10%
Estados Unidos (2)	DEA, no publicado	2000	4 270	-	-	-
Estados Unidos (3)	Drug Availability Steering Committee, 2002	2001	10 000-24 000	-	-	-
Estados Unidos (4)	Gettman, 2007	2005	9 830	US\$ 113 mm	99.97	0.91%
Mundo (1)	UNDCP, 1997	1995	-	US\$ 75 mm	80.10	0.25%
Mundo (2)	ONUDD, 2005	2003	35 663	US\$ 142 mm	125.6	0.38%

Basado en estimaciones de disponibilidad, no necesariamente de consumo (por ejemplo, algunas cantidades pueden haber sido destinadas a la exportación, o confiscadas por las autoridades locales). Las estimaciones no pueden compararse directamente debido a las diferentes poblaciones y métodos. A los valores nominales se les ha aplicado la inflación a partir del IPC publicado por la OCDE, y se han convertido a euros mediante la tasa de conversión del 1° de julio de 2005, de [xe.com/ict](http://xe.com/ict). Las cifras del PIB se obtuvieron de EconStats.com. Los datos de los Estados Unidos (3) son públicos y están disponibles en <[http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/drugfact/drug\\_avail](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/drugfact/drug_avail)>

FUENTE: Kilmer y Pacula, 2009.

El cuadro III.5 presenta las pocas estimaciones nacionales de consumo de cannabis y los gastos per cápita de los últimos años, junto con el gasto por usuario y como proporción del PIB. Si las encuestas subyacentes son tan precisas como las de alcohol — lo que parece optimista—, las estimaciones de cantidad deben incrementarse en 50% para proporcionar una cifra más realista; sin embargo, es cierto que los gastos del cannabis son pequeños comparados con los de alcohol y tabaco.

Kilmer y Pacula<sup>48</sup> recalcularon los ingresos del cannabis en algunos países occidentales; combinaron estos datos con las estimaciones de la ONUDD<sup>49</sup> para otros mercados<sup>50</sup> y calcularon que, en 2005, el total de ventas de cannabis al por menor en todo el mundo fue de sólo 40 000 a 80 000 millones de dólares, frente a las estimaciones de la ONUDD que ofrecían un total de 142 000 millones de dólares en 2003. El valor del mercado internacional es muy bajo debido a que en los países occidentales la mayor parte de lo que se consume se produce en el país.

## MERCADOS DEL CANNABIS

### *Estimaciones de la producción de cannabis*

El cannabis se diferencia de las otras drogas ilegales principales de base natural, la cocaína y la heroína, en que se produce en muchos de los países consumidores ricos. Según la ONUDD,<sup>51</sup> 134 países informaron que en su territorio se producía cannabis, la mayor parte sólo para el consumo interno. Esto hace que la producción total de cannabis sea especialmente difícil de estimar,<sup>52</sup> ya que no se produce en grandes campos en áreas concentradas de los países, características que han simplificado la tarea de estimar la producción mundial de opio y coca.<sup>53</sup> Leggett y Pietschmann<sup>54</sup> abordaron las estimaciones oficiales globales de 40 000 toneladas con la debida precaución, ya que es difícil conciliar esa cifra con una población de consumidores estimada en 160 millones; si se toman 100 gramos como una estimación relativamente generosa del consumo anual por consumidor, esto arroja una cantidad total menor que la mitad.<sup>55</sup> Las incautaciones en 2006 fueron de alrededor de 7 000 toneladas, según el *Informe mundial sobre las drogas 2008*, y las incautaciones se concentraron en México y los Estados Unidos.

No se conoce mucho acerca de los mercados del cannabis, pero de la literatura existente en varios países se desprenden por lo menos tres características:

1. Tanto en la distribución de la droga como en su cultivo están implicadas un gran número de personas. Gettman,<sup>56</sup> en un análisis de los datos de la National Survey on Drug Use and Health de los Estados Unidos, informa que casi 2% de los encuestados declaró haber vendido una droga ilegal en los últimos 12 meses; entre los encuestados de entre 18 y 24 años, la cifra es de 6%. La información comprende todas las drogas, pero lo más probable es que la gran mayoría estén

involucrados en la venta de cannabis. En un artículo de Bouchard,<sup>57</sup> de próxima publicación, se reportan datos de una escuela situada en una zona de la provincia de Quebec, conocida por su gran producción de cannabis. Bouchard y otros, encontraron que 15% de los jóvenes informó haber participado en el cultivo de cannabis.

2. Las importaciones procedentes del mundo en desarrollo suponen una parte modesta y decreciente del consumo del mundo rico. En los Países Bajos se estimó que la producción nacional, proveniente de aproximadamente 18 000 “granjas de cannabis”, se situó entre 130 y 300 toneladas de cannabis a principios de la década de 2000,<sup>58</sup> mucho más de lo que podrían consumir los usuarios neerlandeses y los visitantes a las *coffee shops* (menos de 80 toneladas); por ello, parte de esta cantidad se exporta a otros países de Europa Occidental. Bouchard<sup>59</sup> estimó que la producción en la provincia de Quebec, en 2004, ascendió a 300 toneladas, de las cuales menos de la tercera parte fue consumida en la provincia, y la mayor parte del resto presumiblemente se envió a través de la frontera con los Estados Unidos.

Como corolario, la longitud de la cadena de distribución de cannabis es mucho más pequeña que la de la cocaína o la heroína. Así, por ejemplo, es muy posible que la heroína pase a través de un promedio de 10 transacciones entre el cultivador de amapola y el cliente final.<sup>60</sup> Aunque en ocasiones se producen conflictos fronterizos por envíos de varias toneladas, está claro que gran parte del cannabis se entrega a través de cadenas con no más de dos o tres enlaces entre el productor (local) y el consumidor final.

3. En general en los mercados de cannabis no se produce violencia, ya que las disputas entre los participantes se resuelven de manera amistosa y no existe competencia por el territorio; esto se infiere de la ausencia de informes y no de información positiva al respecto. Estados Unidos siempre ocupa un lugar destacado en los informes de violencia en los mercados de drogas. A pesar de que en el cannabis se encuentran implicados más productores, vendedores y *dealers* que en la cocaína o la heroína, hay pocas referencias a homicidios u algún otro tipo de violencia en el mercado. En un reciente informe de investigación del mercado gris de la “marihuana para uso médico”, en California, llamaron la atención “miles de banderas de oración tibetanas”, lo que permitió “identificar a sus propietarios con la serenidad y el camino consciente, más que con el siniestro mundo de los vendedores de droga urbanos que hacen alarde de músculos y armas de fuego”.<sup>61</sup> Gamella y Jiménez Rodrigo<sup>62</sup> reportaron algunos incidentes de violencia en los niveles superiores del comercio de importación en Europa, pero también comentaron que la violencia es sustancialmente menor que la que se produce en los mercados de la cocaína o la heroína. En un estudio realizado a una muestra de jóvenes vendedores de cannabis, en cuatro países, Korf y otros<sup>63</sup> encontraron que sólo 10% de ellos había sido atacado o herido durante la práctica de esta actividad, un índice mucho

menor que el correspondiente a vendedores de otros tipos de drogas.

El cannabis, más que otras drogas ilegales, parece ser adquirido a través de redes sociales, y únicamente como fuente secundaria de adquisición se usan transacciones de mercado. Caulkins y Pacula<sup>64</sup> analizaron la National Survey on Drug Use and Health y hallaron que la mayoría de los consumidores informó haber adquirido la marihuana de un amigo (89%) y de forma gratuita (58%). Es cierto que hay mercados callejeros convencionales, pero al menos en los Estados Unidos no suponen el principal modo de adquisición de la droga. Caulkins y Pacula estimaron que en 2001 se concertaron alrededor de 400 millones de compras, cada una con una media de marihuana equivalente a unos siete porros. Esta estimación concuerda, en general, con dos millones de vendedores, la mayoría de ellos distribuidores a tiempo parcial, que representan 200 ventas por año y cuyos ingresos brutos suman alrededor de 5 000 dólares estadounidenses cada uno. El hecho de que las redes sociales tengan tanta presencia en el mercado puede ser un factor importante que explique la falta de violencia.

En algunos países la producción para consumo propio es una fuente importante de cannabis. Así, por ejemplo, Atha y otros<sup>65</sup> estimaron que 30% del cannabis que se consume en el Reino Unido se cultiva en casa, mientras que en Nueva Zelanda la mayoría de los encuestados informó que al menos parte de lo que consume lo cultiva en casa.<sup>66</sup> Un análisis de los datos de la encuesta de los Estados Unidos también muestra que gran parte se regala; así, Caulkins y Pacula<sup>67</sup> encontraron que 58% de los consumidores reportaron que la marihuana que habían adquirido recientemente había sido gratis.<sup>68</sup> En España, Gamella y Jiménez Rodrigo<sup>69</sup> reportaron una serie de indicadores de que el cultivo casero había ido en aumento desde 1992 a causa de un cambio en la ley española que permite a la policía practicar detenciones por transportar cannabis.

Como es de esperar, los jóvenes de muchos países occidentales informan que pueden adquirir la droga rápidamente. Incluso en la encuesta ESPAD, a jóvenes de entre 15 y 16 años de edad, 80% de los encuestados de algunos países europeos informan que pueden obtener cannabis. En los Estados Unidos, en los últimos 30 años el promedio de estudiantes de preparatoria que informaron que para ellos la marihuana está disponible o fácilmente disponible fue superior a 80 por ciento.

### *Resumen*

Aunque el cannabis es mucho más caro de lo que sería si se pudiera producir legalmente y permanecer libre de impuestos, la droga es fácilmente disponible en muchas sociedades occidentales a un costo que le permite competir con el alcohol, como fuente de intoxicación. Esto se explica en parte por el hecho de que en los países ricos puede producirse tan fácilmente en pequeñas cantidades que puede comercializarse dentro de las redes sociales; sin embargo, el mercado del cannabis acumula decenas de miles de

millones de dólares a escala mundial.

## POLÍTICAS DEL CANNABIS

Salvo pocas excepciones la mayoría de los países es signataria de las convenciones internacionales,<sup>70</sup> que exigen la prohibición de la producción, la venta y la posesión de cannabis con sanciones penales. Es bien conocido que, en determinadas circunstancias, los neerlandeses no hacen cumplir la prohibición, pero la ley escrita especifica posibles sanciones penales incluso por posesión. Varias otras jurisdicciones, como se analiza en el capítulo IV, han despenalizado la posesión en mayor o menor medida, mediante cambios en la ley, pero todas conservan la prohibición de la producción con fines comerciales y la venta de cannabis.

Con estas excepciones interesantes, que se aplican a una pequeña fracción de la población del mundo desarrollado,<sup>71</sup> el modo en que se administra la ley determina las variaciones importantes en el control nacional de consumo de cannabis; se trata de la aplicación práctica de la ley, pura y simplemente.

No pretendemos discutir el origen de los programas de control de los países, elemento básico de los esfuerzos para reducir el consumo de cocaína y heroína. Aunque México y Marruecos son importantes proveedores de productos de cannabis a los Estados Unidos y Europa, respectivamente, representan sólo una pequeña parte del total del mercado, y no es probable que la erradicación de la producción vaya a tener gran impacto en su disponibilidad. Otra diferencia es que las incautaciones de cannabis reciben poca atención como herramienta política, a pesar de que constituyen dos tercios de todas las incautaciones de drogas e incluso suponen una parte sustancial de la cantidad de cannabis que se consume (quizá tanto como un tercio).

### *Detenciones por consumo y posesión*

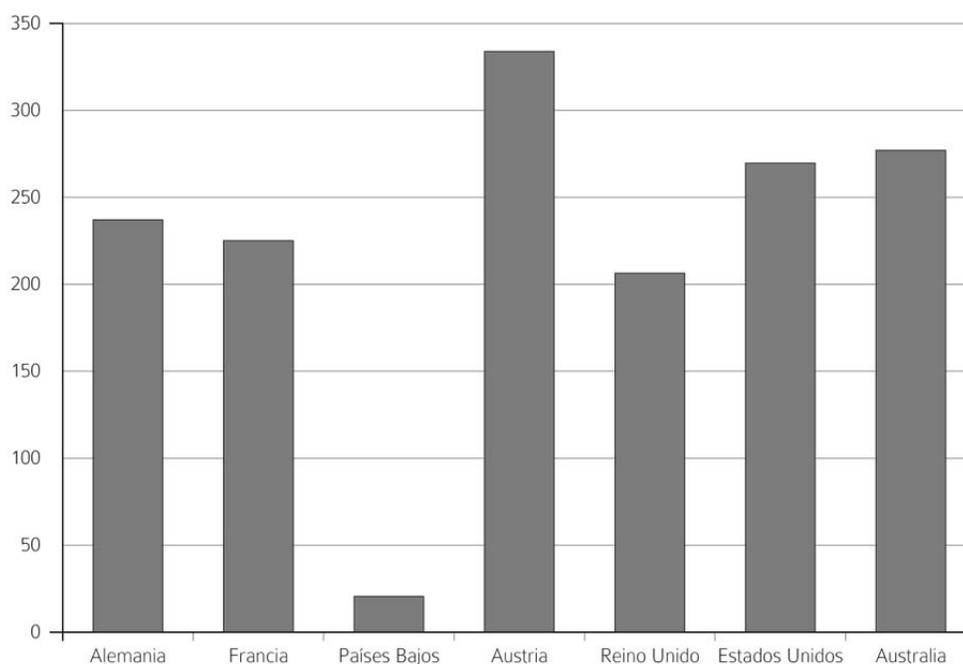
En la mayoría de los países occidentales las detenciones por posesión de cannabis representan la mayor parte de las detenciones por drogas. Así, por ejemplo, en Australia representaron alrededor de tres cuartas partes de todas las detenciones por drogas en el periodo comprendido entre 1995 y 2000, mientras que en Alemania, en el año 2005, representaron 60% del total; tan sólo los delitos de posesión y consumo fueron 45% del total.

La gráfica III.5 presenta algunos datos sobre las tasas de detenciones per cápita relacionadas con el cannabis en varios países occidentales alrededor de 2005. En este sentido Suiza destaca con más de 600 detenciones por cada 100 000 habitantes, y los Estados Unidos tienen una tasa de 300 detenciones por cada 100 000, no mucho mayor que la de otros países de Europa Occidental y Australia; estas cifras de detenciones se extraen de una combinación de arrestos formales y citaciones, ya que en algunos países incluso una citación se registrará como arresto, mas no en todos. En algunos países las

cifras incluyen sólo detenciones en las que el delito relacionado con el cannabis es el más grave, y en otros, en cambio, se incluyen todos los delitos en los que está incluido el cannabis.

En muchos países, las detenciones relacionadas con el cannabis han aumentado considerablemente desde mediados de la década de 1990. Así, por ejemplo, en Suiza este tipo de detenciones ascendió a alrededor de 17 000 en 1997<sup>72</sup> y aumentó a más de 29 000<sup>73</sup> en 2002, cifra que desde entonces ha disminuido ligeramente. En los Estados Unidos se produjo un aumento masivo de detenciones por posesión de cannabis, a partir de 1991, número que se duplicó en tres años<sup>74</sup> y ha seguido aumentando rápidamente, por lo que en 2006 se estimó una cifra de más de 735 000, lo que supone un aumento de 45% en 11 años. El caso de Australia no es habitual, ya que se ha registrado un descenso de un tercio en el periodo comprendido entre 1995 y 2005.

GRÁFICA III.5. *Tasas de detenciones por posesión de cannabis por cada 100 000 habitantes, ca. 2005*



Las tasas de detenciones por habitante, por supuesto, varían mucho según la edad y el sexo y, cuando se dispone de datos, también por raza. Por ejemplo, en Australia los hombres fueron detenidos con cuatro veces más frecuencia que las mujeres, y en Suiza la proporción es de más de cinco a uno. Se trata de proporciones hombre/mujer mucho más elevadas que las de la prevalencia de consumo citadas anteriormente, pero no se han ajustado por la intensidad de consumo por lo que el riesgo por oportunidad de consumo no puede diferir mucho entre los sexos.

El gradiente de edad puede ser muy elevado. El cuadro III.6 muestra las tasas de detenciones por posesión de cannabis en cinco grupos de diferentes edades en el estado de Maryland, Estados Unidos, en 2000. La tasa entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad es casi nueve veces la del grupo de edad de 35 a 39 años. El mismo patrón se observa en los datos de Suiza; en 2002, la tasa de detenciones por posesión de cannabis en los varones de entre 18 y 24 años de edad fue de 4 000 por cada 100 000 habitantes, el doble de la tasa correspondiente a aquellos de entre 25 y 34 años, y más de seis veces la tasa (600) en los varones de 35 a 49 años.

Fuera de los Estados Unidos es difícil encontrar datos sobre minorías; en el estado de Maryland, en el periodo comprendido entre 1980 y 1997, la proporción de las tasas de blancos y afroamericanos ha variado sustancialmente; en la década de 1990 las tasas eran prácticamente iguales, pero en 1997 las tasas de los residentes afroamericanos eran dos veces más altas que las de los blancos.

Hasta cierto punto, la tasa de detenciones refleja las diferencias en la prevalencia del consumo de cannabis por grupo; así, las tasas de consumo de los varones son mayores que las de las mujeres, y su consumo es más común entre las personas con edades comprendidas entre los 16 y los 24 años. Sin embargo, incluso al realizarse los ajustes que incluyan las diferencias en la prevalencia por edad, todavía parece que los consumidores más jóvenes tienen un riesgo sustancialmente mayor de ser detenidos que sus homólogos de mayor edad, lo que puede reflejar una relativa indiscreción de los consumidores jóvenes y el hecho de que pasan más tiempo en ambientes expuestos y tienen menos oportunidades de consumir en lugares privados que los adultos mayores. Los estudios sobre detenciones por fumar marihuana en lugares públicos en Nueva York, donde las detenciones caen de forma desproporcionada sobre los negros y los hispanos,<sup>75</sup> encontraron que cumplir ciertas “normas” como no fumar en público, etc., marcó una diferencia en la probabilidad de ser detenido en los barrios pobres de raza negra, pero no en otras partes.<sup>76</sup>

CUADRO III.6. *Tasas de detenciones por posesión de marihuana por cada 100 000 habitantes en diferentes grupos de edad, Maryland, 2002*

<i>Rango de edad</i>	<i>Tasas de detención por cada 100 000 habitantes</i>
15-19	1 657
20-24	1 410
25-29	563
30-34	249
35-39	193

FUENTE: Reuter *et al.*, 2001.

### *Castigo por consumo o posesión*

La detención es, por supuesto, sólo el primer paso en el proceso judicial, por lo que es igualmente importante disponer de datos acerca de las medidas y sanciones que siguen a las detenciones. En general los datos muestran que, por posesión o consumo de cannabis son raras las sanciones distintas de las multas. Así, por ejemplo, Lenton y otros<sup>77</sup> reportaron que en el oeste de Australia, en 1993, mucho antes de que se despenalizase el delito de posesión de cannabis, en 94% de las detenciones (incluidos los cargos por posesión de parafernalia) la sanción fue una simple multa y sólo 0.3% recibió una pena privativa de libertad. Weatherburn y Jones<sup>78</sup> reportaron que en el estado australiano de Nueva Gales del Sur, en 1999, sólo 1.2% de los condenados por posesión o consumo de cannabis fueron sentenciados a prisión, y generalmente esto se produjo cuando el delito de consumo de cannabis ocurrió en combinación con otros delitos o cuando el infractor tenía un historial criminal extenso. En Suiza la gran mayoría de los delitos de posesión de cannabis suponen una multa de menos de 250 francos suizos (unos 250 dólares estadounidenses de 2008) y no se registran como condenas en las estadísticas globales.

En los Estados Unidos los datos sobre las tendencias de detenciones relacionadas con el cannabis son difíciles de encontrar, precisamente porque son perseguidas como delitos menores y la mayoría de los sistemas de datos están preparados para rastrear las tendencias de los delitos más graves (delitos mayores). Golub y otros reportaron que en la ciudad de Nueva York los detenidos por posesión de marihuana “se enfrentan a un día en la cárcel en espera de la lectura de cargos (en caso de ser detenidos) [...] y la posibilidad remota de pasar algunos días adicionales en la cárcel si son declarados culpables”.<sup>79</sup> Reuter y otros<sup>80</sup> estudiaron la disposición de las detenciones por posesión de marihuana en tres condados grandes en un estado (Maryland) donde no se ha despenalizado el consumo de drogas, pero que en general es liberal en sus políticas. El

estudio encontró que casi ningún detenido recibió una sentencia de prisión como condena, sino que uno de cada tres detenidos pasó al menos una noche en la cárcel y uno de cada 10, al menos 10 noches.

Sin embargo, no deben ignorarse efectos más sutiles. La imposición de una condena penal puede crear barreras para encontrar empleo en ciertas profesiones y organizaciones, y puede llevar a la pérdida de otros privilegios.<sup>81</sup> Así, por ejemplo, una condena puede conducir al rechazo de la solicitud para una visa de los Estados Unidos. En vista de éstos y otros perjuicios sociales de los antecedentes penales, el parlamento de Australia Occidental consideró cambiar los delitos menores relacionados con el cannabis a una categoría no criminal.

### *Riesgo para los vendedores y los productores*

En contraste con los consumidores los arrestados por contrabando, producción o venta pueden enfrentarse a penas graves. Incluso en los Países Bajos, con su política tolerante hacia el consumo de cannabis, se persigue a los productores y los traficantes. Korf<sup>82</sup> reportó que el número de procesamientos por cultivo de cannabis aumentó de 4 324 en 2000 a 6 156 en 2003.<sup>83</sup> Suiza, otro país con una reputación bien establecida por tener una política liberal en materia de drogas, también procesa a un número relativamente grande de personas por tráfico o producción de cannabis, con cerca de 4 000 personas en 2003, u ocho por cada 10 000 habitantes, cifras que, per cápita, se aproximan a las de los Estados Unidos.<sup>84</sup> En Europa, en su conjunto, no se conocen datos sobre encarcelamientos por delitos específicamente relacionados con la producción o distribución de cannabis.

En los Estados Unidos, las penas por venta y producción de cannabis pueden ser muy graves; Schlosser<sup>85</sup> expuso algunos casos notorios, entre los que destaca el de un individuo involucrado en el cultivo de marihuana que recibió una sentencia de más de 20 años. En los tribunales federales, que por lo general sólo se encargan de los casos relacionados con grandes cantidades de droga, en 2007 se condenó a cerca de 6 000 personas por delitos relacionados con el cannabis, principalmente por la venta e importación; 97% fue declarados culpables, y la duración media de la sentencia fue de algo más de tres años.<sup>86</sup> Curiosamente 41% de los condenados eran extranjeros, frente a casi 30% correspondiente a infractores federales por drogas en general,<sup>87</sup> lo que indica hasta qué punto el tráfico de alto nivel lo realizan nativos de otros países, aunque sean más propensos a ser capturados que los ciudadanos de los Estados Unidos.

## DIFICULTAD DE CUMPLIMIENTO Y RIESGO DE CONSUMO

El cannabis es una droga de masas, y un gran número de detenidos todavía puede significar que cualquier consumidor corre un riesgo muy bajo de ser aprehendido. Por

ejemplo, Weatherburn y Jones<sup>88</sup> estimaron que en Nueva Gales del Sur, Australia, con 7 820 arrestos por cannabis en 1999,<sup>89</sup> sólo uno de aproximadamente 100 consumidores de marihuana compareció ante el tribunal acusado de este delito, y menos de uno de cada 10 000 individuos con edad para entrar a prisión fueron enviados a la cárcel por este delito.<sup>90</sup>

En el cuadro III.7 se proporcionan estimaciones aproximadas anuales del riesgo que corre el consumidor de ser detenido en siete países alrededor de 2005.<sup>91</sup> En ningún país la tasa superó 5%. En efecto, el estrecho margen de todos estos países, excepto en los Países Bajos con su tolerancia oficial, es sorprendente, dadas las diferencias formales entre los países, donde la policía decide si se debe proceder a la detención o a otras medidas, como Alemania, donde la policía está obligada a responder a cualquier violación que observe.

CUADRO III.7. *Tasas de detenciones en siete países, ca. 2005*

<i>País</i>	<i>Por cada 100 000 habitantes</i>	<i>Por cada 1 000 consumidores*</i>
Alemania	237	34
Australia	276	24
Austria	333	44
Estados Unidos	269	31
Francia	225	26
Países Bajos	19	3
Reino Unido	206	20

\* Número estimado de consumidores durante el último año, tomado de las encuestas domésticas más recientes.

Otra forma de realizar el cálculo del riesgo consiste en estimar la probabilidad de que cada oportunidad de consumo de cannabis acabe en una detención. La intensidad del consumo de cannabis es, como ya se ha señalado, muy variable en la población de consumidores actual; sin embargo, una fracción sustancial de consumidores consume más de una vez por semana. Por ejemplo, en Finlandia, Hakkarainen y otros<sup>92</sup> estimaron que alrededor de 5% de los consumidores consumen a diario, y otro 15% lo hace semanalmente, pero no diariamente. En total, 106 000 consumidores consumen alrededor de tres toneladas,<sup>93</sup> con un contenido de 0.4 gramos de cannabis como media en cada porro, lo que supone 7.5 millones de porros o alrededor de 75 por consumidor al año. Si cada porro representa un acontecimiento de consumo por separado, la probabilidad de detectar cualquier porro se vuelve extremadamente pequeña, menos de uno por mil.

El cálculo es diferente, e incluso más especulativo, si se investiga el riesgo de un consumidor de ser detenido durante su vida como consumidor de cannabis. Sugerimos un enfoque simple: estimar la probabilidad de detención por episodio de consumo y luego asignar a cada consumidor el número medio de episodios de consumo por año dividido por el número medio de años. Si hay una posibilidad de ser arrestado por cualquier episodio entre cada 3 000, y el tiempo de consumo medio implica 300 episodios de consumo, un consumidor tiene una posibilidad por cada 10 de ser detenido en algún momento. Una versión más sofisticada de este método categoriza a los usuarios por la intensidad de consumo y calcula la probabilidad para cada categoría.

El motivo de llevar a cabo este cálculo del “riesgo durante la trayectoria de consumo” es que un consumidor puede cambiar su decisión dependiendo de si es miope o tiene visión de futuro. Este ha sido el centro del polémico debate sobre una “adicción racional”, modelo que Gary Becker y Murphy Kevin<sup>94</sup> desarrollaron para estudiar la demanda de sustancias adictivas. En nuestra adaptación del modelo el consumidor “miope” considera sólo el riesgo de ser detenido la primera vez que consume, y el que tiene visión de futuro (tal vez el “racional”) tiene en cuenta el riesgo a lo largo del tiempo que prevé que va a consumir. Teniendo en cuenta que en muchos países las trayectorias de consumo comienzan en los primeros años de la adolescencia, el modelo miope es más atractivo, pero es interesante saber cuál es la probabilidad de ser detenido en el transcurso de toda una trayectoria de consumo.

El cálculo aquí es altamente especulativo, ya que existe una gran heterogeneidad tanto en lo que respecta a los riesgos de detención como en el número de episodios de consumo. Sin embargo, con base en los promedios crudos de Estados Unidos, se calcula que un consumidor tiene una probabilidad de 30% de ser detenido en el curso de su trayectoria de consumo, de un promedio de 10 años. No obstante, antes de tomarlo en serio este cálculo debe refinarse.

### *¿Qué consecuencias tiene tomar medidas más severas?*

A primera vista la aplicación de la prohibición del cannabis parece infructuosa. Desde luego no ha tenido éxito en prevenir que el consumo de cannabis se convierta en una rutina para un gran porcentaje de jóvenes en muchos países occidentales. A pesar de que las sanciones impuestas en la actualidad son bastante modestas, es razonable preguntarse si el gran número de detenciones que se practica tiene un efecto disuasivo.

Por razones metodológicas ésta es una pregunta difícil de contestar. La medida relevante de intensidad de aplicación es la probabilidad de detención condicionada al consumo; sin embargo, esto significa que el porcentaje de la población que consume cannabis aparece, en el denominador, en el lado derecho de la ecuación, así como en la variable dependiente, lo que crea un sesgo potencial.<sup>95</sup> Es poco probable que los estudios internacionales sean convincentes, ya que hay muchos factores que influyen en la prevalencia que no puede especificarse fácilmente. Los estudios nacionales tienen más

verosimilitud, pero requieren una medida del consumo de cannabis a escala subnacional que coincida con la intensidad de la aplicación, y hay pocos países con una estructura federal que permita este tipo de análisis.

Pacula y otros<sup>96</sup> estudiaron las tasas de detenciones relacionadas con la marihuana per cápita y como parte de todas las detenciones policiales, con diferencias de modelización en la prevalencia del consumo, entre los jóvenes de los estados de los Estados Unidos, y hallaron que la variable de detenciones no fue significativa, lo que replica los resultados de un modelo similar, con datos diferentes, realizado por Farrelly y otros.<sup>97</sup> Los pocos datos de la literatura no proporcionan ninguna evidencia de que tasas de detenciones elevadas se asocien con menores tasas de consumo de cannabis.

## BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO POR LOS CONSUMIDORES DE CANNABIS

Un fenómeno relativamente nuevo es la búsqueda, a gran escala, de tratamiento por parte de los consumidores de cannabis. En muchos países occidentales se ha producido un aumento rápido y sostenido en el número de admisiones a tratamiento en donde el cannabis se identifica como la principal droga de la que se abusa. Para una revisión reciente de la literatura sobre el tratamiento, véase Bergmark,<sup>98</sup> quien halló pruebas de que muchas modalidades tienen efectos beneficiosos importantes sobre el consumo de cannabis y los problemas relacionados, pero que ninguna modalidad parece ser superior a las demás. Se pretende aquí documentar el aumento en el flujo de clientes y evaluar las razones que los impulsan.

El OEDT,<sup>99</sup> sobre la base de los datos provenientes de 21 de sus 25 países miembros, estimó que el cannabis era la droga de la que más se abusaba en 20% de todos los casos de tratamiento en países de la Unión Europea, en el año más reciente para el cual hay datos disponibles. Aún más sorprendente es que, en 2005, el promedio correspondiente al cannabis de todos los primeros ingresos a tratamiento fue de 29%. El número total se ha triplicado entre 1999 y 2005, y las admisiones a causa del cannabis sólo fueron superadas por aquellas motivadas por la heroína. Las tasas de crecimiento varían considerablemente entre los distintos países de Europa; así, en Francia, los ingresos por cannabis representaron 30% de todas las admisiones a tratamiento, mientras que en algunos otros países de la Unión Europea la cifra fue inferior a 5 por ciento.<sup>100</sup>

En los Estados Unidos el aumento comenzó antes, pero su magnitud es igual de sorprendente, dado que la prevalencia del cannabis en general se ha mantenido bastante estable desde 1988. Mientras que en 1992 el cannabis era la droga de la que más se abusaba en 10.2% de todos los ingresos, este porcentaje aumentó a 15.8% en 2005. El número total de admisiones por cannabis ascendió a 171 000 en 1992 y a 292 000 en 2005. En este último año el cannabis fue citado con más frecuencia como la droga de la que más se abusaba entre los individuos recién ingresados.

En Canadá un estudio de las admisiones a tratamiento en Ontario, en 2000, halló que el cannabis fue la droga citada con más frecuencia como la principal causa de ingreso.<sup>101</sup> Un estudio posterior sobre las admisiones a los programas de tratamiento con apoyo público, entre 2001 y 2004, encontró que aproximadamente una cuarta parte de todos los ingresos reportó problemas con el cannabis.<sup>102</sup>

A pesar de este incremento la proporción de consumidores de cannabis en los programas de tratamiento es muy pequeña. Así, por ejemplo, el OEDT estima que en 2004 los consumidores durante el último año ascendieron a 23 millones, y las admisiones a tratamiento ascendieron a alrededor de 65 000, apenas tres décimas de 1% del total. La cifra cambia si se hace la suposición de que todos los que buscan tratamiento son consumidores frecuentes (lo que es cuestionable, ya que algunos de ellos son remitidos por el sistema de justicia penal).<sup>103</sup> La estimación del OEDT de consumidores diarios en la Unión Europea es de tres millones. Si todos los que se encuentran en tratamiento consumían a diario esto sugiere que alrededor de 2% de estos consumidores estaban recibiendo tratamiento, muy por debajo de la cifra correspondiente a la heroína, que en algunos países de la Unión Europea asciende a 50 por ciento.

Otra forma de ver los datos es comparar las cifras anuales de nuevos consumidores diarios y de los ingresos en nuevos tratamientos. Si el sistema fuese estable, que no lo es, esto proporcionaría una estimación aproximada de la probabilidad de que quien consume a diario reciba al menos una sesión de tratamiento. Por desgracia, no se dispone de estimaciones sistemáticas del número de nuevos consumidores de a diario, por lo que sólo pueden hacerse cálculos aproximados. Si el tiempo transcurrido, consumiendo a diario, es de 20 años, es posible que haya 150 000 nuevos consumidores de este tipo en Europa; entonces, la nueva cifra de ingresos a tratamiento de 40 000 sería muy elevada. Así, puede especularse que en el futuro el tratamiento se convierta en una experiencia frecuente para las personas con problemas de dependencia del cannabis.

¿Qué ha impulsado este aumento en la demanda de atención? Ciertamente, hay muchos factores potencialmente implicados los cuales desempeñan papeles diferentes en los distintos países:

*Prevalencia.* En algunos países la demanda de tratamiento simplemente puede ser consecuencia del aumento del consumo, lo que no es verosímil en países como el Reino Unido, Países Bajos o los Estados Unidos, donde la prevalencia en la población total es plana o decreciente.

*Intensidad de uso.* Ésta puede haber aumentado si se mide, por ejemplo, por la cantidad de consumidores que el año anterior consumieron a diario, lo que indica que una mayor fracción de los consumidores puede presentar problemas. En Europa sólo recientemente los estudios nacionales incluyen datos detallados sobre la frecuencia de uso, por lo que en general no se dispone de datos estadísticos históricos de esta parte del problema. Para los Estados Unidos, la National Survey on Drug Use and Health (que abarca los años 2002 a 2004) en el grupo de edad de 18 a 25 años halló que 4.3%

consumió marihuana a diario en el año anterior, lo que supone 15% de los que consumieron el año anterior, en ese grupo de edad.

*Remisiones por parte de la justicia penal.* En los Estados Unidos el rápido aumento de las detenciones por posesión de marihuana sin duda constituye un factor. Un método para reducir al mínimo la posibilidad de una sanción grave para una detención es informar al juez que el acusado está en un programa de tratamiento por drogas. Un alto porcentaje de las admisiones a tratamiento por marihuana en 2005 (58%) fue clasificado como remisiones por parte de la justicia penal, un porcentaje mucho mayor que el de la cocaína o la heroína.<sup>104</sup> Sin embargo, dado que en los Países Bajos casi no se producen detenciones por posesión de cannabis, es poco probable que esto influya en el aumento. También pueden darse casos de “coerción blanda” por parte de las escuelas y los maestros, que desempeñan un papel cada vez mayor.

*Oferta de plazas de tratamiento.* Sólo recientemente los proveedores de tratamiento han empezado a ofrecer servicios especializados para los consumidores de cannabis, lo que puede ser una influencia independiente. En este sentido los proveedores de tratamiento pueden responder a la caída de la demanda de servicios específicos para otras drogas en países como los Países Bajos con una población de consumidores de heroína dependientes que envejece y disminuye lentamente.

*Conciencia de los posibles daños del consumo frecuente de cannabis.* Ha habido una creciente cobertura mediática de la posibilidad de que el consumo de cannabis conduzca a la esquizofrenia o la psicosis. Esto puede haber ocasionado que más consumidores con un largo historial de consumo frecuente traten de dejar de consumir y, debido a la dificultad de conseguirlo, busquen ayuda terapéutica.

La lista se puede extender fácilmente. Por ejemplo, una mayor potencia puede causar más problemas; un mantenimiento de registros más eficiente puede significar que se capture mayor porcentaje de casos reales en las estadísticas, y la disminución de la edad del primer consumo puede conducir a la identificación temprana de problemas. También es posible que los cambios en los contextos en que se consume la droga hayan incrementado los daños. Sin duda, en nuevas investigaciones se descubrirán más razones.

En un sistema de prohibición que no ha cambiado mucho en la última década ha habido un aumento repentino en el número de consumidores que buscan ayuda para hacer frente a los problemas asociados al consumo de cannabis. El aumento se ha observado en muchos países con una larga historia de consumo de cannabis. Ahora los números son lo suficientemente grandes en muchos países como para sugerir que el consumo de cannabis es un problema importante para al menos una pequeña proporción de todos los consumidores y una proporción sustancial de los grandes consumidores. Para los propósitos de este libro, el aumento de la demanda de atención es un recordatorio de que los problemas asociados con una droga son determinados por muchos factores y no son una constante intemporal, un asunto bien conocido en el campo de la política del alcohol. Por ejemplo, los cambios en los patrones de consumo de alcohol pueden tener efectos profundos en las consecuencias negativas del consumo

de alcohol per cápita en un momento determinado, lo mismo puede ser cierto para el cannabis, y de eso dependerá la conveniencia de una política en particular.

## ESTADO ACTUAL

Como se describirá en el capítulo IV, en diversos países se han dado pasos hacia un régimen menos punitivo. Por ejemplo, en las elecciones de 2008 en Massachusetts, una mayoría de 65% votó por una reducción de las penas por posesión de menos de una onza<sup>105</sup> de marihuana a una multa civil de 100 dólares estadounidenses.<sup>106</sup> No obstante, esto no representa un peligro inmediato para el régimen de prohibición, ya que también se están dando pasos en el sentido opuesto. Así por ejemplo, en 2008 el gobierno británico, liderado por el primer ministro Gordon Brown, y en contra de los consejos del comité asesor de expertos oficial, incrementó la gravedad de las sanciones por posesión y venta de drogas,<sup>107</sup> revirtiendo una flexibilización de las sanciones producida en 2004. La máxima sanción por suministro será elevada a 14 años y, por posesión, a un máximo de cinco años. Las razones de este cambio, que se conseguirá principalmente mediante la revisión de la programación del cannabis de clase C a B, se basan sobre todo en las nuevas pruebas, tratadas en el capítulo II, sobre la asociación entre el consumo de cannabis y la psicosis, especialmente la esquizofrenia.

Este caso sirve como recordatorio de que los esfuerzos para revertir la prohibición del cannabis o de reducir sustancialmente la severidad del régimen pueden cambiar fácilmente. El apoyo popular a la prohibición del cannabis es sorprendentemente fuerte. Así, el Eurobarómetro, la principal encuesta de opinión en la Unión Europea, informa que sólo alrededor de un cuarto de los encuestados está a favor de la legalización de la simple posesión de cannabis. Por otro lado, en los Estados Unidos, durante los más de 30 años en los que la encuesta Gallup ha planteado la pregunta, el apoyo a cambios importantes en la situación jurídica de las leyes sobre posesión de marihuana también ha sido bajo. Esto proporciona una base de apoyo para incrementar la gravedad de las penas cuando se percibe un aumento de los peligros potenciales de las drogas.

Como se ha discutido más arriba, sin embargo, no hay ninguna prueba de que los cambios en las sanciones legales reduzcan el consumo de cannabis, lo que tiene que sopesarse frente a los daños considerables que, sin duda, se derivan del régimen existente. El cannabis es una droga que la población de muchos países occidentales consume en grandes proporciones, y como consecuencia no deseada del sistema existente de prohibición se ha creado un mercado negro a gran escala, como se ha reconocido recientemente en un ensayo escrito por el director ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.<sup>108</sup> El mercado de cannabis causa menos daño que los mercados negros de la cocaína y la heroína, de tamaño similar, ya que se asocia a menos violencia y a grados de corrupción probablemente menores, debido a que la producción es más dispersa y la cadena de distribución es más corta. Sin embargo, un mercado negro mundial de decenas de miles de millones de dólares representa en sí

mismo un desafío a la autoridad de los gobiernos. A pesar de que se dispone de escasos estudios sistemáticos sobre los daños que el tráfico de cannabis ocasiona en los ámbitos institucional o estatal, no hay duda de que la presencia de grandes mercados ilegales tiende a fomentar el crimen organizado y la corrupción de la policía y de las instituciones políticas. Algunos estudios sugieren que en Brasil esta industria está concentrada y organizada de forma tal que ha generado niveles elevados de violencia y explotación por lo menos a escala regional.<sup>109</sup> No obstante, no se dispone de documentación sobre daños más amplios en las sociedades productoras.

Los arrestos de cientos de miles de consumidores de cannabis en el mundo occidental también podrían considerarse un perjuicio. Podría no ser el caso si, en general, las detenciones conllevaran la provisión de tratamiento, como ocurre cada vez más con la heroína en algunos países como el Reino Unido, y si los detenidos en general presentasen problemas tratables. Sin embargo, no hay nada en el proceso de detención que indique que está dirigido a los consumidores problemáticos y con altas tasas de consumo; al contrario, parece que los detenidos son simplemente consumidores que no han actuado con discreción o que simplemente han tenido mala suerte. Sólo un pequeño porcentaje de arrestados son remitidos a tratamiento. Por lo tanto, a menos que haya evidencia de un efecto disuasorio, la detención en sí misma sólo parece causar daño a algunos consumidores sin muchos beneficios a cambio. Observamos, sin embargo, que en la mayoría de los países el castigo no va más allá de la propia detención y, por consiguiente, es importante no exagerar la gravedad de los daños sufridos por los consumidores detenidos.

Por último debe haber una preocupación persistente acerca de la imparcialidad con la que se hacen cumplir las leyes sobre la marihuana. La pequeña cantidad de pruebas de que se dispone sugiere que la policía a menudo utiliza la acusación de posesión de cannabis como una manera fácil de acosar o hacer la vida difícil a poblaciones marginadas. A menudo la policía la utiliza como excusa para buscar algo de mayor interés, lo que supone una intromisión en sus vidas.

En los siguientes dos capítulos, se hace hincapié en los diversos esfuerzos y experimentos que se han realizado a escala nacional o subnacional para aminorar estos daños, considerando primero la naturaleza y el alcance de los esfuerzos para después tratar las pruebas sobre los efectos.



<sup>1</sup> En el momento de escribir este libro se presentó un nuevo estudio internacional sobre la edad de inicio y la prevalencia de por vida del consumo de sustancias en 17 países que participaron en la Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM, Degenhardt *et al.*, 2008). Puesto que la metodología de este estudio fue más uniforme que en cualquier comparación anterior sobre el consumo de cannabis en diferentes países, parece ser la fuente más acreditada para realizar tales declaraciones. No obstante, en el trabajo de Degenhardt *et al.* y otras encuestas bien conocidas los hallazgos reportados presentan amplias discrepancias; por ejemplo, la ESPAD, en jóvenes neerlandeses de entre 15 y 17 años de edad, describe una tasa de prevalencia de por vida de 28%, mientras que la EMSM sólo 15% en personas de 15 años de edad. Por consiguiente, no se han utilizado los datos de la EMSM, mismos que podrían representar importantes diferencias metodológicas hasta que se contabilicen estas discrepancias.

<sup>2</sup> D. Collins y H. Lapsley, *The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Use to Australian Society in 2004/05. (National Drug Strategy Monograph 64)*, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, 2008. Disponible en <<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/>>

<sup>3</sup> En términos generales el consumo en los últimos 12 meses.

<sup>4</sup> E. M. Adlaf, P. Begin y E. Sawka (eds.), *Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and other Drugs: Prevalence of Use and Related Harms: Detailed Report*, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 2005.

<sup>5</sup> La ONUDD ofrece datos sobre las tasas de prevalencia regional, pero las fuentes de datos subyacentes son opacas y en algunos casos es evidente que ninguna recopilación sistemática de datos sostiene la estimación.

<sup>6</sup> Tasa en el último año de 2.6%; ONUDD, *World Drug Report 2005*, United Nations, Nueva York, 2005. Disponible en <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2005.html>>

<sup>7</sup> ONUDD, *op. cit.*, p. 277.

<sup>8</sup> A. Pérez-Gómez, *Drug Consumption in Colombia, 1992-2003*, 2005. [No publicado.]

<sup>9</sup> W. A. Vega *et al.*, “Prevalence and Age of Onset for Drug Use in Seven International Sites: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology”, *Drug & Alcohol Dependence*, 68 (3): 285-297, 2002.

<sup>10</sup> Noruega y Finlandia presentan tasas similares.

<sup>11</sup> De 15 a 20 años en Oslo y entre 17 y 18 años en los Estados Unidos.

<sup>12</sup> Por ejemplo, véase C. Nordt y R. Stohler, “Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland: A Treatment Case Register Analysis”, *The Lancet*, 367 (9525): 1830-1834, 2006.

<sup>13</sup> Últimos 12 meses, entre sujetos de 15 a 64 años de edad.

<sup>14</sup> ONUDD, *World Drug Report, 2008*, United Nations, Nueva York, 2008, p. 115. Disponible en <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2008.html>>

<sup>15</sup> Últimos 12 meses, en personas de 14 años de edad o más.

<sup>16</sup> *Ib.*, p. 118.

<sup>17</sup> A. Perkonigg, R. D. Goodwin, A. Fiedler, S. Behrendt, K. Beesdo, R. Lieb y H. U. Wittchen, “The Natural Course of Cannabis Use, Abuse and Dependence During the First Decades of Life”, *Addiction*, 103: 439-449, 2008.

<sup>18</sup> Definidos como 20 días en el mes anterior.

<sup>19</sup> D. B. Kandel y M. Davies, “Progression to Regular Marijuana Involvement: Phenomenology and Risk Factors for Near-daily Use”, en M. Glantz y R. Pickens (eds.), *Vulnerability to Drug Abuse*, American Psychological Association, Washington, 1992, pp. 211-253.

<sup>20</sup> Esto es coherente con los datos nacionales; por ejemplo, en el estudio de Kandel y Davies, más de 70% reportó haber consumido en algún momento antes de la entrevista. La comparación más cercana es con los datos de la NHSDA de 1979 entre jóvenes de 18 a 25 años de edad; es decir, los nacidos entre 1956 y 1961. Esta comparación es apropiada porque en general la iniciación se produce antes de los 20 años. La cifra de la NHSDA sobre el consumo de marihuana en algún momento en la vida fue de 68%; no se dispone de datos de la cohorte de nacimientos de los años 1955-1956.

<sup>21</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), “An Overview of Cannabis

Potency in Europe”, *Insights*, núm. 6, EMCDDA, Lisboa, 2004. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33984EN.html>>; EMCDDA, “Cannabis Problems in Context: Understanding the Increase in European Treatment Demands”, *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway. Selected Issues*, EMCDDA, Lisboa, 2004.

<sup>22</sup> S. Pudney, C. Badillo, M. Bryan, J. Burton, G. Conti y M. Iacovou, “Estimating the Size of the UK Illicit Drug Market”, en N. Singleton, R. Murray y L. Tinsley (eds.), *Measuring Different Aspects of Problem Use: Methodological Developments*, Home Office online report 16/2006, 2006, p. 67. Disponible en <<http://www.homeoffice.gov.uk>>

<sup>23</sup> T. K. Greenfield y J. D. Rogers, “Who Drinks most of the Alcohol in the U.S.? The Policy implications”, *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (1): 78-89, 1999.

<sup>24</sup> J. Anthony, L. Warner y R. Kessler, “Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants: Basic Findings from the National Comorbidity Study”, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3): 244-268, 1994.

<sup>25</sup> Dado que en los Estados Unidos la resina de la planta de cannabis es casi desconocida, al citar cifras de los Estados Unidos en general se hace referencia a la marihuana en vez de al cannabis.

<sup>26</sup> A. Golub y B. Johnson, “Variation in Youthful Risks of Progression from Alcohol and Tobacco to Marijuana and to Hard Drugs Across Generations”, *American Journal of Public Health*, 91 (2): 225-232, 2001.

<sup>27</sup> Medido por la prevalencia.

<sup>28</sup> Para una revisión véase M. Grossman, “Individual Behaviors and Substance Use: The Role of Price”, en B. Lindgren y M. Grossman (eds.), *Substance Use: Individual Behaviors, Social Interactions, Markets and Politics, Advances in Health Economics and Health Services Research*, vol. 16, Elsevier, Ámsterdam, 2005. Disponible en <<http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/10948.html>>

<sup>29</sup> Una fuente potencialmente importante de violencia.

<sup>30</sup> F. T. Pijlman, S. M. Rigter, J. Hoek, H. M. Goldschmidt y R. J. Niesink, “Strong Increase in Total Delta-THC in Cannabis Preparations Sold in Dutch Coffee Shops”, *Addiction Biology*, 10 (2): 171-180, 2005.

<sup>31</sup> C. Warburton, *The Economic Results of Prohibition*, Columbia University Press, Nueva York, 1932.

<sup>32</sup> Alfred W. McCoy, *The Politics of Heroin: CIA Complicity in the Global Drug Trade*, Lawrence Hill Books, Brooklyn, 1991.

<sup>33</sup> EMCDDA, “An Overview of Cannabis Potency in Europe”, *Insights*, núm. 6, Lisboa, 2004. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33984EN.html>>; EMCDDA, “Cannabis Problems in Context - Understanding the Increase in European Treatment Demands”, *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*, 2004.

<sup>34</sup> R. Niesink, S. Rigter, J. Hoek y H. Goldschmidt, *THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2004-2005)*, Trimbos Institute, Utrecht, Países Bajos, 2005.

<sup>35</sup> Estos datos provienen principalmente de las incautaciones de marihuana realizadas por agencias federales, aunque no exclusivamente. Si las autoridades policiales son más propensas a incautar la droga importada que la producida en el país, entonces probablemente se subestime la potencia, ya que es más posible que ésta se haya cultivado con una potencia elevada. Un aumento en la proporción de droga de producción nacional tenderá a conducir a un aumento en la diferencia entre la media del mercado y la registrada en los datos de prueba.

<sup>36</sup> A partir de J. P. Caulkins *et al.*, *The Price of Illicit Drugs 1981-2003*, RAND Corp., Santa Mónica, 2005.

<sup>37</sup> Los datos son de STRIDE (sistema para recuperar información de pruebas de drogas), que incluye datos sobre las incautaciones y las compras de drogas por agencias federales y algunas agencias estatales y locales. Para un análisis de las fortalezas y debilidades de STRIDE, véase J. P. Caulkins, “Comment on ‘Should the DEA’S STRIDE Data be Used for Economic Analysis of Markets for Illegal Drugs?’”, *Journal of the American Statistical Association*, núm. 96, 2001, pp. 1263-1264; J. L. Horowitz, “Should the DEA’S STRIDE Data Be Used for Economic Analyses of Markets for Illegal Drugs?”, *Journal of the American Statistical Association*, núm. 96, 2001, pp. 1254-1271.

<sup>38</sup> Es decir, haciendo caso omiso de los cambios no medidos en la potencia.

<sup>39</sup> J. P. Caulkins, “Can Supply Factors Suppress Marijuana Use by Youth?”, *Federation of American*

*Scientists Drug Policy Analysis Bulletin*, 7: 3-5, 1999.

<sup>40</sup> S. Pudney, “Keeping off the Grass? An Econometric Model of Cannabis Consumption in Britain”, *Journal of Applied Econometrics*, 19 (4): 435-453, 2004.

<sup>41</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Legal Database on Drugs. Legal Topic Overviews: Possession of Cannabis for Personal Use*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5769EN.html>>

<sup>42</sup> K. W. Clements, “Three Facts about Marijuana Prices”, *Australian Journal of Agricultural & Resource Economics*, 48 (2): 271-300, 2004.

<sup>43</sup> Por ejemplo, una lata de cerveza barata de 350 ml.

<sup>44</sup> S. Pudney, C. Badillo, M. Bryan, J. Burton, G. Conti y M. Iacovou, “Estimating the Size of the UK Illicit Drug market”, en N. Singleton, R. Murray y L. Tinsley (eds.), *Measuring Different Aspects of Problem Use: Methodological Developments*, Home Office online report 16/2006, 2006, pp. 46-120. Disponible en <<http://www.homeoffice.gov.uk>>

<sup>45</sup> T. K. Greenfield, W. C. Kerr, J. Bond, Y. Ye y T. Stockwell, “Improving Graduated Frequencies Alcohol Measures for Monitoring Consumption Patterns: Results from US and Australian National Surveys, a Goa Community Survey, and a Diary Validity Study”, *Contemporary Drug Problems*, 36 (3/4): 705-733, 2009.

<sup>46</sup> S. Pudney, C. Badillo, M. Bryan, J. Burton, G. Conti y M. Iacovou, *op. cit.*

<sup>47</sup> A. Harris, *Consumer Trends No. 36: Quarter 1, 2005*, Office of National Statistics, Londres, 2005, p. 246. Disponible en <[http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme\\_economy/CT2005Q1.pdf](http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_economy/CT2005Q1.pdf)>

<sup>48</sup> ONUDD, *World Drug Report 2005*, United Nations, Nueva York, 2005. Disponible en <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2005.html>>

<sup>49</sup> B. Kilmer y R. Pacula, *Estimating the Size of Global Drug Market Revenues. Report of the European Commission*, Directorate-General for Justice, Freedom and Security (Jls/2007/C4/005), 2009.

<sup>50</sup> Que representan sólo 22% de las estimaciones mundiales.

<sup>51</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), *World Drug Report 2007. Volume 1: Analysis*, ONUDD, Viena, 2007.

<sup>52</sup> T. Leggett y T. Pietschmann, “Global Cannabis Cultivation and Production”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 187-212. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>

<sup>53</sup> Para una discusión sobre lo absurdo de las estimaciones anteriores estadounidenses sobre la producción de marihuana en México, véase Reuter, 1995.

<sup>54</sup> T. Leggett y T. Pietschmann, *op. cit.*

<sup>55</sup> 160 millones × 1/10 kg = 16 000 toneladas métricas.

<sup>56</sup> J. Gettman, *Lost Taxes and other Costs of Marijuana Laws*, Report for the Bulletin of Cannabis Reform, 2007. Disponible en <[http://www.drugscience.org/Archive/bcr4/bcr4\\_index.html](http://www.drugscience.org/Archive/bcr4/bcr4_index.html)>

<sup>57</sup> M. Bouchard, M. Alain y H. Nguyen, “Convenient Labor: The Prevalence and Nature of Youth Involvement in the Marijuana Cultivation Industry”, *International Journal of Drug Policy*, 20 (6): 467-74, 2009.

<sup>58</sup> T. van der Heijden, *Sizing the Dutch Cannabis Market*, EMCDDA, diapositivas no publicadas, 2007.

<sup>59</sup> M. Bouchard, “Towards a Realistic Method to Estimate Cannabis Production in Industrialized Countries”, *Contemporary Drug Problems*, 35 (2/3): 291, 2008.

<sup>60</sup> L. Paoli, V. Greenfield y P. Reuter, *The World Heroin Market: Can Supply be Cut? (Studies in Crime and Public Policy)*, Oxford University Press, Oxford, 2009.

<sup>61</sup> D. Samuels, “Dr. Kush: How Medical Marijuana is Transforming the Pot Industry”, *New Yorker*, 28 de julio de 2008. Disponible en <[http://www.newyorker.com/reporting/2008/07/28/080728fa\\_fact\\_samuels](http://www.newyorker.com/reporting/2008/07/28/080728fa_fact_samuels)>

<sup>62</sup> J. F. Gamella y M. L. Jiménez Rodrigo, “Multinational Export-Import Ventures: Moroccan Hashish into Europe Through Spain”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa,

2008, pp. 261-289. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>

<sup>63</sup> D. J. Korf, S. Brochu, A. Benschop, L. D. Harrison y P. G. Erickson, “Teen Drug Sellers – An International Study of Segregated Drug Markets and Related Violence”, *Contemporary Drug Problems*, 35 (1): 153-176, 2008.

<sup>64</sup> J. P. Caulkins y R. Pacula, “Marijuana Markets: Inferences from Reports by the Household Population”, *Journal of Drug Issues*, 36 (1): 173-200, 2006.

<sup>65</sup> M. Atha, S. Blanchard y S. Davis, *Regular Users II: UK Drugs Market Analysis, Purchasing Patterns, and Prices, 1997*, Independent Drug Monitoring Unit Publications, Wigan, 1999.

<sup>66</sup> C. Wilkins, S. Casswell, K. Bhatta y M. Pledger, *Drug Use in New Zealand: National Surveys Comparison 1998 and 2001*, Alcohol and Public Health Research Unit, University of Auckland, Auckland, 2002.

<sup>67</sup> J. P. Caulkins y R. Pacula, *op. cit.*

<sup>68</sup> Como era de esperar, los que consumían con menos frecuencia eran más propensos a haber recibido la droga de forma gratuita. Una pequeña proporción de lo que se consume se distribuye gratuitamente.

<sup>69</sup> J. F. Gamella y M. L. Jiménez Rodrigo, *op. cit.*

<sup>70</sup> Véase el capítulo VI.

<sup>71</sup> Analizado con detalle en los capítulos IV y V.

<sup>72</sup> 15 500 por consumo.

<sup>73</sup> 26 000 por consumo.

<sup>74</sup> 226 000 en 1991 a 505 000 en 1995.

<sup>75</sup> A. Golub, B. D. Johnson y E. Dunlap, “The Race/Ethnicity Disparity in Misdemeanor Marijuana Arrests in New York City”, *Criminology & Public Policy*, 6 (1): 301-335, 2007.

<sup>76</sup> L. D. Johnston, P. M. O’Malley, J. G. Bachman y J. E. Schulenberg, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2006: Volume I, Secondary School Students* (NIH Publication No. 07-6205), National Institute on Drug Abuse, Bethesda, 2007.

<sup>77</sup> S. Lenton, A. Ferrante y N. Loh, “Dope Busts in the West: Minor Cannabis Offenses in the Criminal Justice System in Western Australia”, *Drug and Alcohol Review*, 15 (4): 335-341, 1996.

<sup>78</sup> D. Weatherburn y C. Jones, *Does Prohibition Deter Cannabis Use? Crime Bulletin Number 58, Bureau of Crime Statistics and Research*, NSW Attorney General’s Department, Sydney, 2001. Disponible en <[http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll\\_bocsar.nsf/vwFiles/cjb58.pdf/\\$file/cjb58.pdf](http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll_bocsar.nsf/vwFiles/cjb58.pdf/$file/cjb58.pdf)>

<sup>79</sup> A. Golub, B. D. Johnson y E. Dunlap, “The Race/Ethnicity Disparity in Misdemeanor Marijuana Arrests in New York City”, *Criminology & Public Policy*, 6 (1): 301-335, 2007.

<sup>80</sup> P. Reuter, P. Hirschfield y K. Davies, *Assessing the Crackdown on Marijuana in Maryland*, Universidad de Maryland, 2001, no publicado. Disponible en <[http://www.drugpolicy.org/docUploads/md\\_mj\\_crackdown.pdf](http://www.drugpolicy.org/docUploads/md_mj_crackdown.pdf)>

<sup>81</sup> Véase el capítulo V.

<sup>82</sup> D. Korf, “An Open Front Door: The Coffee Shop Phenomenon in the Netherlands”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 140-154. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>

<sup>83</sup> Alrededor de cuatro por cada 10 000 habitantes.

<sup>84</sup> No se dispone de datos en los Estados Unidos sobre el enjuiciamiento por el tipo de droga. La declaración es simplemente una opinión fundada.

<sup>85</sup> E. Schlosser, “Reefer Madness”, *The Atlantic Monthly*, 274: 45-58, 1994.

<sup>86</sup> *Sourcebook of Criminal Justice Statistics*, 2007, Tabla 5.25.2007.

<sup>87</sup> *Id.*, Tabla 5.39.2007.

<sup>88</sup> D. Weatherburn y C. Jones, *Does Prohibition Deter Cannabis Use? Crime Bulletin Number 58, Bureau of Crime Statistics and Research*, NSW Attorney General’s Department, Sydney, 2001. Disponible en <[http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll\\_bocsar.nsf/vwFiles/cjb58.pdf/\\$file/cjb58.pdf](http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll_bocsar.nsf/vwFiles/cjb58.pdf/$file/cjb58.pdf)>

<sup>89</sup> Alrededor de 122 por cada 100 000 habitantes.

<sup>90</sup> Weatherburn y Jones calcularon las tasas de detenidos únicamente por posesión de cannabis; constituyeron alrededor de 40% de todas las detenciones relacionadas con la acusación de posesión de cannabis. Los datos aquí presentados incluyen la población más grande de detenciones.

<sup>91</sup> Las comparaciones son todavía más imprecisas de lo que parece, ya que en algunos países se cuenta el número de individuos detenidos por año, mientras que en otros, el número de detenciones. El último caso puede incluir a algunos sujetos que ya han sido detenidos previamente ese mismo año. No obstante, esto sólo representa una pequeña diferencia en lo que es, como mucho, un indicativo más que una medida precisa.

<sup>92</sup> P. Hakkarainen, H. Kainulainen y J. Perälä, "Measuring the Cannabis Market in Finland: A Consumption-Based Estimate", *Contemporary Drug Problems*, 35 (2/3): 321-345, 2008.

<sup>93</sup> Promedio de las estimaciones altas y bajas.

<sup>94</sup> G. Becker y K. Murphy, "A Rational Theory of Addiction", *Journal Political Economy*, 96 (4): 675-700, 1988.

<sup>95</sup> Otro problema potencial es que la prevalencia de consumo puede influir en la decisión del Estado acerca del número de detenciones que debe practicar, así como también las detenciones pueden influir en la prevalencia.

<sup>96</sup> R. L. Pacula, J. F. Chriqui y J. King, "Marijuana Decriminalization: What does it Mean in the United States?", Working Paper 9690, Working Paper Series-National Bureau of Economic Research (NBER), 2003. Disponible en <<http://www.nber.org.papers/w9690>>

<sup>97</sup> M. C. Farrelly, J. W. Bray, G. A. Zarkin y B. W. Wendling, "The Joint Demand for Cigarettes and Marijuana: Evidence from the National Household Surveys on Drug Abuse", *Journal of Health Economics*, 20 (1): 51-68, 2001.

<sup>98</sup> A. Bergmark, "Treating Cannabis Use Disorders: Perspectives and Best Practices", en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 2, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 205-215.

<sup>99</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Annual Report 2007: The State of the Drugs Problem in Europe*, EMCDDA, Lisboa, 2007.

<sup>100</sup> Las comparaciones que se ofrecen aquí son sólo para los países más antiguos de la Unión Europea (los 15 Estados miembros en 2004, antes de que ingresaran los miembros adicionales), ya que la mayoría de los nuevos miembros estaban todavía en transición en términos de prevalencia del consumo de drogas.

<sup>101</sup> K. A. Urbanoski, C. J. Strike y B. R. Rush, "Individuals Seeking Treatment for Cannabis-Related Problems in Ontario: Demographic and Treatment Profile", *European Addiction Research*, 11 (5): 115-123, 2005.

<sup>102</sup> B. Rush y K. A. Urbanoski, "Estimating the Demand for Treatment for Cannabis Related Problems in Canada", *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5 (3): 181-186, 2007.

<sup>103</sup> Montanari *et al.* (2008) informan que los datos sobre la frecuencia de consumo entre aquellos que buscan tratamiento es bastante pobre. Casi 30% reporta no haber consumido, o haberlo hecho con poca frecuencia en el mes previo al ingreso, lo cual es una cifra poco probable, salvo tal vez para las remisiones de la justicia penal.

<sup>104</sup> Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Prevalence Estimates, Standard Errors, P Values. Section 1*, Department of Health and Human Services-SAMHSA, Rockville, 2006.

<sup>105</sup> Equivale a 28.35 gramos.

<sup>106</sup> D. Abel, "Officials Look for Guidelines on Marijuana Initiative", *Boston Globe*, 6 de noviembre de 2008, p. B3. Disponible en <[http://www.boston.com/news/local/massachusetts/articles/2008/11/06/officials\\_look\\_for\\_guidelines\\_on\\_marijuar](http://www.boston.com/news/local/massachusetts/articles/2008/11/06/officials_look_for_guidelines_on_marijuar)>

<sup>107</sup> El anuncio de la Secretaría de Gobernación sobre el cambio de política puede encontrarse en <<http://www.homeoffice.gov.uk/drugs/drugs-law/cannabis-reclassification/>>

<sup>108</sup> A. M. Costa, "Making Drug Control 'Fit for Purpose': Building on the Ungass Decade Statement of the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime", 2008. Disponible en <<http://www.unodc.org/documents/commissions/cndSession51/cnd-ungass-CRPs/ECN72008CRP17E.pdf>>

<sup>109</sup> Por ejemplo, L. A. Iulianelli, L. P. Guanabara, F. C. P. Fraga y T. Blickman, *A Pointless War: Drugs and Violence in Brazil*, TransNational Institute, Ámsterdam, 2004; A. Zaluar (n.d.), *Violence Related to Illegal Drugs, "Easy Money" and Justice in Brazil: 1980-1995*, Discussion paper No. 35. Management of Social Transformations (MOST), UNESCO. Disponible en <<http://www.unesco.org/most/zaluar.htm>> (accedido 26 de diciembre de 2008).

# IV. LA GAMA DE REFORMAS DENTRO DEL SISTEMA: SUAVIZAR LA PROHIBICIÓN

## INTRODUCCIÓN

### *Antecedentes*

En este capítulo se analizan los modelos de reforma de control del cannabis existentes, y que han sido implementados a escala nacional y subnacional en todo el mundo dentro de las disposiciones de los tratados y convenciones internacionales vigentes, y se describen los sistemas de control que se han apartado de un enfoque estándar de la prohibición penal total; además, se revisan las pruebas sobre el impacto de estos regímenes alternativos en el consumo de cannabis y otros indicadores. Antes de examinar con detalle la reforma de los regímenes se hace hincapié en el amplio contexto social, legal y práctico; cómo han evolucionado los regímenes alternativos, así como los conceptos clave, la terminología y las tipologías utilizadas.

Mientras que las prohibiciones del cannabis o su control se iniciaron en algunos lugares en las primeras décadas del siglo XX, el cannabis no se integró formalmente en los esfuerzos internacionales de control de drogas, sino hasta la Convención Internacional del Opio, adoptada en 1925 en Ginebra.<sup>1</sup> A raíz de las disposiciones de la convención el consumo no medicinal de cannabis se convirtió en objeto de controles policiales en los países suscritos a la Convención de Ginebra y sus acuerdos sucesivos, lo que incluyó la ilegalización no sólo de la producción, distribución y venta de cannabis, sino también de la compra, posesión y consumo de la sustancia a partir de 1961 incluso con fines terapéuticos. Así, el artículo 33 de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 establece que “las partes sólo permitirán la posesión” de cannabis “con autorización legal” y el artículo 36 impone a cada parte, “A reserva de lo dispuesto por su Constitución”, convertir el cultivo, el transporte, la venta, la compra o la posesión en “delitos si se cometen intencionalmente”. Como se consideró que esta redacción proporcionaba demasiado margen para las diferencias nacionales, el artículo 3 de la Convención de 1988, sin ninguna concesión a limitaciones constitucionales, especifica que tales actos deben establecerse “como delitos penales en su derecho interno”.

En la década de 1960, en muchos países occidentales, el cannabis se convirtió en el blanco principal de la lucha contra las drogas cuando, por ejemplo, el número de detenciones por delitos de drogas en países como los Estados Unidos o Canadá aumentó a niveles sin precedentes, debido a un incremento masivo de las detenciones por consumo de cannabis.<sup>2</sup> La posesión o el consumo fueron la causa de una parte importante de los arrestos y, como consecuencia de ello, un gran número de personas,

sobre todo jóvenes, recibieron condenas penales, multas y, en algunos casos, penas privativas de la libertad. Esto, a su vez, provocó un considerable debate social en torno a la conveniencia del control penal del consumo de cannabis en varios países, durante la segunda mitad de la década de 1960. Uno de los objetivos de este debate fue una serie de grandes investigaciones públicas o comisiones durante la siguiente década, con reportes de los comités de Australia,<sup>3</sup> Gran Bretaña,<sup>4</sup> Canadá,<sup>5</sup> Países Bajos<sup>6</sup> y los Estados Unidos<sup>7</sup> hacia finales de las décadas de 1960 y durante 1970.<sup>8</sup> La mayor parte de estas investigaciones concluyó, en esencia, que muchos de los daños percibidos por consumo de cannabis eran exagerados, que los efectos de la penalización sobre su consumo eran potencialmente excesivos y las medidas incluso contraproducentes; y que los legisladores deberían reducir o eliminar drásticamente las sanciones penales por consumo personal de cannabis. Sin embargo, en la mayoría de las jurisdicciones —los Países Bajos probablemente son la excepción destacada—<sup>9</sup> estas recomendaciones para la reforma de la ley sobre el cannabis no dieron lugar a reformas políticas de fondo a corto plazo.

Sin embargo, alrededor de las últimas dos décadas, varias jurisdicciones occidentales han promovido cambios o reformas en el control del consumo de cannabis, apartándose de los enfoques tradicionales de la prohibición penal que han dominado los regímenes de control de consumo de cannabis a escala nacional durante la mayor parte del siglo XX. Algunos ejemplos previos bien conocidos de estas reformas son los Países Bajos o varios estados de los Estados Unidos donde, por primera vez a finales de la década de 1970, se implementaron diversos cambios en el control del consumo de cannabis hacia menos intervenciones punitivas.<sup>10</sup> Más recientemente, las reformas se han implementado o propuesto en un número cada vez mayor de países, incluidos los países de la Unión Europea y Australia, así como América del Norte y Centroamérica. Comentaristas expertos han valorado que la mayoría de estos cambios se producen dentro de los límites, es decir, dentro de los parámetros y requisitos establecidos por los tratados de control internacional de drogas, aplicables al control del consumo de cannabis a escala nacional,<sup>11</sup> aunque este punto puede ser refutado.

### *Cuestiones conceptuales, terminología y tipologías de la reforma*

Los regímenes alternativos de control de consumo de cannabis desarrollados en las distintas jurisdicciones en los últimos años se caracterizan por presentar una heterogeneidad considerable en sus características esenciales. Esta complejidad convierte su examen analítico en un reto. Al igual que en cualquier análisis de la aplicación de la ley, una dificultad fundamental es que existen numerosas discrepancias entre la “ley escrita” y la “ley aplicada”; en otras palabras, la ley tiene una “dimensión social” y la “fabricación de delitos” es un proceso influenciado por factores subjetivos.<sup>12</sup> En concreto, la aplicación de la legislación existente —basada sobre todo en el poder de

discrecionalidad otorgada a las diversas instituciones del sistema de justicia penal, en particular la policía— a menudo se produce de forma selectiva o arbitraria, o incluso puede llevar a una dinámica de sesgo sistemático.<sup>13</sup> Por ejemplo, teniendo en cuenta la aplicación en el consumo de cannabis en concreto, la policía local en una ciudad puede hacer cumplir la ley de forma enérgica en contra de muchos, algunos o ningún consumidor de cannabis, mientras que en otros lugares del mismo país las prácticas pueden ser totalmente diferentes, o cambiar de vez en cuando. Tales inconsistencias en la aplicación pueden ser resultado de variaciones locales o regionales en la práctica, de la participación de los distintos niveles de competencias legislativas o de ejecución (por ejemplo, la coexistencia de autoridades federales, estatales y locales y la policía, en los Estados Unidos), y de las variaciones en las prioridades de aplicación según el tiempo y el lugar, o de los diferentes enfoques a las características situacionales e individuales percibidas de los infractores.<sup>14</sup> Por otra parte, en los sistemas democráticos de derecho la fiscalía y los jueces tienen una discrecionalidad considerable a la hora de tomar decisiones una vez que se ha establecido un cargo.<sup>15</sup> Así, por ejemplo, el fiscal puede decidir no imputar un cargo, los tribunales pueden decidir absolver al infractor, o imponer una amplia variedad de sentencias permitidas por el estatuto aplicable (por ejemplo, libertad condicional, servicio comunitario o sentencia intermedia, multa o cárcel). Estas variables hacen que el análisis de las disposiciones y prácticas de control del consumo de cannabis sea una actividad compleja y a menudo inconsistente.

Una distinción analítica importante entre los diferentes tipos de regímenes alternativos de control del consumo de cannabis es la diferenciación entre las reformas *de jure* y las *de facto*; las primeras se refieren a las reformas escritas y estipuladas por la ley, y las últimas se realizan según la utilización o aplicación de la ley en las diferentes etapas del sistema de justicia penal.<sup>16</sup>

El largo debate en torno al control del consumo de cannabis —en el contexto más amplio de la ley de drogas y la reforma política— ha incluido una serie de términos que no siempre se han aplicado de forma consistente y cuyo significado no siempre ha sido claro. En general, el *control penal* o las *sanciones penales* se refieren a cuando el consumo de cannabis es definido como un delito criminal por una ley en el derecho penal, se presenta una acusación criminal<sup>17</sup> y se lleva un registro público (“antecedentes penales”) después de una condena en el tribunal.<sup>18</sup> La confusión surge de los términos utilizados para las medidas que de un modo u otro se apartan de las sanciones penales.<sup>19</sup> En este capítulo se sigue a Pacula y otros<sup>20</sup> y se utiliza el término *despenalización* para referirse a cualquier cambio en las disposiciones de control del consumo de cannabis en la ley escrita o en su práctica, dirigido a reducir la severidad de las penas, ya sean penales o civiles, impuestas al infractor. La etiqueta de “despenalización”, por lo tanto, puede incluir reformas que mantienen la situación penal de posesión de cannabis como un delito, pero eliminan o acortan los periodos de encarcelamiento, o reducen las cantidades de las multas, así como las posibles sanciones. Así, el término *descriminalización* sólo

se utilizará para referirse a las reformas que cambian la consideración del consumo de cannabis de delito *criminal* a *no criminal*.<sup>21</sup> Por lo tanto, las medidas de reforma de “descriminalización” pueden considerarse una subcategoría de “despenalización”, aunque puede ser que las sanciones civiles sean más onerosas que las penales. Puesto que, a su vez, el término *descriminalización* a menudo se ha malinterpretado, se prefiere el uso de “prohibición con penas civiles”. La eliminación de todas las sanciones punitivas por consumo de cannabis a menudo se describe como “legalización”; sin embargo, la prohibición del alcohol en los Estados Unidos nunca incluyó la criminalización de la posesión o el consumo de alcohol, y no se suele considerar como un régimen de “legalización”. Además, es probable que aun cuando la venta de cannabis se legalizara todavía se regiría por diferentes leyes y regulaciones.<sup>22</sup>

Algunos observadores han ofrecido marcos analíticos para la clasificación de las reformas del control del consumo de cannabis producidas en diferentes países.<sup>23</sup> Son herramientas útiles para ordenar y examinar analíticamente el creciente número y la variedad de medidas de reformas, a pesar de que hay una considerable superposición entre las diferentes tipologías. En este capítulo nuestro examen de la reforma del control del consumo de cannabis se basa en las tipologías presentadas originalmente por McDonald y otros.<sup>24</sup> Nuestro análisis se estructura en torno a las siguientes categorías:

- Prohibición completa (es decir, ninguna reforma).
- Prohibición con advertencia o canalización (“despenalización”).
- Prohibición con sanciones civiles (“descriminalización”).
- Prohibición parcial, incluidas:
  - a) Legalización *de facto*<sup>25</sup>
  - b) Legalización *de jure*
- Control de la marihuana para uso médico.

En el cuadro IV.1 se exponen algunas comparaciones de las características de cuatro de estas categorías: despenalización, descriminalización y las dos variedades de la prohibición parcial. En este capítulo ofrecemos ilustraciones y descripciones de los regímenes reformados de control de consumo de cannabis dentro de las diferentes categorías en marcha, o propuestas, en los diferentes países. En el capítulo siguiente nos centramos en la evidencia disponible sobre el impacto de estas reformas.

CUADRO IV.1. *Tipología de las reformas del control del consumo de cannabis*

<i>Tipo de reforma</i>	<i>Prohibición con advertencia/remisión a tratamiento (“despenalización”)</i>	<i>Prohibición con sanciones civiles (“descriminalización”)</i>	<i>Prohibición parcial (legalización de facto)</i>	<i>Prohibición parcial (legalización de jure)</i>
Modus operandi	El consumo de cannabis está prohibido por el derecho penal, aunque se aplican medidas alternativas (por ejemplo, antes o después del juicio, remisión a tratamiento) en diversas etapas del proceso penal que reducen la gravedad de las sanciones.	El consumo de cannabis es ilegal, pero controlado por leyes o administraciones no penales (por ejemplo, derecho civil o administrativo en forma de multas). Se eliminan el procedimiento penal y sus consecuencias.	El consumo de cannabis está formalmente prohibido por la ley, pero en la práctica ( <i>de facto</i> ), en etapas seleccionadas del sistema de justicia penal, estas leyes no se cumplen ni se suspenden.	El consumo de cannabis está protegido de consecuencias punitivas, o permitido explícitamente por las normas jurídicas pertinentes (por ejemplo, ley de control de drogas).
Comentarios y preocupaciones	En la mayoría de los casos, los principales impactos de la prohibición penal (por ejemplo, condena/ antecedentes penales) se mantienen, a pesar de las disposiciones de despenalización. Las medidas pueden llevar a la sobreutilización o a la remisión equivocada a tratamiento.	Se eliminan las principales consecuencias negativas de los castigos penales, aunque pueden darse problemas de “ampliación de la red” y “criminalización secundaria” (por ejemplo, por no pagar las multas).	Ambigüedad normativa; es decir, discrepancia entre la ley escrita y la ley aplicada. Esta situación recae, sobre todo, en la actuación de los agentes del sistema de justicia penal, y la ley escrita puede aplicarse de forma selectiva.	Es probable que estas disposiciones violen los tratados internacionales de control de drogas. Las disposiciones de legalización <i>de jure</i> existentes están destinadas principalmente a lugares específicos (por ejemplo, los hogares) o a determinadas poblaciones (por ejemplo, consumidores de marihuana para uso medicinal).
Ejemplos	Diversos estados de los Estados Unidos, Reino Unido	Diversos estados de Australia	Países Bajos, Alemania	Alaska; disposiciones sobre marihuana para uso medicinal en partes de los Estados Unidos y Canadá

## REGÍMENES EN LOS QUE SE HAN APLICADO REFORMAS SOBRE EL CONTROL DEL CONSUMO DE CANNABIS Y ALGUNOS EJEMPLOS

En esta sección se describen brevemente las principales características de los regímenes en que se han aplicado reformas individuales en el control del cannabis y, a continuación, se ofrecen ejemplos e ilustraciones de las jurisdicciones en las que se han implementado dichos modelos. Cabe señalar aquí que la lista de ejemplos es selectiva y no exhaustiva, y proviene principalmente de las economías de mercado establecidas lo que refleja la disponibilidad de datos e información pertinente.

Cabe señalar que las desviaciones del régimen internacional de prohibición, al menos *de jure*, se han preocupado principalmente por el consumidor individual de cannabis. El objetivo principal de los distintos regímenes ha sido reducir la carga de criminalidad de la posesión y el consumo y, en algunos lugares, del cultivo para consumo propio. Incluso en los regímenes de más largo alcance no hay legalización explícita de la producción o la distribución de los productos del cannabis, lo que sería contrario a numerosas disposiciones de las convenciones internacionales, además de las relativas a su consumo y posesión.

### DESPENALIZACIÓN: PROHIBICIÓN CON ADVERTENCIA O CANALIZACIÓN

#### *Observaciones generales*

En algunos regímenes de control de consumo de cannabis formalmente descritos como de prohibición total, donde el consumo de cannabis está formalmente prohibido y sancionado por la ley penal, en diversas etapas del sistema de justicia penal se aplican medidas de justicia *informales* o *intermedias* como, por ejemplo, advertencias o canalización hacia medidas alternativas, incluyendo el tratamiento.<sup>26</sup> La *advertencia* normalmente la aplica la policía en situaciones de predetención de un delito<sup>27</sup> en las que podría realizarse un arresto formal, pero, en lugar de la detención, el asunto es objeto de una advertencia acerca del comportamiento y sus posibles consecuencias. Este tipo de prácticas pueden ocurrir *ad hoc*, de manera informal, y pueden basarse en la discreción de la aplicación de la ley en las circunstancias específicas de una situación determinada, o sobre la base de “esquemas de advertencia” más formales, incluidas las directrices de procedimiento a aplicar cuando se realizó la advertencia, lo que a veces implica una notificación por escrito o un registro o, posiblemente, la imposición de una intervención con el fin de evitar consecuencias más formales.<sup>28</sup> En el Reino Unido, por ejemplo, la advertencia de la policía normalmente se basa en un delito admitido y se introduce en los registros policiales. En sus efectos se puede argumentar que este procedimiento no difiere mucho de la confesión compensada de un cargo criminal menor en los Estados Unidos.

Las medidas o los esquemas de *canalización* suelen ser procedimientos más formales destinados a redireccionar a los infractores del sistema de justicia penal y sus consecuencias punitivas hacia la educación, el tratamiento u otras intervenciones dirigidas a modificar la conducta.<sup>29</sup> La *canalización* puede ocurrir en diferentes etapas del proceso de justicia penal, incluida la etapa previa a la detención, el juicio o la sentencia, incluso parte de la condena puede basarse en esquemas de canalización.<sup>30</sup>

Los esquemas de *canalización antes del juicio*, que se llevan a cabo después de que se hayan presentado cargos pero antes de que el caso se presente en los tribunales, por lo general implican que el infractor se someta a evaluación y a determinadas condiciones de tratamiento, o que reciba cierta educación como parte de las condiciones de la libertad bajo fianza o a instancias del fiscal. Las medidas de canalización previas a la sentencia se centran en el periodo después de la condena, pero antes de la sentencia, o son medidas sustitutivas de la sentencia convencional.<sup>31</sup> Estas medidas pueden incluir la prisión preventiva durante la evaluación y el tratamiento, tiempo que por lo general es tomado en cuenta cuando finalmente se aplica la condena. Las *medidas de canalización durante la sentencia*, es decir, en lugar de las sanciones convencionales, pueden suponer medidas en beneficio de la comunidad o de rehabilitación<sup>32</sup> o programas de tratamiento. En los últimos años, por ejemplo, en los Estados Unidos y Canadá los “tribunales de tratamiento de drogas” (DTC) han adquirido popularidad, así como las llamadas “medidas de justicia terapéutica” que implican una combinación de herramientas punitivas e intervenciones terapéuticas en general durante largos periodos para la canalización, después de presentados los cargos, en infractores de drogas.<sup>33</sup> Cada vez más se introducen y aplican advertencias, o medidas sustitutivas, en respuesta a la frustración que producen los limitados efectos de las medidas de justicia convencionales. Estas medidas también están motivadas por la voluntad de proponer intervenciones más “constructivas” o de rehabilitación, lo que limita los efectos negativos<sup>34</sup> de la justicia penal. Principalmente, estas medidas se aplican a infractores jóvenes o primerizos, pero también a otros, como los reincidentes. Otros factores en la promoción de advertencias o medidas de canalización suponen una reducción de costos; las advertencias consumen mucho menos tiempo que los arrestos, y la canalización puede reducir el tiempo en la cárcel o el costo de los juicios.<sup>35</sup>

### *Francia*

En Francia la posesión de cannabis técnicamente es un delito penal conforme a lo estipulado por la ley de control de narcóticos. La información disponible sugiere, sin embargo, que para los delitos de carácter personal de posesión de cannabis, en la mayoría de los casos “puede no haber ninguna otra acción”;<sup>36</sup> es decir, el enjuiciamiento no se aplica en el contexto de una proporción general decreciente; por ejemplo, 10% de los casos de posesión de drogas ilegales acaban en juicio. Por otra parte, en Francia

existe una serie de medidas de canalización para los consumidores de drogas ilícitas que entran en contacto con el sistema de justicia penal. Se sugiere “que los meros consumidores de drogas son tratados principalmente con alternativas terapéuticas”<sup>37</sup> o una solicitud de contacto con los servicios sociales o de salud, y así evitar el enjuiciamiento criminal. Por otra parte, una nueva ley de 1999 establece una serie de medidas para la canalización de “ciertos delitos menores, especialmente los relacionados con el mero consumo de drogas”, entre las que se incluyen el pago voluntario de una multa o servicio comunitario, en lugar del enjuiciamiento criminal.<sup>38</sup> Sin embargo, la información disponible no aclara hasta qué punto o cómo estas alternativas se aplican sistemáticamente a los casos de posesión personal de cannabis.

### *Australia*

Cuatro de los ocho estados y territorios de Australia<sup>39</sup> aplican el esquema de “prohibición con advertencia” en las infracciones menores de posesión de marihuana; otros estados aplican el esquema de “prohibición con una sanción civil”.<sup>40</sup> Estos esquemas de advertencia se limitan a los delitos de posesión menor y de tenencia de utensilios,<sup>41</sup> pero no se aplican en el cultivo de cannabis. Para que el infractor pueda optar por la advertencia, debe admitir el delito y comprometerse a asistir a una sesión informativa sobre el cannabis, a una evaluación sobre los problemas del consumo de drogas o a tratamiento, dependiendo de la jurisdicción. Esencialmente, cuando el infractor consiente recibir una advertencia, el enjuiciamiento por el delito se suspende durante un periodo determinado<sup>42</sup> para permitir que la persona complete la intervención estipulada en la advertencia. Las personas que no logran completar con éxito el requisito son acusadas por la infracción original y, por lo general, aquellas con antecedentes de delitos violentos están excluidas de estos esquemas. Según la jurisdicción, las advertencias pueden aplicarse en el primer delito relacionado con el cannabis, así como en el segundo o el tercero, pero no en posteriores para los cuales se aplicarán las sanciones penales correspondientes. Los límites de posesión para que puedan usarse los procedimientos de advertencia también varían de estado a estado y van desde 15 hasta 50 g; este procedimiento puede incluir un requisito de intervención que incluya una evaluación obligatoria para el tratamiento farmacológico o una intervención breve.

### *Canadá*

En Canadá el consumo de cannabis está controlado formalmente por un régimen de “prohibición total”, en el que incluso la posesión de pequeñas cantidades conlleva una infracción penal y posibles sanciones,<sup>43</sup> según la “Controlled Drugs and Substances Act” (CDSA) federal.<sup>44</sup> Durante la última década el número de arrestos por delitos de posesión de cannabis en Canadá casi se ha duplicado y ahora éstos representan aproximadamente

la mitad de todos los arrestos realizados por la CDSA. En Canadá el cannabis se ha convertido en el objetivo principal de lucha contra las drogas;<sup>45</sup> sin embargo, en los últimos años se ha introducido un par de disposiciones o esfuerzos dirigidos a aplicar reformas en materia de control de posesión de cannabis. Una de estas reformas implica la llamada “sentencia condicional”, introducida en Canadá en la disposición y la práctica del derecho penal en 1996. La “condena condicional” es un mecanismo de sentencia de canalización que posibilita que los infractores en ciertas categorías de delitos específicos<sup>46</sup> sean procesados mediante sentencia intermedia, tras declararse culpables de la acusación original y recibir la posterior condena penal, y así reducir el alcance o el impacto de la sanción penal a favor de más medidas de rehabilitación.<sup>47</sup> En sentido estricto estas medidas aplicadas a los delitos por drogas no suponen una medida de despenalización, sin embargo, pueden dar lugar a efectos de despenalización.<sup>48</sup> Desde su creación la “sentencia condicional” en Canadá se aplica a un número cada vez mayor de delitos por drogas, incluyendo algunos delitos de posesión de cannabis; principalmente se imponen órdenes de tratamiento en lugar de otras condenas, o en combinación con éstas.<sup>49</sup> Las primeras evaluaciones muestran que en Ontario, entre 1997 y 2001, la proporción de condenas condicionales aplicadas en delitos relacionados con drogas se ha duplicado.<sup>50</sup> La investigación posterior muestra que, a escala federal, en 2003 la delincuencia relacionada con las drogas (2 518) fue la tercer categoría en cuanto a condenas, en números reales, para las que se utilizaron las sentencias condicionales; a esta categoría le siguieron los delitos contra la propiedad (4 215) y diversas formas de agresiones (2 565).<sup>51</sup> Su uso, sin embargo, depende de las decisiones discrecionales del tribunal. Por desgracia, no se dispone de datos detallados sobre el uso exacto, la naturaleza o los resultados de las medidas de sentencia condicional específicamente para los infractores de drogas en Canadá; sin duda la mayoría de los infractores por posesión de cannabis en Canadá están siendo procesados mediante los procedimientos normales y mediante sanciones penales, tal como lo indica la CDSA.

### *Gran Bretaña*

La presión para la reforma de las leyes británicas de cannabis aumentó durante la década de 1990, ya que la población se volvió cada vez más tolerante al consumo de cannabis y la práctica policial comenzó a utilizar cada vez más las advertencias en lugar de presentar cargos después de realizar una detención por posesión de cannabis.<sup>52</sup> En 2000 una investigación independiente, realizada a la Ley sobre Uso Indebido de Drogas de 1971, recomendó que el cannabis fuese reclasificado de una droga de clase B a clase C, lo que implicaría un menor control penal sobre el consumo personal y la posesión de la droga. Las razones esgrimidas fueron que el cannabis es menos dañino para la salud que la mayoría de las otras drogas de clase B, así como que la reclasificación, que haría de la posesión de cannabis un delito no candidato al arresto, eliminaría el peso de la criminalización de una gran parte de los jóvenes. A raíz de una investigación posterior del

asesoramiento recibido por parte del Advisory Council on the Misuse of Drugs y del “éxito” de un programa piloto con el cannabis en el que se empleó una advertencia “informal” —la cual, a comparación del procedimiento de “advertencia”, no generaba antecedentes penales—, en el barrio de Lambeth en 2001, el gobierno británico reclasificó el cannabis como una droga de clase C el 29 de enero 2004.<sup>53</sup> Sin embargo, en un aparente intento de equilibrar los llamados a la reforma hechos por una oposición cada vez más ruidosa, la reclasificación fue precedida por una enmienda a la Ley de Policía y Evidencia Criminal (PACE) de 1984, que convertía la posesión de una droga de clase C en un delito con privación de libertad<sup>54</sup> y, por lo tanto, eliminaba el elemento clave de la despenalización. Al mismo tiempo que la reclasificación, la Policía Metropolitana de Londres emitió un aviso a los oficiales que establecía que no debían realizarse detenciones en los casos de posesión de cannabis para uso personal que carecieran de factores agravantes, basado en la discrecionalidad de los oficiales. Un procedimiento policial adjunto al operativo estándar postuló una presunción contra la detención de adultos por posesión de cannabis, así como el requerimiento de una justificación para el arresto. Además, a los adultos que fueron arrestados no se les podía aplicar ninguna otra medida, ya fuera de advertencia o de cargo, según procediera.<sup>55</sup> Al parecer, los diversos cambios en el control legal del consumo de cannabis en un periodo relativamente tan corto causaron cierta confusión entre el pueblo británico respecto a la situación de la droga, así como notables incoherencias en las prácticas policiales. Un estudio multicéntrico en el cual se comparó la actuación policial en incidentes relacionados con la posesión de cannabis antes y después de la reclasificación, halló que muy pocos de estos incidentes fueron resueltos con advertencias informales, mientras que en la mayoría la principal intervención consistió en detenciones seguidas de advertencias formales o denuncias.<sup>56</sup> Así, los autores de un estudio concluyeron que la reclasificación del cannabis había tenido “un impacto menor que el que sus defensores esperaban [...] y que el que los opositores temían”.<sup>57</sup> Las diferencias en la aplicación de las prácticas se asociaron con las características tanto de los oficiales como de los infractores. Como se señala en el capítulo v en 2008, en contra de la opinión del Advisory Council on the Misuse of Drugs, el gobierno reclasificó de nuevo el cannabis a la clase B.

### *Estados Unidos*

Si bien en general los Estados Unidos, a través de sus diferentes leyes sobre control de drogas, se caracterizan por un régimen de prohibición total, está ampliamente documentado que 11 estados “durante la década de 1970 promulgaron leyes que redujeron las sanciones penales relacionadas con la posesión de pequeñas cantidades de marihuana”.<sup>58</sup> Principalmente estas leyes estatales rebajaron la condición jurídica de los delitos de posesión de marihuana y definieron la posesión de pequeñas cantidades como un delito menor lo que conllevó una reducción de la gravedad de las penas, aunque

formalmente se conservaron como delitos sancionados penalmente. Así, si bien estas reformas han sido ampliamente etiquetadas como “descriminalización”, se ha sugerido que en términos estrictos éste es un nombre poco apropiado y que deben denominarse de forma más correcta como “despenalización”.<sup>59</sup> En la actualidad, varios estados de los Estados Unidos<sup>60</sup> —incluidos nueve de los que originalmente fueron llamados estados de la “descriminalización”— están llevando a cabo reformas en su legislación dirigidas a la despenalización de la posesión personal de marihuana. Sin embargo, formalmente la mayoría de estos estatutos tampoco cumplen las normas estándar de la “descriminalización” y, además, difieren en características clave. Por ejemplo, mientras que la mayoría de los estados reformistas consideran la posesión de marihuana como una falta, otros, en cambio, la categorizan como una “violación civil” o un “delito menor”.<sup>61</sup> Los importes de las multas para los delitos de tenencia varían de un estado a otro,<sup>62</sup> por otro lado, en algunos estados en teoría pueden darse sentencias de cárcel por reincidencia, o incluso en el primer delito. Algunos estados de los Estados Unidos en los que existen regímenes de despenalización del cannabis también incluyen disposiciones para las medidas sustitutivas; por ejemplo, la libertad condicional, servicios comunitarios, programas de educación sobre drogas o libertad vigilada con tratamiento obligatorio.<sup>63</sup>

En el año 2000, en California, se aprobó otro enfoque de la despenalización por referéndum popular con la Propuesta 36, la Ley sobre el Abuso de Sustancias y la Prevención del Crimen. Aunque la medida se aplica a los delitos de posesión no violentos para cualquier droga, algunos casos involucran el cannabis. Esta ley cambió la ley estatal de forma permanente para permitir que los acusados condenados por delitos no violentos de posesión de drogas reciban una sentencia de libertad condicional en lugar de encarcelamiento.<sup>64</sup> Como garantía de la libertad condicional los demandados están obligados a participar y completar un programa certificado de tratamiento de drogas. Si el demandado no puede completar el programa, o viola otros aspectos de su libertad condicional, ésta puede revocarse y puede obligarse a cumplir una sentencia adicional que posiblemente incluya el encarcelamiento. Si bien hasta la fecha se han procesado por esta iniciativa a unos 250 000 infractores, los datos de evaluación de varios años y diferentes condados desde la aprobación de la Propuesta 36 muestran de forma consistente que aquellos cuya principal droga objeto del delito era la marihuana son una minoría, y representan aproximadamente de 12 a 14% de los infractores.<sup>65</sup> Aproximadamente uno de cada tres infractores canalizados completaron su tratamiento; sin embargo, un tercio de éstos volvieron a ser detenidos por otro delito relacionado con drogas, al cabo de un año. Cabe señalar que la Propuesta 36 es una medida sustitutiva poscondena, centrada en la imposición de penas, y no elimina el estado jurídico principal o las consecuencias de una condena por un delito de consumo de cannabis. En los casos en que el encarcelamiento es sustituido por un tratamiento —y dicho tratamiento se completa con éxito— como parte de la condena impuesta por un delito de consumo de cannabis, la gravedad de la pena impuesta se reduce considerablemente, o se alcanza un efecto de la despenalización; aunque, en la práctica, esto sólo ocurre en una minoría de

infractores incluidos en este programa.

### *Brasil*

En 2006 la legislación brasileña eliminó la posibilidad de una pena de cárcel por posesión de drogas. Anteriormente los detenidos por posesión de pequeñas cantidades de drogas enfrentaban entre seis meses y dos años de prisión, pero la nueva ley sustituye estas penas por una o más de las siguientes sanciones: tratamiento, servicios comunitarios, multas o suspensión de la licencia de conducir del infractor. En la misma ley se incrementaron las sanciones mínimas para los traficantes y vendedores de drogas y se creó una nueva tipificación de crimen, “capitalista del narcotráfico”, penado con entre ocho y 20 años de prisión.<sup>66</sup> En marzo de 2008 un tribunal de apelaciones de São Paulo decidió que la ley brasileña de drogas era inconstitucional respecto al castigo por posesión de drogas; el efecto de esta decisión todavía no queda claro.<sup>67</sup>

## PROHIBICIÓN CON PENAS CIVILES (POR EJEMPLO, MULTAS Y SANCIONES ADMINISTRATIVAS)

### *Observaciones generales*

En virtud de este régimen reformista de control del cannabis, la posesión o el consumo siguen estando expresamente prohibidos. Sin embargo, se han implementado marcos legales de control en que algunas formas de posesión de cannabis específicamente definidas (por lo general, limitadas a la posesión para uso personal) están exentas o protegidas de las disposiciones de control penal. En cambio, se aplica un castigo no penal,<sup>68</sup> una sanción monetaria,<sup>69</sup> o alguna otra sanción administrativa,<sup>70</sup> sin consecuencias penales adicionales o participación del sistema de justicia penal. Las actividades que implican la posesión y la producción a mayor escala, así como la venta u otras actividades de suministro de cannabis, por lo general permanecen sujetas a los procedimientos convencionales de control y sanciones penales.

Estos esquemas de sanciones civiles impuestas tienen por objeto reducir el impacto punitivo<sup>71</sup> y los costos públicos, o los recursos asociados al control penal tradicional de la posesión menor de cannabis.<sup>72</sup> Esto se hace, conservando el principio de la ilegalidad del cannabis, para mantener una postura normativa clara que indique que el consumo de cannabis está mal, así como cualquier efecto disuasorio general contra el consumo de cannabis, y para permanecer en los límites de las convenciones internacionales. En los sistemas en los que en las exenciones de carácter no penal se incluyen el cultivo a pequeña escala o la compra de productos de cannabis para uso personal, la inclusión tiene como objetivo mantener a los consumidores fuera de los mercados ilegales, incluida la probabilidad de exposición a sustancias diferentes del cannabis que normalmente se

ofrecen en los mercados ilegales de drogas.<sup>73</sup>

### *Bélgica*

En Bélgica al parecer existe una falta de claridad legislativa y, en consecuencia, una cierta confusión entre el público en general en cuanto al significado de las leyes de control del cannabis.<sup>74</sup> Sin embargo, se aplica la prohibición con penas civiles, y se informa que los adultos detenidos en posesión de hasta tres gramos de hojas secas de cannabis, resina o de una planta para consumo personal, sin circunstancias agravantes o signos de uso problemático, reciben una simple advertencia por parte de la policía que implica una multa de 15 a 25 euros.<sup>75</sup> Además, parece que las disposiciones de 2003, en cuanto a las “circunstancias agravantes o signos de uso problemático” —utilizados como posibles motivos para sanciones más duras, es decir, procedimientos de ejecución penal—, fueron anuladas posteriormente por ser consideradas “poco claras” por el tribunal constitucional belga y en la actualidad no se llevan a la práctica.<sup>76</sup>

### *Italia*

Italia fue uno de los primeros países en despenalizar el consumo de cannabis (y otra droga ilegal), en 1975. Desde entonces, sin embargo, ha cambiado el enfoque sobre su política de control varias veces: así, en 1990 se “repenalizó” el consumo personal de drogas y se despenalizó de nuevo en 1993.<sup>77</sup> Actualmente el consumo de cannabis se considera una falta administrativa. Por consumo de cannabis se da una advertencia en la primera infracción en la presunción de que el infractor no tiene la intención de reincidir. En infracciones subsecuentes, se impone una sanción administrativa, como la suspensión de la licencia de manejo.<sup>78</sup>

### *República Checa*

La República Checa abolió los delitos de posesión ilegal de drogas para consumo personal en 1990. Sin embargo, en 1999 se ilegalizó de nuevo la posesión de drogas. En 2003, después de una evaluación durante 2001 que puso de manifiesto el fracaso de esta política,<sup>79</sup> el parlamento checo consideró la reclasificación legislativa de las drogas, basada en una evaluación sobre su peligrosidad para la salud.<sup>80</sup> Posteriormente, en marzo de 2006, se rechazó el proyecto de ley que distinguía el cannabis de otras drogas psicoactivas en términos de las consecuencias de sus daños, con una limitación de las consecuencias penales por su consumo. En noviembre de 2008 los renovados esfuerzos por cambiar el código penal tuvieron éxito en la cámara baja del parlamento,<sup>81</sup> pero no se convertirían en ley sino hasta marzo de 2009. El proyecto de decreto administrativo por el cual se descriminaliza la posesión de pequeñas cantidades de cannabis y otras drogas

aún no se aplica en los tribunales.<sup>82</sup> La legislación checa, en su forma actual, aplica sanciones predominantemente administrativas por posesión de cannabis —así como por posesión de otras drogas ilegales—, si se trata de una cantidad pequeña,<sup>83</sup> sujetas a una multa o una advertencia impuesta por la policía. Los delitos y las penas de prisión, de uno a cinco años, se aplican a los delitos de tenencia más grandes.<sup>84</sup>

### *Portugal*

En las reformas de control del consumo de cannabis promulgadas en Portugal han participado elementos tanto de *prohibición con penas civiles* como de los *sistemas de canalización*. En 2001 Portugal descriminalizó —es decir, eliminó del ámbito del control penal— la posesión personal, el consumo y la adquisición de todas las drogas, incluido el cannabis. Las reformas, que sin embargo mantienen la ilegalidad formal de los delitos por drogas, introdujeron un sistema de remisión de los infractores a las Comisiones para la Disuasión de la Drogadicción (CDT) en los que se ofrece tratamiento en los casos en que se identifica que la persona tiene un problema de consumo de cannabis. Las CDT se establecen por regiones y se componen de un equipo de tres personas.<sup>85</sup> La policía remite al infractor a las CDT, donde debe comparecer dentro de las 72 horas siguientes. El objetivo principal de las CDT es apoyar a los consumidores dependientes con tratamiento, pero también pueden imponer sanciones tales como multas, servicios comunitarios y la suspensión del ejercicio profesional; además, pueden prohibir a la persona que acuda a determinados lugares.<sup>86</sup> En otras circunstancias, se aplican sanciones administrativas por posesión de cantidades de cannabis para consumo propio, definidas hasta de 10 dosis diarias, por ejemplo, hasta 25 g de marihuana o cinco gramos de resina.<sup>87</sup>

### *Dinamarca*

Al igual que con todas las drogas psicoactivas declaradas ilegales por la ley en Dinamarca, los delitos de posesión de cannabis se castigan con una multa o pena de prisión de hasta dos años como máximo, aunque en la práctica la respuesta estándar es una multa. La oficina del Fiscal General puede emitir advertencias por posesión de cantidades de hasta 10 g de resina o 50 g de material de la planta de cannabis; sin embargo, en 2004 un cambio de la ley incluyó la directiva de que sólo pueden utilizarse advertencias por delitos de posesión de cannabis en circunstancias limitadas, y que la norma es imponer una multa.<sup>88</sup> Las “multas policiales” puede alcanzar los 135 euros por la posesión de entre 50 y 100 gramos.<sup>89</sup>

### *Australia*

En Australia, en cuatro jurisdicciones —Australia del Sur (desde 1987), el Territorio de la

Capital Australiana (desde 1992), el Territorio del Norte (desde 1996) y Australia Occidental (desde 2004)— opera el esquema de “prohibición con sanciones civiles”.<sup>90</sup> Actualmente este sistema se aplica en algunas de estas jurisdicciones en casos de posesión menor, así como por delitos de cultivo en pequeña escala. No hay uniformidad en las cantidades máximas de cannabis para que se apliquen estas disposiciones que establecen sanciones civiles ni en el importe de las multas impuestas. Así, al momento de escribir este libro, las multas oscilaban entre 50 y 200 dólares australianos por infracción; la cantidad de cannabis cosechado merecedora de una infracción o aviso de expiación iba desde 30 g en Australia Occidental, hasta 100 g en Australia del Sur, y el máximo de plantas oscilaba entre dos (hidropónicas o no) en el Territorio del Norte a una planta no hidropónica en Australia del Sur. Sin embargo, durante los últimos años en algunas jurisdicciones en los sistemas con aviso de infracción se han producido reducciones en el número de plantas y se han excluido las plantas cultivadas de forma hidropónica. Por ejemplo, el límite original de 10 plantas de Australia del Sur (hidropónicas o no hidropónicas) se redujo a tres en 1999 (lo que refleja las preocupaciones acerca del aumento del rendimiento, debido al cultivo hidropónico), a una planta en 2000 y a una planta no hidropónica en 2001.<sup>91</sup> Después de la revisión legislativa del esquema de aviso de expiación para infracciones por cannabis (Cannabis Infringement Notice, CIN) en Australia Occidental, al final de sus primeros tres años de operación, el Parlamento de Australia Occidental elaboró una propuesta para reducir la cantidad de cannabis cosechado, con derecho a una notificación de infracción, de 30 a 15 g y para que el cultivo de dos plantas no hidropónicas ya no pudiera optar por la notificación, así como para aumentar las sanciones económicas aplicables.<sup>92</sup> Normalmente en estos sistemas no existen disposiciones especiales para los infractores reincidentes, aunque en el esquema de Australia Occidental aquellos con más de tres notificaciones en un periodo de dos años no tienen la opción de pagar la multa, sino que deben asistir a la sesión de educación para expiar su notificación de infracción. En algunas jurisdicciones<sup>93</sup> la policía está obligada a emitir un aviso de infracción, si la persona es elegible, mientras que en otros<sup>94</sup> la policía tiene la facultad de emitir una notificación o de presentar cargos penales, a pesar de que emitir una notificación sea la norma, a menos que a la persona se le acuse a la vez de un delito grave o que sea sospechosa de tráfico de drogas.<sup>95</sup> No obstante, el nuevo gobierno del Estado, elegido en 2008, más conservador, se comprometió a reintroducir las sanciones penales por posesión y cultivo con una advertencia para los infractores sin antecedentes, aplicable a la posesión de pequeñas cantidades de cannabis o de algún utensilio para fumar, pero no al cultivo.<sup>96</sup>

## PROHIBICIÓN PARCIAL (“LEGALIZACIÓN” DE FACTO O DE JURE DEL CONSUMO DE CANNABIS)

### *Observaciones generales*

Según las reformas de la *prohibición parcial*, el consumo y la posesión de cannabis ya no son ilegales, pero sí lo son las actividades comerciales como la posesión a gran escala, la producción y el suministro de grandes cantidades de droga. Según este sistema, la legalidad del consumo personal en general se limita a los adultos, y a menudo se excluyen las llamadas “circunstancias agravantes”, que se definen de forma específica.<sup>97</sup> Es importante destacar que los regímenes de *prohibición parcial* de control de la posesión de cannabis se logran mediante dos enfoques fundamentalmente diferentes; a saber, 1) la legalización del consumo de cannabis por medio de un principio de conveniencia u oportunidad (legalización *de facto*), o 2) legalización *de jure* del consumo de cannabis. En el primer modelo el consumo de cannabis suele estar prohibido por la ley penal, pero en la práctica se ha creado una situación<sup>98</sup> en la que es predecible que al consumo personal de cannabis no se le aplique ninguna sanción punitiva. En el segundo modelo, la legalidad del consumo personal de cannabis se define por la letra de la ley correspondiente; es decir, o en la ley de control de drogas pertinente no se sanciona de forma explícita el consumo de cannabis o el ámbito de aplicación de la ley que regula el consumo de drogas ilegales no incluye la posesión de cannabis. Es importante destacar que la legalización *de jure* del consumo de cannabis no depende de la manera en que se aplica la ley en la práctica, sino que más bien es resultado de las normas legales existentes.

Las razones para aplicar estas reformas en las jurisdicciones donde se produjeron son similares: los legisladores y políticos afrontaron la realidad persistente de que el cannabis es una droga popular y de uso frecuente entre la población; los riesgos o los efectos nocivos del consumo de cannabis no se percibieron como desproporcionadamente mayores que los del alcohol o el tabaco, y se consideró que el enfoque de la prohibición parcial era una forma posible de separar el consumo de cannabis de los ámbitos de otras drogas o los mercados ilegales (más peligrosos); además supone un ahorro de recursos de la justicia penal relacionados con el control penal de la droga.<sup>99</sup>

## LEGALIZACIÓN DE FACTO (ES DECIR, PROHIBICIÓN CON UN PRINCIPIO DE CONVENIENCIA U OPORTUNIDAD)

### *Países Bajos*

La posesión de cannabis es técnicamente ilegal y está prohibida por la Ley de Control de Drogas holandesa, consagrada en el código penal del país. Bajo el “principio de conveniencia u oportunidad”, que se aplica a los procedimientos penales, la fiscalía puede decidir si desea o no hacer cumplir la ley en contra de ciertos delitos, sobre la base de que la acción sería “de interés público”.<sup>100</sup> Este enfoque ha dado lugar a un sistema de legalización *de facto* del consumo de cannabis en los Países Bajos, en el que el consumo personal de cannabis es tolerado de forma activa dentro de parámetros específicos; es

decir, no conlleva sanciones o intervenciones. Estos parámetros incluyen el consumo en el hogar y también en las llamadas *coffee shops*, únicas instituciones, aprobadas y reguladas oficialmente, existentes en numerosos municipios neerlandeses donde el cannabis se consume abiertamente y pueden adquirirse pequeñas cantidades (por ejemplo, hasta cinco gramos por día) para consumo personal.<sup>101</sup>

El consumo o la venta de cannabis fuera de estos espacios regulados es perseguido y conlleva advertencias de la policía o multas. En otras palabras, en los Países Bajos el consumo personal de cannabis y el suministro al consumidor final están regulados de manera similar a como lo están el alcohol o el tabaco en muchas jurisdicciones, y se ha sugerido que este esquema de “regulación” puede ser un sistema más eficaz para controlar dónde y cómo se consume el cannabis que la prohibición punitiva.<sup>102</sup>

Una de las principales ventajas citadas del suministro de cannabis a través del sistema de *coffee shops*, tolerado legalmente, es la “separación de los mercados de drogas” que promueve; es decir, ya que el cannabis está ampliamente comercializado en un ambiente en el que no se dispone de las llamadas “drogas más duras”, se reduce la posible exposición de los consumidores de cannabis a éstas.<sup>103</sup> Existen lineamientos nacionales sobre el funcionamiento de las *coffee shops*; sin embargo, las decisiones sobre la forma en que se aplican se toman a escala local, por una junta que generalmente implica al alcalde, al fiscal jefe y al jefe de policía. Este sistema de “tres pilares” supone que los detalles de la política de control local del cannabis difieren de una zona a otra y, al menos en teoría, responden a las preocupaciones e intereses de las comunidades locales.

Si bien las directrices para la venta al por menor de cannabis a través de las *coffee shops* —como, por ejemplo, no vender a menores de edad, no alterar el orden público y no vender o consumir otras drogas ilegales— se han endurecido en los últimos años y parecen funcionar sin mayores inconvenientes, se han reportado problemas con el control del suministro al por mayor para los puntos de venta.<sup>104</sup> A menudo llamadas el “problema de la puerta trasera” de la política neerlandesa del cannabis, las redes de cultivadores y proveedores que se han formado para satisfacer la demanda existente de cannabis no funcionan en un espacio o actividad legalmente aprobados.<sup>105</sup>

Esta base débil del negocio del suministro de cannabis es difícil tanto para los proveedores, ya que no tienen acceso a préstamos, seguros o créditos fiscales, como para los reguladores y su aplicación a quienes les resulta difícil controlar un fenómeno que es necesario para responder al consumo personal tolerado de cannabis, pero que, sin embargo, al mismo tiempo es ilegal y viola la ley.<sup>106</sup> Por otra parte, los Países Bajos han recibido la presión por parte de algunos de sus vecinos europeos, la Unión Europea, el Programa de las Naciones Unidas para el Control de Drogas, los Estados Unidos y otros países con un enfoque más prohibicionista hacia el cannabis para cambiar su política sobre drogas.<sup>107</sup> La presión se ha justificado con el argumento de que la política neerlandesa socava la “política nacional sobre drogas”,<sup>108</sup> estimula el turismo transfronterizo de drogas y socava los esfuerzos internacionales de colaboración para

reducir el consumo, la producción y el tráfico de drogas ilegales.

En los últimos años estas presiones han dado lugar a regulaciones considerablemente más estrictas respecto al funcionamiento de las *coffee shops* en los Países Bajos, a reducir su número, y al control más estricto del consumo de cannabis fuera de las áreas toleradas. Por otra parte, algunos observadores han indicado que el modelo actual de la política de control de cannabis neerlandés no es sustentable ni deseable a largo plazo, ya que se basa en una disyuntiva fundamental entre el derecho y la práctica normativa de control y, por lo tanto, debe revisarse la ley para reflejar la práctica liberal, o bien, ejecutarse en el espíritu de sus normas prohibitivas.<sup>109</sup>

### *Alemania*

En la ley alemana los delitos relacionados con el cannabis —al igual que todos los delitos relacionados con las drogas psicoactivas ilegales— están sancionados por la Ley Federal de Control de Narcóticos del país y se castigan con una multa o una pena de hasta cinco años de prisión. Sin embargo, tras la denominada “decisión del cannabis” del Tribunal Constitucional alemán en 1994, a raíz de un recurso de casación en que se menciona el enfoque desproporcionado de criminalizar el consumo de cannabis en comparación con la disponibilidad legal del alcohol y el tabaco, Alemania adoptó un enfoque predominante de legalización *de facto* del consumo de cannabis. Este enfoque se basa principalmente en las directivas de los fiscales jefes de la mayoría de los estados de Alemania —basadas en el llamado “principio de oportunidad” consagrado en el ordenamiento jurídico alemán — que indican que, bajo la Ley de Control de Drogas, no deben procesarse las infracciones por posesión de pequeñas cantidades de cannabis. Como resultado de esta evolución la policía se abstuvo cada vez más de aplicar proactivamente la ley en contra del consumo de cannabis, a pesar de que la legislación alemana obliga a hacer cumplir consistentemente la ley, y sólo el fiscal tiene la discreción formal de decidir en contra de enjuiciamiento.<sup>110</sup>

Si bien la Ley de Control de Drogas compete a la jurisdicción federal, los estados (*Länder*) son responsables de la administración de justicia y hay una variación considerable entre las jurisdicciones en las directrices que definen cómo se procesan los delitos menores por cannabis, bajo las nuevas prácticas de no procesamiento.<sup>111</sup> Investigaciones recientes han documentado, además, que la aplicación de estas pautas diferenciales ha producido resultados heterogéneos.<sup>112</sup> Por ejemplo, mientras que la máxima cantidad de cannabis para evitar el enjuiciamiento oscila entre tres gramos (Baden-Württemberg) y 30 g (Schleswig-Holstein), las directivas de varios estados no requieren procesamiento por estas cantidades, mientras que en la mayoría de los estados esto es opcional, y depende del criterio de la fiscalía, según el caso. Por estos motivos se ha comprobado que la proporción de casos de posesión de marihuana que se persiguen, a pesar de poder optar por no ser procesados, oscila entre 10 y 60% en todos los estados en Alemania.<sup>113</sup> Se ha encontrado que la decisión en cuanto a si debe llevarse a cabo el

procesamiento está influida básicamente por los antecedentes penales del infractor, el número de delitos anteriores y la cantidad de sustancia que interviene, así como otras circunstancias del delito.<sup>114</sup> La proporción de casos de posesión de marihuana que no son enjuiciados sin más requisitos<sup>115</sup> también varió ampliamente en todo el estado, desde 26 a 73%. Así, los autores concluyen que una “aplicación sistemática” de las prácticas actuales de no procesamiento por cannabis en Alemania sólo se dan en una pequeña minoría de casos muy específicos en que el infractor “por lo menos tiene 20 años de edad, no presenta antecedentes penales y el delito no tiene circunstancias agravantes”.<sup>116</sup>

### *Austria*

En Austria, al igual que en Alemania, la posesión de cannabis está técnicamente prohibida por la Ley de Control de Narcóticos. Sin embargo, según las cláusulas de prevención y tratamiento, introducidas en la Ley de Drogas, no se lleva a cabo el enjuiciamiento, especialmente si la policía no tiene constancia de que la persona haya consumido cannabis anteriormente y si no se aprecia que necesite tratamiento. Esto hace que la posesión personal de cannabis sea en gran medida legal *de facto*.<sup>117</sup>

### *España*

En España, la posesión o el consumo de drogas psicoactivas ilegales —incluido el cannabis— están técnicamente prohibidos por la ley; sin embargo, no se aplica castigo, especialmente cuando se trata de pequeñas cantidades o se consume en lugares privados.<sup>118</sup> La posesión y el consumo en lugares públicos están sujetos a sanciones administrativas<sup>119</sup> o una multa.<sup>120</sup> Según Gamella y Jiménez Rodrigo<sup>121</sup> éste es el resultado de cambios legales introducidos en 1983 que despenalizaron el uso de todas las drogas y establecieron un sistema legal de dos niveles para la producción y la distribución de drogas ilegales, según su percepción del daño, en el que el cannabis fue situado en el nivel de droga “más suave”. Sin embargo, a partir de 1992 quienes porten cannabis en público corren el riesgo de ser detenidos por la policía y multados. Se cree que esta situación es una fuerza motriz fundamental de la creciente popularidad del cultivo casero de cannabis desde mediados de la década de 1990.<sup>122</sup>

Los tribunales españoles han dictaminado que el comportamiento personal en lugares privados, incluidas la propiedad privada y los hogares, está protegido por la Constitución, a menos que la policía determine que la actividad en cuestión está relacionada con la distribución de drogas.<sup>123</sup> Por lo tanto, en España, respecto al consumo o cultivo para uso personal en el hogar, existe una situación de legalización *de jure*.<sup>124</sup>

## LEGALIZACIÓN DE JURE

## *Estados Unidos*

En 1975 la Suprema Corte de Alaska dictaminó que la protección constitucional de la privacidad, por parte del estado, prohibía criminalizar a los adultos por posesión y consumo de pequeñas cantidades de marihuana en la privacidad de sus hogares. Así, en este contexto, la decisión legal establece una forma de “legalización” en un espacio restringido de consumo personal. En la larga lucha legal y normativa que se desató los tribunales no se apartaron de esta posición a pesar de una iniciativa de los votantes de revertirla en la legislación de 1991 y 2006 para recriminalizar la posesión. La cuestión se llevó de nuevo ante la Corte Suprema del estado en 2008, pero en abril de 2009 el tribunal dictaminó en contra de tomar una decisión sobre un caso hipotético.<sup>125</sup>

## *Colombia*

En Colombia la posesión personal de pequeñas cantidades (por ejemplo, menos de 20 g) de cualquier droga psicoactiva es legal, a raíz de una decisión tomada por la Suprema Corte de Colombia en mayo de 1994 que determinó que la ley violaba el derecho constitucional de una persona a su desarrollo personal y a su expresión. Sin embargo, como en Alaska, políticamente se limitaron los efectos de la decisión y “más tarde, ese mismo mes, se aprobó una serie de decretos que prohibieron el consumo de drogas [...] Los decretos prohíben el consumo de drogas en casi todos los lugares, excepto en el hogar”.<sup>126</sup>

## *Suiza*

En Suiza la ley federal sobre narcóticos actual considera un delito la posesión y el consumo de cannabis. La aplicación de la ley en lo que respecta al consumo de cannabis varía entre cantones; sin embargo, en los últimos años se ha vuelto más restrictiva, con un creciente número de acusaciones por consumo personal o posesión.<sup>127</sup> En 2006 se reportaron más de 33 000 arrestos por delitos de consumo de cannabis, lo que constituye aproximadamente 70% de todos los arrestos bajo la ley de estupefacientes.<sup>128</sup>

Una propuesta del gobierno para la reforma integral de la Ley de Control de Narcóticos fue introducir cambios *de jure* para la exención de sanciones por posesión y consumo personal de cannabis, así como permitir un cierto cultivo y el comercio para consumo personal en determinadas circunstancias.<sup>129</sup> Esta propuesta fue presentada en el parlamento suizo en 2003,<sup>130</sup> pero fue rechazada en 2004.<sup>131</sup>

Esta iniciativa para la reforma del control legal del consumo de cannabis en Suiza puede considerarse única en los países occidentales, ya que proporcionaba un marco explícito en que el consumo personal de cannabis estaba protegido, por ley, de consecuencias punitivas.<sup>132</sup> Sin embargo, al final, la iniciativa no encontró apoyo político ni público, en un contexto con algunas indicaciones de aumento en las tasas de consumo

de cannabis, por ejemplo, entre los adolescentes, durante la última década.<sup>133</sup>

Más recientemente, la “Iniciativa Cáñamo” suiza —un esfuerzo impulsado principalmente por organizaciones no gubernamentales y diversos grupos de interés en el ámbito de las drogas en Suiza— elaboró una propuesta que, a su vez, propone legalizar el consumo personal de cannabis, así como crear un sistema, regulado por el gobierno, de distribución de cannabis. Bajo el singular sistema político suizo era necesario que esta propuesta se sometiese a una votación parlamentaria y a un referéndum público. En marzo de 2008 la iniciativa fue derrotada por escaso margen por las dos cámaras del parlamento. El 30 de noviembre de 2008 la propuesta fue rechazada en referéndum por una mayoría de 63%, mientras que en la misma votación una propuesta del gobierno para institucionalizar la prescripción de heroína a toxicómanos fue aprobada con una mayoría de 68 por ciento.<sup>134</sup>

En respuesta a la propuesta de la Iniciativa de Cáñamo de reformar la ley del cannabis, en enero de 2008, el Comité de Salud del Consejo Nacional de Suiza (gobierno federal) anunció una nueva propuesta que también pretendía establecer que la posesión de cannabis para consumo personal en adultos, sin riesgo para los demás, estaría exento de posibles sanciones; es decir, se proponía un marco de legalización *de jure* para el consumo personal de cannabis.<sup>135</sup> Sin embargo, esta propuesta tampoco encontró apoyo suficiente dentro del gobierno y por lo tanto no siguió adelante. En Suiza durante el lapso de una década se han realizado esfuerzos para reformar la ley de drogas y, aunque se han conseguido algunos avances concretos, no se ha logrado ningún éxito en el ámbito específico de la reforma de la ley del cannabis.

### *India*

En la India hay una larga tradición de consumo de cannabis en diversas formas con fines religiosos y médicos, así como sociales. La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 previó un plazo de gracia de 25 años, a partir del cual debía suspenderse el uso no médico, y en consecuencia la Ley de Drogas Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas india de 1985 prohibió el consumo habitual de cannabis, con la excepción de las bebidas a base de hojas de cannabis (*bhang*).<sup>136</sup> El consumo de estas bebidas se asocia particularmente con la celebración de los festivales Holi en marzo y Baisakhi en abril.<sup>137</sup> El *bhang* se vende en varios estados de la India; algunas guías de viajes citan los estados de Uttar Pradesh, Rajastán, Madhya Pradesh, Uttarakhand y Orissa.<sup>138</sup> Sólo en el estado de Rajastán existen 785 expendios de *bhang* autorizados por el gobierno.<sup>139</sup> El *bhang lassi*, una bebida a base de yogur o de leche, es la forma más común de consumo, pero también pueden comprarse galletas, chocolate, curry y una presentación para fumar en las tiendas marcadas como “*bhang shops* autorizadas por el gobierno”. Al igual que con las tiendas que venden alcohol en algunos estados de la India, la autorización para llevar estos expendios se vende en subastas periódicas como medida de control y fuente de ingresos para el Estado. En las leyes y normas del Departamento de Impuestos

Especiales del estado de Uttar Pradesh, por ejemplo, se especifica el mismo sistema de licitación para el suministro de cannabis que para el suministro de licores.<sup>140</sup>

### *España*

Un “club social de cannabis”<sup>141</sup> es “un tipo de organización no gubernamental concebida para la producción y distribución de cannabis y sus derivados [...] lo suficientemente grande como para abastecer a sus propios miembros y evitar que el producto vaya a parar a terceras personas”.<sup>142</sup> Estos clubes han surgido en diversos países europeos, incluidos Bélgica y Suiza.<sup>143</sup> En Cataluña y el País Vasco han alcanzado reconocimiento y legitimación legal. El club Pannagh, en Bilbao, tiene 70 miembros y renta un invernadero donde cultivan y cosechan el cannabis. Cada miembro tiene derecho a recibir una cantidad fija para consumo personal, y su precio es inferior para uso médico que para los demás consumidores. Los miembros acuerdan no facilitar el cannabis a terceras personas. Tras una redada policial y la confiscación de la cosecha en 2005, el tribunal provincial dictaminó que ni los miembros del club ni el propietario del invernadero habían cometido ningún delito y en 2007 se devolvió el cannabis confiscado a los miembros del club.<sup>144</sup>

## UN CASO ESPECIAL: CONTROL DEL CONSUMO MEDICINAL DE MARIHUANA

En los últimos años, la regulación de la denominada “marihuana medicinal” (MM), en particular por las disposiciones estatales de los Estados Unidos, ha contribuido a alcanzar algunos acuerdos notables en las reformas legales del control del cannabis, específicamente para los subgrupos de personas que lo utilizan con fines medicinales, diferentes de los recreativos.<sup>145</sup> Estos avances se han producido principalmente en los contextos prohibicionistas de cannabis de los Estados Unidos,<sup>146</sup> más que en otros países occidentales. Las razones de este fenómeno geográficamente aislado incluyen que el debate sobre la MM no ha sido tan intenso fuera de los Estados Unidos, donde el acceso al cannabis para el tratamiento de enfermedades (supuestamente) es más fácil, debido al marco de acuerdos de reforma de las leyes del cannabis producido en muchos sistemas fuera del país.<sup>147</sup>

En esencia, el principal *modus operandi* de las disposiciones sobre MM en Canadá y los Estados Unidos es proteger a los consumidores de marihuana medicinal reconocidos de la aplicación de la legislación de control del cannabis, o eximirles de su cumplimiento, ya que de lo contrario su consumo se consideraría ilegal con el consiguiente castigo. En otras palabras, se establece un marco en el que se incluye un subsistema de legalización *de jure* para la MM.<sup>148</sup> Anteriormente, las leyes de la MM existentes en varios estados de los Estados Unidos eran en gran parte simbólicas. En 1996 el estado de California

promulgó la primera ley de la “nueva ola” de leyes estatales sobre la MM.<sup>149</sup> La ley — como la mayoría de las que le siguieron, hasta la fecha, en 12 estados que cubren aproximadamente 20% de la población de los Estados Unidos— estipula que se permite a las personas que reciben la recomendación de un médico para el consumo de marihuana con fines médicos cultivar, poseer y consumir cantidades limitadas de marihuana. La ley también protege a determinados “cuidadores” que colaboran en las actividades antes mencionadas, así como a los médicos, de ser procesados por la ley federal por debatir o recomendar el consumo de marihuana. Los otros 12 estados en que se ha legalizado la MM<sup>150</sup> crearon leyes similares en los años siguientes, la mayoría de los cuales definen una lista de enfermedades especificadas para las que puede recomendarse el consumo medicinal de marihuana y, por lo tanto, proporcionan protección frente a la aplicación de la ley. En algunos estados también se han implantado programas formales de registro de usuarios autorizados de marihuana medicinal.<sup>151</sup>

En Canadá, en 2001, el gobierno federal estableció el denominado “Programa de Acceso a la Marihuana Medicinal” (Medical Marijuana Access Program, MMAP) a raíz de una sentencia del Tribunal Superior de Ontario que concluyó que la prohibición total del consumo de cannabis violaba los derechos constitucionales de las personas que podían aprovechar los beneficios médicos que se derivan de la marihuana.<sup>152</sup> A través del MMAP, los consumidores de marihuana medicinal deben solicitar —aportando documentación médica— la exención de procesamiento penal, tanto por el consumo personal como por la producción de cantidades limitadas de marihuana. En 2003 se obligó al MMAP canadiense —de nuevo por decisión de un tribunal superior— a establecer un suministro de marihuana, patrocinado por el gobierno, para los consumidores autorizados de marihuana medicinal que no han podido encontrar otras maneras de obtener legalmente la droga.<sup>153</sup> Desde su creación, sólo se ha aprobado a varios cientos de personas en el marco del MMAP. El programa ha sido criticado por su largo proceso de solicitud y sus criterios restrictivos, así como por la imposibilidad de que los consumidores autorizados obtengan cepas de marihuana personalizadas, a partir de fuentes gubernamentales, lo que supuestamente ha llevado a muchos consumidores de marihuana medicinal a continuar sin la exención formal prevista por el MMAP.<sup>154</sup>

Un informe de investigación reciente sobre la marihuana medicinal en California<sup>155</sup> pone en evidencia que el sistema se ha convertido en algo cercano a la legalización *de facto*. Más de 200 000 californianos disponen de una carta de un médico que les da derecho a comprar cannabis y cientos de dispensarios que venden la droga. El dueño de uno de estos dispensarios estima que 40% de sus clientes padecen enfermedades graves como cáncer, sida, glaucoma, epilepsia y esclerosis múltiple, y el resto presenta enfermedades como ansiedad, insomnio, trastorno de déficit de atención y dolores variados.<sup>156</sup> A pesar de una continua “guerra civil de bajo nivel con el gobierno federal” en forma de la Administración de Control de Drogas, se ha establecido un mercado gris estable con empresarios que, para evitar problemas, siguen reglas como: no anunciarse,

no vender a menores de edad o a policías y no abrir más de dos tiendas. A pesar de que el cannabis que se vende en los dispensarios es sólo una pequeña fracción del mercado total de cannabis en California, se ha reportado que desde la legalización de la marihuana medicinal el precio al por mayor del cannabis ha caído a la mitad.<sup>157</sup>

## REFORMAR MÁS ALLÁ DE PERMITIR EL CONSUMO DE CANNABIS: REGULACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD

En los regímenes de reforma del control del cannabis en los que se ha despenalizado el consumo o incluso está permitido, ya sea *de facto* o *de jure*, como en los sistemas reformados de los países indicados anteriormente, el suministro y la disponibilidad de cannabis para posesión y consumo es inevitablemente una cuestión práctica clave. Éste es un tema especialmente difícil, ya que la mayoría de las leyes de control de drogas en estos sistemas de reforma prohíben estrictamente el suministro de cannabis y prevén un duro castigo para esta actividad,<sup>158</sup> y así, por defecto, se expone a la mayoría de los consumidores a la aplicación de las leyes y a sus consecuencias, mismas que las medidas alternativas de control de consumo están dirigidas a reducir o evitar. Por el contrario, algunos regímenes de reforma del control del consumo de cannabis han incluido disposiciones para la reducción de las penas —como la imposición de multas civiles— por el cultivo de un pequeño número de plantas de cannabis para consumo personal; tal es el caso de los diversos esquemas australianos de sanciones civiles vigentes, o el proyecto de reforma de la ley canadiense del consumo de cannabis.<sup>159</sup>

Sin embargo, otras propuestas han llevado la cuestión más allá y recomiendan llevar a cabo regímenes de disponibilidad de cannabis controlados o regulados, como medida complementaria a la reforma de los regímenes de control legales destinados al consumo o la posesión. Bajo un sistema regulado de disponibilidad de cannabis, todo el cultivo, la venta y el suministro de cannabis serían controlados o regulados, en mayor o menor medida, por el gobierno; por ejemplo, por medio del monopolio activo de la producción y distribución de cannabis,<sup>160</sup> o bien de la regulación y concesión de licencias designadas a productores privados o comerciales y puntos de distribución. Cualquier actividad de cultivo o distribución fuera del sistema regulado por el gobierno sería considerada ilegal y estaría sujeta a sanciones penales.<sup>161</sup> Este sistema de licencias o monopolio se asemejaría a los sistemas por los que se rige la producción y distribución del alcohol en un gran número de jurisdicciones.<sup>162</sup>

### *Consideraciones en un sistema con disponibilidad regulada*

Lo que está prohibido no puede regularse fácilmente. Pueden hallarse diversos ejemplos de intentos de regulación de mercados ilegales por parte de los estados. Diversos gobiernos requieren que los trabajadores sexuales paguen impuestos de sus ganancias,

incluso si tal actividad se considera ilegal.<sup>163</sup> En las últimas etapas de la prohibición del alcohol en Mississippi la venta de licores se gravaba, a pesar de ser ilegal.<sup>164</sup> Y, por supuesto, las *coffee shops* neerlandesas están altamente reguladas, en circunstancias en que su actividad es formalmente ilegal, pero tolerada oficialmente. A pesar de estos ejemplos, no hay duda de que convertir un mercado en legal aumenta enormemente los mecanismos con los que cuenta el Estado para regularlo. Además, aquellos que poseen una licencia u otro permiso del Estado para operar en un mercado legal tienen un interés compartido en dejar a los actores ilegales fuera del negocio.

En la actualidad en el mundo hay pocos ejemplos de regulación del suministro de cannabis en marcha, aunque se han propuesto varios.<sup>165</sup> En el sistema neerlandés de “legalización *de facto*”, la venta al por menor de cannabis en las *coffee shops* está regulada por las autoridades estatales, no así la producción.<sup>166</sup> Una investigación reciente del Senado de Canadá recomendó que se implantara un sistema de cultivo y distribución de cannabis con fines recreativos, controlado por el gobierno, en conjunción con la legalización del consumo personal de cannabis.<sup>167</sup> Las reformas patrocinadas por el gobierno específicas para el consumo de cannabis, propuestas como parte de las revisiones de la ley de control de estupefacientes en Suiza en 2004, incluían disposiciones para la disponibilidad y la difusión de cannabis regulado por el Estado en relación con la propuesta de legalización *de jure* del consumo personal de cannabis.<sup>168</sup> Las *bhang shops* autorizadas por el Estado en estados de la India son ejemplos en funcionamiento de tales sistemas, y los estudios acerca de las mismas serían de interés internacional. Los sistemas de distribución existentes regulados por el Estado con los que cuentan los consumidores de cannabis medicinal<sup>169</sup> en Canadá y los Estados Unidos son otro modelo en funcionamiento de la disponibilidad regulada del cannabis, aunque sólo abarcan esta subpoblación especial.<sup>170</sup> Estas instalaciones privadas tienen permiso del Estado para distribuir productos del cannabis a las personas reconocidas como consumidoras de cannabis medicinal. El MMAP canadiense cuenta con un detalle adicional de interés: el gobierno federal opera una planta de cultivo de cannabis,<sup>171</sup> que produce el cannabis que se distribuye a los miembros del MMAP.

Cualquier marco de control del cannabis tendría sus ventajas y sus desventajas. La experiencia con la regulación del alcohol y el tabaco puede proporcionar guías o modelos de lo que se debe hacer y lo que no. Por ejemplo, sería altamente probable que las regulaciones laxas para los vendedores, la autorregulación y la promoción orientada por los intereses comerciales de la industria produjeran resultados indeseables en términos de los niveles de consumo y de daño producido por el cannabis. Para reducir los riesgos de la regulación del cannabis en un mercado legal deben abordarse varios problemas potenciales.

Cambiar las leyes para permitir la regulación de la disponibilidad del cannabis debería ser un proceso relativamente barato, pero proporcionar los mecanismos de regulación y de aplicación para cosechar los beneficios de un sistema regulado con eficacia sería

mucho más caro. Ejemplos de otras áreas de la regulación de drogas, como la restricción de las ventas del tabaco a menores y la aplicación de la licencia de licores<sup>172</sup> sugieren que, a pesar de las promesas, la regulación y su aplicación a menudo carecen de los recursos suficientes, lo que provoca resultados menos eficaces. En un mercado legal probablemente el cannabis sería gravado, en parte como medida disuasoria de su consumo. Además, es altamente recomendable que algunos de estos ingresos se destinen a la aplicación de las regulaciones del mercado del cannabis.

Sobre todo al principio es poco probable que la regulación del mercado elimine completamente el mercado ilegal del cannabis. La medida en que se socave el mercado ilícito de cannabis probablemente dependerá del tipo de sistema de regulación empleado.<sup>173</sup> Es probable que un mercado ilegal sobreviva si el precio del cannabis legal es muy elevado o si hay restricciones severas para acceder a él. Así, los esquemas de legalización del alcohol tras la prohibición en los Estados Unidos se cuidaron de asegurar que el mercado legal ofreciera competencia efectiva al mercado ilegal.<sup>174</sup> Como señala Haden, “una droga cuya producción es simple y ampliamente disponible indica la necesidad de mecanismos de regulación poco restrictivos para desafiar las realidades económicas del mercado negro”.<sup>175</sup>

Como el mercado ilegal de cannabis continuará existiendo en algún grado, en paralelo a su disponibilidad regulada, sigue siendo necesaria la aplicación de la justicia penal, aunque el sistema de regulación conllevará una reducción sustancial en los costos de la justicia.

Los responsables del diseño, aplicación y evaluación de un potencial modelo legal y regulado del cannabis tendrán que abordar factores como éstos, que pueden socavar la efectividad y la aceptación pública y política del sistema.

## CONCLUSIONES

1. Las reformas del control del consumo de cannabis aplicadas en diferentes países no siempre son fáciles de detallar o clasificar claramente, de acuerdo con los tipos de reformas propuestas en nuestro examen. Incluso dentro de parámetros bien definidos de control legal de cannabis las disposiciones jurídicas y su aplicación cambian con el tiempo, varían dentro de las jurisdicciones y también pueden depender considerablemente de las prácticas discrecionales llevadas a cabo por las autoridades pertinentes.<sup>176</sup>
2. El principal objetivo de las reformas de control del consumo de cannabis ha sido conseguir sanciones menos graves por el consumo personal de cannabis, las cuales pueden expresarse en la calidad<sup>177</sup> o la cantidad<sup>178</sup> de las penas impuestas. En muchos casos, sin embargo, se han sustituido las formas tradicionales de castigo por otros requisitos de comportamiento del consumidor, como, por ejemplo, medidas

sustitutivas de educación o tratamiento. Pocos sistemas no imponen ninguna sanción a los consumidores de cannabis.

3. Una distinción conceptual clave para los sistemas de reforma de control del cannabis es si los regímenes alternativos se guían por mecanismos *de facto* o *de jure*. En el primer caso, las reformas ocasionan cambios en cómo se aplica la ley existente de control de cannabis, que por lo general es la forma convencional penal. Así, estas reformas no necesariamente reflejan el espíritu o la letra de la ley vigente, sino que se basan en la discrecionalidad y pueden considerarse temporales o no sólidamente fundadas en la base material de la ley. En el segundo caso los enfoques están basados en la ley, y como tal, son el resultado de procesos legislativos o constitucionales. Así, representan una expresión más explícita de las normas existentes en relación con el consumo de cannabis; además, ofrecen mayor previsibilidad de las consecuencias para los consumidores.
4. Aunque un buen número de países ha puesto en práctica medidas de reforma destinadas a controlar el consumo de cannabis, pocos se han ocupado de la cuestión del suministro, a menudo por razones políticas. Ambas cuestiones están inevitablemente ligadas, ya que el consumo de cannabis requiere la disponibilidad del producto, bien mediante el cultivo personal o bien mediante el comercio o la compra. En los sistemas tradicionales de control penal, aunque también en muchos sistemas de reforma, estas actividades están sujetas a fuertes sanciones y, por lo tanto, exponen potencialmente al consumidor de cannabis a estas consecuencias por las actividades de suministro, mientras que las sanciones por consumo se reducen. Así, el vínculo entre el consumo y el suministro sigue siendo un desafío político importante.

#### NUEVAS INICIATIVAS EN AMÉRICA LATINA: REFORMA DENTRO DEL SISTEMA

En América Latina el debate y las reformas de las políticas de control de drogas han tenido mayor desarrollo en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México y Uruguay.<sup>179</sup> Durante 2008 y 2009, la discusión en torno a la revisión de las metas de la Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) de 1998 contribuyó a afianzar esa tendencia.<sup>180</sup> Asimismo, se consolidaron distintas organizaciones no gubernamentales orientadas a la promoción y defensa de los derechos de los usuarios y cultivadores de cannabis, así como también de los pequeños vendedores o pequeños transportistas transfronterizos de diversas drogas ilegales.

Distintos países de la región latinoamericana han presentado modificaciones en sus plexos normativos (*de jure*) vinculados a las normas penales. Son destacables los casos de Chile (2005), Argentina (2005), Brasil (2006), México (2009) y Colombia (2009 y

2011).<sup>181</sup>

Estos cambios en la redacción de las normas han tenido aspectos positivos y negativos. Si bien se registra cierta tendencia para hacer retroceder el derecho penal en relación con los consumidores y reconocerles mayores derechos, o discriminar niveles dentro de las actividades de tráfico, no siempre los límites son tan claros; incluso, a veces se suaviza el tratamiento de ciertos aspectos a cambio del endurecimiento de otros. Así, las agencias encargadas de su aplicación tienen amplios márgenes de interpretación, permitiendo a veces la arbitrariedad. La consecuencia sigue siendo la misma: la criminalización de los actores menores en situación de vulnerabilidad social (consumidores, autocultivadores, adictos realizando actividades de tráfico, pequeños traficantes, “mulas”).

En general la legislación penal de la región da el mismo tratamiento legal al cannabis y sus derivados que al resto de las drogas (estupefacientes y psicotrópicos). Algunas legislaciones suelen especificar cantidades para señalar hasta dónde está permitida la posesión (porte o tenencia); tal es el caso del Código Penal en Perú, el cual especifica en su artículo 299 un máximo de hasta ocho gramos; Paraguay, en la Ley 1340, artículo 30, hasta 10 g, y Colombia, Ley 30 de 1986, artículos 2 y 51, hasta 20 g, aunque en tierra colombiana fueron invalidados después por la Corte Constitucional en la Sentencia C-221 del 5 de mayo de 1994. México, en la reforma del año 2009, estableció en la Ley General de Salud, artículos 478 y 479, hasta 5 g el monto no punible. En cambio, en la norma chilena, Ley 20.000, artículo 4, no se habla de cantidades sino de situaciones: no se sanciona el porte para uso médico o consumo personal exclusivo y próximo en el tiempo. Otras legislaciones lo sancionan con penas alternativas (como tratamientos o servicios comunitarios), como lo establece la Ley 11.343, artículo 28 en Brasil, o imponen o permiten la posibilidad de reemplazar la sanción penal por tratamientos como la Ley 1008, artículo 49 en Bolivia y la Ley 23.737, artículos 14, 17, 18 y 21 en Argentina.

En algunos casos se hace referencia específica al cultivo para consumo personal. En Argentina, desde 1995, en la Ley 23.737, artículo 5, el cultivo para consumo tiene el mismo tratamiento que la tenencia para consumo (penas de un mes a dos años de prisión que pueden ser reemplazadas por tratamientos). En el caso de Chile el cultivo para consumo se sanciona con pena de multa, tratamientos o trabajos comunitarios, según la Ley 20.000, artículo ocho.

Los alcances de las legislaciones mencionadas fueron limitados en algunos países por la interpretación que de ellas hizo el sistema judicial. Por ejemplo, en 2009 la Corte Suprema de Justicia de la Nación en Argentina declaró inconstitucional la punición de la tenencia de estupefacientes para consumo personal, en la medida en que no afectara a terceras personas. El fallo produjo grandes cambios en la interpretación que hacen los jueces argentinos sobre los casos de posesión para consumo personal, pero menos importantes fueron los cambios en las prácticas de las fuerzas de seguridad que siguen deteniendo consumidores, puesto que esa parte de la ley se encuentra vigente.<sup>182</sup> Incluso

el fallo sirvió de apoyo a la jurisprudencia que ya existía la cual consideraba no punible el cultivo (casi siempre de cannabis) destinado al propio consumo. A su vez, en octubre de 2009, se creó la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción. Esta comisión es claramente crítica del modelo prohibicionista/abstencionista.<sup>183</sup>

En Colombia, la reforma constitucional de 2009 y la Ley de Seguridad Ciudadana de 2011 modificaron la legislación hacia una mirada más represiva. Sin embargo, en 2011 la Corte Suprema de Justicia interpretó, recordando la vigencia de la sentencia del año 1994 de la Corte Constitucional, que la prohibición del porte de dosis mínima para consumo personal viola el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Pese al rol de las agencias judiciales todavía siguen quedando zonas grises por las que las conductas de los usuarios o autocultivadores continúan siendo alcanzadas por la ley penal. Por un lado la actuación de las policías, que suelen ser la puerta de entrada al sistema de justicia penal, siguen persiguiendo la posesión de consumidores en la vía pública, en ocasiones de forma contraria al criterio posterior de los jueces. Por otro lado, la redacción de las leyes requiere una interpretación judicial que no es uniforme.

Respecto al cultivo para el consumo propio, ya sea por la falta de un claro tratamiento en la legislación o interpretaciones más represivas, en algunos casos llega a considerarse un delito grave que termina en la cárcel. Así ocurre en Brasil,<sup>184</sup> Argentina,<sup>185</sup> y Uruguay<sup>186</sup> donde se pueden enumerar varios casos de personas que cultivaban para su propio consumo y fueron encarceladas por mayores o menores periodos de tiempo. Incluso algunas de ellas desarrollaban dicha actividad como práctica cultural, o bien integraban algunos de los movimientos “cannábicos” que han proliferado en los últimos tiempos.

Ante esta situación en algunos países existen proyectos para modificar la legislación vigente. En Argentina, tras el fallo de la Corte Suprema, diferentes fuerzas políticas presentaron proyectos de reforma de la Ley de Estupefacientes muchos de los cuales consideran no punible la tenencia de estupefacientes para consumo personal y algunos también lo hacen respecto al autocultivo. En Uruguay se está discutiendo públicamente un proyecto para permitir el cultivo doméstico de cannabis hasta la cantidad de ocho plantas, impulsado por el partido gobernante.<sup>187</sup> En Brasil también se estarían dando pasos en este sentido.

A su vez en la región están cobrando mayor visibilidad las organizaciones que defienden a los usuarios y cultivadores de cannabis. El Colectivo por Una Política Integral Hacia las Drogas (Cupihd) de México y la revista argentina THC organizaron el “II Encuentro Continental sobre Cannabis”, en el marco de la III Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas realizada en México durante septiembre de 2011.<sup>188</sup> El primero de estos encuentros se había desarrollado un año antes en Río de Janeiro como evento satélite de la conferencia regional sobre políticas de drogas, con la finalidad de reunir expertos, organizaciones líderes y activistas del movimiento

latinoamericano por la reforma de las leyes sobre el cannabis para compartir información, experiencias, análisis y estrategias en común. En la última conferencia se presentó un documento que plantea:

no es posible un debate democrático real sobre políticas de drogas, mientras el principal sector afectado —las personas usuarias— somos invisibilizadas, silenciadas y criminalizadas. En consecuencia reclamamos la despenalización de la simple tenencia y el consumo de toda sustancia psicoactiva, en todo país, para generar las condiciones para un debate abierto digno de una sociedad democrática.<sup>189</sup>

Además, cada año, el primer sábado de mayo, la Marcha Mundial de la Marihuana convoca más personas, especialmente en Argentina, Chile, Colombia y México.<sup>190</sup>

La Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, fue creada en 2009 por los ex presidentes Fernando Henrique Cardoso, de Brasil; César Gaviria, de Colombia, y Ernesto Zedillo, de México; se integró en total por 17 personalidades de la región.<sup>191</sup> Dicha comisión se propuso abrir una amplia discusión sobre el tema, escuchando a especialistas, discutiendo experiencias, evaluando alternativas y formulando recomendaciones. Produjo un documento titulado “Drogas y democracia: hacia un cambio de paradigma” en el que evaluó el impacto de las políticas de “guerra a las drogas” y formuló recomendaciones para estrategias más eficientes, seguras y humanas. El documento incluye un análisis de las políticas que despenalizan el consumo personal de cannabis y argumenta que “gran parte de los daños asociados a la marihuana —de la prisión y encarcelamiento indiferenciado de consumidores a la violencia y la corrupción que afectan a toda la sociedad— es el resultado de las políticas prohibicionistas vigentes”.<sup>192</sup>

El aumento en las tasas de encarcelamiento por la aplicación de sanciones penales producto de la legislación sobre drogas fue estudiado en ocho países latinoamericanos. La investigación, además de recomendar reformas a las leyes de drogas para evitar el continuo incremento de la población carcelaria, promueve “estimular un debate abierto sobre las ventajas y desventajas de avanzar hacia un mercado legal y regulado para el cannabis”.<sup>193</sup>

Los debates y reformas que en la región se orientan a las consecuencias del control de las drogas ilegales en general, también generan impacto en la discusión sobre cannabis en particular. Por ejemplo, el gobierno ecuatoriano indultó a pequeños vendedores o transportadores de droga, por lo que entre 2008 y 2009 cerca de 1 500 personas encarceladas por delitos vinculados al pequeño tráfico de drogas recuperaron su libertad. A la vez, el enfoque incluido en la Constitución ecuatoriana define al consumo problemático de drogas como un tema de salud pública, y en cuanto a los usuarios “en ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales”.<sup>194</sup>

Otro hecho significativo en relación con el debate de las reformas regionales fue la posición uruguaya —acompañada por Argentina, Ecuador y Bolivia—, que solicitó la integración de los derechos humanos a las políticas de control de drogas de las Naciones

Unidas, durante la 51 Sesión de la Comisión de Estupefacientes sobre la revisión de las metas de UNGASS de 1998.<sup>195</sup>

A su vez, Bolivia se ha concentrado en conseguir la abolición de la prohibición del mascado de la hoja de coca, modificando dos subartículos de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.<sup>196</sup>

A modo de síntesis se podría señalar que la región está revisando las políticas de drogas. Si bien las reformas legislativas cambian, según los países y los temas, el rol de los jueces ha resultado relevante para limitar las expresiones más represivas. También, el protagonismo de los usuarios de drogas —de cannabis en especial, aunque no exclusivamente—, sumados a otras organizaciones de la sociedad civil, ha impulsado una serie de propuestas de reformas legislativas que están en discusión. Estas propuestas han llegado incluso a formar parte de las agendas gubernamentales, motivando un amplio debate en la opinión pública.



<sup>1</sup> J. H. Mills, *Cannabis Britannica: Empire, Trade, and Prohibition 1800-1928*, Oxford University Press, Nueva York, 2003; S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (eds.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>; K. B. Zeese, "History of Medical Marijuana Policy in US", *International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 319-328, 1999.

<sup>2</sup> R. Bonnie y C. Whitebread, *Marihuana Conviction - A history of Marihuana Prohibition in the United States*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1974; J. Giffen, S. Endicott y S. Lambert, *Panic and Indifference - The Politics of Canada's Drug Laws*, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 1991; J. Slaughter, "Marijuana Prohibition in the United States: History and Analysis of a Failed Policy", *Columbia Journal of Law and Social Problems*, 21 (4): 417-475, 1988.

<sup>3</sup> Senate Social Committee on Social Welfare, 1977.

<sup>4</sup> Report by the Advisory Committee on Drugs Dependence, 1969.

<sup>5</sup> Commission of Inquiry into the Non-medical Use of Drugs, 1973.

<sup>6</sup> Comisiones Baan y Hulsman, 1970 y 1971.

<sup>7</sup> Shafer Commission, 1973.

<sup>8</sup> UKCIA, 2000.

<sup>9</sup> P. Cohen, "Crack in the Netherlands: Effective Social Policy is Effective Drug Policy", en C. Reinerman y H. G. Levine (eds.), *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*, University of California Press, Berkeley, 1997, pp. 214-224.

<sup>10</sup> R. MacCoun y P. Reuter, "Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalisation Debate", *Science*, 278 (3): 47-52, 1997; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Legal Database on Drugs. Legal Topic Overviews: Possession of Cannabis for Personal Use*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5769EN.html>>; E. W. Single, "The Impact of Marijuana Decriminalisation: An Update", *Journal of Public Health Policy*, 10 (4): 456-466, 1989.

<sup>11</sup> Por ejemplo, K. Krajewski, "How Flexible are the UN Drug Conventions?", *The International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 329-338, 1999.

<sup>12</sup> N. Boyd, *The Social Dimensions of Law*, Prentice-Hall Canada, Scarborough, 1986; W. Chambliss, *Criminal Law in Action*, Hamilton Publications, 1975; R. Ericson y P. Baranek, *The Ordering of Justice: A Study of Accused Persons as Dependents in the Criminal Process*, University of Toronto Press, Toronto, 1982.

<sup>13</sup> K. Beckett, K. Nyrop y L. Pfingst, "Race, Drugs, and Policing: Understanding Disparities in Drug Delivery Arrests", *Criminology*, 44 (1): 105-138, 2006; G. Kellough y S. Wortley, "Remand for Plea. Bail Decisions and Plea Bargaining as Commensurate Decisions", *British Journal of Criminology*, 42 (1): 186-210, 2002; R. Weitzer y S. A. Tuch, "Race, Class, and Perceptions of Discrimination by the Police", *Crime & Delinquency*, 45 (4): 494-507, 1999.

<sup>14</sup> D. Bayley, *Police for the Future*, Oxford University Press, Oxford, 1994; D. Smith y C. Visher, "Street-Level Justice: Situational Determinants of Police Arrest Decisions", *Social Problems*, 29 (2): 167-177, 1981.

<sup>15</sup> D. Gottfredson, "Prediction and Classification in Criminal Justice Decision Making", *Crime & Justice*, 9: 1-20, 1987; D. Kessler y A. Piehl, "The Role of Discretion in the Criminal Justice System", *The Journal of Law, Economics, and Organization*, 14 (2): 256-276, 1998.

<sup>16</sup> B. Fischer, K. Ala-Leppilampi, E. Single y A. Robins, "Cannabis Law Reform in Canada: Is the 'Saga of Promise, Hesitation and Retreat' Coming to an End?", *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45 (3): 265-297, 2003; D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994.

<sup>17</sup> Por ejemplo, un delito grave o un delito menor en el sistema de los Estados Unidos.

<sup>18</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

<sup>19</sup> "Descriminalización", "despenalización" y "legalización".

<sup>20</sup> R. Pacula, R. MacCoun, P. Reuter, J. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, “What Does it Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross-National Empirical Examination”, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16: 347-369, 2005.

<sup>21</sup> Por ejemplo, civil.

<sup>22</sup> Por ejemplo, leyes de salud pública, comerciales o laborales.

<sup>23</sup> B. Fischer, R. Room y K. Ala-Leppilampi, “Cannabis-Use Control in Western Countries - A Brief Review of History and Present”, *European City Conference on Cannabis Policy (conference book)*, The Hague, ES&E, 2001, pp. 37-42; W. D. Hall y R. L. Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003; D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994; R. Pacula, R. MacCoun, P. Reuter, J. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, “What Does it Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross-National Empirical Examination”, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16: 347-369, 2005.

<sup>24</sup> D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *op. cit.*

<sup>25</sup> Por ejemplo, prohibición según un principio de oportunidad.

<sup>26</sup> J. Baker y D. Goh, *The Cannabis Cautioning Scheme Three Years on: An Implementation and Outcome Evaluation*, New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, Sidney, 2004; G. Bammer, W. D. Hall y M. Hamilton, “Harm Minimization in a Prohibition Context - Australia”, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 582 (1): 80-93, 2002; P. Erickson y E. Oscanella, “Cannabis in Canada - A Puzzling Policy”, *International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 313-318, 1999; S. Lenton, P. Christie, R. Humeniuk, A. Brooks, P. Bennett y P. Heale, *Infringement Versus Conviction: the Social Impact of a Minor Cannabis Offence Under a Civil Penalties System and Strict Prohibition in Two Australian States: monograph no. 36*, Publications Productions Unit (Public Affairs, Parliamentary and Access Branch)/Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, 1999.

<sup>27</sup> Por ejemplo, posesión de cannabis.

<sup>28</sup> A. Macintosh, “Drug Law Reform Beyond Prohibition. Report Discussion Paper”, *The Australian Institute*, núm. 83, 2006.

<sup>29</sup> A. Ashworth, *Sentencing and Criminal Justice*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005; M. Bull, *Just Treatment: A Review of International Programs for the Diversion of Drug Related Offenders from the Criminal Justice System*, Queensland University of Technology, Department of the Premier and Cabinet Queensland, 2003; L. Sherman, D. Gottfredson, D. MacKenzie, J. Eck, P. Reuter y S. Bushway, *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising. A Report to the United States Congress*, Department of Criminology and Criminal Justice/University of Maryland, College Park, 1998.

<sup>30</sup> A. Bull, “A Comparative Review of Best Practice Guidelines for the Diversion of Drugrelated Offenders”, *International Journal of Drug Policy*, 16: 223-234, 2005; P. Lattimore, N. Broner y R. Sherman, “A Comparison of Prebooking and Postbooking Programs for Mentally Ill Substance-Using Individuals with Justice Involvement”, *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19 (1): 30-64, 2003; M. Passey, B. Flaherty y P. Didcott, “The Magistrates Early Referral Into Treatment (MERIT) Pilot Program: A Descriptive Analysis of a Court Diversion Program in Rural Australia”, *Journal of Psychoactive Drugs*, 38 (4): 521-529, 2006; C. Spooner, W. Hall y R. P. Mattick, “An Overview of Diversion Strategies for Australian Drug-Related Offenders”, *Drug and Alcohol Review*, 20 (3): 281-294, 2001; T. E. Ulrich, “Pretrial Diversion in the Federal Court System”, *Federal Probation*, 66 (3): 30-37, 2002.

<sup>31</sup> Por ejemplo, multas o tiempo en las instituciones correccionales.

<sup>32</sup> Por ejemplo, cursos, sesiones de información, servicios comunitarios.

<sup>33</sup> S. Belenko, *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*, The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University, Nueva York, 2001; J. S. Goldkamp, M. D. White y J. B. Robinson, “Do Drug Courts Work? Getting Inside the Drug Court Black Box”, *Journal of Drug Issues*, 31 (1): 27-72, 2001; F. S. Taxman y J. Bouffard, “Treatment Inside the Drug Treatment Court: The Who, What, Where, and How of Treatment Services”, *Substance Use & Misuse*, 37 (12-13): 1665-1688, 2002; S. Turner, D.

Longshore, S. Wenzel, E. Deschenes, P. Greenwood, T. Fain, A. Harrell, A. Morral, F. Taxman, M. Iguchi, J. Greene y D. McBride, "A Decade of Drug Treatment Court Research", *Substance Use & Misuse*, 37 (12-13): 1489-1527, 2002.

<sup>34</sup> Por ejemplo, "etiquetado".

<sup>35</sup> Justice Research and Statistics Association, *Creating a New Criminal Justice System for the 21st Century: Findings and Results from State and Local Program Evaluations*, US Office of Justice Programs/Bureau of Justice Assistance, Washington, 2000; E. Shepard y P. Blackley, "The Impact of Marijuana Law Enforcement in an Economic Model of Crime", *Journal of Drug Issues*, 37: 403-424, 2007.

<sup>36</sup> European Legal Database on Drugs, *Country Profile-France*, 2004. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.content&sLanguageISO=EN&nNodeID=5174>>

<sup>37</sup> Por ejemplo, mediante una "orden terapéutica".

<sup>38</sup> European Legal Database on Drugs, *op. cit.*

<sup>39</sup> Nueva Gales del Sur, Victoria, Queensland y Tasmania.

<sup>40</sup> Véase más adelante; J. Baker y D. Goh, *The Cannabis Cautioning Scheme Three Years on: An Implementation and Outcome Evaluation*, New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, Sidney, 2004; W. D. Hall, "The Contribution of Research to the Development of a National Cannabis Policy in Australia", *Addiction*, 103: 712-720, 2008; C. Spooner, W. Hall y R. P. Mattick, "An Overview of Diversion Strategies for Australian Drug-Related Offenders", *Drug and Alcohol Review*, 20 (3): 281-294, 2001.

<sup>41</sup> Pipas de agua, pipas de fumar y demás equipo para fumar.

<sup>42</sup> Generalmente de dos a cuatro semanas.

<sup>43</sup> Hasta un máximo de seis meses en la cárcel o una multa de 1 000 dólares por un primer delito.

<sup>44</sup> B. Fischer, K. Ala-Leppilampi, E. Single y A. Robins, "Cannabis Law Reform in Canada: Is the 'Saga of Promise, Hesitation and Retreat' Coming to an End?", *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 5 (3): 265-297, 2003; Senate Special Committee on Illegal Drugs, *Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy*, Parliament, Senate, Ottawa, 2002.

<sup>45</sup> W. Silver, "Juristat: Crime Statistics in Canada 2006", *Statistics Canada*, núm. 5, 2007.

<sup>46</sup> Por ejemplo, delitos no violentos.

<sup>47</sup> J. Roberts y D. Cole, *Making Sense of Sentencing*, University of Toronto Press, Toronto, 1999.

<sup>48</sup> Por ejemplo, cuando un infractor por drogas recibe un tratamiento o la orden de prestar servicios comunitarios en lugar de una multa.

<sup>49</sup> D. Hendrick, M. Martin y P. Greenberg, *Conditional Sentencing in Canada: A Statistical Profile 1997-2001*, Catalogue no. 85-560-XIE, Canadian Centre for Justice Statistics, 2003.

<sup>50</sup> *Id.*

<sup>51</sup> Statistics Canada, *Cases in Adults Criminal Court by Type of Sentences; Total Convicted Cases, Prison, Conditional Sentence, Probation, by Province and Yukon Territory. Catalogue no. 85-002-X. Report Table 252-0017*, CANSIM, Ottawa, 2007.

<sup>52</sup> M. Collison, "Drug Crime, Drug Problems, and Criminal Justice: Sentencing Trends and Enforcement Targets", *The Howard Journal of Criminal Justice*, 33 (1): 25-40, 1994; H. Warburton, T. May y M. Hough, "Looking the Other Way: The Impact of Reclassifying Cannabis on Police Warnings, Arrests and Informal Action in England and Wales", *British Journal of Criminology*, 45 (2): 113-128, 2005.

<sup>53</sup> E. Ellison, "Policing Cannabis: Can Pragmatism Replace Policy?", *Probation Journal*, 51 (4): 415-420, 2004; G. Pearson, "The Policing of Cannabis in the United Kingdom", *Addiction*, 102: 1175-1177, 2007; H. Warburton, T. May y M. Hough, *op. cit.*

<sup>54</sup> T. May, M. Duffy, H. Warburton y M. Hough, *Policing Cannabis as a Class C Drug: An Arresting Change?*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2007.

<sup>55</sup> L. Leigh, "The Seamless Web? Diversion from the Criminal Process and Judicial Review", *The Modern Law Review*, 70 (4): 654-659, 2007.

<sup>56</sup> Véase G. Pearson, *op. cit.*; H. Warburton, T. May y M. Hough, "Looking the other Way: The Impact of

Reclassifying Cannabis on Police Warnings, Arrests and Informal Action in England and Wales”, *British Journal of Criminology*, 45 (2): 113-128, 2005.

<sup>57</sup> G. Pearson, *op. cit.*, p. 1176.

<sup>58</sup> R. L. Pacula, J. F. Chriqui y J. King, “Marijuana Decriminalization: What Does it Mean in the United States?”, *NBER Working Paper Series*, Working Paper no. 9690, National Bureau of Economic Research (NBER), 2003; véase también E. Single, “The Impact of Marijuana Decriminalisation: An Update”, *Journal of Public Health Policy*, 10 (4): 456-466, 1989.

<sup>59</sup> R. L. Pacula, R. MacCoun, P. Reuter, J. F. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, “What Does it Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross-National Empirical Examination”, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16: 347-369, 2005.

<sup>60</sup> Por ejemplo, Oregon, Colorado, Ohio, Maine, Minnesota, Mississippi, Nueva York, Nebraska, Connecticut, Luisiana, Massachusetts, Nueva Jersey, Nevada, Vermont, Wisconsin y Virginia Occidental.

<sup>61</sup> National Organization for the Reform of Marijuana Laws (NORML), “Marijuana Law Reform Ad Contest”, *NORML Working to Reform Marijuana Law*, 2008. Disponible en <<http://norml.org/>>

<sup>62</sup> Por ejemplo, van desde 100 dólares hasta un máximo de 1 000 dólares en algunos estados.

<sup>63</sup> *Id.*

<sup>64</sup> D. Fratello, *Proposition 36: Improving Lives, Delivering Results - A Review of the First Four Years of California's Substance Abuse and Crime Prevention Act of 2000*, Drug Policy Alliance, San Francisco, 2006.

<sup>65</sup> J. Appel, G. Backes y J. Robbins, “California's Proposition 36: A Success Ripe for Refinement and Replication”, *Criminology & Public Policy*, núm. 3 (4): 585-592, 2004; R. Fosados, E. Evans y Y. Hser, “Ethnic Difference in Utilization of Drug Treatment Services and Outcomes among Proposition 36 Offenders in California”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33 (4): 391-399, 2007; D. Longshore, E. Evans, D. Urada, C. Teruya, M. Hardy, Y. Hser, M. Prendergast y S. Etner, *Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act 2002 Report*, Report Prepared for the Department of Alcohol and Drug Programs California Health and Human Services Agency, University of California Los Angeles (UCLA), Los Ángeles, 2003.

<sup>66</sup> Drug War Chronicle, “Brazilian President Signs New Drug Law – No Jail for Users”, *Drug War Chronicle*, núm. 451, 31 de agosto de 2006. Disponible en <[http://stopthedrugwar.org/chronicle/451/lula\\_signs\\_new\\_brazil\\_drug\\_law\\_no\\_jail\\_for\\_users](http://stopthedrugwar.org/chronicle/451/lula_signs_new_brazil_drug_law_no_jail_for_users)>

<sup>67</sup> Drug War Chronicle, “Brazil Appeals Court Rules Drug Possession Not a Crime”, *Drug War Chronicle*, núm. 538, 30 de mayo de 2008. Disponible en <[http://stopthedrugwar.org/chronicle/538/brazil\\_appeals\\_court\\_drug\\_possession\\_no\\_crime](http://stopthedrugwar.org/chronicle/538/brazil_appeals_court_drug_possession_no_crime)>

<sup>68</sup> Por ejemplo, una sanción civil o aviso de infracción.

<sup>69</sup> Por ejemplo, una multa limitada.

<sup>70</sup> Por ejemplo, revocación temporal de la licencia de manejo.

<sup>71</sup> Por ejemplo, la estigmatización o criminalización.

<sup>72</sup> P. Erickson, *Cannabis Criminals: The Social Effects of Punishment on Drug Users*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1980; P. Erickson y G. Murray, “Cannabis Criminals Revisited”, *British Journal of Addiction*, 81: 81-85, 1986; S. Lenton y P. Heale, “Arrest, Court and Social Impacts of Conviction for a Minor Cannabis Offence under Strict Prohibition”, *Contemporary Drug Problems*, 27: 805-833, 2000; S. Lenton, P. Heale, P. Erickson, E. Single, E. Lang y D. Hawks, *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply: A Discussion Document Prepared for the Drug and Crime Prevention*, National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, Committee of the Parliament of Victoria, NDRI Monograph No. 3, Perth, 2000.

<sup>73</sup> S. Lenton, P. Heale, P. Erickson, E. Single, E. Lang y D. Hawks, *op. cit.*; D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994; J. Priori, G. Swensen, J. Migro, R. Tomassini, A. Marshall y S. Lenton, *Implementation of a Scheme of Prohibition with Civil Penalties for the Personal Use of Cannabis and other Matters - Report of the Working Party on Drug Law Reform to the Minister for Health*, Drug and Alcohol Office, Health Department of Western Australia, Perth, 2002.

<sup>74</sup> Véase D. Gelders y F. Vander Laenen, “‘Mr. Police Officer I Thought Cannabis Was Legal’ - Introducing

New Policy Regarding Cannabis in Belgium: A Story of Good Intentions and Babel”, *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 14: 103-116, 2007.

<sup>75</sup> N. Dorn, “UK Policing of Drug Traffickers and Users: Policy Implementation in the Context of National Law, European Traditions, International Drug Conventions, and Security After 2001”, *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 533-550, 2004; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Legal Database on Drugs - Topic Overviews - Possession of Cannabis for Personal Use*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5769EN.html>>

<sup>76</sup> EMCDDA, *op. cit.*

<sup>77</sup> L. M. Solivetti, *Drug Use Criminalization v. Decriminalization: An Analysis in the Light of the Italian Experience*, Swiss Federal Office of Public Health, Berna, 2001; M. Van het Loo, S. Hoorens, C. van't Hof y J. Kahan, *Cannabis Policy*, RAND Europe, Santa Mónica, 2003.

<sup>78</sup> N. Dorn, *op. cit.*; EMCDDA, *op. cit.*, L. M. Solivetti, *op. cit.*

<sup>79</sup> T. Zabransky, V. Mravčik, H. Gajdošikova y M. Miovsy, *PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report)*, Office of the Czech Government, Secretariat of the National Drug Commission, Praga, 2001. Disponible en <[http://www.ak-ps.cz/client/files/PAD\\_en.pdf](http://www.ak-ps.cz/client/files/PAD_en.pdf)>; véase el capítulo V.

<sup>80</sup> T. Zabransky, “Czech Drug Laws as an Arena of the Drug Policy Battle”, *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 661-686, 2004.

<sup>81</sup> *Europe. Czech Lower House Approves Lower Marijuana Penalties*, 2008. Disponible en <<http://www.stopthedrugwar.org/chronicle/560/czech-republic-marijuana-decriminalization>>

<sup>82</sup> *Id.*

<sup>83</sup> Alrededor de 10 dosis o 30 mg de THC para los productos del cannabis.

<sup>84</sup> EMCDDA, *op. cit.*

<sup>85</sup> Profesionales médicos, trabajadores sociales y asesores jurídicos.

<sup>86</sup> C. E. Hughes y A. Stevens, *The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal, Briefing Paper Fourteen*, The Beckley Foundation Drug Policy Program, Londres, 2007.

<sup>87</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Statistical Bulletin 2007*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34943EN.html>>; C. E. Hughes y A. Stevens, *op. cit.*

<sup>88</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Legal Database on Drugs - Topic Overviews - Possession of Cannabis for Personal Use*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5769EN.html>>

<sup>89</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Thematic Papers: Illicit Drug Use in the EU: Legislative Approaches*, EMCDDA, Lisboa, 2005. Disponible en <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_10080\\_EN\\_emcddaTP\\_01.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10080_EN_emcddaTP_01.pdf)>

<sup>90</sup> S. Lenton, “Deterrence Theory and the Limitations of Criminal Penalties for Cannabis Use”, en T. Stockwell, P. J. Gruenewald, J. W. Toumbourou y W. Loxley (eds.), *Preventing Harmful Substance Use: The Evidence Base for Policy and Practice*, John Wiley & Sons, 2005; S. Lenton, “Evaluation of Western Australian Cannabis Infringement Notice Scheme – An Overview”, *Drug and Alcohol Review*, 24 (4): 297-299, 2005; S. Lenton, P. Christie, R. Humeniuk, A. Brooks, P. Bennett y P. Heale, *Infringement versus Conviction: The Social Impact of a Minor Cannabis Offence under a Civil Penalties System and Strict Prohibition in Two Australian States (Monograph No. 36)*, Publications Productions Unit/Commonwealth Department of Health and Aged Care, National Drug Strategy, Canberra, 1999; S. Lenton, D. McDonald, R. Ali y T. Moore, “Laws Applying to Minor Cannabis Offences in Australia and their Evaluation”, *International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 299-303, 1999.

<sup>91</sup> Drug and Alcohol Office, “Statutory Review: Cannabis Control Act 2003, Technical report/ Report to Minister for Health (prepared by Drug and Alcohol Office), Drug and Alcohol Office, Perth, 2007.

<sup>92</sup> Drug and Alcohol Office, “Statutory Review: Cannabis Control Act 2003, Technical report/ Report to Minister for Health (prepared by Drug and Alcohol Office), Drug and Alcohol Office, Perth, 2007b.

- <sup>93</sup> Por ejemplo, Australia del Sur.
- <sup>94</sup> Por ejemplo, Australia Occidental.
- <sup>95</sup> S. Lenton, "Deterrence Theory and the Limitations of Criminal Penalties for Cannabis Use", en T. Stockwell, P. J. Gruenewald, J. W. Toumbourou y W. Loxley (eds.), *Preventing Harmful Substance Use: The Evidence Base for Policy and Practice*, John Wiley & Sons, Chichester, 2005; S. Lenton, "Evaluation of Western Australian Cannabis Infringement Notice Scheme – An Overview", *Drug and Alcohol Review*, 24 (4): 297-299, 2005.
- <sup>96</sup> J. Spagnolo, "Premier Colin Barnett's 2009 War on Drugs", *Perth Now*, 3 de enero de 2009. Disponible en <<http://www.news.com.au/perthnow/story/0,,24868863-2761,00.html>>
- <sup>97</sup> Por ejemplo, el consumo cerca de una escuela o por parte de menores de edad, etcétera: A. Macintosh, "Drug Law Reform Beyond Prohibition. Report Discussion Paper", *The Australian Institute*, núm. 83, 2006; D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994.
- <sup>98</sup> En la aplicación de la ley, o bien, en el nivel de procesamiento.
- <sup>99</sup> R. MacCoun y P. Reuter, "Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalisation Debate", *Science*, 278 (3): 47-52, 1997; D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994; C. Reinerman, P. D. A. Cohen y H. L. Kaal, "The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco", *American Journal of Public Health*, 94 (5): 836-842, 2004.
- <sup>100</sup> C. Chatwin, "Drug Policy Developments Within the European Union: The Destabilizing Effects of Dutch and Swedish Drug Policies", *British Journal of Criminology*, 43 (3): 567-582, 2003; D. Duncan y T. Nicholson, "Dutch Drug Policy: A Model for America?", *Journal of Health and Social Policy*, 8 (3): 1-15, 1997.
- <sup>101</sup> C. Chatwin, *op. cit.*; R. MacCoun y P. Reuter, *op. cit.*; J. Van Dijk, "The Narrow Margins of the Dutch Drug Policy: A Cost-Benefit Analysis", *European Journal on Criminal Policy and Research*, 6 (3): 369-394, 1998.
- <sup>102</sup> J. Uitermark, "The Origins and Future of the Dutch Approach Toward Drugs", *Journal of Drug Issues*, 34: 511-532, 2004.
- <sup>103</sup> R. MacCoun y P. Reuter, *op. cit.*; F. Pakes, "The Politics of Discontent: The Emergence of a New Criminal Justice Discourse in the Netherlands", *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43: 284-298, 2004; C. Reinerman, P. D. A. Cohen y H. L. Kaal, "The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco", *American Journal of Public Health*, 94 (5): 836-842, 2004; H. J. van Vliet, "Separation of Drug Markets and the Normalization of Drug Problems in the Netherlands: An Example for other Nations?", *Journal of Drug Issues*, 20: 463-471, 1990.
- <sup>104</sup> F. Polak, *The Boundaries of Decriminalisation: Coffee Shops and the Backdoor Problem. Options for Control in the 21st Century*, Paper presented at the symposium, Regulating cannabis, Londres, 1998; J. Uitermark, *op. cit.*
- <sup>105</sup> M. de Kort y T. Cramer, "Pragmatism versus Ideology: Dutch Drug Policy Continued", *Journal of Drug Issues*, 29: 473-493, 1999; F. Pakes, *op. cit.*
- <sup>106</sup> S. Lenton, P. Heale, P. Erickson, E. Single, E. Lang y D. Hawks, *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply: A Discussion Document Prepared for the Drug and Crime Prevention Committee of the Parliament of Victoria*, National Drug Research Institute-Curtin University of Technology, Perth, 2000.
- <sup>107</sup> T. Boekhout Van Solinge, "Dutch Drug Policy in a European Context", *Journal of Drug Issues*, 29 (3): 511-528, 1999; C. Chatwin, "Drug Policy Developments within the European Union: The Destabilizing Effects of Dutch and Swedish Drug Policies", *British Journal of Criminology*, 43 (3): 567-582, 2003; C. Chatwin, "Multi-Level Governance: The Way Forward for European Illicit Drug Policy?", *International Journal of Drug Policy*, 18 (6): 494-502, 2007; P. Lemmens y H. Garretsen, "Unstable Pragmatism: Dutch Drug Policy under National and International Pressure", *Addiction*, 93: 157-162, 1998.
- <sup>108</sup> Por ejemplo, la de los Estados Unidos.
- <sup>109</sup> J. Uitermark, *op. cit.*

- <sup>110</sup> L. Bollinger, “Drug Law and Policy in Germany and the European Community: Recent Developments”, *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 491-509, 2004.
- <sup>111</sup> R. Pacula, R. MacCoun, P. Reuter, J. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, “What Does it Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross-National Empirical Examination”, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16: 347-369, 2005.
- <sup>112</sup> S. Aulinger, *Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten*, Nomos, Berlín, 1997; C. Schäfer y L. Paoli, *Drogen und Strafverfolgung: die Anwendung des [section] 31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte*, Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht, Freiburg, 2006.
- <sup>113</sup> C. Schäfer y L. Paoli, *op. cit.*
- <sup>114</sup> *Id.*
- <sup>115</sup> Por ejemplo, órdenes de tratamiento, etcétera.
- <sup>116</sup> C. Schäfer y L. Paoli, *op. cit.*
- <sup>117</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *European Legal Database on Drugs, Country Profile-Austria*, EMCDDA, Lisboa, 2004. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html>>
- <sup>118</sup> M. van het Loo, S. Hoorens, C. van’t Hof y J. Kahan, *Cannabis Policy*, RAND Europe, Santa Monica, 2003.
- <sup>119</sup> Por ejemplo, suspensión de la licencia de manejo.
- <sup>120</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Statistical Bulletin 2007*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34943EN.html>>
- <sup>121</sup> J. F. Gamella y M. L. Jiménez Rodrigo, “A Brief History of Cannabis Policies in Spain (1968-2003)”, *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 623-659, 2004.
- <sup>122</sup> *Id.*
- <sup>123</sup> P. Brady, “Spanish Stoner Paradise”, *Cannabis Culture Magazine*, núm. 47, 25 de abril de 2004. Disponible en <<http://www.cannabisculture.com/articles/3257.html>>
- <sup>124</sup> Véase también más adelante.
- <sup>125</sup> Marijuana Policy Project (MPP). Disponible en <<http://www.mpp.org/states/alaska/news/supreme-court-punts-pot.html>>
- <sup>126</sup> C. Gouyis Roman, H. Ahn-Redding y R. J. Simon, *Illicit Drug Policies, Trafficking, and Use the World Over*, Lexington Books, Lanham/ Plymouth, 2005.
- <sup>127</sup> Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, *Cannabis 2008: Lagenbeurteilung und Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen*, Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, Berna, 2008; M. van het Loo, S. Hoorens, C. van’t Hof y J. Kahan, *Cannabis Policy*, RAND Europe, Santa Monica, 2003.
- <sup>128</sup> Schweizerische Eidgenossenschaft, *Polizeiliche Kriminalstatistik*, Bundesamt für Statistik, Berna, 2007.
- <sup>129</sup> Schweizer Bundesrat, *Botschaft über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes*, Bundesrat, Berna, 2001.
- <sup>130</sup> C. Kapp, “Swiss Debate Whether to Legalise Cannabis”, *The Lancet*, 362: 970-971, 2003; M. Van het Loo, S. Hoorens, C. van’t Hof y J. Kahan, *op. cit.*
- <sup>131</sup> U. Geiser, *Pot Smokers Hope for Support in Parliament*, Swissinfo, Berna, 2007. Disponible en <[http://www.swissinfo.org/eng/politics/internal\\_affairs/Pot\\_smokers\\_hope\\_for\\_support\\_in\\_parliament.html?siteSect=1511&sid=8469963&cKey=1197372388000&ty=st](http://www.swissinfo.org/eng/politics/internal_affairs/Pot_smokers_hope_for_support_in_parliament.html?siteSect=1511&sid=8469963&cKey=1197372388000&ty=st)>
- <sup>132</sup> B. Fischer, K. Ala-Leppilampi, E. Single y A. Robins, “Cannabis Law Reform in Canada: Is the ‘Saga of Promise, Hesitation and Retreat’ Coming to an End?”, *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45 (3): 265-297, 2003.
- <sup>133</sup> E. de Preux, F. Dubois-Arber y F. Zobel, “Current Trends in Illegal Drug Use and Drug Related Health Problems in Switzerland”, *Swiss Medical Weekly*, 134 (21-22): 313-321, 2004.

- <sup>134</sup> BBC News, *Swiss Approve Prescription Heroine*, BBC News website, 30 de noviembre de 2008. Disponible en <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7757050.stm>>; U. Geiser, *Pot Smokers Hope for Support in Parliament*, Swissinfo, Berna, 2007. Disponible en <[http://www.swissinfo.org/eng/politics/internal\\_affairs/Pot\\_smokers\\_hope\\_for\\_support\\_in\\_parliament.html?siteSect=1511&sid=8469963&cKey=1197372388000&ty=st](http://www.swissinfo.org/eng/politics/internal_affairs/Pot_smokers_hope_for_support_in_parliament.html?siteSect=1511&sid=8469963&cKey=1197372388000&ty=st)>; NZZ Online, *Cannabis-Konsum soll nicht straffrei werden*, 2008. Disponible en <[http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/auch\\_staenderat\\_spricht\\_sich\\_gegen\\_hanfinitiative\\_aus\\_1.687299.html](http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/auch_staenderat_spricht_sich_gegen_hanfinitiative_aus_1.687299.html)>
- <sup>135</sup> NZZ Online, *op. cit.*
- <sup>136</sup> M. Charles, D. Bewley-Taylor y A. Neidpath, *Drug Policy in India: Compounding Harm?*, Beckley Foundation, Briefing Paper 10, Beckley, 2005. Disponible en <[http://www.ahrn.net/library\\_upload/uploadfile/file2501.pdf](http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file2501.pdf)>
- <sup>137</sup> Wikipedia, *Bhang*, 20 de agosto de 2008. Disponible en <<http://en.wikipedia.org/wiki/Bhang>>
- <sup>138</sup> Wikitravel, *India*, 20 de agosto de 2008. Disponible en <<http://wikitravel.org/en/India>>
- <sup>139</sup> A. Sharma, “Starting the Day with the Cup that Kicks”, *Hindustan Times*, 4 de noviembre de 2007. Disponible en <<http://www.hindustantimes.com/StoryPage/StoryPage.aspx?id=8d0650c1-e9d9-4f7e-a683-6b3cc8bdd778>>
- <sup>140</sup> Disponible en <<http://www.upexcise.in>>
- <sup>141</sup> O asociación de consumidores de cannabis.
- <sup>142</sup> Wikipedia, “Cannabis Social Club”, consultado el 29 de marzo de 2009. Disponible en <[http://en.wikipedia.org/wiki/Cannabis\\_Social\\_Club](http://en.wikipedia.org/wiki/Cannabis_Social_Club)>
- <sup>143</sup> European Coalition for Just and Effective Drug Policies (ENCOD), *Cannabis Social Clubs*, ENCOD, Antwerp, 2009. Disponible en <<http://www.encod.org/info/-cannabis-social-clubs-.html>>
- <sup>144</sup> European Coalition for Just and Effective Drug Policies (ENCOD), *Pannagh, Spain*, ENCOD, Antwerp, 2009. Disponible en <<http://www.encod.org/info/pannagh-spain.html>>
- <sup>145</sup> W. D. Hall y L. Degenhardt, “Medical Marijuana Initiatives: Are they Justified? How Successful are they Likely to Be?”, *CNS Drugs*, 17: 689-697, 2003.
- <sup>146</sup> Por ejemplo, Canadá y varios estados de los Estados Unidos.
- <sup>147</sup> J. Joy, S. Watson y J. Benson, *Institute of Medicine: Marijuana and Medicine - Assessing the Science Base*, National Academy Press, Washington, 1999.
- <sup>148</sup> Una excepción es el estado de Maryland, donde la exención no elimina el castigo penal; sin embargo, permite la imposición de multas, es decir, se basa en el uso de “sanciones administrativas”.
- <sup>149</sup> R. Pacula, J. Chriqui, D. Reichmann y Y. Terry-McElrath, “State Medical Marijuana Laws: Understanding the Laws and their Limitations”, *Journal of Public Health Policy*, 23: 413-439, 2002.
- <sup>150</sup> Es decir, Alaska, Colorado, Hawái, Maine, Michigan, Montana, Nuevo México, Nevada, Oregon, Rhode Island, Vermont y Washington.
- <sup>151</sup> Marijuana Policy Project (MPP), *State-by State Medical Marijuana Laws: How to Remove the Threat of Arrest*, MPP, Capitol Hill, Washington, 2007.
- <sup>152</sup> P. Lucas, “Regulating Compassion: An Overview of Canada’s Federal Medical Cannabis Policy and Practice”, *Harm Reduction Journal*, 5: 1-13, 2008; C. Manfredi y A. Maioni, “Courts and Health Policy: Judicial Policy Making and Publicly Funded Health Care in Canada”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27: 213-240, 2002.
- <sup>153</sup> P. Lucas, *op. cit.*
- <sup>154</sup> Health Canada, *Medical Use of Marihuana - FAQs*, Health Canada, Ottawa, 2005. Disponible en <<http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/about-apropos/faq-eng.php>>; B. Sibbald, “Medical Marijuana Program ‘a sham’: Lawyer”, *Canadian Medical Association Journal*, 167: 1153, 2002.
- <sup>155</sup> D. Samuels, “Dr. Kush: How Medical Marijuana is Transforming the Pot Industry”, *New Yorker*, 28 de julio de 2008. Disponible en <[http://www.newyorker.com/reporting/2008/07/28/080728fa\\_fact\\_samuels](http://www.newyorker.com/reporting/2008/07/28/080728fa_fact_samuels)>
- <sup>156</sup> D. Samuels, *op. cit.*

<sup>157</sup> *Id.*

<sup>158</sup> Y en algunos casos se han fortalecido aún más a cambio de enfoques más liberales en el control de la posesión o el consumo.

<sup>159</sup> (Swensen, 2007a) B. Fischer, K. Ala-Leppilampi, E. Single y A. Robins, “Cannabis Law Reform in Canada: Is the ‘Saga of Promise, Hesitation and Retreat’ Coming to an End?”, *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45 (3): 265-297, 2003.

<sup>160</sup> A través de las instalaciones de producción de propiedad estatal o puntos de venta.

<sup>161</sup> D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994.

<sup>162</sup> T. Babor, R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, J. Grube, P. Gruenewald, L. Hill, H. Holder, R. Homel, E. Osterberg, J. Rehm, R. Room e I. Rossow, *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*, Oxford University Press, Oxford/ Londres, 2003.

<sup>163</sup> J. West, “Prostitution: Collectives and the Politics of Regulation”, *Gender, Work & Organization*, 7 (2): 106-119, 2000.

<sup>164</sup> H. D. Holder y C. J. Cherpitel, “The End of U.S. Prohibition: A Case Study of Mississippi”, *Contemporary Drug Problems*, 23 (2): 301-330, 1996.

<sup>165</sup> Véase, M. Haden, “Regulation of Illegal Drugs: An Exploration of Public Health Tools”, *International Journal of Drugs Policy*, 15: 225-230, 2004.

<sup>166</sup> S. Lenton, P. Heale, P. Erickson, E. Single, E. Lang y D. Hawks, *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply: A Discussion Document Prepared for the Drug and Crime Prevention Committee of the Parliament of Victoria*, Monograph no. 3, National Drug Research Institute (NDRI), Curtin University of Technology, Perth, 2000; R. MacCoun y P. Reuter, “Evaluating Alternative Cannabis Regimes”, *British Journal of Psychiatry*, 178: 123-128, 2001; E. Pakes, “The Politics of Discontent: The Emergence of a New Criminal Justice Discourse in the Netherlands”, *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43: 284-298, 2004.

<sup>167</sup> Senate Special Committee on Illegal Drugs, *Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy*, Canada Parliament Senate, Ottawa, 2002.

<sup>168</sup> B. Fischer, K. Ala-Leppilampi, E. Single y A. Robins, “Cannabis Law Reform in Canada: Is the ‘Saga of Promise, Hesitation and Retreat’ Coming to an End?”, *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45 (3): 265-297, 2003.

<sup>169</sup> Por ejemplo, clubes de compradores de cannabis.

<sup>170</sup> W. D. Hall y L. Degenhardt, “Medical Marijuana Initiatives: Are they Justified? How Successful are they Likely to Be?”, *CNS Drugs*, 17: 689-697, 2003; P. Lucas, “Regulating Compassion: An Overview of Canada’s Federal Medical Cannabis Policy and Practice”, *Harm Reduction Journal*, 5: 1-13, 2008.

<sup>171</sup> En una mina subterránea abandonada en Flin-Flan, Manitoba.

<sup>172</sup> Por ejemplo, W. Loxey, D. Gray, C. Wilkinson, T. Chikritzhs, R. Midford y D. Moore, “Alcohol Policy and Harm Reduction in Australia”, *Drug and Alcohol Review*, 24 (6), 559-568, 2005.

<sup>173</sup> D. McDonald, R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra, 1994, p. 64.

<sup>174</sup> R. B. Fosdick y A. L. Scott, *Toward Liquor Control*, Harper & Brothers Publishers, Nueva York, 1933.

<sup>175</sup> M. Haden, “Regulation of Illegal Drugs: An Exploration of Public Health Tools”, *International Journal of Drugs Policy*, 15 (4): 225-230, 2004.

<sup>176</sup> Por ejemplo, instituciones del sistema de justicia penal.

<sup>177</sup> Por ejemplo, penales o no penales.

<sup>178</sup> Por ejemplo, cantidad de las multas.

<sup>179</sup> D. Rossi, S. Harris y M. Vitarelli-Batista, *The Impacts of the Drug War in Latin America and the Caribbean In: At what Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global “War on Drugs”*, Open Society Institute/ International Harm Reduction Development Program, Nueva York, 2009.

<sup>180</sup> G. Touzé y P. Goltzman, *América Latina debate sobre drogas*, I y II Conferencia Latinoamericana sobre

Políticas de Drogas, Intercambios Asociación Civil/ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2011.

<sup>181</sup> Un panorama más completo y actualizado puede consultarse en M. Jelsma, “Panorama de la reforma a las leyes de drogas en América Latina”, *Reformas a las leyes de drogas en América Latina*, Transnational Institute, 2010. Disponible en <<http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais>>

<sup>182</sup> R. A. Corda, “A un año del fallo ‘Arriola’. Cambios, tensiones y resistencias”, en XI Congreso Nacional de Sociología Jurídica y I Latinoamericano de Sociología Jurídica [CD-ROM], Sociedad Argentina de Sociología Jurídica y Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2010.

<sup>183</sup> R. A. Corda, “Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina”, Intercambios Asociación Civil/ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2011.

<sup>184</sup> Andrea Domínguez, “Marihuana en el balcón”, *Comunidad segura: redes de ideas y prácticas en Seguridad Humana*, Brasil, 18 de febrero de 2010. Disponible en <<http://www.comunidadesegura.org/es/ARTICULO-Marihuana-en-el-balcon>>

<sup>185</sup> Juan Diego Britos y Martín Sassone, “Un arresto reaviva el debate por la despenalización de la marihuana”, *Tiempo argentino*, Buenos Aires, 21 de abril de 2011. Disponible en <<http://tiempo.infonews.com/notas/arresto-reaviva-debate-despenalizacion-de-marihuana>>; “Militante detenido”, *Página 12*, sección Sociedad, Argentina, 24 de abril de 2011. Disponible en <<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-166896-2011-04-24.html>>; Juan Diego Britos, “Recuperó la libertad el joven que estuvo detenido por cultivar marihuana”, *Tiempo argentino*, Buenos Aires, 30 de abril de 2011. Disponible en <<http://tiempo.infonews.com/notas/recupero-libertad-joven-que-estuvo-detenido-cultivar-marihuana>>; Emilio Ruchansky, “Una condena más que alucinante”, *Página 12*, Argentina, 13 de mayo de 2011. Disponible en <<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-168076-2011-05-13.html>>; “Arresto domiciliario para el joven condenado por cultivar marihuana”, *El Diario Pilar*, Sociedad, Buenos Aires, 24 de mayo de 2011. Disponible en <[http://pilaradiario.com/noticias/Arresto-domiciliario-para-el-joven-condenado-por-cultivar-marihuana\\_10584](http://pilaradiario.com/noticias/Arresto-domiciliario-para-el-joven-condenado-por-cultivar-marihuana_10584)>

<sup>186</sup> Giorgina Garibotto, “La cultura del cultivo”, *La Diaria*, sección Política, Uruguay, 25 de febrero de 2011. Disponible en <<http://ladiaria.com.uy/articulo/2011/2/la-cultura-del-cultivo/>>

<sup>187</sup> Valentina González, “El Gobierno debate la legalización del cultivo de marihuana”, *El Diario*, sección Sociedad, Uruguay, 25 de julio de 2011. Disponible en <<http://eldiario.com.uy/2011/07/25/el-gobierno-debate-la-legalizacion-del-cultivo-de-marihuana/>>

<sup>188</sup> “II Encuentro Continental sobre Cannabis”, en III Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, México, 2011. Disponible en <<http://conferenciadrogas.com/2011/5911/cannabicos>>

<sup>189</sup> “Declaración de los movimientos cannábicos”, *II Encuentro Continental sobre Cannabis*, en III Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, México, 2011. Disponible en <<http://conferenciadrogas.com/2011/5911/cannabicos/declaracion-de-los-movimientos-cannabicos>>

<sup>190</sup> Coalición Latinoamericana de Activistas Cannábicos (CLAC), “Marcha mundial de la marihuana”, CLAC, 2012. Disponible en <<http://www.marchamarihuana.org/>>

<sup>191</sup> Iniciativa Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (ILDD), “La comisión”, ILDD, 2009. Disponible en <<http://www.drogasedemocracia.org/Espanol/QuemSomos.asp>>

<sup>192</sup> Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (CLDD), *Drogas y democracia: hacia un cambio de paradigma*, CLDD, 2009. Disponible en <[http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro\\_espanhol\\_04.pdf](http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_espanhol_04.pdf)>

<sup>193</sup> P. Metaal y C. Youngers, *Sistemas sobrecargados. Leyes de Drogas y cárceles en América Latina*, Transnational Institute y Washington Office on Latin America, Ámsterdam/ Washington, 2010. Disponible en <<http://www.druglawreform.info/es/publicaciones/sistemas-sobrecargados>>

<sup>194</sup> P. Metaal, “Indulto de mulas en Ecuador, una propuesta sensata”, *Serie reforma legislativa en materia de drogas*, núm. 1, Transnational Institute y Washington Office on Latin America, Washington, 2009. Disponible en <<http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/dlr1s.pdf>>

<sup>195</sup> C. Cook, *The Global State of Harm Reduction 2010. Key Issues for Broadening the Response*,

International Harm Reduction Association, Londres, 2010. Disponible en <<http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2010>>

<sup>196</sup> M. Jelsma, “D-Day for Bolivia’s Coca Chewing Amendment”, *Drogas y democracia*, Transnational Institute, Ámsterdam, 2011. Disponible en <<http://www.tni.org/es/node/70583>>

# V. IMPACTO DE LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DEL CANNABIS EN EL ACTUAL RÉGIMEN DE CONTROL DE DROGAS

## INTRODUCCIÓN

### *Antecedentes*

En este capítulo se revisa la evidencia existente sobre el impacto en el consumo de cannabis y otros indicadores en torno a los regímenes alternativos de control del cannabis implementados dentro de las limitaciones actuales de los tratados internacionales sobre drogas. Como se señaló en el capítulo anterior, en diversos países, tanto a escala nacional como subnacional, los gobiernos han introducido cambios en las políticas y las leyes que se aplican al cannabis.

Las reformas, que en general se sitúan en el marco de los tratados y convenciones internacionales vigentes sobre drogas,<sup>1</sup> pueden verse ampliamente como el alejamiento de la *prohibición con las estrictas sanciones penales* para el consumidor (prohibición total) hacia algunas formas de despenalización. Como se describió en detalle en el capítulo anterior, las tipologías de reforma incluyen: *prohibición con advertencia o medidas alternativas*, *prohibición con penas civiles* (a menudo denominada “descriminalización”), *prohibición parcial*, incluyendo la legalización tanto *de facto* como *de jure*, y *disponibilidad regulada del cannabis como medicina*, a menudo descrita como “marihuana medicinal”. Aunque no todas estas reformas se han estudiado extensamente, sí se dispone de una pequeña pero creciente base de evidencia, y éste es el tema central de este capítulo.

## ADVERTENCIAS Y LIMITACIONES DE DATOS

Por diversas razones la evidencia publicada sobre la evaluación del impacto de las políticas sobre el cannabis debe interpretarse con precaución.

En primer lugar, el contexto político es un entorno dinámico donde los efectos se diluyen y la política que se lleva a cabo sufre constantes cambios.<sup>2</sup> Esto es importante desde el punto de vista de los estudios longitudinales simples, ya que los resultados pueden verse afectados por cambios legislativos formales y de procedimiento, así como por las prácticas informales de la ley.<sup>3</sup> Al tratar de dar sentido a los resultados de los exámenes comparativos es necesario aclarar la ley sobre cannabis y su aplicación en la población en el momento en que se realizó la revisión.

En segundo lugar, las comparaciones internacionales son difíciles y los resultados pueden confundirse por las diferencias culturales, políticas, geográficas y climáticas.

En tercer lugar, las reformas a las leyes sobre el cannabis a menudo se producen en lugares con altos índices de consumo, lo que significa que para identificar los impactos reales sobre los índices de consumo de cannabis son necesarios los diseños pre-, pos-, o los estudios longitudinales con lugares de control “emparejados” para identificar los impactos reales sobre los índices de consumo de cannabis. Si simplemente se crea la simulación de una variable de “despenalización” y se comparan las tasas de consumo de los denominados estados de “despenalización” con los de “no despenalización”, sin ajustar las tasas de consumo de cannabis anteriores al cambio, se corre el riesgo de concluir erróneamente que los estados de “despenalización” tienen tasas más altas de consumo de cannabis a causa del cambio de política. De hecho, la causalidad puede ir en el otro sentido: la política puede haberse liberalizado precisamente por las altas tasas de consumo y por las experiencias sufridas por las personas perseguidas por la ley.

En cuarto lugar, las evaluaciones rara vez toman en cuenta el nivel de conocimiento de la comunidad acerca de las leyes que se aplican al cannabis.<sup>4</sup> Los niveles de conocimiento pueden variar en la comunidad en general, en los consumidores de cannabis tanto ocasionales como regulares, en formas que pueden influir en cómo los cambios en la ley afectan las tasas de consumo de cannabis.

Por último, ninguna evidencia científica puede predecir los efectos de las nuevas reformas en otros lugares, debido a que los impactos de las futuras reformas sobre las políticas del cannabis pueden depender de factores contextuales y de cómo se implementen las reformas. Por lo tanto, sigue siendo importante que se evalúe cualquier cambio en la política sobre el cannabis, y que sus efectos sean supervisados para evaluar su desempeño.

Hasta la fecha, la investigación se ha centrado en tres esferas de resultados:

- i) Efectos de disuasión generales.* El impacto del cambio de la ley sobre las tasas de consumo de cannabis *a)* en la comunidad en general, y *b)* entre los jóvenes, vistos como los más vulnerables a cualquier efecto nocivo para la salud (y en particular para la salud mental) del consumo regular de cannabis.<sup>5</sup>
- ii) Efectos de disuasión específicos.* Los impactos sobre el consumo de cannabis en aquellos que han sido detenidos.
- iii) Efectos sociales adversos* del sistema de control en los consumidores aprehendidos. Pocos estudios han analizado los impactos sobre los daños, el mercado de las drogas o los grupos centinela como los consumidores regulares, que en los estudios de población general pueden ser más propensos a mostrar los efectos adversos menos evidentes.

En este breve repaso nos hemos abstenido de consultar las fuentes originales de información, como estadísticas de prevalencia, y de intentar sacar conclusiones sobre lo

que pueden decirnos del impacto de introducir reformas en las políticas sobre el cannabis o no. Dados los patrones heterogéneos de las reformas, las dificultades para identificar las prácticas de ejecución y la existencia y el impacto de factores ajenos no jurídicos nos hemos limitado a considerar los ejemplos de reformas de la ley sobre el cannabis en estudios detallados, llevados a cabo por autores con conocimientos y perspectivas específicos de los respectivos países y regiones, que deben tomarse en cuenta cuando se trata de comprender el impacto de tales reformas.

## EVIDENCIAS SOBRE LOS EFECTOS DE LAS REFORMAS

En la mayor parte de la investigación publicada se ha evaluado el impacto de pasar de la *prohibición estricta* a la *prohibición con penas civiles*, principalmente mediante la comparación de los resultados de los cambios de política en diferentes estados de los Estados Unidos y Australia. Pocos estudios han evaluado el impacto de la *prohibición con un esquema de principio de conveniencia u oportunidad* de los Países Bajos. Hay, por lo menos, cuatro estudios sobre el *impacto económico* de esos cambios y uno o dos sobre los impactos más amplios de las iniciativas de la *marihuana medicinal* en Estados Unidos.

## ESTUDIOS SOBRE EL IMPACTO EN LA POLÍTICA

### *Estados Unidos*

#### *Impactos en las tasas de consumo*

Se dispone de al menos cuatro estudios no controlados y de cuatro que emplean estados de control “emparejados” para medir el impacto en las tasas de consumo de los cambios en la ley estatal sobre el cannabis en los Estados Unidos, de 1973 a 1978. Aunque los datos de los estudios no controlados han servido para apoyar los cambios, la interpretación de los resultados de estos estudios es problemática y por eso nos centramos en los estudios controlados. Tomados en conjunto, estos cuatro estudios indicaron que los estados que introdujeron reformas no experimentaron mayores incrementos en el consumo de cannabis entre los adultos o adolescentes. Las encuestas en estos estados tampoco mostraron actitudes más favorables hacia el consumo de cannabis de la que mostraron los estados que mantienen una prohibición estricta con sanciones penales.<sup>6</sup>

En un estudio no diseñado para medir el impacto de la “descriminalización” del cannabis, Stuart y sus colaboradores<sup>7</sup> llevaron a cabo un estudio sobre el impacto del cambio en la política de sanciones sobre el consumo de cannabis en Ann Arbor, Michigan, y encontraron que el consumo de cannabis no se vio afectado por diversos

cambios en las leyes municipales sobre el cannabis, incluida la imposición de una pena máxima consistente en una multa de cinco dólares estadounidenses por consumir cannabis, en comparación con tres comunidades de vecinos de Michigan donde tampoco se redujeron las penas por consumo de droga.

Saveland y Bray<sup>8</sup> realizaron análisis secundarios de cuatro encuestas nacionales sobre consumo de drogas entre 1972 y 1977, y encontraron que el consumo de cannabis fue mayor en los estados “descriminalizados”, tanto antes como después de los cambios en la ley. En aquellos estados en los que la ley se moderó se observaron crecientes tasas de consumo entre adolescentes y adultos, pero éstas fueron mayores en los estados de “no descriminalización”, y el mayor incremento proporcional en el consumo fue en los estados con las penas más severas. Sin embargo, los estados “descriminalizados” empleados por los autores fueron California, Maine, Minnesota, Ohio y Rhode Island. El último de éstos no era estrictamente uno de los 11 estados “descriminalizados” porque, si bien en él se redujeron las penas por consumo de cannabis, todavía existe la posibilidad de encarcelamiento.<sup>9</sup> No obstante, es poco probable que esto afecte los resultados debido al pequeño tamaño de su población.

El tercer estudio controlado utilizó datos del seguimiento de estudiantes de secundaria de las encuestas nacionales Monitoring the Future. Mediante el sobremuestreo de los estudiantes de secundaria en los estados descriminalizados y la comparación de las tendencias con las de otros lugares, Johnson y sus colegas<sup>10</sup> llegaron a la conclusión de que, en este grupo de edad, la descriminalización no tuvo efecto alguno en las tasas de consumo de cannabis ni en las actitudes y creencias relacionadas con el cannabis.

En un estudio más reciente sobre los efectos de la situación jurídica impuesta en los diferentes estados por posesión de una pequeña cantidad de cannabis, Theis y Register<sup>11</sup> realizaron un análisis de regresión logística de una muestra de 3 913 hombres con edades de entre 14 y 21 años en 1979 en la National Longitudinal Survey of Youth, a los cuales volvieron a entrevistar en 1984 y 1988. Al controlar una serie de factores como la edad, la educación, el estado civil, el origen étnico, la urbanización, la educación y participación religiosa de los padres, así como los ingresos y la situación de riqueza y “bienestar”, no hallaron “evidencia sólida” de que la descriminalización del cannabis afectase la elección, la frecuencia o el consumo de alcohol, cannabis o cocaína.

Estos estudios controlados son muy antiguos pero, por las razones ya señaladas, existen problemas para la realización de análisis con datos más recientes para determinar el “impacto” de los cambios a las leyes del cannabis, que ocurrieron décadas atrás, en estos estados sobre el consumo de cannabis actual. Pacula y sus colegas<sup>12</sup> llegaron a la conclusión, después de revisar las leyes estatales de 1989 y 1999, de que algunos de los estados llamados “descriminalizados”<sup>13</sup> no podían seguir siendo clasificados así, y que de hecho una serie de estados que no se consideraban descriminalizados habían eliminado las sanciones penales.<sup>14</sup> Según Pacula y otros había 15 estados “descriminalizados” en 1999, y otros 13 de los llamados “no descriminalizados” habían introducido sistemas de

advertencias y medidas de derivación. Por lo tanto, los análisis de los índices de consumo de cannabis realizados más de una década después de los cambios en los 11 estados en los que originalmente se aplicó la “descriminalización” resultarían confundidos por estos efectos.

### *Impactos sobre otros indicadores de daño*

Un pequeño número de estudios ha tratado de medir los impactos de la “descriminalización” del cannabis en los indicadores de daño. Por ejemplo, Model,<sup>15</sup> quien de 1975 a 1978 llevó a cabo un estudio de los datos de la sala de urgencias de un hospital, sugirió que la “descriminalización” del cannabis en los 12 estados se acompañó de una disminución significativa de los episodios atendidos en urgencias relacionados con drogas distintas del cannabis, así como un aumento en los casos relacionados con éste. Su interpretación fue que cuando se descriminalizó el cannabis, los consumidores de drogas ilegales tendieron a quedarse con el consumo de cannabis y a alejarse de las otras drogas ilegales cuyo uso podría acarrearles castigos más severos.

### *Australia*

Se han realizado evaluaciones de los esquemas de *prohibición con amonestación* y *prohibición con sanciones civiles* que han estado vigentes en los ocho estados y territorios australianos. Sin embargo, las evaluaciones de los programas de amonestación y derivación han estudiado exclusivamente los procesos.<sup>16</sup> No se ha examinado el impacto de estos cambios en las tasas de consumo de cannabis, por lo que no se consideran más aquí. Por otro lado, se ha llevado a cabo una serie de estudios sobre el impacto en las tasas de consumo en la que se comparan las jurisdicciones australianas que han introducido sanciones civiles por delitos menores de cannabis y las que no lo han hecho. En Australia el esquema de más larga duración y más investigado es el Cannabis Expiation Notice (CEN), de Australia del Sur, iniciado en 1987.

### *Efectos en las tasas de consumo*

Un análisis de los datos de encuestas nacionales de población llevadas a cabo como parte de una evaluación del plan de Australia del Sur indicó que, a partir de 1985 y durante un periodo de 10 años, ha habido un aumento en el consumo autorreportado de cannabis de toda la vida entre las personas de 14 años y más, en todos los estados y territorios, con un mayor grado de aumento en Australia del Sur que en la media de las otras jurisdicciones australianas.<sup>17</sup> Entre 1985 y 1995 las tasas de prevalencia ajustadas de consumo de cannabis aumentaron en Australia del Sur, de 26 a 36%. También hubo aumentos significativos en los estados de Victoria (de 26 a 32%), Tasmania (de 21 a 33%) y Nueva Gales del Sur (de 26 a 33%), todos los cuales habían mantenido una

estricta prohibición del consumo de cannabis. Sin embargo, las tasas también cambiaron según las jurisdicciones; así, Victoria y Tasmania tenían tasas similares de crecimiento a las de Australia del Sur.<sup>18</sup> El análisis no encontró una diferencia estadísticamente significativa entre Australia del Sur y el resto de Australia en cuanto a las tasas de aumento del consumo de cannabis semanal, lo que sugiere que el hecho de que los australianos del sur fuesen ligeramente más propensos a haber probado el cannabis alguna vez que los habitantes de otras jurisdicciones, no se tradujo en mayores tasas de consumo habitual en ese estado.<sup>19</sup>

A pesar de que la introducción del régimen del CEN en Australia del Sur no se aplica a los menores, había cierto temor de que la liberalización de las leyes pudiese aumentar el consumo de cannabis entre los jóvenes. Para evaluar esta posibilidad dos grupos examinaron los datos de 3 000 estudiantes de Australia del Sur de entre 11 y 16 años, encuestados en 1986, 1987, 1988 y 1989.<sup>20</sup> Entre 1986 y 1989 los niveles de consumo de cannabis en este grupo de edad se mantuvieron estables; 20% afirmó haber probado el cannabis alguna vez, y 6% declaró haberlo consumido en la última semana.<sup>21</sup> Según este análisis, no parece que los cambios en las leyes sobre el cannabis hayan afectado su consumo por parte de los estudiantes de secundaria. Por desgracia, no se dispone de datos sobre la prevalencia del consumo de cannabis entre los adolescentes que no asisten a la escuela, los cuales pueden ser más propensos a involucrarse en esta práctica en comparación con aquellos que permanecen en la educación formal.

Donnelly y sus colegas,<sup>22</sup> también analizaron las tendencias en el consumo de cannabis entre los 14 y los 29 años de edad, el grupo de edad con las tasas más altas de iniciación y consumo habitual de cannabis,<sup>23</sup> y concluyeron que en toda Australia, entre 1985 y 1995, se produjo un aumento en las tasas de consumo de cannabis durante toda la vida en este grupo de edad, pero que la tasa de aumento del consumo de cannabis durante toda la vida en Australia del Sur no fue diferente de la del resto del país. En efecto, en la encuesta de 1995 la tasa de Australia del Sur se situó en el medio de las tasas encontradas entre las diferentes jurisdicciones.<sup>24</sup> En cuanto al consumo reciente, estos autores tampoco encontraron ninguna tendencia constante en las tasas de consumo de cannabis semanal en personas de 14 a 29 años de edad en jurisdicción alguna en el lapso de 1988 a 1995. Sin embargo, los autores llegaron a la conclusión de que harían falta muestras mucho más grandes para descartar definitivamente la posibilidad de que hubiera habido pequeñas diferencias en las tasas de aumento entre los jóvenes de las diferentes jurisdicciones.<sup>25</sup>

En general, Donnelly y sus colegas concluyeron que es poco probable que el aumento del consumo de cannabis durante toda la vida en Australia del Sur se deba a la implementación del Cannabis Expiation Notice Scheme [Sistema de Notificación de Infracción del Cannabis], ya que: 1) se produjeron aumentos similares en Tasmania y Victoria, donde la situación legal del consumo de cannabis no cambió durante el mismo periodo; 2) el consumo semanal de cannabis en Australia del Sur no aumentó a mayor

ritmo que en el resto de Australia, y 3) no hubo un incremento mayor en el consumo de cannabis entre los adultos jóvenes de 14 a 29 años de edad, que es el grupo de edad con las tasas más altas de inicio del consumo de cannabis, en Australia del Sur.<sup>26</sup>

En un estudio sobre el impacto de la Simple Cannabis Offence Notice (SCON) [Notificación de Delito Menor de Cannabis], esquema que entró en vigor en el Territorio de la Capital Australiana, en 1992, McGeorge y Aitken<sup>27</sup> compararon las tasas de consumo de cannabis previas (1992) y posteriores (1994) entre 221 estudiantes universitarios en el Territorio de la Capital Australiana con un grupo control de 246 estudiantes universitarios de Victoria que había mantenido un régimen estricto de sanciones penales. La prevalencia del consumo de cannabis durante toda la vida se mantuvo estable (alrededor de 53%) y la frecuencia de consumo no se distinguía entre los dos lugares. Los autores concluyeron que la descriminalización del cannabis no tuvo ningún efecto en sus tasas de consumo.

Los estudios que investigan el efecto del esquema de Aviso de Infracción por Cannabis (CIN) en Australia Occidental<sup>28</sup> sugieren que el consumo de cannabis en ese estado no se ha incrementado desde el inicio del régimen. El consumo en el último año entre las personas de 14 a 70 años de edad se redujo de 18% en 2002 a 12% en 2007. Los autores no afirman que estas reducciones se deban al esquema CIN en sí mismo, ya que se han producido disminuciones similares en otras jurisdicciones australianas y esta tendencia se inició varios años antes de que el sistema entrara en vigor.<sup>29</sup>

Williams y sus colegas<sup>30</sup> llevaron a cabo un pequeño número de estudios generales acerca del impacto de los regímenes de sanciones civiles australianos. Se utilizaron los datos de las cinco encuestas nacionales a hogares sobre drogas en Australia de 1988 a 1998, junto con los datos sobre incautaciones policiales y otras fuentes, para determinar el impacto de las sanciones penales y no penales en las decisiones de consumo de cannabis. Por ejemplo, Williams,<sup>31</sup> después de controlar el precio del cannabis, la actuación policial, la propensión a consumir y otros factores, llegó a la conclusión de que la decisión de consumir cannabis por parte de los varones mayores de 25 años se vio afectada por los cambios en las sanciones legales en Australia del Sur, el Territorio de la Capital Australiana y el Territorio del Norte. No obstante, no hallaron pruebas de que esa “descriminalización” aumentara significativamente la iniciación al consumo de cannabis en varones o mujeres jóvenes, o bien que incrementara la frecuencia de consumo entre los consumidores existentes. Sin embargo, estos estudios presentan el problema de que, al comparar la prevalencia del cannabis y los índices de frecuencia en los estados “descriminalizados” y los “no descriminalizados”, no tuvieron en cuenta que los índices de consumo de cannabis suelen ser mayores en las jurisdicciones que adoptan sanciones civiles antes de que las reformas se pongan en marcha. Por lo tanto, los hallazgos limitados de que la prevalencia de haber consumido alguna vez cannabis fue mayor en aquellos estados que habían introducido esquemas de multas administrativas no significan que esto fuera resultado de las reformas legales. Estos datos también están abiertos a una interpretación alternativa: que los adultos mayores son menos propensos a negar si han

consumido cannabis cuando no existen sanciones penales por ello.

### *Impactos sociales de las sanciones civiles contra las penales*

Lenton y sus colegas<sup>32</sup> compararon los efectos sociales de una condena en virtud de la prohibición estricta del cannabis en el lugar y el momento del suceso en Australia Occidental, con el de un aviso de infracción de conformidad con el sistema de CEN en Australia del Sur. Lo hicieron mediante la comparación de las experiencias de 68 consumidores de cannabis, arrestados por primera vez en cada uno de estos estados. Aunque está basado en muestras de conveniencia autoseleccionadas de los infractores de cannabis, y no en muestras escogidas al azar, este estudio permanece como uno de los pocos que han documentado los impactos sociales de la condena frente a la sanción civil por un delito menor de cannabis. Los sujetos del grupo con condenas en Australia Occidental fueron significativamente más propensos que el grupo de Australia del Sur con notificación de infracción a reportar: las consecuencias adversas relacionadas con el empleo (32% frente a 2%), un mayor contacto con el sistema de justicia penal (32% frente a 0%), problemas de pareja (20% frente a 5%) y dificultades de alojamiento (16% frente a 0%), situaciones que podrían atribuirse a su temor al delito relacionado con el cannabis.<sup>33</sup> El estudio no encontró diferencia significativa entre los grupos en cuanto a los efectos negativos para viajar que se derivan de la notificación de infracción o de la condena (0% frente a 7%), posiblemente debido a que el tiempo transcurrido desde la detención hasta la entrevista (promedio de 38 meses) puede no haber sido suficiente para que cualquier efecto sobre los viajes sea evidente en un número suficientemente grande de la muestra condenada, para que resulte en un hallazgo significativo.<sup>34</sup>

Lenton y sus colegas<sup>35</sup> también encontraron que ni la notificación de infracción ni la condena por cannabis tuvieron mucho impacto en el consumo posterior de cannabis. Aproximadamente 91% del grupo de Australia del Sur con notificación de infracción y 71% del grupo de Australia Occidental, con condena, afirmaron que su consumo de cannabis un mes después no se vio afectado “en absoluto” por su detención. Las tasas de consumo de cannabis después de la detención se correlacionaron altamente con las tasas de consumo anteriores a la detención, en consonancia con otras investigaciones.<sup>36</sup>

Los consumidores de cannabis detenidos y condenados por primera vez en Australia Occidental fueron más propensos a reportar actitudes negativas hacia la policía y el sistema judicial que sus contrapartes de Australia del Sur que recibieron un aviso de infracción. Así, 49% del grupo de Australia Occidental, en comparación con sólo 18% de los que recibieron un aviso de infracción, afirmó que confiaba menos en la policía, y como consecuencia de ello 43% del grupo de Australia Occidental condenado, comparado con 15% del grupo de Australia del Sur, sin condena, tenía más miedo de la policía. El mayor grado de desconfianza, en la muestra de Australia Occidental, en parte se debe a la gran cantidad de detenciones llevadas a cabo dentro de residencias privadas sin que, al parecer, existan otros factores de confusión posibles.<sup>37</sup>

En Australia también se ha investigado el impacto de haber introducido la prohibición con un sistema de sanciones civiles sobre las actitudes y el conocimiento de la gente. Se pueden extraer tres principales conclusiones.

1. En los estados australianos donde existe la prohibición con un sistema de sanciones civiles, incluso después de años de aplicarse, la mayoría de la población apoya el uso de sanciones no penales para los consumidores de cannabis, aunque hay un pequeño grupo que prefiere las medidas de antes del cambio de legislación. Por ejemplo, en Australia del Sur una muestra sobre la actitud pública realizada 10 años después de la introducción del régimen de CEN encontró que 57% de la población pensaba que las leyes debían permanecer como estaban o ser menos estrictas, frente a 38% que creía que deberían ser más estrictas.<sup>38</sup> En Australia Occidental la proporción del público que pensaba que el esquema con aviso de infracción por cannabis, introducido en 2004, era “una buena idea” se redujo significativamente de 79% en 2002 a 66% en 2007, pero a pesar de esta caída dos tercios apoyó el régimen.<sup>39</sup>
2. En los estados australianos donde se han introducido estos sistemas, una mayor proporción de la población —a diferencia de los estados donde se aplican sanciones penales— cree erróneamente que el consumo de cannabis se ha legalizado.<sup>40</sup>
3. No hay evidencia de que el cannabis sea visto como algo menos perjudicial en los estados con sanciones civiles. Por el contrario, en Australia Occidental, Fetherston y Lenton<sup>41</sup> encontraron que el público de esa zona consideraba que el consumo de cannabis era más perjudicial para la salud en 2007 que en 2002, antes de que el régimen entrara en vigor. De nuevo, esto no quiere decir que las opiniones más negativas hacia el cannabis se produjeran a causa de los cambios legales, ya que las actitudes hacia el cannabis se habían tornado cada vez más negativas, tanto entre los adultos<sup>42</sup> como entre los escolares,<sup>43</sup> desde mucho antes de que los cambios legales entraran en vigor. Por el contrario, no se hallaron pruebas de que el cannabis fuera visto de manera más benigna.

### *Problemas con el sistema de sanciones civiles*

Había tres problemas principales asociados con el Cannabis Expiation Notice Scheme implementado en Australia del Sur. En primer lugar, sólo 45% de las personas pagaba las multas antes de la fecha de vencimiento.<sup>44</sup> En segundo lugar, el número de personas advertidas fue 2.5 veces mayor en 1993-1994 que en 1987-1988. Esta llamada “red de ampliación” apareció en gran parte debido a la facilidad con la que la policía podía emitir avisos. Su efecto fue aumentar el número de personas en riesgo de sanción penal por falta de pago de las multas, un resultado que perjudica particularmente a aquellos con

escasos recursos financieros.<sup>45</sup> En tercer lugar, se encontraron pruebas de que bandas criminales sindicaban el cultivo de cannabis mediante la acumulación de múltiples cultivos individuales de plantas de cannabis sin violar el límite de 10 plantas para consumo personal.<sup>46</sup>

Una evaluación reciente de los primeros tres años del esquema de aviso de infracción por cannabis (CIN) en Australia Occidental sugiere que las características de este sistema pueden haber resuelto estos problemas. Mientras que sólo 43% de las personas paga su multa antes de la fecha de vencimiento, 25% lo hizo de uno a dos meses después, ya que corría el riesgo de perder su licencia de manejo si no pagaba la multa. La tasa global de expiación, que incluye el pago retrasado de uno a dos meses después de vencido el periodo permitido, se estima que alcanza 75%.<sup>47</sup> Parece que el tiempo adicional para pagar y la existencia de una penalización adicional contemplada por esta sanción administrativa pueden contribuir a una tasa de expiación global superior. Aunque en el esquema se ha producido el fenómeno de la “red de ampliación”, esto sólo ha dado lugar a un aumento global de las consecuencias totales de 14%,<sup>48</sup> 90% de las cuales se debe a la inclusión de delitos añadidos (posesión de pipas de agua, etc.) en el esquema CIN.<sup>49</sup> Además, según el esquema de Australia Occidental, sólo se permiten dos plantas por vivienda habitual para poder optar a un aviso de infracción. Esto, además de otros aspectos del sistema,<sup>50</sup> parece haber impedido la explotación del límite de posesión de plantas para el cultivo sindicado, detectado con el régimen de Australia del Sur.<sup>51</sup>

Otro problema con el sistema de sanciones civiles es que puede causar dificultades desproporcionadas a los miembros de la sociedad ya social y económicamente desfavorecidos. Los primeros trabajos sobre el esquema de Australia del Sur indicaron que las personas socialmente desfavorecidas estaban sobrerrepresentados entre los que no pagaban multas de expiación.<sup>52</sup> Los estudios realizados desde entonces demuestran que los intentos de reducir la carga económica de las multas han tenido cierto éxito.<sup>53</sup> Sin embargo, los datos de los tres primeros años de funcionamiento del régimen de Australia Occidental muestran que los pueblos indígenas siguen estando en desventaja con las nuevas sanciones, y tienen seis veces menos probabilidades de expiar su multa que sus contrapartes no indígenas. Quienes implementan los esquemas de multas administrativas deben hacer un esfuerzo especial para monitorear y abordar este problema.<sup>54</sup>

### *Portugal*

Hughes y Stevens<sup>55</sup> revisaron la literatura disponible y las estadísticas, y llevaron a cabo entrevistas de interés para comprender los efectos de las reformas introducidas en Portugal en 2001. Como se describe en el capítulo anterior, estas reformas eliminaron las sanciones penales por posesión personal, el consumo y la adquisición de todas las drogas, incluida la marihuana, e introdujeron un sistema de derivación a las Comisiones para la Disuasión de la Drogadicción (CDT). Hughes y Stevens<sup>56</sup> llegaron a la conclusión de que:

*i)* se produjeron cambios aparentes en los patrones reportados de uso de cannabis, así como de otras drogas, pero no estaba claro si estos cambios eran reales y, en caso afirmativo, si se debieron a las reformas de la política o a un reflejo de las tendencias del consumo de drogas en toda Europa, como los ocurridos en España e Italia, donde no cambió la ley; *ii)* hubo un incremento en el número de personas que acudieron para recibir tratamiento por consumo de cannabis; *iii)* hubo problemas con el funcionamiento de los centros comunitarios de tratamiento de drogas (CDT), y *iv)* hubo opiniones en el nivel

político sobre los cambios que necesitaban las reformas que iban desde eliminarlas hasta racionalizar el funcionamiento de los CDT y aumentar los recursos para los servicios de tratamiento.

Las encuestas generales a la opinión pública portuguesa no se iniciaron sino hasta 2001, el mismo año en que se introdujeron las reformas, por lo que no existen series de datos recientes en el nivel poblacional para estudiar los cambios ocurridos desde entonces. Sin embargo, como parte del proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD) se llevaron a cabo encuestas a los estudiantes en 1999 y 2003. Estos datos indican un aumento en el consumo autorreportado de cannabis en Portugal, entre los jóvenes de 16 a 18 años de edad, de 9.4% en 1999 a 15.1% en 2003. Sin embargo, Hughes y Stevens hacen notar que encuestas escolares como éstas a menudo son susceptibles de sesgo de notificación, y consideran que la despenalización puede haber llevado a los jóvenes a estar más dispuestos a admitir el consumo de cannabis en dichas encuestas.<sup>57</sup>

Las estadísticas oficiales de tratamiento muestran una reducción en las presentaciones de tratamiento relacionadas con la heroína y un aumento en las relacionadas con el cannabis. Por lo tanto, las referencias a los CDT por cannabis aumentaron de 47% en 2001 a 67% en 2003, y se mantuvieron en torno a ese nivel en los dos años siguientes. En contraste, las presentaciones relacionadas con la heroína se redujeron de 33% en 2001 a 17% en 2003, y se han mantenido estables desde entonces. Es importante destacar que, mientras que los CDT se han visto como cruciales para el éxito del proceso de reforma, también han sido criticados por ser demasiado engorrosos administrativamente y consumir demasiados recursos. Las reformas portuguesas han puesto de relieve la necesidad de un sistema de remisión y de tratamiento que funcione correctamente.

En conclusión, estos autores afirman:

La experiencia portuguesa no puede proporcionar una guía definitiva de los efectos de la descriminalización de las drogas, sino sólo indicadores de los resultados de ésta en el contexto específico portugués. No es posible saber en qué medida los cambios se debieron a la descriminalización o a una estrategia antidroga más amplia. Hasta qué punto las dificultades en la implementación impidieron los impactos en la reforma sigue siendo poco claro.<sup>58</sup>

*Reino Unido*

El gobierno del Reino Unido reclasificó el cannabis como una droga de clase C el 29 de enero de 2004. En julio de 2007 el asunto de la reclasificación del cannabis como una droga de clase B se remitió al Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) [Consejo Asesor sobre el Abuso de Drogas]. A pesar de que el ACMD, tras haber examinado las pruebas disponibles, consideró que el cannabis debía seguir siendo una droga de clase C,<sup>59</sup> el gobierno británico rechazó este consejo y, de acuerdo con una serie de declaraciones del primer ministro británico, Gordon Brown, decidió reclasificar el cannabis como una droga de clase B.<sup>60</sup>

No se encontraron pruebas de que la reclasificación de 2004 diera lugar a un aumento del consumo de cannabis. De hecho, los datos de la última Encuesta Británica sobre la Delincuencia sugieren que, si bien el número de contactos policiales por consumo de cannabis aumentó, el consumo disminuyó. Los contactos con la policía por posesión de cannabis aumentó de 88 263 en 2004-2005 a 119 917 en 2005-2006 y a 130 406 en 2006-2007;<sup>61</sup> los autores señalan que esto puede reflejar cambios como “la utilización de advertencias formales para el cannabis, en lugar de cambios reales en la incidencia”,<sup>62</sup> sobre todo en lo que estas advertencias significan para los objetivos de rendimiento del Ministerio del Interior.<sup>63</sup> El resultado es consistente con la ampliación de red que se detectó en Australia del Sur, debido a que no ha habido ningún aumento paralelo de las tasas reportadas de consumo de cannabis en la comunidad en general. El consumo de cannabis autorreportado por la población de entre 16 y 59 años de edad se redujo de entre 10.3 y 10.8% en los cinco años anteriores al cambio, a 9.7% en 2004-2005, 8.7% en 2005-2006 y 8.2% en 2006-2007.<sup>64</sup> Del mismo modo, la proporción de jóvenes de 16 a 24 años de edad que declaró haber consumido cannabis en el último año disminuyó de más de 26%, en los cinco años anteriores a la reclasificación, a 25.3% en 2003-2004, 23.6% en 2004-2005, 21.4% en 2005-2006, y 20.9% en 2006-2007.

May y sus colegas<sup>65</sup> realizaron una encuesta por internet a 749 individuos en Inglaterra y Gales, entre junio y noviembre de 2005. Aunque los autores reconocen que la muestra no es representativa de la población general, hallaron que 77% apoyaron la reclasificación de B a C. En lo que respecta al conocimiento del cambio, 98% sabía que el cannabis seguía siendo ilegal en virtud de los cambios, 78% creía tener un conocimiento bastante bueno de los cambios, 74% entendía que podían emitirse advertencias en la calle y 69%, que el consumidor de cannabis podría ser arrestado. Sin embargo, había cierta confusión en cuanto a cómo se trataba a los menores (frente a los adultos) con arreglo a las nuevas disposiciones y muchos pensaban, incorrectamente, que la policía se “hacía de la vista gorda” con el cannabis después de las reformas.<sup>66</sup> En un pequeño estudio mediante entrevistas realizado a 61 jóvenes de entre 14 y 21 años de edad que habían consumido cannabis, o habían sido detenidos por la policía por drogas, se encontró que mientras 69% apoyaba la reclasificación a la clase C, 52% no comprendía que nada había cambiado para los menores de 18 años y que todavía podían ser arrestados por posesión de cannabis. Entrevistas realizadas a 150 agentes de la policía

indicaron que 59% creía que el gobierno se había equivocado al reclasificar el cannabis como una droga de clase C, y 93% de los funcionarios encuestados declararon que se habían encontrado con gente que creía —o más probablemente afirmaban creer— que el cannabis se había legalizado.<sup>67</sup>

Un análisis de los datos sobre incautaciones de cannabis de Londres y otros distritos en el Reino Unido sugiere que la potencia del “sin semilla” ha aumentado de un promedio de 6% de THC, en 1996, a 13% en 2005, y que cada vez más en muchos municipios la variedad “sin semilla” domina el mercado, por encima de la resina (hachís) y la hierba de cannabis.<sup>68</sup> Sin embargo, estos cambios no son el resultado de la reclasificación, sino que reflejan una mayor producción nacional de cannabis en los últimos cinco a siete años,<sup>69</sup> principalmente por el cultivo hidropónico. Se han observado tendencias similares en varios países de todo el mundo.<sup>70</sup>

Como se mencionó en el capítulo II las tendencias, tanto en el tratamiento de drogas relacionado con el cannabis como en los ingresos a instituciones de salud mental en el Reino Unido desde la clasificación fueron examinados en la propuesta de la United Kingdom Drug Policy Commission [Comisión sobre Políticas de Drogas del Reino Unido] enviada a la AMCD Cannabis Classification Review 2008.<sup>71</sup> Estos autores encontraron que había habido un aumento en el número de personas, en particular menores de 18 años, en tratamiento por consumo problemático de cannabis. Desde la reclasificación el número de ingresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento, causados por el consumo de cannabis, también aumentó. Además señalaron que a pesar de que dichos incrementos pueden considerarse preocupantes, esto no necesariamente indicaba un aumento del consumo nocivo. Por el contrario, este aumento también podría explicarse por una mejor detección de los consumidores problemáticos, o como resultado de más lugares de tratamiento, sobre todo si consideramos que, al parecer, desde la reclasificación los índices de consumo de cannabis han disminuido. Los autores señalaron que otros factores económicos, sociales y culturales eran impulsores más fuertes del consumo de cannabis que su clasificación.<sup>72</sup> Además, por lo general transcurren entre cinco y 10 años entre la iniciación al consumo de cannabis y la presentación a tratamiento por consumo problemático, por lo que la gente que inicia el tratamiento en el presente probablemente se inició hace cinco o más años.

### *Países Bajos*

#### *Impactos en las tasas de consumo*

La literatura mediante la cual se evalúa el efecto del sistema de *coffee shops* de cannabis en los Países Bajos ha sido motivo de controversia. En dos publicaciones, MacCoun y Reuter<sup>73</sup> compararon los datos disponibles relacionados con efectos de las leyes sobre

drogas en el consumo de cannabis en los Países Bajos, los Estados Unidos, Dinamarca y Alemania. En el segundo de estos artículos, los autores analizaron datos provenientes de 28 estudios independientes en los que se emplearon controles adecuados y llegaron a la conclusión de que la reducción de las sanciones penales en los Países Bajos, desde 1976 hasta 1992, tuvo poco efecto sobre el consumo de cannabis, pero sugirieron que el aumento en el acceso comercial en los Países Bajos, desde 1984 hasta 1992, con el incremento del número de *coffee shops* de cannabis (lo que se considera una legalización *de facto*) se asoció con el crecimiento de la población consumidora de cannabis, incluidos los jóvenes. Por ejemplo, los autores afirman que la prevalencia del consumo de cannabis de toda la vida entre los neerlandeses de entre 18 y 20 años de edad aumentó de forma constante y aguda, de 15% en 1984 a 44% en 1996, y que la prevalencia de consumo en el último mes en este grupo aumentó de 8.5 a 18.5% durante el mismo periodo.<sup>74</sup> Su hipótesis es que el rápido aumento en el consumo de cannabis en los Países Bajos a mediados de la década de 1980 *puede haber sido* la consecuencia de la progresión gradual de un sistema de *despenalización* pasiva a una era de *comercialización* que, hasta 1995 por lo menos, permitió un mayor acceso y un aumento de la promoción del cannabis.<sup>75</sup> Esto incluye efectos indirectos tales como una mayor prominencia y una “glamurización” del cannabis debido a su promoción, visible especialmente en la publicidad contracultural de los medios, así como en postales y carteles.<sup>76</sup> Sin embargo, MacCoun y Reuter<sup>77</sup> señalan que en los Países Bajos la tendencia de aumento de la prevalencia desde 1992 hasta 1996 fue similar a la de Noruega, los Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá. Este último punto indica el importante papel que tienen las influencias sociales y culturales, a menudo mal entendidas, sobre la prevalencia del consumo de cannabis. También señalaron que, incluso con esta política más liberal, los índices de consumo de cannabis en los Países Bajos no eran mayores que los de Estados Unidos, país con una política consistentemente más punitiva hacia el consumo de cannabis durante el mismo periodo.

Otros autores han criticado la hipótesis de MacCoun y Reuter sobre la “glamurización”.<sup>78</sup> Por ejemplo, Abraham y sus colegas<sup>79</sup> criticaron el análisis de MacCoun y Reuter por comparar los datos de ciudades con estadísticas de naciones enteras, y pusieron en duda la validez de algunos de los conjuntos de datos comparativos, puntos que los propios autores rebatieron posteriormente.<sup>80</sup>

En un artículo posterior, Korf<sup>81</sup> examinó las tendencias en el consumo de cannabis actual, en lugar de durante toda la vida, y demostró que, en los Países Bajos, en otros países europeos y en los Estados Unidos las tendencias en el consumo de cannabis son ondulatorias. Señaló que era “sorprendente” cómo estas tendencias en el consumo de cannabis entre los jóvenes de los Países Bajos reflejaban las cuatro etapas en la disponibilidad de cannabis identificados por MacCoun y Reuter.<sup>82</sup> Así, el número de consumidores de cannabis alcanzó su punto máximo en la década de 1960 y principios de 1970, cuando la distribución de cannabis se producía a través de un mercado clandestino. El consumo reciente de cannabis entre los jóvenes neerlandeses aumentó durante la

década de 1970, cuando los distribuidores desde sus casas sustituyeron el mercado clandestino, y volvió a aumentar durante la década de 1980, cuando las *coffee shops* se establecieron como los puntos de venta de cannabis. A finales de 1990 las tasas de consumo reciente entre la juventud neerlandesa se estabilizaron. Las tasas disminuyeron a finales de la década de 1990, después de que la edad para acceder a las *coffee shops* se incrementara de 16 a 18 años en 1996 y de que se redujera el número de establecimientos.<sup>83</sup>

Korf,<sup>84</sup> no obstante, llegó a la conclusión de que es dudoso que los cambios en el consumo de cannabis estén relacionados causalmente con los de las políticas. Más recientemente, un análisis de los cambios en la prevalencia del cannabis entre estudiantes neerlandeses de secundaria de entre 12 y 17 años de edad encontró que esas reformas se acompañaron de variaciones en la edad de inicio de consumo. La edad media de inicio del consumo de cannabis disminuyó de 15 años en 1992 a 14 años en 1996. Después de que en 1996 se elevara la edad legal para comprar cannabis en las *coffee shops* la edad de inicio se estabilizó hasta 2003.<sup>85</sup> Sin embargo, como ha señalado Korf,<sup>86</sup> después de elevar el límite de edad en las *coffee shops*, era más probable que los estudiantes neerlandeses obtuvieran su cannabis fuera de los establecimientos, principalmente de los amigos. Esto podría haber aumentado la probabilidad de que se les ofrecieran otras drogas o de involucrarse en otros delitos.<sup>87</sup>

### *Impactos en los patrones de uso y en el acceso al mercado*

Un proyecto iniciado por Peter Cohen, Craig Reinerman, Stephan Quensal y Lorenz Bollinger ha comparado, mediante una encuesta estandarizada, muestras representativas provenientes de consumidores experimentados de cannabis<sup>88</sup> en tres ciudades con políticas diferentes sobre el mismo. Las encuestas se iniciaron en Ámsterdam en 1995, Bremen en 1998 y San Francisco en 1999.<sup>89</sup> El estudio encontró que la prevalencia de los diferentes “tipos de consumidores” variaba entre las ciudades. Así, la prevalencia de los consumidores “moderados” —consumidores a largo plazo que consumen la droga con regularidad y tienden a limitar su consumo para alcanzar el nivel deseado de intoxicación— fue mayor en Ámsterdam (19%) y Bremen (19%) que en San Francisco (10%).<sup>90</sup> Por el contrario, en San Francisco se encontraron tasas más elevadas de “consumidores ocasionales orientados al ocio” (29%) y de “grandes consumidores”, principalmente dependientes (22%). El estudio concluyó que “las políticas represivas no reducen el consumo, pero producen patrones problemáticos de consumo entre muchos de aquellos que desafían la autoridad”.<sup>91</sup> Sin embargo, esta conclusión parece exagerar el impacto de la política sobre las tasas de consumo, y no parece tomar en cuenta que es probable que haya otras diferencias sociales y culturales importantes entre las tres ciudades.

Sin embargo, este trabajo confirma que los neerlandeses han demostrado que es

posible establecer un sistema de suministro de cannabis que, en gran medida, separa el mercado del cannabis del de otras sustancias ilegales y potencialmente más perjudiciales. Alrededor de 87% de la muestra de Ámsterdam afirmaba que por lo general compraba el cannabis en las *coffee shops*, mientras que más de 80% de la muestra de Bremen y 95% de la muestra de San Francisco dijeron que en lo general adquirirían el cannabis de amigos que conocían a un traficante o de “traficantes conocidos”. Por otra parte, 85% de la muestra de Ámsterdam, frente a 51% de la de Bremen y 49% de la de San Francisco, dijo que en donde obtuvo el cannabis no podían adquirirse otras drogas.<sup>92</sup>

Un artículo más reciente del mismo estudio, en que se comparaban las tasas de consumo en Ámsterdam y San Francisco, no encontró evidencia de que la “criminalización” (en San Francisco) redujera el consumo o de que la “descriminalización” (en Ámsterdam) lo incrementara. Más bien, a excepción de las tasas más altas de consumo de cannabis en San Francisco, se encontraron fuertes similitudes entre las dos ciudades.<sup>93</sup> En contraste con las conclusiones del documento de Borches-Temple y Kolte,<sup>94</sup> llegaron a la conclusión de que, en los consumidores habituales, el consumo de cannabis giraba en torno a su normas subculturales sobre cuándo, dónde, por qué, con quién y cómo consumir, más que en torno a leyes y políticas.<sup>95</sup>

### *Conclusiones sobre la política neerlandesa*

Entonces, ¿qué puede decirse acerca del impacto de la política de cannabis neerlandesa sobre la prevalencia y los patrones de consumo y los daños del cannabis? En primer lugar existe un consenso de que la despenalización en los Países Bajos, en sí misma, no da lugar a un aumento de los niveles de consumo de cannabis en la población entre los adultos ni entre los jóvenes. Este hallazgo es consistente con los resultados en Australia y los Estados Unidos. En segundo lugar el sistema neerlandés parece haber separado con éxito el mercado del cannabis del de otras sustancias. La mayoría de los consumidores de cannabis que lo compran en el entorno regulado de las *coffee shops* no necesita estar en contacto con otras fuentes ilícitas,<sup>96</sup> donde pueden estar expuestos a otras drogas y a la delincuencia.

En tercer lugar hay opiniones encontradas sobre el impacto de la “comercialización” de la venta de cannabis desde mediados de 1980 hasta mediados de 1990. Por un lado, el aumento en la prevalencia del consumo de cannabis entre los jóvenes parece reflejar los cambios en otros países que comenzaron antes de este periodo. Por otro lado, los cambios en la prevalencia se correlacionan con cambios en la política, y ésta aumenta a medida que lo hacen el acceso y la disponibilidad. En general, puede decirse que el caso sigue abierto sobre si la *legalización de facto* condujo a un mayor consumo por los jóvenes y a un inicio a una edad más temprana; no puede descartarse que el aumento en la prevalencia en los jóvenes *haya podido* asociarse con la creciente *legalización de facto*, y que posteriormente haya disminuido debido a la aplicación de políticas más restrictivas. El punto crítico aquí es que mientras la investigación internacional muestra

que hay poca relación entre los índices de consumo de cannabis y las políticas aplicadas, cuando el consumo sigue siendo ilegal, tanto en la situación *de facto* como *de jure*, la experiencia neerlandesa plantea la pregunta acerca de si ir más allá de la *despenalización* hasta llegar a la *legalización de facto* puede aumentar las tasas de consumo de cannabis entre los jóvenes, que son los más vulnerables a los efectos adversos del cannabis. Algunos no estarán de acuerdo con este análisis, pero creemos que en esta etapa se justifica una conclusión prudente, en espera de más investigaciones.

### *Italia*

Los cambios en las políticas italianas hacia el cannabis y otras drogas idealmente deberían proporcionar un caso perfecto para examinar el impacto de la despenalización, utilizando un tipo de diseño de investigación ABA (penalización-despenalización-penalización). La opinión popular es que no ha habido ninguna relación entre los cambios legales y la prevalencia del cannabis (y otras drogas). Un artículo de Solivetti, citado a menudo, concluye:

El primer y más impresionante hecho que se desprende de la historia de la política de drogas italiana es la falta de efectos visibles de las distintas medidas legislativas en este campo. Lo que es particularmente impresionante es la falta de efectos visibles en cuanto a las acciones represivas —cada vez más numerosas en la mayoría de los casos—. Las sanciones represivas duras e indiferenciadas de la década de 1950 no impidieron el auge de la difusión de la droga en la década de 1960. Las crecientes sanciones penales contra los traficantes de drogas, provistos por la Ley de 1975, no se han traducido en una reducción de la difusión de la droga, sino que, por el contrario, ésta creció más y más. La reintroducción de las sanciones contra el consumo de drogas en el año 1990 no tuvo un impacto visible sobre el fenómeno.<sup>97</sup>

Un problema es que Solivetti sólo analizó series de datos sobre el consumo de cannabis y otras drogas hasta 1998. Ahora, 10 años después, debería disponerse de un mayor conjunto de datos para investigar los impactos de la última despenalización que entró en vigor en Italia en 1993. El OEDT ha observado que las tasas de consumo de cannabis en varios países europeos, entre ellos Francia, España e Italia, han aumentado en los últimos años y se están desarrollando metodologías para investigar los patrones de consumo (diario) más frecuentes, que pueden ser indicativos de dependencia del cannabis y otros daños.<sup>98</sup> Por lo tanto, en consonancia con las conclusiones para otros países, si bien no se dispone de evidencia que apoye la opinión de que la despenalización del cannabis en Italia resultó en un incremento de las tasas de consumo y problemas, es necesario señalar que sería útil llevar a cabo investigación adicional para confirmar la más bien limitada evidencia examinada hasta la fecha.

### *Suiza*

Como se señaló en el capítulo anterior, el consumo de cannabis está prohibido por la ley en Suiza; no obstante, la policía de los 26 cantones suizos ejerce una discreción considerable en la forma en que se aplica la ley. Aprovechando esto, y con datos

tomados del estudio de la encuesta European Health Behavior in School-Aged Children (EHBS), de la OMS, Schmid<sup>99</sup> empleó un modelo lineal jerárquico para analizar el impacto en los compañeros, la urbanización y la gravedad de la aplicación de leyes del cannabis en las tasas de consumo en 3 107 jóvenes de 15 años de edad. El estudio sugiere que vivir en zonas urbanas afectaba el grado en el que los compañeros influían en el consumo de cannabis, mientras que el tipo de política del cantón en el que se vivía no tuvo ningún efecto sobre el consumo de cannabis.<sup>100</sup>

### *República Checa*

La República Checa ofrece un ejemplo único de evaluación sustancial de los efectos de cambiar a una legislación más restrictiva; es decir, criminalizar la posesión y el consumo de cannabis (y otras drogas) donde no lo estaban. La criminalización tuvo lugar en 1998, tras una fuerte controversia y por encima del veto del presidente Václav Havel. Como consecuencia, el gobierno encargó un estudio sustancial de evaluación a un grupo de expertos checos, asesorado por académicos estadounidenses.<sup>101</sup> La evaluación examinó con datos cuantitativos diversas proposiciones sobre los efectos de la introducción de sanciones por la posesión de drogas ilegales para consumo personal. Las proposiciones que indicaban que la “disponibilidad de las drogas ilegales disminuiría” o que “el número de consumidores se reduciría”, o por lo menos se estabilizaría, fueron refutadas basándose en el estudio, mientras que otras hipótesis no pudieron comprobarse de forma fiable. Estudios cualitativos completaron el cuadro de los efectos de la legislación, incluyendo la falta de pruebas de los efectos en “escenarios de drogas”. Sin embargo, la nueva ley proporcionó a la policía la oportunidad de presionar a sospechosos por otras razones. Un informador comentó: “Debo admitir que no es completamente legal. De alguna forma, es casi un chantaje”.<sup>102</sup> Mientras que en los dos años desde la adopción de la legislación las sanciones por posesión para consumo personal sólo se han ejecutado al azar y de forma ocasional, se han derivado costos sustanciales para el Estado, sin beneficios aparentes.<sup>103</sup>

### ANÁLISIS ECONÓMICOS

Como se ha indicado el estudio checo incluyó un “análisis de costos y beneficios” que concluyó que la penalización de la posesión para consumo personal era poco favorable en términos económicos para el Estado a corto plazo, y probablemente también a largo plazo.<sup>104</sup> En cuanto a apartarse de las sanciones penales, ha habido por lo menos cuatro análisis económicos sobre el impacto de la introducción de la *prohibición con un sistema de sanciones civiles* en la aplicación de la ley y otros costos. En principio, los esquemas de sanciones civiles pueden ser mucho más baratos que los regímenes penales o de derivación en términos de recursos para el cumplimiento de la ley y la justicia, porque los

delitos civiles se pueden tratar con más rapidez y con menos garantías procesales.<sup>105</sup> Por ejemplo, un análisis reciente en Australia Occidental sobre el costo de tratar un delito menor de cannabis por el método de la emisión de un aviso de infracción, frente a tratarlo en el sistema judicial, encontró un costo-beneficio neto de 7:1 en favor del aviso de infracción,<sup>106</sup> lo que refleja los hallazgos de un estudio previo del sistema de Australia del Sur.<sup>107</sup> Los análisis económicos han demostrado que la magnitud del potencial de ahorro para la justicia penal depende del tamaño de la jurisdicción y el costo de los mecanismos existentes para el control de los delitos menores de cannabis, y de la cuantía de la multa de los sistemas de aviso de infracción, con un mayor ahorro con las cantidades más elevadas. Los ahorros anuales se estimaron en 100 millones de dólares estadounidenses en California,<sup>108</sup> y en 24.3 millones de dólares en Massachusetts.<sup>109</sup> En el estado mucho menor de Australia del Sur, el ahorro estimado ascendió a menos de un millón de dólares.<sup>110</sup> Sin embargo, como sugirieron Hall y Pacula,<sup>111</sup> dada la forma en que funciona el proceso de los presupuestos en las democracias, no está claro dónde se invierten estos ahorros; y es dudoso que sea hacia “dividendos sociales” como hacer frente a delitos más graves o reducir de otra manera los daños relacionados con las drogas.<sup>112</sup>

## MARIHUANA MEDICINAL

Los estudios sobre el impacto de la introducción de sistemas de marihuana medicinal en las tasas de consumo de cannabis en la comunidad en general son difíciles de localizar. En los Estados Unidos, la General Account Office llevó a cabo una investigación exhaustiva de las iniciativas de este tipo en Oregon, Alaska, Hawái y California en 2002, aunque esto no incluyó los efectos sobre las tasas de consumo de cannabis en general.<sup>113</sup> Khatapoush y Hallfors<sup>114</sup> analizaron tres oleadas de datos provenientes de encuestas telefónicas en 1995, 1997 y 1999 para investigar el impacto de la Propuesta 215, la Ley de Uso Compasivo, que entró en vigor en California a finales de 1996. Los investigadores compararon las actitudes y las tasas de consumo entre jóvenes de 16 a 25 años de edad, en comunidades seleccionadas en California y 10 estados de control, y llegaron a la conclusión de que la política de marihuana medicinal ha tenido poco impacto en las actitudes relacionadas con la marihuana y el consumo entre los jóvenes y jóvenes adultos, en las comunidades seleccionadas en California y otros estados. Después de que entrase en vigor la Propuesta 215 los californianos fueron menos propensos a ver el consumo ocasional de marihuana como una actividad de riesgo, y aprobaron más la legalización de la marihuana y su consumo para fines medicinales, pero fueron menos proclives a aprobar su consumo recreativo. Las tasas de consumo reciente de cannabis (del último mes y el último año) fueron mayores en California en comparación con los estados de control, tanto antes como después de la entrada en vigor de la Propuesta 215.

## CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

En este capítulo se revisó la literatura disponible sobre el impacto de las reformas del cannabis que se han llevado a cabo dentro de las disposiciones de los tratados y convenciones internacionales vigentes sobre drogas. Es evidente que muy pocos de los ejemplos de reformas, identificados en el capítulo anterior, se han sometido a una evaluación para determinar el impacto de las reformas sobre las tasas de consumo de cannabis y los daños relacionados con éste.

Además, deben hacerse dos advertencias. En primer lugar, como ya hemos hecho en este capítulo, hay que tener en cuenta que gran parte de la investigación que se ha realizado se ve comprometida por errores metodológicos. En segundo lugar, debemos tener cautela a la hora de sacar conclusiones a partir de un ejemplo de reforma en un país y tratar de implementar cambios similares en otro. Factores del contexto geográfico, social, cultural, político, legislativo, y otros, pueden influir en las reformas y sus impactos. Por lo tanto, es importante que cualquier reforma que se implemente esté sujeta a una evaluación rigurosa. Lo ideal es que los resultados de dichas evaluaciones permitan la modificación de las reformas para minimizar los efectos adversos no deseados, tales como la ampliación de red. Sin embargo, a pesar de estas advertencias, se pueden extraer las siguientes conclusiones sobre la base de la literatura disponible.

### *Impactos en la prevalencia del consumo*

No parece haber ocurrido un gran aumento en el consumo de cannabis en los países que han mantenido la ilegalidad *de jure* del cannabis, pero que han implementado reformas que, ya sea a escala nacional o subnacional, han reducido las penas a sanciones civiles o administrativas. Entre estas reformas a la política la mejor estudiada es el cambio de la prohibición estricta a prohibición con penas civiles. Los estudios metodológicamente sólidos no encuentran que estos cambios en las sanciones hayan tenido gran impacto en la prevalencia del consumo de cannabis en la población o entre los escolares. Aunque los resultados aquí pueden estar limitados por un bajo poder estadístico y el tamaño limitado de la muestra para detectar pequeños aumentos, la evidencia disponible sugiere que si en la población general se produce un aumento del consumo, es probable que éste sea pequeño.

La evidencia del impacto producido por la despenalización en los Países Bajos sugiere que no se ha traducido en un aumento de la prevalencia del consumo de cannabis a escala comunitaria, y que ha tenido éxito en separar el mercado del cannabis de los mercados de otras drogas. Aún quedan preguntas abiertas acerca de la medida en que el aumento de la comercialización de cannabis en los Países Bajos, en el periodo 1992-1996, puede haber dado como resultado un mayor consumo de cannabis por los jóvenes y una edad más temprana de inicio. Si así fuera, entonces las restricciones de edad y otros cambios introducidos en las *coffee shops* a mediados de la década de 1990 parecen haber detenido esta tendencia.

En cuanto a los efectos de las reformas sobre la prevalencia del consumo de cannabis también es evidente, a partir de una serie de estudios, que por lo menos mientras se mantenga la ilegalidad del cannabis las leyes y las sanciones aplicadas parecen tener, a lo sumo, un impacto relativamente modesto en los índices de consumo de cannabis. En algunos ejemplos, las tendencias en el consumo de cannabis parecen ser independientes de las sanciones que corresponden y es probable que, en lo que respecta a las reformas previstas en los tratados internacionales vigentes, otros factores no legales, como las tendencias sociales, económicas y culturales, algunas de las cuales ejercen su influencia a través de las fronteras estatales y nacionales, tienen un impacto mucho mayor sobre el consumo de cannabis que las sanciones que se aplican en una jurisdicción, en particular, a la pequeña proporción de consumidores detenidos.

### *Reducción de las consecuencias negativas de la prohibición*

La investigación sugiere que las reformas que se han llevado a cabo en virtud de las convenciones internacionales sobre drogas existentes han reducido, pero no eliminado, algunos de los impactos sociales negativos de la prohibición en los individuos. Éstas también parecen reducir los costos para el sistema de justicia penal derivados de la persecución de los delitos de consumo de cannabis. Sin embargo, estos beneficios pueden ser socavados por prácticas policiales que aumentan el número de consumidores penalizados, o que hacen cumplir la ley de manera discriminatoria. Los costos para las personas detenidas pueden reducirse sustancialmente con las sanciones civiles en lugar de las penales. Sin embargo, estos esquemas pueden tener un impacto desproporcionado en las personas con escasos recursos económicos y en las más desfavorecidas socialmente, quienes pueden terminar siendo procesadas por la justicia penal debido a que no pueden pagar las multas. Aunque se ha observado un ahorro de recursos en la justicia penal, que parece ser proporcional al tamaño de la jurisdicción, es poco probable que en la práctica estos ahorros sean destinados estratégicamente a abordar otros problemas de delincuencia más graves; en lugar de eso “desaparecen” en los presupuestos generales de la policía o en los ingresos centralizados.

Si bien existe un debate acerca de si el sistema de legalización *de facto* en algunas partes de los Países Bajos ha contribuido a aumentar las tasas de consumo, se dispone de evidencia suficiente de que el sistema de *coffee shops* neerlandés ha eliminado el riesgo de sanciones legales para la mayoría de los consumidores y ha separado efectivamente el mercado del cannabis del de otras drogas ilegales. Sin embargo, es posible que las restricciones de edad introducidas en las *coffee shops*, a mediados de 1990, paradójicamente hayan incrementado la exposición de los adolescentes al mercado ilegal y así aumentado los riesgos y los daños asociados.



<sup>1</sup> Por ejemplo, K. Krajewski, “How Flexible are the UN Drug Conventions?”, *The International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 329-338, 1999.

<sup>2</sup> Véase R. Pacula, R. MacCoun, P. Reuter, J. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, “What Does it Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross-National Empirical Examination”, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16: 347-369, 2005.

<sup>3</sup> Vease B. Kilmer, “Do Cannabis Possession Laws Influence Cannabis Use?”, *Cannabis 2002 Report. Technical Report of the International Scientific Conference, Brussels, Belgium*, Ministry of Public Health of Belgium, Bruselas, 2002, pp. 101-123.

<sup>4</sup> R. Pacula, R. MacCoun, P. Reuter, J. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, “What Does it Mean...”, *op. cit.*

<sup>5</sup> L. Arseneault, M. Cannon, R. Poulton, R. Murray, A. Caspi y T. E. Moffitt, “Cannabis Use in Adolescence and Risk for Adult Psychosis: Longitudinal Prospective Study”, *British Medical Journal*, 325: 1212-1213, 2002; C. Coffey, J. B. Carlin, L. Degenhardt, M. Lynskey, L. Sanci y G. C. Patton, “Cannabis Dependence in Young Adults: An Australian Population Study”, *Addiction*, 97 (2): 187-194, 2002; D. I. Lubman, M. Yücel y W. D. Hall, “Substance Use and the Adolescent Brain: A Toxic Combination”, *Journal of Psychopharmacol*, 21 (8): 792-794, 2007; A. M. Smith, P. A. Fried, M. J. Hogan e I. Cameron, “Effects of Prenatal Marijuana on Response Inhibition: An fMRI Study of Young Adults”, *Neurotoxicology and Teratology*, 26 (4): 533-542, 2004; K. C. Winters y C. Y. S. Lee, “Likelihood of Developing an Alcohol and Cannabis Use Disorder During Youth: Association with Recent Use and Age”, *Drug and Alcohol Dependence*, 92: 239-247, 2008.

<sup>6</sup> E. Single, “The Impact of Marijuana Decriminalisation: An Update”, *Journal of Public Health Policy*, 10v: 456-466, 1989; (Single *et al.*, 2000); C. F. Theis y C. A. Register, “Decriminalisation of Marijuana and the Demand for Alcohol, Marijuana and Cocaine”, *The Social Science Journal*, 30: 385-399, 1993.

<sup>7</sup> R. B. Stuart, K. Guire y M. Krell, “Penalty for the Possession of Marijuana: An Analysis of Some of its Concomitants”, *Contemporary Drug Problems*, 5: 553, 1976.

<sup>8</sup> W. Saveland y D. F. Bray, “Trends in Cannabis use among American States with Different and Changing Legal Regimes, 1972-1977”, *Contemporary Drug Problems*, 10: 335-361, 1981.

<sup>9</sup> E. Single, *op. cit.*

<sup>10</sup> Por ejemplo, L. D. Johnston, P. M. O’Malley y J. G. Bachman, *Marijuana Decriminalisation: The Impact on Youth 1975-80. Monitoring the Future. Occasional Paper Series. Paper 13*, Institute for Social Research, Michigan University, Ann Arbor, 1981.

<sup>11</sup> C. F. Theis y C. A. Register, *op. cit.*

<sup>12</sup> R. L. Pacula, J. F. Chriqui y J. King, *Marijuana Decriminalization: What Does it Mean in the United States?*, NBER Working Paper No. 9690, NBER, 2003; R. L. Pacula, R. MacCoun, P. Reuter, J. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, “What Does it Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross-National Empirical Examination”, *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16: 347-369, 2005.

<sup>13</sup> Alaska, California, Carolina del Norte y Arizona.

<sup>14</sup> Luisiana, Massachusetts, Nueva Jersey, Vermont, Wisconsin y Virginia Occidental.

<sup>15</sup> K. Model, “The Effect of Marijuana Decriminalization on Hospital Emergency Room Drug Episodes, 1975-1978”, *Journal of the American Statistical Association*, 88: 737-747, 1993.

<sup>16</sup> Por ejemplo, J. Hales, M. Mayne, A. Swan, S. Alberti y A. Ritter, *Evaluation of Queensland Illicit Drug Diversion Initiative (QIDDI) Police Diversion Program: Final Report*, Queensland Health, Brisbane, 2004.

<sup>17</sup> N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *The Effects of the CEN Scheme on Levels and Patterns of Cannabis Use in South Australia: Evidence from National Drug Strategy Household Surveys 1985-1995*, Commonwealth Department of Health and Family Services, Canberra, 1999; N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, “The Effects of the Cannabis Expiation Notice Scheme on Levels and Patterns of Cannabis Use in South Australia: Evidence from National Drug Strategy Household Surveys 1985-95”, *Drug and Alcohol Review*, 19 (3): 265-269, 2000.

<sup>18</sup> *Id.*

<sup>19</sup> *Id.*

<sup>20</sup> N. Donnelly, B. Oldenburg, S. Quine, P. Macaskill, B. Flaherty, C. Spooner y D. Lyle, “Changes Reported in Drug Prevalence among New South Wales Secondary School Students 1983-1989”, *Australian Journal of Public Health*, 16 (1): 50-57, 1992; M. Neill, P. Christie y S. Cormack, *Trends in Alcohol and other Drug Use by South Australian School Children 1986-1989*, Drug and Alcohol Services Council South Australia, Adelaide, 1991.

<sup>21</sup> M. Neill, P. Christie y S. Cormack, *op. cit.*

<sup>22</sup> N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *op. cit.*; N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *op. cit.*

<sup>23</sup> N. Donnelly y W. Hall, *Patterns of Cannabis Use in Australia. National Drug Strategy*, Australian Government Printing Service, Canberra, 1994.

<sup>24</sup> N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *op. cit.*; N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *op. cit.*

<sup>25</sup> N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *op. cit.*

<sup>26</sup> N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *op. cit.*; N. Donnelly, W. Hall y P. Christie, *op. cit.*

<sup>27</sup> J. McGeorge y C. K. Aitken, “Effects of Cannabis Decriminalization in the Australian Capital Territory on University Students’ Patterns of Use”, *Journal of Drug Issues*, 27: 785-793, 1997.

<sup>28</sup> Que entró en vigor en marzo de 2004 y es el más reciente de los regímenes de sanciones civiles en ese país.

<sup>29</sup> J. Fetherston y S. Lenton, *A Pre-post Comparison of the Impacts of the Western Australian Cannabis Infringement Notice Scheme on Public Attitudes, Knowledge and Use*, National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, Perth, 2007.

<sup>30</sup> L. Cameron y J. Williams, “Cannabis, Alcohol and Cigarettes: Substitutes or Complements?”, *Economic Record*, 77 (236): 19-34, 2001; J. Williams, “The Effects of Price and Policy on Marijuana Use: What Can Be Learned from the Australian Experience?”, *Health Economics*, núm. 13, 2004, pp. 123-137; J. Williams y P. Mahmoudi, “Economic Relationship between Alcohol and Cannabis Revisited”, *Economics Record*, núm. 80, 2004, pp. 36-48.

<sup>31</sup> J. Williams, “The Effects of Price and Policy on Marijuana Use: What Can Be Learned from the Australian Experience?”, *Health Economics*, núm. 13, 2004, pp. 123-137.

<sup>32</sup> S. Lenton, P. Christie, R. Humeniuk, A. Brooks, P. Bennett y P. Heale, *Infringement versus Conviction: The Social Impact of a Minor Cannabis Offence under a Civil Penalties System and Strict Prohibition in Two Australian States*, Monograph Series No. 36, National Drug Strategy, Publications Productions Unit/Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, 1999; S. Lenton, D. McDonald, R. Ali y T. Moore, “Laws Applying to Minor Cannabis Offences in Australia and their Evaluation”, *International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 299-303, 1999; S. Lenton y P. Heale, “Arrest, Court and Social Impacts of Conviction for a Minor Cannabis Offence under Strict Prohibition”, *Contemporary Drug Problems*, 27: 805-833, 2000; S. Lenton, P. Heale, P. Erickson, E. Single, E. Lang y D. Hawks, *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply: A Discussion Document Prepared for the Drug and Crime Prevention Committee of the Parliament of Victoria*, monografía núm. 3, National Drug Research Institute (NDRI), Curtin University of Technology, Perth, 2000.

<sup>33</sup> *Id.*

<sup>34</sup> *Id.*

<sup>35</sup> *Id.*

<sup>36</sup> Por ejemplo, P. Erickson, “Deterrence and Deviance: The Example of Cannabis Prohibition”, *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 67 (2): 222-232, 1976; P. Erickson, *Cannabis Criminals: The Social Effects of Punishment on Drug Users*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1980.

<sup>37</sup> S. Lenton, P. Christie, R. Humeniuk, A. Brooks, P. Bennett y P. Heale, *op. cit.*; S. Lenton, D. McDonald, R. Ali y T. Moore, *op. cit.*; S. Lenton y P. Heale, *op. cit.*; S. Lenton, P. Heale, P. Erickson, E. Single, E. Lang y D. Hawks, *op. cit.*

<sup>38</sup> P. Heale, D. Hawks y S. Lenton, “Public Awareness, Knowledge and Attitudes Regarding the CEN System in South Australia”, *Drug and Alcohol Review*, 19: 271-280, 2000.

<sup>39</sup> J. Fetherston y S. Lenton, *A Pre-post Comparison of the Impacts of the Western Australian Cannabis*

*Infringement Notice Scheme on Public Attitudes, Knowledge and Use*, National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, Perth, 2007.

<sup>40</sup> G. Fitzsimmons y M. Cooper-Stanbury, *1998 National Drug Strategy Household Survey - State and Territory Results*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2000.

<sup>41</sup> J. Fetherston y S. Lenton, *op. cit.*

<sup>42</sup> G. Draper y S. Serafino, *2004 National Drug Strategy Household Survey Western Australia Results*, Epidemiology Branch, Department of Health WA Drug and Alcohol Office, Perth, 2006.

<sup>43</sup> J. Miller y A. Lang, *ASSAD Drug Report 2005*, TNS Social Research, Canberra, 2007.

<sup>44</sup> P. Christie y R. Ali, "Offences under the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia", *Drug and Alcohol Review*, 19 (3): 251-256, 2000.

<sup>45</sup> *Id.*

<sup>46</sup> A Sutton y E. McMillan, "Criminal Justice Perspectives on South Australia's Cannabis Expiation Notice Procedures", *Drug and Alcohol Review*, 19: 281-286, 2000.

<sup>47</sup> Drug and Alcohol Office, *Statutory Review of Cannabis Control Act 2003. Report to the Minister of Health: Executive Summary*. Perth, Drug and Alcohol Office, Western Australia, 2007.

<sup>48</sup> Comparado con 250% en el caso de Australia del Sur.

<sup>49</sup> Drug and Alcohol Office, *Statutory Review of Cannabis Control Act 2003. Report to the Minister of Health: Technical Report*. Perth, Drug and Alcohol Office, Western Australia, 2007.

<sup>50</sup> Por ejemplo, el apoyo a la policía para detener a personas que se cree que están usando los niveles permitidos para encubrir actividades de venta y distribución de droga y la reducción de la cantidad mínima para ser considerado un proveedor de 25 a 10 plantas.

<sup>51</sup> Véase A. Sutton y E. McMillan, "Criminal Justice Perspectives on South Australia's Cannabis Expiation Notice Procedures", *Drug and Alcohol Review*, 19: 281-286, 2000.

<sup>52</sup> R. Sarre, A. Sutton y T. Pulsford, *Cannabis - The Expiation Notice Approach*, Report Series C, núm. 4, junio, South Australian Attorney General's Department, Adelaide, 1989.

<sup>53</sup> P. Christie y R. Ali, *op. cit.*; Drug and Alcohol Office, *op. cit.*

<sup>54</sup> S. Lenton, "The WA Cannabis Infringement Notice Scheme: Reflections on the First 3 Years", Invited plenary presentation at the Working Out What Works Symposium, Fremantle, septiembre de 2007, 18-19.

<sup>55</sup> C. E. Hughes y A. Stevens, *The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal, Briefing Paper Fourteen*, The Beckley Foundation Drug Policy Program, Londres, 2007.

<sup>56</sup> *Ib.*

<sup>57</sup> *Id.*

<sup>58</sup> Hughes y Stevens, *op. cit.*, p. 9.

<sup>59</sup> Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), *Cannabis: Classification and Public Health*, Home Office, Londres, 2008. Disponible en <<http://drugs.homeoffice.gov.uk/>>

<sup>60</sup> T. Castle, "Cannabis Classification to be Tightened", *Reuters UK online*, 7 de mayo de 2008. Disponible en <<http://uk.reuters.com/article/wtMostRead/idUKL0692965620080507?pageNumber=3&virtualBrandChannel=0&sp=true>>

<sup>61</sup> S. Nicholas, C. Kershaw y A. Walker (eds.), *Home Office Statistical Bulletin: Crime in England and Wales 2006/07*, 4a ed., Home Office, Londres, 2007, p. 40.

<sup>62</sup> *Ib.*, p. 21.

<sup>63</sup> T. May, M. Duffy, H. Warburton y M. Hough, *Policing Cannabis as a Class C Drug: An Arresting Change?*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2007.

<sup>64</sup> S. Nicholas, C. Kershaw y A. Walker, *op. cit.*, p. 43.

<sup>65</sup> T. May, M. Duffy, H. Warburton y M. Hough, *op. cit.*

<sup>66</sup> *Id.*

<sup>67</sup> *Id.*

<sup>68</sup> D. J. Potter, P. Clark y M. B. Brown, “Potency of Delta 9-THC and other Cannabinoids in Cannabis in England in 2005: Implications for Psychoactivity and Pharmacology”, *Journal of Forensic Sciences*, 53 (1): 90-94, 2008.

<sup>69</sup> T. May, comunicación personal, 11/10/2007.

<sup>70</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), *World Drug Report 2006. Volume 1: Analysis*, ONUDD, Viena, 2006.

<sup>71</sup> [Revisión de la Clasificación del Cannabis de la AMCD 2008]; UK Drug Policy Commission, *Submission to the ACMD Cannabis Classification Review 2008*, UK Drug Policy Commission, Londres, 2008.

<sup>72</sup> *Id.*

<sup>73</sup> R. MacCoun y P. Reuter, “Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalisation Debate”, *Science*, 278 (3): 47-52, 1997; R. MacCoun y P. Reuter, “Evaluating Alternative Cannabis Regimes”, *British Journal of Psychiatry*, 178: 123-128, 2001.

<sup>74</sup> R. MacCoun y P. Reuter, “Evaluating Alternative Cannabis Regimes”, *op. cit.*

<sup>75</sup> *Id.*

<sup>76</sup> *Id.*

<sup>77</sup> *Id.*

<sup>78</sup> Por ejemplo, M. D. Abraham, P. D. A. Cohen y D. J. Beukenhorst, “Comparative Cannabis Use Data”, *British Journal of Psychiatry*, núm. 179 (2): 175-177, 2001; W. de Zwart y M. van Laar, “Cannabis Regimes”, *British Journal of Psychiatry*, 178: 574-575, 2001; D. J. Korf, “Dutch Coffee Shops and Trends in Cannabis Use”, *Addictive Behaviors*, 27 (6): 851-866, 2002.

<sup>79</sup> M. D. Abraham, P. D. A. Cohen y D. J. Beukenhorst, *op. cit.*

<sup>80</sup> R. MacCoun y P. Reuter, “Comparative Cannabis Use Data - Authors Reply”, *British Journal of Psychiatry*, 179 (2): 175-177, 2001; R. MacCoun y P. Reuter, “Evaluating Alternative Cannabis Regimes”, *op. cit.*

<sup>81</sup> D. J. Korf, *op. cit.*

<sup>82</sup> R. MacCoun y P. Reuter, “Evaluating Alternative Cannabis Regimes”, *op. cit.*

<sup>83</sup> D. J. Korf, *op. cit.*

<sup>84</sup> *Id.*

<sup>85</sup> K. Monshouwer, F. Smit, R. D. Graaf, J. V. Os y W. Vollebergh, “First Cannabis Use: Does Onset Shift to Younger Ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use”, *Addiction*, 100: 963-970, 2005.

<sup>86</sup> D. J. Korf, *op. cit.*

<sup>87</sup> *Id.*; K. Monshouwer, F. Smit, R. D. Graaf, J. V. Os y W. Vollebergh, *op. cit.*

<sup>88</sup> Que han consumido 25 veces o más.

<sup>89</sup> S. Borchers-Tempel y B. Kolte, “Cannabis Consumption in Amsterdam, Bremen and San Francisco: A Three-city Comparison of Long-term Cannabis Consumption”, *Journal of Drug Issues*, 32 (2): 395-412, 2002.

<sup>90</sup> *Id.*

<sup>91</sup> *Ib.*, p. 411.

<sup>92</sup> *Ib.*, pp. 399-400.

<sup>93</sup> C. Reinerman, P. D. A. Cohen y H. L. Kaal, “The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco”, *American Journal of Public Health*, 94: 836-842, 2004.

<sup>94</sup> S. Borchers-Tempel y B. Kolte, *op. cit.*

<sup>95</sup> C. Reinerman, P. D. A. Cohen y H. L. Kaal, *op. cit.*

<sup>96</sup> Traficantes o amigos que tienen contacto con traficantes.

<sup>97</sup> L. M. Solivetti, *Drug Use Criminalization v. Decriminalization: An Analysis in the Light of the Italian Experience*, Swiss Federal Office of Public Health, Berna, 2001, p. 51.

<sup>98</sup> European Monitoring of Control Drug and Drugs Adicction (EMCDDA), *Annual Report 2007: The State*

of the Drugs Problem in Europe, EMCDDA, Lisboa, 2007.

<sup>99</sup> H. Schmid, “Cannabis Use in Switzerland: The Role of Attribution of Drug Use to Friends, Urbanization and Repression”, *Swiss Journal of Psychology*, 60: 99-107, 2001.

<sup>100</sup> *Id.*

<sup>101</sup> J. Moravek, “Problem Drug Use, Marijuana, and European Projects: How Epidemiology Helped Czech Drug Reformers”, *Central European Journal of Public Policy*, núm. 2, 2008, pp. 26-39. Disponible en <<http://www.cejpp.eu/index.php/volume-2-number-2-december-2008/view-category.html>>

<sup>102</sup> T. Zabransky, V. Mravčik, H. Gajdošíkova y M. Miovsy, PAD: *Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report)*, Office of the Czech Government, Secretariat of the National Drug Commission, Praga, 2001. Disponible en <[http://www.ak-ps.cz/client/files/PAD\\_en.pdf](http://www.ak-ps.cz/client/files/PAD_en.pdf)>

<sup>103</sup> *Id.*

<sup>104</sup> *Id.*

<sup>105</sup> J. Moravek, “Problem Drug Use, Marijuana, and European Projects: How Epidemiology Helped Czech Drug Reformers”, *Central European Journal of Public Policy*, núm. 2, 2008, pp. 26-39. Disponible en <<http://www.cejpp.eu/index.php/volume-2-number-2-december-2008/view-category.html>>

<sup>106</sup> P. Christie y R. Ali, “Offences under the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia”, *Drug and Alcohol Review*, 19: 251-256, 2000; Drug and Alcohol Office, *Statutory Review of Cannabis Control Act 2003. Report to the Minister of Health: Technical Report*. Perth, Drug and Alcohol Office, Australia Occidental, 2007.

<sup>107</sup> A. Brooks, C. Stothard, J. Moss, P. Christie y R. Ali, *Costs Associated with the Operation of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia*, Drug and Alcohol Services Council, Adelaide, 1999.

<sup>108</sup> M. R. Aldrich y T. Mikuriya, “Savings in California Law Enforcement Costs Attributable to the Moscone Act of 1976 – A Summary”, *Journal of Drug Issues*, 20 (1): 75-82, 1988.

<sup>109</sup> J. O. Miron, *The Effect of Marijuana Decriminalization on the Budgets of Massachusetts Governments, with a Discussion of Decriminalization’s Effect on Marijuana Use*, Drug Policy Forum of Massachusetts, Massachusetts, 2002.

<sup>110</sup> A. Brooks, C. Stothard, J. Moss, P. Christie y R. Ali, *op. cit.*

<sup>111</sup> W. D. Hall y R. L. Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

<sup>112</sup> S. Lenton, “Deterrence Theory and the Limitations of Criminal Penalties for Cannabis Use”, en T. Stockwell, P. Gruenewald, J. Toumbourou y W. Loxley (eds.), *Preventing Harmful Substance Use: The Evidence Base for Policy and Practice*, John Wiley & Sons, Chichester, 2005; S. Lenton, “Evaluation of Western Australian Cannabis Infringement Notice Scheme – An Overview”, *Drug and Alcohol Review*, 24: 297-299, 2005.

<sup>113</sup> US House of Representatives United States General Accounting Office, *Marijuana, Early Experiences with Four States’ Laws That Allow Use for Medical Purposes*, United States General Accounting Office, Washington, 2002.

<sup>114</sup> S. Khatapoush y D. Hallfors, “Sending the Wrong Message: Did Medical Marijuana Legalization in California Change Attitudes about Use of Marijuana”, *Journal of Drug Issues*, 34: 751-770, 2004.

## VI. MÁS ALLÁ DE LAS CONVENCIONES DE DROGAS ACTUALES

HASTA ahora, en este volumen hemos considerado diversas medidas adoptadas en el marco del actual régimen internacional de control de drogas. Ahora dirigimos nuestra atención a las medidas que irían, de un modo u otro, más allá de los límites de este régimen.

Algunas de estas medidas podrían ser adoptadas por la acción concertada de las partes en las convenciones actuales o por una gran mayoría de ellos. Estas medidas implican eliminar el cannabis de las convenciones o alterar fundamentalmente sus disposiciones sobre el mismo. En aras de la exhaustividad, enumeramos estas medidas alternativas, pero no las exploramos con detalle. No obstante, en las políticas culturales globales vigentes sobre drogas parece poco probable que se tome cualquiera de estas medidas con éxito.

Otras medidas podrían ser adoptadas por un solo Estado o por un grupo de estados. En la actualidad existe una variación considerable entre estas medidas en cuanto al grado en que pueden verse como políticamente viables. Sin embargo, se discuten con más detalle, porque parece más probable conseguir avances partiendo de estas alternativas. También se discuten algunas opciones para un régimen internacional del cannabis alternativo al actual.

### RETIRADA DEL CANNABIS DE LAS CONVENCIONES

La Convención de 1961<sup>1</sup> obliga a las partes a “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” (art. 4, § 1.c).

Si bien en la actualidad el cannabis figura en las clasificaciones I y IV del tratado, esta clasificación no se encuentra inscrita en el propio documento y en teoría sería posible no sólo cambiar el cannabis a otra clasificación, sino desclasificarlo por completo. El artículo principal que se refiere específicamente al cannabis, el artículo 28, exige que para la producción de éste se tenga una licencia y se ejerza un control, y que una agencia estatal actúe como comprador y distribuidor de la cosecha.

En tanto que el cannabis esté en la Clasificación I de la Convención de 1961, las partes en el tratado están obligadas a considerar como “delitos” la producción, el comercio o la posesión (art. 36), “a reserva de lo dispuesto por su Constitución”. Esto se ve respaldado por el artículo 3, § 1, de la Convención de 1988,<sup>2</sup> que exige que las partes establezcan la producción, distribución, posesión o venta de sustancias incluidas en las

convenciones de 1961 y 1971 “como delitos penales en su derecho interno”.

En teoría, entonces, hay tres formas en las que el cannabis podría eliminarse del alcance de la Convención de 1961:

1. Mediante enmienda en virtud del artículo 47. Para ello sería necesario tanto el consentimiento unánime como la celebración de una conferencia de las partes por la acción del Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas. El comentario oficial sobre la Convención de 1961 señala que el ECOSOC tiene la opción de negarse a convocar a una conferencia de modificación, pero que, por el contrario, la Asamblea General de las Naciones Unidas también podría tomar la iniciativa en la modificación de la convención.<sup>3</sup>

2. Por la rescisión de la convención como resultado de un número suficiente de denuncias (retiros) de ésta, que reduzca el número de partes por debajo de 40.

3. Por la eliminación del cannabis de cualquiera de las clasificaciones de la convención. Esto todavía dejaría activo el artículo 28, que requiere el control y la licencia de producción estatal y un monopolio mayorista por parte del Estado. Esta “modificación”, como la denominan Andenas y Spivack,<sup>4</sup> debe basarse en la recomendación de un Comité de Expertos de la OMS, y requeriría de una mayoría de votos en la Comisión de Estupefacientes (CND), y en la ECOSOC de la ONU si cualquiera de las partes apela la decisión de la CND.

No parece probable que alguno de estos tres métodos de eliminación del cannabis de la Convención de 1961 tenga éxito en un futuro previsible, aunque sería un interesante primer paso tratar de eliminar el cannabis de la clasificación IV de la Convención. En consecuencia, no se examinarán aquí.

Para completar, podemos mencionar una cuarta forma en la que teóricamente podría terminar la fiscalización internacional del cannabis. Ha habido casos en que los tratados internacionales simplemente cayeron en desuso a medida que cambiaron las condiciones, sin ningún tipo de rescisión formal o denuncia. “De hecho, generalmente se considera que un tratado entra en desuso cuando las partes establecen que la no aplicación durante un periodo de tiempo supone dejarlo sin efecto”.<sup>5</sup> Éste es el caso, por ejemplo, de las dos convenciones adoptadas por las potencias coloniales europeas en 1889 y 1919 para controlar el mercado de las bebidas alcohólicas en África.<sup>6</sup> Una vez más, parece poco probable que esto suceda respecto al cannabis en el futuro previsible.

## ACCIONES TOMADAS POR UN SOLO PAÍS O UN GRUPO DE PAÍSES

### *Reinterpretación*

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y otros órganos del sistema internacional de control de drogas han propuesto interpretaciones al lenguaje de

las convenciones, y la JIFE ha sido bastante elocuente en sus interpretaciones. Pero no hay ninguna interpretación del lenguaje de los tratados que sea vinculante para las partes, y los estados han adoptado sistemáticamente interpretaciones que difieren de las de la JIFE.

Sin embargo, el margen de maniobra en las interpretaciones es en principio limitado por la regla general del derecho internacional de que las palabras deben ser interpretadas en términos de su significado literal y que *pacta sunt servanda*, como se establece en el artículo 26 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados,<sup>7</sup> que entró en vigor en 1980: “Todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe”.

Más allá de esto tanto la Convención de 1961 (art. 48) como la de 1988 (art. 32) establecen que, en caso de controversia “acerca de la interpretación o de la aplicación de la presente Convención”, que no pueda resolverse mediante la negociación, la mediación u otros medios, “será sometida [...] a la decisión de la Corte Internacional de Justicia”. La Convención de 1988 establece que cualquiera de las partes en la controversia puede hacer la remisión. Estas disposiciones no parecen haber sido invocadas en ocasión alguna.

En vista de las referencias explícitas y claras al cannabis, en la Convención de 1961, no sería posible reinterpretar de forma creíble la convención para conseguir su exclusión. En lo que respecta a las disposiciones específicas sobre el cannabis en las convenciones de 1961 y 1988, existe un margen mucho más amplio para la interpretación. Como señala Krajewski<sup>8</sup> las convenciones “se formulan de una manera muy amplia, incluso de manera vaga”, lo que “permite la libertad en la interpretación”. Sin embargo, los problemas de interpretación recaen principalmente en el territorio de las medidas alternativas, en el ámbito de la aplicación del sistema de control internacional actual, tratado en los capítulos anteriores. En consecuencia, no se discutirán aquí.

### *Denuncia*

El tratado de 1961<sup>9</sup> establece un procedimiento claro para denunciar ante la Convención, es decir, retirarse de él con un periodo de preaviso establecido que equivale a menos de un año (art. 46). En la Convención de 1988<sup>10</sup> el periodo de preaviso establecido es de un año (art. 50). Helfer<sup>11</sup> señala que “la sabiduría convencional sostiene que las salidas de los tratados son decisiones extremadamente raras que los gobiernos toman sólo después de haber agotado todas las demás vías de persuasión e influencia”. Sin embargo, en una compilación de datos de las ratificaciones y denuncias de los tratados de 1945 a 2004, Helfer encontró que las salidas en realidad no son tan raras y que en ese periodo hubo 1 547 denuncias o retiros, poco menos de 5% del número de ratificaciones. De los tratados multilaterales celebrados a partir de 1945, 3.5% había sido denunciado por lo menos una vez.

La denuncia de un tratado es, por un lado, una acción legal que elimina la obligación

del Estado de cumplir con las disposiciones de dicho tratado. Por otro lado, también es una declaración pública. Como señala Helfer<sup>12</sup> “rescindir un contrato (o amenazar con retirarse) puede dar al Estado denunciante una voz adicional, ya por un aumento de su influencia para reformar el tratado [...] o por el establecimiento de normas o instituciones legales antagónicas junto con otros estados con el mismo punto de vista”.

Leinward<sup>13</sup> propone un argumento en favor de una opción de *denuncia selectiva* de la Convención de 1961, específicamente respecto al cannabis. Estudia los requisitos generalmente considerados en el derecho internacional de divisibilidad de las disposiciones de un tratado, y llega a la conclusión de que estos requisitos se cumplen con la separación del cannabis. Leinward luego justifica la denuncia selectiva en términos de las disposiciones de “error” y “cambio fundamental de las circunstancias” que se consideran a continuación. El resultado final de tomar este camino sería la misma que la denuncia total y readhesión con reservas, discutida también a continuación. Dado que no existe ninguna disposición para la denuncia selectiva en los tratados de 1961 y 1988, tomar este camino podría ser menos defendible legalmente que la denuncia y la readhesión con reservas.

Al parecer, ningún Estado ha denunciado ninguna de las convenciones internacionales actuales sobre drogas.

### *Denuncia y readhesión con una reserva*

La práctica tradicional ha sido que las reservas a los tratados sólo pueden hacerse en el momento de la adhesión a éstos. La Convención de 1961 contiene disposiciones complejas sobre reservas, pero ahora las únicas disposiciones aplicables se encuentran en el artículo 50. El apartado 2 establece reservas respecto a siete párrafos específicos del tratado que son marginales para nuestro presente tema. El apartado 3 establece que sólo se permiten otras reservas si no hay ninguna objeción o si hay objeciones de menos de un tercio de las partes dentro de los 12 meses después de haber sido notificadas.

La Convención de 1988 no contiene disposiciones relativas a las reservas, lo que significa que la cuestión se rige por la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados entre Estados de 1969.<sup>14</sup> Aunque las disposiciones son algo complejas, el efecto es que en general se permiten las reservas. De hecho, los Países Bajos y Suiza, al ratificar la Convención de 1988, realizaron reservas contra la aplicación de algunas de las disposiciones relativas a la penalización en el artículo 3.<sup>15</sup>

Existen precedentes recientes en el derecho internacional en lo que respecta a la denuncia de un tratado y su inmediata ratificación con una reserva.<sup>16</sup> Así, en 1998 y 1999, Trinidad y Tobago y Guyana denunciaron su adhesión al Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y de inmediato volvieron a adherirse con reservas que bloquean las peticiones referentes a condenas de pena de muerte al Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Cuando el comité emitió un fallo que anulaba la reserva de Trinidad y Tobago, ésta volvió a denunciar el tratado. Guyana,

sin embargo, no ha denunciado el tratado ni retirado su reserva y, mientras tanto, se niega a cumplir con las recomendaciones del comité sobre la pena capital.<sup>17</sup> En 2002, Suecia denunció la Convención sobre la Reducción de la Nacionalidad Múltiple y las Obligaciones Militares en Casos de Nacionalidad Múltiple, y luego volvió a adherirse con una reserva. Sin embargo, Helfer<sup>18</sup> también cita casos en que los gobiernos contemplaron o anunciaron este tipo de acciones y se abstuvieron de actuar debido a las preocupaciones sobre posibles perjuicios a su reputación. Éste fue el caso, por ejemplo, cuando el primer ministro británico propuso inicialmente en 2003 denunciar la Convención Europea de Derechos Humanos y luego se adhirió con una reserva.<sup>19</sup>

La denuncia y la readhesión con una reserva sería, por lo tanto, un camino viable para un Estado que deseara eliminar el cannabis en su adhesión a la Convención de 1961, aunque sin duda esto le atraería comentarios adversos.<sup>20</sup> Sin embargo, en las actuales circunstancias bien podría ser la objeción en un tercio o más de las partes. En general, en el derecho internacional, las objeciones a una reserva simplemente significan que no existe un acuerdo internacional entre el Estado autor de la reserva y el Estado objetor de las materias incluidas en la reserva, a menos que el Estado que objeta “niegue específicamente la condición misma de parte de la parte que formula la reserva”.<sup>21</sup> Al parecer esto no supondría ningún problema para un Estado que pretende excluir el cannabis de las obligaciones del tratado. Si al menos un tercio de las partes objetara la readhesión, al objetar la reserva, el Estado autor de la reserva presumiblemente sería excluido del tratado, lo que Helfer<sup>22</sup> considera como un caso extremo, y lo denomina “opción nuclear”. Bajo los términos de la Convención de 1961, si al menos un tercio de las partes se opone a la reserva, pero no a la readhesión, la reserva no será “permitida”. Sin embargo, no está claro lo que pasaría.

La situación respecto a la Convención de 1988 es más clara. Un Estado probablemente podría eliminar con éxito su obligación del requisito más oneroso de la penalización del cannabis mediante la denuncia de dicho tratado y luego reaccediendo a él con una reserva.

Swaine<sup>23</sup> analiza la situación en el derecho internacional sobre las objeciones a las reservas y señala que éstas son sorprendentemente poco comunes, y las que se realizan a menudo se hacen fuera de tiempo. Cuando existen objeciones a una reserva, su efecto es bastante incierto; de hecho, las reservas en general parecen seguir teniendo efecto, a pesar de las objeciones a las mismas.

Cabe señalar que existe otra incertidumbre sobre las reservas, debido a que las de las convenciones de 1961 y de 1971 entraron en vigor antes de que estuviera vigente la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados que, como señala Swaine,<sup>24</sup> “se limita formalmente a los tratados celebrados después de que la propia convención entrara en vigor en 1980”. Sin embargo, Swaine hace notar que las disposiciones de la Convención de Viena “a menudo se invocan en otras circunstancias”.

*“Error” y “cambio fundamental de las circunstancias”  
como motivo para retirarse de un tratado o para suspender su aplicación*

El artículo 48 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969 establece que un error que “se refiere a un hecho o a una situación cuya existencia diera por supuesta ese Estado en el momento de la celebración del tratado y constituyera una base esencial de su consentimiento en obligarse por el tratado” puede ser motivo para invalidar el consentimiento de un Estado a un tratado. El artículo 62 dispone que “un cambio fundamental en las circunstancias ocurrido con respecto a las existentes en el momento de la celebración de un tratado y que no fue previsto por las partes” puede ser motivo para retirarse de un tratado si “la existencia de esas circunstancias constituyera una base esencial del consentimiento de las partes en obligarse por el tratado, y ese cambio tenga por efecto modificar radicalmente el alcance de las obligaciones que todavía deban cumplirse en virtud del tratado”.<sup>25</sup> Tal cambio de circunstancias puede ser también un motivo para “suspender la aplicación del tratado”.

Leinwand<sup>26</sup> considera la posibilidad del error en el caso del cannabis y el tratado de 1961, y concluye que “la inclusión del cannabis en un tratado de narcóticos fue una equivocación [...] en el estado del conocimiento científico” en el momento de la aprobación del tratado. En cuanto al desarrollo del conocimiento desde el año 1971, las cosas ahora se ven menos “en blanco y negro” que en el argumento de Leinwand de que el cannabis está fuera del ámbito de la “adicción a los estupefacientes”, pero aún puede argumentarse de forma contundente, en términos del grado de daño,<sup>27</sup> que el cannabis no tiene cabida en el tratado de 1961. Leinwand<sup>28</sup> también considera la aplicabilidad de la doctrina del “cambio fundamental de las circunstancias”, de nuevo principalmente en términos de la variación de conocimiento desde 1961. A la luz de la historia, tal vez pueda establecerse un argumento paralelo y más sólido sobre el cambio radical en la prevalencia del consumo y la posición social del cannabis en diversas sociedades desde principios de 1960. En 1961 el consumo de cannabis se concentraba principalmente en algunos enclaves con una gran raigambre tradicional de consumo dentro de ciertas sociedades, así como en fracciones pequeñas y marginadas y de la población. Casi medio siglo después, la situación es bastante diferente: en decenas de sociedades, el consumo de cannabis está muy extendido en la población joven, y es ampliamente considerado como una parte normalizada del crecimiento. Esto podría verse como un cambio fundamental en las circunstancias que justifiquen la retirada o suspensión de la aplicación del tratado de 1961 referente al cannabis.

Las disposiciones de “error” y “cambio fundamental de las circunstancias” son de importancia obvia para un tratado donde no existe ninguna disposición para la denuncia. Pero, como se señaló, tanto el tratado de 1961 como el de 1988 contienen disposiciones semejantes, por lo que en términos legales parece haber pocas razones para invocar los argumentos de error o un cambio fundamental en las circunstancias respecto al cannabis. Helfer<sup>29</sup> señala que la doctrina de un cambio fundamental en las circunstancias ha caído

en desuso en gran parte, a su juicio, probablemente debido a la disponibilidad general de la facultad de denunciar.

Por otra parte, todo esfuerzo de cambio en las obligaciones respecto al cannabis en las convenciones internacionales es, por lo menos, tanto una política como un asunto legal. En términos políticos un Estado puede argumentar error y cambio fundamental en las circunstancias mientras procede una denuncia o una denuncia con readhesión y reserva.

### *Reserva posratificación*

Una posible alternativa a la denuncia y readhesión con reserva es que la parte que ha ratificado un tratado presente posteriormente una nueva reserva. Helfer<sup>30</sup> señala que “las reservas tardías se han convertido en un componente normal, aunque poco frecuente, de la celebración moderna de tratados”. Este autor continúa diciendo que “aunque los comentaristas jurídicos han fruncido el ceño con esta práctica, es tan común que los depositarios de tratados han desarrollado diferentes procedimientos para la circulación de las reservas tardías a los Estados que no han presentado reservas para su revisión”. La Comisión de Derecho Internacional ha recomendado permitir tales reservas tardías, pero sólo si no hay otra parte que se oponga dentro de los primeros 12 meses.<sup>31</sup> Esta norma, por supuesto, anula una reserva tardía si se opone una sola parte. Sin embargo, esto sigue siendo una recomendación, no una cuestión resuelta en el derecho internacional.

### *Adopción de una nueva convención*

Una opción para neutralizar el régimen internacional actual sobre el cannabis sería la adopción de un nuevo tratado internacional sobre la planta, el cual podría ser una convención específica sobre el cannabis, o tratarlo junto con otros asuntos, como cubrir una amplia gama de sustancias. Julian Ku,<sup>32</sup> un experto en la materia, establece la regla tradicional: “En los tratados, tradicionalmente prevalece la regla del último que llega, según la cual el último en el tiempo prevalece sobre el anterior”. En la práctica, se produce una denuncia “implícita” “cuando se introduce un nuevo tratado sobre la misma materia”.<sup>33</sup>

Estas reglas son claras cuando los dos tratados implican las mismas partes, pero deja abierta la cuestión de qué ocurre cuando un tratado es ratificado posteriormente por un menor número de partes y entra en conflicto con un tratado anterior ratificado por más miembros. La Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados entre Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales de 1986<sup>34</sup> tiene disposiciones relativas a esta circunstancia. En esta Convención de 1986, en relación con dos Estados que son partes en ambos tratados, “el tratado anterior se aplicará únicamente en la medida en que sus disposiciones sean compatibles con las del tratado posterior” (art. 30, §§ 3 y 4). Cuando sólo uno es parte en el tratado posterior, el tratado anterior

sigue gobernando “los derechos y obligaciones recíprocos”. Sin embargo, este tratado no ha sido ratificado por todas las partes para estar en vigor, por lo que no está claro si estas reglas son efectivas.

La Convención de Viena de 1969<sup>35</sup> también tiene una disposición pertinente para “Acuerdos para modificar tratados multilaterales entre algunas de las partes únicamente” (artículo 41). La modificación no debe estar prohibida en el tratado anterior, no puede afectar “el disfrute de los derechos que a las demás partes correspondan en virtud del tratado ni al cumplimiento de sus obligaciones”, y no puede implicar un cambio “incompatible con la consecución efectiva del objeto y del fin del tratado en su conjunto”. Al considerar los conflictos entre las “normas” (disposiciones jurídicas) en diferentes tratados, Pauwelyn<sup>36</sup> analiza la situación en la que hay partes en el primer tratado que no están en el segundo. Se basa en la distinción de los debates en el derecho internacional entre los tratados que imponen obligaciones “recíprocas” y los que imponen obligaciones “integrales”.<sup>37</sup> Las de tipo “recíproco” pueden dividirse conceptualmente en obligaciones por pares o entre las partes, mientras que las de tipo “integral” reflejan un mayor interés común más allá de las obligaciones por pares. En el caso de los tratados con obligaciones de tipo “integral”, si el último tratado entra en conflicto con el “objeto y fin” del tratado anterior, el punto de vista de Pauwelyn es que el tratado anterior tiene prioridad.<sup>38</sup>

Otra consideración en la relación entre un tratado anterior y un nuevo tratado entre un pequeño grupo de estados es el principio de la *lex specialis*: un tratado más específico prevalece sobre uno de carácter general.<sup>39</sup> Por este principio, por ejemplo, un tratado específico sobre el cannabis tendría preferencia sobre un tratado que comprenda una amplia gama de sustancias. Según Pauwelyn, las disposiciones del artículo 30 de la Convención de Viena de 1969 que dan prioridad al tratado posterior tienen prioridad sobre la *lex specialis*,<sup>40</sup> pero no expresa su opinión sobre la relación entre la *lex specialis* y el artículo 41.

El estado del derecho internacional, por lo tanto, parece no haber resuelto el problema de la relación entre un tratado general anterior sobre drogas, ratificado por un gran número de estados, y uno posterior más específico, firmado por un subconjunto de los que ratificaron el anterior. Está claro que, a pesar del tratado posterior, los estados que lo ratificaron todavía tienen obligaciones bajo el tratado anterior respecto a los estados que no ratificaron el segundo tratado. Sea cual sea el que prevalezca, las obligaciones entre los estados que ratificaron ambos tratados son objeto de controversia.

En términos de “derechos y obligaciones mutuos” vale la pena tener en cuenta la naturaleza específica de las convenciones internacionales sobre drogas. En parte las convenciones se ocupan de cuestiones internacionales, en particular del control tanto del comercio legal como ilegal de las sustancias que cubren. Las disposiciones de la Convención de 1961, que exigen un monopolio gubernamental del mercado legal al por mayor (art. 28), requieren autorizaciones de exportación e importación (art. 31, § 4), y prohíben la exportación, excepto de acuerdo con las leyes de esa nación y con una

licencia de importación (art. 31, §§ 1, 5), están claramente relacionadas con el control del comercio internacional de una sustancia de importancia para la salud pública, y bien podrían mantenerse o adaptarse en una nueva convención. Por otro lado, las convenciones de 1961 y 1988 contienen numerosas disposiciones que no se refieren específicamente al comercio internacional, sino que tienen que ver con la propia legislación interna y los reglamentos de un país. De hecho, estos requisitos de las convenciones —la exigencia de que los estados limiten el consumo al “uso médico y científico”,<sup>41</sup> el requisito de que la producción, la venta y la posesión sean penalizadas,<sup>42</sup> y así sucesivamente— tendrían que cambiarse si un país deseara adoptar la legalización del mercado interno del cannabis. En tanto que una nueva convención contemple el control respecto a las exportaciones, en particular a los países que continúan bajo la plena aplicación de las convenciones de 1961 y 1988, hay razones de peso que indican que los “derechos y obligaciones mutuos” deben mantenerse. Por otro lado, irónicamente, las partes de las convenciones relativas a los mercados y asuntos internos bien podrían verse como pruebas de que los tratados son por naturaleza “integrales” y no “recíprocos”.

En la tercera parte del presente volumen ofrecemos para su consideración un Proyecto de Convención Marco sobre el Control del Cannabis como un ejemplo concreto de lo que podría contener una nueva convención, en gran medida basado en la Convención Marco sobre el Control del Tabaco pero, en la línea de lo tratado más arriba, conserva en gran parte las disposiciones de la Convención de 1961 en lo que respecta a hacer frente a los mercados internacionales.

#### *Adición del cannabis a una convención existente*

Con el mismo fin de proporcionar un sustituto de última hora a las convenciones de 1961 y 1988 respecto al cannabis, puede proponerse la adición de éste a un tratado internacional vigente. Spivack<sup>43</sup> ha sugerido que el cannabis podría añadirse a la Convención Marco para el Control del Tabaco.<sup>44</sup> Esta convención tiene disposiciones para la adición de anexos y protocolos (arts. 29 y 33). Sin embargo, el texto de la convención se refiere siempre al tabaco y no es concebible que pueda agregarse el cannabis sin una enmienda. Las enmiendas requieren el voto de tres cuartas partes de los integrantes y, después de la adhesión de la enmienda, por lo menos de dos terceras partes antes de entrar en vigor (art. 28). La adopción de una nueva convención sería probablemente un proceso más fácil que modificar el CMCT para incluir el cannabis.

#### *Aprobación de leyes en conflicto*

Un método para anular la obligación en el derecho internacional, que garantiza levantar polémica, sería que un Estado simplemente aprobara una legislación contraria a las convenciones de 1961 y 1988; por ejemplo, establecer un régimen de control interno que legalice la producción y venta de cannabis para uso no médico. La literatura legal

estadunidense ha estudiado si sería legal proceder así en los Estados Unidos. La discusión se divide entre los “internacionalistas”, que insisten en que el derecho internacional prevalece sobre el nacional, y aquellos que en los Estados Unidos han sido etiquetados como “nuevos soberanistas”, quienes proclaman que la legislación nacional puede anticiparse a la aplicación de un tratado internacional.<sup>45</sup> En el caso específico de los Estados Unidos, ha quedado acreditado que, en virtud de su Constitución, los tratados tienen la misma jerarquía que la legislación nacional; no menos, pero tampoco más. En caso de conflicto entre un tratado y una ley nacional se aplica el principio del “último en llegar”, por lo que prevalece la norma más reciente. La situación constitucional varía en otros países, aunque la posición de los Estados Unidos no es inusual.<sup>46</sup>

Este principio en los Estados Unidos entra en conflicto con una disposición de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados<sup>47</sup> que se aplica a todos los tratados que entraron en vigor a partir de 1980:<sup>48</sup> “Una parte no podrá invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado”. La disposición de la Convención de Viena codifica el pensamiento de muchos años en el derecho internacional. Respecto al derecho internacional, aprobar leyes nacionales que anulan la obligación sería simplemente una violación de las obligaciones del tratado. Pero en los países con principios relativos al estatuto de derecho internacional similares a los que se aplican en los Estados Unidos, se podría anular el derecho internacional sobre el cannabis por la promulgación de una nueva legislación, si el país estuviera dispuesto a simplemente incumplir sus compromisos en virtud de los tratados.

En el caso especial de la Unión Europea, que tiene muchas características de un gobierno internacional, el principio general que se ha establecido es que el Derecho de la Unión prevalece sobre el derecho nacional. Pero incluso en este caso, el problema no está totalmente resuelto en todos los países de la Unión Europea, en particular respecto a las disposiciones constitucionales nacionales.<sup>49</sup>

### *Disposiciones o decisiones constitucionales*

Como se señaló anteriormente, las disposiciones del tratado de 1961 que requieren la penalización de la producción, el comercio y la posesión están sujetas “A reserva de lo dispuesto por [la] Constitución” de las partes. Sin embargo, el tratado de 1988 incluye una excepción respecto a la penalización sólo por “la posesión, la adquisición o el cultivo [...] para el consumo personal” (art. 3 § 2), y no por producción y comercio (art. 3 § 1.a). Por lo tanto, la protección constitucional de algún tipo contra la penalización de la producción y el comercio no revoca la penalización, en términos de la letra de las convenciones, en ningún Estado que haya ratificado la Convención de 1988 sin reservas. Este tipo de disposiciones o decisiones encajarían bajo la rúbrica anterior, “Aprobación de leyes en conflicto”, sobre todo si la disposición o decisión constitucional entró en vigor

después de la fecha de vigencia de la convención pertinente; pero probablemente esto fuera interpretado como una violación a la Convención de 1988.

## POSIBLES CAMINOS A SEGUIR

Hay, pues, varias vías que podrían tomarse por un solo país o un grupo de países proclives a permitir un mercado controlado legal de cannabis. La más simple, en países con un sistema constitucional como el de los Estados Unidos, sería la de aprobar una legislación nacional que permitiera esto. Bajo el principio del último en llegar, esto anularía el derecho internacional respecto a la legislación nacional y el mercado interno. Sin embargo, respecto a las obligaciones internacionales, esto sería una violación de los tratados, y el Estado tendría que estar dispuesto a asumir esta responsabilidad.

Un segundo camino sencillo sería denunciar las convenciones de 1961 y 1988. Una alternativa que, probablemente, en términos políticos sea más viable sería la de denunciar y reingresar con reservas. Hay una posibilidad sustancial de que se produzcan objeciones a las reservas, y respecto a la Convención de 1961 el efecto de estas objeciones conllevaría consecuencias importantes en la jurisprudencia internacional. Si el país persiste el resultado final podría ser la denuncia.

Una alternativa más compleja sería de unirse con países afines y negociar una nueva convención internacional específico sobre el cannabis.<sup>50</sup> Como las disposiciones de la nueva convención entrarían en conflicto con las de las convenciones de 1961 y 1988, la intención sería reemplazarlas; aunque, como se ha sugerido, el derecho internacional sobre este tema no es claro. La nueva convención, sin embargo, probablemente no se aplicaría respecto a los “derechos y obligaciones” con las partes integrantes en las convenciones de 1961 o de 1988 que no ratificasen la nueva convención. Sin embargo, parece claro el argumento de que las disposiciones de la nueva convención aplicado al mercado interno y las leyes de un país no afectan esos derechos y obligaciones recíprocos, se encuentren o no en la legislación.

## ¿UN NUEVO TRATADO? ALGUNAS CONSIDERACIONES CONCRETAS

### *Auspicios*

Una consideración en la negociación de una nueva convención internacional sobre el cannabis serían los auspicios bajo los cuales se negociaría. De hecho, no hay ninguna necesidad de que las negociaciones se realicen en una entidad en particular. Por ejemplo, se convocaron las conferencias y se negoció la primer Convención Internacional del Opio de La Haya en respuesta a una invitación de los Estados Unidos. Dada la controversia que probablemente rodeara el esfuerzo de negociar una nueva convención sobre el cannabis, el camino más sencillo bien podría ser el de proceder a una conferencia de negociación convocada por este ya conocido camino de invitación por parte de una o

más naciones interesadas.

Sin embargo, en los últimos años ha sido una práctica común negociar tales acuerdos bajo los auspicios de un organismo intergubernamental. En el sistema de las Naciones Unidas, las convenciones internacionales de la droga están auspiciados por la Comisión de Estupefacientes, que depende de la Comisión Económica de las Naciones Unidas y el Consejo Económico y Social (ECOSOC). Una alternativa obvia sería tomar el precedente de la Convención Marco para el Control del Tabaco, que se negoció como respuesta a la convocatoria de la Asamblea Mundial de la Salud y con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud.<sup>51</sup> Es lógico proceder de forma paralela con una convención sobre el cannabis auspiciado por la OMS; el Proyecto de Convención Marco para el Control del Cannabis en la tercera parte del presente volumen está redactado de esta manera. Otra convención internacional que involucra sustancias psicoactivas, la Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte, se negoció bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que se ha firmado y preparado para su ratificación, pero todavía no entra en vigor.

Otra opción sería seguir el camino tomado anteriormente en el dopaje deportivo, y trabajar bajo los auspicios de un organismo intergubernamental regional. En 1989 se negoció una convención contra el dopaje, bajo los auspicios del Consejo de Europa,<sup>52</sup> que entró en vigor en 1990. Como explica el sitio de internet del consejo,<sup>53</sup> “La convención es un convenio ‘abierto’, lo que significa que puede adoptarse por países que no son miembros del Consejo de Europa, así como por países de fuera de Europa”, y de hecho Australia, Canadá y Túnez han ratificado el acuerdo.

En el campo más general de las drogas la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó una resolución el 3 de octubre de 2007, pidiendo “una convención europea de promoción de la política de salud pública en la lucha contra las drogas”.<sup>54</sup> El contenido previsto para esta convención está especialmente centrado en el establecimiento de un enfoque de salud pública hacia los servicios de tratamiento y el manejo social de los consumidores de drogas.<sup>55</sup> Sería forzado incluir en la convención propuesta un nuevo acuerdo internacional sobre el cannabis. Sin embargo, ya fuera que el acuerdo tomase esta forma o la forma de una convención separada, el interés del Consejo de Europa en el ámbito de las drogas lo convierte en uno de los posibles auspicios lógicos para un nuevo tratado sobre el cannabis.

## CONTENIDO

Al igual que las convenciones sobre drogas y sobre el tabaco<sup>56</sup> puede esperarse que un nuevo tratado sobre el cannabis contenga tres tipos de disposiciones relativas a: medidas nacionales para controlar el mercado, la cooperación en el control internacional y la gestión internacional de los acuerdos y sus disposiciones. Estas últimas podrían ser obligatorias o recomendadas. Muchas de las disposiciones de la convención sobre el

tabaco son recomendaciones opcionales, mientras que las disposiciones de las convenciones sobre drogas tienden a ser obligatorias. Respecto a las medidas nacionales, una consideración importante es si se mantendría la exigencia de la Convención de 1961 de establecer un monopolio gubernamental para la venta al por mayor. Tanto si es así como si no, un nuevo tratado sobre el cannabis debería incluir medidas encaminadas a requerir licencias a los productores, los mayoristas y los minoristas, como es común en el caso de las bebidas alcohólicas y los productos farmacéuticos. Un monopolio estatal o un régimen de licencias brindan herramientas estatales fuertes para controlar el mercado. En particular, el Estado puede prohibir de forma eficaz a los actores en el mercado que participen en la exportación de productos derivados del cannabis, excepto según lo permitido por el Estado al que se va a exportar.

Otro asunto interno que potencialmente puede atravesar las fronteras estatales es la publicidad y la promoción comercial. Se podría esperar que la convención sobre el cannabis siga a la convención sobre el tabaco en prohibir la publicidad y otras promociones y patrocinio si se permite constitucionalmente.

De lo contrario, respecto a los asuntos domésticos como las condiciones de venta, disposiciones fiscales, programas educativos, provisión de tratamiento, etc., la alternativa sería seguir el ejemplo de la convención sobre el tabaco y definir un conjunto de recomendaciones y estímulos en el tratado, o dejar que estos asuntos los resuelva la sociedad individual.

Respecto a la cooperación en la fiscalización internacional un problema importante por resolver sería cómo las disposiciones en el nuevo tratado interactúan con aquellas de las convenciones sobre drogas. Por lo menos respecto a los países que no firmen la nueva convención, los requisitos de los tratados sobre drogas para cuestiones tales como las autorizaciones de exportación e importación, la declaración de exportación, la incautación de bienes ilícitos y la asistencia mutua en el cumplimiento de la ley se mantendrían en vigor. El camino más sencillo podría ser mantener tales disposiciones en vigor también en el nuevo tratado, tal vez con una disposición que permita que los signatarios renuncien a cuestiones tales como autorizaciones de exportación e importación entre sí por mutuo acuerdo. Desde la perspectiva de los países fuera del nuevo tratado, probablemente el requisito más importante sería el respeto: que el nuevo tratado no altere los requisitos de los tratados sobre drogas vigentes que prohíben la exportación a un país prohibicionista.

Teniendo en cuenta el entorno internacional en el que se situaría hay que considerar seriamente la posibilidad de incluir disposiciones en el nuevo tratado de una secretaría encargada de velar por el nuevo tratado y ayudar a los signatarios a implementarlo. Una contraparte al control de cannabis de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes serviría como punto de inicio para la construcción de un régimen de control de drogas internacional más realista para el cannabis.

## CONCLUSIÓN

Con cualquiera de los caminos descritos anteriormente, el inconveniente principal es que habrá una ruidosa oposición desde diversos lugares: la JIFE, los Estados Unidos y otros países. La oposición se formulará en términos de la vieja retórica idealizada sobre la necesidad de solidaridad entre los hombres para derrotar un flagelo común.<sup>57</sup> En la práctica ningún país, hasta ahora, ha estado dispuesto a capear esta tormenta o a denunciar en realidad cualquiera de las convenciones.

Cualquier movimiento tiene que enfrentarse a estas cuestiones políticas y desarrollar su propio marco en términos de ideales y principios, tales como los derechos humanos y las libertades, la proporcionalidad y la minimización del daño.<sup>58</sup> Junto con esto, como hemos señalado, sería prudente que el Estado o los Estados que quieran salir de las convenciones actuales ofrecieran garantías de que van a seguir el compromiso de algunos aspectos del régimen actual, en particular los controles sobre el comercio internacional, que mantendrían la cortesía y el principio de respeto a los acuerdos de otros estados nacionales, por ejemplo, en lo referente a la prohibición del cannabis. Hay dos caminos a seguir que claramente cumplen estos requisitos: 1) denuncia y readhesión inmediata con reservas (o el camino más simple, pero más difícil de conseguir, de presentar una reserva posadhesión), y 2) negociación y ratificación de un nuevo tratado que cubra el cannabis.



<sup>1</sup> UN, *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as Amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, International Narcotics Control Board, Viena, 2007. Disponible en <[http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf)>

<sup>2</sup> UN, *United Nations Convention against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988*, International Narcotics Control Board, Viena, 2007. Disponible en <[http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1988\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1988_en.pdf)>

<sup>3</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, ONU, Nueva York, 1973, pp. 462-463.

<sup>4</sup> M. Andenas y D. Spivack, *The UN Drug Conventions Regime and Policy Reform*, British Institute of International and Comparative Law, Londres, 2003. Disponible en <[http://www.senliscouncil.net/documents/BIICL\\_opinion](http://www.senliscouncil.net/documents/BIICL_opinion)>

<sup>5</sup> J. Pauwelyn, *Conflict of Norms in Public International Law: How WTO Law Relates to Other Rules of International Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003, p. 143.

<sup>6</sup> K. Bruun, L. Pan e I. Rexed, *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol*, University of Chicago Press, Chicago, 1975.

<sup>7</sup> UN, *Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969*, United Nations, Nueva York, 2005. Disponible en <[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)>

<sup>8</sup> K. Krajewski, "How Flexible are the UN Drug Conventions?", *The International Journal of Drug Policy*, núm. 10, 1999, pp. 329-338.

<sup>9</sup> UN, *Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as Amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, International Narcotics Control Board, Viena, 2007. Disponible en <[http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf)>

<sup>10</sup> UN, *United Nations Convention against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988*, International Narcotics Control Board, Viena, 2007. Disponible en <[http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1988\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1988_en.pdf)>

<sup>11</sup> L. R. Helfer, "Exiting Treaties", *Virginia Law Review*, núm. 91, 2005, p. 1601. Disponible en <<http://ssrn.com/abstract=683481>>

<sup>12</sup> *Ib.*, p. 1588.

<sup>13</sup> M. A. Leinwand, "The International Law of Treaties and United States Legalization of Marijuana", *Columbia Journal of Transnational Law*, núm. 10, 1971, pp. 413-441.

<sup>14</sup> UN, *Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969*, United Nations, Nueva York, 2005, art. 19-23. Disponible en <[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)>

<sup>15</sup> La ratificación de Suiza en 2005 estableció estas reservas: "Suiza no se considera obligada por el artículo 3, apartado 2, relativo al mantenimiento o la adopción de delitos en virtud de la legislación sobre estupefacientes [...] Suiza considera las disposiciones del artículo 3, párrafos 6, 7 y 8 como vinculantes en la medida en que sean compatibles con la legislación penal suiza y la política suiza en materia penal." Los Países Bajos formularon una reserva similar respecto al artículo 3, apartados 6, 7 y 8.

<sup>16</sup> L. R. Helfer, "Not Fully Committed? Reservations, Risk and Treaty Design", *Yale Journal of International Law*, núm. 31, 2006, pp. 367-382. Disponible en <[http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol\\_31/Helfer.pdf](http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol_31/Helfer.pdf)>

<sup>17</sup> *Ib.*, pp. 372-373.

<sup>18</sup> *Id.*

<sup>19</sup> *Ib.*, p. 373.

<sup>20</sup> De hecho, Leinwand (1971, p. 424) lo ha sugerido como un camino en su consideración de las formas en que los Estados Unidos podían eliminar el cannabis de sus compromisos internacionales en virtud de la Convención de 1961.

<sup>21</sup> E. T. Swaine, "Reserving", *Yale Journal of International Law*, núm. 31, 2006, p. 319. Disponible en <[http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol\\_31/Swaine.pdf](http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol_31/Swaine.pdf)>; UN, *Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969*, United Nations, Nueva York, 2005, art. 21, § 3. Disponible en

<[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)>

<sup>22</sup> L. R. Helfer, *op. cit.*, p. 375.

<sup>23</sup> E. T. Swaine, *op. cit.*

<sup>24</sup> *Ib.*, p. 308.

<sup>25</sup> UN, *Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969*, United Nations, Nueva York, 2005. Disponible en <[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)>

<sup>26</sup> M. A. Leinwand, "The International Law of Treaties and United States Legalization of Marijuana", *Columbia Journal of Transnational Law*, núm. 10, 1971, pp. 413-441.

<sup>27</sup> Véase el capítulo II.

<sup>28</sup> M. A. Leinwand, *op. cit.*

<sup>29</sup> L. R. Helfer, "Exiting Treaties", *Virginia Law Review*, núm. 91, 2005, pp. 1579-1648. Disponible en <<http://ssrn.com/abstract=683481>>

<sup>30</sup> L. R. Helfer, "Not Fully Committed? Reservations, Risk and Treaty Design", *Yale Journal of International Law*, núm. 31, 2006, p. 373. Disponible en <[http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol\\_31/Helfer.pdf](http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol_31/Helfer.pdf)>

<sup>31</sup> Disponible en <<http://untreaty.un.org/ilc/reports/2001/2001report.htm>>; 2.3.1-2.3.3, p. 179.

<sup>32</sup> J. Ku, "The ICJ v. WTO: The EU's Compliance with One Treaty May Violate Another", *Opinio Juris weblog*, 19 de mayo de 2005. Disponible en <<http://lawofnations.blogspot.com/2005/05/icj-v-wto-eus-compliance-withone.html>>

<sup>33</sup> J. G. de Matons, *Facilitation of Transport and Trade in Sub-Saharan Africa: A Review of International Legal Instruments*, World Bank, Sub-Saharan African Transport Policy Program, SSATP Working Paper No. 73, Washington, 2004. Disponible en <[http://www4.worldbank.org/afr/ssatp/Resources/HTML/legal\\_review/Main%20Texts/SSATPWP73.pdf](http://www4.worldbank.org/afr/ssatp/Resources/HTML/legal_review/Main%20Texts/SSATPWP73.pdf)>

<sup>34</sup> UN, *Vienna Convention on the Law of Treaties between States and International Organizations or between International Organizations, 1986*, United Nations, Nueva York, 2005. Disponible en <[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_2\\_1986.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_2_1986.pdf)>

<sup>35</sup> UN, *Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969*, United Nations, Nueva York, 2005. Disponible en <[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)>

<sup>36</sup> J. Pauwelyn, *Conflict of norms in public international law: How WTO Law Relates to Other Rules of International Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

<sup>37</sup> *Ib.*, pp. 52-58.

<sup>38</sup> *Ib.*, p. 306.

<sup>39</sup> *Ib.*, pp. 384-416.

<sup>40</sup> *Ib.*, p. 409.

<sup>41</sup> Convención de 1961, art. 4.

<sup>42</sup> Convención de 1988, art. 3, § 1.

<sup>43</sup> D. Spivack, *A Fourth International Convention for Drug Policy: Promoting Public Health Policies*, The Senlis Council, París, 2004. Disponible en <[http://www.senliscouncil.net/modules/publications/007\\_publication](http://www.senliscouncil.net/modules/publications/007_publication)>

<sup>44</sup> WHO, *Framework Convention on Tobacco Control*, World Health Organization (WHO), Ginebra, 2005. Disponible en <[http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf)>

<sup>45</sup> J. Ku, "Treaties as Laws: A Defense of the Last in Time Rule for Treaties and Federal Statutes", *Indiana Law Journal*, núm. 80, 2005, p. 339. Disponible en <[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=597961](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=597961)>

<sup>46</sup> B. Conforti, *International Law and the Role of Domestic Legal Systems*, Martinus Nijhoff, Leiden, 1993, pp. 41-44.

<sup>47</sup> UN, *Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969*, United Nations, Nueva York, 2005. Disponible en <[http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)>

<sup>48</sup> Es decir, la Convención de 1988, pero no la de 1961.

<sup>49</sup> M. Kumm y V. F. Comella, *Altneuland: The EU Constitution in a Contextual Perspective*, New York University School of Law, Jean Monnet Working Paper 5/04, Nueva York, 2004. Disponible en <<http://www.jeanmonnetprogram.org/papers/04/040501-15.pdf>>

<sup>50</sup> O sobre alguna gama más amplia de sustancias.

<sup>51</sup> R. Room, “International Control of Alcohol: Alternative Paths Forward”, *Drug and Alcohol Review*, núm. 25, 2006, pp. 581-595.

<sup>52</sup> Council of Europe, *Anti-Doping Convention*, Council of Europe, Estrasburgo, 1989. Disponible en <<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=135&CM=8&CL=ENG>>

<sup>53</sup> <[http://www.coe.int/t/dc/files/themes/dopage/default\\_en.asp?](http://www.coe.int/t/dc/files/themes/dopage/default_en.asp?)>

<sup>54</sup> Council of Europe, *Parliamentary Assembly, For a European convention promoting public health policy in the fight against drugs. Resolution 1576 (2007)*, Council of Europe, Estrasburgo, 2007. Disponible en <<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta07/ERES1576.htm>>; Council of Europe, *Parliamentary Assembly, For a European drug convention on promoting public health policy in drug control. Doc. 11344, 10 de julio de 2007*, Report, Social, Health and Family Affairs Committee, 2007. Disponible en <<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc07/EDOC11344.htm>>

<sup>55</sup> Council of Europe, *Parliamentary Assembly, For a European drug convention on promoting public health policy in drug control. Doc. 11344, 10 de julio de 2007, op. cit.*

<sup>56</sup> R. Room, “International Control of Alcohol: Alternative Paths Forward”, *Drug and Alcohol Review*, núm. 25, 2006, pp. 581-595.

<sup>57</sup> R. Room, “The Rhetoric of International Drug Control”, *Substance Use and Misuse*, 34 (12): 1689-1707 1999.

<sup>58</sup> Véase, por ejemplo, D. Bewley-Taylor, “Emerging Policy Contradictions between the UNODC ‘Universe’ and the Core Values and Mission of the UN”, *Global Drug Policy: Building a New Framework*, The Senlis Council, París, 2004, pp. 24-31. Disponible en <[http://www.senliscouncil.net/modules/publications/006\\_publication/documents/Taylor\\_paper](http://www.senliscouncil.net/modules/publications/006_publication/documents/Taylor_paper)>

## VII. CAMINOS A SEGUIR DESDE UN CALLEJÓN SIN SALIDA

POR UN accidente de la historia el cannabis se incluyó en el régimen de fiscalización internacional de drogas formulado en el transcurso del siglo xx. El paso final fue una prohibición total del consumo de cannabis en los términos de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961. En una ironía de la historia esto fue poco antes de que despegaran las tasas de consumo de cannabis en las culturas juveniles de las sociedades desarrolladas. Lo que fue una droga de consumo minoritario confinado a algunos entornos dispersos del mundo en vías de desarrollo, y en algunos círculos disolutos y bohemios en unos pocos países ricos, pronto se convirtió en un símbolo de la rebelión de las culturas juveniles dominantes que buscaban cambios culturales y políticos. En un país tras otro el consumo juvenil de cannabis y los intentos de las autoridades para suprimirlo se convirtieron en un escenario simbólico de las luchas político-culturales de las décadas de 1960 y 1970. Las batallas simbólicas se desvanecieron con el tiempo, pero desde entonces la experimentación con el cannabis se convirtió en un rito de paso para una fracción importante de jóvenes. Una fracción importante de consumidores de cannabis ha pasado a un uso frecuente durante algunos años y algunos lo consumen a largo plazo. Las tasas de consumo reciente han fluctuado en los últimos 40 años, pero ahora se puede decir con cierta seguridad que el cannabis es una droga enculturada, que se consume sobre todo durante la etapa de la vida de la exploración y la emancipación juvenil, en gran número de países ricos.

Incluso antes de la Convención de 1961 muchos gobiernos prohibían la venta no médica o el consumo de cannabis. La Convención ayudó a este proceso, aunque no siempre con diligencia; por ejemplo, no fue hasta 1986, con el vencimiento de una moratoria de 25 años para el consumo habitual en la Convención de 1961, que a regañadientes India prohibió la venta de muchas (pero no todas) las formas del cannabis. Cuando la ola de consumo juvenil llegó a los países desarrollados, en las décadas de 1960 y 1970, los gobiernos nacionales y subnacionales respondieron de formas diversas. Algunos trataron de impedir el consumo con penas más severas y políticas de detención más agresivas; otros redujeron las penas o las eliminaron para reducir la indiferencia generalizada por la ley, y algunos más trataron ambos enfoques sucesivamente o de forma combinada. Después de una ronda inicial de experimentación con los cambios legales, la situación se calmó en muchos lugares después de la década de 1970. En los últimos años se llevaron a cabo experimentos adicionales con cambios legales. Los cambios encaminados a reducir las sanciones se realizaron para evitar la criminalización generalizada y la situación de desventaja de los jóvenes detenidos por las leyes de la prohibición del cannabis, cuando su comportamiento actualmente es tan común y los

daños que ocasionan, por lo general, están tan alejados del delito y el infractor que se necesitaría una imaginación activa para pensar que las acciones penales están garantizadas. Los cambios en la otra dirección, es decir, sanciones cada vez mayores, han estado motivadas principalmente por los argumentos de que las consecuencias adversas del cannabis para la salud se han subestimado o van en aumento, tal vez como resultado de una mayor potencia. Es importante observar que nunca en dichas sanciones se citan pruebas de que tales medidas hayan disuadido el consumo en el pasado.

Los tratados de fiscalización internacional de drogas han puesto límite a las iniciativas políticas sobre la despenalización y la legalización. Ningún país adherido a las convenciones se ha apartado de ellas. Hasta donde sabemos, ningún país ha legalizado el cultivo, procesamiento o venta al por mayor de cannabis, salvo en circunstancias restringidas como un medicamento. Las autoridades suizas han avanzado en esta dirección por lo menos dos veces, pero hasta ahora ha demostrado ser políticamente imposible. Ningún país ha legalizado formalmente la venta al por menor, a pesar de que los Países Bajos lo han hecho de una manera *de facto*, para disgusto y desaprobación continua de sus vecinos y los guardianes del sistema de fiscalización internacional de drogas. A menudo, las iniciativas políticas sobre el cannabis se han restringido por las apelaciones a las convenciones internacionales. Mientras tanto, hemos citado evidencia de que el sistema de control internacional se ha vuelto más rígido e impermeable al cambio; hay frecuentes referencias al argumento de que cualquier relajación de la situación actual “enviaría el mensaje equivocado”.

En su aplicación actual, el régimen internacional de prohibición del cannabis, por su naturaleza y funcionamiento, ocasiona daños personales y sociales considerables. En el nivel personal las sanciones penales y de otra índole para los que son detenidos participando en el mercado del cannabis a menudo imponen una pesada carga, no sólo para ellos, sino también para las personas cercanas a ellos. Esto es obviamente cierto para aquellos que son castigados por su participación en la producción comercial y la distribución de cannabis. En algunas áreas, como las zonas rurales de Canadá y Marruecos, una parte muy importante de la población está involucrada en la producción de cannabis y, por lo tanto, corre el riesgo de sufrir importantes daños personales. Las cargas para los castigados por posesión o consumo de cannabis, un grupo mucho más amplio, son en ocasiones también considerables. Muy pocas personas detenidas por posesión de cannabis en los Estados Unidos son condenadas a la cárcel, pero muchos de ellos, de hecho, pasan un tiempo en la cárcel durante los procedimientos previos al juicio. Las comparaciones en los estudios australianos de los efectos de la despenalización demuestran de forma convincente la amplia gama de efectos adversos resultantes de las condenas por posesión o consumo de cannabis en el consumidor y su familia.

Las tendencias recientes muestran un aumento en las detenciones por posesión o consumo de cannabis en muchas jurisdicciones. Las causas de este aumento no se entienden bien, porque el consumo se ha mantenido estable o incluso decreciente en muchos de estos países pero, por su naturaleza, las detenciones aumentan los efectos adversos de tales políticas en el ámbito personal. Incluso en las jurisdicciones que han

intentado mitigar los efectos de las detenciones, ha sucedido, en mayor o menor medida, lo que los criminólogos llaman “ampliación de red”: se ha atrapado a un mayor número de personas, aunque en promedio han sufrido consecuencias menos graves. A escala personal la tendencia parece ser un aumento de los efectos adversos del régimen de la prohibición internacional en cuanto al consumo constante o decreciente, pero sin ninguna indicación de que estos efectos disminuyan las tasas de prevalencia.

En el ámbito social la ilegalidad del mercado del cannabis impone importantes efectos negativos en varios países. A menudo se afirma que el incumplimiento generalizado de una ley especial, como por ejemplo la prohibición del cannabis, crea el descrédito de la ley en general, una conjetura verosímil, aunque no probada. Una ley que tipifica como delito un mercado rentable vinculado con comportamientos consensuados, cuando se burla ampliamente, a menudo se convierte en un foco de corrupción oficial y policiaca. Aparentemente, también hay una tendencia al alza a que se produzcan estos efectos adversos a escala social.

Medio siglo después de la adopción de la Convención de 1961, y a 40 años del inicio de la lucha contra el consumo del cannabis a escala mundial, es momento de que las autoridades vuelvan a examinar el statu quo en el control del cannabis y las premisas sobre las que se asienta la política. En este libro hemos tratado de reunir evidencia y conocimiento que puede ser de gran ayuda para cualquier persona dispuesta a emprender un nuevo examen.

Sobre la cuestión de los efectos adversos del cannabis en la salud nuestro análisis muestra que la evidencia se ha fortalecido en los últimos años, y se ha demostrado que el consumo de cannabis ocasiona claros perjuicios sanitarios. Así, una persona intoxicada por cannabis que maneja tiene un mayor riesgo de sufrir un accidente de tránsito. Fumar cannabis probablemente aumenta el riesgo de trastornos respiratorios. Los consumidores habituales corren el riesgo de desarrollar dependencia a la droga, es decir, dificultad para reducir su consumo o dejar de fumar. Además, entre las complejas interacciones entre el consumo de cannabis y los trastornos mentales, el consumo de cannabis parece aumentar el riesgo de presentar síntomas psicóticos, pero los efectos poblacionales son pequeños.

Es evidente que en los últimos años, en algunos mercados, el cannabis se ha fortalecido en términos de contenido de THC; para un consumidor sin experiencia, esto puede ser problemático, aunque es prácticamente imposible morir de sobredosis; pero para un fumador que está buscando un determinado estado de intoxicación, y titula la dosis en consecuencia, algunos han argumentado que el cannabis más fuerte en realidad es menos perjudicial para la salud, ya que se reduce la ingesta de productos de combustión potencialmente nocivos. No obstante, son necesarias evaluaciones más rigurosas sobre las causas y consecuencias del aumento de la concentración de THC.

Los perjuicios del cannabis en la salud justifican claramente una regulación sustancial en su comercialización y su disponibilidad. Y es importante que se informe a los consumidores sobre los riesgos para la salud derivados del consumo de cannabis. Por otro lado las políticas públicas deben tener en cuenta los riesgos relativos en comparación con otros comportamientos comunes que conllevan un cierto riesgo. En este contexto

comparativo los riesgos están en la parte baja. Por ejemplo, los daños asociados con el tabaco y el alcohol son claramente mayores que los asociados con el cannabis.

Nuestro análisis considera la evidencia disponible sobre los efectos y los problemas de los regímenes penales en cuanto al consumo de cannabis. En el ámbito de la penalización de la producción y venta al por mayor, hay poca evidencia sobre los efectos de los cambios en las leyes, ya que ha habido poca experimentación en las últimas décadas.<sup>1</sup> Sin embargo, es claro que la prohibición de la producción y la comercialización de cannabis, acompañada de una aplicación moderadamente intrusiva, no ha tenido éxito en destruir el mercado. De hecho, en todas las regiones del mundo florecen grandes mercados de cannabis, y tal vez sobre todo en los países más ricos. El hecho de que las transacciones estén inmersas en las redes sociales reduce los daños derivados de los propios mercados, pero también señala la gran dificultad en la represión de estos mercados en una sociedad democrática, que desea mantener la intrusión del gobierno al mínimo.

En cuanto a la penalización del consumo y posesión, existe evidencia considerable de una variedad de modificaciones legales que pretenden mejorar los efectos adversos de un régimen que penaliza totalmente el consumo y la posesión. De forma bastante consistente, se ha descubierto que los cambios en sanciones por consumo tienen poco efecto en las tasas de consumo o en los problemas que surgen de los efectos de la droga. En general, el intento de disuasión de consumo o posesión mediante leyes penales no ha logrado disuadir del consumo, aunque puede reducir su frecuencia y la duración.

Los hallazgos en esta área tienen implicaciones inmediatas en la política. Una consideración importante en el debate de los cambios propuestos en las leyes sobre el consumo y la posesión de cannabis es a menudo el tema de “qué mensaje se enviará” a la hora de tomar alguna acción en particular.

“Enviar el mensaje equivocado” puede interpretarse de dos formas diferentes. La primera es instrumental: el mensaje se leerá de forma correcta, de modo que el consumo crecerá. Esto, en principio, puede probarse, y ya citamos anteriormente la falta de pruebas de que los cambios en el estatus penal tengan más de un mínimo efecto en las tasas o la intensidad de consumo. La segunda interpretación es expresiva: una obligación del gobierno es identificar los comportamientos apropiados, incluso si ello no acarrea consecuencias. Las antiguas leyes penales contra el suicidio, hoy derogadas en su mayoría, deben verse bajo esta luz. Esta segunda interpretación, obviamente, no está sujeta a probarse empíricamente, pero está sujeta a consideraciones éticas y relativas a los derechos humanos, las mismas consideraciones que llevaron a la despenalización del suicidio. Además está sujeta adecuadamente a una prueba de equilibrio: ¿la criminalización de una conducta ampliamente establecida socava el Estado de derecho en su conjunto?

En cuanto a los efectos instrumentales, la literatura sobre el impacto de la política sugiere que los políticos deberían dejar de preocuparse por “enviar el mensaje equivocado”. Las acciones en este campo parecen tener muy poco efecto en la conducta en cuestión. En cambio, sus acciones pueden conllevar consecuencias sociales adversas

derivadas de la ley y su aplicación.

En nuestro informe consideramos las opciones para ir más allá del statu quo del régimen internacional de prohibición del cannabis. Se han implementado algunas opciones en una u otra jurisdicción con el objetivo de despenalizar o, por lo menos, reducir los efectos adversos de la penalización de la posesión y el consumo. En varios casos se han evaluado los efectos de estas medidas. Es evidente que la eliminación de sanciones de la ley penal por consumo y tenencia, así como su reducción al mínimo, puede tener efectos beneficiosos en la reducción de los efectos adversos de las sanciones penales en el consumidor y las personas cercanas a éste. Pero en los estudios de evaluación también hay una advertencia clara: si tales medidas mantienen las penas por consumo y facilitan a la policía su cumplimiento, el resultado puede ser una “ampliación de red”; es decir, que un número cada vez mayor de personas, en particular los más desfavorecidos, quedará atrapado en los sistemas de ejecución judicial.

Como señalamos, estos estudios de evaluación han mostrado la evidencia de que la eliminación o reducción de las penas por consumo o posesión parecen tener poco efecto sobre las tasas de consumo. Así, la reducción de las penas por consumo y posesión a un mínimo, sin crear una situación que favorezca una acción policial enérgica para imponer estas penas, parece un paso mínimo hacia adelante en la búsqueda de políticas más racionales sobre el cannabis.

Otro paso adelante que, sostienen algunos, permanece dentro del régimen de las convenciones, es el sistema neerlandés de *coffee shops*, que supone una legalización *de facto* del consumo y la posesión, así como de la venta al por menor, en condiciones estrictamente controladas. Sin embargo, esta opción no resuelve el problema subyacente de que la producción y el suministro a las *coffee shops* siguen siendo formalmente ilegales. Esto probablemente ha disminuido el atractivo de esta solución a otros países. Una opción no explorada es si los sistemas de tiendas de cannabis controladas por el Estado en la India ofrecen modelos de aplicación en otros lugares.

Las otras opciones políticas que hemos explorado implican ir más allá de los límites de las convenciones existentes. Hay dos formas principales en que esto puede hacerse. Un Estado puede simplemente denunciar (es decir, retirarse de) las convenciones respecto al cannabis. La forma más probable de hacer esto sólo respecto al cannabis, sin que afecte la adhesión del Estado a las convenciones en lo referente a otras drogas, sería retirarse de la Convención de 1961, e inmediatamente reaccionar a ella con una reserva específica en lo relativo al cannabis. Como ya comentamos, este camino no está exento de obstáculos potenciales a lo largo del camino, pero es probablemente la manera más eficiente y políticamente menos problemática que tiene un Estado, actuando por su cuenta, de manejar la producción y la venta de cannabis con un sistema de controles reglamentarios.

La segunda manera posible es que un grupo de estados con ideas afines adopte una nueva convención sobre el control del cannabis. Una vez más, se presentan obstáculos potenciales, pero en general en las relaciones de estos Estados y sus mercados internos se aplicará la norma que dice que un tratado posterior prevalece sobre otro anterior. Los

estados que hayan adoptado la nueva convención se salvarían de la responsabilidad de retirarse de la Convención de 1961, aunque seguirían teniendo obligaciones en virtud de la misma, en lo relativo a sus relaciones con los países que permanecieran fuera de la nueva convención, por ejemplo, mediante controles sobre el comercio con esas Naciones.

Cincuenta años después de la adopción de una prohibición internacional inequívoca sobre el cannabis, en la Convención Única sobre Estupefacientes, nos enfrentamos a un mundo muy diferente. El conjunto de reglas y normas internacionales que entonces se adoptaron no ha demostrado ser eficaz en el mundo moderno y tiene consecuencias adversas para aquellos que quedan atrapados en sus disposiciones. En efecto, las convenciones restringen la capacidad de los países signatarios de adoptar políticas y leyes sobre el cannabis impulsadas por la evidencia. Además, al hacerlo, también limitan la acumulación de evidencia para informar sobre el desarrollo de nuevos sistemas de control que pueden ser más apropiados para el mundo moderno. Hay una clara necesidad de un cambio y, sin embargo, el sistema de fiscalización internacional de drogas parece cada vez más paralizado e inmóvil. No hay duda de que avanzar será difícil, pero no es imposible. En este informe, nuestro objetivo ha sido aprovechar la evidencia disponible para ofrecer algunos posibles caminos a seguir.



<sup>1</sup> Por ejemplo, cambios en las leyes.

SEGUNDA PARTE

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES  
DE LA COMISIÓN DEL CANNABIS

The Beckley Foundation Global Cannabis Commission:

Benedikt Fischer

Wayne Hall

Simon Lenton

Peter Reuter

Robin Room

Amanda Feilding

## CONCLUSIONES ACERCA DEL USO Y LOS DAÑOS DEL CANNABIS

1. Desde la segunda mitad del siglo pasado el uso recreativo del cannabis se ha generalizado entre adolescentes y adultos jóvenes en una extensa variedad de países desarrollados y en algunos países en vías de desarrollo. En los países desarrollados, con la historia más prologada de consumo, existe una gran minoría de personas que continúa el consumo de cannabis después de la madurez.
2. Hay muchos perjuicios para la salud derivados de fumar cannabis. Su consumo entorpece el desempeño de tareas en las que se requiere exactitud, y el consumo previo a la conducción de un vehículo probablemente aumente el riesgo de un accidente de tránsito. Alrededor de 10% de las personas que prueban el cannabis desarrollan dependencia a la droga y presentan un mayor riesgo de enfermedades respiratorias, deterioro de la función cognitiva (al menos a corto plazo), y síntomas de enfermedades psicóticas. El consumo temprano y reiterado durante la adolescencia puede aumentar el riesgo de un bajo rendimiento académico, así como de otras consecuencias “psicosociales” durante la juventud.
3. La posibilidad de presentar perjuicios y el grado en que éstos se manifiestan entre los consumidores habituales de cannabis son modestos comparados con los daños causados por muchas otras sustancias “psicoactivas” de uso común, legales e ilegales, tales como el alcohol, el tabaco, las anfetaminas, la cocaína y la heroína.
4. Recientemente, se ha expresado preocupación acerca del aumento de la potencia de los productos del cannabis. Es posible que el promedio de contenido de THC haya aumentado en muchos países, y que la proporción entre este y el CBD se haya visto comprometida,<sup>1</sup> al menos, en parte, debido a que la producción de cannabis es ilegal. Las consecuencias para la salud de este aumento dependerán de la dosificación del THC por parte de los consumidores.
5. Existen variaciones temporales en los índices de consumo de cannabis dentro y entre los países, pero éstas no parecen afectadas por la posibilidad de ser detenido o por las sanciones impuestas al consumo o la venta, sin importar su severidad. El patrón más generalizado de consumo de cannabis indica que, al consumirlo, mucha gente obtiene placer y beneficios terapéuticos y de otra índole.
6. Es posible que los consumidores de cannabis que manejan bajo su influencia puedan perjudicar a otros. En la actualidad se dispone de técnicas para medir en qué grado un automovilista se encuentra intoxicado por cannabis, y es importante implementar reglamentos y métodos para hacerlos cumplir con el fin

de evitar este comportamiento. Otros daños a terceros por consumo de cannabis no se han establecido claramente, y es posible que los más importantes sean los derivados de la incapacitación (en el trabajo y en la vida familiar) a causa de la dependencia del cannabis.

## CONCLUSIONES ACERCA DE LOS EFECTOS DE LAS POLÍTICAS ACTUALES

7. Durante mucho tiempo se han realizado esfuerzos para disuadir del consumo de cannabis mediante políticas de prohibición e intervención policial. Los esfuerzos para aplicar la ley en muchos países se han concentrado en la detención de los consumidores. En los países desarrollados, con una población de consumidores de cannabis muy numerosa, las sanciones penales impuestas por posesión y consumo por lo general son modestas en comparación con lo que prevé la propia ley. Además, la probabilidad de ser detenido por un incidente relacionado con el consumo de cannabis es del orden de menos de uno por cada mil. Por otro lado, los esfuerzos para aplicar la ley no han conseguido erradicar el consumo.
8. El fundamento para la aplicación de penas graves por el delito de posesión es débil, en sus bases normativa y práctica. En muchos países desarrollados una mayoría de adultos nacidos durante la segunda mitad del siglo XX han consumido cannabis. Además, los actuales regímenes de control que criminalizan al consumidor se inmiscuyen en la privacidad, causan división social y son caros, por lo que es necesario considerar otras alternativas.
9. Aparte de la cantidad considerable de recursos que los gobiernos invierten para hacer cumplir un régimen de prohibición, esta aplicación conlleva costos secundarios muy elevados así como un grado importante de sufrimiento personal. Por ejemplo, una condena penal por posesión de cannabis puede excluir a un individuo de realizar ciertos trabajos y actividades, y una detención puede suponer humillación personal y familiar. En los países en donde se dispone de estadísticas, los índices de detenciones son mucho más elevados dentro de grupos minoritarios y con desventaja social.
10. En numerosas jurisdicciones se han adoptado medidas para reducir los castigos o despenalizar la posesión y el consumo de cannabis, sin que se haya observado un incremento en las tasas de consumo. Además, estas medidas reformistas han tenido cierto grado de éxito, y han ayudado a mejorar las consecuencias adversas derivadas de la prohibición. Sin embargo, los beneficios de la despenalización pueden verse reducidos por la acción policial, que podría aumentar el número de consumidores sancionados, o por la aplicación arbitraria de la ley.

## MÁS ALLÁ DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES

11. Los actuales tratados internacionales han coartado la despenalización y la introducción de reformas más rigurosas de los regímenes nacionales de cannabis. Los que van más allá de la despenalización se han caracterizado por contener inconsistencias y paradojas. Por ejemplo, a las *coffee shops* neerlandesas se les permite la venta de productos de cannabis, pero no comprar sus suministros.
12. “Lo que está prohibido no se puede regular fácilmente”, por lo que existe una ventaja para los gobiernos que deseen avanzar hacia un régimen de disponibilidad legal regulada con estrictos controles, valiéndose de la variedad de mecanismos disponibles que se pueden utilizar para reglamentar un mercado legal, como los impuestos, los controles de oferta, la edad mínima de consumo y compra, el etiquetado y los límites de potencia. Otra alternativa para disminuir el riesgo de fomentar el consumo del cannabis es sólo permitir la producción del cannabis a pequeña escala para el consumo personal o como regalo.
13. Existen cuatro alternativas principales para un gobierno que quiera que el cannabis esté disponible en un mercado reglamentado bajo el contexto de las convenciones internacionales:
  - (1) En algunos países (los que siguen el principio de conveniencia (u oportunidad) y pragmatismo), es posible seguir las convenciones internacionales al pie de la letra y permitir una legalización *de facto*. Un ejemplo de ello es el modelo neerlandés.
14. Si un país no está dispuesto a seguir este ejemplo, las tres rutas más factibles son:
  - (2) Optar por un régimen de disponibilidad regulada *de jure* que simplemente ignore las convenciones; no obstante, el gobierno que siga este camino deberá prepararse para resistir una fuerte presión internacional.
  - (3) Denunciar las convenciones de 1961 y 1988 y suscribirlas de nuevo con reservas respecto al cannabis.
  - (4) Negociar una nueva convención sobre cannabis, a escala supranacional, junto con otros países con la misma disposición.
15. Existe controversia respecto a que la legalización del consumo y venta del cannabis en un mercado altamente regulado puede conducir a un aumento de los daños en la salud a largo plazo. La experiencia con regímenes de control para otras sustancias psicoactivas ha demostrado que relajar los controles y permitir la promoción comercial extensa de estas sustancias puede conducir a tasas elevadas de consumo y perjuicios, mientras que en regímenes con controles

estrictos estas tasas pueden mantenerse bajas.

16. Si un país quiere legalizar el consumo y venta del cannabis en un mercado regulado debe tomar en cuenta la experiencia de otros regímenes ya existentes de fiscalización de sustancias psicoactivas, algunos de los cuales incluyen regímenes de control farmacéutico y de prescripción médica, monopolios de venta de alcohol, etiquetado y emisión de permisos, así como controles de oferta y de impuestos. Debe prestarse especial atención a limitar la influencia y promoción del consumo por parte de intereses comerciales. Asimismo, deben considerarse las lecciones negativas y positivas derivadas de controles mínimos de mercado aplicados al tabaco y al alcohol.

## PRINCIPIOS PARA EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS

17. Las recomendaciones de política explicitadas más adelante se basan en principios generales éticos de gestiones de salud pública: las medidas para la reducción de los daños deben ser proporcionales a los daños que éstas intentan prevenir; en la medida de lo posible, deben tener consecuencias positivas y evitar las negativas; deben minimizar los efectos sobre la autonomía individual y deben hacerse cumplir de manera justa, sobre todo en lo que se refiere a los grupos más desfavorecidos y a los más marginados.
18. Las políticas actuales sobre cannabis podrían producir un efecto positivo, pero no hay evidencia que respalde su argumento. Dichas políticas claramente causan perjuicio a la gran mayoría de individuos a quienes se arresta, coartan la autonomía individual y a menudo se aplican de manera injusta. Además, la imposición de la prohibición del cannabis es costosa. Es importante tratar de concebir políticas que tengan mayor éxito, y que consideren todos estos aspectos. Reconocemos la importancia de las restricciones a las políticas impuestas por opinión popular, que por lo general apoyan el mantenimiento de la prohibición.
19. El objetivo principal de un sistema de fiscalización del cannabis debe ser minimizar cualquier perjuicio que derive de su consumo. En nuestra opinión, esto significa permitir el uso e intentar canalizarlo hacia comportamientos menos perjudiciales.<sup>2</sup>

## RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

20. Realizar recomendaciones de política involucra juicios de valor y la ponderación de incertidumbres. Aquí ofrecemos nuestras propias recomendaciones para una buena política para el cannabis, reconociendo que algunas personas razonables pueden diferir de algunos valores relevantes y de la

evaluación de lo contingente.

*Acción dentro del marco del régimen de control  
internacional actual*

21. Bajo el régimen del control internacional actual, las opciones de políticas del cannabis con las que cuentan los gobiernos se limitan a variar la gravedad de las penas por consumo de la droga. Dado que una aplicación mínima de las prohibiciones parece tener poco efecto en la reducción del consumo, la principal preocupación de política debería concentrarse en minimizar las consecuencias adversas de la prohibición.
22. Si un país elige aplicar la ley penal para controlar el consumo del cannabis, la encarcelación de un individuo por posesión o consumo de esta sustancia no está justificada, como tampoco lo está la imposición de una condena penal. Mantener bajo una ley penal un registro por posesión de cannabis como instrumento útil para la acción policial tiende a resultar en la aplicación discriminatoria de la ley en contra de los más desfavorecidos. La policía debería darle muy poca prioridad a la aplicación de las leyes en contra del consumo o posesión del cannabis.
23. Una opción más acertada, cuya aceptación es más cuestionable en los tratados internacionales, es procesar las transgresiones como faltas administrativas, fuera del sistema de justicia penal. Las multas aplicadas deben ser bajas y las sanciones alternativas, como la remisión de personas a programas de educación u orientación, no deben ser onerosas para reflejar el principio de proporcionalidad.

*Fuera de las convenciones internacionales*

24. El régimen internacional de fiscalización de las drogas debería modificarse para permitir que los estados adopten, implementen y evalúen su propio régimen respecto al cannabis dentro de sus propias fronteras, lo que requiere establecer cambios en las convenciones existentes, o la adopción de una nueva convención preventiva.
25. En ausencia de estos cambios un Estado puede actuar solo denunciando las convenciones y readhiriéndose con reservas, o simplemente ignorando al menos algunas de las disposiciones de las convenciones.
26. Cualquier régimen que legalice la disponibilidad del cannabis debe incluir leyes reguladoras y permisos por parte del Estado, o la gestión estatal de entidades encargadas de la producción, venta al por mayor y al detalle de la droga (como sucede en muchas jurisdicciones con las bebidas alcohólicas). El Estado debe, directamente o a través de la regulación, controlar la potencia y la calidad de la

droga, asegurar que los precios sean razonablemente altos y controlar el acceso y la disponibilidad en general, sobre todo para la juventud.

27. El Estado debe asegurar que la información apropiada acerca de los perjuicios del cannabis esté disponible y que ésta se transmita de forma activa a los consumidores. En lo posible, se debe prohibir, o limitar estrictamente, la publicidad y la promoción.
28. Los impactos de cualquier cambio, incluido cualquier efecto adverso no previsto, deben vigilarse muy de cerca, y debe existir la posibilidad de un escrutinio minucioso y expedito en caso de que la política aplicada acentúe los perjuicios.

### PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN (Anexo a la primera y a la segunda parte)

A la hora de preparar este volumen, encontramos que la evidencia disponible a menudo era mucho menor de lo deseable, incluso en países desarrollados con una tradición importante en investigación. A continuación se exponen algunas de estas necesidades de investigación.

Se necesita saber más acerca de los efectos del cannabis en la salud, sobre los patrones y los problemas de su consumo, así como sobre los costes y la efectividad de las diferentes políticas llevadas a cabo para intentar disuadir de su consumo. Entre las prioridades de investigación acerca de sus efectos sobre la salud se encuentran las siguientes:

- mejores evaluaciones epidemiológicas del papel del consumo del cannabis en los accidentes de tránsito;
- estudios longitudinales de los posibles efectos sobre la salud a largo plazo de continuar consumiendo cannabis hasta la mediana edad, en especial los efectos relacionados con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y respiratorias, así como cáncer;
- investigación sobre las diferencias individuales, en particular genéticas, que subyacen a las diferentes reacciones al cannabis, con el objeto de identificar a aquellas personas susceptibles de experimentar ansiedad extrema o psicosis;
- estudio de los efectos del consumo crónico de cannabis en el sistema inmunitario y en la función reproductiva en adolescentes y adultos jóvenes;
- valoración de los efectos del consumo de cannabis en los riesgos del desarrollo o exacerbación de trastornos mentales en adolescentes y adultos jóvenes;
- estudio de los efectos del consumo habitual de cannabis en la función cognitiva y cerebral en jóvenes adultos;
- investigación sobre los beneficios percibidos del cannabis y sobre por qué es una

droga tan consumida;

- investigación sobre los patrones y la prevalencia del consumo de cannabis, así como acerca de actitudes y comportamientos sociales en un sentido más amplio, como las actitudes de los consumidores de cannabis frente a la policía y las autoridades;
- investigación sobre la eficacia de diversas aplicaciones médicas del cannabis, en particular su potencial como analgésico, e investigación profunda sobre los efectos psicológicos y fisiológicos de los más de 60 cannabinoides que se encuentran de forma natural en el cannabis.

Entre las prioridades en investigación sobre las políticas relacionadas con el cannabis se encuentran:

- evaluaciones de la efectividad de las campañas publicitarias y pruebas de drogas en carretera que ayuden en la reducción de la contribución del consumo de cannabis en los accidentes de tránsito;
- evaluaciones de los métodos existentes de disuasión del consumo temprano y habitual de cannabis entre adolescentes, y desarrollo de maneras más efectivas de evitar su consumo;
- investigación para ofrecer una mejor asistencia a los consumidores que desarrollan problemas relacionados con el consumo de cannabis pero quieren dejarlo;
- investigación sobre los efectos de los diferentes métodos de disuasión de la producción ilegal y los mercados negros del cannabis;
- investigación sobre los efectos de los diferentes sistemas de penalización del consumo y posesión de cannabis; investigación sobre los efectos de los mercados legales de facto en los patrones de consumo de adolescentes y jóvenes adultos;
- investigación de los efectos de los controles (precio, disponibilidad, restricciones de edad, regímenes de prescripción, etc.) en los mercados legales o semilegales sobre el consumo de cannabis y los problemas derivados.



<sup>1</sup> W. D. Hall y W. Swift, *op. cit.*; D. J. Potter, P. Clark y M. B. Brown, *op. cit.*; C. J. Morgan y H. V. Curran, *op. cit.*

<sup>2</sup> Por ejemplo, retrasar la edad de comienzo de consumo hasta la edad adulta temprana, motivar a todos los consumidores a evitar el consumo diario y evitar manejar cualquier vehículo bajo la influencia de drogas, así como a no fumar cannabis mezclado con tabaco.

TERCERA PARTE  
PROYECTO DE CONVENCION MARCO  
PARA EL CONTROL DEL CANNABIS

## ANTECEDENTES

El cannabis es objeto de fiscalización internacional por la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada en 1972,<sup>1</sup> y también se ve afectado por la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.<sup>2</sup> Debido a que un principio básico de estas convenciones es que el consumo legítimo de las sustancias incluidas en ellos debe limitarse a fines médicos y científicos, esto ha constituido un bloqueo efectivo a los esfuerzos a escala nacional o subnacional para promover cualquier tipo de cambio hacia un sistema normativo de control con la finalidad de regular el consumo para minimizar daños sociales y en la salud.

Si bien, en principio, estos convenios pueden modificarse, en la actualidad esto no es una posibilidad práctica. Una ruta alternativa es que los países con puntos de vista semejantes adopten una nueva convención específicamente dedicado al cannabis. Sobre el principio legal de que el “último en llegar” tiene vigencia, se podría argumentar que éste prevalecería entre los países que adoptasen esta nueva convención.<sup>3</sup>

Un precedente de una nueva convención sobre una sustancia psicoactiva única es la Convención Marco para el Control del Tabaco,<sup>4</sup> negociada bajo los auspicios de la OMS, adoptada en 2003 y que entró en vigor en 2005. Se ha propuesto que el cannabis podría añadirse a esta convención,<sup>5</sup> pero esto requeriría un proceso de modificación que no cuenta actualmente con una posibilidad práctica. La alternativa, analizada aquí, es la adopción de una nueva convención, que bien podría seguir el modelo de la convención sobre el tabaco.

### ADAPTACIÓN DE LA CONVENCIÓN DEL TABACO COMO MODELO

Los estudios comparativos sobre la peligrosidad de las drogas coinciden de forma sustancial en que el cannabis es menos dañino para la salud que el tabaco.<sup>6</sup> Según este criterio, el modelado de una nueva convención sobre el cannabis a partir del CMCT puede verse como una opción relativamente conservadora. Por otro lado, el CMCT no es tan fuerte como los defensores de la salud pública desearían. Una debilidad importante es la falta de medidas para vigilar y controlar el comercio legal internacional. En cambio, ésta es un área en la que la Convención Única de 1961 es fuerte, reflejo de medio siglo de experiencia en la regulación del comercio legal de opiáceos y otras drogas. Estas disposiciones de la Convención Única de 1961 permanecerán en vigor para cualquier comercio en que participen países que queden fuera de la nueva Convención sobre el Cannabis. Por ello, parece prudente (y menos confuso) adoptar las mismas disposiciones de la Convención de 1961 sobre el comercio internacional legítimo. En consecuencia, estas disposiciones están incluidas en el proyecto de convención que se propone, aunque su nivel de detalle a veces puede parecer excesivo.

El modelo del CMCT también se ha fortalecido en otros dos aspectos: el proyecto de Convención sobre el Cannabis dispone que éste prevalecerá sobre las disposiciones de libre comercio e igualdad de trato de la OMC y otros acuerdos comerciales, asunto que fue omitido en el CMCT, ya que en éste no podría establecerse ningún acuerdo satisfactorio para la salud pública. El proyecto de Convención sobre el Cannabis también incluye disposiciones relativas al control de las ventas y el consumo en locales, basándose en la experiencia del campo de alcohol. Por otra parte, el proyecto de Convención sobre el Cannabis omite parte del texto del CMCT que surgió de la historia particularmente injusta y engañosa de la interferencia de la industria tabacalera en la ciencia y la política, así como del comprensible especial énfasis que puso el CMCT en el humo y las emisiones del tabaco.

## NOTAS SOBRE LAS FUENTES Y LAS ADAPTACIONES EN EL PROYECTO DE CONVENCIÓN

Cuando, a continuación, se indica que en el proyecto se utiliza el lenguaje de otro tratado “sin cambios”, se han realizado sustituciones como “cannabis” por “tabaco”. En los siguientes artículos esencialmente no se han realizado cambios del CMCT, o tienen adaptaciones de menor importancia, y no se comentan aquí: 2, 5-7, 11-13, 15, 17-38.

*Preámbulo:* Inspirado en el preámbulo de la Convención sobre el Tabaco, pero editado:

Art. 1 - *Uso de los términos:* adaptado del CMCT en gran parte sin cambios, con una definición adicional (h) para “cannabis para consumo personal”. Téngase en cuenta que la definición de “productos derivados del cannabis”, como la de “productos del tabaco”, es en términos de su uso para el consumo humano.<sup>7</sup> Una alternativa sería una definición en términos de contenido psicoactivo, pero esto sería difícil de conseguir. Asimismo, debe tomarse en cuenta que el artículo 3 (2), tomado de la Convención de 1961, excluye específicamente del proyecto de convención el cannabis cultivado para consumo industrial u hortícola.

Art. 3 - *Objetivo:* reexpresado en términos apropiados para el cannabis: (a) en apoyo a la provisión para consumo legal no médico en los países que lo permiten; (b) en apoyo a la prohibición en las Naciones que no lo permiten. Los párrafos 2 y 3 se han tomado de los párrafos 2 y 3 del artículo 28 de la Convención Única de 1961, con la excepción de que “o el mal uso de” se ha omitido en el segundo.

Art. 4 - *Principios rectores:* reducidos a partir del CMCT; se han eliminado disposiciones específicas del tabaco sobre la responsabilidad y sobre la asistencia económica a los productores y trabajadores desplazados.

Art. 8 - *Regulación de la producción y venta:* reemplaza la “Protección contra la exposición al humo de tabaco” en el CMCT.

El artículo 28 de la Convención Única de 1961 sobre el control de cannabis aplica el artículo 23 (sobre el opio) al cannabis. En consecuencia, aquí se retira

el párrafo 1 del artículo 23, párrafo 1 de la Convención Única de 1961.

El párrafo 2 es una nueva disposición que exime el “cannabis para consumo personal” de los párrafos 3 y 4.

Los párrafos 3 y 4 se extraen del artículo 23, párrafo 2 de la Convención Única de 1961. La disposición de la Convención Única de 1961 de que la agencia estatal debe servir como mayorista del cultivo de cannabis se suaviza, permitiéndose también que mayoristas o fabricantes autorizados reciban la cosecha.

El párrafo 5 se extrae del artículo 19 de la Convención Única de 1961.

El párrafo 6 se extrae del artículo 30 de la Convención Única de 1961, y añade disposiciones tomadas de la experiencia con el control de licencias de alcohol en locales y para los controles de horas y días de venta, así como con la aplicación efectiva bajo la amenaza de suspensión o pérdida de la licencia.

Art. 9 - *Ventas a menores de edad*: se extrae del artículo 16 del CMCT; se elimina la disposición sobre la venta de cigarrillos “suelos o en paquetes pequeños”, y se establece la prohibición total de máquinas expendedoras de cannabis.

Art. 10 - *Regulación de contenidos y divulgaciones*: tomada sin cambios de los artículos 9 y 10 del CMCT.

Art. 14 - *Medidas para la reducción de la demanda*: se añade “limitación de consumo” al texto del CMCT sobre “cesación”.

Art. 16 - *Disposiciones relativas al comercio internacional*: aquí, los párrafos 1-15 del artículo 16, en todo su detalle, se toman del artículo 31 de la Convención Única de 1961, salvo que “la forma del producto de cannabis” en las disposiciones se sustituye por el nombre específico de la droga. Se añade el párrafo 16, donde se indica la prioridad del proyecto de convención sobre cualquier tratado que “establezca la libre circulación o el tratamiento equitativo de bienes o servicios objeto de comercio”. Debe revisarse la adecuación de la redacción de este párrafo.

## ADOPCIÓN DEL PROYECTO DE CONVENCIÓN

En principio, cualquier Estado puede convocar una conferencia de las partes para negociar un nuevo tratado; la primera Convención Internacional del Opio en La Haya se negoció a instancias de los Estados Unidos. Sin embargo, en la práctica moderna por lo general una agencia intergubernamental —regional o global— es la encargada de auspiciar las negociaciones de un tratado. Así, la Organización Mundial de la Salud es el órgano que convocó la Convención Marco para el Control del Tabaco, y como se verá algunas disposiciones del proyecto de convención asumen el auspicio de la OMS, ya que fueron tomadas del CMCT sin sufrir modificaciones. Otro órgano intergubernamental que ha servido como coordinador para una convención en el campo de las drogas es el

Consejo de Europa, donde se negoció una convención contra el dopaje, que finalmente incluyó estados signatarios de fuera de Europa, y que en la actualidad está considerando una “convención europea para la promoción de la política de salud pública en la lucha contra las drogas”.<sup>8</sup>

En el capítulo VI puede encontrarse un análisis adicional sobre las consideraciones en la adopción de una nueva convención sobre el cannabis.

## PROYECTO DE CONVENCIÓN MARCO PARA EL CONTROL DEL CANNABIS

### PREÁMBULO

Las partes en la presente Convención,

*Decididas* a dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública,

*Reconociendo* que el control del mercado de los productos del cannabis psicoactivos es un problema mundial con graves consecuencias para la salud pública que necesita de amplia respuesta internacional,

*Reflejando* la preocupación de la comunidad internacional sobre las consecuencias sanitarias y sociales del consumo de cannabis,

*Preocupadas* por la extensión del consumo mundial y la producción de productos derivados del cannabis, así como por la carga que ello impone a las familias y los sistemas nacionales de salud,

*Reconociendo* que la evidencia científica ha establecido los riesgos sanitarios y de seguridad asociados con el consumo de cannabis, incluyendo su consumo fumado, pero no limitado a éste,

*Reconociendo también* que la dependencia al cannabis se clasifica por separado como un trastorno en las principales clasificaciones internacionales de enfermedades, y que los consumidores habituales de cannabis pueden llegar a ser dependientes,

*Profundamente preocupadas* por el consumo fumado y otras formas de consumo de cannabis por parte de niños y adolescentes en todo el mundo,

*Seramente preocupadas* por prevenir todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio encaminadas a estimular el consumo de productos derivados del cannabis,

*Reconociendo* que la cooperación es necesaria para eliminar todas las formas de

comercio ilegal de productos del cannabis, como el contrabando, la fabricación ilegal y la falsificación,

*Reconociendo* que el control del cannabis en todos los ámbitos, y particularmente en los países en desarrollo y los países con economías en transición, necesita de recursos financieros y técnicos,

*Conscientes* de las dificultades sociales y económicas que puede generar el cannabis a mediano y largo plazo en algunos países en desarrollo y países con economías en transición, y reconociendo la necesidad de asistencia técnica y financiera en el contexto de las estrategias nacionales de desarrollo sustentable,

*Conscientes* de la valiosa labor que llevan a cabo muchos Estados en el control de cannabis y elogiando la dirección de la Comisión de Estupefacientes, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la OMS, así como los esfuerzos de otras organizaciones y organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales sobre control de drogas,

*Destacando* la contribución especial que las organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil, incluidos los organismos profesionales de la salud, mujeres, jóvenes, grupos ecologistas y de consumidores, e instituciones docentes y de atención a la salud, han hecho a los esfuerzos en el control del cannabis a escala nacional e internacional y la importancia decisiva de su participación en los esfuerzos nacionales e internacionales de control del cannabis,

*Reconociendo* la necesidad de estar alerta ante cualquier intento de los productores o distribuidores de los productos del cannabis de socavar o desvirtuar las actividades de control, y la necesidad de estar informados de las actividades de los participantes en el mercado del cannabis que tienen un impacto negativo en los esfuerzos de control de cannabis,

*Recordando* el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, que establece que es el derecho de toda persona disfrutar del más alto grado posible de salud física y mental,

*Recordando* también el preámbulo de la Constitución de la OMS, que establece que el disfrute del más alto grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social,

*Decididas* a promover medidas de control del cannabis sobre la base de consideraciones científicas, técnicas y económicas actuales y pertinentes,

*Han acordado lo siguiente:*

## PARTE I: INTRODUCCIÓN

### *Artículo 1. Uso de términos*

Para efectos de la presente Convención:

- a) “comercio ilegal” es toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluyendo cualquier práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad;
- b) “organización regional de integración económica” es una organización integrada por Estados soberanos, a la que sus Estados miembros han transferido competencia respecto a diversos asuntos, inclusive la facultad de adoptar decisiones vinculantes para sus Estados miembros en relación con esos asuntos;<sup>9</sup>
- c) “publicidad y promoción del cannabis” es toda forma de comunicación comercial, recomendación o acción con el propósito, efecto o efecto probable de promoción del consumo de un producto psicoactivo derivado del cannabis, ya sea directa o indirectamente;
- d) “control de cannabis” es una serie de estrategias destinadas a la reducción de la oferta, la demanda y los daños que tiene como objetivo mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo el consumo de productos derivados del cannabis y la exposición al humo del cannabis;
- e) la “industria del cannabis” la componen los fabricantes, los distribuidores mayoristas y los importadores de productos del cannabis;
- f) “productos del cannabis” son los productos preparados total o parcialmente de cualquier parte de la planta de cannabis como materia prima, fabricados o vendidos para fumarse, chuparse, masticarse, esnifarse o cualquier otra forma de consumo humano;
- g) “patrocinio del cannabis” es toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con la intención, el efecto o el efecto probable de promocionar un producto del cannabis o el consumo de cannabis, ya sea directa o indirectamente;
- h) “cannabis para consumo personal” se refiere a una cantidad limitada de cannabis o derivados del cannabis, con cantidades máximas establecidas por la legislación, que se cultiva o se mantiene para consumo personal o compartido sin ninguna remuneración u otra contraprestación.

### *Artículo 2. Relación entre la presente Convención y otros acuerdos e instrumentos jurídicos*

1. Con el fin de proteger mejor la salud humana, las Partes podrán aplicar medidas adicionales a las previstas en esta Convención y sus protocolos, y nada en estos instrumentos impedirá que una Parte imponga exigencias más estrictas compatibles con sus disposiciones, siempre y cuando no contravengan el derecho internacional.
2. Las disposiciones de la Convención y sus protocolos no afectarán de ninguna manera el derecho de las Partes a concertar acuerdos bilaterales o multilaterales, incluidos acuerdos regionales o subregionales, sobre cuestiones de interés o adicionales a la Convención y sus protocolos, siempre que estos acuerdos sean compatibles con sus obligaciones en virtud de la Convención y sus protocolos. Las Partes interesadas notificarán esos acuerdos a la Conferencia de las Partes por conducto de la Secretaría.

## PARTE II: OBJETIVO, PRINCIPIOS RECTORES Y OBLIGACIONES GENERALES

### *Artículo 3. Objetivo*

1. El objetivo de esta Convención y de sus protocolos es proporcionar un marco para las medidas de control del cannabis que se implementarán por las Partes a escala nacional, regional e internacional, así, esta Convención:
  - a) apoyará a los Estados que permiten de forma legal la venta o el consumo para fines no médicos en la estructuración y control del mercado de los productos del cannabis con el fin de minimizar los daños sociales y sanitarios derivados del consumo;
  - b) apoyará las políticas de control del cannabis de los Estados donde se prohíbe la venta de cannabis para consumo no médico.
2. La presente Convención no se aplicará al cultivo de la planta de cannabis destinado exclusivamente para fines industriales (fibra y semillas) u hortícolas.
3. Las Partes adoptarán las medidas necesarias para impedir el tráfico ilegal de las hojas de la planta de cannabis.

### *Artículo 4. Principios rectores*

Para alcanzar los objetivos de la presente Convención y de sus protocolos y aplicar sus disposiciones, las Partes se guiarán, entre otros, por los siguientes principios:

1. Toda persona debe ser informada del riesgo de sufrir consecuencias en la salud y de la naturaleza adictiva potencial del consumo de cannabis, sobre todo a raíz del consumo frecuente a largo plazo.

2. Es necesario un firme compromiso político para establecer y respaldar, a escala nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas.
3. La cooperación internacional, particularmente la transferencia de asistencia en tecnología, conocimiento y financiera, y la prestación de asesoramiento especializado, para establecer y aplicar programas eficaces de control del cannabis, tomando en consideración la cultura local, así como los factores sociales, económicos, políticos y jurídicos locales, es una parte importante de la Convención.
4. Es fundamental aplicar medidas multisectoriales integrales y respuestas en los planos nacional, regional e internacional para prevenir, de conformidad con los principios de salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad resultado del consumo de cannabis.
5. La participación de la sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo de la Convención y sus protocolos.

#### *Artículo 5. Obligaciones generales*

1. Cada Parte formulará, aplicará, actualizará y revisará periódicamente estrategias, planes y programas exhaustivos, nacionales y multisectoriales, de control del cannabis, de conformidad con la presente Convención y de los protocolos en los que es Parte.
2. Con este fin, cada Parte, con arreglo a su capacidad:
  - a) establecerá o reforzará y financiará un mecanismo coordinador nacional o centros de coordinación para el control del cannabis, y
  - b) adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o de otro tipo, y cooperará, según proceda, con otras Partes en la elaboración de políticas apropiadas para el control del cannabis.
3. En el establecimiento y aplicación de sus políticas de salud pública relativas al control del cannabis, las Partes actuarán para proteger dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses económicos creados, incluidos los de la industria del cannabis.
4. Las Partes cooperarán en la formulación de las medidas propuestas, los procedimientos y directrices para la aplicación de la Convención y de los protocolos en los que sean Partes.
5. Las Partes cooperarán, según proceda, con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, así como con otros órganos competentes, para alcanzar

los objetivos de la Convención y de los protocolos en los que sean Partes.

6. Las Partes, dentro de los medios y recursos de que dispongan, cooperarán a fin de obtener recursos financieros para la aplicación efectiva de la Convención, a través de mecanismos de financiación bilaterales y multilaterales.

### PARTE III: MEDIDAS RELACIONADAS CON LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE CANNABIS

#### *Artículo 6. Medidas fiscales y sobre los precios para reducir la demanda de cannabis*

1. Las Partes reconocen que las medidas sobre los precios y las medidas fiscales son un medio eficaz e importante para el control del consumo de cannabis en diversos sectores de la población, en particular los jóvenes.
2. Sin perjuicio del derecho soberano de las Partes a decidir y establecer su propia política tributaria, cada Parte tendrá en cuenta objetivos nacionales de salud en materia de control de cannabis, y adoptará o mantendrá, según proceda, medidas como las siguientes:
  - a) aplicación de políticas tributarias y, si corresponde, políticas de precios, de los productos del cannabis con el fin de contribuir a los objetivos de salud orientados a reducir al mínimo los hábitos nocivos de consumo de cannabis, y
  - b) prohibir o restringir, según proceda, la venta y/o las importaciones de productos derivados del cannabis libres de impuestos por parte de viajeros internacionales.
3. Las Partes proporcionarán las tasas impositivas aplicadas a los productos del cannabis y las tendencias en el consumo de cannabis en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21.

#### *Artículo 7. Medidas no relacionadas con el precio para reducir la demanda de cannabis*

Las Partes reconocen que las medidas integrales no relacionadas con los precios son un medio eficaz e importante para reducir el consumo de cannabis. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole, necesarias para cumplir sus obligaciones conforme a los artículos 8-13, y cooperará, según proceda, con las otras, de forma directa o a través de los organismos internacionales competentes, con miras a su aplicación. La Conferencia de las Partes propondrá directrices apropiadas para la aplicación de las disposiciones de los presentes Artículos.

*Artículo 8. Regulación de la producción  
y venta del cannabis*

1. Si una Parte permite el cultivo de la planta del cannabis para producir cannabis que no sea para consumo personal, mantendrá uno o más organismos gubernamentales<sup>10</sup> para desempeñar las funciones descritas en el presente artículo.
2. Una Parte podrá optar por permitir el cultivo y la posesión de cannabis o derivados del cannabis para consumo personal, dentro de los límites máximos que se establecen en la legislación. Este cannabis para consumo personal podrá eximirse de las secciones 3 y 4, citadas más abajo.
3. El Organismo designará las zonas y las parcelas de terreno donde se permitirá el cultivo de cannabis para su consumo en forma de productos del cannabis. Sólo los cultivadores con licencia del Organismo estarán autorizados a participar en dicho cultivo. Cada licencia especificará la extensión de tierra para el cultivo o las premisas en las que éste estará permitido.
4. Todos los cultivadores están obligados a entregar la totalidad de sus cosechas al Organismo, o a uno o más mayoristas o fabricantes autorizados. El cannabis que se cultiva debe entregarse físicamente al Organismo, mayorista o fabricante a más tardar cuatro meses después del final de la cosecha.
5. Las Partes exigirán licencia a cada mayorista y fabricante de cannabis y derivados del cannabis, excepto cuando el mayorista o fabricante sea una empresa estatal. Las Partes deberán: *a)* controlar a todas las personas y empresas que realicen o participen en la venta al por mayor o la fabricación de cannabis o productos derivados del cannabis; *b)* controlar por medio de licencias los establecimientos y locales en que se produzca dicha fabricación al por mayor; *c)* exigir que los mayoristas y fabricantes autorizados obtengan permisos periódicos que especifiquen los tipos y cantidades de productos que tienen derecho a fabricar o manejar, y que cumplan con las normas específicas de control de calidad.
6. Las Partes exigirán que el comercio, la distribución y los lugares de consumo del cannabis y derivados del cannabis estén sometidos a licencia, excepto cuando dicho comercio o distribución se lleve a cabo por una empresa estatal. Las Partes deberán: *a)* controlar a todas las personas y empresas que realicen o se dediquen al comercio o distribución de cannabis y productos del cannabis; *b)* controlar por medio de licencias los establecimientos y locales en que dicho comercio, distribución o suministro tenga lugar; *c)* exigir que los operadores, distribuidores y encargados de los locales para consumo con licencia obtengan permisos periódicos que especifiquen las condiciones del comercio y la distribución; *d)* especificar las horas y días en los que los lugares de venta o consumo estarán abiertos al público; *e)* proporcionar los medios para una

aplicación efectiva de los controles del cannabis, con disposiciones para que las licencias puedan suspenderse o revocarse por incumplimiento.

#### *Artículo 9. Venta a menores y por menores*

1. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole en el ámbito gubernamental apropiado, para prohibir la venta de los productos del cannabis a personas menores de la edad determinada por las legislaciones interna o nacional, o de 18 años. Estas medidas pueden incluir:
  - a) exigir que todos los vendedores de productos del cannabis sitúen un aviso en un lugar claro y destacado dentro del punto de venta que indique la prohibición de la venta de cannabis a menores de edad y, en caso de duda, soliciten que cada comprador de cannabis aporte pruebas de haber alcanzado la mayoría de edad;
  - b) prohibir la venta de los productos del cannabis en lugares directamente accesibles, como en los estantes de las tiendas, y
  - c) prohibir la fabricación y venta de dulces, refrigerios, juguetes y otros objetos que tengan forma de productos del cannabis que puedan resultar atractivos para los menores.
2. Cada Parte prohibirá o promoverá la prohibición de la distribución de los productos del cannabis de forma gratuita al público y en especial a los menores de edad.
3. Las Partes reconocen que, para que sean más eficaces, las medidas para impedir la venta de productos del cannabis a menores de edad se aplicarán, cuando proceda, en conjunto con otras disposiciones contenidas en la presente Convención.
4. Cada Parte deberá prohibir la introducción o el uso de máquinas expendedoras de cannabis dentro de su jurisdicción.
5. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otro tipo, incluidas las sanciones contra los vendedores y distribuidores, con el fin de garantizar el cumplimiento de las obligaciones contenidas en los párrafos 1-4 del presente artículo.
6. Cada Parte deberá, en su caso, adoptar y aplicar medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otro tipo para prohibir la venta de productos del cannabis por personas menores de la edad determinada por las legislaciones interna o nacional, o de 18 años.

#### *Artículo 10. Regulación de los contenidos y las divulgaciones relativos a los productos del cannabis*

1. La Conferencia de las Partes, con el asesoramiento de los órganos internacionales competentes, propondrá directrices sobre el análisis y la medición del contenido y las emisiones de los productos del cannabis, así como sobre la reglamentación de esos contenidos y emisiones. Cada Parte adoptará y aplicará, previa aprobación de las autoridades nacionales competentes, medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole para dichos análisis y mediciones, así como para esa reglamentación.
2. Cada Parte, de conformidad con su legislación nacional, adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras que requieran que los fabricantes y los importadores de los productos del cannabis revelen a las autoridades gubernamentales la información relativa al contenido y las emisiones de los productos del cannabis. Cada Parte adoptará y aplicará medidas eficaces para la divulgación pública de la información relativa a los componentes tóxicos de los productos del cannabis y las emisiones que éstos pueden producir.

*Artículo 11. Empacado y etiquetado de los productos del cannabis*

1. Cada Parte adoptará y aplicará, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para garantizar que:
  - a) el empaçado y etiquetado de productos del cannabis no promocióne un producto de cannabis por cualquier medio. Además, todo empaçado y etiquetado de productos de cannabis no proporcionará información falsa, equívoca, engañosa o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y
  - b) en todos los paquetes individuales y envases de productos de cannabis, así como en todo empaçado y etiquetado externo de éstos, también figuren advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de cannabis, en los cuales pueden incluirse otros mensajes apropiados que contengan información sobre las leyes vigentes y sobre el tratamiento. Dichas advertencias y mensajes:
    - (i) serán aprobados por la autoridad nacional competente;
    - (ii) serán rotativos;
    - (iii) serán grandes, claros, visibles y legibles;
    - (iv) deberán ocupar 50% o más de las superficies principales expuestas y en ningún caso menos de 30% de las superficies principales expuestas;
    - (v) podrán tener la forma de imágenes o pictogramas o incluirlas.
2. Todos los paquetes y envases de productos de cannabis y todo empaçado y etiquetado externos de éstos, además de las advertencias especificadas en el párrafo 1(b) de este artículo, contendrán información sobre los componentes pertinentes y las emisiones de los productos del cannabis según lo definido por las autoridades nacionales.

3. Cada Parte exigirá que las advertencias y la información textual especificadas en los párrafos 1(b) y el párrafo 2 del presente artículo figuren en todos los paquetes y envases de productos de cannabis y en todo empaçado y etiquetado externos de éstos en su idioma o idiomas principales.
4. Para efectos del presente artículo, el término *empaçado y etiquetado externos* en relación con los productos del cannabis se aplica a todo envasado y etiquetado utilizados en la venta al por menor del producto.

*Artículo 12. Educación, comunicación, formación  
y concienciación del público*

Cada Parte promoverá y fortalecerá la conciencia pública de los problemas de control de cannabis, utilizando todas las herramientas de comunicación disponibles, según corresponda. Con este fin, cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole para promover:

- a) un amplio acceso a programas eficaces e integrales de educación y de sensibilización pública sobre los riesgos para la salud, incluyendo las características adictivas del consumo de cannabis;
- b) la sensibilización pública sobre los riesgos para la salud del humo producido por el consumo de cannabis, sobre los beneficios de dejar de consumir cannabis y los modos de vida sin el cannabis, como se especifica en el artículo 14.2;
- c) programas eficaces y apropiados de formación o de sensibilización y concienciación sobre el control del cannabis dirigidos a personas como trabajadores de la salud, trabajadores comunitarios, trabajadores sociales, profesionales de los medios de comunicación, educadores, personas encargadas de tomar decisiones, administradores y demás interesados;
- d) la concienciación y participación de organismos públicos y privados, así como de organizaciones no gubernamentales, en la elaboración y aplicación de programas y estrategias intersectoriales de control del cannabis, y
- e) el conocimiento público y el acceso a la información en materia de salud y otras consecuencias adversas de la producción y el consumo de cannabis.

*Artículo 13. Publicidad, promoción y patrocinio del cannabis*

1. Las Partes reconocen que una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco tenderá a reducir el consumo de productos derivados del cannabis.
2. Cada Parte, de conformidad con su Constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y

patrocinio del cannabis. Esto, sujeto al entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte, incluirá una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos originados en su territorio. En este sentido, en el plazo de cinco años después de la entrada en vigor de la presente Convención, cada Parte adoptará las medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o de otro tipo e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.

3. La Parte que no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a su Constitución o a sus principios constitucionales aplicará restricciones a toda publicidad, promoción y patrocinio del cannabis. Esto, sujeto al entorno jurídico y los medios técnicos de que disponga la Parte, incluirá la restricción o una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos originados en su territorio que tengan efectos internacionales. A este respecto, cada Parte adoptará las medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/o de otro tipo e informará en consecuencia de conformidad con el artículo 21.
4. Como mínimo, y de conformidad con su Constitución o sus principios constitucionales, cada Parte:
  - a) prohibirá toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del cannabis que, por cualquier medio, promueva un producto falso, equívoco o engañoso o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones;
  - b) requerirá que, según proceda, en toda publicidad, promoción y patrocinio del cannabis aparezcan mensajes sobre la salud u otros avisos apropiados;
  - c) restringirá el uso de incentivos directos o indirectos que fomenten la compra de productos de cannabis por parte del público;
  - d) exigirá, si no ha adoptado una prohibición total, que se revelen a las autoridades gubernamentales los gastos de la industria del cannabis en publicidad, promoción y patrocinio aún no prohibidos. La Parte debe garantizar, con arreglo a la legislación nacional, que esas cifras estén disponibles al público y a la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21;
  - e) proceder a una prohibición total o, en el caso de una Parte que no esté en condiciones de proceder a una prohibición total debido a su Constitución o sus principios constitucionales, restringir la publicidad, la promoción y el patrocinio del cannabis por radio, televisión, medios impresos y, en su caso, otros medios de comunicación, tales como internet, en un periodo de cinco años, y
  - f) prohibirá o, en el caso de una Parte que no esté en condiciones de imponer la prohibición debido a su Constitución o sus principios constitucionales, restringirá el patrocinio del cannabis en la industria de los eventos y actividades internacionales y/o en los participantes en éstos.

5. Se alienta a las Partes a que apliquen medidas más allá de las obligaciones establecidas en el apartado 4.
6. Las Partes cooperarán en el desarrollo de tecnologías y otros medios necesarios para facilitar la eliminación de la publicidad transfronteriza.
7. Las Partes que hayan prohibido determinadas formas de publicidad, promoción y patrocinio del cannabis tendrán el derecho soberano de prohibir las formas de publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos del cannabis que entren en su territorio, así como de imponer las mismas sanciones previstas para la publicidad, promoción y patrocinio originados en su territorio, de conformidad con su legislación nacional. Este párrafo no respalda ni aprueba ninguna sanción en particular.
8. Las Partes considerarán la elaboración de un protocolo que establezca las medidas apropiadas que requieran colaboración internacional para prohibir completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio.

*Artículo 14. Medidas de reducción de la demanda relativas  
a la dependencia y al abandono del cannabis  
o a la limitación de su consumo*

1. Cada Parte elaborará y difundirá directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en pruebas científicas y en las mejores prácticas, teniendo en cuenta las circunstancias y prioridades nacionales, y adoptará medidas eficaces para promover el abandono o la limitación del consumo de cannabis y el tratamiento adecuado de la dependencia del cannabis.
2. Con este fin, cada Parte procurará lo siguiente:
  - a) idear y aplicar programas eficaces de promoción del abandono o la limitación del consumo de cannabis en lugares tales como instituciones educativas, unidades de salud, centros de trabajo y entornos deportivos;
  - b) incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del cannabis y los servicios de asesoramiento sobre el abandono o la limitación del consumo de cannabis en los programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de trabajadores de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda;
  - c) establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia al cannabis, y
  - d) colaborar con otras Partes para facilitar el acceso a los tratamientos de la dependencia del cannabis, incluidos productos farmacéuticos, y procurar su asequibilidad, de conformidad con el artículo 22. Dichos productos y sus

componentes pueden ser medicamentos, productos usados para administrar medicamentos y proporcionar diagnósticos, cuando proceda.

#### PARTE IV: MEDIDAS RELACIONADAS CON EL CONTROL DEL COMERCIO LEGAL DEL CANNABIS Y LA ERRADICACIÓN DE SU COMERCIO ILEGAL

##### *Artículo 15. Comercio ilegal de productos del cannabis*

1. Las Partes reconocen que la eliminación de todas las formas de comercio ilegal de productos del cannabis, como el contrabando, la fabricación ilegal y la falsificación, así como el desarrollo y la aplicación de la legislación nacional relacionada con ello, además de los acuerdos subregionales, regionales y mundiales, son componentes esenciales del control del cannabis.
2. Cada Parte adoptará y aplicará medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otro tipo para garantizar que todos los paquetes o envases de productos del cannabis, así como todo empaquetado externo de dichos productos, lleven una indicación que ayude a las Partes a determinar el origen de los productos del cannabis, y de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales pertinentes, que asista a las Partes en la determinación del punto de origen, así como la monitorización, la documentación y el control del movimiento de los productos del cannabis y su situación legal. Además, cada Parte:
  - a) exigirá que los paquetes o envases de productos del cannabis para consumo, tanto al por menor como al por mayor, vendidos en su mercado interno lleven la declaración: “Venta autorizada únicamente en [insertar el nombre del país, la unidad subnacional, regional o federal]”, o incluyan cualquier otra marca que indique el destino final o que ayude a las autoridades a determinar si el producto está legalmente en venta en el mercado interno, y
  - b) desarrollará un régimen práctico de seguimiento y rastreo de conformidad con el artículo 16 que dé más garantías al sistema de distribución y ayude en la investigación del comercio ilícito.
3. Cada Parte exigirá que la información en el empaquetado o marcado especificada en el párrafo 2 de este artículo se presente de forma legible y/o en su idioma o idiomas principales.
4. Con miras a eliminar el comercio ilegal de productos del cannabis, cada Parte:
  - a) supervisará y recopilará datos sobre el comercio transfronterizo de productos del cannabis, incluido el comercio ilegal, así como sobre el intercambio de

- información entre autoridades aduaneras, tributarias y otras autoridades, según proceda, y de conformidad con la legislación nacional y los acuerdos bilaterales o multilaterales aplicables;
- b) promulgará o fortalecerá la legislación, con sanciones y recursos apropiados, contra el comercio ilegal de productos del cannabis, incluidos la falsificación y el contrabando de cigarrillos de cannabis;
  - c) adoptará las medidas apropiadas para garantizar que todos los equipos de fabricación, y productos falsificados y de contrabando de cannabis, así como productos del cannabis confiscados, se destruyan, aplicando métodos respetuosos con el medio ambiente, cuando sea factible, o se eliminen de conformidad con la legislación nacional;
  - d) adoptará y aplicará medidas para vigilar, documentar y controlar el almacenamiento y la distribución de cannabis y los productos del cannabis que se encuentren o se desplacen en régimen de suspensión de impuestos o derechos dentro de su jurisdicción, y
  - e) adoptará las medidas que procedan para posibilitar la incautación de los beneficios derivados del comercio ilegal de productos de cannabis.
5. La información recopilada de conformidad con los párrafos 4(a) y 4(d) del presente artículo, en su caso, se presentarán de forma global por las Partes en sus informes periódicos a la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21.
  6. Las Partes, de conformidad con la legislación nacional cuando corresponda, promoverán la cooperación entre los organismos nacionales, así como entre las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales, en lo referente a investigaciones, enjuiciamientos y procedimientos judiciales con el fin de eliminar el comercio ilegal de los productos del cannabis. Se prestará especial atención a la cooperación a escala regional y subregional para combatir el comercio ilegal de los productos del cannabis.
  7. Todas las Partes se esforzarán por adoptar e implementar medidas adicionales, tales como el otorgamiento de licencias, cuando corresponda, para controlar o regular la producción y distribución de productos del cannabis a fin de prevenir el comercio ilícito.

*Artículo 16. Disposiciones relativas  
al comercio internacional*

1. Las Partes no permitirán a sabiendas la exportación del cannabis o de productos del cannabis a ningún país o territorio, salvo de conformidad con las leyes y reglamentos de dicho país o territorio.

2. Las Partes ejercerán en los puertos y zonas francas la misma supervisión y control que en otras partes de su territorio, a condición, sin embargo, de que podrán aplicar medidas más drásticas.
3. Las Partes:
  - a) Ejercerán el control de la importación y exportación de cannabis y los derivados del cannabis, salvo que dicha importación o exportación se lleve a cabo por una empresa estatal.
  - b) Controlarán a todas las personas y empresas que se dediquen tanto a la importación como exportación.
4.
  - a) Las Partes que permitan la importación o la exportación de cannabis o productos derivados del cannabis requerirán una autorización de importación o exportación por separado, que se obtendrá para cada importación o exportación. La autorización podrá permitir la importación o la exportación en más de un envío.
  - b) En dicha autorización se indicará la forma del producto de cannabis, la cantidad que se importa o exporta y los nombres y direcciones del importador y el exportador, y fijará el plazo en el que debe efectuarse la importación o la exportación.
  - c) La autorización de exportación indicará también el número y la fecha del certificado de importación (párrafo 5), así como la autoridad que lo ha expedido.
5. Antes de conceder una autorización de exportación, las Partes exigirán un certificado de importación, expedido por las autoridades competentes del país o territorio importador, que certifique que la importación contemplada en el mismo se ha aprobado; este certificado se presentará por la persona o el establecimiento que solicite la autorización de exportación.
6. Cada envío se acompañará de una copia de la autorización de exportación; el Gobierno que expida la autorización de exportación enviará una copia al gobierno del país o territorio importador.
7.
  - a) El Gobierno del país o territorio importador entregará, cuando la importación se haya efectuado o cuando el plazo fijado para la importación haya expirado, la autorización de exportación, con un endoso a tal efecto, al Gobierno del país o territorio de exportación.
  - b) En el endoso se especificará la cantidad efectivamente importada.
  - c) Si se exporta una cantidad menor a la especificada en la autorización de exportación, las autoridades competentes deberán declarar la cantidad efectivamente exportada en la autorización de exportación y en las copias

oficiales de ésta.

8. Se prohibirán las exportaciones dirigidas a un apartado postal o a la cuenta bancaria de una Parte distinta de la mencionada en la autorización de exportación.
9. Se prohibirán las exportaciones dirigidas a un almacén de depósito a menos que el Gobierno del país importador documente en el certificado de importación, emitido por la persona o el establecimiento que solicite la autorización de exportación, que ha aprobado la importación con el fin de ser guardado en un almacén de depósito. En tal caso, la autorización de exportación deberá especificar que la importación se exporta para tal fin. Para cada retiro del almacén de depósito será necesario un permiso de las autoridades con jurisdicción sobre el almacén y, en el caso de un destino en el extranjero, a efectos de la Convención se tratará como si fuera una nueva exportación.
10. Los envíos de drogas que entran o salen del territorio de una Parte que no vayan acompañados de una autorización de exportación serán detenidas por las autoridades competentes.
11. Una Parte no permitirá que ningún envío de cannabis o productos del cannabis dirigido a otro país pase por su territorio, sin importar que el envío se retire del medio de transporte en el que se realice el envío, a menos que se emita una copia de la autorización de exportación para dicha consignación a las autoridades competentes de dicha Parte.
12. Las autoridades competentes de cualquier país o territorio a través del cual se permita un envío de drogas adoptarán todas las medidas necesarias para impedir el desvío de la expedición a un destino distinto del indicado en la copia que acompaña la autorización de exportación, a menos que el Gobierno del país por el que pasa el envío autorice el cambio. El Gobierno del país o territorio de tránsito deberá tratar cualquier desviación como una exportación del país o territorio de tránsito al país o territorio de nuevo destino. Si se autoriza el cambio, lo dispuesto en el párrafo 7(a) y (b) también se aplicará entre el país o territorio de tránsito y el país o territorio del que procedió originalmente la expedición.
13. Ninguna expedición de cannabis o de productos del cannabis en tránsito, o depositada en un almacén de aduanas, podrá ser sometida a cualquier manipulación que pueda modificar su naturaleza. El embalaje no podrá alterarse sin el permiso de las autoridades competentes.
14. Las disposiciones de los párrafos 11 a 13 relativos a la aprobación del cannabis o los productos del cannabis a través del territorio de una Parte no se aplicarán cuando la expedición de que se trate sea transportada por una aeronave que no aterrice en el país o territorio de tránsito. Si la aeronave aterriza en tal país o territorio, esas

disposiciones serán aplicadas en la medida en que las circunstancias lo requieran.

15. Salvo lo dispuesto en el párrafo 16, las disposiciones del presente artículo se aplicarán sin perjuicio de las disposiciones de cualquier acuerdo internacional que limite la fiscalización sobre los estupefacientes en tránsito que pueda ejercer cualquiera de las Partes.
16. En vista de los daños sociales y sobre la salud que pueden derivarse del consumo de cannabis o productos de cannabis, esta Convención prevalece sobre cualquier acuerdo o tratado internacional que establezca la libre circulación o el tratamiento equitativo de los bienes o servicios en el comercio.

*Artículo 17. Prestación de apoyo a actividades alternativas  
económicamente viables*

Las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, según proceda, buscarán alternativas económicamente viables para los trabajadores, los cultivadores de cannabis y, en su caso, los vendedores individuales.

**PARTE V: PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**

*Artículo 18. Protección del medio ambiente y la salud de las personas*

En el cumplimiento de sus obligaciones en virtud de la presente Convención, las Partes se comprometen a tomar en cuenta debidamente la protección del medio ambiente y la salud de las personas en relación con el cultivo de cannabis y su producción dentro de sus respectivos territorios.

**PARTE VI: CUESTIONES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD**

*Artículo 19. Responsabilidad*

1. A los efectos del control del cannabis, las Partes considerarán la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes, cuando sea necesario, para ocuparse de la responsabilidad penal y civil, incluida la compensación, cuando proceda.
2. Las Partes cooperarán entre sí en el intercambio de información a través de la Conferencia de las Partes, de conformidad con el artículo 21, a saber:
  - a) información sobre los efectos en la salud del consumo de productos derivados

- del cannabis, de conformidad con el artículo 20.3(a), y
- b) información sobre la legislación y los reglamentos vigentes así como la jurisprudencia pertinente.
3. Las Partes, según corresponda y de mutuo acuerdo, dentro de los límites de la legislación nacional, las políticas, las prácticas legales y los tratados vigentes aplicables, se prestarán ayuda recíprocamente en los procedimientos judiciales relativos a la responsabilidad civil y penal en consonancia con esta Convención.
  4. La Convención no afectará o limitará en modo alguno los derechos de acceso de las Partes a los demás tribunales donde existan esos derechos.
  5. La Conferencia de las Partes podrá considerar, si es posible, en una etapa temprana y teniendo en cuenta el trabajo realizado en los foros internacionales pertinentes, cuestiones relacionadas con la responsabilidad, incluidos enfoques internacionales apropiados para dichas cuestiones, así como medios idóneos para apoyar a las Partes, previa solicitud, en sus actividades legislativas y de otra índole de conformidad con el presente artículo.

## PARTE VII: COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA, Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN

### *Artículo 20. Investigación, vigilancia e intercambio de información*

1. Las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación a escala regional e internacional en el campo del control de cannabis. Con este fin, cada Parte:
  - a) iniciará, directamente o por conducto de organizaciones intergubernamentales internacionales, regionales y otros órganos, la realización de evaluaciones científicas y de investigación, y en ellas promoverá y alentará investigaciones que aborden los factores determinantes y las consecuencias del consumo de cannabis, así como investigación para identificar cultivos alternativos, y
  - b) promoverá y fortalecerá, con el respaldo de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, y otros órganos, la capacitación y el apoyo a todos los que participan en las actividades de control de cannabis, incluidas la investigación, la ejecución y la evaluación.
2. Las Partes establecerán, según proceda, programas de vigilancia nacional, regional y mundial sobre la magnitud, los patrones, los determinantes y las consecuencias del consumo de cannabis. Con este fin, las Partes integrarán programas de vigilancia del cannabis en los programas de vigilancia nacionales, regionales y mundiales de salud para que los datos se puedan cotejar y analizar a escala regional e internacional,

según proceda.

3. Las Partes reconocen la importancia de la asistencia financiera y técnica de las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, y otros órganos. Cada Parte procurará lo siguiente:
  - a) establecer de forma progresiva un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del consumo de cannabis y de los indicadores sociales, económicos y de salud;
  - b) cooperar con organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, y otros órganos competentes, incluidos organismos gubernamentales y no gubernamentales, en la vigilancia regional y mundial del cannabis y el intercambio de información sobre los indicadores especificados en el párrafo 3(a) del presente artículo; y
  - c) cooperar con la Organización Mundial de la Salud en la elaboración de directrices generales o procedimientos para definir la recopilación, el análisis y la difusión de datos de vigilancia relacionados con el cannabis.
4. Las Partes, con arreglo a la legislación nacional, promoverán y facilitarán el intercambio de información científica, técnica, socioeconómica, comercial y jurídica de dominio público, así como información sobre las prácticas de la industria del cannabis y el cultivo de cannabis, pertinente para esta Convención, y al hacerlo tendrán en cuenta y abordarán las necesidades especiales de las Partes que son países en desarrollo y aquellas con economías en transición. Cada Parte procurará lo siguiente:
  - a) establecer y mantener progresivamente una base de datos actualizada sobre las leyes y reglamentos de control del cannabis y, según proceda, información sobre su aplicación, así como sobre la jurisprudencia pertinente, y cooperar en el desarrollo de programas de control de cannabis regional y mundial;
  - b) compilar y actualizar progresivamente los datos procedentes de los programas nacionales de vigilancia, de conformidad con el párrafo 3(a) del presente artículo;
  - c) cooperar con las organizaciones internacionales competentes para establecer y mantener de forma progresiva un sistema mundial con objeto de reunir regularmente y difundir información sobre la producción y la fabricación de cannabis, así como las actividades de la industria del cannabis que tienen un impacto en la Convención o actividades nacionales de control del cannabis.
5. Las Partes deberán cooperar en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y en las instituciones financieras y de desarrollo de las que son miembros, para promover y alentar el suministro de recursos técnicos y financieros a la Secretaría para ayudar a las Partes que son países en desarrollo y aquellas con economías en transición a cumplir con sus compromisos de investigación, vigilancia e

intercambio de información.

*Artículo 21. Informes e intercambio de información*

1. Cada Parte presentará a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría, informes periódicos sobre su aplicación de la Convención, que deberían incluir lo siguiente:
  - a) información sobre las medidas legislativas, ejecutivas, administrativas o de otra índole, adoptadas para aplicar la Convención;
  - b) información, según proceda, sobre todas las limitaciones u obstáculos surgidos en la aplicación de la Convención, y sobre las medidas adoptadas para superar esos obstáculos;
  - c) información, según proceda, sobre la ayuda financiera o técnica suministrada o recibida para actividades de control del cannabis;
  - d) información sobre la vigilancia y la investigación especificadas en el artículo 20, y
  - e) información especificada en los artículos 6.3, 13.2, 13.3, 13.4(d), 15.5 y 19.2.
2. La frecuencia y el formato de dichos informes de todas las Partes se determinarán por la Conferencia de las Partes. Cada Parte elaborará su informe inicial en un plazo de dos años desde la entrada en vigor de la Convención para esa Parte.
3. La Conferencia de las Partes, de conformidad con los artículos 22 y 26, considerará mecanismos para ayudar a las Partes que sean países en desarrollo y a las Partes con economías en transición, a petición suya, en el cumplimiento de sus obligaciones en virtud del presente artículo.
4. La comunicación y el intercambio de información en virtud de la Convención estarán sujetos a la legislación nacional en lo relativo a la confidencialidad y la privacidad. Las Partes protegerán, de común acuerdo, toda información confidencial que se intercambie.

*Artículo 22. Cooperación en las esferas científica, técnica y jurídica, y prestación de asesoramiento especializado*

1. Las Partes cooperarán directamente o por conducto de los organismos internacionales competentes para fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones derivadas de la presente Convención, teniendo en cuenta las necesidades de las Partes que son países en desarrollo y aquellas con economías en transición. Esa cooperación promoverá la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología, para establecer y fortalecer, de común acuerdo, las

estrategias, los planes y los programas nacionales del control del cannabis, encaminados a, entre otras cosas:

- a) facilitar el desarrollo, la transferencia y la adquisición de tecnología, conocimiento, aptitudes, capacidad y competencia técnica relacionados con el control del cannabis;
  - b) el suministro de conocimientos técnicos, científicos, jurídicos y de otra índole para establecer y fortalecer las estrategias, los planes y los programas nacionales de control del cannabis, con miras a la aplicación de la Convención, mediante, entre otras cosas:
    - (i) ayuda, cuando así se solicite, en el desarrollo de una base legislativa sólida, así como programas técnicos, en particular en la prevención de la iniciación y la promoción del cese o la limitación del consumo;
    - (ii) ayuda, según proceda, a los trabajadores del cannabis en el desarrollo de medios de vida alternativos apropiados, económicamente y legalmente viables, y económicamente accesibles, y
    - (iii) ayuda, según proceda, a los cultivadores de cannabis en la transición de la producción agrícola hacia cultivos alternativos de manera económicamente viable;
  - c) apoyo a la formación o sensibilización apropiadas del personal pertinente, de conformidad con el artículo 12;
  - d) proporcionar, según proceda, el material, el equipo y los suministros, así como apoyo logístico, para las estrategias, los planes y los programas de control del cannabis;
  - e) determinar los métodos de control del cannabis, incluido el tratamiento integral de la dependencia del cannabis, y
  - f) promover, según proceda, investigaciones encaminadas a mejorar la asequibilidad del tratamiento integral de la dependencia del cannabis.
2. La Conferencia de las Partes promoverá y facilitará la transferencia de conocimientos técnicos, científicos y jurídicos especializados y de tecnología con el apoyo financiero garantizado de conformidad con el artículo 26.

## PARTE VIII: ARREGLOS INSTITUCIONALES Y RECURSOS FINANCIEROS

### *Artículo 23. Conferencia de las Partes*

1. En la presente se establece una Conferencia de las Partes. La primera sesión de la Conferencia será convocada por la Organización Mundial de la Salud a más tardar un

año después de la entrada en vigor de la presente Convención. La Conferencia determinará el lugar y las fechas de las siguientes sesiones regulares en su primera reunión.

2. Las reuniones extraordinarias de la Conferencia de las Partes se celebrarán en cualquier otro momento en que lo considere necesario la Conferencia, o tras solicitud escrita de una Parte, dentro de los seis meses siguientes a la comunicación de la solicitud por parte de la Secretaría de la Convención, con el apoyo de al menos un tercio de las Partes.
3. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso su Reglamento Interno en su primera reunión.
4. La Conferencia de las Partes adoptará por consenso sus normas de gestión financiera, la financiación de cualquier órgano subsidiario que pueda establecer, y las disposiciones financieras que regirán el funcionamiento de la Secretaría. En cada reunión ordinaria, la Comisión adoptará un presupuesto para el ejercicio financiero hasta la siguiente reunión ordinaria.
5. La Conferencia de las Partes examinará de forma regular la aplicación de la Convención, adoptará las decisiones necesarias para promover su aplicación eficaz y podrá adoptar protocolos, anexos y enmiendas de la Convención, de conformidad con los artículos 28, 29 y 33. Con este fin, deberá:
  - a) promover y facilitar el intercambio de información de conformidad con los artículos 20 y 21;
  - b) promover y orientar el establecimiento y el perfeccionamiento periódico de metodologías comparables para la investigación y la recopilación de datos, además de las previstas en el artículo 20, relativas a la aplicación de la Convención;
  - c) promover, según proceda, el desarrollo, la implementación y evaluación de estrategias, planes y programas, así como las políticas, legislación y otras medidas;
  - d) considerar los informes presentados por las Partes de conformidad con el artículo 21 y adoptar informes regulares sobre la aplicación de la Convención;
  - e) promover y facilitar la movilización de recursos financieros para la aplicación de la Convención, de conformidad con el artículo 26;
  - f) establecer los órganos subsidiarios necesarios para lograr el objetivo de la Convención;
  - g) recabar, cuando corresponda, los servicios, la cooperación y la información que puedan proporcionar las organizaciones competentes y pertinentes, y los órganos

del sistema de las Naciones Unidas, así como otras organizaciones intergubernamentales internacionales, regionales, no gubernamentales y demás organismos, como medio para fortalecer la aplicación de la Convención, y

*h)* considerará otras medidas, según corresponda, para la consecución del objetivo de la Convención, a la luz de la experiencia adquirida en su aplicación.

6. La Conferencia de las Partes establecerá los criterios para la participación de observadores en sus reuniones.

#### *Artículo 24. Secretaría*

1. La Conferencia de las Partes designará una secretaría permanente y adoptará disposiciones para su funcionamiento. La Conferencia de las Partes procurará hacerlo en su primera reunión.

2. Hasta que se haya designado y establecido una secretaría permanente, las funciones de secretaría de esta Convención estarán a cargo de la Organización Mundial de la Salud.

3. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:

*a)* adoptar disposiciones para las reuniones de la Conferencia de las Partes y sus órganos subsidiarios y prestarles los servicios necesarios;

*b)* transmitir los informes que haya recibido de conformidad con la Convención;

*c)* prestar apoyo a las Partes, especialmente a aquellas que son países en desarrollo o cuyas economías están en transición, cuando lo soliciten, en la recopilación y transmisión de la información requerida de conformidad con las disposiciones de la Convención;

*d)* preparar informes sobre sus actividades en virtud de la Convención, siguiendo las orientaciones de la Conferencia de las Partes, y someterlos a la Conferencia de las Partes;

*e)* asegurar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, la coordinación necesaria con organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos;

*f)* concertar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, los arreglos administrativos y contractuales que sean necesarios para el desempeño eficaz de sus funciones, y

*g)* desempeñar otras funciones de secretaría especificadas en la Convención y en cualquiera de sus protocolos, y todas las demás funciones que determine la Conferencia de las Partes.

*Artículo 25. Relaciones entre la Conferencia de las Partes  
y organizaciones intergubernamentales*

Con el fin de prestar asistencia técnica y financiera para el logro de los objetivos de la presente Convención, la Conferencia de las Partes podrá solicitar la cooperación de organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, incluidas las instituciones financieras y de desarrollo.

*Artículo 26. Recursos financieros*

1. Las Partes reconocen la importante función que desempeñan los recursos financieros para alcanzar el objetivo de la presente Convención.
2. Cada Parte prestará apoyo financiero para sus actividades nacionales destinadas a alcanzar el objetivo de la Convención, de conformidad con sus planes, prioridades y programas.
3. Las Partes promoverán, según proceda, la utilización de canales bilaterales, regionales y multilaterales, subregionales y de otro tipo, para proporcionar financiación para el desarrollo y fortalecimiento de programas multisectoriales integrales de control del cannabis a Partes que sean países en desarrollo y a las Partes con economías en transición. En consecuencia, deben abordarse y apoyarse las alternativas económicamente viables a la producción de cannabis, incluyendo la diversificación de cultivos, en el contexto de las estrategias nacionales de desarrollo sustentable.
4. Las Partes representadas en las organizaciones intergubernamentales regionales e internacionales y las instituciones financieras y de desarrollo pertinentes alentarán a estas entidades a que faciliten asistencia financiera para las Partes que son países en desarrollo y las Partes con economías en transición para ayudarles a satisfacer sus obligaciones en virtud de la Convención, sin limitar los derechos de participación en esas organizaciones.
5. Las Partes acuerdan que:
  - a) las ayudas a las Partes para cumplir sus obligaciones en virtud de la Convención, todos los recursos pertinentes existentes y potenciales, ya sean financieros, técnicos u otros, tanto públicos como privados, disponibles para las actividades de control del cannabis, deben movilizarse y utilizarse en beneficio de todas las Partes, especialmente los países en desarrollo y los países con economías en transición;
  - b) la Secretaría informará a las Partes que son países en desarrollo y a las Partes con economías en transición, previa solicitud, sobre fuentes de financiación disponibles para facilitar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud de la

Convención;

- c) la Conferencia de las Partes, en su primera reunión, examinará las fuentes existentes y potenciales y los mecanismos de asistencia sobre la base de un estudio realizado por la Secretaría y de otra información pertinente, y considerará su adecuación, y
- d) los resultados de este examen se tendrán en cuenta por la Conferencia de las Partes al considerar la necesidad de mejorar los mecanismos existentes o establecer un fondo mundial voluntario u otros mecanismos financieros apropiados para canalizar recursos financieros adicionales, según sea necesario, a Partes que sean países en vías de desarrollo y Partes que sean países con economías en transición, para ayudarlas a alcanzar los objetivos de la Convención.

## PARTE IX: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

### *Artículo 27. Solución de controversias*

1. En el caso de una controversia entre dos o más Partes sobre la interpretación o aplicación de la presente Convención, las Partes interesadas buscarán por la vía diplomática una solución de la controversia mediante negociación o cualquier otro medio pacífico de su elección, por ejemplo buenos oficios, mediación, o conciliación. El no llegar a un acuerdo mediante buenos oficios, mediación o conciliación no eximirá a las Partes en controversia de la responsabilidad de seguir tratando de resolverla.
2. Al ratificar, aceptar, aprobar, confirmar formalmente o adherirse a la Convención, o en cualquier momento posterior, un Estado u organización regional de integración económica podrá declarar por escrito al Depositario que, de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, por una controversia no resuelta acepta el arbitraje obligatorio, *ad hoc*, de conformidad con los procedimientos que serán adoptados por consenso por la Conferencia de las Partes.
3. Las disposiciones del presente artículo se aplicarán respecto de cualquier protocolo en las relaciones entre las Partes en el Protocolo, a menos que en el mismo se disponga lo contrario.

## PARTE X: DESARROLLO DE LA CONVENCION

### *Artículo 28. Enmiendas a la presente Convención*

1. Cualquiera de las Partes podrá proponer enmiendas a la presente Convención. Dichas enmiendas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. Las enmiendas a la Convención deberán aprobarse por la Conferencia de las Partes. El texto del proyecto de enmienda a la Convención será comunicado a las Partes por la Secretaría por lo menos seis meses antes de la reunión en que se proponga su adopción. La Secretaría comunicará también las enmiendas propuestas a los signatarios de la Convención y, a título informativo, al Depositario.
3. Las Partes harán todo lo posible por llegar a un acuerdo por consenso sobre cualquier propuesta de enmienda a la Convención. Si se agotan todos los esfuerzos por lograr un consenso y no se llegó a ningún acuerdo, como último recurso la enmienda deberá adoptarse por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la sesión. A efectos del presente artículo, se entiende por Partes presentes y votantes las Partes presentes que emitan un voto afirmativo o negativo. Toda enmienda adoptada será comunicada por la Secretaría al Depositario, que para su aceptación la hará llegar a todas las Partes.
4. Los instrumentos de aceptación de una enmienda se entregarán al Depositario. Toda enmienda adoptada de conformidad con el párrafo 3 del presente artículo entrará en vigor para las Partes que la haya aceptado, el nonagésimo día después de la fecha de recepción por el Depositario del instrumento de aceptación de por lo menos dos tercios de las Partes en la Convención.
5. La enmienda entrará en vigor para cualquier otra Parte el nonagésimo día después de la fecha en que esa Parte haya depositado con el Depositario su instrumento de aceptación de la enmienda.

*Artículo 29. Adopción y enmienda de los anexos  
de la presente Convención*

1. Los anexos de la presente Convención y de sus enmiendas se propondrán, se adoptarán y entrarán en vigor de conformidad con el procedimiento establecido en el artículo 28.
2. Los anexos de la Convención formarán una parte integral del mismo y, salvo disposición expresa en caso contrario, toda referencia a la Convención constituirá al mismo tiempo una referencia a cualquiera de sus anexos.
3. Los anexos se limitarán a listas, formularios y otros materiales descriptivos relacionados con cuestiones de procedimiento, científicas, técnicas o administrativas.

## PARTE XI: DISPOSICIONES FINALES

### *Artículo 30. Reservas*

No se podrán formular reservas a la presente Convención.

### *Artículo 31. Renuncia*

1. En cualquier momento después de dos años a partir de la fecha en que la presente Convención haya entrado en vigor para una Parte, esa Parte podrá renunciar a la Convención mediante notificación por escrito al Depositario.
2. La renuncia surtirá efecto al cabo de un año desde la fecha de recepción de la notificación de renuncia por el Depositario o en la fecha posterior que se indique en la notificación.
3. Cualquier Parte que abandone la Convención se considerará también como fuera de los protocolos de los que es Parte.

### *Artículo 32. Derecho de voto*

1. Cada Parte en la presente Convención tendrá un voto, salvo lo previsto en el apartado 2 del presente artículo.
2. Las organizaciones regionales de integración económica, en asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en la Convención. Esas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si cualquiera de sus Estados miembros ejerce su derecho correspondiente, y viceversa.

### *Artículo 33. Protocolos*

1. Cualquiera de las Partes podrá proponer protocolos. Dichas propuestas serán examinadas por la Conferencia de las Partes.
2. La Conferencia de las Partes podrá adoptar protocolos de la presente Convención. Al adoptar estos protocolos se harán todos los esfuerzos necesarios por alcanzar un consenso. Si se agotan todos los esfuerzos por lograr un consenso y no se llega a ningún acuerdo, el protocolo, como último recurso, deberá adoptarse por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes en la sesión. A los efectos del presente artículo, se entiende por las Partes presentes y votantes las Partes presentes que emitan un voto afirmativo o negativo.

3. El texto de cualquier protocolo propuesto será comunicado a las Partes por la Secretaría por lo menos seis meses antes de la reunión en que se proponga su adopción.
4. Sólo las Partes en la Convención podrán ser Partes en un protocolo.
5. Cualquier protocolo de la Convención obligará únicamente a las partes en el protocolo en cuestión. Sólo las Partes en un protocolo podrán adoptar decisiones sobre asuntos exclusivamente relacionados con el protocolo en cuestión.
6. Los requisitos para la entrada en vigor del protocolo serán establecidas por ese instrumento.

#### *Artículo 34. Firma*

La presente Convención estará abierta a la firma de todos los Miembros de la Organización Mundial de la Salud, de todo Estado que no sea miembro de la Organización Mundial de la Salud, pero que sí sea miembro de las Naciones Unidas, y de las organizaciones regionales de integración económica cuya sede sea la Organización Mundial de la Salud en Ginebra de XX al YY, y posteriormente la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, desde YY a ZZ.

#### *Artículo 35. Ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión*

1. La presente Convención estará sujeta a ratificación, aceptación, aprobación o adhesión de los Estados y a la confirmación oficial o la adhesión de las organizaciones regionales de integración económica. La Convención estará abierta a la adhesión a partir del día siguiente a la fecha en que quede cerrado a la firma. Los instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión quedarán en poder del Depositario.
2. Las organizaciones regionales de integración económica que pasen a ser Partes en la Convención sin que ninguno de sus Estados miembros sea Parte quedarán vinculadas por todas las obligaciones derivadas de la Convención. En el caso de las organizaciones en que uno o varios de sus Estados miembros sean Parte en la Convención, la organización y sus Estados miembros decidirán acerca de sus responsabilidades respectivas en cuanto al cumplimiento de sus obligaciones en virtud de la Convención. En tales casos, la organización y los Estados miembros no estarán facultados para ejercer derechos bajo la Convención al mismo tiempo.
3. Las organizaciones regionales de integración económica indicarán, en sus instrumentos de confirmación oficial o en sus instrumentos de adhesión, el alcance de su

competencia con respecto a las cuestiones regidas por la Convención. Esas organizaciones también informarán al Depositario, quien a su vez informará a las Partes sobre cualquier modificación sustancial del alcance de su competencia.

#### *Artículo 36. Entrada en vigor*

1. La presente Convención entrará en vigor el nonagésimo día siguiente a la fecha de depósito del cuadragésimo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión en poder del depositario.
2. Para cada Estado que ratifique, acepte o apruebe la Convención o se adhiera a él después de cumplidas las condiciones establecidas en el párrafo 1 del presente artículo para la entrada en vigor, la Convención entrará en vigor el nonagésimo día siguiente a la fecha del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión.
3. Para cada organización de integración económica regional que deposite un instrumento de confirmación formal o un instrumento de adhesión después de que se hayan cumplido las condiciones establecidas en el apartado 1 del presente artículo, la Convención entrará en vigor el nonagésimo día siguiente a la fecha en que la organización haya depositado su instrumento de confirmación formal o de adhesión.
4. A los efectos del presente artículo, los instrumentos depositados por una organización de integración económica regional no se considerarán adicionales a los depositados por los Estados miembros de la organización.

#### *Artículo 37. Depositario*

El Secretario General de las Naciones Unidas será el Depositario de la presente Convención, así como de sus enmiendas, protocolos y anexos adoptados, de acuerdo con lo establecido en los artículos 28, 29 y 33.

#### *Artículo 38. Documento original*

El original de esta Convención, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, será depositado en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

EN FE DE LO CUAL, los abajo firmantes, debidamente autorizados al efecto, firman la presente Convención.

Firmado en [LUGAR] el [FECHA].



<sup>1</sup> Disponible en <[http://www.incb.org/incb/convention\\_1961.html](http://www.incb.org/incb/convention_1961.html)>

<sup>2</sup> Disponible en <[http://www.incb.org/incb/convention\\_1988.html](http://www.incb.org/incb/convention_1988.html)>

<sup>3</sup> Véase el capítulo VI.

<sup>4</sup> CMCT. Disponible en <[http://www.who.int/fctc/text\\_download/en/index.html](http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html)>

<sup>5</sup> D. Spivack, *A Fourth International Convention for Drug Policy: Promoting Public Health Policies*, The Senlis Council, París, 2004. Disponible en <[http://www.senliscouncil.net/modules/publications/007\\_publication](http://www.senliscouncil.net/modules/publications/007_publication)>

<sup>6</sup> Véase el capítulo II más arriba.

<sup>7</sup> Se enuncia un poco más ampliamente para el cannabis que en el CMCT.

<sup>8</sup> Council of Europe, Parliamentary Assembly, “For a European Drug Convention on Promoting Public Health Policy in Drug Control. Doc. 11344, 10 de julio de 2007”, Report Social Health and Family Affairs Committee, 2007. Disponible en <<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc07/EDOC11344.htm>>

<sup>9</sup> En su caso, *nacional* se referirá también a las organizaciones regionales de integración económica.

<sup>10</sup> En adelante, en este artículo, el Organismo.

## ACERCA DE LOS AUTORES Y DE LA FUNDACIÓN BECKLEY

ROBIN ROOM es sociólogo y profesor de la School of Population Health, Universidad de Melbourne, y director del AER Centre for Alcohol Policy Research en el Turning Point Alcohol & Drug Centre, Fitzroy, Victoria, Australia. Además, es profesor y director fundador del Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, en la Universidad de Estocolmo. Previamente, fue director de investigación en la Addiction Research Foundation de Ontario (1991-1998) y el Alcohol Research Group en Berkeley, California (1977-1991). Room ha estudiado los efectos de las políticas sobre el alcohol, las drogas y el juego. Es coautor de diversos libros sobre asuntos relacionados con el alcohol y las drogas, entre los que se incluyen *Young Men and Drugs* (NIDA, 1975), *Alcohol in Developing Societies* (Finnish Foundation for Alcohol Studies, 2002) y *Alcohol – No Ordinary Commodity* (Oxford University Press, 2003). Sus intereses de investigación incluyen estudios epidemiológicos históricos, culturales y sociológicos sobre el alcohol y otras drogas, incluyendo investigación comparativa sobre sustancias psicoactivas.

BENEDIKT FISCHER es profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Criminología, así como director interino del Centre for Applied Research in Addictions and Mental Health (CARMHA), en la Universidad Simon Fraser, Vancouver, Canadá, donde actualmente también ocupa una cátedra de investigación de los CIHR/PHAC en salud pública aplicada y es Senior Scholar Career Investigator de la MSFHR. Además, es Affiliated Scientist en el BC Centre for Disease Control (BCCDC) y Senior Scientist en el Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) en Toronto y codirigió la Sección de Investigación sobre “Salud Pública y Políticas Regulatorias” en CAMH hasta su traslado a Columbia Británica en 2006. El Dr. Fischer es miembro del Consejo Consultivo del Institute for Neurosciences, Mental Health and Addiction (INHMA), de los Canadian Institutes of Health Research (CIHR), así como miembro del Consejo Asesor Científico de la Comisión de Salud Mental de Canadá. En el curso de su investigación, enfocada sobre todo al consumo de sustancias, enfermedades infecciosas, justicia penal y salud pública, el doctor Fischer ha escrito numerosos estudios centrados en la política sobre drogas tanto a escala nacional como internacional. A finales de la década de 1990 dirigió la redacción de un estudio de un grupo de trabajo pancanadiense sobre las opciones de una reforma en el control del cannabis en Canadá. Actualmente lidera un estudio financiado por los CIHR en el que se desarrolla un marco de salud pública e intervenciones en el consumo de cannabis en Canadá.

WAYNE HALL es profesor de políticas de salud pública en la School of Population Health, Universidad de Queensland. Es ex director de la Office of Public Policy and Ethics en el

Institute for Molecular Bioscience, UQ (2001-2005), y director del National Drug and Alcohol Research Centre en la UNSW (1994-2001). Junto con Rosalie Pacula, es autor de *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy* (Cambridge University Press, 2003). Ha asesorado a la OMS en los efectos en la salud del consumo de cannabis, la efectividad del tratamiento de sustitución de drogas, la calidad científica de los ensayos sobre heroína en Suiza, la contribución del consumo de drogas ilegales a la carga mundial de enfermedad, y las implicaciones éticas de la investigación genética y en neurociencias de las adicciones. Actualmente investiga las implicaciones políticas y éticas de la investigación genética y neurobiológica de la dependencia de la nicotina, las intervenciones biológicas que pretenden aumentar la esperanza de vida humana, y la regulación de las drogas farmacéuticas.

SIMON LENTON es profesor y director adjunto en el Instituto Nacional de Investigación en Drogas de la Curtin University, en Perth, Australia Occidental, y trabaja como psicólogo clínico privado. Ha publicado más de 30 artículos científicos, capítulos de libros y reportes sobre el cannabis, la salud y la ley, y ha presentado el tema en numerosas conferencias nacionales e internacionales. Es el autor principal de *Cannabis Possession, Use and Supply*, una monografía publicada en 2000. Lenton es antiguo miembro del Ministerial Working Party on Drug Law Reform, que asesoró al Gobierno de Australia Occidental en el diseño e implementación del esquema Cannabis Infringement Notice, que entró en vigor en marzo de 2004. Actualmente está al frente de una gran evaluación anterior y posterior de ese sistema. Las investigaciones de Lenton se centran en el consumo de drogas ilegales y la reducción de daños, el impacto de las opciones legislativas para el cannabis y el manejo bajo los efectos del alcohol y las drogas.

PETER REUTER es economista e investigador de políticas públicas. Es profesor en la School of Public Policy y en el Departamento de Criminología de la Universidad de Maryland. Es director del Program on the Economics of Crime and Justice Policy, en esa universidad, además de economista *senior* en RAND. Reuter fundó y dirigió el Drug Policy Research Center, de RAND, de 1989-1993. Sus primeras investigaciones se centraron en la organización de los mercados ilegales y dieron lugar a la publicación de *Disorganized Crime: The Economics of the Visible Hand* (MIT Press, 1983). Desde 1985 la mayor parte de su investigación se ha centrado en enfoques alternativos del control de los problemas derivados de las drogas, tanto en los Estados Unidos como en Europa Occidental. Sus otros libros son *Drug War Heresies: Learning from Other Places, Times and Vices* (con Robert MacCoun) (Cambridge University Press, 2001), *Chasing Dirty Money: The Fight against Money Laundering* (con Edwin Truman) (Institute for International Economics, 2004) y *The World Heroin Market: Can Supply Be Cut?* (con Letizia Paoli y Victoria Greenfield) (Oxford University Press, 2009). En 2007 fue elegido el primer presidente de la International Society for the Study of Drug Policy.

DIANA ROSSI es trabajadora social y especialista en problemáticas sociales infanto-

juveniles por la Universidad de Buenos Aires (UBA), donde actualmente es docente e investigadora de la licenciatura de Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Sociales. Especializada en el estudio de políticas y problemas vinculados con las drogas, dirige proyectos de investigación en el tema; coordina el área de Investigación de la Asociación Civil Intercambios para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas, e integra el Grupo de Referencia de Naciones Unidas en VIH y Uso Inyectable de Drogas. Además, es autora de numerosos artículos, ensayos y libros de publicación nacional e internacional.

RAÚL ALEJANDRO CORDA es abogado por la Universidad de Buenos Aires (UBA) desde 1998, docente en la Facultad de Derecho e investigador en la Facultad de Ciencias Sociales, ambas de la UBA. Desde 1993 trabaja en el Poder Judicial de la Nación y, desde 2001, es secretario de juzgado en el Fuero Penal Federal. También es investigador del proyecto Reforma a las Leyes de Drogas en América Latina, coordinado por el Transnational Institute y la Oficina de Washington para América Latina, e integrante de la Asociación Civil Intercambios. Además, es autor de artículos, capítulos de libros y libros en publicaciones nacionales e internacionales.

AMANDA FEILDING, fundadora y directora de la Fundación Beckley, ha defendido durante mucho tiempo un enfoque basado en la evidencia para la política de drogas que minimice los daños asociados al consumo de drogas. Para ello ha organizado siete seminarios internacionales sobre temas relacionados con las políticas sobre drogas, titulados “Sociedad y drogas: una perspectiva racional”, que reunieron a destacados académicos, expertos y responsables políticos de todo el mundo, y que ayudaron no sólo a ampliar el debate sino que también iniciaron innovaciones tales como la exigencia de un sistema de clasificación de las drogas, basado en escalas de daños evaluadas científicamente en el Reino Unido. En 2006, su conciencia de la falta de atención prestada al cannabis en los debates internacionales sobre políticas de drogas la llevó a convocar el Informe de la Comisión Mundial del Cannabis.

LA FUNDACIÓN BECKLEY es una ONG acreditada por ECOSOC, cuyo Programa de Políticas de Drogas se creó para desarrollar una base de pruebas evaluadas científicamente en la cual se pudiera basar la política sobre drogas de forma fiable. Su objetivo es arrojar luz sobre los dilemas actuales que enfrentan los responsables de las políticas en los gobiernos y los organismos internacionales, y trabajar con ellos con el fin de fomentar un debate objetivo y abierto sobre la eficacia, la dirección y el contenido de las futuras políticas sobre drogas.

La Fundación ha producido más de 30 informes, actas y documentos de información sobre cuestiones clave e iniciativas recientes de política. Ha fundado dos organizaciones hermanas, ahora ambas independientes: la Sociedad Internacional para el Estudio de las Políticas de Drogas (ISSDP) y el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC).

Detrás del programa de políticas sobre drogas de la Fundación Beckley hay una serie

de observaciones:

- Que el actual mecanismo global de fiscalización de drogas (consagrado en las tres convenciones de las Naciones Unidas de 1961, 1971 y 1988) no está logrando el objetivo central de reducir de forma significativa la escala del mercado de sustancias controladas, como la heroína, la cocaína, la metanfetamina y el cannabis.
- Que los efectos secundarios negativos de la aplicación de este sistema pueden estar creando importantes problemas sociales.
- Que la reducción del daño al que se enfrentan las muchas personas que consumen drogas, incluido el riesgo de infecciones, como la hepatitis C y el VIH/sida, no tiene la suficiente prioridad en las políticas y los programas internacionales.
- Que existe un creciente cuerpo de pruebas respecto a qué políticas y actividades son (y no son) efectivas para reducir el consumo de drogas y los problemas sociales y de salud relacionados, y que estas pruebas no se toman suficientemente en cuenta en los debates políticos actuales, que siguen dominados por consideraciones ideológicas.
- Que los dilemas actuales de la política internacional sobre drogas sólo pueden resolverse mediante una revisión honesta de los progresos realizados hasta la fecha, una mejor comprensión de los complejos factores que generan el consumo generalizado de drogas y el compromiso de seguir políticas efectivas.
- Que es poco probable que el análisis de las opciones políticas futuras produzca una única y clara política “correcta” (lo que puede ser apropiado en un entorno o cultura puede serlo menos en otro). Además, es probable que haya compensaciones entre los objetivos políticos (por ejemplo, reducir el consumo de drogas en general o reducir la delincuencia relacionada con las drogas) que pueden verse de manera diferente en los distintos países.
- Que la política futura debe basarse en una escala con base científica de daños para todas las drogas sociales, tanto legales como ilegales. Ésta debe incluir una revisión continua de la evidencia científica y sociológica de sus daños biológicos, toxicidad, mortalidad y dependencia; de su relación con el comportamiento violento y con la delincuencia; de los costos de los servicios de salud; de su impacto general en la comunidad, y del impacto económico total en la sociedad del consumo de cada droga por separado.

La Fundación Beckley también administra un programa científico paralelo que promueve la investigación científica de la conciencia y sus estados cambiantes desde una perspectiva multidisciplinar. En colaboración con los principales científicos e instituciones de todo el mundo, inicia y dirige investigación sobre la neurofisiología que subyace a toda la gama de estados conscientes. Está especialmente interesada en la investigación científica con implicaciones prácticas para mejorar la salud y el bienestar, y también proporciona la evidencia científica sobre la cual pueden basarse decisiones políticas

mejor informadas.

## BIBLIOGRAFÍA

- “II Encuentro Continental sobre Cannabis”, en III Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, México, 2011. Disponible en <http://conferenciadrogas.com/2011/5911/cannabicos>
- Abel, D., “Officials Look for Guidelines on Marijuana Initiative”, *The Boston Globe*, 6 de noviembre de 2008, p. B3. Disponible en [http://www.boston.com/news/local/massachusetts/articles/2008/11/06/officials\\_look\\_](http://www.boston.com/news/local/massachusetts/articles/2008/11/06/officials_look_)
- Abraham, M. D., P. D. A. Cohen y D. J. Beukenhorst, “Comparative Cannabis Use Data”, *The British Journal of Psychiatry*, 179 (2): 175-177, 2001.
- Adlaf, E. M., P. Begin y E. Sawka (comps.), *Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and Other Drugs: Prevalence of Use and Related Harms: Detailed Report*, Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), Ottawa, 2005.
- Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), “Cannabis: Classification and Public Health”, *Home Office*, Reino Unido, 2008. Disponible en <http://homeoffice.gov.uk/drugs/>
- Agrawal, A., y M. T. Lynskey, “The Genetic Epidemiology of Cannabis Use, Abuse and Dependence”, *Addiction*, 101 (6): 801-812, 2006.
- Agrawal, A., M. T. Lynskey, K. K. Bucholz, N. G. Martin, P. A. Madden y A. C. Heath, “Contrasting Models of Genetic Co-Morbidity for Cannabis and Other Illicit Drugs in Adult Australian Twins”, *Psychological Medicine*, 37 (1): 49-60, 2007.
- Ajdacic-Gross, V., C. Lauber, I. Warnke, H. Haker, R. M. Murray y W. Rossler, “Changing Incidence of Psychotic Disorders among the Young in Zurich”, *Schizophrenia Research*, 95 (1-3): 9-18, 2007.
- Aldington, S., M. Williams, M. Nowitz, M. Weatherall, A. Pritchard, A. McNaughton, G. Robinson y R. Beasley, “Effects of Cannabis on Pulmonary Structure, Function and Symptoms”, *Thorax*, 62 (12): 1058-1063, 2007.
- Aldington, S., M. Harwood, B. Cox, M. Weatherall, L. Beckert, A. Hansell, A. Pritchard, G. Robinson y R. Beasley, “Cannabis Use and Risk of Lung Cancer: A Case-Control Study”, *European Respiratory Journal*, 31(2): 280-286, 2008.

- Aldrich, M. R., y T. Mikuriya, "Savings in California Marijuana Law Enforcement Costs Attributable to the Moscone Act of 1976: A Summary", *Journal of Psychoactive Drugs*, 20 (1): 75-82, 1988.
- Andenas, M., y D. Spivack, "The UN Drug Conventions Regime and Policy Reform", *British Institute of International and Comparative Law*, ONU, 2003. Disponible en <<http://www.undrugcontrol.info/en/un-drug-control/conventions/item/2185-un-drug-conventions-reform>>
- Andréasson, S., y P. Allebeck, "Cannabis and Mortality among Young Men: A Longitudinal Study of Swedish Conscripts", *Scandinavian Journal of Public Health*, 18 (1): 9-15, 1990.
- Andréasson, S., A. Engström, P. Allebeck y U. Rydberg, "Cannabis and Schizophrenia: A Longitudinal Study of Swedish Conscripts", *The Lancet*, 330: 1483-1486, 1987.
- Angst, J., "Comorbidity of Mood Disorders: A Longitudinal Prospective Study", *British Journal of Psychiatry*, 168 (30): 31-37, 1996.
- Anthony, J. C., "The Epidemiology of Cannabis Dependence", en R. Roffman y Robert S. Stephens (eds.), *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*, Cambridge University Press, Cambridge, 2006, pp. 58-105.
- Anthony, J. C., y J. E. Helzer, "Syndromes of Drug Abuse and Dependence", en L. N. Robins y D. A. Regier (comps.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area*, Free Press, Nueva York, 1991, pp. 116-154.
- Anthony, J. C., L. A. Warner y R. C. Kessler, "Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants: Basic Findings from the National Comorbidity Study", *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3): 244-268, 1994.
- Appel, J., G. Backes y J. Robbins, "California's Proposition 36: A Success Ripe for Refinement and Replication", *Criminology & Public Policy*, 3 (4): 585-592, 2004.
- Aronow, W. S., y J. Cassidy, "Effect of Marihuana and Placebo Marihuana Smoking on Angina Pectoris", *New England Journal of Medicine*, 291 (2): 65-67, 1974.
- \_\_\_\_\_, "Effect of Smoking Marijuana and of a High-Nicotine Cigarette on Angina Pectoris", *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 17 (5): 549-554, 1975.
- Arseneault, L., M. Cannon, R. Poulton, R. Murray, A. Caspi y T. E. Moffitt, "Cannabis Use in Adolescence and Risk for Adult Psychosis: Longitudinal Prospective Study", *British Medical Journal*, 325: 1212-1213, 2002.

- Aryana, A., y M. A. Williams, “Marijuana as a Trigger of Cardiovascular Events: Speculation or Scientific Certainty?”, *International Journal of Cardiology*, 118 (2): 141-144, 2007.
- Asbridge, M., C. Poulin y A. Donato, “Motor Vehicle Collision Risk and Driving under the Influence of Cannabis: Evidence from Adolescents in Atlantic Canada”, *Accident Analysis and Prevention*, 37 (6): 1025-1034, 2005.
- Ashworth, A., *Sentencing and Criminal Justice*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.
- Atha, M., S. Blanchard y S. Davis, “Regular Users II: UK Drugs Market Analysis, Purchasing Patterns, and Prices, 1997”, *Independent Drug Monitoring Unit Publications*, Wigan, 1999.
- Aulinger, S., *Rechtsgleichheit und Rechtswirklichkeit bei der Strafverfolgung von Drogenkonsumenten*, Nomos, Berlin, 1997.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), *2007 National Drug Strategy Household Survey: First Results*, AIHW, Canberra, 2008. Disponible en <<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10579>>
- \_\_\_\_\_, *Statistics on Drug Use in Australia 2006*, AIHW, Canberra, 2007. Disponible en <<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442467962>>
- \_\_\_\_\_, *Closed Treatment Episodes: Client Profile by Principal Drug of Concern, AODTS-NMDS 2005-06*, AIHW, Canberra, 2006.
- Babor, T. F., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, J. Grube, P. Gruenewald, L. Hill, H. Holder, R. Homel, E. Osterberg, J. Rehm, R. Room e I. Rossow, *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*, Oxford University Press, Nueva York, 2003.
- Bachman, J. G., K. N. Wadsworth, P. M. O’Malley, L. D. Johnston y J. Schulenberg, *Smoking, Drinking, and Drug Use in Young Adulthood: The Impacts of New Freedoms and New Responsibilities*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, 1997.
- Bachs, L., y H. Morland, “Acute Cardiovascular Fatalities Following Cannabis Use”, *Forensic Science International*, 124 (2-3): 200-203, 2001.
- Baker, J., y D. Goh, *The Cannabis Cautioning Scheme Three Years On: An Implementation and Outcome Evaluation*, New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, Sydney, 2004.

- Bammer, G., W. Hall y M. Hamilton, "Harm Minimization in a Prohibition Context - Australia", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 582 (1): 80-93, 2002.
- Bates, M. N., y T. A. Blakely, "Role of Cannabis in Motor Vehicle Crashes", *Epidemiologic Reviews*, 21 (2): 222-232, 1999.
- Bayley, D., *Police for the Future*, Oxford University Press, Nueva York, 1994.
- BBC News, "Swiss Approve Prescription Heroine", *BBC News Website*, 30 de noviembre de 2008. Disponible en <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7757050.stm>>
- , "Argentina Rules on Marijuana Use", *BBC News Website*, 26 de agosto de 2009. Disponible en <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/8221599.stm>>
- Beautrais, A. L., P. R. Joyce y R. T. Mulder, "Cannabis Abuse and Serious Suicide Attempts", *Addiction*, 94 (8): 1155-1164, 1999.
- Becker, G., y K. Murphy, "A Theory of Rational Addiction", *Journal of Political Economy*, 96 (4): 675-700, 1988.
- Beckett, K., K. Nyrop y L. Pflingst, "Race, Drugs, and Policing: Understanding Disparities in Drug Delivery Arrests", *Criminology*, 44 (1): 105-138, 2006.
- Bedard, M., S. Dubois y B. Weaver, "The Impact of Cannabis on Driving", *Canadian Journal of Public Health*, 98 (1): 6-11, 2007.
- Begg, S., T. Vos, B. Barker, L. Stanley y A. D. Lopez, *The Burden of Disease and Injury in Australia 2003*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2007. Disponible en <<http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/10317>>
- Belenko, S., "Research on Drug Courts: A Critical Review", *National Drug Court Institute Review*, 1: 1-44, 1998. Disponible en <<http://www.drugpolicy.org/docUploads/2001drugcourts.pdf>>
- \_\_\_\_\_, *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*, The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University, Nueva York, 2001.
- Bergmark, A., "Treating Cannabis Use Disorders: Perspectives and Best Practices", en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (comps.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 2, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 205-215.

- Bewley-Taylor, D., “Emerging Policy Contradictions between the UNODC ‘Universe’ and the Core Values and Mission of the UN”, *Global Drug Policy: Building a New Framework*, The Senlis Council, París, 2004, pp. 24-31. Disponible en <[http://www.senliscouncil.net/modules/publications/006\\_publication/documents/Taylor](http://www.senliscouncil.net/modules/publications/006_publication/documents/Taylor)>
- Bewley-Taylor, D., y M. Trace, “The International Narcotics Control Board: Watchdog or Guardian of the Conventions?”, *Beckley Foundation Report*, Drug Policy Programme, núm. 7, 2006. Disponible en <[http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Report\\_07.pdf](http://www.beckleyfoundation.org/pdf/Report_07.pdf)>
- Bilder, R., J. Volavka, H. Lachman y A. Grace, “The Catechol-O-Methyltransferase (COMT) Polymorphism: Relations to the Tonic-Phasic Dopamine Hypothesis and Neuropsychiatric Phenotypes”, *Neuropsychopharmacology*, 29 (11): 1943-1961, 2004.
- Bloch, E., “Effects of Marijuana and Cannabinoids on Reproduction, Endocrine Function, Development, and Chromosomes”, en K. Fehr y H. Kalant (comps.), *Cannabis and Health Hazards*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1983, pp. 355-432.
- Block, R. I., y M. M. Ghoneim, “Effects of Chronic Marijuana Use on Human Cognition”, *Psychopharmacology*, 110 (1-2): 219-228, 1993.
- Block, R. I., D. S. O’Leary, J. C. Ehrhardt, J. C. Augustinack, M. M. Ghoneim, S. Arndt y J. A. Hall, “Effects of Frequent Marijuana Use on Brain Tissue Volume and Composition”, *Neuroreport*, 11 (3): 491-496, 2000.
- Block, R. I., D. S. O’Leary, R. D. Hichwa, J. C. Augustinack, L. L. Boles Ponto, M. M. Ghoneim, S. Arndt, J. C. Ehrhardt, R. R. Hurting, G. L. Watkins, J. A. Hall, P. E. Nathan y N. C. Andreasen, “Cerebellar Hypoactivity in Frequent Marijuana Users”, *Neuroreport*, 11 (4): 749-753, 2000.
- Block, R. I., D. S. O’Leary, R. D. Hichwa, J. C. Augustinack, L. L. Boles Ponto, M. M. Ghoneim, S. Arndt, R. R. Hurting, G. L. Watkins, J. A. Hall, P. E. Nathan y N. C. Andreasen, “Effects of Frequent Marijuana Use on Memory- Related Regional Cerebral Blood Flow”, *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 72 (1-2): 237-250, 2002.
- Blows, S., R. Q. Ivers, J. Connor, S. Ameratunga, M. Woodward y R. Norton, “Marijuana Use and Car Crash Injury”, *Addiction*, 100 (5): 605-611, 2005.
- Boekhout van Solinge, T., “Dutch Drug Policy in a European Context”, *Journal of Drug Issues*, 29 (3): 511-528, 1999.

- Bolla, K. I., K. Brown, D. Eldreth, K. Tate y J. L. Cadet, “Dose-Related Neurocognitive Effects of Marijuana Use”, *Neurology*, 59 (9): 1337-1343, 2002.
- Bollinger, L., “Drug Law and Policy in Germany and the European Community: Recent Developments”, *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 491-510, 2004.
- Bonnie, R., y C. Whitebread, *The Marijuana Conviction. A History of Marijuana Prohibition in the United States*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1974.
- Borchers-Tempel, S., y B. Kolte, “Cannabis Consumption in Amsterdam, Bremen and San Francisco: A Three-City Comparison of Long-Term Cannabis Consumption”, *Journal of Drug Issues*, 32 (2): 395-412, 2002.
- Borges, G., E. E. Walters y R. C. Kessler, “Associations of Substance Use, Abuse, and Dependence with Subsequent Suicidal Behavior”, *American Journal of Epidemiology*, 151 (8): 781-789, 2000.
- Bouchard, M., “Towards a Realistic Method to Estimate Cannabis Production in Industrialized Countries”, *Contemporary Drug Problems*, 35 (2/3): 291, 2008.
- Bouchard, M., M. Alain y H. Nguyen, “Convenient Labor: The Prevalence and Nature of Youth Involvement in the Marijuana Cultivation Industry”, *International Journal of Drug Policy*, 20 (6): 467-74, 2009.
- Boyd, N., *The Social Dimensions of Law*, Prentice-Hall Canada, Scarborough, 1986.
- Boydell, J., J. van Os, A. Caspi, N. Kennedy, E. Giouroukou, P. Fearon, M. Farrell y R. M. Murray, “Trends in Cannabis Use Prior to First Presentation with Schizophrenia, in South-East London between 1965 and 1999”, *Psychological Medicine*, 36 (10): 1441-1446, 2006.
- Brady, P., “Spanish Stoner Paradise”, *Cannabis Culture Magazine*, Canadá, 25 de abril de 2004. Disponible en <<http://www.cannabisculture.com/articles/3257.html>>
- Britos, Juan Diego, “Recuperó la libertad el joven que estuvo detenido por cultivar marihuana”, *Tiempo argentino*, Buenos Aires, 30 de abril de 2011. Disponible en <<http://tiempo.infonews.com/notas/recupero-libertad-joven-que-estuvo-detenido-cultivar-marihuana>>
- Britos, Juan Diego y Martín Sassone, “Un arresto reaviva el debate por la despenalización de la marihuana”, *Tiempo argentino*, Buenos Aires, 21 de abril de 2011. Disponible en <<http://tiempo.infonews.com/notas/arresto-reaviva-debate-despenalizacion-de-marihuana>>

- Brook, J. S., P. Cohen y D. W. Brook, "Longitudinal Study of Co-Occurring Psychiatric Disorders and Substance Use", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (3): 322-330, 1998.
- Brooks, A., C. Stothard, J. Moss, P. Christie y R. Ali, *Costs Associated with the Operation of the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia*, Drug and Alcohol Services Council, Adelaida, 1999.
- Brown, T. T., y A. S. Dobs, "Endocrine Effects of Marijuana", *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 90S-96S, 2002.
- Bruun, K., L. Pan e I. Rexed, *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol*, University of Chicago Press, Chicago, 1975.
- Bryhni, A. (comp.), *Rusmidler i Norge – Alcohol and Drugs in Norway*, Sirus, Oslo, 2007.  
 Disponible en  
[http://www.sirus.no/files/pub/400/Rusmiddel%202007%20eng\\_web.pdf](http://www.sirus.no/files/pub/400/Rusmiddel%202007%20eng_web.pdf)
- Budney, A. J., y J. R. Hughes, "The Cannabis Withdrawal Syndrome", *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (3): 233-238, 2006.
- Budney, A. J., J. R. Hughes, B. A. Moore y P. L. Novy, "Marijuana Abstinence Effects in Marijuana Smokers Maintained in their Home Environment", *Archives of General Psychiatry*, 58 (10): 917-924, 2001.
- Budney, A. J., J. R. Hughes, B. A. Moore y R. Vandrey, "Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome", *The American Journal of Psychiatry*, 161 (11): 1967-1977, 2004.
- Budney, A. J., R. G. Vandrey, J. R. Hughes, B. A. Moore y B. Bahrenburg, "Oral Delta-9-Tetrahydrocannabinol Suppresses Cannabis Withdrawal Symptoms", *Drug and Alcohol Dependence*, 86 (1): 22-29, 2007.
- Bull, M., *Just Treatment: A Review of International Programs for the Diversion of Drug Related Offenders from the Criminal Justice System*, Department of the Premier and Cabinet Queensland/Queensland University of Technology, Queensland, 2003.
- \_\_\_\_\_, "A Comparative Review of Best Practice Guidelines for the Diversion of Drugrelated Offenders", *International Journal of Drug Policy*, 16: 223-234, 2005.
- Cabral, G. A., y D. A. D. Pettit, "Drugs and Immunity: Cannabinoids and Their Role in Decreased Resistance to Infectious Disease", *Journal of Neuroimmunology*, 83 (1-2): 116-123, 1998.

- Cadoni, C., A. Pisanu, M. Solinas, E. Acquas y G. di Chiara, "Behavioural Sensitization after Repeated Exposure to Delta 9-Tetrahydrocannabinol and Cross-Sensitization with Morphine", *Psychopharmacology*, 158 (3): 259-266, 2001.
- Cameron, L., y J. Williams, "Cannabis, Alcohol and Cigarettes: Substitutes or Complements?", *The Economic Record*, 77 (236): 19-34, 2001.
- Cardoso, F. H., "The War on Drugs has Failed. Now We Need a More Humane Strategy", *The Observer*, Londres, 6 de septiembre de 2009. En <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2009/sep/06/cardoso-war-on-drugs>
- Caspi, A., T. E. Moffitt, M. Cannon, J. McClay, R. Murray, H. Harrington, A. Taylor, L. Arseneault, B. Williams, A. Braithwaite, R. Poulton e I. W. Craig, "Moderation of the Effect of Adolescent-Onset Cannabis Use on Adult Psychosis by a Functional Polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase Gene: Longitudinal Evidence of a Gene X Environment Interaction", *Biological Psychiatry*, 57 (10): 1117-1127, 2005.
- Castle, D. J., y R. M. Murray (comps.), *Marijuana and Madness: Psychiatry and Neurobiology*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004.
- Castle, T., "Cannabis Classification to be Tightened", *Reuters* [en línea], Londres, 7 de mayo de 2008. Disponible en <http://uk.reuters.com/article/2008/05/07/uk-britain-cannabis-idUKL0692965620080507>
- Caulkins, J. P., "Can Supply Factors Suppress Marijuana Use by Youth?", *Federation of American Scientists Drug Policy Analysis Bulletin*, 7: 3-5, 1999.
- \_\_\_\_\_, "Comment on 'Should the DEA's Stride Data be Used for Economic Analysis of Markets for Illegal Drugs?'"', *Journal of the American Statistical Association*, 96 (456): 1263-1264, 2001.
- Caulkins, J. P., y R. Pacula, "Marijuana Markets: Inferences from Reports by the Household Population", *Journal of Drug Issues*, 36 (1): 173-200, 2006.
- Caulkins, J. P., R. L. Pacula, J. Arkes, P. Reuter, S. Paddock, M. Iguchi y J. Riley, *The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981 Through the Second Quarter of 2003*, CA: RAND Corp., Santa Mónica, 2005.
- Chambliss, W., *Criminal Law in Action*, Hamilton Publications, 1975.
- Chang, L., y E. P. Chronicle, "Functional Imaging Studies in Cannabis Users", *Neuroscientist*, 13 (5): 422-432, 2007.

- Charles, M., D. Bewley-Taylor y A. Neidpath, “Drug Policy in India: Compounding Harm?”, *Briefing Paper*, núm. 10, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Londres, 2005. Disponible en [http://www.ahrn.net/library\\_upload/uploadfile/file2501.pdf](http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file2501.pdf)
- Chatwin, C., “Drug Policy Developments within the European Union: The Destabilizing Effects of Dutch and Swedish Drug Policies”, *The British Journal of Criminology*, 43 (3): 567-582, 2003.
- \_\_\_\_\_, “Multi-Level Governance: The Way Forward for European Illicit Drug Policy?”, *International Journal of Drug Policy*, 18 (6): 494-502, 2007.
- Chen, K., y D. B. Kandel, “The Natural History of Drug Use from Adolescence to the Mid-Thirties in a General Population Sample”, *American Journal of Public Health*, 85 (1): 41-47, 1995.
- Chesher, G., y W. D. Hall, “Effects of Cannabis on the Cardiovascular and Gastrointestinal Systems”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 435-458.
- Christie, P., y R. Ali, “Offences under the Cannabis Expiation Notice Scheme in South Australia”, *Drug and Alcohol Review*, 19 (3): 251-256, 2000.
- Clements, K. W., “Three Facts about Marijuana Prices”, *Australian Journal of Agricultural & Resource Economics*, 48 (2): 271-300, 2004.
- Clements, K. W., y X. Zhao, “Economic Aspects of Marijuana”, University of Western Australia, Perth, 2005. Disponible en [http://www.is.uwa.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99963/05\\_28\\_Clements.pdf](http://www.is.uwa.edu.au/_data/assets/pdf_file/0009/99963/05_28_Clements.pdf)
- Coalición Latinoamericana de Activistas Cannábicos (CLAC), “Marcha mundial de la marihuana”, CLAC, 2012. Disponible en <http://www.marchamarihuana.org/>
- Coffey, C., J. B. Carlin, L. Degenhardt, M. Lynskey, L. Sanci y G. C. Patton, “Cannabis Dependence in Young Adults: An Australian Population Study”, *Addiction*, 97 (2): 187-194, 2002.
- Coffey, C., J. B. Carlin, M. T. Lynskey, N. Li y G. C. Patton, “Adolescent Precursors of Cannabis Dependence: Findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study”, *British Journal of Psychiatry*, 182: 330-336, 2003.
- Cohen, P., “Crack in the Netherlands: Effective Social Policy is Effective Drug Policy”, en C. Reinerman y H. G. Levine (comps.), *Crack in America: Demon Drugs and*

- Social Justice*, University of California Press, Berkeley, 1997, pp. 214-224.
- Cohen, S., “The 94-Day Cannabis Study”, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 282: 211-220, 1976.
- Collin, C., *Substance Abuse Issues and Public Policy in Canada: Parliamentary Action (1987-2005)*, Library of Parliament, Ottawa, 2006.
- Collins, D., y H. Lapsley, “The Costs of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Use to Australian Society in 2004/05”, *National Drug Strategy Monograph*, núm. 64, 2007. Disponible en <<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/>>
- Collison, M., “Drug Crime, Drug Problems, and Criminal Justice: Sentencing Trends and Enforcement Targets”, *The Howard Journal of Criminal Justice*, 33 (1): 25-40, 1994.
- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (CLDD), *Drogas y democracia: hacia un cambio de paradigma*, CLDD, 2009. Disponible en <[http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro\\_espanhol\\_04.pdf](http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/livro_espanhol_04.pdf)>
- Conforti, B., *International Law and the Role of Domestic Legal Systems*, Martinus Nijhoff Publishers, Boston, 1993.
- Cook, C., “The Global State of Harm Reduction 2010. Key Issues for Broadening the Response”, *International Harm Reduction Association*, Londres, 2010. Disponible en <<http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2010>>
- Copeland, J., W. Swift, R. Roffman y R. S. Stephens, “A Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive-Behavioral Interventions for Cannabis Use Disorder”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21 (2): 55-64, 2001.
- Corda, R. A., “A un año del fallo ‘Arriola’. Cambios, tensiones y resistencias”, en *XI Congreso Nacional de Sociología Jurídica y I Latinoamericano de Sociología Jurídica* [CD-ROM], Sociedad Argentina de Sociología Jurídica y Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2010.
- Corda, R. A., “Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina”, Intercambios Asociación Civil/ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2011.
- Cornelius, M. D., L. Goldschmidt, N. L. Day y C. Larkby, “Alcohol, Tobacco and Marijuana Use among Pregnant Teenagers: 6-Year Follow-Up of Offspring Growth Effects”, *Neurotoxicology and Teratology*, 24 (6): 703-710, 2002.

Costa, A. M., “Making Drug Control ‘Fit for Purpose’: Building on the UNGASS Decade”, Report by the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime as a Contribution to the Review of the Twentieth Special Session of the General Assembly, ONU, 2008. Disponible en <http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/CND-UNGASS-CRPS/ECN72008CRP17.pdf>

Council of Europe, “Anti-Doping Convention. CETS No. 135”, Council of Europe, Estrasburgo, 1989. Disponible en <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=135&CM=8&CL=ENG>

\_\_\_\_\_, “For a European Convention Promoting Public Health Policy in the Fight against Drugs. Resolution 1576 (2007)”, Council of Europe, Parliamentary Assembly, 3 de octubre de 2007. Disponible en <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta07/ERES1576.htm>

\_\_\_\_\_, “For a European Drug Convention on Promoting Public Health Policy in Drug Control. Doc. 11344”, Health and Family Affairs Committee, Parliamentary Assembly, 10 de julio de 2007. Disponible en <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewHTML.asp?FileID=11597&Language=EN>

“Declaración de los movimientos cannábicos”, II Encuentro Continental sobre Cannabis, en III Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Drogas, México, 2011. Disponible en <http://conferenciadrogas.com/2011/5911/cannabicos/declaracion-de-los-movimientos-cannabicos>

D’Souza, D. C., “Cannabinoids and Psychosis”, *International Review of Neurobiology*, 78: 289-326, 2007.

D’Souza, D. C., W. M. Abi-Saab, S. Madonick, K. Forselius-Bielen, A. Doersch, G. Braley, R. Gueorquieva, T. B. Cooper y J. H. Krystal, “Delta-9-Tetrahydrocannabinol Effects in Schizophrenia: Implications for Cognition, Psychosis, and Addiction”, *Biological Psychiatry*, 57 (6): 594-608, 2005.

D’Souza, D. C., H. S. Cho, E. Perry y J. H. Krystal, “Cannabinoid ‘Model’ Psychosis, Dopamine-Cannabinoid Interactions and Implications for Schizophrenia”, en D. J. Castle y R. M. Murray y D. C. D’Souza (eds.), *Marijuana and Madness*, Cambridge University Press, Cambridge, 2004, pp. 142-165.

Day, N. L., G. A. Richardson, L. Goldschmidt, N. Robles, P. M. Taylor, D. S. Stoffer, M. D. Cornelius y D. Geva, “Effect of Prenatal Marijuana Exposure on the Cognitive

Development of Offspring at Age Three”, *Neurotoxicology and Teratology*, 16 (2): 169-175, 1994.

Day, N. L., D. Wagener y P. Taylor, “Measurement of Substance Use during Pregnancy: Methodologic Issues”, en T. Pinkert (comp.), *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Abuse*, Department of Health and Human Services, Rockville, 1985, pp. 36-47.

De Kort, M., y T. Cramer, “Pragmatism versus Ideology: Dutch Drug Policy Continued”, *Journal of Drug Issues*, 29 (3): 473-493, 1999.

De Matons, J. G., “Facilitation of Transport and Trade in Sub-Saharan Africa: A Review of International Legal Instruments”, World Bank, Sub-Saharan African Transport Policy Program, SSATP Working Paper, núm. 73, 2004. Disponible en <[http://www4.worldbank.org/afr/ssatp/Resources/HTML/legal\\_review/Main%20Texts](http://www4.worldbank.org/afr/ssatp/Resources/HTML/legal_review/Main%20Texts)

De Preux, E., F. Dubois-Arber y F. Zobel, “Current Trends in Illegal Drug Use and Drug Related Health Problems in Switzerland”, *Swiss Medical Weekly*, 134 (21-22): 313-321, 2004.

De Zwart, W., y M. van Laar, “Cannabis Regimes”, *British Journal of Psychiatry*, 178: 574-575, 2001.

Degenhardt, L., y W. Hall, “The Association between Psychosis and Problematic Drug Use among Australian Adults: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being”, *Psychological Medicine*, 31 (4): 659-668, 2001.

\_\_\_\_\_, “Is Cannabis a Contributory Cause of Psychosis?”, *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (9): 556-565, 2006.

Degenhardt, L., W. T. Chiu, N. Sampson, R. C. Kessler, J. C. Anthony, M. Angermeyer, R. Bruffaerts, G. de Girolamo, O. Gureje, Y. Huang, A. Karam, S. Kostyuchenko, J. P. Lepine, M. E. Medina-Mora, Y. Neumark, J. Hans Ormel, A. Pinto-Meza, J. Posada-Villa, D. J. Stein, T. Takeshima y J. E. Wells, “Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys”, *PLOS Medicine*, 5 (7): e141, 2008. Disponible en <<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=getdocument&doi=10.1371/journal.pmed.0050141>>

Degenhardt, L., W. Hall y M. T. Lynskey, “Cohort Trends in the Age of Initiation of Drug Use in Australia”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24 (4): 421-426, 2000.

\_\_\_\_\_, “Testing Hypotheses about the Relationship between Cannabis Use and

- Psychosis”, *Drug and Alcohol Dependence*, 71 (1): 37-48, 2003.
- Denis, C., E. Lavie, M. Fatseas y M. Auriacombe, “Psychotherapeutic Interventions for Cannabis Abuse and/or Dependence in Outpatient Settings”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3: CD005336, 2006.
- DiFranco, M., H. Sheppard, D. Hunter, T. Tosteson y M. Ascher, “The Lack of Association of Marijuana and Other Recreational Drugs with Progression to AIDS in the San Francisco Men’s Health Study”, *Annals of Epidemiology*, 6 (4): 283-289, 1996.
- Domínguez, Andrea, “Marihuana en el balcón”, *Comunidad Segura. Redes de Ideas y Prácticas en Seguridad Humana*, Brasil, 18 de febrero de 2010. Disponible en <<http://www.comunidadsegura.org/es/ARTICULO-Marihuana-en-el-balcon>>
- Donnelly, N., W. Hall y P. Christie, *Effects of the Cannabis Expiation Notice Scheme on Levels and Patterns of Cannabis Use in South Australia: Evidence from the National Drug Strategy Household Surveys 1985-1995*, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, 1998, p. 35.
- \_\_\_\_\_, “The Effects of the Cannabis Expiation Notice Scheme on Levels and Patterns of Cannabis Use in South Australia: Evidence from National Drug Strategy Household Surveys 1985-1995”, *Drug and Alcohol Review*, 19 (3): 265-269, 2000.
- Donnelly, N., B. Oldenburg, S. Quine, P. Macaskill, B. Flaherty, C. Spooner y D. Lyle, “Changes Reported in Drug Prevalence among New South Wales Secondary School Students 1983-1989”, *Australian Journal of Public Health*, 16 (1): 50-57, 1992.
- Donovan, J. E., y R. Jessor, “Problem Drinking and the Dimension of Involvement with Drugs: A Guttman Scalogram Analysis of Adolescent Drug Use”, *American Journal of Public Health*, 73 (5): 543-552, 1983.
- \_\_\_\_\_, “Structure of Problem Behavior in Adolescence and Young Adulthood”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (6): 890-904, 1985.
- Dorn, N., “UK Policing of Drug Traffickers and Users: Policy Implementation in the Context of National Law, European Traditions, International Drug Conventions, and Security after 2001”, *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 533-550, 2004.
- Draper, G., y S. Serafino, *2004 National Drug Strategy Household Survey Western Australia Results*, Epidemiology Branch, Department of Health Western Australia, Drug and Alcohol Office, 2006.
- Drug and Alcohol Office, “Statutory Review of Cannabis Control Act 2003, Report to

- the Minister of Health (Executive Summary)”, Drug and Alcohol Office, Perth, 2007.
- \_\_\_\_\_, *Statutory Review of Cannabis Control Act 2003, Report to the Minister of Health (Technical Report)*, Drug and Alcohol Office, Perth, 2007.
- Drug War Chronicle, “Brazilian President Signs New Drug Law - No Jail for Users”, *Drug War Chronicle*, núm. 451, 1º de septiembre de 2006. Disponible en <[http://stopthedrugwar.org/chronicle/451/lula\\_signs\\_new\\_brazil\\_drug\\_law\\_no\\_jail\\_for](http://stopthedrugwar.org/chronicle/451/lula_signs_new_brazil_drug_law_no_jail_for)>
- \_\_\_\_\_, “Brazil Appeals Court Rules Drug Possession Not a Crime”, *Drug War Chronicle*, núm. 538, 30 de mayo de 2008. Disponible en <[http://stopthedrugwar.org/chronicle/538/brazil\\_appeals\\_court\\_drug\\_possession\\_no\\_c](http://stopthedrugwar.org/chronicle/538/brazil_appeals_court_drug_possession_no_c)>
- Drummer, O. H., J. Gerostamoulos, H. Batziris, M. Chu, J. Caplehorn, M. D. Robertson y P. Swann, “The Involvement of Drugs in Drivers of Motor Vehicles Killed in Australian Road Traffic Crashes”, *Accident Analysis and Prevention*, 36 (2): 239-248, 2004.
- Duncan, D. F., y T. Nicholson, “Dutch Drug Policy: A Model for America?”, *Journal of Health and Social Policy*, 8 (3): 1-15, 1997.
- Duncan, S. C., T. E. Duncan, A. Biglan y D. Ary, “Contributions of the Social Context to the Development of Adolescent Substance Use: A Multivariate Latent Growth Modeling Approach”, *Drug and Alcohol Dependence*, 50 (1): 57-71, 1998.
- Dutch National Alcohol and Drug Information System, “Treatment Demand of Cannabis Users 2004”, *LADIS News Flash*, 2006, pp. 1-2. Disponible en <[http://www.sivz.nl/content/\\_files/LADIS\\_News\\_Flash\\_cannabis.pdf?PHPSESSID=45d9d62d34f12464355f35e3f68455dd](http://www.sivz.nl/content/_files/LADIS_News_Flash_cannabis.pdf?PHPSESSID=45d9d62d34f12464355f35e3f68455dd)>
- Edwards, G., *Matters of Substance: Drugs: Is Legalization the Right Answer - or the Wrong Question?*, Penguin Books, Londres, 2005.
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), *Cannabis 2008: Lagebeurteilung und Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen*, EKDF, Berna, 2008.
- El Diario Pilar, “Arresto domiciliario para el joven condenado por cultivar marihuana”, *El Diario Pilar*, sección Sociedad, Buenos Aires, 24 de mayo de 2011. Disponible en <[http://pilaradiario.com/noticias/Arresto-domiciliario-para-el-joven-condenado-por-cultivar-marihuana\\_10584](http://pilaradiario.com/noticias/Arresto-domiciliario-para-el-joven-condenado-por-cultivar-marihuana_10584)>
- Ellickson, P., K. Bui, R. Bell y K. A. McGuigan, “Does Early Drug Use Increase the Risk of Dropping Out of High School?”, *Journal of Drug Issues*, 28 (2): 357-380,

1998.

Ellison, E., “Policing Cannabis: Can Pragmatism Replace Policy?”, *Probation Journal*, 51 (4): 415-420, 2004.

ElSohly, M. A., “Chemical Constituents of Cannabis”, en F. Grotenhermen y E. Russo (comps.), *Cannabis and Cannabinoids: Pharmacology, Toxicology, and Therapeutic Potential*, Haworth/Londres, 2002.

\_\_\_\_\_, *Quarterly Report: December 16, 2007 thru March 15, 2008 (Potency Monitoring Project Report 100)*, National Center for Natural Products Research, University of Mississippi, ms, 2008.

ElSohly, M. A., S. A. Ross, Z. Mehmedic, R. Arafat, B. Yi y B. F. Banahan, “Potency Trends of Delta9-THC and Other Cannabinoids in Confiscated Marijuana from 1980-1997”, *Journal of Forensic Sciences*, 45: 24-30, 2000.

English, D., G. Hulse, E. Milne, C. Holman y C. Bower, “Maternal Cannabis Use and Birth Weight: A Meta-Analysis”, *Addiction*, 92: 1553-1560, 1997.

Erickson, P., “Deterrence and Deviance: The Example of Cannabis Prohibition”, *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 67 (2): 222-232, 1976.

\_\_\_\_\_, *Cannabis Criminals: The Social Effects of Punishment on Drug Users*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1980.

Erickson, P., y G. Murray, “Cannabis Criminals Revisited”, *British Journal of Addiction*, 81: 81-85, 1986.

Erickson, P., y E. Oscapella, “Cannabis in Canada – A Puzzling Policy”, *International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 313-318, 1999.

Ericson, R., y P. Baranek, *The Ordering of Justice: A Study of Accused Persons as Dependents in the Criminal Process*, University of Toronto Press, 1982.

European Coalition for Just and Effective Drug Policies (ENCOD), *Cannabis Social Clubs*, ENCOD, Amberes, 2009. Disponible en <<http://www.encod.org/info/-CANNABIS-SOCIAL-CLUBS-.html>>

\_\_\_\_\_, *Pannagh, Spain*, ENCOD, Amberes, 2009. Disponible en <<http://www.encod.org/info/PANNAGH-SPAIN.html>>

European Legal Database on Drugs (ELDD), “Country Profile-Austria”, EMCDDA, Lisboa, 2004. Disponible en <<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html>>

\_\_\_\_\_, “Country Profile-France”, EMCDDA, Lisboa, 2004. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Annual Report 2003: The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburgo, 2003. Disponible en <http://candidates2003.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), “An Overview of Cannabis Potency in Europe”, *Insights*, núm. 6, 2004. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/cannabis-potency>

\_\_\_\_\_, “Cannabis Problems in Context – Understanding the Increase in European Treatment Demands”, en *EMCDDA 2004 Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*, EMCDDA, Lisboa, 2004.

\_\_\_\_\_, *Thematic Papers: Illicit Drug Use in the EU: Legislative Approaches*, EMCDDA, Lisboa, 2005. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34041EN.html>

\_\_\_\_\_, *Annual Report 2006: The State of the Drugs Problem in Europe*, EMCDDA, Lisboa, 2006. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2006>

\_\_\_\_\_, *Annual Report 2007: The State of the Drugs Problem in Europe*, EMCDDA, Lisboa, 2007.

\_\_\_\_\_, “European Legal Database on Drugs: Legal Topic Overviews: Possession of Cannabis for Personal Use”, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5769EN.html>

\_\_\_\_\_, *Statistical Bulletin 2007*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2007>

Eyler, F. D., y M. Behnke, “Early Development of Infants Exposed to Drugs Prenatally”, *Clinics in Perinatology*, 26 (1): 107-150, 1999.

Fankhauser, M. “Cannabis as Medicine in Europe in the 19th Century”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (comps.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 2, EMCDDA, Lisboa, 2008. En <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>

Farrelly, M. C., J. W. Bray, G. A. Zarkin y B. W. Wendling, “The Joint Demand for Cigarettes and Marijuana: Evidence from the National Household Surveys on Drug

- Abuse”, *Journal of Health Economics*, 20 (1): 51-68, 2001.
- Fergusson, D. M., y L. J. Horwood, “Early Onset Cannabis Use and Psychosocial Adjustment in Young Adults”, *Addiction*, 92 (3): 279-296, 1997.
- \_\_\_\_\_, “Does Cannabis Use Encourage Other Forms of Illicit Drug Use?”, *Addiction*, 95 (4): 505-520, 2000.
- \_\_\_\_\_, “Cannabis Use and Traffic Accidents in a Birth Cohort of Young Adults”, *Accident Analysis and Prevention*, 33 (6): 703-711, 2001.
- Fergusson, D. M., L. J. Horwood y K. Northstone, “Maternal Use of Cannabis and Pregnancy Outcome”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109 (1): 21-27, 2002.
- Fergusson, D. M., L. J. Horwood y N. R. Swain-Campbell, “Cannabis Dependence and Psychotic Symptoms in Young People”, *Psychological Medicine*, 33 (1): 15-21, 2003.
- \_\_\_\_\_, “Cannabis Use and Psychosocial Adjustment in Adolescence and Young Adulthood”, *Addiction*, 97 (9): 1123-1135, 2002.
- Fergusson, D. M., M. T. Lynskey y L. J. Horwood, “The Short-Term Consequences of Early Onset Cannabis Use”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (4): 499-512, 1996.
- Fetherston, J., y S. Lenton, *A Pre-Post Comparison of the Impacts of the Western Australian Cannabis Infringement Notice Scheme on Public Attitudes, Knowledge and Use*, National Drug Research Institute, Curtin University of Technology, Perth, 2007.
- Fischer, B., K. Ala-Leppilampi, E. Single y A. Robins, “Cannabis Law Reform in Canada: Is the ‘Saga of Promise, Hesitation and Retreat’ Coming to an End?”, *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45 (3): 265-297, 2003.
- Fischer, B., R. Room y K. Ala-Leppilampi, “Cannabis-Use Control in Western Countries – A Brief Review of History and Present”, en *European City Conference on Cannabis Policy (Conference Book)*, ES&E, La Haya, 2001, pp. 37-42.
- Fischer, B., E. Single, R. Room, C. Poulin, E. Sawka, H. Thompson y J. Topp, “Cannabis Use in Canada: Policy Options for Control”, *Options Politiques*, 19: 34-38, 1998.
- Fitzsimmons, G., y M. Cooper-Stanbury, *1998 National Drug Strategy Household*

*Survey – State and Territory Results*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, 2000.

Forrester, M. B., y R. D. Merz, “Risk of Selected Birth Defects with Prenatal Illicit Drug Use, Hawaii, 1986-2002”, *Journal of Toxicology and Environmental Health*, parte A, 70 (1): 7-18, 2007.

Fosados, R., E. Evans e Y. Hser, “Ethnic Difference in Utilization of Drug Treatment Services and Outcomes among Proposition 36 Offenders in California”, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33: 391-399, 2007.

Fosdick, R. B., y A. L. Scott, *Toward Liquor Control*, Harper & Brothers Publishers, Nueva York, 1933.

Fratello, D., *Proposition 36: Improving Lives, Delivering Results – A Review of the First Four Years of California’s Substance Abuse and Crime Prevention Act of 2000*, Drug Policy Alliance, San Francisco, 2006.

Fried, P. A., y A. R. Smith, “A Literature Review of the Consequences of Prenatal Marihuana Exposure: An Emerging Theme of a Deficiency in Aspects of Executive Function”, *Neurotoxicology and Teratology*, 23 (1): 1-11, 2001.

Fried, P. A., y B. Watkinson, “Visuoperceptual Functioning Differs in 9-to 12-Year Olds Prenatally Exposed to Cigarettes and Marihuana”, *Neurotoxicology and Teratology*, 22 (1): 11-20, 2000.

Gable, R. S., “Comparison of Acute Lethal Toxicity of Commonly Abused Psychoactive Substances”, *Addiction*, 99 (6): 686-696, 2004.

Gamella, J. F., y M. L. Jiménez Rodrigo, “A Brief History of Cannabis Policies in Spain (1968-2003)”, *Journal of Drug Issues*, 34 (3): 623-659, 2004.

\_\_\_\_\_, “Multinational Export-Import Ventures: Moroccan Hashish into Europe through Spain”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (comps.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 261-289. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>

Gardner, E., “Cannabinoid Interaction with Brain Reward Systems”, en G. G. Nahas, K. Sutin, D. Harvey y S. Agurell (comps.), *Marihuana and Medicine*, Humana Press, Nueva Jersey, 1999, pp. 187-205.

Garibotto, G., “La cultura del cultivo”, *La Diaria*, sección Política, Uruguay, 25 de febrero de 2011. Disponible en <<http://ladiaria.com.uy/articulo/2011/2/la-cultura-del->

[cultivo/>](#)

Geiser, U., “Pot Smokers Hope for Support in Parliament”, *Swiss Broadcasting Information*, Berna, 4 de diciembre de 2007. Disponible en [http://www.swissinfo.ch/eng/politics/internal\\_affairs/Pot\\_smokers\\_hope\\_for\\_support\\_in\\_parliament.html?siteSect=1511&sid=8469963&cKey=1197372388000&ty=st](http://www.swissinfo.ch/eng/politics/internal_affairs/Pot_smokers_hope_for_support_in_parliament.html?siteSect=1511&sid=8469963&cKey=1197372388000&ty=st)

Gelders, D., y F. Vander Laenen, “Mr. Police Officer I Thought Cannabis was Legal: Introducing New Policy Regarding Cannabis in Belgium: A Story of Good Intentions and Babel”, *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 14: 103-116, 2007.

Gerberich, S. G., S. Sidney, B. L. Braun, I. S. Tekawa, K. K. Tolan y C. P. Quesenberry, “Marijuana Use and Injury Events Resulting in Hospitalization”, *Annals of Epidemiology*, 13: 230-237, 2003.

Gettman, J., “Lost Taxes and Other Costs of Marijuana Laws”, *Report for the Bulletin of Cannabis Reform*, EMCDDA, Lisboa, 2007. Disponible en [http://www.drugscience.org/Archive/bcr4/bcr4\\_index.html](http://www.drugscience.org/Archive/bcr4/bcr4_index.html)

Gibson, G., P. Baghurst y D. Colley, “Maternal Alcohol, Tobacco and Cannabis Consumption and the Outcome of Pregnancy”, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 23: 15-19, 1983.

Giffen, J., S. Endicott, y S. Lambert, *Panic and Indifference – The Politics of Canada’s Drug Laws*, Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 1991.

Goldkamp, J., M. White y J. Robinson, “Do Drug Courts Work? Getting Inside the Drug Court Black Box”, *Journal of Drug Issues*, 31: 27-72, 2001.

Goldschmidt, L., N. L. Day y G. A. Richardson, “Effects of Prenatal Marijuana Exposure on Child Behavior Problems at Age 10”, *Neurotoxicology and Teratology*, 22: 325-336, 2000.

Golub, A., y B. Johnson, “Variation in Youthful Risks of Progression from Alcohol and Tobacco to Marijuana and to Hard Drugs across Generations”, *American Journal of Public Health*, 91 (2): 225-232, 2001.

Golub, A., B. D. Johnson y E. Dunlap, “The Race/Ethnicity Disparity in Misdemeanor Marijuana Arrests in New York City”, *Criminology & Public Policy*, 6 (1): 301-335, 2007.

González, Valentina, “El Gobierno debate la legalización del cultivo de marihuana”, *El Diario*, sección Sociedad, Uruguay, 25 de julio de 2011. Disponible en

<http://eldiario.com.uy/2011/07/25/el-gobierno-debate-la-legalizacion-del-cultivo-de-marihuana/>>

- Gottfredson, D., "Prediction and Classification in Criminal Justice Decision Making", *Crime & Justice*, 9: 1-20, 1987.
- Gottschalk, L., W. Aronow y R. Prakash, "Effect of Marijuana and Placebomarijuana Smoking on Psychological State and on Psychophysiological and Cardiovascular Functioning in Angina Patients", *Biological Psychiatry*, 12: 255-266, 1977.
- Gouyis Roman, C., H. Ahn-Redding y R. J. Simon, *Illicit Drug Policies, Trafficking, and Use the World Over*, Lexington Books, Lanham y Plymouth, 2005.
- Greenfield, T. K., W. C. Kerr, J. Bond, Y. Ye y T. Stockwell, "Improving Graduated Frequencies Alcohol Measures for Monitoring Consumption Patterns: Results from US and Australian National Surveys, a Goa Community Survey, and a Diary Validity Study", *Contemporary Drug Problems*, 36 (3/4): 705-733, 2009.
- Greenfield, T. K., y J. D. Rogers, "Who Drinks Most of the Alcohol in the US? The Policy Implications", *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (1): 78-89, 1999.
- Grossman, M., "Individual Behaviors and Substance Use: The Role of Price", en B. Lindgren y M. Grossman (comps.), *Substance Use: Individual Behaviors, Social Interactions, Markets and Politics. Advances in Health Economics and Health Services Research*, vol. 16, Elsevier, Ámsterdam, 2005. Disponible en <http://ideas.repec.org/p/nbr/nberwo/10948.html>>
- Grotenhermen, F., "The Toxicology of Cannabis and Cannabis Prohibition", *Chemistry & Biodiversity*, 4: 1744-1769, 2007.
- Grotenhermen, F., G. Leson, G. Berghaus, O. H. Drummer, H. P. Krüger, M. Longo, H. Moskowitz, B. Perrine, J. G. Ramaekers, A. Smiley y R. Tunbridge, "Developing Limits for Driving under Cannabis", *Addiction*, 102: 1910-1917, 2007.
- Grufferman, S., A. G. Schwartz, F. B. Ruymann y H. M. Maurer, "Parents' Use of Cocaine and Marijuana and Increased Risk of Rhabdomyosarcoma in their Children", *Cancer Causes and Control*, 4: 217-224, 1993.
- Gurney, J., M. A. Smith y C. Bunin (2000a), "CNS and Miscellaneous Intracranial and Intraspinial Neoplasms", en L. Reis, M. Eisner, C. Kosary, B. Hankey, B. Miller, L. Clegg y B. Edwards (comps.), *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000, pp. 51-63.
- Gurney, J., J. Young, S. Roffers, M. A. Smith y C. Bunin (2000b), "Soft Tissue

- Sarcomas”, en L. Reis, M. Eisner, C. Kosary, B. Hankey, B. Miller, L. Clegg y B. Edwards (comps.), *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000, pp. 11-123.
- Haden, M., “Regulation of Illegal Drugs: An Exploration of Public Health Tools”, *International Journal of Drugs Policy*, 15 (4): 225-230, 2004.
- Hakkarainen, P., H. Kainulainen y J. Perälä, “Measuring the Cannabis Market in Finland – A Consumption-Based Estimate”, *Contemporary Drug Problems*, 35 (2/3): 321-345, 2008.
- Hales, J., M. Mayne, A. Swan, S. Alberti y A. Ritter, *Evaluation of Queensland Illicit Drug Diversion Initiative (QIDDI)*, Police Diversion Program: Final Report, Queensland Health, Brisbane, 2004.
- Hall, W. D., “The Public Health Significance of Cannabis Use in Australia”, *Australian Journal of Public Health*, 19: 235-242, 1995.
- \_\_\_\_\_, “Assessing the Health and Psychological Effects of Cannabis Use”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 1-17.
- \_\_\_\_\_, “The Contribution of Research to the Development of a National Cannabis Policy in Australia”, *Addiction*, 103: 712-20, 2008.
- Hall, W., y L. Degenhardt, “Medical Marijuana Initiatives: Are They Justified? How Successful Are They Likely to Be?”, *CNS Drugs*, 17: 689-697, 2003.
- Hall, W. D., L. Degenhardt y M. T. Lynskey, “The Health and Psychological Effects of Cannabis Use”, *Commonwealth Department of Health and Aged Care*, Canberra, 2001. Disponible en <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/phd-drugs-mono44-cnt.htm>
- Hall, W. D., L. Degenhardt y N. Sindicich, “Illicit Drug Use and the Burden of Disease”, en K. Heggenhougen y S. Quah (comps.), *International Encyclopedia of Public Health*, Elsevier, Ámsterdam, 2008.
- Hall, W. D., C. Doran, L. Degenhardt y D. Shepard, “Illicit Opioid Dependence”, en D. Jamison, D. Evans y G. Alleyne (comps.), *Disease Control Priorities for Developing Countries*, Oxford University Press, Nueva York, 2006, pp. 907-31.
- Hall, W. D., y M. T. Lynskey, “Is Cannabis a Gateway Drug? Testing Hypotheses about the Relationship between Cannabis Use and the Use of Other Illicit Drugs”, *Drug*

- and Alcohol Review*, 24: 39-48, 2005.
- Hall, W. D., y D. MacPhee, “Cannabis Use and Cancer”, *Addiction*, 97 (3): 243-247, 2002.
- Hall, W. D., y R. L. Pacula, *Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.
- Hall, W. D., R. Room y S. Bondy, “Comparing the Health and Psychological Risks of Alcohol, Cannabis, Nicotine, and Opiate Use”, en H. Kalant, W. Corrigal, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 475-506.
- Hall, W. D., y N. Solowij, “The Adverse Effects of Cannabis Use”, *The Lancet*, 352: 1611-1616, 1998.
- Hall, W. D., y W. Swift, “The THC Content of Cannabis in Australia: Evidence and Implications”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24: 503-508, 2000.
- Han, C., M. K. McGue y W. G. Iacono, “Lifetime Tobacco, Alcohol and Other Substance Use in Adolescent Minnesota Twins: Univariate and Multivariate Behavioral Genetic Analyses”, *Addiction*, 94: 981-993, 1999.
- Harris, A., *National Statistics: Consumer Trends*, núm. 36, Office of National Statistics (ONS), Londres, 2005. Disponible en <<http://ebookbrowse.com/consumer-trends-no-36-pdf-d436131399>>
- Hart, C. L., “Increasing Treatment Options for Cannabis Dependence: A Review of Potential Pharmacotherapies”, *Drug and Alcohol Dependence*, 80: 147-159, 2005.
- Hashibe, M., K. Straif, D. P. Tashkin, H. Morgenstern, S. Greenland y Z. F. Zhang, “Epidemiologic Review of Marijuana Use and Cancer Risk”, *Alcohol*, 35 (3): 265-275, 2005.
- Hatch, E., y M. Bracken, “Effect of Marijuana Use in Pregnancy on Fetal Growth”, *American Journal of Epidemiology*, 124: 986-993, 1986.
- Hawkins, J. D., R. F. Catalano y J. Y. Miller, “Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention”, *Psychological Bulletin*, 112: 64-105, 1992.
- Heale, P., D. Hawks y S. Lenton, “Public Awareness, Knowledge and Attitudes Regarding the CEN System in South Australia”, *Drug and Alcohol Review*, 19 (3):

271-280, 2000.

- Health Canada, *FAQs Medical Use of Marijuana*, Federal Department/Health Canada, Ottawa, 2005. Disponible en <[http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/about-  
apropos/faq-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/about-<br/>apropos/faq-eng.php)>
- Heath, A. C., “Genetic Influences on Alcoholism Risk: A Review of Adoption and Twin Studies”, *Alcohol Health and Research World*, 19 (3): 166-171, 1995.
- Helfer, L. R., “Exiting Treaties”, *Virginia Law Review*, 91: 1579-1648, 2005. Disponible en <<http://ssrn.com/abstract=683481>>
- \_\_\_\_\_, “Not Fully Committed? Reservations, Risk, and Treaty Design”, *Yale Journal of International Law*, 31: 367-382, 2006. Disponible en <[http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol\\_31/Helfer.pdf](http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol_31/Helfer.pdf)>
- Hendrick, D., M. Martin y P. Greenberg, *Conditional Sentencing in Canada: A Statistical Profile 1997-2001*, Canadian Centre for Justice Statistics, Catalogue núm. 85-560-x1e, Ottawa, 2003.
- Henquet, C., L. Krabbendam, R. de Graaf, M. ten Have y J. van Os, “Cannabis Use and Expression of Mania in the General Population”, *Journal of Affective Disorders*, 95: 103-110, 2006.
- Henquet, C., L. Krabbendam, J. Spauwen, C. Kaplan, R. Lieb, H. U. Wittchen y J. van Os, “Prospective Cohort Study of Cannabis Use, Predisposition for Psychosis, and Psychotic Symptoms in Young People”, *British Medical Journal*, 330: 11, 2004.
- Hibell, B., B. Andersson, T. Bjarnason, S. Ahlstrom, O. Balakireva, A. Kokkevi y M. Morgan, *The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use among Students in 35 European Countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Estocolmo, 2004.
- Hickman, M., P. Vickerman, J. Macleod, J. Kirkbride y P. B. Jones, “Cannabis and Schizophrenia: Model Projections of the Impact of the Rise in Cannabis Use on Historical and Future Trends in Schizophrenia in England and Wales”, *Addiction*, 102: 597-606, 2007.
- Hillman, S. D., S. R. Silburn, A. Green y S. R. Zubrick, *Youth Suicide in Western Australia Involving Cannabis and Other Drugs*, Western Australian Drug Abuse Strategy Office, Perth, 2000.
- Hilts, P. J., “Is Nicotine Addictive? It Depends on Whose Criteria You Use: Experts Say the Definition of Addiction is Evolving”, *New York Times*, sección Science, 2 de

agosto de 1994, p. C3. Disponible en <http://www.nytimes.com/1994/08/02/science/is-nicotine-addictive-it-depends-on-who-se-criteria-you-use.html>>

Hingson, R., J. Alpert, N. Day, E. Dooling, H. Kayne, S. Morelock, E. Oppenheimer y B. Zuckerman, "Effects of Maternal Drinking and Marijuana Use on Fetal Growth and Development", *Pediatrics*, 70 (4): 539-546, 1982.

Hingson, R., T. Heeren, T. Mangione, S. Morelock y M. Mucatel, "Teenage Driving after Using Marijuana or Drinking and Traffic Accident Involvement", *Journal of Safety Research*, 13: 33-37, 1982.

Holder, H. D., y C. J. Cherpitel, "The End of US Prohibition: A Case Study of Mississippi", *Contemporary Drug Problems*, 23 (2): 301-330, 1996.

Hollister, L. E., "Health Aspects of Cannabis", *Pharmacological Reviews*, 38: 1-20, 1986.

House of Commons of Canada, *Bill C-17*, Minister of Justice, Ottawa, 2004. Disponible en <http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Docid=2333887&file=4>>

Huestis, M. A., "Pharmacokinetics and Metabolism of the Plant Cannabinoids, Delta9-Tetrahydrocannabinol, Cannabidiol and Cannabinol", *Handbook of Experimental Pharmacology*, 168: 657-690, 2005.

Huestis, M. A., D. A. Gorelick, S. J. Heishman, K. L. Preston, R. A. Nelson, E. T. Moochan y R. A. Frank, "Blockade of Effects of Smoked Marijuana by the CB1-Selective Cannabinoid Receptor Antagonist SR141716", *Archives of General Psychiatry*, 58 (4): 322-328, 2001.

Hughes, C. E., y A. Stevens, *The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal*, Briefing Paper, núm. 14, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Londres, 2007.

Huizink, A. C., y E. J. Mulder, "Maternal Smoking, Drinking or Cannabis Use During Pregnancy and Neurobehavioral and Cognitive Functioning in Human Offspring", *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30 (1): 24-41, 2006.

Hutchings, D., y P. A. Fried, "Cannabis During Pregnancy: Neurobehavioural Effects in Animals and Humans", en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 435-458.

- Iniciativa Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (ILDD), “La comisión”, ILDD, 2009. Disponible en <<http://www.drogasedemocracia.org/Espanol/QuemSomos.asp>>
- International Drug Policy Consortium (IDPC), “The 2007 Commission on Narcotic Drugs”, Briefing Paper, núm. 5, IDPC, Witley, 2007. En <<http://www.unodc.org/unodc/commissions/CND/session/50reconvened.html>>
- International Narcotics Control Board (INCB), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, JIFE/ ONU, Nueva York, 2007. Disponible en <<http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2006.html>>
- \_\_\_\_\_, *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, JIFE/ ONU, Nueva York, 2008. Disponible en <[http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2007/AR\\_07\\_English](http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2007/AR_07_English)>
- Institute of Medicine, *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base*, National Academy Press, Washington, 1999.
- Iulianelli, L. A., L. P. Guanabara, P. C. P. Fraga y T. Blickman, *A Pointless War: Drugs and Violence in Brazil*, TransNational Institute, Ámsterdam, 2004.
- Iversen, L., *The Science of Marijuana*, Oxford University Press, Oxford, 2007.
- Jelsma, M., “Panorama de la reforma a las leyes de drogas en América Latina”, *Reformas a las leyes de drogas en América Latina*, Transnational Institute, Ámsterdam, 2010. Disponible en <<http://www.druglawreform.info/es/informacion-por-pais>>
- \_\_\_\_\_, “D-Day for Bolivia’s Coca Chewing Amendment”, *Drogas y Democracia*, Transnational Institute, Ámsterdam, 2011. Disponible en <<http://www.tni.org/es/node/70583>>
- Jenkins, S., “The War on Drugs Is Immoral Idiocy. We Need the Courage of Argentina”, *The Guardian*, Reino Unido, 3 de septiembre de 2009. Disponible en <<http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2009/sep/03/drugs-prohibition-latin-america>>
- Johnson, B., E. Dunlap, S. J. Sifaneckl y G. L. Ream, “Ethnicity, Marijuana Use Etiquette, and Marijuana-Related Police Contact in New York City”, The Annual Meeting of the American Sociological Association, Nueva York, 2007. Disponible en <[http://www.allacademic.com/meta/p\\_mla\\_apa\\_research\\_citation/1/8/2/9/4/p182943\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/1/8/2/9/4/p182943_index.html)>
- Johnston, L. D., P. M. O’Malley y J. G. Bachman, “Marijuana Decriminalisation: The

- Impact on Youth, 1975-80. Monitoring the Future”, *Occasional Paper Series*, núm. 13, Institute for Social Research, Michigan University, Ann Arbor, 1981.
- Johnston, L. D., P. M. O’Malley, J. G. Bachman y J. E. Schulenberg, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2006: Volume I, Secondary School Students*, núm. 07-6205, National Institute of Health & National Institute on Drug Abuse, Bethesda, 2007.
- Jones, R. T., “Cardiovascular System Effects of Marijuana”, *Journal of Clinical Pharmacology*, 42: 58S-63S, 2002.
- Jones, R. T., N. Benowitz y R. I. Herning, “The 30-Day Trip: Clinical Studies of Cannabis Use, Tolerance and Dependence”, en M. Braude y S. Szara (comps.), *The Pharmacology of Marijuana*, vol. 2, Academic Press, Nueva York, 1976, pp. 627-642.
- Joy, J., S. Watson, y J. Benson, *Marijuana and Medicine – Assessing the Science Base*, National Academy Press, Washington, 1999.
- Justice Research and Statistics Association, *Creating a New Criminal Justice System for the 21st Century: Findings and Results from State and Local Program Evaluations*, US Bureau of Justice Assistance, Washington, 2000.
- Kalant, H., “Adverse Effects of Cannabis on Health: An Update of the Literature since 1996”, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28: 849-863. 2004.
- Kalant, H., W. Corrigal, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999.
- Kandel, D. B., “Marijuana Users in Young Adulthood”, *Archives of General Psychiatry*, 41: 200-209, 1984.
- \_\_\_\_\_, *Stages and Pathways of Drug Involvement: Examining the Gateway Hypothesis*, Cambridge University Press, Nueva York, 2002.
- Kandel, D. B., y M. Davies, “Progression to Regular Marijuana Involvement: Phenomenology and Risk Factors for Near-Daily Use”, en M. Glantz y R. Pickens (comps.), *Vulnerability to Drug Abuse*, American Psychological Association, Washington, 1992, pp. 211-253.
- Kandel, D. B., M. Davies, D. Karus y K. Yamaguchi, “The Consequences in Young Adulthood of Adolescent Drug Involvement: An Overview”, *Archives of General Psychiatry*, 43: 746-754, 1986.

- Kapp, C., “Swiss Debate Whether to Legalise Cannabis”, *The Lancet*, 362: 970-971, 2003.
- Kaslow, R. A., W. C. Blackwelder, D. G. Ostrow, D. Yerg, J. Palenicek, A. H. Coulson y R. O. Valdiserri, “No Evidence for a Role of Alcohol or Other Psychoactive Drugs in Accelerating Immunodeficiency in HIV-1-Positive Individuals: A Report from the Multicenter AIDS Cohort Study”, *Journal of the American Medical Association*, 261: 3424-3429, 1989.
- Kellough, G., y S. Wortley, “Remand for Plea: Bail Decisions and Plea Bargaining as Commensurate Decisions”, *British Journal of Criminology*, 42 (1): 186-210, 2002.
- Kelly, E., S. Darke y J. Ross, “A Review of Drug Use and Driving: Epidemiology, Impairment, Risk Factors, and Risk Perceptions”, *Drug and Alcohol Review*, 23: 319-344, 2004.
- Kessler, D., y A. Piehl, “The Role of Discretion in the Criminal Justice System”, *Journal of Law, Economics, and Organization*, 14: 256-276, 1998.
- Kessler, R. C., K. A. McGonagle, S. Zhao, C. B. Nelson, M. Hughes, S. Eshleman, H. U. Wittchen y K. S. Kendler, “Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey”, *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19, 1994.
- Khatapoush, S., y D. Hallfors, “Sending the Wrong Message: Did Medical Marijuana Legalization in California Change Attitudes about Use of Marijuana”, *Journal of Drug Issues*, 34: 751-770, 2004.
- Kilmer, B., “Do Cannabis Possession Laws Influence Cannabis Use?”, en *Cannabis 2002 Report – Technical Report of the International Scientific Conference, Brussels, Belgium*, Ministry of Public Health of Belgium, Bruselas, 2002, pp. 101-123.
- Kilmer, B., y R. Pacula, *Estimating the Size of Global Drug Market Revenues*, RAND Corporation/European Communities, Santa Mónica, 2009. Disponible en <[http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2009/RAND\\_TR711.pdf](http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2009/RAND_TR711.pdf)>
- King, L., C. Carpentier y P. Griffiths, “Cannabis Potency in Europe”, *Addiction*, 100: 884-886, 2005.
- Kleber, H. D., R. D. Weiss, R. F. Anton Jr., T. P. George, S. F. Greenfield, T. R. Kosten, C. P. O’Brien, B. J. Rounsaville, E. C. Strain, D. M. Ziedonis, G. Hennessy, H. S. Connery, J. S. McIntyre, S. C. Charles, D. J. Anzia, I. A. Cook, M. T.

- Finnerty, B. R. Johnson, J. E. Nininger, P. Summergrad, S. M. Woods, J. Yager, R. Pyles, C. D. Cross, R. Peele, J. P. Shemo, L. Lurie, R. D. Walker, M. A. Barnovitz, S. H. Gray, S. Saxena, T. Tonnu, R. Kunkle, A. B. Albert, L. J. Fochtmann, C. Hart, D. Regier; Work Group on Substance Use Disorders; American Psychiatric Association, y Steering Committee on Practice Guidelines, "Treatment of Patients with Substance Use Disorders. Second Edition. American Psychiatric Association (APA)", *American Journal of Psychiatry*, 164 (4 supl.): 5-123, 2007.
- Klein, T. W., C. A. Newton y H. Friedman, "Cannabinoids and the Immune System", *Pain Research and Management*, 6: 95-101, 2001.
- Klonoff-Cohen, H. S., L. Natarajan y R. V. Chen, "A Prospective Study of the Effects of Female and Male Marijuana Use on In Vitro Fertilization (IVF) and Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) Outcomes", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194 (2): 369-376, 2006.
- Kolodny, R. C., W. H. Masters, R. M. Kolodner y G. Toro, "Depression of Plasma Testosterone Levels after Chronic Intensive Marihuana Use", *New England Journal of Medicine*, 290: 872-874, 1974.
- Korf, D., "An Open Front Door: The Coffee Shop Phenomenon in the Netherlands", en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (comps.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 140-154. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>
- \_\_\_\_\_, "Dutch Coffee Shops and Trends in Cannabis Use", *Addictive Behaviors*, 27 (6): 851-866, 2002.
- Korf, D., S. Brochu, A. Benschop, L. D. Harrison y P. G. Erickson, "Teen Drug Sellers – An International Study of Segregated Drug Markets and Related Violence", *Contemporary Drug Problems*, 35: 153-176, 2008.
- Kouri, E. M., y H. G. Pope "Abstinence Symptoms during Withdrawal from Chronic Marijuana Use", *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8: 483-492, 2000.
- Krajewski, K., "How Flexible Are the UN Drug Conventions?", *The International Journal of Drug Policy*, 10 (4): 329-338, 1999.
- Ku, J., "The ICJ v. WTO: The EU's Compliance with One Treaty May Violate Another", *Opinio Juris*, 19 de mayo de 2005. Disponible en <<http://lawofnations.blogspot.mx/2005/05/icj-v-wto-eus-compliance-with-one.html>>

- \_\_\_\_\_, “Treaties as Laws: A Defense of the Last in Time Rule for Treaties and Federal Statutes”, *Indiana Law Journal*, 80: 319-391, 2005. Disponible en <[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=597961](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=597961)>
- Kuijten, R. R., G. R. Bunin, C. C. Nass y A. T. Meadows, “Parental Occupation and Childhood Astrocytoma: Results of a Case-Control Study”, *Cancer Research*, 52: 782-786, 1992.
- Kumm, M., y V. F. Comella, *Altneuland: The EU Constitution in a Contextual Perspective*, Jean Monnet Working Paper 5/04, New York University School of Law, Nueva York, 2004. Disponible en <<http://www.jeanmonnetprogram.org/papers/04/040501-15.pdf>>
- Lacey, M., “In Mexico, Ambivalence on a Drug Law”, *New York Times*, sección World-Americas, 24 de agosto de 2009. Disponible en <<http://www.nytimes.com/2009/08/24/world/americas/24mexico.html?pagewanted=all>>
- Lamarque, S., K. Taghzouti y H. Simon, “Chronic Treatment with Delta(9)-Tetrahydrocannabinol Enhances the Locomotor Response to Amphetamine and Heroin: Implications for Vulnerability to Drug Addiction”, *Neuropharmacology*, 41 (1): 118-129, 2001.
- Lattimore, P., N. Broner y R. Sherman, “A Comparison of Prebooking and Postbooking Programs for Mentally Ill Substance-Using Individuals with Justice Involvement”, *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19 (1): 30-64, 2003.
- Laumon, B., B. Gadegbeku, J. L. Martin y M. B. Biecheler, “Cannabis Intoxication and Fatal Road Crashes in France: Population Based Case-Control Study”, *British Medical Journal*, 331: 1371, 2005.
- Ledent, C., O. Valverde, G. Cossu, F. Petitet, J.-F. Aubert, F. Beslot, G. A. Böhme, A. Imperato, T. Pedrazzini, B. P. Roques, G. Vassart, W. Fratta y M. Parmentier, “Unresponsiveness to Cannabinoids and Reduced Addictive Effects of Opiates in CB<sub>1</sub> Receptor Knockout Mice”, *Science*, 283 (5400): 401-404, 1999.
- Leggett, T., y T. Pietschmann, “Global Cannabis Cultivation and **Trafficking**”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (comps.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 187-212. Disponible en <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>
- Legleye, S., C. Ben Lakhdar y S. Spilka, “Two Ways of Estimating the Euro Value of the

- Illicit Market for Cannabis in France”, *Drug and Alcohol Review*, 27 (5): 466-472, 2008.
- Leigh, L. H., “The Seamless Web? Diversion from the Criminal Process and Judicial Review”, *The Modern Law Review*, 70 (4): 654-659, 2007.
- Leinwand, M. A., “The International Law of Treaties and United States Legalization of Marijuana”, *Columbia Journal of Transnational Law*, 10: 413-441, 1971.
- Lemmens, P., y H. Garretsen, “Unstable Pragmatism: Dutch Drug Policy under National and International Pressure”, *Addiction*, 93: 157-162, 1998.
- Lenton, S., “Deterrence Theory and the Limitations of Criminal Penalties for Cannabis Use”, en T. Stockwell, P. Gruenewald, J. Toumbourou y W. Loxley (eds.), *Preventing Harmful Substance Use: The Evidence Base for Policy and Practice*, John Wiley & Sons, Chichester, 2005.
- \_\_\_\_\_, “Evaluation of Western Australian Cannabis Infringement Notice Scheme – An Overview”, *Drug and Alcohol Review*, 24 (4): 297-299, 2005.
- \_\_\_\_\_, “The WA Cannabis Infringement Notice Scheme: Reflections on the First 3 Years”, Invited Plenary Presentation at the Western Australian Drug and Alcohol Symposium, Working Out What Works Symposium, Fremantle, 18 y 19 de septiembre de 2007.
- Lenton, S., P. Christie, R. Humeniuk, A. Brooks, M. Bennett y P. Heale, *Infringement versus Conviction: The Social Impact of a Minor Cannabis Offence under a Civil Penalties System and Strict Prohibition in Two Australian States*, Publications Productions Unit, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra, 1999. Disponible en [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/41F09105FB3735F2C2570370002A564/\\$File/mono36.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/41F09105FB3735F2C2570370002A564/$File/mono36.pdf)
- Lenton, S., A. Ferrante y N. Loh, “Dope Busts in the West: Minor Cannabis Offences in the Western Australian Criminal Justice System”, *Drug and Alcohol Review*, 15 (4): 335-341, 1996.
- Lenton, S., y P. Heale, “Arrest, Court, and Social Impacts of Conviction for a Minor Cannabis Offence under Strict Prohibition”, *Contemporary Drug Problems*, 27: 805-833, 2000.
- Lenton, S., P. Heale, P. Erickson, E. Single, E. Lang y D. Hawks, *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply: A Discussion Document Prepared for The Drugs and Crime Prevention Committee of the Parliament of Victoria*, National

Drug Research Institute/Curtin University of Technology, Perth, 2000.

- Lenton, S., D. McDonald, R. Ali y T. Moore, "Laws Applying to Minor Cannabis Offences in Australia and their Evaluation", *International Journal of Drug Policy*, 10: 299-303, 1999.
- Lessem, J. M., C. J. Hopfer, B. C. Haberstick, D. Timberlake, M. A. Ehringer, A. Smolen y J. K. Hewitt, "Relationship between Adolescent Marijuana Use and Young Adult Illicit Drug Use", *Behavior Genetics*, 36 (4): 498-506, 2006.
- Lichtman, A. H., J. Fisher y B. R. Martin, "Precipitated Cannabinoid Withdrawal Is Reversed by Delta(9)-Tetrahydrocannabinol or Clonidine", *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 69 (1-2): 181-188, 2001.
- Lichtman, A. H., y B. R. Martin, "Cannabinoid Tolerance and Dependence", *Handbook of Experimental Pharmacology*, 168: 691-717, 2005.
- Lifrak, P. D., J. R. McKay, A. Rostain, A. I. Alterman y C. P. O'Brien, "Relationship of Perceived Competencies, Perceived Social Support, and Gender to Substance Use in Young Adolescents", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (7): 933-940, 1997.
- Llewellyn, C. D., K. Linklater, J. Bell, N. W. Johnson y S. Warnakulasuriya, "An Analysis of Risk Factors for Oral Cancer in Young People: A Case-Control Study", *Oral Oncology*, 40 (3): 304-313, 2004.
- Loeber, R. T., y D. A. Yurgelun-Todd, "Human Neuroimaging of Acute and Chronic Marijuana Use: Implications for Frontocerebellar Dysfunction", *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 14 (5): 291-304, 1999.
- Longo, M. C., C. E. Hunter, R. J. Lokan, J. M. White y M. A. White, "The Prevalence of Alcohol, Cannabinoids, Benzodiazepines and Stimulants amongst Injured Drivers and Their Role in Driver Culpability. Part II: The Relationship between Drug Prevalence and Drug Concentration, and Driver Culpability", *Accident Analysis and Prevention*, 32 (5): 623-632, 2000.
- Longshore, D., E. Evans, D. Urada, C. Teruya, M. Hardy, Y.-I. Hser, M. Prendergast y S. Ettner, "Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act 2002 Report", Report Prepared for the Department of Alcohol and Drug Programs California Health and Human Services Agency, University of California, Los Angeles, 2003.
- Loxley, W., D. Gray, C. Wilkinson, T. Chikritzhs, R. Midford y D. Moore, "Alcohol Policy and Harm Reduction in Australia", *Drug and Alcohol Review*, 24 (6), 559-

568, 2005.

- Lubman, D. I., M. Yücel y W. D. Hall, "Substance Use and the Adolescent Brain: A Toxic Combination?", *Journal of Psychopharmacology*, 21(8): 792-794, 2007.
- Lucas, P. G., "Regulating Compassion: An Overview of Canada's Federal Medical Cannabis Policy and Practice", *Harm Reduction Journal*, 5: 1-13, 2008.
- Lundqvist, T., S. Jonsson y S. Warkentin, "Frontal Lobe Dysfunction in Long-term Cannabis Users", *Neurotoxicology and Teratology*, 23 (5): 437-443, 2001.
- Lyketsos, C. G., E. Garrett, K. Y. Liang y J. C. Anthony, "Cannabis Use and Cognitive Decline in Persons under 65 Years of Age", *American Journal of Epidemiology*, 149 (9): 794-800, 1999.
- Lynskey, M. T., "An Alternative Model is Feasible, but the Gateway Hypothesis Has Not Been Invalidated: Comments on Morral *et al.*", *Addiction*, 97: 1505-1507, 2002.
- Lynskey, M. T., y W. Hall, "The Effects of Adolescent Cannabis Use on Educational Attainment: A Review", *Addiction*, 95 (11): 1621-1630, 2000.
- Lynskey, M. T., A. C. Heath, K. K. Bucholz, W. S. Slutske, P. A. F. Madden, E. C. Nelson, D. J. Statham y N. G. Martin, "Escalation of Drug Use in Early-Onset Cannabis Users vs Co-twin Controls", *JAMA*, 289 (4): 427-433, 2003.
- Lynskey, M. T., J. M. Vink y D. I. Boomsma, "Early Onset Cannabis Use and Progression to Other Drug Use in a Sample of Dutch Twins", *Behavior Genetics*, 36 (2): 195-200, 2006.
- Lynskey, M. T., V. White, D. Hill, T. Letcher y W. D. Hall, "Prevalence of Illicit Drug Use among Youth: Results from the Australian School Students' Alcohol and Drugs Survey", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23 (5): 519-524, 1999.
- MacCoun, R. y P. Reuter, "Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalisation Debate", *Science*, 278 (3): 47-52, 1997.
- \_\_\_\_\_, "Comparative Cannabis Use Data – Authors Reply", *British Journal of Psychiatry*, 179 (2): 175-177, 2001.
- \_\_\_\_\_, "Evaluating Alternative Cannabis Regimes", *British Journal of Psychiatry*, 178: 123-128, 2001.
- Macintosh, A., *Drug Law Reform. Beyond Prohibition*, Discussion Paper núm. 83, The

- Australian Institute, Canberra, 2006.
- Macleod, J., R. Oakes, A. Copello, I. Crome, M. Egger, M. Hickman, T. Oppenkowski, H. Stokes-Lampard y G. Davey Smith, “Psychological and Social Sequelae of Cannabis and Other Illicit Drug Use by Young People: A Systematic Review of Longitudinal, General Population Studies”, *The Lancet*, 363: 1579-1588, 2004.
- MacPhee, D., “Effects of Marijuana on Cell Nuclei: A Review of the Literature Relating to the Genotoxicity of Cannabis”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 435-458.
- Maldonado, R., “Study of Cannabinoid Dependence in Animals”, *Pharmacology and Therapeutics*, 95 (2): 153-164, 2002.
- Manfredi, C., y A. Maioni, “Courts and Health Policy: Judicial Policy Making and Publicly Funded Health Care in Canada”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27: 213-240, 2002.
- Mannisto, P., y S. Kaakkola, “Catechol-O-Methyltransferase (COMT): Biochemistry, Molecular Biology, Pharmacology, and Clinical Efficacy of the New Selective COMT Inhibitors”, *Pharmacological Reviews*, 51: 593-628, 2006.
- Manzanares, J., J. Corchero, J. Romero, J. J. Fernández-Ruiz, J. A. Ramos e I. A. Fuentes, “Pharmacological and Biochemical Interactions between Opioids and Cannabinoids”, *Trends in Pharmacological Sciences*, 20: 287-294, 1999.
- Marijuana Policy Project (MPP), *State-by-State Medical Marijuana Laws: How to Remove the Threat of Arrest*, Marijuana Policy Project, Capitol Hill, Washington, 2007.
- Marselos, M., y P. Karamanakos, “Mutagenicity, Developmental Toxicity and Carcinogenicity of Cannabis”, *Addiction Biology*, 4: 5-12, 1999.
- May, T., entrevista personal, 11 de octubre de 2007.
- May, T., M. Duffy, H. Warburton y M. Hough, *Policing Cannabis as a Class C Drug: An Arresting Change?*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2007.
- McCoy, Alfred W., *The Politics of Heroin: CIA Complicity in the Global Drug Trade*, Lawrence Hill Books, Brooklyn, 1991.
- McDonald, D., R. Moore, J. Norberry, G. Wardlaw y N. Ballenden, *Legislative Options for Cannabis in Australia*, Australian Government Publishing Service, Canberra,

1994.

McGee, R., y M. Feehan, "Cannabis Use among New Zealand Adolescents", *New Zealand Medical Journal*, 106 (961): 345, 1993.

McGee, R., S. Williams, R. Poulton y T. Moffitt, "A Longitudinal Study of Cannabis Use and Mental Health from Adolescence to Early Adulthood", *Addiction*, 95 (4): 491-503, 2000.

McGeorge, J., y C. K. Aitken, "Effects of Cannabis Decriminalization in the Australian Capital Territory on University Students' Patterns of Use", *Journal of Drug Issues*, 27 (4): 785-793, 1997.

McLaren, J., W. Swift, P. Dillon y S. Allsop, "Cannabis Potency and Contamination: A Review of the Literature", *Addiction*, 103: 1100-1109, 2008.

McRae, A. L., A. J. Budney y K. T. Brady, "Treatment of Marijuana Dependence: A Review of the Literature", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24: 369-376, 2003.

Mehra, R., B. A. Moore, K. Crothers, J. Tetrault y D. A. Fiellin, "The Association between Marijuana Smoking and Lung Cancer: A Systematic Review", *Archives of Internal Medicine*, 166: 1359-1367, 2006.

Mellinger, G. D., R. H. Somers, S. T. Davidson y S. H. Manheimer, "The Amotivational Syndrome and the College Student", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 282: 37-55, 1976.

Mendelson, J. H., J. Kuehnle, J. Ellingboe y T. F. Babor, "Plasma Testosterone Levels before, during and after Chronic Marijuana Smoking", *New England Journal of Medicine*, 291: 1051-1055, 1974.

Mendelson, J. H., y N. K. Mello, "Effects of Marijuana on Neuroendocrine Hormones in Human Males and Females", en M. Braude y J. P. Ludford (comps.), *Marijuana Effects on the Endocrine and Reproductive Systems*, National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1984.

Metaal, P., "Indulto de mulas en Ecuador, una propuesta sensata", Serie reforma legislativa en materia de drogas, núm. 1, Transnational Institute y Washington Office on Latin America, Washington, 2009. Disponible en <http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/dlr1s.pdf>

Metaal, P., y C. Youngers, *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*, Transnational Institute y Washington Office on Latin America,

Ámsterdam/Washington, 2010. Disponible en  
<<http://www.druglawreform.info/es/publicaciones/sistemas-sobrecargados>>

Miller, J., y A. Lang, *ASSAD Drug Report 2005*, TNS Social Research, Canberra, 2007.

Mills, J. H., *Cannabis Britannica: Empire, Trade, and Prohibition 1800-1928*, Oxford University Press, Nueva York, 2003.

Miron, J. O., “The Effect of Marijuana Decriminalization on the Budgets of Massachusetts Governments, with a Discussion of Decriminalization’s Effect on Marijuana Use”, *Drug Policy Forum of Massachusetts*, Massachusetts, 2002.

Mittleman, M. A., R. A. Lewis, M. Maclure, J. B. Sherwood y J. E. Muller, “Triggering Myocardial Infarction by Marijuana”, *Circulation*, 103: 2805-2809, 2001.

Model, K. E., “The Effect of Marijuana Decriminalisation on Hospital Emergency Room Drug Episodes: 1975-1978”, *Journal of the American Statistical Association*, 88 (423): 737-747, 1993.

Moir, D., W. S. Rickert, G. Levasseur, Y. Larose, R. Maertens, P. White y S. Desjardins, “A Comparison of Mainstream and Sidestream Marijuana and Tobacco Cigarette Smoke Produced under Two Machine Smoking Conditions”, *Chemical Research in Toxicology*, 21: 494-502, 2008.

Monshouwer, K., F. Smit, R. D. Graaf, J. V. Os y W. Vollebergh, “First Cannabis Use: Does Onset Shift to Younger Ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use”, *Addiction*, 100: 963-970, 2005.

Montanari, L., C. Taylor y P. Griffiths, “Cannabis Users in Drug Treatment in Europe: An Analysis from Treatment Demand Data”, en S. Rödner Sznitman, B. Olsson y R. Room (comps.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, vol. 2, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008, pp. 263-276. Disponible en  
<<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>>

Moore, T. H., S. Zammit, A. Lingford-Hughes, T. R. Barnes, P. B. Jones, M. Burke y G. Lewis, “Cannabis Use and Risk of Psychotic or Affective Mental Health Outcomes: A Systematic Review”, *Lancet*, 370: 319-328, 2007.

Morahan, P. S., P. C. Klykken, S. H. Smith, L. S. Harris y A. E. Munson, “Effects of Cannabinoids on Host Resistance to *Listeria Monocytogenes* and Herpes Simplex Virus”, *Infection and Immunity*, 23: 670-674, 1979.

Moravek, J., “Problem Drug Use, Marijuana, and European Projects: How

- Epidemiology Helped Czech Drug Reformers”, *Central European Journal of Public Policy*, 2 (2), 26-39, 2008. Disponible en <<http://www.cejpp.eu/index.php/ojs/article/view/22>>
- Morgan, C. J., y H. V. Curran, “Effects of Cannabidiol on Schizophrenia-Like Symptoms in People Who Use Cannabis”, *British Journal of Psychiatry*, 192: 306-307, 2008.
- Morrall, A. R., D. F. McCaffrey y S. M. Paddock, “Reassessing the Marijuana Gateway Effect”, *Addiction*, 97: 1493-1504, 2002.
- Mukamal, K. J., M. Maclure, J. E. Muller y M. A. Mittleman, “An Exploratory Prospective Study of Marijuana Use and Mortality Following Acute Myocardial Infarction”, *American Heart Journal*, 155: 465-470, 2008.
- Mura, P., P. Kintz, B. Ludes, J. M. Gaulier, P. Marquet, S. Martin-Dupont, F. Vincent, A. Kaddour, J. P. Goullé, J. Nouveau, M. Moulisma, S. Tilhet- Coartet y O. Pourrat, “Comparison of the Prevalence of Alcohol, Cannabis and Other Drugs between 900 Injured Drivers and 900 Control Subjects: Results of a French Collaborative Study”, *Forensic Science International*, 133 (1-2): 79-85, 2003.
- Murphy, L., “Cannabis Effects on Endocrine and Reproductive Function”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health Toronto, 1999, pp. 375-400.
- Murray, R. M., P. D. Morrison, C. Henquet y M. di Forti, “Cannabis, the Mind and Society: The Hash Realities”, *Nature Reviews Neuroscience*, 8 (11): 885-895, 2007.
- Nahas, G. G., *Keep Off the Grass*, Paul Eriksson, Middlebury, 1990.
- National Association of Drug Court Professionals (NADCP), *Facts on Drug Courts*, NADCP, Alexandria, 1999. Disponible en <<http://www.nadcp.org/learn/facts-and-figures>>
- National Drug Intelligence Center (NDIC), *National Drug Threat Assessment 2008*, NDIC, Johnstown [Pennsylvania], 2008.
- National Organization for the Reform of Marijuana Laws (NORML), *Working to Reform Marijuana Laws*, NORML, 2008. Disponible en <<http://norml.org>>
- Neglia, J., J. Buckley y L. Robinson, “Maternal Marijuana and Leukemia in Offspring”, en G. G. Nahas y C. Latour (comps.), *Physiopathology of Illicit Drugs: Cannabis, Cocaine, Opiates*, Pergamon, Oxford, 1991.

Neill, M., P. Christie y S. Cormack, *Trends in Alcohol and Other Drug Use by South Australian School Children 1986-1989*, Drug and Alcohol Services Council South Australia, Adelaide, 1991.

Neue Zürcher Zeitung (NZZ), “Cannabis-Konsum soll nicht straffrei werden”, reporte en línea, Zürich, 2008. Disponible en [http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/auch\\_staenderat\\_spricht\\_sich\\_gegen\\_hanfjini](http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/auch_staenderat_spricht_sich_gegen_hanfjini)

Newcomb, M. D., y P. M. Bentler, *Consequences of Adolescent Drug Use: Impact on the Lives of Young Adults*, Sage, Thousand Oaks, 1988.

Nicholas, S., C. Kershaw y A. Walker (comps.), *Home Office Statistical Bulletin: Crime in England and Wales 2006/07*, Home Office, Londres, 2007.

Niesink, R., S. Rigter y J. Hoek, *THC-Concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2004-2005)*, Trimbos Instituut, Utrecht, 2005.

Nordt, C., y R. Stohler, “Incidence of Heroin Use in Zurich, Switzerland: A Treatment Case Register Analysis”, *The Lancet*, 367: 1830-1834, 2006.

Nutt, D., L. A. King, W. Saulsbury y C. Blakemore, “Development of a Rational Scale to Assess the Harm of Drugs of Potential Misuse”, *Lancet*, 369: 1047-1053, 2007.

Office of National Drug Control Policy (ONDCP), “What America’s Users Spend on Illicit Drugs: 1988-2001”, ONDCP, Washington, 2001.

\_\_\_\_\_, “Study Finds Highest Levels of THC in the U.S. Marijuana to Date [release]”, White House, Office of National Drug Control Policy, Washington, 2007. Disponible en [http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/press07/042507\\_2.html](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/news/press07/042507_2.html)

\_\_\_\_\_, *The Price and Purity of Illicit Drugs 1981-2007*, Institute for Defense Analyses, Alexandria [Virginia], 2008. Disponible en [http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/bullet\\_1.pdf](http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/bullet_1.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Delito (ONUDD), *World Drug Report 2000*, Oxford University Press, Oxford, 2000. Disponible en <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2000.html>

ONUDD, *World Drug Report 2005*, ONU, Nueva York, 2005. Disponible en <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2005.html>

\_\_\_\_\_, *World Drug Report 2006. Volume 1: Analysis*, ONUDD, Viena, 2006.

\_\_\_\_\_, *World Drug Report 2007. Volume 1: Analysis*, ONUDD, Viena, 2007.

\_\_\_\_\_, *World Drug Report 2008*, ONU, Nueva York, 2008. Disponible en <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2008.html>

\_\_\_\_\_ y Ministry of Social Justice and Empowerment, *The Extent, Pattern, and Trends of Drug Abuse in India: National Survey*, Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India and ONUDD and Crime Regional Office for South Asia, Nueva Dehli, 2004.

Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, ONU, Nueva York, 1973. Disponible en [http://www.undoc.org/documents/treaties/organized\\_crime/Drug%20Convention/Cor](http://www.undoc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Cor)

\_\_\_\_\_, *Vienna Convention on the Law of Treaties, 1969*, ONU, Nueva York, 2005. Disponible en [http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_1\\_1969.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_1_1969.pdf)

\_\_\_\_\_, *Vienna Convention on the Law of Treaties between States and International Organizations or between International Organizations, 1986*, ONU, Nueva York, 2005. Disponible en [http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1\\_2\\_1986.pdf](http://untreaty.un.org/ilc/texts/instruments/english/conventions/1_2_1986.pdf)

\_\_\_\_\_, *Single Convention on Narcotic Drugs 1961 as Amended by the 1972 Protocol Amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*, International Narcotics Control Board, ONU, Viena, 2007. Disponible en [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf)

\_\_\_\_\_, *United Nations Convention against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988*, International Narcotics Control Board, ONU, Viena, 2007. Disponible en [http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1988\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1988_en.pdf)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés), *International Convention against Doping in Sport 2005*, *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*, París, 2005. Disponible en [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=31037&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31037&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Framework Convention on Tobacco Control*, OMS, Ginebra, 2005. Disponible en [http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf)

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Cannabis: A Health Perspective and Research Agenda*, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention

of Substance Abuse, OMS, Ginebra, 1997. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_MSA\\_PSA\\_97.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_PSA_97.4.pdf)

Pacula, R. L., J. F. Chriqui y J. King, "Decriminalization in the United States: What Does It Mean?", NBER Working Paper, No. 9690, NBER, Nueva York, 2003.

Pacula, R., J. Chriqui, D. Reichmann e Y. Terry-McElrath, "State Medical Marijuana Laws: Understanding the Laws and Their Limitations", *Journal of Public Health Policy*, 23: 413-439, 2002.

Pacula, R., R. MacCoun, P. Reuter, J. Chriqui, B. Kilmer, K. Harris, L. Paoli y C. Schäfer, "What does It Mean to Decriminalize Marijuana? A Cross- National Empirical Examination", *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 16: 347-369, 2005.

Página 12, "Militante detenido", *Página 12*, sección Sociedad, Argentina, 24 de abril de 2011. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-166896-2011-04-24.html>

Pakes, F., "The Politics of Discontent: The Emergence of a New Criminal Justice Discourse in the Netherlands", *The Howard Journal of Criminal Justice*, 43 (3): 284-298, 2004.

Paoli, L., V. Greenfield y P. Reuter, *The World Heroin Market: Can Supply Be Cut?*, Oxford University Press, Oxford, 2009.

Passey, M., B. Flaherty y P. Didcott, "The Magistrates Early Referral into Treatment (MERIT) Pilot Program: A Descriptive Analysis of a Court Diversion Program in Rural Australia", *Journal of Psychoactive Drugs*, 38: 521-529, 2006.

Patton, G. C., C. Coffey, J. B. Carlin, L. Degenhardt, M. T. Lynskey y W. D. Hall, "Cannabis Use and Mental Health in Young People: Cohort Study", *British Medical Journal*, 325: 1195-1198, 2002.

Patton, G. C., J. B. Harris, M. Schwartz y G. Bowes, "Adolescent Suicidal Behaviors: A Population-Based Study of Risk", *Psychological Medicine*, 27: 715-724, 1997.

Pauwelyn, J., *Conflict of Norms in Public International Law: How WTO Law Relates to Other Rules of International Law*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

Pearson, G., "The Policing of Cannabis in the United Kingdom", *Addiction*, 102: 1175-1177, 2007.

Perez-Gomez, A., *Drug Consumption in Colombia, 1992-2003*, 2005. [No publicado.]

- Perkonig, A., R. D. Goodwin, A. Fiedler, S. Behrendt, K. Beesdo, R. Lieb y H. U. Wittchen, “The Natural Course of Cannabis Use, Abuse and Dependence during the First Decades of Life”, *Addiction*, 103 (3): 439-449, 2008.
- Pertwee, R. G., “The Diverse CB1 and CB2 Receptor Pharmacology of Three Plant Cannabinoids: Delta9-Tetrahydrocannabinol, Cannabidiol and Delta9-Tetrahydrocannabivarin”, *British Journal of Pharmacology*, 153: 199-215, 2008.
- Pijlman, F. T., S. M. Rieger, J. Hoek, H. M. Goldschmidt y R. J. Niesink, “Strong Increase in Total Delta-THC in Cannabis Preparations Sold in Dutch Coffee Shops”, *Addiction Biology*, 10 (2): 171-180, 2005.
- Polak, F., “The Boundaries of Decriminalisation: Coffee Shops and the Backdoor Problem”, *Regulating Cannabis: Options for Control in the 21st Century Symposium*, Londres, 5 de septiembre de 1998.
- Pope, H. G., A. J. Gruber, J. I. Hudson, M. A. Huestis y D. Yurgelun-Todd, “Neuropsychological Performance in Long-Term Cannabis Users”, *Archives of General Psychiatry*, 58 (10): 909-915, 2001.
- \_\_\_\_\_, “Cognitive Measures in Long-Term Cannabis Users”, *Journal of Clinical Pharmacology*, 42 (11 supl.): 41S-47S, 2002.
- Pope, H. G., A. J. Gruber y D. Yurgelun-Todd, “The Residual Neuropsychological Effects of Cannabis: The Current Status of Research”, *Drug and Alcohol Dependence*, 38: 25-34, 1995.
- Porrino, L. J., C. T. Whitlow, C. Lamborn, P. J. Laurienti y L. B. Livengood, “Impaired Performance on a Decision-Making Task by Heavy Marijuana Users: An fMRI Study”, *Symposium on the Cannabinoids, International Cannabinoid Research Society*, Burlington, 2004.
- Potter, D. J., P. Clark y M. B. Brown, “Potency of Delta 9-THC and Other Cannabinoids in Cannabis in England in 2005: Implications for Psychoactivity and Pharmacology”, *Journal of Forensic Sciences*, 53: 90-94, 2008.
- Priori, J., G. Swensen, J. Migro, R. Tomassini, A. Marshall y S. Lenton, *Implementation of a Scheme of Prohibition with Civil Penalties for the Personal Use of Cannabis and Other Matters – Report of the Working Party on Drug Law Reform to the Minister for Health*, Drug and Alcohol Office, Health Department of Western Australia, Perth, 2002.
- Pudney, S., “Keeping Off the Grass? An Econometric Model of Cannabis Consumption in Britain”, *Journal of Applied Econometrics*, 19: 435-453, 2004.

- Pudney, S., C. Badillo, M. Bryan, J. Burton, G. Conti y M. Iacovou, "Estimating the Size of the UK Illicit Drug Market", en N. Singleton, R. Murray y L. Tinsley (comps.), *Measuring Different Aspects of Problem Use: Methodological Developments*, Home Office online report 16, 2006, pp. 46-120. Disponible en <<http://www.homeoffice.gov.uk>>
- Quickfall, J., y D. Crockford, "Brain Neuroimaging in Cannabis Use: A Review", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18: 318-332, 2006.
- Ramaekers, J. G., G. Berghaus, M. van Laar y O. H. Drummer, "Dose Related Risk of Motor Vehicle Crashes After Cannabis Use", *Drug and Alcohol Dependence*, 73: 109-119, 2004.
- Rehm, J., W. Gnam, S. Popova, D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, J. Patra, A. Sarnocinska-Hart y B. Taylor, "The Costs of Alcohol, Illegal Drugs, and Tobacco in Canada, 2002", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68: 886-895, 2007.
- Reinarman, C., P. D. A. Cohen y H. L. Kaal, "The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco", *American Journal of Public Health*, 94 (5): 836-842, 2004.
- Reis, L. A., M. P. Eisner, C. L. Kosary, B. F. Hankey, B. A. Miller, L. Clegg y B. K. Edwards (eds.), *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000.
- Resnick, M. D., P. S. Bearman, R. W. Blum, K. E. Bauman, K. M. Harris, J. Jones, J. Tabor, T. Beuhring, R. E. Sieving, M. Shew, M. Ireland, L. H. Bearinger y J. R. Udry, "Protecting Adolescents from Harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health", *Journal of the American Medical Association*, 278: 823-832, 1997.
- Reuter, P., P. Hirschfield y K. Davies, *Assessing the Crack-Down on Marijuana in Maryland*, University of Maryland & Northwestern University, Maryland/ Illinois, 2001. Disponible en <[http://www.drugpolicy.org/docUploads/md\\_mj\\_crackdown.pdf](http://www.drugpolicy.org/docUploads/md_mj_crackdown.pdf)>
- Rey, J. M., M. G. Sawyer, B. Raphael, G. C. Patton y M. T. Lynskey, "Mental Health of Teenagers Who Use Cannabis: Results of an Australian Survey", *British Journal of Psychiatry*, 180: 216-221, 2002.
- Robbe, H. W. J., *Influence of Marijuana on Driving*, Institute for Human Psychopharmacology, University of Limberg, Maastricht, 1994.
- Roberts, J., y D. Cole, *Making Sense of Sentencing*, University of Toronto Press,

Toronto, 1999.

Robinson, L. L., J. D. Buckley, A. E. Daigle, R. Wells, D. Benjamin, D. C. Arthur y G. D. Hammond, "Maternal Drug Use and the Risk of Childhood Nonlymphoblastic Leukemia among Offspring: An Epidemiologic Investigation Implicating Marijuana", *Cancer*, 63: 1904-1911, 1989.

Rödner Sznitman, S., B. Olsson y R. Room (comps.), *A Cannabis Reader: Global Issues and Local Experiences*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisboa, 2008. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/cannabis>

Roffman, R. A., y R. S. Stephens, *Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment*, Cambridge University Press, Nueva York, 2006.

Room, R., "The Rhetoric of International Drug Control", *Substance Use and Misuse*, 34: 1689-1707, 1999.

\_\_\_\_\_, "Trends and Issues in the International Drug Control System: Vienna 2003", *Journal of Psychoactive Drugs*, 37 (4): 373-383, 2005.

\_\_\_\_\_, "International Control of Alcohol: Alternative Paths Forward", *Drug and Alcohol Review*, 25 (6): 581-595, 2006.

Room, R., y A. Paglia, "The International Drug Control System in the Post-Cold War Era: Managing Markets or Fighting a War?", *Drug and Alcohol Review*, 18 (3): 305-315, 1999.

Roques, B., *La dangerosité des drogues: rapport au Secrétariat d'État à la santé*, La Documentation Française-Odile Jacob, París, 1999.

Rosenblatt, K. A., J. R. Daling, C. Chen, K. J. Sherman y S. M. Schwartz, "Marijuana Use and Risk of Oral Squamous Cell Carcinoma", *Cancer Research*, 64: 4049-4054, 2004.

Rossi, D., S. Harris y M. Vitarelli-Batista, "The Impacts of the Drug War in Latin America and the Caribbean In: At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global 'War on Drugs'", Open Society Institute/ International Harm Reduction Development Program, Nueva York, 2009.

Roth, M. D., G. C. Baldwin y D. P. Tashkin, "Effects of Delta-9-Tetrahydrocannabinol on Human Immune Function and Host Defense", *Chemistry and Physics of Lipids*, 121: 229-239, 2002.

- Ruchansky, Emilio, “Una condena más que alucinante”, *Página 12*, Argentina, 13 de mayo de 2011. Disponible en <<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-168076-2011-05-13.html>>
- Rush, B. R., y K. A. Urbanoski, “Estimating the Demand for Treatment for Cannabis-Related Problems in Canada”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5 (3): 181-186, 2007.
- Samuels, D., “Dr. Kush: How Medical Marijuana is Transforming the Pot Industry”, *New Yorker*, sección Archive, Nueva York, 28 de julio de 2008. Disponible en <[http://www.newyorker.com/reporting/2008/07/28/080728fa\\_fact\\_samuels](http://www.newyorker.com/reporting/2008/07/28/080728fa_fact_samuels)>
- Sarre, R., A. Sutton y T. Pulsford, *Cannabis - The Expiation Notice Approach*, Reporte Serie C, núm. 4, South Australian Attorney General’s Department, Adelaide, 1989.
- Saveland, W., y D. F. Bray, “Trends in Cannabis Use among American States with Different and Changing Legal Regimes, 1972-77”, *Contemporary Drug Problems*, 10: 335-361, 1981.
- Schäfer, C., y L. Paoli, *Drogen und Strafverfolgung: Die Anwendung des § 31 a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte*, Max Planck Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Friburgo, 2006.
- Schlosser, E., “Reefer Madness”, *The Atlantic Monthly*, 274: 45-58, 1994.
- Schmid, H., “Cannabis Use in Switzerland: The Role of Attribution of Drug Use to Friends, Urbanization and Repression”, *Swiss Journal of Psychology*, 60 (2): 99-107, 2001.
- Schweizer Bundesrat, *Botschaft über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes*, Bundesrat, Berna, 2001.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, *Polizeiliche Kriminalstatistik*, Bundesamt für Statistik, Berna, 2007.
- Selley, D. A., A. H. Lichtman y B. R. Martin, “Integration of Molecular and Behavioral Approaches to Evaluate Cannabinoid Dependence”, en R. Maldonado (comp.), *Molecular Biology of Drug Addiction*, Humana Press, Totowwa, 2003, pp. 199-220.
- Senate Special Committee on Illegal Drugs, *Cannabis: Our Position for a Canadian Public Policy*, Parliament Senate, Ottawa, 2002.
- Servicio de Información sobre las Naciones Unidas (UNIS, por sus siglas en inglés),

- “Marijuana Vending Machines in Los Angeles Are Contrary to International Drug Control Treaties, Says INCB”, UNIS/NAR/1023, Viena, 8 de febrero de 2008. Disponible en <<http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2008/unisnar1023.html>>
- Sharma, A., “Starting the Day with the Cup that Kicks”, *Hindustan Times*, Nueva Delhi, 4 de noviembre de 2007. Disponible en <<http://www.hindustantimes.com/India-news/Rajasthan/Starting-the-day-with-the-cup-that-kicks/Article1-255630.aspx>>
- Shepard, E., y P. Blackley, “The Impact of Marijuana Law Enforcement in an Economic Model of Crime”, *Journal of Drug Issues*, 37: 403-424, 2007.
- Sherman, L., D. Gottfredson, D. MacKenzie, J. Eck, P. Reuter y S. Bushway, *Preventing Crime: What Works, What Doesn't, What's Promising - A Report to the United States Congress*, Department of Criminology and Criminal Justice, University of Maryland, College Park, 1998.
- Sibbald, B., “Medical Marijuana Program ‘a Sham’: Lawyer”, *Canadian Medical Association Journal*, 167: 1153, 2002.
- Sidney, S., “Cardiovascular Consequences of Marijuana Use”, *Journal of Clinical Pharmacology*, 42: 64S-70S, 2002.
- Sidney, S., J. E. Beck, I. S. Tekawa, C. P. Quesenberry y G. D. Friedman, “Marijuana Use and Mortality”, *American Journal of Public Health*, 87: 585-590, 1997.
- Sidney, S., C. P. Quesenberry Jr., G. D. Friedman y I. S. Tekawa, “Marijuana Use and Cancer Incidence (California, United States)”, *Cancer Causes and Control*, 8: 722-728, 1997.
- Silver, W., “Juristat: Crime Statistics in Canada 2006”, *Statistics Canada*, 27 (5): 27, 2006.
- Single, E., “The Impact of Marijuana Decriminalisation: An Update”, *Journal of Public Health Policy*, 10: 456-466, 1989.
- Slaughter, J., “Marijuana Prohibition in the United States: History and Analysis of a Failed Policy”, *Columbia Journal of Law and Social Problems*, 21: 417-475, 1988.
- Smiley, A., “Marijuana: On Road and Driving Simulator Studies”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 171-191.
- Smit, F., L. Bolier y P. Cuijpers, “Cannabis Use and the Risk of Later Schizophrenia: A Review”, *Addiction*, 99 (4): 425-430, 2004.

- Smith, A. M., P. A. Fried, M. J. Hogan e I. Cameron, “Effects of Prenatal Marijuana on Response Inhibition: An fMRI Study of Young Adults”, *Neurotoxicology and Teratology*, 26: 533-542, 2004.
- Smith, D. y C. Visser, “Street-Level Justice: Situational Determinants of Police Arrest Decisions”, *Social Problems*, 29: 167-177, 1981.
- Smith, M. A., L. A. Reis Gloeckler, J. Gurney y J. Ross, “Leukemia”, en L. A. Reis Gloeckler, M. P. Eisner, C. L. Kosary, B. F. Hankey, B. A. Miller, L. Clegg y B. K. Edwards (eds.), *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1997*, National Cancer Institute, Bethesda, 2000, pp. 17-34.
- Smith, P., “Europe: Czech Lower House Approves Lower Marijuana Penalties”, *Stop the Drug War*, Washington, 14 de noviembre de 2008. Disponible en <[http://stopthedrugwar.org/chronicle/2008/nov/14/europe\\_czech\\_lower\\_house\\_approv](http://stopthedrugwar.org/chronicle/2008/nov/14/europe_czech_lower_house_approv)>
- Solivetti, L. M., *Drug Use Criminalization v. Decriminalization: An Analysis in the Light of the Italian Experience*, Swiss Federal Office of Public Health, Berna, 2001.
- Solowij, N., *Cannabis and Cognitive Functioning*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
- \_\_\_\_\_, “Long-Term Effects of Cannabis on the Central Nervous System. I. Brain Function and Neurotoxicity. II. Cognitive Functioning”, en H. Kalant, W. Corrigal, W. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999, pp. 195-265.
- \_\_\_\_\_, “Cannabis and Cognitive Functioning”, en E. S. Onaivi (comp.), *Biology of Marijuana: From Gene to Behaviour*, Taylor & Francis, Londres, 2002.
- Solowij, N., C. Respondek y P. Ward, “Functional Magnetic Resonance Imaging Indices of Memory Function in Long-Term Cannabis Users”, Symposium on the Cannabinoids, International Cannabinoid Research Society, Burlington, 2004.
- Solowij, N., R. S. Stephens, R. A. Roffman, T. Babor, R. Kadden, M. Miller, K. Christiansen, B. McRee, J. Vendetti y Marijuana Treatment Project Research Group, “Cognitive Functioning of Long-Term Heavy Cannabis Users Seeking Treatment”, *Journal of the American Medical Association*, 287: 1123-1131, 2002.
- Sourcebook of Criminal Justice Statistics, University at Albany, Hindelang Criminal Justice Research Center, Albany, 2007. Disponible en <<http://www.albany.edu/sourcebook/toc.html>>
- Spagnolo, J., “Premier Colin Barnett’s 2009 War on Drugs”, *Perth Now*, sección News,

Perth, 2 de enero de 2009. Disponible en <http://www.news.com.au/perthnow/story/0,,24868863-2761,00.html>

Special Committee on Non-Medical Use of Drugs, *Policy for the New Millenium: Working Together to Redefine Canada's Drug Strategy*, House of Commons, Ottawa, 2002.

Spivack, D., *A Fourth International Convention for Drug Policy: Promoting Public Health Policies*, The Senlis Council, París, 2004.

Spooner, C., "An Overview of Diversion Strategies for Australian Drug-Related Offenders", *Drug and Alcohol Review*, 20: 281-294, 2001.

Statistics Canada, "Cases in Adults Criminal Court by Type of Sentences; Total Convicted Cases, Prison, Conditional Sentence, Probation, by Province and Yukon Territory (Report Table 252-0017)", Juristat Canadian Centre for Justice Statistics Catalogue núm. 85-002-X, CANISM, Ottawa, 2007. Disponible en <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/85-002-x2008007-eng.pdf>

Stinson, F. S., W. J. Ruan, R. Pickering y B. F. Grant, "Cannabis Use Disorders in the USA: Prevalence, Correlates and Co-Morbidity", *Psychological Medicine*, 36: 1447-1460, 2006.

Strategy Unit, "Strategy Unit Drugs Report, May 2003", Prime Minister's Strategy Unit, Strategy Unit, Londres, 2005. Disponible en <http://image.guardian.co.uk/sys-files/Guardian/documents/2005/07/05/Report.pdf>

Stuart, R. B., K. Guire y M. Krell, "Penalty for the Possession of Marijuana: An Analysis of Some of Its Concomitants", *Contemporary Drug Problems*, 5: 553, 1976.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), "National Admissions to Substance Abuse Treatment Services", *Treatment Episode Data Set (TEDS): Highlights, 2002*, Office of Applied Studies, SAMHSA, Rockville, 2004.

\_\_\_\_\_, *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Prevalence Estimates, Standard Errors, P Values, and Sample Sizes. Section 1: Illicit Drug Use Table*, SAMSHA, Rockville, 2006. Disponible en <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k5nsduh/tabs/2k5TabsCover.pdf>

\_\_\_\_\_, "Treatment Episode Data Set (TEDS) Highlights – 2006 National Admissions to Substance Abuse Treatment Services", Office of Applied Studies OAS, DHHS, publication núm. 08-4313, Rockville, 2007. Disponible en <http://www.oas.samhsa.gov/teds2k6highlights/Tbl4.htm>

- Sutton, A., y E. McMillan, “Criminal Justice Perspectives on South Australia’s Cannabis Expiation Notice Procedures”, *Drug and Alcohol Review*, 19 (3): 281-286, 2000.
- Swaine, E. T., “Reserving”, *Yale Journal of International Law*, 31: 307-366, 2006. Disponible en <[http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol\\_31/Swaine.pdf](http://www.yale.edu/yjil/PDFs/vol_31/Swaine.pdf)>
- Swift, W., W. D. Hall y M. Teesson, “Cannabis Use and Dependence among Australian Adults: Results from the National Survey of Mental Health and Well-Being”, *Addiction*, 96: 737-748, 2001.
- Tanda, G., F. E. Pontieri y G. di Chiara, “Cannabinoid and Heroin Activation of Mesolimbic Dopamine Transmission by a Common MUI Opioid Receptor Mechanism”, *Science*, 276: 2048-2050, 1997.
- Tanner, J., S. Davies y B. O’Grady, “Whatever Happened to Yesterday’s Rebels? Longitudinal Effects of Youth Delinquency on Education and Employment”, *Social Problems*, 46: 250-274, 1999.
- Tashkin, D. P., “Effects of Cannabis on the Respiratory System”, en H. Kalant, W. Corrigall, W. D. Hall y R. Smart (comps.), *The Health Effects of Cannabis*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 1999.
- \_\_\_\_\_, “Smoked Marijuana as a Cause of Lung Injury”, *Monaldi Archives for Chest Disease*, 63: 93-100, 2005.
- Tashkin, D. P., G. C. Baldwin, T. Sarafian, S. Dubinett y M. D. Roth, “Respiratory and Immunologic Consequences of Marijuana Smoking”, *Journal of Clinical Pharmacology*, 42: 71S-81S, 2002.
- Taxman, F., y J. Bouffard, “Treatment Inside the Drug Treatment Court: The Who, What, Where, and How of Treatment Services”, *Substance Use & Misuse*, 37: 1665-1688, 2002.
- Taylor, D. R., D. M. Fergusson, B. J. Milne, L. J. Horwood, T. E. Moffitt, M. R. Sears y R. Poulton, “A Longitudinal Study of the Effects of Tobacco and Cannabis Exposure on Lung Function in Young Adults”, *Addiction*, 97: 1055-1061, 2002.
- Taylor, D. R., R. Poulton, T. Moffitt, P. Ramankutty y M. Sears, “The Respiratory Effects of Cannabis Dependence in Young Adults”, *Addiction*, 95: 1669-1677, 2000.
- Tennes, K., N. Avitable, C. Blackard, C. Boyles, B. Hasoun, L. Holmes y M. Kreye, “Marihuana: Prenatal and Postnatal Exposure in the Human”, en T. Pinkert (comp.), *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Abuse*, US Department of Health and Human Services, Rockville, 1985, pp. 48-60.

- Tetrault, J. M., K. Crothers, B. A. Moore, R. Mehra, J. Concato y D. A. Fiellin, “Effects of Marijuana Smoking on Pulmonary Function and Respiratory Complications: A Systematic Review”, *Archives of Internal Medicine*, 167: 221-228, 2007.
- Theis, C. F., y C. A. Register, “Decriminalisation of Marijuana and the Demand for Alcohol, Marijuana, and Cocaine”, *The Social Science Journal*, 30 (4): 385-399, 1993.
- Touzé, G., y P. Goltzman, “América Latina debate sobre drogas, I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas”, Intercambios Asociación Civil/ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina, 2011.
- True, W. R., A. C. Heath, J. F. Scherrer, H. Xian, N. Lin, S. A. Eisen, M. J. Lyons, J. Goldberg y M. T. Tsuang, “Interrelationship of Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder and Alcohol and Marijuana Dependence Symptoms”, *American Journal of Medical Genetics*, 88: 391-397, 1999.
- Turner, S., D. Longshore, S. Wenzel, E. Deschenes, P. Greenwood, T. Fain, A. Harrell, A. Morral, F. Taxman, M. Iguchi, J. Greene y D. McBride, “A Decade of Drug Treatment Court Research”, *Substance Use & Misuse*, 37: 1489-1527, 2002.
- Uitermark, J., “The Origins and Future of the Dutch Approach Toward Drugs”, *Journal of Drug Issues*, 34: 511-532, 2004. Disponible en <<http://www.ce-dro-uva.org/lib/uitermark.origins.html>>
- UK Drug Policy Commission, *Submission to the ACMD Cannabis Classification Review 2008*, UK Drug Policy Commission, Londres, 2008.
- UK Cannabis Internet Activists (UKCIA), *Major Political Research Studies*, UKCIA, Norwich, 2000. Disponible en <<http://www.ukcia.org/politics/studies.html>>
- Ulrich, T., “Pretrial Diversion in the Federal Court System”, *Federal Probation*, 66: 30-37, 2002.
- Urbanoski, K. A., C. J. Strike y B. R. Rush, “Individuals Seeking Treatment for Cannabis-Related Problems in Ontario: Demographic and Treatment Profile”, *European Addiction Research*, 11 (5): 115-123, 2005.
- US House of Representatives United States General Accounting Office, *Marijuana, Early Experiences with Four States’ Laws That Allow Use for Medical Purposes*, United States General Accounting Office, Washington, 2002.
- Van der Heijden, T., “Sizing the Dutch Cannabis Market”, EMCDDA, 2007. [Texto no publicado.]

- Van Dijk, J., “The Narrow Margins of the Dutch Drug Policy: A Cost-Benefit Analysis”, *European Journal on Criminal Policy and Research*, 6: 369-394, 1998.
- Van het Loo, M., S. Hoorens, C. van't Hof y J. Kahan, *Cannabis Policy*, RAND Corporation/European Communities, Santa Mónica, 2003.
- Van Os, J., M. Bak, M. Hanssen, R. V. Bijl, R. de Graaf y H. Verdoux, “Cannabis Use and Psychosis: A Longitudinal Population-Based Study”, *American Journal of Epidemiology*, 156: 319-327, 2002.
- Van Vliet, H. J., “Separation of Drug Markets and the Normalization of Drug Problems in the Netherlands: An Example for Other Nations?”, *Journal of Drug Issues*, 20 (2): 463-471, 1990.
- Vega, W. A., S. Aguilar-Gaxiola, L. Andrade, R. Bijl, G. Borges, J. J. CaraveoAnduaga, D. J. DeWit, S. G. Heeringa, R. C. Kessler, B. Kolody, K. R. Merikangas, B. E. Molnar, E. E. Walters, L. A. Warner y H. U. Wittchen, “Prevalence and Age of Onset for Drug Use in Seven International Sites: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology”, *Drug & Alcohol Dependence*, 68(3): 285-297, 2002.
- Wachtel, S. R., M. A. ElSohly, S. A. Ross, J. Ambre y H. de Wit, “Comparison of the Subjective Effects of Delta(9)-Tetrahydrocannabinol and Marijuana in Humans”, *Psychopharmacology*, 161: 331-339, 2002.
- Wagner, F. A., y J. C. Anthony, “Into the World of Illegal Drug Use: Exposure Opportunity and Other Mechanisms Linking the Use of Alcohol, Tobacco, Marijuana, and Cocaine”, *American Journal of Epidemiology*, 155: 918-925, 2002.
- Warburton, C., *The Economic Results of Prohibition*, Columbia University Press, Nueva York, 1932.
- Warburton, H., T. May y M. Hough, “Looking the Other Way: The Impact of Reclassifying Cannabis on Police Warnings, Arrests and Informal Action in England and Wales”, *British Journal of Criminology*, 45: 113-128, 2005.
- Weatherburn, D., y C. Jones, “Does Prohibition Deter Cannabis Use?”, *Crime Bulletin*, núm. 58, Bureau of Crime Statistics and Research/ NSW Attorney General's Department, Sydney, 2001. Disponible en [http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll\\_bocsar.nsf/vwFiles/cjb58.pdf/\\$file/c](http://www.lawlink.nsw.gov.au/lawlink/bocsar/ll_bocsar.nsf/vwFiles/cjb58.pdf/$file/c)
- Weitzer, R., y S. Tuch, “Race, Class, and Perceptions of Discrimination by the Police”, *Crime & Delinquency*, 45: 494-507, 1999.

- West, J., "Prostitution: Collectives and the Politics of Regulation", *Gender, Work & Organization*, 7 (2): 106-119, 2000.
- Wikipedia, *Bhang*, Wikipedia, the Free Encyclopedia, 2008. Disponible en <<http://en.wikipedia.org/wiki/Bhang>>
- \_\_\_\_\_, *Cooking with cannabis*, Wikipedia, the Free Encyclopedia, 2008. Disponible en <[http://en.wikipedia.org/wiki/Cooking\\_with\\_cannabis](http://en.wikipedia.org/wiki/Cooking_with_cannabis)>
- \_\_\_\_\_, *Cannabis Social Club*, Wikipedia, the Free Encyclopedia, 2009. Disponible en <[http://en.wikipedia.org/wiki/Cannabis\\_Social\\_Club](http://en.wikipedia.org/wiki/Cannabis_Social_Club)>
- Wikitravel, *India*, Wikitravel, the Free Travel Guide, 2008. Disponible en <<http://wikitravel.org/en/India>>
- Wilkins, C., S. Casswell, K. Bhatta y M. Pledger, *Drug Use in New Zealand: National Surveys Comparison 1998 and 2001*, Alcohol and Public Health Research Unit/University of Auckland, Nueva Zelanda, 2002.
- Wilkins, C., J. Reilly, M. Pledger y S. Casswell, "Estimating the Dollar Value on the Illicit Market for Cannabis in New Zealand", *Drug and Alcohol Review*, 24: 227-234, 2005.
- Williams, J., "The Effects of Price and Policy on Marijuana Use: What Can Be Learned from the Australian Experience?", *Health Economics*, 13: 123-137, 2004.
- Williams, J., y P. Mahmoudi, "Economic Relationship between Alcohol and Cannabis Revisited", *Economics Record*, 80: 36-48, 2004.
- Wilson, W., R. Mathew, T. Turkington, T. Hawk, R. E. Coleman y J. Provenzale, "Brain Morphological Changes and Early Marijuana Use: A Magnetic Resonance and Positron Emission Tomography Study", *Journal of Addictive Diseases*, 19: 1-22, 2000.
- Winters, K. C., y C. Y. S. Lee, "Likelihood of Developing an Alcohol and Cannabis Use Disorder during Youth: Association with Recent Use and Age", *Drug and Alcohol Dependence*, 92 (1-3): 239-247, 2008.
- Yamaguchi, K., y D. B. Kandel, "Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: III. Predictors of Progression", *American Journal of Public Health*, 74: 673-681, 1984.
- Yucel, M., N. Solowij, C. Respondek, S. Whittle, A. Fornito, C. Pantelis y D. I. Lubman, "Regional Brain Abnormalities Associated with Long-Term Heavy Cannabis

- Use”, *Archives of General Psychiatry*, 65: 694-701, 2008.
- Zábransky, T., “Czech Drug Laws as an Arena of the Drug Policy Battle”, *Journal of Drug Issues*, 34: 661-685, 2004.
- Zábransky, T., V. Mravčík, H. Gajdošíkova y M. Miovsky, “PAD: Impact Analysis Project of New Drugs Legislation (Summary Final Report)”, Office of the Czech Government, Secretariat of the National Drug Commission, Praga, 2001. Disponible en <[http://www.ak-ps.cz/client/files/PAD\\_en.pdf](http://www.ak-ps.cz/client/files/PAD_en.pdf)>
- Zaluar, A., *Violence Related to Illegal Drugs, “Easy Money” and Justice in Brazil: 1980-1995*, Discussion Paper No. 35, Management of Social Transformations (MOST), UNESCO, París, s.f. Disponible en <<http://www.unesco.org/most/zaluar.htm>>
- Zammit, S., P. Allebeck, S. Andréasson, I. Lundberg y G. Lewis, “Self Reported Cannabis Use as a Risk Factor for Schizophrenia in Swedish Conscripts of 1969: Historical Cohort Study”, *British Medical Journal*, 325: 1199-1201, 2002.
- Zammit, S., G. Spurlock, H. Williams, N. Norton, N. Williams, M. C. O’Donovan y M. J. Owen, “Genotype Effects of CHRNA7, CNR1 and COMT in Schizophrenia: Interactions with Tobacco and Cannabis Use”, *The British Journal of Psychiatry*, 191: 402-407, 2007.
- Zeese, K. B., “History of Medical Marijuana Policy in US”, *International Journal of Drug Policy*, 10: 319-328, 1999.
- Zhang, Z. F., H. Morgenstern, M. R. Spitz, D. P. Tashkin, G. P. Yu, J. R. Marshall, T. C. Hsu y S. P. Schantz, “Marijuana Use and Increased Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck”, *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 8: 1071-1078, 1999.
- Zimmer, L., y J. P. Morgan, *Marijuana Myths, Marijuana Facts: A Review of the Scientific Evidence*, The Lindesmith Center, Nueva York, 1997.
- Zuckerman, B., D. A. Frank, R. Hingson, H. Amaro, S. M. Levenson, H. Kayne, S. Parker, R. Vinci, K. Aboagye, L. E. Fried, H. Cabral, R. Timperi y H. Bauchner, “Effects of Maternal Marijuana and Cocaine Use on Fetal Growth”, *The New England Journal of Medicine*, 320: 762-768, 1989.

# ÍNDICE ANALÍTICO

- accidentes: 37-39, 41, 81;
  - de tránsito: 40, 76, 79-80, 234-235
  - de vehículos: 35, 37-40, 81
- advertencias: 127, 129, 131-132, 134, 140, 144, 167, 172, 183-184, 195, 253
- Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD): 71, 133-134, 183
- alcohol: 20, 23, 34, 38, 40, 65, 67, 77, 80-81, 98, 100, 104, 152, 158, 220, 227, 230, 240, 242;
  - clasificación del: 77, 79-80
  - consumo de: 19, 23, 25, 34, 38, 45, 47, 51, 55, 64-65, 74, 82, 91, 117, 125, 143-144, 172
  - costos económicos del: 81
  - dependencia del: 50, 66, 74
  - disponibilidad del: 146
  - efectos del: 82
  - legalización del: 158
  - problemas de: 51
  - producción y distribución del: 156
  - prohibición del: 29, 93, 124, 156
  - venta de: 230
- Alemania: 88, 126, 146-147, 185
  - “decisión del cannabis”: 146
  - legalización *de facto*: 144-148
  - precio: 97
  - prevalencia: 86
  - tasa de detenciones: 105, 110-111
- análisis: 72, 90, 92, 96-97, 101, 103, 113, 122-123, 125, 164, 171-174, 184, 186-187, 190, 193, 220, 243, 252, 264, 281;
  - de costos y beneficios: 192
  - de las políticas: 31, 33, 164
  - económicos: 192-193
- anandamida: 36
- aplicación: 113, 200-201, 203, 209-210, 218, 221-222;
  - de la justicia: 159
  - de la legislación: 123, 153

de la ley: 27, 104, 124, 128, 143, 149, 154-155, 168, 191-192, 221  
de la prohibición: 25, 85, 112  
de políticas: 190  
sistemática: 147

Australia: 9, 19-21, 52, 62, 70, 81, 85, 88, 97, 106, 109-110, 121-122, 126, 130-131, 141-142, 170, 173-176, 189, 214, 277;  
Aviso de Infracción por Cannabis (CIN): 175-176, 180  
Cannabis Expiation Notice Scheme (CEN) [Sistema de Notificación de Infracción del Cannabis]: 173-175, 177-179  
consumo y gastos: 99  
despenalización: 108, 127-136  
estudio sobre el impacto: 175  
precio: 97  
prevalencia: 86, 89  
prohibición con penas civiles: 137-142  
prohibición parcial: 142-143  
Simple Cannabis Offence Notice (SCON) [Notificación de Delito Menor de Cannabis]: 175  
tasa de detenciones: 105-106, 111  
Australia del Sur: 141, 173-181, 183, 193  
Australia Occidental: 141, 175, 177-181, 193, 278

Austria: 147;  
legalización *de facto*: 144-148  
tasa de detenciones: 111  
aviso de expiación: 141-142

Bélgica: 138, 152;  
leyes de control del cannabis: 138  
benzodicepinas: 79;  
clasificación global de peligrosidad: 79  
*bhang* (bebida): 151-152  
*bhang lassi* (bebida): 152  
*bhang shops*: 152, 157

Brasil: 87, 118, 136, 160-161, 163-164;  
“capitalista del narcotráfico”: 136  
despenalización: 127-136, 164  
impacto de las políticas: 164

*Bulletin on Narcotics*: 27  
búsqueda de tratamiento por los consumidores de cannabis: 113

posibles daños del consumo frecuente de cannabis: 116  
intensidad de uso: 115

Canadá: 31, 86, 97, 114, 121, 126, 129, 131-132, 153, 157, 214, 219, 277-278;  
Controlled Drugs and Substances Act (CDSA): 131  
despenalización: 132  
detenciones: 121  
precio: 97  
prevalencia: 86, 186  
“Programa de Acceso a la Marihuana Medicinal” (Medical Marijuana Access Program, MMAP): 154  
canalización: 125, 127-129, 140;  
antes del juicio: 128  
durante la sentencia: 129  
cáncer: 48-49, 54-55, 78, 155, 234;  
de próstata: 55  
de pulmón: 54, 55, 56  
del tracto aerodigestivo: 54  
oral: 55, 56  
respiratorio: 55, 82  
cánceres: 79;  
infantil: 48-49  
consumo materno de cannabis: 48  
cannabidiol (CBD): 23, 36, 76  
cannabinoides: 67  
cannabis: 11-13, 19-20, 22-31, 34, 36-37, 39-43, 46, 50, 52, 55, 57, 59-60, 63-68, 70-71, 74-80, 82-87, 90-98, 100, 102-106, 108-110, 113-114, 117-121, 127, 131-135, 138-140, 143-148, 151-152, 155-168, 170-191, 193-196, 198-202, 204-218, 220, 222-223, 227, 229-235, 239-252, 254-255, 259-261, 263-266, 280;  
abuso del: 51  
clasificación del: 13, 78  
clasificación del peligro: 77  
clasificación global de peligrosidad: 79  
como un problema: 19-20  
consumo crónico de: 42, 44, 52, 54, 60  
consumo de (véase *consumo de cannabis*): 12, 19-24, 26, 28, 31, 34-37  
consumo diario de: 21, 43, 57  
consumo, producción y distribución del: 32  
control del: 11-12, 33, 120, 153, 167, 215, 219, 223, 241, 245-249, 254, 257, 262-

266, 269  
daños causados por el: 12  
dosis elevadas de: 44  
efectos en la salud: 15, 34  
formas del: 23-25  
incautación de: 27  
lugar en el sistema: 27-29  
mercados del: 25  
mujeres consumidoras de: 45  
papel del: 28  
políticas del: 32-33  
prohibición del: 25-26  
régimen de prohibición: 25-27, 32  
tasas de consumo: 20, 27  
tráfico de: 27  
uso medicinal: 20, 26  
*Cannabis sativa* (planta): 23  
cantidades y gastos: 98;  
consumo y gastos de marihuana: 99  
Australia: 99  
Finlandia: 99  
Francia: 99  
Nueva Zelanda: 99  
Reino Unido: 99  
Estados Unidos: 99  
carga mundial de enfermedad: 278  
castigo: 136-137, 148, 153, 155, 159, 173  
centros comunitarios de tratamiento de drogas (CDT): 181-182  
centros de coordinación: 248  
“circunstancias agravantes”: 138, 143, 147  
clasificación del cannabis: 13  
clasificación de dimensiones globales de peligrosidad: 79  
clasificación de las dimensiones del peligro: 77  
*Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD-10): 50  
cocaína: 13, 23, 25, 27-28, 36, 50-51, 57, 62, 64-67, 80, 88, 91-92, 100, 102, 104, 116,  
118, 172, 227, 280;  
clasificación del peligro: 77  
clasificación global de peligrosidad: 79  
*coffee shops* neerlandesas: 9, 29, 94, 101, 144-146, 156-157, 185-189, 196-197, 222,

- Colombia: 87, 149, 160-162, 164;  
 legalización *de jure*: 161
- combinación de cannabis y alcohol: 41, 83
- Comisión de Derecho Internacional: 207
- Comisión del Cannabis: 225-235;  
 análisis de las políticas: 230  
 conclusiones y recomendaciones: 225  
 efectos de las políticas actuales: 228  
 recomendaciones de política: 231  
 tratados internacionales: 229  
 uso y daños del cannabis: 227
- Comisión para la Disuasión de la Drogadicción (CDT): 140, 181
- Comisión de Estupefacientes (Commission on Narcotic Drugs, CND): 26, 28, 31, 199, 213, 245
- Comité de Expertos de la OMS en Drogas que causan Dependencia: 30, 199
- concentración de alcohol en la sangre (CAS): 38-40
- condenas condicionales: 132
- Consejo de Europa: 214, 243
- Consejo Económico y Social (ECOSOC) de Naciones Unidas: 26
- consumo de cannabis: 19-21, 23, 38-42, 44-46, 48, 50, 52, 55-59, 61-75, 80-90, 92, 96, 98, 100, 104, 107-110, 112-113, 116-118, 120-125, 127, 131-133, 136-140, 143-144, 146, 149-151, 154, 156-157, 160, 167-170, 172-176, 178, 181-183, 185-187, 189-192, 194-196, 206, 217, 219-220, 227-229, 232, 234-235, 244, 246, 248-251, 253-254, 256-257, 261, 263;  
 consumo diario: 90  
 control del: 124-125, 127, 140, 155, 159  
 durante el embarazo: 45-49  
 en edad avanzada: 82  
 impacto en la salud pública: 82  
 y otras drogas ilegales: 66, 82
- consumo crónico de cannabis: 35, 49-50, 58, 61, 82, 234;  
 ansiedad y pánico: 81  
 bronquitis crónica: 82  
 efectos en la salud: 34  
 efectos psicológicos adversos: 50  
 enfermedades respiratorias y cardiovasculares: 50, 82  
 y función cerebral: 58-61
- consumo de cannabis por adolescentes: 19, 21, 34, 42, 64, 67, 72, 82, 150, 170-171,

227, 235, 244;  
consecuencias en la adolescencia: 62-68  
resultados educativos: 62-64  
reducción del consumo de cannabis: 22  
y otras drogas ilegales: 82, 87  
consumo de marihuana: 9, 22, 31, 41, 63-64, 86-87, 90, 96, 153-154  
medicinal: 153-154  
y gastos de marihuana: 99  
consumo de otras drogas ilegales: 45, 49, 64, 67, 92, 278  
control penal: 121, 124, 133, 137, 140, 143, 160  
Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988: 26, 29, 121, 199, 201, 203-204, 209-212, 239  
Convención de 1961: 30, 198-202, 204-206, 209-212, 215;  
“adicción a los estupefacientes”: 205  
denuncia: 200-204, 206, 216  
*denuncia selectiva*: 202  
“error” y “cambio fundamental de las circunstancias”: 202  
readhesión: 204, 206, 216  
readhesión con reserva: 202  
Convención de 1971: 30  
Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados entre Estados de 1969: 200, 203-205, 207-208, 211;  
Corte Internacional de Justicia: 201  
denuncia: 200, 202-204, 206  
derecho internacional: 200, 202-204, 207-212, 247  
“derechos y obligaciones mutuos”: 209  
“error” y “cambio fundamental de las circunstancias”: 205  
Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados entre Estados y Organizaciones Internacionales de 1986: 207  
Convención Europea de Derechos Humanos: 203  
Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte: 213  
Convención Internacional del Opio en Ginebra 1925: 120  
Convención Internacional del Opio en La Haya: 213, 242  
Convención Marco sobre el Control del Cannabis: 237-275;  
adaptación de la convención del tabaco como modelo: 240  
adicción del cannabis a una convención: 210  
adopción de una nueva convención: 207-210  
adopción del proyecto de convención: 242-243  
aprobación de leyes: 210-211

auspicios: 213-214  
denuncia: 201-202  
denuncia y readhesión con una reserva: 202-205  
disposiciones o decisiones constitucionales: 211-212  
“error” y “cambio fundamental de las circunstancias”: 205-206  
notas sobre las fuentes y las adaptaciones en el proyecto de convención: 241-242  
reinterpretación: 200-201  
reserva posratificación: 206-207  
Convención Marco para el Control del Tabaco: 210, 213, 239-243  
Convención sobre el Cannabis: 213, 215, 240, 243  
Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971: 30  
Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (Single Convention on Narcotic Drugs): 19, 26, 120, 151, 165, 217, 223, 239-242  
convenciones de drogas actuales: 198-216;  
acciones tomadas: 200-212  
caminos a seguir: 212-213  
retirada del cannabis de los convenios: 198-200  
¿un nuevo tratado?: 213-214  
convenciones internacionales: 104, 120, 127, 137, 167, 194, 196, 202, 206, 209

daños: 9, 12-13, 31-32, 50, 77, 79, 83, 121, 139, 164, 169, 189, 191, 193, 195, 197, 218-220, 228, 230, 246, 278, 280-281;  
del cannabis: 227  
físicos: 80  
psicológicos: 84  
sociales: 80, 239, 247, 261  
delta-9-tetrahidrocannabinol (THC): 23-24, 30, 36-37, 39-44, 51-52, 56, 59, 71, 75-76, 84, 93-95, 139, 184, 220, 227;  
aumento del THC en los productos del cannabis: 75  
incremento en la potencia de los productos del cannabis: 76  
mecanismos: 43  
porcentaje en los productos del cannabis: 36  
tiempo de acción: 36  
dependencia: 50-51, 66, 74, 76-80, 83-84, 220, 227, 256, 278, 281;  
del alcohol: 74  
del cannabis: 51-52, 54, 58, 66, 69, 74, 80-82, 115, 191, 228, 244, 256-257, 266  
de otras drogas: 66-67  
“dependencia física”: 80  
“dependencia psicológica”: 80

“dependencia psíquica”: 78  
depresión: 36, 52, 71-74, 76  
desarrollo fetal: 42-44  
descriminalización: 10, 124-126, 134-135, 167, 170, 172, 175-176, 189;  
    Australia: 176  
    Estados Unidos: 134, 135, 170  
    Países Bajos: 189  
    del cannabis: 172, 175  
despenalización: 124-127, 132-133, 167-168, 189;  
    Australia: 130-131  
    Brasil: 136  
    Canadá: 131-132  
    Estados Unidos: 134-136  
    Francia: 130  
    Gran Bretaña: 132-134  
    Italia: 190  
    Países Bajos: 186, 190, 195  
    del cannabis: 135, 191  
Dinamarca: 86, 140-141, 185  
    “multas policiales”: 141  
dispensarios de cannabis medicinal: 29  
disponibilidad regulada: 155-159  
dosis de cannabis: 38  
dronabinol: 30-31; *véase también* Delta-9- tetrahidrocannabinol (THC)

efectos en la salud: 34-84;  
    adversos del cannabis comparados con los de otras drogas: 77-80  
    agudos del cannabis sobre la salud: 35-42  
    consumo crónico de cannabis y función cerebral: 58-61  
    consumo de cannabis y salud mental: 68-75  
    consecuencias del consumo de cannabis en la adolescencia: 62-68  
    consumo materno de cannabis y cáncer infantil: 48-49  
    del aumento del THC en los productos del cannabis: 75-76  
    del *consumo crónico* de cannabis en la salud: 49-57  
    del consumo de cannabis en la reproducción: 42-49  
    desarrollo del feto y malformaciones congénitas: 44-46  
    en el sistema reproductivo del hombre y la mujer: 42-44  
    impacto del consumo de cannabis en la salud pública: 80-81

inmunológicos: 41-42  
intoxicación aguda y sobredosis mortal: 36-37  
lesiones accidentales: 37-41  
posnatales de la exposición intrauterina a los cannabinoides: 46-48  
efectos adversos en la salud: 34-42;  
    cánceres respiratorios: 54  
    cardiovasculares de fumar cannabis: 56  
    “dangerosité sociale” (peligrosidad social): 78  
    de fumar cannabis: 35, 53, 76  
    del cannabis: 38, 40, 43-44, 81-82, 234  
    del consumo crónico de cannabis: 35, 234  
    dependencia del cannabis: 50  
    exposición prenatal al cannabis: 47  
    farmacológicos del cannabis: 65  
    inmunológicos: 41  
    psicológicos: 23-24, 34, 76, 235  
    riesgos respiratorios de fumar cannabis: 53  
    sobredosis mortal: 79  
embarazo: 44-47;  
    consumo de cannabis durante el: 44-46  
    niños expuestos al cannabis durante el: 47  
    malformaciones en el nacimiento: 44  
España: 88, 103, 148, 152, 181, 191;  
    “club social de cannabis”: 152  
    legalización *de facto*: 144-148  
    legalización *de jure*: 149-152  
    precio: 97  
    prevalencia: 88  
esquizofrenia: 68-71, 73, 80, 116-117  
Estados Unidos: 9-10, 13, 19-21, 26, 29-31, 40, 49, 52-53, 62, 64-65, 70, 74-75, 87-88,  
    91-92, 94, 97, 101-110, 112-114, 118, 121-126, 128-129, 134-135, 145, 153, 157-  
    158, 170, 185-187, 189, 194, 210-213, 216, 219, 242, 279;  
    consumo de drogas: 88-89  
    consumo y gastos: 99  
    control del consumo: 126  
    despenalización: 127-136  
    impacto en las tasas de consumo: 170  
    legalización *de jure*: 149-152  
    National Comorbidity Survey: 92

National Household Survey on Drug Abuse: 91-92  
National Survey on Drug Use and Health: 101, 115  
precio: 94, 96-97  
prevalencia: 86, 115  
tasas de detenciones: 105-107, 111  
estimulantes: 51, 77, 79;  
  clasificación del peligro: 77  
  clasificación global de peligrosidad: 79  
  dependencia: 51  
estudios sobre el impacto en la política: 170-192;  
  análisis económicos: 192-193  
  Australia: 173-181  
  efectos en las tasas de consumo: 173  
  Estados Unidos: 170-173  
  impacto en la prevalencia del consumo: 195  
  impacto en las tasas de consumo: 170-172  
  impacto en los patrones de uso y en el acceso al mercado: 188  
  impactos sobre otros indicadores de daño: 172  
  impactos sociales de las sanciones civiles contra las penales: 177-179  
  Italia: 190-191  
  Portugal: 181-182  
  problemas con el sistema de sanciones civiles: 179-181  
  Países Bajos: 185-190  
  reducción de las consecuencias negativas de la prohibición: 196  
  Reino Unido: 183-185  
  República Checa: 191-192  
  Suiza: 191  
éxtasis: 77, 79;  
  clasificación global de peligrosidad: 79  
  
Finlandia: 20, 87, 99, 111;  
  consumo y gastos: 99  
Francia: 20, 39-40, 114, 130, 191;  
  consumo: 88  
  consumo y gastos: 99  
  despenalización: 127-136  
  precio: 97  
  prevalencia: 86, 89

tasa de detenciones: 111  
fumar: 10, 24, 35, 45, 48, 53-57, 76, 83-84, 107, 220, 227, 246;  
cannabis: 56-57, 84, 220, 227  
bronquitis crónica: 53  
infecciones respiratorias y neumonía: 53  
función cerebral: 58-61  
estructura y función del cerebro: 60-61  
funcionamiento cognitivo: 58-59  
terapia cognitivo-conductual (TCC): 52

gastos en cannabis: 99  
glaucoma: 20, 155  
“granjas de cannabis”: 101

hachís: 24, 184  
Health Maintenance Organization: 39  
heroína: 23, 25, 50-51, 62, 64-67, 77, 80, 151, 182, 227, 278, 280;  
clasificación del peligro: 77  
clasificación global de peligrosidad: 79  
efectos adversos en la salud: 79  
hombres: 22, 24, 39, 41, 43, 55, 70, 74, 86, 91-92, 106, 171, 216  
efectos del cannabis en la función reproductiva: 43  
intensidad de consumo: 91  
tasa de consumo: 86

impacto de las reformas a las políticas del cannabis: 167-197;  
advertencias y limitaciones: 167-170  
efectos de las reformas: 170  
en la prevalencia del consumo: 195  
en las tasas de consumo: 170-172  
en los patrones de uso y en el acceso al mercado: 188  
estudios sobre la política: 170-192  
sobre otros indicadores de daño: 172  
sociales de las sanciones civiles contra las penales: 177-179  
incautación de cannabis: 105, 184  
India: 19, 24, 87, 151-152, 157, 217, 222;  
legalización *de jure*: 151-152

*bhang* (bebida): 151-152  
*bhang shops*: 152, 157  
“Iniciativa Cáñamo”: 150-151  
Suiza: 149-151  
intensidad de consumo: 87, 90-91, 98, 106, 111, 221  
intoxicación por cannabis: 36  
Italia: 138, 181, 190-191;  
ABA (penalización-despenalización- penalización): 190  
consumo de drogas: 88  
despenalización: 127-136, 138, 191  
estudios sobre el impacto en las políticas: 191  
precio: 97  
prevalencia: 190

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE): 26, 28-31, 200, 216

legalización: 124-125  
legalización *de facto*: 125-126, 143-144, 155, 157, 167, 186, 190, 197, 222, 230  
Alemania: 146-147  
Austria: 147-148  
del consumo de cannabis: 142-143  
España: 148  
Países Bajos: 144  
prohibición con un principio de conveniencia: 144  
legalización *de jure*: 125-126, 143, 149, 153, 157, 167;  
Colombia: 149  
del consumo de cannabis: 142-143  
España: 152  
Estados Unidos: 149  
India: 151  
Suiza: 149-151  
legislación: 123, 135-136, 139, 146, 149, 153, 161-163, 165, 178, 191-192, 209-211, 213, 247, 250, 262, 267;  
nacional: 210-212, 252-253, 255-258, 262, 264-265  
Ley de Drogas Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas: 151

*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR): 50

marihuana: 9, 19, 22-24, 42, 44, 54, 64-65, 92-95, 103-104, 107, 109-110, 113, 115-117, 119, 134-135, 140, 149, 153-155, 164, 181, 194;  
“marihuana medicinal” (MM): 153-155, 167, 170, 194  
*nederwiet*: 24  
para uso médico: 102, 125-126  
pasteles y galletas: 24  
“sin semilla” (*skunk*): 24, 76, 184  
MDMA: 77, 79  
clasificación del peligro: 77  
clasificación global de peligrosidad: 79  
“medidas de justicia terapéutica”: 129  
mercado: 85, 87, 94, 102-103, 105, 127, 155, 158, 169, 184, 187-188, 200, 209-210, 212, 215, 219-221, 223, 229-230, 244, 258, 280;  
de cannabis: 25, 100-102, 104, 118, 158, 188-189, 195, 197, 218-219, 221, 245  
de cocaína: 102  
de sustancias psicoactivas: 29  
ilegal de drogas: 11, 85, 93, 118, 137-138, 143-144, 156, 158-159, 197, 279  
ilícito de alcohol: 93  
legal: 157  
negro: 25, 64, 98, 118, 159, 235  
(Mini Mental State Examination, MMSE): 58  
modelo de “adicción racional”: 112  
mortalidad: 36, 42, 57, 80-81  
mujeres: 22, 39, 44-48, 74, 84, 86-87, 92, 106-107, 176;  
consumo de cannabis durante el embarazo: 45-46, 73  
consumidoras de cannabis: 44  
que fuman durante el embarazo: 82  
  
Naciones Unidas: 11, 26, 165, 199, 213, 245, 267, 273-275, 279-280;  
Consejo Económico y Social (ECOSOC): 199, 213  
Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD): 11, 19, 27-28, 30, 99-100, 118, 245  
Programa de las Naciones Unidas para el Control de Drogas: 145  
Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS): 11, 31, 160, 165  
Noruega: 87, 89, 186  
notificación de infracción: 142, 177, 178  
Nueva Zelanda: 53-54, 56, 64-65, 69, 72, 103;  
consumo y gastos: 99

Ontario Prospective Prenatal Study (OPPS): 46-47

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO): 213

Organización Mundial de la Salud (OMS): 27, 30-31, 34, 191, 199, 213, 239, 243, 245, 263, 266, 268, 273, 278

auspicios: 239

Comité de Expertos en Drogas que causan Dependencia: 30, 199

European Health Behavior in School-Aged Children (EHBS): 191

Países Bajos: 19, 62, 69, 73, 75, 88, 92, 94, 101, 109-110, 116, 121-122, 144-146, 170, 185-187, 189, 195, 203, 218;

*coffee shops*: 144-145

consumo de drogas: 88

despenalización: 52

impacto en las tasas de consumo: 185

legalización *de facto*: 94, 126, 144-146, 186, 197

porcentaje de THC: 95

precio: 97

prevalencia: 86, 115, 186

“problema de la puerta trasera”: 145

prohibición con un esquema de principio de conveniencia u oportunidad: 170

tasas de detenciones: 111, 116

peligrosidad social: 78-79

planta de cannabis: 23-25, 30, 76, 92, 138, 140-142, 156, 158, 163, 180, 207, 246-248, 250;

cultivo: 28, 76, 84, 101, 103, 109, 121, 127, 130, 137, 141-142, 148, 150, 156-158, 160, 162-163, 180, 184, 211, 218, 242, 247, 250, 262, 264

políticas del cannabis: 17, 31-32, 83, 104, 167, 169, 189, 231;

castigo por consumo o posesión: 108

detenciones por consumo y posesión: 105

riesgo para los vendedores y los productores: 109

Polonia: 88;

consumo de drogas: 88

Portugal: 140, 181-182;

Centros Comunitarios de Tratamiento de Drogas (CDT): 181-182

Comisiones para la Disuasión de la Drogadicción (CDT): 140, 182

descriminalización: 140

despenalización: 182

*sistemas de canalización*: 140

posesión de cannabis: 25, 29, 104-106, 108, 116, 118-119, 124, 130-134, 137, 139-140, 142-144, 147, 151, 183-184, 219, 221, 229, 232, 235, 250  
posesión de marihuana: 9, 107-108, 115, 118, 130, 134-135, 147  
potencia: 25, 76, 93  
potencial de daño: 79;  
    de dependencia: 78  
precio: 92-98;  
    del cannabis: 97  
prevalencia: 85, 87-89, 93, 96, 106-107, 112-115, 169, 173-176, 186-189, 195-196;  
    del consumo de cannabis entre los adolescentes: 174  
    del consumo de drogas durante toda la vida: 88  
    del consumo de marihuana: 86  
    efectos de las reformas sobre la: 196  
    entre estudiantes: 187  
    entre los jóvenes: 189-190  
    Estados Unidos: 115  
    impacto en las reformas: 195  
    Países Bajos: 115  
    Reino Unido: 115  
prioridades de investigación: 234  
producción de cannabis: 100-101, 109, 199, 219, 227, 229, 269;  
    estimaciones: 100  
productos del cannabis: 127, 139, 158, 227, 244-247, 249-254, 257-261  
prohibición: 9-10, 25-27, 33, 85, 92-93, 98, 104, 116, 118, 120, 122, 125, 127, 131, 144, 154, 156, 162, 165, 170, 177, 195-196, 217, 220;  
    con advertencia: 125-126, 130, 167  
    con sanciones civiles: 125-126, 130, 141, 167, 173, 178, 192  
    *de facto* y *de jure*: 142  
    de la marihuana: 9  
    del cannabis: 25, 31, 112, 117, 120, 216, 218-219, 222, 231  
    internacional: 12, 31  
    parcial: 125-126, 142-143, 167  
“prohibición con penas civiles”: 124, 137-142, 167, 170, 195;  
    Australia: 141-142  
    Bélgica: 138  
    Dinamarca: 140-141  
    Italia: 138-139  
    Portugal: 140  
    República Checa: 139

Proyecto de Convención Marco para el Control del Cannabis: 213, 243-275  
Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (ESPAD): 85, 87, 104, 182  
psicosis: 50, 62, 69-71, 73, 76, 81, 116-117, 234

receptores cannabinoides: 36, 41, 61  
redes sociales: 103-104, 221  
reformas: 13, 15, 120, 122, 124-127, 131, 134-135, 140, 142-143, 153, 157, 159-160, 165-170, 176, 181-182, 184, 187, 194-196, 229;  
a las leyes sobre el cannabis: 168  
a las políticas del cannabis en el actual régimen: 167-197  
cuestiones conceptuales, terminología y tipologías: 122-125  
del control del consumo de cannabis: 140, 159  
del control del consumo medicinal de marihuana: 153-155  
dentro del sistema: suavizar la prohibición: 120-166  
despenalización: 127-136  
en el control del consumo de cannabis: 122, 153  
evidencias sobre los efectos de las: 170-192  
impacto en las políticas del cannabis: 167-197;  
legalización *de facto*: 124, 144-148  
legalización *de jure*: 124, 149-152  
limitaciones de datos: 167  
prohibición con penas civiles: 138-142  
prohibición parcial: 142-143  
régimenes sobre el control del consumo: 127  
tipología del control del consumo de cannabis: 126  
régimen: 9-10, 25, 85, 92, 117-118, 125, 127, 131, 134, 137, 167, 174-175, 178-181, 198, 207, 210, 215-219, 221-222, 228, 230-232, 258;  
de control de consumo de cannabis: 122, 125, 127  
de prohibición: 31-33, 117, 134, 228  
de prohibición del cannabis: 85-119  
de reforma del control del cannabis: 127, 155  
estancado: 30-31  
órganos del régimen internacional: 26-27  
internacional de fiscalización de drogas: 28, 32, 217, 232  
internacional de prohibición: 25-26, 85, 127, 219  
internacional del cannabis: 198  
internacional y las leyes nacionales y locales: 29  
Reino Unido: 19-20, 70-71, 91, 97-98, 103, 118, 128, 183-186, 280;

Advisory Council on the Misuse of Drugs [Consejo Asesor sobre el Abuso de Drogas]: 183

- consumo de drogas: 88
- consumo y gastos: 98-99
- despenalización: 126-136
- estudios sobre el impacto en la política: 170-192
- precio: 97
- prevalencia: 86, 115
- Servicio Nacional de Inteligencia Criminal (NCIS): 97
- tasas de detenciones: 111
- tipos de reformas: 126
- United Kingdom Drug Policy Commission [Comisión sobre Políticas de Drogas del Reino Unido]: 185

remisiones por parte de la justicia penal: 115

República Checa: 88, 139, 191;

- consumo de drogas: 88
- descriminalización: 139

resultados educativos: 62

riesgo: 68, 76;

- de cáncer respiratorio: 54
- de efectos psicológicos: 76
- de enfermedades cardiovasculares: 57, 234
- de enfermedades respiratorias: 57, 227, 234
- de infarto de miocardio: 57
- de síntomas psicóticos: 69, 76
- de suicidio: 74-75
- esquizofrenia: 69
- para los vendedores y los productores: 109
- propensión de sida: 41-42
- “riesgo relativo” [RR]: 39
- respiratorio de fumar cannabis: 53

Rusia: 88;

- consumo de drogas: 88

salud mental: 35, 50, 68;

- esquizofrenia: 68-73, 80, 116-117
- depresión: 36, 52, 71-74, 76
- psicosis y esquizofrenia: 68-71
- suicidio: 74-75

trastornos afectivos: 71-74  
trastornos psicóticos: 70  
salud pública: 35, 125, 165, 209, 214, 230, 240  
comparaciones del cannabis con otras drogas: 77  
“dangerosité sociale” (peligrosidad social): 78  
“toxicité générale” (toxicidad general): 78  
el impacto del consumo de cannabis en la: 80  
Segunda Conferencia del Opio: 26  
sida: 20, 30, 41-42; véase también VIH  
síndrome de dependencia del cannabis: 35, 82  
síndrome de desgaste por sida: 20  
“sin semilla” (*skunk*): 24, 76, 184  
sistema internacional de fiscalización de drogas: 26, 29-30, 218, 223  
“situación mundial del cannabis”: 28  
sobredosis mortal: 36  
SR 141716A: 51  
Suecia: 9, 20, 87, 203;  
consumo de drogas: 88  
precio: 97  
prevalencia: 86  
suicidio: 74-75  
Suiza: 9, 19, 86, 106-109, 149-152, 157, 191, 203, 278  
consumo de drogas: 88  
detenciones: 105  
estudios sobre el impacto en la política: 170-192  
“Iniciativa Cáñamo”: 150-151  
legalización *de jure*: 149-151  
precio: 97  
  
tabaco: 19-20, 23-25, 34, 45, 47, 50, 54-56, 64-67, 77, 80-81, 83, 98, 100, 143-144,  
146, 158, 214-215, 220, 227, 230, 239-241, 254;  
adaptación de la convención del tabaco como modelo: 240  
efectos adversos sobre la salud: 49-50, 79  
clasificación del peligro: 77  
clasificación global de peligrosidad: 79  
Convención Marco para el Control del Tabaco: 210, 213, 239-243  
tasas de detenciones: 105-106, 113;  
de detenciones en siete países: 111

toxicidad: 78  
  toxicidad aguda: 36  
  “toxicité générale” (toxicidad general): 78-79  
traficantes: 109  
trastornos: 12, 50, 72-74, 82, 185, 220, 234;  
  afectivos: 72  
  de ansiedad: 72-73  
  depresivos: 50, 72-73  
  mentales: 12, 185, 220, 234  
tratados: 120, 122, 126, 194, 201-202;  
  internacionales: 167, 196, 200  
tratamiento: 116  
  oferta de plazas de: 116  
  terapia cognitivo-conductual (TCC): 52  
“tribunales de tratamiento de drogas” (DTC): 129  
Turquía: 88

VIH: 41-42, 279, 281  
  efectos adversos en la salud: 79  
  VIH/sida: 281  
violencia: 12, 25, 79, 93, 102-103, 118, 165

# ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO

PREFACIO

AGRADECIMIENTOS

Primera parte

POLÍTICAS SOBRE EL CANNABIS: MÁS ALLÁ DEL ESTANCAMIENTO

## I. INTRODUCCIÓN

El cannabis visto como un problema

Consumo de cannabis. ¿Quién, dónde, por qué?

Formas del cannabis: la planta y sus preparaciones

Prohibición de una planta que crece en todas partes

El cannabis en el régimen de prohibición internacional

Órganos del régimen internacional

Lugar del cannabis en el sistema

El régimen internacional y las leyes nacionales y locales

Un régimen estancado: el dronabinol

Prohibición del cannabis y las opciones: lo que un político debe saber

## II. EFECTOS EN LA SALUD Y PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE CANNABIS

Introducción

Efectos agudos del cannabis sobre la salud

Efectos del consumo de cannabis en la reproducción

Efectos del consumo crónico de cannabis en la salud

Consumo crónico de cannabis y función cerebral

Consecuencias del consumo de cannabis en la adolescencia

Consumo de cannabis y salud mental

Efectos del aumento del THC en los productos del cannabis

Efectos adversos del cannabis comparados con los de otras drogas

El impacto del consumo de cannabis en la salud pública

Resumen

CONSEJOS DE SALUD SOBRE EL CANNABIS (Anexo)

## III. RÉGIMEN DE PROHIBICIÓN DEL CANNABIS: PATRONES DE

## CONSUMO, MERCADOS Y POLÍTICAS

Prevalencia

Duración e intensidad

Precio

Cantidades y gastos

Mercados del cannabis

Políticas del cannabis

Dificultad de cumplimiento y riesgo de consumo

Búsqueda de tratamiento por los consumidores de cannabis

Estado actual

## IV. LA GAMA DE REFORMAS DENTRO DEL SISTEMA: SUAVIZAR LA PROHIBICIÓN

Introducción

Regímenes en los que se han aplicado reformas sobre el control del consumo de cannabis y algunos ejemplos

Despenalización: prohibición con advertencia o canalización

Prohibición con penas civiles (por ejemplo, multas y sanciones administrativas)

Prohibición parcial (“legalización” de facto o de jure del consumo de cannabis)

Legalización de facto (es decir, prohibición con un principio de conveniencia u oportunidad)

Legalización de jure

Un caso especial: control del consumo medicinal de marihuana

Reformar más allá de permitir el consumo de cannabis: regulación de la disponibilidad

Conclusiones

Nuevas iniciativas en América Latina: reforma dentro del sistema

## V. IMPACTO DE LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DEL CANNABIS EN EL ACTUAL RÉGIMEN DE CONTROL DE DROGAS

Introducción

Advertencias y limitaciones de datos

Evidencias sobre los efectos de las reformas

Estudios sobre el impacto en la política

Análisis económicos

Marihuana medicinal

Conclusiones e implicaciones

## VI. MÁS ALLÁ DE LAS CONVENCIONES DE DROGAS ACTUALES

Retirada del cannabis de las convenciones

Acciones tomadas por un solo país o un grupo de países

Posibles caminos a seguir  
¿Un nuevo tratado? Algunas consideraciones concretas  
Contenido  
Conclusión

## VII. CAMINOS A SEGUIR DESDE UN CALLEJÓN SIN SALIDA

### Segunda parte CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DEL CANNABIS

Conclusiones acerca del uso y los daños del cannabis  
Conclusiones acerca de los efectos de las políticas actuales  
Más allá de los tratados internacionales  
Principios para el análisis de las políticas  
Recomendaciones de política  
Prioridades de investigación (Anexo a la primera y a la segunda parte)

### Tercera parte PROYECTO DE CONVENCIÓN MARCO PARA EL CONTROL DEL CANNABIS

Antecedentes  
Adaptación de la convención del tabaco como modelo  
Notas sobre las fuentes y las adaptaciones en el proyecto de convención  
Adopción del proyecto de convención  
Proyecto de convención marco para el control del cannabis  
    Preámbulo  
    Parte I: Introducción  
    Parte II: Objetivo, principios rectores y obligaciones generales  
    Parte III: Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de cannabis  
    Parte IV: Medidas relacionadas con el control del comercio legal del cannabis y la erradicación de su comercio ilegal  
    Parte V: Protección del medio ambiente  
    Parte VI: Cuestiones relacionadas con la responsabilidad  
    Parte VII: Cooperación técnica y científica, y comunicación de información  
    Parte VIII: Arreglos institucionales y recursos financieros

Parte IX: Solución de controversias

Parte X: Desarrollo de la convención

Parte XI: Disposiciones finales

ACERCA DE LOS AUTORES Y DE LA FUNDACIÓN BECKLEY

BIBLIOGRAFÍA

ÍNDICE ANALÍTICO



La marihuana es la droga ilegal que más se consume alrededor del mundo; sin embargo, los estudios acerca de sus efectos en la salud y la efectividad de su régimen de control tienen aún un papel marginal en el debate internacional sobre el control de

drogas. Esta obra describe las características químicas de la marihuana y el régimen de control de drogas internacional; además, hace una breve reseña del consumo del *cannabis* en el mundo, en particular su uso médico. De esta manera, académicos con reconocido prestigio internacional provenientes de distintas disciplinas —medicina, economía, psiquiatría, sociología— contribuyen a colocar la investigación médica sobre la marihuana en un lugar prominente del debate político —en el sentido amplio del término— sobre el consumo de drogas.



# Índice

SUMARIO	6
PRÓLOGO	7
PREFACIO	9
AGRADECIMIENTOS	14
Primera parte. POLÍTICAS SOBRE EL CANNABIS: MÁS ALLÁ DEL ESTANCAMIENTO	15
I. INTRODUCCIÓN	16
El cannabis visto como un problema	16
Consumo de cannabis. ¿Quién, dónde, por qué?	16
Formas del cannabis: la planta y sus preparaciones	18
Prohibición de una planta que crece en todas partes	19
El cannabis en el régimen de prohibición internacional	20
Órganos del régimen internacional	21
Lugar del cannabis en el sistema	21
El régimen internacional y las leyes nacionales y locales	22
Un régimen estancado: el dronabinol	23
Prohibición del cannabis y las opciones: lo que un político debe saber	24
II. EFECTOS EN LA SALUD Y PSICOLÓGICOS DEL CONSUMO DE CANNABIS	30
Introducción	30
Efectos agudos del cannabis sobre la salud	31
Efectos del consumo de cannabis en la reproducción	35
Efectos del consumo crónico de cannabis en la salud	39
Consumo crónico de cannabis y función cerebral	44
Consecuencias del consumo de cannabis en la adolescencia	46
Consumo de cannabis y salud mental	50
Efectos del aumento del THC en los productos del cannabis	54
Efectos adversos del cannabis comparados con los de otras drogas	55
El impacto del consumo de cannabis en la salud pública	58
Resumen	59
CONSEJOS DE SALUD SOBRE EL CANNABIS (Anexo)	60
III. RÉGIMEN DE PROHIBICIÓN DEL CANNABIS: PATRONES	

<b>DE CONSUMO, MERCADOS Y POLÍTICAS</b>	<b>79</b>
Prevalencia	79
Duración e intensidad	82
Precio	85
Cantidades y gastos	89
Mercados del cannabis	92
Políticas del cannabis	95
Dificultad de cumplimiento y riesgo de consumo	99
Búsqueda de tratamiento por los consumidores de cannabis	102
Estado actual	105
<b>IV. LA GAMA DE REFORMAS DENTRO DEL SISTEMA: SUAVIZAR LA PROHIBICIÓN</b>	<b>114</b>
Introducción	114
Regímenes en los que se han aplicado reformas sobre el control del consumo de cannabis y algunos ejemplos	119
Despenalización: prohibición con advertencia o canalización	119
Prohibición con penas civiles (por ejemplo, multas y sanciones administrativas)	125
Prohibición parcial (“legalización” de facto o de jure del consumo de cannabis)	128
Legalización de facto (es decir, prohibición con un principio de conveniencia u oportunidad)	129
Legalización de jure	132
Un caso especial: control del consumo medicinal de marihuana	135
Reformar más allá de permitir el consumo de cannabis: regulación de la disponibilidad	137
Conclusiones	139
Nuevas iniciativas en América Latina: reforma dentro del sistema	140
<b>V. IMPACTO DE LAS REFORMAS A LAS POLÍTICAS DEL CANNABIS EN EL ACTUAL RÉGIMEN DE CONTROL DE DROGAS</b>	<b>157</b>
Introducción	157
Advertencias y limitaciones de datos	157
Evidencias sobre los efectos de las reformas	159
Estudios sobre el impacto en la política	159
Análisis económicos	174
Marihuana medicinal	175

Conclusiones e implicaciones	176
<b>VI. MÁS ALLÁ DE LAS CONVENCIONES DE DROGAS ACTUALES</b>	<b>184</b>
Retirada del cannabis de las convenciones	184
Acciones tomadas por un solo país o un grupo de países	185
Posibles caminos a seguir	194
¿Un nuevo tratado? Algunas consideraciones concretas	194
Contenido	195
Conclusión	196
<b>VII. CAMINOS A SEGUIR DESDE UN CALLEJÓN SIN SALIDA</b>	<b>202</b>
<b>Segunda parte. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DEL CANNABIS</b>	<b>210</b>
Conclusiones acerca del uso y los daños del cannabis	211
Conclusiones acerca de los efectos de las políticas actuales	212
Más allá de los tratados internacionales	213
Principios para el análisis de las políticas	214
Recomendaciones de política	214
prioridades de investigación (Anexo a la primera y a la segunda parte)	216
<b>Tercera parte. PROYECTO DE CONVENCION MARCO PARA EL CONTROL DEL CANNABIS</b>	<b>220</b>
Antecedentes	221
Adaptación de la convención del tabaco como modelo	221
Notas sobre las fuentes y las adaptaciones en el proyecto de convención	222
Adopción del proyecto de convención	223
Proyecto de convención marco para el control del cannabis	224
Preámbulo	224
Parte I: Introducción	226
Parte II: Objetivo, principios rectores y obligaciones generales	227
Parte III: Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de cannabis	229
Parte IV: Medidas relacionadas con el control del comercio legal del cannabis y la erradicación de su comercio ilegal	236
Parte V: Protección del medio ambiente	240
Parte VI: Cuestiones relacionadas con la responsabilidad	240
Parte VII: Cooperación técnica y científica, y comunicación de información	241
Parte VIII: Arreglos institucionales y recursos financieros	244

Parte VIII: Arreglos institucionales y recursos financieros	244
Parte IX: Solución de controversias	248
Parte X: Desarrollo de la convención	248
Parte XI: Disposiciones finales	250
ACERCA DE LOS AUTORES Y DE LA FUNDACIÓN BECKLEY	255
BIBLIOGRAFÍA	260
ÍNDICE ANALÍTICO	311
ÍNDICE GENERAL	330