

Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis

Observatorio
VASCO
de drogodependencias

Droga-Menpekotasunen Euskal Behatokia



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES



Informe / Txostena 17

**Documento técnico
para un debate social sobre el uso
normalizado del cannabis**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE
GAJETAKO SAILA
Droga Gaietako Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA
Y ASUNTOS SOCIALES
Dirección de Drogodependencias

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2005

ARANA BERASTEGI, Xabier

Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis / [autores, Xabier Arana Berastegi, Isabel Germán Mancebo]. — 1ª ed. — Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005 p. ; cm. — (Informe = Txostena ; 17)
ISBN 84-457-1948-3

1. Cannabis-Consumo. I. Germán Mancebo, Isabel. II. Euskadi. Dirección de Drogo dependencias. III. Título. IV. Serie.
613.83

OTROS TÍTULOS PUBLICADOS EN LA COLECCIÓN INFORME/TXOSTENA:

1. Estudio referente a conceptos y terminología en reducción de la demanda
2. Las drogas de síntesis en Bizkaia: un estudio exploratorio de las pautas de consumo
3. Sintesi-Drogak
4. Drogo dependencias: reducción de daños y riesgos
5. Escuelas de padres y madres: propuestas de actuación
6. Cannabis: de la Salud y del Derecho: Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización
7. Los medios de comunicación social ante el fenómeno de las drogas: un análisis crítico
8. Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos: estudio-diagnóstico de necesidades de intervención en prevención de riesgos en ámbitos lúdico-festivos de la CAPV
9. Situación psicosocial de consumidores de heroína no adscritos a tratamiento en el País Vasco
10. Drogas: Exclusión o Integración Social
11. Delimitación del «status» jurídico del ciudadano «consumidor de drogas»
12. El uso de ketamina en el País Vasco: de fármaco anestésico a droga de fiesta
13. Incumplimiento penal y penitenciario de personas consumidoras de drogas
14. Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV
15. El alumnado y las drogas desde la perspectiva del profesorado: ¿qué opina el personal docente vasco?
16. Drogas de ocio y perspectiva de género de la CAPV
17. Documento técnico para un debate social sobre el uso normalizado del cannabis

© Autores: Xabier Arana Berastegi, Isabel Germán Mancebo

Directores: José Luis de la Cuesta Arzamendi, Ignacio Muñagorri Lagua

Edición: 1.ª, diciembre 2005

Tirada: 1.000 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales

Internet: www.euskadi.net

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición
e impresión: Gráficas Varona - Salamanca

ISBN: 84-457-1948-3

D.L.: S. 1631-2005

Índice

Índice

Índice

I. Introducción	7
II. El cannabis y sus derivados: mitos y realidades	11
II.1. La sustancia	14
II.2. Diferentes utilidades del cannabis: especial referencia al uso terapéutico y al uso lúdico	15
II.3. Consumos y efectos sobre la salud	28
II.4. Cuestión económica	33
II.5. Cuestión política	35
III. Estudio y evolución de las diferentes políticas en materia de drogas. En especial las relacionadas con el cannabis y sus derivados.	41
III.1. Políticas en materia de drogas.	43
III.2. Análisis de la legislación vigente	44
III.2.1. Legislación internacional	44
III.2.1.1. Convenios Internacionales	45
III.2.1.2. Legislación Europea	51
III.2.2. Legislación estatal	54
III.2.3. Legislación autonómica.	62
IV. Bases técnicas para un debate social sobre el cannabis	67
IV.1. Estado de la cuestión.	69
IV.2. Hacia una conceptualización terminológica	75
IV.2.1. Políticas prohibicionistas	75
IV.2.2. Políticas alternativas	77
IV.2.3. Penalización	78
IV.2.4. Despenalización	78
IV.2.5. Legalización.	78
IV.2.6. Normalización.	78
IV.2.7. Uso terapéutico	78
IV.2.8. Uso lúdico.	79
IV.2.9. Uso inadecuado	79

IV.2.10. Uso problemático	79
IV.2.11. Uso responsable	79
IV.2.12. Teoría de la escalada	79
IV.3. La persona consumidora de cannabis como sujeto de derechos .	79
V. Propuestas de regulación del cannabis y sus derivados en un Estado social y democrático de Derecho	81
V.1. Uso terapéutico	83
V.2. Uso lúdico	86
VI. Conclusiones	89
Bibliografía	95

i
tx

n
o

f
s

o
t

r
e

m
n

e
a

Parte 1 Parte 1 Parte 1

Introducción

En los últimos años se puede observar en los medios de comunicación y en diversos tipos de libros y revistas una mayor referencia al cannabis, desde su uso terapéutico hasta su uso lúdico. Un mayor conocimiento sobre el cannabis y sus derivados, sus utilidades históricas y actuales, sus consumos, las cuestiones económicas y políticas, así como su legislación, pueden ser una buena base para el cumplimiento de la resolución 7ª, aprobada por el Parlamento Vasco en relación al IV Plan Trienal de Drogodependencias, donde se solicitó «instar al Gobierno Vasco a que impulse un debate social, con la participación de todos los agentes implicados en esta materia, de cara a avanzar propuestas consensuadas sobre una progresiva liberalización, despenalización y regularización del consumo de drogas, en la medida en que propuestas de estas características puedan contribuir a evitar riesgos graves para la salud de las personas drogodependientes y a quebrar el mercado privado y el narcotráfico, reduciendo al mínimo la criminalidad que éstos generan».

El presente texto pretende contribuir a impulsar dicho debate social sobre el uso normalizado del cannabis, donde estén presentes los derechos y los deberes de todas las partes afectadas en coherencia con los principios del Estado social y democrático de Derecho y, por tanto, con los derechos humanos. Nuestra sociedad tiene la madurez suficiente para abordar un debate social de estas características, capaz de evitar la improvisación y la superficialidad con la que muchas veces se afrontan las cuestiones relacionadas con las drogas en general, y con el cannabis en particular. Los conocimientos que actualmente poseemos sobre estas cuestiones pueden ayudarnos, por un lado, a desideologizar y desmitificar algunos de los aspectos de la cuestión, y por otro, a racionalizar un debate caracterizado, entre otros aspectos, por excesivas concepciones maximalistas.



Parte 2 Parte 2 Parte 2

El cannabis y sus derivados:
mitos y realidades

El cannabis y sus derivados son la sustancia ilegal que más se consume en el mundo. De igual modo, es la droga ilegalizada que mayor tráfico soporta. El informe *World Drug Report*, de la Oficina de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (2004) aporta datos interesantes relativos a estas cuestiones (CDD/DDZ 2004: 8-9)

- «La producción mundial de marihuana ha alcanzado las 32.000 toneladas, incrementándose casi en un 33% desde 1992 y volviendo a las producciones registradas a finales de los años 90. Del total de esa producción, unas 11.500 toneladas corresponderían a los Estados Unidos —primer productor mundial—, 7.900 a Méjico y 4.000 a Colombia.
- Se estima que la producción anual de resina de cannabis (hachís) oscila entre las 5.100 y las 7.400 toneladas. Entre el 22% y el 40% de la resina de hachís producida en el mundo procede de Marruecos, el 15% de Pakistán y el 13% de Afganistán.
- El cannabis es la sustancia ilegal con la que más se trafica en el mundo. En 2002, se decomisaron en todo el mundo 5.800 toneladas de cannabis (en torno al 14% de la producción total). De esa cantidad, 4.700 toneladas corresponden a marihuana, algo más de 1.000 a resina de cannabis y unas 100 toneladas a aceite de cannabis.
- España es, con gran diferencia, el país en el que se produce la mayor parte de los decomisos de resina de cannabis: en 2002 el 53% de todos los decomisos tuvieron lugar en el Estado español (entre el 5% y el 10% de la producción mundial de resina de cannabis, por tanto, acaba en manos de los cuerpos de policía españoles). En lo que se refiere a la marihuana, el 34% se decomisó en 2002 en México, el 23% en Estados Unidos, y el 11% en México.
- El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en el mundo: se estima que es o ha sido consumida por 146 millones de personas en todo el planeta, el 3,7% de la población mundial.
- En números absolutos, el mayor número de consumidores se encuentra en Asia (44 millones), seguida de África (34,6), Europa (28,8), Norteamérica (28,5), Sudamérica (6,5) y Oceanía (3,4). En relación a la población de cada

continente, el mayor consumo relativo se da en Oceanía (donde es o ha sido consumida por el 16% de la población de 15 a 64 años). Le siguen Norteamérica (10,3%), África (7,7%), Europa (5,3%), Sudamérica (2,4%) y Asia (1,9%).

- Según los datos de la ONU, el consumo de cannabis se ha incrementado en el 53% de los países del mundo, se mantiene estable en el 33% y se ha reducido en el 14%. Se mantiene más o menos estable, por ejemplo, en Estados Unidos, pero aumenta en los países de Sudamérica. La tendencia al alza también es evidente en los países de Europa, donde, como recuerda el informe, numerosos países han suavizado su legislación con respecto a la sustancia. Los países nórdicos y, en parte, el Reino Unido, sin embargo, parecen haber estabilizado sus tasas de consumo. En los países de la Europa Oriental, el crecimiento en el consumo —bastante bajo en los años 80— no ha dejado de incrementarse desde los 90.
- Lo mismo ocurre en los países de África y en Asia, si bien en el continente asiático el incremento parece ser más lento que en otras zonas. En Oceanía, por el contrario, el consumo de esta sustancia tiende a la baja en los últimos años».

II.1. LA SUSTANCIA

Cannabis sativa L. es el nombre científico del cáñamo y pertenece a la familia de las cannabáceas. En plena naturaleza y en lugares soleados puede llegar a alcanzar una altura de 2 a 4 metros. Desde un punto de vista botánico, las cannabáceas están muy próximas a las urticáceas, cuyo principal representante es la ortiga, de ahí que las hojas de ambas plantas guarden cierta similitud (Hostettmann 2004). La planta engloba más de 60 compuestos, llamados cannabinoides. El THC (delta-9-tetrahidrocannabinol) es el cannabinoide más activo desde el punto de vista de sus propiedades psicoactivas y se suele concentrar en las flores de la planta femenina¹. Fue aislado sintetizado y definido esteroquímicamente en la década de los años sesenta, aunque ya con anterioridad, dos décadas antes, fuera identificado².

En el mercado europeo de las drogas se pueden encontrar tres formas de cannabis ilegal: «hierba de cannabis», obtenida de las sumidades florales, los tallos y las

¹ La planta es dioica, es decir, existe macho y hembra.

² Joan Sallés: «Farmacología de los cannabinoides: Mecanismos de tolerancia y dependencia». Ponencia presentada en el Workshop «Cannabis: Sobre el derecho y la salud», celebrado en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, los días 22 y 23 de 2004 (En proceso de publicación).

hojas secas de la planta³; «resina de cannabis»⁴, las secreciones resinosas secas de color marrón o negro producidas a partir de las sumidades florales de la planta, que normalmente se vende en forma de bloques comprimidos pero que también puede encontrarse en polvo; y, la menos común, el «aceite de cannabis»⁵ (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004: 82). Generalmente se consume de forma inhalada o fumada por medio de pipas (ya sean las comunes o las de agua), por vía oral (repostería variada o en infusión) y por otras vías que son muy poco utilizadas: mediante aerosoles o pulverizadores (consiguen evitar los efectos negativos relativos al humo), en forma de gotas (en casos relacionados con el glaucoma) o por administración rectal (Fernández 2003).

II.2. DIFERENTES UTILIDADES DEL CANNABIS: ESPECIAL REFERENCIA AL USO TERAPÉUTICO Y AL USO LÚDICO

El cannabis y sus derivados son unas sustancias que han sido utilizados desde hace siglos de muy diversas maneras: además del uso lúdico y el uso terapéutico⁶, esta sustancia ha sido usada en diversas culturas para usos gastronómicos, religiosos, industriales y en los procesos de socialización. Pero el cannabis no sólo lo han utilizados las personas, sino que también lo han empleado los animales. La inmensa mayoría de las culturas han tenido y tienen relación con las diferentes drogas de su entorno. Es significativa la diferente percepción social que se tiene de una determinada sustancia según cual sea la cultura mayoritaria. Así, como señala Wayland Houg (Andrews y Vinkenoo 1977: 299), en determinados países del norte de África «el alcohol está prohibido y es considerado como un pecado y una degeneración, lo mismo que la marihuana para nosotros», y achaca el horror que se tiene en Gran Bretaña al cannabis, por la más pura ignorancia. Diversos autores aseveran que en muchos países musulmanes el cannabis ocupa el lugar que el alcohol tiene en nuestro entorno cultural.

³ Denominada también marihuana, maría o simplemente hierba. Generalmente se mezcla con tabaco rubio, aunque también se puede consumir sin mezclar. Su contenido de THC varía, en la mayoría de los casos, entre el 5% y el 10%. Generalmente no suele estar adulterado, en gran medida porque una parte significativa proviene del autocultivo.

⁴ Se le conoce también por hachís o costo. Su THC varía entre el 1% y el 20%, según sea el país de procedencia. Algunas veces suele estar adulterado con elementos de lo más variado: «piensos compuestos, aceites, estiércol, derivados del petróleo, goma de coche, plásticos y sustancias parecidas. Estos adulterantes pueden causar daños imprevisibles» (Fernández 2003: 8).

⁵ Líquido concentrado, viscoso y pegajoso, se consigue mediante la mezcla de la resina con algún tipo de disolvente. Puede llegar a tener un 85% de THC.

⁶ Las cuestiones relacionadas con el uso lúdico y el uso terapéutico van a ser analizadas más adelante.

Sin embargo desde hace siglos el cannabis y sus derivados se han utilizado para diversos usos culturales, entre los que destacan:

- Uso gastronómico:** tiene un alto contenido en proteínas y albúmina⁷ y se ha llegado a emplear como aceite de cocina, como condimento para conseguir un sabor agradable y un efecto euforizante, y también para hacer dulces y helados.⁸
- Uso religioso:** Para la meditación o en rituales diversos como ocurre en la tradición hinduista⁹, pero también en la religión rasta, donde fumar cannabis forma parte de un ritual que purifica el cuerpo. El cannabis también se viene utilizando en los usos funerarios.¹⁰
- Como proceso de socialización:** En el sureste asiático se emplea en la socialización de los amigos y, en Marruecos, junto con otros países del norte de África, «existen salas especiales en donde el kif se fuma al tiempo que se transmiten a los jóvenes las danzas y las historias tradicionales» (Iversen 2001: 298-299).
- Uso creativo y artístico:** Diferentes literatos y otros artistas han usado el cannabis en sus procesos de creación. Algunos escritores franceses del siglo XIX (Baudelaire, Rimbaud y Gautier), se sirvieron del cannabis para conocer nuevas dimensiones de la consciencia y otros más recientes (Aldous Huxley y Henri Michaux) han realizado interesantes experimentos con esta sustancia.

⁷ M. Broeckers (2002: 128-130) cita a los médicos William Eidleman y Lee Hamilton de la Universidad de California, que en el año 1991 afirmaron: «El uso del Cannabis garantiza una salud insospechada y la posibilidad de solucionar los problemas alimentarios del mundo a corto plazo.»

⁸ Existen diversas publicaciones, tanto libros como revistas, donde se aportan recetas elaboradas con cáñamo.

⁹ Entre las conclusiones del informe *Indian Hemp Drugs Comisión*, se consideró injustificada la supresión del uso del cannabis, entre otras cuestiones porque su uso estaba incorporado a su ceremonial religioso: *la Comisión está en condiciones de aseverar que estaría injustificada la supresión del uso del bhang. Todos sus miembros están convencidos de que su consumo está muy arraigado entre los hindúes, está incorporado en su religión para muchos de ellos, forma parte de sus costumbres sociales, y tomado con moderación es inocuo, y posiblemente beneficioso en algunos casos, y su abuso no es tan perjudicial como el del alcohol; [...]*

Sin embargo, los miembros de la Comisión se mostraron más circunspectos en cuanto a las diversas formas del cannabis fumado, el ganja y charas. Varios fueron los testigos que afirmaron que esta droga, en su variante fumada, creaba dependencia, a la que fácilmente se accedía, pero de la que no se libraba uno sin grandísimos esfuerzos. A pesar de ello, la Comisión no consideró que la prohibición estuviera justificada o fuera necesaria. Esta prohibición sería muy difícil de aplicar, provocaría una protesta generalizada por parte de los que la consumen con fines religiosos y, lo que es peor, podría fomentar el consumo de otros narcóticos más peligrosos». (Iversen 2001: 306)

¹⁰ R.C. Clarke observó en la provincia china de Yunan, cerca de la frontera con Vietnam, que el cannabis tenía un lugar muy importante en los rituales funerarios (Matthens 2002).

El pintor Diego Rivera llegó a la conclusión de que la marihuana «estimulaba su capacidad artística» (Andrew y Vinkenoog 1977: 8).

- **Uso industrial:** Las fibras del cannabis se han utilizado para la obtención de cuerdas e hilos desde hace muchos siglos y han servido para confeccionar ropas y diversos tipos de cordajes imprescindibles para la navegación. Inicialmente las técnicas para la elaboración fueron artesanales, pero en los últimos siglos experimentaron un proceso de industrialización interesante. Sin embargo, en el siglo pasado, cuando parecía augurarse un futuro prometedor a su uso industrial, la opción por otros recursos para elaborar los mismos productos y la presión realizada en la década de los años treinta por la política prohibicionista, limitó fuertemente ese desarrollo. En la década de los años noventa, a juicio de Broeckers (2002: 82) «el re descubrimiento del cáñamo como materia prima puso fin a esta ‘tabula rasa’ en los campos de investigación científica y técnica».
- **Otros usos:** En India y Pakistán, algunos trabajadores recurrían al cannabis para reducir la fatiga y el estrés físico como consecuencia de un trabajo de muchas horas. De igual modo, los deportistas hacían un uso del cannabis con el objetivo de mejorar su fuerza física y su resistencia (Iversen 2001: 297).

El cannabis del mismo modo, se ha usado y se usa, de forraje para los animales y de alpiste para los pájaros, pero otros animales también la consumen: En Hawái las vacas y los caballos emplean las flores de la planta que suele tener efectos de leve tambaleo. En el este del continente europeo hay datos sobre corderos que van a campos sembrados de cannabis y consumen la sustancia. En América se tiene constancia que tanto los ciervos (América del Norte) como los simios (América del Sur) van a los lugares donde está sembrado el cannabis y lo consumen (Samorini 2003).

Uso terapéutico

¿De qué estamos hablando cuando empleamos la terminología *uso terapéutico*? Generalmente se ha asociado esta terminología al uso llevado a cabo por la medicina oficial o tradicional. La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 hacen referencia a *uso médico* o a *finés médicos y científicos*. Sin embargo, el uso terapéutico abarca mucho más que la mera dispensación de una receta, previo diagnóstico llevado a cabo por el personal médico. Hoy en día, como desde hace siglos, se dispone de recursos terapéuticos diferentes a los ofrecidos desde la medicina convencional. En nuestro entorno es relativamente frecuente recurrir a herboristerías o a tiendas naturistas para buscar remedio a diversos malestares o dolencias. Todos estos recursos también deberían

entrar dentro de lo que se denomina uso terapéutico. De igual modo, la automedicación¹¹ es una realidad innegable en el entorno cultural en que nos movemos y también se usa terapéuticamente. Diversos autores reiteran que la automedicación con cannabis es una opción empleada por personas aquejadas de diferentes enfermedades como la esclerosis múltiple y las lesiones de la médula espinal (Musty y Consroe 2003). Al analizar el uso terapéutico del cannabis es preciso hacer referencia también a la importancia del efecto placebo, que parece ser más eficaz en casos de sufrimiento de alto contenido psicológico o psicosomático, como pueden ser determinados trastornos psiquiátricos (ansiedad y depresión) y también en los casos que los usuarios no han mejorado con la medicina convencional. Como advierte Iversen (2001: 181-182) «estos enfermos, a quienes la medicina tradicional no les ha dado solución alguna, optan por una medicina alternativa para el alivio de sus dolencias y para muchos, el cannabis posee el valor añadido de ser un remedio natural a base de hierbas, arraigado durante cientos de años en la medicina tradicional y popular. Pero hasta el momento actual, ninguna de las indicaciones terapéuticas en las que se utiliza de modo ilegal el cannabis tiene aval alguno en los resultados obtenidos en estudios clínicos científicamente controlados. Los miles de pacientes que en la actualidad se automedican confían casi por entero en pruebas anecdóticas transmitidas verbalmente de unos a otros y en sus propias experiencias personales con la droga. Como parece lógico, los casos anecdóticos no son fiables y no pueden invocarse para convencer a los organismos gubernamentales responsables del control farmacológico que autoricen la aplicación terapéutica del cannabis, aunque los profanos nunca lleguen a entenderlo. A veces, la cantidad de individuos que dicen beneficiarse del cannabis es tan numeroso, que uno piensa: ¿qué más necesitan?». Incluso se ha llegado a reivindicar los efectos placenteros de la sustancia —sentirse a gusto, relajado,...— como uso terapéutico del cannabis. Siegel opina que hasta los más poderosos intoxicantes funcionan como medicinas y piensa que «la distinción entre consumos médicos y no médicos deber ser abandonada a favor de una conceptualización de las drogas como ‘adaptógenos’, definidos como sustancias que ayudan a la gente a ajustarse a los cambios en su medio físico o psicológico» (Husak 2001: 83).

De todos modos, no siempre es fácil de discernir si un determinado uso se puede considerar terapéutico o no. Husak (2003a) realiza interesantes reflexiones al respecto, tanto con sustancias legalizadas como con las que no lo están. El ejemplo del café es significativo: Muchas personas utilizan el café matutino para estar más despejadas, más despiertas en los quehaceres diarios. Supongamos un estudiante

¹¹ Entendemos por automedicación el consumo de un medicamento sin receta, bien sea por recomendación de alguna otra persona no facultativa, o bien porque con anterioridad un facultativo lo ha prescrito. La práctica indica que dentro de este fenómeno, se realiza desde un uso responsable de un medicamento, hasta un uso indiscriminado (Arana y Germán 2004).

que no suele tomar café y que padece somnolencia en sus primeras clases de la mañana. Tras comentar su problema con un amigo, éste le recomienda que tome café y, en pocos días, nota que está más despejado y atento en las primeras horas del día. ¿Estaríamos hablando de un uso terapéutico? Y si el amigo es un médico que le ha «recetado» café, ¿en ese caso sería terapéutico? Si cambiamos la historia anterior y en vez de café hablamos de una dexedrina, el primer supuesto ¿sería uso terapéutico? Y en el segundo supuesto, si la dexedrina es recetada por su amigo que es médico ¿podríamos hablar de uso terapéutico? No cabe duda de que las consecuencias jurídicas y sociales en el caso de la dexedrina serían muy diferentes de encontrarnos en el primer supuesto o en el segundo.

El cannabis desde hace siglos se he utilizado con finalidades terapéuticas. Diversas investigaciones¹² ponen de manifiesto el uso terapéutico del cannabis y sus derivados en la medicina china (para combatir la gripe, el paludismo, el estreñimiento, la gota, la malaria, el reumatismo y los problemas menstruales), la medicina védica (como anticongestivo, astringente, calmante, digestivo, estimulante del apetito, inductor del sueño y como anestésico en operaciones quirúrgicas). En la farmacopea de la India de 1868 aparecía como un remedio para el tétanos, la hidrofobia, el delirium tremens, las convulsiones infantiles, el asma, la fiebre del heno e, incluso, para combatir el exceso de trabajo. Durante el primer tercio del siglo XX formó parte de la farmacopea de los Estados Unidos y se suprimió porque no se conocía ninguna preparación digna de confianza, entre otras cuestiones, «porque carecía de una clasificación de las diferentes sub-especies, según la fecha y el lugar de recolección» (Andrews y Vinkenoog 1977: 9). En la farmacopea española también estuvo presente, tanto en el siglo XIX como en el primer tercio del siglo XX. Usó cita tres genéricos en los cuales se utilizaba el cannabis: extracto blando de cannabis indica o extracto graso de hachís, extracto hidroalcohólico de hachís y cogollos de cáñamo indiano¹³.

¹² Entre otros autores: Escotado 2000, Iversen 2001, Fankhauser 2003 y Durán, Laporte y Capellà 2004.

¹³ J.C. Usó, también aporta datos interesantes sobre otros productos elaborados a base de cannabis: «En España también— se fabricaron algunos específicos, como el Jarabe antinervioso de corteza de naranja amarga, bromuro potásico y hastchisch [sic], fórmula del De Campá (catedrático y decano de la Facultad de Medicina), elaborado en Valencia; el Jarabe de haschisch bromurado del Dr. Jimeno, elaborado por los farmacéuticos Salvador Punsola y Ramón Gavaldá, de Barcelona; los Cigarrillos balsámicos antiasmáticos del Dr. Andreu, confeccionados en Barcelona; el Licor de cáñamo indiano de Queralt, fabricado también en Barcelona (—193—); y el Licor Montecristo de haschisch, elaborado por Salvador Costa en Albal (Valencia), desde 1897 hasta ¡1976! A éstos también podríamos agregar varias especialidades de importación (por ejemplo, los Cigarrillos indios de cannabis indica, de Grimault y Cía., y el jarabe contra la tos Victor, de Victor Remedies Co.), así como varios extractos o tinturas de cannabis (de Parke, Davis & Co, de Houdé y de Burroughs, Wellconse y Cía)». (Matthens 2002: 192-193, Nota de la Edición Española).

Calafat (2003: 24) sostiene que el uso terapéutico del cannabis en Europa se limita a un breve período del siglo XIX en Gran Bretaña, por la relación que tuvieron los galenos ingleses con la India y que «su uso desapareció prácticamente del todo antes de que su popularización como droga crease problemas legales». Sin embargo, Fankhauser (2003: 78-83) asegura que a finales del siglo XIX el cannabis «había alcanzado una importante posición en Europa y Estados Unidos» como recurso terapéutico e, incluso, pone de manifiesto las divergencias que tenían los médicos respecto a la sustancia: mientas para un sector era un buen recurso terapéutico, para otro era una sustancia peligrosa. A juicio de este autor, los motivos por los cuáles el uso terapéutico del cannabis bajó considerablemente desde mediados del siglo XX, han sido los siguientes: a) desarrollo de la industria farmacéutica: La aparición de otros productos farmacéuticos para el tratamiento de enfermedades donde con anterioridad se prescribía el cannabis; b) inestabilidad farmacológica: el aislamiento de las sustancias activas del cannabis no se realizó hasta los años sesenta. Hasta entonces, diferentes aspectos como el origen de la sustancia, la edad, el modo de almacenamiento y la elaboración de los medicamentos, condicionaban los resultados clínicos; c) aspectos económicos: Motivado por las restricciones de la India y otros países productores y a los conflictos bélicos de las dos Guerras Mundiales, la importación de cannabis de buena calidad se complicó en el continente europeo y ello motivó un aumento de la materia prima que condicionó la subida de precios de los preparados cannábicos; d) restricciones legales: Las diversas legislaciones internacionales y estatales limitaron fuertemente el uso terapéutico hasta que éste se impidió.

La influencia de la actual política prohibicionista en materia de sustancias ilegalizadas respecto al cannabis para uso terapéutico merece una mayor atención. La aceptación por parte de las legislaciones estatales, siguiendo las directrices de los diversos Convenios Internacionales en materia de sustancias ilegalizadas, que el cannabis está incluido como narcótico peligroso al que no se le reconoce utilidad terapéutica alguna, ha coartado las expectativas de las personas que podrían hacer o hacen un uso terapéutico del cannabis, y ha condicionado los criterios terapéuticos y de investigación de determinados profesionales de la salud. Hoy en día, la actual legislación supone un fuerte impedimento para que los médicos puedan recetar cannabis por motivos terapéuticos, aunque lo consideren oportuno. Esta cuestión contrasta en gran medida con la confianza que mayoritariamente se deposita en los médicos para recetar otro tipo de drogas¹⁴. La señora Riera i Ben¹⁵, diputada en las

¹⁴ A Husak (2003a: 53-55) le resulta difícil de entender «por qué los políticos y no los médicos tienen la cualificación para decidir si, y bajo qué circunstancias, una droga determinada puede servir de ayuda en el tratamiento de un cuadro médico».

¹⁵ Cortes Generales, Comisiones Mixtas, Año 2001, VII Legislatura, n° 41, Sesión n° 10, celebrada el 29-5-2001, «Para el estudio del problema de las drogas», p. 921.

Cortes Generales, creía que no había que continuar cerrando los ojos «a la realidad y a unas praxis médicas que intentaban ayudar a enfermos con problemas graves y que de alguna manera situaba a los propios médicos y a los pacientes en un terreno de ilegalidad que era incluso inhumano». Se refería a la situación vivida por las mujeres mastectomizadas que soportan tratamientos muy dolorosos de quimioterapia y, mediante el uso del cannabis, lograr hacer más llevadera su terapia.

En la misma comparecencia, el profesor Laporte¹⁶, catedrático de farmacología, y jefe del Servicio de Farmacología Clínica en el Hospital Vall d'Hebrón, declaraba que en su Servicio de Farmacología, a los pacientes que vienen a solicitarle marihuana, la mayoría mujeres con cáncer que son resistentes a la acción de los antieméticos habituales, promueve «en la medida de lo posible, el autocultivo y la búsqueda de planta, naturalmente ilegal, mientras no tienen una planta crecida». Si, como señalábamos antes, la prescripción médica del cannabis es prácticamente imposible, el autocultivo para consumo terapéutico tiene serias limitaciones porque en un número significativo de los casos de cáncer, el tiempo que transcurre desde que es diagnosticada la enfermedad hasta que necesita consumir cannabis no hay tiempo material para el proceso de cultivo y secado de la planta. En estos casos suele recomendar la consecución de la sustancia por medio de algún amigo o conocido y, en los pocos casos que no se consigue de esta manera, se la ha llegado a suministrar el profesor Laporte. Cuando le han comentado que su conducta puede ser ilegal su argumento ha sido que «cuando la droga se le suministra a un paciente para mejorar su estado de salud esto no puede atentar contra el bien que pretende proteger el Código Penal».

Cada vez hay más información sobre el uso terapéutico del cannabis. Inicialmente las personas que deseaban informarse sobre este uso tenían serias dificultades para recabar información. En un primer momento, la encontraban en miembros de asociaciones cannábicas que, desde su formación —muchas veces autodidacta— intentaban dar respuesta a las demandas planteadas por estas personas. Actualmente la información sigue fluyendo desde las asociaciones, pero también hay otro tipo de recursos como el que ofrece el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona por medio de una página web¹⁷, donde se detalla un prospecto del cannabis para uso terapéutico. De una manera clara y concisa, se informa sobre la no permisibilidad del uso terapéutico del cannabis en España, y se reconoce que un número importante de personas están consumiendo el cannabis con esa finalidad. Por ello, avisan de los riesgos existentes (carencia de control médico, cambios en los principios activos de

¹⁶ Cortes Generales, Comisiones Mixtas, Año 2001, VII Legislatura, nº 41, Sesión nº 10, celebrada el 29-5-2001, «Para el estudio del problema de las drogas», p. 915-916.

¹⁷ www.farmaceuticonline.com

la planta, cuestiones que hacen complicado una adecuada dosificación y un seguimiento de su uso). El objetivo del prospecto es la disminución de los riesgos asociados al consumo terapéutico y desean dar información para minimizar los daños asociados al consumo de cannabis. Creen que la presentación del prospecto es un acto de responsabilidad y pretender ofrecer información para un uso responsable. Tras este preámbulo se puede acceder a información sobre uso, descripción química, indicaciones, contraindicaciones, dosificación, interacciones, efectos secundarios, embarazo y lactancia, riesgo de dependencia y advertencias especiales. La página web del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, en los escasos meses que lleva prestando este servicio, ha recibido varios miles de visitas de toda España y desde muy diversos lugares del extranjero, lo cual indica la necesidad de información que todavía requieren las personas consumidoras de cannabis.

No hace todavía un año, la ministra de sanidad Elena Salgado afirmaba: «Hay expertos y sociedades científicas que dicen que en determinados casos puede tener utilidades terapéuticas, y a nosotros no hay nada que nos asuste». (...) «Señaló que 'puede que en determinados casos se administre cannabis, siempre bajo estricto control médico', y si así lo aconsejan las investigaciones en curso» (elpaís.es, 26/07/2004). Entre las utilidades terapéuticas atribuidas al cannabis destacan:

- Calmante del dolor:** Por los datos que se tienen actualmente es de esperar que uno de los usos terapéuticos más importantes sea el tratamiento clínico del dolor (Iversen 2001).
- Antiemético:** Para paliar las reacciones adversas a los efectos secundarios de la quimioterapia (nauseas y vómitos). A juicio de Markez, Poo, Merino y Romero (2000: 53) «el interés del cannabis como antiemético está ya demostrado».
- Esclerosis múltiple:** La inmensa mayoría de las personas que padecen la esclerosis múltiple suelen padecer espasmos y otros síntomas que les provocan dolor, estrés y movilidad reducida, aspectos que inciden directamente en una fuerte limitación de sus actividades diarias. Musty y Consroe (2003: 253-260) tras revisar los estudios publicados y las revisiones bibliográficas, aun reconociendo que gran parte de los informes son anecdóticos y los ensayos clínicos se han investigado con pocos pacientes y con falta de controles, concluyen que «es posible que los agonistas de los receptores CB2, posean un potencial terapéutico en la EM [esclerosis múltiple] sin efectos embriagadores. Estos resultados ofrecen indicios directos de que: (a) los agonistas cannabinoides, especialmente los que actúan sobre los CB1, pueden mejorar la espasticidad y el temblor de la EM; (b) la anandamida y otros endocannabinoides pueden actuar favorablemente en el control de los dos síntomas más importantes de la EM; y (c) según los resultados obtenidos con el A9-THC, el alivio de la

espasticidad y el temblor descrito por pacientes que fuman marihuana es un efecto farmacológico real».

- Glaucoma:** Existen serias divergencias entre los expertos. Mientras Iversen (2001) sostiene que los datos no avalan la indicación del cannabis como uso terapéutico en casos de glaucoma, Pate (2003: 283) concluye que «los cannabinoides podrían acabar mostrando una utilidad terapéutica de gran alcance en el glaucoma bajando la PIO [presión intraocular], restableciendo la microcirculación, inhibiendo la apoptosis y minimizando el daño de radicales libres. Este hipotético mecanismo múltiple podría superar el empleado por cualquiera de los medicamentos oftálmicos actualmente en uso, y podría ayudar a explicar cómo la marihuana ha conservado la vista de algunas personas insensibles a otras terapias para el glaucoma».
- Epilepsia:** En el siglo XIX era utilizado para luchar contra la epilepsia pero, con la utilización de otros medicamentos antiepilépticos, hace más de sesenta años, no se considera área de investigación prioritaria entre las posibilidades terapéuticas del cannabis (Iversen 2001).
- Trastornos del estado de ánimo y del sueño:** Fue una de las primeras indicaciones terapéuticas por las que se empezó a utilizar el cannabis en la medicina occidental y su uso se realizó hasta la primera mitad del siglo XX. Sin embargo, los pocos estudios que se han hecho con cannabis —ya sea natural o sintético (Nabilona)— han ofrecido resultados de lo más dispares. Con la evolución de los modernos antidepresivos (Prozac,...), ansiolíticos (Valium,...) y los hipnóticos, el uso terapéutico para estas dolencias ha quedado obsoleto (Iversen 2001).
- Estimulante del apetito:** Casi una tercera parte (30%) de las personas que padecen el Sida suelen tener el *Síndrome de consumición*, caracterizado por adelgazamiento progresivo llegando a estados de caquexia asociado a estados de anorexia. En los pacientes con este diagnóstico se están utilizando el cannabis con buena tolerancia, aunque actualmente no existen estudios controlados, solamente opiniones del uso de marihuana y resultados favorables del uso de dronabinol en ensayos controlados a doble ciego (Beal y cols. 1995)¹⁸.
- Trastornos neurológicos del movimiento:** En los últimos años se ha llevado a cabo un reducido número de ensayos clínicos que ha demostrado la eficacia del cannabis ante estos trastornos. Según Müller-Vahl, Kobel, Schneider y Emrich (2003: 272-273), aunque todavía es preciso avanzar en los estudios controlados para confirmar los datos existentes, «un reducido número de

¹⁸ Citado por Marquez, Poo, Merino y Romera (2002).

ensayos clínicos ha mostrado que los cannabinoides podrían ser eficaces en este tipo de patologías. Estudios controlados sugieren su valor terapéutico para tratar los tics propios del síndrome de Tourette y para reducir la discinesia inducida por la levopoda en la enfermedad de Parkinson. Más aún, hay evidencias de que los cannabinoides podrían ser útiles en el tratamiento de algunas formas de temblor y distonía, y los datos clínicos actuales no ponen de manifiesto efectos secundarios importantes».

Actualmente se está investigando el uso terapéutico del cannabis como antitumoral y en shock postraumáticos. En el primero de los supuestos, uso terapéutico del cannabis como antitumoral, Manuel Guzmán, investigador del departamento de Bioquímica y Biología de la Universidad Complutense de Madrid, anunció que se iba a realizar un ensayo clínico para probar los supuestos efectos terapéuticos del cannabis en estos casos. Se parte de la base que el cannabis puede tener un efecto antitumoral por los resultados que han obtenido en cultivos celulares en laboratorios y en modelos de animales¹⁹. El segundo supuesto, según ha manifestado el Ejército israelí, los cuerpos médicos militares y la Universidad Hebrea de Jerusalén, van a empezar a tratar con THC, la sustancia activa de la planta del cannabis, a soldados que sufran de histeria o shock postraumático en combate²⁰.

En resumen, el uso terapéutico del cannabis se ha utilizado para intentar tratar diferentes enfermedades y no en todas ha tenido los mismos resultados, ni existe la misma documentación en unos casos que otros. El uso terapéutico del cannabis, en la gran mayoría de los casos, se ha realizado más como paliativo que como curativo. Para Iversen (2001: 265-266), los usos terapéuticos del cannabis con pruebas científicas se centran en los casos de tratamiento de náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia contra el cáncer y como estimulante que contrarresta la fuerte disminución del apetito y la caquexia asociada al Sida. Existen pruebas científicas que respaldan el uso terapéutico en casos de dolorosos espasmos musculares y quizás como método alternativo en el tratamiento de dolores clínicos resistentes. En nuestros días solamente se tienen casos anecdóticos sobre los efectos terapéuticos respecto a la esclerosis múltiple, espasticidad, lesiones de la médula espinal, migraña, glaucoma y epilepsia. Por otro lado, el nivel de seguridad del THC lo considera bueno porque presenta una toxicidad muy baja a corto y a largo plazo²¹. Hace ya algu-

¹⁹ Drogomedia.com, SIIS, Noticias de actualidad, 20/07/2004.

²⁰ <http://www.cooperativa.cl/cgi-bin/imprimir.cgi?TDIR=plantillas/extra/imprimir/pags,23/08/2004>.

²¹ De igual modo, al hacer referencia a algunos de sus efectos secundarios, como por ejemplo las reacciones centrales desagradables, intoxicación y lesiones temporales en las funciones motora y cognitiva, observa que aspectos que limitan la utilidad como fármaco del THC. Según parece, el margen entre la dosis que produce efectos deseados y no deseados es muy pequeño.

nos años, el Institute of Medicine (1999) en el informe *Marijuana and Medicine*, afirmaba en relación a la seguridad de la marihuana: «La marihuana no es una sustancia totalmente benigna. Se trata de una poderosa droga que produce efectos muy variados. No obstante, los efectos adversos de su consumo están dentro de los tolerados para otros medicamentos, excepto los peligros relacionados con el cannabis fumado».

Posteriores investigaciones sobre la actual situación del uso terapéutico del cannabis, se podrían sintetizar en:²²

- Efectos demostrados: Náuseas y vómitos, anorexia y pérdida de peso.
- Efectos relativamente bien confirmados: Espasticidad, determinadas situaciones dolorosas, especialmente de tipo neurálgico, trastornos de motilidad, asma y glaucoma.
- Efecto confirmado sobre bases menos sólidas: Alergias, inflamación, infección, epilepsia, depresión, trastornos bipolares y de ansiedad, dependencia y abstinencia de otras sustancias.
- Fase de investigación básica: Enfermedades autoinmunes, cáncer, neuroprotección, fiebre, trastornos de la presión sanguínea.

Actualmente en lugares diversos del planeta (Canadá y Países Bajos, Gran Bretaña y Suiza) el uso terapéutico del cannabis dispone de apoyo legal ante determinados supuestos, como el uso compasivo o uso humanitario, para paliar determinados dolores y las reacciones adversas de los efectos secundarios de la quimioterapia. En Estados Unidos, por el contrario, la posibilidad de utilizar cannabis desde una perspectiva terapéutica²³, ha sufrido recientemente un significativo revés. Hace unos meses, el Tribunal de Apelaciones de California consideró que no entraba dentro de la actual legislación en materia de estupefacientes de Estados Unidos, el cultivo de cannabis para uso personal con fines terapéuticos, siempre y cuando lo hubiera prescrito un médico. El Departamento de Justicia del Gobierno Bush recurrió la decisión por entender, entre otras cuestiones, «que la marihuana, sea cual sea su cantidad o su finalidad, es una droga cuya mera existencia es punible» (El País 07/06/2005), que «abre vías que socavan los esfuerzos en la lucha global contra el tráfico y el consumo de estupefacientes» y porque el Gobierno federal «cree que no

²² El orden que se indica a continuación, podría variar en virtud de los resultados de nuevas investigaciones (Grottenhermen 2003: 165).

²³ Las dos primeras iniciativas legislativas sobre el uso terapéutico del cannabis fueron en California y Arizona, en 1996. Dos años más tarde se aprobaron iniciativas parecidas en Alaska, Oregón, Washington, Nevada y Colorado (Husak 2003). Actualmente también disponen este tipo de legislación en Hawái y en Maine.

está probado científicamente que la marihuana alivie a los pacientes que sufren determinados cánceres, sida o enfermedades muy dolorosas» (Val 2005). El Tribunal Supremo, tras dilucidar sobre las competencias estatales y federales, ha sentenciado que los Estados no tienen la competencia para decidir unilateralmente sobre la cuestión. Tras este fallo, el Gobierno Federal puede perseguir y sancionar a quien consume cannabis con fines terapéuticos y a los facultativos que lo prescriban.

Dentro del Estado español son varios los Parlamentos²⁴ y las corporaciones locales²⁵ que se han posicionado a favor del uso terapéutico del cannabis. Aunque hasta el presente, la mayoría de las indicaciones terapéuticas del cannabis «tienen una efectividad clínica tristemente inadecuada, por lo que no cumplen los criterios estándar actuales» (Iversen 2001: 226-227), existen indicios suficientes para que las diversas legislaciones estatales adopten medidas legislativas con el objeto de poder llevar a cabo una normalización del uso terapéutico.

El uso terapéutico podría abarcar tanto el uso médico como otros usos terapéuticos: a) en el caso del uso médico, es necesario un protocolo de actuación²⁶, donde se tenga en cuenta —como en cualquier otro medicamento— el equilibrio necesario entre beneficio y riesgo, para considerarla droga oficial, con control de calidad y de pureza de la sustancia y pueda estar incluida en la farmacopea; b) en el supuesto de otros usos terapéuticos, abarcaría desde su dispensación en herboristerías o similares —a personas mayores de edad—, hasta el fenómeno de la automedicación. En los supuestos de adquisición en herboristerías o de automedicación, al no disponer de protocolos de actuación, existe la posibilidad de más riesgos potenciales para la salud de quien consume la sustancia.

Según diversas encuestas realizadas a operadores jurídicos, a profesionales de la salud y a la población en general, se observa una buena disposición para poder acceder legalmente a la prescripción médica del cannabis y a su regulación con fines medicinales, aunque se observa que «la población en general manifiesta posturas más permisivas en el tema del cannabis que los profesionales sanitarios e incluso los operadores jurídicos»²⁷. El debate sobre uso terapéutico del cannabis puede girar en

²⁴ Parlamento Catalán, Parlamento Vasco, Parlamento Navarro, Parlamento de la Comunidad de Madrid, Parlamento Balear, Junta de Andalucía, etc.

²⁵ A mediados del año 2004, el ayuntamiento de Eskoriatza aprobó por unanimidad una moción municipal con el objeto de regular el cultivo para autoconsumo, su tenencia y su uso terapéutico.

²⁶ Descrito en este trabajo en el apartado de legislación estatal, dentro de la legislación administrativa.

²⁷ Markez, Poo, Merino y Romera (2002: 118-119), en la investigación llevada a cabo sobre operadores jurídicos, resaltan que el 64,2% eran partidarios de que la prescripción médica de cannabis y el 71,6% manifestaban estar a favor de regular el cannabis con fines medicinales. En la encuesta realizada a profesionales de la salud mental y publicada en 2001, el 74,8% se posicionaba a favor del uso

torno a tres criterios (Ortiz Lobo 1998)²⁸: a) mantener la prohibición como sustancia terapéutica, b) permitir el uso terapéutico sólo en cuidados paliativos y, c) permitir su uso terapéutico en todas las enfermedades que respondan a sus efectos terapéuticos. En el entorno europeo parece que los dos últimos criterios, sobre todo el segundo, empiezan a tener un mayor peso específico, sobre todo, si se tiene en cuenta que «el descubrimiento del sistema cannabinoide y su participación en múltiples funciones fisiológicas básicas del organismo ha renovado el interés de la medicina por los compuestos cannabinoides» y que, «a partir de los datos preclínicos se intuye que el potencial clínico de los cannabinoides es muy amplio» (Durán, Laporte y Capellà 2004: 48-49). Joan Sallés²⁹ también presagia un interesante futuro al potencial terapéutico del cannabis: «A medida que nuestro conocimiento sobre el sistema cannabinoide crece mayor es el potencial terapéutico definible científicamente de los cannabinoides (naturales y/o sintéticos), tanto usados de forma exclusiva como en combinación con otros fármacos. En función de la evolución de los conocimientos en los próximos 5 años, parece plausible predecir que los cannabinoides alcancen el estatus de fármacos de rutina en una gran variedad de trastornos especialmente de tipo neurológico».

Uso lúdico

En muchos lugares de Euskadi se puede observar a personas de edades diferentes, generalmente jóvenes, que consumen cannabis en la calle, en bares y también en casas particulares. Esta realidad es innegable como lo demuestran los datos sobre los consumos de cannabis y sus derivados. Entre las personas que ven a otras consumir cannabis se aprecian diferentes actitudes que van desde el respeto y permisibilidad hasta el reproche moral. Resulta muchas veces sorprendente que personas consumidoras de otras drogas (alcohol, tabaco...), regañan a consumidores de cannabis —incluso con aire de superioridad— por su comportamiento degradante. En una sociedad abierta, donde los estilos de vida suelen ser muy diferentes, muchas veces se enjuicia la búsqueda del placer, sobre todo cuando esa búsqueda es por medio de sustancias ilegalizadas, como algo enfermizo. Para Husak (2001: 80) el

terapéutico del cannabis. Según la encuesta que la Revista Cábano solicitó a Sigma Dos en el año 2000, casi dos de cada tres personas (64,6%) consideraban que las personas enfermas deberían poder adquirir el cannabis legalmente de forma incondicional y sin tener que recurrir al mercado negro, aunque un 20,1% de estas personas supeditaba la cuestión a la existencia de prescripción médica.

²⁸ Citado por Markez, Poo, Merino y Romera (2002).

²⁹ «Farmacología de los cannabinoides: Mecanismos de tolerancia y dependencia». Ponencia presentada en el Workshop «Cannabis: Sobre el derecho y la salud», celebrado en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, los días 22 y 23 de 2004 (En proceso de publicación).

uso lúdico o recreativo es el «consumo que tiene por fin promover el placer, la felicidad o la euforia del consumidor». Muchas personas tenemos experiencias de usos lúdicos de drogas —legalizadas o ilegalizadas— unidas a celebraciones diversas o a otros acontecimientos. Tanto en el caso de sustancias legalizadas como ilegalizadas, la mayoría de las personas consumidoras somos conscientes de que el consumo puede tener riesgos negativos, pero estamos dispuestos a correr esos riesgos por los aspectos positivos que nos aportan. El uso responsable que se solicita a las personas consumidoras de drogas legales, también se puede reclamar a quien consume las drogas ilegalizadas.

Bakalar y Grinspoon han puesto de manifiesto que cuando se mencionan los peligros para la salud que pueden producir las drogas, se tiende a usar una definición de salud lo más amplia posible para justificar las restricciones más fuertes. Sin embargo, «cuando establecemos los propósitos legítimos para usar drogas, de las cuales la salud es obviamente uno, tratamos de definir el concepto ‘salud’ de manera estrecha para justificar de nuevo unas restricciones severas. La salud como libertad positiva —completo bienestar— es una razón legítima para prohibir las drogas pero no para consumirlas» (Husak 2001: 85).

II.3. CONSUMOS Y EFECTOS SOBRE LA SALUD

El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en la Comunidad Autónoma Vasca, algo que también ocurre en el resto del Estado español y en Europa. En muchos lugares de Euskadi el consumo se realiza abiertamente en bastantes lugares públicos y, a pesar de ser una infracción administrativa, se aprecia una tolerancia social no aplicable a ninguna otra sustancia ilegalizada. Son las personas jóvenes —entre 14 y 24 años— las que más la consumen, sobre todo las personas comprendidas entre 20 y 24 años. Superada esta edad, los consumos empiezan a decrecer. Hoy en día es en torno a los 15 años cuando los y las jóvenes tienen su primer consumo de cannabis. Hace dos décadas, la edad de inicio se situaba en los 19 años³⁰. Según ha reconocido la ministra de Sanidad y Consumo³¹, en el Estado español más de 761.000 jóvenes, entre 14 y 18 años, habían consumido cannabis en el último año, prácticamente el doble que hace diez años.

Como se explica en el V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en un estudio realizado en 2004, y ante el cambio producido en

³⁰ Análisis de situación de drogas en Euskadi. Observatorio Vasco de Drogodependencias (2004). Drogomedia.com

³¹ Comparecencia de la ministra de Sanidad y Consumo ante la Comisión mixta para el estudio del problema de la droga, 14/09/2004, p. 9.

la sociedad en torno a la consideración del cannabis, se incluyó el consumo de esta sustancia para su valoración. Los datos recogidos confirman la hipótesis de partida y alejan la imagen que la ciudadanía tiene del cannabis de la del conjunto de las llamadas drogas ilegales. El uso de cannabis es considerado bastante o muy grave por el 63,6%, quedando 13,5 puntos por detrás del porcentaje cosechado por las drogas ilegales en su conjunto y, lo que es más sorprendente, a 5 puntos del porcentaje que refleja la gravedad percibida del consumo de tabaco. Otro dato que confirma el cambio en la percepción social del cannabis es el 9,4% de la población vasca que considera «nada grave» su uso; el cannabis es la sustancia de las cuatro presentadas que ha sumado más respuestas en la categoría que resta toda gravedad a su consumo (Dirección de Drogodependencias, 2004: 21). Las personas de 15 a 49 años (generaciones que han tenido un mayor contacto y conocimiento de la sustancia) consideran más grave el consumo de tabaco que el de cannabis. Por el contrario, quienes tienen 50 o más años perciben más grave el consumo de cannabis que el de tabaco (Dirección de Drogodependencias, 2004: 22).

Pese al aumento que se ha dado del uso del cannabis en la mayoría de los países europeos, «el consumo sigue siendo en mayor parte ocasional y de corta duración» (OEDT 2004: 82-89). La probabilidad de mayores riesgos e incrementar problemas por el consumo está en las personas que hacen un consumo de forma intensivo y es precisamente en este sector donde las fuentes de información son más escasas.

El cannabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida en la Unión Europea, pero sólo un reducido porcentaje de consumidores solicitan tratamiento, aunque esta demanda ha ido en aumento en los últimos años. Así, si comparamos la evolución desde 1997 hasta el año 2001, tanto en la Comunidad Autónoma del País Vasco como en el conjunto del Estado español, se observa que en éste hubo un ascenso desde el 4,2% hasta el 7,4%. Por el contrario, en la Comunidad Autónoma el aumento fue del 3,8% al 7,5%, es decir, datos muy parecidos (OVD 2004: 70). Si bien se observa un aumento en la solicitud de tratamiento, el propio OEDT (2004) reconoce que «la magnitud y la naturaleza de los problemas detectados entre la población de consumidores de cannabis europeas siguen siendo inciertas. Igual de incierta es la cuestión de hasta qué punto los datos estadísticos sobre el aumento de demandas de tratamiento reflejan cambios en las prácticas de notificación y remisión a tratamiento en comparación con el incremento del número de personas que solicitan ayuda». Además aconseja el OEDT cautela a la hora de generalizar los datos porque sólo aparecen datos longitudinales de 11 países y, los datos aportados por España y Alemania aumentan significativamente las demandas de consumo. Las cifras del Estado español suponen casi la mitad de todas las demandas de tratamiento comunicadas, cuestión a la que no es ajena la ley Orgánica 1/1992 sobre Protección

de la Seguridad Ciudadana³², donde según el artículo 25.2, se permite la suspensión de una sanción administrativa por tenencia o consumo en público de las sustancias ilegalizadas si la persona infractora se somete a tratamiento de deshabituación.

Existe una preocupación, desde diversos sectores de la población, ante el aumento del consumo de cannabis por personas menores de edad porque con 14-15 años todavía no se ha completado el desarrollo biológico de su cerebro. «El consumo de cannabis en estas edades no tendrá las mismas consecuencias a largo plazo que el consumo por parte de un individuo adulto que ya ha contemplado todas las fases del desarrollo del sistema nervioso» (Maldonado 2004, 46). En esta misma línea, reconoce Sedó (2004, 48-50) que las personas menores de edad, consumidoras con cierta asiduidad de cannabis, tienen más posibilidades que las no consumidoras de tener problemas académicos, familiares, jurídicos, etc. A juicio de este autor, «el uso y/o manejo de cualquier droga sin prescripción médica debería realizarse cuando el corazón, el cuerpo y la mente ya gozan de una cierta estabilidad. Y éste no es el caso de los jóvenes que van al instituto a estudiar la enseñanza obligatoria».

Los efectos sobre la salud del consumo de cannabis aparecen recogidos en diversos textos pero, a juicio de Iversen (2001: 109-111) «no resulta fácil describir con precisión científica el estado de intoxicación producido por esta droga, dado que se trata de una experiencia profundamente subjetiva, difícilmente trasladable a palabras y desigual de un individuo a otro». Entre las variables a tener en cuenta destacan:

- La dosis de la sustancia: Dependiendo de la cantidad y calidad de la sustancia se puede adquirir una intoxicación placentera o, por el contrario, una intoxicación con efectos no deseados que se describen posteriormente.
- La experiencia subjetiva de la persona consumidora: Suele estar condicionada por el entorno en el que se consume la sustancia. No es lo mismo quien la consume en un ambiente agradable y acompañado de amigos, que quien la consume en el contexto de una investigación sobre el cannabis.
- El estado de ánimo y la personalidad de quien la consume: Una misma persona puede sentir efectos muy diferentes según el estado de ánimo en que se encuentre. Generalmente las personas que usan el cannabis de manera cotidiana, suelen saber en qué momento fumarlo y qué cantidad.

³² El aumento de solicitud de tratamiento va a ser analizado más detalladamente en las próximas líneas, al hacer referencia a dicha ley.

Efectos positivos

En la investigación llevada a cabo por Gamella y Jiménez (2003: 344-346), donde estudian las características y consecuencias del consumo prolongado de cannabis, desde una perspectiva socioantropológica, sobre una muestra de 204 personas, al preguntar sobre las ventajas y motivos del consumo de cannabis se recogieron las siguientes respuestas: Principalmente por sus propiedades calmantes y relajantes, algunos de sus usuarios lo utilizaban «como un instrumento de relajación para sobrellevar el estrés o los problemas de la vida cotidiana». La segunda ventaja es que potenciaba la comunicación y la sociabilidad³³. Otros alicientes del consumo de cannabis son el buen humor asociado al consumo de cannabis, el estado de bienestar y alegría, los cambios de alteración de conciencia, el placer de su sabor y de su olor y, también, por su valor terapéutico.

Efectos negativos

Según diversos consumidores en la misma investigación de Gamella y Jiménez (2003) entre las desventajas del consumo del cannabis se pueden observar: La principal desventaja es la apatía, pasividad y pereza que les provoca un consumo intenso o prolongado. Tras esta cuestión está la alteración de la memoria (olvidos, despistes, dificultades para recordar cosas,...). Pero para las personas que consumen cannabis, una de las desventajas es su ilegalidad y las consecuencias que esta cuestión tiene en el consumo diario (acoso, control social,...). También, para una minoría de personas se cita la dependencia o habituación.

Estamos acostumbrados a convivir con drogas legalizadas que, como las ilegalizadas, también tienen sus efectos secundarios. Muchos de los medicamentos recetados por el personal autorizado, tienen cantidad de efectos secundarios que cuando se leen detalladamente no animan precisamente a su consumo. Sin embargo, porque se tiene en cuenta el binomio riesgo / beneficio, se emplean con habitualidad. Los efectos secundarios no son una cuestión baladí, al contrario, se deben de tener muy en cuenta y tomar las precauciones necesarias para que no se produzcan, se minimicen, o simplemente se conozcan. En el caso del cannabis, las propias personas que lo consumen al valorar la sustancia y sus efectos, incluyen «tanto aspectos positivos como negativos. La mayoría de los consumidores son conscientes de recurrentes efectos positivos y otros negativos: lo que ocurre es que, como en tantas cosas, los beneficios percibidos superan a los costes y el cannabis emerge como la mejor droga de las disponibles para la recreación y el placer» (Gamella y Jiménez 2003: 348). Dos tablas sobre la comparación de riesgos y efectos de las dis-

³³ Una parte significativa de las personas entrevistadas, fumaban el cannabis con sus amigos, en contextos de celebración y de diversión, o bien en periodos de relajación o alterne, como los fines de semana.

tintas drogas pueden ayudarnos a valorar, desde el conocimiento actual, en qué situación se encuentra el cannabis respecto a sustancias hoy en día legalizadas —y muchas veces promocionadas por el sector privado y por el sector público— como son el alcohol, el tabaco y algunos fármacos. Como puede observarse, el cannabis tiene efectos negativos pero, como pregunta Iversen (2001: 17), *¿hasta qué punto su gravedad justifica su prohibición?*

En Europa, según destaca el Informe de la OEDT (2004: 90-91), «existen pocas iniciativas concebidas específicamente para responder al aumento de consumo de cannabis entre los jóvenes, ya que la prevención no suele orientarse hacia una sustancia en concreto». En los últimos años, en la Comunidad Autónoma Vasca, se dispone de varias iniciativas que tratan de prevenir los consumos problemáticos del cannabis y sus derivados, porque, como señala el presidente del Comité de Seguridad del Medicamento, «nada es inocuo si no se usa bien, ni siquiera el agua» (EL SEMANAL 914, 32). *Cannabis al desnudo* (Askagintza 2003), *Cannabis, información y Riesgos*³⁴ (Fernández 2003) y *Taller para un consumo responsable de cannabis* (elaborado por la Asociación Orain), son algunos ejemplos donde se da una información general sobre el cannabis (la sustancia, sus formas de presentación y de consumo, mezclas posibles, riesgos posibles, reducción de riesgos, usos terapéuticos y situación legal).

Tabla I: Comparación de los riesgos de diferentes drogas (Grotenhermen 2003: 311)

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Benzo- diacepinas	Cannabis	Tabaco
Dependencia física	*****	**	*****	***	**	****
Dependencia psíquica	*****	****	*****	****	**	*****
Daño neuronal	**	****	****	—	—	—
Toxicidad por sobredosis	**** (no en el uso terapéutico)	****	****	*	*	**** (cáncer)
Peligrosidad social	*****	*****	****	**	**	—

= sin efectos; * = muy débil; ** = débil; *** = moderado; **** = intenso; ***** = muy intenso

³⁴ También dispone de un Cuaderno para padres y madres (Fernández 2004).

Tabla 2: Comparación de los efectos adversos para la salud entre los consumidores de grandes cantidades de la forma común más perjudicial de cada sustancia³⁵

	Marihuana	Alcohol	Tabaco	Heroína
Accidente de tráfico y otros	*	**		*
Violencia y suicidio		**		
Muerte por sobredosis		*		**
Infecciones VIH y hepatitis		*		**
Cirrosis hepática		**		
Enfermedades cardíacas		*	**	
Enfermedades respiratorias	*		**	
Cáncer	*	*	**	
Trastornos mentales	*	**		
Dependencia / adicción	**	**	**	**
Efectos a largo plazo sobre el feto	*	**	*	*

* = efectos poco frecuentes o no bien establecidos; ** = efecto importante

II.4. CUESTIÓN ECONÓMICA

El cannabis y sus derivados, tanto en la economía legal como en la ilegal son sustancias que han movido y siguen moviendo mucho dinero. Históricamente, dentro de la economía legal, tuvo valor como moneda de cambio desde Carlomagno hasta el siglo XIX³⁶. El cáñamo se sigue cultivando con fines industriales, aunque ya no tiene la misma importancia en la economía como la tuviera en el siglo XIX. Pero actualmente los negocios relacionados con el cannabis siguen manteniendo su importancia. Steve Hager en la *Cannabis Cup*³⁷ celebrada en Holanda manifestó: «el cannabis es un

³⁵ W. Hall, R. Room, S. Bondy (1999), citado por F. Grotenhermen (2003: 312): «Revisión de los estudios acerca de los efectos no deseados del cannabis y del THC», en *Cannabis y cannabinoides. Farmacología, toxicología y potencial terapéutico*.

³⁶ Broeckers (2002:20) señala que «la primera ley escrita que se refiere al Cannabis fue promulgada por Carlomagno alrededor del año 800. En su 'Capitulare' obligaba a sus súbditos al cultivo de cáñamo y los campesinos podían pagar sus impuestos con semillas de cáñamo».

³⁷ Dieciséis de los 356 coffe-shops existentes en Ámsterdam participaron en la *Cannabis Cup*, donde tras catar diferentes tipos de marihuana se designa a la que, a juicio del jurado, tiene mejor calidad. Con motivo de este acontecimiento se suelen celebrar fiestas y espectáculos donde se promocionan las muestras de algunos de los establecimientos. A veces se reparten diversos objetos de promoción como pegatinas, camisetas, bolsos o gorras, e incluso se obsequiaban muestras de marihuana gratis.

negocio; es uno de los mayores negocios del mundo» (Matthens 2002: 151-152 y 184-189). Otro negocio floreciente es la venta de semillas de cannabis que se lleva a cabo de manera legal en Holanda y se exportan a otros países de la Unión Europea. En el Estado español existen un número importante de tiendas de cultivo (*grow shops*), donde se venden semillas, fertilizantes, lámparas y otros recursos para plantar cannabis, tanto en exterior como en interior. Actualmente en España otro de los negocios relacionados con el cannabis es la publicación de varias revistas sobre el tema. El uso terapéutico del cannabis ha supuesto la necesidad de tener acceso a una planta que tenga siempre la misma calidad y pureza. En Canadá, la adjudicación de un contrato, por parte del ministerio de la Salud a la empresa *Prairie Plant Systems Inc.*, para la plantación de cannabis con destino al uso terapéutico y a las necesidades de investigación, supone un montante de 5.751.250 millones de dólares en cinco años³⁸.

Si, como se ha señalado anteriormente, el cannabis es la sustancia ilegal que más se consume en el mundo, la producción mundial de marihuana ha aumentado un 33% desde 1992 (actualmente llega a las 32.000 toneladas) y la producción anual de hachís oscila entre las 5.100 y las 7.400 toneladas, la posibilidad de especular y de obtener beneficios es muy grande. A todos estos aspectos es necesario añadir todo el dinero que se mueve y las fuertes ganancias que se generan desde la economía legal en la lucha contra las conductas ilegalizadas relacionadas con el cannabis.

Solamente en Marruecos, se destinan 134.000 hectáreas al cultivo del cannabis, sobre todo en la zona del Rif (Xauen, Tetuán, Larache, Alhucemas y Taunat). El 2,5% de la población marroquí, aproximadamente 800.000 personas, dependen de las casi 100.000 explotaciones de cannabis en el Rif, donde el 75% de los pueblos tienen relación con esta actividad que, en su mayor parte, se destina al mercado europeo³⁹. Pero como ocurre con otras sustancias naturales —desde el café al cannabis— la mayoría de los beneficios obtenidos no quedan en manos de los agricultores sino que, en este caso, van a englobar las ganancias de quienes trafican con la sustancia.

Como se ha mencionado anteriormente, como el cannabis es ilegal, una parte de los recursos judiciales, policiales y penitenciarios se destinan, unas veces a combatir y otras veces a controlar esa ilegalidad. Sería conveniente realizar estudios económicos sobre el costo que soportan, no sólo las personas a las que se les aplica las diversas legislaciones (penales y administrativas), sino también la sociedad en general.

³⁸ Contract awarded for research-grade marijuana. http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/releases/2000/2000_116e.htm, 30/03/2005.

³⁹ Luis de Vega, «Marruecos levanta el velo a la droga», *abc.es*, Internacional, 17/12/2003.

II.5. CUESTIÓN POLÍTICA

La opción por introducir en las diversas listas de los Convenios Internacionales determinadas sustancias (no solo la heroína o la cocaína, sino también el opio, la hoja de coca o el cannabis) y dejar fuera de las mismas otras sustancias como el alcohol y el tabaco es una cuestión tanto política como económica. De igual modo, el inclinarse por una criminalización de la mayoría de las conductas relacionadas con las drogas ilegalizadas es también una cuestión política.

Históricamente existen muchos ejemplos sobre la ilegalización de una sustancia consumida por un colectivo para dejar fuera de la ley a esas personas. Diversos autores, entre ellos Romaní y Lamo de Espinosa recogen información interesante para poder interpretar los aspectos políticos del cannabis en la sociedad estadounidense: en el proceso de la construcción de *la gran nación americana*, que empezó en gran medida con el genocidio de los anteriores indígenas, se necesitaba un modelo unificador para dar respuesta a la amplia heterogeneidad sociocultural existente. El modelo fue la imagen de la clase media WASP (blanca, anglosajona y protestante) y estuvo muy influenciada por las organizaciones religiosas puritanas. En este contexto «las drogas resultaron un buen chivo expiatorio para no enfrentarse a las verdaderas causas de todos los tipos de conflictos con los que tropezaba la construcción de la gran nación, y se les atribuyó la causa de muchos males, los cuales se identificaban con diversas minorías étnicas que el modelo no contemplaba: el alcohol con los irlandeses parranderos, el opio con los chinos intrigantes, la coca con los enloquecidos negros del sur, la marihuana con los mexicanos indolentes. Así, en las décadas de los años veinte y treinta se fueron fiscalizando todos estos productos, fiscalización que fue, además, uno de los pilares de un modelo de control social coercitivo que encontraba de esta manera una legitimación en el interior de una sociedad democrática» (Romaní 1999: 45-47). Al sancionar el consumo de estas drogas ilegalizadas que forman parte de la vida social de un determinado grupo, además de deslegitimar a ese grupo, «siempre será posible arrestar y procesar a cualquiera de sus miembros, no ya por irlandés, italiano, chino o hippy, sino por vicioso y delincuente» (Lamo de Espinosa 1989: 33).

Las ilegalidades relacionadas con el cannabis suponen la mayoría de las actuaciones policiales y judiciales —respecto a las drogas ilegalizadas— en muchos países, entre los que se encuentran Estados Unidos y el Estado español. Así, según el FBI, el número de detenciones relacionadas con el cannabis en 2003 casi duplican las detenciones de hace 10 años y han llegado a una cifra record: 755.186. El 85% de estas detenciones están relacionadas exclusivamente con la posesión. Las detenciones por cannabis han supuesto en el año 2003 el 45% de todas las detenciones relacionadas con drogas ilegalizadas (Cebrián 2004).

De los datos disponibles del Observatorio Español sobre Drogas⁴⁰ (2003: 133-139), se deduce que más de la mitad de los detenidos por tráfico de drogas en el año 2002 estaban relacionados con el cannabis (9.042 sobre un total de 17.042 detenciones). Entre las denuncias realizadas por consumo y/o tenencia ilícita en este mismo año, algo más de dos de cada tres personas (81.949 de las 121.834 denuncias) estaban relacionadas con el cannabis. La Ertzaintza en el año 2003 realizó 490 atestados por tráfico ilícito de drogas e inició 798 expedientes por infracciones a la Ley de Seguridad Ciudadana en materia de drogas ilegalizadas. El cannabis fue la sustancia más abundante en cuanto a las cantidades incautadas. Del total de 557 detenciones llevadas a cabo en el año 2003, siete de cada diez personas arrestadas eran extranjeras, algo más de la mitad —310— eran del continente africano y algo más de una de cada tres —190— eran de Guinea Bisau.

Un ejemplo claro de la utilización política del cannabis se ha vivido no hace todavía demasiado tiempo en el Estado español. A raíz de la presentación de la Encuesta sobre Drogas 2002 en la población escolar española, entre 14 y 18 años, el que fuera ministro del Interior del anterior gobierno, Ángel Acebes, expuso su preocupación por la tendencia ascendente del consumo de cannabis y la falta de percepción de riesgos. En este contexto comentó que se iba a crear un grupo de expertos que revisaran las medidas efectivas desmontar una trama que no sólo defiende la inocuidad de estas sustancias sino sus efectos beneficiosos. Llegó a decir: «ha llegado el momento de desenmascarar a esa gente, de dar información veraz que contrarreste la manipulación de quienes pretenden lucrarse a costa de nuestros jóvenes»⁴¹. En diciembre de 2003, el entonces ministro de Interior Acebes realizaba un diagnóstico sobre la situación del cannabis en los siguientes términos: aumento del consumo, escasa percepción de riesgo entre las personas jóvenes y un notable aumento del porcentaje de THC (este último dato, que dio pie a titulares y comentarios alarmistas, era erróneo y no se ajustaba a la realidad), según una reciente investigación del OEDT⁴². Por todo ello, anunciaba la creación de un grupo de expertos para redactar un informe, en el plazo de tres meses, de análisis y propuestas desde una perspectiva multidisciplinar.

Algunas de las propuestas de actuación en el ámbito penal fueron:

- Aproximar las penas por tráfico organizado de cannabis a las penas por tráfico organizado de sustancias actualmente calificadas como causantes de grave daño a la salud.

⁴⁰ Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal. En estas cifras no se recogen los datos de la Policía Autónoma Vasca.

⁴¹ I. Herraiz, *elcorreodigital*, Sociedad, 24/07/2003

⁴² CDD/DDZ, Boletín 100, agosto 2004, pp. 8-9, (Basado en: L.A. KING (2004) *An overview of cannabis potency in Europe*. EMCDDA). En Europa solamente en los Países Bajos se había observado este fenómeno, no así en los demás países, incluido el Estado español.

- Aumentar el límite mínimo de la pena privativa de libertad del tipo básico del Artículo 368 del Código penal —actualmente fijado en 1 año— para hacerla más útil frente al pequeño tráfico, teniendo en cuenta que este incremento debe ser moderado atendiendo al principio de proporcionalidad y sin perjuicio del tratamiento privilegiado del pequeño traficante que, a la vez, es drogodependiente, como dispone el segundo párrafo del Artículo 376 del Código penal, tras la reforma llevada a cabo por la L.O. 15/2003, de 25 de noviembre.
- Para dar cumplimiento a las propuestas reflejadas en los dos apartados inmediatamente anteriores, se propone la modificación de la pena prevista en el Artículo 368 i.f. del Código penal para el tráfico de sustancias calificadas como no causantes de grave daño a la salud, que se elevaría de 1 a 3 años de privación de libertad a un intervalo de 2 a 5 años.
- Sería conveniente tomar en consideración la concentración de principio activo (THC) para la determinación de la cantidad de sustancia nociva en la aplicación de los tipos penales del art. 368 y siguientes del Código penal, visto que ésta afecta a la potencialidad lesiva de la conducta descrita en el tipo. Esto puede conseguirse mediante la inclusión de una circunstancia agravante en el catálogo del Artículo 369 del Código penal o bien mediante una apreciación por vía jurisprudencial, que debería basarse, en cada caso, en el dictamen del perito correspondiente.
- Inclusión expresa de los delitos de tráfico de drogas entre aquellos que fundamentan la aplicación del delito de omisión de denuncia de determinados delitos (Artículo 450 del Código penal)⁴³.

A juicio de Muñoz Conde (2004:958), el Artículo 450 Código penal «contrae el deber de actuar a los casos de delitos que afecten a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual. Se trata de hechos tan graves que generalmente no cabe la menor duda de que el que se encuentra a punto de ser víctima de uno de estos delitos necesita la ayuda de sus semejantes», situación muy distante a la mayoría de los delitos relacionados con el tráfico ilícito de drogas.

⁴³ El Artículo 450 del Código penal señala: «1) el que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a la personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito, no impedido le corresponda igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél. 2) En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticia».

Este último punto de la propuesta «es un burdo intento de criminalizar y, por tanto, convertir en algo más vulnerable el entorno más cercano de las personas consumidoras de drogas ilegalizadas que incluyen desde la propia familia, hasta los amigos y conocidos»⁴⁴.

Antes de la conclusión del informe por parte del grupo de expertos, donde había una excesiva representación del ámbito jurídico y nula presencia de asociaciones de personas consumidoras de cannabis, el 28 de enero de 2004, mediante el orden del ministerio de Sanidad y Consumo 190/2004, se establecía una lista de plantas cuya venta al público quedaba prohibida por su toxicidad y su uso se restringía «a la elaboración de especialidades farmacéuticas, fórmulas magistrales, preparados oficinales, cepas homeopáticas y a la investigación». En el anexo de la lista aparecen casi 200 plantas y, entre las sustancias citadas está el cannabis y sus derivados.

Tras los comicios electorales del 14 de marzo de 2004, se produjo un cambio en el gobierno del Estado que incluso influyó en el cambio de sustancia sobre la que centrar la campaña de prevención. El anterior gobierno tenía ya diseñada una campaña sobre los efectos negativos del cannabis, pero con la llegada del nuevo gobierno, al no estar entre sus prioridades preventivas, potenció otra campaña para reducir la accidentalidad de los jóvenes por la toma de alcohol. La campaña sobre el cannabis estaba ya lista para ponerse en marcha y se enmarcaba dentro de los criterios expuestos en el Informe sobre el Cannabis que pretendían ser «el aval científico de una estrategia más amplia encaminada hacia una mayor represión de toda la cultura del cannabis y, por tanto, hacia sus consumidores»⁴⁵.

El profesor Laporte en las Comisiones Mixtas para el estudio del problema de las drogas del Congreso de los Diputados (2001: 930) decía: «Y para terminar, señores diputados, un llamamiento casi desesperado, no pongan en la ilegalidad al 30 por ciento de españoles que dicen, según datos del Plan Nacional sobre Drogas que han consumido marihuana en el año anterior, porque me parece que esto sí que es una situación de anormalidad cívica». Esta opción, de sancionar a personas por el mero hecho de tener una sustancia ilegal para consumo propio o por consumir esa sustancia en público, generalmente llevada a cabo por personas jóvenes que no disponen de medios para consumir en lugares privados, es una cuestión política que crea

⁴⁴ Xabier Arana: Conferencia sobre «Menores, vulnerabilidad y consumo de drogas: aspectos legales y jurídico-penales». «XII Symposium sobre avances en Drogodependencias: Menores vulnerables y drogas», organizado por el Instituto Deusto de Drogodependencias e impartido en Bilbao el día 11 de noviembre de 2004. (En proceso de publicación)

⁴⁵ Xabier Arana: Conferencia sobre «Menores, vulnerabilidad y consumo de drogas ...

muchos más problemas de los que pretende resolver. Quizás, como resalta Matt-hens (2002: 26) «la burocracia de la droga necesita el cannabis en parte por motivos institucionales, cuando el nivel de consumo convierte la droga en un ‘problema a gran escala’ que requiere una respuesta correspondiente». Si se regularizara el cannabis de una manera más racional, una parte importante del denominado *problema droga* se reduciría sensiblemente.



Parte 3 Parte 3 Parte 3

Estudio y evolución
de las diferentes políticas
en materia de drogas.

En especial las relacionadas
con el cannabis
y sus derivados

III.1. POLÍTICAS EN MATERIA DE DROGAS

Desde que en 1961 Naciones Unidas adoptara el Convenio Único sobre estupeficientes, donde se imponen las tesis prohibicionistas, éstas no han cesado de avanzar hasta la adopción de la Convención de Viena de 1988, corriendo paralelo al endurecimiento de las legislaciones nacionales. Así, la política prohibicionista y represora en materia de drogas dura más de 40 años en todo el mundo, y cabe preguntarse, en el aspecto judicial y penal, sobre el coste-beneficio del prohibicionismo y la represión.

Por otra parte, el cannabis cuenta con un largo historial de consumo entre la población, y en muchas ocasiones ha sido empleado por distintas sociedades como una fuente importante de fibra para la elaboración de ropa y cuerdas, una ayuda para los rituales religiosos, una hierba medicinal y como estupefaciente. Actualmente, el cannabis es la droga ilegal que más se produce, con la que más se trafica y la que más comúnmente se consume a escala mundial (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004: 82).

El estatus legal del cannabis es una de las cuestiones políticas más controvertidas en la Unión Europea (EMCDDA: 2003a). Actualmente, la mayoría de los países europeos han hecho objeto de revisión sus respectivas políticas y perspectivas sobre el uso de cannabis, reflejando un cambio desde una óptica más represiva a una socio-sanitaria, basado en la idea de que «el tratamiento es mejor que el castigo y la prevención es mejor que el tratamiento» (Ballota, Crusellas: 2005).

En el ámbito estatal, como indican Markez, Póo, Merino, Romera (2002: 92), el modelo prohibicionista es la opción de política criminal que actualmente rige el Código penal español.

Las claves fundamentales del actual tratamiento jurídico penal de las drogas tienen su origen en la «contrarreforma» del Código penal de 1988, que quiso responder legislativamente a las fuertes críticas suscitadas en el plano internacional por la reforma de 1983 (Cuesta, Blanco, 2002: 191).

Como ya indicamos en el trabajo sobre «Delimitación del 'status' jurídico del ciudadano 'consumidor de drogas'». Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios

de Drogas», desde 1971 hasta 1983 todo tipo de tenencia era sancionada penalmente por el Tribunal Supremo. A partir de la sentencia de 21 de noviembre de 1973 el Tribunal Supremo cambió de criterio y empezó a distinguir entre tenencia destinada al consumo y tenencia destinada al tráfico (Arana, Germán, 2004: 49).

Con la reforma de 1983, la tenencia continuó impune y ello supuso la interpretación de que todos los actos preparatorios para el consumo también fueran impunes. Como explica Prieto Rodríguez, la impunidad abarca a cualquier tipo de consumidor, es decir, tanto a quien posea una dependencia de las sustancias como al consumidor ocasional (Prieto Rodríguez 1986).

La Reforma de 1988. Aun siendo un retroceso hacia una política menos represiva en el fenómeno de las sustancias ilegalizadas, el consumo y la tenencia para el consumo continuó siendo impune. En síntesis, a pesar de los continuos cambios habidos en la legislación penal relacionadas con las drogas, la tenencia para consumo ha sido considerada atípica desde el punto de vista jurídico penal (Arana, Germán, 2004: 50), aunque, en algunos casos, la interpretación policial no se haya encaminado en la misma dirección lo que ha tenido como consecuencia detenciones que deberían haberse evitado.

III.2. ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

III.2.1. Legislación internacional

Desde principios del siglo XX, el control Internacional del cannabis y los principales Tratados Internacionales, firmados y ratificados por más de 180 países de todo el mundo, están directamente relacionados con la prohibición del cannabis (Ballota, Crusellas: 2005).

Los países occidentales, aún careciendo de una política común sobre drogas, han asumido los acuerdos internacionales, como ha ocurrido con las Convenciones de Naciones Unidas desde 1961. Convenciones que establecen obligaciones generales de desarrollo de medidas legislativas, incluso en el ámbito de la represión penal, ante determinadas actividades. Sin embargo, no siempre son idénticas las interpretaciones de esos acuerdos, existiendo notables diferencias entre las legislaciones de cada país y en su aplicación concreta. Así, son crecientes y dispares las normativas, decretos y propuestas de reforma de la política de drogas en el ámbito comparado, tanto municipales, regionales, nacionales o supranacionales, especialmente en lo referente a sustancias como el cannabis y sus derivados (Markez, Póo, Merino, Romera, 2002: 65).

III.2.1.1. Convenios Internacionales

El interés por regular desde una perspectiva internacional las cuestiones (entre ellas el consumo) relacionadas con determinados grupos de sustancias tiene más de un siglo de vigencia, tal y como explicamos en el trabajo sobre «Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’». Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas». En el marco legal internacional, encontramos la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y el Convenio de Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988, que son los convenios que más influencia han tenido y siguen teniendo, entre otras cuestiones, con la regulación del consumo de drogas (Arana, Germán, 2004: 45).

La Convención Única de las Naciones Unidas sobre estupefacientes de 1961

La Convención Única de las Naciones Unidas de 1961 reemplaza con un único instrumento, todos los tratados adoptados hasta el momento en materia de drogas y representa el marco internacional actual de control sobre estupefacientes (Ballota, Crusellas: 2005).

La Convención Única sobre estupefacientes de 1961 obliga a cada parte a adoptar las medidas necesarias para asegurarse que una amplia relación de actividades —incluido el cultivo, elaboración, posesión y distribución— puedan ser castigadas penalmente. No obstante, tal y como se indica en el artículo 36, «cuando las personas que hagan uso indebido de estupefacientes hayan cometido esos delitos, las Partes podrán en vez de declararlas culpables o de sancionarlas penalmente, o además de declararlas culpables o de sancionarlas, someterlas a medidas de tratamiento, educación, postramiento, rehabilitación y readaptación social» (art. 36.I.b) (EMCDDA: 2003a).

Este instrumento engloba como anexos cuatro listas de sustancias. Se contemplan dos criterios de clasificación en la Convención Única sobre estupefacientes de 1961: la capacidad de la sustancia para crear dependencia y el riesgo que representa para la salud y el bienestar públicos. Las sustancias se enumeran en la Lista I y II. Los preparados en la Lista III, y las sustancias pueden incluirse asimismo en la lista IV (EMCDDA: 2002).

El cannabis se incluye en la Lista I y en la Lista IV. En la Lista I, entre las sustancias con características adictivas que presentan un serio riesgo de abuso y que están conforme a todas las medidas de control aplicables a las drogas bajo la convención. En la Lista IV, entre las sustancias que son particularmente capaces de ser sustancias de abuso y de producir efectos perjudiciales para la salud. Recibe entonces una atención doble en su clasificación oficial internacional (Ballota, Crusellas: 2005).

Listas	Pautas para las sustancias incluidas en las listas	Cannabinoides incluidos actualmente
Lista I	Sustancias cuya capacidad para crear dependencia, o que pueda ser transformada en un producto cuya capacidad para crear dependencia, sea comparable a la del cannabis, la de la resina de cannabis, o la de la cocaína.	<ul style="list-style-type: none"> – Cannabis y resina de cannabis – Extracto y tintura de cannabis
Lista II	Sustancias 1. «que se presten al uso indebido o puedan producir efectos nocivos no mayores que los de la codeína pero sí tan importantes como las del dextropropoxyfeno; o 2. que puedan ser transformadas en una sustancia que se preste al uso indebido o puedan producir efectos nocivos no tan importantes como las de la codeína».	
Lista III	Preparados destinados al uso médico, y que la OMS considera que no se prestan a uso indebido y no pueden producir efectos nocivos, y que su contenido de estupefaciente no se puede recuperar con facilidad.	
Lista IV	Sustancias particularmente susceptibles de uso indebido y de producir efectos nocivos, y que tal susceptibilidad no está compensada por ventajas terapéuticas apreciables que no posean otras sustancias sino los estupefacientes de la Lista IV.	<ul style="list-style-type: none"> – Cannabis y resina de cannabis

La Convención Única incluye en su Lista I, relativa a las sustancias prohibidas al cannabis (cáñamo indico) y su resina (resina de cáñamo indico) así como sus extractos y tinturas, en la columna correspondiente a la descripción/denominación del estupefaciente fiscalizado, reiterando su proscripción en la Lista IV, al recoger entre las sustancias prohibidas en terapéutica humana por su riesgo de dependencia al cannabis y resina de cannabis. En su art. 1.º expresa qué parte o partes de la planta

se encuentran fiscalizadas «por cannabis se entiende las sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la cannabis (a excepción de la semilla y las hojas no unidas a las sumidades de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe)», concretando respecto a su resina que: «por ‘resina de cannabis’ se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de la cannabis»; definiendo ésta última en su apartado d) como «toda planta del género cannabis» (Sequeros: 2003).

En virtud del artículo 4.c de esta Convención, el uso del cannabis debe limitarse a fines médicos y científicos. Cualquier uso fuera de lo previsto por las Convenciones y, en particular, el uso recreativo, puede considerarse una violación del espíritu —entendemos que también de la letra— de las normas internacionales. Este marco internacional establece la prohibición del uso de cannabis para fines no médicos o científicos (Ballota, Crusellas: 2005).

En la Lista IV se propone un nivel de control extra, dejando que los estados adopten *las medidas especiales de fiscalización que juzguen necesarias* prohibiendo la producción, fabricación, exportación e importación, comercio, posesión o uso de tales estupefacientes, *si a su juicio* las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, *con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos*. Por tanto, no existe prohibición legal internacional para los experimentos clínicos con cannabis que sean autorizados por los gobiernos nacionales (EMCDDA: 2002).

En este mismo sentido, los estados prohibirán el cultivo del cannabis sólo en caso de que esta medida sea considerada como la más apropiada para proteger la salud y bienestar públicos y prevenir el tráfico ilícito. En el caso de las sustancias que no están incluidas en la Lista IV, los estados pueden encargarse de la producción, elaboración, exportación, importación, distribución, el comercio, el uso y la posesión de drogas para fines médicos. La esfera de los «fines médicos» es claramente más amplia que la de «investigación médica incluidos los experimentos clínicos» especificada en la Lista IV. El término «fines médicos» puede interpretarse de diferentes formas según cada gobierno (EMCDDA: 2002). Si un estado permite el cultivo de la planta de cannabis para la producción de cannabis o de resina de cannabis, será una agencia la que tenga el derecho exclusivo de importar, exportar, dedicarse al comercio al por mayor y mantener las existencias de cannabis y de resina de cannabis.

En cuanto al consumo de cannabis, comentado en el informe sobre «Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’». Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas», tanto desde la jurisprudencia como desde la doctrina se ha interpretado que difícilmente puede sostenerse que la penalización del consu-

mo «sea una exigencia [...] podrá ser, en todo caso, una legítima opción para cualquier legislador [...] pero nunca una obligación» (Jiménez Villarejo 1986: 415-416). En esta misma línea, Quintero Olivares (1986: 162-164), afirma que *son los Estados* «los que tendrán que determinar en el marco de su Código penal o sus leyes penales especiales la precisa descripción del tipo y, especialmente, la sanción, medida o pena imponible».

El Convenio de las Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971

El Convenio incluye dos anexos: el primero de ellos se refiere a las sustancias psicotrópicas a su vez con cuatro listas y el segundo anexo comprende aquellas sustancias que, no siendo psicotrópicas, se consideran asimilables a ellas, por ejemplo, las benzodiacepinas, el fenproporex y la etilamfetamina (Markez, Póo, Merino, Romero, 2002: 95).

Los criterios de clasificación contemplados en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 son los siguientes (EMCDDA: 2002):

Listas	Pautas para las sustancias incluidas en las listas	Cannabinoides incluidos actualmente
Lista I	Sustancias cuya capacidad para crear dependencia constituya un riesgo especialmente grave para la salud pública y cuyo uso terapéutico, en caso de que lo tenga, sea muy limitado.	– THC, isómeros y variantes estereoquímicas.
Lista II	Sustancias cuya capacidad para crear dependencia constituya un riesgo importante para la salud pública y que tengan un uso terapéutico de pequeño a moderado.	– Delta-9-THC y sus variantes estereoquímicas.
Lista III	Sustancias cuya capacidad para crear dependencia constituya un riesgo importante para la salud pública y que tengan un uso terapéutico de moderado a grande.	
Lista IV	Sustancias cuya capacidad para crear dependencia constituya un riesgo pequeño, pero significativo, para la salud pública y que tengan un uso terapéutico de pequeño a grande.	

La novedad más importante del Convenio de 1971 fue, por tanto, la incorporación de las sustancias psicotrópicas a la suma de sustancias incluidas en los convenios internacionales. El THC fue incluido como principio activo en el Anexo al Convenio, apareciendo fiscalizado en la Lista I como tetrahidrocannabinol. Como consecuencia de lo expuesto, el cannabis se encuentra fiscalizado doblemente, como estupefaciente y psicótropo (Sequeros: 2003).

Como explican de la Cuesta y Blanco, el Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971 consideró la «no permisión de la posesión, excepto con autorización legal (art. 5), estableció la prohibición de su uso salvo para fines científicos y médicos muy limitados, debidamente autorizados y en establecimientos médicos o científicos (art. 7) y obligó a tipificar penalmente, hasta con pena de prisión, toda infracción a la ley o reglamentos adoptados en desarrollo de esta Convención» (art. 22) (Cuesta, Blanco, 2002: 210).

La Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988

La Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988 es una puesta al día de la filosofía y de los objetivos de la Convención Única de 1961 (Arana, Germán, 2004: 46).

El artículo 3 de la Convención de Viena de 1988 detalla los actos que serán considerados delictivos en el derecho interno de los Estados firmantes. Así, las obligaciones generales recogidas en la Convención Única sobre estupefacientes de 1961 para limitar el uso y posesión de drogas con fines exclusivamente médicos y científicos se reafirman en la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988, que invita a cada parte, conforme a sus respectivas constituciones y legislación, a establecer como delito «la producción, la fabricación, la extracción, la preparación, la oferta, la oferta para la venta, la distribución, la venta, la entrega en cualesquiera condiciones, el corretaje, el envío, el envío en tránsito, el transporte, la importación o la exportación de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica en contra de lo dispuesto en la Convención de 1961, en la Convención de 1961 en su forma enmendada o en el Convenio de 1971» (art. 3.1.a.i) (EMCDDA: 2003a).

Como explican Ballota y Crusellas la Convención introdujo por vez primera, la necesidad de los países de conferir, «a reserva de sus principios constitucionales y conceptos fundamentales del sistema jurídico», el carácter de infracción penal a la posesión, la adquisición y el cultivo de los estupefacientes para uso personal (art.3.2). «Un análisis más profundo de la estructura de este artículo y especialmente, su Comentario Oficial, hacen pensar que la norma no tiene una interpretación

unívoca» (Ballota, Crusellas: 2005). Este artículo invita a los países signatarios a conferir a la posesión de estupefacientes el «carácter de infracción penal», en el apartado 2, en el caso de posesión para uso personal. Pero, existen cláusulas de salvaguarda «a reserva de sus principios constitucionales y conceptos fundamentales del sistema jurídico». Parece así dejar a los países signatarios un mayor margen de maniobra «en la determinación de las sanciones por infracciones por uso personal que por infracciones de tráfico» (Ballota, Crusellas: 2005).

Según esto, podemos decir que los países deben prohibir todos los actos preparatorios al uso ilícito de cannabis: la posesión, la adquisición, la importación y la cultura, pero reservan (cuando la infracción tiene por objeto el uso personal), definir el tipo de sanciones, penales o administrativas, que conviene aplicarse (Ballota, Crusellas: 2005). Así, la posesión, también de cara al consumo personal aparece recogido como delito, aunque como indica Vervaele (1993:368) esa posibilidad continúa «siendo una materia política interna de cada estado-parte».

En el informe sobre «Delimitación del 'status' jurídico del ciudadano 'consumidor de drogas'. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas», aludimos al hecho de que la Convención de Viena de 1988 fue una oportunidad perdida para haber llevado a cabo una evaluación de las políticas vigentes en materia de drogas y para introducir la posibilidad de normalizar no sólo el uso médico sino también un uso lúdico de sustancias que, como el cannabis y sus derivados, son consumidas con mayor naturalidad en diferentes contextos culturales. Entre el uso médico y la toxicomanía hay un amplio abanico de consumos nada o escasamente problemáticos que también se pueden llevar a cabo con las sustancias ilegalizadas (Arana, Germán, 2004: 46).

Uso terapéutico del cannabis y legislación internacional

Como explica Navarrete, la Convención Única sobre estupefacientes de 1961 y el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 limitan el uso del cannabis y sus derivados para empleo médico. Ambas consideran las sustancias naturales (cannabis y derivados) dentro de la Lista I, en la que se catalogan las que soportan un control más estricto. Estos instrumentos contemplan excepciones para el empleo de la sustancia natural bajo dos supuestos: «estudios clínicos» y «uso limitado con fines terapéuticos», lo que también se conoce como «uso compasivo». La Convención de 1961 dice que en un país «queda exenta la prohibición de cultivar cannabis si se considera que es la medida más apropiada para proteger la salud y el bienestar público, y prevenir el tráfico ilícito» (Navarrete: 2004).

En concreto, la Convención de 1961 especifica que el único requisito legal sería la creación de una Agencia Nacional, que estaría encargada de tener los derechos

de importación, exportación, venta al por mayor, y mantenimiento de existencia del cannabis y su resina, así como su control de calidad y estandarización.

Los diferentes grupos en los que se clasifican las sustancias, en función de su posible uso médico, quedarían entonces de la siguiente forma, tal y como se explica desde la Asociación Internacional por el Cannabis como Medicamento, Cannabis Medicine:

- Grupo I: aquellas peligrosas para la salud, sin utilidad médica, y por tanto prohibidos para el consumo humano. Entre ellas la heroína, la cocaína, el éxtasis y el LSD.
- Grupo II: las que tienen cierta peligrosidad, pero con suficiente grado de beneficio terapéutico para justificar su uso; para prescribirlas, el facultativo necesita de un tipo especial de recetas denominada «de estupefacientes», a fin de que las autoridades sanitarias puedan llevar un riguroso registro de su uso. Este es el caso de la metadona o la morfina (Cannabis Medicine: 2005).
- Grupo III: las que tienen un claro provecho sobre el riesgo para la salud, necesitando por tanto el paciente únicamente de la prescripción médica mediante el tipo clásico de recetas. Aquí se encuentra la mayoría de los medicamentos que el clínico utiliza a diario.
- Grupo IV: que incluye las sustancias beneficiosas para la salud y sin (o muy baja) toxicidad, por lo que no necesitan prescripción por parte del especialista. Como ejemplo, los complejos vitamínicos y los anticatarrales (Cannabis Medicine: 2005).

III.2.1.2. Legislación Europea

Tanto la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, señalan que el cannabis es la sustancia ilícita más consumida en todos los Estados miembros de la UE (Naciones Unidas, 2005: 89). Aunque, tal y como se desprende del último informe del Observatorio Europeo, existen divergencias entre países en las cifras de consumo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004: 28).

Por lo que respecta a su regulación, la normativa penal o administrativa de las infracciones de las leyes sobre estupefacientes no pertenece al campo de competencias de la Unión, la responsabilidad sobre esta cuestión compete a los Estados miembros (Ballota, Crusellas: 2005).

Las sanciones penales que deberían aplicarse a los consumidores de cannabis siguen siendo motivo de controversia en la UE, y los Estados miembros adoptan

enfoques considerablemente distintos con respecto a esta cuestión. Como ya hemos indicado anteriormente, los extractos del cannabis se clasifican como estupefacientes de conformidad con los anexos I y IV de la Convención única de 1961 sobre estupefacientes, de las Naciones Unidas. La Convención insta a la adopción de medidas para garantizar la penalización de una amplia gama de actividades, incluida la posesión de estupefacientes. Sin embargo, los Estados miembros tienen que interpretar y aplicar la Convención teniendo en cuenta sus propias circunstancias, y la letra b) del apartado I del artículo 36 admite las distintas opciones de medidas de «tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y readaptación social». En la práctica, esto significa que la forma de perseguir los delitos relacionados con el cannabis en el territorio de la UE es heterogénea (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2004: 82).

Así, Ballota y Crusellas explican que muchos países europeos adoptan legislaciones que, manteniendo también la ilegalidad del consumo de drogas, directamente o a través la posesión, no imponen sanciones penales. En cinco países, Italia, España, Portugal, Luxemburgo y Bélgica, las leyes indican que la posesión de cannabis (en España también los otros estupefacientes), fuera de las circunstancias agravantes y para pequeñas cantidades con fines exclusivos de uso personal, está prohibida pero es objeto de sanciones «no privativas de libertad»: multas, avisos policiales y judiciales, medidas administrativas (Ballota, Crusellas: 2005).

En síntesis, los Estados Miembros de la Unión Europea han adoptado los preceptos de Naciones Unidas relativos al control penal o administrativo del cannabis, y los han aplicado conforme a sus circunstancias. Varios de los sistemas de justicia penal europeos han favorecido las multas, amonestaciones, la libertad condicional y la exención. No obstante, tal y como se explica desde el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, las detenciones por delitos relacionados con drogas, principalmente los relacionados con cannabis y sobre todo por el uso del cannabis, han aumentado en varios países (EMCDDA: 2003c).

Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas

En la Decisión Marco 2004/757/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 25 de octubre de 2004, relativa al establecimiento de disposiciones mínimas de los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico ilícito de drogas se recoge el principio de subsidiariedad por el que se exige que «la actuación de la Unión Europea se centre en los delitos más graves en materia de tráfico de drogas».

La citada Decisión Marco no indica a los Estados miembros cómo deben regular los comportamientos relativos al consumo personal, indicando que este hecho no significa que no deban incluirlo en sus legislaciones y que sean los propios Estados los que decidan la forma de regular el uso personal de drogas: «la exclusión del ámbito de aplicación de la presente Decisión marco de determinados tipos de comportamiento relativos al consumo personal no constituye una orientación del Consejo sobre el modo en que los Estados miembros deben abordar estos casos en sus legislaciones nacionales».

Sin embargo, no deja de ser significativo que tras insistir en que son sólo los delitos más graves de tráfico los que van a ser objeto de regulación, a continuación se deje el consumo propio fuera del ámbito de la Decisión. Lo que se refuerza en el artículo 2, apartado 2, al indicar que las conductas enumeradas en el apartado 1 de ese mismo artículo, tales como la producción, venta o posesión, no se incluirían en su ámbito de aplicación «si sus autores han actuado exclusivamente con fines de consumo personal tal como lo defina la legislación nacional».

En este sentido, y por lo que respecta al cannabis, en el artículo 2, apartado 1, se indica que serán los Estados los que adoptarán las medidas necesarias para garantizar la punibilidad del cultivo de la adormidera, del arbusto de coca o de la planta de cannabis, quedando fuera del ámbito de aplicación de la Decisión Marco cuando dicho cultivo se realiza con fines de consumo personal. Todo ello pone en evidencia una vez más las diferentes políticas con respecto al uso del cannabis entre los estados miembro.

Uso terapéutico del cannabis y legislación europea

Como explica el último informe de la JIFE, desde finales de los 90' la investigación científica de la utilización terapéutica del cannabis o los extractos de cannabis ha avanzado en varios países, entre ellos, Alemania, Canadá, Estados Unidos, Países Bajos, Reino Unido y Suiza (Naciones Unidas, 2005: 34).

El uso terapéutico del cannabis, cuestión que más adelante abordaremos de forma más amplia, se plantea para el alivio del dolor crónico y la angustia provocados por la esclerosis múltiple, el SIDA y los efectos secundarios de la quimioterapia y para el uso en caso de enfermedad terminal. En estas circunstancias tan especiales, como se indica en el último informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, se considera que el Derecho internacional podría reconocer el uso de sustancias adictivas (EMCDDA: 2003b).

Y es que, el uso terapéutico del cannabis se considera una cuestión importante dentro de las políticas europeas sobre drogas. Ha aumentado el conocimiento y la

concienciación sobre las características terapéuticas de esta sustancia, con diversos grados de acción, en Bélgica, Alemania, España, los Países Bajos, Suiza y el Reino Unido (EMCDDA: 2003b).

El marco legal viene recogido en la Directiva 2001/83/EEC del 6 de noviembre de 2001, la cual dice que «cualquier sustancia, o combinación de ellas, que puedan ser usadas en humanos con fines médicos de tipo diagnóstico, restaurador, corrector o modificador psicológico, es considerado un producto medicinal». Según el artículo 6 «no podrá ponerse en el mercado de ningún país europeo un producto médico sin la correspondiente autorización acorde con esta Directiva, o mediante autorización de acuerdo con la Regulación (EEC) N° 2309/93». Esta autorización provendría de la Agencia Europea del Medicamento (AEM), a partir de una solicitud realizada directamente a la misma AEM, o bien a partir de la aprobación previa de dicho medicamento en alguno de los estados de la Comunidad Europea por la autoridad sanitaria de uno de los países (Navarrete: 2004).

La AEM además articuló el 18 de septiembre de 2001 mediante una normativa la posibilidad de acelerar la evaluación de aquellos productos en estudio e indicados para enfermedades graves (como el cáncer o el SIDA) en los que no se hayan obtenido beneficio terapéutico con otros medicamentos, y cuando se espera de ellos grandes resultados; en esta posibilidad también podemos incluir los derivados de la marihuana (Cannabis Medicine: 2005).

En opinión de Markez, Póo, Merino y Romera (2002: 67), lo que ha llevado a los gobiernos y parlamentos europeos a apoyar medidas acerca del uso terapéutico es «la crisis de credibilidad de las legislaciones actuales, el aumento del consumo y la fácil accesibilidad del cannabis, la mayor aceptación social sobre su uso medicinal y también recreativo o la mayor sensibilidad en los sectores políticos».

Las normativas internacionales y europeas son relativamente permisivas con el uso médico del cannabis. Parece, pues, que depende primordialmente de las autoridades locales y nacionales que el cannabis medicinal continúe su andadura (Navarrete: 2004).

III.2.2. Legislación estatal

La Convención Única, ratificada por España el 3 de septiembre de 1.966, es el primero de los tratados internacionales que complementan y concretan la ley española (Herrero: 2000). España ha suscrito y ratificado los más importantes Convenios Internacionales en vigor relativos al control y represión del tráfico ilegal de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, y la Convención contra el

Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, todas ellas acordadas en el marco de Naciones Unidas (Ministerio de Sanidad y Consumo: 2003).

En la Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas, y en el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, prescripción y dispensación, se contienen las normas básicas del ordenamiento español sobre intervención y control administrativos del cultivo, la elaboración, la fabricación, la importación, la exportación y los usos lícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, respectivamente. En los párrafos siguientes, dentro de la legislación administrativa, se analiza con mayor detalle esta ley.

Los comportamientos relacionados con las drogas se encuentran regulados desde el Derecho penal y el Derecho administrativo sancionador. Las infracciones relacionadas con el cannabis, como la posesión y el uso en lugares públicos, son castigadas administrativamente. Por tanto, no es delito ni consumir ni la tenencia para el propio consumo

Legislación penal

El delito de tráfico de drogas se castiga en el artículo 368 del Código penal. El bien jurídico que pretende proteger este artículo es la salud pública, cuestión no exenta de polémica. Tanto desde la doctrina como desde la jurisprudencia se admite mayoritariamente que el bien protegido es la salud pública. Ello no es obstáculo para que dicho bien jurídico entre en contradicción con criterios de salud, al dejar fuera algunas sustancias que también dañan a la salud pública (alcohol y tabaco) y permanecer otras, como por ejemplo el cannabis, que no suponen un mayor daño a la salud (Arana, Germán, 2004: 49).

El artículo 368, considerado como ley penal en blanco, deberá ser completado con la legislación administrativa relativa a las drogas ilegales. La Ley de 8 de abril de 1967 sobre estupefacientes remite a su vez a los listados de sustancias contenidos en los Convenios internacionales ratificados por España, de forma que la inclusión o no de una sustancia determinada en esas listas internacionales, periódicamente actualizadas, será lo que determine su consideración legal como droga a efectos penales en nuestro ordenamiento jurídico, y la consecuente persecución de su posible tráfico (Herrero: 2000).

Al quedar fuera del marco de lo típico la posesión para el propio consumo, se precisa determinar cuándo hay que considerar que ésta se destina al tráfico. Como

explican de la Cuesta y Blanco, el Código penal no aporta criterio alguno y ha sido la jurisprudencia quien progresivamente ha ido delimitando los criterios que rigen esta distinción: condición de consumidor habitual o no; lugar y modo en que la droga se encuentra dispuesta; el hecho de su ocultación; medios económicos del sujeto (en particular, dinero en metálico ocupado); el hallazgo o no de instrumental o elementos destinados a distribuirla; manipulaciones realizadas con la droga; y, también, cantidad de droga poseída (Cuesta, Blanco, 2002: 195).

El tipo penal del artículo 368 se configura como un delito de peligro abstracto, tal y como lo entiende casi unánimemente la doctrina y jurisprudencia. Por tanto es necesario que exista un peligro de que se produzca el daño (potencialidad del daño) para el bien jurídico que se pretende proteger (Joshi, 1999: 42). Cabe destacar, como ya hemos señalado, que el cannabis se clasifica dentro de las drogas que no causan grave daño a la salud, por lo que sería bastante cuestionable el posible daño que pueda producir, quedando totalmente excluido en el supuesto del uso terapéutico de esta sustancia. Además, respecto al cannabis es muy relevante la Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de marzo de 1993 donde Conde-Pumpido explica que «si en el caso concreto puede excluirse que no haya peligro efectivo par la salud de otras personas, faltará el sustrato de antijuridicidad del acto, por la que no se da en él la adecuación al tipo, pues de otro modo, lo que parece construido por el legislador como un delito de peligro abstracto, pasaría a convertirse en una figura de mera desobediencia, y, por ende, sin contenido material de antijuridicidad o, si se quiere, con sólo un contenido de antijuridicidad subjetiva incompatible con el derecho penal post-constitucional». Por tanto, según explica Joshi (1999: 44) una de las consecuencias prácticas de la configuración como delito de peligro abstracto es que debe exigirse un verdadero peligro, «cuando en el caso concreto pueda excluirse ex ante peligro efectivo para la salud colectiva, faltará el sustrato de la antijuridicidad del acto», peligro que en el caso del cannabis es muy discutible.

El Código penal clasifica las drogas ilegales en dos categorías, atendiendo al grado de nocividad de la sustancia: sustancias que causan grave daño a la salud y los demás casos. Y como explican de la Cuesta y Blanco (2002: 193), a falta de una determinación legal de qué sustancias se incardinan en cada uno de los dos bloques, la distinción no deja de suscitar controversias.

Por lo que se refiere al cannabis, ha sido calificado por el Tribunal Supremo como droga que no causa grave daño a la salud, con independencia de su forma de presentación o grado de concentración en THC (Markez, Póo, Merino, Romera, 2002: 98).

En síntesis, desde el punto de vista de la sanción penal, el consumo o la tenencia para el consumo no está sancionado porque se entiende que no afecta al bien jurídico que se pretende proteger (la salud pública). Incluso algunos casos que entran

dentro del tipo del artículo 368 Código penal (consumo compartido o autoconsumo colectivo, entrega a persona consumidora sin potencial difusión) y donaciones a drogodependientes por familiares o personas cercanas de cantidades mínimas, con carácter gratuito (por motivos piadosos o para facilitar su deshabituación), entiende la jurisprudencia —no siempre mayoritariamente— que no son sancionables penalmente atendiendo, entre otros criterios, a la adecuación social porque existe un fuerte desfase entre todo lo que prohíbe la norma penal y lo que socialmente se considera adecuado (Muñoz 2002).

La Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana

En 1992 se aprobó la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana que significó un gran retroceso de las libertades y derechos individuales. Las multas administrativas por posesión de pequeñas dosis para el consumo han sido desde entonces una cuestión cotidiana (Markez, Póo, Merino, Romera, 2002: 91).

Esta Ley incluye entre las «infracciones graves» contra la seguridad ciudadana:

- el «consumo en lugares, vías establecimientos o transportes públicos» (art. 25, l)
- la «tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos» (art. 23, h)
- «la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico, de drogas tóxicas estupefacientes o sustancias psicotrópicas» (art. 25, l).

Por tanto, se establece que el consumo en lugares públicos y la tenencia ilícita de drogas ilegales, incluyendo el cannabis, aun cuando sea para el propio consumo, es objeto de sanción administrativa (de 300,5 a 6.010 euros).

Aunque el artículo 25. l obliga a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado a actuar contra la tenencia ilícita en lugares públicos, la doctrina mayoritaria interpreta restrictivamente los preceptos de esta Ley dejando al margen de la sanción administrativa conductas inofensivas para la seguridad ciudadana, como son el consumo privado y, sobre todo, la tenencia para tal consumo. Un análisis del Reglamento del procedimiento para el ejercicio de la potestad sancionadora en su conjunto, muestra que las disposiciones en él recogidas habilitan y no siempre obligan, es decir, dan la posibilidad de actuar. El artículo 11.2 del citado Reglamento, referente a la forma de iniciación del procedimiento sancionador, señala que «la formulación de una petición no vincula al órgano competente para iniciar el procedimiento sancionador, si bien

deberá comunicar al órgano que la hubiere formulado los motivos por los que, en su caso, no procede la iniciación del procedimiento». Del enunciado de este artículo se concluye que el órgano competente no tiene siempre la obligación de abrir expediente, y debe considerar otras cuestiones además de la mera infracción. Además, hay que tener en cuenta que en la legislación administrativa puede prevalecer el principio de oportunidad, así como el criterio de ponderación de un bien jurídico.

Así, esta doctrina jurisprudencial que interpreta restrictivamente el tipo penal, excluyendo de la sanción penal aquellos casos en los que quede totalmente descartada la posibilidad de difusión de la droga entre terceras personas indeterminadas y la interpretación restrictiva de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana que no considera ilícito administrativo la tenencia para el consumo privado, permiten abrir ciertos ámbitos a la licitud (Arana, Germán, 2002: 182).

El apartado 2º del artículo 25 señala que «las sanciones impuestas por estas infracciones podrán suspenderse si el infractor se somete a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditado, en la forma y por el tiempo que reglamentariamente se determine». En el año 2002, se realizaron 62.446 sanciones administrativas relacionadas con la tenencia o el uso en público de drogas. El 70% de las sanciones estaban relacionadas con la Ley Orgánica 1/92 y de todas ellas, 3.446 sanciones fueron suspendidas por sometimiento a tratamiento de deshabituación (Observatorio Español sobre Drogas 2003). Estas cifras nada desdeñables, han servido para aumentar artificialmente las estadísticas de personas que acuden en demanda de tratamiento a unos servicios sanitarios ya de por sí bastante saturados.

De cualquier forma, uno de los mayores problemas relacionados con esta ley es la inseguridad jurídica que está creando entre los consumidores por la aplicación tan desigual, por parte de los diferentes cuerpos policiales, en los diferentes lugares (Arana, Germán, 2004: 55).

Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas

La Ley 17/1967 tuvo por objeto la actualización de la legislación española a las exigencias de la Convención Única de 1961. En su artículo 2 dispone que se consideren estupefacientes las sustancias incluidas en las listas I, II y IV del Convenio Único, así como también, en lo sucesivo, aquellas otras que se incorporen al Convenio en el ámbito internacional, o en el ámbito nacional por el procedimiento reglamentario que se establece, que se ha ido ejecutando posteriormente y hasta el momento a través de diversas órdenes ministeriales (Herrero: 2000).

En el artículo 8 se exige para su cultivo, destinado a la producción de estupefacientes, autorización expresa del Servicio de Control de Estupefacientes. Por lo que en definitiva, como explica Sequeros, «el cultivo de cualquiera de las drogas recogidas en los arts. 1.1, 22 y 28 del Convenio Único de Naciones Unidas de 1961, relativo a: ‘la adormidera, arbusto de coca y planta de cannabis’ necesitará de la pertinente autorización cuando el mismo tenga como finalidad la fabricación, elaboración o producción de cualquier clase de estupefaciente, por lo que con independencia de que los actos de cultivo puedan resultar irrelevantes penalmente por hallarse la droga preordenada al propio consumo, siempre que la planta posea concentración de principio psicoactivo será necesaria autorización para su cultivo, pudiendo reportar su infracción la correspondiente sanción administrativa. Cultivo que sólo podrá llevarse a cabo legalmente en España con la autorización de la División de Estupefacientes y Sicotropos, dependiente de la Agencia Española del Medicamento, adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que la puesta en práctica de dicho cultivo, al margen de dicho requisito, tendrá además y en principio, al menos indiciariamente, la consideración de tráfico ilícito de sustancias estupefacientes» (Sequeros: 2003).

En el artículo 22 de la Ley de Estupefacientes se especifican los usos permitidos, que serán lícitos únicamente en cuatro situaciones: para uso médico, industrial, científico o docente, y se considera prohibido cualquier otro uso. Por tanto, todos los demás usos, incluido el consumo de drogas, son ilícitos en virtud de esta Ley y, por consiguiente, sancionables administrativamente (Arana, Germán, 2004: 54).

Ahora bien, el hecho de que se admita el uso en esos cuatro supuestos antes indicados (médico, industrial, científico o docente), puede configurarse, tal y como indican Markez, Póo, Merino y Romera (2002: 97), como el marco legal para plantear iniciativas de uso y tenencia lícitos del cannabis.

Ley 25/1990 del Medicamento

Los estupefacientes y psicotrópicos son un caso especial dentro de la legislación farmacéutica española. Como señala el artículo 41 de la Ley del Medicamento: «Las sustancias medicinales estupefacientes incluidas en la Convención Única sobre Estupefacientes y las sustancias psicotrópicas incluidas en el Convenio sobre sustancias Psicotrópicas y los medicamentos que las contengan, se regirán por esta ley y por su legislación especial».

Como ya comentamos en el trabajo sobre «Delimitación del ‘status’ jurídico del ciudadano ‘consumidor de drogas’». Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas», la Ley del Medicamento en su artículo 38, apartado 5º, posibilita de forma excepcional al Ministerio de Sanidad y Consumo, la concesión de autorización, en

determinadas condiciones, para la prescripción y aplicación de medicamentos en investigación a pacientes no incluidos en un ensayo clínico, cuando el médico, bajo su responsabilidad y con el consentimiento expreso del paciente, considere indispensable tratarles con ellos y justifique ante la autoridad sanitaria los motivos por los que decide tal tratamiento.

En el Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos, en su artículo 23 se hace referencia al uso compasivo. Los requisitos para la utilización del uso compasivo son: a) consentimiento informado, por escrito, del paciente o de su representante legal; b) informe clínico donde el facultativo justifique la necesidad de tratamiento; c) conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento; d) autorización de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para cada caso concreto. También se exige que el compromiso por parte del médico responsable de informar a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de los resultados del tratamiento y de los acontecimientos adversos que puedan ser debidos al mismo (Arana, Germán, 2004: 59).

Como norma general los medicamentos sólo serán dispensados con receta y, en el caso de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, se establecen unos requisitos especiales para su prescripción y dispensación (artículo 31).

Como se ha citado con anterioridad, en enero de 2004, se aprobó la Orden del ministerio de Sanidad y Consumo 190/2004, que establece una lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad, en respuesta al artículo, 42, apartado 2º, de la Ley del Medicamento. Como se explica en el texto de esta orden, «el artículo 42 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, establece las condiciones generales de utilización y comercialización de los medicamentos de plantas medicinales. Concretamente su apartado 2 prevé que por el Ministerio de Sanidad y Consumo se elabore una lista de plantas cuya venta al público esté restringida o prohibida por razón de su toxicidad».

Antes de concluir con la legislación estatal, es obligado hacer referencia a la situación en que se encuentran las tiendas (*grow shops*) donde se venden, entre otros productos, semillas y otro tipo de género relacionado con la siembra del cannabis. Cuando comenzaron a aumentar el número de estas tiendas, se planteó la cuestión sobre la legalidad o no de dichos establecimientos. En el año 2003, el fiscal del Tribunal Supremo F. Sequeros (2003), en una detallada exposición sobre la trascendencia penal de la venta de semillas de cannabis, de equipos y materiales para su cultivo y la propaganda, entiende que la venta de semillas y la propaganda de dicha venta, en caso de estar destinadas a cultivo para uso personal, no conllevaría sanción penal. Por el contrario, afirma este autor que «la publicidad escrita y gráfica eminentemente

divulgativa y de carácter paracientífico, efectuada con todo lujo de detalles en las revistas y folletos del ramo, acerca de la manipulación de la planta de cannabis por la obtención del hachís y su proceso de elaboración —por ejemplo— entraría de lleno, sin paliativos, en el ámbito de la acción de promoción del consumo ilegal de drogas expresada en el tipo básico del Código Penal, a través de la expresión residual analizada» —o de otro modo—.

Dentro de la estrategia del anterior gobierno del Partido Popular —ya comentada al hacer referencia a la cuestión política—, de acosar a publicaciones que hacen apología del consumo de cannabis y puntos de venta y distribución de semillas y de utensilios para el cultivo casero⁴⁶, se creó la Orden del ministerio de Sanidad y Consumo 190/2004 —ya citada—, que ha creado una situación complicada para las tiendas de venta de semillas de cannabis. En marzo de 2005, los responsables aduaneros de Bélgica comunicaron al servicio de vigilancia aduanera de la Agencia Tributaria que habían interceptado un envío de 3600 semillas de cannabis desde Holanda con destino a una tienda de venta de semillas de cannabis en el Estado español (Cáñamo 89, 10-11). Desde el órgano competente de la Agencia Tributaria española se ha abierto un expediente por infracción del artículo 42 de la Ley 25/1990 del Medicamento, complementada con la orden del ministerio de Sanidad y consumo 190/2004, donde —como se ha indicado anteriormente— se hace referencia a la planta del cannabis entre las plantas que quedan prohibidas o restringidas para la venta al público en razón de su toxicidad. Además se le imputa una infracción administrativa de contrabando, en virtud del artículo 2, apartado 4⁴⁷ de la Ley Orgánica 12/1995 de Represión del Contrabando y del Real Decreto 1649/1998.

Como consecuencia, la tienda en cuestión no puede disponer de las semillas de cannabis y está a la espera de que se resuelva el procedimiento para saber a qué atenerse. Una práctica generalizada de esta aplicación normativa, podría poner en peligro la venta de semillas de cannabis, con claros efectos negativos para los profesionales del sector (bancos de semillas, empresas de distribución, tiendas,...) y para las personas que las adquieren.

Una parte de profesionales del sector, tras conocer lo ocurrido, se ha reunido en Madrid donde han manifestado su preocupación por la clara inseguridad jurídica en la que se encuentran. La entrada en vigor de la Orden del ministerio de Sanidad y Consumo 190/2004, faculta a la Administración para intervenir en los casos de comercio

⁴⁶ I. Herraiz, *elcorreodigital*, Sociedad, 24/07/2003.

⁴⁷ Según este artículo, cometen delito de contrabando, siempre que el valor de los bienes, mercancías, géneros o efectos sea igual o superior a 3.000.000 de pesetas, los que: (...) d) Realicen operaciones de importación, exportación, producción, comercio, tenencia, circulación o rehabilitación de géneros estancados o prohibidos, sin cumplir los requisitos establecidos por las leyes.

de semillas de cannabis por *razón de su toxicidad*. Sin embargo, desde el punto de vista científico se sabe que las semillas de cannabis no disponen de ningún tipo de toxicidad. Por ello, M. Clovellart, miembro de la Comisión de Drogas del Colegio de Abogados de Barcelona, ha dirigido un escrito a la subdirectora general de Inspección y Control de la Agencia Española del Medicamento para que lleve a cabo un informe que ayude a aclarar las contradicciones existentes.

III.2.3. Legislación autonómica

Legislación sobre drogas en la Comunidad Autónoma del País Vasco

El 25 de junio de 1998 se aprobó la Ley 18/ 1998 sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, sustituta de la anterior Ley de drogodependencias vigente desde 1988. Respaldada unánimemente por todos los grupos políticos presentes en el Parlamento Vasco, la Ley establece el marco filosófico, organizativo y normativo que regula las actuaciones sociales e institucionales en la CAPV ante el fenómeno.

Ya en su exposición de motivos se indica que con la Ley se pretende trasladar «a la sociedad vasca un modelo de comprensión del fenómeno de las drogodependencias y de intervención que podemos denominar como estrategia comunitaria», caracterizada por arbitrar una respuesta global y normalizada al fenómeno y por entender la planificación de las actividades y la participación ciudadana como imprescindibles en la búsqueda de soluciones a las drogas.

La Ley 18/1998 sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias es consciente de que no todo uso de drogas es de por sí problemático o pernicioso para la salud (Arana, Germán, 2002: 159).

El cannabis en la Comunidad Autónoma del País Vasco

El 23 de abril de 2004, el pleno del Parlamento Vasco aprobó por unanimidad de los grupos parlamentarios una proposición no de ley relativa al uso terapéutico y uso compasivo de la heroína (Arana, Germán, 2004: 60). En el informe sobre «Delimitación del 'status' jurídico del ciudadano 'consumidor de drogas'. Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas», ya adelantábamos que no parecen existir impedimentos para no dar pasos con la intención de investigar y posibilitar el uso terapéutico del cannabis y sus derivados (Arana, Germán, 2004: 65).

Así, el pleno del Parlamento vasco ha pedido en febrero de 2005 a la Agencia del Medicamento, dependiente del Ministerio de Sanidad, que autorice el uso del cannabis con pacientes aquejados de cáncer y otras enfermedades que tienen tratamientos

o síntomas dolorosos. Como explica Muñoz, «la iniciativa figura en una proposición no de ley de PNV, EA y Ezker Batua que fue incorporada a última hora al V Plan de Drogodependencias del Gobierno vasco (2004-2008), con el respaldo de Unidad Alavesa y la abstención de PP y PSE-EE. Los parlamentarios de Sozialista Abertzaleak (SA) no participaron en la votación. El texto introducido en el plan de drogodependencias aboga por recurrir al cannabis y a sus derivados con «las personas que presentan patologías para las que esté indicado cuando exista evidencia científica de su eficacia» (Muñoz: 2005).⁴⁸

En nuestra Comunidad el consumo de cannabis ha alcanzado una visibilidad importante en los últimos años: se consume abiertamente y sin intentos de ocultación en numerosos lugares públicos: bares y terrazas, parques, playas, etc., en una muestra de tolerancia social sin comparación respecto a otras sustancias ilegales. Se puede afirmar, tal y como se explica en el V Plan de Drogodependencias, «que se vive una legalización de facto, de manera que la prohibición afecta principalmente a la producción y a la distribución, no a su posesión y consumo» (Dirección de Drogodependencias, 2004: 28).

El uso terapéutico del cannabis en Cataluña

Parece de interés comentar la situación del uso terapéutico del cannabis, en Cataluña y el proceso seguido hasta la actualidad, ya que se trata de un avance cuyo estudio puede facilitar la ordenación del uso terapéutico del cannabis y sus derivados, en nuestra Comunidad.

En el año 1999 la Asociación Ágata, grupo de mujeres afectadas de cáncer de mama, inició una campaña sobre uso terapéutico del cannabis. Como consecuencia de ello se presentaron sucesivamente dos proposiciones no de ley, en noviembre de 2000 y en abril de 2001, que fueron discutidas en febrero de 2002. La presentación de la proposición no de ley en Cataluña obedeció al acuerdo de representantes de cinco partidos políticos del Parlament (Uríos: 2005).

Como explica Uríos, en junio de ese mismo año se introdujo para el tratamiento de las náuseas y de los vómitos de los enfermos tratados con quimioterapia un análogo sintético del cannabis, para cuya solicitud había que seguir el procedimiento previsto para los medicamentos extranjeros. En una segunda iniciativa promovida

⁴⁸ Resolución nº 2. Parlamento Vasco, Resoluciones aprobadas en relación con el V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco (07/10/08/01/0001), p.2. «El Parlamento Vasco insta al Gobierno Vasco a solicitar a la Agencia del Medicamento la autorización para la dispensación de cannabis o sus derivados a las personas que presentan patologías para las que esté indicado cuando exista evidencia científica de su eficacia».

desde Cataluña se acordó la realización de estudios clínicos de alcance muy limitado por falta de financiación.

En la actualidad se están abriendo otras vías para el uso terapéutico del cannabis. Existen asimismo, iniciativas como la promovida desde el Colegio de Farmacéuticos y desde el Instituto Catalán de Farmacología que, con independencia de la colaboración institucional con la propuesta del Departament de Sanitat sobre el uso terapéutico del cannabis, ofrecen información a quienes se lo solicitan.

El trabajo de profesionales e instituciones parece estar culminando con la puesta en práctica por parte de la Administración sanitaria catalana de un plan piloto de dispensación de cannabis. Plan, sin embargo, cuya actuación encuentra muchos obstáculos de diversa índole aunque existe una voluntad política firme de llevarlo adelante (Uríos: 2005).

La experiencia catalana permite observar cómo el proceso se puede construir actuando dentro del marco legal, ya que no se ha cambiado la catalogación del cannabis como estupefaciente. El hecho de no cambiar la regulación actual obliga a seguir otras estrategias jurídicas.

Uríos afirma que con la iniciativa amparada por el Departament de Sanitat de la Generalitat, «el nuevo gobierno ha querido dar respuesta a la situación que se viene planteando con el uso terapéutico del cannabis, ha querido ‘regularizarla’. A tal fin ha creado una comisión integrada por diversas instituciones: el Institut Català de farmacología, el Colegio de farmacéuticos de Barcelona, el Colegio de médicos de Barcelona y la propia Administración sanitaria» (Uríos: 2005).

Para que una iniciativa como la catalana pueda salir adelante es necesaria una voluntad política firme. Jurídicamente, el uso compasivo parece factible, pero sería deseable una modificación legislativa en profundidad para poder ampliar a otros usos.

El uso compasivo del cannabis, fundamentado en razones humanitarias, es una práctica que, a pesar de desarrollarse ya en algunos lugares, todavía encuentra obstáculos para su normalización. El principal argumento contrario al uso compasivo de esta sustancia se encuentra en los posibles efectos secundarios en la salud del usuario. Sin embargo este argumento no se sostiene en el caso de enfermedades terminales —Sida, cáncer, esclerosis múltiple— en las que el paciente tiene una esperanza de vida menor a la normal. En estos casos, no cabe duda alguna, el uso compasivo del cannabis no debería encontrar obstáculo alguno.

En este sentido se pronuncia Iversen (2001: 262 y ss.) al afirmar que «debido a los riesgos potenciales que entraña para las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, es improbable que llegue a recomendarse alguna vez en el tratamiento a

largo plazo de alguna dolencia donde su uso tendría que ser continuado durante muchos años [...] Para los que sufren el Sida, cáncer o esclerosis múltiple, cuya esperanza de vida es menor a la normal, los riesgos que pudieran derivarse a largo plazo para su salud por fumar marihuana tienen escaso valor». Este mismo autor explica además que el Institut of Medicine concluyó que había determinados pacientes para los que incluso el uso a largo plazo de la marihuana podría estar justificado.



Parte 4
Parte 4
Parte 4

Bases técnicas
para un debate social
sobre el cannabis

IV.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Se observa una demanda desde diferentes sectores de la sociedad para un debate social sobre la actual política de drogas y, sobre todo, respecto al cannabis y sus derivados. Así, además de la Resolución 7ª del Parlamento Vasco, relacionada con el IV Plan Trienal de Drogodependencias, en el Parlamento Español también se ha pedido un debate sobre la legalización del cannabis⁴⁹. Del mismo modo, profesionales de diversos campos (educación, prevención, sanidad, asistencial, derecho, información...), junto con representantes de asociaciones de personas usuarias (tanto de uso terapéutico como de uso lúdico) consideran oportuno potenciar *un debate social para crear un consenso capaz de modificar los criterios actualmente predominantes por otros más coherentes con el Estado social y democrático de Derecho*⁵⁰. En una encuesta llevada a cabo entre diversos operadores jurídicos sobre los cambios que deberían darse en la política sobre el cannabis, el 80,2% afirma que es necesario un cambio y el 55,6% de estas personas cree que el cambio debería empezar, entre otras cuestiones, por un mayor debate social sobre la sustancia (Markez, Poo, Merino y Romera 2002). Unas veces el debate se quiere centrar en el uso terapéutico del cannabis⁵¹, en otras ocasiones, se pretende debatir sobre la legalización o no de la sustancia, e incluso hay quien es partidario de «provocar un debate público que conduzca finalmente a una concienciación del ciudadano y a una convocatoria de referéndum, primero regionales y luego nacionales, que nos hagan determinar con toda precisión qué porcentaje del colectivo social es partidario de mantener la actual política y qué porcentaje es partidario de alternativas» (Escohotado 1991: 38).

⁴⁹ Las diputadas Rosa María Bonàs (ERC), Carme García (ICV) y Olaia Fernández (BNG) realizaron dicha solicitud en el Congreso (El País, Sociedad, 15/09/2004, p. 26).

⁵⁰ Manifiesto de Oñati: Bases para un consenso social sobre el fenómeno del cannabis, en clave de normalización (enero de 2005).

⁵¹ La parlamentaria socialista Coral Rodríguez, cuando su grupo parlamentario presentó en el Parlamento Vasco una iniciativa en la que instaba al Gobierno a arbitrar las fórmulas que permitan la administración legal del cannabis para su uso terapéutico, señaló que en la proposición no de ley «ni los problemas asociados al uso lúdico del cannabis ni la polémica sobre la legalidad o ilegalidad de esos usos deben impedir un debate sereno sobre su utilidad terapéutica, ni mucho menos frenar la adopción responsable de todas aquellas medidas que persigan la mejorar la calidad de vida de los pacientes

Hasta ahora, el debate sobre las políticas en materia de drogas se caracteriza por (Méndez 1998):

1. Su aparición tardía: El debate público aflora con mayor fuerza en la década de los años setenta, cuando el concepto legal de *droga* se había consolidado en los Convenios Internacionales en materia de drogas o estupefacientes.
2. Su desarrollo en una situación legal y social consolidada: Los fuertes aumentos del consumo en algunas sustancias, sobre todo entre jóvenes donde una parte del proceso de socialización la llevan a cabo mediante los consumos de sustancias ilegalizadas, en gran medida suministradas por un mercado negro con considerables beneficios que pretende consolidarse mientras, desde diversas administraciones, intentan poner los medios para impedir dicha expansión.
3. Cristalización del debate en un esquema simple de «prohibición frente a legalización» como eje fundamental: La polarización del debate ha servido para centrar la discusión en un fuerte maniqueísmo, donde las acusaciones mutuas, cuando no las frecuentemente descalificaciones, han predominado sobre los argumentos y han hecho muy complicado un acercamiento de posturas.

Sin embargo, el debate sobre el cannabis en nuestro contexto cultural ha llegado a un punto muy interesante y quizás, dentro de poco, «tendremos que decidir si debemos volver a introducirlo en nuestros botiquines, y si debemos aceptar, aunque sea a regañadientes, que el consumo de cannabis con fines recreativos ha pasado a formar parte de nuestra cultura» (Iversen 2001: 303-304). Este mismo autor afirma que las administraciones públicas, con el objeto de no entrar en debate sobre el cannabis y para mantener el *status quo* de la actual política dominante en materia de drogas, se suelen remitir a las investigaciones llevadas a cabo por los expertos, muchas de ellas excesivamente ideologizadas. Desde sus conocimientos en la materia la actual situación de la sustancia está condicionada por:

— Encuadrar el cannabis en el marco de la moralidad:

Desde los propios cimientos que consolidan la actual política en materia de drogas, en el propio preámbulo de la Convención Única sobre estupefacientes de 1961 se hace referencia a «Las partes, preocupadas por la salud física y moral de la humanidad». Al encuadrarse con excesiva frecuencia el debate en términos de moralidad, la lucha contra el consumo del cannabis y sus derivados se ha interpretado desde

y favorecer un uso racional de los medicamentos» (El Mundo, Euskadi, 27/06/2004, p. 11). En este contexto, unos días antes el PSE-EE afirmaba que «no se puede seguir instrumentalizando el debate sobre la legalización o no de esta planta para un consumo con fines recreativos para frenar a su vez la investigación sobre su uso terapéutico» (El País, País Vasco, 17/06/2004).

sectores significativos como una lucha del bien contra el mal, sobre todo en un ambiente donde el cannabis se relacionaba con los *hippies*. El juez J. M. Murtagh, de la sala criminal de la ciudad de Nueva York, en 1959 declaraba que «nuestras leyes sobre drogas se basan en principios inmorales y son inoperantes». Siete años más tarde, volvía a criticar la legislación y la labor realizada por los operadores jurídicos respecto a la política de drogas: «Si se logra algún éxito en la lucha contra la adicción a las drogas, será gracias a los científicos. Nosotros, los hombres de leyes, somos asnos, y nuestro acercamiento al problema es, en el mejor de los casos, una total desgracia. Básicamente es una cuestión de salud pública. (...) La ley prohibitiva, más que hacer de corrector hace de corruptor» (Andrew y Vinkenoog 1977: 281).

— Exageración de los riesgos:

Aun siendo conscientes que todavía no es posible evaluar los riesgos potenciales a largo plazo⁵², «se han exagerado burdamente los graves riesgos a largo plazo para la salud física y mental largamente atribuidos a esta droga» (Iversen 2001: 336).

— Partir de un falso supuesto:

La afirmación de que el consumo de cannabis es soliviantador de actos violentos y delictivos se ha extendido desde hace varios siglos. La leyenda árabe del Viejo de la Montaña⁵³ que, según Marco Polo, disponía de un grupo de jóvenes preparados para matar tras consumir cannabis y, sobre todo, la interpretación interesada llevada a cabo por H. J. Ansliger⁵⁴, cuando ocho siglos después sostenía junto con Cooper en 1937, en *The American Magazine*, que «en el año 1090 se fundó en Persia la orden religiosa y militar de los Asesinos, cuya historia no es otra que la de la crueldad, la barbarie y el crimen llevados a cabo con fines nobles; todos sus miembros consumían hachís o marihuana, y es del término árabe hashishin de donde sale la

⁵² Iversen hace una analogía con el tabaquismo, donde los efectos nocivos a largo plazo aumentaron durante más de medio siglo después de la propagación del consumo de tabaco entre la juventud.

⁵³ El Viejo de la Montaña fundó la orden de los haschischins y a sus integrantes se les daba gran cantidad de cannabis antes de ir a combatir. Escohotado (2000: 44-45), suscribe que «de ahí viene la palabra 'asesino'. Naturalmente, los haschischins no eran asesinos sino guerreros, menos crueles y arbitrarios que su enemigo —el cruzado europeo—, pero los cronistas ingleses y franceses de aquellas guerras veían las cosas desde su lado».

⁵⁴ Representante permanente de los Estados Unidos en la Comisión de Estupefacientes y, al mismo tiempo, director del Federal Bureau de Narcotics desde su fundación en 1930 hasta 1962. Antiguo jefe de la unidad contra el alcohol durante la Ley Seca, es considerado como persona clave dentro del modelo moralista-represivo respecto a las políticas de drogas. Según Broeckers (2002), en la década de los años 30 potenció una campaña sin parangón contra el cannabis. Para ello se sirvió de policías que enseñaban fotos de crímenes horribles por todo el país para demostrar la peligrosidad de la *hierba asesina*.

palabra 'asesino'» (Iversen 2001: 44-49). El profesor Iversen corrobora que a Anslinger se le conoce como «el gran manipulador de su época», capaz de influir en los políticos y en la opinión pública a base de historias sensacionalistas donde se destacaban las supuestas maldades del cannabis.

Desde hace ya muchos años no se sostiene que el consumo de cannabis propicie la realización de acciones violentas. Diversos informes demuestran la falta de base científica de dicha afirmación. Además del informe *Indian Hemp Drugs Comision*⁵⁵ y del informe *La Guardia*⁵⁶, los doctores Goldman y Gilman manifestaban en 1955 que diferentes aspectos (sociológicos, psiquiátricos y criminológicos) de la marihuana habían sido estudiados y analizados por Bromberg (1939) y Shoenfield (1944) y, «no se pudo encontrar ninguna relación positiva entre el crimen violento y el uso de la droga». En 1962, el *Ad Hoc Panel on Drug Abuse*, en la *White House Conference* subrayaba: «Aunque la marihuana ha tenido que arrastrar la fama de incitar a los individuos a cometer delitos sexuales y otros actos antisociales, no hay pruebas adecuadas que lo sostengan» (Andrew y Vinkenoog 1977: 196 y 221-222).

El debate sobre una política de drogas coherente con los principios del Estado social y democrático de Derecho, requiere previamente «un análisis de la solidez del sistema de creencias que sustenta la estructura básica de la prohibición de las drogas» (Scheerer 2001: 54-62). El conocimiento sobre drogas a principios del siglo XX (muchos menos conocimientos que actualmente, con gran influencia del positivismo científico, metodologías de escasa calidad, se investigaba a las personas presas o en hospitales para saber los efectos del cannabis o de los opiáceos, en definitiva, la ciencia terminó repitiendo y reforzando los estereotipos sociales, en vez de analizarlos), los conocimientos sobre la demanda de drogas (no se entendía que una persona sana pudiera desear una sustancia de estas características con fines no

⁵⁵ El informe de la *Indian Hemp Drugs Comisión*, publicado por el gobierno inglés en 1894 sirvió para hacer un serio análisis del consumo de cannabis en la India y de sus consecuencias. En dicho informe se reconoce que el uso moderado es la regla y el uso excesivo es la excepción. En relación con las conductas violentas y el cannabis señala: «puede afirmarse que hay poca o ninguna conexión entre el uso de las drogas de cáñamo y el crimen».

⁵⁶ Tras la fuerte campaña impulsada por Anslinger sobre la *droga asesina*, amplificada por diversos medios de comunicación, el alcalde de Nueva York F. La Guardia, nombró una comisión de expertos en 1939 para que analizaran el estado de la cuestión. Cinco años más tarde se publicó el informe y «sus hallazgos tendieron a minimizar la seriedad del problema de la majjuana en Nueva York». El propio Anslinger denunció lo superficial y hueco de sus datos, y la Asociación Médica Americana señaló: «las autoridades públicas harían bien en no hacer caso de este estudio acrítico y poco científico, y continuar viendo en la marijuana una amenaza allí donde se suministre». Sin embargo, los propios autores del informe subrayaron que «era atacado sobre la base de que los datos representaban un peligro público, más que por sus aspectos científicos» (Andrew y Vinkenoog 1977: 224-225).

médicos) y los conocimientos sobre la economía dirigida (se creía en un Estado fuerte y en su capacidad para dirigir la producción y el cambio social), sirvió para sustentar la creencia en la prohibición de las drogas ilegalizadas como algo *natural* y adecuado.

Sin embargo, desde los conocimientos que se tienen hoy en día, esas creencias han quedado obsoletas y no se sostienen desde el punto de vista científico porque: se dispone de un mayor conocimiento sobre drogas (el cambio socioeconómico y cultural ha tenido sus efectos, entre otras cuestiones, en la evaluación y la asunción de riesgos), han aumentado los conocimientos sobre el consumo controlado (el consumo autónomo y autocontrolado de drogas peligrosas es perfectamente posible y una realidad social para la mayor parte de las personas consumidoras), se conoce mejor la demanda real («en la actualidad hay pruebas de que, en general, las personas consumen drogas no sólo por alguna deficiencia oculta (neuro)psicológica, sino también porque optan racionalmente por hacerlo. Las personas que consumen sustancias estupefacientes no son ni cobardes ni psicópatas, son personas tan normales como cualquier otra persona normal, incluido el segmento de consumidores de alcohol y tabaco. Las sociedades contemporáneas registran una demanda intensificada de sustancias estupefacientes no porque estén inmersas en un proceso de degeneración, sino porque están inmersas en un proceso de aumento de la autoestima y reivindicación de los derechos de las minorías») y es posible el consumo de drogas sin dañar la salud (muchos sectores de la población han llegado a pensar que consumo de drogas y salud eran mutuamente excluyentes, «el mayor conocimiento que se tiene actualmente sobre el consumo de drogas nos permite saber que las cosas son distintas: que ciudadanos responsables utilizan heroína o cannabis como beben vino o fuman cigarrillos, como parte de su vida diaria, en ocasiones de una forma excesivamente compulsiva, como un mal hábito, pero desde luego no de una forma alarmante que requiera un tratamiento jurídico totalmente distinto del que reciben las drogas más convencionales») (Scheerer 2001: 61-62).

Si, como se ha señalado anteriormente, la prohibición del cannabis se ha sustentado durante años en criterios morales, supuestos falsos (inducción a la violencia), y exageración de los riesgos para la salud, quizás ha llegado el momento de fomentar un debate social sobre el cannabis, desde los conocimientos actuales, y en el contexto de un Estado social y democrático de Derecho.

La Recomendación del Parlamento Europeo, de 15 de noviembre de 2004, destinada al Consejo y al Consejo Europeo sobre la estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012) (2004/2221(INI)), aporta interesantes aspectos para profundizar en un debate social sobre la cuestión del cannabis. En el tercer considerando, afirma la imprescindibilidad desde la Unión Europea de revisar su estrategia respecto a las

sustancias estupefacientes, ante el fracaso actual de las políticas aplicadas hasta ahora. Considera que las políticas nacionales han «*de basarse en conocimientos científicos relativos a los distintos tipos de drogas y no en impulsos emocionales*» (Considerando J). En el siguiente Considerando, plantea la necesidad de emprender un proceso de revisión de las políticas relativas a los estupefacientes, «*con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia en relación con los objetivos que se han de alcanzar, dedicando especial atención a las políticas alternativas que ya hoy en día logran mejores resultados en muchos Estados miembros*». Por todo ello, el Parlamento Europeo recomienda al Consejo y al Consejo Europeo, entre otras cuestiones:

- incrementar la investigación social y científica de las sustancias ilícitas con fines médicos y sociales pertinentes (Recomendación g)
- realizar una evaluación concienzuda de la eficacia de la ejecución de la anterior estrategia (sobre todo en cuestiones de prevención del consumo y la dependencia, la reducción de la oferta y la demanda de drogas ilícitas, la limitación del daño social y la limitación de los daños a la salud) (Recomendación j)
- proponer medios completamente diferentes para lograr el objetivo general del proyecto de Estrategia antidroga de la Unión Europea, dando prioridad a la protección de la vida y la salud de los consumidores de sustancias ilícitas, a la mejora de su bienestar y protección, con un planteamiento equilibrado e integrado del problema (Recomendación m)
- incidir mucho más en la reducción de daños, la información, la prevención y el cuidado y atención a la protección de la vida y de la salud de las personas con problemas por los consumos de las sustancias ilegalizadas, y definir medidas para evitar la marginación de las personas afectadas en lugar de aplicar estrategias represivas al límite de la vulneración de los derechos humanos fundamentales y que, con frecuencia, los han vulnerado (Recomendación t)
- hacer hincapié en el refuerzo de las medidas de información, que deben basarse en los conocimientos científicos, acerca de las consecuencias del consumo de distintos tipos de drogas (Recomendación w)
- definir y reforzar de forma exponencial la participación e implicación de los drogodependientes y de los consumidores de sustancias ilícitas, de la sociedad civil, de las ONG, del voluntariado y de la opinión pública en la resolución de los problemas relacionados con la droga (Recomendación x)
- definir medidas de evaluación que permitan detectar correctamente y corregir tanto las posibles deficiencias constatadas en relación con los objetivos previstos por la Estrategia antidroga de la Unión Europea como los medios y recursos más adecuados para alcanzarlos (Recomendación ae)

—llevar a cabo un estudio científico sobre los costes y beneficios de las actuales políticas de control de las sustancias estupefacientes que incluya un análisis del cannabis y sus derivados (Recomendación af).

Los considerandos y las recomendaciones citadas, pueden ser de gran ayuda a la hora de realizar un debate social sobre el cannabis: Es el Parlamento Europeo quien —haciéndose eco de las denuncias y demandas de un gran número de investigadores, de diferentes profesiones relacionadas con el fenómeno social de las drogas y también de las propias personas usuarias— considera un fracaso la actual política sobre drogas ilegalizadas y plantea que se preste una *especial atención* a las políticas alternativas que actualmente consiguen mejores resultados en muchos de los Estados de la Unión Europea.

IV.2. HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN TERMINOLÓGICA

A la hora de un debate social tiene gran trascendencia ponerse de acuerdo en el significado de la terminología utilizada. En el fenómeno social de las drogas se emplean términos muy diferentes para expresar contenidos muy parecidos y al revés. Desde el propio OEDT (2005, 12) han puesto de manifiesto las dificultades para encontrar una definición exacta de la terminología que a continuación se expone, entre otras cuestiones, porque determinados términos tienen un significado diferente en inglés o en otros idiomas. Quizás sea éste uno de los motivos de la confusión existente. Las definiciones que a continuación se exponen, son una síntesis de la literatura científica analizada y pretenden particularizar, dentro de lo posible, algunos de los términos que más se emplean en el debate social sobre las drogas en general, y en el del cannabis en particular.

Tampoco es sencillo conceptualizar los *usos* y los *consumos*, de estas sustancias porque, como ponen de manifiesto Comas y Gracia (2004, 30-31) «el concepto de consumo no es unívoco ni neutro. No sólo hay diferentes tipos de consumo sino que además la propia idea de consumo ha ido variando a lo largo de la historia. Se trata de un concepto claramente cultural, en el que se imbrican, cuanto menos, tres dimensiones distintas, la del hecho, la del valor y la de deber o moral. El término consumo en un sentido descriptivo, en otro evaluativo y en otro claramente prescriptivo o moral. No es posible analizar uno de esos niveles sin referencia a los otros, ya que todos se implican mutuamente. De ahí la complejidad de su estudio».

IV.2.1. Políticas prohibicionistas

Las políticas prohibicionistas tienen su origen en los Convenios Internacionales sobre drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Sus características más importantes son:

- No recoge la definición de *droga*, y la definición que se hace de *estupefaciente* es en virtud de si una sustancia está incluida en unas listas o no.
- Permite la criminalización de la inmensa mayoría de los actos relacionados con las sustancias ilegalizadas.
- Las partes implicadas se comprometen a introducir estos criterios sancionadores en las legislaciones estatales.

No todas las políticas prohibicionistas se desarrollan con la misma intensidad. Levine (2003), al analizar las variedades de las políticas prohibicionistas, observa un *continuum* que va desde las políticas más represivas, punitivas y criminalizadoras —el caso de los Estados Unidos—, hasta las legislaciones más tolerantes —los Países Bajos con el cannabis—. Por ello, junto con Reinerman han propuesto que en el primer caso se denomine *prohibición punitiva de las drogas* y, en el segundo, *prohibición tolerante de las drogas*.

La actual política prohibicionista en materia de drogas ilegalizadas, pese a su importante carga punitiva, no puede controlar ni una gran parte del tráfico ni de los consumos. Un número importante de las personas que han analizado concienzudamente la política prohibicionista, reconocen abiertamente el fracaso de la misma (Díez Ripollés 1989) respecto a la disminución de la oferta y de la demanda. Algún autor (Baratta 1989) resalta no tanto el fracaso de las funciones declaradas, sino el éxito de dicha política respecto a las funciones no declaradas.

Para analizar las consecuencias de la política prohibicionista es importante distinguir entre efectos primarios y secundarios (Arana 1996): Por efectos primarios, se entienden los efectos que una determinada sustancia causa en la persona que la consume (sucede tanto con las drogas legalizadas como con las ilegalizadas). Los efectos secundarios son una consecuencia directa de la política prohibicionista y afectan a las personas consumidoras y a la sociedad en general. La adulteración de las sustancias, la disminución de derechos y libertades, la falta de soberanía, la corrupción, el denominado blanqueo de dinero, y la perversión de diversos aspectos relacionados con la prevención y los servicios sociosanitarios. Neuman (1991: 147) al analizar los efectos secundarios de la política prohibicionista se percató de la inexistencia por parte de organismos internacionales o nacionales de «estudios en que científicamente se demuestre la eficacia de la criminalización. En cambio, bastaría pensar en los costos de miles de millones que implica implementar la prohibición». El proceso de criminalización abarca tanto a la criminalización primaria —mecanismo de la producción de las normas—, y la criminalización secundaria que «contempla los órganos de control —jueces, policía, etc.— en la acción de selección de qué ilegalismos (violaciones de las normas penales) deben ser penalmente perseguidos y qué sujetos deben ser criminalizados» (Pavarini 1983 147-148). Esta última «es

mucho más compleja que la otra y está más singularizada por valoraciones políticas discriminatorias que hacen» (Muñagorri 1983, 149-150).

Un ejemplo puede ayudar a ilustrar el proceso de criminalización secundaria en materia de drogas ilegalizadas dentro de los Estados Unidos: Según Husak (2003a, 172-173) la historia del prohibicionismo en este país ha sido, en gran medida, la historia de cómo las drogas concretas consumidas por los relativamente desposeídos fueron siendo paulatinamente criminalizadas, a través de una aplicación selectiva de la que aporta interesantes datos. «La mayoría de los consumidores de cualquier droga ilícita son blancos. Sin embargo, aunque los consumidores de drogas blancos superan en número a los negros, pues cinco de cada seis son blancos, los negros comprenden el 62,7 por 100 de los admitidos en prisiones estatales por delitos relativos a las drogas, y los blancos el 36,7 por 100. En algunos Estados estas disparidades raciales están significativamente más acentuadas que en otros. En siete Estados, los negros representan más del 80 por 100 de todos los autores de delitos relacionados con las drogas que son enviados a la cárcel. En Maryland, los negros constituyen el 90 por 100 de todos los ingresos por delitos de drogas. En Illinois, el Estado con la tasa más elevada de hombres negros entre rejas por delitos relativos a las drogas, un hombre negro tiene cincuenta y siete veces más probabilidades de ser enviado a prisión con cargos relacionados con las drogas que un hombre blanco. Algunas de estas disparidades son el resultado de la cuestionable práctica del 'perfil racial', que consiste en la práctica policial de parar, registrar e interrogar sobre posibles delitos, basándose en el único hecho de la raza de las personas». Husak opina que el prejuicio racial puede que sea la cuestión más escandalosa de la política estadounidense en materia de drogas ilegalizadas.

No cabe duda que la política prohibicionista en materia de drogas resulta muy práctica para todo tipo de gobiernos (democracias, dictaduras, gobiernos de derechas, de izquierdas), porque todos ellos la han empleado (Levine 2003). Desde este punto de vista, es necesario buscar una racionalidad a este fenómeno. A juicio de González Zorrilla (1991), son los aspectos económicos, de hegemonía política e ideológica los que hacen rentable la política prohibicionista en materia de drogas ilegalizadas.

IV.2.2. Políticas alternativas

Las políticas alternativas realizan una crítica a la actual política prohibicionista, por todos los efectos secundarios que produce, y son partidarias de dar otro enfoque al fenómeno social de las drogas. Algunas denominaciones de estas políticas han sido: políticas antiprohibicionistas, políticas liberalizadoras, políticas normalizadoras. El significado y la filosofía existente tras estas denominaciones, aunque tienen aspectos comunes, no es el mismo «y son múltiples las variantes y consecuencias que se

derivan» (Cuesta, Blanco 2002: 190). Así, todas ellas pueden considerarse en alguna manera antiprohibicionistas (en la medida en que critican el prohibicionismo) y liberalizadoras (se proponen medidas menos represivas). Sin embargo, desde un punto de vista filosófico y político hay que diferenciar entre las políticas liberalizadoras en materia de drogas promovidas por T. Szasz o determinados economistas neoliberales de Estados Unidos, y quienes optan por una política normalizadora en materia de drogas, donde se pretende sentar las bases para que los aspectos preventivos, sociales, educativos, sanitarios y de reducción de riesgos, primen sobre los sancionadores.

IV.2.3. Penalización

Opción de política criminal que utiliza la coerción penal como recurso punitivo.

IV.2.4. Despenalización

Alude fundamentalmente a la renuncia de la intervención penal. Ello no quiere decir desregulación, porque se puede intervenir desde otras ramas del derecho como el derecho administrativo.

IV.2.5. Legalización

Como indica Ambos (1998), no es lo mismo el acceso legal a las drogas que su legalización. La legalización implica un comercio o tráfico legal, una regularización. El término ha sido denostado por los partidarios de la política prohibicionista y en el colectivo social cuando se habla de legalización se asocia a la posibilidad de vender las sustancias hoy en día ilegalizadas a las puertas de los colegios. Sin embargo la legalización implica una regulación en los términos que se haya decidido socialmente.

IV.2.6. Normalización

Desde el punto de vista legal es el sometimiento de las sustancias hoy en día ilegalizadas a los mismos controles y restricciones que, por ejemplo, el resto de los medicamentos u otras sustancias parecidas. Sin embargo, la normalización abarca muchas más cuestiones que el punto de vista legal, como son la perspectiva médica, preventiva, social, etc...

IV.2.7. Uso terapéutico

Se entiende por uso terapéutico el uso que se hace de la sustancia con la finalidad de aliviar o sanar determinados malestares. Puede abarcar no solamente el uso médico sino también la automedicación y el efecto placebo.

IV.2.9. Uso lúdico

Consumo de la sustancia con el fin de promover el placer, la felicidad o la euforia de quien la consume.

IV.2.9. Uso inadecuado

Terminología empleada en los Convenios Internacionales que se utiliza indistintamente para señalar un uso de una sustancia ilegalizada, o un uso problemático.

IV.2.10. Uso problemático

Uso que se hace de la sustancia que acarrea efectos negativos, bien para quien lo consume, bien para su entorno. A veces también se asocia con los problemas que se producen como consecuencia de la ilegalidad de las sustancias.

IV.2.11. Uso responsable

Entendido éste como un consumo prudente, razonable, moderado, que intenta superar las culturas de la prohibición de determinados consumos o de la constante promoción de otros. Se basa en la *cultura de la responsabilidad* que «concede siempre mayor importancia al autocontrol que al heterocontrol. De ahí, la necesidad de educar en el ‘uso razonable’, en el ‘uso responsable’ y en la ‘gestión prudencial’ de los usos y consumos. Dado que existen distintos tipos de consumo, unos más inocuos y otros más peligrosos, la cultura de la responsabilidad exige discernir entre ellos, evitando posturas globales e indiscriminadas de condena o rechazo, por una parte, y de aceptación o defensa, por otra» (Comas y Gracia 2004, 29-33). El uso responsable también implica el responsabilizarse de las consecuencias que un determinado consumo pueden tener para quien consuma o para su entorno.

IV.2.12. Teoría de la escalada

Uno de los motivos esgrimidos desde la política prohibicionista, no demostrado científicamente, según el cual, quien empieza por el cannabis acaba consumiendo heroína. No hay una relación de causa efecto, aunque sí es verdad que quien consume una droga tiene más posibilidades de consumir otras.

IV.3. LA PERSONA CONSUMIDORA DE CANNABIS COMO SUJETO DE DERECHOS

En nuestra sociedad, las personas consumidoras de drogas legalizadas, tienen unos derechos (información, educación, protección de la salud...), hoy en día no

aplicables a quien consume las drogas ilegalizadas. En la medida que esos derechos se extiendan a las personas consumidores de sustancias ilegalizadas, gran parte de los riesgos a los que están avocadas estas personas pueden disminuir de manera importante, sobre todo en el caso del cannabis y sus derivados, donde muchas veces sus efectos negativos están más relacionados con la actual política que con la propia sustancia. «La profundización en los derechos de todas las personas consumidoras de drogas es una manera de hacer prevención y de reducir los riesgos, porque, entre otras cuestiones, la prevención deja de ser un complemento de la política represiva y se convierte en un límite a las injerencias en cuestiones de libertad personal» (Arana y Germán 2004: 111). Es por ello que hemos realizado una propuesta de Carta de los Derechos de los usuarios de drogas, en coherencia con los principios del Estado social y democrático de Derecho.



Parte 5 Parte 5 Parte 5

Propuestas de regulación
del cannabis y sus derivados
en un Estado social
y democrático de Derecho

Al analizar la legislación existente se ha realizado una mención especial al uso terapéutico del cannabis en la legislación internacional y en la europea, así como la situación específica creada en Cataluña. Las cuestiones relativas a la viabilidad del uso terapéutico y uso lúdico del cannabis en el actual marco legislativo, han sido estudiados en profundidad por Muñoz y Soto (2001) al llevar a cabo un informe jurídico sobre estos aspectos, a solicitud del Comisionado para la Droga de Andalucía. Ambos usos son analizados desde la perspectiva penal (si pueden o no estar incluidos como delitos dentro del tráfico ilícito de drogas) y administrativa (si pueden ser merecedores de un ilícito administrativo).

V.I. USO TERAPÉUTICO

Como se ha puesto de manifiesto al analizar la legislación penal vigente, el actual artículo 368 del Código penal, se encuadra dentro de los denominados delitos de peligro abstracto caracterizado, entre otras cuestiones, por la anticipación de la actuación penal a la realización de la conducta que el legislador considera peligrosa, aunque no se verifique el peligro efectivo del bien jurídico protegido⁵⁷. En el campo

⁵⁷ Algunos autores, entre ellos Hassemer (1991: 35), realizan una fuerte crítica por los efectos que la técnica de los delitos de peligro abstracto están teniendo en delitos como el tráfico de drogas: «Este alivio se ha intentado buscar por medio de los delitos de peligro abstracto, los cuales en los ámbitos aquí tratados han eliminado prácticamente los clásicos delitos de resultado. Encubren la ausencia de fuerza fáctica del Derecho penal para proteger bienes jurídicos, al suprimir el vínculo entre comportamiento criminalizado y lesión de bien jurídico. El injusto penal no es la comprobable causación de un perjuicio sino un actividad que el legislador ha criminalizado; si en la elección de esta actividad existe o no la potencialidad o el peligro abstracto de lesión no puede ser discutido en el ámbito de aplicación de la norma, sino que es sólo un elemento de evaluación en el promulgación de la norma. En segundo lugar, los delitos de peligro abstracto facilitan la cuestión a efectos preventivos, siempre molesta, de la atribución.

Dispensan la prueba de un daño (y con ello la causalidad del comportamiento) y facilitan por ende la atribución. Que con ello debilitan la posición del autor y atentan contra un bastión del Derecho penal clásico es tan obvio como discutible. Que ello alivie la presión preventiva como se pretende, está aún menos claro; ya que precisamente en el ámbito, en el que se dictan delitos de peligro abstracto con particular celo —medio ambiente y tráfico de drogas—, las quejas sobre los ‘déficit en la aplicación’ se han convertido en una constante música de acompañamiento».

penal, la doctrina jurisprudencial ha optado en los últimos años, ante las fuertes penas impuestas en los delitos relacionados con el tráfico de drogas, por tratar de aplicar los criterios elaborados por la doctrina para la restricción de los delitos de peligro abstracto en los casos de delitos de tráfico ilícito de drogas. A juicio del Tribunal Supremo éste se concibe «como un tipo que, si bien reclama la producción de un peligro efectivo para la salud pública, exige una acción apta para producir tal peligro. Es decir, el tipo penal requiere una acción que por sus posibilidades materiales sea susceptible de ser considerada, según un juicio de pronóstico, como peligrosa para la salud pública y la posibilidad de un resultado de peligro para la salud pública, esto es, que el juez verifique si en la situación concreta ha sido posible un contacto entre la acción y la salud pública, en cuya virtud hubiera podido producirse un peligro efectivo para ésta» Muñoz (2001: 128-129).

En virtud de la reducción teleológica del tipo del artículo 368 del Código penal, desde el punto de vista de la jurisprudencia, son atípicos los siguientes supuestos:

- El denominado *consumo compartido*: engloba los supuestos de aportación de varios drogodependientes con el objetivo de crear un fondo común destinado a conseguir uno de ellos la sustancias para consumirla conjuntamente, los puestos de invitaciones recíprocas entre drogodependientes y, los casos de entrega o invitación gratuita de la sustancias a persona o grupo concreto de personas para un consumo inmediato.
- La donación de drogas por familiares o personas cercanas a drogodependientes, con el fin de intentar la deshabituación o para impedir las consecuencias del síndrome de abstinencia.

Basándose en esta segunda tesis jurisprudencial, la atipicidad de la donación con fines altruistas y humanitarios, Muñoz y Soto han resaltado las diferencias⁵⁸ existentes entre ambos supuestos, aunque concluyen que no son motivo de impedimento para aplicarlo al caso de la impunidad del uso terapéutico del cannabis porque, tanto en el supuesto jurisprudencial como en el caso del uso terapéutico el fundamento de la atipicidad sería el mismo: la no existencia de un peligro general de difusión, facilitación o promoción del consumo entre personas indiscriminadamente. Además, según el bien jurídico protegido, la salud pública⁵⁹, el uso terapéutico del cannabis no es

⁵⁸ Las tres diferencias significativas son: a) la jurisprudencia se refiere a casos en los cuales la finalidad es afrontar supuestos de deshabituación o de evitar el síndrome de abstinencia, cuestiones éstas diferentes al uso terapéutico del cannabis; b) la jurisprudencia se refiere a una vinculación de proximidad entre quien suministra la sustancia y quien la recibe; c) la persona que recibe la sustancia debe ser un drogodependiente o, por lo menos, alguien que sea consumidor habitual.

⁵⁹ El bien jurídico *salud pública* —como se ha señalado anteriormente— no deja de ser controvertido e impreciso. El concepto jurídico penal de salud pública debe tener en cuenta, a la hora de su

ningún peligro porque, por un lado, estaría indicada terapéuticamente para determinadas enfermedades, y por otro lado, no hay posibilidades de que la sustancia llegue a terceras personas porque la entrega se realiza a una persona en concreto. Por todo ello concluyen que la dispensación del cannabis para uso terapéutico no es punible penalmente cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- La persona destinataria de la sustancia debe ser un enfermo con síntomas para los que está indicado terapéuticamente la administración del cannabis.
- Que a la persona en cuestión, se le suministre directamente la sustancia, para evitar la difusión entre terceras personas.
- Que el suministro se enmarque dentro de un tratamiento curativo o paliativo, bajo de dirección del profesional autorizado.

Al analizar el uso terapéutico desde la posibilidad o no de que pueda convertir en un ilícito administrativo, es importante profundizar en dos cuestiones claves: las condiciones que deben existir para la prescripción médica y para los ensayos clínicos. En su argumentación, Muñoz y Soto distinguen entre el cannabis y el hachís y el THC. Las dos primeras sustancias forman parte de las listas I y IV de la Convención Única sobre estupefacientes de 1961, mientras que el principio activo del THC se incluye en la lista I de la Convención sobre sustancias psicotrópicas de 1971. Ambas convenciones han sido ratificadas por el Estado español y sus criterios han sido adaptados a la legislación española por medio de la Ley 17/1967, de 8 de abril y el Real Decreto 2829/1997, de 6 de octubre, modificado por la Orden de 27 de febrero de 1992, donde se transfiere el THC de la lista I a la lista II del Real Decreto de 1977. Este cambio supone una menor rigidez en las medidas de fiscalización y faculta su prescripción médica.

Por estos motivos, al analizar el uso terapéutico del cannabis, los requisitos no son los mismos si se trata de la marihuana y el hachís, o cuando sea su principio activo (THC). Existe una fuerte restricción legal en el caso de la marihuana y el hachís, que sólo se podrán llevar a cabo ensayos clínicos según en las condiciones exigidas por la Ley 25/1990 del Medicamento. En cambio, el principio activo (THC) tiene más opciones de utilización terapéutica porque puede ser fabricado, importado, exportado, distribuido, con licencia, y dispensado en farmacias con receta médica.

elaboración, consideraciones médicas, sociales y jurídicas. Se trata de un concepto abstracto claramente vinculado a uno individual. Así, y siguiendo a Joshi (1999: 41), por salud pública se entiende «la presencia de un nivel de salud óptimo en una sociedad concreta que sólo puede afirmarse en el caso de que la gran mayoría de sus individuos gocen de salud individual para llevar a cabo el plan de vida libremente elegido en igualdad de condiciones y con capacidad para cumplir con los deberes derivados de la convivencia democrática».

V.2. USO LÚDICO

En la actualidad, desde el punto de vista de la legislación penal, la existencia de un local para la adquisición y consumo de cannabis entraría de lleno dentro del tipo del artículo 368 del Código penal. Sin embargo, basándose en el criterio jurisprudencial de la impunidad del consumo compartido, sí podrían crearse espacios de consumo de cannabis, en el caso que se cumplieran las siguientes condiciones:

- Ha de tratarse de un local de acceso restringido a un grupo determinado de consumidores habituales, mayores de edad y con capacidad autónoma para decidir.
- Ha de ser un lugar cerrado.
- Las cantidades del consumo no pueden rebasar el límite de un consumo inmediato y se tiene que consumir en el propio local
- No tiene que mediar contraprestación de ningún tipo por la entrega de la sustancia o por el uso del local.

A la hora de profundizar la posibilidad de sanción administrativa en los casos de la existencia de locales para consumo de cannabis, es necesaria la referencia a los artículos 23,h y 25 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre la Protección de la Seguridad Ciudadana, citados anteriormente, donde se señala como infracciones graves a la ley, el consumo y la tenencia de las sustancias ilegalizadas en lugares públicos, y también el tolerar el consumo y el tráfico en esos dichos lugares, por parte de sus responsables. Según diversas sentencias del Tribunal Supremo, uno de los elementos diferenciadores del concepto de *establecimiento abierto al público*, es la posibilidad indiscriminada de acceso a dicho establecimiento de cualquier persona. Por ello, el consumo realizado en un lugar cerrado, por ejemplo un club de personas consumidoras, donde esté restringida la entrada a los no socios y éstos sean personas mayores de edad, consumidores habituales de cannabis, si el consumo se realiza en el propio local y no existe contraprestación económica, no estaría sancionado desde la actual legislación administrativa.

El autocultivo de cannabis es un fenómeno que cada vez tiene más seguidores y se desarrolla tanto en exterior como en interior. Desde un punto de vista penal el cultivo es uno de los supuestos que está penado por el artículo 368 del Código penal, pero en los casos de autocultivo, como generalmente suele ir destinado al consumo propio, no se sanciona penalmente. Desde el punto de vista administrativo, sí puede emprenderse un proceso sancionador por actos relacionados con autocultivo.

Las interesantes aportaciones de Muñoz y Soto son como un soplo de aire fresco en un contexto de política prohibicionista, por ello, es importante señalar que

son interpretaciones de la legislación vigente, y que sería fundamental trasladar estos criterios y otros semejantes a la legislación actual. Si realmente se quiere que el uso terapéutico del cannabis no sea sancionado penal ni administrativamente, o que no se sancione la tenencia o el consumo de cannabis, o incluso, que no sea sancionada por tráfico de drogas la venta de esta sustancia entre personas adultas, serían necesarios cambios significativos en el artículo 368 del Código penal, en los artículos citados de la Ley 1/1992, de Protección de la Seguridad Ciudadana, en la Ley 17/1967 sobre estupefacientes y en el Real Decreto 2829/1977 sobre sustancias psicotrópicas.

Actualmente se está elaborando una legislación para limitar los espacios donde se puede fumar, cuestión que también está creando un interesante debate social. Como gran parte del consumo del cannabis se lleva a cabo fumado, a la hora de elaborar una legislación normalizadora en materia de cannabis, las limitaciones que se quieren aplicar al consumo de tabaco, podrían ser un referente.



Parte 6
Parte 6
Parte 6

Conclusiones

- El cannabis cuenta con un largo historial de consumo entre la población, y en la actualidad es la droga ilegal que más se produce, con la que más se trafica y la que más comúnmente se consume a escala mundial.
- El cannabis y sus derivados han tenido a lo largo de la historia, y siguen teniendo diversos usos: gastronómico, religioso, en el proceso de socialización, creativo y artístico y usos industriales. También se ha consumido con finalidades terapéuticas y lúdicas.
- El uso terapéutico abarca no solo el uso médico, sino también la automedicación y el denominado efecto placebo. Desde un punto de vista terapéutico, el cannabis se ha empleado para calmar dolores, como antiemético, para combatir los dolores de la esclerosis múltiple, el glaucoma, la epilepsia, los trastornos del estado de ánimo y del sueño, como estimulante del apetito y en los trastornos neurológicos del movimiento. Sin embargo no ha ofrecido los mismos resultados en todas estas enfermedades.
- En diversos países (Canadá, Países Bajos, Gran Bretaña, Suiza,...) el uso terapéutico del cannabis dispone de apoyo legal ante determinados supuestos, como el uso compasivo o uso humanitario, para paliar determinados dolores y las reacciones adversas de los efectos secundarios de la quimioterapia.
- El descubrimiento del sistema cannabinoide y su participación en múltiples funciones fisiológicas básicas del organismo ha renovado el interés de la medicina por los compuestos cannabinoideos que, a partir de los datos preclínicos, se le intuye un amplio potencial clínico, sobre todo en los trastornos de tipo neurológico.
- Pese a los esfuerzos de la actual política prohibicionista, el uso lúdico de cannabis es hoy una realidad. Entendemos por uso lúdico, el consumo que tiene como finalidad promover el placer, la felicidad o la euforia de las personas consumidores. La mayoría de las personas que consumen cannabis hacen un uso moderado de la sustancia.
- Los efectos del cannabis están condicionados por la dosis (según la cantidad y la calidad), la experiencia subjetiva de la persona y el estado de ánimo y la personalidad de quien la consume. Entre los aspectos positivos destacan su capacidad

para relajar, la potenciación de la comunicación y sociabilidad y el estado de bienestar. Entre sus efectos negativos se indican la apatía, pasividad, pereza que provoca un consumo intenso y prolongado, la alteración de la memoria (olvidos, despistes,...), ansiedad, aislamiento, etc.

- Hay una preocupación social por el aumento del consumo del cannabis por personas menores de edad y, por tanto, en proceso de maduración.
- El cannabis, como todas las drogas, no es una sustancia inocua pero, en virtud de los datos de que se dispone actualmente, no tiene efectos tan nocivos como otras sustancias hoy en día legalizadas.
- La economía relacionada con el cannabis y sus derivados mueve muchos miles de millones de euros. Tanto desde el punto de vista legal (venta de semillas, plantaciones para uso terapéutico, publicaciones, medios empleados para combatir la ilegalidad de la sustancia y a sus consumidores), como desde el punto de vista ilegal (plantaciones, tráfico, blanqueo de dinero,...).
- Desde un punto de vista político la prohibición de determinadas drogas es rentable porque ha sido y es utilizado por todos los gobiernos, sean de derechas o de izquierdas, sean dictaduras o democracias. El cannabis se está utilizando como forma de control social (por medio de sanción pecuniaria o mediante sometimiento a tratamiento) sobre todo con personas jóvenes.
- El estatus legal del cannabis en la Unión europea pone en evidencia las diferentes políticas con respecto al uso de esta sustancia existentes en los estados miembro. Actualmente, a pesar de que el margen de maniobra para la normalización del cannabis en el ámbito internacional es prácticamente inexistente, la mayoría de los países europeos han hecho objeto de revisión sus respectivas políticas y perspectivas sobre el uso de cannabis, mostrando un alejamiento de la perspectiva más represiva.
- Las sanciones penales que pueden legalmente aplicarse a los consumidores de cannabis siguen siendo motivo de controversia en la UE, y los Estados miembros adoptan enfoques considerablemente distintos con respecto a esta cuestión. Así, la forma de perseguir las ilegalidades relacionadas con el cannabis en el territorio de la UE es heterogénea.
- No obstante, en este contexto el uso terapéutico del cannabis se considera una cuestión importante dentro de las políticas europeas sobre drogas, y ha aumentado el conocimiento y la concienciación sobre las características terapéuticas de esta sustancia.
- En el ámbito estatal, los comportamientos relacionados con las drogas se encuentran regulados desde el Derecho penal y el Derecho administrativo sancionador.

Las infracciones relacionadas con el cannabis, como la posesión y el uso en lugares públicos, son castigadas administrativamente. Por tanto, no es delito ni consumir ni la tenencia para el propio consumo.

- La doctrina mayoritaria interpreta restrictivamente los preceptos de la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana dejando al margen de la sanción administrativa conductas inofensivas para la seguridad ciudadana, como son el consumo privado y, sobre todo, la tenencia para tal consumo. Esta interpretación puede abrir ciertos ámbitos a la licitud
- La Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas admite el uso en cuatro supuestos, médico, industrial, científico o docente, lo que puede configurarse como el marco legal para plantear iniciativas de uso y tenencia lícitos del cannabis. Asimismo, hay determinados sectores partidarios de su derogación.
- En la Comunidad Autónoma del País Vasco el consumo de cannabis ha alcanzado una visibilidad importante en los últimos años y se consume abiertamente y sin intentos de ocultación en numerosos lugares públicos. Se puede afirmar, tal y como se explica en el V Plan de Drogodependencias, que se vive una tolerancia social hacia el cannabis, que no se da con otras sustancias ilegalizadas.
- La Ley 18/1998, de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias, aprobada por el Parlamento Vasco, es consciente de que no todo uso de drogas es de por sí problemático o pernicioso para la salud.
- El debate sobre una política diferente en materia de cannabis ha estado mediado por el enfoque moral, por la exageración de los riesgos y por partir de un falso supuesto (el consumo potenciaba actos violentos), es decir, en gran medida condicionada por los estereotipos sociales.
- Desde los conocimientos que se tienen actualmente sobre el cannabis, se sabe que es posible un consumo controlado y responsable, sin dañar a la salud más de lo que puedan afectar otras drogas legalizadas.
- Un debate social sobre el uso normalizado del cannabis, debe tener presentes los derechos y los deberes de todas las partes afectadas en conherencia con los principios del Estado social y democrático de Derecho y, por tanto, con los derechos humanos. Nuestra sociedad tiene la madurez suficiente para abordar un debate social de estas características.
- Ante el actual fracaso de las políticas en materia de drogas ilegalizadas, las consideraciones y las recomendaciones emanadas del Parlamento Europeo, entre ellas, el prestar una especial atención a las políticas alternativas y llevar a cabo

un estudio científico sobre los costes y beneficios de las actuales políticas de control de las sustancias estupefacientes que incluya un análisis del cannabis y sus derivados, pueden ser una buena base para potenciar un debate social sobre el cannabis.

- Para que una iniciativa sobre el uso normalizado del cannabis en el plano internacional se lleve a la práctica no hay mucho margen de maniobra. Sin embargo, los cambios que se observan en las legislaciones para un uso terapéutico son significativos. Sería necesaria una modificación legislativa significativa para poder ampliar a una normalización de la legislación para el uso lúdico del cannabis.
- Aunque existen limitaciones legales al uso terapéutico del cannabis, éste se podría llevar a cabo si se cumplen determinadas condiciones. La apertura de locales abiertos al público para la adquisición y consumo de cannabis, no es actualmente posible con la actual legislación. En cambio, si son locales con un público restringido y en determinadas condiciones, no sería contrario a la legislación vigente.
- Actualmente se está confeccionando una legislación en materia de tabaco que pretende limitar su consumo en determinados lugares. Como la mayor parte del consumo de cannabis es por vía fumada, los criterios que se recojan en dicha legislación, pueden servir para regular también el cannabis en un contexto de normalización.

Bibliografía

Bibliografía

Bibliografía

- Ambos, K. (1998): *Control de drogas. Política y legislación en América Latina, EE. UU. y Europa. Eficacia y Alternativas*.
- Andrews, G.; Vinkenoog, S. (1977): *El libro de la yerba*. Barcelona: Anagrama.
- Arana, X. (1996): «Profundización en el debate sobre la normalización de la cuestión droga en un Estado social y democrático de Derecho». En *Normas y culturas en la construcción de la «Cuestión Droga»*, compilado por X. Arana y R. Del Olmo. Barcelona: Hacer, 185-231.
- Arana, X.; Germán, I. (2002): «Programas de testado de sustancias: intervención en reducción de riesgos y daños como estrategia de prevención en materia de drogas», *Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 16, San Sebastián, 153-195.
- Arana, X.; Germán, I. (2004): *Delimitación del 'status' jurídico del Ciudadano 'consumidor de drogas' Propuesta de Carta de Derechos de los Usuarios de Drogas*. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Arnao, G. (1990): *Proibito capire*. Torino: Gruppo Abele.
- Arseca (2005): Asociación Ramón Santos de Estudios del Cannabis: *Ley y Marihuana*, [en línea] 2005 [citado febrero 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.alsur.es/arseca/legislacion.html>
- Askagintza (2003): *Cannabis al desnudo. Cuadernos para el debate I*. Gipuzkoa: Servicio de Publicaciones de Askagintza.
- Ballota, D.; Crusellas, L. (2004): «Actitudes internacionales sobre el cannabis y sus aplicaciones en la Unión Europea», en proceso de publicación. Ponencia presentada en el Workshop «Cannabis: Sobre el derecho y la salud», celebrado en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati, los días 22 y 23 de 2004 (En proceso de publicación).
- Baratta A. (1989): «Introducción a una sociología de la droga. Problemas y contradicciones del control penal de las drogodependencias». *Estudios Penales* (En memoria del Profesor Agustín Fernández-Albor), 73-93.

- Barriuso, Martín (2001): «La visión del movimiento asociativo cannábico», *Gestionando las drogas*, Grupo IGIA. Barcelona, Grupo IGIA, 81-88.
- Barriuso, M. (2003): *Drogas ilícitas, vida recreativa y gestión de riesgos*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Barriuso, M. (2003): «La prohibición de drogas, del tabú moral a la desobediencia civil», en *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*, coord. Xabier Arana, Douglas Husak y Sebastian Scheerer. Madrid: Dykinson, 83-115.
- Broeckers, M. (2002): *Cannabis, Hanf, Hemp, Chanvre, Cábano*. Barcelona: Ediciones Cábano.
- Calafat, A. (2003): *Cábano*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Cannabiscafe.net (2003): «Comentarios acerca del trabajo del Fiscal Sequeiro acerca de la legalidad del cultivo y venta de artículos relacionados», *Cannabiscafe.net* [en línea] 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://salon.cannabiscafe.net/contenidos/Significa.htm>
- Cannabis Medicine. Asociación Internacional por el Cannabis como medicamento (2005): *El cannabis y sus derivados en España* [en línea] 2005 [citado enero 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.cannabis-med.org/spanish/spain/main.htm>
- CDD/DDZ (2004): «El 53% de los decomisos mundiales de hachís se realizan en España». *Boletín* 100, agosto, 8-9.
- Cebrián, J. (2004): «2003, año récord de arrestados por marihuana en EEUU». *Cábano* 84, 21.
- Cesoni, M. (1994): *¿Salud pública u orden público?* Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Comas, D.; Gracia, D. (2004): «Análisis global del consumo». En *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y FAD. 9-33.
- Comas, D.; Romani, O. (2004): «Reflexiones en torno a controles sociales y control social». En *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y FAD. 119-135.
- Cortes Generales (2001): «Comisiones Mixtas para el estudio del problema de las drogas», *Diario de sesiones de las Cortes Generales*, 41.

- Cuesta, J.L. de la; Blanco, I. (2002): «¿Es posible la normalización de las drogas? Perspectiva jurídico-penal», *Droga. Qué política para qué prevención*, San Sebastián, Gakoa, 185-214.
- Derks, Jack T.M. (1999): «El 'modelo holandés': situación actual y evaluación», *Las Drogas a Debate: Ética y Programas de Sustitución*, Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, Doce Calles, 52-63.
- Díez Ripollés, J.L. (1989): *Los delitos relativos a drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas*. Madrid: Tecnos.
- Díez Ripollés, J.L. (2004): «El control penal del abuso de drogas: una valoración político criminal». En *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y FAD. 203-219.
- Dirección de Drogodependencias. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco (2004): *V Plan de Drogodependencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, [en línea] 2005 [citado marzo 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.drogomedia.com/estudios/castellanotodoVPlan2004-XI.doc>
- Durán, M.; Laporte, J.R.; Capellà, D. (2004): «Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del Cannabis y el sistema cannabinoide». *Medicina Clínica* 122, 10, 390-398
- Elzo, J. (Coord.) (2003): *Drogas y Escuela VI. Evolución del consumo de drogas en escolares donostiarras (1981-2002)*. Donostia: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2003a): «Legal Status of Cannabis. International Conventions» [en línea] 2003 [citado enero 2005]. Disponible en World Wide Web: http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2003b): «Legal Status of Cannabis. Medical Use of Cannabis» [en línea] 2003 [citado enero 2005]. Disponible en World Wide Web: http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis_medical.shtml
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2003c): «Legal Status of Cannabis. Situation in the EU Member States» [en línea] 2003 [citado enero 2005]. Disponible en World Wide Web: http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis_EU.shtml
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (2002): «Medicinal Cannabis and derivatives. A legal análisis of the options, their limitations, and current practice in the EU», *European Legal Database on Drugs*, [en

- [línea] 2002 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Medical_cannabis_FINAL.pdf
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2005): «Illicit drug use in the EU: Legislative approaches». *Thematic Papers*.
- Escohotado, A. (1989): *Historia de las drogas (I), (II) y (III)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Escohotado, A. (1991): «Aspectos históricos e internacionales». En *¿Legalizar las drogas? Criterios técnicos para un debate*. Madrid: Popular.
- Escohotado, A. (1995): «Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos». Barcelona: Anagrama.
- Escohotado, A. (2000): «Historia elemental de las drogas». Barcelona: Anagrama.
- Fankhauser, M. (2003): «Historia del cannabis en la medicina occidental». En *Cannabis y cannabinoides. Farmacología, toxicología y potencial terapéutico*, Edit. F. Grotenhermen, E. Russo y R. Navarrete. Sevilla: Castellarte, 69-84.
- Fernández, V. (2003): *Cannabis. Información y riesgos*. 2ª Ed. Bilbao: Saioa.
- Fernández, V. (2004): *Cannabis. Información y riesgos. Cuaderno para Padres y Madres*. Bilbao: Saioa.
- Funes, J. (2004): «Normalizar el cannabis, normalizar la educación. Reflexiones de un antiprohibicionista que no desea tener que ocuparse de adolescencias ‘emporradas’». *VII Encuentros Municipales sobre Drogodependencias. Consumos recreativos juveniles de drogas ilegales*. Bilbo: Ayuntamiento de Bilbo, 99-104.
- Gallego Soler, José Ignacio (1999): *Los delitos de tráfico de drogas, II*. Barcelona. Ed. Bosch.
- Gamella, J.; Jiménez Rodrigo, M.L. (2003): *El Consumo prolongado de cánnabis. Pautas, tendencias y consecuencias*. Madrid: FAD y Junta de Andalucía.
- Ganzen Müller, C.; Frigola, J; Escudero, J.F. (1997): *Delitos salud pública II: drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes*. Barcelona. Bosch
- González Zorrilla, C. (1991): «Drogas y perspectiva antiprohibicionista». En *¿Legalizar las drogas? Criterios técnicos para el Debate*. Madrid: Popular.
- Grotenhermen, F. (2003): «Revisión de los efectos terapéuticos» En *Cannabis y Cannabinoides. Farmacología, toxicología y potencial terapéutico*. Eds. Groterhermen, F., Russo, E., Navarrete, R. Sevilla, Castellarte, 163-188.
- Hassemer, W. (1991): «Derecho penal simbólico y protección de bienes jurídicos». *Pena y Estado I*.

- Herrero Álvarez, S. (2000): «El cannabis y sus derivados en el Derecho penal español», *Adicciones. Monografía Cannabis*, Vol. 2, Suplemento 2. Palma de Mallorca, 315-329.
- Hostettmann, K. (2004): *Las plantas que se convierten en drogas*. Trad. J. Carmona. Barcelona: Terapias Verdes S.L.
- Husak, D.K. (2001): *Drogas y derechos*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Husak, D.K. (2003a): *¡Legalización ya!: Argumentos a favor de la despenalización de las drogas*. Madrid: Foca Ediciones.
- Husak, D.K. (2003b): «¿De qué forma los derechos limitan la política sobre drogas?», en *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*, coord. Xabier Arana, Douglas Husak y Sebastian Scheerer. Madrid: Dykinson, 47-52.
- Instituto de Salud Carlos III (2003): «Estupefacientes y psicotropos», *Legislación vigente de medicamentos huérfanos* [en línea] 2003 [citado enero 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.ub.es/legmh/erpestps.htm>
- Iversen, L. (2001): *Marihuana. El conocimiento científico actual*. Madrid: Ariel.
- Jiménez Villarejo, J. (1986): «En torno a la penalización del consumo y posesión de drogas ilegales». *Estudios Jurídicos, homenaje al profesor Luis Jiménez de Asúa II*, monografía, 409-422.
- Joshi Jubert, U. (1999): *Los delitos de tráfico de drogas, I*. Barcelona: Ed. Bosch.
- Lamo de Espinosa, E. (1989): *Delitos sin víctima. Orden social y ambivalencia moral*. Madrid: Alianza Universidad.
- Levine, H.G. (2003): «Prohibición global de drogas —las variedades y usos de la prohibición de las drogas en los siglos XX y XXI—», en *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*, coord. Xabier Arana, Douglas Husak y Sebastian Scheerer. Madrid: Dykinson, 67-81.
- Maldonado, R. (2004): «Importancia del retraso en la edad de inicio del consumo de cannabis». *Cáñamo* 84, 46-47.
- Markez, I.; Póo, M.; Merino, C.; Romera, C. (2002): *Cannabis: De la salud y del derecho. Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización*, Victoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Megías, E. (2004): «El control de la oferta y del consumo de drogas». En *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y FAD. 89-117.

- Méndez, V. (1998): «Reducir el daño o combatir el mal: un análisis del debate sobre las drogas. En *Bioética, derecho y sociedad*, coord. M. Casado. Madrid: Trotta (185-220).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003): *Plan Nacional sobre drogas. Aspectos legales* [en línea] 2003 [citado enero 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.msc.es/pnd/presenta/html/aspectos.htm>
- Müller-Vahl, K.R.; Kolbe, H.; Schneider, U.; Emrich, H.M. (2003): «Trastornos neurológicos del movimiento» En *Cannabis y Cannabinoides. Farmacología, toxicología y potencial terapéutico*. Eds. Groterhermen, F., Russo, E., Navarrete, R. Sevilla, Castellarte, 265-275
- Muñagorri, I. (1983): «La Administración de Justicia y procesos de criminalización». *Revista Vasca de Administración Pública* 7, sep-dic.
- Muñoz Conde, F. (2004): *Derecho Penal. Parte Especial*. 15ª Ed. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Muñoz, J. (2001): «Implicaciones legales de la política de reducción de daños», *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: cooperación e interdisciplinariedad*, Barcelona: Grup Igia 123-136.
- Muñoz, J. (2002): «Problemas legales de las políticas de reducción de daños». *Eguzkilo* 16, 41-59.
- Muñoz, J.; Soto, S. (2001): «El uso terapéutico del cannabis y la creación de establecimientos para su adquisición y consumo», *Revista de Derecho penal y Criminología*, 7, 49-94.
- Muñoz, (2005): «El Parlamento vasco pide la legalización de la marihuana para uso terapéutico», *El Correo digital*, [en línea] febrero 2005 [citado febrero 2005]. Disponible en World Wide Web: http://servicios.elcorreodigital.com/alava/pg050211/prensa/noticias/Portada_ALA/200502/11/ALA-ACT-402.html
- Musty, R.E.; Consroe, P. (2003): «Marihuana y cannabinoides en trastornos espásticos: una revisión de la investigación experimental clínica» En *Cannabis y Cannabinoides. Farmacología, toxicología y potencial terapéutico*. Eds. Groterhermen, F., Russo, E., Navarrete, R. Sevilla, Castellarte, 253-263.
- Naciones Unidas (2005): *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2004* [en línea] 2005 [citado marzo 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.incb.org/s/ar/2004/>
- Navarrete, R. (2004a): «El Tribunal Supremo americano respalda el uso médico de la marihuana». *Cáñamo* 84, 31.

- Navarrete, R. (2004b): «Cannabis medicinal y legislación internacional», *Marihuana Medicinal, Cáñamo, la web de la cultura del cannabis* [en línea] 2003 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: http://www.canamo.net/MEDICINAL/articulos_Maria-Medicinal/articulo_57.htm
- Neuman, E. (1991): *La legalización de las drogas*. Buenos Aires: Depalma.
- Observatorio Español de Drogas (2003): *Informe nº 6*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004): *Informe Anual 2004*, [en línea] 2004 [citado diciembre 2004]. Disponible en World Wide Web: <http://annualreport.emcdda.eu.int/download/ar2004-es.pdf>
- Observatorio Vasco de Drogodependencias (2004): *Informe nº 6, 2003*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones.
- Olmo, R. del (1985): *La Socio-Política de las drogas*. 2ª Ed.. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Pate, D.W. (2003): «Anandamidas: ¿medicamento potencial para el glaucoma?» En *Cannabis y Cannabinoides. Farmacología, toxicología y potencial terapéutico*. Eds. Groterhermen, F., Russo, E., Navarrete, R. Sevilla, Castellarte, 277-287.
- Pavarini, M. (1983): *Control y dominación. Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico*. Madrid: Siglo XXI.
- Quintero Olivares, G. (1986): «El fundamento de la reacción punitiva en el tráfico de drogas y los delitos relativos al mismo». *Drogas: Aspectos jurídicos y médicos legales*, AA.VV., 157-184.
- Recalde, A; Romaní, O. (2002): *Los medios de comunicación ante el fenómeno de las drogas*. Vitoria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Reuter, P. (1994): *El debate sobre la legalización*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Rey Huidobro, L.F. (1999): *El delito de tráfico de drogas. Aspectos penales y procesales*. Valencia, Tirant lo Blanch.
- Romani, O. (1999): *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O. (2004): «Funciones y significados de los usos de drogas». En *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y FAD. 35-54.
- Samorini, G. (2003): *Animales que se drogan*. Barcelona: Ediciones Cáñamo.

- Sánchez Tomás, J.M. (2004): «Reflexiones éticas sobre el actual control normativo del consumo lúdico de drogas de abuso en España». En *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud y FAD. 163-202.
- Scheerer, S. (2003): «Prohibición de las drogas en las sociedades abiertas», en *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos*, coord. Xabier Arana, Douglas Husak y Sebastian Scheerer. Madrid: Dykinson, 53-65.
- Sedó, C. (2004): «Sobre los que van al 'insti' con carpeta, boli y cannabis». *Cáñamo* 84, 48-50
- Sequeros Sazatornil, F. (2000): «El Tráfico de drogas ante el ordenamiento jurídico: evolución normativa, doctrinal y jurisprudencial», Madrid: La Ley.
- Sequeros Sazatornil, F. (2003): «La venta de semillas de cannabis, de equipos y materiales para su cultivo, así como su propaganda, como actos de trascendencia penal». *Diario La Ley XXIV*, 5713, 1-7.
- Torres, M. (2005): «El Supremo de EE UU autoriza que se procese a enfermos tratados con marihuana». *La Razón*, 07/06/2005.
- Uríos, C. (2005): «Algunas prácticas en torno al uso terapéutico del cannabis en Catalunya». *Revista Española de Drogodependencias* 30, 1 y 2, 72-86.
- Usó, J.C. (1996): *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*. Madrid: Taurus.
- Usó, J.C. (2004): «El uso del cannabis: entre la moda juvenil y el hábito cultural». *VII Encuentros Municipales sobre Drogodependencias. Consumos recreativos juveniles de drogas ilegales*. Bilbo: Ayuntamiento de Bilbo, 91-98.
- Val, E. (2005): «El Tribunal Supremo de EE.UU. frena el uso terapéutico del cannabis». *La Vanguardia* 07/06/2005.
- Vega, A. (coord.) (2002): *Drogas. Qué política para qué prevención*, San Sebastián, Gakoa.
- Vervaele, J.A.E.; Rood, E. (1993): «La actual política criminal en materia de tráfico y consumo de drogas en Holanda» En *La actual política criminal sobre drogas. Una perspectiva comparada*. Díez, J.L.; Lorenzo, P. (Coord.). Valencia: Tirant lo Blanch, 343-380.



ISBN: 84-457-1948-3



9 788445 171948 0

P.V.P.: 6 €

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco