



Resumen del Informe regional CEDD

Este documento se basa en el informe, *Cannabis en Latinoamérica: la ola verde y los retos hacia la regulación*

Autores: Alejandro Corda, Ernesto Cortés y Diego Piñol Arriagada

Colaboradores: Isabel Pereira Arana y Coletta Youngers

Noviembre de 2019

Resumen del Informe regional CEDD

Introducción

Las Américas están a la vanguardia de procesos y esfuerzos para reformar las leyes y políticas del cannabis. A los mercados regulados de Uruguay y Canadá muy probablemente pronto se sumará México, donde el presidente López Obrador respaldó una iniciativa legislativa que será considerada en el segundo semestre de 2019. En Estados Unidos, diez estados y el Distrito de Columbia han adoptado mercados legales y regulados para uso recreacional. Al momento de finalizar este informe, se presentaba ante el Congreso en Colombia una iniciativa legislativa para reformar el artículo 49 de la Constitución en el contenido de la prohibición de sustancias estupefacientes, con miras a abrir el camino jurídico para una eventual regulación. En 2018, la Comisión Regional sobre marihuana de Caricom concluyó que el régimen prohibicionista “no es apto para el propósito” de los tratados internacionales de control de drogas y pidió un cambio de paradigma.

Al mismo tiempo, la marihuana medicinal crece a pasos agigantados. En Estados Unidos, 33 de 50 estados y el distrito de Columbia admiten el uso médico del cannabis. Este uso es legal en Canadá desde 2001. En América Latina, alguna forma de cannabis medicinal está permitida en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay. Al cierre de esta publicación, se finalizaba el debate en la Asamblea Nacional de Ecuador una iniciativa legislativa que crearía vías de acceso para cannabis medicinal en este país. Sin embargo, es importante notar que, en la mayoría de estos países las

reformas son bastante limitadas y no aseguran el acceso para todas las personas que se podrían beneficiar de la marihuana medicinal.

Al mismo tiempo, actitudes más tolerantes hacia el cannabis no necesariamente se traducen en apoyo público para reformas más amplias a las políticas de drogas. En la mayoría de los países latinoamericanos, un cambio en el discurso no ha llevado a reformas significativas en su política interna. En la Organización de los Estados Americanos (OEA) y las Naciones Unidas (ONU), los países de América Latina han estado a la vanguardia de los esfuerzos para promover el debate sobre el fracaso del paradigma prohibicionista, y la necesidad de explorar enfoques alternativos. Sin embargo, como suele ocurrir, esta retórica no ha sido igualada por la acción. En otras palabras, en la región, las reformas de política de drogas han sido mínimas pese a los tremendos costos que las políticas actuales han causado a la sociedad, y los gobiernos continúan dependiendo de la represión y la criminalización.

De esta manera, para aquellas personas en países donde aún no existen mercados legales, las consecuencias al ser atrapadas con cualquier cantidad de cannabis pueden ser severas. Estudios previos del Colectivo de Estudios Drogas y Derecho (CEDD) han mostrado que, a través de la región, las personas que usan cannabis se enfrentan a la estigmatización y el acoso por parte de la policía, y son a menudo detenidas por el cultivo de plantas o la posesión simple de la sustancia. En varios de los países estudiados, los usuarios de cannabis constituyen un porcentaje significativo de las personas alcanzadas por las leyes penales de drogas. Muchas de ellas terminan sometidas al sistema penal y, en ocasiones, son derivadas a tratamientos compulsivos (o semicompulsivos), incluso cuando no presentan consumos problemáticos. En varios países avanzan modelos de “cortes de drogas” que repiten la lógica de derivar a usuarios a tratamiento mediante el sistema penal. En resumen, en la región las duras y desproporcionadas leyes relacionadas con el cannabis causan un daño significativo a las personas, sus familias, sus comunidades y a la sociedad en general.

Esta desconexión entre la tendencia hacia la regulación de cannabis en las Américas, de un lado, y la persistencia de un enfoque punitivo en casi todos los países de América Latina, de otro, llevó al CEDD a lanzar su presente investigación, que analiza la forma en que las

leyes punitivas de drogas afectan de manera desproporcionada a los usuarios, cultivadores y pequeños vendedores de cannabis.

El cannabis es también la sustancia declarada ilícita más ampliamente usada en América Latina. Los usos medicinales son beneficiosos, y el uso problemático causa menos daño que otras drogas, lícitas o ilícitas. Por tanto, es la única sustancia para la cual hay ímpetu hacia las reformas. La expansión de mercados legales y regulados de marihuana tendría un impacto significativo en reducir los daños causados por políticas de drogas represivas, y esperamos que esta investigación contribuya a ese fin.

1. Metodología

Este documento se basa en un informe, *Cannabis en Latinoamérica: la ola verde y los retos hacia la regulación*, escrito por Alejandro Corda, Ernesto Cortés, y Diego Piñol Arriagada, con el apoyo de Isabel Pereira Arana y Coletta Youngers. El informe largo se basa en estudios realizados entre 2017 y 2018 por investigadores en once países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela. Cada investigador recurrió a fuentes de información estadística, datos oficiales, fuentes secundarias, y se entrevistaron distintos actores.

Es importante destacar que la falta de datos desagregados por tipo de delito y sustancia, o sea, la falta de datos específicos relacionados con el cannabis, fue un reto para esta investigación. Además, hay grandes vacíos de información y conocimiento sobre los mercados de la marihuana y sus dinámicas. De una parte, la mayoría de la información oficial no desagrega por sustancias, sino que se presenta todo bajo el término genérico de “drogas” o “estupefacientes”, situación que implica que las cifras oficiales dicen poco sobre cannabis. En cuanto a investigación, hay grandes vacíos sobre las dinámicas de cultivo y la situación socioeconómica de las familias cultivadoras, desconocimiento sobre la manera como operan los mercados ilícitos urbanos, y las reivindicaciones y los mecanismos de los movimientos sociales cannábicos, entre otros vacíos que en alguna medida procuramos abordar en este informe.

Como en todas las investigaciones anteriores, el CEDD hace un llamado a los Estados para mejorar y ampliar los sistemas de datos de la justicia penal y del sistema de salud, a fin de asegurar que los res-

ponsables de las políticas y el público tengan un acceso oportuno a esta información. Eso es crucial para poder diseñar, implementar y evaluar políticas públicas.

Con respecto a la terminología, en este texto usamos el término marihuana para referirnos a las semillas, fibras, hojas y flores del cannabis, así como a la planta misma. Si bien algunos textos distinguen entre cannabis (género) y marihuana (especie), en general se usan los términos indistintamente. Para evitar confusión, en este documento utilizamos los términos cannabis y marihuana de forma semejante. También es importante señalar que el uso de la palabra marihuana tiene raíces racistas en Estados Unidos, dado que fue utilizado para estigmatizar a los mexicanos inmigrantes. De ninguna manera queremos reforzar este estereotipo tan negativo. Sin embargo, dado que el uso de esta palabra es muy común en la región, especialmente con respecto a la marihuana medicinal, y se utiliza como forma de identidad del propio movimiento cannábico, lo usamos en este texto.

2. Cannabis en los tratados internacionales de drogas

Las primeras prohibiciones de cannabis se desarrollaron en la segunda década del siglo XX conjuntamente con el nacimiento del actual sistema internacional de fiscalización de estupefacientes, que no lo incluyó desde el principio. Eso ocurrió después, en 1925, con la firma de la Convención Internacional del Opio de Ginebra. Los controles se limitaban a restricciones en el comercio internacional y no se obligaba a los Estados a desarrollar legislación interna que estableciera controles a su acceso o restringiera su consumo. No obstante, varios gobiernos de la región –por ejemplo, Argentina, Brasil y Colombia– siguieron los pasos de Estados Unidos y algunos países europeos en tomar posiciones contra el cannabis aun antes de que fuera prohibido a nivel internacional.

El cambio vino en 1961, con la aprobación de la Convención Única sobre Estupefacientes (y el Protocolo de 1972 que fortaleció su marco jurídico). Como explicamos en nuestro primer informe de 2010, *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina*, esta convención “sistematizó en un único texto todos los tratados de control de drogas existentes hasta la fecha y amplió

los sistemas de control vigentes para abarcar también el cultivo de plantas empleadas como materia prima para producir drogas” (TNI y WOLA, 2010). Así, obliga a los Estados signatarios a limitar la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a fines estrictamente médicos y científicos.

Bajo la Convención Única sobre Estupefacientes, el cannabis y la heroína, fueron clasificadas en las Listas I y IV, las categorías más estrictas del tratado, que incluyen sustancias consideradas como ‘más adictivas’, ‘susceptible de uso indebido’ y/o usada como precursor para otras drogas. La Lista IV de la Convención de 1961 incluye un subgrupo de sustancias de la Lista I que se considera tienen escaso o nulo valor terapéutico o de uso médico.

Según la Convención Única, “Por ‘cannabis’ se entienden las sumidades, floridas o con fruto, de la planta del cannabis (a excepción de las semillas y las hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina, cualquiera que sea el nombre con que se las designe”. También, es importante notar que deja fuera del sistema de fiscalización al cannabis no psicoactivo (cáñamo) destinado exclusivamente a fines industriales (fibras y semilla) u hortícolas.

La segunda fase del régimen prohibicionista con respecto al cannabis fue la adopción del Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas, que creó cuatro niveles de fiscalización. El THC (tetrahidrocannabinol, su fitocannabinol más conocido hasta aquel momento) terminó por recibir un tratamiento menos riguroso que la especie vegetal que lo contiene (cannabis). Incluso el dronabinol, una formulación sintética del THC producida por la industria farmacéutica, o que puede ser extraída de la planta del cannabis, que en un principio estaba en el mismo listado, por presión de esta, fue reclasificado en un listado con menores controles (Bewley-Taylor, Blickman y Jelsma, 2014).

Y, finalmente, la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988 exige a los Estados que tomen las medidas necesarias para tipificar como delitos penales la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas para el consumo personal. Sin embargo, está sujeta al cumplimiento de sus principios constitucionales y jurídicos na-

cionales. Es importante señalar, por tanto, que la penalización del consumo no es requerida por la Convención (TNI y WOLA, 2010).

Es importante destacar que la inclusión del cannabis en los tratados internacionales de control de drogas no se basó en evidencia validada científicamente, ni siquiera por los estándares de la investigación científica de la época. Por el contrario, la clasificación del cannabis se realizó sin una evaluación adecuada por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es el organismo encargado de recomendar la clasificación de sustancias. Solo hasta 2018, el Comité de Expertos de la OMS en Dependencia de Drogas (ECDD, por sus siglas en inglés) dedicó una reunión especial para revisar la evidencia científica relacionada con el cannabis.¹

Fueron las tres grandes convenciones de drogas de las Naciones Unidas que promovieron el endurecimiento de las penas por delitos de drogas a nivel mundial. Obligaron a los Estados a adaptar la legislación nacional criminalizando todos los aspectos de los mercados ilícitos de drogas y, en América Latina en particular, las leyes nacionales a menudo fueron más allá de las exigencias de los tratados. Aunque el uso médico y científico del cannabis era permitido bajo las convenciones, pocos países aprovecharon esta posibilidad.

A pesar del marco de prohibición al que está sometida esta sustancia, el cannabis se considera la droga “ilegal” más utilizada en todo el mundo, aunque su uso es menor en comparación con el alcohol o el tabaco. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) en su Informe Mundial de Drogas de 2018, 192,2 millones de personas usaron cannabis al menos una vez en el 2016, lo que representa un incremento sostenido a lo largo de la última década, comparado con 34 millones que usaron opioides y 18 millones que usaron cocaína (UNODC, 2018b). El uso médico del cannabis, según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), también ha aumentado considerablemente. En 2018, reportaron que “desde el 2000, más y más países han empezado a usar cannabis y extractos de cannabis para fines médicos, así como para investigación científica. En el 2000, la producción lícita total era de 1,4 toneladas; para 2017 había aumentado a 406,1 toneladas” (INCB, 2018, p. 105).

1.. Para un análisis detallado sobre el proceso y resultados de la revisión crítica del Comité de Expertos de la OMS, ver: The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny. <https://www.wola.org/analysis/policy-brief-whos-first-ever-critical-review-cannabis/>

3. ¿Posibilidades de reforma a los tratados internacionales?

Hoy en día, las convenciones internacionales no están sintonizadas con las actitudes y tendencias cambiantes hacia la marihuana. Un bloque importante de países sigue firmemente opuesto a cualquier reforma de las convenciones internacionales de control de drogas, y alcanzar un nuevo consenso global para revisarlas o enmendarlas a fin de acomodar la regulación del cannabis no parece ser una opción viable en el futuro cercano. Mientras tanto, los países que desean adoptar mercados legales y regulados, y también asegurarse de que sus reformas estén alineadas con sus obligaciones de tratados internacionales tienen opciones limitadas pero reales, basadas en los procedimientos de los tratados y el derecho internacional. De manera unilateral, los Estados podrían optar por retirarse de los tratados de drogas y tratar de volver a acceder con nuevas reservas relacionadas con el cannabis (el curso que Bolivia siguió con éxito con respecto a la hoja de coca). Alternativamente, un grupo de Estados con ideas afines, podría celebrar un acuerdo que tenga por objeto apartarse de lo establecido en las convenciones respecto del cannabis para regir sus relaciones mutuas, sin dejar de cumplir las obligaciones asumidas con los restantes países firmantes. Esta opción, conocida como acuerdo *inter se*, está prevista en el artículo 41 la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados como una de las formas de modificación de estos y permitiría a los países construir una plataforma para regular el cannabis a la que más países pudieran sumarse en el tiempo, promoviendo así reformas progresivas a nivel país, pero sin menoscabar el derecho internacional (Jelsma, *et al.*, 2018)

Historia del cannabis en América Latina

A pesar de que el cannabis está en el centro del debate regional sobre reformas de las políticas de drogas, la historia de su llegada y desarrollo en América Latina es poco conocida. Por ejemplo, muchos de los usos que el cannabis tuvo en la historia de estos países han sido olvidados. No solo los variados usos que tenía entre las distintas migraciones que arribaron al continente desde el siglo XVI, sino su inclusión en la medicina y farmacia de fines del siglo

XIX y comienzos del XX, así como los usos industriales que se extendieron desde la época colonial hasta años recientes.

El arribo de la planta de cannabis a América Latina se habría producido en la época colonial. Los reyes de España promovían el desarrollo del cultivo de lino y cáñamo en sus colonias. Las muy resistentes fibras de cáñamo resultaban un elemento estratégico, sobre todo en la elaboración de telas y cuerdas para la navegación.

En 1545, el rey Carlos I de España dictó la Ley 20 –título 18– del libro IV de Indias, donde ordenó que los virreyes y gobernadores de sus territorios coloniales hicieran sembrar lino y cáñamo. También se incluyó el cáñamo en la Orden Real firmada por Carlos III en 1779, mediante la cual se habilitaban puertos americanos para comerciar distintos productos con España y Portugal. Años después, en 1796, el entonces rey Carlos IV emitió otra para que se concedieran terrenos a “cualquier vasallo” que quisiera cultivar lino y cáñamo, para promover esos cultivos (Soriano, 2017).

Según Schultes y Hofmann (1982), el cáñamo se habría introducido en Chile en 1545 y en 1554 en Perú. Chile fue un importante productor en el periodo colonial. Hacia 1558 ya se había establecido una fábrica de frazadas y jarcias; y en 1645 se exportaban a España partidas de 27.300 quintales. Con la ampliación de los puertos se habría convertido en el principal productor de semillas y de velas para barcos del imperio español (Rivas, 2013). También, desde mediados del siglo XVI se desarrollaron cultivos de cáñamo en México, desconociéndose prácticamente sus otros usos en aquel entonces (Campos, 2012).

En Argentina, si bien los principales cultivos de cáñamo se darán en el siglo XX, uno de sus próceres y creador de la bandera nacional, Manuel Belgrano, había escrito memorias en las que promovía e indicaba la manera de cultivar cáñamo, como una forma de generar riqueza (Soriano, 2017). En Costa Rica también se impuso, en 1865, un impuesto a la importación, pero el primer permiso de producción de cáñamo se dio en 1907 (Carter, 1980).

Pero la planta también arribó, en la época colonial, a través de la población de África occidental que llegó con el mercado de esclavos que funcionó desde comienzos del siglo XVI en Brasil, Uruguay y Argentina. “Pango” o “pito de pango” era la denominación de fu-

mar cannabis en pipa que tenían las poblaciones que arribaron del oeste de África. Tanto esos como otros nombres (“diamba”, “maconha”, entre otros) derivan de los idiomas *ambundu* y *kimbundu* que aún perviven en regiones de Angola y Congo (Bewley-Taylor, Blickman y Jelsma, 2014; Soriano, 2017).

Distintos relatos del siglo XIX mencionan entre la población afrodescendiente de estos países la costumbre de fumar “pango”, como medicina y en momentos de trabajo, religiosos o festivos; en este último caso, vinculada a la manifestación cultural denominada “candombe”.² En Brasil, durante gran parte del siglo XIX, distintos consejos municipales de ciudades emitieron prohibiciones para la venta y uso de “pito de pango”, aunque no se tiene certeza de cuánto se aplicaban. La primera de ellas fue Rio de Janeiro en 1830, y le siguieron otras como Caxias en 1846, São Luís en 1866, Santos en 1870 y Campinas en 1876 (Bewley-Taylor *et al.*, 2014; Soriano, 2017). Sin embargo, en Uruguay y Argentina esa costumbre se toleró como parte de la cultura de esas poblaciones, aunque hacia finales del siglo XIX parecen esfumarse (Soriano, 2017).

También en América Central y el Caribe se presentan casos de migraciones asiáticas que traían el cannabis entre sus costumbres. En la segunda mitad del siglo XIX, así ocurrió en las colonias británicas de Guyana, Trinidad y Jamaica (Allsopp, 2016); y también por esos años, hasta principios del siglo siguiente, junto con otras olas migratorias de caribeños, afrodescendientes y asiáticos para trabajar en el canal de Panamá y las plantaciones bananeras del Caribe centroamericano. En Costa Rica incluso, el cannabis habría arribado con los soldados que participaron en la Primera Guerra Mundial, los cuales pasaron un tiempo en México (Carter, 1980).

El cannabis fue utilizado como parte de los remedios que ofrecían las farmacias entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Por ejemplo, en México, el cannabis estaba incluido en la lista de sustancias medicinales del reglamento de farmacias y boticas que estuvo en vigor desde 1892 y era mencionado en un manual usado en medicina, química y farmacología hasta su versión de 1941 (Vargas, 2017).

Con la llegada del siglo XX y el nacimiento del actual sistema internacional de fiscalización de estupefacientes, se fue desarro-

2. “Candombe” es el nombre de diferentes expresiones (que incluyen música, danza y componentes culturales y religiosos) que desarrollaron los distintos pueblos de África Occidental que fueron traídos a Argentina, Brasil y Uruguay en la época colonial, con el mercado de esclavos.

lando en los países de la región legislación para limitar su uso a fines “médicos y científicos”, así como prohibiciones. Primero, se desarrollaron controles y sanciones administrativas para regular las importaciones, la distribución y el expendio (registros, recetas). Luego se comenzó a desarrollar legislación penal donde se establecía prisión para quienes traficaran. Para los usuarios en general se establecía su derivación a tratamiento, aunque no siempre a través del sistema penal.

En algunos países de América Latina, al igual que ocurrió en el desarrollo de la legislación internacional, las prohibiciones sobre el cannabis se establecieron en un momento posterior a los derivados del opio y la cocaína. Luego de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, al recibir el mismo tratamiento que el resto de los “estupefacientes”, las conductas vinculadas al cannabis se sancionaron con penas cada vez más elevadas.

En resumen, la historia del cannabis en América Latina va mucho más allá de su prohibición desde las primeras décadas del siglo XX. Desde el siglo XVI, los españoles promovieron el cultivo industrial de cannabis y también en esta época parece haber arribado junto con la población de África trasladada por el mercado de esclavos; y, más tarde, con las olas migratorias provenientes de Asia. Incluso entre el siglo XIX y hasta entrada el siglo XX formó parte del repertorio de la industria farmacéutica. Hoy, el panorama regional revela que la tendencia a la criminalización del cannabis y sus conductas asociadas es la norma en la región, con distintas manifestaciones que incluyen sanciones administrativas y penales. Exceptuando el caso atípico de Uruguay, ser persona usuaria de drogas en las Américas implica el riesgo de ser alcanzado por la ley penal.

Dimensionando el consumo de cannabis desde los datos

Los datos aportados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) (UNODC, 2018b) para el año 2016³ indican un total de 192,2 millones de personas a nivel global que declaran haber consumido cannabis al menos una vez durante el último año, cifra que supone un incremento de 16 % en los últimos diez años. En una perspectiva amplia, la distribución

3. No en todos los países poseen estadísticas para dicho año, este es un estimado global con el último dato disponible al año 2016.

del consumo posee variaciones muy grandes entre los países y continentes, teniendo cada región al menos un país con un consumo en torno al 20 % en el último año.

Los promedios de consumo de cannabis por región del último año van desde un 1,9 % en Asia hasta 11 % de Oceanía, teniendo la cifra más alta la región de Micronesia con un 16,6 %, principalmente debido al alto consumo en Palaos (UNODC, 2018b) es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016. Unos 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese consumo es perjudicial hasta el punto de que podrían necesitar tratamiento. Según las estimaciones iniciales, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron cannabis en el año anterior en todo el mundo, lo que equivale a una proporción del 5,6%. Según la OMS, en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis. En este contexto, la región de las Américas posee una prevalencia anual de cannabis en torno al 8 %, con Norteamérica con el mayor consumo promedio entre países (12,9 %).

Si bien el promedio en Sudamérica está en torno al 3,9 % y en América Central en 2,8 %, las diferencias entre países son bastante considerables. No obstante, es relevante indicar que la región de las Américas no tiene, ni más consumidores de cannabis ni tampoco una mayor prevalencia anual⁴ en el mundo.

Al observar los niveles de prevalencia de consumo de cannabis en la población general en los últimos doce meses en los países participantes, la diversidad es tal que tenemos países en torno al 15 % (Uruguay y Chile) y otros con una prevalencia alrededor del 1 % (Ecuador y Bolivia), por lo que la cifra promedio de Sudamérica contiene valores extremos entre sí, o, dicho de otro modo, patrones de consumo de cannabis muy distintos entre países.

Resulta interesante observar que el Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay) tiene los más altos índices de consumo de cannabis, mientras que la región andina (Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia) posee los más bajos en Sudamérica. Por otro lado, México presenta una prevalencia muy diferente (2,1 %) a la de los otros países de

4. La prevalencia anual se refiere al número de personas que declaran haber consumido al menos una vez en los últimos doce meses desde cuando se toma la encuesta.

Norteamérica, muy lejos del 12,9 % promedio calculado para la región. El caso de Costa Rica es distinto, ya que tiene una prevalencia de consumo anual de 4,8 %, mayor al promedio de su región (2,8 %).

Independientemente de las magnitudes, al analizar las tendencias en las cifras oficiales de consumo de cannabis en los países participantes se pueden distinguir patrones similares. En cuanto a los patrones de consumo, resulta evidente que existe un aumento de consumidores de cannabis en la última década, y es el grupo que concentra un mayor número de usuarios en el segmento de edad entre 18 y 35 años. Sin embargo, las tipologías de consumidores pueden ser muy variadas según el tipo de marihuana consumida.

Los datos de algunos países indican que hay mucho menos consumo problemático de cannabis en contraste con otras drogas, incluido alcohol, y en algunos países el consumo problemático ha bajado. La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina estimó que para el año 2017 un 18,8 % de las personas usuarias de cannabis (en población general) presentaban dependencia, cifra relativamente similar a las reportadas en años previos en dicho país, pero bastante lejana al 50 % de las personas que usan cocaína y que tienen dependencia de dicha sustancia. En Colombia, en un estudio de 2013, se indica que un 1,9 % de los usuarios de cannabis presenta un consumo problemático. En Chile, se ha notado una reducción en el uso problemático, que bajó de 28 % en 2006 a 14,8 % en 2016. En el caso de las cifras de Chile en torno al consumo problemático, el cambio (disminución en el porcentaje de consumo problemático tanto en población general como escolar) se da en un contexto donde el patrón de consumo tiene como modificación fundamental el aumento del uso de marihuana de tipo “verde”, por lo que sería relevante contar con información respecto de las variedades consumidas en la población universitaria de los países del estudio de Comunidad Andina para poder establecer alguna conclusión relevante. Esto indica que, mientras el consumo ha estado aumentando, el consumo problemático ha ido bajando.

Incluso en Uruguay, donde se regularon los mercados de cannabis, y aunque los datos no permiten sacar conclusiones definitivas, la información disponible parece señalar que el consumo tuvo comportamientos similares a los de sus vecinos, lo que desmiente algunas previsiones catastróficas sobre el cambio del marco jurídico.

Otra tendencia relevante, y que puede estar relacionada con las cifras anteriores, es la modificación en las variedades de cannabis que se consumen, dato aportado tanto por los estudios en Chile como por la indagación cualitativa en varios países participantes. Las cifras de Chile indican que la marihuana prensada paraguaya (de peor calidad) sería menos utilizada, prefiriéndose progresivamente la marihuana de tipo verde o cogollo. Esto podría tener implicancias relevantes en cuanto se modifican algunos patrones de compra y abastecimiento, como también podría ser un indicador de mejora en la calidad de la sustancia; todo esto se debe analizar en otros países para ver tendencias más regionales y sus posibles consecuencias. En varios países de la región, el autocultivo ha aumentado, otro indicador de un posible mejoramiento en la calidad del cannabis consumido.

Por otro lado, también aparece con fuerza en la región el tema de la irrupción del *creepy* (marihuana con alto THC); aunque aún no se logra dimensionar su nivel de impacto en los consumidores, ha empezado a aparecer en los mercados como también a nivel de opinión pública en diversos países, alimentando prejuicios, estigmas y desinformación.

De hecho, a pesar del aumento en el uso de cannabis y su aceptación en ciertos grupos sociales, los estigmas sobre las personas que usan la sustancia siguen siendo fuertes. Eso tiene como consecuencia el aislamiento de los usuarios y el consumo a escondidas, lo cual hace que las posibilidades de discutir y analizar el tema en la familia, el trabajo o las escuelas sea muy bajo y, por ende, el consumo informado y responsable se vea relegado a ciertos grupos específicos y no a todas las personas consumidoras. El estigma, además, produce que ante consumos problemáticos tengan menores posibilidades de acceso a la atención en salud que requieren.

A modo de resumen, resulta evidente que las personas que usan marihuana han tenido un crecimiento relevante los últimos diez años. Esto demanda un cambio en la forma como se diseñan e implementan las políticas de drogas en la región, por lo que es necesario un giro hacia la regulación y la información a los consumidores, así como una estrategia preventiva sobre la base de la reducción de riesgos y daños, como también de tratamiento con un enfoque centrado en la salud pública y no en la criminalización. Además,

resulta relevante seguir monitoreando los cambios en los patrones de consumo y la aparición de nuevas variedades de cannabis más potentes, a fin de asumir de modo pertinente sus posibles consecuencias para las personas usuarias.

Finalmente, los estudios realizados en los once países destacan la necesidad de contar con información actualizada y completa respecto del consumo de sustancias. Varios de los países analizados tienen vacíos importantes de datos que son esenciales para sacar conclusiones respecto de la situación del consumo, con lo que disminuyen las posibilidades de generar políticas públicas basadas en evidencia respecto del tema y, por ende, contar con estrategias estatales que sean razonadas y sustentadas por información confiable y verificable.

La difícil tarea de dimensionar el mercado

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en su informe mundial de drogas 2018 (UNODC, 2018a), caracteriza al mercado de cannabis de tipo interregional, donde el tráfico de este ocurre en la misma región donde se produce, situación diferente a la de otro tipo de drogas donde la producción puede ocurrir en partes muy distintas de donde se comercia. En el caso del mercado interregional en la región americana es posible distinguir tres grandes subregiones: América del Norte, donde México se perfila como el gran proveedor; América Central y el Caribe, donde es Jamaica quien asume dicha posición, y Sudamérica, donde Paraguay abastece una parte importante de la demanda, y Colombia ha empezado (después de la bonanza marimbera de las décadas de los ochenta y noventa) a perfilarse de nuevo con relevancia gracias a la irrupción de variedades con más contenido de THC que han sido llamadas *creepy*.

Esta clasificación de los mercados identifica a los países proveedores, sin embargo, la dinámica y organización de los mercados es muy particular y distintiva en cada país, e incluso en cada sector dentro de los países, por lo que resulta complejo establecer una forma regular o común pese a que sea la misma sustancia la que se comercia, o que incluso se tenga un productor en común. Dicho de otro modo, el mercado del cannabis tiende a ser muy diverso y variado

según las características geográficas, económicas, socioculturales y políticas de cada territorio, por lo que es lo local lo que configura la forma de abastecimiento, distribución, venta y compra.

Además, se sabe muy poco de la configuración de los mercados de cannabis en nuestra región. Los indicadores que se usan solo arrojan luz sobre la persecución, no sobre las dinámicas del mercado. Los datos del número de hectáreas de cultivos erradicados, las incautaciones y el número de personas detenidas, solo revelan los focos de acción policial y judicial. La información cualitativa generada por el presente estudio ha buscado, pese a las complejidades que supone estudiar fenómenos marcados por la ilegalidad, entregar ciertas luces sobre un tema que se debe conocer en profundidad.

Hoy no sabemos con certeza qué tipo de cannabis se vende en los mercados, dato esencial para el caso de una sustancia que puede tener muchas variedades y, por ende, efectos muy distintos; hoy tampoco conocemos con certeza la violencia con la que operan los mercados, dominados en varias regiones por grupos que buscan monopolizar la venta a través de la fuerza, y que puede generar víctimas entre las personas usuarias. Esta ignorancia debe alertar a las autoridades, por cuanto las personas que usan cannabis (un amplio y creciente grupo de la población) están en completa indefensión y riesgo; asimismo, los cultivadores y vendedores que en muchas oportunidades obtienen de esta manera el sustento económico familiar están siendo no solo excluidos, sino además perseguidos y violentados por diversas vías, principalmente por medio de la propia acción de la policía y el poder judicial.

Lo que hemos encontrado en esta investigación es que pocos países tienen una extensión del cultivo suficiente para abastecer su mercado interno. Según los datos recolectados, Colombia, Paraguay, México y Jamaica estarían en esta situación, que además les permite exportar cannabis hacia otros países. En el caso de México algunos estudios indican que entre el 50 a 80 % de la marihuana comercializada en Estados Unidos es mexicana; Jamaica y Colombia (en un distante segundo lugar) abastecen a gran parte de los países de Centroamérica y el Caribe; y Paraguay se perfila como el gran productor para la subregión sudamericana. A nivel global, gran parte de los países del continente, si bien tienen algún nivel de cultivo,

dependen de la importación de algún país productor cercano, lo que potencia el carácter interregional del mercado de cannabis.

Otros dos países, según la información recopilada en los reportes nacionales del CEDD, lograrían satisfacer su mercado gracias a cultivos propios (Perú y Bolivia); mientras que el resto de los países (Costa Rica, Brasil, Chile, Argentina, Ecuador y Venezuela), si bien tienen cultivos propios, dependen de la importación para satisfacer su demanda.

El transporte de la sustancia desde los centros productores hacia los mercados de venta es muy variado. En el caso de Paraguay, el transporte se realiza generalmente vía terrestre hacia Brasil, se estima cerca del 80 % de la producción paraguaya tiene este destino (Corda, 2018). También, el cannabis de Paraguay abastece a Argentina, Uruguay y Chile; en el último caso incluye el paso por otros países, como Bolivia. El *creepy* colombiano llegaría a Ecuador, Perú y Chile tanto por vía terrestre como marítima (Piñol, 2018). Si bien la vía aérea es utilizada en algunas rutas, los datos recopilados refieren centralmente al transporte terrestre y marítimo.

Por otro lado, es importante destacar el autocultivo o cultivo para consumo (individual o colectivo) como una fuente importante de abastecimiento para los usuarios, que además disminuye el tamaño y poder de las organizaciones criminales. Solo una parte de esta producción se destina a la venta, generalmente como un modo de financiamiento del mismo autocultivo antes que para sustento personal o familiar.

No es claro si el aumento del consumo de cannabis que experimenta la región pueda ser atribuible a una mayor extensión y proliferación de mercados abiertos, fijos y empresariales, o si responde más a una lógica de extensión del autocultivo y a una venta destinada a financiar la producción o el consumo personal. En el segundo caso, los mercados cerrados y móviles, tiende a ser más seguro para los usuarios, y generalmente ofrece una sustancia de mejor calidad. No obstante, las ventajas de este tipo mercado parecen estar concentradas en grupos socioeconómicos de clase media alta y alta, lo que deja en igual situación de riesgo, violencia e indefensión a las clases más empobrecidas y excluidas de nuestros países.

La principal diferencia entre los distintos mercados, a la larga, es el nivel de riesgo del consumidor, ya que los de tipo abierto, fijo y empresarial tienden a estar dominados por la violencia y el control territorial, lo que supone la posibilidad de ser estafados o de acceder a un producto de baja calidad e, incluso, arriesgarse a tener problemas con organizaciones criminales o la policía. Además, no existe una clara distinción entre la venta de cannabis y de otras sustancias. Al estar concentrados estos puntos de venta en sectores más empobrecidos, se combina un proceso de exclusión para la persona usuaria con la propia segregación poblacional, por lo que se puede encontrar en este caso una nueva arista de la desigualdad e inequidad social.

No obstante, lo que es evidente a la luz de la investigación es que el aumento en el consumo no necesariamente ha supuesto, en el caso del cannabis, potenciar a las redes de tráfico y microtráfico (que hemos indicado como mercados abiertos, fijos y empresariales).

Lo que es totalmente claro es que el enfoque prohibicionista del cannabis, y de las drogas declaradas ilícitas en general, no ha logrado su objetivo declarado de reducir el tamaño del mercado. Como se señaló, el consumo de cannabis ha aumentado en toda la región, hecho que indica que el cultivo y el mercado en sí han crecido. Es decir, los esfuerzos de aplicación de la ley y la represión penal no han logrado impactar en los mercados locales, los cuales continúan funcionando y adaptándose.

Por el contrario, la regulación implementada por Uruguay habría incluido a la mitad de los usuarios de marihuana y se estima que le habría arrebatado al mercado ilícito 22 millones de dólares en cuatro años.⁵

Consecuencias de la respuesta penal

Como se señaló, el actual modelo de prohibición respecto de determinadas sustancias, entre las que se encuentra el cannabis, ha producido mercados ilícitos en torno a los cuales se producen distintos tipos de violencias, tanto desde las organizaciones ilícitas como de las agencias de aplicación de la ley. Estas violencias recaen principalmente sobre los actores menores del tráfico y personas usuarias,

5. Ver: Uruguay: el experimento legal con marihuana que asombra a todo el mundo, en https://www.eldiario.es/internacional/Uruguay-experimento-legal-asombra-mundo_o_917259074.html

que son fáciles de perseguir por las agencias penales y de ser reemplazados por las organizaciones ilícitas.

Las investigaciones del CEDD han documentado que, en la región, las penas que reciben las conductas vinculadas a estas sustancias sujetas al modelo prohibicionista –donde se incluye al cannabis y su principal componente activo– resultan muy elevadas y desproporcionadas. En algunas legislaciones se advierte que distintas conductas de tráfico de estupefacientes (sin agravantes) se castigan con escalas penales que parten de 4 o 5 años de prisión hasta entre 12 o 15 años. Así ocurre en Argentina y Brasil, donde las escalas de pena para estos delitos son de 4 a 15 y de 5 a 15 años de prisión, respectivamente. En el caso de Costa Rica, el mínimo es aún mayor, de 8 a 15 años de prisión. También lo es la escala penal en Bolivia (de 10 a 25 años de prisión), aunque existe una escala menor (de 8 a 12 años) para las conductas de transportar o suministrar. En Uruguay ocurre lo mismo, aunque con una escala penal reducida, de 20 meses a 8 o 10 años de prisión, dependiendo de la figura utilizada. También en este grupo se podría incluir a Chile, cuya legislación establece una pena de 5 a 15 años de prisión para los delitos de tráfico, pero contempla una escala atenuada (de 541 días a 5 años de prisión) para casos de “pequeñas cantidades de sustancias o drogas estupefacientes o sicotrópicas”, más conocido como “microtráfico”.

Ello se acentúa en el caso del cannabis, cuya afectación a la “salud pública” (bien jurídico a tutelar en las legislaciones penales), no solo es menos gravosa que otras sustancias (más allá de su estatus jurídico), sino que en algunos casos mejora la salud de las personas. Se ha documentado que la mayor actividad de aplicación de las leyes de drogas recae sobre las conductas vinculadas al cannabis. Y dentro de ellas la mayoría corresponde a conductas de actores menores (cultivadores, usuarios o pequeños actores del tráfico), los cuales son más visibles y fáciles de ser alcanzados por el sistema penal y que poco impacto producen en los mercados. Este resultado suele estar motivado por la necesidad de engrosar las estadísticas policiales y judiciales, como una forma de mostrar eficacia en el “combate al narcotráfico”.

Una realidad opuesta presenta Uruguay, que en 2013 reguló el mercado de cannabis con fines médicos, industriales y “otros fines”. Entre los fines y principios de la Ley 19.172 se mencionan la promoción

de la salud pública “mediante una política orientada a minimizar los riesgos y reducir los daños del uso de cannabis.” Así, mediante la separación de mercados se busca “proteger a los habitantes del país de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y del narcotráfico”, para asegurar el más alto nivel posible de salud. Esa regulación permite acceder al cannabis a personas mayores de 18 años, mediante tres vías de acceso: autocultivo doméstico (hasta 6 plantas hembras), Clubes de Membresía (hasta 45 miembros y hasta 99 plantas hembras), y venta en farmacias. En todos los casos se establece un máximo de 40 gramos por persona al mes y un registro donde se debe elegir una de las vías de acceso. Sin embargo, pese al cambio de modelos ha costado erradicar las prácticas instaladas de las agencias penales producto de todos estos años de prohibición.

Pese a que en algunas legislaciones se pretende no criminalizar o dar un tratamiento más leve a las conductas de los usuarios (y en algunos casos cultivadores), las leyes penales siguen operando sobre ellos; incluso, en ocasiones, como actores del tráfico. La utilización de la figura de posesión, a partir de la cual se estructuran las legislaciones, invierte la carga de la prueba en aquellas legislaciones que discriminan por finalidad. Y en aquellas que optan por sistemas de cantidades (“umbrales”) los escasos montos establecidos permiten que apenas sobrepasados se apliquen figuras propias del tráfico.

El cultivo para consumo personal en pocos casos aparece discriminado. En Argentina, Brasil y Chile se le da el mismo tratamiento que a la tenencia o posesión para consumo personal, pero si no se los considera con esa finalidad sufren las penas de los delitos de tráfico: en Argentina 4 a 15 años de prisión, en Brasil 5 a 15 años y en Chile de 3 a 10 años de prisión (con la posibilidad de rebajar la pena por “circunstancias personales del responsable”). En otras legislaciones se sanciona el cultivo con prisión, aunque en una escala menor a los delitos de tráfico, y en ocasiones discriminando por umbrales.

La información estadística disponible sobre la aplicación de estas leyes en esos países sigue siendo escasa, aunque mejor que años atrás, y es difícil encontrar dentro de esta la información desagregada por tipo de delito o sustancia. Sin embargo, las investigaciones llevadas a cabo para este estudio revelan datos asombrosos sobre la

aplicación de la ley con respecto a los usuarios, cultivadores y vendedores de cannabis. Los datos que presentamos a continuación fueron recogidos en cada uno de los informes de país del Colectivo.

Por ejemplo, en Bolivia las aprehensiones de personas con cargos de posesión por cannabis entre 2008 y 2012, no solo son las principales, sino que se fueron incrementando. Mientras en 2008 y 2009 alcanzaban el 50 %, en los años siguientes aumentaron (56 % en 2010 y 60 % en 2011) hasta alcanzar en 2012 al 65 % del total de aprehensiones por posesión de drogas a nivel nacional.

Un estudio realizado en Chile (De Rementería, 2016) arrojó que en casi 58 % de los casos la sustancia incautada era cannabis; 53 % por tenencia o porte y 4,9 % por cultivo de plantas. También señala que las cantidades portadas eran pequeñas: el 49,2 % portaba hasta un gramo de cannabis, el 69,9 % hasta dos gramos y el 93,8 % hasta 10 gramos de esa sustancia.

En Colombia, según datos de la Policía Nacional, el 46,3 % de los operativos se enfocaron en la incautación de cannabis y se concentraron en decomisar dosis de personas que portan en la calle pequeñas cantidades; el 44,8 % eran cantidades menores a 20 gramos y 77 % hasta 100 gramos.

Finalmente, en Argentina, entre los años 2015 y 2016, las incautaciones de plantas se incrementaron en un 500 %, lo que coincide con los relatos de los cultivadores que señalan una mayor persecución.

Un último punto importante por destacar es que las legislaciones sobre drogas siguen siendo utilizadas por la policía como una herramienta de control de determinadas poblaciones o espacios públicos, avalada en ocasiones por las agencias judiciales. Incluso en Costa Rica, donde no se sanciona la posesión para consumo personal, las prácticas policiales siguen operando de forma arbitraria sobre las personas usuarias, requisándolas en la vía pública, incautándoles la sustancia y cometiendo otras formas de abuso de autoridad. En Perú, una pequeña muestra realizada a 32 usuarios de cannabis arrojó que el 72 % sufrió algún tipo de intervención policial. Así se repiten distintos tipos de abusos y extorsiones sobre usuarios, aún en legislaciones que expresamente no criminalizan sus conductas vinculadas.

Finalmente, es importante subrayar –una vez más– que las repuestas represivas operan sobre pequeños actores del tráfico que suelen estar atravesados por distintas situaciones de vulnerabilidad. Entre ellos se destaca la situación de mujeres cabeza de hogar con personas a cargo o poblaciones rurales pertenecientes a pueblos originarios por el alto impacto que tienen esas repuestas sobre estas personas y sus entornos.

Igualmente, las legislaciones sobre drogas siguen siendo utilizadas por la agencia policial como una herramienta de control de determinadas poblaciones o espacios públicos lo que permite abusos y extorsiones, aun en legislaciones que expresamente no criminalizan sus conductas vinculadas. Esas violencias estatales resultan mucho más graves cuando operan fuerzas militares cuyas actividades se desarrollan en la lógica de seguridad nacional.

Tales resultados, además de reclamar el retroceso o la morigeración de la respuesta represiva por sus costos humanos, demandan la necesidad de comenzar a explorar otro tipo de abordajes estatales, como los distintos modelos de regulación que en los últimos años se han desarrollado en Uruguay, Canadá y algunos de los estados de Estados Unidos.

1. Erradicación de cultivos: exacerbando la pobreza

Mención aparte merecen las actividades de erradicación de cultivos que se efectúan en poblaciones rurales de muchos de los países del colectivo. Las zonas donde los cultivos de cannabis se ubican tienden a coincidir en sus condiciones de pobreza o extrema pobreza, con poca presencia del Estado y condiciones de marginalidad. En ocasiones pertenecen a pueblo originarios y encuentran en este cultivo una forma de obtener ingresos superiores a los de cultivos lícitos, en contextos de gran pobreza rural. La falta de acceso a la tierra, a servicios básicos como salud y educación, y oportunidades de empleo, son incentivos para que la población rural se dedique al cultivo de cannabis. La erradicación de cultivos en estas comunidades tiene efectos nocivos para la salud, el desarrollo y el medio ambiente de comunidades y personas en situaciones de vulnerabilidad. La destrucción de lo que, con frecuencia, constituye una de las principales fuentes de ingreso, vulnera la subsistencia de las comunidades de cultivadores.

México presenta una situación particularmente preocupante. Según el *Informe Mundial de Drogas* de 2013 (a partir de información producida por el Departamento de Estado de Estados Unidos), México tenía 12.000 hectáreas cultivadas de cannabis en 2011 (UNODC, 2013). Datos nacionales muestran que entre los años 2000 y 2017 se erradicaron 324.426 hectáreas de esta planta. Pese a la escasa información disponible, se identifican dos formas de erradicación de cannabis: manual y por aspersión de herbicidas (por tierra y aire); dependiendo del lugar y del tamaño de los cultivos, se utiliza una u otra forma. En las actividades de aspersión se utilizan paraquat y glifosato, dos químicos que tienen consecuencias nocivas. El uso de aspersión aérea de pesticidas es particularmente dañino para la salud de los habitantes y el medio ambiente. Incluso los daños se extienden a los usuarios de cannabis.

Además, la evidencia sobre erradicación de otros cultivos destinados al mercado ilícito, pone en duda su efectividad para disminuir la oferta. Tales fumigaciones son onerosas y no disminuyen el número de cultivos totales, además de empobrecer a los cultivadores por destruir lo que a menudo es la única fuente de ingresos y establecer una relación de violencia entre el Estado y las comunidades cultivadoras. (Pérez y Ruiz, 2018).

Para revertir o reparar estos efectos negativos, la regulación podría proporcionar un medio de desarrollo económico para los pequeños agricultores y sus comunidades. Por ejemplo, en Colombia, la Ley 1787, aprobada en 2016, regula todas las actividades relacionadas con el mercado de cannabis medicinal, y dicta que será deber del Estado proteger a los pequeños y medianos cultivadores de la planta. De hecho, quienes reciben una licencia para producir tienen que comprar un mínimo de 10 % de su materia prima a pequeños cultivadores. Como se destaca en este informe, la participación de los y las “pacientes” y las y los pequeños cultivadores y productores es clave para asegurar políticas de regulación que beneficien a quienes han sido más perjudicados por las políticas de represión.

Movimientos sociales cannábicos en América Latina

Como respuesta a estas tendencias represivas han surgido movimientos cannábicos en varios países de América Latina, con el propósito de demandar sus derechos fundamentales y cuestionar el marco jurídico vigente que prohíbe las conductas relacionadas con la marihuana. Los movimientos cannábicos comparten dos características comunes: son principalmente urbanos y reivindican de manera abierta su condición de usuarios de sustancias ilícitas. La gran mayoría de las personas que militan en organizaciones cannábicas son usuarias, y están cansadas de ser amedrentadas, detenidas y violentadas por la policía y otras autoridades del Estado. En los últimos años, los movimientos también están siendo conformados por “pacientes” y sus familiares, que demandan acceso al cannabis medicinal, y que deciden “hacer política” por cuenta propia.

La velocidad con la que se han desarrollado los movimientos sociales que abogan por la reforma de las políticas de drogas es muy distinta en cada uno de los países de América Latina y depende de muchos factores, como el nivel de estigmatización y represión hacia el uso de drogas, la cultura de protesta social o el impacto del narcotráfico sobre la sociedad y la política nacional. Pero a través de la región, con el surgimiento de estos movimientos ha aumentado la participación en las Marchas Mundiales de la Marihuana que se realizan en varias ciudades de América Latina. Otras maneras de actuar son acciones educativas, revistas, periódicos y otras formas de comunicación, así como el litigio estratégico.

Estos movimientos tienen distintos grados de formalización e incidencia. Si bien algunos son muy prominentes en el debate público, hay otros varios que hacen parte de la contracultura. Así, se puede decir que existe un grupo de movimientos sociales que dialogan e inciden en espacios de política pública, mientras hay muchos otros que se manifiestan en las expresiones populares del movimiento social (marchas, demostraciones públicas y protestas).

Aun así, la aparición de organizaciones sociales que claman por la regulación del cannabis es relativamente reciente en la región. Mientras que en algunos países hay una mayor representación de

organizaciones formales que llevan a cabo constantemente actividades públicas de incidencia política, en muchos otros aún no conocemos organizaciones formales que desarrollen acciones en esta área o estas simplemente se limitan a páginas en redes sociales que difunden información al respecto.

Los vientos de cambio en el hemisferio, con la regulación del uso de la marihuana en varios estados de Estados Unidos, en Canadá y Uruguay, y los marcos regulatorios para la marihuana medicinal, necesariamente han implicado una transformación en el papel de estos movimientos. Si bien se destaca que están a favor de estos cambios, aparecen nuevas preocupaciones para el activismo cannábico, como es el papel de las industrias farmacéuticas, los intereses comerciales y la negligencia en incorporar medidas de reparación y justicia social. Además, el proceso regulatorio insta a participar en procesos burocráticos, asunto que no había sido de total relevancia para el movimiento.

Al respecto, un activista en Colombia resaltaba que, en el proceso de regulación de marihuana para fines medicinales “hay intereses corporativos y negocios, no nos oponemos a eso, sino que haya sentido social. Nos oponemos a que la inclusión real de los actores reales no se está dando. Son solo tecnócratas, invisibilizando, excluyendo” (Pereira y Cruz, s. f.).

Pero también ha sido una posibilidad para que el movimiento tenga participación de sectores más diversos, en particular con las madres de niños y niñas que usan cannabis con fines medicinales. En su mayoría, estas son personas que no habían sido parte de la contracultura que caracteriza a los movimientos cannábicos, con lo que este activismo ha ganado mayor diversidad.

En resumen, el movimiento social de reforma de las políticas de regulación del cannabis en el contexto latinoamericano es diverso y relativamente nuevo. La gran variedad de actores involucrados y las acciones que proyectan demuestra la heterogeneidad de las personas interesadas en el cambio, así como sus recursos y capacidades de incidencia. En este confluyen personas usuarias con fines medicinales o “recreativos”, agricultores, académicos, profesionales del área de la salud, el derecho o la comunicación, artistas, músicos y empresarios que, mediante la organización colectiva y el desarrollo de acciones educativas, comerciales, de litigio o protesta social han

venido cambiando la forma en que nuestras sociedades conciben al cannabis y como los Estados piensan que es la mejor forma para regularlo.

Cannabis medicinal en América Latina

Los vientos de cambio se instalan en la región frente al cannabis medicinal, motivada por el movimiento de familiares y pacientes y otros movimientos sociales cannábicos, por el litigio ante instancias judiciales, o por iniciativas del ejecutivo, mediadas por el interés de la industria. Esto ocurre en medio de un panorama global que mira con gran interés a la región como potencial lugar de inversión, sumado al proceso de revisión y posible reclasificación de la marihuana en el sistema internacional de fiscalización. También hay una dosis de imitación, dado que países en el llamado Norte Global están tomando este camino.

América Latina es la región del mundo con la mayor cantidad de países que tienen algún tipo de regulación para el uso medicinal o terapéutico del cannabis.⁶ Las distintas formas que los gobiernos han escogido para controlar el acceso al cannabis con fines medicinales van desde solo permitir la importación de medicamentos farmacéuticos o preparados medicinales, a complejos sistemas de reglamentación de cada uno de los eslabones de la cadena de producción, distribución y prescripción. Esto ocurre dentro del marco de las posibilidades dispuestas en el sistema internacional de fiscalización de sustancias, que dictan obligaciones a los Estados para garantizar el acceso a las sustancias controladas para sus usos médicos y científicos.

Estos cambios ocurren en medio de un panorama global de irrupción del cannabis como una industria en rápido crecimiento y muy lucrativa. Muchos países de América Latina tienen condiciones geográficas y climáticas favorables para esta industria, razón por la cual hay gran interés por parte de industrias con gran capital en invertir ahí donde se está creando la regulación. Como subrayan Jelsma, Kay y Bewley-Taylor (2019, p. 5), en el sur global está el escenario idóneo, con bajos costos de producción, variedades de marihuana que se ajustan a las necesidades farmacéuticas, y mercados locales y de exportación.

6. En una tabla comparativa al final de este texto se resumen las diferentes regulaciones de cada país según la legislación específica, las características para el acceso, los tipos de productos, los requisitos y las entidades encargadas. Se excluye a Paraguay, debido a que en el momento este país no hace parte del CEDD, y a Ecuador, debido a que el modelo aún no ha sido aprobado.

Sin embargo, la clasificación actual es una limitante para avanzar con sistemas para el acceso a cannabis medicinal, ya que dificulta la posibilidad de producir evidencia sobre los beneficios terapéuticos de la planta. Otra de las dificultades es el estigma alrededor del uso del cannabis por ser una droga considerada ilícita, aunado a la poca educación del gremio médico para su uso y prescripción. Aun así, estas ideas parecen estar desapareciendo lentamente a medida que cada vez más personas se manifiestan públicamente sobre su uso y beneficios, y cada vez más países regulan su acceso (Aguilar *et al.*, 2018).

En medio de este contexto, el continente americano se perfila como el horizonte del *boom* de la marihuana medicinal. Actualmente, en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Jamaica, México, Perú, Paraguay, Uruguay y varios estados de Estados Unidos existen leyes o regulaciones que permiten alguna forma de acceso al cannabis con fines medicinales. Además, al cierre de esta publicación ocurrirían cambios legislativos en Ecuador.

En todas las regulaciones revisadas para este estudio, independientemente de si se promulgó una nueva ley o solamente se reglamentó una disposición legal que ya existía, se tuvieron que crear reglamentos y ordenanzas específicas para solventar dificultades legales o corregir errores que lleva este proceso de regulación del cannabis con fines medicinales y científicos. La diversidad de métodos que los gobiernos han utilizado para controlar el cultivo, la importación, la exportación, el procesamiento y la distribución demuestran que aún estamos en una etapa incipiente de regulación.

A pesar de que algunas regulaciones fueron fruto de la presión de las organizaciones de pacientes y familiares, en pocas regulaciones se ha tomado en cuenta a pequeños y medianos productores, así como la posibilidad de realizar cultivo para consumo personal (autocultivo) o producción artesanal de aceites o tinturas. En los casos como Colombia con los preparados magistrales, o México con los remedios herbolarios, podría haber una posibilidad, pero todavía se mantienen criterios de control sanitario, económico o de seguridad que dificultan el proceso de inclusión de pequeños y medianos productores.

De hecho, Colombia es el único país que contempla la inclusión de pequeños y medianos cultivadores de cannabis en el mercado, tanto a nivel individual como de asociación, y obliga a las empresas de

manufactura a comprar un mínimo de 10 % de su materia prima. Aun así, los estándares de control y costos de licencias de cultivo dificultan mucho más la situación para estos productores, si se tiene en cuenta que las empresas manufactureras pueden justificar que no existe proveedor para solventar este porcentaje mediante una simple declaración jurada.⁷

Aunque el avance es lento, las reformas para el acceso al cannabis medicinal eran algo impensable hace unos pocos años. Además, es importante subrayar que regular el cannabis medicinal en una región como América Latina implica retos diferentes a los de otras regiones. Al ser esta una región donde se cultiva, trafica y usa la marihuana, su regulación presenta retos específicos, en tanto debiera estar orientada bajo principios de justicia social, reparación y comercio justo (Jelsma *et al.*, 2019). No se trata solo de facilitar que las industrias vendan medicamentos basados en cannabis, sino de fomentar que la regulación sea un camino de integración para las diversas comunidades de campesinos, pequeños fabricantes, pacientes y familiares, que han sufrido los daños de la prohibición. Resulta indispensable que en los procesos regulatorios se incorporen medidas de justicia social y equidad para fomentar la participación de las poblaciones que han sido más afectadas.

Recomendaciones

Esta investigación muestra, desde diferentes ángulos, que el modelo prohibicionista respecto al cannabis fracasó. No solo no ha logrado su propio objetivo consagrado en las Convenciones de “eliminar las drogas”, sino que ha generado efectos colaterales y costos en términos de los derechos humanos. Dada la urgencia de los cambios, presentamos algunas recomendaciones para mejorar las condiciones de vida de estas poblaciones a lo largo de la región.

Recomendaciones principales

- Los Estados deben reconocer las consecuencias negativas del modelo prohibicionista respecto del cannabis (y de otras sustancias con similar estatus jurídico) y promover cambios hacia mercados legales y regulados de los distintos usos de la planta. Para ello es necesario poner en práctica políticas y reglas basa-

7. Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto 579 de 2017, artículo 2.8.11.10.6. “Protección a pequeños y medianos cultivadores, productores y comercializadores nacionales de cannabis medicinal”.

das en evidencia científica, y en los principios de derechos humanos, salud pública y desarrollo sostenible.

- El desarrollo, la implementación y la evaluación de mercados regulados de cannabis debe contar con la participación de todos los actores involucrados y quienes han sido más afectados por las políticas punitivas, incluyendo personas que usan cannabis y sus derivados, y pequeños cultivadores.
- Cada país debe adoptar un modelo de regulación apropiado para su realidad. Las opciones deberían incluir la venta accesible, clubes de cannabis y autocultivo. Si bien cada país deberá desarrollar modelos de regulación acordes a su realidad, el ejemplo de Uruguay parece brindar un esquema a seguir por los países de la región. En él no solo se regulan distintos usos (medicinales, industriales y “otros”), sino que se reconoce la realidad preexistente (autocultivo individual o colectivo-clubes) y se establecen distintas formas de acceso.
- Los Estados deben explorar distintas opciones para la reforma de los tratados internacionales de drogas con respecto al cannabis. Las opciones incluyen retirarse de las convenciones y volver a firmarlas con reservas relacionadas con el cannabis (como Bolivia hizo con éxito en relación con la hoja de coca), o un grupo de Estados afines podría crear un nuevo marco del tratado entre ellos, una opción *inter se*, mientras se mantienen sus obligaciones con los Estados que siguen ligados a los tratados vigentes.
- Mientras se establecen los mercados regulados, los Estados deben dejar de perseguir el cultivo y porte de cannabis para uso personal. También debe reeducar a las agencias policiales para que abandonen las prácticas instaladas de perseguir usuarios como sinónimo de eficiencia, que en muchos casos aparecen vinculadas a abusos y extorsiones.
- Con respecto a los umbrales, lo recomendable es usarlos para fijar cantidades mínimas por debajo de las cuales nunca se puede tener a una persona como comerciante y que, a la vez, no se entienda que por encima de dichas cantidades las personas pueden ser sancionadas por distribución y tráfico, pues en todo caso es el Estado el que debe probar que tenían la intención de vender o distribuir.

- Por otro lado, es necesario rescatar la historia de los distintos usos del cannabis para poder evaluar mejor sus beneficios y riesgos, así como promover un uso responsable.

Recomendaciones relacionadas con el consumo

- Las políticas públicas deben estar basadas en información científica y confiable. En este sentido, los Estados deben generar estimaciones confiables y periódicas respecto al consumo recreativo y el consumo problemático, y hacer mayores esfuerzos en el proceso de identificación, recolección, sistematización y difusión de información relevante sobre los tipos de uso, oferta de servicios y modalidades de distribución.
- Es necesario considerar que, para tener datos confiables respecto del consumo de sustancias ilegales, los estudios masivos o con muestras poblacionales pueden no ser los más idóneos; el hecho de que las personas sean consultadas sobre una conducta considerada tabú o que es sancionada por ley puede significar un rechazo a la participación o que las respuestas no sean verídicas. Por ello, se recomienda analizar en detalle los estudios de modo que efectivamente se garantice el resguardo del anonimato y la confidencialidad de los participantes; asimismo, es necesario realizar estudios focalizados en población usuaria con distintos métodos, de modo que se logre representar de forma idónea la información que proveen estos grupos.
- Los Estados deben informar de manera rigurosa a la población respecto de los efectos del consumo. Los programas de educación e información deben estar basadas en el enfoque de reducción de riesgos y daños enfatizando sobre cómo realizar consumos responsables y cómo mitigar las posibles consecuencias negativas; para ello es indispensable valorar la experiencia de las personas usuarias. De manera complementaria, las políticas de reducción de la demanda, deben ser cuestionadas y reformadas en términos de sus resultados, de modo que la población pueda tener información clara y confiable basada en evidencia científica y en el respeto a su dignidad.
- Los Estados deben fortalecer las redes de atención integral, desarrollando e implementando programas de tratamiento y rehabilitación basados en evidencia científica y con enfoques de

reducción de daños para quienes lo necesitan y lo quieren, dado que el Estado no puede forzar tratamiento. Deben proveer un acceso expedito, accesible y de una buena calidad, y en un ambiente respetuoso de sus derechos.

- En este sentido, los Estados deben reorientar sus prioridades dejando de lado los enfoques represivos e invirtiendo estos recursos en programas de educación y servicios de salud.
- Finalmente, se debe generar una discusión sustentada en información confiable para evaluar el impacto de las políticas de drogas con respecto a la salud pública y el consumo de sustancias, y enfrentar los estigmas y la discriminación en contra de los usuarios. Eso incluye evaluar, analizar y discutir si la forma en que entendemos el abuso y la dependencia es pertinente a los diferentes contextos socioculturales y características de las personas usuarias, como a las diversas sustancias consumidas, las formas de consumo, los mercados donde se consiguen, y los contextos de uso y sus efectos.

Recomendaciones relacionadas con el cultivo

- En los países donde se erradican cultivos de cannabis se debe poner fin a esta práctica que empeora las situaciones de pobreza y vulnerabilidad, y no ha tenido el impacto deseado en reducir el tamaño del mercado de cannabis. En lugar de ello, los Estados deben promover un desarrollo económico equitativo en zonas rurales donde hay presencia de cultivos de marihuana, de acuerdo con los objetivos de desarrollo sostenible adoptados por las Naciones Unidas en 2015.
- En ningún caso debe utilizarse la aspersión aérea o terrestre de herbicidas altamente tóxicos –como el paraquat y el glifosato–, debido al impacto devastador que tiene en la salud de la población local y en el medio ambiente.
- En el marco de la creación de mercados legales y regulados de cannabis medicinal, industrial y para uso adulto, deben:
 - Dar acceso preferencial en el mercado a los pequeños productores, incluyendo la eliminación de antecedentes penales a quienes hayan sido sentenciados por el delito de cultivo de cannabis.

- Proveer asistencia técnica y otros recursos necesarios para garantizar la participación exitosa de pequeños productores en la industria del cannabis.
- Generar espacios para que los pequeños productores y las comunidades afectadas en países con tradición de cultivo puedan participar en el diseño de leyes y su regulación, así como en la formulación de mecanismos de implementación y evaluación.
- Diseñar leyes, regulaciones y estrategias de mercado que aseguren que los pequeños productores puedan participar en el mercado garantizando, en la medida de lo posible, igualdad de condiciones y adoptando medidas de equidad y protección.

Recomendaciones relacionadas con el cannabis medicinal

- Como países productores, o de tránsito, la prohibición ha implicado altos costos sociales y económicos; así, una regulación como esta debería estar orientada a reconocer y procurar reparar mediante la efectiva inclusión de cultivadores y pequeños fabricantes en el naciente mercado. Para ello, deben existir medidas legislativas que salvaguarden la participación de estas poblaciones, así como medidas de desarrollo y asistencia técnica que hagan posible este proceso.
- Se debe reconocer la función que el autocultivo ha constituido para el acceso a cannabis medicinal, y las regulaciones que se formulen deben acoger esta modalidad.
- Los países que aún no han regulado este mercado, pero que muy posiblemente en próximos años generen algún tipo de legislación en la materia, podrán aprovechar la experiencia de quienes ya están avanzando en el tema, a fin de incorporar efectivamente criterios de salud pública, justicia social, reparación y desarrollo sostenible.

Referencias

Acha, G. R. (2018). *El Control del Cannabis en Bolivia. Informe país*. Bolivia: CEDD.

Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L. y Nougier, M. (2018). *Políticas y prácticas sobre cannabis medicinal en el mundo*. Londres: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) y México Unido Contra la Delincuencia (MUCD).

Allsopp, J. (2016). *La contribución hindú al léxico del inglés caribeño*. En Kañina, Rev. Artes y Letras, Univ. Costa Rica XL (Extraordinario) p. 23-34. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/kan/v40s1/2215-2636-kan-40-s1-23.pdf> (última consulta, septiembre de 2018)

Antillano, A. (2018). *Cannabis en Venezuela. Informe país*. Caracas: CEDD.

Bardazano, G., Salamano, I. y Robaina, G. (2018). *Cannabis en Uruguay. Informe país*. Uruguay: CEDD.

Bewley-Taylor, D., Blickman, T. y Jelsma, M. (2014). *Auge y caída de la prohibición del cannabis. La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma*. Amsterdam: Transnational Institute (TNI), Global Drug Policy Observatory (GDPO).

Boiteux, L., Policarpo, F., Figueredo, E. (2019). *Políticas no maconha do Brasil. Informe país*. Brasil: CEDD.

Campos, I. (2012). *Home grown: marijuana and the origins of Mexico's War on Drugs*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Caricom Regional Commission on Marijuana (2018). *Waiting to Exhale – Safeguarding Our Future Through Responsible Socio-Legal Policy on Marijuana*. Georgetown: Caricom.

Carter, W. (1980). *Cannabis in Costa Rica: A Study of Chronic Marijuana Use*. Philadelphia: Institute for the Study of Human Issues.

Corda, A. (2018). *Cannabis en Argentina. De los afrodescendientes en la colonia al movimiento cannábico*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Cicad) (2015). *Informe del uso de drogas en las Américas*. OAS. Documentos oficiales. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/internacionales/UsoDrogasAmericas_SPA_web.pdf

Comunidad Andina (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en población universitaria: Informe comparativo de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. Quito: CAN.

Cortes Amador, E. (2018). *Cannabis en Costa Rica 2018: un análisis de la realidad nacional y perspectivas hacia el futuro. Informe país*. San José: CEDD.

De Rementería, I. (2016). *Las drogas de los detenidos. Aún creemos en los sueños*. Santiago de Chile: Le Monde Diplomatique.

International Narcotics Control Board (INCB) (2018). *Technical Report, Estimated World Requirements for 2019 – Statistics for 2017*. Recuperado de https://www.incb.org/documents/NarcoticDrugs/TechnicalPublications/2018/INCB-Narcotics_Drugs_Technical_Publication_2018.pdf

Jácome, A. I. y Paladines, J. V. (2018). *Liberen a María Cannabis y derechos en Ecuador. Informe país*. Ecuador: CEDD.

Jelsma, M., Kay, S. y Bewley-Taylor, D. (2019). *Fair(er) trade options for the cannabis market*. Cannabis Innovate, Policy Report 1 Swansea University. Recuperado de https://www.tni.org/files/publicationdownloads/fair_trade_options_for_the_cannabis_market.pdf

Jelsma, M., Boister, N., Bewley-Taylor, D., Fitzmaurice, M. y Walsh, J. (2018). *Balancing Treaty Stability and Change: Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation*. Washington: Washington Office on Latin America (WOLA) - Transnational Institute (TNI) - Global Drug Policy Observatory (GDPO), Washington DC, Amsterdam, Swansea University.

Pereira Arana, I. y Cruz Olivera, L. F. (s. f.). *El Imperio del Capital Verde: los caminos de la prohibición y regulación de la marihuana en Colombia. Informe país*. Bogotá: CEDD.

Pérez Correa, C. y Ruiz Ojeda, A. (2018). *Marihuana en México: el peso de la prohibición. Cuadernos de Trabajo del Programa de Política de Drogas*, 28. Aguascalientes: Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE).

Piñol, D. (2018). *Informe CEDD 2018, Capítulo Chile. Informe país*. Santiago: CEDD.

Rivas, N. (2013). *Historia del cannabis en Chile*. Recuperado de <http://cannabischile.cl/historia-del-cannabis/>

Schultes, R. E., & Hofmann, A. (1982). *Plantas de los dioses: Orígenes del uso de los alucinógenos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Soberón, R. (2018). *El cannabis en el Perú. Una aproximación sobre sus usos y la respuesta del Estado. Informe país*. Lima: CEDD.

Soriano, F. (2017). *Marihuana, la historia. De Manuel Belgrano a las copas cannábicas*. Buenos Aires: Planeta.

Transnational Institute (TNI) y Washington Office on Latin America (WOLA) (2010). *Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Amsterdam y Washington, D.C. TNI – WOLA.

Vargas, H. (2017). De cómo se prohibieron las drogas en México. *Confabulario*. Recuperado de <http://confabulario.eluniversal.com.mx/de-como-se-prohibieron-las-drogas-en-mexico/>

Washington Office on Latin America (WOLA), the Transnational Institute (TNI) and the Global Drug Policy Observatory (GDPO) (2019). *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny*. Washington, DC, Amsterdam: Swansea University.

World Health Organization (WHO) (2018). *Expert Committee on Drug Dependence, fortieth report. WHO Technical Report Series, 1013*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/ecdd_40_meeting/en/

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2018a). *Analysis of drug markets (World Drug Report 2018)*. *World Drug Report 2018*. Doi: <https://doi.org/10.18356/dco23cb1-en>

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2018b). *Global overview of drug demand and supply World Drug Report 2018*. Doi: <https://doi.org/10.18356/bdc264f4-en>

Anexo 1.

Cannabis medicinal en América Latina. Las posibilidades de la experimentación

	Legislación	Vía de acceso	Producto	Contenido / Potencia	Puntos de venta	Requisitos	Agencia regulatoria
Argentina	Ley 27350 (2017), Decreto 738 (2017) y Res. 1537-E/17 Min. Salud	Importación: a través de la Agencia Nacional de Medicamentos (Anmat). Producción nacional: cultivo a cargo del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet); producción a cargo de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (Anlap)	Aceites y otros derivados	No se diferencia contenido de cannabinoides	Aún no está regulado. Entre los objetivos de la ley se debe “garantizar el acceso gratuito al aceite de cáñamo y demás derivados del cannabis a toda persona que se incorpore al programa, en las condiciones que establezca la reglamentación”	Limitado a “epilepsia refractaria”. Para poder ingresar al Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del Uso Medicinal de la planta de Cannabis y sus derivados”, es necesario estar inscrito en el Registro Nacional de Pacientes en Tratamiento con Cannabis	Programa Nacional para el Estudio y la investigación del Uso Medicinal de la planta de Cannabis y sus derivados en el ámbito del Ministerio de Salud
Observaciones: la Ley 27.350 fue una respuesta a la demanda de usuarios y familiares de cannabis medicinal. Crea un programa de investigación dentro del cual se proveería gratuitamente cannabis, aunque ello no se cumpla. Se establece la importación y producción nacional; la última a cargo de agencias públicas, aunque avanzan proyectos con inversores privados. No incluyó el autocultivo. La reglamentación acotó los alcances de la ley: limitó a casos de epilepsia refractaria previa inscripción en un registro (previsto en la norma para evitar los alcances de la ley penal). La mayoría de los casos siguen quedando fuera de esta regulación y ante el riesgo de ser penalizados.							
Brasil	RDC Anvisa/MS 17 (2015) y RDC Anvisa/MS 66 (2016)	Solamente importación de productos farmacéuticos o medicinales	Fármacos como mevatil que se comercializan por medio de la industria farmacéutica	Diferencia la presencia de THC y CBD, pero no el porcentaje	Importación y en farmacias	Prescripción de un profesional legalmente autorizado. Limitado a enfermedades específicas. Se parte del registro de pacientes de cannabis medicinal	Ministerio de Salud - Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Observaciones							
Chile	Ley 20000 (2005) y Decreto 84 (2015)	El autocultivo está descriminalizado, los registros de productos farmacéuticos de cannabis, los clubes de cultivo colectivo y la producción industrial están autorizados para el uso medicinal y la investigación científica	Flores, resinas, extractos, tinturas, aceites y cremas	No se diferencia contenido de cannabinoides	Importación de productos. Acceso a través del cultivo para uso personal y cultivo colectivo	Requiere diagnóstico y receta médica retenida con control de existencia. La prescripción médica indica el consumo diario en gramos y tiene que justificar el uso medicinal	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda)
Observaciones							

	Legislación	Vía de acceso	Producto	Contenido / Potencia	Puntos de venta	Requisitos	Agencia regulatoria
Colombia	Ley 1787 (2016), Decreto 613 (2017), y Resoluciones 579 y 2892 (2017)	Cuatro tipos de licencias a cargo del Estado: 1) fabricación, 2) uso de la semilla, 3) cultivo de plantas psicoactivas, 4) cultivo de plantas no psicoactivas. Permisos para laboratorios farmacéuticos y productos terminados Un 10 % de la materia prima adquirida por licenciatarios, para fabricación, debe ser de pequeños y medianos cultivadores	Aceites, resina, tintura, extractos y preparados magistrales obtenidos a partir del cannabis	Se diferencia en cannabis psicoactivo y cannabis no psicoactivo si tiene más o menos de un 1 % de THC	Directamente de médico a paciente y en farmacias	Se requiere prescripción médica. Se permite el suministro a menores de edad bajo el criterio del médico y autorización de los padres	Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Fondo Nacional de Estupefacientes
Observaciones							
México	Reforma Ley General de Salud y Código Penal (2017) y Oficio SOO/1433/2018	Con debida autorización se permite la producción e importación con fines médicos, científicos e industriales	Medicamentos con derivados farmacológicos, cáñamo industrial, alimentos y remedios herbolarios	Se diferencia en cannabis con más o menos de un 1 % de THC	Farmacias y establecimientos autorizados	Es necesaria una receta médica y se establecen controles a cargo del Estado para el abastecimiento	Secretaría de Salud Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris)
Observaciones: a la fecha, la reforma a la Ley General de Salud, el Código Penal y la emisión de un reglamento, no se han dado. En su lugar se emitieron unos lineamientos con los que se autorizaron algunas licencias de forma poco transparente. El nuevo gobierno que ingresó al poder en 2018 desechó los lineamientos y hasta la fecha se continúa sin un reglamento para el cultivo de cannabis con fines medicinales.							
Perú	Ley 30681 (2017) y Resolución 435 (2018)	Tres tipos de licencia: 1) investigación científica, 2) importación o comercialización, y 3) producción, que se otorga exclusivamente a entidades públicas y laboratorios registrados y certificados por el Ministerio de Salud	Cannabis y sus derivados	Diferencia presencia de THC y CBD, pero no su porcentaje	Farmacias o boticas	Se crea un registro específico de pacientes usuarios de cannabis. Es necesario contar con una receta médica, mediante un recetario especial	Ministerio de Salud, Ministerio del Interior y Ministerio de Agricultura y Riego
Observaciones							

	Legislación	Vía de acceso	Producto	Contenido / Potencia	Puntos de venta	Requisitos	Agencia regulatoria
Uruguay	Ley 19172 (2013) y Decreto 46 (2015)	A través de licencias expedidas por el Instituto de Regulación y Control del Cannabis para fines de investigación o utilidades farmacéuticas	Especialidad farmacéutica y variedades vegetales	Se diferencia en cannabis psicoactivo y cannabis no psicoactivo si tiene más o menos de un 1 % de THC	Farmacias o importados	Receta médica que indique cantidad y tipo de producto y forma de administrar. Para Sativex® o Marinol®: receta naranja y autorización del Ministerio de Salud Pública para importación	Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) y Ministerio de Salud Pública
Observaciones							

ISBN 978-958-5597-08-2

Primera edición
Bogotá, D.C., Colombia, noviembre de 2019

Revisión de texto
María José Díaz Granados

Diagramación
Marta Rojas

Fotografía
Luis Felipe Cruz, 2018, Norte del Cauca

Este texto puede ser descargado gratuitamente en
<https://www.dejusticia.org>
www.drogasyderecho.org



Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike
4.0 International License.

Dejusticia
Calle 35 # 24 - 31, Bogotá, D.C., Colombia
Teléfono: (571) 608 3605
www.dejusticia.org

Resumen del Informe regional CEDD