

# Índice

## Índice

### Índice

Glosario de siglas .....	7
Agradecimiento .....	9
Presentación .....	10
1. 5.000 años de uso natural, casi un siglo de prohibición y una década de uso sintético .....	13
1.1. Revisando la historia .....	15
1.2. Epidemiología .....	23
1.3. La planta y los cannabinoides .....	26
1.4. Efectos farmacológicos. Riesgos y beneficios .....	33
1.5. Tópicos y realidad neurofarmacológica .....	43
1.6. Interés terapéutico .....	48
1.7. Investigación y productos farmacéuticos comercializados .....	55
2. Actualidad internacional de los usos médicos y de la política criminal en materia de drogas .....	63
2.1. Introducción: panorama internacional .....	65
2.2. Suiza y la Unión Europea: Alemania, Holanda, Reino Unido, Francia, Suecia, Italia, Bélgica, Portugal .....	67
2.3. Países de Europa Central y Oriental .....	79
2.4. América del norte: EE.UU. y Canadá .....	79
2.5. América Latina .....	82
3. Drogas, leyes y Código Penal. Significación jurídica en el Estado español .....	89
3.1. Introducción .....	91
3.2. Las drogas en el Código Penal de 1995 .....	92
3.3. La responsabilidad administrativa. Ley Orgánica 1/92 de Protección de Seguridad Ciudadana .....	96
3.4. El delito por tráfico de drogas. Interpretaciones .....	98
3.5. Análisis de la doctrina jurisprudencial sobre el consumo compartido, tenencia, donación .....	100
4. Opinión de los operadores jurídicos acerca del cannabis. Un estudio en la Comunidad Autónoma del País Vasco .....	105
4.1. Metodología .....	107
4.2. Datos sociodemográficos .....	108

4.3. Usos del cannabis . . . . .	110
4.4. Actuaciones ante el consumo . . . . .	114
4.5. Legislación . . . . .	119
4.6. Políticas sobre drogas . . . . .	141
4.7. Conclusiones . . . . .	144
<b>5. Algunas iniciativas de posibles utilización de cannabis . . . . .</b>	<b>149</b>
5.1. Introducción . . . . .	151
5.2. Uso terapéutico del cannabis . . . . .	152
5.3. Ensayos clínicos. . . . .	158
5.4. Establecimientos para la adquisición y el consumo normalizado	159
5.5. Producción de cannabis para autoconsumo . . . . .	164
5.6. Tenencia lícita para fines culturales, científicos o docentes . . . . .	166
5.7. Producción industrial de cáñamo . . . . .	168
5.8. Otras iniciativas. . . . .	169
<b>6. Algunas conclusiones . . . . .</b>	<b>175</b>
<b>7. Referencias bibliográficas . . . . .</b>	<b>183</b>
Anexo 1. Cuestionario para la recogida de información sobre “Opinión de los operadores jurídicos acerca del Cannabis” . . . . .	203
Anexo 2. Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional . . .	219
Anexo 3. Orden 469/2002 por la que se incluyen determinados principios activos en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y productos psicotrópicos. . . .	231

# Glosario de siglas

## Glosario de siglas

### Glosario de siglas

a.C.	: antes de Cristo
AINE	: antiinflamatorios no esteroides
AMA	: American Medical Association
APA	: Asociación Psiquiátrica Americana
ARSEC	: Asociación Ramón Santos para el Estudio del Cannabis
BMA	: Asociación Médica Británica / Brithish Medical Association
BMJ	: Brithish Medical Journal
CBC	: Cannabinochereme ó Cannabinocromeno
CBD	: Cannabidiol
CBE	: Cannabielsoina
CBG	: Cannabigerol
CBL	: Cannabiciclol
CBN	: Cannabinol
CBND	: Cannabinodiol
CBT	: Cannabitriol
CB <sub>1</sub> y CB <sub>2</sub>	: Subtipos receptores específicos cerebrales.
CP	: Código Penal
d.C.	: después de Cristo
DD.HH:	: Derechos Humanos
DEA	: Drug Enforcement Administration
Δ <sup>9</sup> THC	: Delta – 9 Tetra Hidro Cannabinol
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4 <sup>a</sup> edición.
EE.UU.	: Estados Unidos
ENCOD	: European NGO Concil Drug and Development
FAD	: Fundación AntiDroga
FDA	: Food and Drug Administration
FSH	: Hormona foliculoestimulina
GSK	: Glaxo Smith Klein

GW	: Glaxo Welcome
HIV	: Virus Inmunodeficiencia Humana
IAIC	: Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología
IOM	: Institute of Medicine
ISRS	: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina, utilizados por su efecto antidepresivo y antiangustiante.
JAMA	: Journal American Medical Association
JIFE	: Junta Internacional Fiscalización de Estupefacientes
LH	: Hormona Luteinica
LSD	: Tartrato dietilamida de ácido d lisérgico
MDMA	: Éxtasis
NIDA	: National Institute of Drug Abuse
Ns/Nc	: No sabe / No contesta.
OEDT	: Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías /EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
ONGs	: Organización no Gubernamental.
PCP	: Fenciclidina o fenil-ciclidina
PECO	: Países Europeos del Centro y Oriente.
PNSD o PND	: Plan Nacional sobre Drogas
SIDA	: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
SPD	: Partido Social demócrata Alemán.
STS	: Sentencia del Tribunal Supremo.
THC	: Tetra Hidro Cannabinol
T <sub>3</sub>	: Hormona tiroidea 3-5-3' triyodotironina
T <sub>4</sub>	: Hormona tiroidea 3-5-3'-5' tetrayodotironina o tiroxina
TS	: Tribunal Supremo
UE	: Unión Europea
U.N. o ONU	
o NN.UU.	: Naciones Unidas

# Agradecimiento

## Agradecimiento

### Agradecimiento

Con la satisfacción de ver finalizado este documento, inacabado como corresponde a algo que necesariamente debiera estar en permanente cambio en función de las nuevas realidades sociales ligadas a la cuestión de las drogas y las drogodependencias, agradecemos y no dejamos en el olvido

A Javier Meana, Amando Vega, Xavier Arana, Ignacio Muñagorri y Martín Barriuso, miembros del comité de expertos previamente asignado que ha revisado los escritos y los han enriquecido con sus sugerencias.

A Regina Varona y Argi Peleteiro, por su colaboración durante el trabajo de campo en el ámbito jurídico.

A Juan Carlos Usó, por su documentación, ideas y experiencias.

A Kontxi Gabantxo, por apoyar y confiar en el interés y actualidad de este trabajo.

A Gemma Calvet, por intuir la importancia de divulgar esta amplia información que aunque cercana no es bien conocida.

A quienes en el camino habéis ofrecido importantes aportaciones mediante vuestras opiniones, reflexiones, dudas y certezas para reducir la ignorancia de quienes tratábamos de reflejar una realidad que ahora aparece impresa en este documento que se ofrece a los agentes jurídicos, y a aquellas personas preocupadas por la salud pública que manifiesten su interés por las cuestiones relacionadas con el cannabis. Este libro no se ha elaborado para estimular consumos de sustancia alguna sino para ser recurso que ayude a la aplicación más justa y tolerante de unas leyes que sean consecuencia del conocimiento actual, de la percepción social y de la plena competencia de las personas.

# Presentación, Presentación, Presentación

De modo creciente el cannabis está presente en numerosos foros europeos e internacionales, siendo un elemento de preocupación actual en debates sociales e institucionales en la mayor parte de los países del continente. Esto se debe a diversos motivos, que van desde tratarse de la droga ilícita más consumida en Europa, a las cada vez más difundidas informaciones sobre sus efectos, repercusiones, usuarios, tipos, etc.

El cannabis ya no es la sustancia marginal, e incluso satanizada de épocas anteriores. Al menos, no con la intensidad que había sido perseguida como sustancia ilegal, que sigue siendo. Hoy es una de las sustancias mejor toleradas socialmente, valorando su peligrosidad y riesgos como equiparables a los de las drogas legales. Su popularidad es creciente, sus símbolos se multiplican en la escena pública, aumenta el número de consumidores y el discurso legitimador está a la ofensiva, vinculando el uso de cannabis con aspectos relativos a la salud, los derechos, la creatividad, la ecología, o la vida recreativa.

El estudio sistematizado y con criterios científicos de las acciones biológicas de los derivados del cannabis ha contado con diversas limitaciones que impedían obtener información más precisa y, al tiempo, han facilitado la difusión de falsas ideas basadas en informaciones poco concluyentes tal y como señalan Meana y Ulíbarri (1999). Ocurre que, en no pocas ocasiones, la comunidad médica así como otros profesionales de áreas ligadas al Derecho y a la educación, han asumido conceptos no fundamentados científicamente sobre la acción del cannabis, lo cual se evidencia en un número importante de textos, declaraciones públicas e incluso en la desautorización por falta de rigurosidad de quienes debían prevenir frente al consumo indiscriminado de fármacos ilegales con fines recreativos.

Iniciamos este documento aportando información sencilla y suficiente sobre los conocimientos actuales acerca del cannabis, sobre la historia de su uso, su farmacología, aspectos clínicos y de investigación. Es necesario conocer el pasado y el presente para actuar en el futuro inmediato, sin ánimo de navegar entre posiciones despenalizadoras o liberalizadoras que se apoyan en la eficacia terapéutica, en ocasiones

con cierta frivolidad, y tampoco en posiciones prohibicionistas apoyadas en pretendidos efectos contraproducentes no demostrados ni suficientemente investigados. Los riesgos que pudieran acompañar a su consumo, aunque no sean de gran entidad social o sanitariamente, se ven minimizados por una confrontación, demasiado polarizada y a veces difícilmente conciliable, entre quienes abogan por su prohibición y quienes señalan sólo su inocuidad o sus efectos beneficiosos.

Desde la propia industria farmacéutica y cosmética, la promoción y desarrollo de la investigación basada en resultados con personas viene siendo considerable y, sin embargo, el desconocimiento social es importante. Sabedores de que gran parte de la “opinión científica”, sobre todo entre quienes mantienen posiciones inmovilistas en el prohibicionismo, se basan en algunos resultados de la investigación animal, para la realización de esta amplia revisión hemos decidido orientarnos por los trabajos de investigación con personas y de reciente elaboración, en los que ha habido aplicación terapéutica del cannabis y de medicaciones cannábicas basadas en los resultados.

Se trata de tener referencias del saber actual sobre esta sustancia y mayor conocimiento de las políticas sobre drogas en los países desarrollados de sociedades afines a la nuestra, particularmente los países europeos y norteamericanos, donde se están produciendo cambios legislativos, iniciativas institucionales y movimientos reivindicativos por su uso recreativo y médico, así como la situación en países de Centro y Sudamérica, como complemento de las aportaciones del capítulo anterior. La información veraz de los usos médicos y la política criminal en materia de drogas en el panorama internacional son un buen soporte para posibles intervenciones en el acontecer social, político o legislativo.

Respecto a la significación jurídica del cannabis en el Estado español, se ha analizado la doble regulación jurídica que recae sobre la materia drogas: desde el derecho administrativo sancionador (Ley Orgánica 1/92 de Protección de Seguridad Ciudadana) y el derecho penal (artículos 368 y ss. del Código Penal), así como los comportamientos que cada una sanciona y las actuaciones que considera lícitas, retrotrayéndonos a la Ley 17/67, de regulación de consumo de estupefacientes. Así mismo, se ha profundizado en el delito de tráfico de drogas y sus múltiples interpretaciones, siguiendo la jurisprudencia y sentencias de Audiencias Provinciales y Tribunales Superiores de Justicia que van abriendo vías de actuación con relación al consumo compartido, donación o tenencia lícita de drogas.

En el País Vasco, constatada la tendencia a una mayor tolerancia institucional y penal al cannabis, verificada por menores índices de sanciones, detenciones, etc. que en

otras muchas comunidades autónomas, hemos querido ilustrarla con la opinión de los profesionales que ejercen su actividad asociada al ámbito jurídico. Jueces, abogados, fiscales, profesores universitarios de derecho penal y médicos forenses han emitido sus opiniones, ofreciéndonos una pequeña orientación sobre unas ideas que están muy presentes en su ejercicio cotidiano.

En otro capítulo se expresan algunas iniciativas factibles con la actual legislación. Nos ha preocupado, y ello fue uno de los motores de este trabajo, el estatus legal y los atribuidos usos terapéuticos del cannabis, campo de investigación reciente y de creciente interés científico pues son los elementos que están siendo más debatidos social y profesionalmente. Por eso, se han valorado algunas posibilidades que pueden permitir el uso actualizado de derivados del cannabis, con relación a la actual legislación, incluso con algunas modificaciones de índole menor, en algunos casos.

También se pretende ofrecer un material, bien documentado, que permita engrasar el saber, no sólo de quienes desde el campo sanitario o sociojurídico intervienen con poblaciones usuarias de productos cannabicos, sino también de aquellas personas que desde su condición ciudadana demandan salir de su desconocimiento sobre estas sustancias.

No existen panaceas terapéuticas y, por ello, no es oportuno convertirse en apologeta de ninguna sustancia. Tampoco del cannabis a pesar de la evidencia de su eficacia frente a un buen puñado de síntomas y enfermedades, cuando no como recurso de relajación y desinhibición en ciertos espacios y momentos lúdicos. Conocedores de que en el Estado español es donde más aprehensiones se producen del ámbito europeo (OEDT, 2001), queda pendiente por determinar las vías y ritmos de regulación de esta sustancia. Confiamos que éste y otros documentos puedan contribuir a realizar una parte del camino pendiente.





# Capítulo 1

# Capítulo 1

# Capítulo 1

5.000 años de uso natural,  
casi un siglo de prohibición y  
una década de uso sintético

“Saber mucho da ocasión de dudar más”

Michel Eyquem de Montaigne (1533-1592)

## I.I. REVISANDO LA HISTORIA

La *Cannabis Sativa*, la planta cannábica de la cual se extraen los cannabinoides, cuyo conocimiento se remonta a fechas muy antiguas..., sitúan su localización en regiones del Asia Central, extendiéndose a zonas limítrofes y posteriormente también a otras más alejadas. Utilizada por las propiedades curativas (en la práctica medicinal de diferentes épocas) o por los efectos psicológicos (usos religiosos, usos recreativos). Los usos generalizados y los usos restringidos, incluso llegando a la prohibición, se han sucedido en diferentes etapas históricas y diferentes áreas geográficas de nuestro mundo.

### I.I.I. Época antigua

Se sabe de la utilización de cannabis sativa en China hace cinco mil años, con amplios cultivos para la obtención de fibras y aceite de sus semillas. El emperador Huang Ti (2600 a.C) autor de *Nei Ching*, libro de medicina con recetas, algunas de ellas vigentes en la actualidad, y donde aparecen las primeras referencias documentales del uso médico con cannabis. El emperador mítico Shen Nung escribió poco después otros textos sobre las tradiciones transmitidas, organizando la llamada *Pen tsao ching*, que algunos fechan en 2737 aC, siendo la primera farmacopea conocida con unas 300 medicinas, entre ellas el cannabis, recomendándolo para el tratamiento del beri-beri, la malaria, estreñimiento, problemas menstruales y señalando que la ingesta excesiva podía producir “visiones diabólicas” (Touw, 1981), sin olvidar su uso contra parásitos intestinales y en enfermedades dermatológicas. El *Pen-Tsao Kang Mu* (1578 a.C), escrito durante la dinastía Ming es otro gran texto de la farmacopea conocida en la medicina china, recogidos también los escritos anteriores y donde se atribuye a esta semilla la capacidad de aumentar el *ji* interior, frenar el envejecimiento, estimular la circulación sanguínea, aumentar la secreción de leche en madres lactantes y ayudar a los parálíticos.

El cannabis se menciona en los Veda, textos sagrados que conforman las bases de la civilización hindú relacionándolo con el dios Shiva “que trajo la planta para el uso y

la alegría del pueblo”, descrita como hierba sagrada en el *Atharvaveda* (4º libro de los vedas escrito entre 1500 y 1200 a.C) según relatan Chopra y Chopra (1957). Incluso se sabe que los arios, nómadas que ocuparon este territorio hindú hacia el año 2000 a.C ya utilizaban esta planta en ritos religiosos. Para designar a la planta, los nombres de *Vijahia* (productor de vida) y de *Ananda* (fuente de felicidad y de éxito) (Escohotado, 1989). La medicina y la religión se hallan relacionadas a través del cannabis por sus efectos beneficiosos, descritos en el *Ayurveda* y señalado en la confección del Informe sobre drogas procedentes del cáñamo para la Corona Británica (Campbell, 1893). “Antiflemático” porque seca las membranas mucosas, para el catarro crónico con diarrea, la “fiebre biliar”, analgésico, febrífugo, aumento del apetito, tónico para aliviar la fatiga, cólera y disentería, diurético, afrodisíaco,... eran usos reflejados desde antiguo. *Ayurveda* es un sistema tradicional de asistencia sanitaria que considera a la persona como la combinación de mente, intelecto, yo y alma, así como un organismo de piel, carne, sangre y huesos (Dash, 1984). En la medicina reflejada en los textos ayurvédicos hay tres sustancias muy populares: el cannabis, el ajo y el haritaki, de gran utilización para fomentar la salud positiva, a partir de la cual se logran los objetivos íntimos del yo, administrándose sin riesgos a personas sanas o enfermas.

En Persia, en la época de Zaratrusta (siglo VII a.C) fundador del pensamiento religioso, hay evidencia de la utilización religiosa del cannabis. Hay quienes relacionan el chamanismo y el misticismo islámico con el uso de hachis (Eliade, 1964).

Los sumerios en Mesopotamia usaban cannabis 4000 años a.C. En tablas de escritura cuneiforme conservadas desde que reinara Asurbanipal (669-626 a.C). En Asiria ya se conocía utilizado en baños terapéuticos para “envenenamiento de las piernas” (posiblemente trastornos articulares), en disolución para “depresión del espíritu” o para la impotencia. En Escitia y Armenia también eran conocidas celebraciones y ritos con esta planta, documentada ya por el historiador griego Herodoto (485-425 a.C), siendo así mismo, muy probable el conocimiento de amplios usos medicinales y rituales en Egipto y Judea. Baste recordar que en el egipcio *papiro de Ebers* en el siglo XVI a.C consigna el uso médico del cannabis, que los coptos de Tebas usaban en rituales de “ingestión de humo” de incienso para comunicarse con Dios (Mechoulam, 1986).

De esta amplia región pudieran derivar las denominaciones conocidas de la planta. La palabra *pannagh* como una de las formas originales (en sánscrito *bhonga* y en persa *bang*), modificada en semítico (*qunnabu*, *quanabu* o *kanabas* en asirio), *qunnapa* en sirio y *kunnab* en árabe, acabando como *kannabis* en griego (Mechoulam, 1986).

Es posible que en la Biblia se mencione en una ocasión como *pannagh*, un producto no identificado, fabricado y exportado desde Judea a Tiro, mencionado por el profeta Ezequiel y que fuera de hecho cáñamo. Aparece como *kalamo* en labios de Salomón. La “hierba” comida por Nabucodonosor, la locura de Saul, la fuerza de Sansón,... es más que probable que fueran alusiones a la toma de preparados de cannabis. Además se sabe que en el Sinaí era fumado y bebido con el nombre de *suama*.

En los imperios de Grecia y Roma también se cultivó abundantemente el cáñamo, principalmente para su uso industrial: cuerdas, tejidos para ropa, velas, etc. Su uso medicinal es descrito por algunos de los grandes autores de la época, cuyos conocimientos fueron fuente del saber farmacológico durante muchos siglos: Plinio “el Viejo” (23 – 79 a.C) en *Nature Historiarum Libri XXXVII* señala que “sus semillas hacen a los genitales impotentes. Su jugo expulsa de las orejas cualquier gusano que haya entrado en ellas, pero a costa de un dolor de cabeza. Es tan potente su naturaleza que cuando se vierte agua, se dice que puede hacerla cuajar, y al beber de este agua se regulan las tripas de las bestias de carga. Su raíz, cocida en agua, alivia los calambres de las articulaciones, así como la gota y otros dolores similares” (Brunner, 1973). Dioscórides que falleció el año 90 d.C, a quien se asigna haber otorgado la actual denominación *cannabis sativa*, escribió el herbario *De Materia Médica*, la obra más importante durante siglos sobre botánica médica, relató acerca de las propiedades del cannabis frente a inflamaciones, dolores, edemas y la “materia dura” de las articulaciones. Galeno (131–200 a.C), el médico griego más conocido escribió que las semillas de cáñamo eran “de digestión pesada y nociva para el estómago y la cabeza pero elimina las ventosidades” y su “zumo de toda la hierba, verde, instilado en los oídos para combatir los dolores producidos por opilaciones”, aliviaba los músculos en extremidades, aunque podría producir conversación carente de sentido. Describió que los romanos “fríen y consumen estas semillas acompañadas de otros postres”, tomando también pequeñas hogazas que producían sed pero de efectos embriagantes tomadas en exceso pues “su cálido y medicamentoso vapor se sube a la cabeza”.

En el Corán no hay referencias al cáñamo, pero la medicina árabe bajo influjo de las corrientes grecorromanas de los primeros siglos d.C y de la medicina india, describió los usos medicinales del cannabis para diversas afecciones, expandiendo su consumo en sus territorios hasta la península Ibérica por el oeste y hacia Persia por el este. El *hashish*, hierba en árabe, fue el término utilizado con uso muy extendido aunque prohibido en algunas épocas históricas por los legisladores islámicos, motivo por el cual a pesar de la frecuente práctica médica no fue recogido en los tratados médicos de la época. El emir Soudoumi Schekhounia, de Arabia, lo prohibió en 1378,

y para el historiador árabe Al Magrii fue responsable de la decadencia de la sociedad egipcia (Gold, 1991). En el siglo XIII, Ibn al-Baytar mencionó que los marineros musulmanes consumían habitualmente hachís para luchar contra el mareo mientras navegaban.

En Europa, en la edad media, la Inquisición impuso la prohibición del método científico, la medicina herbaria y reprimió a cuantos se apartaron de la ortodoxia de la Iglesia medieval (Conrad, 1998) por lo cual las condiciones higiénicas eran desastrosas y los cuidados sanitarios se convirtieron en una esfera misteriosa. Desde el siglo XIV hasta el XVII se estima en más de 500.000 personas, mayoritariamente mujeres, quienes fueron juzgadas, condenadas y ejecutadas por brujería, por su capacidad para sanar mediante hierbas, verdadera farmacopea natural. A pesar del escaso avance en el conocimiento de las sustancias y de los limitados testimonios escritos por los riesgos de procesos, condenas, quema de supuestas brujas, multas, etc, se prodigaron los herbarios, publicaciones donde los autores reflejaban las utilidades médicas de multitud de plantas. Matthiolus, Tragus, Fuschius, Hildegard de Bingen, Peter Schoffer, John Parkinson, son herbolistas que reflejaron diversas propiedades terapéuticas del cáñamo, recogidas de otras regiones y culturas a través de las rutas comerciales y de las cruzadas. En estas tierras norteñas era conocido el uso de la mandrágora, belladona, cáñamo, muérdago, ortiga, perejil, sustancias potencialmente tóxicas, incluso de efectos alucinógenos y desinhibidores según la dosis, pero los procesos inquisitoriales desde 1231 durante el pontificado de Gregorio IX hasta su final en España y Portugal allá por 1820<sup>1</sup> mantuvieron sin abrir el velo de la ignorancia.

Por ejemplo en el viejo reino de Navarra, tras la conquista por Fernando el Católico, fueron nombrados en 1513 los primeros inquisidores de este territorio (Dueño, 1996). Pamplona, Lizarra, Tütera, Calahorra y finalmente Logroño en 1570 fueron sede del alto Tribunal de la Inquisición o Santo Oficio.

### 1.1.2. Época moderna y contemporánea

Hasta el siglo XIX no tiene lugar la popularización y difusión del uso de cannabis en Europa, principalmente por sus propiedades curativas. El compendio *Complete Herbal* (Culpeper, 1814), recogió la farmacopea clásica, sintetizó los usos terapéuticos conocidos del cannabis incluyendo información como “herbido en leche e ingerido ayuda a aliviar la tos seca y caliente” y una amplia lista de aplicaciones tópicas para la

---

<sup>1</sup> En realidad la desaparición oficial ocurrió el 7 de diciembre de 1965, cuando el Concilio Vaticano II declaró la libertad religiosa y disolvió la Congregación del Santo Oficio.

fiebre, la picaduras de tijereta, gota, inflamaciones, dolores de cadera, quemaduras y “articulaciones nodosas”. O’Shaughnessy (1842), médico del ejército colonial inglés en Calcuta, aplicaba “tintura de cannabis” a personas con reumatismo, tétanos, epilepsia, rabia cólera y a dosis reducidas para aliviar dolores dentales o articulares, aumentar el apetito, como afrodisíaco, antidiarreico, frente a la adicción del opio o al cloral. La incorporación del cáñamo a la farmacopea inglesa supuso el alivio en importantes áreas de la medicina, más tarde extendida al continente europeo y a EE.UU.

Francia recibió su aporte relacionado con el cannabis también por las expediciones del ejército napoleónico en Egipto y otras regiones europeas. Los soldados, sin acceso al alcohol porque la religión lo prohibía, descubrieron la embriaguez del hachís, extendiéndose ampliamente su consumo y llegando a preocupar hasta tal punto que Bonaparte dictó en octubre de 1800 una ordenanza prohibiendo su consumo, su transporte y distribución. Tomaron también información del uso recreacional a partir de los fumadores de hachís y de la utilización por la medicina popular egipcia siendo antecedente y base del llamado “Club des hachischins” de París fundado en 1846, que agrupó a importantes escritores, artistas y pensadores de la época: Gautier, Baudelaire, Balzac, Chevenard, Dumas...

Las propiedades psicofarmacológicas fueron descritas por Moreau de Tours en su obra *Du hashist et de l’aliénation mentale* en 1840, reflejando desde una perspectiva humanista y natural los ocho síntomas cardinales tras una intoxicación con hachis: “inexplicables sentimientos de felicidad, disociación de ideas, errores en la apreciación del tiempo y el espacio, exacerbación del sentido del oído, ideas fijas, alteración de las emociones, impulsos irresistibles e ilusiones o alucinaciones”. Su texto ha sido base y orientación de quienes han identificado el consumo de cannabis con las posibilidades de tratamiento o para reproducir la enfermedad mental.

Otros muchos en Francia, Alemania y Países Bajos, aun considerando cierta excentricidad en la terapéutica británica, llegaron a utilizar el cannabis en la práctica médica: diurético, dolores reumáticos y oculares, aumento del apetito, mitigar el vómito y los calambres abdominales, afecciones tifoideas y otras enfermedades inflamatorias.

En América entró el cannabis a través de la colonización e invasiones de españoles en el caso de los virreinos de Perú y Méjico, y de ingleses y franceses en los territorios que darían lugar a EE.UU. y Canadá. Ya en el siglo XIX pasó a Centroamérica siendo consumido por los campesinos. Los emigrantes mejicanos volvieron a introducirlo masivamente en los estados del sur (Texas, Luisiana,...) de EE.UU.

Los sectores médicos americanos a finales del siglo XIX imitaron y trasladaron los conocimientos de sus colegas ingleses. En el propio Índice Merck de 1896 ya aparecieron seis formas de preparación que contenían cannabis, permaneciendo hasta 1950. Existían al menos treinta preparados farmacéuticos con cannabis promocionados por laboratorios poderosos ya en la época como eran Ely Lilly, Parke Davis y Squibb Co. (Sassman, 1938). La tintura y el extracto de cannabis, reconocidas como drogas legales, estuvieron en los tratados de farmacopea de EE.UU. entre 1850 y 1942, vendida de forma libre en farmacias en forma de extracto de cáñamo o de resina (hachís) hasta el Convenio de Ginebra en 1925 que lo restringió a “fines médicos y científicos”.

Su uso se prohibió en 1937 a raíz de promulgar el Congreso la “Marijuana Tax Act” a través de un entramado argumental de motivaciones económicas, sanitarias, morales y xenófobas, colocando a la marihuana bajo control federal e imponiendo de hecho la prohibición de su uso médico o recreativo lo cual se mantiene hasta nuestros días. Paulatinamente, las cuatro grandes sustancias de uso recreativo (alcohol, opio, marihuana y cocaína) fueron satanizadas para posteriormente imponer leyes con el objetivo de “reformular las costumbres y mejorar la sociedad”. No existían motivaciones científicas, rechazando incluso los grandes estudios realizados hasta esos momentos: el Informe de la Indian Hemp Drug Commission (1893) elaborado por el ejército británico a solicitud de la Cámara de los Comunes, el Estudio del Consumo en la zona del Canal de Panamá (1916-1929) realizado por el ejército de EE.UU. y La Guardia Committee Report on Marijuana (1944), completísimo informe sobre los riesgos sanitarios y los efectos psicológicos por el consumo de cannábicos en la ciudad de Nueva York, que refutó los presuntos riesgos presentados al Congreso en defensa de la prohibición de la marihuana. El texto fue “olvidado” en los archivos de la municipalidad y no publicado íntegramente hasta 1969.

En todos estos informes científicos se reflejaba que “...el consumo habitual no provoca apreciables problemas sanitarios, sociales o de escalada a drogas más fuertes, no debiendo considerar al cannabis como sustancia que causa adicción”.

Curiosamente, a pesar de la Prohibición impuesta en 1937, el presidente Franklin Roosevelt (1933-1945) volvió a legalizar el cáñamo en 1942 durante tres años. El cultivo y la producción de *hemp*<sup>2</sup> debido a su condición de material estratégico para la defensa y para la elaboración de tiendas de campaña, cordelería, paracaídas, uniformes, calzado, etc.

---

<sup>2</sup> Cáñamo en inglés.

En 1951 el Congreso de Estados Unidos aprobó la Boggs Act, normativa que imponía condenas de dos años por “primera implicación” (consumo o tenencia de cualquier cantidad de droga), sin posible perdón o libertad condicional si era reincidente. Además, existía la prohibición al estamento médico de algunos fármacos señalados en la Ley Harrison de 1914, y todo ello endurecido con la Narcotics Control Act de 1956, la más severa de las normativas aprobadas en Estados Unidos a nivel federal que elevaba a cinco años la pena por “primera implicación” e imponía pena de muerte por la venta de heroína a menores de 18 años (Escohotado, 1989). No obstante el mercado ilegal vio incrementar los precios, las adulteraciones y el número de traficantes. La marihuana mantuvo importantes consumos en amplios sectores sociales, si bien clandestinamente, con algunas eclosiones como ocurriera en los años 60 y 70. De nuevo en los últimos años de la década de los 90, hay un nuevo despunte de los consumos, como uso recreativo mayoritariamente si bien un número considerable de personas con diferentes dolencias se vienen automedicando convencidas de los beneficios sobre su salud.

La prohibición en EE.UU. fue determinante para las resoluciones posteriores de la ONU, a pesar del rechazo de los sectores liberales liderados por la Asociación Médica Americana y la Asociación de Jueces que cuestionaron la política seguida por errónea y contraproducente, criticaron los castigos y la coacción frente a la medicina curativa y lamentaron la injusta legislación que negaba los derechos constitucionales en aras de una cruzada contra las drogas. El doctor William Woodward, el miembro más influyente de la asociación médica estadounidense (AMA) entregó un escrito que llegó a ser toda una profética advertencia: “La finalidad y consecuencias evidentes de esta ley consisten en imponer tantas restricciones a las aplicaciones medicinales que dejará de emplearse... Servirá para privar a la población de los beneficios de un medicamento que, si se sigue investigando, podría resultar de considerable valor”.

En el año 1961 la Convención Única de Estupefacientes de Nueva York, promovida por Naciones Unidas, que aunque reconoció que “el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor... garantizándose su disponibilidad”, reconociendo al usuario de drogas adicto como “enfermo”, promulgó la creación de un sistema de listas donde se incluyeron las sustancias entendidas como peligrosas. Curiosamente hubo muchas sustancias lícitas de consumo cotidiano en la época que quedaron ausentes (anfetaminas, barbitúricos, narcóticos, ansiolíticos) así como el THC (tetrahidrocannabinol), principio activo del cáñamo, que fueron introducidas en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 celebrado en Viena (Markez, 1998) situándolas junto a otras sustancias de la contracultura de la



época: LSD, mescalina, psilocibina,... no generadoras de adicción ni tolerancia. El lema de Nueva York fue “Un mundo libre de drogas en 25 años” y transcurridos 40 años desde aquella convención continúa siendo el texto orientador de las políticas sobre drogas en casi todos los países del mundo a pesar de la elevada afectación sobre la salud pública, las numerosas violaciones de los derechos humanos y los muy elevados costes sociales y económicos. Epidemias de enfermedades graves (sida, hepatitis), criminalización de los consumidores y de los campesinos productores de drogas, promoción de consumos inseguros, generación de conductas violentas, deterioro medioambiental, encarcelamientos, etc., son parte importante de las consecuencias de modelos y políticas prohibicionistas.

La última Convención, también celebrada en Nueva York en junio de 1998 bajo el lema “Un mundo libre de drogas, podemos conseguirlo”, se centró en la reducción de la demanda de drogas ilícitas, perseguir el blanqueo de capitales, la cooperación judicial y represiva, vigilar los movimientos de las sustancias precursoras, la eliminación del cultivo ilícito (“La Asamblea General de junio de 1998 ofrece una oportunidad histórica mundial (...) la eliminación o reducción substancial del cultivo de coca, la adormidera y el cannabis para el año 2008”). Se reconoció la existencia de 140 millones de consumidores habituales de cannabis, en constante aumento, al igual que los cultivos. Se planteaba la reducción de estos solamente como intención, sin programas de erradicación ni de sustitución, conociéndose que las cantidades aprehendidas rondan el 1% (U.N., 1998).

Sin embargo, una constante del prohibicionismo reflejado en estas convenciones de Naciones Unidas viene siendo confirmar el deber/ derecho estatal para intervenir en lo íntimo mientras determina la peligrosidad. De este modo ¿qué drogas serían peligrosas? Las prohibidas. La prohibición determina la naturaleza farmacológica y no al revés.

En estas últimas décadas los usos terapéuticos del cannabis han quedado eclipsados por la beligerancia y el activismo propagandístico contra el consumo recreativo de la planta.

La reducción de las aplicaciones farmacológicas se ha acompañado del creciente consumo recreacional tanto en Europa como en EE.UU. Ante el creciente autoconsumo frente a algunos síntomas y enfermedades, importantes instituciones médicas y sanitarias de EE.UU. y Europa han iniciado investigaciones orientadas hacia nuevas posibilidades terapéuticas. Las recientes investigaciones con cannabinoides hacen augurar un futuro prometedor, si bien el desarrollo de los programas de investigación, farmacológica y clínica, deberá crecer aun mucho más.

## 1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Se estima en 144 millones de personas, 2,4% de la población mundial, quienes consumen cannabis (UNDCP, 2001). Una lectura de los recientes documentos que nos aportan información relativa a los consumos en Europa, el Estado español y en el País Vasco nos acerca a la entidad de la realidad cannábica y orientan sobre las actuales tendencias.

Dada la experiencia con el cannabis en algún momento de la vida adulta<sup>3</sup> muy variable de unos a otros países con cifras de consumo que van desde casi un 15% de los adultos jóvenes en Finlandia hasta aproximadamente el 28% o 40% en Dinamarca, Francia, Irlanda, Países Bajos, España y el Reino Unido (OEDT, 2001), el cannabis es la droga ilícita de mayor consumo y disponibilidad en todos los países de la Unión Europea estimándose en más de 40 millones las personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años, que la han consumido y más de 12 millones quienes la han utilizado en el último año. Un 16% y un 5% respectivamente de esa población (OEDT, 2000), con tasas de prevalencia de consumos que varían según la edad, superando el 30% en la población de 25 años (Björn Hibell et al, 1997), con tendencia a la homogeneización en las tasas de consumo y al aumento neto en los diferentes países. Donde la prevalencia era baja a principios de los años noventa, el incremento parece haber sido proporcionalmente mayor que donde la prevalencia inicial era más elevada. Se ha ido generalizando el consumo de cannabis, siendo este probablemente el cambio más importante en el fenómeno del consumo de drogas ilegales (Gamella y Jimenez, 2001). Ello debido a un mayor contacto con los derivados del cáñamo como el hachís y también con la marihuana, en muchas ocasiones proveniente del autocultivo, que ha adquirido una importante extensión en los últimos años. En el año 2000, según datos oficiales de la Unión Europea, en jóvenes de edades comprendidas entre 15 y 24 años, el uso de cannabis era bajo en Portugal (4%) y en Finlandia (5%) mientras en el otro extremo se sitúa el Reino Unido con cifras próximas al 40%. En un reciente estudio del Observatorio Europeo de Drogas y Drogodependencias comparando a cuatro países del sur (Hartnoll, 2001) sobre la experiencia con cannabis entre adolescentes ofrece cifras claramente por encima de la media en España y en Francia, mientras que en Portugal es mucho más baja (Tabla 1).

A nivel europeo, el consumo de derivados cannábicos representa el mayor porcentaje en cuanto a la utilización de sustancias ilegales, con prevalencias de consumo similares en los diferentes estados y tendencia a la estabilización de uso en los ado-

<sup>3</sup> El Observatorio Europeo para las Drogas y Toxicomanías considera *vida adulta* desde los 15 a los 64 años.

**Tabla I. Consumo de cannabis en 4 países europeos**

	<b>España</b>	<b>Francia</b>	<b>Italia</b>	<b>Portugal</b>
	<b>1998 (1994)</b>	<b>1999 (1993)</b>	<b>1999 (1995)</b>	<b>1999 (1995)</b>
Experiencia de uso de cannabis a los 15-16 años de edad	28% (19%)	35% (22%)	25% (19%)	9% (7%)
Prevalencia	84-178.000	142-176.000	277-303.000	18-87.000

Adaptado de R. Hartnoll, 2001

lescentes (Barrio, De la Fuente y Camí, 1993). Del análisis de la literatura científica (McGree, 2000) se desprende que la edad de mayor prevalencia de inicio en el consumo de cannabis es anterior a los 20 años y que la mayor frecuencia de consumo es entre los 16 y 18 años.

Así mismo, no se ha podido establecer una relación causal entre las diferentes prevalencias en los distintos países europeos y sus políticas sobre drogas. Países con políticas más liberales en materia de drogas y otros con enfoques más restrictivos presentan tasas de prevalencia similares.

En el Estado español, el 22% de los adultos y el 32 % de los adultos jóvenes han consumido cannabis. Se repiten las informaciones periodísticas y oficiales que sitúan en al menos 400.000 personas las que consumen a diario hachís o marihuana. Según la Encuesta domiciliaria realizada por la Fundación Santamaría en 1998 entre jóvenes de 15 a 24 años, el cannabis es, tras el alcohol y el tabaco, la droga más consumida en una proporción del 33,3% (Elzo y otros, 1999).

El Plan Nacional sobre Drogas obtiene información a través de dos encuestas:

1. La Encuesta sobre Drogas a Población Escolar (PND, 2000) señalaba una prevalencia vida del 28,5% en el año 1998, con un porcentaje de consumidores en los últimos 12 meses del 25,1% y prevalencia de consumo en los últimos 30 días del 17,2% en ese mismo año, con aumentos en la población de adolescentes consumidores de cannabis a medida que su edad de 14 a 18 años. El consumo de cannabis ha seguido creciendo en el período de 1998-2000 entre los escolares que han consumido alguna vez con un incremento del 9%.

2. La Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (PND, 1998) en población cuya edad era de 15 a 65 años, señala las mayores tasas de prevalencia vida en-

tre adultos jóvenes con edad comprendida entre 19 y 28 años alcanzando el 36,1%, seguido del grupo de 29 a 38 años con un 31,3%. De nuevo, la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas de 1999 confirma la importante penetración social de los consumos de sustancias como el alcohol, el tabaco o el cannabis, consumidas, respectivamente, en alguna ocasión por el 87%, 65% y 19,5% de la ciudadanía, habiéndose estabilizado los consumidores diarios o cuasi-diarios de cannabis.

Otra encuesta realizada en 1998 por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) a una muestra representativa de la población, con edades comprendidas entre 15 y 65 años (N= 1700 personas) ofrecía que un 64% creía que el cannabis era la droga que más se consumía, incluso por delante del alcohol (61,2%). Por otro lado, el 27,3% de los encuestados refirió haber consumido cannabis alguna vez, y el 83,2%, alcohol (Mejías y otros,2000). Es decir, se manifestaba una sobreestimación del consumo del cannabis por parte de la población (Bobes y otros, 2000).

Con estas cifras de consumo y de consumidores el Estado español se sitúa a la cabeza europea junto a Dinamarca y Reino Unido.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, durante la pasada década, se han producido importantes aumentos en el consumo. Según el estudio “Euskadi y Drogas, 2000”, un 26% de la población vasca de 15 a 79 años ha probado el cannabis y un 13% lo consume de modo habitual, siendo la droga ilegal más consumida, con prevalencia cinco veces superior a la que ocupa el segundo lugar, la cocaína (Marañón, 2001).

Casi el 40% de la población estudiada sabe donde comprar marihuana o hachís, y se reconoce que tienen el mercado más abierto.

Atendiendo al último estudio impulsado desde la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco en el año 2001, más de la mitad de los jóvenes entre 15 y 20 años han consumido cannabis alguna vez (55,1%), cifra que se eleva al 61% si se considera solo a los varones, más que quienes han probado el tabaco (59%). Entre los jóvenes de estas edades un 29,6% mantiene un consumo habitual de esta sustancia (Ver Tabla 2).

La mayor parte de los jóvenes iniciados en este consumo se encuentran entre los 18-20 años (61,2%) en ambos géneros, y la mitad de estos iniciados mantiene un consumo habitual, lo que supone el 34,8% de los jóvenes de esta edad, siendo creciente el consumo de cannabis entre los adolescentes.

**Tabla 2. Proporción de personas iniciadas y consumidoras habituales de cannabis**

	<b>% Personas iniciadas</b>	<b>% Consumidores habituales</b>
15-17 años	31,7	15,1
18-20 años	61,2	34,8
21-24 años	59,2	31,9
25-29 años	57,8	30,9
n=2000	55,1	29,6

Fuente: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, 2000

El consumo de cannabis está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, siendo esto así en todos los grupos de edad, ya que se repite en todas las sustancias ilegales. Sin embargo, se tiende a equiparar el acceso al cannabis por género. En las edades más jóvenes ha aumentado notablemente el porcentaje de muchachas que han fumado hachís o marihuana, progresando en proporciones mayores hacia un uso regular.

Es muy alto el abandono de consumo de cannabis, incluso entre quienes mantienen pautas de consumo regular o habitual en períodos prolongados. A señalar que el 7,6% de los jóvenes vascos encuestados se identifica como exconsumidor de cannabis. La proporción más alta de exconsumidores se da entre los 25 y 29 años en ambos géneros (12,7%). Un 26% de los jóvenes “habituaados” al cannabis abandona el consumo, alcanzando un 41,4% en los jóvenes mayores de 25 años, siendo significativamente más numerosas las mujeres que dejan de consumir: un 54,9% en mujeres frente al 33,3% en los hombres.

La importante extensión social del cannabis junto a otros elementos como la no creación de alarma social y no producir problemas de salud pública, está favoreciendo las tendencias hacia la normalización del consumo.

### **I.3. LA PLANTA Y LOS CANNABINOIDES**

#### **I.3.1. Propiedades químicas**

Sería el sueco Carl Linneo quien retomaría en 1753 el término griego *cannabis*. Treinta años más tarde Jean Lamarck en su *Encyclopedia* señaló otra especie, la *Cannabis indica*, y ya en 1924, Janischewsky añadió una tercera, la *Cannabis ruderalis*. Con el paso de los años, las tres especies han sido cruzadas entre sí y en la actualidad hay autores que opinan que pudiera tratarse de una especie aunque con numerosas variedades, en función de la climatología, el terreno o las manipulaciones en su cultivo.

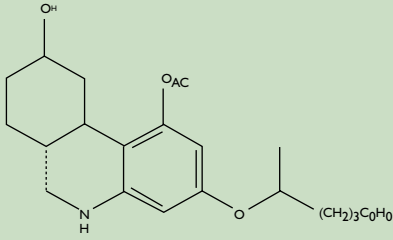
Algunos creen que la variedad *indica* del cáñamo es el mismísimo *nepenthes* de Homero, capaz de envolver el corazón desdichado en un velo de olvido y bienestar (Font Quer, 1985).

La *Cannabis Sativa* es una planta anual de la familia de las cannabáceas, que crece en regiones templadas y tropicales, conociéndose más de 100 especies. Según Ramos Atance y Fernández Ruiz (2000) se utilizan tres tipos de preparaciones de la planta: *Bhang*, que se obtiene a partir de las hojas y los extremos superiores secos de la planta no cultivada, con bajo contenido en resina; *Ganja*, a partir de las hojas y los extremos superiores de las plantas cultivadas, con mayor contenido en resina. Estas dos preparaciones son la marihuana. Una tercera, *Charas*, es el hachís, preparado a partir de la resina con contenido psicoactivo entre 5 y 10 veces mayor que la marihuana. Es una planta dioica, siendo la femenina la que tiene mayor concentración de cannabinoides, sobre todo en los brotes florecidos, después en las hojas, con pequeñas cantidades en el tronco y raíces, y escasa o nula en las semillas. La responsable de su actividad farmacológica es su resina, que puede estar presente en las plantas en diferentes proporciones, pudiendo ser hasta un 20% del peso de la planta. Esta farmacología de la cannabis ha sido estudiada desde finales del siglo XIX (Woods y cols, 1896) hasta el aislamiento de los primeros principios activos (Adams, 1942) y la demostración de su actividad farmacológica (Loewe, 1945) en la primera mitad del siglo pasado. Aunque, sin duda, por su trascendencia internacional destacarían en 1914 el Informe “La Guardia”, el primer estudio controlado en voluntarios sanos, con muestras control y placebo a doble ciego (Weil y cols, 1968).

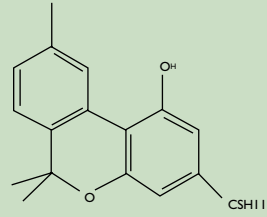
En las últimas décadas han sido tan numerosos los artículos e investigaciones sobre la farmacocinética, en número cercano a más de un artículo diario (Camí, 1988), que una revisión exhaustiva de la literatura existente sobre el tema sería prácticamente imposible.

Son unos 400 los productos químicos naturales identificados en la planta, provenientes del metabolismo secundario de la *Cannabis Sativa*, variando el número y la cantidad según el clima, la variedad cultivada, el suelo o la forma de cultivo, estando presentes tanto en el cáñamo industrial como en el cannabis resinoso: aceites esenciales, flavonoides, monosacáridos, ácidos grasos, polifenoles, compuestos nitrogenados. Los principios activos de la planta, los cannabinoides, más de sesenta diferentes, son estructuras químicas que derivan de los terpenofenoles, no han conseguido ser aislados en otras especies vegetales o animales (Sallés y otros, 1998). El principal producto psicoactivo del cáñamo fue aislado en 1964, el delta-9-tetrahidrocannabinol.

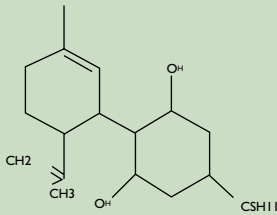
**Figura I. Estructuras químicas de algunos cannabinoides**



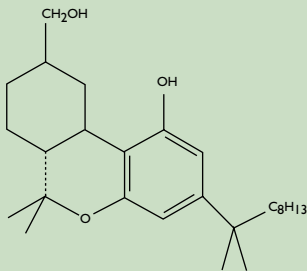
**Levonantradol**



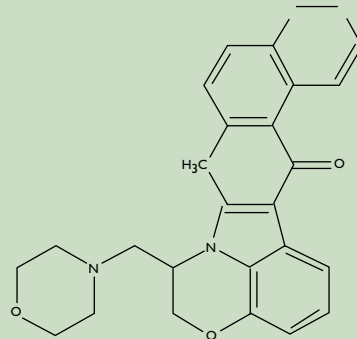
**Cannabinol**



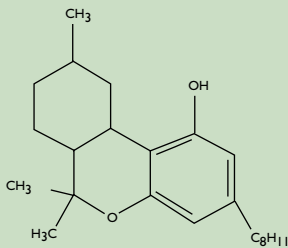
**Cannabidiol**



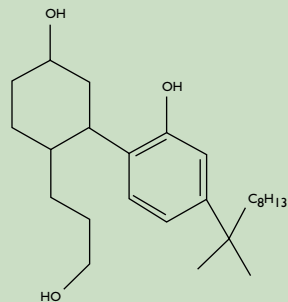
**HU-210**



**WIN-55212-2**



**Delta 8 tetrahydrocannabinol**



**CP 55,940**

El perfil de los cannabinoides es obtenible por cromatografía de gases técnica costosa pero muy exacta (Ver figura 1).

- El  $\Delta^9$  THC es el cannabinoide de mayor potencia psicoactiva. Identificado en 1940, no se aisló y caracterizó hasta 1964 por Mechoulam y su equipo. Muy liposoluble, no se disuelve en agua y sí en algunos disolventes orgánicos. Degradable por la luz, calor, humedad y oxígeno atmosférico. La experimentación genética ha elevado su concentración en las muestras de cannabis, pudiendo afectar a los patrones de consumo (Adams y Martín, 1996). Con acción analgésica, antiemética, orexígena, broncodilatadora y de inhibición motora.
- El  $\Delta^8$  THC de perfil farmacológico algo menor que el  $\Delta^9$  THC y de muy baja concentración psicoactiva, apareciendo solo en algunas variedades de esta planta. Produce intenso efecto antiemético.
- El CBN (cannabinol), con acción psicoactiva aunque reducida, sobre todo en relación a los estímulos discriminativos del THC, participando en la modulación del sistema inmune atribuida a los cannabinoides. Una décima parte de la actividad euforizante del THC (Perez Reyes, 1985) pero con elevada biodisponibilidad, próxima al 45%. Actúa en la modulación del sistema inmunitario, aumento del sueño y como hipotérmico.
- El CBD (cannabidiol), cannabinoide prácticamente sin propiedades psicoactivas y por ello se ha utilizado en el tratamiento a largo plazo de la psicosis (Zuardi y cols, 1995) al no quedar enmascarado por los efectos indeseables del THC. El CBD, relacionado con el sistema inmune, de posible efecto antiinflamatorio, también en experimentación animal y a dosis bajas, tiene efecto ansiolítico (Onaivi y cols, 1990) y antiespasmódico con resultados contradictorios en humanos (Zuardi y cols, 1982). Por su acción como anticonvulsivo se han iniciado ensayos clínicos en personas con trastornos epilépticos, distonía y corea de Huntington (Cunha y cols, 1980). Su presencia es proporcionalmente inversa al THC, por lo cual en el cáñamo industrial el contenido es bajísimo en THC y alto de CBD.
- El CBC (Cannabinochrome o cannabinocromeno) de reconocido uso antiinflamatorio.
- El Cannabigerol (CBG), el cannabiciolol (CBL), cannabielsoina (CBE), cannabiodiol (CBND), cannabitriol (CBT), cannabicitrano, cannabiripsol, dehidrocannabifurano,...hasta 70 cannabinoides encontrados en cantidades diferentes



según la variedad, edad u origen geográfico de la cannabis a estudio (Turner et al, 1980).

Hay variedades de planta que son potentes, con gran producción de THC, hasta un 20-25% del peso en seco, plantas de grandes dimensiones (2-5 metros), pero no es lo habitual. Un reciente estudio holandés, sobre 200 plantas de diferentes semillas de cáñamo para uso industrial arrojó una variedad de 97 con un contenido de 0,06 a 1,7% de THC en sus cogollos, mientras que el resto tenía niveles próximos a cero de THC. Muy alejadas de las variedades cosechadas para obtener marihuana que alcanzan un 4% o más en THC (Fraga, 1998).

### **1.3.2. Presentación de los derivados del Cáñamo**

Mientras esta sustancia permaneció en las farmacopeas de los países occidentales, los productos derivados quedaban definidos por las sumidades floridas y fructificadas, desecadas, de las plantas con pistilos (femeninas, excluyendo las semillas y hojas si no se acompañan de las sumidades) y de las que no se ha eliminado la resina (Sallés y otros, 1998). Es importante distinguir uno u otro tipo de derivado ya que la composición y concentración de THC varían considerablemente (Ver Cuadro 1).

- I. La denominación habitual de grifa, marihuana y kif se atribuye a la preparación de sumidades floridas. Flores, pequeños tallos y hojas de la inflorescencia femenina, desecadas y troceadas. La concentración de THC oscila entre 0,3 y 3%. Se consume fumando esta preparación o mezclada con tabaco.
- II. El hachís, costo o chocolate se trata de picadura o polvo untuoso de color verde oscuro o pardo, obtenido tras pulverizar hojas y flores femeninas, aglutinadas mediante resinas y prensado para obtener consistencia dura presentándose en forma de tabletas. Con una concentración de sustancia psicoactiva que oscila entre 4 y 13% de THC, si bien en la Unión Europea se ha informado de muestreos cuya riqueza estaba entre un 0% hasta un 70% de THC (OEDT, 2001). Para su consumo inhalado, antes de ser mezclado con tabaco, se calienta suavemente. Este es el principal sistema de consumo de cannabis en nuestro país.
- III. La resina, de aspecto de brea oscura, proveniente sobre todo de los pelos glandulares de la planta femenina en hojas y terminaciones de los tallos. Tiene un contenido de THC superior al 50%. Se mezcla con disolventes que tras su evaporación y filtrado queda un producto más concentrado: el Aceite de hachís (Bruneton, 1991).

## Cuadro I. Derivados del cáñamo y concentración de THC

<p><b>Aceite de hachís:</b> 30-60%</p> <p><b>Hachís:</b> 4-13%</p> <p><b>Marihuana:</b> 0,3%-3%</p>	<p>The image shows the chemical structure of Tetrahydrocannabinol (THC). It consists of a central benzopyran ring system. The pyran ring has a methyl group (CH<sub>3</sub>) at the 9-position and two methyl groups (H<sub>3</sub>C) at the 1-position. The benzene ring has a hydroxyl group (OH) at the 3-position and a long alkyl chain (C<sub>8</sub>H<sub>17</sub>) at the 5-position.</p>
---	---

Debido a la ausencia de efectos psicoactivos de muchos cannabinoides, el uso de estos no esta controlado por las normas internacionales que prohíben el cannabis y el THC ni se comercializan a escala económica considerable (Clarke y Pate, 1994), lo cual permite la investigación y el posible uso terapéutico.

### I.3.3. Absorción y metabolismo

Las *vías de administración* de cannabinoides son diversas presentando diferentes grados de absorción siendo por ello las respuestas muy diferentes.

- Inhalación de humo procedente de cigarrillos (canutos, porros,...) o de pipas de agua. Rápida absorción con cambios significativos en los niveles plasmáticos de THC y en los efectos psicoactivos breves instantes después (1 a 5 minutos) de la aspiración del humo de cáñamo, con una biodisponibilidad entre el 25-50%, perdiéndose una buena parte del THC por pirolisis.
- El uso de vaporizadores es una técnica para inhalar cannabinoides libres de partículas para quienes tratan de evitar el humo. Se separa el THC de la materia vegetal sin llegar a temperaturas de combustión, eliminando alquitranes y gases.
- Ingesta oral de bebidas, en condimentación gastronómica o masticado. Se utilizan las cápsulas blandas de gelatina con THC en aceite de sésamo, la única presentación farmacéutica oral disponible. También científicos escoceses han utilizado en el año 2000 una presentación soluble del cannabis. Absorción más lenta, tardando de una a tres horas para alcanzar al máximo los efectos, con biodisponibilidad reducida (10 al 20%), ya que antes de alcanzar la circulación general es degradado por la acción del jugo gástrico, el metabolismo hepático e intestinal y el paso a la circulación enterohepática, tardando casi dos horas en

lograr las concentraciones máximas, siendo notorio el retardo en sus efectos psicoactivos y pudiendo verse modificadas las concentraciones de cannabinoides.

- La vía rectal mediante supositorios ha resultado idónea para evitar náuseas y vómitos pues aumenta con rapidez la presencia de THC en sangre al evitar problemas de absorción y de degradación. El efecto de los cannabinoides puede aumentar su potencia utilizando esta vía.
- La vía ocular tópica, ofrece problemas por el carácter hidrófobo de estas sustancias.
- La administración intravenosa ofrece resultados de mayor potencia pero es poco práctica pues necesita su dilución en alcohol y mezclado en infusión salina, por lo cual solo se utiliza en investigación básica.
- La vía tópica a través de la piel: Disolviendo los cannabinoides en alcohol se absorbe por la piel. De este modo se utiliza por su acción analgésica local frente a dolores reumáticos, artritis, etc.

El THC, debido a su gran liposolubilidad, se distribuye fácilmente por los tejidos corporales siendo captado del plasma en un 70% por los tejidos, siendo metabolizado el resto. El tejido adiposo y el bazo son los depósitos principales, pudiendo tardar varias semanas en ser eliminada tras su administración. La paulatina liberación desde los tejidos enlentece la reducción de niveles plasmáticos de THC lo que podría explicar la carencia de síndrome de abstinencia.

La eliminación del  $\Delta^9$  THC en su mayor parte es en forma de metabolitos en heces (60-70%) o en orina (10-20%), estando también en tejidos y fluidos biológicos: pelo, sudor, saliva. El metabolismo comienza en el hígado y en menor medida en otros órganos como pulmón e intestinos.

Los metabolitos procedentes de la degradación de los cannabinoides se eliminan en forma de ácidos libres o conjugados con glucurónico o ácidos grasos. Los glucuronatos formados se almacenan en el organismo durante períodos prolongados y pueden ser frecuentemente detectados en la orina varias semanas después del consumo de los cannabinoides (Ramos y Fernández, 1999). La excreción de THC y sus metabolitos en consumidores crónicos puede comprobarse durante períodos de 4 a 6 semanas (Ellis et al, 1985), y también tras consumos ocasionales puede detectarse en la orina transcurridos tres o cinco días.

## I.4. EFECTOS FARMACOLÓGICOS. RIESGOS Y BENEFICIOS

El estudio de los efectos farmacológicos de los derivados del cannabis ha venido presentando una serie de limitaciones (Meana y Ulíbarri, 1999) como son la carencia de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la ausencia de estudios epidemiológicos comparativos ni de seguimiento, el desconocimiento del producto activo y de las dianas biológicas sobre las que actúan los cannabinoides, la carencia de protocolos de valoración adecuada a cada patología, las grandes diferencias entre la experimentación con animales de laboratorio frente al uso en humanos, las diferencias en el control de dosis según utilización de unas u otras presentaciones de cannabis y, por las características farmacocinéticas, la posibilidad de acciones de aparición tardía no observables tras administración aguda.

La literatura científica está excesivamente apoyada en aspectos descriptivos de algunas series de casos, con muestras reducidas en muchas ocasiones, y así difícilmente pueden obtenerse resultados concluyentes.

Otra limitación considerable es la situación legal de los productos cannábicos cuya dispensación esta expresamente prohibida en las listas de las instituciones internacionales –ONU, por ejemplo– basándose en la ausencia de indicación médica. Consecuencia de todo ello son las trabas para la realización de estudios y la no motivación entre los sectores científicos dadas las normativas prohibicionistas, todo ello a pesar de las razones biológicas que fundamentan una bien probada seguridad.

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas no llegan a conclusiones sobre posibles efectos negativos ante consumos moderados. Tampoco se puede decir que los consumos excesivos prolongados en el tiempo sean inocuos.

Los riesgos vienen determinados por factores propios de la sustancia, como es su composición y la dosificación, o por factores relacionados con su situación sociojurídica. La “sobredosis” es prácticamente imposible pues serían necesarias dosis muy elevadas de THC por vía oral para la intoxicación severa. No hay conocimiento de personas fallecidas por dosis tóxicas de cannabis. En cambio la ilegalidad, la marginalidad en la que se desarrolla el mercado y consumo, hacen que las sustancias de “corte”, las adulteraciones, representen un importante peligro real. Si la mezcla se ha realizado con leche condensada, clara de huevo, estiercol, henna u otras arcillas, posiblemente no ocurra nada. Pero si la adulteración se realiza con pesticidas, alquitranes, PCP, pegamentos, etc, el peligro puede ser importante. Riesgo que quedaría evitado (a falta de regulación del hachís) si la producción para autoconsumo se realizara en plantaciones propias o controladas.

Como señala el Ministerio de Salud holandés, los peligros asociados al consumo de cannabis prácticamente son inexistentes: “La toxicidad física del cannabis es reducida. No se dan casos de muerte por sobredosis ni de dependencia física. Puede producirse dependencia psíquica, pero esta no puede compararse según su frecuencia y grado, con la dependencia psíquica que va emparejada con el consumo de cocaína, heroína, alcohol y nicotina. El uso de cannabis causa menos agresividad que el consumo de alcohol. El uso de cannabis no constituye necesariamente un escalón hacia el consumo de drogas duras. La cantidad de incidentes causados por una sobredosis aguda asciende a unas decenas por año, su tratamiento es sencillo y en la mayor parte de los casos puede limitarse a conducir al consumidor a un lugar tranquilo y suministrarle un sedante, si fuese necesario”.

Sólo algunos autores han constatado cambios en la adaptación escolar o describen a algunos consumidores como insatisfechos, desilusionados y con mayor tendencia hacia actividades creativas o aventureras. Y esto en poblaciones urbanas, jóvenes, de elevado nivel de culturización, coincidiendo la existencia de consumo crónicos y siendo polidependientes a diferentes sustancias.

El perfil farmacológico de los cannabinoides consta de: analgesia, catalepsia, hipotermia, alteración de la actividad locomotora y refuerzo de la psicoactividad. Pero los efectos derivados de su administración son muy diversos y los efectos farmacológicos de los cannabinoides sobre las personas pueden ser significativos (Tabla 3) apoyándose en la valoración riesgo/ beneficio.

**Tabla 3. Acciones farmacológicas de los derivados del cannabis**

- Actividad antinociceptiva y analgésica
- Acción antiemética
- Efectos sobre el tono neuromuscular y la coordinación motora
- Actividad anticonvulsionante
- Acción sobre la memoria y la esfera cognitiva
- Reacciones psiquiátricas agudas
- Actividad orexígena
- Efectos cardiovasculares
- Acción sobre la presión intraocular
- Acción sobre las vías respiratorias
- Actividad sobre el sistema inmune
- Acciones sobre el control hormonal
- Influjos en el embarazo

Tomado de Meana y Ulibarri, 1999

### **1.4.1. Sobre el sistema nervioso y la conducta**

Los efectos psicológicos varían según el ambiente, las expectativas y la predisposición individual, siendo en general relajantes y de bienestar si el sujeto inhala solo, y euforizantes si se fuma en grupo (Tennant y cols, 1971). Efectos psicomiméticos, pues el consumo de cannabis induce a sensaciones iniciales de euforia, bienestar y felicidad, seguidas de cierta somnolencia y sedación (Adams y Martín, 1996). Sensación placentera por estímulo de las zonas de recompensa del cerebro, en los que predomina fundamentalmente los sistemas dopaminérgicos cerebrales (Palomo y otros, 2001), lo cual puede tener un efecto reforzador positivo para continuar el consumo de cannabis. Los efectos conductuales a dosis bajas son de tipo depresor, que se convierten en excitatorios tras estímulos mínimos. No hay ninguna patología mental directamente asociada al consumo excesivo de cannabis, lo que diferencia a esta sustancia de los psicoestimulantes o el alcohol, cuyo uso repetido y excesivo puede ocasionar síndromes psicóticos (Allebeck, 1993; Williams et al., 1996), ni precipita la aparición de otras disfunciones mentales como esquizofrenia, depresión bipolar, etc. (Roques, 1998).

El uso precoz de cannabis en la adolescencia es asociable a un comportamiento “no normativo” (McGree, 2000) con posibles desviaciones que comparten características con enfermedades de la mente, siendo más frecuente que en situaciones de trastorno mental haya consumos de cannabis y no a la inversa.

No siendo importantes las alteraciones de la conducta, se ha observado una alteración de la memoria inmediata, interrupción de la continuidad del discurso, lenguaje monótono a pesar de la locuacidad. Los estudios realizados en personas a nivel cerebral por tomografía computerizada descartan de modo definitivo la posibilidad de atrofia cerebral por consumo crónico de cannabis (Co et al, 1977; Kuenhnl et als, 1997). Años más tarde, en 1982, la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. publicó *Marijuana and Health* desmontando las tesis de Robert Heath por utilizar muestras insuficientes (cuatro monos), elevadas dosificaciones, falsa identificación de la estructura normal del cerebro de mono como dañada, con proyección desproporcionada de resultados de escasa relevancia.

Sí existe, como antes se ha indicado, un déficit en la memoria reciente como consecuencia del influjo de la estimulación cortical y de la liberación de acetilcolina por los agonistas cannabinoides (Izzo et al, 2000), no influyendo en lo almacenado previamente.

En la esfera cognitiva también se ha observado cierto déficit de la atención mantenida, integración de la información y en la percepción del tiempo como conse-

cuencia de la fragmentación del pensamiento producida. Ello puede repercutir en la realización de tareas que exigen cierto nivel de coordinación psicomotriz (Adams y Martín, 1996; Hall y Solowj, 1998). Esto ocurre por ejemplo al conducir vehículos pero, a diferencia de lo que ocurre al conducir bajo efecto del alcohol, estos conductores se concentran más y conducen más lentamente al sobreestimar su grado de alteración. El influjo de la marihuana en la capacidad de conducción de un vehículo depende directamente de la dosis consumida. Una dosis elevada (3.000 microgramos de THC por kilo de masa corporal) provoca trastornos similares a los observados en una concentración de alcohol en sangre de 0,5 mg/ml, es decir en el límite legal (Ramaekers, 1999) en Estados como Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España<sup>4</sup>, Finlandia, Francia, Grecia, y Holanda. En realidad el peligro está en la mezcla de cantidades importantes de una y otro potenciando el riesgo en la conducción.

Se han descrito ocasionales reacciones anormales en forma de crisis de ansiedad o accesos depresivos de breve duración (Millman y cols, 1997). Están descritas reacciones agudas de angustia que pueden llegar al pánico, delirio tóxico, episodios de manía o estados paranoides agudos (Moreau de Tours, 1845; Mathers y Ghodse, 1991).

La intoxicación cannábica pudiera presentar reacciones adversas como un estado de ansiedad aguda para lo cual se requiere el mantenimiento de dosis no habituales. Se ha escrito y hablado mucho de las “psicosis cannábicas”, episodios confusionales breves, muy infrecuentes y cuya presentación nunca tiene la suficiente entidad que justifique el diagnóstico de psicosis como entidad clínica (Miller, 1995; McGuire, 1995; Thomas, 1992) que no se relacione con adulteraciones (Gold, 1991), con psicopatología preestablecida (Kristensen, 1994), o con las dosis administradas de diferentes sustancias (Ghodse, 1989). Sí hay mayor acuerdo en el influjo del abuso de cannabis como factor premorbido en las recaídas de pacientes esquizofrénicos (Linszen, Dingemans y Lenior, 1994; Martínez, Calcedo y Varo, 1994), por ser factor estresante o por ser causa de abandono del tratamiento específico.

Más investigado y constatado en el uso cotidiano es su efecto sedante, con acción relajante frente a situaciones estresantes y ansiógenas. Esto junto a su efecto desinhibidor son la principal razón de su uso lúdico. Los efectos antidepresivos, frente a la fatiga crónica y como analgésico de amplio espectro hacen que sea una sustancia de interés médico para enfermos con migraña y cancerosos.

---

<sup>4</sup> La tasa de alcohol permitida para profesionales y conductores noveles es de 0,3 mg/ml.

La cuestión es que no se ha determinado la relación causal entre el uso de cannabis y la morbilidad psiquiátrica (Troisi et al, 1998), aunque el consumo de cannabis puede modificar el curso de la enfermedad mental ya establecida (Thomas, 1993) pudiendo ser el desencadenante de determinados síntomas clínicos.

#### **1.4.2. Sobre el aparato respiratorio**

Aunque los productos cannábicos se han fumado durante muchos siglos, son escasos los escritos sobre sus efectos pulmonares. Ya el *Indian Hemp Drugs Commission Report* en 1894 alertó sobre el riesgo de que los fumadores crónicos de marihuana desarrollaran alteraciones pulmonares. El humo transita por las vías aéreas (traquea, nasofaringe, bronquios y alvéolos), pudiendo afectar –como cualquier humo– a sus células y a los macrófagos, células del sistema inmunitario responsables de mecanismos de autolimpieza.

Por la situación de ilegalidad, marihuana y hachís como drogas no reguladas pueden poseer en su contenido no pocos contaminantes, siendo quienes pueden dañar los tejidos pulmonares tras la exposición continuada además de las bronquitis crónicas. Desde hace décadas es conocida la mezcolanza de cannábicos con cocaína, anfetaminas, opiáceos, excrementos animales, henna, diversas arcillas, paja, aceites, miel, ceras, especias,...

La marihuana y el hachís afectan el patrón respiratorio de distintos modos en función de la dosis, la mezcla, preparación y efecto psicológico sobre el consumidor. Un cigarrillo estimula la ventilación pulmonar con aumento de la respuesta al CO<sub>2</sub> como estimulante regulador. La inhalación de pequeñas cantidades ocasiona dilatación bronquial en personas sin trastornos previos, perdurando unos 60 minutos. Este efecto broncodilatador despertó hace muchos siglos sus posibilidades terapéuticas. La broncodilatación es máxima en personas con crisis de broncoconstricción como es el caso de los asmáticos (Benson y Bentley, 1995). La exposición aguda a cannábicos, salvo la broncodilatación, tiene escaso efecto sobre la respiración. Fumadores jóvenes, de 20 a 30 años, que fumaron al menos 4 cigarrillos de marihuana por semana, tenían sus mecanismos de ventilación e intercambio de gases normales según pruebas pulmonares convencionales. Solo si se fumaba todos los días dosis considerables y por la acción de los productos irritantes, podían ocasionar enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC. Sin embargo, no agrava ni prolonga la broncoconstricción en asmáticos, remitiendo el broncoespasmo si previamente se había inducido (Tashikin, 1976).



Diferentes estudios de los años 70 y 80 han confirmado que en quienes fumaban grandes cantidades de hachís (100 gramos o más al mes) varias veces al día durante varios años, podía encontrarse dificultades respiratorias y enfermedades como bronquitis, sinusitis o rinofaringitis, incluso con radiografías de tórax y esputos normales (Tennant, 1971; Tashkin, 1980).

En Jamaica y Puerto Rico, donde el consumo de marihuana es habitual en la población, los índices de bronquitis son elevados. No obstante, como fumar marihuana está asociado a fumar tabaco es difícil la interpretación de los efectos de cada una de las sustancias. Sin olvidar otros muchos elementos etnológicos medioambientales, así como los productos contaminantes mezclados con los cannábicos. Los efectos en ocasiones quedan enmascarados por el efecto irritante del humo (bronquitis, traqueitis, laringitis, tos crónica). Los riesgos respiratorios del cannabis son comparables, por los componentes del humo, con los riesgos por fumar tabaco, salvando las diferencias de dosificación. Además, el carácter ilegal del producto impide que la gente ofrezca voluntariamente información y coopere en estudios experimentales. Otros trabajos centroamericanos, caribeños o europeos no han encontrado diferencias en la prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas entre fumadores y no fumadores de marihuana (Rubin et al., 1975; Adams y Martín, 1997; BMA, 1997).

### **1.4.3. ¿Produce cáncer?**

En 1982, un importante estudio sobre los efectos del cannabis elaborado por un comité de expertos señalaba que el efecto carcinógeno en el sistema respiratorio no había sido aun sistemáticamente explorado. La supuesta carcinogenicidad tendría presumiblemente un largo período de latencia y sería difícil de discriminar de la afectación propia por el tabaco cuyos estudios de carcinogenicidad señalan que han de transcurrir unos 30 años antes de la aparición de síntomas asociables a enfermedades tumorales. En los países occidentales, en EE.UU. y en Europa, lugares donde más hincapié se hace en los riesgos del carcinoma de pulmón, es reducida la población que lleva más de dos décadas de uso crónico de marihuana o de hachís. Fumar cáñamo, hachís, marihuana o productos afines es una vieja costumbre en Asia, el norte de África y Medio Oriente. Cabría esperar una mayor prevalencia de cáncer de pulmón en esas regiones del planeta si se diera una relación causal. Ocurre que no existe registro alguno que apoye esta cuestión (Comité para el Estudio de los efectos del Cannabis sobre la Salud, 1982). Por esto, sin comprobación científica, nos encontramos con meras conjeturas alarmistas desajustadas de la realidad.

Conocido el efecto agudo de la inhalación de cannabis, produciendo una cierta broncodilatación así como la broncoconstricción en la exposición crónica. Hay quienes pretenden buscar en ello un efecto terapéutico en afectaciones respiratorias. Sin embargo, la utilidad terapéutica se halla aun cuestionada pues, si bien ha resultado exitoso en pacientes asmáticos y con broncoespasmo, su consumo mantenido pudiera desarrollar tolerancia y las patologías asociables a la inhalación prolongada como ocurre con cualquier otro humo.

En algunas zonas centroamericana, como México, habría que añadir los daños producidos por el herbicida paraquat, cuya inhalación puede ocasionar daño pulmonar severo. La proporción de cannabis contaminado de este modo llega a alcanzar en EE.UU. el 10% de la cantidad consumida.

#### **1.4.4. Sobre el sistema cardiovascular**

El efecto más claro de la ingesta de  $\Delta^9$  THC o de fumar marihuana o similares es el leve aumento del ritmo cardiaco (Beaconsfield, 1972) no perjudicial para una persona normal. El THC produce vasodilatación con tolerancia rápida y taquicardia refleja. Curiosamente, en la mayoría de los mamíferos se produce un enlentecimiento cardiaco (Kawasaki, 1980).

Los efectos sobre el sistema cardiovascular, como con cualquier sustancia, dependen de la dosis, la vía de administración y la duración del consumo. La presión sanguínea aumenta ligeramente con el consumo ocasional. No hay indicios de que el  $\Delta^9$  THC tenga efectos directos sobre la circulación cerebral. Tampoco se producen cambios electrocardiográficos sustanciales (Johnson, 1971; Hardman et al, 1976), habiéndose observado taquicardias sinusales, si bien a dosis elevadas pueden producir ligera hipotensión ortostática (Benowitz et al, 1979) aunque por poco tiempo, bradicardia, alteración electrocardiográfica inespecífica del segmento ST y onda T y extrasístoles ventriculares. También pudiera ocurrir la vasoconstricción cutánea y sensación de frío en extremidades por efecto reflejo compensador de los cambios hemodinámicos (Cami, 1988).

El consumo moderado continuado no produce alteraciones persistentes de la función cardiovascular y menos aún tras cesar en su uso (Dornbush, 1976). Tras fumar cannabis no hay indicios de efectos deteriorantes para el corazón y para la circulación normales. En un corazón y circulación anómalos pudiera aumentar el riesgo pues, al igual que el tabaco con quien comparte combustión casi siempre, aumenta el trabajo cardiaco por menor oxigenación, y aumento aunque sea lentamente de la

presión sanguínea y el ritmo cardiaco. Fumar cualquier sustancia puede ser perjudicial para pacientes con cardiopatía isquémica pero como el cannabis hace aumentar la frecuencia cardiaca resulta desaconsejable para estas personas.

Son pocos los estudios sobre interacciones con otras drogas cardioactivas, sin embargo es probable la existencia de algunos con ciertos psicotropos e hipertensores que alteran el metabolismo de los neurotransmisores en el sistema nervioso.

#### **1.4.5. Sobre la actividad locomotora**

El cannabis desarrolla catalepsia o potencia la hipoquinesia. Es conocida la capacidad para inducir ataxia, temblor y debilitamiento muscular, pudiendo repercutir en algunas habilidades como es la conducción de vehículos (Hollister, 1986), aunque existen datos contradictorios respecto a las alteraciones en los reflejos tendinosos. Existen discrepancias en diferentes estudios sobre si puede haber alteración en la percepción de las distancias, con aumento del tiempo de reacción.

Algunos estudios en tratamientos de procesos espásticos y de pacientes con esclerosis múltiple, muestran resultados diversos: desde la mejoría subjetiva hasta el empeoramiento en la coordinación, pasando por resultados anecdóticos de casos aislados. En algunos ensayos clínicos controlados y en trabajos de divulgación hubo mejoría objetivable en el equilibrio y en el control postural (Grinspoon y Bakalar, 1993; Ferriman, 1993). La más amplia revisión se recoge en el informe de la Asociación Médica Británica (1997). Actualmente esta en curso en el Reino Unido un amplio estudio con 660 pacientes con esclerosis múltiple, intentando comprobar si es el THC o el cannabinoil el mejor agente terapéutico activo. Un segundo ensayo de GW Pharmaceuticals investiga el efecto del cannabis sobre ciertas dolencias agudas en la acción locomotora. Otros resultados favorables se han hallado en estudios sobre lesiones de la médula espinal (Maurer et al, 1990).

#### **1.4.6. Sobre la conducta alimentaria y acción sobre el aparato digestivo**

El  $\Delta^9$  THC y otros agonistas cannabinoides producen sensación de apetito —orexígeno— y un efecto antiemético que pudiera ayudar en el incremento de ingesta de comida en personas con algún grado de anorexia, de interés en los casos de Sida, de anorexia nerviosa o cáncer terminal ampliamente demostrado desde los trabajos de Hollister (1971) hasta los de Randall (1990). La capacidad de los cannabinoides para inhibir ciertos tipos de vómitos y controlar las nauseas se ha demostrado amplia-

mente, frente a los efectos debilitantes del tratamiento citostático en pacientes oncológicos (Duran y otros, 2001).

En ocasiones se ha señalado la producción de diarrea pero parece ser debido a la contaminación bacteriana por colibacilos o por salmonella. La diarrea inflamatoria o las úlceras gástricas producto de la irregular motilidad gastrointestinal puede ser controlada periféricamente por receptores canabinoides (Izzo et al, 2000).

#### **1.4.7. Sobre la sexualidad**

En situaciones agudas y consumos normalizados aumenta el interés sexual, posiblemente por su acción desinhibidora. Fumadores crónicos con el paso del tiempo tienen una reducción de la libido en personas predispuestas (Hollister, 1976). Pero también se ha observado esto mismo en grupos de fumadores de tabaco, bebedores de alcohol y usuarios de otras sustancias, no existiendo datos suficientes para obtener conclusiones relevantes.

Existen estudios prospectivos realizados en los años 70 que no demostraron efectos significativos sobre los cromosomas (Matsuyama et al, 1973; Evans et al, 1981; Hembree et al, 1976; Dixit et al, 1974), no habiéndose encontrado ninguna evidencia de que la marihuana afecte al sistema reproductivo, ni siquiera en países con niveles altos de consumo (Zimmer et al, 1997). Como producen disminución de la secreción de FSH, LH y prolactina puede tener repercusión en la reproducción. Por otro lado, la inhibición de LH se sabe que contribuye al aumento de ciclos anovulatorios (Hollister, 1986) y la disminución de testosterona y de esperma parece ser que tiene poca trascendencia en el adulto aunque podría tenerla en el varón prepuberal consumidor de cannabis (Hall et al, 1994). No son conocidos estudios epidemiológicos que hayan demostrado que hombres consumidores de marihuana presenten mayores índices de infertilidad que quienes no la consumen.

Aunque no hay ningún estudio sobre la acción afrodisíaca, es consumida con este fin en algunos países orientales, siendo administrada a los recién casados.

#### **1.4.8. Efectos en el embarazo**

Cualquier sustancia puede tener efectos indeseables sobre el desarrollo fetal si se utilizan dosis suficientemente elevadas durante períodos amplios. Los cannabinoides, por su liposolubilidad, atraviesan con facilidad la placenta. Sin embargo la capacidad del cannabis para interferir en el normal desarrollo del feto y el normal curso del em-

barazo parece escasa, no generando complicaciones como así indica un amplio estudio multicéntrico realizado con una cohorte de 7470 mujeres de origen multiétnico (Shiono et al, 1995). Algunos consideran que sus virtudes son superiores al cornezuelo del centeno cuando se trata de acelerar el parto (Font Quer, 1985), si bien no se ha estudiado en profundidad, ya que al estar prohibido su estudio con estas sustancias durante el embarazo, solo se pueden realizar trabajos de investigación retrospectivos, teniendo menor fiabilidad al no poder distinguir entre posibles efectos debidos al cannabis de otros efectos derivados de factores medioambientales o intrínsecos a las mujeres.

Los estudios con recién nacidos y niños no muestran defectos en el desarrollo físico o cognitivo relacionados con la exposición prenatal a la marihuana (Morgan y Zimmer, 1996). Su influjo sobre un posible menor peso fetal en el nacimiento es mucho menor que el observado con el consumo habitual de tabaco (Hall y Solowij, 1998). Un metaanálisis de los estudios publicados sobre el uso de cannabis durante el embarazo (English et al, 1997) no encontró suficiente evidencia del bajo peso en neonatos.

Aunque no es teratógeno ni ocasiona síndrome de abstinencia en el recién nacido y la toxicidad del cannabis durante el embarazo no se ha demostrado, parece prudente reducir o evitar su consumo, al igual que la mayor parte de los fármacos.

#### **1.4.9. Efecto sobre el ojo**

El efecto irritante del humo es algo muy característico por la dilatación de vasos conjuntivales y de la esclerótica, produciendo el enrojecimiento ocular.

Hay cannabinoides que producen reducción de la presión intraocular del 25-30%, de utilidad en el tratamiento del glaucoma (BMA, 1997). Se ha constatado esta propiedad en el THC, el  $\Delta^8$  THC y en el 11-hidroxi-THC, si bien con un importante inconveniente para las personas que lo necesiten en terapia continuada ya que estas sustancias son psicoactivas.

La Academia Americana de Oftalmología (1992) ha planteado la necesidad de ensayos clínicos que aborden en profundidad las vías de administración, la duración del tratamiento, seguridad, otras combinaciones farmacológicas, etc., así como de comparar la eficacia frente a otros productos, antes de indicar con rotundidad la opción de los cannabinoides.

#### 1.4.10. Otros

Existen otros efectos de los THC observados en experimentación animal o en estudios con personas, aunque con poblaciones reducidas: inducción de hipotermia, potenciación de la analgesia, favorece el sueño, acción anticonvulsivante y antiepiléptica, cierto efecto antiinflamatorio, etc. En el sistema inmune suprimen los resultados celulares y humorales *in vivo* e *in vitro*. En el sistema endocrino producen estimulación de la liberación de ACTH y de corticosteroides; como también reduce los niveles plasmáticos de T3 y T4.

Estos efectos y otras muchas vías de investigación en curso no son aún concluyentes en las personas usuarias de cannabis. Hay que desechar temores a la acción farmacológica y al avance científico. Y temer los prejuicios morales y la ignorancia.

### 1.5. TÓPICOS Y REALIDAD NEUROFARMACOLÓGICA

Se ha opinado sobre los riesgos del consumo crónico de marihuana y hachís indicando posibles consecuencias en la alteración de la personalidad, el llamado “síndrome amotivacional”, la escalada hacia otras drogas, etc. Las investigaciones realizadas no han encontrado diferencias significativas en cuanto a efectos indeseables entre consumidores y no consumidores rechazando científicamente los tópicos sobre estas sustancias.

- Toxicidad. Se acepta que el cannabis y derivados presentan baja o escasa toxicidad aguda. Por las vías de uso habitual (pulmonar o oral) es muy improbable que se lleguen a alcanzar niveles plasmáticos suficientes como para originar la muerte en el ser humano, no existiendo un solo caso de consecuencias letales que este suficientemente documentado (Salazar y Rodríguez, 1997). Todos los efectos negativos de su uso crónico (“síndrome amotivacional”, descenso de los niveles de testosterona en varones, daño cerebral, etc.), han aparecido en estudios de toxicidad, realizados en laboratorio, utilizando concentraciones muy elevadas (Swonger y Constantine, 1985) por ejemplo “con cantidades de 30 cigarrillos de marihuana tres veces al día por un período de 6 meses, los resultados indican que causa daño cerebral irreversible; pero las cantidades son tan grandes que puede pensarse que la toxicidad sea muy grande” como comentó en 1985 el Dr. Axelrod, Premio Nobel de Farmacología ante un subcomité del Congreso de EE.UU. para la investigación de la marihuana.

Desde el punto de vista de la toxicidad, y con datos empíricos y científicos, se prefiere el cáñamo frente a cualquier otra droga psicoactiva, sea legal o ilegal.

La marihuana ha sido considerada una droga de abuso, aunque su potencial lesivo es menor que el del alcohol y el tabaco (Grinson y Bakalar, 1989). Un estudio en 61.171 personas mostró que el riesgo de mortalidad asociado al cannabis es menor que el asociado al consumo de tabaco (Sidney et al., 1997). Su baja toxicidad lo hace preferible frente al alcohol (Robbe, 1994) que es más temible, sobre todo en los accidentes de tráfico, particularmente a causa de su efecto desinhibidor. Además es no-calórica mientras que las complicaciones médicas del uso del alcohol se relacionan con ser un alimento inadecuado (edit Nature, 1995).

La intoxicación de una persona sana no implica riesgos y no requiere tratamiento específico. Hoy son escasas las demandas de tratamiento, no hay muertes, ni intervenciones en los servicios de urgencias por consumir marihuana, siendo estos los indicadores habituales para evaluar el riesgo de las drogas. Podríamos deducir que si no hay problemas sanitarios severos derivados del uso de marihuana es porque el grado de afectación es escaso.

Los estudios realizados en Holanda (Dennis, 1990) o en EE.UU. con la correlación negativa entre el uso de marihuana y de alcohol (Zinberg, 1971) confirman la reducción del uso de sustancias más peligrosas, o que en ocasiones la marihuana sustituye esos consumos de drogas como heroína, cocaína o alcohol.

- Síndrome de abstinencia y dependencia física. Tras el uso crónico de cannabis no aparece síndrome de abstinencia ni existe dependencia física (Abood y Martin, 1992). El THC de la marihuana no parece capaz de inducir conductas de autoadministración (Hutcheson et al., 1995) ni fenómenos de recompensa, con incluso cierto efecto aversivo. Respecto a los efectos de la desintoxicación del THC se describen algunos síntomas como intranquilidad, temblores, sudores, ligero trastorno del sueño, reducción del apetito..., que ceden en pocos días (Wiesbeck, 1996) y es por lo que se señala frecuentemente la ausencia de síndrome de abstinencia. En investigación animal se han observado ciertos síntomas asociables a un síndrome de abstinencia suave tras la aguda retirada de marihuana, habiendo recibido altas dosis en períodos prolongados, lo cual no resultaba claro si la investigación se realizaba en población con patrón autorregulado de consumo de marihuana (Gerhard et als, 1996) como era el caso de las personas, con el problema añadido de interferencias por síntomas asociados por el consumo de alcohol y otras drogas. En un amplio estudio (Wies-

beck et al, 1996) manifestó síndrome de abstinencia solo un 4,8% de la muestra, con mayor frecuencia en los consumidores más habituales. En otro estudio norteamericano (Rosenberg y Anthony, 2001) realizado con una población de casi 2000 adultos seguidos durante 15 años, solo el 6,1% desarrollaron algunos síntomas asociables a la dependencia según criterios DSM, la clasificación diagnóstica de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. La amplia mayoría fue considerada consumidora no problemática.

- Enganchan. Las drogas mal llamadas “blandas” no enganchan igual que las “duras”. A estas alturas, si opinamos con cierto rigor científico, es insostenible esta división en duras o blandas según sus efectos y asociando estas categorías a su situación legal. Nos encontraríamos al alcohol como potente droga y altamente nociva.
- La abstinencia de la marihuana es apenas apreciable en una minoría de fumadores crónicos, posiblemente debido a que la semivida de los cannábicos (duración de su permanencia en el organismo) es larga, por ser liposolubles y de lenta eliminación. Las drogas que tienden a producir síndromes de abstinencia más intensos son los que tienen una semivida corta (Camí, 1983). Los estudios que habían sido realizados con poblaciones amplias de consumidores crónicos en los años setenta, no han descrito que exista dependencia física (Rubin et al, 1975; Goggins, 1976; Jones et al, 1976). En otro estudio realizado en Amsterdam, solo una minoría que alcanzaba el 15% refirió tener alguna dificultad para interrumpir el consumo (Cohen y Sas, 1999). El informe del Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos, encargado por la Casa Blanca en 1999, reflejaba que un 9% de quienes consumían cannabis podía ser dependiente, con índice similar al que puede ocasionar la cafeína, lo cual contrastaba con los riesgos de dependencia generados por otras sustancias, legales o no, que ofrecían cifras muy superiores.

El THC, por su naturaleza farmacocinética, no es el mejor de los productos para mostrar una tolerancia y sobre el que desencadenar una abstinencia, lo que ha llevado a negar la existencia de su dependencia (Meana, 2001).

- Escalada. No es el inicio de la escalada hacia otras drogas más potentes. Ni en consumos ocasionales ni en consumos crónicos. Ni sus usuarios tienen más riesgos que otras personas a la hora de consumir otras sustancias (Strang et al, 2000). Es conocido que la iniciación en el consumo de hachís o marihuana es la más precoz. En el País Vasco, el 45% de las iniciaciones en el consumo de cannábicos se



producen antes de los 18 años. Por eso, en ocasiones, al consumo de porros se le atribuye el ser la entrada al consumo de otras drogas, pues su uso suele preceder, que no llevar inevitablemente, al de otras sustancias (Marañón, 2001).

En algunos consumidores de heroína y cocaína, el cannabis puede ser el antecedente, y también es cierto que sólo una reducida minoría de los usuarios de marihuana u otros cannábicos acceden al consumo de drogas más nocivas, aunque no necesariamente se hagan adictos a ellas. Aplicando esta “lógica” encontraríamos que los usuarios de drogas ilegales siempre comenzaron consumiendo tabaco, bebidas alcohólicas y otros productos de uso habitual e institucionalizado. Es el claro ejemplo, desde posiciones muy ideologizadas, de como un argumento teórico repetido hasta la saciedad acaba dándose por verificado aunque no se haya realizado la constatación científica.

Si aceptamos que las adicciones suponen complejos comportamientos y tienen una etiología multifactorial, no es razonable basar la relación lineal causa-efecto en un solo factor, el uso de cannábicos. Numerosos estudios epidemiológicos indican que el consumo de drogas ilegales, como la heroína o la cocaína, tras el consumo de cannábicos se debe principalmente a causas psicosociales y en ambientes desfavorecidos (Zimmer y Morgan, 1997).

Un dato de nuestra realidad es que mientras entre los estudiantes españoles de 14-18 años la prevalencia es del 23,2% para el consumo, ocasional o habitual, de cannabis, en el caso de la heroína se sitúa en menos del 0,3%. Es improbable la existencia de relación de causalidad entre el uso de cannabis y el uso de otras sustancias.

- Psicosis cannabica. No es la causa de “psicosis cannabica”. No existe ninguna evidencia de que produzcan psicosis cannabinoide por dosis elevadas de cannabis (Thornicroft, 1990; Gorriti, 1993) aunque también hay defensores de dicha tesis. Polémica no resuelta pero por el momento dilucidada por la Asociación Psiquiátrica Americana (1994) con la inclusión en su Manual Diagnóstico –DSM IV– tras la introducción de los trastornos por uso de drogas en el epígrafe “Esquizofrenia y otras psicosis” apoyándose en trabajos de los años 70 (Hart, 1976; Kolansky et al, 1972; Talbott et al, 1969). Sí puede el cannabis desenmascarar trastornos psiquiátricos latentes o de base psicótica establecida, lo cual explicaría la relación que algunos autores han vinculado con el consumo (Thomas, 1993) o la necesidad de situaciones de vulnerabilidad (Rodríguez-Martos et al, 1985; Muñoz et al, 1997).

El aumento de liberación dopaminérgica que produce el consumo de cannabis podría justificar la disminución de la eficacia de la medicación neuroléptica en las personas esquizofrénicas que lo consumen. También explicaría la mejoría que produce en los síntomas negativos de la esquizofrenia (Peralta y Cuesta, 1992) o la relevancia clínica y pronóstica en la esquizofrenia (Arias y Sánchez, 2001), habiéndose descrito en un estudio de casos clínicos su utilidad en trastornos bipolares (Grinspoon y Bakalar, 1998). No obstante, se desaconseja el consumo en personas con desórdenes emocionales previos, aunque hay que señalar que dependen de muchas variables: personalidad, ambiente de consumo, expectativas, riqueza de la sustancia, etc.

- Conducta criminógena. No es causa de conductas criminógenas aunque típicamente se afirme lo contrario. Ya en 1894 el Indian Hemp Drug Commission Report señalaba que el consumo de cannabis “no produce prácticamente ningún efecto nocivo... su uso excesivo se limita al propio consumidor y el efecto sobre la sociedad es raras veces apreciable”. Su consumo no induce ni aumenta la agresividad. En realidad en nuestra sociedad occidental el consumo de marihuana se asocia con mayor frecuencia a actividades pasivas de automarginación social. Algunos estudios con adolescentes que tenían conductas agresivas han demostrado una asociación más frecuente con la intoxicación etílica aguda incluso entre consumidores habituales de marihuana. Recientemente desde el Centro Nacional para las Adicciones de la Universidad de Columbia, tras diversos estudios, han confirmado que “la marihuana no influye en la comisión de actos violentos”.
- Síndrome amotivacional. No está probado el “Síndrome amotivacional” a pesar de ser el gran tópico asociado a su consumo prolongado. Este síndrome estaría caracterizado por apatía, infantilismo, pérdida de interés por el estudio y/o el trabajo, relajación del estilo de vida, interacción social disminuida, en suma, pérdida de motivación para las cuestiones cotidianas. Pero esto que ocurre en amplios sectores de nuestra sociedad (“pasar de todo”), sobre todo en ciertos sectores juveniles, también es expresión de depresiones latentes, decaimientos por múltiples factores psicosociales y medioambientales, o incluso por el consumo de dosis excesivas de bebidas alcohólicas. Hasta la fecha no se ha realizado un estudio diseñado correctamente que permita establecer la validez de esta tesis a sus detractores. Los diferentes estudios de campo de cierta amplitud realizados no han demostrado la existencia de este síndrome amotivacional inducido por cannabis (Mathew et al, 1992), confundiendo en ocasiones menores

rendimientos, reducción de habilidades o menor tiempo de trabajo efectivo de algunas poblaciones estudiadas con la pérdida de motivación. Son grandes las dificultades para atribuir únicamente al consumo de cannabis todo un síndrome social que, sin distinción de fronteras o de clase social incumbe a toda la sociedad (Camí, 1981). Iversen (2000), estudiando los patrones de consumo y revisando diversos estudios epidemiológicos entre universitarios estadounidenses y británicos, constató que no había diferencias en las notas de sus estudios, ni en la participación en actividades sociales, deportivas o políticas en el marco de la universidad, fueran consumidores o no de cannabis.

Algunos investigadores han observado ligeras alteraciones de las facultades del aprendizaje por un cierto déficit de atención, aunque contradictoriamente los grandes consumidores eran los menos afectados (Adams y Martin, 1996). Sí se ha observado una reducción de la memoria a corto plazo, sin repercusión en la retención a largo plazo (Schwartz et al., 1989), llegando incluso a comprobar Mathew y colaboradores (1992) que el consumo diario de altas dosis de cannabis durante muchos años no parece inducir a comportamientos de ausencia de motivación.

## 1.6. INTERÉS TERAPÉUTICO

Los usos sanitarios o simplemente terapéuticos de los productos cannábicos son tema de debate en no pocos foros médicos. Desde la oncología, psiquiatría, anestesia o medicina interna.

La Asociación Médica Británica defiende las propiedades terapéuticas y solicita la despenalización del uso del cannabis. La Cámara de Médicos de Berlín entiende que se trata de “uno de los remedios médicos mejor estudiados y carente de potencial adictivo”. Las Asociaciones médicas de California y Arizona y la Asociación Americana de Salud Pública fueron las promotoras de los referendums que desde noviembre de 1996 permiten que en dichos Estados pueda utilizarse cannabis para usos terapéuticos. El Instituto de Investigaciones Epidemiológicas y de Farmacodependencias de Francia señala que “los usuarios de marihuana presentan pocos problemas sociales, laborales, legales o de salud”. La Sociedad Internacional para la Investigación de los Cannabinoides con sede en Escocia, viene ahondando en el interés del uso sanitario y social. También en Italia tras su referendums, en Holanda, Israel, Suiza, Alemania, etc, las investigaciones y opiniones sobre la utilidad de los cannábicos se vienen prodigando.

En congresos o en revistas especializados se exponen muchos estudios y también muchos tópicos sobre el interés terapéutico del cannabis. Jerone Kassirer (1997) en

*New England Journal of Medicine* se mostraba tajante en cuanto a la importancia de prescribir marihuana apoyándose en más de 75 estudios publicados desde 1975 y que hacen referencia a los beneficios de estas sustancias. Incluso el descubrimiento de un receptor cannábico periférico (Munro et al., 1993) ofrece nuevas y buenas perspectivas del uso de cannábicos en medicina en un futuro no lejano (Nutt, 1996).

En distintas épocas el cannabis ha sido recomendado como estimulante del apetito, relajante muscular, antiemético, analgésico, hipnótico, anticonvulsionante, antimigrañoso, etc. (Salazar, 1997). El problema es que toda la amplia experiencia del uso con fines terapéuticos se ha intentado ocultar ante la aparición de otras alternativas farmacéuticas o la variabilidad de las preparaciones.

Demostrada la menor adictividad y menor problemática de abuso que muchos de los fármacos que se utilizan habitualmente como analgésicos, relajantes musculares o hipnóticos, está siendo reivindicado por pacientes y consumidores para su uso médico (Tonks, 1994; Zinn, 1994). Cáncer, glaucoma, SIDA, artritis ó esclerosis múltiple son las patologías más frecuentes de quienes utilizan derivados cannábicos por prescripción médica. Seguro que no es casual que el 44% de los oncólogos de USA reconociesen haber indicado, a pesar de la prohibición, a algunos pacientes fumar marihuana para combatir las náuseas inducidas por la quimioterapia y mejorar el peso y el apetito en pacientes terminales (Doblin y Kleiman, 1991). Es frecuente comprobar que los moralismos y creencias que a veces se aducen para justificar el rechazo están alejados y por encima de la utilidad terapéutica de la sustancia (Abrahamov et al., 1995; Schwartz y Beveridge, 1994).

La cuestión es que si hasta la prohibición de la marihuana, los productos cannábicos han sido aplicados como alimento, fibra y medicamentos, en el presente y en el futuro inmediato es posible retomar los usos positivos de estas plantas. Con el prohibicionismo el usuario, no sólo la sustancia, es considerado ilegal, marginal, sospechoso y por tanto perseguible o vigilable. Ya va siendo necesario experimentar y demostrar que el uso normalizado no ha de representar problema social o individual alguno. Recordemos que hoy los fumadores de marihuana y hachís conforman una importante minoría que se acerca al punto crítico a partir del que ya no podrá negárseles existencia social.

### **1.6.1. Criterios sobre el uso terapéutico**

El debate científico acerca del uso de la marihuana, o de los cannabicos por extensión, como medicina se halla en torno a tres criterios tal y como señala Ortiz Lobo (1998):

a) *Mantener la prohibición de marihuana como sustancia terapéutica*

Esta cuestión se basa en argumentos históricos, antropológicos, culturales y médicos. La marihuana, conocida y usada desde hace 5000 años no fue considerada como medicina según los criterios de la medicina científica actual. En un contexto sanitario contra el consumo de alcohol y tabaco sería un contrasentido plantear el consumo de marihuana, aunque fuera con pretendidos fines terapéuticos (Bennetts, 1995).

La investigación farmacológica se debe orientar a conseguir compuestos químicos con efectos específicos en situaciones patológicas específicas, con posología controlada y estable, como ocurre con la farmacopea industrial, condiciones que no se dan con la inhalación de marihuana.

La imagen de fumar marihuana, aunque de fines medicinales se trate, en nuestra cultura está asociada a la imagen de uso de drogas ilícitas, pudiendo interpretarse que su consumo es bueno, con el peligro de que sea una puerta de entrada a formas más serias de adicción (Kanof, 1997).

Sería incorrecto permitir que los médicos pudieran prescribir marihuana, por la presión a la que pudieran verse sometidos desde ambientes relacionados con el tráfico ilegal de drogas y por el riesgo de que el propio médico se viera inmerso en situaciones incompatibles con la ética médica (Tabú, 1997).

Desde el punto de vista de los efectos adversos, la marihuana tiene compuestos cancerígenos, al igual que el tabaco y otros muchos humos inhalados. Su consumo puede deprimir el sistema inmunitario, no siendo aconsejable en personas inmunodeprimidas o portadoras de otras enfermedades (Tashkin et al., 1997).

b) *Permitir el uso como sustancia terapéutica sólo en cuidados paliativos*

Una parte importante de la praxis médica es de tipo paliativo en situaciones irreversibles para el paciente, y la administración de marihuana en esos casos puede actuar como sedante benigno y seguro, atenuando el sufrimiento, cuando no hay esperanza de cura. Si además produce cierta euforia y favorecemos la compasión por el sufrimiento ha de resultar legítima esta conducta médica (Kassirer, 1997). Hoy muchos oncólogos sugieren a sus pacientes fumar marihuana para aliviar las náuseas inducidas por la quimioterapia y contribuir indirectamente a mejorar su estado emocional y paliar el sufrimiento por su enfermedad terminal, pero sin un marco legal. Los sistemas jurídicos debieran actuar con compasión, simpatía y comprensión máxime si se trata de miles de personas que acceden al cannabis como recurso para aliviar sus síntomas (Morris, 1997).

c) *Permitir su uso médico en todas las enfermedades que respondan a sus efectos terapéuticos*

La marihuana puede considerarse una medicina segura, porque produce pocos efectos adversos sobre las funciones fisiológicas y no se han registrado casos de muerte por sobredosis. Es menos adictiva que muchos medicamentos de uso médico y prescripción legal y cotidiana como ocurre con los hipnóticos, analgésicos, mio-relajantes, etc. Aunque fumar cannabis pueda ocasionar efectos nocivos en el aparato respiratorio, como ocurre con el tabaco, la cantidad que se necesita fumar con fines medicinales es mucho menor, estando prácticamente exenta de peligrosidad.

La evidencia científica de los efectos terapéuticos del cannabis expresada a través de los resultados de numerosas investigaciones, han sido ocultados por legislaciones y también por problemas burocráticos y financieros, restringiendo el uso de los cannabinoides a la exclusiva indicación como antieméticos en la quimioterapia anticancerosa (Warden, 1998).

Son escasos los estudios clínicos controlados con marihuana según los estándares de la FDA, aunque sí existen muchos datos sobre sus efectos, dada la exhaustiva investigación llevada a cabo tratando de demostrar los efectos nocivos. Esos datos aportan conocimientos sobre la marihuana mayores que los obtenidos en los ensayos clínicos para fármacos de prescripción.

En cuanto a los efectos secundarios, valorando el riesgo/ beneficio, si se compara con otros fármacos, el beneficio de la marihuana es mayor que el de otros muchos productos farmacéuticos que poseen un margen terapéutico muy estrecho con graves riesgos de sobredosificación (Grinspoon y Bakalar, 1995).

La prescripción médica controlada de la marihuana no tiene por qué caer en el abuso, aunque éste depende de su disponibilidad incontrolada en la calle, y no cuando se utiliza por indicación médica.

El debate sobre la prohibición o la legalización del cannabis se ha llegado a simplificar en exceso, polarizando la opinión entre quienes consideran que se trata de una sustancia segura, hasta los que creen que es una droga peligrosa, negando su poder medicinal e impidiendo las investigaciones para demostrarlo (Hall, 1997). Por otro lado, resulta difícil acumular mayor evidencia científica de sus propiedades terapéuticas ya que la legislación actual pone muchos obstáculos a la investigación. Como consecuencia resulta prácticamente imposible un planteamiento racional del uso médico del cannabis, pues el debate se deriva con frecuencia hacia el consumo recreativo como droga de abuso, impidiendo una adecuada educación sanitaria.

No se puede decir que el cannabis sea una medicina o una droga de abuso. Puede ser las dos cosas, siendo importante diferenciar el debate de la prescripción médica del debate del uso recreativo. Si esto se logra, el cannabis podrá ocupar un lugar en la farmacopea actual como lo ocupan la codeína, las benzodiacepinas o los nuevos antidepresivos (Ortiz Lobo, 1998).

La posible utilidad terapéutica es, sin duda, el nudo gordiano de la polémica. Como señala Barturen (1998), la controversia del papel del cannabis en terapéutica tiene su origen en dos puntos:

- a) La información sobre la peligrosidad para la salud está sesgada por la posible peligrosidad social de la liberación de su uso y por la consideración en la mayoría de las legislaciones como droga de abuso.
- b) El hecho de que el posible papel de los derivados del cannabis tenga que ver con patologías o síntomas para los que ya existe un importante arsenal terapéutico, en ocasiones de elevada eficacia.

Pudiera parecer que, por disponer de fármacos eficaces en el tratamiento de las náuseas, vómitos, presión intraocular, ó dolor crónico, la introducción de nuevos fármacos exigiría demostrar la superior eficacia frente a los primeros. Exigencia no impuesta para la inmensa mayoría de los productos farmacéuticos. Además, disponer de productos alternativos, con diferentes mecanismos de acción y distinta relación de costes siempre puede ser de interés frente al fracaso terapéutico o como simple consideración médica más beneficiosa.

Algunos de los usos terapéuticos o potenciales de los derivados cannábicos ya fueron contrastados en el siglo XIX, incluso aparecen referidos hace milenios, pero fueron abandonados como medicamentos en la segunda mitad del recién finalizado siglo XX producto de la prohibición.

A pesar de la limitada investigación animal, las referencias históricas o de las vivencias de los consumidores afectados por ciertas dolencias, los resultados provenientes de los ensayos clínicos con THC, y las referencias aisladas de algunos casos clínicos, hoy puede afirmarse que existe un bagaje de información suficiente para orientar ciertas posibilidades de utilidad terapéutica como antiemético, frente al glaucoma, etc.

### **1.6.2. Cannabis como fármaco antiemético**

Las náuseas y los vómitos son los efectos secundarios más frecuentes del tratamiento citotóxico, alcanzando al 80% de los casos. Hasta ahora el tratamiento más

eficaz para controlar los vómitos postquimioterapia es la asociación de antagonistas serotoninérgicos con dexametasona. Pero este tratamiento tiene efectos secundarios en un tercio de los casos (estreñimiento y cefalea), no controlando los vómitos anticipatorios ni los diferidos. Y además es caro, mucho más costoso que si se consumiera marihuana o derivados cannabicos.

En Oncología, el cannabis podría ser de gran utilidad por su efecto antiemético para paliar las reacciones adversas (nauseas, vómitos) de la terapia antitumoral (Doblin y Kleiman, 1991) con antineoplásicos. Aunque esté comercializado en EE.UU. el dronabinol, muchos autores señalan la importante diferencia de acción terapéutica, y no es casual que en una encuesta realizada en 1994 por la Asociación Americana de Oncología, el 44% de los oncólogos admitieron haber sugerido a algunos pacientes el consumo de cannabis para evitar los vómitos postquimioterapia ya que entendían que era más eficaz que el dronabinol (Doblin y Kleiman 1995).

El interés del cannabis como antiemético está ya demostrado. Queda pendiente demostrarlo en casos de fracaso terapéutico con otros tratamientos habituales, lo cual requiere estudios sobre el control de los vómitos anticipatorios o diferidos. Tampoco existen estudios amplios sobre los vómitos en pacientes con SIDA sino solo referencias y testimonios aislados (Barturen, 1998).

### **1.6.3. Cannabis como fármaco antiglaucoma**

El cannabis reduce la presión intraocular en un 25-45% a los 30 minutos de ser fumado y con efecto prolongado durante 4-6 horas con independencia de la dosis. La experimentación administrando por vía endovenosa el THC, ha confirmado la eficacia del cannabis y derivados que, con dosis bajas, son escasos efectos en la esfera psicológica y buenos reductores de la presión intraocular. En presentación tópica (colirio) ofrecen interesantes resultados ya que actúan exclusivamente sobre los receptores específicos CB1 en la cámara anterior del globo ocular, evitando efectos psicoactivos indeseables.

Aun se requiere de estudios que evalúen la persistencia del efecto hipotensor y la tolerancia a largo plazo en estos tratamientos del glaucoma.

### **1.6.4. Cannabis como estimulante del apetito**

Se acepta que hasta un 30% de los pacientes con Sida presentan el "Síndrome de consunción" caracterizado por adelgazamiento progresivo llegando a estados de ca-



quejía asociado a estados de anorexia con aumentos del catabolismo aun no bien establecidos. En estos pacientes con caquexia en casos de Sida se están utilizando los cannabícos (Abrams y cols, 2000) con buena tolerancia.

La capacidad del cannabis para estimular el apetito, o cuando menos a aumentar la sensación de apetito, es algo ampliamente conocido desde la lejana medicina tradicional hindú. El consumo de marihuana es una frecuente referencia por su efecto beneficioso en la ingesta de alimentos. Pero 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).

### **1.6.5. Cannabis como antiespástico**

Hasta el presente no se conoce tratamiento curativo de la esclerosis múltiple, orientándose el enfoque terapéutico hacia los aspectos sintomáticos.

Son muchas las referencias de pacientes que aseguran la mejoría de sus dolores por espasticidad tras la inhalación de cannabis consumido como automedicación para control de los espasmos. El laboratorio farmacéutico Glaxo Wellcome está enfocando la investigación hacia el uso de cannabis en el dolor provocado por espasticidad neurológica.

Los pocos estudios controlados confirman el carácter antiespasmódico del cannabis. Y el estudio de este efecto antiespástico sería de interés en otras enfermedades: lesiones espinales, ciertos accidentes cerebrovasculares,... que cursan con alteración de la vía piramidal y espasmos secundarios. O los recientes estudios en personas con enfermedad de Parkinson (Lastres-Becker y otros, 2001) mediante la actuación sobre los receptores cerebrales CBI.

### **1.6.6. Cannabis como analgésico**

Analgésico (migraña, espasmos musculares, dolor neuropático) interaccionando con el sistema opioide endógeno con mejoría sintomática en cifras superiores al 80% con el uso de cannabícos (Russo, 1998; Russo, 2001). Desde hace varias décadas los estudios con personas han sido contradictorios. Milstein y cols (1975) observaron el aumento en la tolerancia al dolor inducido experimentalmente: Noyes y cols (1976) hallaron cambios significativos en el dolor de pacientes cancerosos tras administrar delta-9-THC comparado con placebo. Los cannabinoides endógenos producen analgesia mediante la modulación de la actividad de la médula ventromedial (Meng et al,

1998). El dolor agudo puede ser abordado con opiáceos pero las dolencias crónicas pueden ser tratadas con cannabinoides, existiendo un importante espacio de intervención terapéutica. Recientemente se han efectuado ensayos clínicos preliminares mediante spray que libera el principio activo bajo la lengua aliviando las dolencias de la mayoría de los 23 pacientes (Klerreich, 2001) que padecían esclerosis múltiple, dolor crónico por lesiones severas y daños en la médula espinal.

Investigaciones en curso en el Imperial College of London por el equipo de Andrew Rice refieren a los cannabinoides como idóneos para tratar dolores causados por lesiones medulares. Con la lesión se pierden los receptores opiáceos pero se mantienen los receptores cannabinoides con lo cual podrían obtenerse posibles fármacos que actúen sobre la médula espinal sin afectar al cerebro por carecer de psicoactividad.

### **1.6.7. Otras utilidades**

Antidepresivo, antihipertensivo, anticonvulsionante, son otros posibles efectos beneficiosos ya conocidos. La no existencia de estudios controlados y la presencia de un número importante de fármacos eficaces, poco tóxicos y baratos con esos efectos, promocionados por la industria farmacéutica, limitan aun más la investigación con cannabis y derivados. Máxime cuando se tiende a centrar los resultados en base a quienes fuman marihuana, con opiniones subjetivas junto a la señalada carencia de estudios controlados.

## **1.7. INVESTIGACIÓN Y PRODUCTOS FARMACÉUTICOS COMERCIALIZADOS**

Ya se ha señalado anteriormente el uso de derivados del cannabis para tratar diferentes enfermedades. También en el recién pasado siglo han podido conocerse algunos derivados sintéticos.

En la década de los años 40 se utilizó *SINTEXIL*, un tetrahidrocannabinol sintético para el tratamiento de psicosis depresivas. Solo fue realizado un estudio controlado del producto siendo uno de sus resultados que esta sustancia no era más efectiva que un placebo. También Thompson y Proctor (1953) consiguieron apartar gradualmente a pacientes adictos a narcóticos, barbitúricos y alcohol sin síntomas de supresión y lo lograron mediante *PYRAHEXIL*, otro tetrahidrocannabinol (Grinspoon, 1969).

En la década de los años 70 se renovó el estudio de la historia medicinal del cannabis por equipos de prestigio internacional. Mikuriya (1973) recopiló las principales

obras médicas sobre el cáñamo en *Marihuana: Medical Papers, 1839-1972*; En 1965, Mechoulam aisló el THC identificándolo como el principal ingrediente psicoactivo con eficacia terapéutica demostrable. En 1971, el propio Departamento de Salud y Bienestar Social de EE.UU. reconocía que “es posible que, en el futuro el cannabis o sus análogos sintéticos demuestren que son valiosos agentes terapéuticos”; Desde los laboratorios farmacéuticos Pfizer estudiaron los análogos del THC obteniendo analgésicos sintéticos muy potentes pero con efecto adverso importante en su psicoactividad. En 1975, el National Institute of Drug Abuse (NIDA) apuntaba que probablemente, en el plazo de una década, el cannabis, sus extractos y análogos retornarían convertidos en una de las más importantes medicinas a escala mundial (Conrad, 1998); Cohen publicó un año más tarde una revisión de los protocolos y terapias que incluían el cannabis en numerosas aplicaciones terapéuticas. Pero a finales de la década de los años 70, con maniobras políticas, de nuevo la propaganda sustituyó a la ciencia, los permisos y concesiones de investigaciones relacionadas con la marihuana sistemáticamente desvirtuadas o rechazadas, con riesgo para los médicos que recetaran marihuana de terminar en los tribunales de justicia.

A pesar de prohibiciones y dificultades administrativas, así como que los costes de los estudios suelen correr, en gran medida, a cargo de las empresas farmacéuticas, se han ido realizando investigaciones sobre los posibles efectos terapéuticos tal y como se ha señalado anteriormente. Otras grandes firmas farmacéuticas como Merk, Organon, Glaxo Wellcome, Rhône-Poulenc, Lilly, Sanofi, Japan Tobacco Inc., Pate y otras menores como Cambridge Laboratoire, Yissum, Pharmos Corp., etc., han investigado e investigan sobre los principios activos del cáñamo y derivados sintéticos y semisintéticos.

La industria farmacéutica ha continuado activa, a pesar de importantes reticencias puesto que trabajan con una planta, que no se puede patentar, y para los estudios se requieren elevadas inversiones, superiores a 200 millones de dólares, cantidades necesarias para estudios que alcancen la aprobación oficial de un fármaco (Grinspoon, 2000). De ahí que las opiniones y muchos trabajos de investigación estén apoyadas en los testimonios de pacientes y usuarios. El laboratorio Ely Lilly ha producido un THC sintético comercializado con el nombre genérico de Dronabinol y posteriormente como “Marinol”. La potente G W Pharmaceuticals (actualmente Glaxo Smith Kline) ha anunciado los resultados preliminares de un estudio experimental con cannabis administrado en forma de spray sublingual, donde los pacientes con esclerosis múltiple han mejorado en el 77% de los casos (Reuters, 10-9-01). Dicha presentación evitaría los problemas y riesgos del fumar la planta y las dificultades de control de dosis.

Esta empresa ha anunciado que el spray estará disponible en el mercado a principios del año 2004. GW también mantiene un concierto con la compañía holandesa Hor-tapharm a quien ha comprado patentes y licencias de diversas variedades medicina-les de cannabis.

La investigación tras continuar con los efectos neurológicos de la resina cannabi-ca (Mechoulam et al, 1987) y ya más recientemente con la identificación de recepto-res cerebrales específicos de los cannabinoides y la identificación de la anandamida, un cannabinoide producido por nuestro propio organismo que fija el compuesto al te-ji-do cerebral superficial (Devane y cols, 1992). Se ha producido toda una revolución en los conocimientos sobre los efectos fisiológicos del cannabis al constatar que en el propio organismo existe una sustancia con efectos cannabinoides, específica y que ac-túa sobre receptores específicos.

Hoy conocemos que diversas sustancias derivadas de los opiáceos (morfina, me-tadona, heroína,...) o de los cannábicos (hachís, marihuana,...) actúan a nivel cerebral mediante la estimulación de receptores específicos e intervienen en los mecanismos generadores de las adicciones.

Los principios activos del cannabis –los *cannabinoides*– actúan sobre el sistema nervioso central a través de los receptores cerebrales, actualmente descritos dos subtipos (*CB1* y *CB2*) que curiosamente tienen una estructura molecular muy pare-cida a los receptores de los opiáceos e igualmente producen efectos neurobiológi-cos sobre las neuronas dopaminérgicas: efectos sobre la psicomotricidad, sobre la memoria, sobre los fenómenos cognitivos en general, efectos sobre las emociones, sobre la percepción del dolor y efectos neuroendocrinos. Así como el consumo cró-nico de heroína lleva a la dependencia cuya manifestación más clara es el síndrome de abstinencia cuando la persona no recibe la dosis necesaria, en el caso de suprimir el uso crónico de hachís no se produce ese síndrome debido a que los cannabinoi-des poseen una larga vida media en el organismo, recurriendo a las “reservas” exis-tentes.

Hay quienes plantean el interés de abordar nuevas estrategias frente a las adic-ciones, alejándose de aquellas inoperantes divisiones de drogas duras y blandas, lega-les o no, cuando no aceptables socialmente como el café, tabaco y alcohol o perse-guibles como es el caso de la heroína. Fármacos que actúan sobre los sistemas de neurotransmisión, que utilizan glutamatos, óxido nítrico y cannabinoides, habiéndo-se comprobado que son eficaces en animales. Se ha constatado que hay fármacos que siendo válidos para el tratamiento frente a la adicción a una droga, también lo son

frente a otra con la cual aparentemente nada tiene que ver. Por ejemplo, la *naltrexona* es un antagonista de la heroína que se está utilizando, con buenos resultados, para reducir o suprimir la apetencia por las bebidas alcohólicas en consumidores excesivos y crónicos. O el poco conocido antagonista del cannabis llamado *SR 141716A* que es capaz de bloquear la ingesta de alcohol y de heroína al actuar el antagonista del receptor CB1 (Navarro et al, 1997) tal como lo han demostrado recientes experiencias en estos últimos años (Hollister, 2000; Labigalini et al, 1999). Es posible modular el sistema endocannabinoide también mediante agonistas de los CB2, como el *JWH133*, sintético que algunos investigadores prefieren utilizar en vez de agonistas de los CB1 debido a su mayor eficacia. Los agonistas de los receptores periféricos CB2 producen analgesia frente a estímulos térmicos y pueden ser un buen tratamiento frente al dolor sin temer efectos mediados por los receptores centrales CB1. El cannabis funciona como un agonista serotoninérgico, logrando reducir la impulsividad, los síntomas de abstinencia y los mecanismos de hambre hace disminuir los daños y riesgos asociados a la droga de adicción (alcohol, cocaína, crack, heroína) favoreciendo el abandono de su uso en numerosos casos.

Claro que los agonistas de los CB tienen algunos inconvenientes: liposolubilidad, dependencia,...No obstante, los avances producidos en la investigación en las dos últimas décadas en el sistema cannábico encefálico han sido de gran importancia y en constante progresión (Tabla 4).

**Tabla 4. Principales avances en investigación relacionada con el sistema cannábico encefálico**

EVENTO	FECHA
Uso medico del cannabis	3000 años a. C.(medicina tradicional asiática)
AislamientoPrincipios Psicoactivos	1964
Cannabinoides Sintéticos	1980-1988
Identificación del Receptor CB <sub>1</sub>	1988
Cartografía Cerebral CB <sub>1</sub>	1990
Clonaje de Receptor CB <sub>1</sub>	1990
Neurofarmacología del CB <sub>1</sub>	1988-1995
Aislamiento y Bioquímica de la Anandamida	1992-1995
Neurofarmacología de la Anandamida	1993-1997
Síntesis Antagonista SR-141716 <sup>a</sup>	1994
Aislamiento y Función del 2-Ara-G	1995-1997
Neuroanatomía Funcional del CB <sub>1</sub>	1996-1997
Sistema de Recaptación de la Anandamida	1997

Fuente: Neurobiology of Disease Experimental Neurology, 5 (6) December 1998

Los receptores CB, los agonistas endógenos y la síntesis de antagonistas han sacudido a la comunidad científica que manifiesta su interés sobre nuevos compuestos para el uso terapéutico y racional, no poseyendo los inconvenientes del  $\Delta^9$ -THC (Izzo et al, 2000).

Las líneas de investigación para la mejora del conocimiento de los mecanismos de acción y los efectos de estas sustancias siguen diversificándose. Estudios de otros cannabinoides distintos al THC, sus efectos e interacciones; estudios con cannabinoides sintéticos, con mecanismos de acción modificables en función de su uso en diversas patologías (Núñez Domínguez, 2001); usos combinados con otras sustancias a fin de incrementar los efectos perseguidos o reducir los efectos indeseables; estudios de sustancias que actúen en los procesos del sistema cannabinoideo (agonistas y/ o antagonistas, bloqueantes de algunos mecanismos) con reducción de efectos secundarios; estudios de nuevas vías de administración diferentes a la vía pulmonar; estudios clínicos en función del estado inmune, el estado psicológico, enfermedades intercurrentes, etc, en trastornos concretos; estudios comparativos con terapéuticas ya existentes para valorar la idoneidad de unos y otros; y, sin duda, otros muchos aspectos hasta el presente débilmente estudiados.

---

Ya en la década de los años 90, resulta incuestionable la eficacia médica del THC a nivel internacional, como también lo es la mayor eficacia de la planta natural frente a los productos ya comercializados. Actualmente son escasos los cannabinoides que pueden prescribirse: el THC (dronabinol) que se halla comercializado con el nombre “Marinol” y otro análogo sintético del THC, el “Nabilone” son los más conocidos.

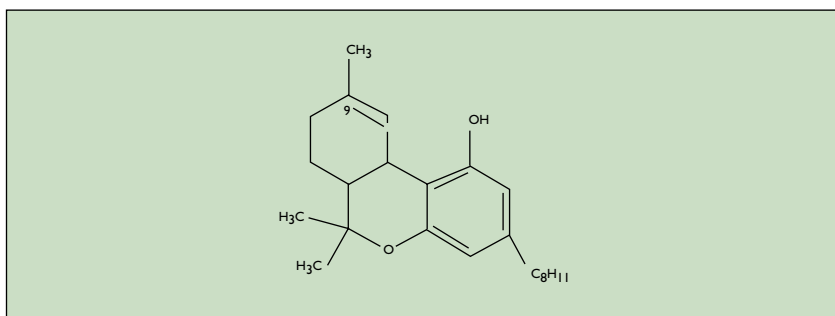
### **“MARINOL”**

Aprobado en 1985 en EE.UU. como tratamiento para las náuseas y en 1992 como estimulante del apetito y antiemético pacientes con cáncer o sida, si bien los médicos también lo prescriben para otras indicaciones tales como la depresión o la espasticidad muscular. Fabricado por Roxane Laboratories y por la Unimed Pharmaceuticals Inc., integrada en la multinacional Solvay. Actualmente es accesible en EE.UU, Inglaterra y Andorra con receta médica, no recomendándose su uso infantil por los escasos estudios desarrollados.

El dronabinol,  $\Delta^9$  THC (Ver Figura 2), extraído de la planta de cannabis sativa, la marihuana, fue reclasificado en las listas de estupefacientes de la ONU pasando de la Lista I a la II al considerar previamente la FDA que esta sustancia no es peligrosa y no

tiene potencial de abuso. Por lo cual es posible su uso por los enfermos, eliminándose las dificultades burocráticas que tenían los médicos para su prescripción. Actualmente, se conocen más de 300 estudios relevantes, excluidos editoriales, artículos de opinión, extractos o artículos realizados con animales. Son artículos sobre abordan , sobre todo, tratamientos del glaucoma, efectos de la quimioterapia en el cáncer, estímulo del apetito o espasticidad de médula espinal.

**Figura 2. Estructura química del Dronabinol**



Actualmente se conocen más de 300 estudios relevantes, excluidos editoriales, artículos de opinión o artículos sobre investigación animal. Son artículos sobre tratamientos del glaucoma, efectos de la quimioterapia en el cáncer, estímulo del apetito o la espasticidad por problemas en médula espinal.

Se sintetiza químicamente como una resina que se solidifica con la refrigeración, presentándose en aceite de sésamo ya que no es hidrosoluble. Se expende en cápsulas gelatinosas de 2,5 mgr., 5 mgr y 10 mgr.

Es difícil de dosificar ya que se absorbe muy lentamente y los niveles séricos van incrementando lentamente con el consiguiente retraso en el inicio de los efectos. Se eliminan por las heces y orina los productos biotransformados. Está contraindicado en personas con hipersensibilidad a los cannabinoides o el aceite de sésamo, debiendo utilizarse con precaución en personas con trastornos cardiacos o con trastornos psiquiátricos como la manía, depresión o esquizofrenia porque puede exacerbar estas enfermedades. En experimentación clínica ha habido incidencias adversas como taquicardia, ligera confusión, despersonalización, reacciones paranoicas, somnolencia, conjuntivitis, hipotensión, si bien estos efectos adversos no alcanzan al 3% de las personas estudiadas.

En personas sanas no se encontró síntomas de dependencia, física o psíquica.

En intoxicaciones por sobredosis puede aparecer euforia, alteración de la percepción del tiempo, sequedad bucal, taquicardia, alteración del humor, despersonalización, letargia, disminución de la coordinación matriz y problemas de memoria. La dosis letal intravenosa se estima en 30 mg/Kg de peso ([www.noml.org/medical/marinol.html](http://www.noml.org/medical/marinol.html)).

Si analizamos comparativamente el coste entre “Marinol” y la planta observamos que una cápsula de “Marinol” de 2,5 mgr. tiene un precio aproximado de 500 pts., lo cual significa un gasto de 1000 a 3000 pts. diarias, lo que representaría un coste notorio en el sistema público de salud. Un gramo de marihuana en un mercado normalizado tendría un precio de 500 a 800 ptas, de lo cual el 60% serían impuestos especiales para el estado.

### **“NABILONE”/ “CESAMET”**

El gobierno británico ha autorizado la instalación de una fábrica de marihuana, la realización de pruebas de laboratorio así como el cultivo de cannabis para la investigación médica a través de Glaxo Wellcome Pharmaceuticals (hoy GSK). El “Nabilone” es un análogo sintético del THC, producido por el laboratorio inglés Celltech Pharma, comercializado en el Reino Unido, Francia, Canadá y Suiza para tratamiento antiemético en la quimioterapia frente al cáncer, utilizándose también para mejorar el apetito y estando en estudio su uso en el tratamiento del glaucoma, esclerosis múltiple, lesiones de la médula espinal, dolor y algunos síntomas del sida, investigando su eficacia y buscando las preparaciones médicas convenientes. Mientras tanto, muchos médicos españoles aun siguen a la espera de su aceptación en el registro farmacéutico español.

Se expende en cápsulas con posología, indicaciones y contraindicaciones similares al “Marinol”. Para su almacenamiento ha de evitarse el calor y la humedad pues la medicación perdería su potencia.

Como efectos secundarios indeseables puede ocasionar mareos, somnolencia, confusión o sequedad bucal. Potencia los efectos del alcohol y otros depresores del sistema nervioso central como los tranquilizantes, relajantes musculares y antihistamínicos por lo cual se debe evitar la toma conjunta.

No debe ser tomado caso de alergia a la marihuana o al “Nabilone”. Tampoco si hay clínica o diagnósticos de esquizofrenia, estados maníacos o depresivos. En el embarazo de deberá consultar y decidir si las ventajas justifican el riesgo fetal aunque esta sea remoto.



## **“CANNADOR”**

Producido por el laboratorio holandés Weleda que debe importar la materia prima de Estados Unidos bajo estricto control aduanero. Pastillas de extracto de cannabis para prescripción a personas con cáncer, sida o esclerosis múltiple y evitar algunos efectos secundarios a la toma de medicación específica para su enfermedad.

Las cápsulas de “Cannador” contienen los dos cannabinoides más abundantes: el delta-9-THC y el cannabidiol (CBD). Estas aceitosas cápsulas contienen un 70% de THC y un 30% de CBD.

## **“CANNASOL”**

West y Lockart lo han comercializado en Jamaica y distribuida en diversos países, y es una preparación tópica de cannabis sativa, en forma de colirio, capaz de controlar el glaucoma con similar eficacia a los betabloqueantes (Gutierrez y Gutierrez, 1995).



# Capítulo 2

## Capítulo 2

### Capítulo 2

Actualidad internacional de  
los usos médicos y de la  
política criminal en materia  
de drogas

**“Es absolutamente imposible  
encarar problema humano alguno  
con una mente llena de prejuicios”**

Simone de Beauvoir (1908-1986)

## 2.1. INTRODUCCIÓN: PANORAMA INTERNACIONAL

En las últimas décadas la polémica respecto al cannabis y otras sustancias ha estado más volcada en la retórica e intereses no publicitados de carácter político o económico, que en los datos basados en la investigación científica.

No obstante, 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<sup>1</sup>. 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.

A modo de ejemplo, el Consejo de Europa en su reunión de Madrid de 15 y 16 de diciembre de 1995, enfatizó la necesidad de combatir y dismantelar los cultivos

---

<sup>1</sup> Así, la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (RCL 1981\2643) firmada en Nueva York, que opera en la legislación española al amparo del artículo 96 de la Constitución, establece que toda planta del género cannabis esta sujeta al Régimen de Fiscalización y le es de aplicación los siguientes artículos:

- Art. 1.c) “Por planta de cannabis se entiende toda planta del género cannabis”.
- Art. 1.b) “Por cannabis se entiende sumidades, floridas o con fruto, de la planta de la 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 el que se las designe”.
- Art. 1.d) “Por resina de cannabis se entiende la resina separada, en bruto o purificada, obtenida de la planta de la cannabis”.
- Lista I “Cannabis y su resina y los extractos y tinturas de la cannabis”.
- Lista IV “Cannabis y su resina”.
- Art. 28.2 “fiscalización de la cannabis: la presente convección no se aplicará al cultivo de la planta de la cannabis destinado exclusivamente a fines industriales (fibra y semillas) u hortícolas”.

Otros convenios vinculantes son el Convenio sobres Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de Viena de 1988.

ilícitos de drogas dentro de la Unión Europea. Solicitó la cooperación y el intercambio de expertos entre los Estados miembros en aras de prevenir el uso de semillas de cannabis para cultivos ilegales, ya que hasta el momento ninguno de los Estados había desarrollado medidas para combatir este hecho. Así, en su artículo segundo recomienda a los Estados considerar delito la venta de semillas de cannabis cuando exista la intención de desarrollar cultivos ilegales<sup>2</sup>.

Por otro lado, es significativo que la mayoría de las detenciones por delitos contra las leyes sobre drogas en la Unión Europea se refieren a asuntos que tienen que ver con el cannabis, constituyendo el 45% de las detenciones relacionadas con drogas en Italia y hasta el 85% en Francia<sup>3</sup>. Asimismo, la mayor parte de estos delitos están relacionados con el consumo o la posesión para el consumo, a excepción de los casos italianos, holandeses o españoles, donde los delitos relacionados con las drogas sólo se refieren a las actividades de venta o tráfico. En este sentido hay que señalar cierta homogeneidad en la política sobre drogas de los estados de la Unión en lo referente al consumo (González, 2000), ya que cuando es ocasional o primerizo se castiga normalmente con advertencias o multas, pudiéndose encontrar para los casos reincidentes penas de prisión, existiendo la posibilidad de medidas alternativas de tratamiento de usuarios adictos. Medidas difícilmente aplicables a consumidores de cámbicos.

Otro dato de interés constatado por la OEDT<sup>4</sup>, es que desde 1998 a la actualidad, el número de detenciones relacionadas con asuntos de drogas ha ascendido en casi todos los países de la Unión Europea. Los mayores incrementos han sido comunicados por Grecia, Irlanda, Portugal y España. Asimismo, el cannabis es la droga más incautada en todos los estados miembros de la Unión, con la excepción de Portugal, donde predominan las incautaciones de heroína, siendo el Estado español donde mayores cantidades de cannabis se incautan desde 1996 y año tras año, mientras que el Reino Unido es quien realiza mayor número de incautaciones,

---

<sup>2</sup> Resolución del Consejo de Europa de 16 de diciembre de 1995 sobre medidas para combatir y desmantelar el cultivo y la producción ilícita de drogas dentro de la Unión Europea.

<sup>3</sup> El número de incautaciones de cannabis ha crecido de forma constante en la Unión Europea desde 1985, según datos de Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea de 2001.

<sup>4</sup> El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías realiza estudios sobre los principales cambios legislativos en la materia. Así, a través de *internet* (<http://eldd.emcdda.org>) se puede encontrar una base de datos jurídica en la que se presentan las normativas de los estados miembros, sus situaciones jurídicas y algunos estudios comparativos.

las cuales a su vez han crecido en la última década de modo constante en todos los países.

Sin embargo, a pesar de los datos anteriores, en lo referente al cannabis, los cambios en las leyes es presumible que acontezcan en los años venideros. Esta presunción vendría apoyada por algunas razones, entre las que estarían: 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, que ha llevado a que gobiernos y parlamentos regionales de Europa estén apoyando medidas acerca del uso terapéutico.

Según algunos informes que han sido localizados o desarrollados por el OEDT, parece que indican que el consumo individual de drogas o la posesión de drogas para el consumo personal no figuran entre las máximas prioridades de las autoridades europeas responsables del cumplimiento de las leyes penales, que se centran más, o eso dicen, en la represión de los delitos más graves referentes al tráfico. Algunas nuevas medidas desarrolladas por algunos estados miembros, Portugal, Bélgica, Luxemburgo<sup>5</sup>, que tienden a despenalizar el consumo aunque en ocasiones mantienen la sanción administrativa, parecen confirmar esta tendencia<sup>6</sup>.

## **2.2. SUIZA Y LA UNIÓN EUROPEA: ALEMANIA, HOLANDA, REINO UNIDO, FRANCIA, SUECIA, ITALIA, BÉLGICA, PORTUGAL**

### **Alemania**

Comenzando un análisis comparado por la situación alemana, vemos cómo el argumento utilizado por la actual coalición entre el Partido.

Socialdemócrata alemán (SPD) y la Alianza 90/Los Verdes (Bündnis 90/ Die Grünen) en su política de drogas implica tanto el descubrimiento, prevención y ayuda a

---

<sup>5</sup> Desde mayo de 2001 y según la Ley de 27 de abril de 2001, el consumo y la posesión de cannabis en Luxemburgo, sólo se castiga con multas. Más recientemente, el Gobierno belga está trabajando en la publicación de un Decreto para hacer no punible el “consumo no problemático” de cannabis.

<sup>6</sup> Un estudio reciente sobre el procesamiento por delitos relacionados con las drogas, encargado por el OEDT en 2000, encontró que los procesos judiciales relativos a la posesión o el consumo de pequeñas cantidades de drogas en privado normalmente se retiran antes de llegar a juicio, mientras que los consumos en lugares públicos, la venta por parte de consumidores y los delitos de adquisición suelen desembocar en medidas más duras por parte del aparato judicial.

los adictos<sup>7</sup>, como la persecución del comercio ilegal de drogas<sup>8</sup>. En este sentido, y con relación a la política de drogas desarrollada a lo largo de las tres últimas décadas, vemos que no hay cambios sustanciales. Esta situación ha venido motivada, al menos parcialmente, por la serie de Convenios Internacionales firmados por Alemania en materia de drogas. Así, y desde 1972, se viene contemplando normativa y/o jurisprudencialmente la penalización de casi todas las formas de acción, a exclusión del consumo.

En Alemania, en la práctica, no se persigue la tenencia de “cantidades insignificantes” de cannabis para uso recreativo, determinando las limitaciones cada Estado (land). Sin embargo, es significativo observar que los delitos que se refieren a las sustancias derivadas de cannabis, y que corresponden a producción, tenencia o tráfico, suponen el 53,6% de todos los delitos relacionados con drogas. Asimismo, es preciso constatar que las penas relativas al tráfico de grandes cantidades de sustancias se han ido incrementando a través de las diferentes legislaciones sobre la materia.

En lo que concierne a políticas de ayuda<sup>9</sup> a los adictos, encontramos que en los casos de tráfico de pequeñas cantidades, y en los que se prueba que el acusado es consumidor, se ha tratado de reducir las sanciones o de sustituirlas por tratamiento terapéutico. Estas medidas diseñadas sobre todo para consumidores de heroína o cocaína, son de escasa aplicación a los consumidores de cannabis.

Por otro lado, desde 1988 está modificada la ley de narcóticos pudiendo usarse THC con fines terapéuticos. Es interesante constatar que la Cámara de Médicos de Berlín ha afirmado sobre el cannabis que se trata de “uno de los remedios médicos mejor estudiados y sin potencial adictivo”. Desde el año 2000 el Comité de Propuestas del Bundestag –Parlamento alemán– apoyó permitir el uso médico de los derivados naturales del cannabis y de los cannabinoides tras señalar que “ayuda a muchos pacientes a curar y a mitigar enfermedades”.

---

<sup>7</sup> Antes de seguir adelante consideramos pertinente hacer una aclaración: La denominación de “adictos” a personas consumidoras de drogas corresponde a la expresión utilizada en el lenguaje jurídico de la Política de Drogas alemana. Se ha respetado la calificación para reflejar el espíritu de su política e intervención.

<sup>8</sup> Ver V.V.A.A. (2001): “Sistemas Penales Comparados: Política Criminal en materia de drogas”. *Revista Penal*, vol 7, págs 143-189. La Ley. Publicación semestral de Cisspraxis, S.A. en colaboración con las Universidades de Huelva, Salamanca, Castilla-La Mancha y Sevilla.

<sup>9</sup> En Alemania, una modificación de la Ley federal sobre Narcóticos estableció un marco básico dentro del cual cada Land podrá definir los criterios mínimos exigidos para la creación de “narcosalas”. También en Portugal y Luxemburgo encontramos legislación en esta materia.

La compañía farmacéutica THC Pharm, ubicada en Frankfurt, ha sido autorizada para producir extracto de base de cannabis, previsto para finales de 2002. Otras empresas farmacéuticas, como Merck y Bionorica, ya han manifestado su interés por desarrollar preparados cannabicos. Además, desde abril de 2000, se puede suministrar THC a farmacias acreditadas para que puedan elaborar medicamentos basados en esta sustancia. Por otro lado, el *Marinol*, por el momento es importado desde Estados Unidos.

Entre los profesionales farmacéuticos es notable el dinamismo y la actualización sobre este tipo de sustancias, hasta el punto que a finales del presente año 2001 la Asociación Federal de Sociedades Farmacéuticas de Alemania editará una monografía sobre el dronabinol e instrucciones para la fabricación de presentaciones en solución y en cápsulas con dicho producto.

## **Holanda**

La legislación holandesa en materia de drogas es también, como el caso de la mayoría de los Estados, fruto de las obligaciones internacionales derivadas de los diversos tratados sobre la materia. Sin embargo, encontramos en Holanda una política de tolerancia que ha dado lugar a nuevas reflexiones sobre las políticas de drogas europeas.

Holanda se rige en materia de drogas por la Ley de estupefacientes de 1976, que distingue entre sustancias que implican un riesgo inadmisibile para la salud y aquellas otras, entre las que se encuentran el cannabis y derivados, que no se consideran tan peligrosas. La ley prohíbe la importación, exportación, preparación, elaboración, compra, venta, transporte, tenencia o suministración de todas las sustancias, tanto de las consideradas como de riesgo inadmisibile como de las que no. Lo que varía es la pena según se trate de sustancias de riesgo inadmisibile o productos considerados como no muy peligrosos<sup>10</sup>.

La posición del consumidor frente al traficante está claramente diferenciada, ya que el planteamiento consiste en que la intervención penal no tiene que ser más dañosa que el consumo de las drogas. Así, la posesión de productos derivados del cannabis para uso personal no se considera delito muy grave, y se penaliza con una san-

---

<sup>10</sup> La diferencia de penas es considerable, ya que en el primer supuesto nos encontramos con penas de hasta 12 años, mientras que para las sustancias no muy peligrosas las penas son inferiores a los 4 años.

<sup>11</sup> Art. 242 del Código de procesal penal holandés.

ción relativamente reducida (máximo de 1 mes de prisión o multa). Sin embargo, el tráfico de drogas sí está penado de forma severa. Vemos, por ejemplo, que la prioridad en la investigación y persecución del cannabis está en la producción comercial, ya que una producción mínima de plantas (hasta un número de cinco) no tiene prioridad de persecución para el Ministerio Público, que, en la práctica, se inhibe de hacerlo<sup>11</sup>. Hay que tener en cuenta que en la legislación penal holandesa prevalece el principio de oportunidad en las persecuciones judiciales sobre el principio de legalidad, consagrado en la legislación española.

Además, y a pesar de que la Ley de Estupefacientes prohíba el comercio de drogas, éste se tolera exclusivamente para el supuesto de productos derivados del cannabis en los *coffee shops*. Respecto a donde autorizar el establecimiento físico de los *coffee shops*, se decide en consulta entre el Ministerio Público, el alcalde y la policía local de la comunidad donde se quiere instalar dicho local y lo referente a los distribuidores a domicilio.

La regulación y venta tolerada de hachís y marihuana no ha supuesto el incremento de consumidores, cuyo número se halla estable desde hace casi dos décadas. A finales de los años 80, la cantidad de usuarios se estimaba en unos 300.000, menos del 2% de la población, cifra inferior a los porcentajes del Estado español y otros países centroeuropeos.

Los *coffee shops* autorizados venden cannabis siempre que mantengan las normas estrictamente establecidas: no pueden hacer publicidad, vender drogas duras, causar molestias a los vecinos de alrededor, admitir a personas menores de 18 años ni vender cantidades superiores a 5 gramos (anteriormente fueron 30 grs.) por transacción, para asegurar así que la venta es para uso personal. Asimismo, tampoco pueden tener una reserva mayor a 500 gramos de cannabis ni vender para la exportación. Estos establecimientos pagan impuestos y con ello se financian programas de prevención y ayuda a drogodependientes, principalmente alcohólicos y heroinómanos. Junto a estos criterios, los ayuntamientos tienen potestad para decidir la no admisión de establecimientos de este tipo si la política municipal no deja espacio para ello<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Los ayuntamientos holandeses han constatado que no se produce un aumento de los problemas de salud pública o de orden consecuencia de su permisividad, como ya fue reflejado en dos estudios oficiales (el Informe Hulsman en 1971 y el Informe de la National Baan Commission en 1972), según los cuales los efectos del cannabis sobre el usuario dependen del medio en que se ofrece, vende y consume (Escotado, 1997).



En este sentido, hay que constatar una disminución del número de *coffee shops* abiertos al público: de un total de 1.200 *coffee shops* abiertos en 1995 a 846 locales que se contabilizaron en 1999. Desde una perspectiva estatal, teniendo en cuenta que Holanda se estructura en 538 municipios, hay 433 que tienen algún establecimiento de estas características en su territorio municipal. En opinión de la Letrada del Tribunal Supremo holandés Mappie Veldt<sup>13</sup>, esta política de drogas tiene efectos negativos, ya que ha podido haber provocado el aumento de puntos de venta de droga, donde cocaína y heroína se venden junto al hachís. Además, los cultivos ilegales, dada la persecución de los grandes cultivos de cannabis, se encuentran en viviendas privadas, a menudo gestionadas por la criminalidad organizada. Todo esto lleva a una política que pierde su credibilidad, ya que las situaciones que se crean son bastante paradójicas. Por ejemplo, el acto de transportar sustancias a los *coffee shops* estaría penado, sin embargo, es necesario tolerarlo para evitar que los establecimientos se queden sin reservas para vender a los consumidores.

Se estiman en 35.000 los pequeños cultivadores caseros, con un número limitado de plantas, que abastecen a los *coffee shops* rindiendo cuentas de modo regular a la policía. Este suministro puede prestarse a acciones delictivas por compras o ventas ilegales. Precisamente en 1994 creció la demanda externa de marihuana y también las aprehensiones fuera de sus fronteras (Alemania, Bélgica, Francia, Inglaterra), por lo cual el gobierno holandés fue recriminado en la Unión Europea, a pesar de demostrarse que la desviación producida había sido inferior al 10% de la cantidad producida. La situación desembocó en la *Drug Nota* y el gobierno de Holanda hubo de asumir medidas de control y restricciones como rebajar la cantidad de venta por persona de 30 a 5 gramos, paulatina reducción del número de *coffee shops*, restricción en la producción y venta de semillas, y un mayor control del cultivo de cannabis.

El Gobierno holandés presentó un informe al Parlamento, en abril de 2000, con el título “El camino a la puerta trasera” sobre qué actitud tomar a la provisión de los *coffee shops*. Veinte alcaldes propusieron experimentar, en 1999, con la producción y comercio controlados de cannabis, con la finalidad de favorecer la transparencia de la política sobre drogas, disminuir la criminalidad y controlar la calidad del producto. Sin embargo, el Gobierno no admitió la propuesta ya que consideró que los problemas de criminalidad no se solucionarían por esa vía, además de considerar que había que tener en cuenta al resto de países miembros de la Unión Europea. Asimismo, el

<sup>13</sup> Ver V.V.A.A. (2001): “Sistemas Penales Comparados: Política Criminal en materia de drogas”. *Revista Penal*, vol 7. Pag. 165.

Parlamento pretendía que los propietarios de los *coffee shops* pudieran comprar cannabis bajo unas condiciones estrictas a productores de cáñamo reconocidos como tales. El Gobierno también rechazó esta propuesta alegando que la tolerancia de la producción viola las obligaciones internacionales contraídas por Holanda, además de que su control policial es muy complicado y va contra la política de liberalidad económica vigente.

No obstante todo lo anterior, el informe concluye con que el Gobierno holandés continúa con la intención de estimular una discusión con relación al plan internacional sobre la política contra los estupefacientes, tratando de divulgar la idea de la diferenciación en la penalización de drogas duras y blandas, además de hacer hincapié en campañas informativas dirigidas a jóvenes, teniendo en cuenta que el consumo entre estos ha aumentado.

Actualmente, el gobierno holandés está realizando un estudio para la creación de una Agencia para el control del cultivo y el procesamiento de cannabis con fines terapéuticos. Se trata de conseguir compatibilizar la regulación del cultivo, la manufacturación, distribución y venta de todo el cannabis en su territorio, de modo legal, sin que entre en contradicción con los Tratados internacionales y Convenios de Naciones Unidas, controlando al tiempo el mercado ya penetrado y dirigido desde organizaciones clandestinas.

En este sentido, hay que tener en cuenta que en 1998 el Ministerio de Salud concedió licencia a un laboratorio farmacéutico para el desarrollo de experimentos médicos con marihuana al objeto de fabricar medicación destinada a ser utilizada por pacientes aquejados de SIDA, cáncer o esclerosis múltiple. Como el cultivo a gran escala está penado, la autorización incluía la importación de la marihuana desde EE.UU.

El Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha una iniciativa para homologar las políticas europeas sobre los cannábicos en su vertiente recreativa. Los gobiernos de Francia, Bélgica, Suiza, Alemania y Holanda, a través de sus ministros de Sanidad, asesorados por científicos han debatido sobre los efectos y riesgos en la salud de población sana consumidora de cannabis durante los primeros meses de 2002, convocando encuentros de gestores de grandes ciudades y comunidades autónomas europeas para debatir las consecuencias del consumo recreativo, si bien, reconocen que la situación de ilegalidad dificulta el adecuado acercamiento a la realidad social. Tratan de elaborar “una perspectiva general del estado actual de la investigación científica”, buscando argumentos que justifiquen los cambios liberalizadores en diferentes países.

## Reino Unido

En el Estado pionero en los programas y estrategias de reducción de daños y riesgos, a iniciativa de la Cámara de los Lores se realizó en 1997 una rigurosa investigación acerca del uso de cannabis con fines médicos y recreacionales, publicado en Internet en mayo de 1998 (<http://www.parliament.uk/hophome.htm>), y donde se concluía que existe la suficiente evidencia clínica y anecdótica acerca del valor médico del cannabis y recomendaba, con las necesarias reformas legales, que los médicos pudieran recetarlos para aliviar el dolor crónico en enfermos terminales y los síntomas de esclerosis múltiple y otras formas de dolor, así como el uso de cannabis en ensayos clínicos para valorar la eficacia del cáñamo, habiendo autorizado a dos hospitales para el estudio con grupos de pacientes, lo cual exige al gobierno pasar la marihuana de la Lista I a la II, legalizando su prescripción médica y la dispensación en farmacias aunque el producto no este comercializado como otros medicamentos. El 23 de octubre de 2001, el Departamento de Interior declaró su intención de suavizar leyes que afectan al cannabis para que su posesión no sea un delito. Para ello el Ejecutivo de Londres ha reclasificado el cannabis del grupo B al C<sup>14</sup>. No obstante, esta categoría aun posibilita las sentencias de dos años de prisión por posesión de esta sustancia.

El Informe del Comité de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Lores deja claro también que el uso recreativo plantea cuestiones de tipo antropológico, sociológico, ético y económico que explícitamente no fueron abordadas en la investigación parlamentaria. De nuevo, en el año 2000, esta Cámara de los Lores solicitó al Parlamento Británico el estudio y la regulación del cannabis para su uso médico.

También la Asociación Médica Británica publicó en 1997 un Informe sobre los usos terapéuticos del cannabis (BMA, 1997) donde se solicitaba poner en marcha ensayos clínicos controlados para evaluar el potencial terapéutico de los cannabinoides, reconociendo efectos nocivos de algunos compuestos de la planta, recomendaba la modificación de las leyes para permitir que los médicos pudieran recetar cannabinoides y solicitaba la creación de un registro central de pacientes que podrían beneficiarse del cannabis. Finalmente, sugería a las empresas farmacéuticas que deberían buscar nuevos análogos y así ampliar las opciones terapéuticas, no descartando las posibilidades medicinales de una planta milenaria y, menos aún, por conveniencias políticas o a causa de la guerra con las drogas (Robson, 1998). El gobierno ha autorizado a la compañía farma-

---

<sup>14</sup> Actual clasificación: Grupo A: heroína, cocaína, éxtasis, LSD; Grupo B: anfetaminas, cannabis; Grupo C: esteroides anabolizantes, benzodicepinas

céutica Glaxo W Pharmaceuticals para el inicio de estudios, y si estos prueban su eficacia, el gobierno permitirá la comercialización de derivados del cannabis.

Recientemente, la Fundación Joseph Rowntree ha elaborado un importante informe donde señala en sus conclusiones que la simple recalificación del cannabis en la misma categoría de sustancias que los tranquilizantes obtenibles en las farmacias, las arcas estatales ahorrarían cada año cincuenta millones de dólares que actualmente se destinan al control y seguimiento de inofensivos consumidores.

## **Francia**

No se emplea legalmente en terapéutica el cáñamo, estando expresamente prohibido desde 1953 fecha en que fue suprimida esta sustancia de la 7ª edición de la Farmacopea francesa. En Francia es ilegal la producción, el tráfico, tenencia, consumo e incluso las expresiones públicas favorables al uso de drogas, que al amparo de la Ley 630 podrían ser castigadas con cárcel. Sin embargo, una norma desarrollada en 1999 recomienda no perseguir al consumidor, y en todo caso, proponerle un tratamiento terapéutico.

El Ministerio de Sanidad francés encargó un informe al miembro de la Academia de Ciencias Francesa Bernard Roques, siendo publicado en 1998. En él se recomienda la autorización a los médicos para poder prescribir derivados cannábicos (Fraga, 1998; Roques, 1998).

El Instituto para la investigación de la Epidemiología de Farmacodependencias de Francia ha informado en varias ocasiones que, según sus investigaciones, los usuarios de marihuana presentan pocos problemas sociales, laborales, legales o de salud. Por ello, el gobierno francés ha permitido investigaciones para evaluar la posible "indicación y los resultados del uso terapéutico del cannabis" a realizarse en hospitales de París, Marsella, Toulouse y Lyon. No obstante, se mantiene la prohibición de cualquier derivado cannábico y sólo sus derivados sintéticos pueden utilizarse en ensayos controlados.

## **Suecia**

Es el país europeo más significado por su intolerancia y línea dura, incluso con una política sobre drogas netamente deudora de la política de Estados Unidos, rechazando las políticas de reducción de daños y tratando de frenar las iniciativas en este sentido de otros países europeos. Con sentencias por simple posesión y uso más severas que los delitos con violencia. Una persona puede ser detenida y obligada a realizar aná-

lisis de sangre y orina si parece estar bajo los efectos de alguna sustancia prohibida. El consumo o la posesión de cannabis se penalizan con hasta seis meses de cárcel.

## Italia

En cuanto a Italia, su normativa sancionadora es tanto penal como administrativa, siendo ésta última un subsistema dentro de la legislación especial que supone aquella, unificada desde 1990. Así, la Ley nº 162 de 26 de junio recoge el “Texto unificado de las leyes en materia de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, prevención, cura y rehabilitación de los estados de toxicodependencia que de éstos se deriva”.

La nueva normativa prevé sanciones privativas de derechos y medidas de rehabilitación médica y social, renunciando a las sanciones penales tradicionales para los usuarios de drogas. En este sentido, las medidas que establece la legislación italiana son las siguientes: suspensión del permiso de conducir, de armas, de pasaporte, la prohibición de alejarse del municipio de residencia, la obligación de presentarse periódicamente ante la policía, la obligación de llegar al propio domicilio antes de una hora determinada, la prohibición de frecuentar ciertos locales, trabajos en beneficio de la comunidad o libertad condicional bajo la supervisión de los servicios sociales. También se articula un programa terapéutico y socio-rehabilitador que conlleva el archivo del procedimiento si se concluye con éxito.

La legislación italiana es otra de las que distingue entre drogas duras y “ligeras”<sup>15</sup>, según un sistema de tablas que publica y actualiza constantemente el Ministerio de Sanidad, con lo que se trata de elementos normativos del tipo (legal) definidos en función de las especificaciones técnicas provenientes de fuentes de rango reglamentario y no legal.

Es significativo constatar que tras una consulta popular –referéndum celebrado en 1993– se confió en la abolición de las medidas penales contra el consumo personal. La consecuencia no ha sido tan liberalizadora como se esperaba. Así, el consumo, incluida la adquisición y tenencia para el mismo, sigue siendo ilícito. La innovación está en que se sanciona como ilícito administrativo y no penal. Al mismo tiempo, también se estableció la supresión de la dosis diaria media, con lo que la diferenciación entre consumo y tráfico pasa a determinarse a través de un criterio puramente subjetivo, como es la posesión con finalidad única de consumo. En otras palabras, nos encontraremos ante un ilícito administrativo (consumo) o ante un delito (tráfico) depen-

---

<sup>15</sup> La terminología utilizada por la legislación italiana es: Drogas “duras” y “ligeras”, equivalente al ya poco apropiado término de “blandas”.

diendo exclusivamente de la finalidad que el sujeto activo quisiera darle a la sustancia aprehendida. Por tanto, la comprobación de si se trata de un ilícito administrativo o penal se presenta compleja, ya que la prueba de la finalidad subjetiva puede venir más a través de elucubraciones o indicios que de hechos concretos.

Lo que sí parece claro es que a raíz del referéndum se opta por una prevención no represiva frente a los consumidores. De hecho, en la práctica, hay una tendencia a excluir el empleo de la sanción penal, tendiendo más hacia acciones preventivas, reservando toda la severidad penal para los delitos de tráfico.

De todos modos, y si se tienen en cuenta los diferentes cambios legislativos operados en la normativa italiana en esta materia, el futuro de la “cuestión droga” en Italia no es de sencilla previsión. Habrá que estar a la evolución jurisprudencial de cada momento, verdadera encargada de marcar las líneas de actuación de los operadores jurídicos.

Desde otra perspectiva, en 1993 tuvo lugar la I Conferencia Gubernativa sobre la Reducción de Daños. En 1994 nació Forum Droghe, agrupando y coordinando todo tipo de organizaciones sindicales, sociales, profesionales, juveniles, etc y constituyendo una amplia plataforma política que trabajó por la reducción del daño, la intervención sociosanitaria, por la mayor tolerancia social hacia el consumo y en aras de una política global sobre las drogas. En 1997 se celebró la IIª Conferencia gubernamental en Nápoles, donde el gobierno se empeñó en despenalizar y no sancionar el consumo, penalizando el cultivo. En la IIIª Conferencia Gubernativa celebrada en Génova en el año 2000, el ministro de Sanidad se posicionó a favor de la reducción de daños, por el uso terapéutico de la heroína y por la legalización del cannabis. El consenso social e institucional a favor de la reducción del daño y riesgos ha sido creciente y una de las líneas guía para las autoridades sanitarias en los últimos años.

Además, el cannabis está presente en la Farmacopea oficial italiana aprobada según decreto del Ministerio de Sanidad de 9/10/1998, pudiéndose obtener preparaciones magistrales mediante la importación autorizada según ley del 8/4/1998.

Actualmente existe un amplio movimiento favorable al uso médico del cannabis, promovido por la Lista Bonino, agrupando a la mayoría de los partidos políticos, incluido Forza Italia, partido liderado por Berlusconi. Sin embargo no se ha reformado la ley penal y recientemente se ha vuelto a la retórica *guerra a la droga*, retrocediendo una década, a los orígenes de la metadona, las comunidades terapéuticas, privatizando importantes recursos y la *drug free*, medicalizando la drogodependencia y la propia existencia del uso de drogas, predominando los enfoques moralistas.

## **Bélgica**

Una novedad legislativa importante constituye el desarrollo de iniciativas despenalizadoras del consumo de marihuana tras reconocer su potencial terapéutico. Una nueva ley permitirá que pacientes con SIDA, cáncer o quienes padecen otras dolencias puedan hacer uso del cannabis como medicamento si un médico se lo receta. En línea con el modelo holandés, dando preponderancia a la tolerancia ante el consumo y posesión de cannabis, el gobierno estudia la regulación de la tenencia, uso y comercio de hasta 5 gramos, estando en debate la adopción del modelo de *coffee shops*, o bien mediante un sistema de licencias otorgadas por la Administración pública.

Así, el gobierno belga se ha planteado publicar un decreto para que no sea punible el consumo “no problemático” de cannabis. Existe una normativa que permite la producción de cannabis si es para uso personal, manteniendo la prohibición total de las drogas duras como la cocaína y la heroína. Para evitar la apología del consumo de drogas o constituir una puerta abierta a legalizaciones indiscriminadas, los legisladores dejan claro que tendrá lugar “sin prejuicio de la aplicación de las disposiciones concernientes al tráfico de estupefacientes”.

## **Portugal**

El marco legal existente en Portugal sancionaba hasta hace muy poco una amplia gama de comportamientos con relación a esta materia: consumo, producción, cultivo, tráfico... Por lo tanto, a primera vista nos encontrábamos ante otra legislación básicamente prohibicionista. Sin embargo, ante la serie de problemas y críticas que supone una política criminal excesivamente represiva, el actual gobierno portugués asumió el compromiso de descriminalizar el consumo de sustancias, aunque manteniendo una prohibición legal de naturaleza no penal, es decir, como ilícito administrativo para sancionar este tipo de casos. Por tanto, uno de los principales cambios registrados recientemente, concretamente desde el 1 de julio de 2001, se refiere a que no se aplicarán sanciones penales para reprimir el consumo privado de sustancias ilícitas<sup>16</sup>.

Por otro lado, actualmente encontramos en la arena política el debate de las cuestiones criminales referentes a la aplicación de medidas enmarcadas dentro de la filo-

---

<sup>16</sup> Según la Ley 30/2000, aprobada en noviembre de 2000, los autores de consumo de delitos de consumo de drogas serán orientados hacia el tratamiento o el asesoramiento por parte de comisiones específicas.

sofía de la reducción de daños. Debate que todavía está muy abierto y sin unas líneas claras de definición y actuación en la práctica.

La opinión pública portuguesa ha avanzado considerablemente en lo relativo a la reducción del daño. Profesionales de la medicina, farmacología, psiquiatría, medicina legal y salud pública vienen conformando comisiones de expertos, enfrentándose al paradigma médico: los médicos curan, ayudan y tienen conocimientos y por ello es necesario integrar su saber en una estrategia global. Además fomentan el debate al tiempo que cooperan a nivel gubernamental mediante la transversalidad política, evitando la confrontación y buscando causas comunes.

Los cambios legislativos están a la vista: el consumo esta despenalizado, el gobierno se ha planteado el interés de las políticas suizas y han sido asumidas las estrategias de reducción de daño. También existen elementos paradójicos, por ejemplo: detenciones por dosis menores para el consumo. O el hecho de que a veces los drogadictos necesitan robar para pagar las multas que se les imponen. A pesar de ello el principal obstáculo es el prohibicionismo internacional.

## **Suiza**

País no perteneciente a la Unión Europea y donde las leyes, con planteamientos más soberanistas, van adaptándose progresivamente hacia una normativa federal y con pretensión de no quedar limitada a la tolerancia holandesa. El 7 de marzo del 2000 el Parlamento suizo aprobó sendas propuestas de los representantes de los cantones de Basilea y Zurich para revisar la Ley Federal de estupefacientes, sacando de ella al cannabis para, posteriormente, regular todo el circuito de producción, venta, y consumo desde las instituciones gubernamentales. Esta despenalización –justifican– separaría los mercados de cannabis y de las llamadas drogas duras. El Senado ya ha autorizado la despenalización del consumo de cannabis o de derivados.

En Suiza se puede plantar, comprar o vender semillas para consumo aromático o terapéutico, no para uso como estupefaciente. Se venden en tiendas, al igual que la marihuana o el hachís, en los *grow shops*, *head shops* o en *hemp shops* .

Pueden comercializarse muchos productos elaborados a partir del cáñamo, de la planta de cannabis: cerveza, perfumes, ropa, infusiones, papel, aceites, bolsas aromáticas, pasta nutritiva, etc. Es el uso final dado a la planta lo que se considera legal o ilegal (Fraga, 2000).



En algunas farmacias suizas puede encontrarse resina, tintura y aceite de hachís que, siendo de manufacturación ilegal, pueden ser recetados por médicos y veterinarios. Sobre esta cuestión, el Tribunal Federal suizo no presenta objeción a la prescripción “a condición de que su valor terapéutico sea reconocido científicamente”.

### 2.3. PAÍSES DE EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL

Los países candidatos a ingresar en la Unión Europea (PECO<sup>17</sup>), donde el cannabis sigue siendo la droga más consumida por los adolescentes, han tenido que modificar o reorientar sus medidas de control de las drogas para adoptar y poner en práctica el acervo comunitario. Así, todos estos países han firmado y ratificado los tres convenios sobre fiscalización de las drogas de las Naciones Unidas y el Convenio del Consejo de Europa sobre el blanqueo, identificación, embargo y comiso de los productos del delito de 1990 (Convenio de Estrasburgo). Por ejemplo, en Polonia la Ley de lucha contra la drogadicción de 1997 fue modificada en 2000 para hacer más restrictivas las disposiciones relativas a la posesión de pequeñas cantidades de drogas, y también para reforzar el papel de la reducción de la demanda. Así, hasta el año 2000, la ley no castigaba la posesión en cantidades insignificantes y para uso personal. Actualmente, y pese al debate en contra abierto por médicos y criminólogos, se castiga tanto la tenencia de pequeñas cantidades para uso personal como el proporcionar sustancias a otras personas, estableciéndose penas por facilitar el consumo. En la misma línea, una de las últimas reformas se refiere a la tipificación de la no denuncia por parte de los propietarios de locales en los cuales se cometan cualquiera de los actos relativos a tráfico o consumo de sustancias. Recientemente, en 1999, se han aprobado leyes del mismo tipo en Bulgaria, Eslovaquia y Eslovenia sobre producción y consumo de drogas ilícitas.

### 2.4. AMÉRICA DEL NORTE: EE.UU. Y CANADÁ

#### EE.UU.

Desde la imposición de la Prohibición se ha perseguido el consumo y al consumidor, situando fuera de la ley a importantes sectores de la ciudadanía. Se persigue la venta, la compra y también el cultivo de cannabis con sanciones e incluso penas de cárcel. Se ha impuesto el “modelo de guerra contra las drogas” (*drug war*), castigando

---

<sup>17</sup> Los diez Países de Europa Central y Oriental (PECO), candidatos a formar parte de la Unión Europea son: Bulgaria, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumania y la República Checa.

sus usos medicinales, religiosos o recreativos. Los argumentos prohibicionistas que satanizan la marihuana resultan muy débiles, sobre todo si el 49% de los *babyboomers*, aquellos que nacieron tras la 2ª Guerra mundial, fumaron marihuana en su juventud, sin que se conozcan consecuencias patológicas posteriores en su vida. No obstante, la política de EE.UU. no es unívoca y en lo concerniente a la actividad medicinal o terapéutica se siguen desarrollando interesantes iniciativas.

En 1972 la Organización Nacional para la Reforma de las Leyes sobre Marihuana solicitó a la Oficina de Narcóticos y Drogas Peligrosas, posteriormente *Drug Enforcement Administration* (DEA), la reclasificación de la marihuana a Tipo II y así poder ser prescrita legalmente por los facultativos.

Ya en 1978 el Gobierno federal estableció el Programa Compasivo de la IND para el acceso a sustancias ilegales con fines terapéuticos siendo en pocos años clausurado precipitadamente dicho programa.

En 1986 la *Food and Drug Administration* (FDA), tras solicitud de diversas asociaciones de médicos, inició gestiones para las vistas públicas obligatorias por la ley para su reclasificación, reuniendo los requisitos legales para el empleo en terapéutica. A pesar de ello, en marzo de 1992 la DEA rechazó de modo definitivo la reclasificación, dando fin a las expectativas de la liberación del uso médico, así como con los programas de investigación creados por la FDA que permitan la prescripción de cannabis a aquellos pacientes tratados con otras sustancias y sin resultados favorables (Grinspoon y Bakalar, 1995). Estados Unidos, siendo el principal productor de cáñamo, con una docena de Estados donde la marihuana es el principal producto agrario cosechado (NORML, 1998), y teniendo los mayores índices de consumo y consumidores de cannabis, para cuestiones relativas a la investigación sólo existe una institución con permiso federal para su cultivo: la Universidad de Mississippi. El debate sobre la reclasificación de cannabis permanece con toda su intensidad en las dos últimas décadas pues, aunque desde 1985 está disponible en EE.UU. el dronabinol, el principio activo del cannabis  $-\Delta^9$  THC-, su presentación encapsulada ofrece resultados terapéuticos muy inferiores al uso en su forma natural, la marihuana.

En EE.UU., las Enmiendas 215 y 200, aprobadas por voluntad popular desde 1996 en California y Arizona respectivamente, autorizan el cultivo, posesión y uso de cáñamo por motivos terapéuticos para aliviar dolencias en personas afectadas por cáncer, SIDA, y enfermedades neurodegenerativas. En los Estados de California y Arizona los pacientes mayores de edad han de presentar receta e historial médicos en

los centros de distribución autorizados para su obtención. Posteriormente, en 1999, en Washington, Georgia, Oregon, Alaska, Colorado y Nevada aprobaron leyes para que se recetara marihuana también como remedio terapéutico. En el año 2000 se legalizó el uso médico de cannabis en Hawaii, a pesar del rechazo a su prescripción de la Asociación Médica. Pero todas esas enmiendas son contrarias a la legislación federal, por lo cual, los médicos prescriptores corren el riesgo de ser procesados e incluso apartados de su profesión. Texas y Connecticut han preparado en el 2001 proyectos de ley que permiten el uso de marihuana con fines medicinales, estableciendo un registro central de pacientes autorizados.

El Instituto Nacional de Salud y la Asociación Médica Americana en 1997 han publicado informes sobre los usos médicos de la marihuana (AMA, 1997; NIH, 1997). La Oficina Gubernamental Central de Drogas encargó un informe al Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias, provocado por los cambios legales en algunos Estados que permiten la prescripción legal de cannabis con fines terapéuticos y publicado en marzo de 1999<sup>18</sup>, donde se aprueba el uso médico de la marihuana, especialmente para enfermos de SIDA y cáncer, tras abordar tres cuestiones: los efectos de los cannabinoides, su eficacia terapéutica y los riesgos asociados al uso médico “priorizando la medicina basada en pruebas en contraposición a la medicina basada en creencias”.

El 34% de los estadounidenses se manifiestan favorables a la legalización de la marihuana, el porcentaje más alto desde 1969, según un reciente sondeo de *Usa Today* y la CNN (24-8-01). Sin embargo, por el momento, en mayo de este año 2001, el Tribunal Supremo ha fallado por unanimidad que es ilegal el cultivo, la distribución y el consumo de la planta de cannabis, prohibiendo el uso médico por considerar que “la marihuana no tiene beneficios médicos que justifiquen una excepción a la prohibición del cultivo”, siendo castigable cualquier producción sea cual sea su uso final. La inconstitucionalidad de la ley es manifiesta en tanto que no diferencia entre marihuana y cáñamo industrial. El uso médico continua en algunos Estados, pero la producción esta criminalizada.

## **Canadá**

En marzo de 1999 fue autorizada la realización de pruebas clínicas con marihuana para la posible legalización del uso paliativo en enfermos terminales.

---

<sup>18</sup> Ver [www.nap.edu](http://www.nap.edu)

Desde julio de 2001, Canadá es el primer estado que permite a los enfermos terminales no solo hacer uso de derivados sintéticos sino cultivar y fumar marihuana legal en pequeñas cantidades dentro de un programa aprobado y financiado por el gobierno para abastecer a pacientes con enfermedades crónicas. Hasta ese momento quienes querían fumar marihuana para aliviar sus dolencias debían solicitar un permiso especial al Ministerio de Sanidad<sup>19</sup>. La judicatura obligó al gobierno a cambiar las leyes para permitir y regular el acceso de los pacientes a la sustancia, con limitaciones aun no concretadas. Los médicos podrán autorizar a sus pacientes el consumo de marihuana debiendo quedar expresado por escrito por dos facultativos. Hasta ahora era preciso un permiso especial del Ministerio de Sanidad, lo cual estaba ocasionando elevadas listas de espera<sup>20</sup>.

Actualmente, más del 50% de la población canadiense se manifiesta partidaria de la despenalización del consumo y distribución de cannabis.

## 2.5. AMÉRICA LATINA

### Argentina

En cuanto a la situación en América Latina, encontramos que en Argentina están penalizadas todas las formas de acción relacionadas con sustancias: desde la siembra y el cultivo, hasta la simple tenencia para uso personal, pasando por todas las fases de donación o comercialización<sup>21</sup>. La única alternativa a la pena de privación de libertad se recoge en los casos de tenencia para uso personal ya que se considera una medida curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación.

Pese, o tal vez gracias, a esta política criminal represora y sancionadora, el consumo de drogas va en aumento y se ha masificado, así como el número de personas detenidas por tenencia para uso personal<sup>22</sup>, destinatarios estadísticamente mayoritarios de las políticas criminales antidroga. Así, en la práctica, se constata que básicamente la persecución penal se ejerce contra los pequeños traficantes o consu-

---

<sup>19</sup> Ver [.biológicos/otros/3977](#).

<sup>20</sup> En este sentido, hay que tener en cuenta que desde 1999 más de 250 pacientes han obtenido permisos gubernamentales para fumar marihuana con fines terapéuticos.

<sup>21</sup> Artículos 5 al 14 de la Ley 23.737 (B. O. 11-10-89).

<sup>22</sup> Según estadísticas publicadas por el diario "Clarín" de 23-10-00 en el primer semestre de 2000 se detuvieron a 11.817 personas por tenencia de drogas para consumo personal.

midores, siendo casos realmente excepcionales los que llevan a los tribunales a personas que ocupan puestos privilegiados dentro de la cadena del narcotráfico.

## **Chile**

En Chile encontramos una situación bastante parecida a la Argentina, puesto que también consagra el modelo prohibicionista impuesto por lo Estados Unidos sin que el objetivo de disminuir el consumo y el tráfico logre imponerse. La población carcelaria por delitos relacionados con drogas va en aumento, sin que estadísticamente se demuestre una reducción en la oferta y la demanda.

Hay que tener en cuenta que en Chile la legislación sobre drogas es una legislación penal especial extraída del Código Penal<sup>23</sup>, con lo que el respeto de las garantías procesales reconocidas en la Constitución Chilena es puesto en entredicho<sup>24</sup>. Esta ley sanciona todas las formas de tenencia y consumo, ya bien sea este último como falta o como delito, dependiendo del sujeto activo.

No podemos dejar de aludir, como grave contradicción dentro de esta legislación especial, la imposición de un tratamiento forzoso de rehabilitación para los consumidores. Tratamiento que por su obligatoriedad es considerado unánimemente por los expertos y los estudios estadísticos como abocado al fracaso.

## **México**

México es otro de los países que combina las medidas fuertemente represivas con tímidos acercamientos de otra índole. Por ejemplo, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 establece un subprograma para la prevención, control y combate al consumo de drogas. Se establecen acciones de información, orientación, u otras más llamativas como las de promoción de grupos de jóvenes activistas en contra del uso indebido de drogas.

## **Panamá**

Panamá, careciendo de una política criminal clara en la “cuestión droga”, regula de forma diferenciada según se clasifiquen las sustancias entre drogas duras o blandas. Esta diferenciación ha llevado a parte de la doctrina a plantear la despenalización

<sup>23</sup> En concreto la Ley 19.366 publicada el 30-01-95.

<sup>24</sup> Específicamente el derecho a defensa o el principio de economía procesal.

del consumo del cannabis, sin que todavía se haya alcanzado ningún resultado normativo en este sentido. *Sensu contrario*, en la práctica se castiga con muy duras penas a los pequeños traficantes o consumidores, hasta tal punto de equiparar sus penas a las de los grandes traficantes.

## Nicaragua

En Nicaragua, la política criminal para la prevención y control de drogas se basa básicamente en la represión.<sup>25</sup> Esto llega a tal límite que se considera encubridor a aquella persona que facilite su propiedad privada para que en ella se consuma cualquier tipo de sustancia. El castigo para este encubridor puede llegar hasta los tres años de prisión, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder al resto de sujetos activos. Si se tratase de un establecimiento público se procedería al cierre definitivo del mismo.

## Perú

Perú constituye un caso atípico dentro de la perspectiva comparada Latinoamericana, puesto que no tipifica como delito el consumo de drogas, ni los actos de fabricación y posesión de sustancias con la finalidad de consumo personal (el concurso de consumo con tráfico puede ser susceptible de aplicación de una medida de seguridad). Sin embargo, es inusualmente severo en las penas relativas al tráfico de sustancias, llegando a sancionar incluso con cadena perpetua los casos mas graves.

## Uruguay

Por último, en Uruguay vemos que aún existiendo una política criminal de corte prohibicionista, basado en el modelo impuesto en los Tratados Internacionales sobre la materia, una Ley de 1998 viene introduciendo algunas modificaciones en aras de solventar determinados problemas interpretativos. Así, incorporando tendencias de la jurisprudencia española relativos al “ánimo de tráfico”, excluye del sistema penal los actos de consumo colectivo, grupal, que hasta entonces eran castigados. Tampoco incrimina el consumo de sustancias al entender que el consumidor, a quien se califica en la norma como *adicto*, es una persona enferma más que un delincuente, siendo más necesario su tratamiento que su pena.

---

<sup>25</sup> Es significativo como la legislación desarrollada en 1999 sobre Estupefacientes, sicotrópicos y otras sustancias controladas; lavado de dinero y activos provenientes de actividades ilícitas endurece considerablemente las penas establecidas en la normativa de 1994 sobre la misma materia.

Respecto a qué cantidad de sustancia se entiende como destinada al consumo personal y no al tráfico, la ley deja un amplio margen de decisión a los jueces, quienes valorarán, incluso sobre la base de la convicción moral, si están frente a un consumidor o ante un “minitraficante” que tiene la droga fraccionada (Pereira, 2001)<sup>26</sup>.

Comprobamos que el panorama actual es muy dispar en Europa, y entre Europa y Estados Unidos. La equiparación de derechos para la ciudadanía con la desaparición de fronteras en la Unión Europea abre interrogantes sobre la orientación de las políticas sobre drogas en los años venideros. Hoy las posiciones más liberales de Holanda, Bélgica, Alemania, Suiza y Canadá se confrontan con la intolerancia de Francia, Suecia, Finlandia y, como no, de EE.UU. Existen importantes movimientos proclives a la mayor tolerancia y la regulación del consumo, frente a las duras penas para quienes trafican, a pesar de ser estos quienes surten también los mercados tolerados. Solo cuatro de los quince Estados de la Unión Europea consideran el cannabis como delito cuyo castigo puede llevar a la cárcel.

Por otro lado, si bien se puede percibir que la sociedad europea se ha (re)acostumbrado a que el objetivo de sus políticas no ha de ser “eliminar las drogas” sino “reducir los daños”, habría que señalar que la reducción de daños y riesgos, en Estados Unidos es considerada como bastante radical (Oomen, 2001).

Es conveniente reseñar que en el último lustro, diferentes Administraciones han solicitado a diversos comités de expertos, Informes sobre el potencial terapéutico y los posibles riesgos en la salud. Esos informes médicos oficiales más relevantes (Peña, 2000), ya anteriormente mencionados son:

- 1997: *Report of the council on scientific affairs: Medical Marihuana*, American Medical Association, AMA. Estados Unidos.
- 1997: *Therapeutic Uses of cannabis*, British Medical Association. Reino Unido.
- 1997: *Report on the Medical Utility of Marihuana*, National Institute of Health. Estados Unidos.
- 1998: *Problemes posés pour la dangerosité des drogues*, Rapport du Prof. Bernard Roques au Secrétaire d'Etat à la Santé. Francia.
- 1998: *Medical use of cannabis*, British House of Lords Science and Technology Committee. Reino Unido.

---

<sup>26</sup> Según Jorge Pereira Schurman, esto tampoco supone ningún carácter diferenciador al existente, en general, en el resto de los países occidentales.

- 1999: *Report on Medical Marihuana*, Institute of Medicine. Estados Unidos.

En todos ellos hay conclusiones y aportaciones, a modo de consenso, que se pueden resumir en algunos apartados:

- El riesgo para la salud por el uso de cannabis deriva de la inhalación de humo. Con nocividad equiparable a la del humo del tabaco si bien las dosis habituales de cannabis son inferiores. Según criterios farmacológicos, el balance riesgo-beneficio puede justificar en algunos casos fumar marihuana con indicaciones terapéuticas.
- En algunas personas, el cannabis puede producir dependencia psicológica, siendo mínima su intensidad. El potencial adictivo es el más bajo entre las drogas de amplio uso social (alcohol, cafeína, nicotina, cocaína). Ocasionalmente se ha observado un ligero síndrome de abstinencia, sin relevancia clínica, por lo cual no se ha clasificado en el DSM IV, el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana.
- No hay pruebas biológicas ni estadísticas que puedan confirmar que el cannabis sea la puerta de entrada a otras drogas, descalificando la teoría de la escalada desde la perspectiva biomédica.
- Existen argumentaciones de carácter social que relacionan la accesibilidad del cannabis con otras drogas ilegales al poder coincidir el mercado en los mismos medios marginales. Pero esto no sería una cuestión intrínseca al cannabis sino derivada de su situación sociojurídica.
- Finalmente, todos los informes coinciden en el interés de la marihuana y sus derivados, naturales o sintéticos, en ciertas áreas terapéuticas como el tratamiento del dolor, control de náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia, alteraciones neuromusculares, SIDA, asma y epilepsia. Se insiste en la necesidad de realizar más estudios clínicos con derivados naturales de la planta y también con derivados sintéticos, así como explorar sobre otras vías de administración.

Con todo ello, constatado el fracaso de la “guerra contra la droga”, el puritanismo, la ignorancia y la rentabilidad electoralista y económica, se generan dudas que solo con el tiempo, la evaluación de las experiencias y las investigaciones de estos años darán luz para que los legisladores y políticos actúen consecuentemente. Estamos en un momento histórico de coexistencia de políticas sobre drogas (políticas internacionales del control de la oferta, con las políticas nacionales, regionales y muni-



cipales). Estas últimas, particularmente heterogéneas y cada vez más centradas en la asistencia y el control de la demanda (Romaní, 2001). En los niveles más cercanos a la ciudadanía se desarrollan prácticas y políticas con frecuencia distantes de las orientaciones de las instituciones internacionales (ONU, JIFE,...) y cada vez más alejadas del paradigma penal, cuando no medicalizado que resulta tan contraproducente para la gestión del conflicto social asociado. Las orientaciones más pragmáticas van abriendo amplios espacios de coincidencia social e institucional, configurándose políticas y culturas de reducción del daño que, aunque no modifican la situación legal de las drogas y de los usuarios de ellas, al menos significan una considerable ayuda en sus condiciones sociales y de salud. También es una buena orientación educativa para que el conjunto de la ciudadanía comprenda que ante la imposibilidad de una sociedad libre de drogas, es deseable mejorar las condiciones de vida de quienes las consumen. Para ello, es clara la necesidad de intensificar la reducción del daño que, como tiene un límite determinado por la prohibición de ciertas drogas, la consecuencia será caminar hacia su abolición, desarrollando marcos reguladores para las distintas sustancias hoy ilegalizadas.



# Capítulo 3

## Capítulo 3

### Capítulo 3

Drogas, Leyes y Código Penal.

Significación Jurídica en el Estado español

“En la tardanza está el peligro”

Tito Livio (59 a.C.-17 d.C.)

### 3.1. INTRODUCCIÓN

El régimen autárquico con su aislamiento político y cultural, el atraso socioeconómico y el ideario oficial nacional-católico, configuraban una eficaz barrera contra cierto tipo de sustancias y algunos hábitos de consumo (Usó, 2001) al tiempo que otras drogas (tabaco, alcohol, café) tomaron carta de naturaleza por ser “cosa de hombres”. El “problema de drogas” en el Estado español no tiene su origen hasta después de la muerte del general Franco, en 1975, y surgiría como consecuencia de las aspiraciones de libertad y tolerancia, con algunas dosis tardías del movimiento contracultural desarrollado una década antes en otros países europeos.

Tras los cambios legislativos de 1983, que descriminalizaron el uso y posesión para el consumo de drogas y propiciaron una situación tolerante y permisiva, en 1992 se aprobó la Ley de Protección de Seguridad Ciudadana que significó un gran retroceso en las libertades y derechos individuales. Las multas administrativas por posesión de pequeñas dosis para el consumo han sido desde entonces cuestión cotidiana, alcanzando ya a finales de 1998 a 333.134 personas, jóvenes en su mayoría.

Sin embargo, al tiempo, se dan avances que sintonizan con las políticas y programas de reducción de daños y riesgos: programas terapéuticos de sustitución de opiáceos, distribución de jeringuillas, centros de noche y día, centros de consumo seguro, etc.

Tras la iniciativa del colectivo Agata –grupo de mujeres afectadas de cáncer de mama–, el Parlament de Catalunya, por acuerdo unánime de todos los partidos (PP, PSC, IC-Verdes, ERC, CIU), dio en mayo de 2001, el visto bueno para el uso terapéutico del cannabis, no a través del acceso normalizado a la planta sino a través de cannabinoides sintéticos obtenibles vía hospitalaria y comercializados en otros países. Esta propuesta, presentada ya en septiembre de 1998, en aquella ocasión fue desestimada por una Comisión de Sanidad del Parlamento catalán. En esta línea, propuestas muy parecidas han sido presentadas en el parlamento de Baleares, Junta de Andalucía, Comunidad de Madrid, Parlamento de Navarra, Aragón, ...para el uso

compasivo por enfermos que lo requieran, basándose en las evidencias científicas y clínicas probadas así como en las posibilidades químicas del cannabis. Además, es importante recalcar que en determinados gobiernos y parlamentos autonómicos estamos asistiendo a un desarrollo de iniciativas inimaginables hace pocos años: programas de tratamiento con heroína, posicionamientos parlamentarios sobre el uso médico del cannabis, etc.

En octubre de 2001, el Ministerio de Sanidad y Consumo anunció en el Pleno del Senado que la Agencia del Medicamento había dado luz verde a dos ensayos clínicos para probar la eficacia terapéutica de sendos fármacos derivados del cannabis, el dronabinol y el dexanabinol, para tratamiento del glioblastoma multiforme –un tipo de cáncer cerebral– y el traumatismo craneoencefálico grave respectivamente. Tras la aprobación en varios parlamentos autonómicos para gestionar la autorización del uso terapéutico del cannabis, oficialmente se ha anunciado que los medicamentos con cannabinoides no se comercializarán en España y se dispensarán a petición de los médicos mediante un dificultoso entramado administrativo para un simple medicamento. Un camino muy irregular el del cannabis, en el presente y pasado reciente, pero con el reconocimiento expreso de su interés terapéutico.

### **3.2. LAS DROGAS EN EL CÓDIGO PENAL DE 1995**

La Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre aprobó el texto del Código Penal vigente, el cual, en síntesis, se caracteriza por ser más represivo que el texto anterior y que, salvo en la duración de las penas y la cuantía de las multas, nada ha cambiado respecto a lo contemplado en el artículo 344 del anterior Código penal.

Partiendo de una tipología de políticas de drogas (Muñoz, 2001) que las clasifica en dos tendencias contrapuestas (modelo prohibicionista frente a modelo de despenalización controlada) y una vía intermedia con la política de reducción de daños, es el modelo de represión absoluta o prohibicionista la opción de política criminal que actualmente rige el Código Penal vigente en el Estado español. Consiste en una política de represión penal contra las drogas ilegales con el objetivo de impedir el acceso de los ciudadanos al consumo de tales sustancias. Este mismo modelo es definido, a nivel internacional, por la Convención de Viena de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 20 de diciembre de 1988.

En este modelo represivo, el Código Penal no ofrece un concepto genérico de droga, ni define las características que debe poseer una sustancia para considerarla

droga a efectos jurídicos. Sin embargo, esto no supone una novedad sino la simple continuación del anterior Código Penal de 1973, cuyo artículo 344 contenía la misma expresión literal que el actual artículo 368. Ambos artículos se refieren a las conductas que se consideran delictivas con relación a “drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas”, sin aclarar qué se entiende por las mismas.

Artículo 344 del CP de 1973, redactado conforme a la reforma de 1988 –L.O. 1/1988 de 24 de marzo– señala: “Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con la pena de prisión menor en su grado medio a prisión mayor en su grado mínimo y multa de un millón a cien millones de pesetas, si se tratase de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de arresto mayor en su grado máximo a prisión menor en su grado medio y multa de 500.000 a 50 millones de pesetas en los demás casos”.

Artículo 368 del CP de 1995: “Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a nueve años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratase de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos”.

Respecto a las circunstancias agravantes, sólo señalar que el nuevo Código añade tres nuevas circunstancias a las ya existentes, como son la introducción o difusión en centros asistenciales, la participación en otras actividades delictivas, facilitadas por la comisión del delito y la utilización de menores de 16 años para la comisión de este delito. La reforma del CP de 1988 había establecido como circunstancias agravantes la difusión entre disminuidos psíquicos, en establecimientos públicos, la facilitación a personas en proceso de deshabituación, la adulteración que incremente el riesgo para la salud y el ser autoridad, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador, que se unieron a las ya existentes desde 1983 de difusión a menores de 18 años, en centros docentes, militares o penitenciarios, pertenencia a organización con fines de difusión o notoria importancia.

La indefinición legal del objeto material del delito ha sido criticada por la doctrina penal por las consiguientes dificultades interpretativas que ello genera. Las pro-

puestas de los diferentes autores se pueden resumir en dos posturas fundamentales (Herrero, 1998).

a) La ley penal en blanco

b) La definición elástica

a) *La ley penal en blanco*

Según la doctrina mayoritaria el artículo 368 del Código Penal constituye lo que técnicamente se denomina una “ley penal en blanco”, que se caracteriza por ser un precepto penal, por tanto con rango de ley, que describe un tipo delictivo, sus condiciones de sancionabilidad, rasgos básicos de la conducta sancionable y la pena que se debe imponer, pero no define completamente el “supuesto de hecho” delictivo sino por referencia a otras normas no penales, generalmente de naturaleza administrativa, con cuyo contenido se completa el tipo penal.

En este sentido, el Tribunal Supremo reconoce la admisibilidad constitucional de este tipo de normas afirmando que “son leyes penales en blanco aquellas cuyo supuesto de hecho debe ser completado por otra norma producida por una fuente jurídica legítima” (sentencia de 20 de septiembre de 1990). Por tanto, el artículo 368 CP deberá ser completado con los listados de sustancias contenidos en los convenios internacionales de los que el Estado español es parte. Como consecuencia, será la inclusión o no de una determinada sustancia en tales convenios internacionales lo que determine su consideración legal como droga a efectos penales en nuestro ordenamiento jurídico.

La postura doctrinal de la “ley penal en blanco” cuenta, en general, con el refrendo jurisprudencial del Tribunal Supremo expresado en las siguientes sentencias, entre otras: Sentencias de fecha 11 de octubre de 1974, 22 de junio de 1981, 25 de octubre de 1982, 4 de febrero de 1984, 15 de noviembre de 1984, 7 de mayo de 1984, 15 de noviembre de 1984, 19 de enero de 1985, 15 de julio de 1985, 4 de marzo de 1988, 12 de julio de 1990, 24 de diciembre de 1992, 28 de abril de 1994, 25 de mayo de 1994, 27 de septiembre de 1995, 5 de febrero de 1996, 18 de marzo de 1996 y 11 de septiembre de 1996).

b) *La definición elástica*

Según el otro sector doctrinal que defiende la “teoría de la definición elástica” del Código Penal, no se desprende que haya de acudir a los convenios internacionales

o a la legislación administrativa para complementar el alcance de las expresiones del artículo 368 CP. Asimismo, los partidarios de esta corriente doctrinal entienden que la falta de determinación de las sustancias “prohibidas” permite la creación de un concepto de droga propio de nuestro ordenamiento jurídico, configurado con cierta autonomía de los listados contenidos en los tratados internacionales.

Al analizar esta postura doctrinal, ha sido criticada por el excesivo arbitrio judicial que supondría dejar en manos de los tribunales la calificación de qué sustancias concretas se considerarían drogas y cuales no, con la consiguiente disminución de la seguridad jurídica que exige el principio de legalidad, el cual está reconocido tanto en la Constitución española (art. 25.1º: “nadie puede ser condenado o sancionado por acciones u omisiones que en el momento de producirse no constituyan delito, falta o infracción administrativa, según la legislación vigente en cada momento”), como en el Código Penal (art. 1.1º: “no será castigada ninguna acción ni omisión que no esté prevista como delito o falta en una ley anterior a su perpetración”). Por el contrario, la postura mayoritaria de la “ley penal en blanco”, que supone la remisión a listas de sustancias establecidas por convenios internacionales o a disposiciones administrativas, satisface directamente dicho principio de legalidad.

Por tanto, si el Código Penal se considera ley penal en blanco, exige la complementación de las disposiciones pertinentes que definan el concepto droga y qué sustancias deberán considerarse como tales drogas. Esta regulación se encuentra en la Ley de 8 de abril de 1967 sobre estupefacientes y en el Real Decreto de 6 de octubre de 1977 sobre psicotrópicos; ambos se remiten, a su vez a los listados anexos a los convenios internacionales de 1961 y 1971.

El denominado Convenio Unico sobre estupefacientes, de 30 de septiembre de 1961, ratificado por el Estado español en 1966, engloba como anexos cuatro listas de sustancias. La Lista I, que es la que en este momento nos interesa, ya comprende el opio, la heroína, la morfina, la metadona, la cocaína y el cannabis, entre otros. Posteriormente, la Ley española de 1967 considera estupefacientes (en su artículo 2) las sustancias incluidas en las Listas I, II y IV del Convenio Unico, por lo tanto ya está equiparando el *cannabis* a otras sustancias de muy diferente categoría.

El Convenio de Viena sobre sustancias psicotrópicas, de 21 de febrero de 1971, ratificado por el Estado español en 1973, no entró en vigor hasta 1976. Dicho Convenio incluye dos anexos: el primero de ellos se refiere a las sustancias psicotrópicas a su vez con cuatro listas (alucinógenos, anfetaminas, barbitúricos y otras sustancias) 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. Por tanto, el cannabis vuelve a ser incluido en la Lista I.

El Tribunal Supremo, en este sentido, desde el inicio ha optado por la postura de la ley penal en blanco, con lo que se obvia la paradoja de que existan drogas perseguidas de menor potencial adictivo y menor incidencia en la salud de los consumidores que otras perfectamente legales (González, 2000) acudiendo a las listas anexas a los convenios ratificados.

Al mismo tiempo, la ley española clasificó las drogas ilegales en dos categorías, atendiendo al grado de nocividad de la sustancia, desde la reforma del Código Penal de 1983. A partir de ese momento se sanciona más gravemente el delito cuando tiene por objeto “sustancias que causan grave daño a la salud”, siendo inferiores las penas cuando se refieren a sustancias cuya nocividad es inferior, o también llamadas drogas blandas. A pesar de dicha clasificación, el Código no enumeró aquellas sustancias que se consideran especialmente nocivas, con lo cual ha sido la Jurisprudencia la que ha categorizado las drogas ilegales contenidas en los tratados internacionales como causantes de mayor o menor daño a la salud.

El 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. La Jurisprudencia, en múltiples resoluciones (STS de 4 de septiembre de 1983, 20 de febrero de 1984, 3 de diciembre de 1984, 24 de julio de 1991, 15 de octubre de 1991, 24 de septiembre de 1993, 8 de noviembre de 1995 y 17 de octubre de 1996, entre otras) ha catalogado el hachís, marihuana, grifa y aceite de hachís como drogas blandas.

### **3.3. LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA. LEY ORGÁNICA 1/92 DE PROTECCIÓN DE SEGURIDAD CIUDADANA**

Los comportamientos relacionados con las drogas se encuentran regulados legalmente desde dos puntos de vista: el derecho administrativo sancionador (L.O. 1/92 de Protección de la Seguridad ciudadana) y el Derecho Penal (art.368 y ss. del Código Penal). Esta doble regulación sobre la materia drogas se debe a que, por un lado, el Derecho Penal tiene atribuida, como una de sus funciones, castigar aquellos atentados más intolerables al bienestar de la sociedad, mientras el derecho administrativo sancionador se encarga de aquellas actuaciones que, sin ser tan graves como para justificar la aplicación del Derecho Penal, el Estado considera que se deben perseguir. De esto se deduce que, ante un mismo comportamiento, se pudieran aplicar ambas



legislaciones. Por ejemplo, si se posee algún derivado cannábico en la vía pública con la finalidad de su consumo será aplicada la L.O. 1/92, sin embargo, si la finalidad es la venta o incluso la donación será el Código Penal el que se aplique.

La Ley orgánica 1/92 de Seguridad Ciudadana, desde el momento de su aprobación, fue criticada por suponer una actualización de la Ley de peligrosidad social y delincuencia de 1970, ya que criminalizaba a un sector de la población sin dar respuesta a la cuestión droga. En 1993, sin haber cumplido dos años dicha ley orgánica, el Tribunal Constitucional calificó de inconstitucionales aquellos preceptos de la “Ley Corcuera” (denominación extendida por ser el Ministro de Interior de aquel momento D. Jose Luis Corcuera) que violaban, entre otros derechos, la inviolabilidad de domicilio. Sin embargo, no cuestionó la calificación de los preceptos relativos al consumo de drogas, lo cual ha convertido a los consumidores de cannabis en los principales perjudicados de la aplicación de esta ley.

El artículo 25 de esta ley define como infracciones graves a la seguridad ciudadana “el consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita aunque no estuviera destinada al tráfico, de drogas tóxicas, estupeficientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya infracción penal, así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos utilizados para su consumo”.

Por tanto, la Ley de protección sobre Seguridad Ciudadana de 1992 establece que serán castigados con multa administrativa dos comportamientos:

- el consumo en vía pública
- la tenencia ilícita de drogas

De esta última situación se puede deducir que hay una posesión lícita que se produce desde el momento en que una persona adquiere la sustancia hasta el momento en que la consume en su domicilio u otro espacio privado. Sin embargo, ha sido considerada que tal tenencia también es ilícita acogiéndose a la Ley 17/67, de 8 de abril, que reconoce en su artículo 22 que la posesión de drogas será lícita únicamente en cuatro situaciones: para uso médico, industrial, científico o docente. Con lo cual, se ha tenido en cuenta este marco legal para plantear iniciativas de uso y tenencia lícitos del cannabis.

Respecto al precepto que nos ocupa, el art.25.1 no sólo obliga a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado a actuar contra la tenencia ilícita en lugares públicos, sino también cuando ven abandonados instrumentos utilizados para su consumo. Es

cuestionable qué útiles o instrumentos –como pudieran ser una colilla de un porro, papel de fumar, pipas...– encontradas en la vía pública puedan atentar contra la seguridad ciudadana. Aún así, el debate sobre su constitucionalidad no fue cuestionado por el Tribunal Constitucional.

Asimismo, estas infracciones, de acuerdo con el art.28 de la L.O. 1/92, serán sancionadas con una multa desde 50.001 hasta 5.000.000 de pesetas, dependiendo de la cantidad intervenida al infractor. Se contempla, también, la posibilidad de sancionar al infractor con la suspensión de hasta tres meses del permiso de conducir vehículos de motor y/o con la retirada de la licencia de armas. En todos los casos se procederá a la incautación de las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas que porte el infractor.

Según los datos (Usó, 2000) del número total de personas sancionadas por aplicación de la L.O 1/92, desde que entró en vigor en marzo de 1992 hasta final de 1997 y de acuerdo con el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Interior, el resultado es el siguiente:

- Entre 1992 y 1997 el total de sanciones en el Estado español ha recaído en 241.141 personas.
- En ese mismo periodo las comunidades autónomas más multadas han sido: Andalucía con 55.783, Valencia con 49.713 y Catalunya con 35.428 multas. Por el contrario, las comunidades autónomas menos multadas han sido: Melilla con ningún caso de multa por aplicación de esta ley, Ceuta con un solo caso y Aragón con 7 casos.
- Según los datos del Ministerios de Interior, durante 1999, un total de 55.456 personas fueron detenidas y/o denunciadas por tráfico, y en el año 2000 las detenciones alcanzaron la cifra de 98.000 personas.

### **3.4. DELITO POR TRÁFICO DE DROGAS. INTERPRETACIONES**

El delito de tráfico de drogas que no causan grave daño a la salud, como son los derivados cannabicos, se castiga en el artículo 368 con pena de prisión (de duración entre 1 y 3 años) y multa, cuyo importe dependerá del valor de la droga objeto del delito. Una vez calculado dicho importe, la cuantía de la multa oscilará entre dicho importe y el doble del mismo. A su vez, el artículo 377 CP indica que el valor de la droga, a los efectos del artículo 368 “será el precio final del producto o, en su caso, la recompensa o ganancia obtenida por el reo, o que hubiera podido obtener”.

En la práctica judicial son tenidos en cuenta los informes semestrales de la Oficina nacional de estupefacientes, dependiente del Ministerio del Interior, relativos al precio medio de las drogas en el mercado ilícito.

Respecto a la condena por delito de tráfico de drogas, y en concreto al tráfico de cannabis, resulta de gran información el siguiente cuadro I.

**Cuadro I. Penas aplicables en el delito de Tráfico de Cannabis**

<b>Penas</b>	<b>Tipo básico Art.368 CP</b>	<b>Tipos agravados Art. 369 CP</b>	<b>Tipos ultragraves Art. 370 CP</b>
Prisión	Mínimo 1 año Máximo 3 años	Mínimo 3 años Mín. 4 años y 6 meses	Máximo 4 años y 6 meses Máx. 6 años y 9 meses
Multa	Tanto al duplo valor droga	Tanto al cuádruplo valor droga	Tanto al séxtuplo valor droga
Inhabilitación especial	Para empleo o cargo público, profesión o comercio 3 a 10 años		
Inhabilitación absoluta	Si el hecho lo comete la autoridad en ejercicio de su cargo 10 a 20 años		

Fuente: Herrero, 2000

Respecto al tráfico, es constante la jurisprudencia del Tribunal Supremo (STS de 12 de abril de 2000, entre otras) que considera el destino al tráfico o a la venta como elementos integrados en el tipo penal. Esto significa que para que exista infracción penal han de inferirse una serie de circunstancias que rodean al hecho, como la cantidad de droga, los medios o instrumentos adulterantes o para la comercialización de la droga, las circunstancias y recursos económicos con los que cuenta el sujeto activo, y que estos sean incongruentes con su posición económica, o cualesquiera otras que revelen las intenciones de participar en conductas de tráfico.

En este sentido, la jurisprudencia es unánime en exigir en los casos de cultivo de sustancias que exista un ánimo de difundir la droga entre terceras personas (STS de 19 de septiembre de 1983, 21 de diciembre de 1983, 31 de enero de 1984, 10 de abril de 1984 y 17 de marzo de 1994).

Respecto a la agravante de notoria importancia, la jurisprudencia coincide al exigir como cantidad mínima cinco kilogramos de cannabis, en seco y sólo las partes aprovechables. Es significativa una sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia de

fecha 11 de diciembre 1997 que absuelve por la incautación de 31.865 gramos de *cannabis sativa* recién arrancada y que una vez convenientemente seca y depurada se encontró que la cantidad aprovechable se reducía a tan sólo 3000 gramos.

Asimismo, es reiterada la doctrina jurisprudencial que declara que la cantidad de droga que se considera como mínima para que exista el delito de tráfico, debe estar en proporción a la mayor o menor concentración dentro del producto o sustancia que lo contenga, y que depende del peso y pureza o riqueza en principios activos, THC para los derivados cannábicos ( STS de 17 de octubre de 1996, 17 de marzo de 1999).

Por lo tanto, el criterio jurisprudencial para la marihuana exigirá que el peso de las hojas y sumidades floradas, con o sin tallo y semillas intervenidas se realice una vez procedido a su secado, ya que es así como nos encontramos en una situación real de consumo tal como indican las sentencias del Tribunal Supremo de 23 de julio de 1997 y de 24 de septiembre de 1993. Como consecuencia, se observa una línea de interpretación jurisprudencial que obliga a descontar de las plantas verdes la humedad, los tallos, las raíces y demás partes no aprovechables (Sentencias de la Audiencia Provincial de Valencia de 11 de diciembre de 1997, Audiencia Provincial de Cádiz de 5 de febrero de 1997 ó Audiencia Provincial de Vizcaya de 19 de septiembre 1997).

También es destacable en este apartado, aún no teniendo obviamente el valor de Jurisprudencia del Tribunal Supremo, una sentencia dictada por el Juzgado de lo Penal nº 3 de la ciudad de Valencia en fecha 14 de mayo de 2001. En esta sentencia el juez absuelve a cuatro agricultores acusados de un delito contra la salud pública motivado por la incautación de cinco plantas de *cannabis sativa* en una plantación agrícola que los cuatro explotaban. La defensa alegó las propiedades fitosanitarias del cannabis dentro de la horticultura ecológica que los acusados practicaban, y el juez aceptó una duda razonable respecto del ulterior destino para el tráfico de dichas plantas.

### **3.5. ANÁLISIS DE LA DOCTRINA JURISPRUDENCIAL SOBRE EL CONSUMO COMPARTIDO, TENENCIA, DONACIÓN...**

Se ha visto en los apartados que preceden cómo la tenencia de cannabis, cuando está destinada al auto-consumo, resulta impune o, al contrario, delictiva cuando existe una finalidad de distribución de la sustancia a terceras personas. Por tanto, resulta imprescindible la determinación de tal intención o finalidad para llevar adelante un proceso penal. En este asunto el Tribunal Supremo señala una serie de indicios fundamentales para realizar una valoración judicial del conjunto de las pruebas (Herrero, 2000). Los aspectos a analizar son los siguientes:

- La condición o no de consumidor del portador de la droga y la acreditación de la cantidad habitualmente consumida por el mismo.
- La cantidad de droga poseída.
- La distribución de la droga en dosis listas para su posible venta y presentadas en la forma habitual en el mercado ilegal.
- La tenencia de productos utilizados habitualmente para alterar la droga.
- La tenencia de instrumentos utilizados para dividir la droga en dosis, tales como balanzas de precisión, cuchillos con señales de haber sido calentados para cortar mejor el hachís...
- Las circunstancias del hallazgo policial de la sustancia, lugar de aprehensión y razones del poseedor de la droga para encontrarse allí.
- La incautación de cantidades notables de dinero sin procedencia lícita justificable.
- La existencia en poder del poseedor de la droga o en su domicilio de notas o contabilidades indicativas de venta de droga.
- Grabaciones, con autorización judicial, de conversaciones telefónicas de esa persona relativas a operaciones de compraventa de droga.
- Las visitas continuas de personas consumidoras en el domicilio de la persona a la que se le ocupa la sustancia, como indicio de posibles ventas en pequeñas cantidades.

Una vez realizada la valoración judicial del conjunto de pruebas por el tribunal competente, se manifestará la decisión judicial sobre el posible destino al tráfico de la droga poseída.

A continuación, se ha realizado una recopilación de comentarios jurisprudenciales sobre los términos “consumo compartido, tenencia y donación” extraídos de sentencias del Tribunal Supremo, en aplicación del Código Penal antiguo y el vigente, así como algunas interpretaciones de sentencias de las Audiencias Provinciales del País Vasco aplicando el Código Penal actual:

*a)* Sentencia 118/1998, 20-4-1998

La posesión con fines de tráfico ha de probarse por la acusación. Será a través de indicios como se obtenga el juicio de valor para estimar dicha finalidad por el juzga-

dor. La jurisprudencia acoge para ello no sólo la cantidad, sino también los objetos hallados en su poder (envases, envoltorios, pesas de precisión, adicción a la droga...).

b) Sentencia TS 2ª S, 1-7-1997

“La finalidad de tráfico de la sustancia o sustancias ocupadas implica una cuestión subjetiva, pero no referida al tema de la presunción de inocencia que se satisface con la prueba de la aprehensión en poder del acusado” (Por tanto no es posible alegar vulneración del art.24CE cuando por indicios se considera que ha habido delito de tráfico).

“Si se alegara la tesis del recurrente, que la droga ocupada iba a ser consumida en una fiesta con otros amigos, ello también implicaría delito en cuanto favorecimiento al consumo ajeno de tales ilícitas sustancias”. Por lo tanto, en caso de llegar a defender un consumo compartido existe el riesgo de que se incluya en este favorecimiento.

En relación con la difusión de drogas a terceros, núcleo medular de la incriminación de las conductas que se tipifican en el art.368 CP, la jurisprudencia se ha ocupado de estudiar y diferenciar los supuestos de un acto de donación de una sustancia estupefaciente para el consumo del donatario, llegando a circunstancias diversas, en atención a las circunstancias concurrentes al caso.

c) La Sentencia de 25 de septiembre de 1995 sienta la siguiente doctrina: “La entrega de drogas tóxicas o estupefacientes por su tenedor a otra persona para su consumo por ésta constituye un acto de tráfico encuadrable en el tipo penal descrito en el –hoy derogado– artículo 344, aún cuando no conste existir una contraprestación económica por parte del receptor de la droga, criterio reiteradamente acogido en la doctrina del Tribunal Supremo, sala 2ª” (Sentencia de 16 de marzo 1995).

Añadiendo que, aunque existe una reciente línea jurisprudencial que acoge la impunidad del consumo compartido por personas ya adictas, se precisa acreditar en tales casos que no existe el riesgo del consumo indiscriminado por terceras personas para lo cual se viene insistiendo por la jurisprudencia en que la entrega, además de sin contrapartida económica, determine un consumo inmediato en presencia de quien la hace (Sentencias 12 y 27 enero, 14 febrero, 3 y 28 de marzo y 23 de mayo de 1995). No obstante, conviene perfilar de manera precisa los requisitos que deben concurrir para que el autoconsumo compartido sea impune al no generar un riesgo o peligro difuso para la salud pública, como hace la sentencia de 23 de mayo de 1995.

Por lo tanto, los requisitos que deben concurrir para que el consumo compartido se considere impune son los siguientes:

- En primer lugar, se requiere que los consumidores potenciales se hayan concertado previamente para comprar la droga, adquiriéndola bien conjuntamente o encomendando a alguno de ellos la tarea material de proveerse de la sustancia estupefaciente. Ello supone una aportación conjunta de la cantidad de dinero necesaria para la transacción sin que sea necesario que la contribución de cada uno de ellos sea idéntica o proporcional a la cantidad que efectivamente se pensaba consumir.
- En segundo lugar, es necesario que el número de potenciales consumidores no desborde el círculo de los concertados y no se extienda a terceras personas que pudieran participar en la ingesta tanto a título oneroso como lucrativo.
- Asimismo, el consumo se constriñe, por lo general, al ámbito espacial en que los consumidores desenvuelven sus relaciones y sus hábitos de consumo.
- Por último, es preciso que todos ellos sean consumidores y que, por lo tanto, el sector de los adictos no se vea incrementado por la invitación a participar realizada a personas que no están dentro del acuerdo inicial.



# Capítulo 4

## Capítulo 4

### Capítulo 4

Opinión de los operadores  
jurídicos acerca del cannabis.  
Un estudio en la Comunidad  
Autónoma del País Vasco

“Oír o leer sin reflexionar  
es una ocupación inútil”

Confucio (551-479 a. C.)



## 4.1. METODOLOGÍA

Este trabajo realizado en el año 2001, durante los primeros meses del año, se ha basado en la información aportada por un cuestionario dirigido a profesionales del ámbito jurídico y orientado a conocer sus opiniones sobre diversos aspectos sociales y legislativos. Este cuestionario “ad hoc”, constaba de 41 ítems, cerrados y abiertos, recogidos en cinco áreas diferenciadas (Ver anexo I). Las opciones de respuesta, en un buen número de ítems, fue múltiple para, de ese modo, evitar problemas de sensibilidad en el estudio.

La primera parte del cuestionario, que consta de 6 ítems, indaga sobre la opinión que tienen estos profesionales sobre los usos del cannabis y derivados. De 7 ítems relacionados con las actuaciones ante el consumo consta la segunda parte del cuestionario. La tercera parte se encuentra bajo el título de legislación y en ella a través de 18 ítems, se recoge información de la legislación sobre cannabis. Sobre las políticas de drogas se refieren la cuarta parte, terminando el cuestionario con cinco ítems básicos de información sociodemográficas.

Una vez editado el cuestionario en formato cuadernillo de doble entrada (euskera-castellano), se envió a través de la Secretaría de Drogodependencias (actualmente Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco), los cuestionarios a todos los jueces, fiscales y médicos forenses de cada juzgado y sección de cada Audiencia Provincial de los tres territorios del País Vasco.

A través de listados proporcionados por los Colegios de Abogados de los tres territorios y mediante extracción aleatoria, se seleccionaron los abogados a los que se envió el cuestionario, al igual que los profesores de derecho penal en tres campus universitarios de la Universidad del País Vasco y la Universidad de Deusto. El cuestionario fue contestado de manera completamente anónima y voluntaria y siendo remitido a la Secretaría de Drogodependencias, la cual lo enviaba a Ekimen<sup>1</sup> que se encargó del tratamiento de datos.

---

<sup>1</sup> Ekimen, Investigación sobre Sustancias y Salud mental/ Sustantzia eta buruko Osasunaren Ikerketa.

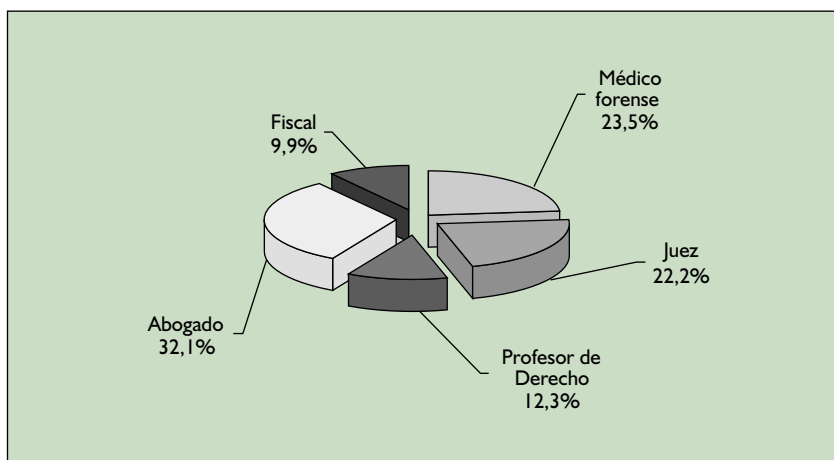
Este trabajo ha sido elaborado con la opinión de 81 profesionales relacionados con la Administración de Justicia del País Vasco; jueces, fiscales, abogados, profesores de derecho Penal y médicos forenses.

Los datos fueron tratados con el paquete estadístico SPSS 9,0 y expresados en porcentajes. Los datos recogidos de estos profesionales no arrojan resultados estadísticamente significativos, puesto que no se pretendía una muestra representativa, que necesariamente hubiera sido mucho más amplia. Sí son orientativos estos resultados de un estado de opinión en un importante número de personas que cotidianamente desarrollan su actividad profesional, y con frecuencia esta está relacionada con los actores de la producción, distribución comercialización o consumo del cannabis o algunos de sus derivados.

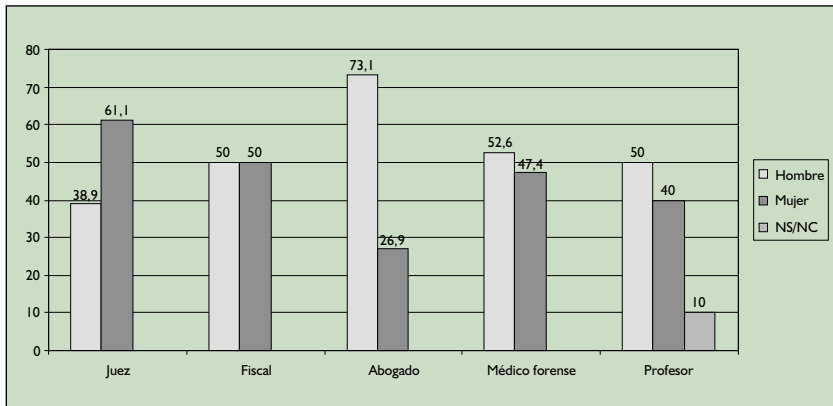
## 4.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Según *profesión*, el 22,2 % de la muestra eran jueces, 9,9 % fiscales, 32,1% abogados, 23,5% médicos forenses, 12,3% profesores de derecho penal de la universidad. De estas 81 personas, el 55,6% eran *hombres* y el 43,2% *mujeres*, encontrándose las mujeres en mayor número entre los jueces y en igual proporción entre los fiscales, siendo en las demás profesiones hombres en mayor porcentaje, sobre todo entre los abogados que han contestado el Cuestionario. (Ver figuras 1 y 2).

**Figura 1. Profesión**



**Figura 2. Sexo según profesión**



Los profesionales entrevistados ejercen en alguno de los tres territorios históricos vascos, siendo Bilbao el lugar donde más opiniones se han recogido, por ser la capital que concentra el grueso de profesionales. Los profesores de Derecho Penal corresponden a los campus universitarios de: Deusto, Donostia y Leioa (Cuadro I).

**Cuadro I. Población del estudio por Territorio**

	BIZKAIA	GIPUZKOA	ÁLAVA	NS/NC	TOTAL
JUECES	14	3	0	1	18 (22,2%)
FISCALES	5	2	0	1	8 ( 9,9%)
ABOGADOS	18	6	2		26 (32,1%)
PROFESORES	5	4	0	1	10 (12,3%)
MÉDICOS FORENSES	16	3	0		19 (23,5%)
TOTAL	58	18	2	3	81

Estos profesionales llevan una media de *tiempo ejercido profesionalmente* de  $8,1 \pm 5,7$  años, siendo más frecuente los 8 años. La persona más joven que contestó el cuestionario tenía 28 años y la de mayor edad 50 años, sin embargo la media es de  $37,7 \text{ años} \pm 5,9$  siendo la *edad* más contabilizada la de 36 años, por lo que hablamos de una muestra joven en edad pero con notable experiencia. Es destacable el hecho de que una parte importante del grupo de jueces y fiscales estaban desempeñando sus funciones en calidad de sustitutos, con el carácter de temporalidad y movilidad que implica dicha situación, y que puede explicar la juventud y la gran experiencia en parte de la muestra.

### 4.3. USOS DEL CANNABIS

#### 4.3.1. Información sobre los efectos

Al preguntar sobre si se consideraban informadas sobre los efectos de las sustancias cannábicas, casi la mitad (48,1%) de las personas declaran que se sienten mucho o bastante informadas, el 43,2% dicen que son escasos sus conocimientos sobre los efectos de estas sustancias y solo un 3,7% se siente nada informado. Entre ellos los médicos forenses y los abogados son los que declaran sentirse más informados. (Ver figuras 3 y 4).

Figura 3. Informado de los efectos

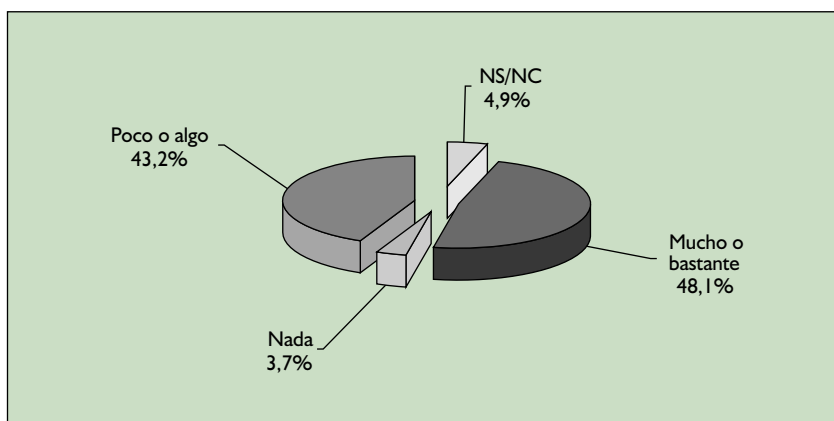
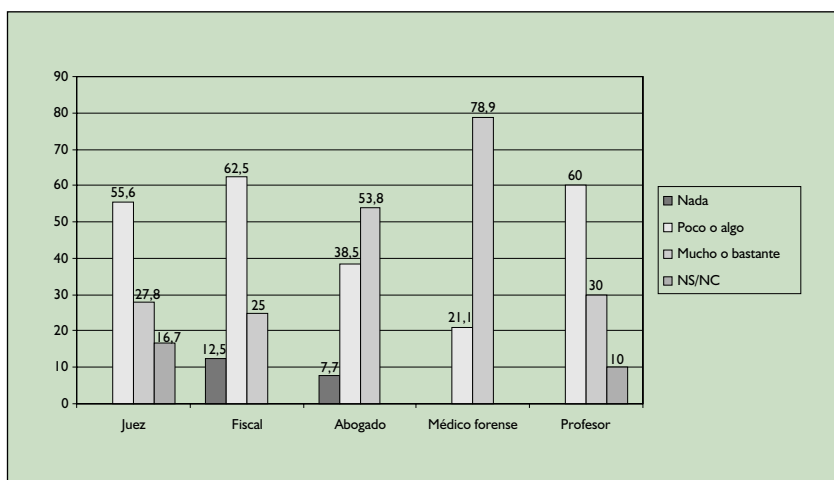


Figura 4. Información sobre los efectos según profesión



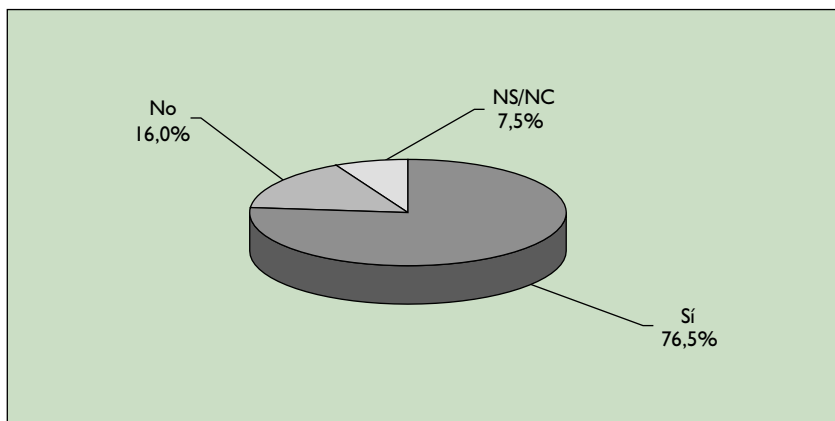
Como es de esperar los médicos forenses declaran en mayor porcentaje (78,9%) que se sienten muy o bastante informados de los efectos, aunque si parece sorprendente la poca información que declara tener más de la mitad de jueces, fiscales y profesores de universidad. (Ver figura 4).

### 4.3.2. Peligrosidad del consumo

El 76,5% de estas personas opina que el consumo habitual de cannábicos entraña peligro, el resto opina que no entraña peligro (16%) o se abstiene de contestar (7,5%). Esta opinión sobre la peligrosidad es más extrema entre estas personas preguntadas que la de la población general.

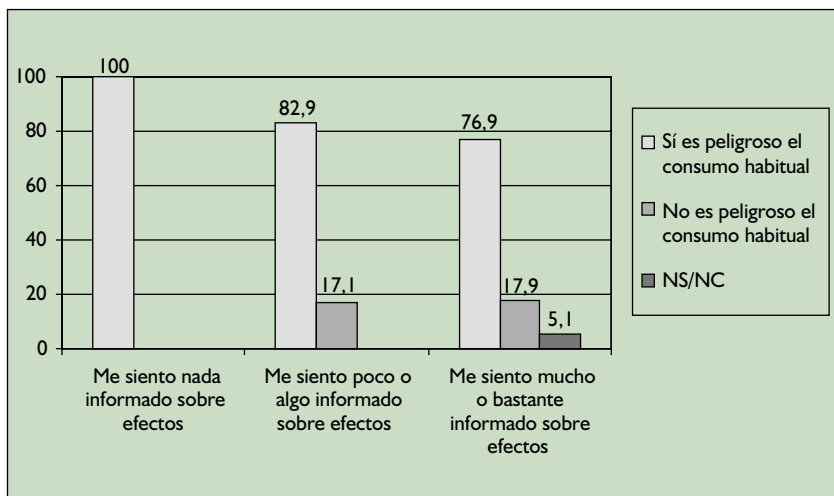
Esta opinión sintoniza con la de otros grupos e instituciones “antidrogas”. En un estudio realizado por la FAD (Megías y otros, 2000), el 58,4% de la población adulta considera que el cannabis es bastante o muy peligroso mientras que el resto se repartían entre quienes opinaban que era regular, poco o nada peligroso.

**Figura 5. Peligrosidad del consumo habitual**



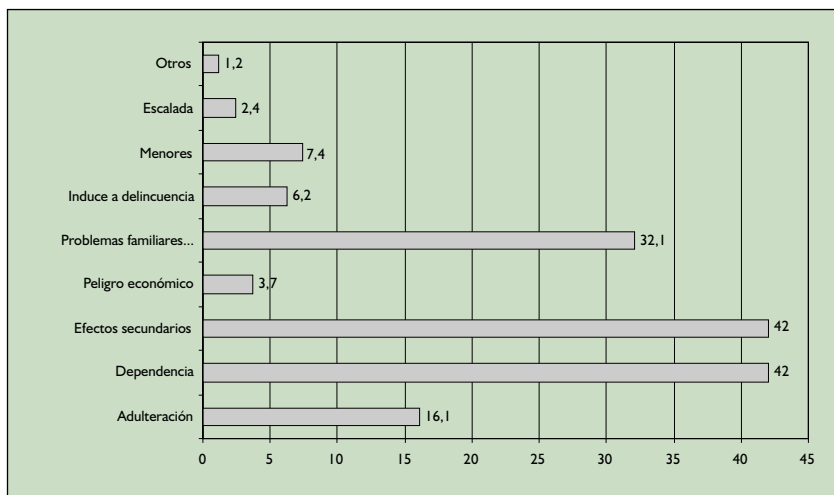
El 100% de los que se sienten nada informados sobre los efectos del cannabis opinan que es peligroso al igual que el 82,9% de los poco o algo informados sobre los efectos que opinan que es peligroso, el 76,9% de los que se sienten bastante informados opinan que es peligrosa. Es curioso destacar como dentro del grupo de los poco o algo informados sobre los efectos está el grupo más numeroso de los que dice ser peligroso el cannabis y que a medida que se sienten más informados baja el porcentaje de profesionales que cree en la peligrosidad del consumo habitual, aunque bien es verdad que el descenso es pequeño. (Figura 6).

**Figura 6. Percepción de peligrosidad del cannabis según el grado de información**



Los *efectos secundarios* en la salud ocasionados por el consumo de cannabis es la primera razón y la más elegida en primer lugar (42,0%) de peligrosidad del consumo habitual de cannabis más destacada por este grupo de personas, a la dependencia (42,0%), los problemas familiares que puede acarrear este consumo habitual (32,1%), y la adulteración (16,1%) recibiendo muy escasa consideración la inducción a la delincuencia o los riesgos económicos.

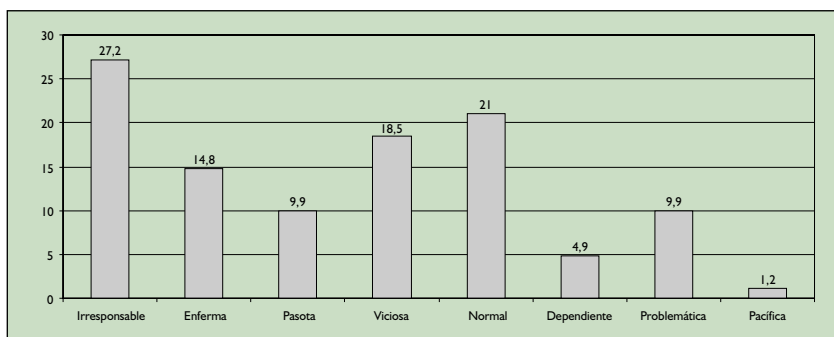
**Figura 7. Peligrosidad del consumo**



### 4.3.3. Calificación del usuario

Las personas consumidoras de cannabis de forma habitual son calificadas de irresponsables (27,2%), viciosas (18,5%), enfermas (14,8%), pasotas (9,9%) o problemáticas (9,9%). Es minoritaria la calificación de la persona usuaria de cannabis como persona normal o sencillamente fumadora cannábica, situándose en la quinta parte de quienes participan en este estudio (21%). Todos los calificativos que se mostraron en el ítem nº 4 fueron elegidos en alguna medida, exceptuando el calificativo de delincuente. (Figura 8).

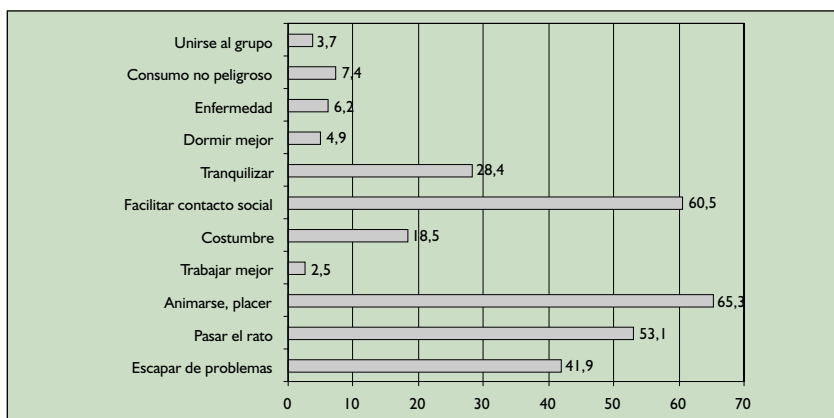
**Figura 8. La persona que consume cannabis de forma habitual es...**



### 4.3.4. Por qué se consume cannabis

Cuando se les pregunta a estas personas el porqué creen que se consumen productos cannábicos, se apunta principalmente, que para animarse y experimentar placer (65,3%), para facilitar el contacto social y la conversación (60,5%), para pasar el rato (53,1%), por escapar a problemas personales (41,9%). (Ver figura 9).

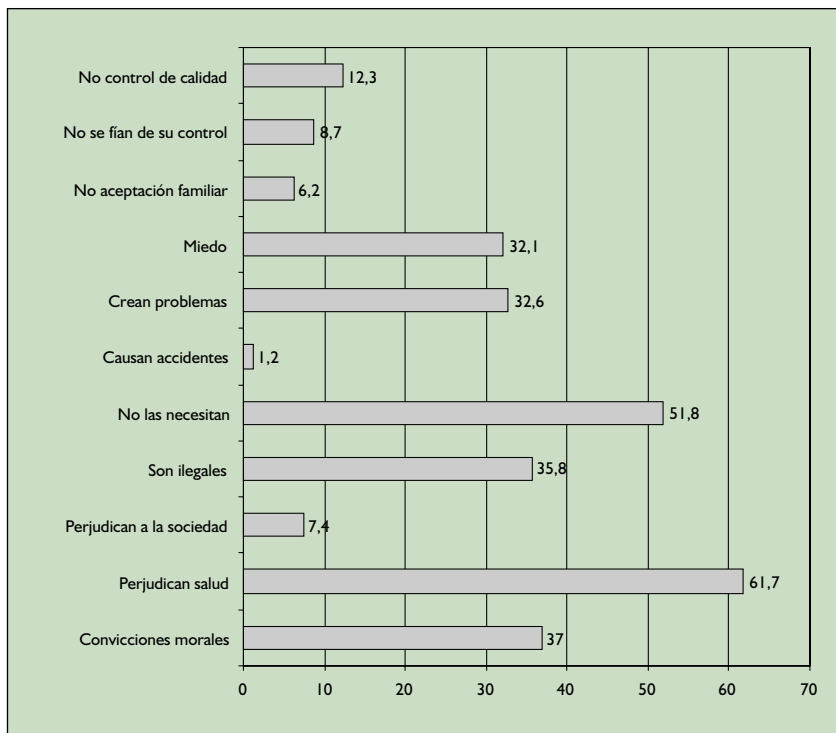
**Figura 9. Por qué se consume cannábicos**



### 4.3.5. Razones para no consumir

Entre las razones principales de algunos sectores de la población para no consumir sustancias cannábicas, se argumentan las razones sanitarias en primer lugar (61,7%), el sentirse bien y no necesitarlas (51,8%) en segundo lugar y las convicciones personales de tipo moral (37%) como tercera razón, su situación de ilegalidad (35,8%), generadoras de problemas (32,6%) o al miedo (32,1%). (Ver figura 10). Otras posibles razones relacionadas con el control de calidad, la no aceptación familiar, la accidentabilidad o el perjuicio social fueron secamente apoyadas.

**Figura 10. Razones para no consumir**



## 4.4. ACTUACIONES ANTE EL CONSUMO

### 4.4.1. Instituciones y drogodependencias

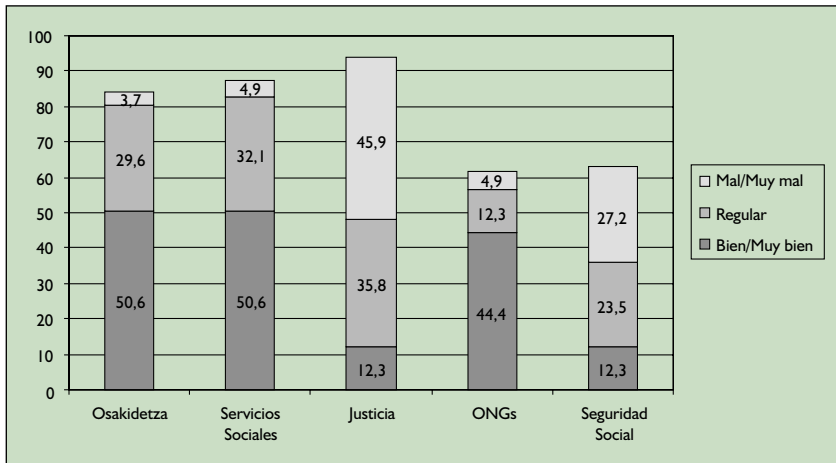
A través del ítem número 7 se quiso saber la opinión que tenían estas personas, acerca de las distintas instituciones a la hora de asumir las drogodependencias.

Los Servicios Sociales y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) en la atención a la salud mental, son valoradas con “buena o muy buena respuesta” (50,6%) en la inter-



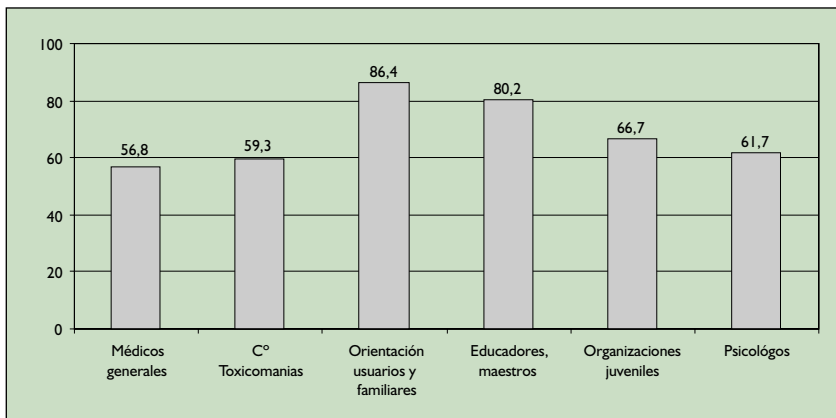
vención en drogodependencias, seguidas por las ONG's (44,4%). En cambio la Administración de Justicia es vista con una "muy mala o mala" respuesta en el casi 46% de los casos preguntados, seguidos en peor calidad la opinión sobre la Seguridad Social (27,2%), si bien en este caso el porcentaje de no respuesta (37%) orienta hacia un importante desconocimiento de esta institución, al igual que ocurre con la de las ONGs que, aunque con valoración más positiva, parece ser desconocida su labor entre las personas encuestadas. (Ver figura 11).

**Figura 11. Respuesta de las instituciones a las drogodependencias**



#### 4.4.2. Recursos de ayuda

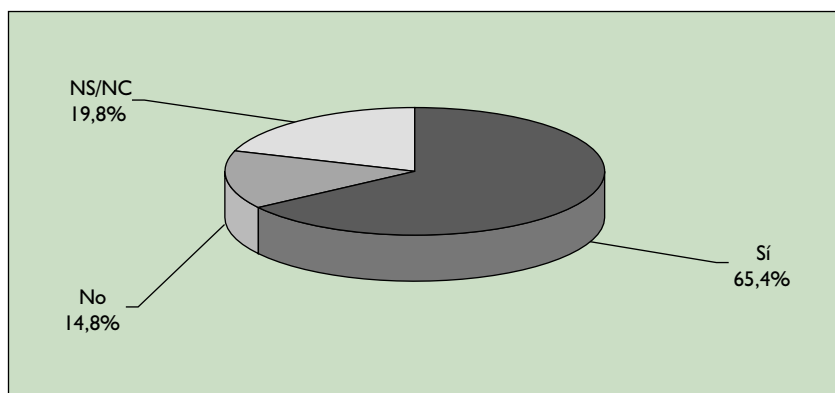
**Figura 12. Recursos de ayuda para los consumidores de cannábicos**



Los recursos centrados en la orientación a usuarios y familiares (86,4%), al igual que la recibida a través de educadores o maestros capacitados (80,2%), son los recursos específicos vistos como más necesarios para los consumidores de cannabis. En otra categoría es vista la ayuda específica recibida por las organizaciones juveniles (66,7%) y los psicólogos (61,7%). Por último los recursos sanitarios como por ejemplo los centros de toxicomanías (59,3%) y los servicios médicos generales (56,8%), también son demandados como necesarios aunque a notable distancia de los primeros. (Ver figura 12).

#### 4.4.3. La Administración ante el consumo

**Figura 13. La Administración debe actuar ante el consumo excesivo**

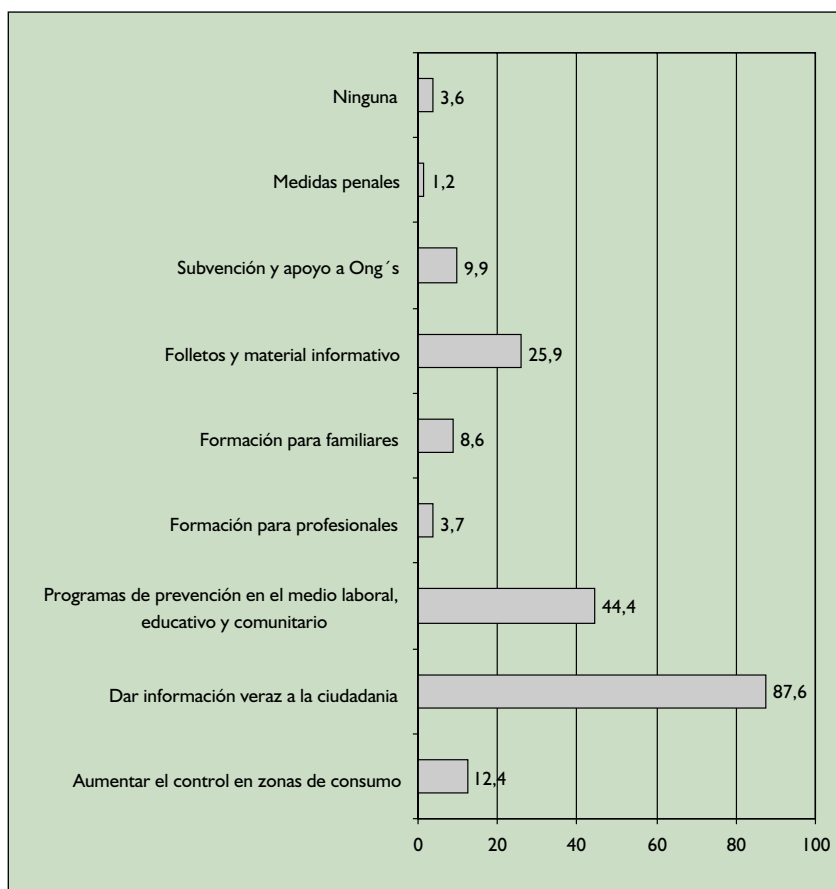


La Administración pública se debe implicar y actuar ante el consumo excesivo de cannabis para más de la mitad de estas personas (65,5%) a las que se pidió su opinión. Algunas de estas personas que consideran que la Administración se debe implicar y actuar ante el consumo excesivo de cannabis, apuntan maneras distintas de intervención, como pueden ser las medidas informativas y preventivas (32,1%), informar sobre efectos y riesgos (23,5%), una parte de estas personas y dentro de la línea de prevención ya apuntada anteriormente cree que se deberían centrar los esfuerzos en los niños y jóvenes (8,6%). Otro grupo de opiniones minoritarias se centra más en intervenciones jurídicas; abogando por una postura más restrictiva en la que se controle e ilegalice este consumo, apuntando al cambio de las leyes o creando medidas jurídicas más adecuadas, quizás las mismas que las que se toman para el alcohol y el tabaco. El papel de la Administración para algunos se debería ceñir a crear programas de desintoxicación y reinserción, aunque alguna voz se alza a favor ante todo del respeto a los consumidores de esta sustancia.

#### 4.4.4. Actuaciones frente al consumo

Estas contestaciones, del apartado anterior sintonizan con las acciones propuestas en el apartado 10 del cuestionario contestado (Anexo I), en el que se eligen como actuaciones más eficaces frente al consumo excesivo de cannabis, “el dar información veraz a la ciudadanía sobre la sustancia, los efectos y los riesgos de su consumo” (87,6%) así como “la implantación de programas de prevención en el medio laboral, educativo y comunitario (44,4%)” y diseñar “folletos y material informativo y educativos” (25,9%). Ya a mayor distancia, creen que debiera promoverse la “formación a los familiares” (8,6%) y “para profesionales” (3,7%). Son pocos los que abogan por medidas restrictivas como el aumento del control en discotecas, bares y zonas de consumo y de encuentro de población juvenil (12,4%). Por último un 9,9% apoya la subvención y apoyo institucional a ONGs y profesionales sensibilizados en este campo.

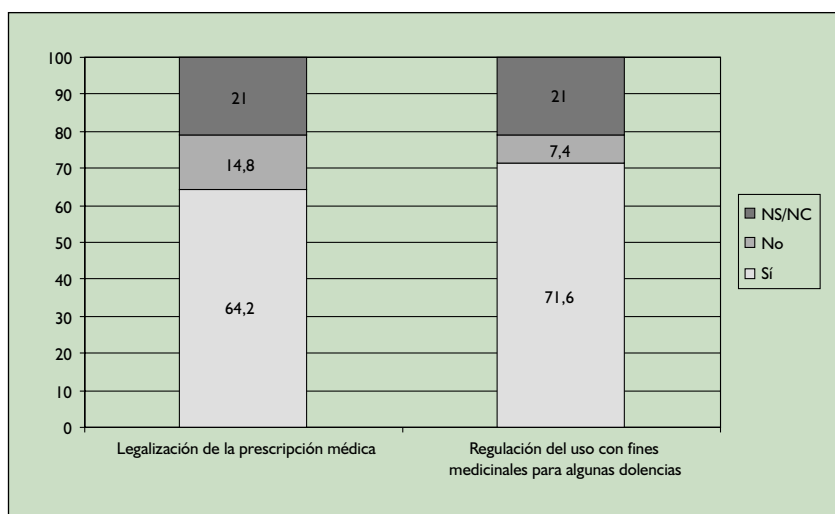
**Figura 14. Actuaciones frente al consumo excesivo**



#### 4.4.5. Prescripción médica legal

Más de la mitad de los preguntados 64,2% contestaron que sí debería considerarse legal la prescripción médica del cannabis. Sólo un 14,8% se posicionó abiertamente en contra de esta medida. Cuando en cambio se habla de regular el cannabis con fines medicinales para dolencias ya investigadas por su eficacia en trastornos como el asma, vómitos, náuseas, diarrea, insomnio... las personas a favor son un 71,6% y solo un 7,4% dicen que no (Figura 15), permaneciendo invariable la cantidad de personas que no opinan. Curiosamente si nos fijamos en la profesión de las personas que rechazan la posibilidad de la prescripción legal o la regularización del cannabis con fines medicinales podemos ver como en torno al 50% son médicos forenses.

**Figura 15. Legalización para usos terapéuticos**



La mayoría de las personas que dan su opinión al respecto, son favorables a la regulación con fines medicinales para algunas dolencias, posicionándose de muy diversas maneras. Un 12,3% no ve ningún problema a la regularización si se demuestra científicamente su utilidad, otros (6,2%) encuentran incomprensible la situación actual de no regularización al igual que un 3,7% que no ve ningún problema en un uso ponderado de esta o de cualquier sustancia. Un 1,2% piensa que debería de existir una libertad de prescripción de cannabis al igual que otro 1,2% que va más allá y apoya la legalización, la venta libre de sustancias cannábicas. Hay quien (1,2%) cree que la situación actual pone de manifiesto la atipicidad de la conducta, viendo lo injusto de la misma. Un 4,9%, sin embargo, creen que es innecesaria esta medida, ya que existen otros medicamentos en el mercado.

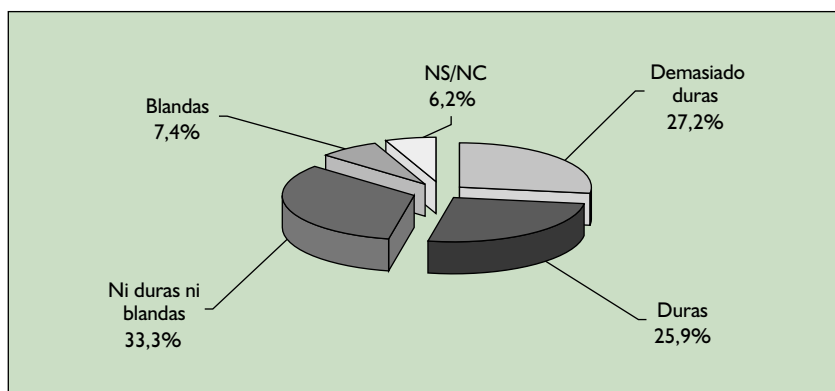
Todas estas opiniones se encuentran en consonancia con los resultados que arrojan encuestas realizadas entre profesionales de la salud mental y drogodependencias (IANET, 2001), en el que el 74,8% de estas personas están a favor del uso terapéutico del cannabis, siendo un 19,8% los que opinan lo contrario. En una encuesta posterior realizada en noviembre del 2001 recogieron 1556 opiniones que contestaban a la conveniencia de la autorización del uso terapéutico del cannabis antes de que haya estudios sobre su eficacia, contestando afirmativamente el 68,9% de estas personas y un 29,6% rechazaron la idea. Sin embargo en una consulta hecha a 1078 personas por la empresa Sigma-Dos a petición de la Revista *Cáñamo*, un 64,6% del total de la muestra iba más allá considerando que los enfermos deberían poder adquirir el cannabis legalmente de forma incondicional y sin tener que acudir al mercado negro, supeditando sólo un 20,1% esta afirmación a la existencia de prescripción médica. Solo un 6,1% se muestra contrario a que existan canales legales donde poder adquirir el cannabis para usos terapéuticos. De todo esto parece desprenderse que la población general cuándo se le pregunta muestra posturas más permisivas en el tema del cannabis que los profesionales sanitarios e incluso los operadores jurídicos.

## 4.5. LEGISLACIÓN

### 4.5.1. Las leyes sobre cannabis son...

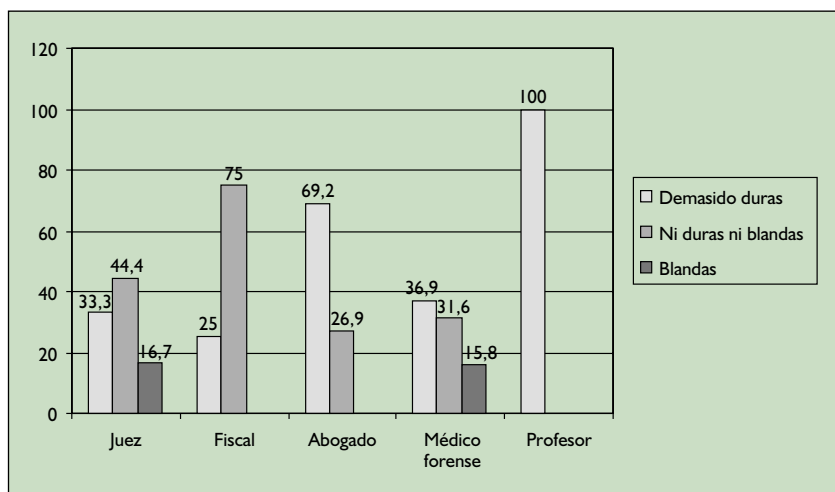
En el apartado de legislación en primer lugar se quiso saber qué opinaban sobre las leyes actuales sobre el cannabis y sus derivados. Las actuales leyes, para el 53,1% son duras o demasiado duras, el 33,3% piensan que no son ni duras ni blandas las leyes sobre el cannabis y sus derivados, el 7,4% piensan que blandas.

**Figura 16. Las actuales leyes sobre cannabis y derivados son...**



Si se describe los porcentajes según profesión podemos ver como los profesores de derecho penal de la universidad, en su totalidad opinan que son demasiado duras al igual que el 71% de los abogados y el 42,1% de los jueces.

**Figura 17. Opinión sobre las leyes sobre el cannabis según profesión**



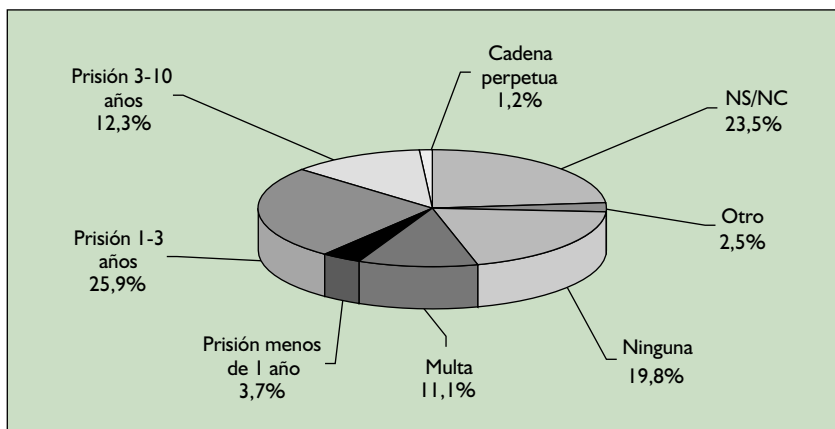
#### 4.5.2. Castigos según distintos actores de la producción, venta y consumo de cannabis

##### Productores de cannabis para la venta

Aunque la abstención en este ítem es grande (23,5%), el resto diversifica considerablemente sus respuestas. Otra cuarta parte (25,9%) cree que el castigo más adecuado para productores de cannabis para la venta sería la prisión de 1 a 3 años de cárcel. Otro grupo de personas encuestadas opinan que no debería haber castigo para estas personas (19,8%) aunque no distan mucho en porcentaje de las personas que opinan que un castigo de 3 a 10 años de cárcel sería más adecuado. Un 11,1% cree que la multa es el castigo que debería imponerse a los productores y un 3,7% impondría una pena de prisión de menos de 1 año (figura 18).

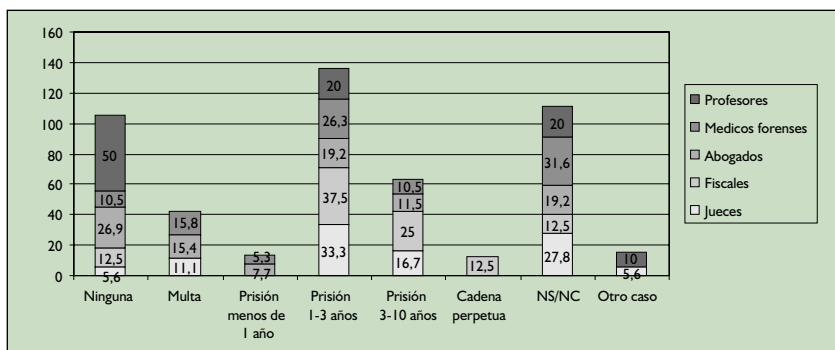
Al efectuar un desglose de estas penas por profesión llama la atención como la totalidad de quienes opinan que debería aplicarse una pena de cadena perpetua (imposible con la legislación vigente, a la vez que inconstitucional) son fiscales. Los fiscales son la profesión en el estudio que apoyan en mayor porcentaje la imposición la pena de 1-3 años de cárcel (37,5%), siendo también el mayor porcentaje (25%) que impone pena de prisión de 3 a 10 años.

**Figura 18. Castigos para los productores**



Los profesores de universidad se inclinan en proporciones del 50% por la no imposición de pena, mientras otro 20% se posiciona por penas de 1 a 3 años. La pena más elegida por los jueces para las personas que producen cannabis para la venta es la prisión entre 1 y 3 años (33,3%). Los profesionales que se dedican la abogacía, no aplicarían ningún castigo en un 26,9% (figura 19) diversificándose entre quienes propugnan la multa (15,4%), la prisión de menos de un año (7,7%), la prisión de 1-3 años (19,2%) o la prisión de 3-10 años (11,5%).

**Gráfica 19. Castigo a los productores según profesión**

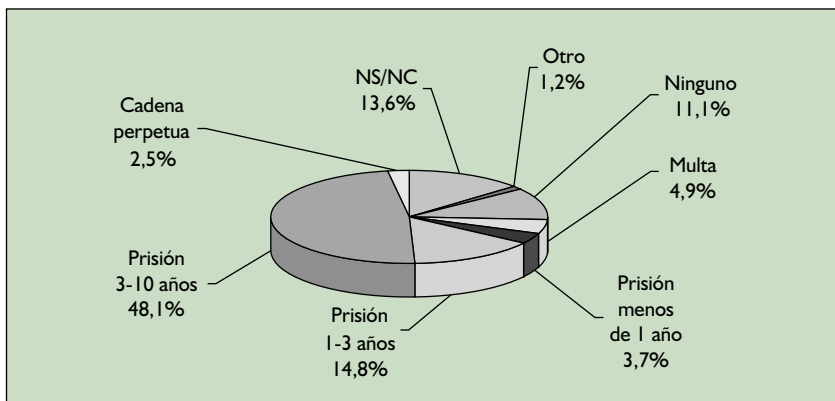


## Grandes traficantes

Ante la pregunta del castigo a imponer a los grandes traficantes el porcentaje de abstenciones disminuye, ya que casi la mitad de los profesionales (48,1%) opinan que la pena adecuada sería la de prisión de 3 a 10 años, seguida de la prisión de 1 a 3 años

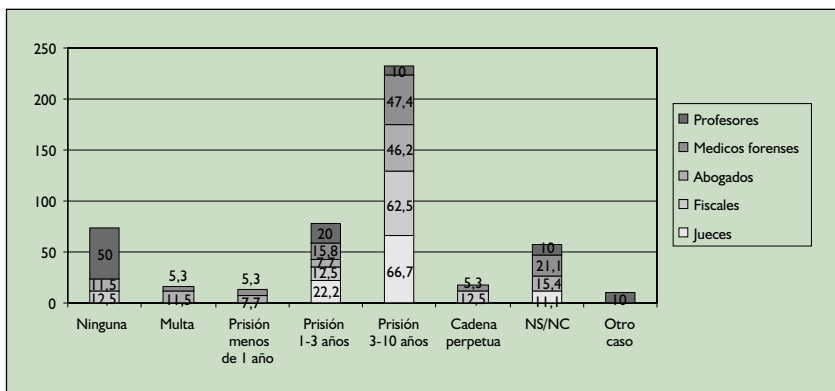
(14,8%). Muy cerca, un 11,1% de estas personas encuestadas creen que no se debería imponer pena a los grandes traficantes de cannabis, aunque un 4,9% y un 3,7% creen que la pena más justa sería la de multa o prisión de menos de un año respectivamente. Un 2,5% impondría una cadena perpetua a los grandes traficantes de cannabis o derivados. (Ver figura 20).

**Figura 20. Castigo propuesto para grandes traficantes**



El 66,7% de los jueces cree que la pena que se debería de imponer a los grandes traficantes es la de prisión entre 3 y 10 años, al igual que los fiscales (el 62,5%) y la mayor parte de los médicos forenses y los abogados (47,4% y 46,2% respectivamente). El 50% de los profesores en cambio creen que lo mejor sería no penalizar a estas personas. (Ver figura 21).

**Figura 21. Castigo para grandes traficantes según profesión**





## Intermediarios

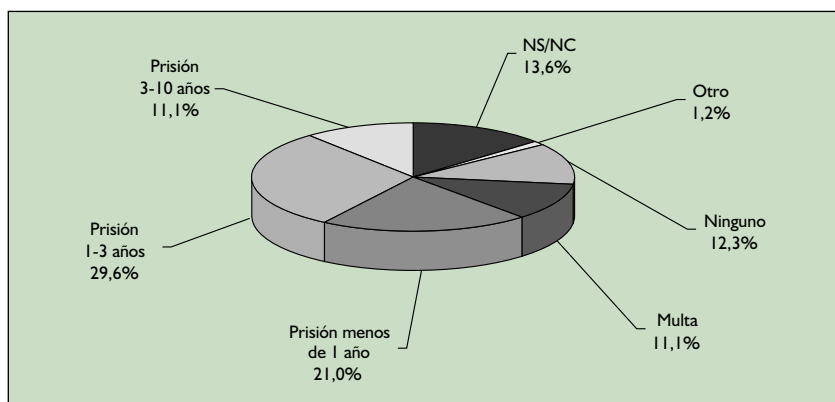
Al preguntar por el castigo que debería aplicarse a las personas que desarrollan tareas de intermediarios en la compra y venta de cannabis o derivados, el 29,6% impondría una pena de prisión de entre 1 y 3 años. Un 21% en cambio la prisión sería de menos de 1 año y el resto reparte sus opciones.

La mitad de los profesores de derecho penal, exactamente el 50%, creen que no se debería penar a los intermediarios. Los médicos forenses se sitúan en igual proporcionalidad (26,3%) entre las penas de prisión de menos de 1 año y la de entre 1 y 3 años.

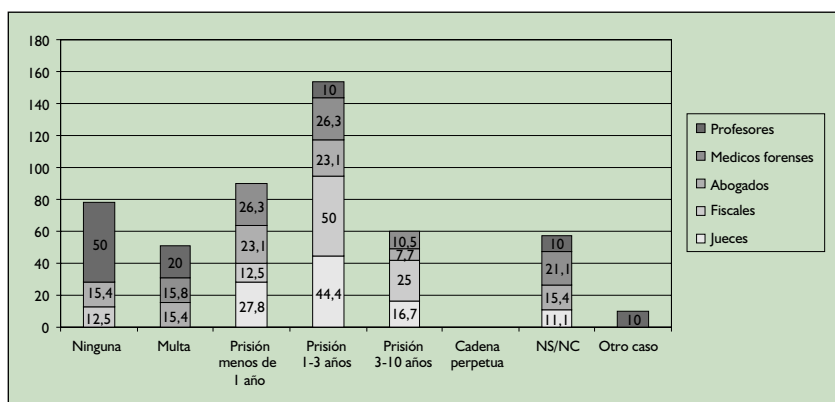
Los abogados, con idénticos porcentajes del 23,1%, se orientan entre las opciones de prisión de menos de 1 año y la prisión entre 1 a 3 años.

La mitad de los fiscales (50%) cree que se debería aplicar una pena de entre 1 a 3 años de prisión al igual que el 44,4% de los jueces. (Ver figs. 22 y 23).

**Figura 22. Castigo propuesto para intermediarios**



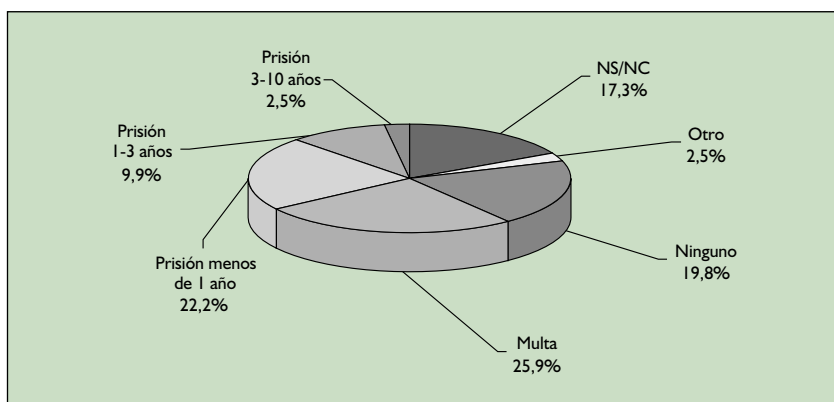
**Figura 23. Castigo para intermediarios según profesión**



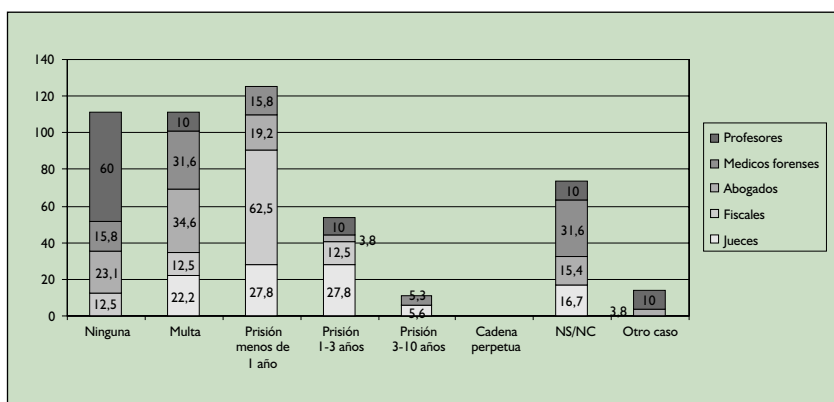
## “Camellos de la calle”

La mitad de los profesionales se inclinan por imponer penas de multa (25,9%) o de prisión de menos de 1 año (22,2%) a los camellos que venden en la calle pequeñas dosis. Los profesores que contestaron a esta pregunta, el 60%, optaron por la no penalización; los fiscales optaron más por la prisión de menos de 1 año (62,2%) para estas personas que venden en la calle, pequeñas cantidades. Los abogados en mayor medida son partidarios de la multa (34,6%), los jueces se dividen en proporciones semejantes entre la prisión de menos de 1 año (27,8%) y la prisión entre 1 y 3 años. El 31,6% de los médicos forenses creen que la mejor opción es la multa a la hora de penalizar a los camellos. (Figuras 24 y 25).

**Figura 24. Castigo propuesto para los camellos de la calle**



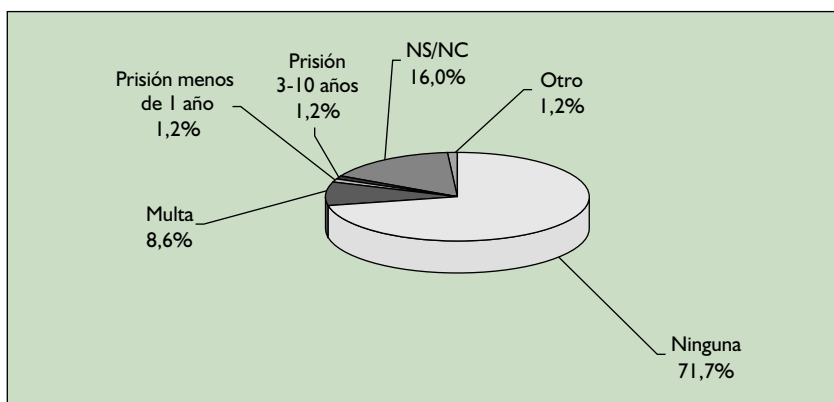
**Figura 25. Castigo para camellos según profesión**



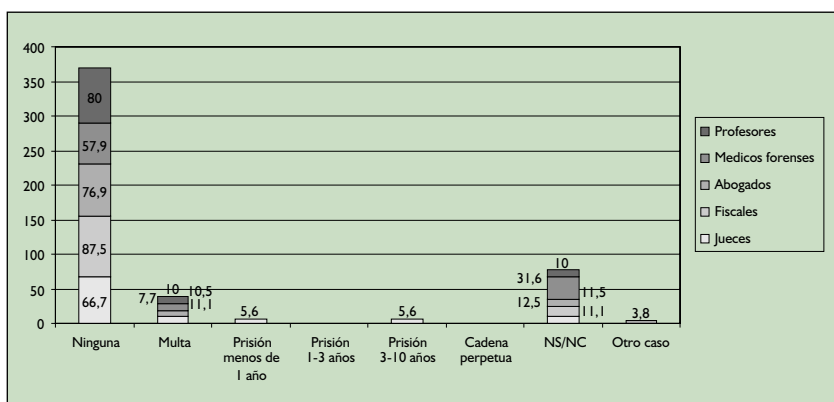
## Productores para autoconsumo

A la hora de imponer una pena a los productores de cannabis o derivados para autoconsumo parece existir una unanimidad ya que un 71,7% de la población entrevistada opinó que no debería existir ningún castigo a estos sujetos, apoyada esta opción por la mayoría de profesionales de los distintos colectivos. Un 8,6% de estos encuestados opinan que una multa es suficiente. La casi totalidad de los fiscales que han contestado el cuestionario, un 76,9%, se inclina por la no penalización a los autoconsumidores. Sin embargo, el resto de profesionales en un porcentaje que ronda el 10% de cada profesión aplicarían una pena de multa a estas personas. Por otro lado, un 5,6% de jueces apoyaría la prisión de menos de 1 año o la prisión entre 3 y 10 años. (Ver figuras 26 y 27).

**Figura 26. Castigo para productores para autoconsumo**



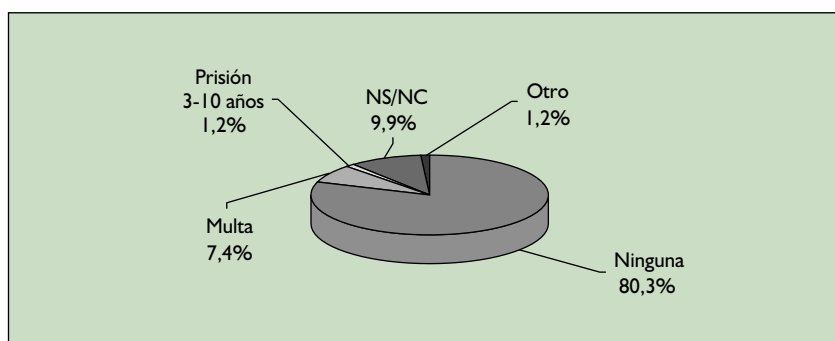
**Figura 27. Castigo para productores para autoconsumo según profesión**



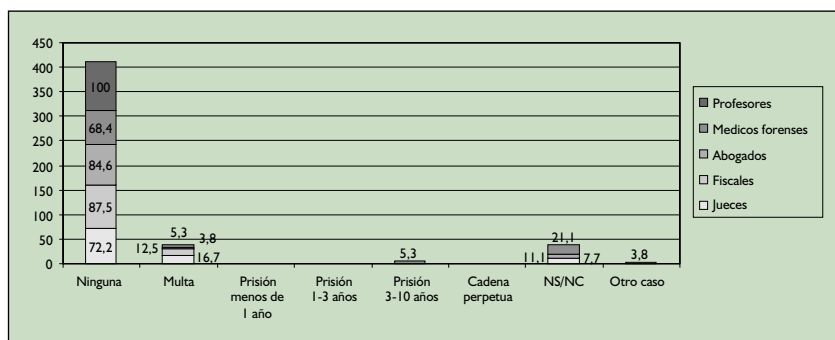
## Consumidores

El porcentaje de los profesionales que son de la opinión de la no imposición de pena a los consumidores aumenta (82,1%), y solo un 6,7% cree que es necesario multa. Según las profesiones, el 100% de los profesores opta por la no penalización para el consumo de cannabis, la multa es la opción escogida por todas las profesiones, exceptuando los profesores, con un porcentaje que varían desde el 3,8% de los abogados al 16,7% de los jueces. Un 5,3% de los médicos forenses cree que la prisión de 3 a 10 años es el castigo adecuado. (Ver figuras 28 y 29).

**Figura 28. Castigo para consumidores**



**Figura 29. Castigo para consumidores según profesión**



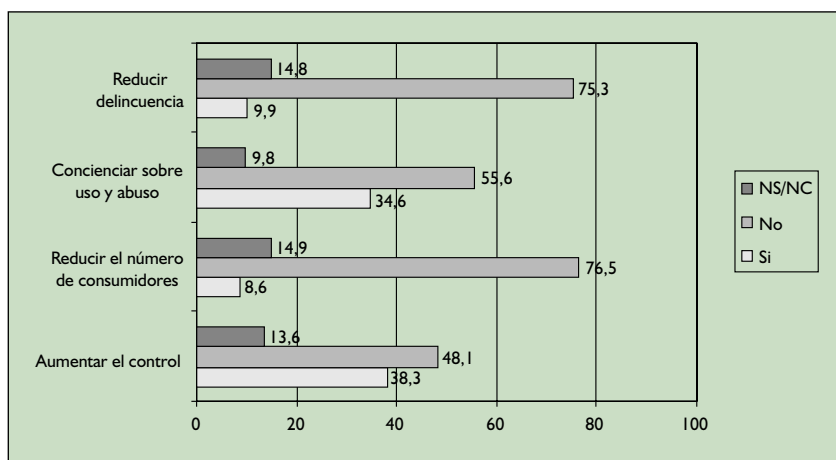
### 4.5.3. Objetivos logrados por la actual legislación

La mayoría de los objetivos logrados con la actual legislación sobre drogas y drogodependencias, propuestos en el ítem 16 no son logrados para estos profesionales. Acercándose mucho en porcentaje, estas personas se sitúan entre las que piensan que se ha conseguido aumentar el control de la distribución ilícita de drogas (38,3%)

y los que creen que no ha sido así (48,1%), no opinando el resto. En lo que respecta a la delincuencia o el número de consumidores casi las tres cuartas partes (75,3% y 76,5% respectivamente) opinan que con la actual legislación no se ha conseguido su reducción.

Tampoco parece ser que lograr una concienciación sobre el uso y abuso ha sido conseguida con la actual legislación para más de la mitad de estos profesionales entrevistados (55,6%). Un 11% suman quienes apuntan que lo único que se ha conseguido es aumentar las adulteraciones y monopolios económicos, nada o crear más problemas a la justicia, se ha conseguido represión y castigo, o favorecer el discurso del rechazo (Ver figura 30).

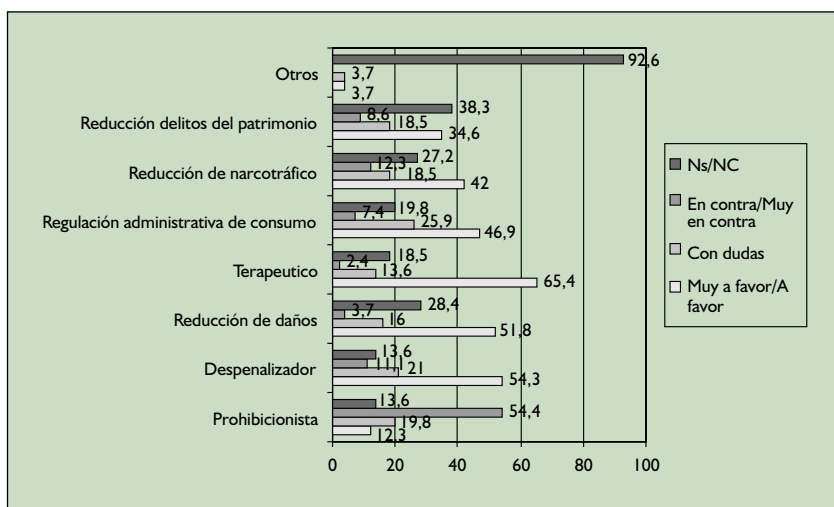
**Figura 30. Objetivos logrados por la actual legislación**



#### 4.5.4. Posicionamiento sobre el consumo de cannabis

Sobre el consumo de cannabis existen posicionamientos de diversos tipos. Más de la mitad de las personas (54,4%) se sitúan en contra o muy en contra de una postura prohibicionista. En igual proporción (54,3%) mantienen una postura más despenalizadora, haciendo hincapié en la reducción de riesgos (51,8%) y estando en un 65,4% a favor o muy a favor del uso terapéutico de esta sustancia. El 46,9% cree que se debería de regular administrativamente el consumo y que existiría una reducción de la delincuencia asociada al narcotráfico (42%), al igual que los delitos contra el patrimonio (Ver figura nº 31).

**Figura 31. Posicionamiento sobre el consumo de cannabis**



#### 4.5.5. Posibles efectos de la legalización

Al preguntar a estas personas por los efectos posibles que se producirían tras la legalización del consumo de cannábicos, principalmente opinan que la pérdida de poder de los grandes monopolios económicos en torno al tráfico (77,8%), y la evitación de las adulteraciones (76,5%) sería probable o muy probable tras la legalización del cannabis y sus derivados.

No sería probable o sería poco probable que empeoraría la seguridad ciudadana (75,3%), ni que se debilitarían los valores morales (72,9%), si bien es verdad que se abaratarían los cannábicos (70,4%). Con esta legalización sería poco o nada.

probable que trajera consigo un aumento de las enfermedades (66,7%) y sí una disminución de la delincuencia asociada al consumo de esta sustancia (59,3%). También más de la mitad de los encuestados (53,1%) piensa que uno de los efectos de la legalización del cannabis sería el cambio de la imagen social del drogodependiente, aunque no piensan que aumentarían el consumo y los consumidores (45,7%).

Poco o nada probable creen posible estas personas que la Administración, tras la legalización del uso del cannabis, gastaría más en la asistencia a drogodependencias (45,7%), e igualmente, no creen posible la disminución de las enfermedades asociadas al uso de drogas (44,4%). Otro efecto muy probable o bastante probable para estas personas es la agilización que en la Administración de Justicia se conseguiría tras la legalización de esta sustancia. (Ver figura 32).

Al preguntar a una muestra de población general, sobre los posibles efectos de la legalización del cannabis, nueve de cada diez españoles afirma que su decisión de usar esta sustancia, no se vería afectada por la posible legalización de la venta de marihuana, datos más contundentes que lo opinado por los operadores jurídicos preguntados. Sólo uno de cada diez españoles no está de acuerdo con que la legalización supondría un duro golpe para el narcotráfico y los monopolios económicos, si bien parece que el mercado negro de cannabis se acabaría con la legalización para un 50,3% de la población general, se muestran poco concluyentes ya que ponen de ejemplo al contrabando actual de tabaco, mostrándose optimistas en la reducción del precio que se conseguiría. En este mismo estudio parece ser que las posturas están más divididas que en nuestra muestra, en lo que se refiere a la seguridad ciudadana, un 30,2% piensa que mejoraría, un 32,2% que empeoraría, un 13,6% que seguiría igual tras la legalización del cannabis. (Sigma Dos, 2000).

**Figura 32. Efectos posibles producidos por la legalización**

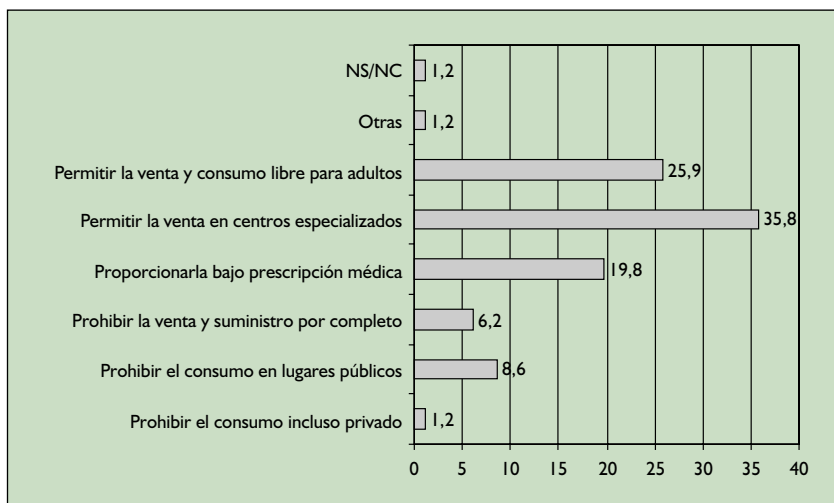


#### 4.5.6. Medida más oportunas

De todas formas y mientras no existe la legalización, estas personas han pensado que la medida más oportuna es el permitir la venta en centros especializados (35,8%), permitir la venta y consumo libre para adultos (25,9%), proporcionarla bajo prescripción médica (19,8%). En menor porcentaje hay personas (8,6%) que opinan que se debería prohibir el consumo en lugares públicos, prohibir la venta y el suministro por completo (6,2%). Algunos creen que debería haber más información, a la vez que un inmediato cambio de legislación y hay quien aboga por prohibir el consumo incluso privado.( Figura 33).

Comparando con la población general, un 38% de la población no aceptaría la legalización ni en bares especializados, ni el autocultivo ni con sistema de licencias como los estancos, si bien es verdad que un 15% aceptaba todas las propuestas. El sistema de bares identificados y reconocibles donde en su interior puedan reunirse consumidores de cannabis a comprar y fumar legalmente, es apoyado por un 35,4%, porcentaje similar al de los operadores jurídicos. El 27% es partidario del autocultivo, cultivo de marihuana en macetas, a fin de que cada usuario pueda abastecerse y un 46,1% se mostró favorable a un sistema de licencias, similar a los estancos para el tabaco, donde el estado se encargaría de definir horarios, límites de edad, etc., así como de dar los permisos necesarios para quien quiera, con estas restricciones legales, dedicarse a su distribución. Como nos muestra el estudio, “los supuestos que implican un mayor control estatal obtienen mayores tasas de asentimiento que los modelos más liberales”, si bien en la muestra de operadores jurídicos se es también más

**Figura 33. Medida más oportuna ante el consumo de cannabis**



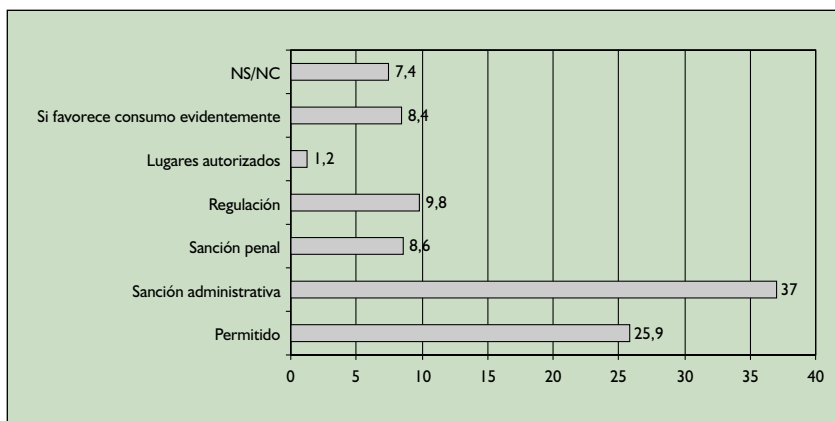


partidario de modelos de venta en centros especializados, más controlados, no es nada despreciable el porcentaje de estos profesionales que la contrario que la población general permitiría la venta y consumo libre apara adultos.

#### 4.5.7. Sanción a tomar ante el consumo público

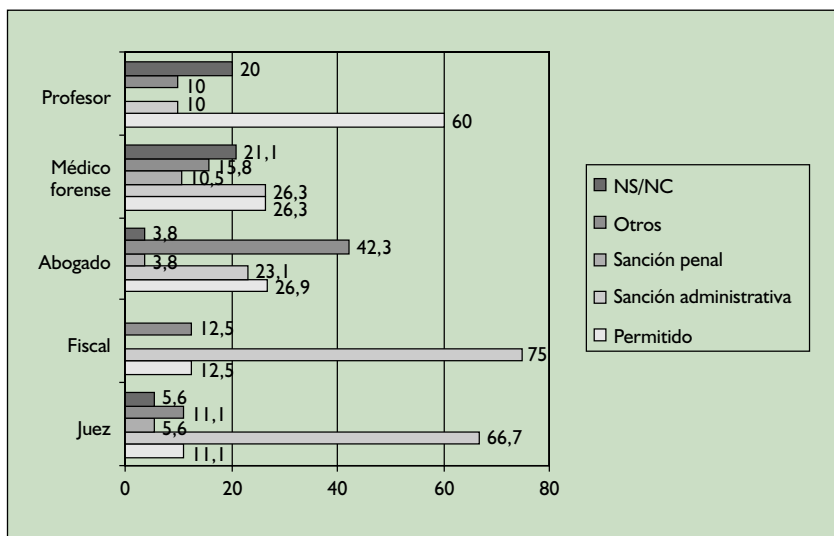
Cuando se indaga sobre las sanciones a tomar ante el consumo público de cannabis y derivados, el 37,6% cree que debe tener sanción administrativa y un 8,7% está a favor de la sanción penal para este tipo de consumo público. El 8,5% sólo son partidarios de la sanción si el estímulo del consumo es muy evidente. El 26,3% opina que debe ser permitido este tipo de consumo, un 10% cree que ha de ser regulado, al igual que un 1,2% que cree que debería de habilitarse un lugar al efecto (ver figura 34).

**Figura 34. Debería ser sancionado el consumo público**



Analizados estos datos por profesión parece ser que los fiscales y jueces son los que más se orientan hacia las sanciones administrativas ante el consumo en lugares públicos, los profesores al contrario son los que más apuestan por la permisividad de estos consumos en estos lugares. Los médicos forenses se dividen en semejantes proporciones entre quienes penarían el consumo en lugares públicos a través de sanción administrativa y los que permitirían este consumo. Los abogados matizan en el apartado de otros que debería existir lugares especiales habilitados par ello, que debería regularse o solo tomar medidas en el caso que quedase claro que afecta a terceros. (Ver figura 35).

**Figura 35. Sanciones sobre consumo en lugares públicos según profesión**

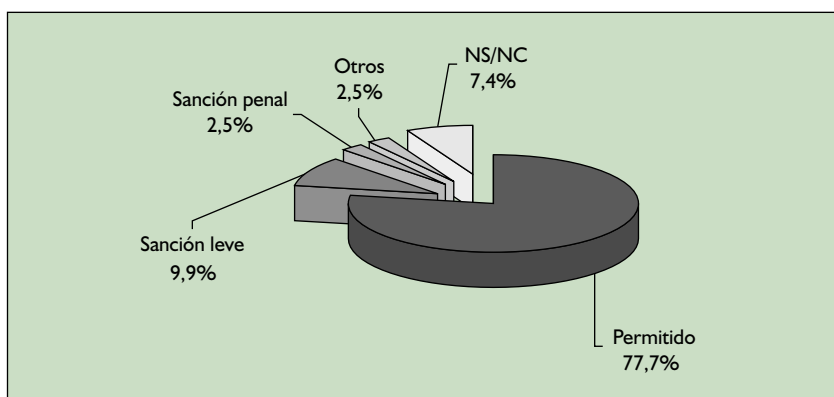


#### 4.5.8. Actuaciones ante el consumo privado

Cuando se pregunta sobre el consumo de productos cannábicos en lugares privados las opiniones están más agrupadas. Un 77,8% de los encuestados creen que debe ser permitido mientras, la sanción leve es elegida por un 9,9% y la sanción penal solo en un 2,5% de los casos (Figura 36).

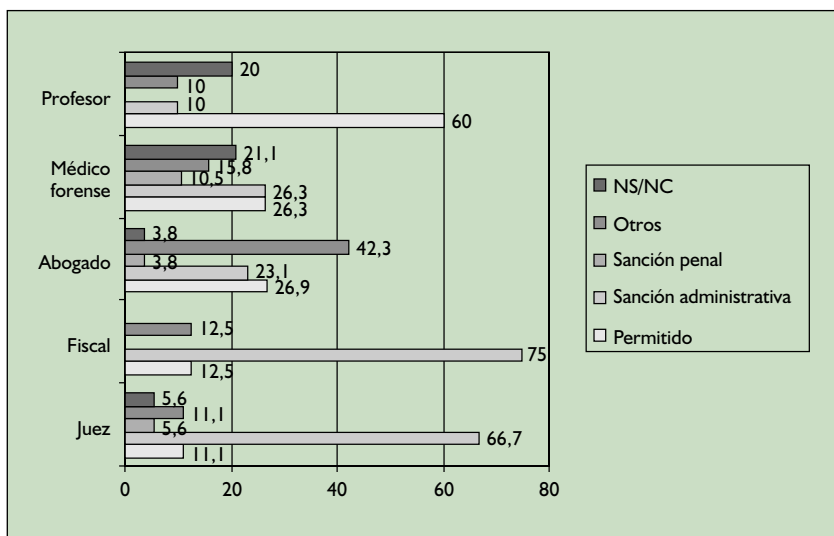
La práctica totalidad de los profesores de universidad (90%), creen que la medida legal más oportuna ante el consumo privado de cannabis es el permitir este, al igual

**Figura 36. Actuaciones sobre el consumo privado**



que lo creen el 84,6% de los abogados y el 87,5% de los fiscales. El 68,4% de los médicos forenses y el 66,7% de los jueces apoyan la permisividad ante el consumo privado de cannabis. (Figura 37).

**Figura 37. Actuaciones sobre el consumo privado según profesión**

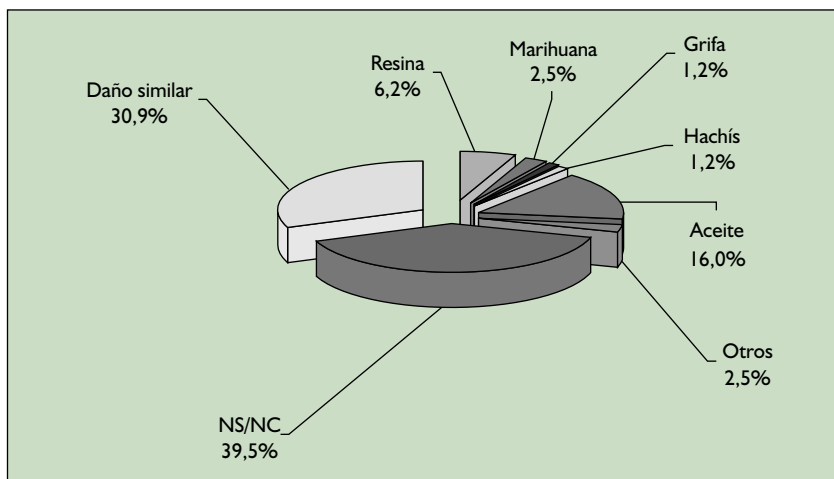


La encuesta realizada por la FAD en 1998 sobre percepción social de las drogas ya nos mostraba una actitud de los entrevistados frente al cannabis bastante permisiva, ya que el 39% opina que debería permitirse el consumo y el 37,6% que debería permitirse su venta (Megias, 2000).

#### 4.5.9. Daño y tratamiento penal según derivado cannábico

Cuando se pregunta sobre varias sustancias derivadas del cannabis, dos cosas llaman la atención: el alto grado de abstencionismo en esta pregunta (39,5%) y una gran homogeneidad (30,9%) al pensar que el daño es similar entre los distintos derivados. El aceite es visto como más dañino por un 16% y la resina por un 6,2%. El resto, diversifican su respuesta entre marihuana, hachís, grifa, otros derivados, o que no se debe a los derivados mencionados sino a las adulteraciones (ver figura 38). En conexión con la peligrosidad similar percibida de las distintas sustancias, el 48,1% de estas personas no creen que se deba penalizar por lo tanto de diferentes maneras las distintas presentaciones, frente al 25,9% que cree que sí.

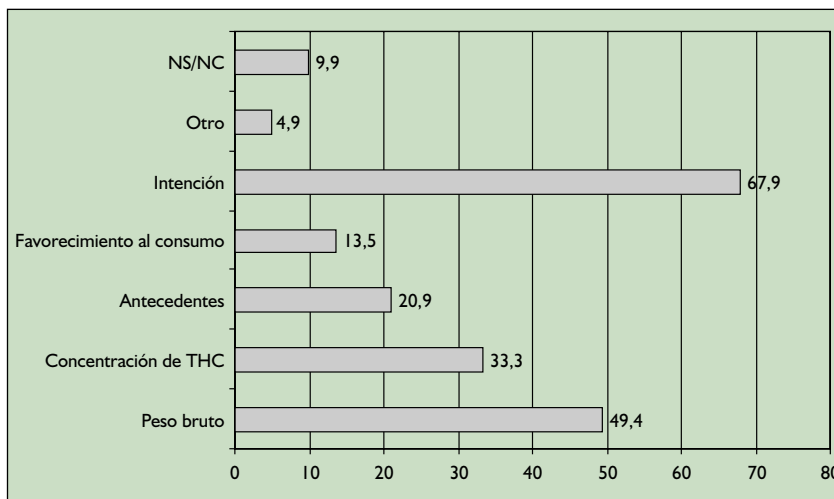
**Figura 38. Derivado cannábico más dañino**



#### 4.5.10. Aprehensión y práctica jurídica

En la práctica jurídica en caso de ser aprehendida cualquiera de las presentaciones antes mencionadas, la circunstancia que más se tiene en cuenta es la intención de tráfico (67,9%). El peso en bruto en segundo lugar con el 49,4% y mientras el 33,3% cree que es el grado de concentración de THC es la circunstancia más importante a la hora de valorar una aprehensión. Seguida por los antecedentes del consumo de la persona inculpada (20,9%) y el favorecimiento del consumo existente (13,5%). (Figura 39).

**Figura 39. Circunstancias en la práctica jurídica en la aprehensión de cannabis**



#### 4.5.11. Notoria importancia

Cuando se pregunta por la cantidad en gramos de cannabis a partir de la cual se debiera considerar *notoria importancia*, aunque con gran abstención, un 19,8% opina que deberían ser los 1000 gramos, un 6,2% cree que 500 gramos, un 4,9% 50 gramos en igual porcentaje los que opinan que 25 gramos y un 2,5% cree que a partir de 10.000 gramos. La frontera que separa la cantidad de notoria importancia de la que no lo es, viene establecida en torno a los 1000 gramos de peso de la sustancia intervenida, reduciéndose este límite si se trata de elaboraciones concentradas como el aceite o la resina de hachís.

La jurisprudencia se ha decantado por establecer los límites en el peso arrojado por la sustancia en estado puro, descontando los aditivos y sin tener en cuenta los beneficios económicos reportados por las mezclas (TS 2º 26 febrero 1994 A. 2800). Existiendo así mismo línea jurisprudencial que indica que no es el porcentaje de estupefaciente el que hay que tomar en consideración para determinar si se alcanza o no el límite del kilo para la apreciación de la notoria importancia, sino el peso bruto de la sustancia aprehendida sin entender, pues, a los cannabinoides, cualquiera que fuera el grado de concentración de THC<sup>2</sup>. En noviembre de 2001 el Tribunal Supremo anunció un cambio de doctrina. Las 200 dosis que venían siendo necesarias para la aplicación del agravante de delito de tráfico de drogas pasaran a ser de 500 dosis<sup>3</sup>. Su equivalencia en el caso del hachís quedaría establecido en 2,5 kilos.

#### 4.5.12. Opinión sobre el Art. 368 de CP

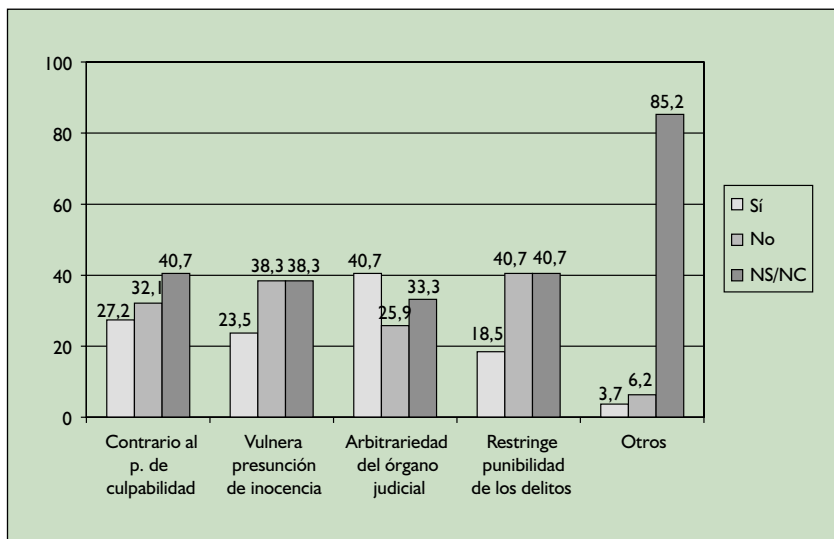
Respecto a las consecuencias derivadas de la configuración del artículo 368 del Código penal como “delito de peligro abstracto”, un 32,1% opina que no y el 27,2% opina que sí es contrario al principio de culpabilidad (un porcentaje muy alto que ronda el 40% no contesta al ser preguntados por si es contrario al principio de culpabilidad. Debemos tener en cuenta que un 80% de los médicos forenses se abstienen de contestar este ítem de ahí, creemos el alto porcentaje de NS/NC). Un 38,3% opinan que no vulnera el derecho a la presunción de inocencia y un 38,3% que sí lo hace. La contestación afirmativa alcanza un 40,7% cuando se pregunta por la posible arbitrariedad del órgano judicial frente a un 25,9% que no lo cree así. El 40,7% opina que no permite restringir la punibilidad de estos delitos y solo un 18,5% opina lo contra-

<sup>2</sup> TS 2º S 15 de octubre de 1991, A. 434; TS 2ºS 7 abril 1992, A. 1858; TS 2ª S 20 de abril de 1993, A. 3342; TS 2ºS 22 de octubre 1993, A. 1806.

<sup>3</sup> Según el tribunal Supremo, se entiende por *dosis*, la cantidad usada durante un día.

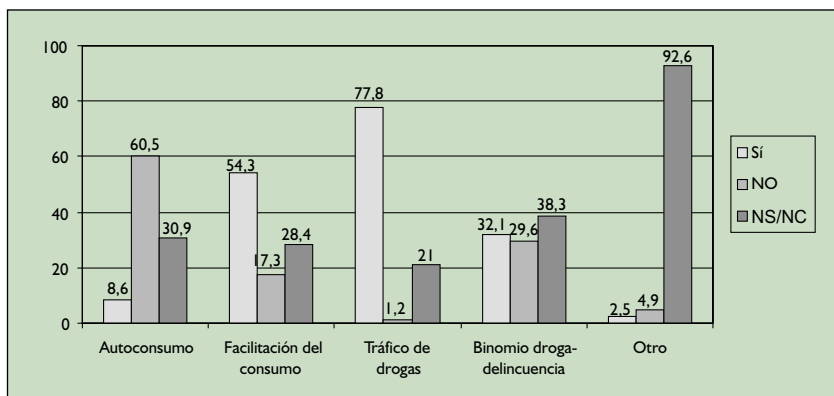
rio. Aunque se apuntan que este artículo tiene problemas de grado de desarrollo, tiene demasiados supuestos y aspectos y el peligro se ha de concretizar (Figura 40).

**Figura 40. Opinión sobre el artículo 368 del Código Penal**



El artículo 368 del Código Penal para estos profesionales del entorno jurídico pretende evitar el tráfico de drogas en un (77,8%), evitar la facilitación del consumo de tales sustancias (54,3%), el binomio droga-delincuencia (32,1%), aunque no tanto para evitar el autoconsumo (60,5%). (Figura 41).

**Figura 41. El artículo 368 del CP pretende evitar...**

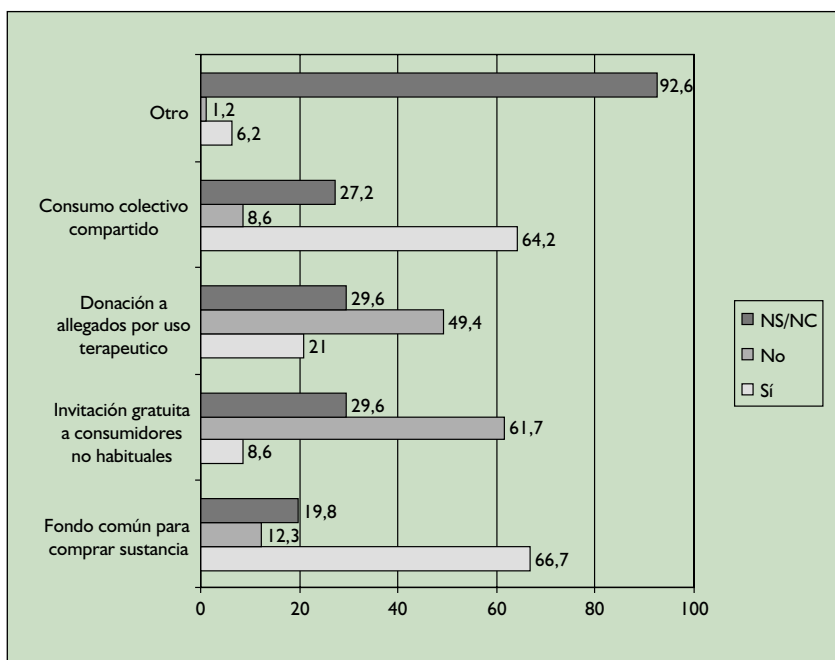


### 4.5.13. Consumo compartido

Varias condiciones para el consumo compartido son descritas en el ítem 28, de las cuales la aportación económica de varias personas con el fin de formar un fondo común para adquirir la sustancia a consumir, es entendida por el 66,7% de estos profesionales como la condición principal de consumo compartido, al igual que el consumo colectivo (64,2%) en segundo lugar. Al contrario, la invitación gratuita a consumir inmediata o posteriormente a consumidores no habituales y la donación de droga a allegados para uso terapéutico, no son en cambio condiciones que suelen ser consideradas como consumo compartido en un 61,7% y 49,4% de las personas respectivamente.

De todas formas algunas son las voces que opinan que es muy escasa la condición de consumo compartido y prospera para algunos. (Figura 42).

**Figura 42. Condiciones para que se considere “consumo compartido”**

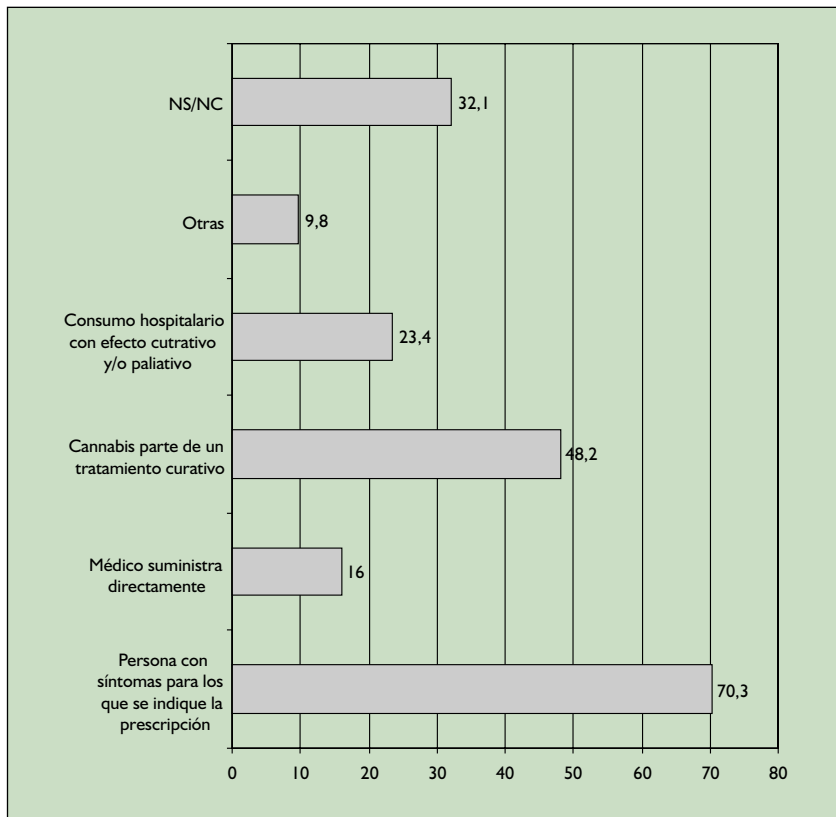


### 4.5.14. Uso terapéutico penalmente atípico

Una de las condiciones necesarias para que el uso terapéutico del cannabis fuera penalmente atípico, es para un 70,3% de los encuestados que el destinatario de la sustancia fuera una persona con síntomas para los que se indique médicamente la

prescripción de tal sustancia, o bien cuando el consumo de cannabis forma parte de un tratamiento curativo (48,2%). Para un 23,4% si se efectúa en el espacio hospitalario y persigue un efecto paliativo o curativa es penalmente atípico. Sólo un 16% opina que el suministro de esta sustancia por parte del médico para que se haga un consumo en su domicilio, puede ser considerado de esta misma manera atípico. (Ver figura 43).

**Figura 43. Condiciones para uso terapéutico sea penalmente atípico**



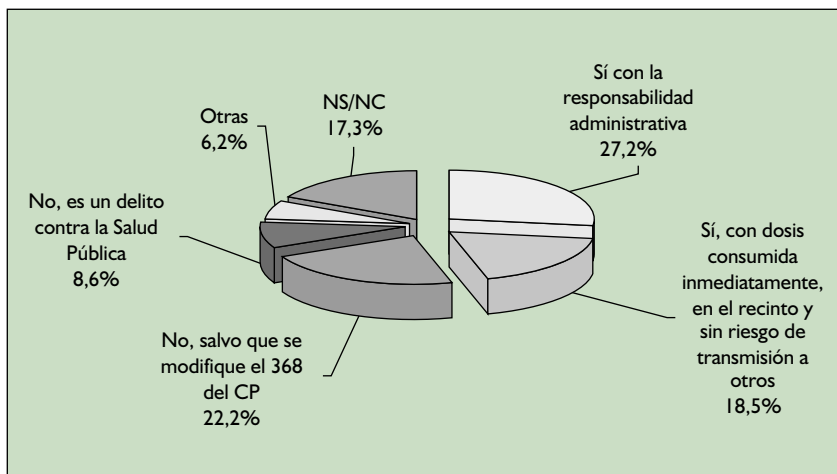
#### 4.5.15. Viabilidad de los establecimientos

Se les preguntó a las personas entrevistadas sobre la viabilidad de la existencia de establecimientos donde se pudiera adquirir y consumir cannabis partiendo de la doctrina jurisprudencial de la impunidad del consumo compartido. Las opiniones están bastante repartidas ya que un 45,7% cree que sí, de estos un 27,2% piensa que pudiera ser posible con la responsabilidad administrativa consiguiente, y el resto (18,5%) de los que dan una respuesta afirmativa opinan que sí es posible siempre que



se entregue a otro una dosis que éste consumirá inmediatamente y en el mismo recinto, sin riesgos de transmisión a otros. Un 30,8% tienen una opinión negativa de esta posibilidad, el 22,2% piensa que no es posible salvo que se modifique el artículo 368 del Código Penal y para el 8,6% siempre sería un delito contra la Salud Pública. (Ver figura 44).

**Figura 44. Viabilidad de la existencia de establecimientos donde se pueda consumir**



#### 4.5.16. Leyes y normativas

Respecto a la opinión de los profesionales del Derecho y la Salud sobre determinadas normativas reguladoras de aspectos relacionados con el cannabis, encontramos que la norma que más polémica suscita es la Ley Orgánica de Seguridad Ciudadana, de 21 de febrero de 1992. Así, esta ley que sanciona por vía administrativa, como infracción grave a la seguridad ciudadana, a los consumidores de sustancias en público entre las que se encuentra el cannabis, es considerada por la gran mayoría de los encuestados de forma negativa o muy negativa.

Agrupando las respuestas obtenidas a las preguntas abiertas realizadas sobre esta materia, encontramos que más de tres cuartas partes de los profesionales encuestados califican esta ley como excesiva, inadecuada, contradictoria o innecesaria. Asimismo se opina que tiene como consecuencia la perpetuación de la adulteración y del monopolio económico por parte de los narcotraficantes y que debe eliminarse dados los nefastos resultados que está provocando.

Otra de las críticas a la Ley de Seguridad Ciudadana viene motivada por su posible inconstitucionalidad, sugerida por algo más de la cuarta parte de los profesionales encuestados. Sin embargo, agrupando las respuestas que consideran necesaria esta normativa, vemos que casi un 20% de la muestra tiene una visión positiva sobre los efectos que está causando su aplicación. En este sentido, se han recogido respuestas que consideran la idoneidad de la Ley teniendo en cuenta las costumbres de la población adolescente y joven de la C.A.P.V.

La reforma del Código Penal de 23 de diciembre de 1992, que incorporó nuevas figuras delictivas, que trataba de combatir el blanqueo de dinero y de regular a través de la Ley de Enjuiciamiento Criminal la entrega o circulación controlada de sustancias tóxicas también ha sido objeto de análisis por la muestra entrevistada.

En cuanto a los resultados de este análisis vemos que las respuestas están muy divididas respecto a la opinión sobre la aplicabilidad e idoneidad de esta reforma. Así, un poco más de la mitad de la muestra se muestra favorable, en mayor o menor grado, con ella. Se considera como necesaria y adecuada, además de útil para perseguir el narcotráfico desarrollado por mafias y clanes, así como el blanqueo de capitales.

Algo menos de la mitad de los profesionales encuestados piensan que esta reforma ha resultado ineficaz, inadecuada o represiva, siendo necesario una nueva modificación legal sobre esta materia, que para algunos podría ser de dudosa constitucionalidad.

Hay también una parte de entrevistados que no opinan sobre esta reforma. Bien sea porque la desconocen en toda su extensión, porque no les afecta en su trabajo diario o porque hay partes de la reforma que se consideran como positivas o útiles y otras no tanto.

El nuevo Código Penal de 24 de noviembre de 1995, y concretamente su Capítulo III "De los Delitos contra la Salud Pública", ha sido otra de las normas sobre las que se ha preguntado a la muestra.

De nuevo encontramos una opinión no favorable sobre la bondad de esta Ley. El Capítulo III se considera por más de la mitad de los encuestados como demasiado abierto, falta de concreción, no garantista o excesivamente severo en su penalidad o ineficaz. Otras respuestas concretan algo más y critican los problemas que surgen derivados de esta ley penal en blanco, por ejemplo en lo relativo a la autoría o al grado de desarrollo de la acción susceptible de la aplicación de este articulado.

Otra parte de los profesionales ha opinado que la publicación del nuevo Código se hacía muy necesaria, y que las modificaciones realizadas en su Capítulo III son eficaces y, sin duda, más garantistas que la de su predecesor.

Algo menos del 10% de los encuestados creen que el nuevo Código no aporta nada nuevo a la legislación penal en materia de drogas o tienen una visión no muy definida al respecto.

Por último se ha preguntado a la muestra sobre la Ley Vasca 18/1998, de 25 de junio, sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias. Esta norma es la que ha suscitado mejor opinión entre la muestra. Así, algo más de la mitad de los encuestados tienen una visión positiva o muy positiva sobre la misma. Se califica, sobre todo, como bien desarrollada en lo referente a medidas educativas, paliativas y preventivas.

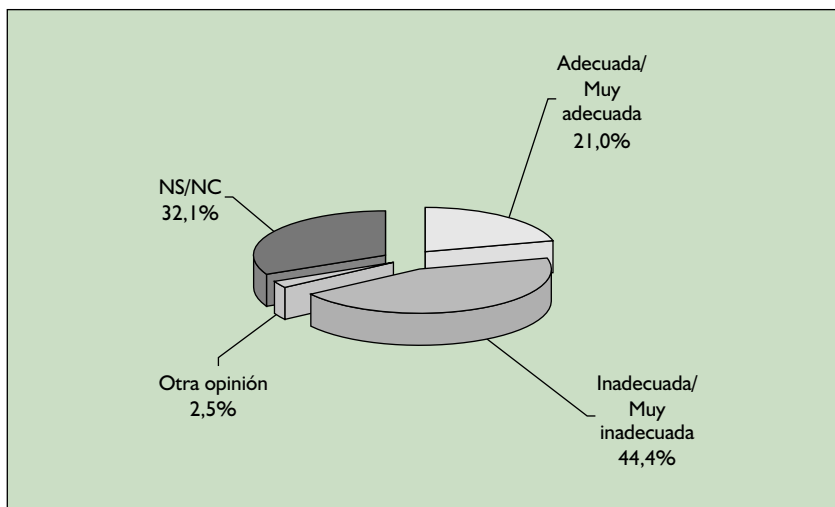
Por otro lado, la opinión del resto de los encuestados se pueden dividir en dos subgrupos similares en cuanto a número de profesionales: aquellos que desconocen la normativa y aquellos otros que no tienen una opinión favorable a esta normativa, encontrándola mejorable, insuficiente o ineficaz.

## 4.6. POLÍTICAS SOBRE DROGAS

### 4.6.1. La actuación gubernamental

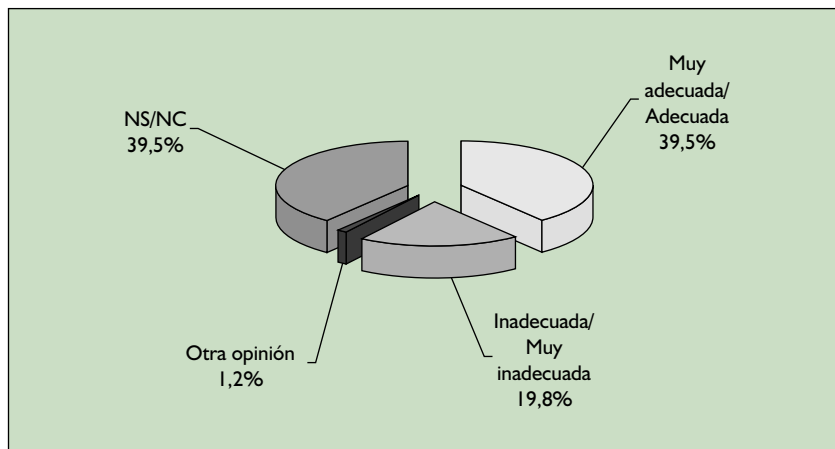
Las actuaciones del Gobierno español a través del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) y el Ministerio del Interior, en lo que concierne al cannabis el 21,0% opina que es adecuada, el 44,4%, al contrario, de estos opina que es inadecuada o muy inadecuada. Sigue sorprendiendo el porcentaje alto de los que NS/NC. (Ver figura 45).

**Figura 45. Actuación del PNsD sobre cannabis**



Al contrario que la actuación del Gobierno español, la actuación del Gobierno vasco a través de la Secretaría de Drogodependencias (actualmente Dirección de Drogodependencias), los planes trienales y la autonómica son muy adecuada y adecuada en un 39,5% y es inadecuada o muy inadecuada para el 19,7%. Sigue llamando la atención el alto porcentaje de NS/NC (Figura 46).

**Figura 46. Actuación de la Dirección de Drogodependencias**

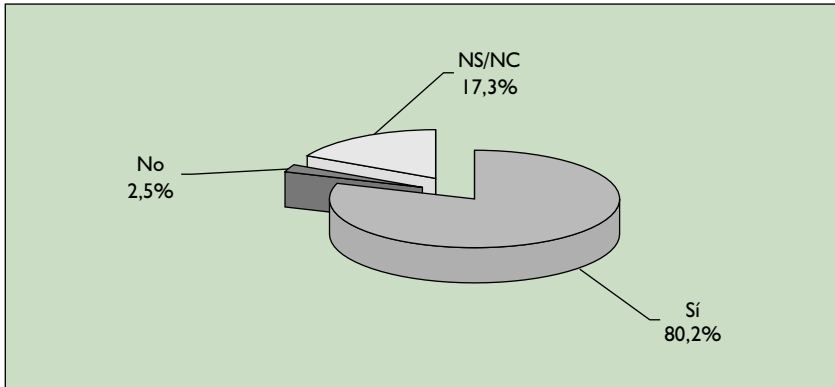


#### 4.6.2. ¿Cambios en la política sobre el cannabis?

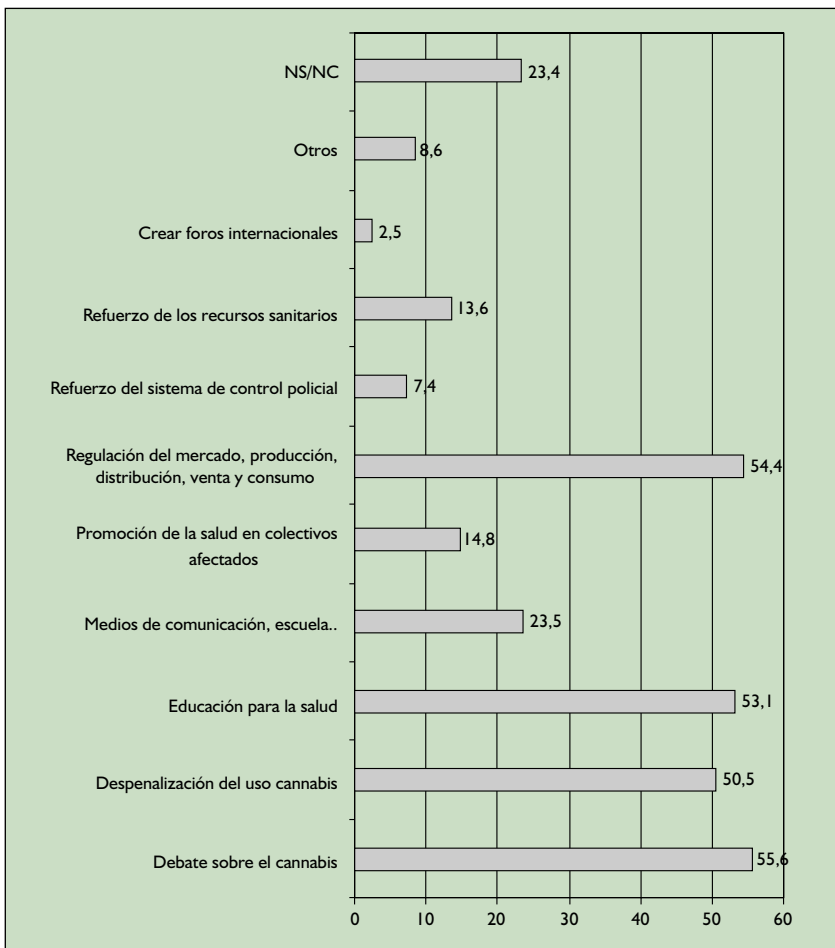
En cuanto al cambio necesario de las políticas sobre el cannabis el 80,2% está de acuerdo en que es necesario un cambio. Estos cambios deben empezar para el 55,6% de estas personas por un mayor debate social sobre el cannabis, una regulación del mercado del cannabis, con control de la producción, distribución, venta y consumo de esta sustancia (54,4%), educación para la salud de la población 53,1% e incluso la despenalización del uso de cannábicos (50,5%). Cambios en las políticas relacionados con esta sustancia en los medios de comunicación, escuela, universidad, familia, etc... (23,5%), la promoción de la salud de los sectores afectados (14,8%) y reforzar los recursos sanitarios (13,6%) son medidas sanitarias propuestas como cambios de las políticas actuales en relación con el cannabis. Las medidas policiales y los foros internacionales son cambios observados como menos necesarios. (Ver figuras 47 y 48).

Acorde con las actuaciones mencionadas en el ítem número 10 de este cuestionario, estos profesionales apuestan por medidas más informativas dirigidas a la población general y a desarrollar un trabajo preventivo, etc... siendo las medidas pena-

**Figura 47. Necesidad de un cambio de la política sobre cannabis**



**Figura 48. Cambios en la política sobre el cannabis**



les pocas. En el informe de la última encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, realizada en 1999 (PNsD, 2000) mediante 12.488 entrevistas y dando continuidad a las encuestas realizadas en 1995 y 1997 a iniciativa del Plan Nacional sobre Drogas se afirma que, constatadas las opiniones de los ciudadanos respecto a las medidas a tomar para resolver los problemas de drogas, se observa un elevado nivel de coincidencia con las actividades promovidas por las diferentes administraciones y organizaciones sociales: educación en la escuela, control policial, leyes estrictas, campañas publicitarias, etc. con apoyo mayoritario aunque haya descendido entre 1997 y 1999. Solo las medidas relacionadas con los programas de reducción de daños como la administración de metadona (57,4%) o la administración de heroína (43,4%) así como la legalización de las drogas (22,15), con mayor apoyo para la legalización del hachís (29,3%) son las que han visto crecer su apoyo en la ciudadanía.

**Tabla 2. Valoración de las acciones para resolver el problema de las drogas (%)**

Valoración muy importante	1997	1999	Diferencia
Educación en la escuela	92,1	90,6	-1,5
Tratamiento voluntario	84,3	81,3	-3,0
Control policial	81,3	78,9	-2,4
Campañas publicitarias	80,5	78,6	-1,9
Leyes estrictas	74,0	73,1	-0,9
Tratamiento obligatorio	53,3	53,2	-0,1
Administración de metadona	51,9	57,4	+5,5
Administración de heroína	37,9	43,4	+5,5
Legalización del hachís	26,1	29,3	+3,2
Legalización de todas las drogas	18,7	22,1	+3,4

Fuente: Plan Nacional de Drogas (2000). Encuesta domiciliaria sobre el Consumo de Drogas en 1999. PNsD, Ministerio de Interior

## 4.7. CONCLUSIONES

Analizadas las respuestas de estos operadores jurídicos del País Vasco nos hemos encontrado con un colectivo relativamente joven y con una amplia experiencia profesional.

- En la cuestión del cannabis se sienten informados sobre sus efectos, viéndola como peligrosa, principalmente por los efectos secundarios y la dependencia que puede ocasionar esta sustancia.

- Consideran irresponsables a las personas consumidoras de cannabis. Estas consumen para animarse y experimentar placer, obviando quizás las razones sanitarias que priman para los no consumidores. Si bien es cierto que para ellos la Administración debe actuar ante el consumo excesivo. Valoran a la Administración de Justicia y a la Seguridad Social como las peores instituciones a la hora de abordar el tema de las drogodependencias, que en este campo piensan deberían ser preventivas, informativas y educativas.
- La mayoría son partidarios de posiciones más despenalizadoras y antiprohibicionistas, en sintonía con el uso terapéutico, a favor de una regulación administrativa del consumo, seguros de que no empeoraría la seguridad ciudadana ya que disminuiría la delincuencia asociada, ni tendría lugar un aumento de consumidores o consumos, debilitaría los monopolios económicos, dándose un abaratamiento de este producto. No aumentarían las enfermedades, aunque probablemente disminuirían las enfermedades asociadas quizás porque se conseguiría evitar adulteraciones. Partidarios de la legalización del cannabis con fines terapéuticos en donde creen que la principal condición para que sea penalmente atípico será que el destinatario de la sustancia posea claros síntomas para los que se indique la prescripción. La fórmula más oportuna sería el permitir la venta en centros especializados, si bien creen en la viabilidad de estos establecimientos donde se pueda adquirir y consumir, pero con la consiguiente responsabilidad administrativa.
- Creen que las leyes en torno al cannabis no son ni duras ni blandas, si bien es verdad que la actual legislación en lo que se refiere a cannabis no ha conseguido ni el aumento de control de la sustancia, ni la reducción de consumidores o delincuencia asociada, ni la concienciación del uso y el abuso. Creen ajustado castigar al productor para la venta con prisión de 1 a 3 años, aumentar el castigo de 3 a 10 años de prisión para los grandes traficantes. Los intermediarios en el tráfico de cannabis deben ser castigados con una pena de privación de libertad de 1 a 3 años, en cambio para los “camellos de la calle” una multa sería suficiente. Respecto a los que producen para autoconsumo como los consumidores propiamente, no deberían tener sanción alguna.
- El consumo en lugares públicos debe ser sancionado administrativamente, no así el consumo privado que debe ser permitido. El tratamiento penal debe de ser igual para cualquiera de las presentaciones de la sustancia, teniendo más en cuenta la intención de tráfico al ser aprehendida esta sustancia.

- El artículo 368 del CP pretende evitar el tráfico de drogas y la facilitación del consumo se produce como consecuencia de su aplicabilidad una arbitrariedad del órgano judicial, la vulnerabilidad de la presunción de inocencia y la restricción de punibilidad de los delitos.
- Se entiende por consumo compartido el realizar un fondo común para comprar la sustancia al igual que el consumo colectivo y la invitación gratuita a consumidores no habituales.
- Aunque hay muchos que no opinan, quienes lo hacen creen que las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas respecto al cannabis han sido inadecuadas, al contrario que las actuaciones de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco que son valoradas como adecuadas. Aunque se cree con unanimidad la necesidad de un cambio en la política sobre el cannabis, creando en primer lugar un debate sobre el cannabis, caminando hacia la regulación del mercado, producción, distribución, venta y consumo, sin olvidarnos de la siempre necesaria educación para la salud.

Se observa un tono general antiprohibicionista aunque cuando se concreta las medidas afloran las posiciones punitivas.

Esto es principalmente una foto de lo que estos 81 profesionales han opinado cuando se les preguntó por estos items y si bien es verdad que estos datos no son estadísticamente significativos como hemos ya explicado sí orientan de las opiniones de estas personas que son ciudadanos y parte de la realidad jurídica a la vez. Por lo tanto es difícil diseccionar cuanto hay de cada parte en las respuestas ya que nunca debemos olvidar que la jurisprudencia siempre se apoya en la política y de la opinión pública.

Por lo que se debe retomar, en primer lugar, lo planteado por estos profesionales en el propio cuestionario, la necesidad de un debate sobre el cannabis como primer paso de cambio de la política sobre cannabis.

Interesante el análisis por profesiones que nos viene a mostrar y de manera bastante ajustada a la realidad, el mayor pragmatismo en lo teórico en los profesores de universidad, el índice de abstención en las cuestiones legales de los médicos forenses, el mayor ajuste a la ley de los fiscales, pragmatismo también de los abogados y la cierta ponderación en las contestaciones de lo que las leyes dicen en el caso del cannabis.

Estudio no exento de contradicciones en donde los médicos forenses opinan y se muestran más reacios al uso terapéutico, más proclives al uso de los fármacos ac-



tualmente en el mercado. Los profesionales aunque muy en contacto con consumidores siguen teniendo una visión teñida de moralismo al ver al consumidor de cannabis como irresponsable, pasota, etc.. Los menos informados creen que es más peligroso, contradictorio como la propia realidad del cannabis.



# Capítulo 5

## Capítulo 5

### Capítulo 5

## Algunas iniciativas de posible utilización de cannabis

“Largo es el camino de la enseñanza por medio  
de teorías; breve y eficaz por medio de los ejemplos”

Séneca, Lucius Annaeus (5 a.C.- 65 d.C.)

## 5.1. INTRODUCCIÓN

Pretender una “sociedad sin drogas” contrapuesta a la actual donde existen usos adecuados y otros muy problemáticos, resulta cuando menos un planteamiento erróneo, alejado de la realidad, como atestiguan las políticas e intervenciones que se han desarrollado a lo largo del último siglo. Cuestionable si esa carencia de drogas en realidad es una alusión a algunas sustancias concretas hoy en situación de ilegalidad.

Pero sí es factible lograr iniciativas que favorezcan la reducción de daños sociales y sobre la salud de quienes utilizan drogas, sean cuales fueren sus motivaciones. En el caso del cannabis y sus derivados también existen opciones posibles.

A lo largo de este informe se ha hecho referencia a una clasificación de las políticas de drogas en modelo represivo, modelo despenalizador controlado y modelo de reducción de daños. Se ha destacado cómo la regulación administrativa y penal de aquellos comportamientos relacionados con las drogas es absolutamente represiva. Por tanto, se trata de dar protagonismo a cualquiera de los otros dos modelos que, aunque parciales y no contradictorios, suponen una intervención más adaptada a la sociedad de este siglo.

Por un lado, el modelo de despenalización controlada, que propone una política alternativa con las siguientes características:

- La política de drogas debería poner su atención en la prevención de la demanda y la asistencia a los consumidores.
- No debería ser delito el tráfico de drogas entre adultos.
- Debería existir un control administrativo de la producción y venta de drogas.
- Debería castigarse penalmente el suministro de drogas a menores de edad o carentes de capacidad de decisión autónoma.

Este modelo se ha tenido en cuenta en dos propuestas conocidas en los medios jurídicos del Estado español: el llamado Manifiesto de Málaga (1991) por una nueva

política de drogas, elaborado por el Grupo de Política Criminal; y la Propuesta despenalizadora elaborada por la Comisión Drogas-Delincuencia del Colegio de Abogados de Barcelona.

Por otro lado, el modelo de reducción de daños, como vía intermedia que asume el fracaso del prohibicionismo en su objetivo de eliminar o reducir el consumo, así como los daños colaterales a que da lugar el enfoque represivo.

Las políticas europeas con respecto a las drogas ilícitas han sido caracterizadas por un nuevo concepto desde comienzos de los años 90, el de reducción de daños y riesgos. Este concepto parte del principio de que la mejor manera de limitar los problemas relacionados con el consumo de drogas, es mejorar las condiciones de vida del consumidor, y por lo tanto aceptar el hecho de que consume, en lugar de tratar de evitarlo. Al principio, la introducción de este concepto generó una confrontación entre básicamente dos campos: uno, argumentando a favor de la estricta prohibición de las drogas como la mejor forma de prevenir daños; el otro, señalando la necesidad de flexibilizar las leyes para promover la salud y la seguridad pública.

Desde entonces, el propio éxito de las medidas tomadas en el marco de la reducción de daños ha favorecido el desarrollo de programas con esta filosofía. Efectivamente, los programas de intercambio de jeringuillas han logrado contener la extensión de enfermedades relacionadas con el consumo intravenoso de drogas. Gracias a la provisión de sustancias de mantenimiento (tales como la metadona), muchos consumidores han podido estabilizar su vida y disminuir el consumo de heroína. La virtual despenalización del consumo y la posesión de pequeñas cantidades de cannabis ha conseguido separar los diferentes mercados de drogas, reduciendo la carga de trabajo para las autoridades legales. Mientras tanto, estas medidas no han llevado a un incremento sustancial del consumo de drogas ilícitas.

Hoy, la reducción de daños y riesgos es parte integral del manejo del consumo de drogas en prácticamente todo el continente europeo, y varios países fuera de él, como India, Australia, Nueva Zelanda y el Sur de Sudamérica. Por otro lado, en los países productores de drogas, situados todos en el Tercer Mundo, la política sigue siendo caracterizada por el objetivo de eliminar las drogas. Resultan a estas alturas obvias las consecuencias que una política de prohibición de las drogas genera en cualquier país: conflictos sociales, violaciones de derechos humanos, corrupción, destrucción ecológica y mayor pobreza rural. La declaración política aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la última Sesión Especial sobre Drogas celebrada en Nueva York en 1998, ha puesto el año 2008 como fecha para obtener

un mundo libre de drogas. Todo indica que es un ideal imposible. Y tomando en cuenta las experiencias en el lado del consumo, tampoco es deseable. De hecho, a través de los últimos años la sociedad europea se ha acostumbrado al hecho de que el consumo de drogas actualmente ilícitas puede ser un fenómeno integrado en la sociedad, tal como ha sido antes de que fueron prohibidas a principios del siglo XX.

El reto de las políticas de reducción de daños y riesgos del siglo XXI está en diseñar una Política sobre drogas coherente, partiendo del principio de que para reducir daños, es primordial mejorar las condiciones de vida de las personas involucradas en ambos extremos de la cadena. Los países de la Unión Europea, donde se originó el concepto de la reducción de daños, tiene pendiente aplicar dicha política dirigida a la producción de drogas, por lo tanto, a una política internacional de reducción de daños que reconozca, también los derechos de los productores.

Para establecer algunas iniciativas de usos posibles con cannabis y derivados, y que pasaremos a exponer, es conveniente analizar previamente la significación jurídica. El Comisionado para la Droga de Andalucía encargó al Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología (IAIC) la redacción de un informe jurídico sobre la legalidad del uso terapéutico del cannabis y sobre la viabilidad legal de crear establecimientos para la obtención y consumo del cannabis. Este estudio, coordinado por el catedrático de Derecho Penal de Málaga, José Luis Díez Ripollés, y elaborado por los profesores Juan Muñoz y Susana Soto, desde el año 1999 es una referencia obligada.

En este documento se presenta las siguientes iniciativas:

Uso terapéutico del cannabis, Ensayos clínicos con cannabis, Establecimientos para la adquisición y consumo normalizado, Producción del cannabis para autoconsumo, Tenencia lícita de cannabis para fines culturales, científicos o docentes, Producción industrial de cáñamo, Otras iniciativas.

Estas iniciativas pudieran verse acompañadas de responsabilidades penales caso de que las actuaciones incurrieran en delito de tráfico de drogas según el art. 368 del Código Penal. Este, en su pretensión de proteger la salud pública, pudiera castigar aquellas conductas que tiendan a promover el consumo de sustancias ilícitas. A través del llamado “delito de peligro abstracto” no es necesario constatar un peligro efectivo del bien jurídico, con una importante excepción, como es la atipicidad de la posesión de drogas para el consumo. Según la interpretación del concepto de peligro se producirá una mayor o menor tipicidad penal.

Existe doctrina del Tribunal Supremo que restringe la punibilidad del delito de tráfico de drogas afirmando que no se afecta a la salud pública cuando “no exista la posibilidad de difusión, de facilitación o de promoción del consumo entre terceras personas indiscriminadamente”<sup>1</sup>.

Como señalan Muñoz y Soto (2000), la interpretación restrictiva del tipo del art. 368 del C.P., la jurisprudencia sostiene la atipicidad en dos supuestos:

1. En caso de “consumo compartido”, si hay aportación de dinero para un fondo común y adquirir sustancia que consumirán en común, y también la invitación gratuita de sustancia a adictos para su consumo inmediato.
2. En caso de donación de drogas por personas allegadas a personas adictas, para la deshabitación o para evitar riesgos asociados a la abstinencia.

El fundamento de la impunidad en ambos supuestos es la inexistencia del peligro general de difusión, facilitación o de promoción del consumo entre terceras personas indiscriminadamente, no generándose peligro para la salud pública.

## 5.2. USO TERAPÉUTICO DE CANNABIS

En los últimos meses la cuestión del uso terapéutico va cobrando un mayor interés y atención tanto para los medios de comunicación de masas como para los tribunales de muchos estados occidentales, con visiones y conclusiones no siempre uniformes. Así, para los jueces franceses no es posible el uso terapéutico del cannabis, a la que califican como sustancia narcótica sin valor terapéutico, y por tanto ilegal. A pesar de esta opinión jurisprudencial, el gobierno francés ha solicitado diversos ensayos clínicos en aras de lograr un mayor conocimiento sobre la materia.

Es sobradamente conocido que médicos y juristas prescriben, unos remedios farmacológicos –*drugs*<sup>2</sup>– y otros, leyes. Desde la Medicina o desde el Derecho, con sus acotaciones, pero como recursos pretendidamente efectivos.

Los unos y los otros, las drogas-fármacos o las leyes no llevan una moral implícita. Serán buenos o malos en función de cómo se utilicen, conocidos previamente sus efectos sobre las personas.

---

<sup>1</sup> Cfr.. SSTS de 10 de noviembre de 1994 A. 8900; 23 de mayo de 1995 A. 3912; 25 de septiembre de 1995 A. 6745; 5 de junio de 1996 A 793; 26 de diciembre de 1996 A. 9651; 2 de diciembre de 1996 A. 1996 A. 9651; 3 de febrero de 1997 A. 690; 22 de enero de 1998 A. 48; 20 de julio de 1998 A. 5998; entre otras.

<sup>2</sup> En inglés significa medicamento y droga.

La dispensación de cannabinoides en el marco sanitario será reflejo de la comprensión y actitud de los profesionales tras notables cambios en la esfera política tendentes a la desaparición de prejuicios, así como hacia la búsqueda de salidas más oportunas.

El grupo Agata con su proyecto “Nuria Nogueras para la legalización de la marihuana terapéutica”, grupo de mujeres de Barcelona preocupadas por los efectos secundarios de la medicación antitumoral, movilizó la opinión de oncólogos, farmacólogos y otros sectores médicos obteniendo su apoyo. De su iniciativa partieron los prolegómenos para que los partidos políticos de Catalunya aprobaran en su parlamento, en mayo de 2001, una propuesta no de ley para poder acceder al uso de derivados cannábicos como medicación paliativa, tratándose de cannabinoides de síntesis comercializados en otros países: “El Parlament de Catalunya insta al Consejo Ejecutivo de la Generalitat a que haga las gestiones necesarias ante las diferentes administraciones para que se autorice el uso terapéutico del cannabis.”

Los parlamentos, navarro, balear, andaluz y de otras Comunidades Autónomas han continuado con iniciativas similares. Incluso hay dos Comunidades del Estado español que ya han decidido reglar esta materia, como es el caso de Catalunya y Baleares.

Habría que hacer al menos dos consideraciones previas. Por un lado, que la legislación penal aplicable en el Estado español no menciona la posibilidad del uso terapéutico como eximente de responsabilidad penal, y por el otro, que el Código Penal sanciona, como ya hemos visto, todas las posibles actuaciones con relación al cultivo, elaboración, tráfico, promoción, facilitación o favorecimiento. Es decir, es sancionada cualquier actuación salvo la mera posesión de sustancias sin finalidad de tráfico ni promoción del consumo.

También se ha visto como una línea mayoritaria de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, desde 1992, viene sosteniendo la atipicidad (ausencia de conducta merecedora de sanción penal) en dos supuestos contemplados en el epígrafe anterior: consumo compartido y donación.

El supuesto de la donación, como veíamos, fundamenta su impunidad en que no exista promoción, favorecimiento indiscriminado a terceros ni facilitación, y por tanto no se cree un peligro abstracto para la salud, sino, y en todo caso, a personas concretas y determinada. Debía perseguir solamente una finalidad altruista y humanitaria con fines de deshabituación o para evitar el síndrome de abstinencia.

Teniendo todo esto en cuenta, el uso terapéutico del cannabis, aunque no se corresponde linealmente con la tesis de la impunidad de la donación con fines altruistas y humanitarios, es un supuesto análogo<sup>3</sup>, esto es: entrega de una sustancia estupefaciente a una persona determinada con un fin curativo.

Se puede así considerar que hacer frente al síndrome de abstinencia o el fin de la deshabituación pueden tener el mismo fin altruista que el uso terapéutico. Que la existencia de una relación de proximidad, exigida en la donación, también se da entre el médico y el paciente si este recomienda el uso terapéutico del cannabis a aquel. Que la persona destinataria, drogadicto según la jurisprudencia, es análoga a la persona enferma susceptible de hacer uso terapéutico del cannabis.

Por otro lado, es perfectamente válida la tesis de que no nos encontramos ante un delito de peligro abstracto, sino de una persona determinada, una persona que sufre una enfermedad, y por tanto no se pone en peligro la salud pública, sino todo lo contrario, se trata de sanar a una persona enferma.

Por lo tanto, el uso terapéutico del cannabis se puede considerar atípico cuando el destinatario sea un enfermo con unos síntomas para los cuales esté indicado médicamente el uso de esta sustancia. Asimismo, es necesario que el encargado de suministrar la sustancia sea el médico y se la suministre directamente, ya que si se consume en otro lugar, la sustancia se puede escapar del control médico, y, como consecuencia, podría existir un peligro para la salud. Además, la dispensación de la droga se ha de realizar en un marco de tratamiento terapéutico, es decir, curativo o paliativo, por profesionales habilitados para prescribir tratamientos de esa naturaleza. En la figura 1 se señalan las opciones de dispensación de cannabis y derivados.

La responsabilidad administrativa del uso del cannabis para fines terapéuticos presenta una problemática más compleja que la legislación penal, ya que nos obliga a distinguir dos supuestos diferentes: la prescripción médica y los ensayos clínicos.

La legislación administrativa en materia de sustancias psicotrópicas se actualiza con el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, sobre fabricación, distribución, prescripción y dispensación de sustancias y preparados psicotrópicos<sup>4</sup>, que incluye

---

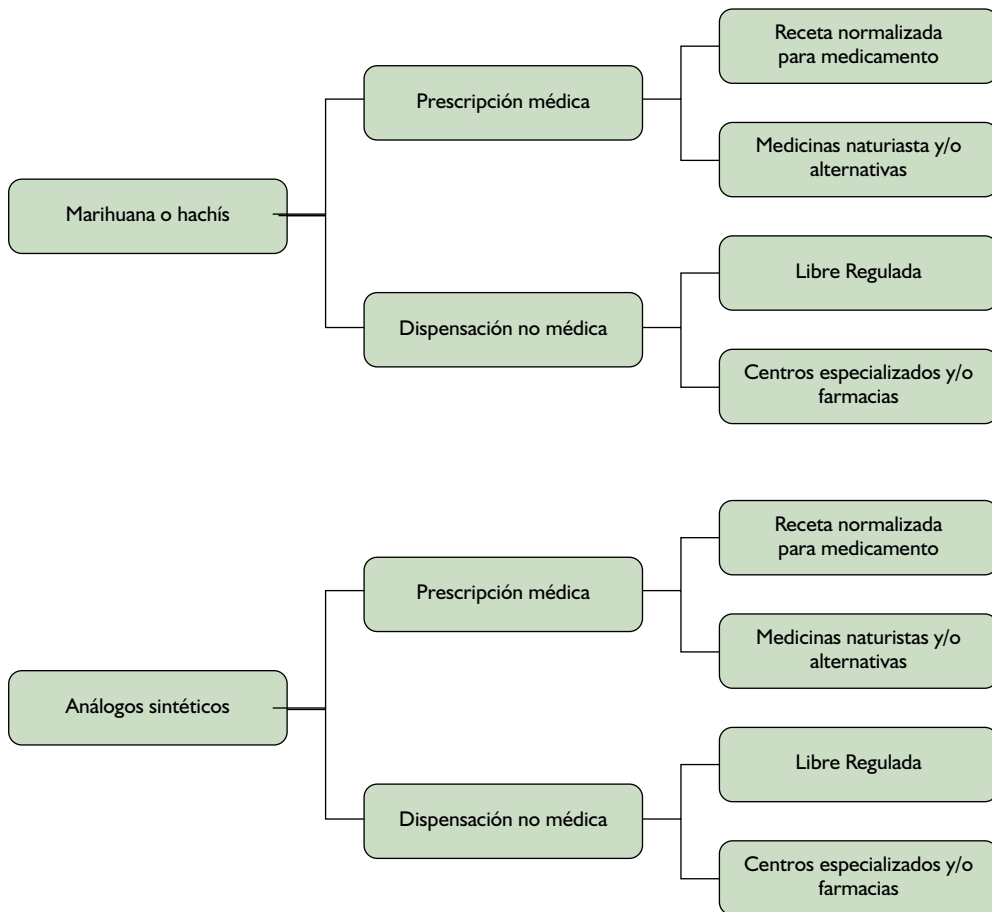
<sup>3</sup> Según el informe jurídico elaborado por Muñoz y Soto en 1999 del Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología para la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

<sup>4</sup> Legislación que reproduce las listas del Convenio de Viena de 1971: la Lista I en la que se fijan las sustancias para las que se prohíbe cualquier tipo de uso salvo para fines científicos, y la Lista II en la que se especifican las sustancias susceptibles de dispensación en farmacia con receta y que pueden ser objeto de investigación médica o científica con autorización.



tanto al hachís como a la marihuana dentro de las sustancias prohibidas salvo para usos científicos. Más adelante, la Orden de 27 de febrero de 1992 transfiere el delta 9–tetrahidrocannabinol (THC) de la Lista I a la Lista II del Convenio de Viena de 1971, con lo que el THC se puede dispensar en farmacia con receta y puede ser objeto de investigación médica o científica con autorización (quedando la marihuana y el hachís en la restrictiva Lista I), estando sujeto a medidas de fiscalización menos rígidas.

**Fig. I. Opciones de dispensación de cannabis y derivados**



Por lo tanto para el cannabis, marihuana y hachís, el uso terapéutico desde un punto de vista de aplicabilidad administrativa se reducirá al ámbito de un proyecto científico o de investigación en los márgenes establecidos en la Ley del Medicamento de 1990, ya que el uso y posesión de esas sustancias requiere de autorización administrativa.

Sin embargo, en el caso del THC, su posibilidad de uso terapéutico es mucho más amplia que para el caso de la marihuana o el hachís. Así, entendemos que con el THC puede haber tanto el uso terapéutico como ensayo clínico (en los mismos extremos que con el cannabis), como la prescripción con receta médica, ya que nos encontramos ante una sustancia de las recogidas en la Lista II del Convenio de Viena de 1971, y por tanto puede ser fabricado, importado, exportado, distribuido con licencia y dispensado en farmacias con receta.

Los requisitos para la dispensación en farmacia con receta de preparados de THC serían los siguientes<sup>5</sup>: indicar en la receta el nombre del médico, la población en la que ejerce y el colegio al que pertenece, el nombre del paciente, su año de nacimiento, el medicamento prescrito, su forma terapéutica, su vía de administración, el número de envases que se prescriben, su posología, etc. En resumen una serie de datos legalmente establecidos, quedando como responsabilidad del farmacéutico la comprobación de la identidad del paciente.

Con el conocimiento del escaso riesgo y nocividad del consumo de cannabis, inferiores sin duda a los derivados del consumo de otras sustancias aceptadas y promovidas socialmente, sería coherente propugnar que el cannabis y sus derivados carezcan de sanción penal por motivo de su tenencia o consumo. Incluso, el sistema de dispensación controlada, tradicionalmente planteado con receta, pudiera, en ocasiones, desarrollarse sin ella, adaptando la Ley del Medicamento de 1990.

### 5.3. ENSAYOS CLÍNICOS

En el marco del uso terapéutico del cannabis, en el caso concreto de utilización de marihuana, de su resina (hachís) o de algún derivado sintético, cabe inscribirlo en el ámbito de un proyecto de investigación como ensayo clínico, al objeto de conocer las propiedades terapéuticas del cannabis frente a enfermedades y dolencias concretas tal y como se vienen realizando en otros países cercanos (Gran Bretaña, Bélgica, Holanda, Alemania, Francia, Suiza,...) que, aunque hubieran ratificado los convenios internacionales sobre estupefacientes y las nuevas aplicaciones pudieran presentar problemas de legalidad, la voluntad política y el ánimo de promocionar la investigación de las propiedades terapéuticas del cannabis han favorecido importantes iniciativas con cannábicos. Incluso informes gubernamentales en Gran Bretaña, Francia y Estados Unidos se han mostrado favorables a estos estudios y a la prescripción médica del cannabis.

---

<sup>5</sup> Según el art.7 del real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre. La sentencia 361/2000 de 5 de mayo de la Audiencia Provincial de Barcelona ahonda en esta cuestión

Al igual que la prescripción médica con receta, la otra vía, la de los ensayos clínicos con cannabis en el marco de una investigación médica o científica está sujeta a requisitos administrativos concretados en:

- La Ley del Medicamento, de 20 de diciembre de 1990 (art.60 y ss.)
- Orden de 14 de enero de 1981 (art.1)
- Real Decreto 2829 /1977, de 6 de octubre (art. 17)
- Real Decreto 1910 /1984, de 26 de septiembre (art. 7)
- Orden de 30 de abril de 1986
- Orden de 23 de mayo de 1994

Al amparo de la Ley del Medicamento el desarrollo de un proyecto de investigación, necesitaría autorización del Ministerio de Sanidad y Consumo, presentación de un protocolo con datos suficientes en ensayos con animales que garanticen riesgos admisibles para las personas, informe de un comité ético de investigación clínica, consentimiento libre del destinatario y que el investigador principal sea un profesional suficientemente cualificado (artículos 60 y siguientes de la Ley del Medicamento). Actualmente se están desarrollando ensayos clínicos en el Estado español, algunos como investigaciones multicéntricas en el ámbito hospitalario, ubicándose en Madrid, Barcelona, Bilbao y Sevilla, los equipos de neurocirugía y farmacología que los llevan a cabo. O como el ensayo en fase I-II para evaluar el efecto del THC en el glioblastoma múltiple, un tumor maligno cerebral, a desarrollarse en el Hospital de La Laguna (Tenerife) y cuya pretensión es incrementar la esperanza de vida de los pacientes del estudio.

#### **5.4. ESTABLECIMIENTOS PARA LA ADQUISICIÓN Y EL CONSUMO NORMALIZADO**

El movimiento de profesionales y operadores jurídicos que abogan por la normalización del consumo de algunas sustancias y de la aplicación de la Ley del Medicamento en cuanto a otras, se reflejó ya en 1990, en el manifiesto del Grupo de Estudios de Política Criminal (Diez Ripollés, 1992), en el que se rechazaba la penalización del consumo de drogas, se ponía de manifiesto la necesidad de programas de prevención, se consideraba que el tráfico entre personas adultas debería estar regularizado sin que tuviera que constituir un hecho delictivo o que la venta de drogas “blandas” debería hacerse libremente, a excepción de los hechos que constituyeran venta de sustancias a menores o incapaces, que evidentemente deberían ser consideradas acciones sancionables.

Las intervenciones destinadas a los consumidores deben de girar sobre dos ejes: la sanidad y el sistema penal. Así como en el ámbito sanitario se ha ido incorporando de forma progresiva la política de reducción de daños, desde el sistema de política criminal de penalización de las drogas el binomio consumidor/ adicto-delincuente es una realidad incuestionable. Se ha venido trabajando en la concepción de que lo jurídico es algo a parte, a menudo afrontado de forma casuística por trabajadores sociales sin formación jurídica y sin una articulación pensada, o definida en el marco de la política de reducción de daños (Calvet, 2001). Es el momento de afrontar esta realidad desde un discurso coherente que integre las finalidades de prevención especial y general del Derecho Penal en la política de reducción de daños. Según Calvet, esta propuesta giraría en torno a tres ejes:

- Redefinición del “status jurídico” del consumidor de drogas y drogodependiente.
- Tratamiento jurídico integrado plenamente en las intervenciones terapéuticas: dinamización de las medidas alternativas y medidas de seguridad.
- Intervención penitenciaria con pleno sometimiento a la política de reducción de daños.

Pero la responsabilidad administrativa en relación a los establecimientos para la adquisición y consumo se topa con la Ley de Seguridad Ciudadana en sus artículos 23 y 25, pues la tenencia en lugar público, la tolerancia de consumo o el tráfico en dichos establecimientos es motivo de sanción administrativa grave, lo cual parece identificar al cannabis con los riesgos que otras sustancias ilegales pueden ofrecer. Pero el cannabis no genera violencia social, no se asocia a delincuencia, no presenta síndrome de abstinencia, su consumo no lleva al uso de otras drogas, ni el abandono de útiles empleados en su consumo no acarrea riesgo para la salud pública. Sin embargo, la carencia de control de los productos que circulan en el mercado ilegal sí puede generar riesgo para la salud y daño. Por eso, una adecuada política de disminución de riesgos debiera favorecer el acceso a la sustancia en lugares que ofrezcan garantía de calidad, no promocionando su consumo de modo indiscriminado.

Es preciso alcanzar un estatuto jurídico del consumidor de cannabis a modo de carta de derechos donde se recoja, entre otros, la posibilidad de recurrir a algún centro u órgano comparable a los centros de atención al consumidor para exigir calidad de la sustancia, información sobre el carácter legal de su comportamiento o en caso de ilegalidad, las vías de intervención judiciales...

### 5.4.1. Modelo *coffee shop*

Existe jurisprudencia sobre el concepto de establecimiento abierto al público, donde puede acceder cualquier persona, en contraposición al modelo de “club” o establecimiento privado que sólo admite a sus miembros<sup>6</sup>.

En tanto que el consumo de cannabis se mantiene con el paso del tiempo y es presumible que siga siendo así, sería oportuna la existencia de locales públicos adecuados, donde se regule lo que allí se expendan y comercialice, limitando el acceso a menores o a quienes no tengan desarrolladas sus capacidades volitivas. Es el modelo *coffee shop* que da respuesta al consumo de muchas miles de personas usuarias, evita la aplicación penal por estas conductas sociales y restringe riesgos sobre la salud pública.

La realidad es otra. Hasta el presente y en estos últimos años, al calor de la ley 1/1992 de Protección de la Seguridad Ciudadana, las denuncias, multas administrativas y sentencias muy variadas son algo frecuente que afecta a miles de ciudadanos. En el año 2000, en el territorio del estado español se detuvo a 98.000 personas, habiendo sido abiertos 26.426 procedimientos judiciales, más de la mitad de ellos relacionados con consumo de cannabis.

Con la legislación actual queda descartada la posibilidad de crear centros abiertos, ya que el propio suministro de cannabis incurriría en delito penal de tráfico de drogas, el propietario del local no podría exigir contraprestación económica a cambio de la sustancia porque incurriría en delito tipificado en el art. 368 del C.P. Además, la interpretación de la Ley de Protección de Seguridad Ciudadana es contraria a considerar lícita la tenencia para consumo privado, remitiendo al concepto de tenencia ilícita de la vigente Ley 17/ 1967, y el consumo en lugar público así como la tolerancia del consumo y del tráfico en dichos establecimientos constituyen infracción administrativa grave del art. 23 y 25 de la Ley 1/1992 con sanciones cuantiosas: cierre de locales, multas de 50.001 hasta 5 millones de pesetas, suspensión del permiso de conducción,... Aunque la jurisprudencia ha considerado la tenencia sin tráfico posterior, oneroso o gratuito, como impune ya que se avala lo que era para autoconsumo. En esta Ley, muy criticada por anticonstitucional, pero de vigente actualidad, es notorio el art. 37 donde la presunción de inocencia sale mal parada y en absoluto satisface favorecer este derecho fundamental. Todo ello hace preciso un cambio legislativo o de jurisprudencia notorio para la puesta en funcionamiento de *coffee shops*.

<sup>6</sup> Sentencias del TS de 30 de octubre de 1992 A. 8550; 5 de marzo de 1994 A. 1849; 15 de febrero de 1995 A. 857; 19 de diciembre de 1997 A. 8999; y otras.

La sociedad debe jugar un papel activo, evitando la obtención violenta de drogas, la clandestinidad del consumo y sus consecuencias, a través de medidas educativas y campañas basadas en una información veraz y objetiva y principalmente, permitiendo que aquellos adultos que deseen consumir cannabis lo puedan hacer en unas condiciones dignas.

#### **5.4.2. Modelo club privado**

La propuesta de establecimientos no abiertos a un público indiscriminado, en contraposición al modelo de *coffee shop*, es decir, centros privados de fumadores de marihuana o hachís donde es exigencia la condición de asociado y estar registrado oportunamente.

Actualmente existe una experiencia reciente en el Club de Catadores de Cannabis (CCC) de Barcelona, con Estatutos de la asociación registrados por la Generalitat de Catalunya en la Dirección General de Derechos y Entidades Jurídicas, Departamento de Justicia. Los fines de la asociación son crear un espacio privado, creando un ambiente adecuado para llevar a término las catas del vegetal conocido como cannabis sativa, sin afán de lucro ni publicidad, con control estricto de la producción estipulada para el consumo anual de sus miembros, pudiendo participar en manifestaciones cuyo fin sea mejorar las características organolépticas del vegetal mencionado. Esta experiencia se ha ido ampliando a otras provincias en el Estado español.

Si bien no está demostrada la cantidad del consumos anual/ persona, existen fundamentos de derecho en el ejemplo referido:

- La Constitución española en su artículo 22, y el Estatuto de Autonomía de Catalunya en su artículo 9.24.
- La Ley de asociaciones 7/1997 de 18 de junio.
- El Real Decreto 3526/1981 de 29 de diciembre; el Decreto 159/1984 de 19 de junio y la Orden de 20 de abril de 1982.

El libre consumo de cualquier sustancia es un derecho inalienable garantizado constitucionalmente y por cualquier carta de DD.HH. y lo que reclaman los consumidores es poder ejercer ese derecho. Como se trata de una reunión “entre adictos”, no se promociona el consumismo de otras personas.

Según la propuesta de creación de establecimientos donde poder adquirir y consumir cannabis elaborada por el IAIC de Málaga, debiera configurarse bajo las siguientes condiciones:

- Un marco de mejora del ambiente social, orientado a la reducción del daño asociado al consumo de cannabis, facilitando a los consumidores habituales un lugar seguro y disminuyendo los riesgos de adulteración que acompañan al consumo callejero.
- Local cerrado al público, de entrada restringida a consumidores habituales de cannabis, no generando más que un potencial peligro individual para la salud.
- La cantidad de droga a adquirir y consumir no podrá sobrepasar el límite de un consumo normal, suministrada por el responsable del local y evitando el tráfico entre consumidores.
- Consumo inmediato, en el local, en evitación de que la sustancia llegue a terceros.
- No ha de mediar contraprestación alguna por la entrega de la droga, según exigencia del Tribunal Supremo.

En realidad, una pequeña contraprestación, en este marco, no sería alta, evitando la atracción de adquisición y consumo callejeros. El informe jurídico de Málaga, viendo un pequeño escollo, intenta soslayarlo señalando que *la exigencia de una pequeña contraprestación no tiene el efecto de incentivar el consumo, al contrario, se trata de exigir un esfuerzo económico en el consumidor habitual que suscite un descenso de las ocasiones en que decida consumir*. Esta intención disuasoria resulta desajustada para una realidad social, la del consumo del cannabis, que no provoca significativos daños en sus usuarios ni en su entorno.

Sería deseable asentar la atipicidad del consumo de cannabis en estos medios privados mientras no se promocióne su uso. La reunión para el consumo compartido, independientemente del lugar y no afectando a terceros ha de ser siempre impune. Como también es poco convincente la jurisprudencia determinada por las sentencias del Tribunal Supremo en la última década sobre otras condiciones de entrega de la droga.

Resulta estigmatizante y marginador la restricción a un local cerrado y para asociados determinados, lo cual no existe con ninguna otra sustancia del mercado, se trate de una droga u otro producto de consumo.

## 5.5. PRODUCCIÓN DE CANNABIS PARA AUTOCONSUMO

La regulación internacional a través de Convenios y Convenciones de Naciones Unidas, en sus encuentros y resoluciones de 1961, 1971 y 1988, se ha caracterizado por la carencia de definiciones de *tenencia* ni de *autoconsumo*, haciendo alusión a cuestiones relativas a la producción, tráfico y otros operativos. Sólo la Convención de Viena de 1988 hace referencia a la tenencia para el autoconsumo como posible variante del tráfico, dejando la opción a criterio de cada país según sus principios constitucionales y de su ordenamiento jurídico. En este caso, el legislador tuvo ocasión de punir la tenencia de drogas para autoconsumo.

El autocultivo para el autoconsumo no solo se enfrenta a la legislación vigente sino también al modelo de sistema sanitario, donde quien medica lo hace por su condición jerárquica. Solo recetan, solo prescriben los médicos, y si no es así se transgrede el sistema. El autoconsumo es sinónimo de disidencia y desafío de lo establecido: que el médico y paciente tengan sus competencias delimitadas. En el actual ordenamiento jurídico, el consumo de drogas es lícito, salvo que se realice en lugares públicos, siendo en ese caso merecedor de sanción administrativa con incautación de la droga.

La automedicación razonable se basa en el conocimiento (Delàs, 1995) por el paciente, la persona usuaria, en el uso de un medicamento determinado. A través de su práctica adquirida a través de comportamientos de rebeldía, recreativos o paliativos. Esto, que no ha formado parte tradicionalmente de la educación sanitaria proyectada desde los profesionales de la salud, y tampoco desde los propios ciudadanos, puede que un día sea favorecido desde la industria farmacéutica ante un inmenso mercado entre los productos libres de prescripción. De cualquier modo los sistemas sanitarios deberán educar para la automedicación razonable cuando sea precisa.

El modelo de autocultivo para consumo propio se basa en la normalización del consumo y en la despenalización del cultivo. El consumo no es ilegal ni la tenencia para el consumo propio según sentencia del Tribunal Supremo, si bien, aplicando la ley 1/92 de Seguridad Ciudadana siguen prodigándose las multas gubernativas. El cultivo en lugar privado y destinado al consumo propio será impune ya que no transgrede la normativa administrativa sancionadora, requiriendo alegar la condición de consumidor habitual del cultivador así como acreditar que la producción cannábica no exceda de lo que racionalmente pueda considerarse un consumo medio del cultivador.

Si el consumo y la tenencia no son delito, el cultivo para ese consumo propio no deberá serlo. Asegurar el consumo de ese modo equivale a eliminar la necesidad de



ir a comprar una sustancia declarada ilegal que es más cara y además está adulterada (Borrallo, 1999). Con la legislación vigente y cierta tolerancia social e institucional, puede normalizarse el consumo y el cultivo, resolviendo numerosos problemas relacionados con la criminalidad, limitación de acceso y descenso del número de adictos a drogas dañinas –“duras”– así como ahorros presupuestarios en las administraciones públicas.

Es posible cultivar marihuana para el propio consumo respetando los criterios de los tribunales. Ciertamente el marco legislativo actual induce al usuario de cannabis a procurárselo a través de la compra en el mercado ilegal o mediante autocultivo si pretende cumplir estrictamente la legalidad. El auto-cultivo para el consumo personal o asociativo es una de las opciones de mayor viabilidad teniendo en cuenta la regulación penal y administrativa actual.

Las condiciones requeridas por los tribunales para considerar que una persona cultiva marihuana para su propio consumo (Ramos, 2000) y, por lo tanto, que no sea sancionada, son las siguientes:

- Es necesario que el cultivador sea consumidor de la sustancia que cultiva. Por lo tanto, en caso de detención será necesario el informe del médico forense que confirme tal consumo.
- La cantidad que se cultiva es un dato importante, a la vez que confuso según está siendo tratado en la actualidad. La finalidad de los tribunales está en que una persona no cultive más de lo que necesita para su propio consumo, considerando que lo que supere dicho límite es para venderlo o distribuirlo a terceros. Sin embargo, al establecer la cantidad que es considerada límite para ese propio consumo las interpretaciones son diversas.
- Ser miembro de una asociación antiprohibicionista, lo cual caracteriza al consumidor en contraposición al traficante que busca el anonimato.
- No poseer útiles o instrumentos que se puedan relacionar con la venta o tráfico de dicha sustancia; aunque, quizás, algunos de tales objetos pueden estar en el domicilio de un consumidor sin ánimo de traficar (balanza de precisión, papel de celofán, dinero sin justificar...).
- La ubicación y desarrollo de las plantas es un criterio de interés para los tribunales ya que aquellos casos en los que las plantas de marihuana estaban a la vista han tenido menos problemas que los que las mantenían ocultas.

Ya se vienen desarrollando experiencias en diferentes zonas del Estado español. Hace cuatro años, la Asociación Ramón Santos para el estudio del Cannabis (ARSEC), de Catalunya, puso en marcha una plantación colectiva en un terreno arrendado y como consecuencia, cuatro de sus responsables fueron sancionados. La Audiencia Nacional les absolvió pero el Tribunal Supremo les condenó a 4 meses de arresto mayor y medio millón de pesetas de multa. El Tribunal Constitucional denegó la solicitud de amparo, habiendo elevado recurso a los tribunales europeos. En cambio, la asociación vasca para el estudio del cannabis, Kalamudia, en 1998 y posteriormente en los años 2000 y 2001 ha llevado a término sus plantaciones colectivas habiéndose suministrado información de la plantación y la recolección a las instancias judiciales.

Aunque las leyes suelen ir detrás de la realidad social, cuando se generalizan o son amplias ciertas conductas en el entramado social, estas dejan de merecer el reproche de la sociedad, presupuesto básico de un posterior reproche penal (Felis, 1999). Igualmente, el incremento de pequeños cultivadores domésticos para consumo propio significará una tendencia hacia la normalización en el sentido de entender como “algo normal” esa actitud.

Ello ha de inducir a cambios en la aplicación de la legislación penal en los tribunales y cambios en la propia legislación.

## **5.6. TENENCIA LÍCITA PARA FINES CULTURALES, CIENTÍFICOS O DOCENTES**

La Ley 17/1967 presentaba normas reguladoras que actualizaban y adaptaban lo establecido en la Convención Unica de Estupefacientes de Naciones Unidas de 1961 en New York, en su artículo 22 establecía que “no se permiten otros usos de los estupefacientes que los industriales, terapéuticos, científicos y docentes autorizados con arreglo a la presente Ley. Esta ley, no derogada, fue corroborada y actualizada por el Real Decreto 2829/1977 en su artículo 2º, punto 2, sobre regulación de sustancias psicotrópicas.

Aun siendo una norma preconstitucional, apoyándose en esa legislación y en el ejercicio consecuente del “derecho de petición de las personas para dirigirse a los poderes públicos en solicitud de actos o decisiones sobre su competencia”, el 7 de fe-

---

<sup>7</sup> Juan Carlos Usó ha proporcionado a los autores del presente informe copias de todos los documentos relacionados con su petición y recurso así como las notificaciones enviadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

brero de 2001, el sociólogo e historiador Juan Carlos Usó<sup>7</sup>, alegando su compromiso en la investigación del uso contemporáneo de droga en el Estado Español, solicitó al Servicio de Restricción de Estupefacientes, en la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, “una autorización para la tenencia lícita de drogas por un periodo de veinticuatro meses y en cantidades mínimas suficientes, para fines culturales y docentes, al objeto, de investigar con ellas y difundir los conocimientos adquiridos”.

A la denegación de la División de Estupefacientes de la Agencia Española del Medicamento continuó un recurso de reposición interpuesto por el Dr. Usó que, así mismo, fue contestado negativamente, llegando a su fin la vía administrativa. Con este rechazo este conocido investigador social, caso de pretender profundizar en el conocimiento, se vería en riesgo de ser sancionado por la ley 1/92 de Seguridad Ciudadana, calificada de anticonstitucional pero vigente y de aplicación creciente en los últimos tiempos.

Por ello el Dr. Usó interpuso en noviembre de 2001 un recurso en el Juzgado central de lo Contencioso Administrativo nº3 de Madrid, admitido a trámite, para que la Administración pública demandada remita al Juzgado el expediente que denegó el permiso solicitado.

En este último recurso se insta a la Agencia Española del Medicamento y concretamente a la Subsecretaría General de Seguridad en Medicamentos que atienda al Dr. Usó en sus pretensiones, alegando errores de forma y fondo en las resoluciones administrativas previas. La vía judicial y la sentencia posterior, no publicada a fecha de cierre del presente informe, tendrá que tomar posición sobre este asunto.

La sentencia 76/02 de dicho Jdo. Central/Admvo. de Madrid anula la resolución de la Agencia del Medicamento “por ser disconforme a Derecho, reconociendo el derecho del interesado a que por el organismo citado se dicte una resolución sobre el fondo de su pretensión”.

La Ley 17/1967 desarrollaba aspectos administrativo-sanitarios y supuso un desarrollo parcial del Convenio Unico de 1961 de Naciones Unidas, y tendía a la regulación del mercado de las drogas, al igual que la Convención de 1971, pero no a su represión. El compromiso internacional en sus aspectos represivos contra el tráfico ilícito de estupefacientes explicita con la Convención de Naciones Unidas de 1988 lo que ya años y convenciones anteriores fueron determinando, en lo cual se apoyaría la modificación del Código Penal, de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 8/1992.

Como señala Queralt (2000), en esa Ley 17/1967 no hay base que permita integrar, satisfaciendo el art.25.1 de la Constitución española, el presupuesto legal del art.25.1 de la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana relativo a la tenencia ilícita de drogas. En ocasiones, tenencia ilícita viene expresada por el reverso del art.22 de la Ley 17/1967<sup>8</sup>, lo cual resulta cuando menos curioso y preocupante, por no considerar las modificaciones del Derecho sanitario, médico y farmacéutico experimentado en estos últimos años, tanto a nivel internacional, como estatal o autonómico. En dicha sentencia, invirtiendo el postulado liberal de que lo que no está prohibido está permitido, se presupone que lo que no está autorizado está prohibido. Treinta años después de su promulgación, se sanciona y se tiene por ilícito lo que hasta aquella fecha no lo era.

## 5.7. PRODUCCIÓN INDUSTRIAL DE CÁÑAMO

El cáñamo industrial es cultivado para un mayor aprovechamiento de la fibra y reducir al mínimo el contenido de THC, ya que los acuerdos internacionales recomiendan que las variedades destinadas a la fibra tengan niveles inferiores al 0,3% de THC (EPM de Meijer, 1992) siendo esta la exigencia principal. Las normativas de la producción y transformación de las fibras naturales son quienes regulan también el cultivo del cáñamo.

El cáñamo industrial, que tuvo su apogeo hace un siglo tras varios siglos de gran producción por su utilización en cordelería, papelería, y otros materiales textiles como usos principales, tuvo su crisis en los años 20 del pasado siglo con ocasión del surgimiento de las fibras sintéticas y de otras fibras naturales, como el yute, de peor calidad pero mucho más baratas, así como de la industrialización salvaje de las papeles. En los años 50, fue importante el cultivo de cáñamo en España, con amplias zonas cultivadas en los valles de los ríos Ebro, Segre y Segura, llegando a ser el décimo productor del mundo. Hoy a penas se produce en algunas zonas en Catalunya, Castilla-León y Castilla-La Mancha, no alcanzando para la demanda interna debido a que los beneficios para los productores son muy inferiores a los existentes en el mercado hace más de treinta años. La parte de la producción es procesada para obtener diversos tipos de papel. Y la mayoría se pudre en los campos, no siendo recogida la producción ante la caída de precios y la reducción de las ayudas comunitarias. El Estado español ocupa el primer lugar en Europa por su superficie cultivada con cáña-

<sup>8</sup> Sentencia TS (sala 3ª, Sección 6ª) de 28 septiembre de 1998 A.10004

mo, pero la carencia de infraestructura para su transformación impiden que resuelva las deficiencias de los cultivos para una producción sostenible de fibra.

No obstante, a nivel mundial la producción industrial del cáñamo está atrayendo la atención, por su carácter natural y biodegradable así como por los beneficios agrícolas frente a las plagas, como herbicida o revitalizador de suelos, y sobre todo, por su enorme potencial industrial, de elevada rentabilidad en sectores tales como el textil, alimentario, papelerero, de la cosmética, la medicina o la construcción.

## 5.8. OTRAS INICIATIVAS

### 5.8.1. Promocionar el asociacionismo entre los consumidores

En muchos aspectos favorece la situación del consumidor en caso de ser sancionado por la L.O. 1/92 en cuanto al cultivo. Como ejemplo, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Málaga, de 23 de julio de 2001, señala que no constituye delito el invitar esporádicamente al resto de los socios de una asociación antiprohibicionista con los excedentes de marihuana que se pudieran tener del propio cultivo.

Es necesario dar mayor protagonismo al movimiento asociativo cannábico<sup>9</sup> dentro de las políticas de reducción de daños. Este movimiento, aun sin aglutinar, ni mucho menos, a la mayoría de consumidores, ha logrado desarrollar iniciativas que fomentan formas de consumo más saludables, como son los servicios de análisis, los estudios de campo sobre la adulteración o el fomento del autocultivo como vía para la protección de la salud (Barriuso, 2000), si bien sus acciones se han orientado, en gran medida, a unificar los mensajes antiprohibicionistas y a modificar la percepción social respecto a quienes hacen uso del cannabis.

### 5.8.2. Construcción de un concepto jurídico-penal de droga

La aplicación del Código Penal, hasta la actualidad, se lleva a cabo con una remisión al catálogo internacional de sustancias prohibidas recogidas en los tratados internacionales, siguiendo la interpretación de la “ley penal en blanco”. Esta situación ha impedido una definición de droga adaptada a la realidad social de cada Estado y ha

---

<sup>9</sup> Existe ENCOD (European NGO Council on Drugs and Development - Consejo Europeo de ONGs sobre Drogas y Desarrollo), una Red europea de Asociaciones federadas como grupo de presión. Actualmente, las siguientes organizaciones forman parte de ENCOD: ARSEC - España, ASK-Suiza, BCA - Bélgica, CYAH - España, CISS - Italia, E&D - Francia, GfbV - Austria, Gruppo Abele - Italia, GVC - Italia, ILA - Alemania, IFAA Reino Unido, LA - Bélgica, MLAL - Italia, TNI - Holanda.

conllevado la sanción del tráfico de sustancias, que causan muy diversos daños a la salud individual y pública, de una manera indiscriminada.

La definición jurídico-penal del término droga o, en su defecto, una interpretación elástica de dicho concepto, permitiría discernir entre aquellos comportamientos que se relacionen con sustancias legales o que causan menor daño a la salud y cuyo motivo de penalización es la comercialización fuera de unas pautas reglamentarias, de aquellas otras conductas en que la sanción penal recae sobre la droga como tal (Sequeros, 2000).

### **5.8.3. Agotar las vías legales**

#### **Ley 17/1967**

Posibilidad de utilizar la ley 17/67, de regulación de consumo de estupefacientes, en la que se basa la Ley de Seguridad ciudadana de 1992, en cuanto a los usos lícitos del cannabis: médico, industrial, científico y docente. La ley 17/67, de 8 de abril, en su art.22 reconoce como usos legales los industriales, terapéuticos, científicos y docentes autorizados. Por lo tanto, ofrece la posibilidad de solicitar autorización para el uso de cannabis con alguna de dichas finalidades acreditadas. En este sentido aquellas personas que puedan acreditar alguno de los usos lícitos regulados tendrán que solicitar autorización al Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección general de Farmacia, Servicio de Restricción de Estupefacientes (Paseo del Prado, 18-20, 28071 Madrid).

#### **Ley Orgánica 1/92**

Ante las consecuencias de la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, Ley Orgánica 1/1992, llamada en círculos sociales y profesionales ley Corcuera por el ministro que la instauró, han ido surgiendo alternativas ante las sanciones según el artículo 25.2 de la misma:

- Recurrir la sanción ante la Subdelegación del Gobierno para aquellos casos en los que se pueda interponer el recurso con un argumento de peso: el lugar de la incautación era privado, no público; el procedimiento llevado a cabo violaba alguno de los derechos fundamentales del infractor; que el expediente sancionador no exprese el contenido en tetrahidrocannabinol (THC), que es realmente la sustancia considerada ilegal. En este sentido la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra, de 14 de septiembre de 1999, y la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha, de 2 de noviembre de 1999, han señalado que registrar y cachear para sancionar una infracción administrativa es desproporcionado y vulnera el derecho a la intimidad.

- Declararse insolvente, en el caso de que se cumpla por el infractor dicha situación, ya que será vigilada por la Hacienda Pública.
- Someterse a un tratamiento de deshabitación, que implica tratamiento en un centro asistencial público de la comunidad en la que resida el infractor que estará debidamente acreditado. Cada municipio tiene facultad para llevar a cabo el tratamiento de deshabitación, con lo cual las posibilidades son variadas en la forma y tiempo que reglamentariamente se determine, desde una simple entrevista a un tratamiento psicoterapéutico.
- Pagar la sanción impuesta dentro de los plazos previstos en la ley.

#### **5.8.4. Flexibilidad de los tipos penales**

La rigidez de la norma y la ausencia de un catálogo de drogas adecuado a la realidad social ha provocado confusión y desigualdad jurídica en la aplicación de la ley penal. La falta de flexibilidad de los tipos penales ha supuesto sancionar tanto la venta acreditada de un gramo de marihuana, como la tenencia de 1000 gramos orientados al tráfico. Por ello, la aplicación del principio de oportunidad en la aplicación de la norma permitiría al juez adecuar la pena, cuando las circunstancias personales del autor o del hecho así lo aconsejen. De este modo, la flexibilidad permitiría adaptar la norma en situaciones de tráfico de pequeñas cantidades con finalidad de autofinanciación para el consumidor.

#### **5.8.5. Erradicación de la tenencia ilícita como infracción administrativa**

La Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, que en su artículo 25 sanciona administrativamente el consumo de drogas en lugares públicos, debería suprimir la referencia a la tenencia ilícita. Dado que la tenencia de drogas no supone obligatoriamente su consumo en “lugares, vías, establecimientos o transportes públicos”, y el consumo privado no implica sanción penal ni administrativa, resulta innecesario la sanción a la tenencia ilícita, excepto en los casos en que sea probado su destino al tráfico que entonces supondrá aplicación de la norma penal.

Al mismo tiempo, el término “tenencia ilícita” lleva, por oposición, al concepto de “tenencia lícita”, recogido en la Ley 17/1967, y permite abrir una vía de interpretación que posibilita exigir a los órganos judiciales un criterio legal que permita poseer cannabis y sus derivados sin temor a sanción administrativa. Esta situación altera-

rá el principio de economía procesal mientras no exista un cambio unánime en la aplicación de la norma.

### **5.8.6. La plantación de cannabis por su carácter fitosanitario**

La Sentencia 197/01, de 14 de mayo de 2001, del Juzgado de lo penal nº3 de Valencia, abre la posibilidad del uso fitosanitario del cannabis en explotaciones agrícolas. Como se ha comentado en otro capítulo de este informe, en esta sentencia el juez absolvió a cuatro agricultores acusados de un delito contra la salud pública motivado por la incautación de cinco plantas de *cannabis sativa* en una plantación agrícola que ellos explotaban. La defensa alegó las propiedades fitosanitarias del cannabis, ampliamente conocidas e investigadas en la horticultura ecológica que los acusados practicaban. El juez aceptó la duda razonable respecto al ulterior destino para tráfico de dichas plantas.

Además, el cáñamo como otras plantas de fibra, pueden extraer los metales pesados (cobre, plomo, cadmio, zinc,...) de suelos contaminados por la industria. Los agricultores pueden ir considerando esta cuestión por el gran interés para la mejora de los suelos y las cosechas. Análogicamente puede entenderse la posibilidad de uso del cannabis con fines ornamentales, opción escasamente contemplada.

### **5.8.7. Regulación de establecimientos *smart* y *grow***

Las *smart shops*, llamadas “tiendas inteligentes”, demandan una legislación específica para evitar la actual confusión e incluso la acusación de ser espacios donde se vende drogas ilegales. Venden productos *smart* que provienen de las plantas estimulantes y, en ocasiones, son combinaciones de extractos de sustancias como guaraná, cafeína, ginseng, yohimba, efedra, y otras, con plantas naturales como la salvia. En ocasiones también son vendidas semillas y material de cultivo, algo más específico esto último de las tiendas de cultivo o *grow shops*, donde se puede encontrar fertilizantes, lámparas, y todo tipo de utensilios e información para el cultivo de plantas de cannabis y de otros enteógenos. Unos y otros establecimientos tienen dificultades de regulación.

Algunos de estos productos, según los artículos 8.1 y 42 de la Ley del Medicamento 25/1990 de 20 de diciembre, tienen la consideración de medicamentos y al no haber sido aun evaluados por la Agencia del Medicamento, desconociendo los efectos sobre los usuarios, son considerados ilegales y se retiran del mercado. Se rechazan como alimento siguiendo el Código Alimentario español y tampoco se admite ser válidos para una alimentación especial al no cumplir el art.2 del Real Decreto



1809/1991, de 13 de diciembre, aunque se reconoce que la mayoría de los productos *smart* son extractos de plantas medicinales presentes en especialidades farmacéuticas debidamente registradas y autorizadas.

Ocurre que la Ley del Medicamento 25/1990 señala que reglamentariamente se especificará qué plantas medicinales serán de venta libre, de venta en oficinas de farmacia o prohibidas. Tras más de once años de la publicación de aquella ley ese reglamento aun no existe.

---

Las posibilidades de utilización del cáñamo, del cannabis y sus derivados son muchas. Sin embargo, el Código Penal de 1995 no permitió nuevas vías de actuación en materia de drogas. Muy al contrario, supone un nuevo fracaso de la actual intervención represora del Estado. Vemos como no ha conseguido erradicar el tráfico y mucho menos el consumo de sustancias. Además, al marginalizar las sustancias a un mercado negro que genera ingentes beneficios, que (des)controla los precios, ha posibilitado un aumento dramático de los delitos contra la propiedad<sup>10</sup>.

No se puede dejar de mencionar que el estado actual de la “cuestión droga” afecta a los derechos y libertades tanto de los consumidores de sustancias como de quienes no lo son. Entendemos que la prohibición y la represión en esta materia generan un aumento considerable en las tasas de delincuencia. Al mismo tiempo esta delincuencia sirve de canal para mayores controles administrativos que afectan al global de los ciudadanos (La Ley Orgánica 1/92 de Protección Seguridad Ciudadana es un claro ejemplo de ello).

El consumo clandestino del cannabis y sus derivados agrava las condiciones higiénicas en que se realiza, impide el control de calidad de la sustancia a consumir y la formación de hábitos de consumo más favorables. Asimismo, respecto a los menores de edad que se inician en este consumo de forma oculta, se imposibilita la realización de políticas de educación que favorezcan el desarrollo de la responsabilidad del individuo partiendo de una información veraz.

El consumo clandestino también favorece la criminalización de un buen número de países en vías de desarrollo, productores de cultivos destinados a consumirse ma-

---

<sup>10</sup> Se estima que alrededor del 50% de los expedientes tramitados en la Audiencia Provincial se refieren a delitos relacionados con drogas, así como el 30% de los ingresos en cárceles. Además, el 45% de los delitos patrimoniales que se juzgan en el Estado tienen alguna relación con el consumo de drogas, normalmente heroína, por parte de los sujetos activos.

sivamente en Occidente. Así, comunidades rurales latinoamericanas, africanas o asiáticas sufren planes y estrategias transnacionales sin que se les ofrezca ningún tipo de política efectiva de reducción de daños.

Todas estas cuestiones han suscitado el interés gubernamental. La propia Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, el 29 de mayo de 2001 facilitó la comparecencia de una representación de la Coordinadora Estatal por la Normalización del Cannabis con el objeto de favorecer el debate entre parlamentarios y expertos del fenómeno de las drogas, y del cannabis en particular.

La aplicación de la legislación, penal y/o administrativa, en el marco de la política de reducción de daños supondría respetar el principio de intervención mínima del Derecho Penal<sup>11</sup>, así como sus finalidades de prevención, especial y general, convirtiéndose en un instrumento progresivo y humano respetando valores como la libertad, la tolerancia y, porque no, la seguridad adaptada a la sociedad a la que protege. Opinamos que es necesario la eliminación de las alusiones administrativas a los riesgos de usos extraterapéuticos tanto del cannabis como de otras sustancias.

Abogamos por un sistema controlado de dispensación de cannabis o sustancias derivadas. Sistema que respete la confidencialidad de la información relacionada con los posibles daños que genere pero que preste especial atención médica a todos aquellos que la demanden, en aras de posibilitar la deshabitación de los usuarios que lo soliciten.

Asimismo consideramos pertinente que la posible venta de cannábicos se realice a través de un sistema de precios moderadamente desincentivadores, de tal modo que no vengan apoyados por subvenciones públicas sino por un control administrativo normalizado.

La legislación penal ha de controlar los abusos de una distribución o elaboración incorrecta o adulterada de sustancias, así como el suministro de cannábicos a menores o incapaces.

---

<sup>11</sup> En este sentido, hay una corriente doctrinal que ha entendido que en materia de drogas se rompen los principios del Derecho Penal, ya que se sancionan todas las formas de actuación relacionadas con las sustancias.



# Capítulo 6

## Capítulo 6

### Capítulo 6

Algunas conclusiones

---

El estado actual de la investigación sobre el cannabis confirma que no existen estudios que reflejen con claridad consecuencias adversas para la salud física o psíquica por el uso habitual u ocasional. Sí, en cambio, van abriéndose nuevos espacios para el uso terapéutico, con apoyos e iniciativas institucionales, en muchas ocasiones tras la demanda de grupos de presión (afectados, profesionales sanitarios, algunos laboratorios farmacéuticos,...). Al tiempo, el uso recreativo de cannabis va ganando muchos miles de activos proselitistas sobre la pretendida inocuidad de esta sustancia.

El movimiento de profesionales y operadores jurídicos que abogan por la normalización del consumo de algunas sustancias, y de la aplicación de la ley del medicamento en cuanto a otras, se reflejó ya en 1990, en el manifiesto del Grupo de Estudios de Política Criminal (Diez Ripollés, 1992), en el que se rechazaba la penalización del consumo de drogas, poniéndose de manifiesto la necesidad de programas de prevención. Asimismo, se consideraba que el tráfico entre personas adultas debería estar regularizado sin que tuviera que constituir un hecho delictivo, o que la venta de drogas “blandas” pudiese hacerse libremente, a excepción de los hechos que constituyeran venta de sustancias a menores o incapaces, que evidentemente tendrían que ser consideradas acciones delictivas.

Sin embargo, el Código Penal de 1995 no posibilitó nuevas vías de actuación en materia de drogas. Muy al contrario, ha supuesto un nuevo fracaso de la intervención represora del Estado. Así, vemos como no ha conseguido erradicar el tráfico y mucho menos el consumo de sustancias. Además, al marginar las sustancias a un mercado negro que genera ingentes beneficios, que (des)controla los precios, ha posibilitado un aumento dramático de los delitos contra la propiedad<sup>1</sup>.

No se puede dejar de mencionar que el estado actual de la “cuestión droga” afecta a los derechos y libertades tanto de los consumidores de sustancias como de quie-

---

<sup>1</sup> Se estima que alrededor del 50% de los expedientes tramitados en las Audiencias Provinciales se refieren a delitos relacionados con drogas, así como el 30% de los ingresos en cárceles. Además, el 45% de los delitos patrimoniales que se juzgan en el Estado tienen alguna relación con el consumo de drogas, normalmente heroína, por parte de los sujetos activos.

nes no lo son. La prohibición y la represión en esta materia generan un aumento considerable en las tasas de delincuencia. Al mismo tiempo esta delincuencia sirve de canal para mayores controles administrativos que afectan al global de los ciudadanos (La Ley Orgánica 1/92 de Protección Seguridad Ciudadana es un claro ejemplo de ello).

El consumo clandestino de cannabis y sus derivados agrava las condiciones higiénicas en que se realiza, impide el control de calidad de la sustancia a consumir y la formación de hábitos de consumo más favorables. Asimismo, respecto a los menores de edad que se inician en este consumo de forma oculta, se imposibilita la realización de políticas de educación que favorezcan el desarrollo de la responsabilidad del individuo partiendo de una información veraz.

El consumo clandestino también favorece la criminalización de un buen número de países en vías de desarrollo, productores de cultivos destinados a consumirse masivamente en Occidente. Así, comunidades rurales latinoamericanas, africanas o asiáticas sufren planes y estrategias transnacionales sin que se les ofrezca ningún tipo de política efectiva de reducción de daños.

La total legalización no va a efectuarse sin, previamente, haberse modificado los tratados internacionales sacando al cannabis y sus derivados de las Listas del Convenio de Viena. Esto que políticamente es difícil y se trata de un sistema alejado del poder de los intelectuales e, incluso, operadores jurídicos de una Comunidad Autónoma. Sin embargo, la despenalización del cannabis y su normalización, con mayor tolerancia social e institucional, siguen un sólido proceso, probado con éxito en los Países Bajos y al que se van acercando otros países tras analizar la trayectoria que ha supuesto la penalización. Es el caso de Gran Bretaña (Pearson, 1991), que suponía poner en circulación una gran cantidad de recursos policiales, donde más del 80% de condenas y amonestaciones por delitos de drogas tenían que ver con el cannabis.

La aplicación de la legislación, penal y/o administrativa, en el marco de la política de reducción de daños supondría respetar el principio de intervención mínima del Derecho Penal<sup>2</sup>, así como sus finalidades de prevención, especial y general, convirtiéndose en un instrumento progresivo y humano respetando valores como la libertad, la tolerancia y, porque no, la seguridad adaptada a la sociedad a la que protege. En este sentido, supondría la eliminación de las alusiones administrativas a los riesgos de usos extraterapéuticos, tanto del cannabis como de otras sustancias.

---

<sup>2</sup> En este sentido, hay una corriente doctrinal que ha entendido que en materia de drogas se rompen los principios del Derecho Penal, ya que se sancionan todas las formas de actuación relacionadas con las sustancias.

Este informe se refiere al uso terapéutico del cannabis así como de medicinas basadas en productos cannabicos. No es objeto de este estudio orientar la utilización del cannabis hacia el uso recreativo, aún a sabiendas de que quienes lo hicieran pudieran ser sancionados y para evitar la sanción, solicitaran la intervención terapéutica.

Ante determinadas enfermedades, en ausencia de una terapia eficaz y no siendo alternativa viable el uso de cannabis por las trabas legislativas y administrativas, el estamento sanitario no opta por inducir ni recomendar el uso del cannabis. Pero, así mismo, es indeseable procesar a quienes sean voluntariamente usuarios terapéuticos del cannabis que poseen o cultivan para su propio uso.

Respecto a las conclusiones que se pueden obtener tras el análisis de los cuestionarios recogidos para la presente investigación, habría que comenzar constatando que nos encontramos ante una muestra de operadores jurídicos jóvenes, con amplia experiencia profesional en las áreas de la Salud y del Derecho en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Entrando en las opiniones recogidas, y en cuanto a los efectos que produce el cannabis, los profesionales que han respondido el cuestionario se sienten informados sobre los mismos. Se considera, en general, el cannabis como una sustancia peligrosa, principalmente por los efectos secundarios y la dependencia que ocasiona, siendo las personas consumidoras de cannabis en cierto modo irresponsables. Estas consumen para animarse y experimentar placer, obviando quizás las razones sanitarias que priman para los no consumidores.

Si bien es cierto que para la muestra estudiada la Administración debe de actuar ante el consumo excesivo. Valoran a la Administración de Justicia y a la Seguridad Social como las peores instituciones a la hora de abordar el tema de las drogodependencias, que en este campo piensan deberían ser preventivas, informativas y educativas.

Por otro lado, un alto porcentaje de las respuestas ofrecidas por los operadores jurídicos, considera óptimo un sistema controlado de dispensación de sustancias derivadas del cannabis. Sistema que debiera respetar la confidencialidad de los posibles daños que genere pero que preste especial atención médica a todos aquellos que la demanden, en aras de posibilitar la deshabituación de los usuarios que lo soliciten.

Asimismo se considera pertinente que la posible venta de cannábicos se realice a través de un sistema de precios moderadamente desincentivadores, de tal modo que no vengán apoyados por subvenciones públicas sino por un control administrativo normalizado, quedando para la legislación penal el control de los abusos de una dis-

tribución o elaboración incorrecta o adulterada de sustancias, así como el suministro de cannábicos a menores o incapaces.

Por tanto, la mayoría de los operadores jurídicos encuestados son partidarios de posiciones despenalizadoras y antiprohibicionistas, en sintonía con el uso terapéutico, y a favor de una regulación administrativa del consumo. También se muestran seguros de que no empeoraría la seguridad ciudadana, ya que disminuiría la delincuencia asociada y se debilitarían los monopolios económicos, dándose un abaratamiento de este producto. Opinan, en general, que no aumentarían las enfermedades, sino que probablemente disminuirían ciertas patologías asociadas a las adulteraciones. Se muestran partidarios de la legalización del cannabis con fines terapéuticos, en donde creen que la principal condición para que sea penalmente atípico está en que el destinatario de la sustancia posea claros síntomas para los que se indique la prescripción. La fórmula más oportuna sería el permitir la venta en centros especializados. La mayoría de los encuestados cree en la viabilidad de estos establecimientos donde se pueda adquirir y consumir cannábicos con el debido control administrativo.

En cuanto a la situación penal vigente hay que constatar que una parte importante de la muestra estudiada, cree ajustado castigar al productor de cannabis para su venta con prisión de 1 a 3 años, aumentando el castigo de 3 a 10 años de prisión para los grandes traficantes. Los intermediarios en el tráfico de cannabis deben ser castigados con una pena de privación de libertad de 1 a 3 años, en cambio para los “camellos de la calle” una multa sería suficiente. Respecto a los consumidores, sean o no personas que producen cannabis para autoconsumo, no deberían tener sanción alguna.

Sin embargo, también se opina que el artículo 368 del Código Penal, pretendiendo evitar el tráfico de drogas y la facilitación de su consumo, produce como consecuencia en su aplicación práctica cierta arbitrariedad del órgano judicial, vulnerándose para algunos operadores jurídicos la presunción de inocencia. Por otro lado, el tratamiento penal debería ser igual para cualquiera de las presentaciones de la sustancia (hachís, marihuana, resina, etc.), debiéndose tener en cuenta, sobre el resto de circunstancias, la intención de destinarla al tráfico.

La mayoría de la muestra se inclina por sancionar administrativamente el consumo de cannábicos en lugares públicos, no así el consumo privado que debe permitirse sin trabas.

Respecto al consumo compartido de sustancias cannábicas, este se entiende penalmente atípico cuando se realiza un fondo común para comprar la sustancia, al igual que cuando se da un consumo colectivo y compartido de la sustancia. Por el contra-

rio, se considera penalmente perseguible la invitación gratuita a consumidores no habituales y la donación de droga a allegados para uso terapéutico.

Por último, la opinión respecto a las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas en materia de cannabis, son consideradas mayoritariamente inadecuadas, al contrario que las actuaciones de la Dirección de drogodependencias del Gobierno Vasco que son valoradas más positivamente. Sin embargo, se cree de forma prácticamente unánime en la necesidad de un cambio en la política sobre el cannabis, creando en primer lugar un debate sobre el tema, caminando hacia la regulación del mercado, producción, distribución, venta y consumo, sin olvidarnos de la siempre necesaria educación para la salud.

Estas conclusiones tratan de ser un reflejo de lo que 81 profesionales de la Salud y del Derecho han opinado cuando se les preguntó por este tema. Si bien es verdad que estos datos no son estadísticamente significativos desde un punto de vista cuantitativo, como ya hemos explicado, pueden orientarnos sobre las opiniones que existen acerca del cannabis en nuestra realidad jurídica, sobre todo de cara a un posible debate como primer paso de cambio en la política sobre cannabis. En este sentido, nos parece interesante constatar que nos encontramos ante un estudio no exento de contradicciones, en donde los médicos forenses opinan y se muestran más reacios al uso terapéutico, más proclives al uso de los fármacos actualmente en el mercado. Se critica la Ley de Seguridad Ciudadana pero se ve como positivo la sanción administrativa del consumo público. Los profesionales, aunque muy en contacto con consumidores, siguen teniendo una visión teñida de moralismos. En definitiva, resultados a veces contradictorios como la propia realidad del cannabis.