

# Soft Secrets®

WWW.SOFTSECRETS.COM | NÚMERO 4 DE 2019

18+ Revista bimestral para adultos. Ibisland Invest S.L. España

## GRATIS

**SUPER LEMON HAZE**

**NUEVO**

WWW.CALITERPENES.COM



Dossier OMS y Cannabis



Final de floración



Mantequilla cannábica de coco



**PRO-XL**  
Complete & Concentrated

**ORGANIC FERTILIZER**  
by professionals

CALIDAD PRO-XL  
www.pro-xl.eu

MrHide Seeds | MrHide Extracts

www.mrhideseeds.com | www.mrhidextracts.com

LA MEJOR SEMILLA, EL MEJOR EXTRACTOR

MrHide-Seeds | MrHideSeeds  
mr.hide\_seeds\_europa | info@mrhideseeds.com

**Red Poison Auto®**

SWS39

**Blueberry Cookies**

DINAFEMSEEDS

**GEASEEDS**  
SEMILLAS DE COLECCIONISTA

**Critical Mango**

WWW.GEASEEDS.COM

PARADISE-SEEDS.COM

**PARADISE SEEDS**  
AMSTERDAM

RY • SENSI-STAR • DELHAZE • PANDORA • BELLADONNA • WAPPA • AL



# OMS Y CANNABIS MEDICINAL: VIAJE EN UNA ESQUIZOFRENIA INSTITUCIONAL

## El nacimiento de la OMS y su influencia en la adopción del Convenio de 1961

Al salir de la 2ª Guerra Mundial, la comunidad internacional se comprometió a establecer un diálogo permanente para garantizar cuatro elementos considerados universales y necesarios para evitar más atrocidades: la paz, el desarrollo, los derechos humanos y la seguridad. Se formaliza la Organización de Naciones Unidas (ONU) para armonizar la cooperación de los países en todos los ámbitos vinculados a estos cuatro ejes.



Pero, pese a que la salud sea un elemento crucial de los derechos humanos y una condición al desarrollo, es uno de los temas (ya objeto de importantes disensos antes de la guerra) al que le cuesta hacerse valer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nace en 1948 guardando cierta distancia con la ONU, aunque siendo oficialmente su "rama salud". Pero todo el derecho internacional relativo a las drogas, que es sobre todo un tema de salud, queda fuera de la OMS.

En los treinta primeros años del siglo XX, se habían creado una decena de tratados, convenios, acuerdos y otras normas internacionales relativas al opio, la cocaína, el cannabis y otras entonces llamadas "drogas peligrosas". En los años 50, conscientes de la complejidad de un derecho internacional sobre drogas compuesto por tantos textos distintos, y como parte del rollo armonizador de la joven ONU, los países acuerdan compilar estos numerosos tratados en un nuevo Convenio Internacional sobre Drogas.

La OMS ya estaba en funciones desde su sede de Ginebra nacida, pero no fue encargada de esta modernización

del derecho internacional de drogas. A cambio, su implicación fue confinada a un papel de asesoramiento externo del nuevo sistema que los gobiernos de los años 50 estaban diseñando.

No obstante, la OMS jugó un papel decisivo en la inclusión (indebida) de la planta de Cannabis sativa y de sus derivados a los niveles más altos de restricción y control obligatorio, bajo aquel nuevo Convenio Internacional por nacer, llegando incluso hasta a descartar sus conocidos usos terapéuticos.

Fue la OMS, a través de su Comité de Expertos sobre Drogas, quien comunicó en 1952 a los diplomáticos encargados de redactar el nuevo Convenio Internacional, que el "Haxix" o "Cáñamo índico" contaba entre las sustancias más peligrosas conocidas y que sus preparaciones "ya no tienen razón para ser empleadas en medicina".

Fue el mismo Comité de la OMS quien, un año después, se felicitó que "algunos países ya habían empezado a tomar medidas a nivel nacional para suprimir las preparaciones de cannabis, dando seguimiento a la recomendación" del año anterior. Y fue la OMS otra vez

quien llamó a los gobiernos del mundo a "redoblar los esfuerzos para abolir el empleo de la Cannabis para fines terapéuticos" en 1954.

Y es que la decena de ex-tratados de la 1ª mitad del siglo XX autorizaban de forma clara el uso de Cannabis y sus derivados en medicina, e incluso regulaba el comercio internacional de Cannabis medicinal. Pero la OMS – autoridad máxima de salud pública creada para equilibrar lo político con consideraciones ético-científicas – siguió la ola moralista-higienista impulsada por países como Egipto, Estados Unidos (cuyo Embajador para la redacción del Convenio era el infame Harry J. Anslinger) o la Sudáfrica del apartheid.

Para emitir aquellas últimas recomendaciones de 1954, el Comité de Expertos se basó en gran parte en el informe racista del "Comité Inter-Departmental sobre el Abuso del Dagga". La OMS destacó del informe algunos elementos como "la impresión" del cuerpo de policía sudafricana que esta planta, tradicional de la zona y usada en remedios ancestrales por las comunidades autóctonas, fuera directamente vinculada a la criminalidad. O la creencia de que el uso de cannabis llevaba mecánicamente a la adicción a los opiáceos.

No fue sorprendente entonces que el "Convenio Único sobre Estupefacientes de 1961" – resultado de la década de negociaciones y de la fusión de todos los antiguos textos – incluyera el Cannabis y sus derivados al nivel de restricción y de fiscalización más alto. Se colocó el Cannabis al lado de la heroína y de otras drogas, en la "Lista IV" del Convenio, la lista de las drogas más peligrosas y sin valor medicinal.

### Cannabis como antibiótico: la oportunidad perdida

A dos años de la adopción del Convenio, en 1959, el borrador ya incluía Cannabis

en su Lista de drogas más peligrosas y sin usos medicinales. Pero algunos países miembros de la ONU seguían favorables al uso del Cannabis en medicina pese a las insistentes recomendaciones de la OMS.

Entre estos países contaban naturalmente casi todos los que tienen, hasta hoy, una tradición vinculada al Cannabis que cruza generaciones y fronteras. Algunos trajeron entonces los resultados de nuevas investigaciones apuntando a un potencial de uso de la "resina de Cannabis" como antibiótico (o antimicrobiano), y en particular contra el estafilococo áureo y las bacterias grampositivas.

La ONU pidió al Comité de Expertos de la OMS que analizara este potencial con celeridad, dejando abierta la posibilidad de bajar el nivel de fiscalización del Cannabis en la versión final del Convenio, por si la investigación pudiera demostrar utilidades medicinales, entre otras antibióticas, en el futuro.

En octubre del 60, pocos meses antes de que se adoptara el Convenio Único, el Comité de Expertos se reúne y comete otro error: después haber descartado la legitimidad de los usos históricos del Cannabis y de sus preparaciones en medicina, se negaron esta vez a admitir la posibilidad de que la ciencia demuestre aplicaciones útiles de la planta.

No solo cerraron la puerta a la relevancia del potencial del Cannabis para usos antibióticos, sino que dictaron una condena a toda la investigación médica futura sobre Cannabis y cannabinoides. Y, pese al interés obvio que traía esta investigación, los expertos reeditaron su aviso de colocar la planta al nivel más estricto de fiscalización, en la última línea recta de negociaciones del Convenio.

En 2008, un grupo de investigadores ya habían analizado un potencial interesante de acción antimicrobiana de los cannabinoides de la planta de Cannabis. Pero hace pocas semanas, a finales de

junio, el investigador australiano Mark Blaskovich presentaba al Congreso de la Sociedad Americana de Microbiología los resultados revolucionarios de su investigación: el cannabidiol (CBD) tiene un potencial importante para combatir una serie de bacterias grampositivas (estafilococo dorado, Estreptococo pneumoniae, Enterococcus faecalis, etc.) responsables de enfermedades leves, pero también de muchas infecciones más severas tal y como neumonías, meningitis o numerosas infecciones nosocomiales. Blaskovich declaró a Newsweek que “aún no sabemos cómo funciona, y es posible que tenga un mecanismo de acción único, dado que funciona contra bacterias que se volvieron resistentes a otros antibióticos, pero aún no sabemos cómo”.

Entre 1961 y 2019, son 58 años de investigación que faltan, y que hace que hoy estemos redescubriendo potenciales que ya se habían identificado hace décadas. Igual que la aplicación efectiva del CBD para tratamientos antimicrobianos, que tardará, y que necesitará muchos más estudios antes de volverse una realidad, son decenas las aplicaciones concretas del Cannabis y de sus derivados en medicina, que se han dejado de estudiar. Son muchos años perdidos para los pacientes.

Y es que la OMS tiene mucho para arrepentirse. Hoy en día, la “resistencia antibiótica” (también llamada “resistencia a los antimicrobianos” o “farmacorresistencia”) es una de las amenazas más importante a la salud a escala mundial. Definida como “capacidad que tienen los microorganismos (como bacterias, virus y algunos parásitos) de impedir que los antimicrobianos (como antibióticos, antivíricos y antipalúdicos) actúen contra ellos”. En pocas palabras, los antibióticos habituales dejan de ser eficaces para combatir las enfermedades, que quedan sin solución de tratamiento.

La OMS reconoce que “el uso indebido de [los antibióticos] en el ser humano y los animales está acelerando el proceso”. Mientras la única solución es la diversificación de los antibióticos, la misma OMS que recomendó dejar de investigar los usos potenciales del Cannabis como antimicrobiano admite hoy que “prácticamente no hay nuevos instrumentos en fase de desarrollo para luchar contra la farmacorresistencia. Los antibióticos existentes [...] están perdiendo su efecto. Al mismo tiempo, las inversiones en el desarrollo de nuevos antimicrobianos son insuficientes [...] Si no se cambia esta tendencia, las armas para luchar contra los microorganismos resistentes se agotará pronto.”

Con estas informaciones y con mirada retrospectiva, los 58 años de investigación perdidos, aparecen aún más como un error histórico mayúsculo. Salud vs seguridad: la brecha entre OMS y JIFE + ONUDD

Tras su adopción, el Convenio Único de 1961 sirvió para fijar y definir, de forma más clara, el papel de la OMS en todo este mundo internacional de

comun a todas las sustancias. Pero la escasez del papel de la OMS era un adelanto de lo que iban a volverse las políticas de drogas patrocinadas por la



políticas de drogas. La OMS se quedó con un mandato muy restringido, similar al que ya ejercía el Comité de Expertos antes de la adopción del Convenio: asesorar y recomendar a los gobiernos unos niveles de fiscalización y restricciones sobre drogas, conformes a su balance entre riesgos y beneficios, – es decir entre su “peligrosidad” en términos de salud y drogodependencia, y sus indicaciones en medicina.

ONU: un espacio dominado por el tema securitario y la razón judicial-policia, con muy pocas consideraciones de los temas de salud y una casi ausencia total de preocupaciones para los derechos humanos, el desarrollo o la paz (pese a ser los ejes fundacionales de la ONU). Una sede para la “guerra contra las drogas”. Unas políticas justificadas por el preámbulo del Convenio de 61 donde “la toxicomanía constituye un mal grave para el individuo y entraña un peligro social y



Pero pese a este mandato escaso, la OMS supo mejorar su Comité de Expertos, incrementado con el tiempo su metodología, su relevancia, su representatividad geográfica y de género, hasta llegar a hacer del trabajo del Comité lo que no era a sus inicios: un proceso donde especialistas mundiales bastante neutrales efectúan un amplio análisis de conocimientos científicos, médicos y antropológicos en una tabla de evaluación metódica, objetiva y

económico para la humanidad”, pero en violación absoluta del mismo preámbulo que declara que “el uso médico de los estupefacientes continuará siendo indispensable para mitigar el dolor y que deben adoptarse las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad de estupefacientes con tal fin”. Aunque había sido previsto para ser único y universal, el Convenio de 1961 solo tardó 10 años siendo “Único”. En 1971 se adoptó un tratado

suplementario: el Convenio de 1971 sobre Sustancias Sicotrópicas, que vino complementar el del 61 y crear zonas grises libres para la interpretación. El nuevo Convenio – que también cuenta con Listas de varios niveles de fiscalización – incluía la molécula de THC en su Lista más restrictiva, entre las sustancias con menos usos terapéuticos y más peligrosidad.

## ONUDD y JIFE durante las décadas antidrogas

En 1988 se adoptó el tercer y último Convenio sobre drogas siguiendo vigente hoy en día. Patrocinado por Ronald Reagan, este nuevo Convenio internacional abrió la puerta a un ciclo de décadas-antidrogas en el que seguimos encerrados: en 1988 se iniciaba la “década internacional contra las drogas” que acabó en 1998 con la “UNGASS” y su hoja de ruta para llegar a un “mundo libre de drogas” antes del 2008 – un plan fracasado, prorrogado en 2009 para 10 años más y... en marzo 2019, hace unos meses, que fue prolongado para otra década (esta vez de forma desapercibida) hasta el 2029.

Esta serie de “décadas antidrogas” marcó la clara consolidación del papel de la JIFE (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, una oficina creada para monitorear y supervisar el respeto y la implementación por los países de los 3 Convenios) y se creó otro elefante: la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Además de volver a alejar la OMS del tema, la ONUDD marcó una claro giro ideológico con la gestión de las políticas de drogas, diluyéndose en una agencia encargada del “delito” y de la lucha contra la criminalidad, lo que encierra la temática “drogas” en un marco mental que dificulta la invocación de elementos relativos a la salud o a los derechos humanos.

Mientras tanto la JIFE, pese a la doble cara del sistema expresada en el preámbulo del Convenio del 61, se ha enfocado casi íntegramente en los lados de “lucha contra las drogas” y la “adicción”, omitiendo el aspecto de disponibilidad y accesibilidad para los usos médicos, hasta ignorándolo y combatiéndolo en el caso del Cannabis y de lo cannabinoides. Pero es claro que ni es el mandato de la JIFE expresarse sobre el potencial medicinal de cualquiera droga, ni es legítimo defender solo una mitad de los Convenios. Tuvimos que esperar hasta 2016 para que un presidente de la JIFE reconozca que “hacer frente a las discrepancias entre las necesidades de estupefacientes y sustancias sicotrópicas para fines médicos y científicos y su disponibilidad es una de las obligaciones de los gobiernos en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas.” Y de explicarnos que “en 1961 la comunidad internacional se comprometió a adoptar



medidas adecuadas para garantizar la disponibilidad de estupefacientes para el alivio del dolor y el sufrimiento, pero las partes en la Convención de 1961 reconocieron también el problema de la adicción a los estupefacientes.

Ambos principios se enunciaron en el preámbulo de la Convención Única. Esa responsabilidad doble es el centro del debate actual entre los Estados Miembros acerca de los logros y las perspectivas futuras del sistema internacional de fiscalización de drogas.”

Este análisis fue muy acertado. Y además de poner en evidencia a los gobiernos – que están lejos de respetar esta obligación de asegurar un uso médico de las drogas, y no solo para el Cannabis – tal análisis apunta a la brecha entre salud y seguridad, cuya mejor representación es la preponderancia abrumadora de la JIFE y la ONUDD sobre la OMS.

## OMS durante las décadas antidrogas

Mientras en Viena, Austria, ONUDD y JIFE consolidaban su control ideológico de las políticas de drogas a escala global, el Comité de Expertos desde su nueva postura científicamente reforzada, plantó cara a su manera a algunas incoherencias de los Convenios. Por ejemplo, ya que se les pedía recomendar la fiscalización de las drogas más peligrosas y con menos usos en medicina, les vino naturalmente a la idea “tabaco y alcohol”.

En 1995 y 1998 99, quisieron estudiar nicotina, para posiblemente recomendar su inclusión en las Listas de los Convenios. En 2012 hicieron lo mismo con el alcohol. Entre 1989 y 2012, el Comité estudió hasta siete veces el THC, esta vez con el fin de obtener una baja de su nivel de fiscalización – visto como una forma útil y fácil de permitir avanzar la investigación sobre cannabinoides. Estos procesos no fueron llevados a cabo, pero demuestran una conciencia de la absurdidad del sistema de los Convenios, así como de la necesidad por parte de la OMS de volver a poner razón y datos científicos en la mesa.

Y, entre 2016 y 2019, el Comité de Expertos de la OMS empezó un proceso revolucionario: el de evaluar el Cannabis y todos sus componentes para modernizar sus niveles de fiscalización en los Convenios.

## Revisión del cannabis: la dificultad para arrancar

El proceso que corresponde al mandato general de la OMS en el sistema internacional de fiscalización de drogas se llama Revisión. Corresponde en concreto a una recopilación de datos sobre una droga y evaluación de estos datos, y permite garantizar una colocación de las drogas en



una Lista de fiscalización u otra en base a consideraciones de salud pública, y según los estándares científicos más altos. La revisión tiene como objetivo asesorar, desde la perspectiva de la ciencia, la toma de decisiones de los gobiernos.

Dado que el Cannabis fue incluido en la Lista IV del Convenio de 1961 sin Revisión, y que ningún otro órgano ha hecho similar asesoramiento a escala mundial en la historia, iba a tocar tarde o temprano a la OMS emprender una Revisión del Cannabis. Además, la duda en cuanto a la peligrosidad real de la planta existían, sobre todo tras las numerosas revisiones del THC, que habían mostraron su inocuidad y unos daños de salud muy razonables respecto a las otras drogas fiscalizadas. Pero la decisión tardó en llegar.

Los mismos Expertos del Comité no pararon de pedir una Revisión del Cannabis durante los primeros años del siglo XXI. En 2009, fue la Comisión de Estupefacientes de la ONU quien lo pidió. Para hacerse una idea: si las políticas internacionales de drogas fueran un país y los Convenios sus leyes, la ONUDD sería el gobierno, la JIFE la Justicia, y la Comisión de Estupefacientes sería el Parlamento.

En 2014, por poco creíble que sea, fue la JIFE quien invitó a la OMS a que “de conformidad con el mandato que le fue encomendado en el Convenio de 1961, evalúe la posible utilidad medicinal del cannabis y el alcance de los riesgos para la salud humana que este comporta”. Y

por fin en 2016, República Checa pidió oralmente la Revisión del Cannabis en la Asamblea de la OMS, seguida unos meses después por una carta a la entonces Directora-General de la Organización, la hongkonesa Margaret Chan, firmada por un centenar de científicos y expertos de todo el mundo.

Tantos llamamientos solo podían ser vistos como un incentivo a la Revisión. Varias veces, la OMS incluyó el tema Cannabis al orden del día de las reuniones del Comité de Expertos. Pero nunca bajo la mención “Revisión”, siempre como una “update” de fin de reunión, el nivel más bajo de debate, que no conduce a ningún asesoramiento ni recomendación, y sin implicaciones políticas. Peor aún, el contenido de estas “updates” fue objeto de numerosas críticas por parte de la sociedad civil. Si fue en 2016 cuando la OMS finalmente decidió arrancar el proceso de Revisión del cannabis, los Expertos sólo empezaron a estudiar el caso en noviembre de 2017. Convocado para discutir varias drogas, el Comité también empezó la Revisión del Cannabis por una evaluación preliminar del CBD, un primer paso. Rápidamente, los Expertos llegaron a las conclusiones de que el CBD es una sustancia particularmente segura con aplicaciones terapéuticas prometedoras y que “la información actual [...] no justifica la clasificación de la sustancia”. En junio 2018, por fin, el Comité de Expertos por primera vez en la historia discutió de *Cannabis* en base a un corpus de datos científicos (y no a un informe de una policía notoriamente

racista). Después del CBD, los Expertos arrancaron con el examen preliminar del *Cannabis*, la “resina”, los extractos de *Cannabis*, tinturas, el  $\Delta^9$ -THC y los isómeros del THC (es decir otros fitocannabinoides como el  $\Delta^8$ -THC).

Los 4 días de reunión del Comité comenzó el lunes 4 de junio, con una tarde entera de testimonios de médicos, pacientes e investigadores venidos de todos los rincones del mundo. Un consenso era palpable entre los participantes: el Comité tenía el deber de volver a poner orden en el lío histórico de la prohibición del Cannabis y de su exclusión de la farmacopea a nivel mundial.

No obstante surgieron dudas en cuanto a la imparcialidad de algunas personas implicadas en el proceso, y críticas sobre la documentación científica recopilada por la OMS. Se pudieron someter las quejas de más de 100 ONGs a los Expertos, que las tomaron en cuenta al preparar la última reunión del Comité, en noviembre 2018. La que iba a ser dedicada a emitir recomendaciones concretas para los gobiernos.

Entre la reunión de junio y la de noviembre, el Comité recibió un último empujón por parte del CARICOM – la comunidad de países caribeños. En su informe, la comisión sobre cannabis del CARICOM reconoció que el “estatus del cannabis en la arena internacional” constituía barreras importantes al acceso como medicamento, así como a la investigación, y llamaba de manera unánime a la OMS a actualizar el nivel de fiscalización de la planta.

## Las recomendaciones finales: un momento histórico

Por fin, en febrero 2019, se hicieron públicas las recomendaciones finales del Comité de Expertos tras su Revisión del Cannabis y de sus componentes. Más ambiciosas de lo que todos los observadores podían esperar, las recomendaciones son también mejores que lo que dejaban esperar. Dicen así: “*Cannabis y sustancias relacionadas con el cannabis*”:

- Cannabis y resina de cannabis
- Eliminarlos de la Lista IV de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.
- Dronabinol (delta-9-tetrahydrocannabinol)
- Añadirlo a la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.
- Eliminarlo de la Lista II del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, con sujeción a la adopción por el Comité de la recomendación de añadir el dronabinol y sus estereoisómeros (delta-9-tetrahydrocannabinol) a la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.
- Tetrahydrocannabinol (isómeros de

delta-9-tetrahidrocannabinol)  
 • Añadirlo a la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, con sujeción a la adopción por el Comité de la recomendación de añadir el dronabinol y sus estereoisómeros (delta-9-tetrahidrocannabinol) a la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.

• Eliminarlo de la Lista I del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, con sujeción a la adopción por el Comité de la recomendación de añadir el tetrahidrocannabinol a la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.

– Extractos y tinturas  
 • Eliminarlos de la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.

– Preparados de cannabidiol  
 • Dar curso a la recomendación de la 40.ª reunión del Comité de Expertos en Farmacodependencia, que los preparados que se consideren cannabidiol puro no se incluyan en las listas de los tratados internacionales de fiscalización de drogas. A efectuar mediante la adición de una nota al pie, a la Lista I de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, en la que se indique lo siguiente: «Los preparados que contengan predominantemente cannabidiol y no más de un 0,2% de delta-9-tetrahidrocannabinol no están sujetos a fiscalización internacional».

– Preparados obtenidos mediante síntesis química, o como preparados de cannabis que se formulen como preparados farmacéuticos, con uno o más ingredientes, de modo que el delta-9-tetrahidrocannabinol (dronabinol) que contengan no se pueda extraer por medios fácilmente accesibles o con un rendimiento que pueda representar un riesgo para la salud pública.  
 • Añadirlos a la Lista III de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.”

Aquellas recomendaciones, en concreto, representan una propuesta de enmienda de las Listas de los Convenios. Si la OMS puede y es la única entidad capaz de hacer esta propuesta, no la puede implementar sin una validación por voto en la Comisión de Estupefacientes.

Aunque los países tienen teóricamente una obligación moral a aceptar la suma objetiva de los conocimientos científicos que les somete la OMS, el voto politizado de los gobiernos sigue siendo un etapa que toda recomendación tiene que superar. Y todas las recomendaciones de la OMS están pensadas, también, para ser aceptables por todos los países. Está en juego la relevancia de la OMS en el mundillo de las políticas internacionales de drogas.



Con estos elementos en mente, se puede apreciar lo que de verdad significan estas recomendaciones:

1. El potencial medicinal del Cannabis y de los cannabinoides queda reconocido, es una corrección implícita del dictamen de los años 50 (“El Comité concluyó que el cannabis y la resina de cannabis no cumplen los criterios de inclusión en la Lista IV de Convención Única”);
2. El paisaje del derecho internacional relativo al Cannabis queda enormemente simplificado y clarificado, muchas zonas grises y absurdidades desaparecerían con el voto de las recomendaciones;
3. Se colocan a todos los tipos de productos y sustancias del Cannabis al mismo nivel de fiscalización, en la Lista 1 – muy restrictiva, pero un nivel menos que la Lista IV. La armonización permite no solo simplificar, sino no favorece a formulaciones herbales o a preparados de cannabinoides: igualiza. El Cannabis y el THC quedan en la misma Lista, sobre el modelo de

la hoja de coca + cocaína, y del opio + morfina, ambos situados en la misma Lista. Además, los Expertos dejan una puerta abierta a futuras nuevas Revisiones del Cannabis, entre otras declarando que “el cannabis no se asocia con el mismo nivel de riesgo para la salud que la mayoría de las sustancias incluidas en la Lista I”. Se puede presumir que si declararon esto y aún lo colocaron en la Lista I, era para anticipar las reticencias de los gobiernos en el momento del voto: bajar el Cannabis un nivel, si. Dos niveles, no.

4. Se autorizan los países a elegir ciertas formulaciones de Cannabis y/o cannabinoides, y a aplicarles el régimen de fiscalización menos restrictivo del Convenio de 1961 (la Lista III). Esto permite respetar la soberanía de los países, aplicando el criterio de flexibilidad que tanto les gusta. Aquí, la flexibilidad se aplica en la selección de los preparados, o las formas que podrán tener un nivel de control más bajo, incluyendo la posibilidad de venta en herbolisterías, o sin prescripción médica. La definición dada (“mediante síntesis química o como preparados de cannabis que se formulen como preparados farmacéuticos con uno o más ingredientes de modo que el THC que contengan no se pueda extraer por medios fácilmente accesibles o con un rendimiento que pueda representar un riesgo para la salud pública”) se puede entender de forma estrecha como refiriéndose únicamente a preparados como el Sativex®, pero también puede ser entendida como incluyendo preparados herbarios y productos fitoterapéuticos;

5. Los países están alentados – pero no obligados – a proveer un acceso diversificado a medicinas cannábicas. Esta “no-obligation” es central en las recomendaciones del Comité. También están presentes en los mismos Convenios, quienes consideran de todas maneras que los países firmantes pueden “adoptar medidas de fiscalización más estrictas o rigurosas que las previstas en este Convenio”. Asimismo, si los Expertos recomiendan bajar la fiscalización sobre los medicamentos a base de Cannabis y cannabinoides, no se atacan a la fiscalización del cultivo de la planta, que sigue sin cambiar;
6. Un elemento importante, que hará referencia en el futuro: los Expertos se negaron a establecer una distinción entre cannabinoides producidos por síntesis en laboratorio y los extraídos de la planta (fitocannabinoides). Mientras la Unión Europea maniobra para pasar en sus reglamentaciones tal distinción (haciendo legales los productos de CBD sintético, e ilegales los naturales), los Expertos de la OMS



declaran claramente que “Los efectos terapéuticos y adversos del Δ9-THC sintético son indistinguibles de los del Δ9-THC extraído de la planta de cannabis.” Declarando esto, bloquean la posibilidad de que se introduzca tal diferenciación a nivel del Convenio, ya que la indistinguibilidad impediría la posibilidad de poder reconocer cannabinoides sintéticos y naturales, y entonces la imposibilidad de aplicar la medida.

A los que esperaban de la OMS un llamamiento fuerte para el uso generalizado de medicinas cannábicas, este trozo de historia ayudará a entender que para cambiar la historia, hay que empezar corrigiendo errores y reconociendo culpas, antes de poder escribir nuevas páginas. Esta Revisión y sus recomendaciones cierran un ciclo. Que los gobiernos voten si o voten no el año que viene en la ONU, poco importa. Lo importante es que la OMS reconoce el potencial terapéutico del Cannabis, relativiza sus riesgos para la salud, y... ¡no dudemos de que financiarán investigación sobre antibióticos CBD en un futuro próximo!



# LA OMS, EL CANNABIS MEDICINAL Y LA BIG DIPLOMACIA

Formalmente, un órgano subsidiario del ECOSOC (Consejo Económico y Social de Naciones Unidas), la Comisión de Estupefacentes de la ONU, más famosa bajo sus iniciales inglesas CND (de Commission on Narcotic Drugs), es un nudo de poder crucial en el ámbito de políticas de drogas.

Ubicada en Viena, Austria, la CND fue creada en 1946. Apenas nacida, la CND está encargada de redactar el Convenio Único de 1961, - que otorga aún más poderes a la Comisión-.

En 1971 y 1988, la CND gana más poderes con mandatos de los dos nuevos Convenios internacionales sobre drogas, sumádos al de 1961. Y en 1991, la CND pasa a ser el órgano administrador de la ONUDD - la rama ejecutiva sobre drogas de la ONU.

Central en la toma de decisiones bajo los mandatos de los Convenios, la CND se ha vuelto también central en todos los aspectos de cualquiera negociación que involucre a las drogas. La Asamblea General de la ONU, órgano supremo del derecho internacional, constantemente reivindica que las decisiones tienen que tomarse en la CND.

Casi todas las decisiones se toman por consenso, es decir, que los cientos de países representados tienen que estar totalmente de acuerdo (o no totalmente puestos) a lo que se va a aprobar.



Cualquier disonancia sobre un texto lleva a su renegociación, o su abandono.

Pero lo que nos interesa hoy no se decide por consenso. Se vota. En la CND, las únicas cosas que se votan son las recomendaciones de añadir, quitar, o cambiar una sustancia de las Listas de clasificación del nivel de

fiscalización de los Convenios. ¡Y no todos votan! 53 países se reparten el escrutinio, con un complejo sistema de rotación basado en grupos regionales, y dando prioridad a los países "más afectados" por los problemas vinculados a las drogas (en un sentido amplio). Algunos países son particularmente afectados, ya que

siempre están entre los 53 con derecho a voto. Se trata por ejemplo de EEUU, Rusia y China.

En 2020 - el año en cual se espera que se voten y se acepten las recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS - los países miembros de la CND serán Afganistan, Alemania, Algeria, Angola, Australia, Austria, Bahrain, Bélgica, Brasil, Burkina Faso, Canadá, Chile, China, Colombia, Côte d'Ivoire, Croacia, Cuba, República Checa, Ecuador, El Salvador, España, Estados Unidos de América, Francia, Hungría, India, Iraq, Italia, Jamaica, Japon, Kazakhstan, Kenya, Kirgizstan, Libia, México, Marruecos, Nepal, Países bajos, Pakistán, Perú, Polonia, Reino Unido, Rusia, Suecia, Suiza, Sudáfrica, Tailandia, Togo, Turkmenistán, Turquía, Ucrania y Uruguay. Dos otros países Africanos faltan por elegir y completar la lista de los 53.

Para entender la CND, los 53 países, y los votos que van a ocurrir sobre Cannabis, se necesita saber de los grupos regionales. Según la ONU, "Los grupos regionales son grupos de representantes de los Estados Miembros y observadores agrupados por región geográfica que se reúnen para deliberar, normalmente en relación con cuestiones concretas que están siendo examinadas por los

Creamos **plantas sanas** y **cultivos de excelente sabor!**



**Guanokalong®**

fertilizante de guano 100% biológico

www.guanokalong.nl • info@guanokalong.nl



órganos intergubernamentales.” En realidad son los foros principales que permiten la repartición de puestos y cargos en la ONU y sus órganos subsidiarios. En la CND, los grupos regionales se reparten los 53 sitios de la siguiente manera:

- 11 para los países del Grupo Africano
- 11 para los países del Grupo Asia y Pacífico
- 11 para los países del Grupo de América Latina y el Caribe (GRULAC)
- 6 para los países del Grupo de Europa

Oriental (ex-bloque soviético)

- 14 para los países del “Grupo de Europa Occidental y otros Estados” (conocido como WEOG), que corresponde en realidad más o menos a la OTAN.

Cada cuatro años, un asiento rota entre los países asiáticos y los del GRULAC.

La presidencia de la CND también es rotativa, cambiando de grupo regional cada año. Si la presidencia de la CND en

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**  
**SERIE DE INFORMES TECNICOS**  
Nº 211

**COMITE DE EXPERTOS**  
**EN DROGAS TOXICOMANIGENAS**

**11º informe**

	Página
1. Notificaciones . . . . .	3
2. Actividad de los organismos internacionales competentes en materia de estupefacientes . . . . .	8
3. Sustancias antibióticas extraídas de la Cannabis . . . . .	11
4. Vigilancia médica de los toxicómanos . . . . .	11
5. Proyecto de Convención Unica sobre Estupefacientes . . . . .	12
Anexo. Lista de los estupefacientes sometidos a fiscalización internacional . . . . .	13

**3. Sustancias antibióticas extraídas de la Cannabis**

Después de examinar los datos disponibles acerca de las sustancias de acción antibacteriana que pueden extraerse de la *Cannabis sativa*, el Comité ha llegado a la conclusión de que todavía no se ha demostrado la necesidad de utilizar esa planta para la obtención de medicamentos y, en particular, de antibióticos.

Por lo que respecta al uso terapéutico de la cannabis, el Comité no ha modificado la opinión que expresó en su tercer informe.<sup>2</sup> La cannabis y sus preparados han caído en desuso y su empleo en medicina no está justificado.

Esta conclusión no modifica tampoco la opinión expresada por el Comité en su décimo informe.<sup>3</sup> Los organismos internacionales competentes deben seguir recomendando la prohibición o las restricciones del uso con fines médicos de las sustancias que puedan ser particularmente peligrosas para la colectividad, pero esas decisiones no deben tener carácter obligatorio.

**Enumeración de los estupefacientes incluidos en la Lista IV**

CANNABIS Y su RESINA

**CETOBEMIDONA (4-meta-hidroxifenil-1-metil-4-propionilpiperidina)**

**DESOMORFINA (Dihidrodeoximorfina)**

**HEROÍNA (Diacetilmorfina)**

Las sales de todos los estupefacientes enumerados en esta Lista, siempre que sea posible formar dichas sales.

2017 era para el WEOG con Noruega, pasó el año pasado al GRULAC con México, y este año al grupo Africano con el Embajador de Sudán presidiendo las sesiones de la Comisión. Una rotación entre países de los distintos grupos regionales se produce durante encuentros a puertas cerradas, donde se decide que país se encargará del cargo en nombre del grupo.

El año que viene le toca al grupo Asiático. Irán era el país elegido entre el grupo regional para presidir la CND en 2020. Pero Irán está en muy malos términos con una cierta superpotencia, quien puede estar haciendo maniobras para impedir a Irán obtener la presidencia de la Comisión.

Presidir la CND, el año en que se van a votar las históricas recomendaciones de la OMS para rebajar el nivel de fiscalización del Cannabis, no es cualquiera cosa. Las amenazas que pesan sobre la futura presidencia Iraní son verdaderas, y solo un ejemplo de la complejidad de elementos que entren en la ecuación del voto que tendrá lugar sobre Cannabis. Quedaremos atentos para ver quien presidirá lo que sin duda será uno de los momentos más importantes en la historia de la CND.

Otro elemento que dificulta la previsión de lo que será el resultado del voto: la Unión Europea. Pese a que las políticas de drogas y posturas sobre Cannabis, medicinal o no, varían mucho entre países de la Unión, la Comisión Europea y el Consejo de la UE decidieron hace dos años que todos los países de la UE votarían obligatoriamente siempre igual en la CND. Por lo tanto, se decidió acordar el voto común con antelación, en Bruselas.

En primer lugar, esto resulta en cierta pérdida de soberanía a nivel nacional. Si la UE no tiene la capacidad de firmar los Convenios antidrogas ¿por qué querer determinar los votos? En segundo lugar, los países de la UE no integran todos el mismo grupo regional: algunos están en WEOG (los del antiguo bloque del oeste), mientras otros se encuentran en el grupo de Estados de Europa Oriental (los del antiguo bloque del este).

En una temática tan divisiva a nivel gubernamental, y con presiones de Rusia, de la UE y de EEUU por ambos lados, el voto de los 12 miembros de la UE también integrantes de la CND va a ser todo un desafío, a menos que sean 13 países, si el Reino Unido, miembro de la CND el año que viene, sigue en la UE.

En medio de este contexto, Estados Unidos, Rusia y China vocalizan de forma diferente una negativa a los cambios. Nada está jugado de adelanto, pero estos elementos no son de buen augurio.

Y apenas reconfortan la entrada en CND de Nepal por primera vez, o la presencia de Jamaica, Tailandia, India o Marruecos. Lo que sí da esperanza es la convicción y la motivación que no solo los Expertos de la OMS, sino la Organización entera, pone en apoyar a las recomendaciones y convencer los gobiernos de votarlas.

Quedan un poco más de seis meses antes de la fecha prevista del voto en marzo 2019, y lo mejor que podemos hacer, es también con nuestras herramientas, asegurarnos que nuestro gobierno (si es que hay uno) apoye a la modernización del derecho internacional sobre Cannabis – y ahora que están ya, empiezan a enmendar también las políticas en el país.