

**USO MEDICINAL DEL CANNABIS EN COLOMBIA: ENTRE UNA
REGULACIÓN GARANTISTA DE DERECHOS Y EL CAMINO A LA
LEGALIZACIÓN DEL USO RECREATIVO**

MARION VÁSQUEZ MIRA

Facultad de Derecho

Universidad Autónoma Latinoamericana- UNAULA

ABSTRACT:

El cannabis, es considerada una droga especialmente peligrosa que genera graves afectaciones en la salud física y mental de las personas. La normativa internacional pese a permitir como excepción su uso medicinal, clasifica la droga en las Listas I y IV de la Convención de 1961 y la sujeta a estrictas medidas de fiscalización. En el presente ensayo, se pretende explicar desde una perspectiva interdisciplinar, los pro y los contra del uso medicinal del cannabis en el contexto nacional, a la luz de la actual política antidrogas y el escenario de una posible regulación gubernamental.

PALABRAS CLAVES: *Cannabis, uso medicinal, salud, política antidrogas, regulación, legalización.*

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. Introducción.....	3
2. El uso medicinal del cannabis en el escenario internacional.....	5
3. Indicaciones médicas y terapéuticas de los compuestos del cannabis	8
4. Consecuencias en la salud del consumidor de cannabis: riesgos implícitos en su uso medicinal.....	11
5. Caso de Colombia. Análisis socio-jurídico.....	14
6. Alternativa de regulación.....	22
7. Conclusiones.....	26
8. Referencias.....	28

USO MEDICINAL DEL CANNABIS EN COLOMBIA: ENTRE UNA REGULACIÓN GARANTISTA DE DERECHOS Y EL CAMINO A LA LEGALIZACIÓN DEL USO RECREATIVO

1. INTRODUCCIÓN

Estudios sobre la composición del cannabis, han identificado más de cuatrocientas (400) sustancias, de las cuales, cerca de sesentas (60) son sustancias cannabinoides. Entre ellos, el principal componente psicoactivo, es el tetrahidrocannabinol, conocido como “THC” por sus siglas. Así, organismos como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), generalmente usan la cantidad de THC presente en una muestra de cannabis, como medida de su potencialidad psicoactiva (UNODC, 2009).

De acuerdo con el último Reporte Anual sobre el Uso de Drogas en el Mundo (2014) presentado por este organismo, cerca de 177 millones de personas la fuman con regularidad, manteniéndose como la droga más utilizada a nivel mundial, muy por delante de los opioides, consumidos por 33 millones, y la cocaína, por poco más 17 millones.

En nuestro país el panorama no difiere de la tendencia mundial. La marihuana, continúa siendo la droga más utilizada, alcanzando niveles de consumo mucho mayores que los registrados años atrás. De acuerdo al Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (2013), la prevalencia anual del consumo de cannabis pasó del 2,1% en 2008 a 3,3% en 2013, incremento registrado principalmente en la adolescencia (12

a 17 años). Advirtió también el estudio, signos de abuso o dependencia entre más del 57.6% de los consumidores.

Esta droga, considerada especialmente como peligrosa por las graves afectaciones que sobre la salud genera, ha estado sujeta a estrictas medidas fiscales por la regulación internacional. Colombia, en este contexto en calidad de signataria, ha liderado una política antidrogas, que si bien ha logrado reducciones históricas en la oferta y la demanda de algunas sustancias, enfrenta grandes retos como país productor y hoy consumidor. La despenalización de consumo y la ambientación actual por una regulación laxa del uso medicinal del cannabis, no solo ponen en entre dicho la solidez institucional, sino que constituyen una amenaza para los avances del país en materia de salubridad y lucha contra el crimen.

En el presente ensayo, se pretende analizar desde una perspectiva interdisciplinaria (científica y socio-jurídica), los beneficios y los efectos adversos del uso medicinal del cannabis en Colombia, plantear las posibles amenazas para el país de su desarrollo jurídico, y la que podría ser una alternativa de regulación gubernamental en el marco de la actual política antidrogas.

2. EL USO MEDICINAL DEL CANNABIS EN EL ESCENARIO INTERNACIONAL

Registros históricos del Siglo XIX, mostraron la utilización de preparaciones químicas a base de marihuana para el tratamiento de determinadas patologías, como el dolor crónico, espasmos musculares, y atenuación de los efectos provocados por el cólera.

Para el año 1964, después que se identificara el cannabinoide THC, científicos iniciaron diversas investigaciones sobre la aplicación medicinal del cannabis para el tratamiento del glaucoma, y la reducción de la presión ocular. (Youseff, Farid. 2010)

En la actualidad, estudios científicos que han demostrado determinadas propiedades medicinales del uso del cannabis y algunos de sus derivados (cannabinoides) han servido de soporte en algunas naciones para su exclusiva legalización terapéutica. Decisiones que han sido adoptadas en el marco de la autorización que para tal fin ha previsto los instrumentos internacionales.

Según lo preceptuado en la Convención Única de Estupefacientes de 1961, aprobada por la Asamblea de Naciones Unidas, *“Las Partes prohibirán la producción, fabricación, exportación e importación, comercio, posesión o uso de tales estupefacientes, si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades necesarias únicamente para la investigación médica y científica, incluidos los experimentos clínicos con dichos estupefacientes que se realicen bajo la vigilancia y fiscalización de la Parte o*

estén sujetos a su vigilancia y fiscalización directas” (Organización de las Naciones Unidas. 1989)

En este escenario, en algunos países europeos como España, Francia, Inglaterra y Eslovenia, se ha permitido el uso de fármacos elaborados a base de cannabinoides. En Estados Unidos, en la actualidad hay veintitrés (23) Estados que han aprobado dentro de su legislación el uso medicinal del cannabis, aunque a nivel federal sigue siendo una sustancia ilegal (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes -JIFE. 2014).

En Latinoamérica, Uruguay no sólo legalizó el uso del cannabis para fines medicinales, sino también para uso recreativo e industrial. (El País. 2013).

Este escenario que implica la disponibilidad para fines médicos de sustancias sometidas a fiscalización internacional, debe suponer un equilibrio entre las medidas restrictivas propias de la prohibición y las de la facilitación segura de los medicamentos. La lucha mundial contra el gran flagelo de las drogas, que ha tenido como objetivo la prevención y reducción de la producción, el tráfico y el consumo ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, en medio del debate que se amplía cada vez más sobre el uso médico del cannabis y sus derivados, debe comprometer a los gobiernos al fortalecimiento de su institucionalidad, que asegure que sus sistemas en la labor de vigilancia y control funcionen correctamente, garantizando así el mejoramiento de la salud de quienes requieren el suministro seguro de los medicamentos, al tiempo que logran evitar la prescripción excesiva y el desvío de drogas para su uso indebido.

Según el artículo 38 de la Convención de 1961, las partes “*prestarán atención especial a la prevención del uso indebido de estupefacientes y a la pronta identificación, tratamiento, educación y pos-tratamiento, rehabilitación y readaptación social de las personas afectadas [y] adoptarán todas las medidas posibles al efecto*”. Por lo tanto, y advirtiendo los riesgos implícitos en el consumo de cannabis -entre ellos la adicción-, la puesta en marcha de medidas eficaces e integrales para la prevención del consumo indebido y la eliminación y/o reducción del tráfico ilegal asociado, se tornan en imperativos para los Estados parte que decidan legalizar el uso médico del cannabis.

3. INDICACIONES MÉDICAS Y TERAPÉUTICAS PARA EL USO DEL CANNABIS

El cannabis tiene cuatrocientos (400) componentes y sesenta (60) cannabinoides. Actualmente entre cuatro (4) y doce (12) cannabinoides se están investigando con fines medicinales (Toxicólogo Hugo Alberto Gallego Gómez. Comunicación personal. 23 de Septiembre de 2014). De los sesenta (60), quince (15) tienen efectos psicoactivos. El dronabinol (o tetrahidrocannabinol- THC) y el cannabidiol (CBD), son los más estudiados y aprobados para uso medicinal.

Se ha dicho que el cannabis no puede ser utilizado como una planta medicinal segura, pues por su compleja composición química, no es posible establecer el costo- beneficio de sus efectos sobre la salud de quien la consume, además que tampoco es posible su dosificación farmacéutica; sin embargo, sectores científicos han manifestado que es seguro el consumo de algunos cannabinoides con fines terapéuticos, que permitan su administración a través de formas farmacéuticas seguras, con menores riesgos que los asociados a la planta como tal.

El uso del dronabinol tiene tres indicaciones aprobadas por la Agencia de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés): manejo del dolor en enfermedades terminales, manejo del vómito inducido por la quimioterapia (como segunda línea después de medicamentos convencionales), e Inducción al apetito en enfermos de SIDA.

Frente a esta última aplicación médica, no hay a largo plazo evidencia rigurosa de un efecto sostenido de cannabis en la morbilidad y la mortalidad relacionada con el SIDA, con un perfil de seguridad aceptable, que pueda justificar su incorporación a la práctica clínica actual para los pacientes que están recibiendo terapia antirretroviral eficaz. Los datos de los pocos estudios que han explorado el potencial valor terapéutico de los cannabinoides para esta población de pacientes no son concluyentes (Chiou LC et. al. 2013).

Entre tanto, paradójicamente en la indicación médica para el tratamiento de las náuseas, el aumento de los vómitos (hiperemesis) ha sido reportado con el uso de marihuana repetida (D'Souza G. et. al. 2012.).

De otro lado, el tratamiento para la esclerosis múltiple también ha sido indicado dentro de los usos de los principios activos del cannabis (Collin C. et al. 2007). El Sativex, un spray que ofrece una combinación de THC y cannabidiol, se medica en la actualidad en el Reino Unido, Canadá y España para el dolor neuropático, trastornos del sueño, y la espasticidad en pacientes con esclerosis múltiple (Centonze D. et al. 2009).

El cannabis también se ha utilizado para el tratamiento del glaucoma, (una enfermedad asociada con el aumento de la presión en el ojo); no obstante en la actualidad, científicos han dicho que existen otros tratamientos estándar mucho más eficaces (Nora D. et. al. 2014).

En la epilepsia, pese a esfuerzos que intentan indicar la enfermedad para su tratamiento con cannabis, la evidencia médica ha dicho que no es efectiva para ello. En medicina la evidencia se da sobre serie de casos que tengan una conclusión estadísticamente

significativa. Existen casos, pero no serie de casos que generen evidencia. En una reciente encuesta de padres que suministran marihuana a sus hijos para tratar ataques epilépticos, el 11% (2 familias de las 19 que cumplían los criterios de inclusión) informaron total libertad de convulsiones, el 42% (8 familias) informaron de una reducción de más del 80% en la frecuencia de crisis, y el 32% (6 familias) informó una reducción de 25 a 60% en la frecuencia de convulsiones. Aunque tales informes son prometedores y se muestran optimistas, los datos de seguridad y eficacia son insuficientes para considerar el uso del cannabis para su tratamiento (Nora D. et al. 2014).

4. CONSECUENCIAS EN LA SALUD DEL CONSUMIDOR DE CANNABIS: RIESGOS IMPLÍCITOS EN SU USO MEDICINAL

El consumo de la sustancia puede generar efectos a corto y a largo plazo tanto en la salud física como en la mental. Justamente, atendiendo a su grado de toxicidad y al riesgo especialmente grave que supone para la salud pública, ha sido clasificada en las Listas I y IV de la Convención de 1961, y en consecuencia sujeta a estricta fiscalización.

Las consecuencias que genera, implican por tanto, afectaciones que pueden agravar la condición médica de quien consuma la droga con efectos terapéuticos.

Ha demostrado la ciencia médica que, entre las secuelas agudas, se hallan los defectos en el desarrollo del feto y posibles traumatismos postnatales. Un estudio prospectivo realizado en los últimos 20 años permitió demostrar la asociación entre el consumo de cannabis prenatal y el rendimiento escolar bajo en niños de 14 años. Resultados que evidenciaron la capacidad cognitiva inferior del niño, y tasas más altas de trastornos de atención y del estado de ánimo (Hall W. 2014).

También han advertido los estudios, el entorpecimiento a la coordinación motora, la afectación a la capacidad de realizar tareas complicadas, de hacer deporte y de conducir un vehículo. Perspectiva que sin duda, aumenta el riesgo de accidentes (National Institute on Drug Abuse –NIDA-. 2013).

Una de las discusiones que se han generado en la comunidad científica, ha sido el riesgo de adicción de la planta. Los estudios longitudinales han sugerido que su uso temprano y

regular predice un mayor riesgo de adicción a la marihuana, lo que a su vez predice un mayor riesgo del uso de otras drogas ilícitas (ej., heroína, cocaína) (Nora D. et al. 2014).

Se calcula que el 9% de las personas que consumen marihuana se vuelven dependientes de la misma (Anthony, J. et al. 1994.) El número se eleva a cerca de 1 en cada 6 consumidores que hayan empezado a usarla a una edad muy joven (en la adolescencia) y de un 25% a 50% entre los consumidores diarios. (Hall, W. & Degenhardt. L. 2009).

Aunado a esto, otro de los hallazgos médicos ha sido el deterioro cognitivo y la afectación a la estructura y funcionamiento cerebral. Los estudios han demostrado que el consumo de cannabis regular que comienza en la adolescencia y continúa a lo largo de la edad adulta puede producir deterioro intelectual (Nora D. Et al., 2014).

Así, se han registrado también, consecuencias psicosociales en los adolescentes, como los deficientes resultados académicos; el desarrollo de psicosis y esquizofrenia; los problemas respiratorios, como el riesgo de infecciones pulmonares y neumonía (NIDA, 2013; Owen K.P. et al. 2014); trastornos vasculares que aumentan el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y ataques isquémicos transitorios (Thomas G. et al. 2014); y también el riesgo de cáncer (Daling J. R., et al. 2009).

Con todo, sobre el uso terapéutico que se ha dado al cannabis, no hay estudios científicos suficientes que la hagan confiable. La planta no puede ser considerada una medicina segura. Su prescripción lleva implícita el riesgo de abuso y adicción, y la eventual entrada al policonsumo, y en términos de costo- beneficio sus riesgos son menos predecibles que muchos medicamentos de uso médico y de prescripción legal (hipnóticos, analgésicos,

opiáceos, etc.). Algunos cannabinoides así como pueden producir efectos beneficiosos en algunos pacientes, también pueden agravarlos en otros. Pese a esto hay médicos siguen recetando la marihuana con fines medicinales; práctica que plantea particulares preocupaciones con respecto al uso a largo plazo de las poblaciones vulnerables (Nora D., et al, 2014).

5. CASO DE COLOMBIA. ANÁLISIS SOCIO- JURÍDICO

El ordenamiento jurídico colombiano, en concordancia con los tratados internacionales de los que es signataria, dispone en materia de estupefacientes, la prohibición a la producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión, lo mismo que el cultivo de plantas de las cuales éstos se produzcan, salvo fines médicos y científicos.

El Acto Legislativo 02 de 2009, que modifica el artículo 49 de la Constitución Política, prevé *“El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica”*.

Dicha excepción, sin detrimento de lo dispuesto sobre la dosis mínima, ya había sido previsto en la Ley 30 de 1986 Estatuto Nacional de Estupefacientes, estableciendo en el artículo 3º su limitación a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud. El Decreto 3788 de 1986 que desarrolla la ley, así como la Ley 9 de 1979 también autorizan al gobierno al respecto, y le otorgan facultades para establecer el listado de drogas y medicamentos sometidos a control especial, especificando que para su elaboración y actualización tendrá en cuenta los riesgos que estas sustancias presenten para la salud.

En la actualidad, El Gobierno, a través de la Unidad Administrativa Especial Fondo Nacional de Estupefacientes, ha determinado en el listado, aquellos medicamentos de control especial de uso humano, importados, fabricados y distribuidos por la industria farmacéutica particular, así como aquellos medicamentos de control especial, que son de

monopolio del Estado, importados, fabricados y distribuidos exclusivamente por la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes. Dicho listado, no contempla ningún medicamento elaborado a base de cannabis y/o sus principios activos.

La Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de Salud y la Protección Social, expide las normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado.

Por su parte, el Decreto 2266 de 2004 derogatorio del Decreto 677 de 1995, por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos (preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales, y productos fitoterapéuticos tradicionales)¹, dispone que los mismos requieren para su fabricación, producción, importación, exportación, procesamiento, envase, empaque, expendio y comercialización de Registro Sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA o la entidad que

¹ **Producto fitoterapéutico:** Es el producto medicinal empacado y etiquetado, cuyas sustancias activas provienen de material de la planta medicinal o asociaciones de estas, presentado en estado bruto o en forma farmacéutica que se utiliza con fines terapéuticos. También puede provenir de extractos, tinturas o aceites.

Preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales: Es el producto fitoterapéutico elaborado a partir de material de la planta medicinal, o preparados de la misma, a la cual se le ha comprobado actividad terapéutica y seguridad farmacológica y que está incluido en las normas farmacológicas colombianas vigentes. Su administración se realiza para indicaciones o uso terapéutico definido y se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.

Producto fitoterapéutico tradicional: Es aquel producto fitoterapéutico de fabricación nacional elaborado a partir de material de planta medicinal o asociaciones entre sí cultivadas en nuestro país en las formas farmacéuticas aceptadas cuya eficacia y seguridad, aun sin haber realizado estudios clínicos, se deduce de la experiencia por su uso registrado a lo largo del tiempo y en razón de su inocuidad está destinado para el alivio de manifestaciones sintomáticas de una enfermedad (Decreto 2266 de 2004).

haga sus veces, el cual solo será autorizado, siempre que dicho producto sea elaborado con base en una de las plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos, que se encuentran incluidas en normas farmacológicas colombianas vigentes, las que comprenden el Vademécum colombiano de plantas medicinales y el Listado de plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos, ambos aprobados por la Sala Especializada de Productos Fitoterapéuticos y Productos Dietarios de la Comisión Revisora del Invima.

La actualización de las normas y la inclusión en las mismas de las plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos es función privativa de la citada Sala Especializada, teniendo en cuenta sobre las características del material de la planta medicinal, su eficacia, seguridad, e indicaciones o usos terapéuticos, contraindicaciones, interacciones y advertencias. Deberán adelantarse para su aprobación, las respectivas pruebas de toxicidad. Para que un producto fitoterapéutico tradicional cuyo(s) material(es) de planta(s) medicinal(es) tiene(n) uso tradicional en Colombia, sea incluido en el Vademécum colombiano de plantas medicinales, deberá probar su uso permitido por cuatro (4) o más décadas y con tradición escrita, documentando la bibliografía que para el efecto exista.

Establece el mencionado Decreto, que en todo caso, tratándose de preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales, o productos fitoterapéuticos tradicionales, no podrán contener en su formulación sustancias con actividad estupefaciente o psicotrópica. Su información farmacológica deberá incluir vía de administración, dosis y frecuencia de la administración, y uso terapéutico comprobado.

Ni en el Listado de plantas medicinales aceptadas con uso terapéutico ni en el Vademécum, se encuentra aprobado el cannabis.

Vemos entonces, hasta ahora dos figuras reglamentadas, la de medicamentos sujetos a control especial, que por su composición pueden ser clasificados como productos fitofarmacéuticos², y los productos fitoterapéuticos elaborados a base de plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos en el país.

En ambos escenarios, atendiendo a lo ya dispuesto en las normas legales, con las modificaciones reglamentarias que se necesitarían en un contexto de regulación del cannabis y/o de sus principios activos o cannabinoides, las medidas de vigilancia y control, deberán ser lo suficientemente estrictas.

Con todo, atendiendo a lo expuesto en capítulos anteriores, obedeciendo a criterios científicos, de seguridad y eficacia, así como a motivos de orden público, en el marco de una política antidroga, se sugiere, de considerarse como necesario e indispensable la utilización en el país de algunas propiedades medicinales del cannabis para determinadas y comprobadas indicaciones médicas, que su regulación se efectúe sobre sus principios activos o cannabinoides, siendo reglamentados como producto(s) fitofarmacéutico(s), que por ser elaborados a partir de derivados de la planta de cannabis contenida en la Lista I de la Convención de Estupefacientes, adquieren la calidad de medicamento(s) sujeto(s) a control especial.

² **Producto fitofarmacéutico:** Es aquel que mediante algún procedimiento en el laboratorio se puede aislar uno o más de sus componentes activos (Cannalivio, 2014).

Propuesta que será desarrollada en el siguiente capítulo, pero que se explica a continuación, en los siguientes términos:

Como se dijo, el escenario actual que implica la disponibilidad para fines médicos de sustancias sometidas a fiscalización internacional, en especial en el contexto de nuestro país que no solo es consumidor de drogas ilícitas, sino también productor, debe suponer un equilibrio entre las medidas restrictivas propias de la prohibición y las de la facilitación segura de los medicamentos.

En este propósito, el fortalecimiento de la institucionalidad, en las labores de lucha contra el narcotráfico, y las de vigilancia y control de los estupefacientes utilizados con fines medicinales, es fundamental, pues de nada serviría afrontar los cultivos y tráfico de drogas puras, mientras las medidas y funciones ejecutadas en la regulación de los medicamentos sujetos a control especial, se tornan laxas, permiten la prescripción excesiva de los mismos y su tráfico y uso ilícito, situación que no solo puede constituir un problema mayor de salud pública, sino también fuentes de ingresos para los ilegales; no obstante que aun en un mercado regulado estrictamente, se corre el riesgo de estimular el mercado negro, más tratándose de sustancias que implican riesgo de adicción, donde la búsqueda insaciable por acceder a ellas, puede terminar dándose por vías ilegales.

En estas circunstancias, permitir el uso medicinal de la planta de cannabis (no solo de sus principios activos), además de suponer mayores riesgos para la salud por su inseguridad farmacológica, y requerir además de las modificaciones reglamentarias, las de ley, toda vez que La 9 de 1979 establece que *“en ningún caso podrán suministrarse al público*

estupefacientes puros; solamente se podrán despachar productos farmacéuticos que los contengan”, implicaría en un escenario de cultivo y producción privados, que fueran superiores a lo que ya permite la Ley 30 para la dosis mínima (hasta 20 plántulas de marihuana), mayor disponibilidad al público y eventuales mayores índices de consumo, además de la legalización de los cultivos ya existentes que han servido de fuente de financiación para la criminalidad y el terrorismo.

Según estudio publicado por la Procuraduría General de la Nación (Los Ocho Mitos de la Legalización de las Drogas, 2014), de la evidencia disponible, no se puede afirmar con certeza que el consumo de drogas no haya aumentado a partir de la sentencia de despenalización de la dosis personal, por el contrario, la evidencia sugiere que dicho aumento se produjo alrededor de la fecha de la despenalización. Resultados similares produjeron experimentos de despenalización o legalización en el mundo. En Portugal las estadísticas muestran que, una vez ocurrida la despenalización, el consumo de drogas ilícitas aumentó, para luego descender y estabilizarse en los últimos años, sin reducirse hasta los niveles previos a la despenalización.

El Estado de Colorado en Estados Unidos, desde el año 2000 cuando permitió el uso medicinal de la marihuana, ha venido desescalando las medidas de restricción para el acceso a la droga. En 2009 empezaron a operar más de 250 dispensarios de marihuana medicinal. Para 2012 había más de 532 dispensarios y el número de titulares de tarjeta de marihuana médica había pasado de 5993 en 2008 a 108.000 en ese año. En noviembre de 2012, se legalizó la marihuana con fines recreativos para cualquier persona mayor de 21

años de edad (Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area- HIDTA. 2014). También allí la legalización de actividades criminales está siendo objetivo, en el marco de la legalización de la marihuana.

Generar mayores condiciones de acceso al cannabis, redundará en mayores índices de consumo que multiplicarán los daños sociales y salubres a los ocasionados hoy por la despenalización del consumo de la droga.

Sobre la legalización de los cultivos ya existentes, es pertinente traer el tema a colación, toda vez que ha sido uno de los asuntos presentados por la organización terrorista Farc, en el documento *"ocho propuestas mínimas para el ordenamiento social y ambiental, democrático y participativo del territorio, del derecho al agua y de los usos de la tierra"*, en el marco de las negociaciones de paz que se están llevando a cabo en La Habana. Dicen textualmente *"considerar planos de legalización de algunos cultivos de marihuana, amapola y hoja de coca con fines terapéuticos y medicinales, de uso industrial, o por razones culturales"* (Caracol Noticias. 2013).

Pronunciamento que además coincide con posturas adoptadas por el gobierno nacional, como en el proyecto de estatuto de drogas cuya redacción más reciente se conoció en 2013, que crea la posibilidad de legalizar los cultivos ilícitos, autorizando que en algunas áreas establecidas se permita cultivar *"plantas de las cuales se produzcan sustancias psicoactivas siempre que sean destinadas para usos lícitos"* (Procuraduría General de la Nación, 2014).

De igual manera, manifestando su opinión favorable al proyecto de ley 80 que desde 2014 se discute en el Congreso de la República (Senado de la República. 2014), cuyo objetivo es la regulación del cannabis medicinal, el cual pese a parecer altruista en el propósito de garantizar un *“acceso seguro al uso científico y medicinal del cannabis”*, establece disposiciones que sin duda conducen a la legalización de la droga y al fortalecimiento de las redes de narcotráfico.

Entre las preocupaciones que suscita, se encuentran disposiciones como la que establece *“Artículo 2 (...) párrafo 2: El Gobierno Nacional podrá suscribir convenios con los resguardos, los territorios indígenas y con los consejos comunitarios para la plantación, cultivo, producción, y transporte, del cannabis y sus derivados”*, territorios y comunidades que han sido filtrados, controlados y abusados sin tregua por organizaciones como las Farc y bandas criminales (Human Rights Watch. 2014; Verdad Abierta. 2014).

7. ALTERNATIVA DE REGULACIÓN

Teniendo en cuenta lo mencionado en el capítulo anterior, se plantea una alternativa de regulación en el marco de la competencia que le otorgan los tratados internacionales y leyes internas al Gobierno Nacional, en el escenario de considerarse necesario en el país la utilización de propiedades medicinales de los derivados del cannabis, a saber:

Marco regulatorio de los cannabinoides o principios activos.

La creación de un marco regulatorio de monopolio estatal que permita el acceso seguro e informado al uso científico y medicinal de los “cannabinoides” o “principios activos del cannabis” en el territorio nacional colombiano, esto es, de los derivados del cannabis más no de la planta como tal. Razón que atiende a la inseguridad farmacológica de la misma, la indeterminación de los costos-beneficios de su utilización en la salud humana, y su comprobada toxicidad.

Dichas sustancias, previa comprobación terapéutica, se incluiría en el listado medicamentos de control especial, que son de monopolio del Estado, fabricados y distribuidos exclusivamente por la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes.

Monopolio Estatal.

Pretendiendo la disminución de los riesgos salubres y sociales asociados al mercado de medicamentos de control especial por la posibilidad de abuso y grado de peligrosidad en el uso de los derivados del cannabis, de acuerdo a los estudios técnicos, epidemiológicos o científicos, como los mencionados en el capítulo cuarto del presente ensayo, y su

clasificación en las convenciones internacionales de estupefacientes, se plantea conveniente el monopolio estatal de la plantación, cultivo, cosecha y conservación de cannabis para la investigación médica y científica, afín de conocer sus propiedades y comprobar los riesgos y beneficios en la salud, del uso medicinal de sus cannabinoides o principios psicoactivos.

De igual manera que de llegarse a autorizar el uso médico de cannabinoides por parte del gobierno, para determinadas enfermedades; la producción, almacenamiento, transporte, comercialización y/o distribución de los medicamentos derivados del cannabis sea también de monopolio estatal del orden nacional.

La distribución y venta de los medicamentos se haría a través de la UAE Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio Salud y Protección Social o por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes a nivel departamental.

Para efectos de investigación y producción de medicamentos derivados del cannabis, el Estado a través del Fondo Nacional de Estupefacientes podría suscribir convenios con laboratorios autorizados y/o universidades de reconocida idoneidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 465, 466, 467 y 468 de la Ley 9 de 1979.

Forma de administración y prescripción médica.

Atendiendo a lo ya mencionado al respecto y a lo dispuesto por la Ley 9 de 1979 que reza: *“en ningún caso podrán suministrarse al público estupefacientes puros; solamente se podrán despachar productos farmacéuticos que los contengan”*, la administración de los cannabinoides o principios activos del cannabis para uso médico sólo podría hacerse a

través de formas farmacéuticas seguras, autorizadas por el INVIMA o quien haga sus veces, previa valoración del médico especialista para las enfermedades establecidas.

La prescripción médica de los medicamentos a base de cannabinoides o principios activos del cannabis solamente podría realizarse mediante recetario oficial suministrado por los Fondos Rotatorios de Estupefacientes para la formulación de medicamento de control especial, actualmente regulado por la Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de Salud y la Protección Social.

Los pacientes estarían inscritos en el Registro Nacional de Farmacodependientes.

Política Pública Nacional de Prevención del Consumo.

En el marco de las disposiciones contenidas en el Capítulo II de La Ley 30 de 1986, sobre las campañas de prevención y programas educativas, el Gobierno Nacional en cabeza del Consejo Nacional de Estupefacientes, podría expedir una Política Pública Nacional de Prevención de Consumo de Cannabis, en la cual se establezcan acciones tendientes a la prevención del consumo en el ámbito escolar, universitario, extracurricular, laboral, recreativo, cultural entre otros, con el objetivo de concientizar a la comunidad de los riesgos, efectos y daños potenciales del uso de la sustancia.

Restricción a la publicidad del Cannabis.

Se prohibiría la publicidad masiva en cualquier medio de comunicación de los medicamentos de control especial elaborados a base de principios activos del cannabis.

El Estado utilizaría todos los medios de difusión disponibles para implementar medidas tendientes a evitar el consumo indebido de cannabis y/o sus principios activos.

10. CONCLUSIONES

La discusión acerca del uso medicinal del cannabis y/o sus derivados en Colombia, además de suponer la necesaria discusión científica y médica sobre sus comprobadas propiedades terapéuticas, debe conllevar al debate político y social, pues en Colombia los graves problemas de seguridad, salubridad y daño social que han ocasionado las drogas ilícitas, entre ellas el cannabis, así lo exige.

Hoy, en medio de un entorno donde la disponibilidad y el acceso a la droga es cada vez mayor, su presentación como sustancia inocua y la ambientación de algunos sectores de la sociedad civil, así como del gobierno, por una regulación laxa de su uso medicinal, además de poner en entre dicho la solidez institucional, constituyen una amenaza para los logros del país en materia de salubridad y lucha contra el crimen, tal como la paradoja y ambigüedad presentes en la autorización del consumo de la dosis personal, y la penalización del narcotráfico.

Abrir las puertas hacia la legalización del consumo recreativo del cannabis- en palabras de los Honorables Magistrados de la Corte Constitucional que salvaron su voto en la Sentencia C- 221 de 1994- es un acto lesivo contra el bien común y desconocedor del interés general que imposibilita lograr los fines del Estado Social de Derecho, y que vulnera, en lo más hondo, la dignidad humana.

Las disposiciones que en un eventual escenario, busquen la regulación de las propiedades terapéuticas del cannabis, deben garantizar por tanto, el equilibrio entre las medidas restrictivas propias de la prohibición en el marco de la actual política antidrogas y las de la facilitación segura de los medicamentos a través del monopolio del Estado; además que entre las razones que pueden avocarse, sería inadmisibles, que una droga que tanto daño ha causado a la sociedad colombiana, tras de continuar lacerándola en un entorno de mayor disponibilidad, termine siendo objeto de lucro por la industria.

11. REFERENCIAS

Anthony J.C., Warner, L.A., Kessler, R.C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalant: basic findings from the national comorbidity survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2: pp. 244-268.

Caracol Noticias (2013). FARC propone legalizar algunos cultivos de marihuana, amapola y coca. 6 de Febrero de 2013. Consultado en la página web: <http://www.noticiascaracol.com/nacion/farc-propone-legalizar-algunos-cultivos-de-marihuana-amapola-y-coca>

Centonze D, Mori F, Koch G., et al. (2009) Lack of effect of cannabis-based treatment on clinical and laboratory measures in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*. 30: pp. 531-534.

Chiou LC, Hu SS, Ho YC (2013). Targeting the cannabinoid system for pain relief ? *Acta Anaesthesiol*. 51: pp. 161-170.

Collin C, P Davies, Mutiboko IK, cliffe ratifi S. (2007). Randomized controlled trial of cannabis-based medicine in spasticity caused by multiple sclerosis. *European Journal of Organic Chemistry*. 14: pp. 290-296.

Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C- 221 de 1994. Magistrados Ponentes: José Gregorio Hernandez Galindo, Hernando Herrera Vergara, Fabio Monrón Díaz y Vladimiro Naranjo Mesa. *Gaceta de la Corte Constitucional* (mayo 5 de 1994)

Colombia. Procuraduría General de la Nación (2014). *Los Ocho Mitos de la Legalización de las Drogas*. Bogotá. IEMP Ediciones. pp. 128, 280.

Congreso de la República de Colombia. Acto Legislativo 02 de 2009. Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. *Diario Oficial* 47570 (diciembre 21 de 2009)

Congreso de la República de Colombia. Ley 9 de 1979 Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. *Diario Oficial* No. 35308 (julio 16 1979)

Congreso de la República de Colombia. Ley 30 de 1986 Estatuto Nacional de Estupefacientes. *Diario Oficial* (enero 31de 1986)

Congreso de la República de Colombia. Proyecto de ley 80 Senado. *Gacetas* 456, 797 y 798 de 2014.

Daling J. R., Doody D. R., Sun X., et al. (2009) Association of marijuana use and the incidence of testicular germ cell tumors. American Cancer Society. DOI: 10.1002/cncr.24159,

D'Souza G, Matson PA, Grady CD, et al (2012). Medicinal and recreational marijuana use among HIV-infected women in the Women's Interagency HIV Study (WIHS) cohort, 1994-2010. Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 61: pp. 618- 626

El País (2013). En abril se abrirá el mercado de la marihuana; habrá trazabilidad. Consultado el 27 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.elpais.com.uy/informacion/abril-se-abrira-mercado-marihuana.html>).

Gobierno de Colombia, Ministerio de Justicia (2008, 2013). Estudio Nacional Consumo de Sustancias Psicoactivas. Obtenido el 20 de diciembre de 2014, de los sitios web de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/Colombia_annex1_National_Study_2008.pdf; https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Gobierno de Colombia. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos- INVIMA. Listado de Plantas Medicinales Aceptadas con Fines Terapéuticos (agosto de 2014)

Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Decreto 2266 de 2004 Por el cual se reglamentan los regímenes de registros sanitarios, y de vigilancia y control sanitario y publicidad de los productos fitoterapéuticos. Diario Oficial No. 45.610 (julio 15 de 2004)

Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 1478 de 2006 Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado. Diario Oficial No. 46292 (junio 06 de 2006)

Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 2834 de 2008 Por la cual se adopta el Vademécum de Plantas Medicinales Colombiano y se establecen los lineamientos para su actualización. Diario Oficial No. 47.071 (agosto 4 de 2008)

Hall W. (2014) What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction Journal*. 110: pp. 19–35. DOI: 10.1111/add.12703

Hall, W. & Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*. 374: pp. 1383-1391.

Human Rights Watch (2014) Colombia: Zonas afrocolombianas asoladas por las Farc. Consultado el 22 de mayo de 2015 en la página web <http://www.hrw.org/es/news/2014/07/30/colombia-zonas-afrocolombianas-asoladas-por-las-farc>

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes -JIFE. (2014) Informe 2014. Consultado el 21 de enero de 2015. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/colombia/2015/Marzo/AR_2014_S.pdf

National Institute on Drug Abuse –NIDA- (2013). Serie de Reportes de Investigación. Abuso de la Marihuana. Obtenido el 23 de diciembre de 2014 del sitio web oficial del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/marihuana_rr_sp_2013.pdf

Nora D., Volkow, M.D., Ruben D. Baler, Ph.D., Wilson M. Compton, M.D., and Susan R.B. Weiss, Ph.D (2014) Adverse Health Effects of Marijuana Use. *The New England Journal of Medicine*. 370: pp. 2219- 2227. DOI: 10.1056/NEJMra1402309

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito- UNOC (2013, 2014) Reporte Anual de Drogas. Obtenido el 15 de diciembre de 2014 del sitio web: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>

Organización de las Naciones Unidas (1989). Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Nueva York, 1989. Obtenido el 18 de diciembre de 2014, de la página web: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Comentarios_a_la_convencion_unica_de_1961.pdf.

Owen K.P., Sutter M.E., Albertson T.E. (2014) Marijuana: respiratory tract effects. *Clinical Reviews in Allergy and Immunology*. 46: pp. 65-81.

Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area -HIDTA (2014). The legalization marijuana in Colorado. The impact. Obtenido el 25 de febrero de la página web <http://www.rmhidta.org/html/August%202014%20Legalization%20of%20MJ%20in%20Colorado%20the%20Impact.pdf>

Presidente de la República de Colombia. Decreto 3788 de 1986 Nivel Nacional Por el cual se reglamenta el Estatuto Nacional de Estupefacientes (diciembre 31 de 1986)

Thomas G, Kloner RA, Rezkalla S. (2014) Adverse cardiovascular, cerebrovascular, and peripheral vascular effects of marijuana inhalation: what cardiologists need to know. American Journal of Cardiology. 113: pp. 187- 190. DOI: 10.1016/j.amjcard.2013.09.042

United National Office on Drugs and Crime (2009). World Drug Report 2009 Series. Why does cannabis potency matter? Consultado el 20 de diciembre de 2014. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2009/June/why-does-cannabis-potency-matter.html>

Verdad Abierta (2014). Los nuevos focos del desplazamiento forzado en Colombia. Consultado el 22 de mayo de 2015 en <http://www.verdadabierta.com/victimas-seccion/desplazados/5361-los-nuevos-focos-del-desplazamiento>).

Youseff, Farid (2010). Cannabis desenmascarado. Obtenido el 21 de diciembre de 2014. University of the West Indies. Disponible en: http://sta.uwi.edu/uwitoday/archive/june_2010/article9.asp)