



U N I V E R S I D A D
COMPLUTENSE
M A D R I D

ACTAS

REUNIÓN IBEROAMERICANA SOBRE CANNABIS MEDICINAL

Madrid, 05 de marzo de 2020
Facultad de Ciencias de la Información
Universidad Complutense de Madrid

REUNIÓN IBEROAMERICANA SOBRE CANNABIS MEDICINAL

Dirección

Araceli Manjón-Cabeza Olmeda

Catedrática de Derecho Penal, UCM e IP del Proyecto DER 2016-74872-R

José Antonio Ramos Atance

Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular, UCM

Manuel Guzmán Pastor

Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular, UCM

Coordinación

Carlos Brito Siso

Profesor Asociado de Derecho Penal, UCM

Organizado por:

Proyecto DER 2016-74872-R “Fiscalización Internacional de Drogas: Problemas y Soluciones (AEI/FEDER, UE)”

Instituto Universitario de Investigación en Neuroquímica (IUIIN)

Con la colaboración de:

Fundación Canna

Observatorio Español de Cannabis Medicinal (OECM)

Editor

Carlos Brito Siso

MADRID – NOVIEMBRE – 2020



Índice

Presentación.....	2
El caso de Uruguay: Regulación Integral y el avance del Cannabis Medicinal a 6 años de su implementación. Evaluaciones y Desafíos.....	4
Colombia: un modelo de regulación del acceso al cannabis medicinal.....	9
México: Buscando una regulación con justicia social.....	13
Experiencia del programa de Canadá.....	17
Experiencia del uso del cannabis medicinal en Colombia.....	23
Aportes del modelo de la regulación lícita del Cannabis en Uruguay y algunas lecciones aprendidas	30
Anexos.....	36
Programa.....	37
Reseña Tribuna Complutense	38

PRESENTACIÓN

El día 5 de marzo de 2020 –a una semana de entrar en estado de alarma, con confinamientos, restricciones y vuelta al estado de alarma- pudimos celebrar en la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid una reunión sobre cannabis medicinal. La organización se enmarca en una estrecha línea de colaboración mantenida durante los últimos años entre el Instituto Universitario de Investigación en Neuroquímica y el Proyecto de Investigación “Fiscalización internacional de drogas: problemas y soluciones”.

Una vez más, quienes desde la UCM estudiamos distintos aspectos del cannabis medicinal, quisimos poner de manifiesto tres cuestiones. La primera, que a día de hoy existen evidencias suficientes sobre la utilidad medicinal del cannabis. La segunda, que resulta sin duda deseable obtener más evidencias, lo que requiere más investigación. Y, la tercera, que es necesario un marco legal que permita esa investigación y la dispensación del cannabis medicinal, como ocurre ya en muchos países de todo el planeta.

En la reunión contamos con expertos de distintas áreas y del máximo nivel en sus respectivos ámbitos de salud o políticas legislativas. Sus valiosas aportaciones se recogen ahora y se hacen públicas como documentos muy relevantes en una discusión que continúa viva y que debemos seguir alimentando para que el conocimiento científico y la necesidad de los pacientes dejen de enfrentarse a unas políticas legislativas, nacionales e internacionales, irracionales y que desprecian dos enfoques básicos: el enfoque científico y el enfoque de derechos humanos.

Especialmente relevante es la reciente posición de la OMS sobre el cannabis medicinal. En 2017 este organismo decidió realizar una revisión crítica sobre el valor medicinal de la planta, sus principios activos y algunos imitadores de síntesis. Las razones que llevaron a esta revisión fueron explicitadas así por la OMS: 1ª) No hay evidencias de muertes por sobredosis. 2ª) Es una sustancia relativamente segura. 3ª) Existe abundante literatura preclínica que avala su efectividad en cáncer, dolor crónico, dolor neuropático, epilepsias pediátricas, estimulación de apetito, estrés postraumático, trastornos del sueño y dependencia a opiáceos. 4ª) Los efectos adversos son posibles, pero leves. 5ª) La clasificación actual del cannabis como droga muy peligrosa, muy adictiva y sin ninguna indicación terapéutica no se justifica.

Tras analizar evidencias y bibliografía, la OMS propuso a la Comisión de Estupefacientes una reclasificación del cannabis que permitiese su uso medicinal y facilitase la investigación sobre el potencial médico; además se indicaba que los extractos y las tinturas y el principio activo CBD no deberían ser objeto de clasificación en las Convenciones de drogas.

La Comisión de Estupefacientes, sin razón que lo justifique, ha pospuesto por dos veces, en 2019 y en 2020, pronunciarse sobre las recomendaciones de la OMS. Se espera para diciembre de 2020 otra reunión de la Comisión de Estupefacientes en la que debería pronunciarse aceptando las recomendaciones, evitando así que dentro de Naciones Unidas existan dos voces opuestas sobre una misma cuestión.

Con todo, son muchos los países y territorios que, sin esperar a la reclasificación en Naciones Unidas, han reglamentado programas de dispensación de cannabis medicinal. Se trata en concreto de Italia, Reino Unido, Portugal, Holanda, Alemania, República Checa, Dinamarca, Luxemburgo, Finlandia, Polonia, Israel, Canadá, Uruguay, Colombia, Perú, Chile, Argentina, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, Sudáfrica, Malawi, Zimbabue, Tailandia, Australia, Nueva Zelanda y 33 estados de EE. UU.

España posee condiciones y modelos suficientes para acometer prontamente la regulación del cannabis medicinal; solo falta la voluntad política de hacerlo.

No podemos acabar estas líneas sin agradecer el patrocinio de la Fundación Canna y la colaboración del Observatorio Español de Cannabis Medicinal en la realización de esta reunión. Los organizadores del evento reconocemos su apoyo.

JOSÉ ANTONIO RAMOS ATANCE
Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular UCM

MANUEL GUZMÁN PASTOR
Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular UCM

ARACELI MANJÓN-CABEZA OLMEDA
Catedrática de Derecho Penal UCM

EL CASO DE URUGUAY: REGULACIÓN INTEGRAL Y EL AVANCE DEL CANNABIS MEDICINAL A 6 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN. EVALUACIONES Y DESAFÍOS

LIC. AUGUSTO VITALE MARINO

Investigador Asociado

Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Cannabis.

Universidad de la República. Montevideo-Uruguay

La alternativa de la regulación de los mercados de drogas comienza a ser ensayada por distintos países como camino alternativo a una “polarización” histórica entre prohibicionismo vs liberalización.

Las Políticas de Drogas no siempre se han formulado basadas en la mejor evidencia disponible, la evidencia se produce y se piensa “dentro” de los paradigmas.

La regulación del cannabis en Uruguay ha cumplido 6 años de implementación basada en derechos, salud pública y el modelo de reducción de daños “descentra” el problema de las sustancias y lo “centra” en las personas...El cambio de enfoque busca la integración de la convivencia social, los derechos humanos y la salud pública, como bienes públicos a proteger.

1. La regulación del mercado del cannabis en Uruguay para el uso adulto:

Al día de hoy mantiene integrados al sistema regulado a **53.394 usuarios registrados**, más de la mitad del total de usuarios intensivos o frecuentes que antes estaban en mercado ilegal

Sistema de acceso seguro y controlado al cannabis sobre principios de:

- salud pública (reducción de daños y percepción sobre los riesgos de su uso)
- seguridad /convivencia ciudadana (combate a la actividad ilegal y criminal)
- perspectiva de derechos y responsabilidades adquiridas a través de un sistema administrativo de permisos y licencias.

Ubicar a las personas en el centro de las políticas públicas **IMPLICA:**

- **POLÍTICAS DE GOBIERNO # POLÍTICAS DE ESTADO**
- **CONTRADICCIÓN # OPOSICIÓN**

- ACTUALIZACIÓN # RESISTENCIA
- OBSTÁCULO EPISTEMOLÓGICO # CAMBIO DE PARADIGMA Proceso dinámico

Compuesto por:

- VALIDACIÓN - ARBITRAJE
- COMUNICACIÓN (UNIVERSOS DISCURSIVOS)
- PRODUCCIÓN E INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS

2. Las políticas públicas no siempre se han formulado basadas en la evidencia disponible

La evidencia se produce y se piensa “dentro” de los paradigmas, que son logros científicos universalmente aceptados que durante algún tiempo suministran modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales

Thomas Kuhn (1962): "Los paradigmas son valores compartidos por la comunidad científica en las decisiones, en particular con respecto al mantenimiento y la evaluación de los paradigmas en competencia; el cambio científico está más relacionado con factores sociológicos como la autoridad, el poder, los grupos de referencia como determinantes de la conducta científica... “

Llega un momento en que el espíritu prefiere lo que confirma su saber a lo que lo contradice, en el que opta por las respuestas en vez de preguntas, entonces el espíritu conservativo domina y el crecimiento intelectual se detiene...” Gastón Bachelard (1988). La formación del espíritu científico.

3. Los principales desafíos de la Regulación:

- asegurar un espacio seguro para el acceso y el control público del cannabis, con reglas claras
- un régimen de aplicación justa de la ley ajustado a derecho y con garantías del debido proceso por parte de institutos de control, jueces, fiscales, policía,
- brindar información y promover la reducción de daños y adecuada percepción de los riesgos asociados a su uso

Los PARADIGMAS se reemplazan entre sí a través de procesos de cambio científico, esto no ocurre porque el nuevo paradigma aporte mejores respuestas a las preguntas del VIEJO PARADIGMA (ciencia “normal”).

Se conoce en contra de otro conocimiento... SE AVANZA POR RUPTURAS por REVOLUCIONES CIENTÍFICAS, POR DISCONTINUIDADES (T. KHUN)

El cambio científico se produce cuando la teoría “mayoritaria” ha mostrado ser incapaz de resolver problemas o situaciones que están presentes y la comunidad científica abandona dicho consenso ...

En la dinámica de los procesos decisorios de las políticas públicas y de conformación de la agenda, encontramos actores o agentes (técnicos-políticos-sociales) que comparten una mirada convergente sobre el problema

Política pública: “conjunto encadenado de decisiones y acciones resultado de las interacciones estructuradas y repetidas entre diferentes actores, públicos y privados, que por diversas razones están implicados en el surgimiento, la formulación y la resolución de un problema políticamente definido como público” (Subirats, 2008).

4. Cannabis medicinal en Uruguay

Uruguay además de dar accesibilidad al uso medicinal a las personas que lo requieren, tiene el potencial de convertirse en un importante productor y exportador a través de sus emprendimientos...aunque éste no haya sido el primer objetivo de la ley 19.172 aprobada en 2013.

Esta actividad es ahora una oportunidad creciente, debido a los factores comparativos (clima, tierra, ubicación en el hemisferio sur con muchas horas de luz) y factores competitivos (buen clima de agronegocios centrados en la exportación, marco legal claro y estable, fuertes incentivos del gobierno) que permitirían hacer de Uruguay el tercer país exportador a nivel mundial.

Dicho por analistas, es probablemente la cadena agroindustrial de mayor valor agregado potencial del agro uruguayo en el momento actual (por superficie destinada), a lo cual se suma el diferencial entre el valor de la materia prima y del producto final.

Constituye además una buena opción económica de inversión con conocimientos y tecnología aplicada (que puedan agregar valor a los productos en base a cáñamo o cannabis), producidos en un marco legal nacional absolutamente favorable para el desarrollo de todas las actividades de producción e industrialización, y proyectar dicha producción en un mercado regional e internacional pujante.

5. Principales ventajas:

Marco normativo que habilita la producción, industrialización y comercialización, (importación y exportación) de cannabis sativa.

- Estabilidad y Buen clima de negocios, competitivos y centrados en la exportación hacia mercados internacionales ávidos de productos de calidad.
- Clima y suelos apropiados para la agricultura con alto valor agregado.
- Temporada contraria: aporta suministro de cáñamo (alto en CBD) cuando no hay producción disponible en el hemisferio norte.
- Fuertes incentivos por parte del gobierno uruguayo a través de la aplicación de la Ley 19.172 y sus decretos reglamentarios.

Israel fue pionero en investigaciones para CANNABIS MEDICINAL gracias al profesor R. Mechoulam y su equipo, se descubren sus principales principios activos y el sistema endocannabinoide. (Film: the scientist).

Suiza, Holanda, República Checa, Alemania, Reino Unido avanzan en diferentes formas de acceso medicinal , mientras en EEUU en 2009 el caso Charlotte Fidji en Colorado fue “paradimático” del cambio de perspectiva (CNN Dr. Gupta).

Uruguay no es ajeno a esta discusión: en los últimos años, el sistema político, las asociaciones de pacientes, los reguladores y la academia fueron construyendo un debate en torno a sus políticas pública de drogas... en diciembre de 2020 se aprueba una nueva ley de Accesibilidad al Cannabis Medicinal y Terapéutico, habilitando asociaciones de pacientes.

6. Actividades permitidas por la Ley 19.172:



- Importación y exportación
- Cultivo / cultivo, cosecha y comercialización
- Industrialización: volúmenes y condiciones

Decreto reglamentario N °: 372/14 - Cáñamo industrial - Planta, cuerpo y derivados con un THC <1% - Semillas con un THC <0,5% Autorizaciones realizadas por MGAP.

Decreto reglamentario N°: 46/15 Autorización realizada por IRCCA y MSP Basado en el uso psicoactivo y no psicoactivo del cannabis □Medicinal: - Especies vegetales: hierbas y / o mezclas - Especies farmacéuticas: Cannabis medicinal, Proyectos de investigación científica.

7. Actividades reglamentadas a través de licencias:

- Cultivo / cultivo, cosecha y comercialización
- Compra a cultivadores de cannabis con licencia Industrialización, Registro, Exportación, producción de medicamentos, APIs, extractos y fitoterápicos a partir de la planta de Cannabis sativa.

8. Panorama actual de licencias:

Hay unos 58 proyectos empresariales vinculados al cannabis medicinal y cáñamo industrial en diferentes etapas del proceso de gestión, pero ya con licencias de producción e industrialización. 11 de ellos están asociados a construcción de laboratorios para obtener derivados de la planta, 8 están vinculados a cultivos de cannabis psicoactivo y 42 están relacionados con proyectos de cáñamo con menos de 1 % de THC, más un laboratorio habilitado para comercializar productos con CBD importados desde Suiza.

9. La importancia de la construcción del problema:

Es muy diferente partir desde la ilusión que genera el “gobierno de la seguridad” a través del control penal o sanitario, que asumir colectivamente la complejidad de los problemas actuales en un marco de responsabilidad y de gestión compartidas.

COLOMBIA: UN MODELO DE REGULACIÓN DEL ACCESO AL CANNABIS MEDICINAL

YESID REYES ALVARADO

Profesor de Derecho Penal

Universidad de Los Andes (Colombia)

Colombia, junto con México y Guatemala, impulsó desde el 2015 una reunión extraordinaria de la Organización de Naciones Unidas para revisar el tratamiento que se le venía dando al problema de las drogas de uso ilícito. Los acuerdos logrados en esa reunión abrieron la posibilidad de que Colombia pudiera poner en marcha mecanismos alternativos para el manejo de los pequeños cultivadores de coca y marihuana, que priorizara un enfoque de salud pública para el tratamiento de las adicciones, y que abriera las puertas a investigaciones científicas y usos medicinales del cannabis. En desarrollo de ese nuevo enfoque en la política de drogas de uso ilícito, Colombia adoptó tres decisiones importantes: suspendió la fumigación de cultivos de uso ilícito con glifosato, impulsó un programa de sustitución de cultivos de uso ilícito como una alternativa a la erradicación forzosa, y expidió una regulación para el uso medicinal y científico del cannabis.

El propósito era reglamentar el uso del cannabis de tal forma que permitiera estimular la investigación científica sobre sus usos lícitos, no solo en el campo de la medicina sino también en ámbitos como el industrial, pero con las precauciones necesarias para evitar que esos nuevos espacios fueran aprovechados para la producción o comercialización de cannabis con propósitos ilícitos. Para ello se previó un tratamiento diferencial entre el cultivo y producción de derivados del cannabis psicoactivo y del no psicoactivo; la principal diferencia entre estos dos grupos radica en que mientras las actividades relacionadas con cannabis no psicoactivo solo requieren la expedición de una licencia, cuando se trate de cannabis psicoactivo es necesario obtener, adicionalmente, un cupo anual. En lo atinente a los derivados del cannabis, se reguló tanto lo relacionado con las preparaciones magistrales destinadas a uso individual, como los productos terminados para venta al público. Finalmente se fijaron condiciones y limitaciones a la exportación de productos relacionados con el cannabis y se previó la creación y puesta en funcionamiento de un sistema de información que facilite el control de todas las actividades reguladas en esta nueva normatividad.

En cuanto a las licencias, la legislación colombiana distingue entre las que se conceden para fabricación de derivados del cannabis, las que amparan el cultivo de plantas con cannabis psicoactivo, las destinadas al cultivo de plantas sin cannabis psicoactivo, y las otorgadas para

semillas de siembra. Teniendo en cuenta esos usos diferenciales, y sobre el supuesto de que la regulación está orientada a promover el desarrollo de usos medicinales del cannabis, se acordó que las licencias para fabricación de derivados del cannabis estuvieran a cargo del Ministerio de Salud, mientras las relacionadas con el manejo de las semillas y las plantaciones quedaron bajo la competencia del Ministerio de Justicia, que siempre ha estado al frente de la política de drogas de uso ilícito en Colombia y, por tanto, tiene el mayor conocimiento y experticia sobre el particular. En todos los casos, la expedición de las licencias requiere el cumplimiento de requisitos como aportar información detallada sobre el inmueble y las instalaciones en las que las labores se desarrollarán, así como el diseño de un protocolo de seguridad.

Como una forma de control adicional al uso que se le esté dando a las licencias otorgadas, los titulares de la licencia de fabricación de derivados quedan obligados a determinar por medio de metodologías analíticas validadas el contenido de THC (tetrahidrocanabinol), CBD (Canabidiol) y CBN (Cannbinol) de todas las cosechas que reciban, y de cada lote de derivados que produzcan. Con esa información las autoridades pueden hacer un seguimiento más preciso de toda la cadena de producción.

Cuando la licencia solicitada sea para el cultivo de plantas de cannabis psicoactivo, se requiere acreditar la licencia de fabricación de derivados del cannabis expedida por el Ministerio de Salud, a nombre de la persona a quien se le entregará la cosecha, así como acreditar la existencia de un vínculo entre el peticionario de la licencia de cultivo y un licenciario de fabricación. Esta es otra forma de control, que permite tener una mejor trazabilidad del uso que los licenciarios den a los productos para cuyo manejo han sido autorizados.

Un control adicional fue establecido para la fase de disposición final de plantas y semillas de cannabis psicoactivo, estableciendo que dicha actividad no puede ser llevada a cabo sin una notificación previa al Ministerio de Salud o al Ministerio de Justicia. En cuanto a la disposición final de cannabis psicoactivo y sus derivados que no vayan a ser utilizados, se establece que solo puede hacerse con una orden de destrucción emitida por la autoridad de control y bajo su supervisión, con sujeción a las normas ambientales y conforme a los protocolos que para dicho efecto emitan los Ministerios de Justicia y Salud.

Las licencias que se soliciten para fines científicos deben estar asociadas a un proyecto de investigación a cargo de una universidad, o de una persona jurídica que tenga esa actividad dentro de su objeto social.

Como ya se indicó, para poder trabajar con el cannabis psicoactivo es necesario, adicionalmente, disponer de un cupo anual que se distribuye entre los licenciarios dentro de los parámetros que establece la JIFE al otorgar los cupos anuales a cada país. Los cupos son otorgados por un comité conformado por representantes de los Ministerios de Justicia y Salud, del Instituto Colombiano Agropecuario, del Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos y del Fondo Nacional de Estupefacientes.

La adjudicación de los cupos está condicionada a la acreditación de un vínculo entre el licenciario de fabricación y el licenciario de cultivo de cannabis psicoactivo, con indicación de las cantidades que se transferirán y las fechas en que ello ocurrirá. Si el cupo solicitado es para cultivo, se debe indicar el área a cultivar, el número de plantas, la densidad del cultivo y el número de cosechas al año; esos datos deben estar en relación con la cantidad de derivados autorizada a la persona a quien se le entregará la cosecha. Si el cupo solicitado es para uso nacional de derivados, se debe indicar cuál será la composición, la cantidad producida, cómo será su distribución, y se deben aportar los registros ante el Instituto Colombiano Agropecuario o ante el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Si el cupo solicitado es para exportación, se debe aportar la licencia de exportación, indicando los posibles despachos que se harán, las cantidades, destinos, calidades y posibles compradores. Si la licencia es para fines científicos, se deben especificar las cantidades que el experimento requiere, el número de experimentos que se realizarán, así como la proyección de pérdidas y los inventarios de seguridad.

Como parte del modelo diferenciado que desde el 2016 sigue Colombia en el tratamiento del problema de las drogas de uso ilícito, se crearon las categorías de pequeños y medianos cultivadores de cannabis y se previó para ellos un tratamiento diferencial que les permita tener un espacio frente a las grandes empresas. De esa forma se busca brindar una oportunidad adicional a quienes optan por acogerse a los programas de sustitución de cultivos ilícitos.

En cuanto a la producción de derivados del cannabis, se reguló lo relacionado con las preparaciones magistrales, y lo atinente a los productos terminados para venta al público, bien sea para consumo humano o animal. Las preparaciones magistrales son las elaboradas a partir de una prescripción médica con destino a pacientes individuales; deben ser elaboradas por un establecimiento farmacéutico que haga parte de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, y su dirección técnica debe estar a cargo de un químico farmacéutico. En su elaboración solo pueden utilizarse materias primas provenientes de quien tenga una licencia de fabricación de derivados del cannabis,

siempre que los haya elaborado en el marco del cupo otorgado. El producto debe especificar la concentración de THC (tetrahidrocannabinol), CBD (cannabidiol) y CBN (cannabinol), con el fin de determinar la posología.

Los productos terminados son las preparaciones obtenidas a partir del cannabis, pero destinados a ser comercializados o distribuidos como producto de consumo humano o animal. Requieren registro sanitario del Instituto Colombiano Agropecuario o del Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Si son productos elaborados con cannabis psicoactivo, esas instituciones deben reportar al Grupo Técnico de Cupos las licencias que se otorguen, solo pueden utilizarse para fines médicos, y deben venderse con fórmula médica si el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos determina que contienen estupefacientes; solo pueden elaborarse a partir de derivados provenientes de un titular de la licencia de cultivo de cannabis psicoactivo. Si son productos elaborados con cannabis no psicoactivo pueden usarse sin restricciones, pero deben cumplir la normatividad sanitaria y solo pueden elaborarse a partir de derivados provenientes de un titular de la licencia de cultivo de cannabis no psicoactivo.

Se advierte expresamente que los derivados de cannabis, al no ser productos terminados, no pueden ser vendidos en tiendas naturistas, droguerías, o establecimientos comerciales.

Finalmente, la legislación prevé la creación de una plataforma tecnológica a cargo de los Ministerios de Justicia y Salud, en la que los licenciarios deben registrar todos los movimientos y transacciones que realicen con semillas para siembra, plantas de cannabis, cannabis, derivados de cannabis y productos que los contengan.

MÉXICO: BUSCANDO UNA REGULACIÓN CON JUSTICIA SOCIAL

ZARA SNAPP
Instituto RIA AC

México se encuentra en un momento histórico, las tres ramas del gobierno se han pronunciado a favor de cambiar las políticas de drogas, principalmente las vinculadas a cannabis. Después de más de cinco años llevando a cabo litigio estratégico en la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN), y finalmente ganar la jurisprudencia, hemos pasado como país de la discusión sobre si *si o no* regular el mercado de cannabis hacía *cómo*. Esto es un gran salto para un país principalmente conservador pero que también ha experimentado los efectos nocivos de una política prohibicionista, punitiva, y que criminaliza a los actores más vulnerables en el mercado de cannabis. Con la jurisprudencia, el Senado de la República y la Cámara de Diputados tiene un mandato para modificar los cinco artículos de la Ley General de Salud que han sido determinados inconstitucionales por parte de la SCJN, por impedir el ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad al no contemplar una vía de acceso para adquirir o cultivar cannabis para uso personal. Ahora existe una urgencia de regular antes del 30 de abril 2020 que es la fecha límite impuesta por parte de la Corte. El camino ha sido largo y desafortunadamente, como país, hemos perdido muchas vidas en llegar a este punto.

La sociedad está cansada con la misma estrategia y más de 30 millones de personas votaron por el partido de MORENA y el Presidente López Obrador porque sabían que eso traería cambios. Durante los últimos 12 años, México ha experimentado las peores consecuencias de implementar una militarización de la seguridad pública y lanzar una “guerra contra las drogas” durante el sexenio de Felipe Calderón y continuado por el entonces presidente, Enrique Peña Nieto. Desafortunadamente, no hemos visto un giro completo por parte del actual presidente, Andrés Manuel López Obrador, y sigue impulsando políticas represivas con la instalación de una Guardia Nacional. Las cifras de homicidios aumentan cada año con 2019 siendo el año con mayor número de homicidios, 34,582, en la historia del país¹. Recientemente, el gobierno mexicano reconoció

¹ <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/01/21/con-mas-de-34000-homicidios-2019-es-oficialmente-el-ano-mas-violento-en-la-historia-de-mexico/>

oficialmente que hay por lo menos 61,637 casos² de desaparición en el país, aunque no es una cifra definitiva ya que hay 11 fiscalías estatales que no han sistematizado ni actualizado su información.

Muchos de los que abogamos por una reforma en las políticas de drogas lo hacemos reconociendo el papel que ha jugado la prohibición en fomentar condiciones estructurales que propician actos violentos, incluyendo por parte del Estado. La jurisprudencia ha movilizad a diversos actores políticos para impulsar una discusión a nivel nacional pero es pertinente señalar que esto no hubiera sucedido sin las acciones estratégicas y concretas por parte de activistas, académicos y la sociedad civil. Durante todo el proceso, hemos abogado por una regulación con un enfoque de justicia social.

El camino para llegar a este punto no ha sido fácil, y ha sido un proceso promovido e impulsado por la sociedad civil. Empezando en 2015 cuando el primer caso SMART³ ganó su amparo en la Suprema Corte de Justicia de la Nación y demostró que la Ley General de Salud fue inconstitucional en su prohibición de cultivar cannabis para consumo personal sin fines de comercializar, hemos visto cambios positivos en la opinión pública sobre la reforma de políticas de cannabis.⁴ Para llegar a la jurisprudencia en México, es necesario ganar cinco casos consecutivos en la Suprema Corte, con los mismos criterios y el mismo número de votos. Solo así, las y los jueces tienen que seguir la misma lógica que la Corte y otorgar amparos a las personas que pasan por el proceso. Sigue siendo un proceso oneroso, y es necesario tener un abogado por lo que no es accesible para todas las personas, aunque así, se ha logrado fracturar el sistema prohibicionista en el país.

El 31 de octubre de 2018, la Suprema Corte otorgó el quinto y último amparo⁵ que determina que la prohibición del cultivo de cannabis entre adultos y sin dañar a terceros para el consumo personal (sin fines de lucro) es inconstitucional bajo el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Siguiendo los casos anteriores, señalan cinco artículos en la Ley General de Salud que violan este derecho y que tienen que ser cambiados o modificados por parte del Congreso de la Unión. La Suprema Corte fue firme en su señalamiento.

² <https://www.telesurtv.net/news/mexico-gobierno-cifra-oficial-desaparecidos-investigacion-20200106-0025.html>

³ <https://www.mucd.org.mx/2015/10/sobre-el-caso-smart-en-la-scjn/>

⁴ <https://sicmx.org/2019/11/02/mayoria-de-mexicanos-aprueban-legalizacion-de-marihuana-mitofsky/>

⁵ https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2018-10/AR-548-2018-181018.pdf

El 8 de noviembre de 2018, la ahora secretaria de Gobernación, Olga Sánchez Cordero, en su capacidad como senadora, presentó una iniciativa para regular⁶ el autocultivo, el cultivo en asociado y un mercado regulado que buscaba privilegiar una industria mexicana. A la iniciativa le faltaba detalles y aterrizar algunos conceptos, pero sigue siendo la iniciativa más completa que se ha presentado en los últimos años, tomando en cuenta el uso medicinal, adulto, y del cáñamo. El brazo legislativo demostró que tenemos que modificar la ley.

Finalmente, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 presentado por el gobierno mexicano también hace alusiones a la necesidad de cambiar las políticas de drogas, señalando que “la prohibición es insostenible” por tres razones principales: ha generado violencia e inseguridad; ha dado malos resultados en salud pública y no ha reducido el consumo, y criminaliza a las personas usuarias y reduce sus probabilidades de reinserción y rehabilitación. De esta forma, el Poder Ejecutivo se había pronunciado a favor de cambiar las leyes y políticas.

Sintiendo la presión, el 10 de octubre de 2019, las Comisiones Unidas del Senado de Justicia, Salud y Estudios Legislativos Segundo se declararon en sesión permanente. Unos días después, el 18 de octubre se filtra un documento que después es presentado públicamente el 23 de octubre desde la Comisión de Justicia y titulado el “Anteproyecto del articulado de la Ley para la Regulación del Cannabis”⁷.

El 26 de febrero 2020, las Comisiones del Senado retomaron su trabajo y convocaron a una reunión para poder avanzar en el proceso de dictaminación. Se notó reticencia por parte de las y los Senadores del partido conservador, el PAN. Las y los legisladores de MORENA buscaban entender el proceso para poder seguir adelante y algunos partidos progresistas como Movimiento Ciudadano cuestionaron en qué momento iban a notar los cambios sugeridos al documento.

La mayoría de los actores involucrados en el proceso (incluyendo organizaciones de la sociedad civil, desde #RegulaciónPorLaPaz)⁸ no estuvimos de acuerdo con el contenido de este dictamen, señalando que establece criterios excesivos en el etiquetado y la importación de semillas, que no permitiría la entrada de la mayoría de las comunidades que hoy en día cultivan de una manera ilegal (y que deben ser las primeras en tener permiso dentro de un marco de justicia social); que les faltó

⁶ <https://cannabis.senado.gob.mx/images/pdf/iniciativas/senado/7.%20Iniciativa%20Sanchez%20Cordero%20y%20Ricardo%20Monreal.pdf>

⁷ https://cannabis.senado.gob.mx/images/pdf/anteproyecto_LRC.pdf

⁸ <http://regulacionporlapaz.com/?p=744>

una armonización de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal para entender los efectos legales (y efectivamente descriminalizar la posesión y el cultivo), y que las vías de acceso para personas usuarias imponen barreras incluyendo permisos para el autocultivo, bajos números de plantas permitidas y bajos números de socios en las asociaciones cannábicas.

Algo fundamental que las y los legisladores sin entender es la necesidad de quitar barreras al autocultivo (cultivo para uso personal) y al cultivo en asociado. Estas van a ser las primeras vías de acceso para las personas usuarias y deben ser accesibles para realmente poder transitar a la legalidad. Eso significa que deberían aumentar el número de plantas permitidas, eliminar cualquier registro para ello (por ser violatorio de la privacidad, e imponer barreras para ejercer un derecho), y aumentar el número de socios permitidos en las asociaciones cannábicas. El indicador del porcentaje de personas que transitan a un mercado legal a través del autocultivo y cultivo en asociado va a ser de los más importantes en los primeros años de una regulación. Cuidemos eso.

Ahora, tenemos la oportunidad no solo de garantizar los derechos que tanto han peleado las personas usuarias de cannabis, sino utilizar esta política para resarcir los daños de la prohibición, y promover una industria nacional, que brinde oportunidades económicas y sociales a las comunidades cultivadoras y familias campesinas que han estado en la ilegalidad por años. Un enfoque de justicia social significa resaltar las dinámicas estructurales de opresión y privilegio; reconocer las comunidades que han sido históricamente vulneradas, generar acciones afirmativas para nivelar el balance de poder y finalmente designar recursos para reparar los daños de la prohibición. Poner en el centro a las personas usuarias de sustancias y a las comunidades cultivadoras es nuestra prioridad y para esto, es necesario no generar barreras de entrada al mercado, y más bien, proponer mecanismos que brinden una solución a estas situaciones.

Esto se trata de disminuir la violencia que ha ejercido el Estado a personas usuarias, a comunidades, y a personas que participan en el mercado de cannabis; se trata de mejorar las formas en las que nos aproximamos a la planta, y brindar servicios de salud pública, pero también de mejora comunitaria. Nos queda seguir abogando por una regulación que ponga en el centro los derechos de las personas que usan cannabis para cualquiera de sus fines (personal, terapéutico, medicinal y/o tradicional), y que privilegie una industria mexicana para el sector social, poniendo al frente a las comunidades que actualmente cultivan en la ilegalidad. México merece una regulación con justicia social para poder abonar a la construcción de paz en el país.

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE CANADÁ

DR. JORDI PÉREZ MARTÍNEZ

Director Unidad Dolor Oncológico y Subdirector
Unidad Gestión de dolor Alan Edwards.
Centro Universitario de Salud de McGill.
Profesor asociado de Anestesiología,
Universidad de McGill, Montreal, Canadá

1. Repaso histórico de la legalización del cannabis en Canadá

En 1972 se estableció una comisión parlamentaria con objetivo de descriminalizar la posesión y el cultivo del cannabis para uso personal en Canadá. Desde entonces, la posesión de cannabis en pequeñas cantidades sin intento de comercialización dejó de ser ilegal y entró en un limbo descriminalizado donde el consumo público era tolerado, aunque socialmente todavía rechazado. El cultivo y la distribución con fines comerciales siguió considerándose narcotráfico y se perseguía criminalmente. Los gobiernos progresistas como el de P.E.Trudeau en la década de los 80 y después el de su hijo Justin desde el 2015 pusieron facilidades a la asimilación del consumo de cannabis en una sociedad cada vez más abierta multiculturalmente donde el consumo había ido aumentando desde la década de 1970.

En 1999 dos pacientes afectados de SIDA recibieron el permiso de la corte federal de Canadá para acceder a cannabis con fines puramente terapéuticos y un año después esta resolución se hizo general para cualquier paciente que lo necesitara para esos fines. En el 2001 se aprobó la ley de acceso a cannabis medicinal por la cual los pacientes estaban autorizados a cultivar sus propias plantas o a acceder a las cultivadas por el gobierno de Canadá para ese propósito. Hasta el 2013, el número de pacientes usuarios de cannabis medicinal se incrementó sustancialmente gracias al apoyo de asociaciones de pacientes y de ciertos colectivos médicos que adoptaron una postura más liberal a autorizar a sus pacientes a acceder a estos productos para tratar sus síntomas.

Además de facilitar el uso médico, la ley de 2001 facilitó en gran medida el acceso a productos terapéuticos para realizar investigación clínica. Gracias a estos cambios que se produjeron consecutivamente en Canadá y varios estados norteamericanos, el conocimiento de las propiedades terapéuticas del cannabis se incrementó de forma exponencial, cosa que contribuyó a un aumento de la demanda a través de médicos interesados en este campo terapéutico.

Los siguientes pasos legislativos en 2013 facilitaron la creación de empresas cultivadoras y distribuidoras de cannabis medicinal, favoreciendo el acceso fácil a más pacientes y contribuyendo a la vez a la creación de un mercado legal que poco después serviría a la población general. En 2015, Justin Trudeau, candidato del partido liberal, ganó las elecciones, y su promesa de legalización del uso recreativo de cannabis se cumplió en octubre de 2018 tras ser aprobado en el parlamento canadiense.

2. Factores que influyeron en la legalización del cannabis en Canadá

De forma retrospectiva, se pueden identificar varios factores que contribuyeron a la legalización del cannabis en Canadá.

En primer lugar, y probablemente más importante, destaca la misma sociedad canadiense, caracterizada por su apertura, liberalidad y multiculturalidad, en ocasiones contrapuesta con la de su vecina estadounidense. El consumo de cannabis desde 1960, cuando era ilegal comparado con el de los años 70 después de descriminalizarse, se multiplicó por más de 200. Con la modernización del país y la llegada masiva de inmigración de múltiples países, este consumo ha ido aumentando hasta llegar a entre 600 y 700 toneladas de cannabis anuales.

La sociedad fue la que empujó la creación de ciertos partidos políticos cuyo único punto electoral era la legalización del cannabis. Ésta, añadida a la presión ejercida por asociaciones de pacientes, y al mayor número de publicaciones científicas de rigor apoyando el uso de la planta para fines terapéuticos, llevaron de forma indefectible a una presión social que fue inteligentemente aprovechada por el partido liberal en 2015 para ganar las elecciones con la promesa de legalizar su uso recreativo, entre otras medidas de carácter liberal y aperturista.

3. Aspectos científicos del cannabis medicinal

En 2017, la Academia Americana de Medicina, Ciencia e Ingeniería reunió a un numeroso grupo de científicos para analizar los artículos médicos disponibles con el fin de establecer la robustez de la evidencia actual.

Resultado de este esfuerzo se clasificaron las diferentes indicaciones del cannabis medicinal en concluyentes, sustanciales, limitadas o insuficientes. Estas recomendaciones, sin haber sido directamente aplicadas a las guías de tratamiento de dichas enfermedades o síntomas, han

contribuido a validar la práctica de los médicos interesados en la medicina cannabinoide, que hasta el momento se estaban guiando principalmente por evidencias más empíricas que científicas.

El tratamiento del dolor en pacientes adultos y el de las náuseas y vómitos provocada por la quimioterapia son las dos indicaciones que recibieron la mejor calificación. Poco después, la epilepsia infantil fármaco-resistente fue también incluida en esta categoría.

Otras indicaciones que recibieron calificación positiva para el uso de cannabis medicinal incluyen los síntomas de la esclerosis múltiple, el insomnio en ciertas enfermedades crónicas, la ansiedad y el estrés postraumático, y la anorexia y caquexia en el contexto del SIDA y el cáncer entre otras.

4. El acceso del paciente al cannabis medicinal. Descripción del proceso y los retos del profesional médico.

Desde el 2001 los médicos ya podíamos autorizar a pacientes que accedieran al cannabis medicinal, sin embargo, la adquisición del producto seguía muy limitada con oferta escasa y problemática. Después del 2013 se autorizaron empresas privadas para el cultivo y la comercialización a pacientes, cosa que contribuyó positivamente a que los interesados pudieran comprar el producto con certeza de calidad y seguridad.

Desde la legalización del cannabis en 2018, cualquier canadiense mayor de edad puede comprarlo en las tiendas autorizadas por cada región o a través de las empresas que lo comercializan por internet. Esto ha universalizado el acceso a un producto que puede ser utilizado tanto con fines recreativos como terapéuticos.

El cannabis medicinal en Canadá no se prescribe, sino que se autoriza. La diferencia radica en que el profesional sanitario debe emitir un informe médico que el paciente necesitará para poder contactar con una empresa que le venderá el producto. Esta autorización se limita a certificar que el paciente es real y que hay un médico que le aconseja comprar productos cannabinoideos para tratar algún aspecto de su salud. Los aspectos obligatorios de esta autorización incluyen los datos del paciente y del médico. Así mismo, la autorización debe establecer la cantidad máxima de cannabis que el paciente puede consumir diariamente y la duración de esta autorización que, como máximo, debe ser de 12 meses. El paciente debe contactar con la empresa cannabinoide para registrarse como cliente. Dicha empresa recibirá la autorización emitida por el médico y sólo entonces, dará el visto bueno al cliente para hacer la compra que se enviará por correo ordinario a su domicilio. La diferencia entre la autorización y la prescripción, radica en que el médico no tiene necesariamente

por qué elegir la compañía productora, ni tampoco indicar la dosis exacta a consumir, ni la forma de administración y ni siquiera la potencia del producto.

La autorización da un grado de libertad muy importante al paciente y a la compañía para elegir el producto de cannabis que mejor les convenga. Este detalle es ciertamente un reto para el médico, ya que rompe con la rutina clínica de discutir e informar al paciente sobre los detalles del tratamiento indicado para cada enfermedad y/o síntoma. Con mejor educación médica basada en la investigación científica, los médicos están adquiriendo suficiente conocimiento para pasar de ser meros autorizadores a actuar como los clínicos que se espera que sean, e indiquen el tratamiento a sus pacientes con las instrucciones apropiadas.

5. El paciente que recibe cannabis medicinal

En la consulta, el perfil de pacientes que reciben cannabis medicinal ha ido cambiando en los últimos cinco años. En un principio, eran los mismos pacientes los que le pedían a sus médicos que les autorizaran a acceder a este tratamiento ya fuera a través del autocultivo, o comprándolo al gobierno canadiense. A partir del año 2013 este acceso se debe hacer directamente a través de las compañías productoras. Esta petición de autorización médica a menudo se veía rechazada por parte del facultativo, ya fuera por falta de confianza en el paciente o el tratamiento, o por falta de formación clínica. Esta dificultad abrió la puerta a la creación de clínicas especializadas en cannabis. En la actualidad no hay datos sobre esta actividad, pero no cabe duda de que el número de clínicas privadas ha aumentado exponencialmente.

En la sanidad pública, el cannabis medicinal está presente, pero en mucha menor medida. Hay pocos facultativos que estén abiertos a formarse en este campo de la medicina para aplicarlo a su clínica diaria.

Con la mejora de la educación médica continuada promovida por las autoridades sanitarias y facilitada por las compañías productoras, los médicos que practican la medicina cannabinoide sugieren este tratamiento incluso a pacientes que no han expresado particular interés en éste. Este cambio de paradigma se observa en particular en aquellos campos clínicos donde la evidencia científica del cannabis medicinal es más robusta, y se ve facilitada por la aparente inocuidad del producto cannabinoide disponible en el mercado terapéutico.

La autorización del cannabis medicinal, como cualquier decisión clínica, se basa en la identificación de un candidato apropiado, descartar a los que presentan contraindicaciones, y decisiones

farmacológicas como la elección de un producto, la dosis, posología y forma de administración. Seguidamente, el profesional sanitario debe informar al paciente sobre las precauciones que debe tomar, y en el caso de cannabis medicinal, hay varias consideraciones añadidas que han de ser mencionadas antes de completar el proceso.

En primer lugar, el precio, puesto que, en Canadá, el cannabis medicinal no se considera un fármaco sino un producto natural y al no disponer de número de identificación farmacológico, no está dentro de los productos que se pueden adquirir en una farmacia, y por supuesto, no está cubierto por el sistema sanitario público. La única excepción es el tratamiento de la ansiedad por síndrome de estrés postraumático en los veteranos del ejército.

La segunda consideración es la conducción de vehículos. En Canadá hay tolerancia cero a conducir bajo los efectos del alcohol o los estupefacientes. El tetrahidrocannabinol (THC) es el alcaloide de la planta que produce efectos intoxicantes, y su consumo se ha relacionado con un aumento de la siniestralidad en carretera. El paciente que esté tomando cannabis medicinal, si da positivo para THC en un control de carretera se enfrenta a las mismas penas que cualquier otro conductor.

Hay situaciones en las que el tratamiento debe ser interrumpido. Como por ejemplo al salir del país ya que, según las leyes canadienses, está terminantemente prohibido viajar a otro país o entrar en Canadá portando productos naturales derivados del cannabis. Esta norma se aplica también a los productos autorizados por un facultativo incluso si se trata de cannabidiol, alcaloide no intoxicante de la planta. Esto hace que los pacientes que toman cannabis medicinal hayan de interrumpir su tratamiento cuando han de viajar fuera de las fronteras del país. Este es un hecho que no ocurre con ningún otro producto terapéutico de uso ambulatorio.

Otra circunstancia que contemplar, es cuando el paciente es admitido en un centro hospitalario. Normalmente, los centros hospitalarios asumen el tratamiento de sus pacientes ingresados, a través de sus servicios de farmacia hospitalaria. Sin embargo, no siendo el cannabis medicinal un producto farmacológico, esto no ocurre, y el paciente debe llevar su propio tratamiento al hospital, confiando que el equipo médico aceptará continuar con el tratamiento. Otro reto importante ocurre cuando el paciente consume cannabis medicinal a través de la vía inhalada, sea fumada o vaporizada. Sin duda alguna, el cannabis fumado no debe ser aceptado en un centro hospitalario, pero si el producto es vaporizado, hay que proporcionar al paciente una habitación individual y con ventilación negativa, para que los vapores de cannabis no afecten a los otros pacientes ingresados y al personal sanitario.

6. La legalización del cannabis recreativo en Canadá

En octubre del 2018, el cannabis recreativo se legalizó en Canadá para los mayores de edad. Las compañías productoras de cannabis que hasta entonces solamente podían vender a pacientes con autorización médica, pasaron a proporcionar el producto a otros clientes a través del comercio electrónico, o vendiéndolo en las tiendas que cada provincia creó para la distribución legal de cannabis.

De la noche a la mañana, los pacientes se encontraron con escasez de producto, provocado por una falta de oferta que no pudo responder a la masiva demanda popular. Igualmente, los productos subieron de precio, haciendo en ocasiones que los pacientes abandonaran el tratamiento. Este mercado se estabilizó en los meses siguientes, principalmente porque los productos que se usan para fines terapéuticos difieren significativamente de los de carácter recreativo.

Poco más de un año después de la legalización, no hay estudios definitivos sobre el impacto negativo que éste ha tenido sobre la salud de los canadienses. Sí que se ha podido observar, que la percepción popular es positiva respecto a tener este producto disponible en el mercado. Las ventas en un año se han duplicado, y el consumo ha aumentado en todas las franjas de edad excepto en los menores de 18 años. Uno de los objetivos de la legalización era la lucha contra el mercado negro, y parece que esa lucha todavía no se ha ganado, puesto que el precio del cannabis en la calle no ha dejado de disminuir.

7. Conclusiones de la presentación

El autor entiende que la legalización del cannabis medicinal ha contribuido muy positivamente al progreso de la medicina, al aportar un nuevo elemento terapéutico para tratar ciertos síntomas y enfermedades, que no responden satisfactoriamente a los tratamientos farmacológicos tradicionales.

Este impacto positivo también incluye mejoras en la economía del país, a través de la creación de empleo y aumento de la recaudación de impuestos de nuevas empresas privadas.

Finalmente, la legalización ha impuesto un marco legal para que el paciente y/o el consumidor, tenga acceso a un producto con las mejores garantías sanitarias de calidad y seguridad.

EXPERIENCIA DEL USO DEL CANNABIS MEDICINAL EN COLOMBIA

PINEDA-VILLEGAS P¹, VILLA-MONTOYA V, DÍAZ-AGUIRRE V, FLÓREZ D.
Grupo Curativa, Medellín, Colombia

¹Correo electrónico para correspondencia: grupocurativa@gmail.com

Resumen

La experiencia con el uso de cannabis medicinal en Colombia, ha sido gracias a la posibilidad de acogerse a principios éticos internacionales que rigen la profesión médica, y sobre todo a los derechos universales que tienen todas las personas a la salud y la vida. La atención profesional se realizó a solicitud del paciente o su familia, de forma voluntaria y bajo su consentimiento, tanto para la atención médica como para el seguimiento en la evolución de su cuadro clínico y adicional a esto; para la manipulación de la información. En el periodo que comprende los años 2014 al 2019, se les prestó atención médica a 3766 personas, distribuidos en un 41% para el sexo Masculino y el 59% para el Femenino, sin exclusión de grupo etario, siendo los principales motivos de consulta, diagnósticos asociados a: dolor de diferentes orígenes, epilepsia, cáncer, insomnio, trastorno de ansiedad, fibromialgia y enfermedad de Parkinson, agrupando el 74% del total de los casos. De la cohorte general de pacientes, el 30% continúan en seguimiento, siendo el grupo de personas con epilepsia y en específico epilepsia refractaria, junto con los pacientes con cáncer, dos de los grupos más grandes. Dentro de los pacientes con epilepsia refractaria en seguimiento (237 individuos), 145 de ellos reportan reducción de crisis en por lo menos un 50%. Adicionalmente se observó que algunos de estos pacientes manifestaron mejoría en por los menos uno de los siguientes aspectos: sueño, comportamiento, avances motores y en el lenguaje, reducción en el consumo de medicamentos y reducción de frecuencia en hospitalización. La cohorte de pacientes diagnosticados con cáncer (457 individuos), el cáncer de mama, colón, pulmón, y próstata, fueron los tipos de cáncer con mayor número (172 pacientes entre los cuatro tipos de cáncer). 164 casos oncológicos están cerrados por fallecimiento del paciente, pero; el 53% de estos pacientes fallecidos durante el ciclo de la terapia expusieron en algún momento impacto positivo en variables como: dolor, sueño, apetito, estado de ánimo y tolerancia a la quimioterapia.

Palabras clave: Cannabis, Experiencia en Colombia, Pacientes, Cáncer, Epilepsia Refractaria.

1. Introducción

El trabajo con cannabis medicinal requiere indispensablemente tener en cuenta los principios éticos e internacionales que rigen la profesión médica, los cuales son la base para proteger la vida digna y la salud. Uno de ellos es el artículo 15 del Pacto internacional de Derechos económicos, sociales y culturales donde se establece el Acceso al beneficio científico como *“El derecho que toda persona tiene a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones (derecho a la ciencia) suele considerarse un medio para promover la realización de otros derechos humanos y satisfacer las necesidades comunes a toda la humanidad”*. Para el caso colombiano, la Ley 23 de ética médica establece la salud como derecho y determina que *“Para preservarla un médico puede prescribir un tratamiento o terapéutica que considera mejor, para garantizar la salud de su paciente”*. Así mismo, las distintas cortes han fallado a favor de los pacientes en diversos casos donde se viola su derecho a la salud, al no proveer el tratamiento o medicamento prescrito por el médico, que puede tener consecuencias fatales para los pacientes, por lo cual se ha permitido utilizar medicamentos sin registro INVIMA o experimentales, y así proteger el derecho a la vida digna y la salud, siempre y cuando se tenga justificación técnica de la medicación y se tenga consentimiento informado por parte del paciente o el acudiente cuando sean menores de edad, o que por la condición de su enfermedad no puedan tomar decisiones por sí mismo¹. La experiencia que a continuación se presenta en el uso de cannabis medicinal en Colombia, ha sido posible también a una serie de transformaciones en la jurisprudencia nacional, las cuales abarcan desde la constitución política del 91, la ley 30 de 1986, la ley 1787 de 2016 y diferentes decretos y sentencias². Aunque los posibles usos terapéuticos del cannabis están ampliamente documentados³, es fundamental divulgar los diferentes tipos de experiencias realizadas en este campo, para continuar fomentando y enriqueciendo una conciencia del uso adecuado del Cannabis medicinal, entendiendo también las limitaciones que son inherentes a cada una de ellas pero que hacen aportes invaluable en la temática^{4,5}.

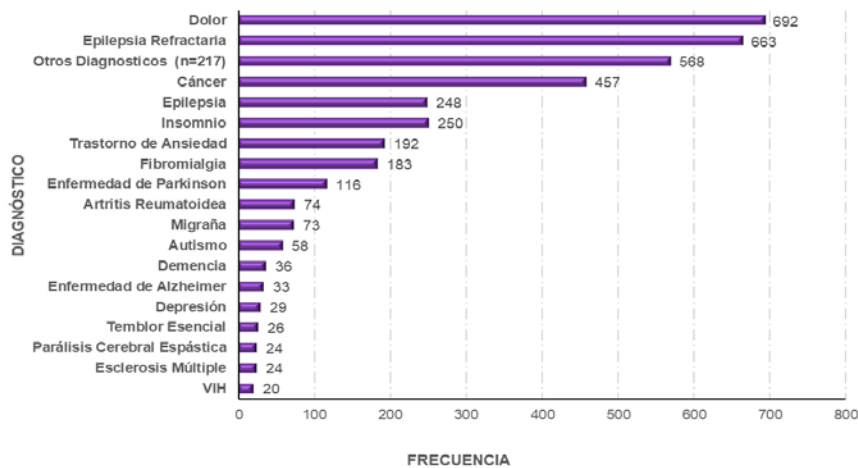
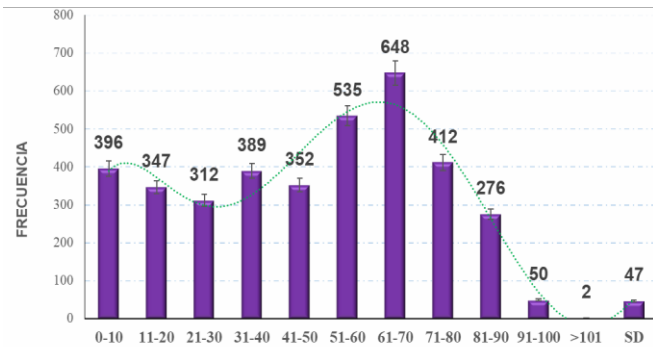
2. Métodos

Se hizo una revisión de la experiencia clínica con pacientes que estuvieron bajo tratamiento con cannabis medicinal, de manera voluntaria, durante los años 2014 a 2019 bajo la supervisión de Grupo Curativa en Colombia. La información fue recolectada bajo un modelo de seguimiento en donde el paciente o tutor suministran todos los datos en la consulta médica (con el respectivo consentimiento informado para dicho seguimiento y manejo de la información) y almacenada en una base de datos, con caracterización individual de cada paciente. Se recolectaron datos generales descriptivos del paciente como, edad, sexo, peso, grupo sanguíneo, ciudad de residencia, e historia

clínica. Se determinó el diagnóstico principal de consulta y se establecieron algunos parámetros de respuesta al tratamiento con cannabis como, efectos favorables, efectos adversos, valoración de respuesta del paciente o acudiente, y valoración cualitativa de la persona que evalúa.

3. Resultados

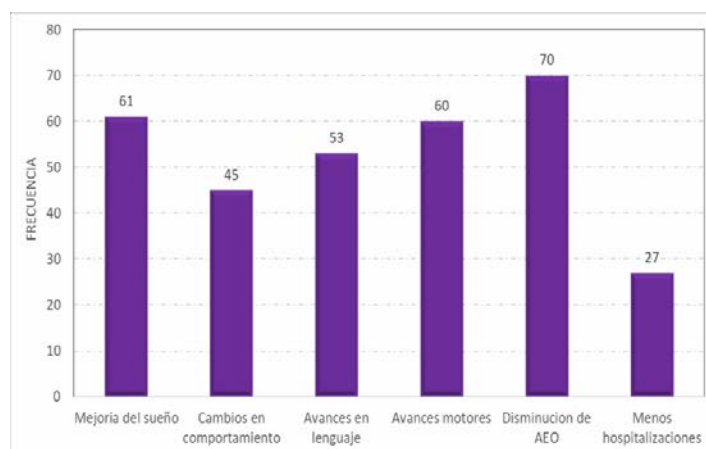
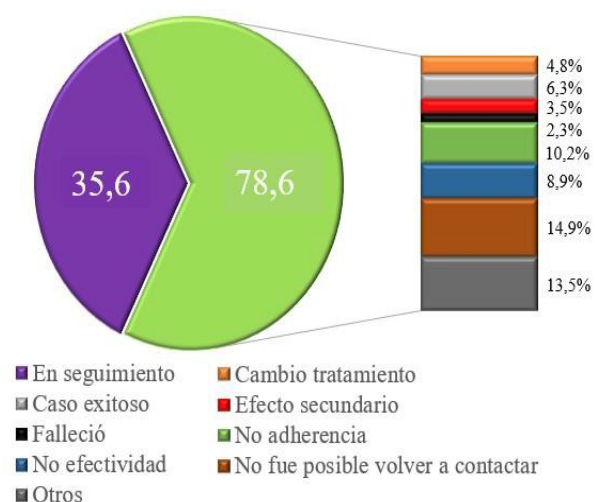
Entre el 2014 y diciembre del 2019, se han atendido un total de 3766 personas, la distribución por sexo está dada por un 41% hombres y un 59% mujeres. El grupo etario está estratificado como lo indica la gráfica 1. Las condiciones por las cuales las personas consultaron mayoritariamente fueron dolor, epilepsia, cáncer, insomnio, trastorno de ansiedad, fibromialgia y enfermedad de Parkinson, agrupando el 74% del total de casos (gráfica 2).



Alrededor del 70% de las personas que asistieron a la primera consulta no continúan en tratamiento, se pudo establecer que, de estos el 24% no fue posible volver a contactar, 18% no fueron adherentes, 9% a pesar de los múltiples ajustes no respondieron al tratamiento, mientras que el 8%

reportaron la aparición de efectos secundarios como, mareo, aumento de crisis convulsivas, somnolencia, psicoactividad, cefalea, insomnio, ansiedad, taquicardia, hipotensión, epigastralgia, entre otros. En este último caso, algunos de estos pacientes reportaron que habían tomado una dosis más alta de la indicada inicialmente, mientras que otros estaban polimedcados. Dentro de los casos exitosos, se consideran también aquellos pacientes que tomaron tratamiento con cannabis por un tiempo, mejoraron y ya suspendieron tratamiento, algunos permanecen asintomáticos, mientras otros recaen y vuelven a iniciar tratamiento o buscan otras alternativas. Esto puede entenderse como la posibilidad de estar ante un sistema endocannabinoide donde hay una deficiencia inicial, la cual se suple con fitocannabinoides y complementariamente se promueven cambios en la alimentación y la inclusión de actividad física, lo que puede hacer que el sistema endocannabinoide se active y luego sea posible retirar los fitocannabinoides⁶.

De la cohorte general de pacientes, el grupo de epilepsia y en específico epilepsia refractaria, junto con los diagnosticados con cáncer, son dos de los grupos de mayor densidad. De los pacientes atendidos por primera vez con epilepsia refractaria, se han cerrado 426 (64,4%) casos, y como se puede observar en la gráfica 3A, la interrupción del tratamiento se puede atribuir a múltiples factores o se consideran casos exitosos. El otro 35,6% es decir 237 pacientes continúan en seguimiento, en estos casos fue posible determinar el porcentaje de reducción de crisis, resumido en la tabla 1, indicando que 145 de ellos reportan una disminución por lo menos en un 50%. Adicionalmente, en estos pacientes se evalúan otros aspectos, encontrándose que la disminución de medicamentos antiepilépticos es la de mayor frecuencia de reportes, seguida de mejoría del sueño, avances motores, avances en el lenguaje, cambios en el comportamiento y menos hospitalizaciones (gráfica 3B).

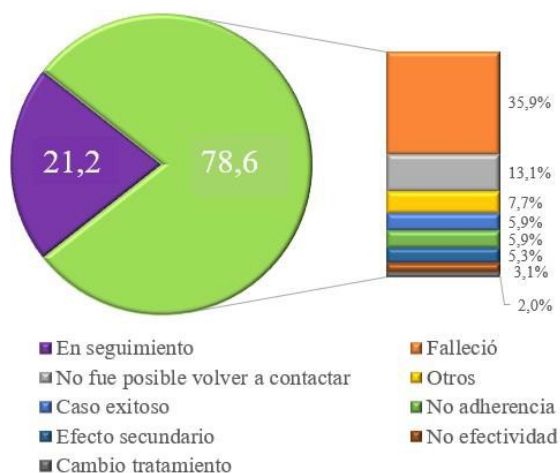


Gráfica 3. Pacientes con diagnóstico de Epilepsia Refractaria n: 663 (17%) 2014- 2019. A) Clasificación de los casos.

Tabla 1. Pacientes con diagnóstico de Epilepsia Refractaria en seguimiento: 237/663. 2014- 2019- Reducción de crisis

Rango de reducción crisis (%)	Frecuencia	Porcentaje (n=237)
100%	55	23
80-99%	64	27
51,79%	26	11
<50%	31	13
Sin reducción	16	7
Intermitente	26	11
Sin Dato	19	8

Por otra parte, de los 457 pacientes que consultan por cáncer, el grupo etario predominante es el comprendido entre los 64 y 72 años. Frente al tipo de cáncer de mayor consulta, se encuentra el de mama, seguido por colón, pulmón, próstata, páncreas y glioblastoma multiforme. Como se muestra en la gráfica 4, 79% de los casos de cáncer ya fueron cerrados, siendo el fallecimiento el principal motivo. Sin embargo, fue posible establecer que, de los 164 pacientes fallecidos, 69% reportaron cambios en aspectos relacionados con la calidad de vida, como disminución del dolor, mejoría del sueño, mejor estado de ánimo, mayor tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia y aumento del apetito.



4. Conclusión

Debido a la reciente legalización del uso de Cannabis con fines medicinales en Colombia se hace necesario divulgar la información recolectada de esta experiencia, en donde fue posible evidenciar entre otras cosas, que se pueden beneficiar personas de ambos sexos, de todos los grupos de edad y que incluye una amplia variedad de condiciones clínicas. Como con cualquier otro tratamiento se encuentran personas que responden de forma favorable, otros no encuentran efectividad, y/o se presentan efectos secundarios, que pueden estar relacionados con la sobredosificación o a la polimedición. Dos de los principales motivos de consulta fueron los diagnósticos de epilepsia refractaria y cáncer, encontrando que en ambos casos se evidenciaron reportes positivos en aspectos relacionados con la calidad de vida.

Por último, es importante enfatizar, que esta es una recopilación de la información obtenida del trabajo realizado con pacientes, que consciente y voluntariamente buscaron esta opción terapéutica, mas no pretende ser una guía para el tratamiento de pacientes con Cannabis medicinal en Colombia, ni evaluar la efectividad o no del mismo.

5. Referencias

1. *Sentencia T-425/13*. Bogota, Colombia: Corte constitucional; 2013.
2. Cabellero Fernades de Castro ME, Laserna Yepes AF. Políticas públicas del Cannabis medicinal en Colombia, Un análisis de la actualidad normativa en el país. 2018. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/40530>.
3. Russo EB. The Pharmacological history of Cannabis. In: Pertwee RG, ed. *Handbook of Cannabis*. United states; 2014:23-43.

4. Sulak D, Saneto R, Goldstein B. The current status of artisanal cannabis for the treatment of epilepsy in the United States. *Epilepsy and Behavior*. 2017;70:328-333. doi:10.1016/j.yebeh.2016.12.032
5. Devinsky O, Marsh E, Friedman D, et al. Cannabidiol in patients with treatment-resistant epilepsy: an open-label interventional trial. *The Lancet Neurology*. 2016;15(3):270-278. doi:10.1016/S1474-4422(15)00379-8
6. Chanda D, Neumann D, Glatz JFC. The Endocannabinoid System: Overview of an Emerging Multi-faceted Therapeutic Target. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*. 2019;140:51-56. doi:10.1016/j.plefa.2018.07.004

APORTES DEL MODELO DE LA REGULACIÓN LÍCITA DEL CANNABIS EN URUGUAY Y ALGUNAS LECCIONES APRENDIDAS

DRA. RAQUEL PEYRAUBE

International Association for Cannabis as Medicine (IACM)

Resumen

La ley 19172 que regula en Uruguay toda actividad vinculada al cannabis (producción, distribución, comercialización, prescripción, etc.) se basa en tres pilares fundamentales: seguridad, salud pública y derechos humanos, y regula todos sus usos, es decir el uso adulto, medicinal e industrial. A pesar de que esta regulación, pionera en el mundo, es considerada una buena ley por cómo atiende los distintos aspectos regulatorios, su implementación no ha estado a la altura de sus objetivos y ha presentado múltiples obstáculos que dificultaron el proceso de cambio que esta ley promueve. En este trabajo se plantean algunos de esos obstáculos y los aprendizajes a compartir con la comunidad internacional.

Hace más de tres décadas asumí el compromiso de trabajar para la reforma de las políticas de drogas y particularmente del estatuto jurídico del cannabis, por los terribles daños que ha causado el prohibicionismo. Este compromiso no se limita a Uruguay pues el sufrimiento y los daños de la guerra contra las drogas, en mayor o menor medida se verifican en todos los países del Mundo. Por eso, y a modo de aporte a la construcción de la política pública relacionada con el cannabis, en este trabajo se presentan algunos ejes que se estiman de interés y buenos ejemplos para pensar la regulación lícita del cannabis, así como algunos aprendizajes derivados de la implementación de la ley 19172 en Uruguay.

Es sabido que la ley 19172 representa un ejemplo y un modelo regulatorio referido por varias jurisdicciones que han avanzado hacia la legalización del cannabis, así como por distintos investigadores en materia de regulación y política pública¹. El trabajo más reciente en este sentido es el de Rogeberg et al. (2019)², en el que se identifican los aspectos más importantes a considerar en un buen modelo regulatorio. Si se analiza la ley uruguaya a la luz de ese trabajo, puede concluirse que es una muy buena ley. Parte de la valoración positiva se relaciona con que, a

¹ Ivana Obradovic, International Journal of Drug Policy, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.11.002>

² Rogeberg, O., International Journal of Drug Policy (2018), <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.01.019>

diferencia de algunas jurisdicciones cuyas regulaciones están fuertemente basadas en el *business*, el modelo uruguayo, como ya se dijo se basa en salud pública y derechos humanos, atendiendo también a la seguridad. Cuando el equilibrio entre esos ejes se rompe, tienden a polarizarse las relaciones sociales entre los grupos que están a favor del uso medicinal y adulto, así como los riesgos de que la industria sea la que defina la política, y no que sea la política la que define el lugar e impacto potencial de la industria. Una política de estas características requiere de un gobierno con bajos niveles de corrupción o bien que los contenidos de la ley cubran esta posibilidad y un eficaz control por parte del Estado.³

Otra característica evaluada como positiva es la diferencia y separación clara de la regulación del uso adulto de la del uso medicinal, a pesar de que es una misma ley la que regula ambos usos. Se estima que esta característica ha sido uno de los componentes que le evitaron a Uruguay la sanción de la ONU. Aquellos países que estén pensando en legalizar, deberían por lo menos dar un lugar a la discusión sobre las posibilidades de una regulación completa, pues es la forma de no tergiversar el espíritu de la ley y disminuir sensiblemente la operación del mercado negro, así como evitar que se enmascare un uso adulto disfrazado de medicinal, tal como ocurriera y aún ocurre en algunos estados de EE.UU.

Sin embargo, el diseño y contenidos de una ley no son factores suficientes a la hora de pasar a la implementación. Tal como lo presentáramos en el congreso de Monitor Cannabis Uruguay de diciembre de 2018, la evaluación correspondiente a 5 años⁴ de la promulgación de la ley, mostró una serie de dificultades que en esa oportunidad interpretamos como derivadas de la incompetencia e ineficacia de las estructuras de gobierno involucradas, así como de una débil voluntad política de los actores responsables y de una adecuada asignación de recursos materiales. Estos cuatro factores determinaron un excesivo e injustificable retardo y resultados no deseados. De todos modos, podemos decir que, a pesar de una implementación defectuosa, las profecías catastróficas que el prohibicionismo vaticinó, no se cumplieron.

Uno de los principales temores que hay en el tema de la regulación es el posible desarrollo de conductas delictivas en torno al cannabis y en función de la propia legalización. Un ejemplo es el

³ Ver *Estado de la evidencia. Uso de cannabis y regulación*. International Centre for Science in Drug Policy. https://idhdp.com/media/401145/estado_de_la_evidencia_uso_de_cannabis_y_regulaci%C3%B3n.pdf

⁴ La ley 19172 fue aprobada en el Parlamento el 10 de diciembre de 2013 y promulgada el 20 de diciembre del mismo año.

desvío de la producción lícita hacia el mercado ilícito y viceversa. Este aspecto puede perfectamente ser atendido con una implementación rigurosa y prolija. Por lo tanto, este no puede ser un factor que impida una reforma de la política de cannabis, la que bien conducida puede ser una herramienta eficaz para crear oportunidades para todos los ciudadanos, oportunidades de estudio, trabajo y salud, por mencionar solo algunos de los beneficios potenciales. Sin embargo, en Uruguay, y a pesar de que su ley y los correspondientes decretos reglamentarios lo preveían, la falta de implementación oportuna llevó al desvío del cannabis de uso adulto hacia la producción y venta ilícita de productos en base a cannabis para el uso medicinal. Se creó un amplio mercado clandestino de cannabis con fines terapéuticos que Uruguay no tenía.

Este hecho se ha visto reforzado por un sistema de fiscalización y control débil como suele ser en América Latina, no preparado para esta ley, y también por falta de asignación del presupuesto que estas acciones requieren.

Otro error, pero ya no de la implementación, sino de la propia ley, ha sido que el cannabis de uso adulto se pusiera a la venta en farmacias. De hecho, los químicos farmacéuticos no querían aceptar que se vendieran en las farmacias, ya que se equiparaba a vender vino o tabaco. Sin duda, su cuestionamiento es adecuado. Este conflicto entre el Estado y los químicos farmacéuticos que se prolongó durante aproximadamente seis meses fue un factor más de dilación en la implementación.

Esta es una de las razones por las que la reducción del mercado ilícito no es de la envergadura que esperábamos, y de la instalación de un mercado mal llamado gris: personas y clubes con registro cultivan y venden cannabis para uso adulto y medicinal.

Asociado a esto, a pesar de haber sido advertido, el gobierno no tuvo en cuenta y ni se preparó para el bloqueo que la banca internacional, específicamente la de EE.UU., haría a las cuentas de empresas que tuvieran actividad económica vinculada al cannabis. Este asunto también incidió en que no fueran muchas las farmacias dispuestas a venderlo.

En el modelo uruguayo la regulación de la producción y acceso a cannabis de uso medicinal es bien distinta de la del uso adulto. Está regulado como cualquier otro producto de la medicina alopática. La prescripción la realiza un médico, sin restricciones en cuanto a la especialidad o patologías, y lo hará dependiendo de si se trata un producto con actividad psicomimética, es decir, con contenido de THC por encima de 1%, o bien de un producto con concentraciones de THC menores al 1%. Una falla en Uruguay consistió en no facilitar el desarrollo del mercado de productos de uso medicinal

en plazos aceptables. Los obstáculos fueron muchos y de diferentes flancos de la gestión de gobierno, pero lugar a dudas, los que planteó el Ministerio de Salud fueron los de mayor peso para avanzar en el abastecimiento de los pacientes. Cuando se legaliza se debe tomar las medidas adecuadas para implementar un aprovisionamiento rápido, porque la población ya está informada de los potenciales beneficios de los productos en base a cannabis para el tratamiento de muchas dolencias. Como ha sido demostrado en múltiples ejemplos, cuando la burocracia de salud pública es excesivamente sanitarista, la población queda abandonada a los mercados clandestinos. La población sabe que puede encontrar alivio en el cannabis y los cannabinoides, y si no se le facilita el acceso a cannabis de buena calidad de una manera racional, segura y subvencionada, por su desesperación y desesperanza, lo procurará por los medios que sea, sin medir consecuencias ni riesgos. Esto también tiene como ingrediente no menor la banalización de los riesgos del cannabis. Que sea una “sustancia” con rangos de seguridad muy buenos, no la transforma en inocua, ni que no vaya a tener interacciones. Un producto de uso medicinal debe contar con garantías de calidad.

La definición de las condiciones de producción y el control de calidad son aspectos fundamentales que considerar en la ley. Para el cultivo y elaboración de productos de uso humano, Europa tiene estándares que algunos países como Uruguay siguen por lo que suponen los márgenes de seguridad que se exigen. La calidad y su control no deben confundirse con que la elaboración de medicamentos en base a cannabis deba producirse exclusivamente por la industria farmacéutica. En ese sentido, un acierto del decreto reglamentario del Ministerio de Salud de Uruguay es reconocer tanto las especialidades vegetales como las farmacéuticas. Lamentablemente, luego generó decretos que dificultaron el registro de las especialidades vegetales, las que fueron homologadas al registro de especialidad farmacéutica. Esto es un claro ejemplo de la incompetencia e ineficacia, pero sobre todo de la escasa voluntad política ya citadas.

Muchas veces se argumenta que el control de calidad y las exigencias de elaboración siguiendo las buenas prácticas de cultivo, recolección y manufactura aumenta el precio y que además deja fuera del mercado al pequeño y mediano productor. No tiene porqué ser así. Esto dependerá de que el Estado cree las condiciones para que el pequeño productor y las cooperativas puedan integrarse en la cadena productiva, sin renunciar a la seguridad para el consumidor. No es necesario desvestir un santo para vestir a otro. Se debe ser creativo en materia de políticas sociales, de empleo y producción. En pos de la integración de pequeños y medianos productores no puede ponerse en riesgo la seguridad de los medicamentos, de las personas y de la Salud Pública (presencia de contaminantes, adulterantes y falta de estandarización).

Se asiste a un momento en el que no se puede continuar con la discusión en términos de polarización entre la droga satánica que se hizo creer que era, y la de sustancia cuasi milagrosa e inocua que hoy pretenden algunos. La política que se diseñe debe ser sensata y que exija al Estado el compromiso de proteger, transferir tecnología y crear oportunidades de desarrollo.

Si bien en la ley uruguaya la investigación, la prevención y la educación son obligaciones del Estado, este no las ha implementado como debió, lo que obviamente no contribuyó al proceso, pero fundamentalmente a la integración de los médicos en el acompañamiento de los pacientes.

El uso medicinal del cannabis no puede proveerse de cualquier manera. Al ser un medicamento debe ser prescrito y conducido con seguimiento por un médico. Si es un medicamento como se pretende, todo lo demás cae en el ejercicio ilegal de la medicina, excepto dentro de aquellas comunidades que tienen sus propias regulaciones basadas en aspectos culturales y religiosos.

Con respecto a la comercialización, resulta de particular importancia que el Estado tenga una política de precios y subsidios para el acceso a cannabis medicinal para que no se establezca un sistema de injusticia social. De hecho, un modelo óptimo debería incluir un subsidio del cannabis medicinal en el sistema de salud. Esta acción garantiza la accesibilidad, la calidad del producto, y la existencia de médicos dispuestos a acompañar a los pacientes. No sería justo que se implementaran medidas de una política pobre para pobres, es decir, que el que tiene dinero accede a productos de calidad y los adecuados para su dolencia, mientras que los de menores recursos deben conformarse con su producción doméstica o la compra en el mercado ilegal. Esto es exactamente lo mismo que ha estado pasando en régimen de prohibición. Y esto no significa que quien cultive para uso personal y decida usarlo con fines medicinales deba ser penalizado cuando ejercita su derecho a la autodeterminación. Quiere decir que el acceso a productos de uso medicinal desde la Salud Pública debe cumplir con otros estándares y para toda la población, y que el Estado es responsable de que así ocurra.

Se recomienda que la regulación incluya “medidas de emergencia” a la espera de productos registrados. Un ejemplo puede ser permitir las formulaciones magistrales en base a principios activos para evitar el tiempo que tomarán los ensayos clínicos requeridos para los productos registrados como medicamentos. Para una formulación magistral basta con tener los productos purificados en la farmacia, un químico-farmacéutico que lo formule y un médico que prepare la prescripción estableciendo las concentraciones de cannabinoides (THC, CBD, CBN u otros) y otros

compuestos de la planta como los terpenoides (mircenol, limoneno, linalool, pineno, etc.) de acuerdo con lo que el galeno estima que precisa el paciente. Las formulaciones magistrales o galénicas tienen dos ventajas adicionales: además de permitir personalizar el tratamiento, garantizan que el precio del producto sea comparativamente menor y el abastecimiento rápido. Sin embargo, y la seguridad y la calidad no están comprometidas, siempre que se exija una producción adecuada de los purificados.

Otro aspecto de importancia para considerar en el diseño del modelo es la evaluación sistemática de la implementación en vistas a monitorizar beneficios a reforzar y eventuales efectos negativos a corregir. Si bien el Observatorio de Drogas de Uruguay en sus encuestas cada 4 años está incluyendo ítems potencialmente vinculados a la ley 19172, según la ley el responsable del monitoreo anual es el Ministerio de Salud, el que no ha cumplido tampoco con este mandato. Tal vez, esto tenga que ver con que podría reflejarse su incompetencia e ineficacia.

Finalmente, una cuestión no menor y que Uruguay ha hecho con acierto, es la prohibición de la publicidad, las promociones y auspicio por parte de la industria del cannabis. Tampoco se permite el *branding* del cannabis de uso adulto: no hay marcas. Estas medidas son producto del aprendizaje de lo que ha ocurrido con el alcohol y el tabaco. La industria utilizó esas herramientas para promover sus productos y de este modo, junto a las omisiones de los Estados que hoy se intentan reparar, han sido responsables de los problemas de salud vinculados a esas sustancias. Como se dijera antes, el problema no es la legalidad de las drogas, sino la forma en que son reguladas y de la disponibilidad excesiva de las mismas, así como del lugar que se dé al sector que tendrá los beneficios económicos derivados de su producción y venta.

Obviamente, este trabajo no aborda todas las cuestiones de la regulación. Apenas se eligieron algunos a modo de ejemplos que reflejan una visión de esta política, pero quedo atenta a continuar el diálogo.

A España y todos los países que se encausen en este camino de reparación de daños y generación de oportunidades solo me resta desearles que puedan encontrar el modelo que mejor responda a las necesidades de país. Si está bien fundado encontrarán el camino para evitar la confrontación y sanciones internacionales, tal como lo lograra Uruguay.

ANEXOS

PROGRAMA



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

IUIN Instituto Universitario de Investigación Neuroquímica

REUNIÓN IBEROAMERICANA SOBRE CANNABIS MEDICINAL

Jueves 05 de marzo de 2020

SALA DE CONFERENCIAS DEL EDIFICIO AULARIO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN - UCM

Organizado por:
Proyecto DER 2016-74872-R "Fiscalización internacional de drogas: problemas y soluciones" (AEI/FEDER, UE)
Instituto Universitario de Investigación en Neuroquímica (IUIN)

Mañana	PROGRAMA	Tarde
09:00h.- <i>Inauguración</i> Joaquín Goyache Goñi Rector de la Universidad Complutense de Madrid Jorge Clemente Mediavilla Decano de la Facultad de Ciencias de la Información		15:00h.- <i>Experiencia clínica de programas actualmente en marcha</i> Presentación: José Martínez-Orgado , Profesor Asociado de Pediatría y Jefe de Sección y Responsable del Servicio de Neonatología, Hospital Clínico "San Carlos" - IdISSC, Madrid
09:15h.- <i>Una regulación que ha llegado para quedarse</i> Presentación: Araceli Manjón-Cabeza Olmeda Profesora Titular de Derecho Penal UCM e IP del Proyecto Cristina Sánchez García Profesora Titular de Bioquímica y Biología Molecular, UCM	15:15h.- <i>Experiencia del programa de Canadá</i> Dr. Jordi Pérez Médico anestesista especialista en medicina del dolor, profesor asociado de Anestesiología y Director de la Unidad de dolor oncológico del centro sanitario de la Universidad de McGill, Montreal, Canadá	
09:30h.- <i>Uruguay: se inicia la regulación integral. Desarrollo del programa de cannabis medicinal</i> Augusto Vitale Marino Psicólogo, investigador de la Universidad de la República de Uruguay, ex Director del Instituto de Regulación y Control del Cannabis (IRCCA) de Uruguay	16:00h.- <i>Experiencia del programa de Colombia</i> Dra. Paola Pineda Médica cirujana especialista en derecho médico y fundadora del Grupo Curativa	
10:15h.- <i>Colombia: un modelo de regulación del acceso al cannabis medicinal</i> Yesid Reyes Alvarado Profesor de Derecho Penal de la Universidad del Externado (Colombia) y ex Ministro de Justicia de Colombia	16:45.- <i>Experiencia del programa de Uruguay</i> Dra. Raquel Peyraube Miembro del Comité Ejecutivo de la IACM y Directora de Política Pública y Salud de Plena Global	
11:00h.- Pausa	17:30h.- Pausa	
11:15h.- <i>México: Estrenando / A punto de alcanzarse una nueva regulación integral</i> Zara Snapp Consultora en política de drogas	17:45h.- <i>Mesa redonda con los ponentes.</i> Moderadores: - José Antonio Ramos Atance Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular, UCM - Manuel Guzmán Pastor Catedrático de Bioquímica y Biología Molecular, UCM	
12:00h.- <i>Mesa redonda con los ponentes.</i> Moderadoras: - Araceli Manjón-Cabeza Olmeda - Cristina Sánchez García	18:45h.- Clausura	
13:00h.- Pausa		

Dirección: Araceli Manjón-Cabeza Olmeda
José Antonio Ramos Atance
Manuel Guzmán Pastor

Coordinación:
Carlos Brito Siso
Profesor Asociado de Derecho Penal, UCM

Patrocinan



Colabora



Información e inscripción:

<http://eventos.ucm.es/46164/detail/reunion-iberoamericana-sobre-cannabis-medicinal.html>

RESEÑA TRIBUNA COMPLUTENSE

Investigadores de la UCM piden que se regule el uso medicinal del cannabis

Texto: Jaime Fernández, Fotografías: Alfredo Matilla - 5 MAR 2020 a las 12:21 CET



"Tenemos la esperanza de poder seguir contribuyendo a transitar el uso del cannabis medicinal por la vía de la reglamentación". "Hay que conseguir que la Universidad Complutense influya en los políticos a través de sus investigadores". "El objetivo es llegar, sobre todo, a los que tienen la capacidad y la responsabilidad de promover la regulación del uso médico del cannabis en nuestro país". Estas declaraciones se han podido escuchar en la primera sesión de la Reunión Iberoamericana sobre Cannabis Medicinal, celebrada este 5 de marzo en la Facultad de Ciencias de la Información. Araceli Manjón-Cabeza, secretaria general de la UCM, explica que esta jornada es el fruto de la colaboración entre el proyecto de investigación Fiscalización internacional de drogas, problemas y soluciones, que ella misma dirige, y el Instituto Universitario de Investigación en Bioquímica. Con la presentación de diferentes experiencias en países en los que el cannabis ya está regulado para su uso clínico, se busca "contribuir a un debate, legalizado, que interesa a muchos sectores de la sociedad, y que en los últimos dos años interesa también al sector farmacéutico, porque hay un negocio considerable".

Araceli Manjón-Cabeza opina que "si el actual gobierno quiere llevar adelante la ley de eutanasia activa y directa, basándose en una consideración de la dignidad humana, que es la única que podemos tener, sería incomprensible que no estuviese dispuesto a apoyar una medida mucho menos drástica, que es la de paliar el sufrimiento con cannabis medicinal".

Opina lo mismo el rector Joaquín Goyache, quien cree que "si hay coherencia, se debería plantear la regulación del cannabis medicinal", ya que además, como informa el catedrático Manuel Guzmán, "ni tan siquiera hace falta una ley del parlamento, se podría hacer como

en Colombia e Italia, donde se ha aprobado por decreto, y luego ya vino la ley". En esos dos casos concretos las regulaciones son modélicas, al igual que "la experiencia de muchos otros países, más avanzados que nosotros en esta materia, y realmente sorprende que en España no se avance en algo que demandan pacientes y familiares".

Cristina Sánchez García, vicedecana de Investigación en la Facultad de Ciencias Biológicas y experta en el efecto antitumoral de los cannabinoides, siente que el respaldo de la UCM es muy importante, ya que son muchos los grupos de investigación que trabajan en este campo en nuestra universidad, pero, por suerte "la investigación básica no se realiza sólo aquí, sino que hay muchos grupos que en España hay referentes internacionales en este ámbito con más de 200 científicos".

Multitud de experiencias

La vicedecana añade que "no hay argumentos ni científicos ni éticos para que no se implemente esa regulación del uso médico del cannabis, y no se puede justificar que nuestra clase política mire hacia otro lado, porque su silencio lleva a los pacientes al mercado negro, potencia el narcotráfico, y esa una irresponsabilidad".

El rector respalda esa opinión y añade que "las experiencias ya existen y funcionan perfectamente, y la inestabilidad política quizás haya servido de excusa, pero a partir de ahora ya no la hay, así que esperamos que llegue el consenso político con acciones como esta en la que se han puesto de acuerdo investigadores del área de ciencias de la salud y de ciencias sociales, lo que demuestra que se puede atajar este problema de una manera transversal".

Explica Sánchez García que, a diferencia de lo que ocurre en otros países, "hacer investigación preclínica en España con cannabinoides es fácil, es factible, y ese es uno de los motivos por los que se hace tanta investigación. El problema enorme es la traslación a la clínica, debido a la clasificación más restrictiva en la lista 1 de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional, algo para lo que no hay ningún tipo de sentido".

Para Manjón-Cabeza el problema va incluso más allá, ya que está también en la lista 4, "que es donde se aglutinan las sustancias que no tienen ninguna utilidad médica". Frente a eso, hay muchos países que han decidido, que aunque los convenios son muy importantes lo son hasta cierto punto, y han empezado a regularlo médicamente y también como sustancia recreativa. Cree la secretaria general de la UCM que "Naciones Unidas prefiere que se violen las convenciones antes que modificarlas, así que es evidente que algunos países deciden romper, y además a los que lo hacen no les ocurre absolutamente nada, sólo que se ha puesto de manifiesto que el punto de mayor fricción en el sistema de represión de drogas es el cannabis y si no se soluciona esa cuestión el sistema falla".

El actual sistema de control de sustancias en el planeta nos lleva a afirmar que "el alcohol es un alimento, que el tabaco es un divertimento, que las benzodiacepinas son drogas buenas y que el cannabis medicinal es una droga mala". Lo más inteligente, de acuerdo con Manjón-Cabeza "sería sacar el cannabis del estricto control que tiene ahora mismo y darle un control acorde a las características de la sustancia, y hasta que no se entienda eso no se podrá salvar todo el sistema de fiscalización".

Concluye Sánchez-García afirmando que el objetivo de este encuentro es llegar a los que tienen falta de conocimiento y, sobre todo, la capacidad y la responsabilidad de promover la regulación del uso médico del cannabis en nuestro país, teniendo en cuenta que "la evidencia científica está a disposición de nuestras autoridades, así que esa no es la cuestión, sino cómo vamos a hacer la regulación y cuándo la vamos a hacer".

