



JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN
Senador de la República

Bogotá D.C., 2 de septiembre de 2014

Honorable Senador

JOSÉ DAVID NAME CARDOZO

Presidente del Senado de la República.

E. S. D.

Asunto: Proyecto de Ley “Por medio del cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009”.

Apreciado Presidente, Honorables Senadores y Representantes:

En ejercicio de la facultad prevista en el artículo 150 de la Constitución Política y del artículo 140 numeral 1º de la Ley 5 de 1992, presento a consideración del Congreso de la República el presente Proyecto de Ley, “Por medio del cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009”.

La exposición de motivos que acompaña el Proyecto, se estructura de la siguiente manera:

I. INTRODUCCIÓN

1. Breve historia.
2. Prohibición y criminalización.
3. Uso terapéutico del cannabis.
4. Estado actual de penalización, regulación y legalización del cannabis en el mundo.
5. Pacientes con enfermedades crónicas en Colombia.
6. Resultados sobre consumo de marihuana, Estudio Nacional de Consumo SPA 2013.

II. MARCO NORMATIVO VIGENTE

III. EL PROBLEMA DEL MARCO NORMATIVO VIGENTE

- IV. BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD
- V. MARCO JURISPRUDENCIAL
- VI. PROPUESTA NORMATIVA
- VII. CONCLUSIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La planta de la marihuana conocida por su género como *cannabis sativa* L, es una planta herbácea originaria de Asia Central¹, que crece en estado silvestre, en las áreas tropicales de todo el planeta². El cultivo de esta planta se conoce desde hace 8.000 años, y al ser fuente de cáñamo (fibra industrial resistente), ha sido utilizada para la elaboración de papel, ropa y calzado; y sus semillas se han utilizado como alimento dado el porcentaje de proteína que contienen. A pesar de estos usos, la sustancia psicoactiva que contienen sus hojas y flores, ha provocado que la planta sea objeto de prohibición en varios países.

El abogado penalista W. E. Leary³ hace una extensa descripción de esta planta, en su libro *Marihuana*⁴, afirmando que la *cannabis sativa*⁵, también denominada cáñamo indio o cáñamo común, es una planta⁶ herbácea dioica⁷ anual, de la familia de las cannabáceas, de la cual son ecotipos la *Cannabis Indica*⁸ y

¹ ElSohly, Mahmoud. *Marijuana and the cannabinoid*. Humana Press. Inc. Pag. 8. Totowa, Nueva Jersey.

² Organización Mundial de la Salud – OMS. El uso del cannabis. Informe de grupo científico de la OMS. Ginebra, 1971. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_478_spa.pdf

³ Leary W.E. *Marijuana*. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁴ Ibidem.

⁵ El botánico Carl Von Linneo, dio nombre y clasificó esta planta silvestre, como *Cannabis Sativa* L., agregando esta última letra como indicativo de su apellido (Linneo) en el año de 1753. La *Cannabis Sativa*: es una planta alta de hojas largas y finas para recibir luminosidad, de desarrollo lento en sus flores. Esta especie resiste la lluvia y la humedad intensa, así como los calores del estío, y es poco resistente al frío.

⁶ En recientes estudios botánicos realizados por Rzedowski, G. C. se describe la taxonomía del cannabis como: una planta de tallo alto y erecto, la cual puede crecer entre 3 y 6 metros de altura, que a su vez, presenta hojas superiores alternas e inferiores opuestas, sobre pecíolos de hasta 7 cm de largo, cada hoja se compone de 3 a 9 hojillas (llamadas folíolos) que nacen de un mismo punto, las cuales son; membranáceas y enteras, se encuentran sobre el tallo, en el punto donde nace cada hoja. Sus folios son angostos de ápice agudo, con dientes puntiagudos en el margen, presentando pelos recostados sobre la cara superior e inferior y pelillos suaves y algunas glándulas resinosas cuyas flores masculinas o femeninas no tienen cáliz ni corola diferenciados. Rzedowski, G. C. de, J. Rzedowski y colaboradores. 2001. *Flora fanerogámica del Valle de México 2ª. Ed., Instituto de Ecología, A. C. y Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad, Párcuaru (Michoacán)*, pág. 1406.

⁷ Organismo en que los gametos masculinos y femeninos, son portados por individuos distintos de la misma especie.

⁸ Clasificada por el biólogo Jean Baptiste de Lamarck en 1785. *La Cannabis Indica*: Es resistente a las heladas, siendo una planta baja y de distancia intermodal corta para resistir el frío, de hojas anchas y cortas para recibir más

*Cannabis Rudelaris*⁹, plantas todas, que obedecen biológicamente a condiciones climáticas diferentes, cuyas sumidades y flores en proceso y estado de madurez forman cogollos (en gran medida las femeninas) en los cuales se exuda,¹⁰ de manera moderada y escasa, una resina ocre y espesa, integrada aproximadamente por 400 compuestos bioquímicos diferentes, 66¹¹ pertenecientes al grupo de los fitocannabinoides¹² y cannabinoides¹³. De los cuales el tetrahidrocannabinol-“THC¹⁴-Δ9- delta-9, THC-Δ8- delta -8”, Ácido Transtetrahidrocannabinol, Cannabinol (CBN), y Cannabidiol (CBD)¹⁵, son las principales sustancias psicoactivas¹⁶, cuyos efectos farmacológicos¹⁷ son el resultado de su vinculación con los receptores CB1 y CB2¹⁸ del Sistema Nervioso Central¹⁹ en el organismo humano²⁰ y animal. El investigador Leary²¹, afirma que debido a las propiedades psicotrópicas de la Marihuana, esta planta se encuentra regulada bajo un estricto marco jurídico, penal y administrativo de nivel transnacional, que se aplica a todos los países que han ratificado los acuerdos internacionales, en materias referidas al cultivo, posesión, tenencia, venta, consumo y otros fines.

luminosidad, obteniendo un desarrollo rápido en las flores mayor que la Sativa, esta especie resiste las lluvias en su periodo vegetativo, pero no en el de floración.

⁹ Variedad denominada en 1924 por el botánico ruso D.E. Janischevsky. *Cannabis Ruderalis*: Planta de corta distancia intermodal, de desarrollo rápido en sus flores, los tiempos de luz y oscuridad no la afectan en su maduración o florescencia y es resistente a los fríos y heladas.

¹⁰ Martínez Burgos, C. “El cultivo como modalidad punible del artículo 344 del Código Penal”. Boletín de información. Ministerio de Justicia 1983, pág. 6.

¹¹ Burns TL, Ineck JR. “Cannabinoid analgesia as a potential new therapeutic option in the treatment of chronic pain.” *The Annals of Pharmacotherapy*. 2006.

¹² Cannabinoides naturales que se producen en ciertas especies de plantas. Entre otras: la *Echinacea pupurea*, o la *Echinacea angustifolia*.

¹³ Ewey, W. “Cannabinoid Pharmacology”. *Rev. Pharmacol.* 1986, pág. 151-178.

¹⁴ Fiscalizado en la Lista I, como tetrahidrocannabinol, con una serie de isómeros y variantes estereoquímicas, así como en la Lista II, con la denominación de Delta-9-tetrahidrocannabinol y sus variantes estereoquímicas en el Anexo Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 21 de diciembre de 1971, firmado en Viena.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Burns TL, Ineck JR. “Cannabinoid analgesia as a potential new therapeutic option in the treatment of chronic pain.” *Op.cit.*

¹⁷ John R. H, Sharone E. Franco y Emmanuel S. Onaivi. *Marijuana: Medical Implications*. *Am Fam Physician* (1999), pág. 93.

¹⁸ Shire D, Carillon C, Kaghad M, Calandra B, Rinaldi Carmona M, Le cannabinoid receptor resulting from alternative splicing. *J. Biol. Chem.* 1995, pág. 270.

¹⁹ Lambert DM, Fowler CJ. *The endocannabinoid system: drug targets, lead compounds, and potential therapeutic applications*. 2005.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Leary W.E. *Marijuana*. Ed. Lex Puniendi. 2012.

Como se mencionó anteriormente, estudios sobre la composición del cannabis, indican que a la fecha, se han identificado más de 400 sustancias sintetizadas por la planta, de las cuales, mas de 60 son sustancias cannabinoides; el componente activo principal de estas sustancias es el tetrahidrocannabinol, también conocido por sus siglas "THC". Por esta razón, organismos como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC ²² generalmente toman la medida de THC presente en una muestra de cannabis, como el grado de su potencialidad psicoactiva. El principio activo THC, cuya concentración varía de acuerdo con la clase de la planta y su cultivo, tiene propiedades analgésicas y curativas usadas farmacológica y terapéuticamente, que serán tratadas en un aparte posterior.

En relación con el uso de la marihuana, es importante anotar que de la literatura consultada, no encontramos ninguna que le atribuya a esta planta, consecuencias nocivas, de la misma intensidad que las del alcohol, la cocaína, opio y sus variantes morfina o heroína. Aunque encontramos que se reportan posibles impactos respiratorios cuando se utiliza la inhalación como forma de administración de esta sustancia, aún no se ha registrado ninguna fatalidad por consumo de THC o cannabis²³.

Por citar algunos ejemplos, el Instituto Nacional de Abuso en Drogas de los Estados Unidos (NIDA por sus siglas en inglés), realizó la clasificación de dependencia de seis sustancias diferentes entre las que se encontraban: el cannabis, la cafeína, la cocaína, el alcohol, la heroína y la nicotina, encontrando que el cannabis era la sustancia menos adictiva, seguida por la cafeína. Por su parte, la nicotina fue evaluada como la sustancia que causa mayor dependencia²⁴. En la misma línea, el investigador W.E Leary²⁵, cita el informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), de 2006 en el que señalo que *"Es sobradamente conocido que, a diferencia de otras drogas, el fallecimiento por*

²² UNODC. *Why does cannabis potency matter?* En: Reporte Mundial de Drogas 2009. Junio de 2009. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2009/June/why-does-cannabis-potency-matter.html>

²³ Walker J. Michael & Huang, Susan. *Cannabinoid Analgesia*. En: *Pharmacology and Therapeutics* 95. Pags. 127-135- Febrero de 2002.

²⁴ Hilts, Phillip. *Relative addictiveness of drugs*. En *The New York Times*. Agosto de 1994. Disponible en: <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/dope/body/mortality.html>

²⁵ Leary W.E. *Marijuana*. Ed. Lex Puniendi. 2012.

sobredosis de cannabis es sumamente improbable y pocas personas adquieren hábitos de cannabis que les obliguen a dedicarse a la delincuencia callejera o a la prostitución²⁶".

Igualmente, Leary²⁷ nos muestra el estudio realizado por los médicos investigadores Nutt, D. y Leslie, K.,²⁸ quienes categorizaron de 0 a 100²⁹, veinte (20) drogas, tanto legales como ilegales en el Reino Unido, de acuerdo a dieciséis (16) criterios de nocividad, comprendidos en los sectores: sanitario, policial y de asistencia social, valorando daños causados por el uso indebido de estas sustancias en el consumidor y en la sociedad.

El estudio mencionado encontró que la heroína, la cocaína, el crack y las metanfetaminas, son las drogas más nocivas o perjudiciales para el consumidor, dado los problemas causados por el abuso de la sustancia, el alto riesgo de mortalidad o lesiones por sobredosis y la posibilidad de desarrollar patologías o enfermedades físicas y/o psicológicas que aumentan la posibilidad de comisión de delitos. En relación con los daños sociales, el estudio encontró que sustancias como el alcohol, la heroína y la cocaína son las más nocivas para el colectivo social dado la alta probabilidad de mortalidad, dependencia, afectaciones mentales, afectaciones del entorno familiar y social, y conexión con cambios de conducta relacionados con el crimen y la delincuencia, entre otros.

A pesar del panorama sobre la baja lesividad de la marihuana, consideramos fundamental avanzar en el estudio de daños potenciales asociados con el riesgo de consumo en la adolescencia, así como de los impactos de esta sustancia, en la salud humana, dentro del contexto colombiano y bajo el liderazgo de científicos y autoridades locales.

²⁶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Informe mundial sobre las drogas. Vol. 1. Publicación de las Naciones Unidas. 2006, pág. 184-5.

²⁷ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

²⁸ Nutt, D. Leslie, K. Drogas Nocivas en el Reino Unido: Un análisis de decisión multicriterio. Revista Médica Lancet. Vol. 376. Núm 9752. Londres. 2010, pág. 1558-65.

²⁹ 100% sería el valor otorgado a una hipotética droga que causara el máximo daño en todos los criterios establecidos en la investigación.

1. Breve historia:

Desde los tiempos antiguos el cannabis ha sido usado como parte de rituales religiosos y místicos; de hecho, se han documentado varias religiones modernas que actualmente practican el consumo ceremonial de cannabis psicoactivo, como por ejemplo la *rastafari*; otras, la utilizan como símbolo de fuerza, pureza o bienestar. Teniendo en cuenta sus propiedades analgésicas, al cannabis, también se le ha dado usos terapéuticos. Efectivamente, el uso medicinal de la marihuana data desde el año 2737 a.c., cuando Shen Nung, emperador de China descubrió el té a base de Cannabis, documentando por primera vez su uso terapéutico y medicinal en un compendio herbario medicinal chino³⁰.

En la India, el cannabis fue asociado con la magia y la religión por muchos años. Los médicos tradicionalistas prescribían marihuana como cura contra el insomnio, para mejorar el apetito y la digestión, o lo usaban en el tratamiento del dolor o como parte de la medicina paliativa suministrada a enfermos terminales. Por su parte, en el mundo islámico de la Edad Media, los médicos árabes hicieron uso del cannabis como diurético, antiemético, antiepiléptico, anti-inflamatorio, analgésico y antipirético y lo usaron ampliamente como elemento terapéutico y medicinal desde el siglo VIII hasta el siglo XVIII³¹.

Pese a su uso extendido en el continente asiático, hay muy poca evidencia del uso medicinal del cannabis durante la época del Medioevo, excepto por los hallazgos en algunas expediciones en Asia y África. Así, solo para el año 1830, el médico irlandés William O'Shaughnessy, quien se instruyó como médico herbolario en el Colegio Médico de Calcuta (ciudad capital del estado indio de Bengala Occidental), comenzó a crear preparaciones a base de marihuana, haciendo pruebas en animales. Posteriormente, y convencido que su uso era seguro, comenzó a utilizar la sustancia en pacientes, para el tratamiento del dolor y

³⁰ Ben Amar, Mohamed. *Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential*. En: *Journal of Ethnopharmacology* 105. 1-25. Enero 2006.

³¹ Lozano, Indalecio. El uso terapéutico del Cannabis Sativa en la medicina árabe. *Journal of Cannabis Therapeutics*. Vol 1. Harwoth Press Inc. 2001.

espasmos musculares, reportando éxitos adicionales en tratamientos de diarrea y vómito provocados por el cólera.

Sumado a lo anterior, se dio un importante paso en el año de 1964, cuando luego de que el THC fuera identificado, se realizaron diversas investigaciones sobre la aplicación medicinal del cannabis en cabeza de los científicos Manley West y Albert Lockhart, quienes notando significativos progresos en el tratamiento del glaucoma, y la reducción de la presión ocular; obtuvieron la patente del medicamento Canasol, a base de cannabis, para el tratamiento de estos padecimientos³².

2. Prohibición y criminalización:

Pese a sus beneficios para la salud en otras latitudes, Estados Unidos en el año 1906, dio inicio a la prohibición del cannabis, cuando por primera vez reguló el cultivo de esta planta en el Distrito de Columbia, y luego en Massachusetts (1911), Nueva York (1914) y Maine (1914). Por su parte, en 1913 California promulgó la primera ley de prohibición de marihuana seguida por Wyoming (1915), Texas (1919), Iowa (1923), Nevada (1923), Oregon (1923), Washington (1923), Arkansas (1923), y Nebraska (1927)³³. Así, para el año 1932, se expidió el *Uniform State Narcotic Act*, invitando a los gobiernos estatales a unirse a una campaña nacional para penalizar el uso del cannabis o al menos, regularizarlo.

En 1936, durante *the Convention for the Suppression of the Illicit Traffic in Dangerous Drugs* llevada a cabo en Ginebra; Estados Unidos promovió un tratado de criminalización de cualquier actividad relacionada con el cannabis, la coca, y el opio (incluidas su cultivo, producción, manufacturación, y distribución) exceptuando los contextos médicos y científicos. El Artículo 2 de esta convención, obligaba a cada una de las partes firmantes a castigar severamente, en particular

³² Youseff, Farid. Cannabis desenmascarado. University of the West Indies. 2010. Disponible en: http://sta.uwi.edu/uwitoday/archive/june_2010/article9.asp

³³ Barrios, Javier. ¿Por qué es ilegal la marihuana? Pijama Surf. 27 de marzo de 2011. Disponible en: <http://pijamasurf.com/2011/03/%C2%BFpor-que-es-ilegal-la-marihuana-historia-de-la-criminalizacion-de-una-planta/>

con prisión u otras penas privativas de la libertad, a toda aquella persona que se involucrara con actividades del narcotráfico³⁴.

Casi 25 años antes, en el ámbito internacional, la Convención del Opio firmada en La Haya en 1912, acordó que los firmantes deberían realizar sus mejores esfuerzos para controlar la producción, comercialización, transporte y consumo de la morfina, cocaína y sus derivados. Posteriormente en 1925, en el caso particular del cannabis, se llevó a cabo una revisión de la Convención del Opio indicando que el cannabis solamente se autorizaría para fines medicinales y prohibiendo imperativamente la producción de resina natural extraída de la planta, con la que se producen sustancias psicoactivas³⁵. Esta Convención fue sustituida en 1961, por la Convención Única de Estupefacientes, en el marco de la Asamblea de las Naciones Unidas, que fue a su vez enmendada por el Protocolo de 1972, en el que se le dio el mismo tratamiento al cannabis que al opio.

De acuerdo con el investigador W.E. Leary³⁶ la Convención Única sobre Estupefacientes toma los acuerdos y convenios que se habían firmado con anterioridad³⁷ sobre el control de sustancias estupefacientes, y consolida un solo cuerpo jurídico de uso internacional, que incorpora un marco prohibicionista a los usos diferentes al médico y científico de las plantas de cannabis, opio y coca. Adicionalmente en esta convención, las listas de estupefacientes y sus preparados originalmente establecidas en el Convenio de 1931 se ampliaron a cuatro, organizándolas de acuerdo con sus propiedades peligrosas. Así, el

³⁴ Convención de 1936 para la supresión del tráfico ilícito de estupefacientes nocivos. Ginebra, 26 de junio de 1936. Disponible en: <https://www.iberred.org/sites/default/files/ginebradroga.pdf>

³⁵ Willoughby, W. Opio como un problema internacional. Johns Hopkins University. 1925. Disponible en: <http://www.druglibrary.org/schaffer/history/e1920/willoughby.htm>

³⁶ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

³⁷ Los primeros acuerdos sobre las sustancias consideradas como drogas, versan sobre el opio y sus derivados como la morfina y la heroína; pero no sobre el cannabis, tal como se puede apreciar en los distintos acuerdos, convenios y protocolos existentes en la mitad del siglo XX, como la Convención Internacional del Opio, de 1912, celebrado en la Haya. El acuerdo sobre la fabricación, el comercio interior y el uso de opio preparado, de 1925, de Ginebra. La Convención Internacional del Opio de 1925, Convenio para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes de 1931, de Ginebra. El Acuerdo para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas, de 1936, celebrado en Ginebra. El protocolo de París de 1948 que somete la fiscalización internacional de las drogas no comprendidas en la Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes, de 1931. El Protocolo de Lake Success, que modifica todos los acuerdos, convenios y protocolos anteriormente nombrados, Nueva York.

cannabis, fue catalogado en las listas I y IV, en donde se encuentran las sustancias cuyo consumo puede ser abusivo o significan un riesgo especialmente grave para la salud pública o tienen valor terapéutico limitado³⁸.

Gracias a esta convención se crea la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) como un órgano que combina³⁹ el Comité Central Permanente de Estupefacientes y el Órgano de fiscalización de Estupefacientes, convirtiéndose en una entidad fiscalizadora encargada de administrar el sistema de licencias para la producción y el certificado de importación de sustancias fiscalizadas instauradas en las anteriores Convenciones de 1931 y 1925.

Las medidas incluidas en esta convención fueron principalmente de carácter preventivo – administrativo salvo las disposiciones penales dirigidas a que todos los países signatarios del acuerdo, reconocieran como delito dentro de sus legislaciones internas, el cultivo y cualquier actividad ligada a la comercialización nacional e internacional, posesión, transporte, producción, preparación, etc., de las sustancias clasificadas en la lista que se mencionó arriba. Adicionalmente, la convención establece el mecanismo de la extradición para las personas que participen en conductas aceptadas como punibles al igual que los actos preparatorios y operaciones financieras, relativos al tráfico ilícito internacional de drogas⁴⁰.

Posteriormente, vinieron otras convenciones relacionadas con drogas o sustancias psicotrópicas. Así, el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, introdujo el control y fiscalización internacional de sustancias de origen sintético como las anfetaminas, LSD, éxtasis, válíum, ente otras, como respuesta al aumento de consumo de las mismas. Por su parte, la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias psicotrópicas de 1988 surge como una respuesta frente al desmesurado aumento de la producción, uso consumo y tráfico de

³⁸ Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, Número 915, Comité de Expertos en Farmacodependencia, Ginebra, 2003. Pág. 1.

³⁹ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Mandato y Actividades, Naciones Unidas, Austria, 2009. Pág. 2.

⁴⁰ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

sustancias narcóticas, psicotrópicas y de drogas estupefacientes a pesar de los esfuerzos nacionales e internacionales que se llevaron a cabo durante la década de los 60's y 70's⁴¹.

Esta convención estaba dirigida a contrarrestar el fortalecimiento económico de empresas delictivas dedicadas a la producción y el tráfico de estas sustancias por lo que el nuevo acuerdo, se concentró en la persecución y represión penal del tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas⁴² y en suprimir las actividades ligadas al tráfico ilícito de drogas. Para ello, los países firmantes debían adoptar en sus legislación interna medidas que tipificaran como delito conductas relacionadas con⁴³

- La producción, la fabricación, la extracción, la preparación, la oferta, la oferta para la venta, la distribución, la venta, la entrega en cualesquiera condiciones, el corretaje, el envío, el envío en tránsito, el transporte, la importación o la exportación de cualquier estupefaciente o sustancia psicotrópica⁴⁴ (...).
- La criminalización de la posesión, la adquisición o el cultivo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas para el consumo personal⁴⁵.
- Nuevas conductas como:
 - o Blanqueo de capitales: En referencia al proceso de legitimación de los activos o bienes de origen ilegal⁴⁶, a través de métodos diversos, en virtud de los cuales los bienes de origen delictivo, se integran en el sistema económico y administrativo con apariencia de haber sido obtenidos de forma lícita⁴⁷.

⁴¹ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁴² Díez Ripollés, J.. "El Control Penal del Abuso de Drogas: Una Valoración Político-Criminal". Revista de Derecho Valdivia, versión online ISSN 0718-0950, Vol. XVIII – No. 1 – Julio 2005. Págs. 199-212.

⁴³ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁴⁴ Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988, Art. 3.1. Delitos y Sanciones.

⁴⁵ *Ibidem*. Op.cit art 3.2.

⁴⁶ Tondini, B. blanqueo de capitales y lavado de dinero: su concepto, historia y aspectos operativos. Centro Argentino de Estudios Internacionales 2009, pág. 11.

⁴⁷ Blanco Cordero, I. "El delito de blanqueo de capitales". Colección de monografías Aranzadi, Navarra. 1997, pág. 101.

- o El desvío de precursores químicos: Denominación dada para referenciar a todas las sustancias catalogadas en los cuadros I y II de la Convención de Viena de 1988, que intervienen en el proceso de elaboración de la droga, incluyendo precursores químicos propiamente dichos, como reactivos y disolventes⁴⁸.

Posteriormente, en los años 80s, la Convención de Viena firmada en 1988 avanzó en nuevas formas de cooperación internacional en materia judicial dirigidas a facilitar las investigaciones en contra de personas u organizaciones criminales, relacionadas con el tráfico de drogas, para asegurar de este modo los medios probatorios requeridos para el juzgamiento de actividades delictivas. W.E Leary⁴⁹, menciona algunas de estas medidas entre las que se encontraban: La entrega vigilada (consiste en dejar que remesas ilícitas o sospechosas salgan del territorio de uno o más países, lo atraviesen o entren en él, con el conocimiento y bajo la supervisión de sus autoridades competentes, para identificar a las personas involucradas en la comisión de estos delitos)⁵⁰; la extradición, que se consolidó en el instrumento internacional más importante de su época; y la asistencia judicial recíproca⁵¹ que estaba dirigida a favorecer las actividades de investigación, enjuiciamiento y demás actuaciones judiciales de conductas punibles enmarcadas en la Convención de Viena.

3. Uso terapéutico del cannabis:

De acuerdo con la Organización de Estados Americanos - OEA, la evidencia del uso terapéutico del cannabis está en pleno desarrollo y en la actualidad demuestra resultados diversos por lo que es necesario proseguir su estudio, utilizando medidas científicas adecuadas⁵².

⁴⁸ Bajo esta denominación se engloban una serie de sustancias químicas que se utilizan habitualmente para usos legítimos pero que, debidamente manipuladas, son necesarias para la fabricación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, motivo por el cual son objeto de control.

⁴⁹ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁵⁰ Convención de Viena de 1988, artículo I, literal g.

⁵¹ González Campos, Fernández Rosas: "De ahí que la Cooperación Judicial Internacional sea absolutamente imprescindible y se haya materializado en un conjunto de normas reguladoras de origen convencional. "Derecho Internacional Privado Español" textos y materiales, vol. I, Derecho Jurídico Internacional, servicio de publicaciones, Facultad de Derecho Universidad Complutense, Madrid, 1990, pág. 321.

⁵² OEA. Ibídem.

El uso medicinal o terapéutico del cannabis ha sido un tema controversial que ha tenido discusión en varios países. Sin embargo, diversos grupos sociales y la comunidad científica ha promovido la legalización de la planta, dado los beneficios encontrados en el tratamiento de múltiples enfermedades. Actualmente, se realizan estudios clínicos para comprobar la eficacia del uso del cannabis en el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con padecimientos crónicos como el cáncer, la artritis, glaucoma, síndrome de Tourette, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y otras enfermedades poco estudiadas, como la fibromialgia⁵³.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) afirmó que el THC, principio activo del cannabis, es hoy en día un medicamento aprobado por la Oficina de Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) y en particular manifestó: *“Se ha demostrado en ensayos clínicos cuidadosamente controlados que este medicamento ofrece un beneficio terapéutico para aliviar las náuseas asociadas con la quimioterapia para el cáncer y para estimular el apetito en pacientes con el síndrome de desgaste (pérdida severa de peso) que a menudo acompaña al SIDA. Sin embargo, hasta la fecha, la evidencia científica no es suficiente para que la planta de la marihuana obtenga la aprobación de la FDA”*⁵⁴. Esto, de acuerdo con NIDA, se debe a que el instituto no realiza investigaciones sobre el tema y ante la ausencia de evidencia científica, no se ha logrado la aprobación de la marihuana como un medicamento.

Ante este panorama, junto con mi Unidad de Trabajo Legislativo nos dimos a la tarea de investigar los estudios clínicos, preclínicos y la información científica disponible sobre marihuana y sus propiedades terapéuticas, encontrando lo siguiente:

⁵³ CNN México. ¿Cuáles son los verdaderos usos terapéuticos de la marihuana? 5 de abril de 2013. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/04/05/cuales-son-los-verdaderos-usos-terapeuticos-de-la-marihuana>

⁵⁴ NIDA. *Drugfacts*: ¿La marihuana es un medicamento? Octubre de 2013. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana-es-un-medicamento>

En marzo de 2006 se llevó a cabo un meta-estudio titulado *Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential* (M., 2006) del profesor francés Martine Ben Amar⁵⁵ en el que se analizaron los ensayos clínicos que hasta julio de 2005 se habían publicado sobre el uso terapéutico de cannabioides por parte de investigadores de todo el planeta. El estudio encontró que en setenta y dos (72) ensayos clínicos se demostraban que los cannabioides (entre ellos, el THC), tenían efectos beneficiosos en la salud de las personas bajo condiciones controladas científicamente⁵⁶.

Posteriormente, en el año 2009, un equipo de la Universidad de Washington publicó en la revista *Journal of Opioid Management*, un estudio denominado: "Medicinal use of Cannabis in the United States: Historical Perspectives, Current Trends, and Future Directions" (Aggarwal SK, 2009). El artículo, demuestra que existen treinta y tres (33) ensayos clínicos controlados científicamente, que han sido publicados en Estados Unidos desde 1971 hasta 2009, en donde se confirman los efectos positivos del cannabis en condiciones médicas específicas⁵⁷. De hecho, el estudio destaca especialmente la eficacia del cannabis como analgésico y compara sus efectos secundarios con aquellos encontrados en los opiáceos, que son los analgésicos más usados en el mundo. Así, se encontró que en la mayoría de estudios los efectos secundarios o adversos fueron relativamente raros o ausentes, en contraposición con el síndrome de abstinencia y la dependencia que generan los opiáceos tradicionales; por lo que se pudo concluir que como analgésico, los cannabioides son extremadamente seguros, y tienen una toxicidad mínima.

Durante el mismo año, el profesor Benedikt Fischer, PhD, Director de CARMHA, CIHR / PHAC Cátedra de Investigación de Salud Pública Aplicada, y profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Simon Fraser de Canada (SFU por sus siglas en inglés), publicó una investigación titulada: "*Cannabis use in Canada: The need for a "public health" approach* (Fischer B, 2009). En ella, afirmó

⁵⁵ Ben Amar. *Ibíd.*

⁵⁶ Alchimia. Marihuana medicinal: 72 ensayos clínicos demuestran su eficacia. Octubre de 2009. Disponible en: <http://www.alchimiaweb.com/blog/marihuana-medicinal/>

⁵⁷ Aggarwal, Sunil y otros. *Medicinal use of cannabis in the United States: historical perspectives, current trends, and future directions*. National Center for Biotechnology Information. Mayo-junio de 2009. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19662925>

que el uso del cannabis en Canadá, está enmarcado en problemas de salud agudos o crónicos que incluyen deterioro cognitivo y respiratorio, episodios psicóticos, dependencia y riesgo de lesiones, siempre y cuando se detecte su aparición temprana y las dosis utilizadas sean de alta frecuencia y duración. Igualmente, hizo un llamado para que en el marco de la salud pública, el consumo de cannabis - especialmente en la población joven – se supervise de forma sistemática para identificar patrones de alto riesgo de consumo y definir las mejores estrategias de prevención en escuelas y lugares de trabajo.

Dos años después, en septiembre de 2011 el profesor Fischer junto con un equipo internacional de expertos realizó un estudio más amplio sobre el cannabis que título: "*Lower Risk Cannabis use Guidelines for Canada (LRCUG): a narrative review of evidence and recommendations*" (Fischer B J. V., 2011). En él, recomendó un enfoque de salud pública para hacer seguimiento al cannabis y reducir los daños a la salud que se derivan de su uso en edad temprana. El objetivo del trabajo fue presentar una serie de recomendaciones con base en evidencia científica para regular el tema y las prácticas nocivas de consumo. Así, el artículo afirmó por ejemplo, que dado que los estudios llevados a cabo sugieren que el uso de cannabis desde una edad temprana puede asociarse a una serie de problemas como enfermedades mentales y dependencia, es urgente comenzar su estudio y análisis. Al parecer, aunque la mayoría de los consumidores de cannabis no pasarán a otras sustancias ilícitas, los que utilizan el cannabis desde una edad temprana son mucho más propensos a hacer esta transición. Igualmente, el artículo avanzó en el estudio del consumo de cannabis antes de conducir, recomendando que cualquier persona que utilice el cannabis no debe conducir durante tres o cuatro horas después del consumo.

Actualmente, las revistas médicas registran varios estudios clínicos relacionados con la materia, que están próximos a ser publicados. Así, pudimos encontrar el estudio titulado: "*Barriers to Access for Canadians who Use Cannabis for Medical Purposes*" (Belle-Isle L, 2007) elaborado por un equipo de expertos entre los que se encuentran Lynne Belle-Isle, presidente de Coalición para la política de drogas en Canadá (Canadian Drug Policy Coalition –CDPC por sus siglas en inglés) y el profesor Zach

Walsh, Ph.D. co-Director del Centro para el Avance de la Ciencia Psicológica y el Derecho (Centre for the Advancement of Psychological Science and Law – CAPSL por sus siglas en ingles) de la University of British Columbia, en Canadá. El estudio realizado sugiere que luego de la autorización legal, los canadienses enfrentan importantes barreras para poseer cannabis con fines médicos y para acceder a un proveedor de cannabis. Así, el estudio recomienda avanzar en estrategias para fomentar mayor investigación científica en el uso del cannabis con fines médicos y abordar las barreras de acceso, el estigma de los pacientes, la controversia que rodea el uso del cannabis con fines médicos y las relaciones médico-paciente, entre otros temas.

Por su parte el estudio: "*Cannabis policy reforms in the Americas: A comparative analysis of Colorado, Washington, and Uruguay*" (B, 2014) elaborado por Bryce Pardo, Gerente del programa LEDA, Legislación de Drogas en las Américas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos (OEA), publicado en junio de 2014, hace un recuento de las reformas legales en las Américas y su inmensa influencia en el debate público sobre la política de cannabis. De esta manera, el estudio profundiza en la situación de Uruguay y los estados de Colorado y Washington, en Estados Unidos, así como en las medidas para regular y legitimar la producción, distribución y consumo de cannabis y sus derivados. De manera interesante, el estudio plantea que la falta de evidencia empírica sobre los efectos de estas reformas se convierte en un gran desafío para los responsables políticos de estos temas y urge al diseño e implementación de nuevas formas de regulación sobre el cannabis. Su estudio presenta un examen exhaustivo de las leyes, reglamentos, y las conversaciones con los reguladores y funcionarios de ambos países y avanza en el análisis de los impactos potenciales y desafíos de cualquier reforma de cannabis.

De otro lado, la Escuela de Salud Pública de Harvard presento un estudio publicado en el *American Journal of Medicine*, sobre el uso de la marihuana en el tratamiento de la diabetes (que hoy día es una de las enfermedades de mayor

prevalencia⁵⁸ en el mundo, con 347 millones de pacientes diabéticos⁵⁹). La universidad, realizó un seguimiento cercano a 4.657 pacientes que participaron en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES) entre 2005 y 2010, y completaron un cuestionario de consumo de drogas; y encontró que el uso regular del cannabis tuvo relación directa con niveles más bajos de insulina en ayunas y probabilidades de menor resistencia a la insulina, una de las características que conducen a la diabetes⁶⁰.

Finalmente, el estudio "*Patterns of Use of Medical Cannabis Among Israeli Cancer Patients: A Single Institution Experience*" (Waissengrin B, US National Library of Medicine, 2014) realizado por Waissengrin B, Urban D, y Leshem Y, entre otros investigadores de la Universidad de Tel Aviv en Israel, muestra una radiografía del consumo de cannabis como altamente eficaz en pacientes con cáncer avanzado. La metodología de la investigación se basó en el análisis de los cuestionarios y las historias clínicas de aproximadamente 17.000 pacientes con cáncer de los cuales 279 recibieron permiso de un oncólogo institucional autorizado para prescribir cannabis. La edad media de los consumidores de cannabis fue de 60 años (el rango oscilo entre 19-93 años), 160 (57%) eran mujeres y 234 (84%) tenían enfermedad metastásica. De 113 pacientes vivos y luego de estudiar el uso de cannabis en un mes, se encontró que 69 (61%) respondió al cuestionario detallado confirmando que existía una mejora en el dolor, el bienestar general, el apetito y las náuseas, reportando un 70%, 70%, 60% y 50%, respectivamente. Los efectos secundarios fueron leves y consistieron sobre todo en la fatiga y mareos. De esta manera el estudio concluyo que "*el consumo de cannabis se percibe como altamente eficaz por algunos pacientes con cáncer avanzado y su administración puede ser regulada, incluso por las autoridades locales. Se requieren estudios adicionales con el fin de evaluar la eficacia del cannabis como parte del tratamiento paliativo de pacientes con cáncer*" (Waissengrin B, 2014).

⁵⁸ Prevalencia: proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

⁵⁹ Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. *National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants*. Lancet, 2011, 378(9785):31-40.

⁶⁰ Univisión Salud. ¿Marihuana contra la diabetes? 17 de mayo de 2013. Disponible en: <http://salud.univision.com/es/diabetes/marihuana-contra-la-diabetes> Consultada el 18 de julio de 2014.

Los estudios clínicos y preclínicos presentados, nos muestra avances en la investigación sobre los efectos terapéuticos de la marihuana y plantean la necesidad de seguir adelantando investigaciones que permitan conocer sus efectos colaterales, los riesgos que pueden presentarse en el consumo a temprana edad, la manera de prevenirlos y en fin, investigaciones que permitan encontrar la mejor manera de regular el uso de esta sustancia, con fines de alivio y manejo del dolor en pacientes de una gran variedad de enfermedades.

Para terminar este aparte y de manera muy breve, quisimos abordar el tema de los cannabinoides sintéticos pues en la literatura consultada, encontramos como una constante, la búsqueda de derivados activos del cannabis, para uso clínico y terapéutico⁶¹.

En relación con los cannabinoides sintéticos, que abarcan una variedad de clases químicas distintas (THC, andocannabinoides, quinolinas, etc.)⁶², su creación se remonta al año 1941, fecha a partir de la cual se han realizado amplias prueba de análogos herbarios del cannabis⁶³. Muchos de estos cannabinoides sintéticos elaborados en laboratorios, dan lugar a efectos similares producidos por los endocannabinoides (producidos por el cuerpo humano). Por ejemplo, algunos estudios documentan que el THC sintético administrado por vía oral, es usado exitosamente para combatir el síndrome de abstinencia causado por la dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas de mayor riesgo⁶⁴.

En la siguiente tabla se esquematiza de manera breve los síntomas tratados con cannabis sintético:

⁶¹ Vannier León. Materia médica homeopática. Tr. Humberto Luna. Porrúa, México. 2000.

⁶² Centro de artigos. Cannabinoides, Los receptores cannabinoides, Fitocannabinoides, Los endocannabinoides, Cannabinoides sintéticos. Disponible en: http://centrodeartigos.com/articulos-enciclopedicos/article_90073.html

⁶³ Mandal, Ananya. Cannabinoids Sintetizado y Patentado. En: *News Medical*. 2 de junio de 2014. Disponible en: [http://www.news-medical.net/health/Synthetic-and-Patented-Cannabinoids-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Synthetic-and-Patented-Cannabinoids-(Spanish).aspx)

⁶⁴ Martínez, Goretty. Regulación jurídica de la marihuana para uso terapéutico y recreativo. Alegatos No. 85: Sección de artículos de investigación – Universidad Autónoma Metropolitana. México, septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/alegatos/pdfs/78/85-12.pdf>

PROYECTO DE LEY No. _____ de 2014 SENADO
 POR MEDIO DE LA CUAL SE REGLAMENTA EL ACTO LEGISLATIVO 02 DE 2009

Padecimiento	Tratamiento con marihuana y/o derivados
Anorexia en pacientes con VIH	El dronabinol (Reino Unido) está autorizado como terapia auxiliar.
Emesis asociada a quimioterapia	Dronabinol (USA) y nabilona (Reino Unido) están autorizados como terapia auxiliar.
Esclerosis múltiple	En estudios con THC, nabilona y cannabis fumada realizados en pacientes con esclerosis múltiple se han observado mejorías en cuanto a la espasticidad y temblor.
Enfermedad de Parkinson	En estudios realizados en pacientes con Parkinson, el cannabis fue poco eficaz para disminuir el temblor.
y alteraciones de movimiento	
Dolor	Algunos estudios muestran una eficacia del THC similar a la codeína.
Síndrome de Tourette	Algunos pacientes asocian el fumar cannabis con la disminución de tics motores y vocales.
Glaucoma	Se ha observado que fumar cannabis reduce la presión intraocular, alrededor de 45%.
Antineoplásico	Se ha reportado un importante potencial de los cannabinoides para inhibir el crecimiento de células tumorales tanto en cultivo como en modelos animales. En España, se ha aprobado el uso de cannabinoides en pacientes con tumores cerebrales del tipo glioblastoma multiforme.

Fuente: Goretty Martínez. Alegatos No. 85.

Para ampliar la información clínica de los estudios científicos arriba mencionados, se presenta a continuación la bibliografía de los mismos:

Aggarwal SK, C. G. (2009, May). *US National Library of Medicine*. Retrieved July 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19662925>

B, P. (2014, June). *US National Library of Medicine*. Retrieved July 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24970383>

Belle-Isle L, H. A. (2007, April). *US National Library of Medicine*. Retrieved July 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453590>

Fischer B, J. V. (2011, September). *US National Library of Medicine*. Retrieved July 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22032094>

Fischer B, R. J. (2009, March). *US National Library of Medicine*. Retrieved July 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19839283>

M., B. A. (2006, March 15). *US National Library of Medicine*. Retrieved July 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16540272>

Organización de los Estados Americanos. (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. OEA.

Waissengrin B, U. D. (2014, June 4). *US National Library of Medicine*. Retrieved June 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24937161>

Waissengrin B, U. D. (2014, June). *US National Library of Medicine*. Retrieved July 18, 2014, from NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24937161>

4. Estado actual de penalización, regulación y legalización del cannabis en el mundo.

El cannabis, actualmente es una sustancia sujeta a restricciones especiales, dentro del marco de la Convención Única de Estupefacientes de 1961, aprobada por la Asamblea de Naciones Unidas. En el literal b, del párrafo 5º, artículo 2º del acuerdo, se indica:

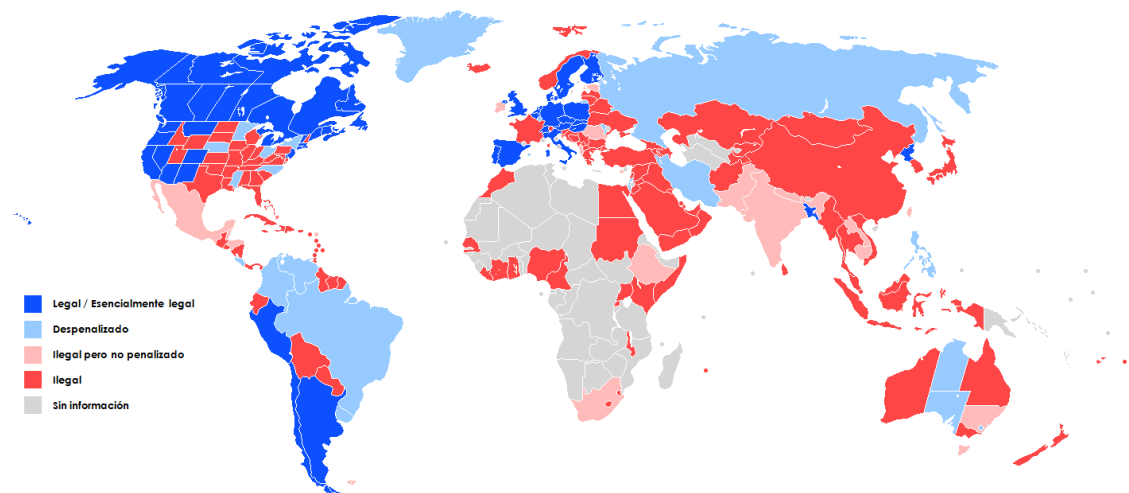
“Las Partes prohibirán la producción, fabricación, exportación e importación, comercio, posesión o uso de tales estupefacientes, si a su juicio las condiciones que prevalezcan en su país hacen que sea éste el medio más apropiado para proteger la salud y el bienestar públicos, con excepción de las cantidades 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”

Este aparte de la Convención, mientras prohíbe la producción, fabricación, comercio y uso de sustancias estupefacientes como el cannabis, permite el uso de

estas sustancias expresamente para empleos médicos y científicos, actuando bajo el principio de buena fe que pueden aducir los Estados Parte del Convenio, tal como lo señalan los Comentarios oficiales de la Convención de 1961⁶⁵.

En el marco de esta regulación, algunos países del hemisferio manifiestan una tendencia hacia la despenalización del consumo de sustancias psicoactivas, particularmente el cannabis para uso terapéutico, a pesar de la prohibición general del consumo y la venta, de las sustancias prohibidas en la Convención de 1961⁶⁶. Así, los países en todo el mundo no solo han iniciado el debate del uso del cannabis medicinal, sino también han permitido por vía legislativa, que se inicien investigaciones propias para aprobar su uso terapéutico.

A continuación se muestra una imagen, del estado actual de la legalización del cannabis en el mundo:



Fuente: Wikisources⁶⁷

Como bien es sabido, en el continente americano, la lucha prohibicionista contra el uso, posesión, venta, cultivo y transporte de marihuana ha sido liderada por

⁶⁵ Naciones Unidas. Comentarios a la Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes. Nueva York, 1989. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Comentarios_a_la_convencion_unica_de_1961.pdf

⁶⁶ OEA. Ibídem.

⁶⁷ Trinitresque. "Legality of cannabis for medical purposes". Wikimedia Commons. Disponible en: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Legality_of_cannabis_for_medical_purposes.png#mediaviewer/File:Legality_of_cannabis_for_medical_purposes.png.

Estados Unidos, en donde a pesar de que internamente varios de sus estados miembros han permitido el uso de la marihuana incluso con fines recreativos, (actualmente hay 23 Estados que aprueban dentro de su legislación el uso medicinal del cannabis⁶⁸), a nivel federal sigue siendo una sustancia ilegal.

El investigador W.E. Leary, eleva cuestionamientos sobre la política actual del Gobierno Norteamericano en materia de drogas pues por un lado, sigue manteniendo a nivel internacional la imagen de ser promotor de la prohibición y represión de las drogas, pero a nivel de los diferentes estados integrantes de la unión, se observa una amplia tolerancia de estas drogas en su territorio. En su libro *Marihuana*⁶⁹, Leary afirma que la "Guerra contra las drogas", fue un programa implantado desde 1971 por el Gobierno Federal de los Estados Unidos, basado en el *Controlled Substances Act (CSA)* o Ley de Sustancias Controladas de 1970. Este documento declara que los actos de tráfico, posesión, cultivo, venta, compra y comercialización, son conductas perseguibles por las fuerzas del orden estatal y federal⁷⁰ (FBI y DEA), teniendo en cuenta que representan delitos de alta gravedad y que por lo tanto se debe prevenir y judicializar todo tráfico de sustancias consideradas psicoactivas, estupefacientes o narcóticas de acuerdo con los Convenios Internacionales de la ONU.

En el marco de la ley de 1970, la marihuana y/o los derivados cannabicos⁷¹ se consideran sustancias controladas cuyo tráfico, porte, tenencia, cultivo o comercio son ilegales a nivel federal⁷². Pese a lo anterior, en el año 2010, el Consejo Municipal de Oakland (California), aprobó mediante ordenanza⁷³, la concesión de licencias para la producción, procesamiento, empaque, distribución y comercialización del cannabis en los dieciséis Estados de la Unión

⁶⁸ El Tiempo. Estado de Nueva York autoriza uso de marihuana con fines terapéuticos. 7 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/estado-de-nueva-york-autoriza-uso-de-marihuana-con-fines-terapeuticos/14218635>

⁶⁹ Leary W.E. *Marijuana*. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁷⁰ Los delitos federales: Son aquellos que el legislativo de la Unión tipifica como tales, en el Código Penal Federal, o en Derecho Penal Especial, si la conducta reprochable punible se realiza en la jurisdicción federal.

⁷¹ Santiago Negrón, S. "Alternativas al modelo prohibicionista en el tratamiento de la adicción a drogas". *Revista Ciencias de la Conducta*. Vol 8. Publicaciones puertorriqueñas. 1999, pág. 2.

⁷² Ídem.

⁷³ La razón.es Oakland legaliza la marihuana a gran escala, 22 de julio de 2010.

Americana que permiten la venta de marihuana medicinal⁷⁴ o para fines psicológicos (California, Colorado, Washington). Adicionalmente, la legislación norteamericana permite la manufactura de diversos productos psicoactivos derivados del cannabis, como por ejemplo el refresco denominado *Canna Cola*, que según Leary⁷⁵, contiene entre 35 y 65 miligramos de tetrahidrocannabinol (THC)⁷⁶ siendo comercializado en tiendas del Estado de Colorado.

Por su parte, en el Estado de California, la marihuana con fines terapéuticos fue regulada a partir del 1 de enero de 2004, a través del Compassionate Use Act o Ley de Uso Compasivo llamada Senate Bill 420. Esta ley, que reconoce en el cannabis usos terapéuticos y medicinales, establece que la condición médica del usuario, es decir, el diagnóstico de alguna patología crónica "*o persistente que limite, de manera considerable, su capacidad para realizar una o más de las principales actividades vitales*"⁷⁷, es el factor determinante para la generación de derechos de porte, posesión y cultivo de la planta.

Leary, afirma que la regulación de la Ley SB 420, exige un registro de los pacientes usuarios de cannabis con fines médicos, autorizando la posesión, transporte, entrega o cultivo de marihuana para uso sanitario, permitiendo tener ocho (8) onzas de flores procesadas, secas y maduras de la planta hembra de la marihuana y no más de seis (6) plantas maduras o doce (12) plantas no maduras por paciente calificado.

Luego de California otros estados de la unión reconocen el derecho de sus habitantes al uso de la marihuana para fines medicinales y terapéuticos, entre los que se encuentran Alaska, Arizona, Colorado, Hawaii, Maine, Maryland, Michigan, Montana, Nevada, New Jersey, Nuevo México, Oregon, Rhode Island, Vermont y Washington, D.C.

⁷⁴ California (Senate Bill 420). Colorado, Washington "Ballot Measures" (propuestas vinculantes 06-11-2012)

⁷⁵ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁷⁶ Edición digital de la Revista Time. 26 de enero de 2011.

⁷⁷ Departamento de Salud Pública del Condado de Stanislaus (California). "Programa de Tarjetas de Identificación para Uso Médico de la Marihuana" disponible en: www.schsa.org/PublicHealth/programs/pages/pdf/StanMMICPFAQs_Spanish.pdf

El uso terapéutico de la marihuana, también ha impactado el modelo judicial de los Estados Unidos, a través de los llamados Tribunales de drogas⁷⁸. Este, fue un modelo de jurisdicción alternativa introducido inicialmente por el Sistema de Tribunales de Miami que en 1989, empezó a colocar a los transgresores de delitos relacionados con las drogas, en un programa⁷⁹ intensivo de tratamiento de rehabilitación, rompiendo así el círculo de abuso de sustancias, criminalidad y reclusión⁸⁰, que tenía colapsado el Sistema Judicial en distintos Estados Norteamericanos⁸¹.

De acuerdo con el *Estudio del Tribunal de Drogas local: Gestión de las mediciones de desempeño y evaluaciones de proceso*, redactado por el Instituto Nacional de Tribunales de Drogas, filial de educación, investigación y becas de la Asociación Nacional de Profesionales de Tribunales de Drogas de los Estados Unidos⁸², estos tribunales actualmente pueden considerarse omnipresentes dentro del sistema de justicia penal estadounidense. De hecho afirma el estudio, estos tribunales adquieren la calidad de terapéuticos debido a que ponen énfasis en tratamientos por abuso de sustancias en lugar de preferir la alternativa del encarcelamiento⁸³. En 2004, la cantidad total de programas de tribunales de drogas en funcionamiento en los Estados Unidos llegó a 1.621, mientras que la cantidad total de tribunales para la resolución de conflictos en general era de 2.557 (Huddleston, Freeman-Wilson, & Marlowe, 2005). El estudio, manifiesta que en términos generales, se atribuye a los tribunales de drogas la reducción del grado de reincidencia, la retención de pacientes en tratamiento y la mejora de resultados en cuanto a infractores que abusan de sustancias⁸⁴.

⁷⁸ Leary W.E. *Marijuana*. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁷⁹ Carson, F. Huddleston, W. "El aspecto cambiante de los Tribunales de Estados Unidos", *Los tribunales de Drogas en Estados Unidos*. Filadelfia, 2003. Pág. 14.

⁸⁰ Dueñas, M. *Op. Cir.* 2008. Pág. 6.

⁸¹ Leary W.E. *Marijuana*. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁸² Heck, Cary. *Estudio del Tribunal de Drogas local: Gestión de las mediciones de desempeño y evaluaciones de proceso*. Junio de 2006.

⁸³ Dueñas, M. "Las Naciones Unidas y los tribunales de tratamiento de drogas" UNODC 2008. Pág. 6.

⁸⁴ Heck, Cary. *Estudio del Tribunal de Drogas local: Gestión de las mediciones de desempeño y evaluaciones de proceso*. Junio de 2006.

De acuerdo con W.E Leary⁸⁵ la implementación de estos Tribunales ha sido muy positiva y cita las afirmaciones de Laura Safer, Jueza miembro de la Corte Suprema de Nueva York, quien en relación con el programa ha dicho que: *“La tasa de reincidencia es de apenas 4% en nuestros graduados, en contraste a la tasa superior al 40% para quienes no participaron en tales programas durante el mismo periodo de tiempo.*

En la ciudad de Nueva York, se calcula que al menos el 45% de los demandado hallados culpables de tenencia de drogas va a reincidir por un delito similar en un plazo de 2 a 3 años. En contraste, la reincidencia entre todos los participantes de los programas de los juzgados de drogo delincuencia ha fluctuado entre un 5-25% y aproximadamente un 4% en cuanto a los graduados⁸⁶”.

Además de las bajas tasas de reincidencia que revela la alternativa de los Tribunales de Drogas, este programa reporta importantes resultados en materia presupuestal. Así, en palabras de W.E Leary, mientras el Sistema Penitenciario en los Estados Unidos destina aproximadamente 20 mil dólares anuales para mantener encarcelada a una persona; un sistema integral de juzgados de drogo delincuencia cuesta entre US\$2.500-4.000 al año por cada infractor⁸⁷. En esta misma línea, Leary presenta resultados representativos de la eficacia lo los juzgados de tratamiento afirmando que los juzgados de drogo delincuencia le han permitido a Nueva York ahorrar US\$254 millones en impuestos, a California US\$43 millones, a Washington US\$ 6.779, y a Oregón calcular un ahorro de US\$10 por cada dólar invertido⁸⁸.

En el caso de Latinoamérica, Uruguay se ha convertido en el primer país en legalizar el uso del cannabis, no solo para fines medicinales, sino también para uso recreativo e industrial. La despenalización regulada del cannabis en el marco legislativo uruguayo fue iniciativa del poder ejecutivo en cabeza del Presidente de la República José Mujica⁸⁹, que actualmente, impulsa ante la Cámara de

⁸⁵ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁸⁶ Safer, L. “La experiencia de las cortes de droga en Estados Unidos”. Fundación Paz Ciudadana. 2004, pág. 5.

⁸⁷ Koch, R.J. Renna, C. March, H. “Los Tribunales de drogas, una experiencia de EE.UU.”. Portal Bioceánico. 2001.

⁸⁸ Safer, L. Op. Cit. Pág 5.

⁸⁹ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

Diputados de Uruguay un proyecto de ley para regularizar y despenalizar la producción, distribución y comercialización del cannabis y sus derivados, como herramienta político-criminal que contrarreste las acciones delincuenciales vinculadas con el narcotráfico⁹⁰.

La legalización de la marihuana en Uruguay, está a cargo de un organismo creado por la Presidencia de la Republica, de carácter interministerial llamado la Junta Nacional de Drogas (JND) que actúa como organismo rector de las políticas públicas en materia de estupefacientes especialmente en lo relacionado con reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación, tratamiento y rehabilitación, comunicación, debate público y académico. La junta, está integrada por miembros permanentes, representantes de las Subsecretarías de los Ministerios de Interior, Relaciones Exteriores, Economía y Finanzas, Defensa Nacional, Educación y Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Salud Pública, Turismo y Deporte y Desarrollo Social y es presidida por el Prosecretario de la Presidencia e integrada con el Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas (SND) y el Secretario General de la Secretaría Nacional Antilavado de Activos (SNAA)⁹¹.

Las discusiones sobre regulación del uso de la marihuana, también han influenciado el continente europeo, me refiero a los casos de España y Holanda. Particularmente en el caso de España, a partir de julio de 2010, el debate sobre este tema, permitió el consumo autorizado de un medicamento derivado del cannabis denominado Sativex. Este medicamento está autorizado para su distribución por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y se receta para enfermedades crónicas como esclerosis múltiple.

En el caso de Holanda, en materia de marihuana, resalta su política de judicialización y los establecimientos autorizados de consumo llamados Coffee Shops. En relación con la política de judicialización, W.E Leary, afirma que se

⁹⁰ Informe Latino América. Agencia EFE. "Uruguay: Gobierno envía a Parlamento proyecto de ley para legalizar marihuana". Montevideo, 9 de agosto de 2012.

⁹¹ Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República de Uruguay. http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=2&Itemid=5

caracteriza por la aplicación del denominado principio de oportunidad, mediante el cual el sujeto activo de la acción penal, se inhibe del procedimiento o de la persecución penal de una conducta punible determinada, pues le da prioridad a la investigación y persecución judicial de conductas criminales de mayor relevancia establecidas por la Fiscalía General de los Países Bajos. Entre ellas el tráfico de drogas duras y la comercialización ilícita del cannabis⁹².

Además del principio de oportunidad, la legislación holandesa contempla la venta de pequeñas cantidades de marihuana o hachís, para usos psicolúdicos en los establecimientos autorizados o Coffee shops. Estos “cafes” son establecimientos comerciales, que son autorizados por el ayuntamiento local de la ciudad en consenso con el Ministerio Público y la policía local de la comunidad⁹³. Según Leary, en estos locales está permitida la venta y consumo de cannabis bajo las siguientes condiciones:

- Se prohíbe la venta e ingreso a menores de 18 años al establecimiento.
- Está prohibida la publicidad referente a la sustancia estupefaciente.
- No almacenar en el local, más de 500 kilos de la sustancia.
- Solo pueden vender 5 gramos de cannabis al día por persona.
- No se pueden vender otras sustancias catalogadas como duras⁹⁴.

Esta política ha sido llamada separación de mercados porque busca separar el mercado de cannabis, del de las drogas duras, con el fin de controlar el consumo de drogas que signifiquen alto riesgo colectivo o un problema sanitario y social⁹⁵. Según Leary, el objetivo es evitar que los consumidores de cannabis entren en contacto o en el uso de drogas mucho más lesivas desde el punto de vista sanitario⁹⁶.

⁹² Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁹³ El Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes. “La política holandesa de la droga”. Continuidad y cambio. Servicio de Información Exterior del Estado. 1995, pág. 5.

⁹⁴ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

⁹⁵ Cámara de los Estados Generales, 1974-1975. 11742.8, Servicio de Información Exterior del Estado de los Países Bajos. Pág. 4.

⁹⁶ Leary W.E. Marijuana. Ed. Lex Puniendi. 2012.

Es importante resaltar que la venta por fuera de los cauces legales establecidos, así como la producción, posesión y almacenamiento de cantidades superiores a 30 gramos de cannabis, son conductas punibles en Holanda, cuyas penas están contempladas en 4 años de prisión para la importación o exportación y 2 años para la fabricación, incluyendo el cultivo con fines de ilegalidad y transporte⁹⁷.

5. Pacientes con enfermedades crónicas en Colombia.

En el marco de los hallazgos expuestos, quisimos explorar la población colombiana que podría beneficiarse de promover investigaciones científicas sobre los efectos del cannabis en la salud humana y de permitir su uso terapéutico para el manejo del dolor asociado a enfermedades crónicas. Así, encontramos que la Encuesta Nacional de Salud, realizada por el Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Protección Social en 2007⁹⁸, presento las siguientes estadísticas relacionadas con pacientes de enfermedades crónicas, que de acuerdo con lo estudios clínicos reportados, podrían ser beneficiarios directos de los efectos del uso medicinal de cannabinoides:

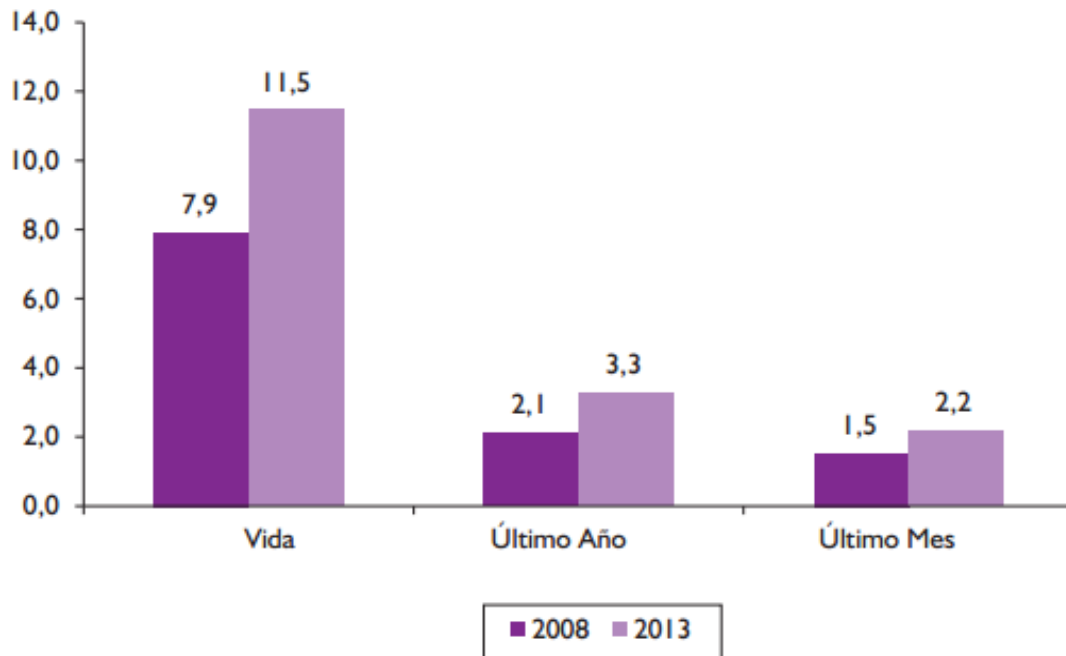
- Epilepsia: el 1% de la población manifiesta que han sido diagnosticados con este padecimiento. En el 25% de los casos el diagnóstico fue hecho antes de cumplir mayoría de edad. El 63% de estas personas ha recibido algún tipo de tratamiento en el último año por esta causa.
- VIH-SIDA: El 0,7% de las personas entre 18 a 69 años manifiestan haber contraído alguna enfermedad de transmisión sexual en el último año. Se estima que la prevalencia para VIH es de 0,04%.
- Diabetes: La prevalencia para este mal referida por entrevista resultó de 3,51% para el ámbito nacional.

⁹⁷ Ibidem.

⁹⁸ Ministerio de Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados nacionales. Enero de 2009. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Encuesta%20Nacional.pdf>

- Dolor crónico de espalda y nuca: La prevalencia de dolor crónico de espalda o nuca es elevada, llegando al 28,52%. Estos dolores acompañados con irradiación hacia las piernas es de 8,66%.
6. Resultados consumo marihuana en Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013.

El pasado 3 de julio del presente año, el Gobierno Nacional presentó el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013⁹⁹, que entre varios hallazgos, encontró que el consumo de tabaco disminuyó a nivel nacional, el consumo de alcohol se mantuvo estable y el consumo de sustancias psicoactivas presentó un aumento significativo, sobre todo en lo relacionado con la marihuana. Veamos las cifras de consumo de marihuana, en la siguiente gráfica:



Fuente: Ministerio del Interior y de Justicia¹⁰⁰

⁹⁹ Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Justicia presentará nuevo Sistema de Información sobre drogas y los resultados del Estudio Nacional de Consumo. 2 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.minjusticia.gov.co/Noticias/TabId/157/ArtMID/1271/ArticleID/655/Ministerio-de-Justicia-presentar%C3%A1-nuevo-Sistema-de-Informaci%C3%B3n-sobre-drogas-y-los-resultados-del-Estudio-Nacional-de-Consumo.aspx>

¹⁰⁰ Ministerio del Interior y de Justicia et al. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. Junio de 2014. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

La gráfica, muestra que la prevalencia del uso del cannabis para el último año, es superior a un punto porcentual, lo que equivale a un aumento relativo superior al 50% (de 2.1% en el 2008 a 3.3% en el 2013). De acuerdo con este estudio, la marihuana continúa siendo la droga ilícita de mayor consumo en el país.

Los datos presentados, hacen necesario abrir el debate público sobre el tema del consumo de la marihuana. Este proyecto no busca simplemente importar un modelo extranjero relacionado con el uso medicinal de la marihuana. Lo que en realidad queremos, es acumular evidencia científica que nos permita ser efectivos en la respuesta a los riesgos que presenta el consumo de marihuana; para lo cual, es fundamental reconocer las características particulares de nuestro país, el perfil epidemiológico de sus habitantes, las condiciones de cultivo y producción interna y como se mostró, las estadísticas de consumo a edad temprana, para desarrollar un modelo propio, a partir de datos clínicos y científicos obtenidos en el territorio nacional. El debate necesita iniciarse sin más demoras.

II. MARCO NORMATIVO VIGENTE

“ACTO LEGISLATIVO 02 DE 2009

(Diciembre 21)

Por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. El artículo 49 de la Constitución Política quedará así:

"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme

a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Respecto a la expresión subrayada, la Corte Constitucional se declara INHIBIDA mediante Sentencia C-574 de 2011

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos".

Artículo 2º. El presente acto legislativo rige a partir de su promulgación.

III. EL PROBLEMA DEL MARCO NORMATIVO VIGENTE

En materia de sustancia psicoactivas, Colombia se rige por la Ley 30 de 1986 denominada Estatuto de Estupefacientes, que incluye con claridad la definición de

lo que se entiende por droga, estupefacientes, medicamento psicotrópico y la cantidad considerada *dosis personal*.

Su artículo 51, que establecía las sanciones al porte y consumo de drogas que produzcan dependencia, fue declarado inexecutable mediante la sentencia C-221 de 1994. Por su parte, el Decreto 1108 del 31 de mayo de 1994 que reglamenta disposiciones de los Códigos del Menor, Código Sustantivo del Trabajo, Código Nacional de Tránsito Terrestre, la ley 115 de 1994 (Ley de educación) y el Estatuto de Estupefacientes; definió los casos en que está permitido limitar el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, fijando criterios para adelantar programas educativos y de prevención sobre la materia.¹⁰¹

El debate en materia de sustancias psicoactivas no es nuevo. Por el contrario, en varias oportunidades se ha intentado eliminar la legalización de la dosis mínima en Colombia aprobada mediante la Sentencia C-221 de 1994. Nos permitimos presentar una relación de los eventos más recientes:¹⁰²

- 1994: El presidente de la época Cesar Gaviria, hizo públicas sus intenciones de convocar a un referendo para eliminar la dosis personal, sin que llegara a concretarse dicha consulta.
- 2002: La Ley 745 de 2002, fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional a través de la sentencia C101/2004. Esta ley sancionaba con multa de dinero el consumo de sustancias, en frente de menores de edad y el porte y consumo de la dosis mínima.
- 2003: El presidente del momento Álvaro Uribe Vélez, impulsa un referendo que prohíbe el porte y consumo de la dosis mínima, perdiendo en las urnas.

¹⁰¹ Legalización sobre drogas en Colombia. ¿La re penalización de la dosis personal? Consultado 17 de julio de 2014. Disponible:

https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CDsQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.mamacoca.org%2Fdocs_de_base%2FLegislacion_tematica%2FLaraCardona_Legislacion_sobre_drogas_en_Colombia_comite_prevencion_gov_co_2011.ppt&ei=iPIU_iDLbPksASDq4K4Cw&usq=AFQjCNFKZ4Pf4nFdagNne1lh8dM3RY3LTA&sig2=jalXKdtGU2qvsrhMQfLGBg&bvm=bv.71198958,d.b2U

¹⁰² Los centros de atención médica a drogadictos, entre el discurso político y la acción técnica. Consultado 17 de julio de 2014. Disponible en <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/dlr22s.pdf>

- 2007: La Ley 1153 de 2007, retomó el articulado de la ley 745 de 2002 y nuevamente mediante sentencia C-879 de 2008, la Corte Constitucional la declaró inexecutable.
- 2009: Se aprobó el Acto Legislativo 02 de 2009, prohibiendo el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, salvo prescripción médica.
- 2011: Con la ley 1453 (Seguridad Ciudadana) de ese año, se pretendió penalizar la dosis mínima, y de manera reiterada, la Corte Constitucional declaró inexecutable su artículo 11, por considerar que la dosis mínima no se debe penalizar.
- 2012: La Ley 1566 de este año, reconoce el consumo de sustancias psicotrópicas como un asunto de salud pública, garantizando la atención integral a personas adictas a través del Plan Obligatorio de Salud, promoviendo un enfoque en el que el adicto es tratado como paciente del sistema de salud y no un criminal.
- 2012: Se dio a conocer a la opinión pública, un anteproyecto de ley que modificaría el estatuto Antidrogas. Sin embargo, a la fecha no se ha radicado en el Congreso de la República, su versión final.

En relación con el Acto Legislativo 02 de 2009, materia de este proyecto de ley, vale la pena estudiar su trámite ante la célula legislativa y los antecedentes de sus debates. En particular, nos detendremos en la frase: *“El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica.”*

En relación con esta frase, encontramos que en la sesión Plenaria de la Cámara de Representantes¹⁰³ el Honorable Representante, Elías Raad Hernández al preguntarse qué son los estupefacientes, afirmó categóricamente que los mismos:

¹⁰³ Congreso de la República. Acta de Plenaria 176 del 12 de mayo de 2009 Cámara, Gaceta 650. Disponible en Gaceta del Congreso de la República de Colombia.

*"son sustancias medicinales que por definición provocan sueño o estupor y en la mayoría de los casos inhiben la transmisión de las señales nerviosas asociadas al dolor. Este es el caso por ejemplo de las benzodiazepinas, el diazepam, el clonazepam, el rivotril, o el caso del fenobarbital, droga ampliamente utilizada, en el control del síndrome epiléptico, de las convulsiones, droga que induce al sueño, y que incluso también, como el fenobarbital, es utilizado médicamente para inducir un coma profundo en el tratamiento de algunas alteraciones..... por ello pienso y llamo la atención en que no podemos en la Constitución colombiana dejar de un tajo, que el porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, está prohibido".*¹⁰⁴

Posteriormente, el Representante a la Cámara afirmó que hay muchos pacientes con epilepsia que cargan en sus bolsillos medicamentos como el *fenobarbital*, o con inductores del sueño, como la *benzodiazepina*. Por esta razón, afirmo que la modificación constitucional debe ser muy clara en su redacción con el fin de que no se prohíba el consumo de drogas duras, que tienen usos medicinales.

Igualmente, menciono el papel de drogas como la morfina en el uso terapéutico de infartos de miocardio, enfermedades terminales, cáncer u otras enfermedades asociadas con altos niveles de dolor. En particular el representante manifestó:

"Dentro de los estupefacientes también hay los inhibidores del dolor, como el caso de la morfina de uso terapéutico en los infartos del miocardio y en las enfermedades terminales, en el cáncer y otro tipo de enfermedades asociadas con mucho dolor, que los médicos prescribimos para quitar el dolor o calmar el dolor. No puedo olvidar las lecciones de los cardiólogos, que fueron mis docentes, cuando señalaban que lo más importante en el infarto del miocardio era quitar el dolor y la droga por excelencia para ello, era la morfina, cuyo abuso lógicamente va a producir una adicción que no se la deseo a nadie, pero que es una droga milagrosa para salvar vidas en el

¹⁰⁴ Congreso de la República. Acta de Plenaria 176 del 12 de mayo de 2009 Cámara, Gaceta 650. Disponible en Gaceta del Congreso de la República de Colombia.

caso del infarto del miocardio por ejemplo, con esa anotación, distinguido ponente Nicolás Uribe, de que excluyamos las drogas bajo prescripción médica, podríamos continuar el debate."

En la misma sesión Plenaria de Cámara el H.R. Nicolás Uribe indicó que:

"El porte y consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas, está prohibida, salvo estricta prescripción médica, de esa manera nos acomodamos a las preocupaciones que tiene el Congreso sobre la prohibición de sustancias necesarias para tratamientos médicos y adicionalmente a eso nos ajustamos a las convenciones de Ginebra que trata sobre el tema de estupefacientes precursores y psicotrópicos."

IV. BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD

El bloque de constitucionalidad, particularmente respecto del tema de este proyecto, está conformado por:

- a) “Convención Única Sobre Estupefacientes” -1961-** Colombia participó, mediante la firma de la convención el 3 de marzo de 1975. Aprobado por la Ley 13 de 1974 y su Decreto de promulgación 1019 de 1990; entro en vigor el 2 de abril de 1975.

Los objetivos principales del acuerdo, son limitar la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes, únicamente a los fines médicos y científicos; y en los demás casos, hacer frente al tráfico de drogas a través de cooperación internacional encaminada a disuadir y desalentar a los traficantes de drogas.¹⁰⁵

- b) “Convención Única Sobre Sustancias Psicotrópicas” – 1971-** Ratificada por el Estado Colombiano el 12 de mayo de 1981. Esta convención fue aprobada por la Ley 43 de 1980 y entro en vigor el 10 de agosto de 1981.

¹⁰⁵ Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. Apoyo y Vigilancia del cumplimiento de los gobiernos con los acuerdos internacionales de fiscalización. Consultado 17 de julio de 2014. Disponible: https://www.incb.org/incb/es/narcotic-drugs/1961_Convention.html

Este acuerdo firmado en Viena, mantiene la línea de la convención firmada en 1961, en el sentido de restringir las importaciones, exportaciones de drogas, limitando su uso excepto para propósitos médicos y científicos.

- c) **“Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.-1981-** Suscrita el 20 de diciembre de 1988, aprobada mediante la Ley 67 de 1993, y ratificada el 10 junio 1994. La Sentencia que declara la constitucionalidad de la convención es la C-176 de 1994, y el Decreto de promulgación es el 671 de 1995.

Este acuerdo entro en vigor el 10 de septiembre de 1994 y *“reforzó significativamente la obligación de los países de imponer sanciones penales para combatir todos los aspectos de la producción ilícita, posesión y tráfico de drogas”*.¹⁰⁶

V. MARCO JURISPRUDENCIAL.

La discusión sobre el uso terapéutico de la marihuana no ha tenido ningún antecedente en nuestro ordenamiento jurídico a pesar de la existencia de una norma constitucional que la permita. Así, la única discusión que se ha llevado a cabo, ha sido sobre la prohibición de la dosis mínima, la cual se encuentra definida en la Ley 30 de 1986 así:

“j) Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo.

Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos.

¹⁰⁶ Control de drogas de las Naciones Unidas. Consultado 17 de julio de 2014. Disponible: <http://www.undrugcontrol.info/es/control-de-drogas-de-la-onu/convenciones>

No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad.”¹⁰⁷

De esta forma, en materia jurisprudencial, contamos con la sentencia C – 221 de 1994 a través de la cual la Corte Constitucional despenaliza el consumo de la dosis personal al considerar que su penalización era contraria a los principios de dignidad humana y de autonomía individual. Así se pronunció el alto tribunal sobre el fundamento último de la despenalización de la dosis mínima:

“Es el reconocimiento de la persona como autónoma en tanto que digna (artículo 1o. de la C.P.), es decir, un fin en sí misma y no un medio para un fin, con capacidad plena de decidir sobre sus propios actos y, ante todo, sobre su propio destino.”¹⁰⁸

Posteriormente, en sentencia C – 574 de 2011 la Corte Constitucional se inhibió de pronunciarse del extracto contenido en el numeral 6 del acto legislativo 02 de 2009, afirmando que:

“El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica”¹⁰⁹.

Esta decisión jurisprudencial se basó en la deficiente argumentación de la parte demandante que no identificó de forma precisa “la proposición jurídica demandada en toda su integridad y la satisfacción en relación con toda ella, de una argumentativa suficiente”¹¹⁰. A pesar de esto, la sentencia ratifica una vez más que el acto legislativo no ampara la penalización del porte y consumo de estupefacientes si se hace bajo la figura de la dosis mínima.

Ese mismo año, en la sentencia C – 882 de 2011 la Corte Constitucional declaró que el Acto Legislativo 02 de 2009 no limita las prácticas culturales y ancestrales de las

¹⁰⁷ Artículo 2. Ley 30 de 1986.

¹⁰⁸ Corte Constitucional. Sentencia C – 221 de 1994. M. P. Carlos Gaviria Díaz.

¹⁰⁹ Acto Legislativo 02 de 2009.

¹¹⁰ Corte Constitucional. Sentencia C – 574 de 2011. M. P. Juan Carlos Henao Pérez.

comunidades indígenas y que por ello no requería de consulta previa, al afirmar que:

“la Sala observa con fundamento en los antecedentes legislativos y en la ubicación de la reforma en el texto constitucional, que el Acto Legislativo 02 de 2009 prohíbe el porte y consumo de sustancias estupefacientes –incluida la hoja de coca- y psicoactivas con el propósito exclusivo de atacar la drogadicción como un problema de salud pública. Por tanto, esta prohibición, desde el punto de vista teleológico y sistemático, no es aplicable a las comunidades indígenas, pues el uso, consumo y cultivo de la hoja de coca en estas comunidades no está asociado a la drogadicción ni conlleva problemas de salud para sus miembros. Como se explicó en apartes previos, el uso, consumo y cultivo de la hoja de coca en las comunidades indígenas hace parte de sus costumbres ancestrales, es decir, es una práctica protegida por los derechos a la identidad cultural y a la autonomía de los pueblos indígenas y, por tanto, amparada por el principio de respeto y protección de la diversidad étnica y cultural. En consecuencia, afirmar que los indígenas “son adictos o contribuyen al tráfico ilícito de sustancias estupefacientes como causa de la drogadicción” sería desconocer el valor cultural de la práctica y constituiría un atentado directo contra sus derechos a la identidad étnica y cultural y a la autonomía. Por estas razones, debe concluirse que el Acto Legislativo no es aplicable a las prácticas tradicionales de las comunidades indígenas ligadas a la hoja de coca.” ¹¹¹

Por último en sentencia C – 491 de 2012, el alto tribunal ratificó una vez más el acto legislativo 02 de 2009, al afirmar que el mismo:

“no conduce a la criminalización de la dosis personal, comoquiera que no comporta una finalidad represiva frente a quien tenga la condición de adicto, sino de protección a través de medidas y tratamientos

¹¹¹ Corte Constitucional. Sentencia C – 882 de 2011. M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico, la cuales deben contar con el consentimiento informado del adicto."

Asimismo la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en las sentencias 23609 de 2007, 28195 de 2008, 31531 de 2009, y 35978 ha establecido que:

"(i) El concepto de dosis personal y su regulación prevista en el literal j) del artículo 2° de la Ley 30 de 1986 continúan vigentes; (ii) en casos de porte de sustancias prohibidas en cantidad de baja significación es preciso analizar si la conducta reviste relevancia penal por concurrir la exigencia de antijuridicidad material (Art. 11 C.P. lesividad), es decir si reviste idoneidad para afectar el bien jurídico de la salud pública, o si se trata de un acto que solo concierne al fuero individual del portador; (iii) cuando se trata del porte, tráfico o fabricación de estupefacientes en cantidades comprendidas dentro del rango de dosis personal, destinadas no al consumo sino a su comercialización e incluso a su distribución gratuita, la conducta será antijurídica pues afecta los bienes que el tipo penal protege; (iv) cuando la sustancia, atendiendo cantidades insignificantes o no desproporcionadas, concepto que incluye la dosis personal, está destinada exclusivamente al consumo propio de la persona, adicta o sin problema de narcodependencia, no concurre el presupuesto de la antijuridicidad en tanto no se afectan los bienes jurídicos que el legislador pretende proteger; (v) A pesar de la prohibición introducida por el Acto Legislativo 02 de 2009 (Art. 49 C.P.), y de la modificación al artículo 376 del Código Penal efectuada por el artículo 11 de la Ley 1153 de 2011, es posible tener por impune el consumo de estupefacientes en las dosis fijadas en el literal j) del artículo 2° de la Ley 30 de 1986, o en cantidades ligeramente superiores a esos topes, previa valoración del criterio de lesividad o antijuridicidad material."¹¹²

¹¹² Corte Constitucional. Sentencia C – 491 de 2012. M. P. Luis Ernesto Vargas Silva

VI. PROPUESTA NORMATIVA

Como se ha presentado a lo largo de esta exposición de motivos, en Colombia no tenemos antecedente de un debate abierto y una discusión informada sobre nuevas formas de atender el problema de las drogas y específicamente sobre el uso terapéutico de la marihuana. A pesar de que nuestro ordenamiento jurídico contiene normas como la de permitir el porte de una dosis mínima, Colombia no ha llevado a cabo estudios serios que le permitan recoger la información necesaria para optar o elegir modelos más eficaces de lucha contra el tráfico de estupefacientes.

Por esta razón entre otras, el pasado 14 y 15 de agosto se llevó a cabo el Foro '*Política de Drogas, tras 25 años del asesinato de Luis Carlos Galán, ¿qué tanto hemos avanzado?*'. El evento, se convirtió en una plataforma social que abordó temas como la evolución del narcotráfico y las políticas de drogas en Colombia; el debate entre la prohibición, la regulación o la legalización y el papel del narcotráfico en la búsqueda de la paz y el camino hacia el posconflicto.

Durante la instalación del evento, el Presidente Juan Manuel Santos, se refirió a este proyecto de ley, afirmando que es "*una medida compasiva para reducir el dolor y la ansiedad de los pacientes con enfermedades terminales, pero también una forma de comenzar a sacarlo de las manos de los criminales al ser los intermediarios entre el paciente y una sustancia que les va a permitir aliviar su sufrimiento*". Acto seguido, el primer mandatario le dio amplio respaldo al proyecto abriendo la posibilidad para reformar la política contra las drogas en Colombia, desde un enfoque más humanitario.

Recibir el apoyo público a este proyecto por parte del Presidente de la Republica así como contar con la decidida voluntad del Ministerio de Salud de poner en marcha un programa de Salud Pública actualizado, que responda a las necesidades de la comunidad y que conozca a fondo las características de los consumidores, fue satisfactorio para quienes desde hace muchos años venimos insistiendo en nuevas miradas frente a los mismos problemas. Estos pronunciamientos así como las observaciones recibidas por parte de asociaciones

médicas, expertos nacionales e internacionales en el tema de las drogas y organizaciones de la sociedad civil, nos impulsó a retirar el proyecto de ley 27 de 2014 con el fin de precisar su contenido e incluir los cambios sugeridos.

Como resultado de lo anterior y con el objetivo de que este proyecto incluya todos los matices sobre el tema, presentamos a continuación una propuesta normativa que cuenta con el apoyo de los tomadores de decisión en el sector público y con la precisión técnica sugerida por expertos y conocedores del problema.

Proyecto de Ley

Por medio de la cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009

Artículo 1º. Objeto. La presente Ley tiene como objeto crear un marco para la regulación del cannabis en el territorio nacional colombiano, con fines terapéuticos, medicinales o científicos.

Artículo 2º. Autorización expresa. Se autoriza al Gobierno Nacional, el cultivo, cosecha y uso del cannabis, con fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos o medicinales.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través de los ministerios de Salud y Protección Social y de Justicia y del Derecho, deberá promover la investigación relacionada con el cannabis para regular su uso terapéutico y medicinal. Así mismo, tendrán la facultad de analizar y aprobar proyectos de investigación con este mismo propósito.

Artículo 3º. El artículo 375 de la Ley 599 de 2000 tendrá un nuevo inciso tercero del siguiente tenor:

“Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán en los eventos relacionados con el uso terapéutico, medicinal o científico del cannabis. El Gobierno Nacional deberá expedir la reglamentación necesaria para la materia”.

Artículo 4º. El artículo 376 de la Ley 599 de 2000 tendrá un nuevo inciso cuarto del siguiente tenor:

“Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán en los eventos relacionados con el uso terapéutico, medicinal o científico del cannabis. El Gobierno Nacional deberá expedir la reglamentación necesaria para la materia”.

Artículo 5º. Reglamentación. El Gobierno Nacional deberá expedir la reglamentación sobre el cannabis con fines terapéuticos, medicinales o científicos en un término de un (1) año que se contará a partir de la aprobación de la presente ley.

Artículo 6º. Vigencia. La presente ley rige a partir del año siguiente de su aprobación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

VII. CONCLUSIÓN.

A partir del análisis histórico, científico, normativo y jurisprudencial del presente proyecto de ley, es pertinente concluir la necesidad para Colombia, de avanzar en la investigación y el debate público sobre formas más inteligentes de regular el uso del cannabis. Por eso, y teniendo en cuenta la ausencia de estudios clínicos o científicos relacionados con el uso de la marihuana con fines medicinales, consideramos urgente iniciar este debate, con información clara e involucrando a expertos, tomadores de decisión, pacientes y miembros en general de la sociedad civil, interesados como quien escribe este proyecto, en mejorar la calidad de vida de las personas que sufren enfermedades terminales o crónicas.

Por esta razón, pongo ante ustedes Presidente y estimados Congresistas, la consideración de este Proyecto de ley, que sin duda, será enriquecido con los aportes que se harán a través del debate parlamentario.

Con toda atención,

JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN.

Senador de la República (Partido Liberal Colombiano).

Proyecto de Ley

Por medio de la cual se reglamenta el Acto Legislativo 02 de 2009

Artículo 1º. Objeto. La presente Ley tiene como objeto crear un marco para la regulación del cannabis en el territorio nacional colombiano, con fines terapéuticos, medicinales o científicos.

Artículo 2º. Autorización expresa. Se autoriza al Gobierno Nacional, el cultivo, cosecha y uso del cannabis, con fines de investigación científica o para la elaboración de productos terapéuticos o medicinales.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través de los ministerios de Salud y Protección Social y de Justicia y del Derecho, deberá promover la investigación relacionada con el cannabis para regular su uso terapéutico y medicinal. Así mismo, tendrán la facultad de analizar y aprobar proyectos de investigación con este mismo propósito.

Artículo 3º. El artículo 375 de la Ley 599 de 2000 tendrá un nuevo inciso tercero del siguiente tenor:

“Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán en los eventos relacionados con el uso terapéutico, medicinal o científico del cannabis. El Gobierno Nacional deberá expedir la reglamentación necesaria para la materia”.

Artículo 4º. El artículo 376 de la Ley 599 de 2000 tendrá un nuevo inciso cuarto del siguiente tenor:

“Las sanciones previstas en este artículo, no aplicarán en los eventos relacionados con el uso terapéutico, medicinal o científico del cannabis. El Gobierno Nacional deberá expedir la reglamentación necesaria para la materia”.

Artículo 5º. Reglamentación. El Gobierno Nacional deberá expedir la reglamentación sobre el cannabis con fines terapéuticos, medicinales o científicos en un término de un (1) año que se contará a partir de la aprobación de la presente ley.

Artículo 6°. Vigencia. La presente ley rige a partir del año siguiente de su aprobación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN

Senador de la República